



**Näyttöä etsimässä ja laatua kehittämässä –  
Sosiaali- ja terveysalan YAMK-koulutuksessa  
Rauni Leinonen (toim.)**

Valokuvat: Rauni Leinonen ja Elisa Leinonen

**Yhteystiedot:**

Kajaanin Ammattikorkeakoulun kirjasto

PL 240, 87101 KAJAANI

Puh. 044 7157042

Sähköposti: [amkkirjasto@kamk.fi](mailto:amkkirjasto@kamk.fi)

<http://www.kamk.fi>

Kajaanin ammattikorkeakoulun julkaisusarja B 113 / 2020

ISBN 978-952-7219-66-9

ISSN 1458-9141

## Sisällys

1	Toimittajan sanat – lukijalle.....	1
2	Hoitohenkilökunnan näyttöön perustuva ohjausosaamisen kehittäminen.....	4
2.1	Johdanto.....	5
2.2	Kirjallisuuskatsauksen toteutus.....	5
2.3	Aineiston analyysi.....	7
2.4	Tulokset.....	9
2.5	Johtopäätökset.....	11
2.6	Ohjausosaamisen implementointisuunnitelma.....	14
2.7	Implementoinnin kokeilun arviointi.....	17
2.8	Luotettavuus ja eettisyys.....	19
2.9	Pohdinta ja johtopäätökset.....	22
2.10	Lähteet.....	24
3	Lääkehoitoprosessin kehittäminen päiväsairaalassa.....	27
3.1	Johdanto.....	28
3.2	Kirjallisuuskatsauksen tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymys.....	29
3.3	Toteutus.....	29
3.4	Aineiston analyysi.....	31
3.5	Tulokset.....	34
3.6	Johtopäätökset.....	38
3.7	Luotettavuus ja eettisyys.....	39
3.8	Pohdinta.....	42
3.9	Lähteet.....	43
4	Muistisairaahan asukkaan kivun arviointi ja lääkkeetön kivunhoito.....	47
4.1	Johdanto.....	48
4.2	Kirjallisuuskatsauksen tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	49
4.3	Toteutus.....	49
4.4	Aineiston analyysi.....	51
4.5	Tulokset.....	53
4.6	Eettisyys ja luotettavuus.....	55
4.7	Pohdinta ja johtopäätökset.....	57
4.8	Lähteet.....	59

5	Potilaan ja hänen omaisensa osallisuuden kehittäminen .....	63
5.1	Kirjallisuuskatsauksen lähtökohdat.....	63
5.2	Tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymys .....	64
5.3	Tiedonhaku.....	65
5.4	Aineiston analysointi .....	66
5.5	Tulokset .....	68
5.6	Tulosten tarkastelu.....	75
5.7	Johtopäätökset.....	76
5.8	Luotettavuus ja eettisyys.....	77
5.9	Lähteet.....	79
6	Suullisen raportoinnin merkitys hoitovastuun siirtyessä osastolta leikkausosastolle .....	82
6.1	Johdanto.....	83
6.2	Suullisen raportoinnin merkitys hiljaista raporttia käytettäessä .....	85
6.3	Kirjallisuuskatsauksen tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymys .....	86
6.4	Kirjallisuuskatsauksen toteutus.....	86
6.5	Aineiston kuvaus ja analyysi.....	89
6.6	Tulokset ja johtopäätökset.....	93
6.7	Luotettavuus ja eettisyys.....	95
6.8	Pohdinta .....	99
6.9	Lähteet.....	101
7	Eettistä pohdintaa – palliatiivisesti sedatoidun potilaan hoitotyö.....	104
7.1	Johdanto.....	105
7.2	Palliatiivisen hoitoyön perusteita.....	108
7.3	Palliatiivisesti sedatoidun potilaan hoitotyön eettisyys.....	111
7.3.1	Eettisyys palliatiivisen hoitotyön perusta .....	111
7.3.2	Sedatoidun potilaan hoitotyön eettisiä kysymyksiä .....	112
7.4	Johtopäätökset.....	114
7.5	Lähteet.....	117
8	Organisaation laadun kehittäminen yhteiskehittämisen avulla.....	122
8.1	Johdanto.....	123
8.2	Laadukas sosiaalityö edellyttää lapsen osallisuutta.....	123
8.3	Yhteiskehittäminen sijoitetun lapsen osallisuutta tukemassa.....	126
8.4	Yhteiskehittäminen edistää henkilökunnan osaamista.....	128
8.5	Johtopäätökset ja pohdinta.....	131

