

Toisen työstä oppiminen

Ketjulähettitoiminnan arviointi terveydenhuollossa

Ketjulähettitoiminta kehitettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin ja yhdeksän terveyskeskuksen yhteistyöhankkeena. Ketjulähettijakso on viikon mittainen perusterveydenhuollon työntekijöille tarkoitettu tutustumis- ja oppimisjakso erikoissairaanhoidossa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää soveltuuko ketjulähettitoiminta ammatillisen osaamisen sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön kehittämiseen. Ketjulähettijaksolla käyneet täyttivät kyselylomakkeet ennen ketjulähettijaksoa (n = 225) ja ketjulähettijakson jälkeen (n = 220). Erikoissairaanhoidon nimetyistä yhteyshenkilöistä kyselylomakkeeseen vastasi toiminnan käynnistyessä 56 ja hankevaiheen päättyessä 44. Ketjulähettijaksolla päivitettiin tietoja ja taitoja sekä saatiin valmiuksia potilaan tutkimiseen, hoitamiseen ja ohjaamiseen. Toisen toimintaan tutustuminen ja verkostojen luominen paransi yhteistyötä. Jakso muutti myös asennoitumista työhön. Erikoissairaanhoidon yhteyshenkilöt korostivat yhteistyön paranemista. Ketjulähettitoiminta tarjoaa konkreettisen työvälineen osaamisen ja yhteistyön kehittämiseen. Haasteena on saatujen kokemusten siirtäminen hyödyntämään koko työyhteisöä.

RIITTA SALUNEN, DORIS HOLMBERG-MARTTILA, KARI MATTILA

JOHDANTO

Rakenteellisten ja toiminnallisten muutosten keskellä elävän terveydenhuollon tärkeäksi voimavaraksi on noussut osaava ja ammattitaitoinen henkilökunta. Työntekijöiden ja työyhteisöjen osaamisen kehittäminen ja ylläpitäminen onkin keskeinen osa terveydenhuollon kehittämistä.

OSAAMISEN KEHITTÄMINEN

Työntekijän osaaminen on ammattitaitoa, perusta työssä menestymiselle (Viitala 2002). Yksilötasolla ammattitaito sisältää tietoja, taitoja, kokemuksen tuomia valmiuksia, asenteita ja verkostoja (Sveiby 1997). Yksilötasolta osaaminen siirtyy työyhteisön osaamiseksi ja organisaatiotasolla tapahtuvaksi kehitykseksi (Viitala 2002). Organisaatioissa tarvitaan erilaista osaamis-pääomaa ja yksilöön sidoksissa oleva inhimillisen pääoman merkitys korostuu erityisesti asiantuntijaorganisaatioissa. Inhimillinen pääoma tarkoittaa mm.

työtehtäviin liittyviä tietoja, taitoja ja osaamista sekä henkilöiden ominaisuuksia (Carson ym. 2004, Lönnqvist ym. 2005).

Inhimillisen pääoman lisäksi työssä tarvitaan sosiaalista pääomaa, joka muodostuu ihmisten välisistä suhteista. Sosiaalinen pääoma sisältää työntekijöiden henkilökohtaiset suhteet ja yhteistyöverkostot sekä organisaation sisällä että niiden välillä. (Lönnqvist ym. 2005.) Inhimillinen pääoma saadaan työyhteisössä käyttöön sosiaalisen pääoman kautta (Cunningham ym. 2004).

Tieto on tilannesidonnaista, osa tekemistä. Tieto on arvokkainta, kun se saadaan käyttöön ja osaksi organisaation prosesseja (Spender 1996). Tieto on perinteisesti jaettu hiljaiseen tietoon ja eksplisiittiseen eli näkyvään tietoon. Eksplisiittistä tietoa on helppo siirtää yksilöltä toiselle esim. erilaisten ohjeiden, muistioiden, kirjallisten toimintamallien ja tietokantojen muodossa. Hiljainen tieto on kokemuksellista, toimintaan liittyvää

osaamista, jota on vaikeampi jakaa muille. (Nonaka ja Konno 1998.) Hiljainen tieto syntyy mm. työssä oppimisen kautta (Nonaka 1994). Hiljaista tietoa voidaan välittää toisille henkilökohtaisissa kontakteissa ja tekemällä yhdessä.

Uutta tietoa luodaan neljässä eri vaiheessa, joissa tieto muuttuu vuorotellen näkyväksi ja hiljaiseksi tiedoksi. Tiedon muodostuminen alkaa sosialisointivaiheella, jolloin hiljainen tieto ja osaaminen siirtyvät työntekijältä toiselle vuorovaikutustilanteissa. (Nonaka ja Konno 1998.) Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi työkierto, havainnointi tai yhdessä tekeminen (Kivinen 2008). Henkilöstön koulutuksessa onkin yhä enemmän siirrytty työssä oppimisen suuntaan. Toisessa eli ulkoistamisen vaiheessa hiljainen tieto muutetaan näkyväksi tuomalla se koko työyhteisön käyttöön. Ulkoistaminen voi tapahtua yhteisissä keskusteluissa esimerkiksi ryhmissä ja kokemuksilla reflektoidulla. Kolmannessa vaiheessa tietoa yhdistetään ja muodostetaan uutta eksplisiittistä tietoa. Tieto voidaan kuvata esimerkiksi ohjeina tai muina käyttöön otettavina kehittämistyön tuloksina. Viimeisessä vaiheessa uusi tieto sisäistetään yksilön hiljaiseksi tiedoksi, jota käytetään päivittäisessä työssä. (Nonaka ja Konno 1998, Kivinen 2008.)

Oppiminen on prosessi, jossa yksilö hankkii tietoja, taitoja, kokemuksia, asenteita ja kontakteja (Sydänmaanlakka 2007). Oppiminen on myös oivaltamista, tapojen, tunteiden ja mielipiteiden ymmärtämistä (Cunningham ym. 2004). Oppimista arvioidaan sen mukaan mitä yksilö osaa tehdä. Syvemmän tason oppiminen näkyy varmuutena ja laadukkaana toimintana. Oppimisympäristön tulisi olla sellainen, joka tukee syvemmän tason oppimista. (Senge 2006.)

Oppimisessa yhdistyvät havainnointi, ajattelu, muistaminen ja käyttäytyminen (Holmberg-Marttila ym. 2007). Oppimisessa teoria- ja käytännöntieto integroituvat kokemustiedoksi, joka on pysyvämpää kuin käytännöstä irrotettu muistitieto tai teoreettista ymmärrystä vailla olevat elämykset (Poikela ja Poikela 2005). Omakohtainen kokemus onkin oleellinen osa oppimista (Kupias 2005). Kolbin (1984) mukaan kokemuksellinen oppiminen muodostaa syklin, jonka vaiheet ovat omakohtainen kokemus, kokemuksen reflektointi, abstrakti käsitteellistäminen sekä aktiivinen kokeileva toiminta. Oppiminen on myös kokemusten ymmärtämistä ja soveltamista ja se edellyttää vuorovaikutusta yksilön ja ympäristön välillä (Kupias 2005).

Oppiminen on jakamista: samalla kun jakaa muille, oppii myös itse (Cunningham ym. 2004). Tiedon välittyminen yksilöltä toiselle edellyttää vuorovaikutusta ja halua jakaa osaamista toisille (Roos ym. 1997). Tiedon ja osaamisen jakamisessa korostuvat henkilökohtaiset suhteet, keskustelut ja konsultointi erityisesti silloin, kun työskennellään tilanteissa joissa ei ole olemassa valmiita standardiratkaisuja (Hansen ym. 1999). Tällöin hiljaisen tiedon jakaminen edellyttää henkilökohtaisten verkostojen kehittämistä samojen asioiden parissa työskentelevien välille. Tavoitteena on osaamisen parempi esille saaminen ja hyödyntäminen.

Työn oppiminen liittyy työn tekemiseen yhdessä toisten kanssa tilanteissa, joissa ollaan yhteytyneitä erilaisten sidosryhmien intresseihin. Eteen tulevien ongelmien ratkaisu edellyttää yhteistyötä myös oman organisaation ulkopuolella työskentelevien kanssa. (Valleala ja Collin 2004.) Tieto ja informaatiiovirta nivovat verkoston osat yhteen saman prosessin äärelle (Kauppi 2004).

TYÖSSÄ OPPIMINEN

Oppimista tapahtuu sekä muodollisessa koulutuksessa että jokapäiväisessä elämässä. Työpäivän ulkopuolinen usein luentomuotoinen koulutus tukee vain vähän oppimista ja toimipaikan kehittämistä (Cunningham ym. 2004) tai aikaansaa muutoksia potilaiden hoitotuloksiin (Williams 2010). Luokkahuoneopetus vahvistaa lähinnä inhimillisen pääoman kehittämistä, mutta työyhteisön kannalta tärkeämpää on kehittää sosiaalista pääomaa. Sosiaalisen pääoman kehittämisessä on keskiössä työssä oppiminen. (Cunningham ym. 2004.)

Työssä oppimisen kulmakivi on kokemuksesta oppiminen (Williams 2010). Työssä oppiminen voi olla sekä muodollista koulutusta että epämuodollista oppimista eri työtilanteissa (Kupias 2005). Kokemuksellisessa työssä oppimisessa on tärkeää yhdistää toisiinsa oppiminen, käytännön työ ja osaamisen kehittäminen (Clarke ja Wilcoxon 2001). Oppia voi katsomalla muilta, tekemällä kysymyksiä, seuraamalla ja havainnoimalla. Pelkkä työssä oppiminen ei kuitenkaan takaa oppimisen laatua, siksi tarvitaan oppimista tukevia menetelmiä. (Cunningham ym. 2004.)

