

SAIRAANHOITAJAN TYÖ PAPERITTOMIEN KLINIKALLA

Mari Johansson ja Tiia Kalliola
Opinnäytetyö, kevät 2014
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Johansson, Mari & Kalliola, Tiia. Sairaanhoidajan työ paperittomien klinikalla. Diak Helsinki, kevät 2014, 57s, 2 liitettä

Diakonia ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidajan suuntautumisvaihtoehto, Sairaanhoidaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa vapaaehtoisten hoitajien ja lääkäreiden käsityksiä sairaanhoidajan työstä Helsingin paperittomien klinikalla (Global Clinic) sekä mahdollisia kehittämistarpeita. Työ toteutettiin yhteistyössä Global Clinicin kanssa. Global Clinic on vapaaehtoisvoimin toimiva klinikka, jossa hoidetaan henkilöitä, joilla ei ole oikeutta julkiseen terveydenhuoltoon (paperittomia).

Tutkimusote tässä opinnäytetyössä oli määrällinen. Aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella, joka sisälsi strukturoituja monivalintakysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä. Kysely lähetettiin sähköpostitse kaikille 114 Global Clinicin vapaaehtoiselle hoitajalle ja lääkärille. Vastaamisaikaa oli kuukausi ja viikoittaiset muistutukset lähetettiin niille, jotka eivät olleet vielä vastanneet. Kyselyyn vastasi 37 vapaaehtoista: 22 hoitajaa ja 15 lääkäriä. Monivalintakysymysten tulokset analysoitiin ristiintaulukoinnilla ja avoimet kysymykset ryhmittelyn avulla. Ristiintaulukoinneissa muuttujina olivat ammattirooli ja kokemus klinikalla toimimisesta.

Vastauksista selvisi, että vapaaehtoisten lääkäreiden ja hoitajien näkemykset hoitajan työstä Global Clinicilla poikkesivat toisistaan vain vähän. Myös kokeneiden ja kokemattomampien vapaaehtoisten näkemykset olivat keskenään samansuuntaiset. Moniammatillisen yhteistyön koettiin sujuvan hyvin. Hoitajan tärkeimpinä tehtävinä pidettiin alkuhaastattelua, hoidon tarpeen arviointia sekä terveysneuvontaa. Näistä terveysneuvonnan arvioitiin toteutuvan huonoiten tällä hetkellä. Siihen liittyen tuli monia kehittämissuhteita. Hoitajalta vaadittavista taidoista tärkeimpinä koettiin vuorovaikutustaidot, kyky itsenäiseen ja aloitteelliseen toimintaan sekä organisointitaidot. Klinikkojen rakenteeseen ja niiden organisointiin annettiin useita käytännön kehittämissuhteita.

Kehittämiskohteista mainittiin useasti uusien tulkkien tarve sekä tilojen parempi järjestely. Perehdytyksen ja siihen liittyvien materiaalien kehittäminen oli aineistomme mukaan toinen tärkeä kehittämissuhteita. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää Global Clinicin työhön perehdyttämisessä. Sitä voidaan hyödyntää myös työn arvioinnissa ja kehittämisessä sekä tiedottamisessa. Myös toisilla paikkakunnilla toimivat vastaavanlaiset klinikat voivat hyödyntää työn tuloksia.

Avainsanat: Global Clinic, paperiton, hoitotyö, kehittäminen, monikulttuurinen hoitotyö

ABSTRACT

Johansson, Mari & Kalliola, Tiia. Nurses' work at the Global Clinic. 57p, 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2014. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Nurse.

The purpose of this thesis was to gather information on the nurses' work at the Helsinki Global Clinic. We asked the voluntary nurses and doctors to describe the current nursing practices, evaluate them and give ideas on how the work could be improved. The Global Clinic is a volunteer-based clinic that offers health care services to patients who are not entitled to public health care in Finland (paperless).

The method of this study was quantitative. The data was gathered through an electronic questionnaire that consisted of structured multiple-choice questions and open questions. The questionnaire was sent by email to all 114 voluntary doctors and nurses from the Helsinki Global Clinic. They had one month to answer and we sent weekly reminders to those who did not. We received answers from 37 volunteers, 22 nurses and 15 doctors. We analyzed the responses to the multiple-choice questions by cross-tabling and the responses to the open questions by grouping.

The results showed that the voluntary doctors and nurses had similar views on the content of nurses' work at the Global Clinic. The views of more experienced and less experienced volunteers were generally consistent. They evaluated the multi-professional teamwork to be well-functioning. The most important nursing tasks were identified as the initial anamnesis, determining the priority of a patient's treatments and health education. When asked to evaluate how well these tasks were completed now, the volunteers gave the lowest scores and most improvement ideas to health education. The other improvement suggestions involved practical matters regarding the structure and division of work during clinic hours. The most important skills required of a nurse working at the Global Clinic were communication and organization skills along with independence and initiative taking.

The most commonly identified areas for improvement were the lack of and need for additional interpreters and space in the current facilities. Developing orientation for new volunteers and new materials for it was another improvement idea that came up in our survey. The information from this thesis can be used for orientation at the Global Clinic. It can also be used to evaluate and develop the work and for public communication. Similar clinics in other locations can also benefit from this thesis.

Key words: Global Clinic, paperless, undocumented immigrant, nursing practice, multicultural nursing

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	PAPERITON TERVEYDENHUOLLON ASIAKAS	6
2.1	Paperiton henkilö	6
2.2	Paperittomien terveyspalvelut.....	7
2.3	Global Clinic Helsinki	8
3	SAIRAAHOITAJAN TYÖ	11
3.1	Hoitajan vastaanottotyö.....	12
3.2	Hoitaja-lääkäri-työpari	13
3.3	Hoidon tarpeen arviointi	14
3.4	Terveysneuvonta	15
3.5	Monikulttuurinen hoitotyö	16
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA EETTISYYS	19
5	TUTKIMUKSEN KULKU	21
5.1	Tutkimusote	21
5.2	Aineiston hankintamenetelmä.....	21
5.3	Aineiston analysointi.....	24
6	TULOKSET	26
6.1	Hoitotyön toiminnot.....	27
6.2	Hoitajan taidot.....	36
6.3	Moniammatillinen yhteistyö	39
6.4	Muut kehittämistarpeet.....	40
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	42
8	POHDINTA	45
8.1	Opinnäytetyön luotettavuus	45
8.2	Opinnäytetyön prosessi ja ammatillinen kasvu.....	47
	LÄHTEET.....	49
	LIITE Saatekirje ja kysely	

Paperittomien terveydenhuolto on viime aikoina noussut julkiseen keskusteluun useaan otteeseen. Aihe on ajankohtainen etenkin Helsingissä, missä kaupunginhallitus on pitkään pohtinut paperittomien hoitamista kaupungin varoin. Viimeisin käänne tapahtui joulukuussa 2013, jolloin kaupunginhallitus päätti alaikäisten ja raskaana olevien hoitamisesta. Ohjeet päätöksen käytännön toteuttamisesta ovat kuitenkin tätä kirjoitettaessa vielä kesken. (Palttala & Laitinen 2013.) Julkisessa keskustelussa on käsitelty myös Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden ohjeistusta, jossa henkilökuntaa ohjeistetaan pyytämään ulkomaalaisilta terveydenhuollon asiakkailta aina oleskelulupaa nähtäväksi. Tilanne nousi julkisuuteen, kun uutisoitiin kolmiviikkoisen, hengitystieinfektiosta kärsivän vauvan jääneen vaille hoitoa oleskeluluvan puuttumisen vuoksi. (Nyström & Mäkinen 2013.) Helsingissä paperittomat ovat tähän asti saaneet hoitoa ilmaiseksi vapaaehtoisvoimin toimivalta Global Clinicilta. Vastaava klinikka löytyy myös Turusta. Global Clinicista käytetään yleisesti myös suomenkielistä nimeä paperittomien klinikka. Käytämme tässä työssä molempia nimiä.

Toteutimme opinnäytetyömme Helsingin Global Clinicille. Kiinnostuksemme aiheeseen nousi omista kokemuksistamme. Toinen meistä on toiminut klinikalla vapaaehtoisena. Klinikailloissa käydään usein keskusteluja, joissa nousee esille erilaisia kehittämisside- oita. Ajattelimme, että ideoiden kokoaminen yhteen ja niistä tiedottaminen kaikille vapaaehtoisille voisi toimia pohjana toiminnan kehittämiseksi. Tässä opinnäytetyössä tarkoituksenamme on selvittää vapaaehtoisten hoitajien ja lääkäreiden käsityksiä siitä, mitä hoitajan työhön kuuluu, miten hyvin nykyiset käytännöt toimivat ja miten niitä voitaisiin jatkossa kehittää. Laadimme kyselyn, jonka lähetimme kaikille Helsingin Global Clinicin vapaaehtoisille hoitajille ja lääkäreille. Analysoimme keräämämme aineiston hyödyntäen kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmiä, kuten ristiintaulukointia. Työn tuloksia voidaan hyödyntää Global Clinicin työn arvioinnissa ja kehittämisessä sekä perehdytyksessä ja tiedottamisessa. Myös toisilla paikkakunnilla toimivat vastaavanlaiset klinikat voivat hyötyä opinnäytetyömme tuloksista.

2 PAPERITON TERVEYDENHUOLLON ASIAKAS

Työssämme keskeinen käsite on paperiton henkilö. Käsittelemme paperittomuutta erityisesti terveydenhuollon näkökulmasta sekä selvitämme paperittomien oikeuksia terveydenhuollon palveluihin. Kuvaamme myös Global Clinicin toimintaa Helsingissä.

2.1 Paperiton henkilö

Paperiton on henkilö, joka on laittomasti maassa. Hänellä ei ole oleskelulupaa tai oleskelulupa on vanhentunut ja hän on tullut muualta kuin EU- tai Eta-valtiosta tai Sveitsistä. Terveydenhuollon näkökulmasta paperiton voi olla myös henkilö, jolla olisi oikeus terveystalouteen yksityisen sairausvakuutuksen perusteella, mutta vakuutus on päättynyt tai se ei ole tarpeeksi kattava. Paperiton voi olla myös EU:n kansalainen, joka on maassa laillisesti, mutta hänellä ei ole vakuutusvaraa sairauden tai sairaanhoidon varalle tai hänellä on kotipaikka-oikeuden käsittely vielä kesken tai epäselvä. (STM 2013.)

Paperittomista voidaan käyttää monia eri nimityksiä. Puhutaan laittomista maahanmuuttajista, dokumentoimattomista tai sääntöjenvastaisista siirtolaisista. EU:n tasolla suositellaan käytettäväksi termiä ”irregular migrant”. Tämä ei kuitenkaan käänny suomen kieleen kovin helposti, joten on päädytty käyttämään käsitettä paperiton. Laittomista siirtolaisista puhuminen saa nämä henkilöt kuulostamaan rikollisilta. (Ulkoasiainministeriö 2012, 75.)

Poliisin mukaan laittomasti maassa olevat henkilöt ovat yleisimmin tulleet maahan joko väärennetyillä dokumenteilla, jääneet maahan viisumin umpeuduttua, saaneet kielteisen turvapaikkapäätöksen tai saapuneet laittoman järjestäjän avustamina. Poliisin tilaston mukaan vuonna 2009 Suomessa tavattiin 6888 laittomasti maassa oleskelevaa henkilöä. Tähän laskelmaan sisältyvät sisämaassa ilman matkustusasiakirjaa tavatut turvapaikanhakijat sekä koko maassa tavatut ulkomaalaisrikkomuksesta epäillyt henkilöt. (Poliisi 2009, 9–10.) Euroopan komissio arvioi, että koko EU:n alueella oleskelee laittomasti

noin 8 miljoonaa ihmistä. Vuosittain koko alueella heitä jää kiinni noin 500 000. (Poliisi 2009, 2.)

2.2 Paperittomien terveystalvelut

Suomessa kotikuntalaki määrittää, onko henkilöllä oikeus käyttää julkisen terveydenhuollon palveluja. Jos henkilöllä on Suomessa kotikunta, hän on oikeutettu käyttämään julkisen terveydenhuollon palveluja. Henkilöllä saattaa kuitenkin olla oikeus julkisen terveydenhuollon palveluihin ja/tai sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksiin, jos EU-lainsäädäntö tai kansainvälinen sosiaaliturvasopimus sitä edellyttää. Se, onko henkilö oikeutettu sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksiin, määräytyy sairausvakuutuslain perusteella. (STM 2013.)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrittää, että kiireellistä hoitoa on aina annettava kaikille sitä tarvitseville. Kiireellisellä tapauksella tarkoitetaan sellaista, jossa hoidon toteuttamista ei voida pitkittää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Henkilö joutuu itse maksamaan hoidon kustannukset, jos hänellä ei ole oikeutta käyttää julkisen terveydenhuollon palveluita (STM 2013).

Paperittomilla ei ole oikeutta julkisen terveydenhuollon palveluihin kiireettömissä tapauksissa. Jos paperittomalle kuitenkin annetaan hoitoa, hän joutuu itse maksamaan hoidon täydet kustannukset. (STM 2013.) Kunnat saavat valtiolta korvauksen vain niistä palveluista, joita annetaan voimassaolevan oleskeluluvan omaaville henkilöille (Laitinen 2013).

Kansainvälisesti on huomattu, että viranomaisille ilmiantamisen pelko estää paperittomia hakeutumasta minkäänlaisiin terveystalveluihin sekä saa paperittomat usein vähätteleään terveysongelmiaan. (Boerner 2013, 17–18.) Klinikat, jotka tarjosivat terveystalveluja paperittomille Yhdysvalloissa, kohtasivat haasteita erityisesti luottamuksen saavuttamisessa, toiminnasta tiedottamisessa ja paperittomien tavoittamisessa. Yhtenä luottamusta lisäävänä tekijänä oli klinikoiden sijainti muualla kuin terveysasemien tai sairaaloiden yhteydessä. Myös kielimuurit olivat haasteena klinikoiden työssä. (Boerner

2013, 20.) Yhteisen kielen puute vaikeutti diagnoosin tekemistä sekä hankaloitti ohjauksen ja psykososiaalisen tuen antamista (Jensen ym. 2011, 5).

Aikaisempien potilastietojen puuttuminen voi myös vaikeuttaa paperittomien hoitoa. Erityisesti akuuteissa tilanteissa olisi tärkeä tietää potilaan mahdollisista perussairauksista tai allergioista. Tanskalaisessa tutkimuksessa havaittiin, että paperittomat hakeutuivat päivystykseen vasta hyvin myöhäisessä vaiheessa tilanteen ollessa erittäin akuutti. Mikäli hoitoon olisi hakeuduttu aikaisemmin, olisi ehkä selvitty pienemmillä hoidoilla tai toimenpiteillä. Jatkohoidon ja -seurannan järjestäminen oli myös haastavaa, koska lääkäreillä ei ollut keinoja tavoittaa potilaita kotiutumisen jälkeen. (Jensen ym. 2011, 3–4.)

Päivystyksessä työskentelevät lääkärit, joita tutkimuksessa haastateltiin, olivat sitä mieltä, että paperiton saa saman kiireellisen hoidon kuin kuka tahansa toinenkin potilas. Haastateltaessa paperittomia toisen tutkimuksen yhteydessä nousi kuitenkin esiin tapauksia, joissa heille ei annettu tarvittua hoitoa päivystyksessä. Hoidon saannin todettiin riippuvan paljolti vastaanottavan henkilön (vastaanottovirkailija, sairaanhoitaja, lääkäri) tiedoista koskien paperittomien oikeuksia sekä heihin kohdistuvista henkilökohtaisista näkemyksistä. (Jensen ym. 2011, 7.)

Perusterveydenhuollon puolella lääkärien työtä vaikeutti se, ettei laboratorio-, röntgen- tai muita tutkimuksia voitu kustannussyistä järjestää paperittomille. Tällöin ainoaksi vaihtoehdoksi jäi potilaan lähettäminen päivystykseen. Haastatellut tanskalaiset lääkärit ilmaisivat myös tiedon puutteen yhtenä haasteena. Heillä ei ollut tietoa paperittomien oikeuksista tai lääkärin oikeuksista ja velvollisuuksista liittyen paperittomien hoitoon. Jotkut toivat esiin myös kielteisiä asenteita ja epämukavuuden tunteita suhteessa paperittomien hoitamiseen. (Jensen ym. 2011, 5–6.)

2.3 Global Clinic Helsinki

Huhtikuussa 2011 Helsinkiin perustettiin Global Clinic -niminen klinikka tarjoamaan terveyspalveluja sekä oikeudellista neuvontaa paperittomille henkilöille. Klinikka on avoinna kerran viikossa kahden tunnin ajan. Tällöin ovet ovat auki kaikille potilaille.

Tiloina on käytössä kaksi pientä vastaanottohuonetta, odotustila sekä wc-tilat. Vuonna 2012 Global Clinicilla hoidettiin 330 potilasta, hoitokertoja oli yhteensä 570. Suurin osa potilaista oli 17–30-vuotiaita miehiä. Klinikana potilaista vain noin yksi kymmenestä oli virallisesti paperiton. Loput potilaista olivat laillisesti maassa, mutta eivät olleet oikeutettuja julkiseen terveydenhuoltoon. (Huhtanen 2013, 50.)

Klinikana toiminnan taustalla ei ole mitään järjestöä, eikä klinikalla ole johtajaa, hallitusta tai organisaatiota. Eri ammattiryhmillä sekä vastuualueilla on kuitenkin omat kontaktihenkilönsä. Useat järjestöt ja tahot ovat halunneet tukea klinikana toimintaa. (Tarnanen ym. 2013.) Tässä työssä puhumme klinikana keskeisistä vastuuhenkilöistä. Tämä käsittää noin 10 vapaaehtoista, jotka ovat olleet alusta asti mukana klinikana toiminnassa. He ovat myös eri vastuualueiden kontaktihenkilöitä ja he ovat yhä aktiivisesti mukana Global Clinicin toiminnassa.