8.6	Lähteet.....	132
9	Jatkuvan parantamisen malli toimintayksikön laatujohtamisen tukena .....	136
9.1	Johdanto.....	136
9.2	Metodologian soveltaminen ja tulosten tarkastelua .....	137
9.3	Tulevaisuusmalli .....	139
9.4	Johtopäätökset.....	139
9.5	Lopuksi.....	145
9.6	Lähteet.....	146
10	Työnjakoa kehittämällä kohti hyvinvoivaa työyhteisöä .....	148
10.1	Johdanto .....	148
10.2	Työnjaon lähtökohtia .....	149
10.3	Työntekijän työhyvinvoinnin perusteita .....	150
10.4	Työnjakoa kehittämällä työhyvinvointia.....	151
10.5	Työnjakomallin kehittäminen Oulun kaupunginsairaalan sisätautien- ja tutkimusosastolla .....	152
10.6	Johtopäätökset .....	153
10.7	Lähteet .....	153
11	Organisaatiokulttuurin merkitys muutosjohtamisessa .....	157
11.1	Johdanto .....	157
11.2	Organisaatiokulttuuri ohjaa ihmisten käyttäytymistä .....	158
11.3	Muutosjohtamista henkilöstöä osallistamalla .....	159
11.4	Organisaatiokulttuurin merkitys muutoksen johtamisessa.....	160
11.5	Johtopäätökset .....	162
11.6	Lähteet .....	163
12	Moniammatillisuus haastaa hankekirjoittamisen .....	168
12.1	Johdanto .....	169
12.2	Hankekirjoittaminen käsitteenä ja sisältönä.....	171
12.3	Moniammatillisen hankekirjoittamisen yhteiskehittely .....	175
12.4	Moniammatillisuus hankeviestinnässä ja -kirjoittamisessa.....	177
12.5	Johtopäätökset ja pohdinta .....	182
12.6	Lähteet .....	184

## 1 Toimittajan sanat – lukijalle

Sosiaali- ja terveysalan ylemmän (AMK) koulutuksen tulee perustua näyttöön samoin kuin opetuksen tulee sisältää näyttöön perustuvan hoitotyön opetusta sisällöllisesti ja menetelmällisesti. Koulutuksesta valmistuvilta sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilta edellytetään osaamista, joka perustuu muun muassa uusiutuvaan, monitieteiseen ja näyttöön perustuvaan tietoon. Terveystieteidenhuoltolaki (2010/1326, 8§) velvoittaa, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Lisäksi palveluiden on oltava potilaille/asiakkaille laadukkaita, turvallisia ja asianmukaisia. Näyttöön perustuva toiminta muodostaa tärkeän perustan hoitotyön laadulle. Näyttöön perustuvan hoitotyön osalta valmistuvan ammattilaisen pitää toimia aloitteentekijänä ja koordinoita sosiaali- ja terveydenhuollon soveltavaa tutkimusta, jonka tavoitteena on yhdistää parhaita näyttöön perustuvia toimintoja asiakkaiden palvelutarpeiden täyttämiseksi.

Kliinisten asiantuntijaopettajien työryhmässä suunniteltiin yhteinen Näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisen -opintojakso. Tavoitteena oli tasalaatuista opetusta valtakunnallisesti, ja suositetaan opintojaksolle valittavaksi myös opetusmenetelmiä, jotka tukevat opiskelijan näyttöön perustuvan osaamisen kehittymistä. Ylempi (AMK) koulutuksen tavoitteena on, että opiskelija saavuttaa tietoperustan, ja kykenee ratkaisemaan vaativia ongelmia tutkimus- ja kehittämistoiminnassa. Koulutuksen aikana opiskeltavien sisältöjen lisäksi opiskelijan tulee oppia hyödyntämään opetuksessa käytettäviä opetusmenetelmiä hoitotyön kehittämisessä.

Tässä julkaisussa kuvataan sosiaali- ja terveysalan ylempi (AMK) opiskelijoiden Näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen -opintojakson oppimistehtävinä toteutuneita kirjallisuuskatsauksia (viisi artikkelia) ja esitellään niiden integroituminen hoitotyön toimintaympäristön erilaisiin konteksteihin. Opiskelija on rajannut aiheen ja näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisen kohteeksi valinnut sen yhdessä lähijohtajansa kanssa. Katsaukset on yksityiskohtaisesti dokumentoitu hakuprosessin, tulosten ja luotettavuuden osalta, mikä lisää artikkeleiden hyödynnettävyyttä opiskelussa ja kliinisessä hoitotyössä.