Yksi työssä oppimisen menetelmä on työkierto. Siinä työntekijä siirtyy suunnitellusti tietyksi ajaksi toisiin tehtäviin organisaatiossa. Työntekijä voi siirtyä samankaltaiseen työhön samalla toiminta-alueella tai eri osastolle tavoitteena vas-

tuiden kasvattaminen. Työkierto voi olla myös työn vaihtoa eli kaksi työntekijää vaihtaa tehtäviä tietyksi ajaksi. Työkierrolla voidaan ylläpitää työntekijöiden motivaatiota tai varmistaa optimaalinen henkilöstörakenne. Se voi olla myös osa suunnitelmallista urakehitystä. Työkierrolla kehitetään sekä inhimillistä että sosiaalista pääomaa. Se parantaa henkilökunnan välisiä suhteita työkiertoon osallistuvien yksiköiden välillä. Työkierrosta on hyötyä erityisesti silloin, kun se kohdistuu niihin yksiköihin, jotka tekevät paljon yhteistyötä. Myös työntekijän uusi työyksikkö oppii työkiertoon tulevan omasta työalueesta. Henkilökohtaisella tasolla työkierto antaa uuden oppimisen lisäksi mahdollisuuden vaihteluun ja uusiin kokemuksiin. Parhaan hyödyn työkierrosta saa silloin, kun se on hyvin suunniteltu ja työtehtävien puolesta sopivan haasteellinen. (Cunningham ym. 2004.)

Hoitohenkilökunnan työkiertoa koskeneessa tutkimuksessa työkiertoa pidettiin positiivisena, mutta haasteellisena kokemuksena, joka lisäsi ammatillista osaamista (Järvi ja Uusitao 2004). Myös Hamiltonin ja Wilkien (2001) suuressa opetussairaalassa tehdyssä tutkimuksessa työkiertoa pidettiin hyvänä mahdollisuutena kehittää tietoja ja taitoja sekä edetä uralla. Samalla osallistujat saivat laajemman käsityksen terveydenhuollosta ja mahdollisuuden tavata uusia ihmisiä. Toisaalta työkiertoon lähteneet kokivat epävarmuutta asemansa ja tulevaisuutensa suhteen. Uuteen paikkaan sopeutuminen ei myöskään ollut ongelmatonta.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä tehtiin vuonna 2005 suunnitelma hoitohenkilökunnan tavoitteellisen työkierron käynnistämisestä. Tavoitteellisen työkierron malliin kuuluivat mm. henkilökohtaisten oppimistavoitteiden ja työyhteisön oppimistavoitteiden nimeäminen, työkiertosuunnitelman tekeminen ja henkilöstövaihtosopimus, rinnalla kulkijan nimeäminen, loppukeskustelu sekä oppimiskokemuksista kertominen muille omassa työyksikössä. Tavoitteellisen työkierron pituudet vaihtelivat kahdesta viikosta kahteen vuoteen. Tutkimuksessa selvitettiin lähiesimiesten näkemyksiä tavoitteellisen työkierron toteutumisesta. Suurin osa työkierrosta oli tapahtunut oman organisaation sisällä, mutta muutamia oli toteutunut myös organisaatioiden välillä. Yli organisaatorajojen tapahtuvaa työkiertoa pidettiin haasteellisena välimatkojen ja organisaatioiden välisen yhteistyön puutteen vuoksi. Kokemukset työkierrosta kokonaisuudes-

saan olivat kuitenkin positiivisia. Ammatillisen kasvun ja itsensä kehittämisen lisäksi työntekijät saivat vaihtelua, ymmärrys toisen työtä kohtaan lisääntyi ja käsitys toisen työyksikön työtehtävistä muuttui. Myös ymmärrys yhteistyön merkityksestä lisääntyi ja työntekijöiden muutosvalmius kasvoi. Aina työkierron tavoitteellisuus ei kuitenkaan toteutunut ja lähiesimiehet toivoivatkin toimintaan lisää systemaattisuutta ja tiedottamista tavoitteellisen työkierron mahdollisuuksista. (Paranen 2009.)

Valtion työmarkkinalaitos on julkaissut henkilökierto-oppaan tukemaan työvoiman liikkuvuutta, ammatillisen osaamisen ja hallintokäytäntöjen kehittämistä, verkostojen rakentamista sekä hiljaisen tiedon hyödyntämistä. Henkilökierto valtionhallinnossa vastaa sisällöltään työkiertoa, mutta työskentely tapahtuu pääasiassa oman organisaation ulkopuolella siten, että palvelussuhde säilyy omaan työnantajaan. Henkilökiertoon osallistuminen ei edellytä vastavuoroisuutta, mutta molemmipuolinenkin työntekijöiden vaihto on mahdollista. Luontevia paikkoja ovat organisaatiot, joiden kanssa tehdään yhteistyötä. Kiertoon lähtevän on hyvä miettiä etukäteen omat kiinnostuksen kohteet ja tavoitteet, jotta hänelle löytyy sopivat työtehtävät ja oikeanlainen perehdytys. (Lindeman-Valkonen 2001.)

Organisaatioiden välistä työssä oppimista tapahtuu myös vierailuilla. Oppimistarkoituksessa käytetään myös erilaisia benchmarking-tyyppisiä tutustumiskäyntejä (Garvin 1993) ja vertailevia yhteistapaamisia (Øvretveit ym. 2002). Vierailuilla on mahdollista nähdä miten muut tekevät asioita ja samalla oppia toisten työstä. Vierailuja voi tehdä joko yksin tai yhdessä tiimin kanssa. Vierailuilta saa vinkkejä ja ideoita omaan työhön. Lukemalla tai esityksiä kuuntelemalla ei organisaatiosta saa samanlaista käsitystä kuin olemalla itse läsnä. Onnistunut vierailu edellyttää ennakoivaa valmistelua ja omat oppimistarpeet ja esitettävät kysymykset on syytä kirjoittaa ylös. Toisaalta luottamuksellisten suhteiden rakentamiseen ja syvempiin keskusteluihin ei yleensä päästä lyhyiden vierailujen aikana. (Cunningham ym. 2004.)

Lääketieteessä työssä oppimisella on perinteisesti ollut vahva asema. Hollantilaisessa sisätautitieteessä koskeneessa haastattelututkimuksessa osoitettiin työssä oppimisen olevan kuitenkin enemmän spontaania kuin harkittua. Tulosten mukaan työssä oppiminen oli vahvasti sidoksissa kliiniseen työhön ja potilaan korkealaatuiseen

hoitoon eikä siihen liittynyt suoraan osaamisen kehittämisen tavoitteita. Ammatillista kehittymistä tapahtui reagoimalla eteen tuleviin tilanteisiin sekä ratkaisemalla ongelmia esim. keskustelemalla kollegoiden kanssa tai tutkimalla hoitosuosituksia ja muuta kirjallisuutta. (van de Wiel ym. 2011.) Epämuodollinen työssä oppiminen tapahtuu usein ongelmanratkaisutapauksissa, jolloin verkostoilla on oppimisessa keskeinen merkitys (Valleala ja Collin 2004). Sen sijaan muodolliseen työssä oppimiseen kuuluu tavoitteellinen kestoltaan rajattu jakso, jonka aikana opitaan tietoja ja taitoja, joita sen jälkeen sovelletaan käytäntöön (Williams 2010).

KETJULÄHETTITOIMINTA

Ketjulähettitoiminta on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö- ja täydennyskoulutusmuoto, jonka tarkoituksena on lisätä työntekijöiden välistä yhteistyötä ja verkostoitumista. Ketjulähettitoiminta on tavoitteellista työssä oppimista toisessa organisaatiossa.

Ketjulähettitoiminta käynnistyi yhdeksän terveyskeskuksen ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin välisenä hankkeena vuosina 2006–2007 (Salunen ym. 2009). Hankkeen päättymisen jälkeen ketjulähettitoiminta vakinaistettiin ja laajennettiin koskemaan kaikkia Pirkanmaan terveyskeskuksia.

Ketjulähettitoiminta sai nimensä DNA-ketjusta. Kuten DNA kopioituu solussa, myös tieto monistuu ketjulähettijakson aikana. Solutasolla lähetti siirtää informaatiota paikasta toiseen. Ketjulähetti puolestaan siirtää tietoa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

Ketjulähettijakso on viikon mittainen perusterveydenhuollon työntekijöille tarkoitettu tutustumis- ja oppimisjakso erikoissairaanhoidossa. Ketjulähettijaksolle voi lähteä kuka tahansa perusterveydenhuollossa toimiva terveydenhuollon ammattilainen, jolla on työsuhde terveyskeskukseen tai muuhun kunnan ylläpitämään sosiaali- ja terveyspalveluja tuottavaan yksikköön. Muita pääsyaatimuksia ei ole. Ketjulähettijaksolle lähettämisestä päättää työntekijän oma työnantaja.