Klinikana sijainti pidetään julkisuudessa salaisuutena, jotta potilailla olisi turvallinen olo tulla paikalle. Toiminta toteutetaan täysin vapaaehtoisten voimin. Vapaaehtoiset lääkärit toimivat Global Clinicilla itsenäisinä ammatinharjoittajina. Taulukossa 1 on kuvattu vapaaehtoisten määrä ammattiryhmittäin. Aktiivisesti mukana oleva tarkoittaa, että henkilö on osallistunut toimintaan vähintään viidesti. Vapaaehtoisten lääkäreiden lisäksi klinikalla on lista eri alojen erityislääkäreistä, joita voi tarvittaessa konsultoida. (Tarnanen, Kyllönen, Westerlund & Lehtivuori 2013.)

TAULUKKO 1. Vapaaehtoisten määrä Helsingin Global Clinicilla

	Lääkärit	Hoitajat (sis. opiskelijat & kandit)	Tulkit	Lakimiehet
Vapaaehtoisten määrä listalla	62	57	17	10
Aktiivisten vapaaehtoisten määrä	11	10	4	2

(Tarnanen ym. 2013.)

Global Clinicilla on ensisijaisesti tarkoituksena hoitaa akuutit vaivat. Kroonisten tautien hoitoon ei välineistön ja seurantamahdollisuuksien puutteen vuoksi voida ryhtyä. (Tarnanen, Kyllönen, Westerlund & Lehtivuori 2013.) Mielenterveysongelmia ei myöskään klinikalla hoideta ja raskauksia seurataan mahdollisuuksien mukaan (Huhtanen 2013,

50–52). Klinikon vapaaehtoisilla on käytössään stetoskooppi, verensokerimittari, korvalamppu, kuumemittari, virtsatestiliuskat ja verenpainemittari. Noin 5 % potilaista on lähetettävä jatkotutkimuksiin kaupungin sairaaloihin, koska muita tutkimusvälineitä tai -menetelmiä klinikalla ei ole. Erikoissairaanhoidon tarvitseville lääkärit voivat kirjoittaa lähetteen sairaalaan. Lääkäreillä on käytössään myös sähköinen kirjausjärjestelmä, johon voidaan kirjata käynti, diagnoosi ja hoito. (Hankonen 2013, 18–19.)

Global Clinicilla potilaan hoitopolku etenee seuraavalla tavalla. Potilaat odottavat odotushuoneessa vuoroaan hoitajan esihaastatteluun. Haastatteluun pääsee saapumisjärjestyksessä. (Huhtanen 2013, 50.) Hoitaja haastattelee potilaan mahdollisuuksien mukaan erillisessä huoneessa yksityisyyden suojaamiseksi. Aina ei kuitenkaan ole huonetta vapaana, joten esihaastattelu voidaan tehdä esimerkiksi kylpyhuoneessa. Potilaan halutessa voidaan haastattelu toteuttaa myös odotushuoneessa. Silloin potilaalla ei ole yksityisyyden suojaa, koska muut potilaat ovat samassa tilassa ja kuulevat, mitä potilas ja hoitaja keskustelevat. Esihaastattelussa hoitaja arvioi potilaan hoidon tarpeen ja kiireellisuuden sekä ohjaa tarvittaessa lääkärille. Lääkärin vastaanotolle pääsee hoitajan määrittämän kiireellisuuden perusteella. Kiireisinä päivinä hoitaja voi ohjata potilaan tulemaan takaisin seuraavalla viikolla, jos potilaan tilanne ei vaadi kiireellistä hoitoa. Lääkäri ottaa potilaan vastaan erillisessä huoneessa. Jos potilaalla ja hoitajalla tai lääkärillä ei ole yhteistä kieltä, mukana on myös tulkki. (Hankonen 2013, 18.) Hoitajan työhön Global Clinicilla sisältyy alkuhaastattelujen lisäksi mittauksia, pieniä toimenpiteitä, jatkohoidon ohjausta, terveysneuvontaa, yleistä järjestyksenpitoa sekä tilastointia. Välineiden ja tilojen puutteellisuus rajoittaa toimintamahdollisuuksia terveysneuvonnan sekä tutkimusten ja toimenpiteiden suhteen.

Global Clinicilla on lääkevarastossa lääkärin ilmaiseksi saamia lääkenäytteitä, joita lääkäri voi määrätä potilaalle. Yksityishenkilöiltä ja järjestöiltä saadut rahalahjoitukset on talletettu läheiseen apteekkiin tilille. Tilin avulla kustannetaan potilaalle määrättyt lääkkeet, mikäli hänellä ei ole niihin varaa. Klinikalla ei määrätä mitään sedatiivisiä lääkkeitä tai vahvoja kipulääkkeitä. (Tarnanen ym. 2013.)

3 SAIRAANHOITAJAN TYÖ

Sairaanhoitajan työ perustuu hoitotieteeseen. Se on itsenäistä, vastuullista ja monipuolista työtä. (Sairaanhoitajaliitto 2013.) Tehtävänä yhteiskunnassa on yksilöiden, perheiden, ryhmien ja yhteisöjen terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen ja hoitaminen, kärsimyksen lievittäminen, kuntoutumisen edistäminen sekä kuolevan auttaminen. (Kassara ym. 2005, 11.) Työssä korostuu potilaslähtöinen, terveyskeskeinen, kokonaisvaltainen ajattelutapa sekä näyttöön perustuva työote. Sairaanhoitajat työskentelevät potilaan omaisten ja läheisten kanssa sekä kannustavat heitä osallistumaan potilaan hoitotyöhön. (Sairaanhoitajaliitto 2013.)

Sairaanhoitajan työssä tarvittaviin taitoihin kuuluvat kliiniset taidot, lääketieteellisen tiedon osaaminen, vuorovaikutustaidot, päätöksentekokyky, organisointitaidot, kyky itsenäiseen ja aloitteelliseen toimintaan, ongelmanratkaisutaidot, eettiset taidot, yhteistyötaidot moniammatillisessa ryhmässä, kielitaito, joustavuus ja sopeutuvuus muuttuviin tilanteisiin, tiedonhankintataidot sekä stressinsietokyky. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2011; Opetusministeriö 2006, 63–70.)

Sairaanhoitajan ammattinimikettä määrittelevät laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä sekä asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Näiden säädösten tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua. Terveydenhuollon ammattihenkilöllä täytyy olla kyseiseen ammattiin tarvittava koulutus, muu riittävä ammattipätevyys ja ammattitoiminnan muut edellyttämät valmiudet. Suoritettuaan tutkinnon henkilö saa ammatinharjoittamisoikeuden, jolloin hänestä tulee laillistettu ammattihenkilö. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 1994/559.) Kansallisen lainsäädännön lisäksi sairaanhoitajan tutkinnon sisältöä säätelevät Euroopan Unionin direktiivit, jotka määrittävät tutkinnon teoreettisen ja käytännöllisen opetuksen osuuden koulutuksessa (Sairaanhoitajaliitto 2013).

Sairaanhoitajan työhön vaikuttavat potilasvahinkolaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, erikoissairaanhoitolaki, kansanterveyslaki, kansanterveysasetus, mielenterveyslaki, mielenterveysasetus. Nämä säädökset säätelevät terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja sen toimintaa. (STM 2000, 10.) Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä

(559/1994) määrittää, että sairaanhoitaja on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään omaa ammattitaitoaan sekä perehtymään sairaanhoitajan työtä koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Työnantajan on järjestettävä työntekijälle mahdollisuus päästä tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen.

Hoitotyön näkökulmasta työ Global Clinicilla vastaa lähinnä sairaanhoitajan työtä terveysasemalla tai päivystyksessä. Kyseessä on siis polikliininen vastaanottotyö, jossa hoitaja tapaa lyhyesti potilaita. Hoitajat pitävät vastaanottoa, arvioivat hoidon tarvetta ja kiireellisyyttä sekä toteuttavat pieniä hoitotoimenpiteitä. Työtä toteutetaan moniammatillisissa tiimissä tiiviissä yhteistyössä lääkäreiden ja tulkkien kanssa. Seuraavaksi kuvaamme terveysaseman tai päivystyksen kaltaisissa ympäristöissä esiintyviä hoitotyön sisältöjä. Monikulttuurinen hoitotyö korostuu myös Global Clinicin toiminnassa.

3.1 Hoitajan vastaanottotyö

Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa on tutkittu ja kehitetty hoitajan työkuva terveysasemilla. Hoitaja voi ottaa potilaita vastaan osana hoitaja-lääkäri-työparia tai itsenäisesti ilman lääkärin vastaanottoa. (Säilä, Mattila, Kaunonen & Aalto 2006, 23.) Molempia edellä mainituista toteutetaan myös paperittomien klinikalla.

Hoitajan itsenäisessä vastaanotossa toteutetaan useimmiten neuvontaa ja ohjausta tai pieniä toimenpiteitä ja tutkimuksia. Potilaat sairastavat useimmiten pitkäaikaissairautta ja yleiset ohjauksen teemat liittyvät elämäntapoihin sekä omahoitoon ja -seurantaan. Käyntejä voi olla säännöllisesti tai kertaluonteisesti. (Säilä ym. 2006, 23.)

Säilän ym. (2006, 26) tutkimuksessa todettiin potilaiden kokeneen pelkän hoitajan vastaanoton sisältäneet poliklinikkakäynnit yhtä hyödyllisiksi kuin ne, jotka sisälsivät myös lääkärin tapaamisen. Jatkossa kehittämiskohteiksi ehdotettiin vastuiden ja velvollisuuksien selkeämpää määrittelyä mielellään kirjallisesti.

3.2 Hoitaja–lääkäri-työpari

Mikäli potilas tapaa myös lääkärin, työnjakoa on syytä selvittää valmiiksi. Lääkäri tutkii potilaan ja määrää tutkimukset, lääkitykset ja hoidot. Lääkärin vastuulla on myös sairauden lääketieteellisen perustan selvittäminen potilaalle. Hoitaja koordinoi hoitoa, antaa neuvontaa ja toteuttaa lääkärin määräämät tutkimukset tai toimenpiteet. (Säilä ym. 2006, 23–24.) Tämän tyyppinen työnjako toteutuu myös Global Clinicilla. Hoitaja–lääkäri-työparityöskentelyssä koettuja etuja ovat olleet tiivis yhteistyö ja yhdessä tekeminen sekä yhteinen vastuun kantaminen. Myös tarkoituksenmukainen, osaamislähtöinen työnjako sekä hyvät ja nopeat konsultointimahdollisuudet koettiin etuina. (Syväoja & Äijälä 2009, 54.)

Hoitajan ja lääkärin sujuvan yhteistyön on todettu parantavan hoidon laatua esimerkiksi vähentämällä kuolleisuutta ja komplikaatioita sekä lisäämällä potilastyytyväisyyttä (Benner, Tanner & Chesla 2009, 335–336). Moniammatillinen yhteistyö nostetaan kirjallisuudessa esiin kliinisenä taitona, jota lääkärit ja hoitajat opettelevat ja oppivat kokemuksen kautta. Erityisesti kokeneet sairaanhoitajat voivat tukea lääkäriä päätöksenteossa. Hoitajan tehtävänä on huolehtia, että lääkäri saa varmasti tietoonsa potilaan voimin kannalta olennaisimmat asiat. (Benner ym. 2009, 344–345.) Lääkärin ja hoitajan välisissä keskusteluissa tai neuvotteluissa hoitajien kliininen asiantuntemus ja perustelutaidot sekä se, kuinka hyvin hoitaja tuntee lääkärin ovat osoittautuneet kommunikoinnin onnistumista edistäviksi tekijöiksi (Benner ym. 2009, 358).

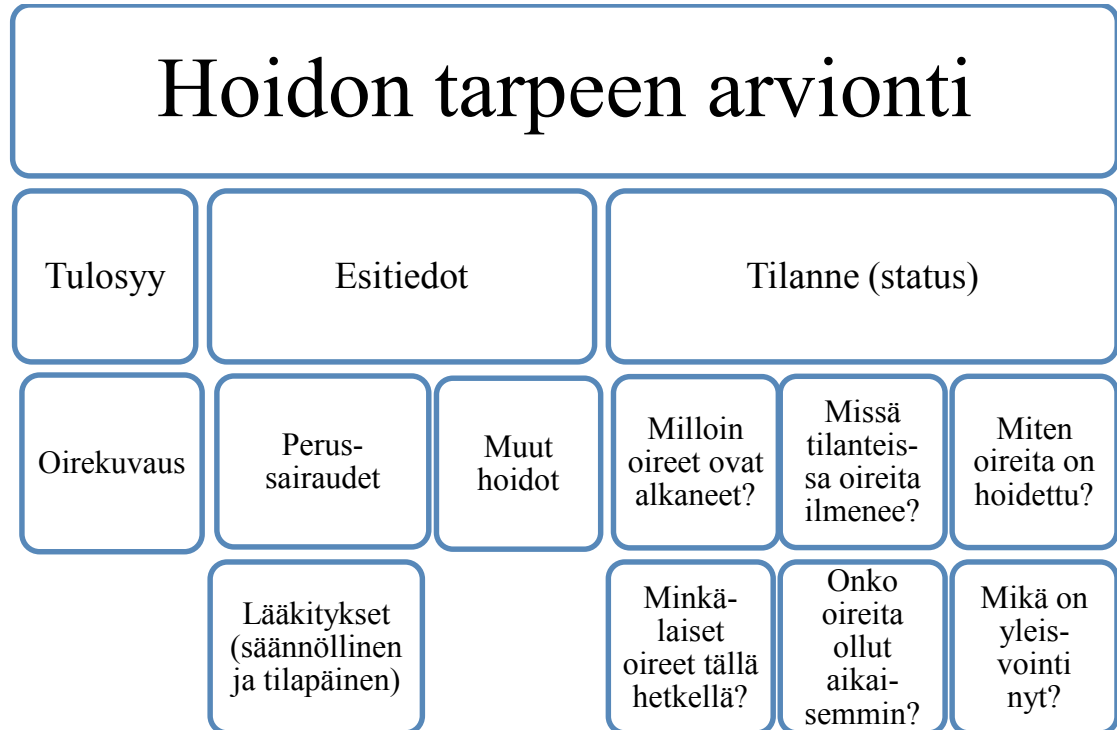
Sekä lääkärin että hoitajan työkokemus vaikuttavat siihen, minkälainen vuorovaikutus heidän välilleen muodostuu. Tutkimusten mukaan eniten ongelmia syntyy, kun toinen osapuoli on selkeästi toista kokeneempi. Uskottavuuden menetyksen pelko vaikuttaa sekä lääkäreihin että hoitajiin erityisesti jos erot työkokemuksessa ovat suuret. (Benner ym. 2009, 351–355.)

Hoitajiin ja lääkäreihin kohdistuu myös potilaiden suunnalta erilaisia odotuksia. Hoitajien odotetaan olevan empaattisempia ja heidät koetaan usein helpommin lähestyttäväksi kuin lääkärit. Hoitajien kanssa ikään kuin harjoitellaan lääkärin kohtaamista, sitä miten muotoilla kysymyksensä ja huolensa tai vaivansa. Hoitajat toimivat myös usein lääkäreiden tulkkina potilaalle ja omaisille selittäen tapaamisen jälkeen, mitä lääkärin käyt-

tämät termit tarkoittavat. Tämän kaltaisessa työnjaossa on etunsa, mutta on myös syytä huolehtia, että myötätuntonen ote säilyy kaikilla ammattiryhmillä. (Benner ym. 2009, 356–357.)

3.3 Hoidon tarpeen arviointi

Sekä hoitajan vastaanottotyössä että paperittomien klinikan työssä hoidon tarpeen arviointi nousee esiin keskeisenä hoitotyön sisältönä. Kuviossa 1 on kuvattu Syväoja & Äijälän (2009, 56–64) mukaan hoidon tarpeen arvioinnin keskeiset sisällöt (tulosityy, esitiedot ja status) sekä niihin liittyvät tarkentavat kysymykset. Näiden pohjalta arvioidaan potilaan hoidon kiireellisyyden tarve. Tavoitteena on, että hoitajan päätöksenteon seurauksena potilas saa pätevän ja oikea-aikaisen avun oireeseensa tai sairauteensa niin että potilas, lääkäri ja hoitaja ovat tyytyväisiä. Hoitajalta vaaditaan näissä tilanteissa teoreettista ja kokemusperäistä tietoa eri sairauksien hoidosta sekä intuitiota ja eettistä osaamista.



KUVIO 1. Hoidon tarpeen arviointi (Syväoja & Äijälä 2009, 55–56.)

Terveyskeskustyössä hoidon kiireellisyyden arvioinnissa käytetään triage-luokittelua. Luokittelumalleja on erilaisia. Suomessa yleisimmin käytössä on ABCDE-luokitus. Eri luokat kuvaavat sitä, kuinka nopeasti potilaan tulee saada hoitoa. Taulukossa 2 on kuvattu ABCDE-luokituksen aikatavoitteet. (Malmström, Kiura, Malmström, Torkki, Mäkelä 2012, 701–702.)

TAULUKKO 2. Triage-luokittelun aikatavoitteet

Luokka	Kiireellisyys
A	Heti
B	Alle 10 minuuttia
C	Alle 1 tunti
D	Alle 2 tuntia
E	Ei päivystyksellisen hoidon tarvetta

(Malmström ym. 2012, 701.)