Kirjallisuuskatsauksen yksi tehtävä on kehittää tieteenalan teoreettista ymmärrystä ja käsitteistöä, ja arvioida olemassa olevaa teoriaa. Katsauksen avulla voi muodostaa kokonaiskuvan tietystä aiheesta ja tunnistaa aiheen kehittämistarpeita. Hoitotieteessä katsauksia käytetään usein hahmottamaan aiheen tutkimustarve tai se voi olla menetelmä, jonka avulla laaditaan synteesi aikaisemmasta tutkimustiedosta. (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 7–8.) Kirjallisuuskatsausten määrän

lisääntyminen 1990-luvulta lähtien ja niiden tekemisen menetelmien monipuolistuminen ovat kehittyneet juuri näyttöön perustuvan toiminnan yleistymisestä ja vaatimuksesta. Katsauksesta käytetään lukuisia erilaisia nimityksiä riippuen sen tarkoituksesta, menetelmästä, tutkimusotteesta, prosessista tai lähestymistavasta (Grant & Booth 2009). Tässä julkaisussa katsauksista käytetään yleiskäsitettä järjestelmällinen katsaus, mikä sisältää katsaustyyppistä riippumatta sen tyyppilliset osat: tutkimusten haun ja niiden kriittisen arvioinnin, aineiston analyysin ja siitä tehtävän synteesin sekä luotettavuuden arvioinnin.

Yhdessä artikkelissa kuvataan sedatoidun potilaan hoitotyöhön liittyviä eettisiä asioita. Hoitotyötä tulee aina voida tarkastella myös potilaan ja hänen läheistensä kohtaamiseen, ohjaamiseen ja huolenpitoon liittyvinä eettisinä kysymyksinä. Artikkelin aihe liittyy ylempään ammattikorkeakoulun opinnäytetyöhön sisältyvän kirjallisuuskatsauksen yhteen tulokseen, hoidon eettisyys ja turvallisuus. Hoitotyön eettisyys haastaa hoitotyöntekijän osaamisen aiheuttaen hänelle onnistumisen, pettymisen ja rajallisuuden kokemuksia uusien vaatimusten edessä.

Ylempi (AMK) opinnoissa korostuu tutkimus- ja kehittämistyön lisäksi johtamisosaaminen. Johtaminen ei rajoitu yksilön toimintaan, vaan siihen liittyy aina eri ihmiset ja heidän toimintansa. Kun johtaja saa työntekijät innostumaan, innovoimaan, kehittämään ja uudistamaan työtään, voidaan puhua johtamisen jaetusta luonteesta. Johtamisosaaminen ilmenee muun muassa työyhteisön ilmapiirissä ja ihmisten työhön sitoutumisessa. Opiskelija hankkii koulutuksen aikana valmiudet toimia asiantuntijana ja lähijohtajana moniammatillisissa verkostoissa, ja oppii kehittämään sosi-aali- ja terveydenhuollon palveluja. Lisäksi opiskelija hankkii valmiudet kehittää ja johtaa hoitotyön työmenetelmiä ja muutosprosesseja näyttöön perustuen ja digitaalisia välineitä sekä Lean ajattelua hyödyntäen. (Opetussuunnitelma 2017–2019 2017.)

Työelämän muutokset edellyttävät johtamisosaamista ja haastavat sen moninaista omaksumista ja oppimista. Johtamista käsittelevät neljä artikkelia: yhteiskehittäminen, laadun ja työnjaon kehittäminen sekä organisaation muutoksen johtaminen. Artikkeleiden tekstit osoittavat, että opiskelijat oppivat johtamaan ja kehittämään monimutkaisia, ennakoimattomia ja uusia strategisia lähestymistapoja edellyttäviä asioita samalla, kun he oppivat johtamaan asioita ja ihmisiä.

Yksi artikkeli käsittelee hankekirjoittamista. Yksi tärkeä ylempi (AMK) koulutuksen tavoite on, että opiskelija osaa viestiä hyvin suullisesti ja kirjallisesti sekä alan että alan ulkopuoliselle yleisölle. Perinteisesti tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnasta (tki) raportoidaan projektiraporttien avulla, kirjoittamalla loppuraportti. Ammattikorkeakoulujen tki-toiminnan avulla halutaan kehittää työelämää ja edistää tulosten siirtovaikutusta. Tarvitaan myös uusia kirjoittamisen muotoja.

Työelämää edustavan opiskelijan ja opettajan yhteiskehittelyyn perustuvassa yhdessä kirjoittamisella edistetään ammattikorkeakoulun ja työelämän kaivattua vuoropuhelua ja asioiden yhteiskehittelyä.

Kiitän kaikkia ylempi (AMK) opiskelijoita, avoimen amk:n opiskelijaa ja opettajakollegaa. Toivon, että julkaisu motivoi työelämän asiantuntijoiksi valmistuneita edelleen kehittämään näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja sen johtamista. Toivon, että julkaisun lukijat saavat ideoita näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämiseen, johtamiseen ja opintojaksojen erilaisiin didaktisiin ratkaisuihin. Perään myös rohkeutta kokeilla yhdessä opiskelijoiden kanssa kirjoittaa erilaisia tekstejä moninaisista aiheista.