Ketjulähettijaksolle tulevat työntekijät eli ketjulähetit työskentelevät erikoissairaanhoidossa etukäteen suunnitellun ohjelman mukaisesti. Jokainen ketjulähetiksi tuleva miettii ennen jaksoa itselleen oppimistavoitteet. Viikon aikana he tutustuvat erikoissairaanhoidon toimintaan, oppivat uutta sekä päivittävät omia tietoja ja taitoja. Terveyskeskusten työntekijät osallistuvat sairaalan toimintaan ohjaajan valvonnassa. Käytännös-

sä he seuraavat toimintaa, tekevät itse potilastyötä sekä keskustelevat erikoissairaanhoidon työntekijöiden kanssa. Samalla ketjulähetti toimii yhteistyöhön liittyvien viestien välittäjänä oman terveyskeskuksensa ja erikoissairaanhoidon välillä. Ketjulähetin palkan maksaa oma työnantaja.

Ennen toiminnan käynnistymistä erikoissairaanhoidon yksiköissä mietittiin aihealueita, joihin ketjulähetit voivat jakson aikana tutustua. Aiheet koottiin toimialueittain ns. pizza-listalle, josta terveyskeskukset valitsivat koulutustarpeiden pohjalta ketjulähettijaksojen työyksiköt. Pizza-lista tarkoittaa listaa valittavista ketjulähettijakson työyksiköistä eli ”pizzasta” ja jakson sisältöalueista eli ”pizzan täytteistä”. Lisäksi erikoissairaanhoidon yksiköihin nimettiin yhteyshenkilöt, jotka huolehtivat käytännön järjestelyistä sekä ketjulähettijakson sisällön suunnittelusta ketjulähetin ilmoittamien oppimistavoitteiden pohjalta.

Ketjulähettijaksot ovat tavoitteellisia, yksilöllisesti suunniteltuja jaksoja, jotka noudattavat sovittuja käytäntöjä. Ketjulähettijaksojen käytännön järjestelyt koordinoidaan keskitetysti ja jaksojen sisällöt tapauskohtaisesti vastaanottavan yksikön toimesta. Erikoissairaanhoidon yhteyshenkilöt suunnittelevat jakson sisällön ketjulähetin oppimistavoitteiden ja pizza-listalla kuvattujen jakson sisältöjen pohjalta. Kuten työssä oppimisessa yleensäkin ketjulähettijakson sisällöt muovaautuvat erilaisiksi tilannetekijöistä ja ohjaajien toimintatavoista johtuen. Yksi ketjulähettitoiminnan yleisistä tavoitteista on yhteistyökysymysten käsitteleminen. Ketjulähettejä pyydetään etukäteen miettimään sellaisia yhteistyöhön liittyviä asioita, joita aikoo ottaa ketjulähettijaksolla esille. Yhteistyökysymysten käsittelemisen toteutustapa vaihtelee yksiköittäin ja toimijoittain. Myös ketjulähetin omalla aktiivisuudella on suuri merkitys jakson sisällön muodostumisessa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, soveltuuko ketjulähettitoiminta ammatillisen osaamisen sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön kehittämiseen. Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Miten ketjulähettijakso toteutui ketjulähettien arvioimana?
2. Mitkä tekijät selittävät tyytyväisyyttä ketjulähettijaksoon?
3. Mitä hyötyä ketjulähetit ja erikoissairaanhoidon yhteyshenkilöt kokivat saaneensa ketjulähettijaksolta omaan työhönsä?

AINEISTOT

KETJULÄHETIT

Ketjulähettijaksoja oli Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä vuosien 2006 ja 2007 aikana yhteensä 229. Ketjulähettejä oli hieman vähemmän sillä viisi terveyskeskuslääkärinä ja yksi hammaslääkärinä kävivät kahdella ketjulähettijaksolla. Ketjulähetit täyttivät ennen jakson alkua ennakkokyselylomakkeen ja jakson jälkeen heiltä kerättiin jaksopalautetta palautelomakkeella. Ennakkokysely lähetettiin 227 ketjulähetille, vastanneita oli 225 (Kuvio 1). Palautelomakkeita lähetettiin 226, vastauksia saatiin 221. Yksi tyhjänä palautettu lomake poistettiin, joten lopullisessa analyysissä oli mukana 220 palautelomaketta.

Kyselyyn vastanneista ketjuläheteistä oli sairaanhoitajia 69, terveyskeskuslääkäreitä 54, terveydenhoitajia 46 ja hammaslääkäreitä 11. Ketjulähetteinä kävi lisäksi fysioterapeutteja, lähihoitajia, hammashoitajia sekä muutama erityistyöntekijä. Ketjulähetit olivat varsin kokeneita työntekijöitä, keskimäärin 45-vuotiaita (vaihteluväli 25–62 vuotta). He olivat toimineet ammatissaan keskimäärin 18,7 vuotta (vaihteluväli 1–37 vuotta) ja terveyskeskuksessa 15 vuotta (vaihteluväli 1–35 vuotta).

Ketjulähetille lähetettiin noin kolme viikkoa ennen jakson alkua ennakkokyselylomake, jossa selvitettiin mm. ketjulähetin valmiuksia, jakson käytännön toteutusta ja jakson hyödyllisyyttä. Lisäksi ketjulähettä pyydettiin nimeämään kolme

oppimistavoitetta jaksoa varten. Palautekysely lähetettiin välittömästi ketjulähettijakson päättymisen jälkeen. Palautelomakkeessa oli osittain samat kysymykset kuin ennakkokyselyssä, lisäksi pyydettiin antamaan palautetta jaksolta.

ERIKOISSAIRAANHOIDON YHTEYSHENKILÖT

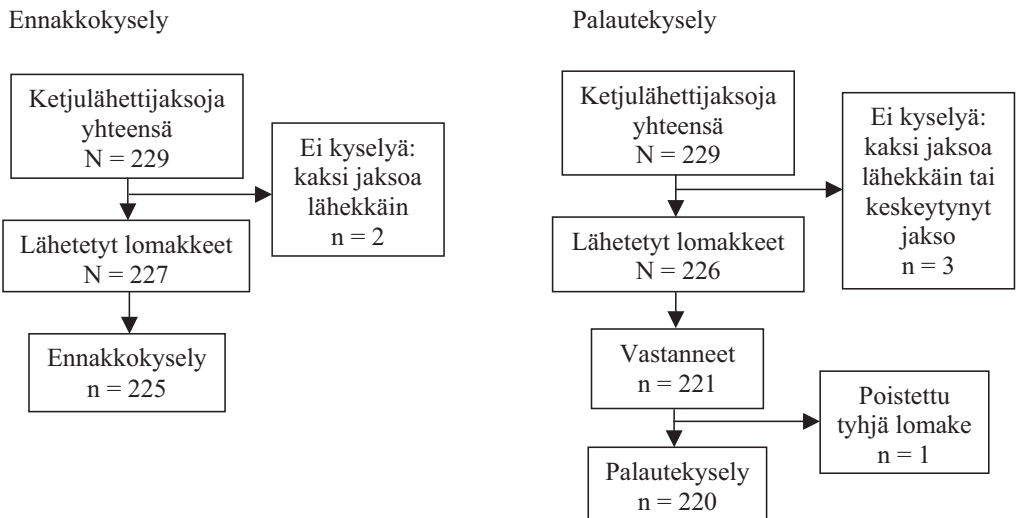
Erikoissairaanhoidon nimettiin toiminnan käynnistyessä yhteyshenkilöt, jotka huolehtivat ketjulähettijaksojen käytännön järjestelyistä. Yhteyshenkilöille tehtiin ennakkokysely toiminnan käynnistyessä syksyllä 2006 ja palautekysely hankkeen päättyessä joulukuussa 2007. Yhteyshenkilöille esitetyt kysymykset olivat muuten samoja kuin ketjulähetien kysymykset, mutta ne oli muokattu kohderyhmälle sopivaksi.

Hankkeen käynnistyessä lomakkeita jaettiin erikoissairaanhoidon nimeämille yhteyshenkilöille 99 (Kuvio 2). Vastausprosentti oli 58. Hankkeen aikana yhteyshenkilöitä tuli jonkin verran lisää ja osa heistä vaihtui. Palautekyselyn lomakkeita lähetettiin 118. Yhden sähköpostimuistutusviestin jälkeen vastausprosentti oli 50 %.

Vuoden 2006 kyselyyn vastanneista erikoissairaanhoidon yhteyshenkilöistä oli lääkäreitä 23 ja hoitajien yhteyshenkilöitä 33. Palautekyselyssä lääkärien yhteyshenkilöitä oli 15 ja hoitajia 29. Molempina vuosina suurin osa yhteyshenkilöistä toimi esimies- tai johtotehtävissä. Iältään vastaajat olivat keskimäärin 50-vuotiaita (vaihteluväli 35–65 vuotta). He olivat työskennelleet ammatissaan vuonna 2006 keskimäärin 25 vuotta (vaihtelu-

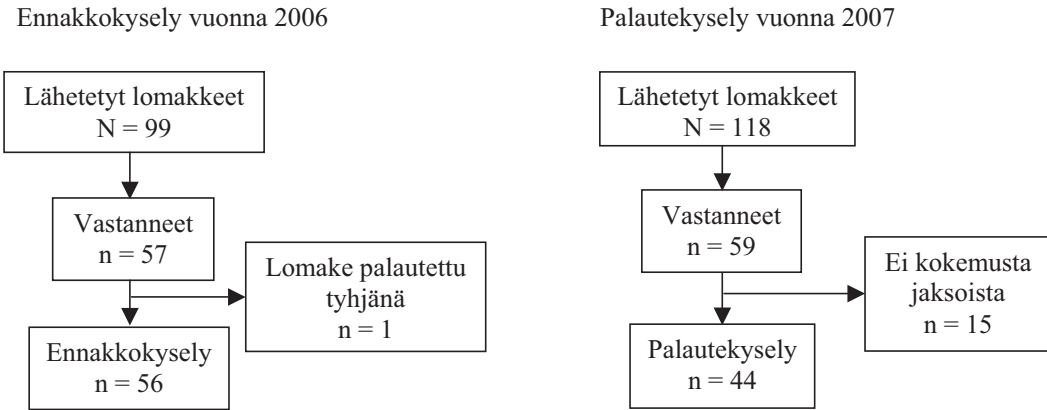
Kuvio 1.