3.4 Terveysneuvonta

Terveysneuvonta on osa Global Clinicin hoitotyötä. Se sisältää terveyden edistämistä ja tähtää sellaisten tottumusten, tietojen, asenteiden, arvojen ja taitojen omaksumiseen, joista on hyötyä henkilön terveydelle. Sen tavoitteina on terveyden edistämisen lisäksi sairauksien ehkäisy, palveluohjaus sekä aikaisemmin syntyneiden sairauksien tarkoituksenmukainen hoito. Neuvonnassa on tiedon antamisen lisäksi syytä korostaa henkilön omia mahdollisuuksia vaikuttaa terveyteensä valinnoillaan ja päätöksillään. Kuten kaikissa potilaskontakteissa, myös terveysneuvonnassa on tärkeää pohtia tapaa, jolla potilaan kohtaa. Potilaalle tulisi antaa aikaa pohtia asioita ja keksiä itse vastauksia sen sijaan, että hoitaja vain luennoi. Hoitajan tulee muistaa, että hän esittää oman näkemyksensä, mutta potilas tekee lopullisen päätöksen. Tutkimusten mukaan ihmiset sitoutuvat terveyttä edistäviin päätöksiin paremmin, jos heitä kannustetaan niihin ilman että moralisoidaan nykyisistä elämäntavoista. Tapaamisiin on myös syytä varata tarpeeksi aikaa ja joskus useamman tapaamisen järjestäminen saattaa olla tarpeen. (Syväoja & Äijälä 2009, 110–113.)

3.5 Monikulttuurinen hoitotyö

Global Clinicilla potilaat tulevat eri kulttuuri- ja kielitaustoista kuin hoitajat. Yhteisen kielen puute tuo hoitotyöhön uudenlaisia haasteita. Kulttuuristen tarpeiden arviointi edellyttää hoitajalta persoonallista herkkyyttä ja hienotunteisuutta sekä hyviä vuorovaikutus-, kuuntelu- ja havainnointitaitoja. Jos hoitajalla ja potilaalla ei ole yhteistä kieltä, hoitajan tulee käyttää apuna tulkkia kulttuuristen tarpeiden selvittämiseen. Monikulttuurinen hoitotyö on vielä haastavampaa silloin, jos potilas on lukutaidoton. (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2009, 138.) Tulkin merkitys on suuri, sillä ilmeet ja eleet voidaan tulkita eri kulttuureissa eri tavoin. Tulkin tehtävä on kääntää sanatarkasti sekä hoitajan että potilaan puheet. Lisäksi erilaisten kuvien käyttöä vuorovaikutuksen tukena suositellaan. Potilasta saattaa huolestuttaa se, ettei hänellä ole paikallisen kulttuurin vaatimia sosiaalisia vuorovaikutustaitoja. (Rautavaara-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 30.)

Kulttuuritausta vaikuttaa myös siihen miten potilas määrittelee sairauden ja terveyden, selittää omaa sairauttaan ja miten hän siihen suhtautuu (Boerner 2013, 16). Ei voida olettaa, että kaikki maahanmuuttajat kokisivat sairastavansa samalla tavalla. On kuitenkin havaittu tiettyjen kansalaisuuksien edustajilla olevan samankaltaisia kokemuksia sairastamisesta. Hoitohenkilökunnalta ei odoteta eri kulttuurien täydellistä tuntemusta vaan aitoa ja kokonaisvaltaista kiinnostusta potilaan tilanteeseen. (Sainola-Rodriguez 2013, 134–137.) Jokaisessa kulttuurissa on omat uskomuksensa ja perimätietonsa sairauksista ja niiden hoidosta. Nämä ovat kiinteästi yhteydessä maailmankuvaan, kieleen, uskoon, hengellisyteen, koulutukseen sekä sosiaaliseen, taloudelliseen ja poliittiseen ympäristöön. Potilaat, jotka kokevat saamansa hoidon olevan ristiriidassa omien uskomustensa, arvojensa ja elämäntapojensa kanssa sitoutuvat hoitoon huonommin, kokevat enemmän stressiä sekä eettisiä ja moraalisia huolia suhteessa hoitoon. (Leininger 1991, 45.)

Monikulttuurisen potilaan kohtaaminen pakottaa myös hoitajan tarkastelemaan omaa arvomaailmaansa ja omia asenteitaan. Eri kulttuureissa on erilaisia tabuja ja tietyistä aiheista puhuminen tiettyjen henkilöiden kanssa saattaa olla paheksuttavaa tai kiellettyä. Nämä liittyvät usein kysymyksiin kunnian, häpeän ja soveliaisuudesta. Myös kipuun, kuolemaan ja kärsimykseen voidaan suhtautua eri tavoin ja hoitajan on syytä olla herk-

kä kysymään potilaalta itseltään tämän näkemyksiä. Kaikkea ei voi tietää etukäteen, tärkeintä on kuitenkin pitää avoin ja suvaitsevainen asenne. (Rautavaara-Nurmi ym. 2012, 35.)

Monikulttuurinen hoitotyö edellyttää sairaanhoitajalta taitoja, joita on selitetty kulttuurisen kompetenssin käsitteen avulla. Ikonen (2007, 148) on pyrkinyt käsiteanalyysin kautta selvittämään mitä kulttuurinen kompetenssi tarkoittaa ja miksi se on hoitajalle merkityksellistä. Tutkimuksensa lopputuloksissa hän toteaa kulttuurisen kompetenssin olevan tärkeää erityisesti eettisestä näkökulmasta, jotta voidaan luoda hyvä hoitosuhde. Hoitotyöntekijän kulttuurinen kompetenssi nähdään myös potilasta voimaannuttavana tekijänä.

Hoitotyöntekijän kulttuuriseen kompetenssiin liittyy affektiivinen, kognitiivinen sekä taidollinen ulottuvuus, joiden osatekijöitä ovat tietoisuus, kunnioitus, herkkyyks, tieto, taidot, kulttuurisen tarpeenmäärityksen taidot ja kohtaaminen. Affektiivinen näkökulma liittyy hoitajien asenteisiin ja kulttuuriseen herkkyyteen sekä haluun ymmärtää ja kunnioittaa toista kulttuuria. Kognitiiviseen ulottuvuuteen kuuluvat hoitajan tiedot ja ymmärrys toisesta kulttuurista. Taidollinen ulottuvuus kattaa vuorovaikutustaidot, kysymysten asettamisen ja toimintamallien löytämisen taidot sekä asiakkaan voimaannuttamiseen liittyvät taidot. Lopullisena määritelmänä todettiin kulttuurisen kompetenssin olevan ”hoitotyöntekijän herkkyyttä nähdä asiakkaan kulttuurinen ulottuvuus sekä taitoa olla dialogisessa hoitosuhteessa vierasta kulttuuria edustavan asiakkaan kanssa hyödyntäen siinä kulttuuritietoa.” (Ikonen 2007, 146–148.)

Suomalaisissa vastaanottokeskuksissa toteutettiin tutkimus, jossa selvitettiin sairaanhoitajien ja lääkäreiden näkemyksiä turvapaikanhakijoiden terveydestä ja hoidon tarpeesta verrattuna potilaiden omiin käsityksiin edellä mainituista aiheista. Tutkitut monikulttuurisen hoitotyön osa-alueet olivat terveyden tai sairauden arviointi, uskomusten, arvojen ja käytäntöjen arviointi, sitoutuminen, potilastyytyväisyyden asteen ja tulevaisuuden näkymien arviointi sekä omahoidon tehokkuuden arviointi. Sekä hoitajat että lääkärit arvioivat tutkimuksen mukaan turvapaikanhakijoiden terveydentilan paremmaksi kuin hakijat itse. Monikulttuurisen hoitotyön koulutusta saaneet sairaanhoitajat huomioivat paremmin potilaan uskomukset ja arvot kohtaamisissa verrattuna niihin, jotka eivät ol-

leet saaneet aiheeseen liittyen mitään koulutusta. (Koehn & Sainola-Rodriguez 2005, 299–304.)

Kokonaisuudessaan tutkimuksessa havaittiin, että turvapaikanhakijoiden ja heitä hoitavien tahojen näkemykset erosivat toisistaan osittain kaikilla edellä mainituilla monikulttuurisen hoitotyön osa-alueilla. Parhaiten potilaan oman kokemuksen tavoittivat sairaanhoitajat, jotka olivat saaneet koulutusta monikulttuurisesta hoitotyöstä. Tutkimuksen johtopäätöksissä suositellaankin koulutukseen panostamista ja että lääkärit aktiivisesti kysyisivät potilasta hoitavan sairaanhoitajan arviota potilaan tilanteesta. (Koehn & Sainola-Rodriguez 2005, 306–308.)

Monikulttuurisen hoitotyön tueksi on kehitetty useita eri malleja. Niissä on taustajatuksena kysymys kulttuurin vaikutuksesta siihen, kuinka potilaaseen suhtaudutaan ja miten häntä hoidetaan. Kulttuurilla ei viitata vain johonkin tiettyyn kansakuntaan ja sen kulttuuriin vaan jokainen yksilö on oman kulttuurinsa edustaja. Potilaan tarpeiden arvioinnissa tulisi huomioida vuorovaikutus, tila, sosiaalinen ympäristö, aikakäsitys, ympäristön kontrolli sekä biologiset eroavuudet. Hoitajan oma kulttuuritausta vaikuttaa vääjäämättä hänen toimintaansa vuorovaikutustilanteissa. Potilaan sopeutuminen Suomeen ja suomalaiseen kulttuuriin on pitkä prosessi, johon sisältyy fyysistä, henkistä ja sosiokulttuurista sopeutumista. Fyysinen sopeutuminen viittaa siihen, miten henkilö tottuu ravitsemukseen, asumiseen, hintatasoon sekä yhteiskunnan palveluihin. Henkinen sopeutuminen taas kuvaa rooliodotuksia sekä vieraan kielen opettelua ja sen avulla toimimista. Sosiokulttuurisella sopeutumisella viitataan sosiaalisten verkostojen luomiseen. Tämä koetaan usein hankalana ja monet kokevat yksinäisyyttä. (Rautavaara-Nurmi ym. 36.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA EETTISYYS

Työn tarkoitus on selvittää, mitä Helsingin Global Clinicilla toimivien hoitajien työhön sisältyy sekä kartoittaa vapaaehtoisten arvioita nykyisten käytäntöjen toimivuudesta ja niihin liittyvistä kehittämistarpeista. Tavoitteena meillä on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää Global Clinicin ja muiden vastaavien terveydenhuollon yksiköiden hoitotyön kehittämisessä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä sairaanhoitajan työhön Global Clinicilla sisältyy?
2. Miten vapaaehtoiset hoitajat ja lääkärit arvioivat sairaanhoitajan työn toimivuutta?
3. Minkälaisia toiveita tai kehittämisideoita vapaaehtoisilla hoitajilla ja lääkäreillä on koskien sairaanhoitajan työtä?

Kysymys paperittomien terveydenhuollosta voi herättää monenlaisia mielipiteitä ja voimakkaita tunteita puolesta ja vastaan. Tässä opinnäytetyössä tarkoituksemme ei ole ottaa kantaa poliittisiin päätöksiin, joita paperittomien hoitoon liittyy. Emme myöskään ota kantaa maahanmuuttopoliittisiin tai turvapaikanhakuprosessiin liittyviin kysymyksiin. Nämä ovat isoja eettisiä ja poliittisiä päätöksiä, jotka liittyvät siihen, miksi paperittomien klinikka on olemassa, mutta ne eivät liity varsinaiseen opinnäytetyömme aiheeseen. Olemme rajanneet kiinnostuksemme kohteeksi ainoastaan hoitajan työn sisällöt Global Clinicilla.

Työtä tehdessämme emme ole potilaiden kanssa tekemisissä, ainoastaan klinikan vapaaehtoisten hoitajien ja lääkäreiden. Neuvottelimme asiasta ohjaajamme Pekka Tuomolan kanssa ja selvitimme, että emme tarvitse tutkimuslupaa. Koska Global Clinicilla ei ole johtajaa tai organisaatiota, emme ole laatineet kirjallisia yhteistyösopimuksia. Olemme kuitenkin sopineet suullisesti yhteistyöstä keskeisten vastuuhenkilöiden kanssa sekä keskustelleet aiheesta laajemman vapaaehtoisryhmän kanssa Global Clinicin kokouksissa.

Työhömmme liittyy erilaisia riskejä. Kaikki Global Clinicilla työskentelevät henkilöt ovat vapaaehtoisia ja he tekevät klinikkatyötä oman työnsä ohella. Heillä on monia muitakin vastuita ja voi olla, että vaikka innostusta toiminnan kehittämiseen riittäisi, aikaa ei ole. Pohdimme etukäteen, vaikuttaisiko tämä siihen, kuinka moni vastaisi kyselyymme. Toisaalta kokemuksemme mukaan klinikan vapaaehtoiset ovat hyvin innokkaita ja sitoutuneita vapaaehtoistyöhön sekä toiminnan kehittämiseen. Pyrimme myös edistämään kyselyyn vastaamista pitämällä aihetta esillä klinikan kokouksissa sekä sähköpostimuistutuksilla. Teimme kyselystä tarpeeksi yksinkertaisen, ettei siihen vastaaminen vie liikaa aikaa.

Opinnäytetyötä suunnitellessamme Helsingin kaupunki pohti paperittomien terveydenhuollon hoitamista omin voimin. Opinnäytetyömme kannalta riskinä oli, että klinikan toiminta lakkautettaisiin ja menettäisimme yhteistyötahomme. Keskusteltuamme klinikan keskeisten vastuuhenkilöiden kanssa, saimme sen käsityksen, että mahdollinen toiminnan siirtyminen tapahtuisi hitaasti ja asteittain. Toisaalta, jos Helsingin Global Clinic yhtäkkiä lakkautettaisiinkin, Turun klinikalla voitaisiin hyödyntää opinnäytetyömme tuloksia. Uskomme myös, että mikäli toiminta siirtyy kaupungin hoidettavaksi, heidän työntekijänsä voivat hyötyä opinnäytetyöstämme.

5 TUTKIMUKSEN KULKU

Tutkimusympäristönä on Helsingin Global Clinic. Tutkimusote on kvantitatiivinen. Aineistoa kerättiin klinikan vapaaehtoisilta lääkäreiltä ja hoitajilta verkkokyselyn muodossa. Aineiston analysoinnissa hyödynsimme kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmiä.

5.1 Tutkimusote

Opinnäytetyömme toteutetaan kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Kanasen (2008, 10–11) mukaan tässä tutkimusmenetelmässä tavoitteena on tuottaa yleistettävää tietoa. Tietoa kerätään määrättyltä joukolta ja tuloksia käsitellään tilastollisin menetelmin. Vastaajajoukon tulee olla tarpeeksi kattava, jotta tuloksista saadaan mahdollisimman luotettavat. Hirsjärvi, Remes & Sajavaaran (2009, 140) mukaan tutkimusprosessin alkaessa tulee selvittää aiempia aiheeseen liittyviä tutkimuksia sekä teorioita. Näiden pohjalta määritellään tutkimuksen kannalta olennaisia käsitteitä sekä tarkennetaan omaa tutkimuskysymystä tai aihealuetta. Seuraavassa vaiheessa suunnitellaan tiedonkeruumenetelmät sekä valitaan tutkittavat henkilöt.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tietoa ei useimmiten voida kerätä kaikilta asianosaisilta (perusjoukko), vaan heistä valitaan pienempi joukko, joka edustaa koko ryhmää. Tätä joukkoa kutsutaan otokseksi. (Kananen 2008, 10.) Kyselymme perusjoukko ja otos on kaikki Global Clinicin vapaaehtoiset lääkärit ja hoitajat. Lähetimme kyselyn kaikille vapaaehtoisten tietojärjestelmään rekisteröityneille hoitajille ja lääkäreille, joita oli 114. Saimme 37 vastausta.

5.2 Aineiston hankintamenetelmä

Valitsimme tiedonkeruumenetelmäksi kyselyn. Kyselyn etuna on tavoitavuus. Sillä voidaan lähestyä suurempia joukkoja helpommin ja kysyä monenlaisia asioita. Kyselyn toteuttaminen vaatii vähemmän resursseja niin ajan kuin rahankin suhteen. Aikataulujen yhteensovittamista ei tarvita samalla tavoin kuin esimerkiksi haastattelussa ja tutkitta-

vien anonymiteetti pystytään paremmin säilyttämään. Toisaalta kasvottomuus voi olla myös kyselyn heikkous. Tutkija ei voi tietää, millä vakavuusasteella vastaaja on kyselyyn osallistunut, kuinka hyvin hän on ymmärtänyt kysymykset tai kuinka selvillä vastaaja on kyseisestä aiheesta. Esimerkiksi verkkokyselyihin on helppo vastata, mutta samalla on havaittu, että kynnyks jättää vastaamatta madaltuu verrattuna muihin menetelmiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Kyselytutkimuksessa käytetään mittausvälineenä kyselylomaketta. Kyselylomake täytyy laatia huolellisesti ja miettiä kysymykset tarkasti, jotta saadaan vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen onnistuminen riippuu mitä suurimmassa osin laaditusta kyselystä ja sen kysymyksistä. Kyselylomake on kokonaisuus, jossa toteutuu sekä sisällölliset että tilastolliset näkökulmat. (Vehkalahti 2008, 20.) Kyselyn valmistuttua, sitä on hyvä testata muutamalla henkilöllä, ennen kuin kysely lähetetään valitulle otokselle. Hyviä testajia ovat henkilöt, jotka kuuluvat valittuun otokseen. Heidän avulla saadaan tietoa siitä, onko kysymykset ja ohjeet ymmärretty oikein ja onko kyselylomakkeessa jotakin kehitettävää. (Vehkalahti 2008, 48.) Kyselyn valmistuttua, lähetimme kyselyn keskeisille vastuuhenkilöille ja kysyimme heiltä mielipidettä kyselystä. Kävimme kyselyn läpi myös ohjaavan opettajan kanssa, ennen kyselyn lähettämistä valitulle otokselle. Sairaanhoidajan työtä ja koulutusta varten on laadittu osaamiskompetensseja (Työ- ja elinkeinoministeriö 2011; Opetusministeriö 2006, 63–70). Hyödynsimme näitä kyselyn laatimisessa.