Kajaanissa 3.12.2020

*Rauni Leinonen* yliopettaja, Kajaanin Ammattikorkeakoulu

Grant, M.J. & Booth, A. 2009. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal* 26 (2), 91–108. doi: 10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x.

Opetussuunnitelma 2017–2019. 2017. Sosiaali- ja terveysalan koulutus ylempi (AMK). Kajaanin ammattikorkeakoulu. Kajaani

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turku: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A73. Turun yliopisto. 7–22.

Terveystieteiden laitos 2010/1326. 2010. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>



## 2 Hoitohenkilökunnan näyttöön perustuva ohjausosaamisen kehittäminen

*Satu Maaninka, Sairaanhoidaja ylempi (AMK), Sairaanhoidaja, laatu- ja vaaratapahtumavastaava, lääkäriasiakkuusvastaava, Terveystalo Kalajoki, Oulainen ja Haapavesi  
Rauni Leinonen, KT, TTM, yliopettaja, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus, Sosiaali- ja terveysalan ylempi (AMK) koulutus, Kajaanin Ammattikorkeakoulu*

### Tiivistelmä

Artikkelissa kuvataan, miten Terveystalon yhden avoterveydenhuollon palveluita tarjoavan toimintayksikön ohjaustyötä kehitettiin näyttöön perustuvaksi syksyn 2017 ja kevään 2018 välisenä aikana. Aihe rajattiin, työyhteisössä tehdyn näyttöön perustuvan toiminnan arvioinnin avulla, potilasohjauksen kehittämiseen. Tarkoituksena oli kartoittaa, mitä asioita laadukas asiakasohjaus sisältää aikaisemman tutkimustiedon perusteella. Näyttöä haettiin tutkimuskysymyksellä, mitä on näyttöön perustuva laadukas asiakasohjaus aikaisemman tutkimustiedon perusteella. Tavoitteena oli kehittää hoitohenkilöstön näyttöön perustuvaa asiakasohjausta.

Tutkimuskysymykseen haettiin aineistoa Medic, Cinahl, PubMed ja Finna -tietokannoista. Haku sanat, poissulku- ja sisäänottokriteerit suunniteltiin huolellisesti, ja lopuksi jäi kymmenen tutkimusta, joista saatu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Analyysin tuloksena aineistosta muodostui 11 alateemaa ja neljä yläteemaa: Laadukas ohjausprosessi, ohjauksen asiakaslähtöisyys, ohjauksen tavoitteellisuus sekä ohjaukseen liittyvien tekijöiden reflektointi. Ohjausosaamisen kehittämisennovaatioksi valittiin päätuloksia käsittelevä ohjausosaamisen itsearviointi, joka toteutettiin osana kehityskeskusteluja, jonka soveltuvuutta arvioitiin palautekyselyllä. Kehittämisennovaatio implementoitiin käytäntöön Ottawa-mallin mukaisesti.

Kehittämistarpeiksi koettiin asiakkaan ohjaisaiheisiin liittyvän asiantuntijuuden kehittäminen, näyttöön perustuvan tiedonsaannin tarve ohjauksen ja oppimisen ilmiöistä, ohjausprosessin toteuttaminen systemaattisesti seurannan ja arvioinnin osalta sekä riittävien asianmukaisten resurssien saatavuus ohjaustilanteisiin. Arviointi antoi heikon signaalin siitä, että ohjausosaamisen itsearviointi voi olla merkittävä interventio ohjausosaamisen kehittämisessä.

Asiasanat: ohjaus, asiakasohjaus, itsearviointi, Ottawa-malli

## 2.1 Johdanto

Näyttöön perustuvaa toimintaa ohjaa paras mahdollinen saatavissa oleva, ajantasainen ja tutkittu tieto huomioiden asiakkaan kontekstin sekä käytettävissä olevat resurssit. Näyttöön perustuvan toiminnan tavoitteena on asiakkaan mahdollisimman laadukas ja turvallinen hoito ja sen saata- vuus sekä hyödyttömien hoitomenetelmien välttäminen. Näyttöön perustuva toiminta lisää asia- kas- ja potilasturvallisuutta sekä vähentää terveydenhuollon kustannuksia. (Holopainen, Junntila, Jylhä, Korhonen, Seppänen 2013, 19–23.)

Terveydenhuollon toiminnan tulee perustua näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin (Terveydenhuoltolaki 2010/1326 1. luku, 8.§). Vaikka näyttöön perustuvalla toiminnalla tervey- denhuollossa on lain ohjaama velvoite, silti näyttöön perustuvan toiminnan toteutuminen on epäjohdonmukaista. Korhosen, Siltasen, Hahtelan ja Holopaisen (2017, 38) tutkimuksessa tode- taan, että tutkimukseen osallistuneista hoitotyön johtajista ja asiantuntijoista noin puolet arvioi, että hoitosuosittelujen käyttöönotosta on sovittu ja toimintatavat sekä hoito-ohjeet tarkistetaan suosituksen mukaisiksi. Kuitenkin alle puolet tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että hoitokäytännöt perustuvat näyttöön.