Tutkimusaineiston kuvaus, ketjulähetit.



Kuvio 2.

Tutkimusaineiston kuvaus, erikoissairaanhoidon yhteyshenkilöt.



väli 6–38 vuotta) ja vuonna 2007 keskimäärin 27 vuotta (vaihteluväli 10–39 vuotta). Valtaosa työkokemuksesta oli sairaalatyöstä. Terveyskeskustyöstä oli vuoden 2006 kyselyssä kokemusta 29 vastaajalla ja vuoden 2007 kyselyssä 17 vastaajalla.

MENETELMÄT

Ketjulähettien ja erikoissairaanhoidon yhteyshenkilöiden aineistot analysoitiin erikseen. Lomakkeet koodattiin tunnistenumeroilla, joka mahdollisti ennen jaksoa ja jakson jälkeen kerättyjen aineistojen yhdistämisen. Analyysia varten ketjulähettejä vastaanottaneet yksiköt ryhmiteltiin toimi- ja vastuualuejaon mukaan. Lomakkeilla oli sekä valmiita vastausvaihtoehtoja sisältäviä että avoimia kysymyksiä. Vastausvaihtoehdot olivat kyllä tai ei tai kouluarvosanoilla neljästä kymmeneen annettavat numeroarvioinnit. Tyytyväisyys jaksoon arvioitiin yleisarvosanasta. Lisäksi ketjulähettejä pyydettiin kirjoittamaan niiden erikoissairaanhoidon työntekijöiden nimikirjaimet, joiden kanssa he tekevät henkilökohtaisesti yhteistyötä ketjulähettijakson kohdeyksikössä. Henkilöiden lukumäärä ja muutos ketjulähettijakson jälkeen laskettiin nimikirjaimista.

Analyyssimenetelminä käytettiin frekvenssija-kaumia, ristiintaulukointia ja logistista regressioanalyysia. Frekvenssierojen tilastollista merkitsevyyttä tutkittiin khiin neliö -testillä. Analyysien edellyttämät oletukset odotettujen frekvenssien suuruudesta eivät täytyneet työhön saadun lisäarvon ja uudelleen jaksolle lähtemisen osalta vastausten vähäisen hajonnan vuoksi. Tilastollinen merkitsevyys on raportoitu vain, kun oletukset

täytyivät ja ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero. Kouluarvosanoilla annetuista arvioista laskettiin keskiarvot.

Tyytyväisyyttä ketjulähettijaksoon selittäviä tekijöitä arvioitiin logistisella regressioanalyysilla PASW Statistics 18.0 -ohjelmalla. Mittarina käytettiin vetosuhdetta (OR) ja sen 95 prosentin luottamusväliä (95 % LV). Analyysia varten vastaukset muutettiin kaksiluokkaisiksi siten, että arvosanat 9–10 kuvasivat tyytyväisiä ja muut arvosanat varauksin tyytyväisiä. Selittävinä muuttujina käytettiin vastaajan ikää, sukupuolta, ammattia, aikomusta muuttaa ketjulähettijakson perusteella omia hoitokäytäntöjä, yhteistyökumppaneiden määrää ennen ketjulähettijaksoa ja ketjulähettijakson jälkeen sekä yhteistyökumppaneiden määrän lisääntymistä ketjulähettijakson aikana. Ikä jaettiin luokkiin alle 45-vuotiaat sekä 45-vuotiaat ja vanhemmat. Ammatti jaettiin kolmeen luokkaan: lääkärit ja hammaslääkärit, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat sekä muut. Aikomukseen muuttaa ketjulähettijakson perusteella omia hoitokäytäntöjä vastattiin kyllä tai ei. Erikoissairaanhoidon yhteistyökumppanit jaettiin kahteen luokkaan: ei yhteistyökumppaneita ja vähintään yksi yhteistyökumppani. Lisäksi yhteistyökumppaneiden määrän muutosta arvioitiin sillä oliko yhteistyökumppaneiden määrä lisääntynyt ketjulähettijakson aikana.

Avoimien kysymysten vastaukset pelkistettiin ajatuskokonaisuuksiksi ja samaa asiaa kuvaavat asiat ryhmiteltiin yhteen. Ryhmille annettiin niitä kuvaavat nimet. Avoimiin kysymyksiin oli vastattu lyhyesti ja vastauksista nousivat esiin selkeät teemat. Ryhmien yhdistämistä jatkettiin siten,

että samaa teemaa kuvaavat ryhmät liitettiin yhteen ja muodostettaville pääluokille annettiin teemaa kuvaavat nimet. Esimerkiksi kysymykseen mitä ketjulähetti aikoo muuttaa omissa hoitokäytännöissä jakson perusteella annettu vastaus ”kiinnitän entistä enemmän huomiota lähetteen sisältöön” yhdistettiin ryhmään, jolle annettiin nimi lähetteen sisältö. Ryhmä yhdistettiin pääluokan lähetekäytännöt alle. Muita pääluokan lähetekäytännöt alle muodostettuja ryhmiä olivat lähettämisinginointi ja sähköinen lähete. Vastaukset kysymykseen siitä, mitä ketjulähettijaksolla opittiin käsiteltiin ensin omana kokonaisuutena. Koska kysymykseen siitä, mitä lisäarvoa ketjulähetti sai omaan työhön vastattiin samoja asioita kuin opittuihin asioihin, yhdistettiin vastaukset opituista asioista muodostettuihin luokkiin.

TULOKSET

KETJULÄHETTIEN TYYTYVÄISYYS KETJULÄHETTIJAKSOON

Ketjulähetit eli viikon ajan erikoissairaanhoidossa työskennelleet perusterveydenhuollon työntekijät antoivat palautekyselyssä ketjulähettijaksosta yleisarvosanaksi kouluarvosanoilla 8,8. Erityisesti he kiittelivät ohjaajan (9,3) ja muun henkilö-

kunnan suhtautumista heihin (9,1) sekä toiveiden huomioon ottamista (9,1). Myös odotukset (8,8) ja tarpeet (8,6) täyttyivät jaksolla hyvin ja jakson sisältöön oltiin varsin tyytyväisiä (8,5). Heikoimmin toteutui yhteistyökysymysten käsitteleminen, mutta sekin sai arvosanaksi 8,3.

Yleisarvosanalla mitattua tyytyväisyyttä ketjulähettijaksoon selittivät yhteistyökumppaneiden määrä ketjulähettijaksosta jälkeen sekä yhteistyökumppaneiden määrän lisääntyminen ketjulähettijaksosta aikana (Taulukko 1). Ketjulähettijaksoon olivat muita tyytyväisempiä ne, jotka aikovat muuttaa omia hoitokäytäntöjään ketjulähettijaksosta perusteella. Sen sijaan ikä, sukupuoli tai ketjulähetin ammatti eivät olleet yhteydessä tyytyväisyyteen.

Ennen jaksoa 63 prosenttia ketjuläheteistä toivoi saavansa tehdä itse toimenpiteitä tai muuta potilastyötä jakson aikana (Taulukko 2). Hieman useampi sai tehdä jaksolla potilastyötä (Taulukko 3). Ammattiryhmittäisen eron selvittämistä varten ammatit jaettiin luokkaan lääkärit ja hammaslääkärit sekä muut ammatit. Ennakkokyselyn mukaan lääkärit ja hammaslääkärit toivoivat tekevänsä jakson aikana vähemmän potilastyötä (45 %) kuin muut ammattiryhmät (70 %). Palau-

Taulukko 1.

Ketjulähettien tyytyväisyyttä ketjulähettijaksoon selittävät tekijät. Tyytyväisyyttä kuvasi ketjulähettijaksosta kouluarvosanoilla annetut avosat 9–10¹

	n	OR	95 % LV	p
Sukupuoli				
mies	18	1		
nainen	208	0.457	0.15–1.44	0.181
Ikä				
alle 45	93	1		
45 tai enemmän	130	1.25	0.72–2.16	0.430
Tutkinto				
lääkäri	55	1		
sairaanhoidaja tai terveydenhoitaja	115	0.88	0.41–1.90	0.751
muu	56	0.89	0.46–1.72	0.726
Kumppaneita ennen jaksoa				
ei	150	1		
on	73	1.32	0.74–2.38	0.350
Kumppaneita jakson jälkeen				
ei	68	1		
on	158	2.24	1.24–4.04	0.007
Kumppaneiden määrän muutos				
ei lisääntynyt	94	1		
lisääntynyt	132	2.19	1.26–3.80	0.005
Aikooko muuttaa hoitokäytäntöjä				
ei	95	1		
kyllä	131	1.98	1.13–3.40	0.016

¹ Tilastollisesti merkitsevät vetosuhteet on lihavoitu.

Taulukko 2.