Webropol-verkkokysely oli mielestämme paras tapa tavoittaa vapaaehtoiset. He käyvät klinikalla epäsäännöllisesti, joten emme olisi pystyneet tavoittamaan kaikkia vapaaehtoisia klinikan aukioloaikoina ja muita yhteystietoja, sähköpostiosoitteiden lisäksi, meillä ei ollut käytettävissä. Webropol-ohjelman kautta pystyimme myös lähettämään muistutusviestejä vapaaehtoisille ja tällä tavoin saimme enemmän vastauksia. Internetin kautta tapahtuva kysely on myös riski, sillä kohderyhmä jättää helposti vastaamatta kyselyyn. Määritimme vastausajaksi kuukauden. Lähetimme joka viikko muistutusviestin niille, jotka eivät olleet vielä vastanneet kyselyyn, koska vastauksia tuli melko vähän. Muistutusviesti osoittautui hyväksi keinoksi, sillä jokaisen muistutusviestin jälkeen saimme lisää vastauksia.

Kyselyn laatimisessa tulee huomioida vastaajien aika, halu ja taidot vastata kyselyyn. Kyselyyn vastaamiseen ei tulisi kulua kauemmin kuin 15–20 minuuttia, sillä tutkimuksissa on havaittu pidempien kyselyjen laskevan vastausprosenttia. Lomakkeen on oltava selkeä, mutta ei liian pitkä. Kysymysten laatimisessa kieliasuun on kiinnitettävä erityistä huomiota. Kysymysten tulee olla ymmärrettäviä, täsmällisiä ja tarkoituksenmukaisia. Kysymyksenasettelu ei saa johdatella tietynlaiseen vastaukseen. Kysyttävien asioiden tulee liittyä tutkimuskysymykseen ja ylimääräisiä kysymyksiä on vältettävä. Kuitenkin on huomioitava, että kysymyksillä saadaan tarpeeksi yksityiskohtaista tietoa, sillä tarkennuksia ei voida jälkikäteen tehdä. (Tampereen yliopisto 2013.)

Laadimme valmiin kyselyn Webropol-ohjelmaan (liite 2) ja lähetimme kaikille Global Clinicin vapaaehtoisille sähköpostilla kyselylinkin, johon kirjoitimme mukaan saatekirjeen (liite 1). Vehkalahden (2008, 47–48) mukaan saatekirje on kyselyn julkisivu. Siinä kerrotaan tutkimuksen perustiedot, tutkimuksen aihe, kenelle se on tarkoitettu, kuka tutkimusta tekee ja mihin/miten tutkimustuloksia käytetään. Saatekirje on tärkeä osa kyselylomaketta, sillä sen perusteella viestin vastaanottaja valitsee, vastaako hän kyselyyn. Vastaamismotivaatioon vaikuttaa muun muassa aiheen kiinnostavuus, mutta myös hyvin kirjoitetulla saatekirjeellä voidaan saada lisää vastaajia.

Taustatietoja kysyttäessä tulee mainita, että näitä tietoja käytetään ainoastaan tilastointia varten. On tärkeää, että vastaajat voivat luottaa siihen, että he pysyvät anonymeinä. Taustatietoja suositellaankin kysyttävän vasta lomakkeen lopussa. Lomakkeen tulisi edetä loogisesti ja samaan aiheeseen liittyvät kysymykset tulisi esittää peräkkäin. Alkuun on hyvä kysyä yksinkertaisempia, helppoja kysymyksiä. (Tampereen yliopisto 2013.) Halusimme laatia kyselyn niin, että se olisi mahdollisimman yksinkertainen, selkeä ja vastaajilla menisi siihen aikaa noin 10 minuuttia. Pyrimme pitämään kysymykset mahdollisimman lyhyinä ja helposti ymmärrettävinä. Kyselyn alussa selvitimme vastaajien taustatietoja monivalintakysymyksillä, joissa vastaajat valitsivat vain yhden, hänelle sopivimman vaihtoehdon.

Kysymykset voivat olla avoimia, strukturoituja tai asteikkokysymyksiä. Avoimia kysymyksiä suositellaan käytettävän harkiten. Niiden analysointi on haastavaa, mutta niillä voidaan saada monipuolisempaa tietoa. Strukturoidut vastausvaihtoehdot ovat vastaajille helpompia ja nopeampia vastata. Vastaaja valitsee annetuista vaihtoehdoista sopi-

vimman. Vaihtoehdot voivat olla sanallisia tai numeraalisia. Asteikkokysymyksissä vastaaja sijoittaa vastauksensa kyselyn määrittämälle janalle. (Kananen 2008, 25–27.)

Likertin asteikossa vastaajalla on viisi vastausvaihtoehtoa, joista hän valitsee yhden, hänen mielipiteeseen sopivimman vaihtoehdon. Yleisimmin käytetään asteikkoa, joka on 5- tai 7-portainen. Vaihtoehdot muodostavat nousevan tai laskevan skaalan. (Hirsjärvi ym. 2009, 200.) Kyselyssämme hyödynsimme Likertin asteikkoa. Vastausvaihtoehdot olivat: ei toteudu lainkaan, toteutuu huonosti, toteutuu melko huonosti, toteutuu melko hyvin, toteutuu hyvin. Muutamassa kohdassa lisäsimme mahdollisuuden tarkentaa omaa vastaustaan avoimeen tekstikenttään. Halusimme käyttää monivalintavaihtoehtoja, samaa mieltä/eri mieltä vastausvaihtoehtojen sijaan. On tutkittu, että ihmiset valitsevat helposti sen vastausvaihtoehdon, jonka he arvelevat olevan suotava vastaus (Hirsjärvi ym. 2009, 203).

Valitsimme kyselyyn strukturoitujen kysymysten lisäksi avoimia kysymyksiä, sillä niiden avulla saimme vastaajien omia näkemyksiä asiasta ja mahdollisesti sellaisia vastauksia, joita me emme olisi saaneet valmiita vastausvaihtoehtoja käyttämällä. Halusimme sijoittaa strukturoidut ja avoimet kysymykset vuorotellen niin, että vastaaja ei kyllästy kyselyn vastaamiseen ja hänellä pysyisi mielenkiinto yllä.

5.3 Aineiston analysointi

Kun vastaukset on kerätty, kyselyn tulokset kootaan yhteen. Tässä suositellaan ryhmitelyä taulukkomuotoon. Määrällisessä tutkimuksessa tilastollista ja numeraalista tietoa, esimerkiksi prosenttitaulukkoja pidetään tärkeinä. (Hirsjärvi ym. 2009, 140.) Tulokset ryhmitellään asiakokonaisuuksittain ja arvioidaan onko tutkimuskysymyksiin saatu vastauksia. Tulosten ja niiden luotettavuuden arvioinnissa peilataan vastauksia aikaisempiin tutkimuksiin, viitekehyksiin, sekä tutkimuksen tavoitteisiin ja olettamuksiin. Lopussa on syytä myös pohtia jatkotutkimuksen aiheita ja selvittämättä jääneitä tutkimuskysymyksiä. (Kvantimotv 2013.)

Kvantitatiivisessa opinnäytetyössä tavoitteena on useimmiten selittämisen sijaan kuvailua jotakin ilmiötä. Kuvailuun sopivat parhaiten aineistoa kuvaavat tunnusluvut sekä ris-

tiintaulukointi. (Kananen 2008, 51.) Aineiston tunnuslukuja ovat frekvenssijakauma, keskiarvo, keskihajonta, vaihteluväli, sen pituus, moodi ja mediaani. Frekvenssijakauma kuvaa kuinka monta vastausta kukin muuttuja sai. Tämä voidaan myös esittää prosenttijakaumana, eli suhdelukuna siitä, kuinka paljon kukin vastausvaihtoehto sai kannatusta. Keskiarvon laskeminen edellyttää, että tulokset ovat numeraalisessa muodossa. Keskihajonta taas kuvaa kuinka lähellä muut arvot ovat keskiarvoa. Mitä pienempi keskihajonta, sitä tiiviimmin arvot ovat keskiarvon lähellä. Keskiarvo ei sovi kuvaamaan aineistoa, jossa jakauma on vino, eli vastaukset painottuvat selkeästi johonkin ääripäähän. Vaihteluväli taas rajautuu aineiston pienimmästä (minimi) arvosta suurimpaan (maksimi) arvoon. Moodi kuvaa tyypillisintä vastausta ja mediaani taas keskimmäistä arvoa, kun kaikki arvot asetetaan suuruusjärjestykseen. Aineistossa, jolla on vino jakauma, mediaani kuvaa paremmin aineiston keskilukua. (Vehkalahti 2008, 53–58.) Aineistomme analysoinnissa käytimme keskiarvoa, keskihajontaa, vaihteluväliä, mediaania sekä frekvenssijakaumaa. Webropol-ohjelman avulla saimme suoraan aineistostamme nämä tunnusluvut.

Ristiintaulukoinnissa yhdistetään kaksi eri muuttujaa ja tarkastellaan niiden mahdollisia keskinäisiä suhteita. Ristiintaulukoinnissa voidaan esittää vastausten frekvenssejä (N) tai niiden prosentuaalisia osuuksia (%). (Vehkalahti 2008, 68.) Taulukkoa tutkittaessa on syytä kiinnittää huomiota erityisesti suurimpiin ja pienimpiin arvoihin sekä riippuvuuksiin. Riippuvuudella tarkoitetaan tilannetta, jossa muuttujan arvot kasvavat tai pienenevät toisen muuttujan kasvaessa tai pienetessä. Taulukkoon liitetään aina myös ”kaikki” – sarake, jonka avulla voidaan verrata eroja eri ryhmien välillä. Taulukon tulosten tulkinnassa on vaihtoehtoina joko verrata eri ryhmien tuloksia keskenään tai verrata kutakin tulosryhmää suhteessa ”kaikki”- ryhmään. Erilaiset ryhmien väliset erot ja riippuvuudet kirjataan työhön tuloksina. (Kananen 2008, 52–53.) Ristiintaulukoinnissa käytimme muuttujina ammattiroolia klinikalla sekä kokemusta klinikalla toimimisesta.

Yksi kvantitatiivisen tutkimuksen tavoite on tulosten yleistäminen koskemaan tiettyä perusjoukkoa (Kananen 2008, 52). Meidän työssämme perusjoukko on Global Clinicin vapaaehtoiset hoitajat ja lääkärit (114 kpl). Lähetimme kyselyn heille kaikille. Kyselyyn vastasi 37 vapaaehtoista: 22 hoitajaa ja 15 lääkäriä. Vastausprosentti oli 32 %. Internetkyselyssä tyypillinen vastausprosentti on alle 50 % (Kananen 2008, 77).

6 TULOKSET

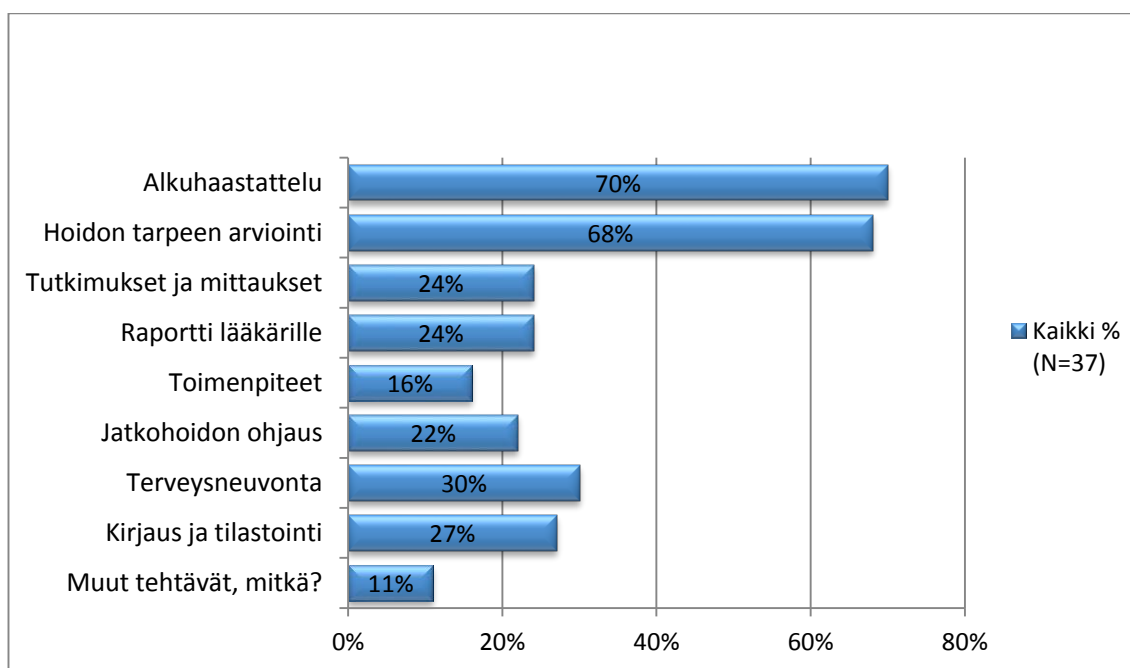
Kyselyyn vastasi 37 henkilöä, 22 hoitajaa ja 15 lääkäriä. Vastaajat jakaantuivat melko tasaisesti pitkään klinikalla toimineisiin sekä uusiin vapaaehtoisiin. Suurin osa vastaajista oli aktiivisesti mukana Global Clinicin toiminnassa. Taulukossa 3 on koottu vastaajien taustatiedot.

TAULUKKO 3. Vastaajien taustatiedot (%)

	Muuttuja	N	%	Yhteensä %
Ammattirooli	Lääkäri	15	41	100
	Hoitaja	22	59	
Kuinka kauan ollut vapaaehtoisena	Suunnitteluvaiheesta	11	30	100
	1,5–2,5 vuotta	10	27	
	0,5–1,5 vuotta	4	11	
	0–0,5 vuotta	12	32	
Kuinka usein käy Global Clinicilla	Kerran kuussa tai useammin	15	40	100
	Kerran kahdessa kuukaudessa	8	22	
	Kerran puolessa vuodessa	7	19	
	Harvemmin	3	8	
	Ei ole enää aktiivinen klinikan toiminnassa	4	11	
Koska viimeksi käynyt Global Clinicilla	Viimeisen 6kk aikana	28	76	100
	Viimeisen 12kk aikana	4	11	
	Yli vuosi sitten	5	13	

6.1 Hoitotyön toiminnot

Selvitimme, mitkä ovat tärkeimmät hoitajan tehtävät Global Clinicilla ja vastaajien arviota siitä, kuinka hyvin ne toteutuvat tällä hetkellä. Pyysimme vastaajia valitsemaan listasta kolme tärkeintä hoitajan tehtävää. Selvästi eniten mainintoja saivat alkuhaastattelu ja hoidon tarpeen arviointi (Kuvio 2). 70 % vastaajista valitsi alkuhaastattelun yhdeksi kolmesta tärkeimmästä hoitajan tehtävästä. Hoidon tarpeen arvioinnin valitsi 68 %. Loput vastaukset jakaantuivat melko tasaisesti, mutta kolmanneksi eniten mainintoja sai terveysneuvonta (30 %). Muita tehtäviä oli mahdollisuus tarkentaa sanallisesti, mutta nimettiin melko vähän. Mainintoja saivat yleinen järjestyksenpito, raskaana olevien tutkiminen sekä asiakkaiden kohtaaminen kunnioittavasti ja lämmöllä. Yksi vastaajista halusi valita useamman kuin kolme vaihtoehtoa ja oli selventänyt sanallisesti näkemystään kohdassa ”Muut tehtävät, mitkä”.



KUVIO 2. Hoitajan kolme tärkeintä tehtävää (%)

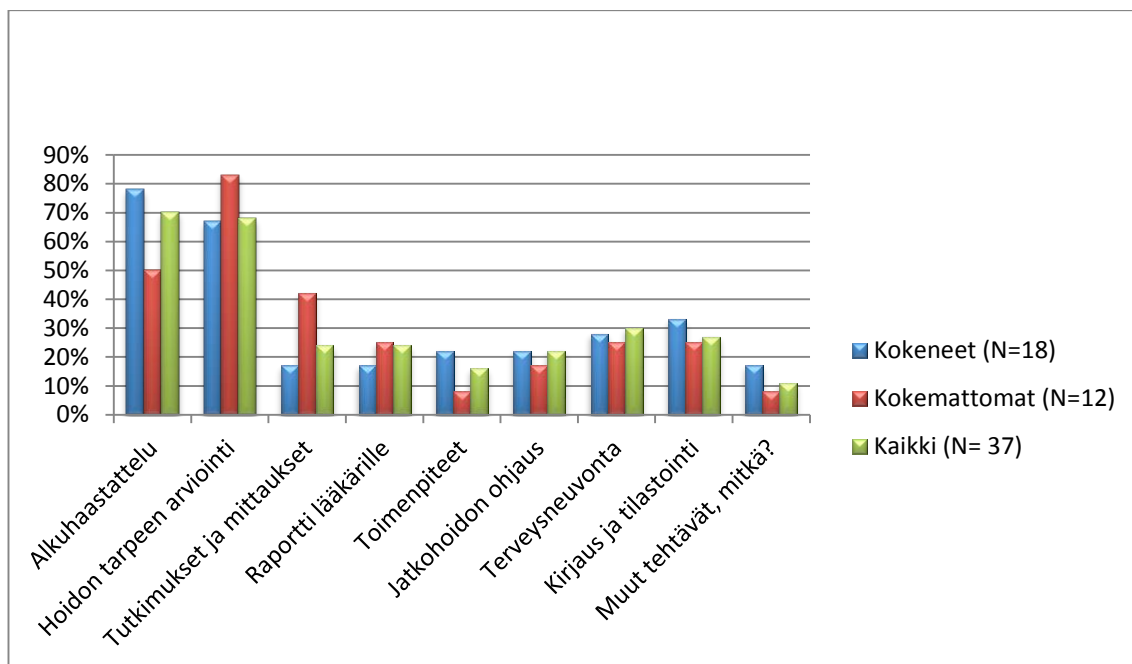
Vertailtaessa lääkärien ja hoitajien vastauksia, alkuhaastattelu ja hoidon tarpeen arviointi saivat molemmilta ammattiryhmiltä eniten mainintoja. Muiden tehtävien osalta hoitajien ja lääkärien näkemykset erosivat toisistaan. Hoitajat korostivat tutkimusten ja mittausten sekä lääkärille annettavan raportin merkitystä, kun taas lääkärit painottivat jatkohoidon ohjausta sekä kirjausta ja tilastointia (Taulukko 4).