Työyhteisössä tehdyn näyttöön perustuvan toiminnan arvioinnin perusteella kehittämisteemaksi valittiin potilasohjauksen kehittäminen. Toimintayksikön asiakkaat ovat avoterveydenhuollon asi- akkaita ja suurin osa henkilöstön työajasta on ohjaamista. Tyypillisiä asiakkaan ohjaustilanteita ovat elämäntapaohjaus, tutkimuksiin valmistava ohjaus, lääkehoidon toteutuksen ohjaus ja eri- näisten hoitotoimien, kuten esimerkiksi potilaan haavanhoidon ohjaus. Toimintayksikön työyh- teisössä suunniteltiin ja toteutettiin kehittämisinterventio, jonka tavoitteena oli kehittää hoito- henkilöstön näyttöön perustuvaa asiakasohjausta.

## 2.2 Kirjallisuuskatsauksen toteutus

Näyttöä ohjausosaamisen kehittämisen perustaksi haettiin kirjallisuuskatsauksella, jonka avulla pyritään muodostamaan kokonaiskuva tietyistä aiheista. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on yleensä kehittää teoriaa, teoreettista käsitteistöä ja ymmärrystä. Kirjallisuuskatsauksen ensim- mäinen vaihe on tutkimuskysymyksen määrittäminen. Tutkimuskysymys ohjatessa koko kirjalli- suuskatsauksen prosessia, on kysymystä määriteltäessä oleellista miettiä, mitä varten kirjallisuus-

katsausta tehdään. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 24.) Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kar-  
toittaa, mitä asioita laadukas asiakasohjaus sisältää aikaisemman tutkimustiedon perusteella.  
Tutkimuskysymykseksi muodostui, mitä on näyttöön perustuva laadukas asiakasohjaus aikaisem-  
man tutkimustiedon perusteella.

Aineisto haettiin Medic, Cinahl, PubMed ja Finna -tietokannoista. Hakusanoina käytettiin ohjaa-  
minen, ohja\*, potilasohj\*, ohjaus and osaaminen, ohjausosaaminen, patient education, patient  
edu\*, patient counselling, patient teaching, patient teach\*. Hakua rajattiin tietokannasta ja tulos-  
ten määrästä riippuen vuosien 2007–2017 välille. Tiedonhakuun liittyvät poissulku- ja sisäänotto-  
kriteerit on kuvattu taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Poissulku- ja sisäänottokriteerit

Poissulkukriteerit	Sisäänottokriteerit
ProGradu-, amk- tai yamk-tutkinnon opinnäytetyö Artikkeli oli julkaistu muussa kuin tieteellisessä julkai- sussa Aineisto oli julkaistu ennen vuotta 2007 Artikkeliä ei ollut saatavissa sähköisessä muodossa Artikkeli, jossa ei ollut lähdeluetteloa Artikkeli ei vastannut jatkotarkastelussa tutkimuskysy- myksiin	Tieteellinen artikkeli Väitöskirja Julkaistu vuonna 2007 tai sen jälkeen Artikkelista oli saatavissa sähköisessä muo- dossa Artikkeli sisälsi lähdeluettelon Artikkeli vastasi jatkotarkastelussa tutki- muskysymyksiin

Kotimaisista tietokannoista haettiin aineistoa pidemmältä ajalta kuin kansainvälisistä tietokan-  
noista, koska kotimaisissa tietokannoissa aineistoa on vähemmän. Aineistohaku on kuvattu tieto-  
kannoittain taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Aineistohaku

Aineistohaun muuttajat	Cinahl	Finna	Medic	PubMed	Yhteensä
Vuosirajaukset	2015–2017	2007–2017	2007–2017	2015–2017	
Hakusanat	Patient edu*, Patient education in health care, patient education or counselling, Patient counsell- ing, patient teach*, Patient edu- cation or teaching.	Ohja*, poti- lasohj* ja laatu, poti- lasohj* ja aikui*	ohja*, oh- jaaminen, ohjaus and osaaminen	Patient edu*	
Hakutulokset (määrät eri haku- sanoilla)	158 + 2 + 66 + 1 + 52 + 68= 347	495 + 8 + 57=560	180 + 29 + 4=213	5264	6384
Jatkotarkasteluun otsikon pe- rusteella otetut aineistot (n=18)	9	5	3	1	18
Tutkimuskysymyksen perus- teella lopullisesti valitut tutki- mukset (n=10)	5	2	2	1	10
Yhteensä (N)	361	567	218	5266	6412