Ketjulähettien odotukset ennen ketjulähettijakson alkua. Kyllä-vastanneiden ketjulähettien prosenttiosuudet (%) ammattiryhmittäin

	Sairaanhoidaja n = 69	Terveydenhoitaja n = 46	Lääkäri n = 54	Hammaslääkäri n = 11	Muu ¹ n = 45	Kaikki n = 225
Odotatko saavasi lisäarvoa työsi kannalta?	100	100	100	91	98	99
Toivotko saavasi tehdä itse potilastyötä?	73	71	40	64	63	63
Hermostuttaako mikään jakson suhteen?	18	13	27	11	28	21

¹ Muita ammattiryhmiä olivat fysioterapeutit, lähihoitajat ja hammashoitajat sekä yksittäisiä työntekijöitä kuntohoitaja, toimintaterapeutti, psykologi, sosiaalityöntekijä ja puheterapeutti.

Taulukko 3.

Ketjulähettien arvio ketjulähettijakson hyödyllisyydestä. Kyllä-vastanneiden ketjulähettien prosenttiosuudet (%) ammattiryhmittäin

	Sairaanhoidaja n = 67	Terveydenhoitaja n = 45	Lääkäri n = 52	Hammaslääkäri n = 11	Muu ¹ n = 45	Kaikki n = 220
Saitko työhösi lisäarvoa antavaa tietoa?	89	100	100	90	92	95
Saitko tehdä itse potilastyötä?	90	67	37	18	75	66
Yllättikö mikään jakson suhteen?	51	49	46	60	49	49
Aiotko muuttaa hoitokäytäntöjä jakson perusteella?	58	73	74	40	47	62
Aiotko lähteä uudelle jaksolle?	94	93	92	73	98	93

¹ Muita ammattiryhmiä olivat fysioterapeutit, lähihoitajat ja hammashoitajat sekä yksittäisiä työntekijöitä kuntohoitaja, toimintaterapeutti, psykologi, sosiaalityöntekijä ja puheterapeutti.

tekyselyn mukaan lääkärit ja hammaslääkärit myös tekivät jakson aikana vähemmän potilastyötä (34 %) kuin muut (79 %). Ammattiryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero ($p < 0,001$) sekä ennen jaksoa että jakson jälkeen. Eniten ketjulähetit tekivät itse potilastyötä aluesairaaloissa (85 %) ja vähiten hammas- ja suusairauksien poliklinikalla (50 %) sekä Tekonivelsairaala Coxassa (58 %).

Valtaosa palautekyselyyn vastanneista ketjuläheteistä toivoi uutta ketjulähettijaksoa (Taulukko 3). Perusteluiksi he ilmoittivat positiiviset kokemukset, hyvän toimintamallin, halun kehittää ammatillista osaamista ja omaa työtä, tarpeen tutustua erikoissairaanhoidon laajemminkin, työssä jaksamisen lisääntymisen sekä tarpeen yhteistyön kehittämiseen.

”Erittäin opettavaista, mistä potilaat meille tulee ja muutenkin vertailla toimintatapoja.

”Oppii enempi kuin ns. koulutuksissa” (nainen, fysioterapeutti, 38 vuotta)

”Pirstävää. Kerran vuodessa olisi hyvä” (mies, lääkäri, 59 vuotta)

Vähiten uutta ketjulähettijaksoa toivoivat hammaslääkärit (taulukko 3). Hammas- ja suusairauksien poliklinikalla käyneistä 75 prosenttia toivoi pääsevänsä uudelle ketjulähettijaksolle, sen sijaan kaikki gastroenterologian osastolla tai syöpätaudeilla käyneet olisivat valmiit lähtemään uudelleen ketjulähetiksi.

Kuusi vastaajaa ei aikonut lähteä uudelle jaksolle, koska he eivät kokeneet sille välitöntä tarvetta. Uutta jaksoa ei pidetty tarpeellisenä koska jakso ei vastannut odotuksia (3), eläkeikä oli lähellä (2), omat työt kasaantuvat ketjulähettijakson aikana (2) tai haluttiin päästää työkaverit ensin ensimmäiselle jaksolle (1).

KETJULÄHETTIEKOKEMAT KETJULÄHETTIIJAKSON HYÖDYT

Ennen ketjulähetijaksoa lähes kaikki ketjulähetit odottivat saavansa jaksolta lisäarvoa omaan työhönsä. Tämä myös toteutui hyvin. Palautekyselyssä lisäarvoa koki saaneensa 95 prosenttia jaksolla käyneistä. Ketjulähetijaksolla opittiin tietoihin ja taitoihin, potilaan tutkimiseen, hoitoon ja ohjaamiseen, organisaation toimintaan sekä yhteistyöhön liittyviä asioita. Lisäksi opittiin uutta asennoitumisesta työhön ja potilaisiin (Taulukko 4).

Kliinisen osaamisen ylläpitämisen lisäksi palautekyselyn avoimissa vastauksissa korostuivat toisten toimintaan tutustuminen sekä yhteistyökysymysten käsitteleminen. Ketjulähetijaksolla tutustuttiin toiminnan puitteisiin, resursseihin, yksikön toimintatapaan sekä siihen minkälaisia potilaita yksikössä hoidetaan ja miten työtä tehdään. Yhteistyön kannalta pidettiin tärkeänä hoitoketjuihin, työnjakoon ja lähetekäytäntöihin tutustumista. Ketjulähetijakson aikana keskusteltiin myös jatkohoitajärjestelystä. Ketjulähetit korostivat henkilökohtaisten verkostojen luomista ketjulähetijakson aikana. He arvioivat konsultoinnin olevan jatkossa aiempaa helpompaa.

Palautekyselyssä lähes puolet ketjulähetiteistä koki jonkun asian yllättäneen erikoissairaanhoidon jaksolla aikana (Taulukko 3). Ketjulähetitejä yllätti toimintaan, tiloihin tai ketjulähetin vastaanottamiseen liittyvät asiat. Toimintaan liittyviä asioita olivat mm. työnjako yksiköiden välillä, runsas tiimityö, odotuksista poikkeava potilasainekas, hoidon korkea taso, mutta myös terveyskeskuksia heikompi perushoito ja hygienian taso, uudet hoitomuodot, sairaalan byrokratia ja pitkät hoitojonot. Jaksolla yllätti myös kohtuuttomasti aikaa vievä tietokonetyöskentely, kiireettömyys ja väljät vastaanottoajat, mutta toisaalla tehokas toiminta kiireen keskellä.

*”Se, että akuutteja sydän tms. potilaita ei sis-
pkl:llä ollut (en tunne käytäntöä Taysissa –
koko talo on tuntematon)” (nainen,
sairaanhoitaja, 58 vuotta)*

*”Se, kuinka ”helppoja” ja pieniä haavoja oli
myös lähetetty näytille erikoissairaanhoidon-
toon” (nainen, sairaanhoitaja, 36 vuotta)*

Tiloissa yllätti ketjulähetijakson paikasta riippuen joko hienot tai puutteelliset tilat. Ketjulähetit olivat suurimmaksi osaksi positiivisesti yllättyneitä vastaanotosta, mutta joidenkin mielestä henkilökunta ei tiennyt tarpeeksi ketjulähetite toiminnasta.

*”Olin myös yllättyneet miten hyvin minut
otettiin kaiken kiireen keskellä vastaan ja sain
erittäin ystävällistä ja asiallista kohtelua!”
(nainen, terveydenhoitaja, 47 vuotta)*

Yli puolet palautekyselyyn vastanneista ketjulähetiteistä aikoi muuttaa ketjulähetijakson perusteella omia hoitokäytäntöjään (Taulukko 3). Eniten muutoksia aikoi tehdä lääkärit. Hoitokäytäntöjä muuttaa aikovista 88 prosenttia ilmoitti mitä aikoo hoitokäytännöissään muuttaa. Ketjulähetit aikoi muuttaa tutkimus- tai hoitokäytäntöjä (47 ketjulähetiteä), toimintakäytäntöjä (25), lähetekäytäntöjä (17), asennoitumista omaan työhön (12), potilaan ohjausta (11), konsultointikäytäntöjä (10), lääkehoitoa (5) tai oman yksikön ohjeita (3).

*”Ihomuutosten koepalat, luomenpoistot vä-
hän erilailla” (nainen, lääkäri, 46 vuotta)*

*”Lääkehoitoon liittyviä asioita, myös poti-
laan tutkimuksiin liittyviä asioita mietitään
yksikössämme uudelleen.” (nainen, sairaan-
hoitaja, 54 vuotta)*

Eniten omia hoitokäytäntöjä aikoi muuttaa neurologian sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksien yksiköissä käyneet ketjulähetit (79 %). Vähiten muutoksia hoitokäytäntöihinsä aikoi tehdä naisten ja lasten toimialueella käyneet (41 %).