TAULUKKO 4. Hoitajan 3 tärkeintä tehtävää ammattiryhmien mukaan (%)

	Ammattirooli klinikalla			N
	Hoitaja % (N=22)	Lääkäri % (N=15)	Kaikki % (N=37)	
Alkuhaastattelu	63	80	70	26
Hoidon tarpeen arviointi	73	60	68	25
Terveysneuvonta	32	27	30	11
Kirjaus ja tilastointi	14	47	27	10
Tutkimukset ja mittaukset	32	13	24	9
Raportti lääkärille	27	20	24	9
Jatkohoidon ohjaus	14	33	22	8
Toimenpiteet	18	13	16	6
Muut tehtävät, mitkä?	18	0	11	4

Halusimme selvittää, vaikuttaako se, kuinka paljon vastaajilla oli kokemusta Global Clinicilla toimimisesta, heidän näkemyksiinsä hoitajan työstä. Jaoinme vastaajat kahteen ryhmään. Kokemattomiksi luokiteltiin vastaajat, jotka ovat olleet Global Clinicin toiminnassa mukana 0–0,5 vuotta. Kokeneiksi luokiteltiin ne, jotka ovat olleet mukana kauemmin kuin puoli vuotta sekä käyvät Global Clinicilla kerran puolella vuodessa tai useammin. Jaottelu ei siis viittaa vastaajien ammatilliseen kokemukseen tai kokemattomuuteen ja se kattaa sekä hoitajat että lääkärit.

Nimettäessä hoitajan tärkeimpiä tehtäviä kokemattomat pitivät hoidon tarpeen arviointia sekä tutkimuksia ja mittauksia tärkeämpinä kuin kokeneet vapaaehtoiset (kuvio 3). Eri-tyisesti erot näkyivät tutkimusten ja mittausten kohdalla, joka sai kokemattomilta 25 % enemmän mainintoja kuin kokeneilta. Kokeneet pitivät alkuhaastattelua selvästi tärkeämpänä kuin kokemattomat. Eroa oli 28 %.



KUVIO 3. Hoitajan 3 tärkeintä tehtävää kokemuksen mukaan (%)

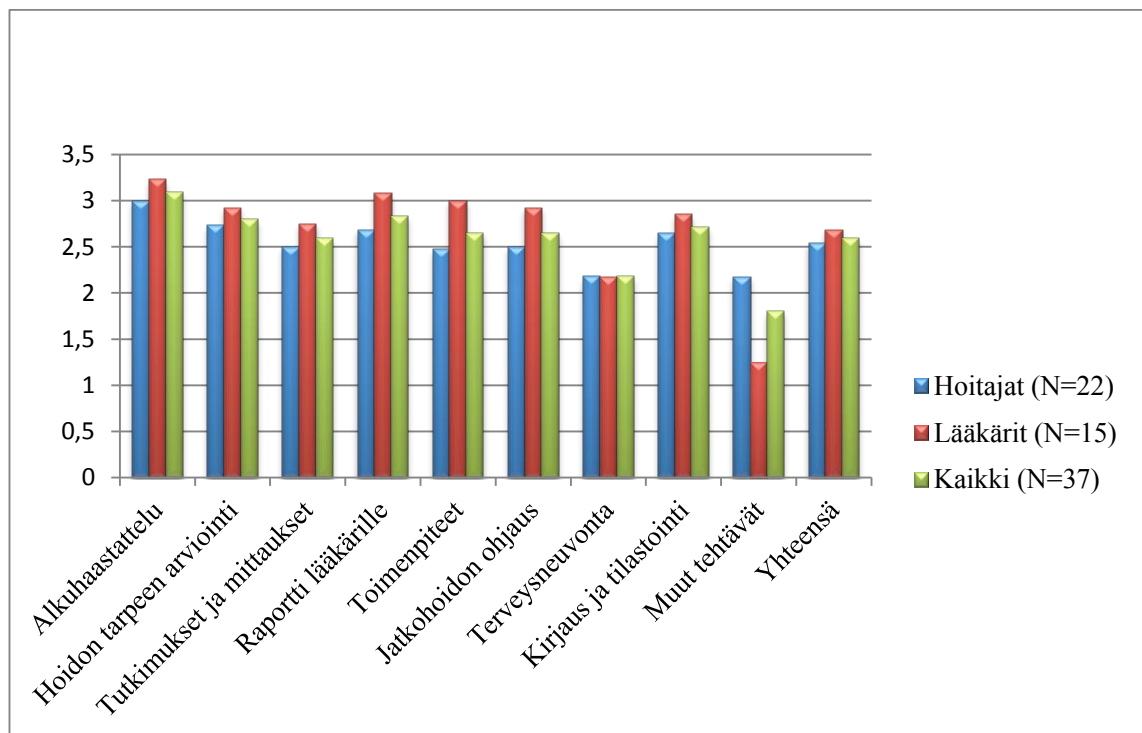
Pyysimme vastaajia luettelemaan Global Clinicilla suoritettavia tutkimuksia ja mittauksia sekä toimenpiteitä. Hoitajien suorittamista tutkimuksista ja mittauksista useimmin mainitut olivat: verenpaineen mittaus (N=14), virtsanäytteenotto (N=13), lämmön mittaus (N=8), verensokerin mittaus (N=6), raskaustestin tekeminen (N=3). Toimenpiteistä mainittiin haavanhoito (N=11).

Tutkimukset ja mittaukset osoittautuivat tärkeäksi osaksi hoitotyötä erityisesti hoitajien arvioimana. Selvitimme, mitä välineistöä Global Clinicilla on näitä varten käytettävissä ja mitä vielä tarvittaisiin. Käytössä olevista välineistä mainittiin: verenpainemittari (N=23), virtsan kemiallisen seulonnan testiliuskat (N=19), kuumemittari (N=18), verensokerimittari (N=13), haavanhoitotuotteet (N=13), vaaka (N=6), raskaustesti (N=6), Doppler (N=6), kynä ja paperi (N=4), tilastointikaavake (N=3), kätilöiden välineet (N=3) ja mittanauha (N=2). Näiden lisäksi yksittäismainintoja saivat käsihuuhe, saippua, käsineet, ompeleidenpoistovälineet, korvahuuhteluvälineet korvalamppu, skalpelli sekä älypuhelimien käännösohjelmat kuten Google Translate.

Samat vastaukset toistuivat osittain, kun kysyttiin, mitä välineistöä Global Clinicilla tarvittaisiin. Lisäksi mainittiin ultraäänilaitte (N=4), laboratoriokokeet (N=3), vauvojen vaaka (N=3), otoskooppi (N=2), stetoskooppi (N=2), tietokone (N=2) ja lisää tilaa

(N=2). Lisäksi mainittiin kirjallinen materiaali, kuten esitteet ja sanastot, joita tulisi olla saatavilla eri kielillä.

Selvitetyämme mitkä ovat hoitajan tärkeimmät tehtävät, kartoitimme miten hyvin ne tällä hetkellä toteutuvat. Vastajia pyydettiin arvioimaan kuviossa 2 mainittujen tehtävien toteutumista Global Clinicin työssä tällä hetkellä. Vastausvaihtoehtoina olivat: 0=ei toteudu lainkaan, 1=toteutuu huonosti, 2=toteutuu melko huonosti, 3=toteutuu melko hyvin, 4= toteutuu hyvin. Kaikkien tehtävien keskiarvo oli 2,59. Alkuhaastattelu arvioitiin toteutuvan parhaiten (ka=3,09). Terveysneuvonnan koettiin toteutuvan huonoiten (ka=2,18). Kuviossa 4 on esitetty lääkärin ja hoitajien mielipide hoitajan tehtävien toteutumisesta.



KUVIO 4. Hoitajan tehtävien toteutumisen arvio ammattiryhmien mukaan (keskiarvo)

Yleisesti ottaen lääkärit arvioivat kaikkien tehtävien toteutumisen hiukan paremmaksi kuin hoitajat. Vastaukset olivat kuitenkin melko yhteneväiset eri ammattiryhmien välillä. Molemmassa ammattiryhmissä matalimman keskiarvon sai terveysneuvonta, jonka koettiin toteutuvan melko huonosti (lääkärit ja hoitajat ka=2,18). Parhaiten arvioitiin toteutuvan alkuhaastattelun (hoitajat ka=3, lääkärit ka=3,23), jonka arvioitiin toteutuvan

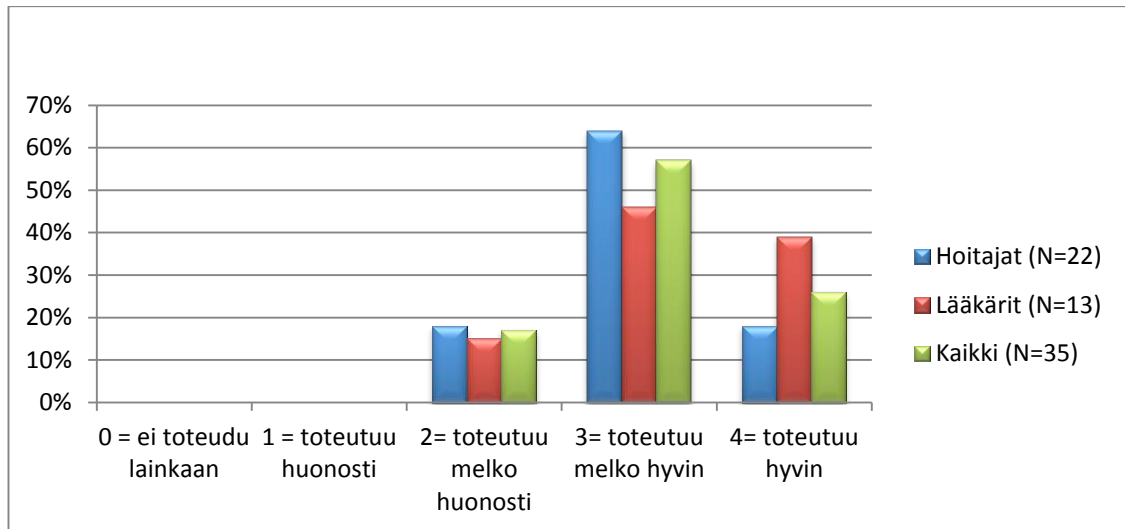
melko hyvin. Kaikkien tehtävien keskiarvo oli lääkärien arvioimana 2,68 ja hoitajien 2,54.

Taulukossa 5 on esitelty kokeneiden ja kokemattomien vapaaehtoisten arvio hoitajan tehtävien toteutumisesta Global Clinicilla. Vastaukset olivat myös näiden ryhmien välillä melko yhteneväiset. Kokeneet arvioivat kaikkien tehtävien keskiarvoksi 2,71 ja kokemattomat 2,76. Suurimmat erot näkyivät terveysneuvonnassa, jonka kokeneet arvioivat toteutuvan huonommin (kokeneet $ka=2,11$, kokemattomat $ka=2,45$). Kokemattomat arvioivat myös hoidon tarpeen arvioinnin toteutuvan paremmin ($ka=2,92$) kuin mitä kokeneet ($ka=2,72$).

TAULUKKO 5. Hoitajan tehtävien toteutumisen arvio kokemuksen mukaan (keskiarvo)

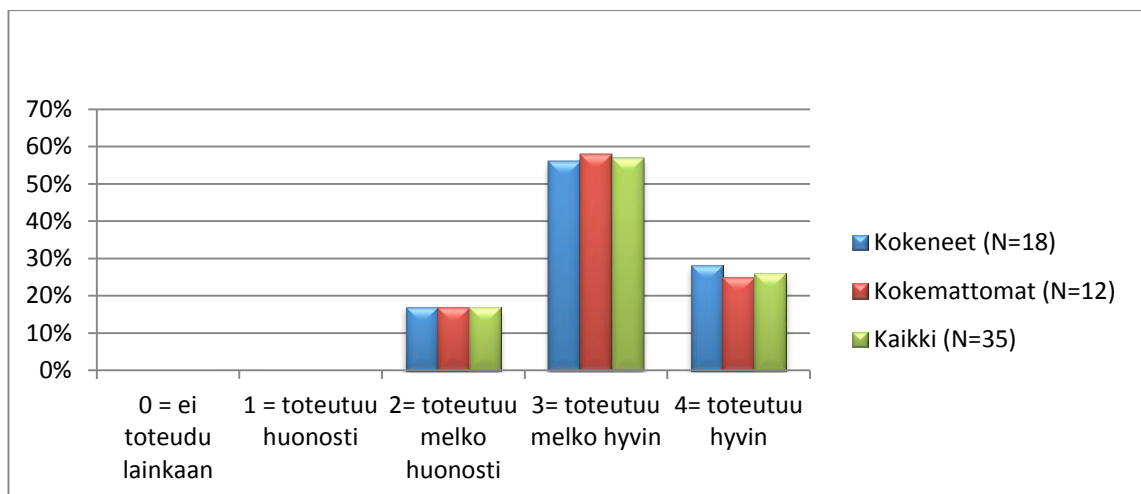
	Kokeneet (N=18)	Kokemattomat (N=12)	Ero (Kokeneet- Kokemattomat)	Kaikki (N=35)
Alkuhaastattelu	3,11	3,08	0,03	4,09
Hoidon tarpeen arviointi	2,72	2,92	-0,20	3,8
Tutkimukset ja mittaukset	2,69	2,73	-0,04	3,59
Raportti lääkärille	2,83	2,75	0,08	3,83
Toimenpiteet	2,72	2,75	-0,03	3,65
Jatkohoidon ohjaus	2,78	2,64	0,14	3,65
Terveysneuvonta	2,11	2,45	-0,34	3,18
Kirjaus ja tilastointi	2,72	2,75	-0,03	3,71
Yhteensä	2,71	2,76	-0,05	2,59

Alkuhaastattelu ja hoidon tarpeen arviointi nousivat tärkeimmiksi hoitajan tehtäviksi. Kuviossa 5 on tarkemmin kuvattu, miten eri ammattiryhmät arvioivat alkuhaastattelun toteutuvan. Molemmissa ammattiryhmissä eniten vastauksia sai vaihtoehto ”toteutuu melko hyvin” (hoitajat 64 %, lääkärit 46 %). Lääkärit arvioivat hoitajia useammin alkuhaastattelun toteutuvan hyvin. Eroa oli 21 %.



KUVIO 5. Alkuhaastattelun toteutumisen arvio ammattiryhmien mukaan (%)

Kokeneiden ja kokemattomien vastaukset eivät juurikaan poikenneet toisistaan alkuhaastattelun toteutumisen arvioinnissa (kuvio 6). Vaihtoehdot ”ei toteudu lainkaan” tai ”toteutuu huonosti” eivät saaneet yhtään mainintaa.



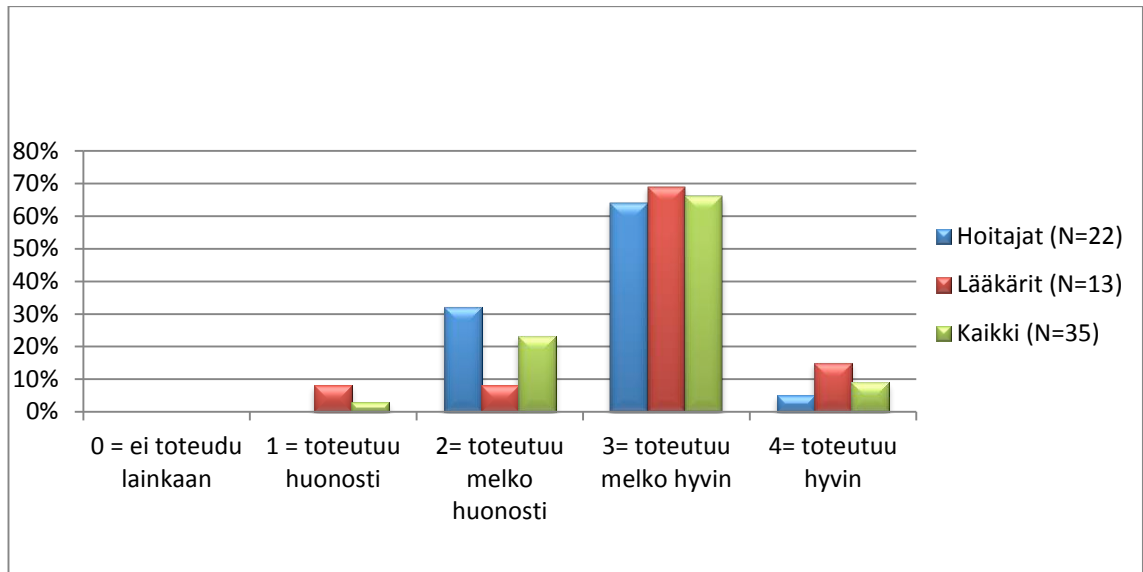
KUVIO 6. Alkuhaastattelun toteutumisen arvio kokemuksen mukaan (%)

Kyselyä suunnitellessamme oletimme alkuhaastattelun olevan Global Clinicin työssä tärkeässä roolissa. Tämän vuoksi halusimme selvittää erillisellä kysymyksellä, mitä alkuhaastattelussa tulisi kysyä. Pyysimme vastaajia nimeämään 5 tärkeintä asiaa, jota alkuhaastattelussa tulisi kysyä. Kysymys osoittautui aiheelliseksi, sillä alkuhaastattelu osoittautui aineistomme perusteella tärkeimmäksi hoitajan tehtäväksi Global Clinicilla. Kuviossa 7 on kuvattu vastaajien näkemykset alkuhaastattelun sisällöstä.