Aineistohaun tavoitteena oli löytää tieteellisiä artikkeleita ja tutkimuksia, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen ja täyttivät laadulliset kriteerit tutkimuksellisen tason, lähteiden käytön sekä julkaisijan osalta. Otsikon perusteella jatkotarkasteluun otettiin 18 artikkelia tai tutkimusta, joihin perehtymisen jälkeen valittiin 7 artikkelia ja 3 väitöskirjaa jatkokäsittelyyn. Valitut aineistot on esitelty taulukossa 3, liitteessä 1. Seitsemän artikkelia rajattiin pois, koska niiden sisältö ei vastannut tutkimuskysymykseen. Analyysiin sisällytettävien artikkelien laadunarvioinnin tukena hyödynnettiin JBI:n kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa tulkinnalliselle ja kriittiselle tutkimukselle (Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle 2018). Tarkistuslista on laadittu laadullisten tutkimusten arviointiin. Tarkistuslistan arviointikriteerit täytyivät pääsääntöisesti valittujen aineistojen osalta. Analysoitavaa aineistoa tuli litteroituna tekstinä 17 sivua. Aineistovalinnat tehtiin julkaisuista sen mukaan, mikä subjektiivisen arvion perusteella vastasivat parhaiten tutkimuskysymykseen. Esimerkiksi paljon määrällistä ja numeraalista kuvausta sisältävien tutkimustulosten esittely jätettiin aineiston ulkopuolelle.

### 2.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyyssissä tutkittavaa ilmiötä kuvaavaa aineistoa tulkitaan ja pyritään muodostamaan yhdistelemällä ja käsitteellistämällä kuvaava, selkeä määritelmä tutkittavasta ilmiöstä. Aineiston analyysin ensimmäisessä vaiheessa valitaan analyysiyksikkö. Tätä valintaa ohjaa tutkimuskysymys ja aineiston laatu (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110–112; Eskola & Suoranta 1998, 155–159; Alasuutari 2007, 38–43.) Teoreettisilla käsitteillä pyritään kuvaamaan asioiden ja ilmiöiden olemusta. Tässä kirjallisuuskatsauksessa sisällönanalyysi tehtiin aineistolähtöisesti, jossa tutkimusaineistosta pyrittiin muodostamaan teoreettinen kokonaisuus. Analyysiyksiköt valittiin tutkimuskysymyksen mukaisesti ilman teorian ohjausta. Aineistosta nousseita käsitteitä yhdistelemällä muodostetaan teoreettinen ymmärrys, joka vastaa tutkimuskysymykseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–112).

Analyysiyksiköksi valittiin sana, sanapari, lause ja kappale. Aineistot olivat kielelliseltä sisällöltään heterogeenisiä. Tärkeä asiakokonaisuus saattoi sisältyä joissakin tutkimuksissa sanoihin, virkkeisiin tai jopa kappaleisiin. Esimerkiksi sana *kontekstiosaaminen* ja virke *ohjausmenetelmien käyttö oli vastausten mukaan yksipuolista*, muodostivat molemmat oman analyysiyksikön. Aineiston analyysiyksiköihin jakamisen jälkeen aineisto koodattiin numerosta yksi alkaen. Koodien avulla aineistoa jäsennetään. Koodit toimivat osoitteina, joiden avulla ilmaisut voidaan yhdistää alkupe räiseen tekstiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92–93.) Koodeja tuli yhteensä 652 kappaletta. Aineiston

koodauksessa ja luokittelussa ratkaisujen perusteiden kuvaaminen ja ymmärtäminen ovat tärkeitä. Jokainen aineisto edellyttää aina uuden analyysimenetelmän kehittämistä. Aineiston analyysin ja tulkinnan dynaaminen luonne johtaa siihen, että kukin aineisto saa lopullisen muotonsa aineiston tematisoivasta luonteesta. (Varto 1992, 99; Eskola & Suoranta 1998, 220–223.)

Tärkeät ilmaisut pelkistettiin ja ryhmiteltiin sisällön samankaltaisuuden mukaan. Aineistoa vertaillaan ja pyritään tulkitsemaan etsimällä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia (Niela-Vilen & Hamari 2016, 31). Esimerkiksi ilmaisut asenteet vaikuttavat tuotettujen palvelujen laatuun, henkilöstö asennoituu ohjukseen myönteisesti sekä ohjaussuhteissa oleva valta ryhmiteltiin samaan ryhmään kuuluviksi ilmaisuiksi. Saman sisältöiset ilmaisut ryhmiteltiin, ja nimettiin ryhmän sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Tämän jälkeen ryhmiä yhdistettiin edelleen niiden sisällön ja merkityksen mukaan ja nimettiin sisällön mukaan. Ilmaisuista muodostettiin ensin ryhmittelyllä ja sen jälkeen ryhmien teemoittelulla laajat, teemojen sisällön kokoavat ja keskeistä ajatusta kuvaavat ala- ja yläteemat. Aineistosta muodostui 11 alateemaa ja neljä yläteemaa. Teemat nousevat aineistolähtöisessä analyysissä aineistosta ja teemoittelulla painotetaan, mitä aineistossa teemoista kerrotaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93).