ERIKOISSAIRAANHOIDON YHTEYSHENKILÖIDEN KOKEMUKSET KETJULÄHETTIIJAKSOISTA

Ennen toiminnan käynnistymistä 79 prosenttia kyselyyn vastanneista erikoissairaanhoidon yhteyshenkilöistä odotti saavansa ketjulähetijaksoilta lisäarvoa omaan työhönsä. Palautekyselyssä lisäarvoa ilmoitti saaneensa 63 prosenttia vastanneista. Yhteyshenkilöt pitivät tärkeänä terveyskeskusten toimintaan tutustumista ja yhteistyön parantamista (Taulukko 4). He kokivat erikoissairaanhoidon hyötynneen ketjulähetijaksoista, he myös saivat viestitettyä erikoissairaanhoidon näkökulmaa terveyskeskuksiin. Yhteyshenkilöt olivat saaneet ketjulähetiteiltä tietoa terveyskeskustyön laaja-alaisuudesta ja resursseista. Jotkut heistä kiittelivät terveyskeskusten työntekijöiden korkeaa ammattitaitoa. Erityisesti he korostivat hoitokäytäntöjen yhtenäistämistä ja vastavuoroisuutta yhteisellä tehtäväkentällä. Tärkeänä pidettiin myös lähetekäytäntöjen selkiytymistä sekä käytännön tietoa potilaan siirtymisestä jatkohoittoon terveyskeskukseen.

Taulukko 4.

Mitä ketjulähetijäksolla opittiin? Yhteenvedo ketjulähetettien ja erikoissairaanhoidon yhteyshenkilöiden antamasta palautteesta

Ketjulähetit	Erikoissairaanhoidon yhteyshenkilöt	
Tiedot ja taidot	Terveyskeskusten toiminta ja toimintatavat Terveyskeskustyyön laaja-alaisuus ja joustavuus Terveyskeskusten työntekijöiden korkea ammattitaito Terveyskeskuksissa motivaatiota työn kehittämiseen Ammattiryhmien välinen työnjakko terveyskeskuksissa Terveyskeskusten resurssien niukkuus Käytännön ongelmat	
Potilaan tutkiminen ja hoito	Yhteistyö	Yhteinen tehtäväkenttä Yhteistyön lisääminen Vastavuoroisuus Verkostojen luominen Hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen Lähetekäytäntöjen selkiytyminen puolin ja toisin Käytännön tietoa potilaan siirtymisestä erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen Tietojärjestelmien toiminta
Potilaan ohjaaminen		
Toiminnan tunteminen		
Yhteistyö	Erikoissairaanhoidon näkökulma	Väärinkäsitysten oikaiseminen Uutta ajateltavaa omaan työhön
Asennoituminen työhön ja potilaisiin		

POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää soveltuuko ketjulähettitoiminta ammatillisen osaamisen sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön kehittämiseen. Arviointia tarvittiin, koska ketjulähettitoiminta on käynnistynyt myös kolmessa muussa sairaanhoitopiirissä ja se on käynnistymässä yhdessä uudessa sairaanhoitopiirissä.

TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen toteutuksessa noudatettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tutkimusohjeita. Tutkimukselle haettiin sairaanhoitopiiriin johtajaylilääkärin allekirjoittama tutkimuslupa. Ketjulähettihankkeeseen osallistuneiden terveyskeskusten kanssa sovittiin, että jokainen ketjulähettijaksolle tuleva työntekijä täyttää kyselylomakkeen sekä ennen ketjulähettijaksota että ketjulähettijaksot jälkeen.

Hankkeen käynnistyessä sovittiin, että kyselyjen tuloksia käytetään mm. ketjulähettitoiminnan kehittämisessä. Kyselylomakkeisiin vastanneiden nimet ovat vain tutkijan tiedossa. Osa ketjuläheteille esitetyistä kysymyksistä koski ketjulähettijaksolle valmistautumista. Näihin kysymyksiin annetut vastaukset välitettiin sähköpostitse ketjulähetin vastaanottavan yksikön yhteyshenkilölle. Muuten tutkimustulokset raportoitiin siten, ettei yksittäisen vastaajan henkilöllisyyttä voida tunnistaa.

Kyselylomakkeet kehitettiin tätä tutkimusta varten neljän hengen asiantuntijaryhmässä. Kyselylomakkeita arvioitiin tutkimuksen aikana. Ketjuläheteille esitetty kysymys aiemmasta sairaalatyöstä ymmärrettiin usealla eri tavalla, minkä vuoksi sitä ei tuloksia analysoitaessa käytetty taustamuuttujana. Kyselylomaketta ei kuitenkaan haluttu muuttaa hankkeen aikana. Palautetuissa lomakkeissa oli jonkin verran puuttuvia vastauksia, eniten kysymyksessä toivooko ketjulähetti saavansa tehdä itse potilastyötä ketjulähettijaksot aikana. Syynä saattoi olla se että osalle ketjulähettejä ketjulähettijaksot kohdeyksikkö oli etukäteen vieras eivätkä he tienneet mitä siellä voi tehdä.

Avoimet vastaukset luki ja analysoi yksi tutkija. Luotettavuutta olisi lisännyt, jos saman aineiston olisi käynyt läpi useampi tutkija (Tuomi ja Sarajarvi 2009). Avoimiin kysymyksiin vastattiin pääasiassa lyhyesti muutamalla sanalla, enintään muutamalla lauseella. Vastauksia analysoitaessa joidenkin kysymysten kohdalla heräsi tarve

perusteluille tai tarkennuksille. Ketjulähettien haastattelut olisivat voineet tuoda tarkempaa tietoa esimerkiksi ketjulähettijaksot aikana yllättäneistä asioista.

Ketjuläheteillä oli halua ja valmiuksia kehittää potilaan hoitoa ja ammattilaisten välistä yhteistyötä. Ketjulähetit vastasivat hyvin sekä ennakko- että palautekyselyihin. Vastaukset kuvaavat kattavasti ketjulähettijaksolla käyneiden näkemyksiä. Erikoissairaanhoidon yhteyshenkilöiden vastausten luotettavuutta heikensi vastaajien pieni määrä. Ketjulähettien vastauksia ei voi yleistää koskemaan kaikkia terveyskeskusten työntekijöitä, koska hankkeen aikana ketjulähettijaksolle lähtivät todennäköisesti uudesta mahdollisuudesta innostuneet edelläkävijät. Innovaattorit ovat pieni edelläkävijöiden joukko, joka hakee mielellään uutta oppia oman organisaation ulkopuolelta (Berwick 2003). Uusien toimintamallien levittämisessä ovat avainasemassa nämä mielipidejohtajat, jotka innostuvat uusista asioista ja kertovat niistä myös muille. Ketjulähettien innokkuutta kuvaa myös heidän halunsa lähteä uudelleen ketjulähettijaksolle.

TULOSTEN TARKASTELU

Ketjulähettijaksot oltiin tyytyväisiä. Tyytyväisyyttä selitti verkostoituminen ketjulähettijaksot aikana sekä aikomus muuttaa omia hoitokäytäntöjä ketjulähettijaksot perusteella. Jaksojen sisällöt vastasivat ketjulähettien toiveisiin ja tarpeisiin.

Ketjulähetit oppivat uutta sekä seuraamalla toimintaa että tekemällä itse. Erityisesti sairaanhoitajat tekivät työtä itse. Lääkärit tekivät muita vähemmän potilastyötä, mitä voi osittain selittää se, että suurin osa heistä halusikin vain seurata työtä. Myös ammattiryhmien erilaiset työnkuvat voivat selittää eroa. Aiemman tutkimuksen mukaan työnkierto joko omassa tai muussa organisaatiossa lisäsi sairaanhoitajien osaamista (Anttila ym. 2008). Ketjulähettitoiminnassa on samoja piirteitä kuin työnkierrossa, mutta ketjulähettijaksot on yleensä kestoaltaan lyhyempi ja se tapahtuu oman organisaation ulkopuolella. Ketjulähetti ei ole organisaatioon palkattua työvoimaa kuten työnkierrossa oleva henkilö. Ketjulähetti on selkeämmin oppijan roolissa eikä hänellä ole varsinainen hoitovastuuta.

Ketjulähetit kokivat, että heidän osaaminen lisääntyi kaikilla Sydänmaanlakan määrittelemillä yksilön osaamisen osa-alueilla (Sydänmaanlakka 2007). Potilaan hoitoon liittyvät tiedolliset ja

taidolliset valmiudet lisääntyivät, jaksot antoivat lisää käytännön kokemusta ja ketjulähettijaksolla luotiin uusia kontaktiverkostoja. Myös asenteissa tapahtui muutoksia. Inhimillisen pääoman eli yksilön osaamisen vahvistamisen lisäksi ketjulähettijaksot vahvistivat sosiaalista pääomaa, josta hyötyvät molemmat organisaatiot.

Ketjulähetit pitivät tärkeänä toisen työhön tutustumista. Ketjulähettijaksot avarsivat näkökulmaa muiden samojen potilaita hoitavien työhön. Toimintaan ja tiloihin liittyvät asiat olivat myös niitä, jotka eniten yllättivät ketjulähettijaksion aikana. Toisen työn ja toimintamahdollisuuksien tunteminen auttaa yhteistyön kehittämisessä. Monet yhteistyön ongelmat johtuvat siitä ettei tunneta toisia ja heidän rooliaan (Werrett ym. 2001). Ketjulähettien mukaan yhteydenotto erikoissairaanhoidon on ketjulähettijaksion jälkeen aiempaa helpompaa. Ennen hankkeen käynnistymistä tehdyssä selvityksessä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon työntekijöiden välisissä yhteistyöverkostoissa oli puutteita (Salunen ym. 2008). Jatkossa on mielenkiintoista seurata muutuvatko verkostot ketjulähettitoiminnan myötä.