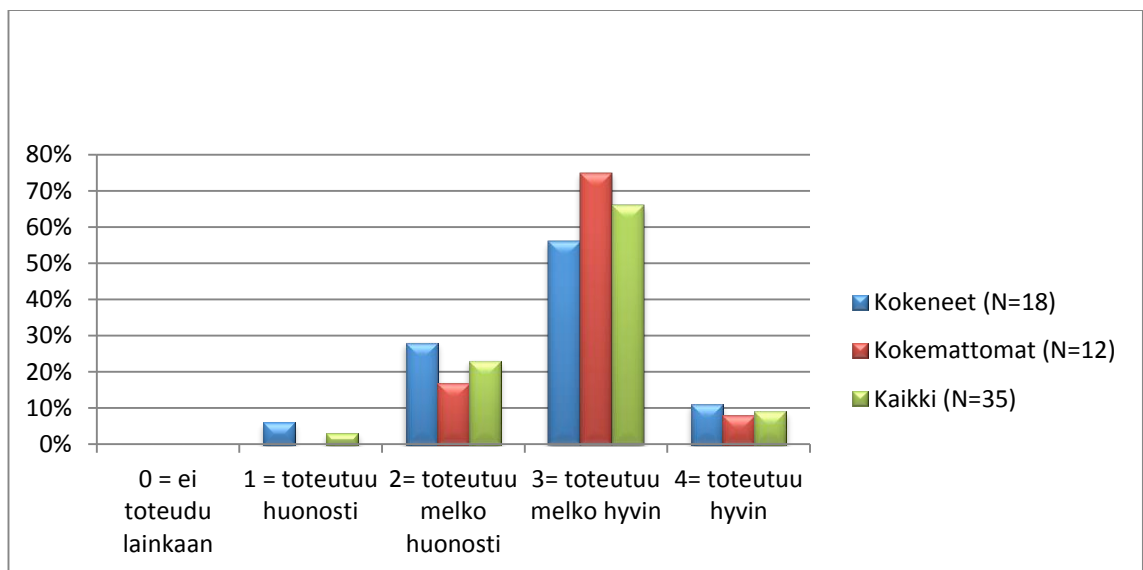
KUVIO 7. Tärkeimmät asiat, jotka alkuhaastattelussa tulisi selvittää.

Hoidon tarpeen arvioinnin koettiin sekä hoitajien että lääkärien vastauksissa toteutuvan pääosin melko hyvin (66 %). Hoitajien parissa vaihtoehto ”toteutuu melko huonosti” sai enemmän mainintoja kuin lääkäreiden vastauksissa. Eroa oli 24 %. Hoitajista kuitenkin kukaan ei arvioinut hoidon tarpeen arvioinnin toteutuvan huonosti, kun taas lääkäreistä 8 % valitsi tämän vaihtoehdon (kuvio 8).



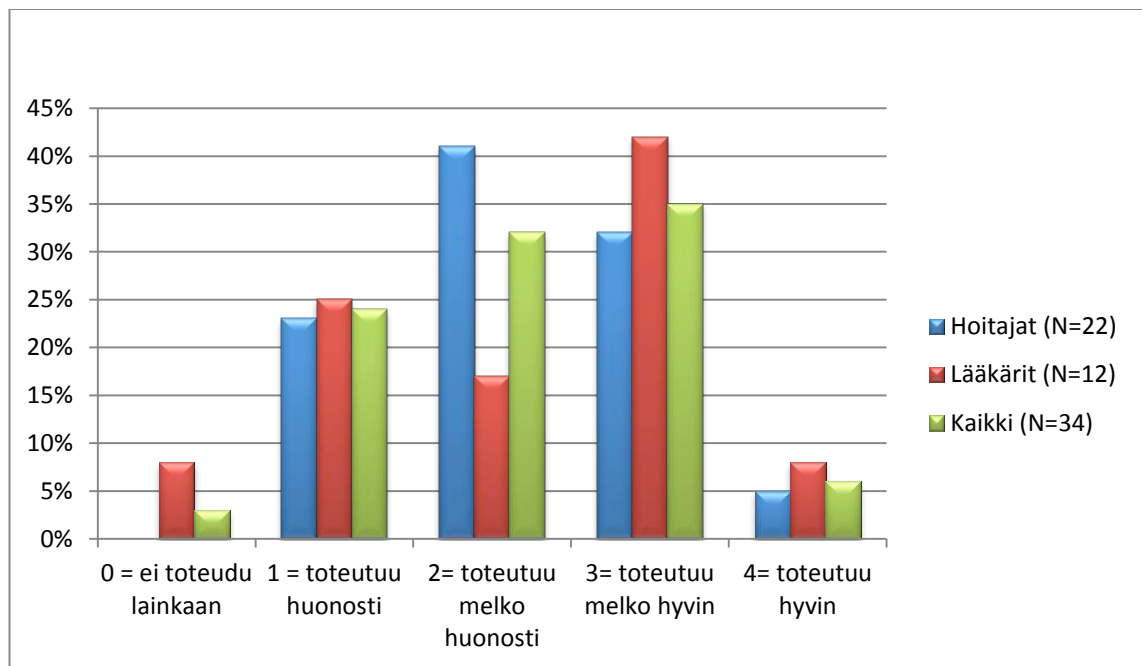
KUVIO 8. Hoidon tarpeen arvioinnin toteutumisen arvio ammattiryhmien mukaan (%)

Kokemattomiin vapaaehtoisiiin verrattuna kokeneet kuvasivat hoidon tarpeen arvioinnin toteutuvan huonommin (kuvio 9). 6 % kokeneista arvioi sen toteutuvan huonosti ja 28 % melko huonosti. Kokemattomista 17 % arvioi hoidon tarpeen arvioinnin toteutuvan melko huonosti ja vaihtoehto ”toteutuu huonosti” ei saanut heiltä mainintoja. Kokemattomista useampi arvioi hoidon tarpeen arvioinnin toteutuvan melko hyvin. Eroa kokeneisiin oli 19 %.



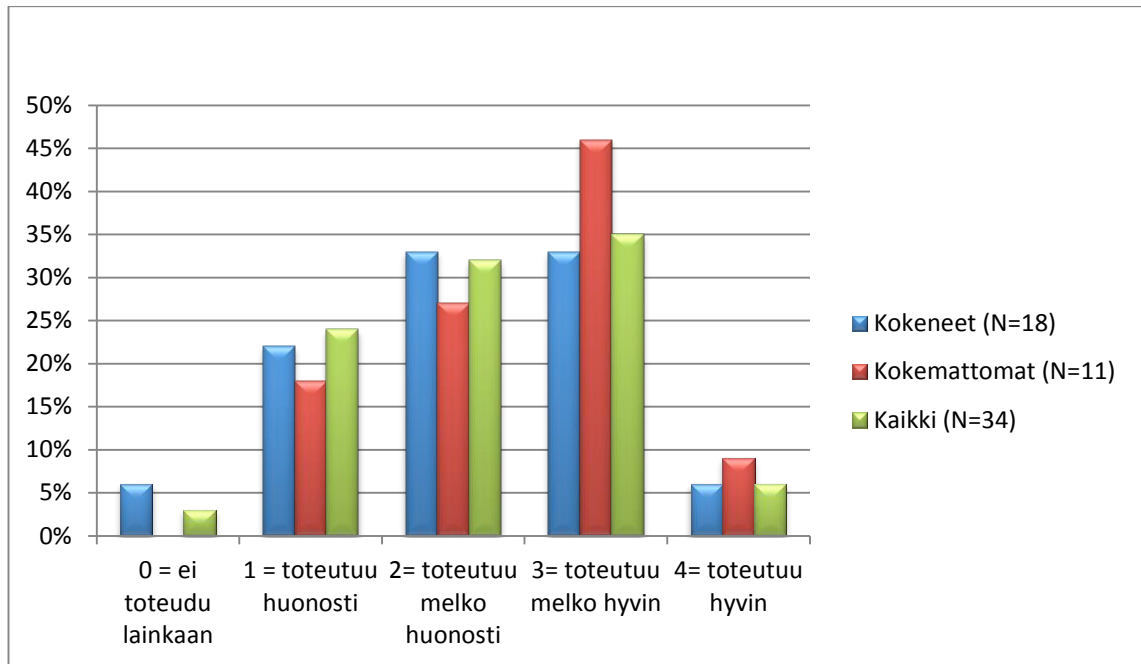
KUVIO 9. Hoidon tarpeen arvioinnin toteutumisen arvio kokemuksen mukaan (%)

Aineistomme mukaan terveysneuvonta oli hoitajan tehtävistä kolmanneksi tärkein ja samalla sen koettiin toteutuvan huonoiten. Kuviossa 10 on eritelty hoitajien ja lääkäreiden arviot terveysneuvonnan toteutumisesta Global Clinicilla. Vastauksissa oli runsaasti hajontaa. Vain 6 % vastaajista koki terveysneuvonnan toteutuvan hyvin. Melko hyvin sen arvioi toteutuvan 42 % lääkäreistä ja 32 % hoitajista. Verrattuna lääkäreihin, selvästi useampi hoitaja valitsi vaihtoehdon ”toteutuu melko huonosti”. Eroa lääkäreihin oli 24 %. Eroja näkyi myös kohdassa ”ei toteudu lainkaan”, jonka valitsi lääkäreistä 8 % ja hoitajista 0 %.



KUVIO 10. Terveysneuvonnan toteutumisen arvio ammattiryhmien mukaan (%)

Vastauksissa näkyi hajontaa myös vertailtaessa kokeneiden ja kokemattomien näkemyksiä terveysneuvonnan toteutumisesta (kuvio 11). Kokeneisiin verrattuna kokemattomat arvioivat terveysneuvonnan toteutuvan paremmin, mutta heilläkin esiintyi ”toteutuu melko huonosti” (27 %) ja ”toteutuu huonosti” (18 %) –vastauksia. Suurin ero (13 %) näiden vastaajaryhmien välillä näkyi kohdassa ”toteutuu melko hyvin”. Kokeneista 6 % valitsi vaihtoehdon ”ei toteudu lainkaan”, mitä kokemattomat eivät valinneet.



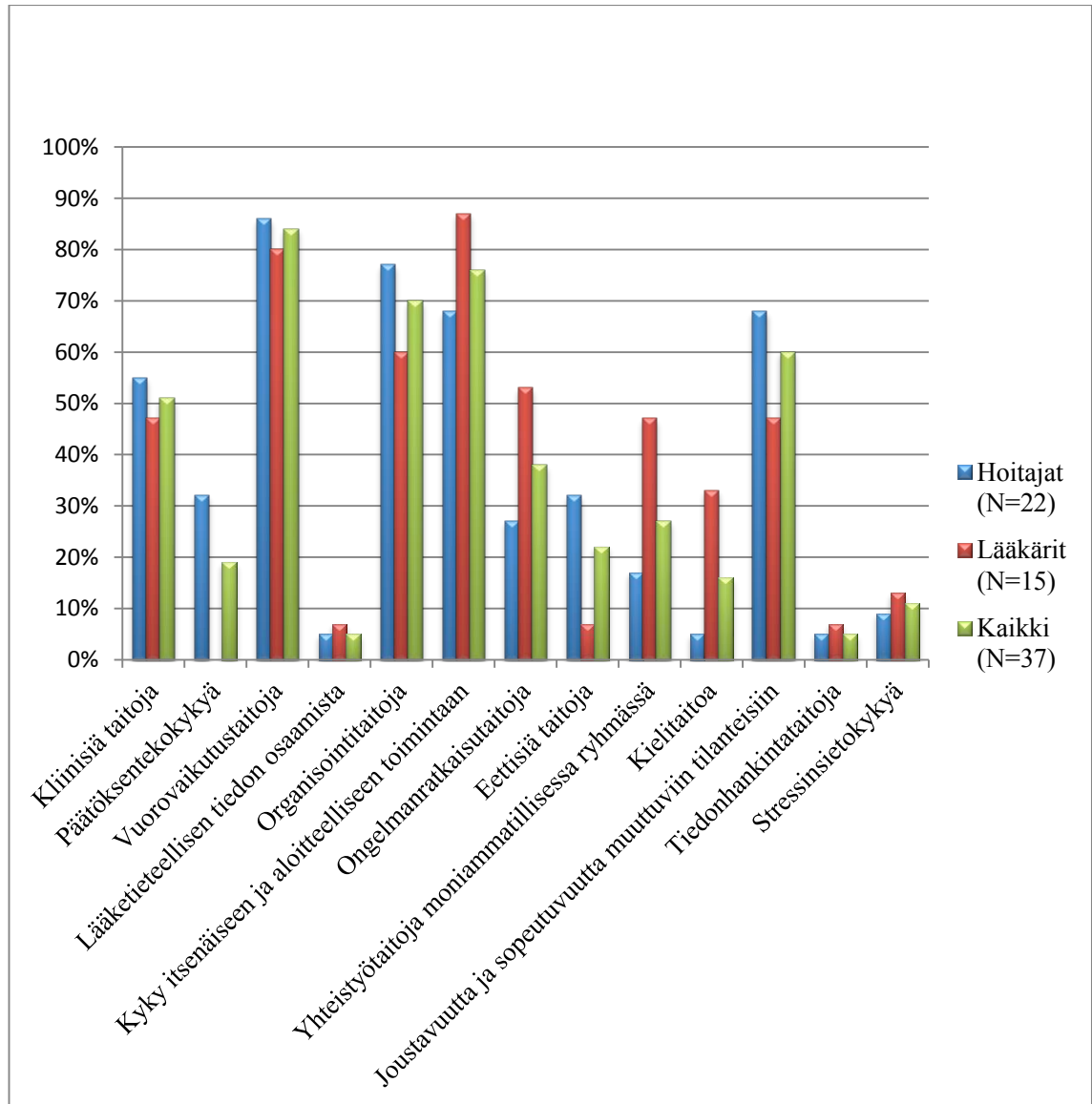
KUVIO 11. Terveysneuvonnan toteutumisen arvio kokemuksen mukaan (%)

Selvitimme, miten hoitotyön tehtävien toteutumista voitaisiin kehittää. Tärkeimpänä kehittämiskohteena mainittiin tulkkien määrän lisääminen (N=11). Vastauksissa ehdotettiin, että mikäli tulkkia ei ole saatavilla, hoitajat voisivat hyödyntää kuvia tai erikielisiä terveystsanastoja. Tilojen kehittäminen (N=6) sekä hoitajan toteuttama terveysneuvonta ja omahoidon ohjaus (N=4) koettiin tärkeinä kehittämiskohteina. Lisäksi mainittiin muun muassa triage –toiminnan kehittäminen ja siihen perehdyttäminen, tutkimusvälineiden lisääminen, tilastoinnin työnjaon selkeyttäminen ja hoitotyön käytäntöjen yhtenäistäminen. Hoitajan toivottiin myös panostavan järjestyksen ylläpitoon, poistavan odotustilasta ylimääräisiä henkilöitä sekä varmistavan jatkohoidon toteutumisen käytännön järjestelyjen avulla. Yhtenä esimerkkinä käytännön järjestelyistä oli, että hoitaja piirtää kartan, jonka avulla potilas löytää jatkohoitopaikan.

6.2 Hoitajan taidot

Hoitotyön kehittämisessä on tärkeää tietää, minkälaisia vaatimuksia työympäristö hoitajalle asettaa. Tämän vuoksi selvitimme vapaaehtoisten käsityksiä siitä, mitkä sairaanhoitajan osaamiskompetensseista ovat tärkeitä työskennellessä Global Clinicilla. Vastaajat saivat valita annetuista vaihtoehtoista enintään viisi tärkeintä. Valintoja tehtiin yhteensä

179, eli keskimäärin 4,8 vastausta/henkilö. Tärkeimpinä taitoina nousivat vuorovaikutustaidot (84 %), kyky itsenäiseen ja aloitteelliseen toimintaan (76 %), organisointitaidot (70 %), joustavuus ja sopeutuvuus (60 %) sekä kliiniset taidot (51 %). Kuviossa 12 on esitetty hoitajien ja lääkäreiden vastausten jakautuminen.



KUVIO 12. Hoitajan tärkeimmät taidot Global Clinicilla ammattiryhmien mukaan (%)

Lääkäreiden vastaukset jakautuivat useamman vaihtoehdon välillä kuin hoitajien. Lääkäreihin verrattuna hoitajat pitivät tärkeämpinä päätöksentekokykyä (ero lääkäreihin 32 %), eettisiä taitoja (ero 25 %), joustavuutta ja sopeutuvuutta (ero 21 %) sekä organisointitaitoja (ero 17 %). Lääkärit kokivat tärkeämpinä moniammatilliset yhteistyötaidot

(ero hoitajiin 30 %), kielitaidon (ero 28 %), ongelmanratkaisutaidot (ero 26 %) sekä itsenäisen ja aloitteellisen toiminnan (ero 19 %).

Taulukossa 6 on esitetty kokeneiden ja kokemattomien vapaaehtoisten näkemys hoitajan tärkeimmistä taidoista Global Clinicilla. Kokemattomista vapaaehtoisista lähes kaikki (92 %) kokivat vuorovaikutustaidot yhtenä tärkeimmistä kompetensseista. Heidän vastauksissaan eettiset taidot sekä joustavuus ja sopeutuvuus esiintyivät useammin kuin kokeneilla. Eettisissä taidoissa eroa oli 27 % ja joustavuuden ja sopeutuvuuden kohdalla 19 %. Kokeneet vapaaehtoiset arvostivat kokemattomia enemmän itsenäistä ja aloitteellista toimintaa (ero 31 %), organisointitaitoja (ero 25 %) sekä kliinisiä taitoja (ero 19 %).