Aineiston vertailun myötä löytyneistä yhtäläisyyksistä ja eroavaisuuksista muodostetaan synteesi, yksittäisistä tutkimustuloksista muodostettu kokonaiskuva (Niela-Vilen & Hamari 2016, 31). Vähitellen teemojen sisällöt jäsentyvät ja täyttyvät sisällöllisesti omiksi kokonaisuuksiksi. Hermeneuttisen prosessin avulla analysoijan merkitysperspektiivi syventyy, jolloin ymmärtämisen avulla tutkimuskohde muotoutuu uudeksi kokonaisuudeksi (Varto 1992, 64; Eskola & Suoranta 1998, 221).

Aineisto kuvasi ohjaustyön asiakaslähtöisyyttä, ohjauksen tavoitteellisuutta sekä ohjausprosessin tekijöiden reflektoinnin merkityksellisyttä. Lisäksi aineistosta tulivat esille ohjaustyön käytännönläheiset tarpeet, kuten riittävät ja asianmukaiset resurssit. Aineistoa ryhmiteltiin laadukkaan ohjaustyön näkökulmasta, rakentaen käsitteistöä laadukkaan ohjausprosessin edellytyksistä ja tavoitteista. Alateemoista muodostettiin niitä yhdistelemällä ja käsitteellistämällä eli abstrahoidenalla neljä yläteemaa: Laadukkaan ohjauksen perusteet, ohjauksen asiakaslähtöisyys, ohjauksen tavoitteellisuus sekä ohjaukseen liittyvien tekijöiden reflektointi.

## 2.4 Tulokset

Aineistosta saatiin laadukasta ohjaustyötä kuvaavia tuloksia, joista johdettiin neljä aineiston kattavaa yläteemaa: laadukkaan ohjauksen perusteet, ohjauksen asiakaslähtöisyys, ohjauksen tavoitteellisuus sekä ohjaukseen liittyvien tekijöiden reflektointi.

**Laadukkaan ohjauksen perusteet** yläteema muodostui alateemoista *ohjaajan ammatilliset toimintaedellytykset, ohjauksen asianmukaisen saatavuus sekä ohjauksen toteutus ja sisällöllinen laatu*. Ohjaajan ammatillisiin toimintaedellytyksiin sisältyy johdon tuki, ohjaajan ammatillinen konteksti, tietoperusta ja eri ohjausmenetelmien hallinta. Johdon tuki mahdollistaa riittävät ja asianmukaiset resurssit ohjaustyön toteutukseen (häiriötön ohjaustila, riittävät ajalliset resurssit sekä ohjaustyölle että ohjaajan asiantuntijuuden kehittämiseksi) ja laadukkaan ohjausmateriaalin saatavuuden. Johdon tuki mahdollistaa myös moniammatillisen yhteistyön ja verkostoitumisen. Ohjaajan ammatillinen konteksti sisältää ohjaajan koulutuksen, työkokemuksen, ammatilliset taidot sekä työtehtävän. Tietoperusta sisältää hoitosuositukset ja -ohjeet, ohjaustutkimukset, lisäkoulutuksen sekä oppimistutkimukset. Eri ohjausmenetelmien hallinta tarkoittaa kykyä käyttää ja soveltaa eri ohjausmenetelmiä ohjauksen tavoitteen ja ohjattavan tarpeiden mukaisesti.

Ohjauksen asianmukaisella saatavuudella tarkoitetaan ohjauksen oikea-aikaisuutta ja sen hoitoprosessiin sulautumista. Ohjauksen tulee ajoittua asiakkaan hoitoprosessissa hänen tarpeeseensa nähden oikea-aikaisesti. Ohjausta tulee tarjota asiakkaalle riittävästi, ja ohjaajan pitää tunnistaa otollisia ohjaustilanteita. Ohjauksen tarvetta tulee arvioida ja tarjota koko hoitoprosessin ajan ei vain prosessin alussa ja lopussa. Ohjauksen laadukas toteutus on suunnitelmallista ja systemaattista. Kun ohjaus on sisällön osalta laadukasta, se on kattavaa ja perustuu tutkittuun näyttöön. Ohjaus on jaettu asiakkaan kannalta sopiviin kokonaisuuksiin ja tapahtuu vuorovaikutteisesti ohjattavan kanssa. Ohjauskieli on selkeää, ymmärrettävää ja ohjaaja varmistaa, että asiakas on sisäistänyt ohjattavan asian. Tuloksissa korostui myös asiakaskohtaisesti suunnitellun seurannan ja huolellisen kirjaamisen tärkeys. Laadukas asiakasohjaus sisältää laadukkaan ohjauksen perusteiden osalta asianmukaiset ammatilliset toimintaedellytykset, ohjauksen asianmukaisen saatavuuden sekä näyttöön perustuvan sisällön sekä toteutuksen.