Perinteisellä luento-opetuksella on todettu olevan vähän vaikutusta työn kehittämiseen tai potilaan hoidon paranemiseen (Davis ym. 1999). Ketjulähettijaksion jälkeen yli puolet jaksolla käyneistä aikoi muuttaa omia hoitokäytäntöjään ketjulähettijaksion perusteella. Muutokset kohdistuivat potilaan hoitoon, yhteistyöhön tai toimintakäytäntöjen kehittämiseen. Kysely tehtiin välittömästi ketjulähettijaksion jälkeen, joten toteutu-

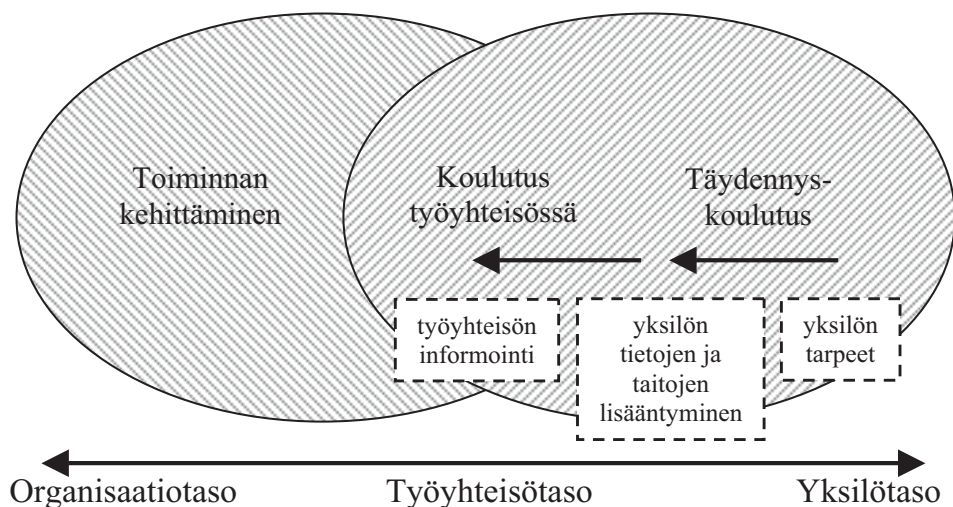
neista muutoksista ei ole tietoa. Koulutuksen jälkeinen aikomus muuttaa toimintaa johtaa kuitenkin melko usein todelliseen toiminnan muutokseen (Dolcourt 2000). Muutokset ovat todennäköisempiä, jos työntekijälle annetaan mahdollisuudet niiden läpiviemiseen. Osaamista edistävät työyhteisön positiivinen asenne oppimiseen ja uusien toimintatapojen kokeiluun (Anttila ym. 2008). Ketjulähetit saivat jaksolta hyvät valmiudet oman työn kehittämiseen. Työyhteisön ja esimiehen tuesta riippuu kuinka paljon he pystyvät jatkossa hyödyntämään opittuja asioita.

Myös erikoissairaanhoido koki hyötyvänsä ketjulähettitoiminnasta. Erikoissairaanhoidossa työskentelevät hankkeen yhteyshenkilöt pitivät tärkeänä terveyskeskusten toimintaan tutustumista ja yhteistyön parantamista. Heidän kokemuksensa tukevat hyvin ketjulähettien näkemyksiä. Ketjulähettien ja erikoissairaanhoidon yhteyshenkilöiden vastauksia arvioitaessa on huomioitava, että suurin osa yhteyshenkilöistä toimi esimiesasemassa. Yhteyshenkilöt eivät vastanneet heille suunnattuihin kyselyihin yhtä kattavasti kuin ketjulähetit, mutta yhteyshenkilöistäkin vastasi yli puolet. Osa vastaajista toimi samalla ketjulähettien ohjaajana, osa huolehti ainoastaan käytännön järjestelyistä.

Yksilön näkökulmasta osaamisen kehittäminen lähtee liikkeelle yksilön oppimistarpeista (Kuvio 3). Ketjulähettijaksolle tulevat miettivät etukäteen omat jaksotavoitteet. Ketjulähettijaksolla opitaan toinen toiselta näkemällä ja itse tekemällä. Kyseessä on yksilötasoinen täydennys-

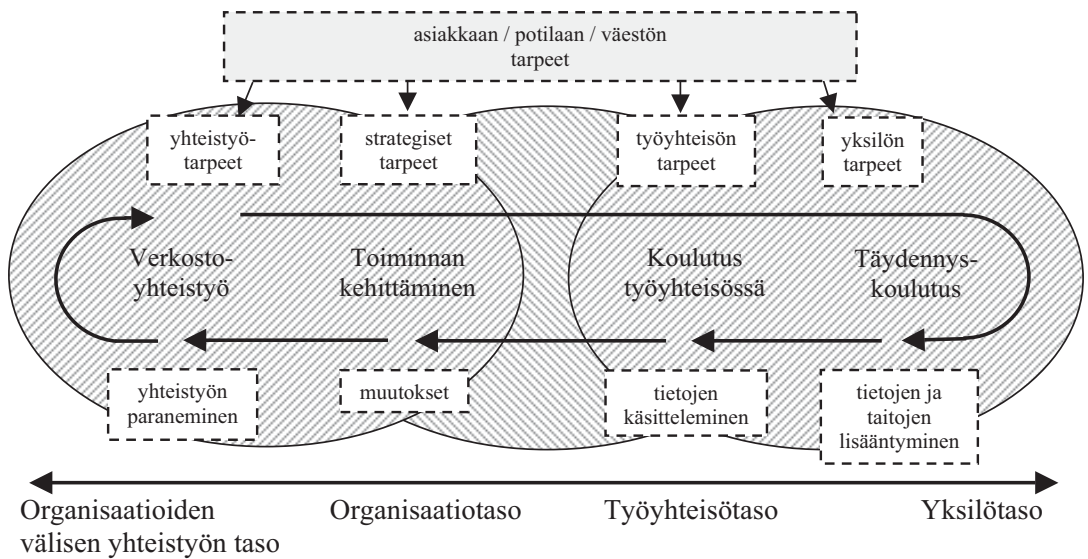
Kuvio 3.

Osaamisen kehittäminen yksilön oppimisen näkökulmasta. Esimerkkinä ketjulähettijaksio.



Kuvio 4.

Osaamisen kehittäminen osaamisen johtamisen näkökulmasta. Esimerkkinä ketjulähettijakso.



koulutus, jossa ketjulähetit omaksuvat hiljaista tietoa kokemusten ja työssä oppimisen kautta. Ketjulähettijakson jälkeen ketjulähetti kertoo omassa työyhteisössä kokemuksistaan ja välittää tietoa oppimistaan asioista sekä jaksolla käymistään keskusteluista.

Ketjulähettijaksot osoittautuivat hyväksi tavaksi kehittää yksilön osaamista. Ketjulähettijakso on väline osaamisen lisäämiseen ja uudistamiseen, tiedonkulun parantamiseen sekä organisaatioiden välisten yhteistyösuhteiden kehittämiseen. Ketjulähettitoiminta antaa siis mahdollisuuksia myös yksilön osaamista laajempaan työyhteisön sisäiseen ja organisaatioiden väliseen kehittämiseen. Osaamisen johtaminen lähtee liikkeelle organisaation strategisista tavoitteista (Hyrkäs 2009). Ketjulähettijakson kohdepaikka ja oppimistavoitteet voidaan työyhteisössä miettiä yhdessä siten, että lähtökohtana on jaksolle lähtevän omien kehittämistarpeiden lisäksi koko organisaation kehittäminen (Kuvio 4). Samalla huomioidaan organisaation ja työyhteisön kannalta kriittinen osaaminen ja kehittämistarpeet. Ennen ketjulähettijaksoa sekä terveyskeskuksessa että erikoissairaanhoidossa mietitään myös erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisiä yhteistyötarpeita.

Yksilön oppiminen ei ole sama asia kuin organisaation oppiminen (Kivinen 2008). Työntekijän lähettäminen ketjulähettijaksolle ei vielä riitä toiminnan kehittämisen näkökulmasta. Ketjulä-

hettijakson jälkeen tarvitaan työyhteisön koulutusta ja opitun suunnitelmallista käytäntöön soveltamista (Kuvio 4). Työyhteisön koulutukset ovat eri tavoin toteutettuja vuorovaikutuksellisia oppimistilanteita, joissa käsitellään ketjulähettijaksolta saatuja tietoja ja kokemuksia. Terveystenhuollon organisaatioissa on ollut puutteita erityisesti osaamisen etenemisessä yksilötasolta ryhmä- ja organisaatiotasolle (Kivinen 2008). Tavoitteena on, että ketjulähettijaksolla opittua kehitetään yhdessä uusiksi toimintakäytännöiksi. Muutos toimintakäytännöissä heijastuu myös organisaatioiden välisiin toimintamalleihin ja työönkuviin (Viitala 2002). Koska ketjulähettijaksoissa on kyse myös organisaatioiden välisen yhteistyön parantamisesta, kehittämistyö ei jää vain yhden organisaation sisäiseksi toiminnaksi. Ketjulähettijaksolla luodaan yhteistyöverkostoja, joiden avulla käytännön yhteistyötä parannetaan.