TAULUKKO 6. Hoitajan tärkeimmät taidot Global Clinicilla kokemuksen mukaan (%)

	Kokemattomat % (N=12)	Kokeneet % (N=25)	Kaikki % (N=37)	N
Vuorovaikutustaitoja	92	72	84	31
Kyky itsenäiseen ja aloitteelliseen toimintaan	58	89	76	28
Organisointitaitoja	58	83	70	26
Joustavuutta ja sopeutuvuutta muuttuviin tilanteisiin	75	56	60	22
Kliinisiä taitoja	42	61	51	19
Ongelmanratkaisutaitoja	42	28	38	14
Yhteistyötaitoja moniammatillisessa ryhmässä	17	28	27	10
Eettisiä taitoja	33	6	22	8
Päätöksentekokykyä	25	22	19	7
Kielitaitoa	8	22	16	6
Stressinsietokykyä	17	11	11	4
Tiedonhankintataitoja	8	6	5	2
Lääketieteellisen tiedon osaamista	8	6	5	2

6.3 Moniammatillinen yhteistyö

Suurin osa lääkäreistä (79 %) ja hoitajista (73 %) koki moniammatillisen yhteistyön sujuvan hyvin. Loput arvioivat yhteistyön sujuvan melko hyvin. Pyysimme vastaajia kertomaan mitkä asiat sujuvat hyvin, mitkä eivät ja miten yhteistyötä voitaisiin kehittää. Sekä lääkärin että hoitajien vastauksista kävi ilmi, että Global Clinicilla on hyvä työilmapiiri. Kommunikaation koettiin toimivan pääosin hyvin. Tämän hetkisessä käytännössä hoitaja haastattelee potilaan ja kirjaa tärkeimmät asiat paperille, jonka antaa lääkärille yhdessä suullisen raportin kanssa. Käytäntöön oltiin tyytyväisiä. Vuorovaikutukseen liittyvinä kehityskohteina mainittiin se, että kukin esittelee itsensä Global Clinicille tullessaan sekä raportoi kattavasti lääkärille. Hoitajan vastauksista ilmeni, että ajoittain on epäselvää milloin lääkäri on valmis ottamaan seuraavan potilaan vastaan. Tässäkin toivottiin selkeämpää kommunikointia.

Tilastointi koettiin tärkeäksi, mutta tilastointikaavakkeen täytön suhteen toivottiin selkeämpää työnjakoa. Tällä hetkellä epäselvää oli missä vaiheessa hoitaja selvittää lääkäriltä potilaan diagnoosin ja jatkohoidon vai kirjaavatko lääkärit sen itse tilastointikaavakkeeseen.

Eniten kehittämideoita tuli organisoinnin suhteen. Useammassa vastauksessa ehdotettiin, että ennen Global Clinicin aukeamista pidettäisiin työnjakopalaveri, jossa hoitajat voisivat sopia keskinäisen työnjakonsa. Esimerkiksi yksi voisi vastata alkuhaastattelusta, toinen tilastoinnista ja kolmas yleisestä järjestyksenpidosta. Jatkossa toivottiin hoitajien voivan panostaa myös omahoidon ohjaukseen tai itsenäisen vastaanoton pitämiseen, mikäli tila- ja tulkkiresurssit sen sallivat. Illan päätteeksi toivottiin yhteistä loppupalaveria.

Vapaaehtoiset tulevat erilaisista ammatillisista taustoista ja työympäristöistä, mikä näkyy myös illan sujuvuudessa. Useammassa vastauksessa tuotiin esiin, että ammatillisesti kokeneilta hoitajilta hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi sujuu hyvin. Vastaajat kokivat, että välillä hoitajien ammatillinen kokemattomuus näkyy. Kehittämideana esitettiin yhteistä perehdytystä ja kirjallista ohjetta triage-luokituksesta.

6.4 Muut kehittämistarpeet

Kyselyn lopussa kartoitimme vielä muita mahdollisia kehittämiskohteita ja -ehdotuksia. Vastauksissa nousi osittain samoja aiheita, joita aiemmissa kohdissa on käsitelty. Esimerkiksi tulkkien määrä sekä tilojen kehittäminen olivat aiheita, jotka esiintyivät monissa aikaisemmissakin vastauksissa. Tulkkeja toivottiin olevan myös klinikan odotustilassa, jotta he voisivat avustaa järjestyksen ylläpidossa. Yksi vastaajista kuvasi nykyistä tilannetta seuraavalla tavalla.

Jos on paljon potilaita niin lievää kaaosta voi olla. Mutta usein kaaos johdetaan myös siitä, että ei ole riittävästi tulkkeja paikalla, mikä vaikuttaa siihen että viestejä ei saada perille esim. siitä missä järjestyksessä potilaat menevät lääkärille. Joskus asiakkaat lähtevät pois kun eivät pääse tarpeeksi nopeasti lääkärin.

Tilojen suhteen toivottiin enemmän yksityisyyttä ja viihtyisyyteen panostamista. Hygienia ja ergonomia tulisi myös huomioida tilojen käytön suunnittelussa. Hoitajille toivottiin omaa tilaa potilaiden vastaanottamiseen sekä mahdolliseen terveysneuvontaan tai -ohjaukseen. Vastauksissa ehdotettiin erilaisten sanastojen ja kuvitettujen oppaiden laatimista / hankkimista alkuhaastattelun ja hoitajan vastaanottotyön tueksi. Näitä tulisi olla yleisimmillä Global Clinicin potilaiden asiointikielillä.

Voidaan valmistaa oppaita kuten: Mistä löydät halvimmat ruokailupaikat + vapaamuotoinen käänös Luettelo hoitopaikoista ja kartta, mistä löytyy ja miten mennä sinne + vapaamuotoinen käänös Hoito-ohjeita jne ..

Hoidon tarpeen arviointi oli aineistomme mukaan tärkeimpiä hoitajan tehtäviä. Siihen liittyi myös useita kehittämissuhteita. Hoitajien toivottiin ohjaavaan potilaat lääkärille kiireellisyysjärjestyksessä. Triagen käyttö mainittiin myös useissa vastauksissa.

Lääkärin näkökulmasta olisi hyvä, jos hoidontarpeen arviointiin ja potilaiden priorisointiin panostettaisiin enemmän. Jos klinikkailta on kiireinen, ei jokaista selkeästi vaarattomia vaivoja valittavia tarvitse välttämättä ohjata lainkaan lääkärin vastaanotolle, kun joukossa saattaa olla myös akuutisti tai hyvinkin vakavasti sairaita tai esim. lapsipotilaita. Potilaita ei siis myöskään tulisi ohjata vastaanotolle tulojärjestyksessä vaan kiireellisyysjärjestyksessä hoidontarpeen arvion perusteella. Näin toimitaan myös julkisessa terveydenhuollossa. Lääkäri voisi myös tarvittaessa auttaa hoitajia hoidontarpeen arvioinnissa, jos hoitajat kokevat tämän vaikeaksi. Lääkäri ehtii kyllä tällä hetkellä useimmiten tavata kaikki potilaat, mutta vastaanotot ovat usein kiireen vuoksi aivan liian lyhyitä etenkin kieli- ja kulttuurimuurit sekä tulkkauksen tarve huomioiden.

Hoitajien ammatillisen kokemuksen taso näkyi vastaajien mukaan sekä hoidon tarpeen arvioinnissa että klinikan toiminnan sujuvuudessa ja toimenpiteiden suorittamisessa. Tällöin perehdytyksen ja yhteisten käytäntöjen sopimisen merkitys korostuvat.

Nyt hoitajien taso kirjava koulutuksen saaneista kirkontyöntekijöistä (eikä ikinä kliinisessä työssä) aktiivista työtä tekeviin.

Hoitajien tulee olla moniosaajia, että jokainen osaa esim. hoitaa haavoja

Lisäksi yksittäismainintoja saivat seuraavat kehittämissuositukset: järjestyksen ylläpito odotustiloissa, hoitajien ja kandiin sekä lääkäreiden ja hoitajien tehtävien selkeyttäminen, kirjaaminen, erikoislääkäreiden konsultointi sekä poliittinen vaikuttaminen.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Global Clinicilla alkuhaastattelu ja hoidon tarpeen arviointi ovat hoitajan tärkeimmät tehtävät. Näiden arvioitiin myös toteutuvan parhaiten. Ne saivat korkeimmat keskiarvot ja vastauksissa oli vähiten hajontaa (taulukko 7). Listasimme aineistostamme nousseet alkuhaastattelussa kysyttävät asiat kuvioon 7. Vertasimme niitä kuvioon 1, jossa on esitetty hoitotyön teorioiden pohjalta hoidon tarpeen arvioinnin keskeiset sisällöt ja aihealueet osoittautuivat samankaltaisiksi. Vaikka Global Clinicilla ei ole käytössä yhtenäistä alkuhaastattelurunkoa, vaikuttaisi siltä, että olennaisia asioita osataan kysyä. Vastauksissa oli kuitenkin hajontaa, joten voisi olla hyödyllistä koostaa kirjallinen runko alkuhaastattelun tueksi. Toiminnan yhtenäistämiseksi aineistossamme ehdotettiin myös triage –luokituksen käyttöönottoa ja siihen perehdyttämistä.

TAULUKKO 7. Hoitajan tärkeimpien tehtävien toteutuminen Global Clinicilla

	Keskiarvo	Keskijajonta	Vaihteluväli (0-4)	Mediaani
Alkuhaastattelu	3,09	0,66	2–4	3
Hoidon tarpeen arviointi	2,8	0,63	1–4	3
Kirjaus ja tilastointi	2,71	0,83	1–4	3
Tutkimukset ja mittaukset	2,58	0,71	1–4	3
Terveysneuvonta	2,18	0,97	0–4	2

Terveysneuvonnan arvioitiin olevan yksi hoitajan kolmesta tärkeimmästä tehtävästä. Samalla sen arvioitiin toteutuvan kaikkein huonoiten ja vastauksissa oli suurin hajonta (taulukko 7). Jotkut vastaajista arvioivat, ettei terveysneuvonta toteudu tällä hetkellä lainkaan, kun taas toiset kokivat terveysneuvonnan toteutuvan hyvin. Syntyy vaikutelma, että terveysneuvonnan toteutuminen riippuu siitä kuka milloinkin on paikalla Global Clinicilla. Terveysneuvonnan suunnittelu ja käytäntöjen sopiminen olisikin tulevaisuudessa tärkeää. Neuvonta ei tapahdu vain muun työn lomassa, vaan sitä varten tulee varata omaa aikaa ja järjestää tarvittaessa useampia tapaamisia (Syväoja & Äijälä 2009, 110–113).

Erityisesti hoitajat sekä kokemattomat vapaaehtoiset painottivat tutkimusten ja mittaus-ten tärkeyttä. Hoitoa vaikeuttaa se, ettei Global Clinicilla ole mahdollisuutta teettää laboratorionkokeita tai vaativampia tutkimuksia. Samoja haasteita on kohdattu myös esimerkiksi Tanskassa (Jensen ym. 2011, 5–6). Aiemmissa tutkimuksissa todettiin myös aikaisempien potilastietojen puuttumisen vaikeuttavan paperittomien hoitoa (Jensen ym. 2011, 3–4). Aineistossamme erityisesti lääkärit kokivat kirjauksen ja tilastoinnin tärkeäksi hoitajan tehtäväksi. Kirjaamiskäytäntöjen ja siihen liittyvän työnjaon yhtenäistäminen on tärkeä kehittämiskohde Global Clinicin toiminnassa.

Kyselyn eri kohdissa toistui kehittämissuhteiksi tulkkien määrän lisääminen sekä tilojen kehittäminen. Löytämässämme kansainvälisissä tutkimuksissa koskien paperittomien terveystalvija Yhdysvalloissa ja Tanskassa yhteisen kielen puute nostettiin esiin haasteena, joka vaikeutti muun muassa diagnoosin tekemistä sekä ohjauksen ja psykososiaalisen tuen antamista (Boerner 2013, 20; Jensen ym. 2011, 5). Aineistossamme ehdotettiin kuvien ja erilaisten sanastojen tai muun kirjallisen materiaalin käyttöä hoitotyön tukena. Myös monikulttuurista hoitotyötä tutkineet tahot suosittavat kuvien käyttöä vuorovaikutuksen tukena (Rautavaara-Nurmi ym. 2012, 30).

Tilojen kehittäminen mahdollistaisi myös hoitajan itsenäisen vastaanoton. Aineistossamme toivottiin, että hoitajat voisivat pitää omaa vastaanottoa. Pelkät hoitajan vastaanoton sisältäneet poliklinikkakäynnit on koettu yhtä hyödylliseksi kuin ne, jotka sisälsivät myös lääkärin tapaamisen (Säilä ym. 2006, 26). Hoitajan itsenäinen vastaanotto helpottaisi myös lääkärin työtä ja potilaat ohjattaisiin vain tarvittaessa lääkärin luokse.

Aineistostamme selvisi hoitajien ja lääkärin yhteistyön sujuvan Global Clinicilla hyvin molempien ammattiryhmien mielestä. Yhteistyön laatuun on hyvä panostaa jatkossakin. Sujuvan yhteistyön on todettu parantavan hoidon laatua (Benner ym 2009, 335–336). Joissakin kehittämissuhteissa tuotiin esiin ongelmien syntyvän siitä, ettei kaikilla hoitajilla ole tarpeeksi ammatillista kokemusta tai että heidän kokemuksensa on aivan erilaisista työympäristöistä. Tämän koettiin myös vaikeuttavan hoitajien ja lääkäreiden yhteistyötä Global Clinicilla. Tutkimuksissa on todettu eniten ongelmia syntyvän moniammatillisissa yhteistyösuhteissa silloin, jos toinen osapuoli on selkeästi ammatillisesti kokeneempi kuin toinen (Benner ym. 2009, 251–355). Perehdytyksen ja koulutuksen

merkitys nousikin aineistossamme tärkeäksi kehittämiskohteeksi, jotta toiminta jatkuisi sujuvana hoitajan kokemustasosta riippumatta.

Moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen esitettiin useita eri käytännön ehdotuksia. Toivottiin, että klinikkoiltojen alussa pidettäisiin esittäytymis- ja työnjakopalaveri ja illan päätteeksi vapaaehtoiset voisivat kokoontua uudelleen keskustelemaan illan tapahtumista. Työnjaon selkeyttämistä toivottiin esimerkiksi yleisessä järjestyksenpidossa ja tilastoinnissa.

Global Clinicilla hoitajalta vaadittavista taidoista tärkeimpiä olivat vuorovaikutus- ja organisointitaidot sekä kyky itsenäiseen ja aloitteelliseen toimintaan. Näitä pidettiin tärkeinä molempien ammattiryhmien sekä kokeneiden ja kokemattomien vapaaehtoisten parissa. Vuorovaikutustaidot saivat kyselyssä eniten mainintoja. Ne ovat keskeisiä taitoja myös monikulttuurisen hoitotyön osaamisen kannalta (Ikonen 2007, 146–148). Hoitajat ja kokemattomat vapaaehtoiset arvostivat lisäksi joustavuutta ja sopeutuvuutta muuttuviin tilanteisiin. Lääkärit korostivat ongelmanratkaisutaitoja ja kokeneet vapaaehtoiset kliinisiä taitoja.

Kysyttäessä hoitajalta vaadittavia taitoja vähiten mainintoja saivat lääketieteellisen tiedon osaaminen ja tiedonhankintataidot. Hoitotyön kirjallisuudessa kuitenkin korostetaan, että hoidon tarpeen arvioinnissa hoitajalta vaaditaan teoreettista ja kokemusperäistä tietoa eri sairauksien hoidosta. Nämä eivät ole ainoita hoidon tarpeen arviointiin tarvittavia taitoja. Muun muassa intuitiolla ja eettisellä osaamisella on merkitystä. (Syväoja & Äijälä 2009, 61–64.) Aineistossamme erityisesti hoitajat kokivat eettiset taidot tärkeinä Global Clinicilla. Selvittäessämme Global Clinicilla käytettävissä olevaa materiaalia, kävi ilmi, ettei lääke- tai hoitotieteellistä kirjallisuutta ole tällä hetkellä käytössä. Vaikka lääketieteellistä osaamista ei koettu aineistossamme yhtä tärkeänä kuin kirjallisuudessa, muista vastauksista kävi ilmi hoitajien teoreettisten tietojen olevan ajoittain puutteelliset. Olisiko aiheellista hankkia klinikalle ammattikirjallisuutta esimerkiksi päivystysoppaita?

8 POHDINTA

Olemme pohtineet opinnäytetyömme eettisyyttä luvussa 4. Emme ole olleet potilaiden kanssa tekemisissä ja vastaajien anonymiteetin säilyttäminen onnistui verkkokyselyn avulla hyvin. Olemme pyrkineet luvussa 6 raportoimaan kyselyn tulokset yksityiskohdittaisesti ja objektiivisesti. Kaikkia vastauksia kohdeltiin samanarvoisina emmekä jättäneet kenenkään vastauksia huomiotta. Tulosten analysoinnin jälkeen teimme omat johtopäätökset ja tulkinnat (luku 7) peilaten teoriaan ja aiempiin tutkimuksiin. Hirsjärven ym. (2009, 25–27) mukaan hyviin eettisiin tutkimuskäytäntöihin kuuluu se, että kaikki saadut tulokset raportoidaan rehellisesti eikä niitä valikoida omien intressien perusteella. Tutkijan tulee myös kuvata tutkimuksen kulku ja siihen liittyvät mahdolliset puutteet, jotka voivat heikentää työn luotettavuutta.

8.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Kvantitatiivisessa opinnäytetyössä täytyy arvioida työn luotettavuutta. Tutkimuksesta on tarkoitus saada mahdollisimman luotettava ja totuudenmukainen. Luotettavuutta arvioidaan validiteetti- ja reliabiliteettikäsitteillä. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkitaan oikeita asioita tutkimuskysymysten kannalta. Reliabiliteetilla mitataan sitä, kuinka pysyviä tulokset ovat. Eli, jos tutkimus toistettaisiin, saataisiin samat tulokset. Tutkimustulosten pysyvyys ei kuitenkaan takaa, että tutkimuksessa tutkitaan oikeita asioita. (Kananen 2008, 79–81.) Opinnäytetyössämme validiteettia arvioitiin erityisesti kyselyn laatimisvaiheessa. Tämän vuoksi keräsimme kysymyksistä palautetta klinikan keskeisiltä vastuuhenkilöiltä sekä ohjaavalta opettajalta ennen lopullisen kyselyn julkistamista. Kyselymme otoksena olevat vapaaehtoiset ovat niitä, jotka Suomessa eniten tietävät paperittomien terveydenhoidosta. Tämä lisää vastausten luotettavuutta. Kyselyn avulla saimme vastaukset tutkimuskysymyksiimme, joten voimme olettaa kyselyn mittanneen sitä mitä oli tarkoituskin.

Kyselyn toistettavuuteen (reliabiliteetti) vaikuttaa muuttuva poliittinen tilanne ja vapaaehtoisten vaihtuvuus. Kyselyn toteuttamisen jälkeen osa vapaaehtoisista on saattanut jäädä toiminnasta pois ja uusia tullut tilalle. Heidän näkemyksensä saattaisivat poiketa

aineistomme tuloksista. Kuitenkin kokeneilla ja kokemattomilla vapaaehtoisilla oli aineistossamme yhteneväisiä näkemyksiä monista klinikan toimintaan liittyvistä aiheista. Tämä antaa aihetta olettaa, että kyselyn toistaminen tuottaisi samansuuntaisia vastauksia. Kyselyn toteuttamisen jälkeen Helsingin kaupunki päätti tarjota kiireetöntä hoitoa alle 18-vuotiaille ja raskaana oleville paperittomille (Palttala & Laitinen 2013). Tämän kaltaiset poliittiset muutokset vaikuttavat myös klinikan toimintaan ja ne saattaisivat muuttaa kyselyn tuloksia, mikäli se toistettaisiin.

Luotettavuutta heikentävä tekijä on kato. Opinnäytetyössämme vastausprosentti oli 32 % ja kato 68 %. Lähetimme kyselyn kaikille, joiden yhteystiedot löytyvät vapaaehtoisten tietokannasta. Joukossa saattoi olla henkilöitä, jotka eivät toimi enää vapaaehtoisina tai joiden sähköpostiosoitteet eivät ole ajan tasalla. Kaikilla vapaaehtoisilla on työ ja muut velvollisuudet ja kyselyn vastaaminen tapahtui heidän vapaa-ajallaan. Vapaaehtoisilla ei ollut velvollisuutta vastata kyselyyn eikä vastaamisesta tarjottu palkkiota. Nämä tekijät saattoivat vaikuttaa katoon.

Vastausprosentti ei ole ainoa kriteeri, jolla arvioidaan kadon vaikutuksia luotettavuuteen. Lisäksi tulee tarkastella saatujen vastausten laatua ja tietojen puutteellisuutta. (Vehkalahti 2008, 44.) Vastaajistamme suurin osa vastasi kaikkiin kyselymme kysymyksiin. Joihinkin avoimiin kysymyksiin tuli vähemmän vastauksia. Vastaukset olivat kuitenkin laadukkaita ja saimme niistä runsaasti yksityiskohtaista tietoa.

Lähteitä kerätessämme emme löytäneet suomalaisia tutkimuksia liittyen paperittomien terveydenhoitoon ja kansainvälisiä tutkimuksia löytyi vain vähän. Valitsimme lähteisiin tieteellisiä tutkimuksia sekä artikkeleita kansainvälisistä terveydenhuollon julkaisuista, jotka arvioimme luotettaviksi. Osassa artikkeleista oli mielestämme selkeä poliittinen viesti ja tavoite. Tämän tyyppisiä lähteitä emme käyttäneet. Monikulttuuriseen hoitotyöhön sekä hoitajan vastaanottotyöhön liittyviä suomalaisia tieteellisiä tutkimuksia löytyi paremmin.

8.2 Opinnäytetyön prosessi ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyömme idea syntyi käytännön työssä havaitusta tarpeesta kehittää hoitotyötä Global Clinicilla. Ennen kuin toimintaa voidaan kehittää, on selvitettävä mitä työhön tällä hetkellä sisältyy ja miten hyvin eri sisällöt toteutuvat. Tähän työhön olemme koonneet Global Clinicin hoitotyön kehittämiseen tarvittavaa taustatietoa sekä kehittämisehdotuksia. Jatkossa voidaan laatia kehittämissuunnitelmia ja toteuttaa kehittämishankkeita hyödyntäen tämän opinnäytetyön tietoa.

Opinnäytetyön ideoinnin jälkeen aihe rajautui ja tarkentui keskustellessa Global Clinicin vapaaehtoisten ja opinnäytetyötä ohjaavien opettajien kanssa. Tutustuimme tutkimuskirjallisuuteen sekä lainsäädäntöön liittyen paperittomien terveydenhuoltoon. Tutkimuksemme sekä oman ammatillisen kasvun kannalta oli tärkeää perehtyä myös aiheeseen liittyviin hoitotyön sisältöihin. Etsimme tietoa monikulttuurisesta hoitotyöstä sekä hoitajan vastaanottotyöstä. Lähteenä käytimme hoitotyön kirjallisuutta sekä tutkimuksia ja artikkeleita, joita etsimme sähköisistä tietokannoista. Kyselyn laatiminen ja aineiston analysointi on kuvattu luvuissa 5 ja 6. Johtopäätöksiä tehdessämme palasimme taustateorioiden pariin ja vertailimme niitä aineistomme tuloksiin. Opinnäytetyön valmistuttua menemme Global Clinicin kevätkokoukseen esittelemään vapaaehtoisille työn tuloksia. Lataamme opinnäytetyömme myös vapaaehtoisten tietokantaan.

Opinnäytetyöprosessi on syventänyt tietämystämme monikulttuurisesta hoitotyöstä ja siihen liittyvistä haasteista. Kansainvälistyvässä yhteiskunnassa monikulttuurisen hoitotyön osaamista tarvitaan kaikilla sairaanhoitajan työkentillä. Monissa työpaikoissa hoitaja pitää itsenäistä vastaanottoa. Opinnäytetyön tekeminen on lisännyt valmiuksiamme tämän tyyppisen työn toteuttamiseen. Lisäksi esimerkiksi hoitaja-lääkäri-työparin työskentelyyn syventyminen on hyödyllistä kaikissa työympäristöissä.

Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä ei ollut meille entuudestaan kovin tuttu. Opinnäytetyöprosessin myötä olemme saaneet lisää ymmärrystä tutkimuksen kulusta. Olemme myös oppineet tulkitsemaan ja arvioimaan kriittisesti toisten tutkimuksia. Tämä kävi ilmi etsiessämme lähteitä. Huomasimme, että tutkimusteorian ja -prosessin ymmärtäminen ovat edellytyksiä sille, että kykenee arvioimaan lähteen luotettavuutta.

Opinnäytetyön toteuttaminen työparina on opettanut meille yhteistyötaitoja, joustavuutta, kompromissien tekoa sekä palautteen antamista. Seminaariryhmätyöskentelyssä olemme monesti oppoineet ja vastaanottaneet opponointeja. Näistä olemme oppineet rakentavan palautteen antamista ja vastaanottamista. Harjoitteluiden ja työkokemuksen perusteella palautteen antaminen ja vastaanottaminen ovat lähes päivittäin tarvittavia taitoja hoitotyössä.

Ideapaperin esittämisestä valmiin opinnäytetyön luovuttamiseen kului vuosi. Tämän kaltaisen pitkän prosessin toteuttaminen vaatii pitkäjänteisyyttä ja sitoutumista. Jotkut vaiheet ovat olleet haastavia ja ajoittain stressaavia. Olemme suoriutuneet näistä tilanteista hyvin positiivisen asenteen, toistemme kannustamisen sekä työn ja vapaa-ajan tasapainottamisen avulla. Motivaatiota työn tekemiseen on lisännyt myös ihmisten kiinnostus aiheitamme kohtaan ja olemme käyneet siihen liittyen mielenkiintoisia keskusteluja. Lisäksi motivaatiotamme on lisännyt se, että aiheitamme ei ole aiemmin juurikaan tutkittu ja siitä saadaan käytännön hyötyä Global Clinicin hoitotyöhön.

LÄHTEET

- Abdelhamid, Pirkko; Juntunen, Anitta & Koskinen, Liisa 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy
- Benner, Patricia; Tanner, Christine & Chesla, Catherine 2009. Expertise in Nursing Practice. New York: Springer Publishing Company.
- Boerner, Heather 2013. Nursing without borders. *National Nurse* 4/2013, 14–20.
- Hankonen, Riitta 2013. Osattomien auttajat. *Tehy* 5/2013, 14–19.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Porvoo: Tammi.
- Huhtanen, Ann-Mari 2013. Kaikki hoituu. *Noste* 3/2013, 48–63.
- Ikonen, Eija-Riitta 2007. Hoitotyöntekijän kulttuurinen kompetenssi. Käsiteanalyttinen tutkimus hybridisellä mallilla. *Hoitotiede* 19 (3), 140–151.
- Jensen, Natasja K; Norredam, Marie; Draebel, Tania; Bogic, Marija; Priebe, Stefan & Krasnik, Allan 2011. Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals? *BMC Health services research* 11:154.
- Kassara, Heidi; Paloposki, Sanna; Holmia, Silja; Murtonen, Irja; Lipponen, Varpu; Kettola, Marja-Leena & Hietanen Helvi 2005. Hoitotyön osaaminen. WSOY.
- Kananen, Jorma 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Koehn, Peter & Sainola-Rodriguez, Kirsti 2005. Clinician/Patient Connections in Ethnoculturally Nonconcordant Encounters With Political-Asylum Seekers: A Comparison of Physicians and Nurses. *Journal of Transcultural Nursing* 16, 298–311.
- Laitinen, Joonas 2013. Miksi Helsinki valvoo ulkomaalaisten sairaiden oleskelulupia? *Helsingin Sanomat* 19.8.2013.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 1994/559, 28.6.1994.
- Leininger, Madeleine M. 1991. Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing. New York: National League for Nursing Press.
- Malmström, Raija; Kiura, Eva; Malmström, Tomi; Torkki, Paulus & Mäkelä, Marjukka 2013. Päivystyspotilaiden kiireellisyysluokittelut Suomessa erilaiset kuin Ruotsissa. *Lääkärilehti* 67 (9), 699–703.

- Nyström, Erik & Mäkinen, Vesa 2013. Sosiaali- ja terveysvirasto: Akuutisti sairaan hoitamatta jättäminen on virhe. Helsingin Sanomat 23.8.2013.
- Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006: 24.
- Palttala, Pipsa & Laitinen, Joonas 2013. Helsinki laajentaa paperittomien terveydenhoitoa nuoriin. Helsingin Sanomat 9.12.2013.
- Poliisi 2009. Laittoman maahantulon vastainen toimintaohjelma 2010–2011. Poliisin ylijohdon julkaisusarja.
- Rautavaara-Nurmi, Hanna; Westergård, Airi; Henttonen, Tarja; Ojala, Mirja & Vuorinen, Sinikka 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro.
- Sainola-Rodriguez, Kirsti 2013. Maahanmuuttajan kohtaaminen terveydenhoidossa. Teoksessa Alitolppa-Niitamo, Anne; Fågel, Stina & Säävälä, Minna (toim.) Olemme muuttaneet - ja kotoudumme. Helsinki: Väestöliitto, 134–146.
- Sairaanhoitajaliitto 2013. Sairaanhoitajan työ. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Viitattu 14.9.2013.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_ty_o/
- STM = Sosiaali- ja terveysministeriö 2000. Sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 14.9.2013.
http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mon20_15/moniste.pdf
- STM = Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Paperittomien terveydenhuolto. Viitattu 22.8.2013
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/paperittomien_terveydenhuolto
- Syvöja, Pirjo & Äijälä, Outi 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi.
- Säilä, Tiina; Mattila, Elina; Kaunonen, Marja & Aalto, Pirjo 2006. Polikliinisen hoidon kehittäminen. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.
- Tampereen yliopisto 2013. Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto. Kvantimotv. Viitattu 21.8.2013. <http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/intro.html>

Tarnanen, Hanna; Kyllönen, Kaisa; Westerlund, Hanne & Lehtivuori, Tuuli 2013.

Global Clinic in Finland. Power point –esitys. Copenhagen Nordic Meeting 19.1.2013.

Terveydenhuoltolaki 2010/1326, 30.12.2010.

Työ- ja elinkeinoministeriö 2011. Sairaanhoidaja. Viitattu 5.9.2013.

<http://www.mol.fi/avo/ammattit/10315.htm>

Ulkoasiainministeriö 2012. Reilu Eurooppa. EU-yhteistyö oikeus- ja sisäasioissa. Porvoo: Edita.

Vehkalahti, Kimmo 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

LIITE Saatekirje ja kysely

Arvoisa vastaanottaja

Olemme Helsingin Diakonia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita. Teemme opinnäytetyömme Helsingin Global Clinicille tarkoituksenamme kartoittaa sairaanhoitajan työtä ja kehittämideoita siihen. Työn toteuttamiseksi tarvitsemme tietoa teiltä, vapaaehtoiset hoitajat ja lääkärit.

Toivomme, että kävisitte vastaamassa linkkinä olevaan kyselyyn. Aikaa vastaamiseen kuluu noin 15 min. Vastaamalla kyselyyn voitte vaikuttaa Global Clinicin kehittämistyöhön. Vastausaikaa on 31.10.2013 asti.

Vastauksenne käsitellään anonyymisti ja luottamuksellisesti. Nimenne ja henkilöllisyytenne eivät tule ilmi tutkimuksessa. Kerätty aineisto hävitetään tutkimuksen valmistettua asianmukaisesti.

Halutessanne lisätietoja kyselystä/tutkimuksesta, voitte esittää kysymykset sähköpostitse. tiia.kalliola@student.diak.fi tai mari.johansson@student.diak.fi

Kiitämme tutkimukseen osallistumisesta!

Ystävällisin terveisin,

Tiia Kalliola ja Mari Johansson

Neutral

Sairaanhoidajan työ Global Clinicilla

Taustatiedot

1. Ammattirooli klinikalla *

- lääkäri
- hoitaja

2. Kuinka kauan olet ollut vapaaehtoisena? (valitse yksi) *

- suunnitteluvaiheesta asti
- 1,5 - 2,5 vuotta
- 0,5 - 1,5 vuotta
- 0 - 0,5 vuotta

3. Kuinka usein arvioit keskimäärin käyväsi Global Clinicilla? (valitse yksi) *

- kerran kuussa tai useammin
- kerran kahdessa kuukaudessa
- kerran puolessa vuodessa
- harvemmin
- en ole enää aktiivinen klinikan toiminnassa

4. Koska olet viimeksi käynyt Global Clinicilla? *

- viimeisen 6 kuukauden aikana
- viimeisen 12 kuukauden aikana
- yli vuosi sitten

Neutral

Sairaanhoitajan työ Global Clinicilla

Sairaanhoitajan työ Global Clinicilla

5. Arvioi miten seuraavat hoitajan tehtävät toteutuvat Global Clinicilla.

	0 = ei toteudu lainkaan	1 = toteutuu huonosti	2 = toteutuu melko huonosti	3 = toteutuu melko hyvin	4 = toteutuu hyvin
Alkuhaastattelu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoidon tarpeen arviointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tutkimukset ja mittaukset, mitkä? (luettele)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raportti lääkärille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toimenpiteet, mitkä? (luettele)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jatkohoidon ohjaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terveysneuvonta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kirjaus ja tilastointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muut tehtävät, mitkä (luettele)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Mitkä seuraavista koet tärkeimpinä hoitajan tehtävinä Global Clinicilla? (Valitse 3)

- Alkuhaastattelu
- Hoidon tarpeen arviointi
- Tutkimukset ja mittaukset
- Raportti lääkärille
- Toimenpiteet
- Jatkohoidon ohjaus

Terveysneuvonta

Kirjaus ja tilastointi

Muut tehtävät, mitkä?

7. Miten näiden tehtävien toteutumista voitaisiin kehittää?

8. Alkuhaastattelussa kerätään potilaalta tietoa, jonka pohjalta hoidon tarve arvioidaan. Mainitse mielestäsi tärkeimpiä asioita, joita haastattelussa tulisi selvittää? (Mainitse enintään 5)

9. Mitä välineitä tai apuvälineitä hoitajan työssä käytetään Global Clinicilla?

10. Mitä välineistöä Global Clinicille tarvittaisiin?

11. Mitä taitoja vaaditaan hoitajalta, joka työskentelee Global Clinicilla? (Valitse 5 tärkeintä)

Kliinisiä taitoja

Lääketieteellisen tiedon osaamista

Vuorovaikutustaitoja

Päätöksentekokykyä

Organisoitaitaitoja

- Kyky itsenäiseen ja aloitteelliseen toimintaan
- Ongelmanratkaisutaitoja
- Eettisiä taitoja
- Yhteistyötaitoja moniammatillisessa ryhmässä
- Kielitaitoa
- Joustavuutta ja sopeutuvuutta muuttuviin tilanteisiin
- Tiedonhankintataitoja
- Stressinsietokykyä

Kysymyksiin 12 ja 13 vastaavat vain lääkärit.

12. LÄÄKÄRIT: Miten yhteistyö hoitajien kanssa sujuu?

- 0 = ei suju 1 = sujuu huonosti 2 = sujuu melko huonosti 3 = sujuu melko hyvin 4 = sujuu hyvin

13. Mikä sujuu ja mikä ei? Miten yhteistyötä voitaisiin kehittää?

Kysymyksiin 14 ja 15 vastaavat vain hoitajat.

14. HOITAJAT: Miten yhteistyö lääkärin kanssa sujuu?

- 0 = ei suju 1 = sujuu huonosti 2 = sujuu melko huonosti 3 = sujuu melko hyvin 4 = sujuu hyvin

15. Mikä sujuu ja mikä ei? Miten yhteistyötä voitaisiin kehittää?

16. Mitä muuta kehitettävää hoitajan työssä Global Clinicilla mielestäsi on?

Kysymys on tarkoitettu sekä lääkäreille että hoitajille.

--