Ketjulähettijakso on malli, jota kannattaa hyödyntää yksilön osaamisen kehittämistä laajemmin. Yksilö oppii jaksolla paljon sellaista, jota voi täysimääräisesti hyödyntää vain yhdessä muiden työntekijöiden kanssa. Osaamisen johtamisella tuetaan yhteistyötä, hyödynnetään saatua osaamista ja kohdennetaan sitä tarpeen mukaan (Tanttu 2007). Johdon tehtävänä on luoda oppimista ja kehittämistä tukeva kulttuuri, mahdollistaa täydennyskoulutukseen osallistuminen ja palautteen antaminen (Caroll ja Edmondson 2002), suunnata oppiminen organisaation tavoitteiden

suuntaiseksi ja antaa myös omalla toiminnallaan esimerkkiä (Viitala 2002). Tuloksissa ei tullut esiin, oliko työyhteisössä yhdessä laadittu oppimistavoitteita. Terveyskeskuksissa on omat käytännöt koulutuspalautteiden käsittelemisessä. Oletettavasti myös ketjulähettijaksolta on annettu palautetta olemassa olevien käytäntöjen mukaisesti.

Yksilötason tiedot ja taidot lisääntyvät ketjulähettijaksen aikana (Kuvio 4). Jatkotutkimuk-

sen aiheena on selvittää onko ketjulähettitoimintaa hyödynnetty toiminnan kehittämässä työyhteisö- tai organisaatiotasolla ja onko se johtanut organisaatioiden välisen yhteistyön paraneamiseen. Perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa tarvitaan osaamista kaikilla näillä neljällä tasolla. Johdon tehtävänä on hyödyntää syntynyttä osaamista, tukea toiminnan muutoksia ja yhteistyötä eri organisaatioissa työskentelevien välillä.

Salunen R, Holmberg-Marttila D, Mattila K. Learning from others' work as a tool for developing the work community Evaluation of the Chain Messenger system in the Pirkanmaa hospital district
Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2012;49:302–316

The Chain Messenger system was developed as a cooperation project between the Pirkanmaa hospital district and nine health centres. Workers from health centres, in other words the Chain Messengers, worked for one week in the special health care according to a programme that was designed beforehand. The purpose of the study was to clarify if know-how and cooperation can be developed by means of the Chain Messenger system. The Chain Messengers filled in the questionnaires both before the period (n = 225) and after the period (n = 220). The contact persons who were named in the special health care were sent the questionnaires when the

operation started in 2006 (n = 56) and in the autumn 2007 (n = 44). The Chain Messengers updated their knowledge and skills and enhanced readiness for examining, treating and directing patients. Becoming acquainted with other workers' functions and creating networks improved cooperation. The period also changed attitudes towards work. The contact persons in the special health care emphasized the improvement of cooperation. The Chain Messenger system offers a concrete tool for developing know-how and cooperation. The challenge is utilising of the received experiences in the work community.

KIRJALLISUUS

- Anttila A, Suominen T, Kankkunen P. Sairaanhoidajan osaamista edistävät ja estävät tekijät terveyskeskuksen vuodeosastolla. *Premissi* 2008;3:34–39.
- Berwick DM. Disseminating Innovations in Health Care. *JAMA* 2003;289:1969–1975.
- Caroll JS, Edmondson AC. Leading organisational learning in health care. *Qual Saf Health Care* 2002;11:51–56.
- Carson E, Ranzijn A, Winefield A, Marsden H. Intellectual capital. Mapping employee and work group attributes. *Journal of Intellectual Capital* 2004;5:443–463.
- Clarke CL, Wilcockson J. Professional and organizational learning: analysing the relationship with the development of practice. *J Adv Nurs* 2001;34:264–272.
- Cunningham I, Dawes G, Bennett B. *Handbook of work based learning*. Ashgate Publishing Group, Abingdon 2004.
- Davis D, O'Brien MAT, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999;282:867–874.
- Dolcourt JL. Commitment to change: A strategy for promoting educational effectiveness. *J Contin Educ Health Prof* 2000;20:156–163.
- Garvin DA. Building a learning organization. *Harv Bus Rev* July-August 1993:78–91.
- Hamilton J, Wilkie C. An appraisal of the use of secondment within a large teaching hospital. *J Nurs Manage* 2001;9:315–320.
- Hansen MT, Nohria N, Tierney T. What's your strategy for managing knowledge? *Harv Bus Rev* March-April 1999:106–116.
- Holmberg-Marttila D, Turunen JP, Helminen E-E, Pimiä E. Opiskelu ja koulutus. Teoksessa Palsternack A, Pelkonen R, Eskola K, Haahtela T. (toim.) *Lääkäriksi*. Duodecim, Helsinki 2007.
- Hyrkäs E. Osaamisen johtaminen Suomen kunnissa. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Lappeenrantaensis 338, Lappeenranta 2009.

- Järvi M, Uusitalo T. Job rotation in nursing: a study of job rotation among nursing personnel from the literature and via a questionnaire. *J Nurs Manage* 2004;12:337-347.
- Kauppi A. Työ muuttuu – muuttuuko oppiminen? Teoksessa Tynjälä P, Välimaa J, Murtonen M. (toim.) Korkeakoulutus, oppiminen ja työelämä. Pedagogisia ja yhteiskuntatieteellisiä näkökulmia. PS-kustannus, Jyväskylä 2004.
- Kivinen T. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 158, Kuopio 2008.
- Kolb DA. *Experiential learning. Experience as the source of learning and development.* Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall 1984.
- Kupias P. Oppia opetusmenetelmistä. Educa-Instituutti Oy, Helsinki 2005.
- Lindeman-Valkonen M. Valtion työmarkkinalaitos. Henkilökierto-opas. Valtiovarainministeriö, Helsinki 2001.
- Lönnqvist A, Kujansivu P, Antola J. Aineettoman pääoman johtaminen. JTO-Palvelut Oy, Tampere 2005.
- Nonaka I. A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. *Organization Science* 1994;5:14-37.
- Nonaka I, Konno N. The Concept of "Ba": Building a foundation for knowledge creation. *Calif Manage Rev* 1998;40:40-54.
- Partanen A. Työkierto tavoitteelliseksi. Terveydenhuollon lähesimiesten näkemyksiä työkierrosta työhyvinvoinnin välineenä. Pro gradu -tutkielma, Jyväskylän yliopisto 2009.
- Poikela E, Poikela S. Ongelmaperustainen opetussuunnitelma – teoria, kehittäminen ja suunnittelu. Teoksessa Poikela E, Poikela S. (toim.) Ongelmasta oppimisen iloa. Ongelmaperustaisen pedagogiikan kokeiluja ja kehittämistä. Tampere University Press, Tampere 2005.
- Roos J, Roos G, Dragonetti NC, Edvinsson L. *Intellectual Capital. Navigating the New Business Landscape.* Macmillan Press LTD, London 1997.
- Salunen R, Löfgren T, Holmberg-Marttila D, Mattila K. Terveyskeskusten työntekijät tarvitsevat henkilökohtaisia yhteyksiä erikoissairaanhoidon. *Suomen Lääkäril* 2008;63:3313-3319.
- Salunen R, Löfgren T, Holmberg-Marttila D, Mattila K. Ketjulähetti välittää tietoa erikoissairaanhoidon ja terveyskeskuksiin. *Suomen Lääkäril* 2009;64:4471-4477.
- Senge P. *The fifth discipline. The art & practice of the learning organisation.* Random House Business Books, London 2006.
- Spender J-C. Organizational knowledge, learning and memory: three concepts in search of a theory. *J Organ Change Manage* 1996;9:63-78.
- Sveiby K-E. *The new organisational wealth. Managing & measuring knowledge-based assets.* Berrett-Koehler, San Francisco 1997.
- Sydänmaanlakka P. Älykäs organisaatio. *Economica* nro 17. Talentum Media Oy, 2007.
- Tanttu K. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoitujen näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. *Acta Wasaensia* No 176, Vaasa 2007.
- Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu laitos. Tammi, Helsinki 2009.
- Valleala U-M, Collin K. Työntekijöiden välinen vuorovaikutus – miten työpaikan sosiaalisissa yhteisöissä opitaan ja miten oppimista voitaisiin ohjata? Teoksessa Tynjälä P, Välimaa J, Murtonen M. (toim.) Korkeakoulutus, oppiminen ja työelämä. Pedagogisia ja yhteiskuntatieteellisiä näkökulmia. PS-kustannus, Jyväskylä 2004.
- Viitala R. Osaamisen johtaminen esimiestyössä. Akateeminen väitöskirja. *Acta Wasaensia* No 109, Vaasa 2002.
- Werrett JA, Helm RH, Carnwell R. The primary and secondary care interface: the educational needs of nursing staff for the provision of seamless care. *J Adv Nurs* 2001;34:629-638.
- van de Wiel MW, Van de Bossche P, Janssen S, Jossberger H. Exploring deliberate practice in medicine: how do physicians learn in the workplace? *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2011;16:81-95.
- Williams C. Understanding the essential elements of work-based learning and its relevance to everyday clinical practice. *J Nurs Manage* 2010;18:624-632.
- Øvretveit J, Bate P, Cleary P, Cretin S, Gustafson D, McInnes K, McLeod H, Molfenter T, Plsek P, Robert G, Shortell S, Wilson T. Quality collaboratives: lessons from research. *Qual Saf Health Care*. 2002;11:345-351.

RIITTA SALUNEN

*TtM, asiantuntijahoitaja
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
Perusterveydenhuollon yksikkö*

DORIS HOLMBERG-MARTTILA

*LT, dosentti, vastualuejohtaja
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
Perusterveydenhuollon yksikkö*

KARI MATTILA

*LKT, professori, ylilääkäri
Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
Perusterveydenhuollon yksikkö*