Yläteema **ohjauksen asiakaslähtöisyys** muodostui alateemoista *vuorovaikutuksellisuus, ohjattavan kontekstin huomioiminen ja tasa-arvo ohjaussuhteessa*. Ohjauksen asiakaslähtöisyys edellyttää ohjattavan aiheen riittävää asiantuntijuutta, jotta ohjausta pystyy mukauttamaan asiakkaan tarpeisiin ohjauksen asiasisällön siitä kärsimättä.

Ohjauksen vuorovaikutuksellisuutta tukevia tekijöitä oli asiakkaan kuuleminen, tilan antaminen, toisaalta tilan ottaminen, motivoiminen, voimaannuttaminen ja osallistaminen. Tärkeää on myös ohjaustilanteen aitoudesta huolehtiminen siten, ettei ohjattava ajaudu niin sanotusti hyvän ohjattavan rooliin näennäisesti mukautuen tai uskaltamatta tuoda julki ohjausasiaan liittyviä eriäviä mielipiteitä. Ohjauksen vuorovaikutuksellisuutta tukee ohjauksen tasa-arvoisuus. Kummankaan ohjaussuhteen osapuolen ei tule olla valta-asemassa eikä ohjauksen tule olla ylhäältä saneltua.

Ohjattavan kontekstin huomioiminen on asiakkaan yksilöllisten taustatekijöiden, tarpeiden sekä valmiuksien huomioimista ohjauksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Ohjauksessa huomioidaan silloin asiakkaan henkilökohtaisten taustatekijöiden, kuten terveydentilan, kulttuurin, koulutuksen, oppimisstrategian, sosiaalisen tuen tarpeen, saatavilla olevan tukiverkoston tai ohjattavan asian tärkeyttä ja niistä lähteviä tarpeita, jotka tulisi huomioida ohjausprosessissa. Asiakas huomioidaan kokonaisuutena. Hänen tarpeitaan, ohjaukseen ja ohjattavaan asiaan liittyviä mahdollisia asenteita, pelkoja tai odotuksia pyritään tunnistamaan ja ymmärtämään. Laadukas asiakasohjaus on yksilöllistä, vuorovaikutuksellista ja tasavertaisessa ohjaussuhteessa tapahtuvaa. Vaikka ohjaus on tutkittuun näyttöön perustuvaa ja systemaattista, tulee sen olla asiakkaan yksilöisiin tarpeisiin mukautuvaa.

Yläteema **ohjauksen tavoitteellisuus** muodostuu alateemoista *ohjauksen tavoitteiden määrittäminen ja ohjauksen laatuksiteereiden määrittäminen ja laadun arviointi*. Laadukkaasti ohjauksen tulee olla tavoitteellista. Tiedon välittäminen asiakkaille tiettyssä hoitoprosessin vaiheessa ei riitä täyttämään ohjauksen tavoitteellisuuden edellytystä, vaikka ohjausta toteutettaisiin systemaattisesti. Ohjauksen toteutuminen ei ole laadun kannalta riittävä tavoite, vaan ohjauksessa tulee määritellä tavoitteet sekä ohjaustyölle että asiakkaan yksilölliselle ohjausprosessille. Tavoitteet tulee määritellä yhdessä asiakkaan kanssa. Ohjauksen tavoitteellisuus edellyttää ohjaustyön laatuksiteerien määrittämistä, laadun seuranta, arviointia, ohjausprosessin tavoitteiden määrittämistä sekä tavoitteiden saavuttamisen seuranta ja arviointia. Ohjaustyön laatua voidaan seurata potilasturvallisuuden, asiakastyytyvyyden, hoitomyöntyvyyden ja hoitotulosten kehityksen näkökulmasta. Laadukas asiakasohjaus sisältää siis selkeät tavoitteet, niiden sisällyttämisen ohjausprosessiin sekä systemaattisen seurannan.

Yläteema **ohjaukseen liittyvien tekijöiden reflektointi** muodostui alateemoista *ohjaajan ohjausosaamisen reflektointi, ohjaajan kontekstin reflektointi, organisaation ja ohjaajan arvojen sekä eettisten periaatteiden reflektointi*. Ohjaamisen ja ohjausosaamisen kehittämisen kannalta on oleellista pyrkiä tunnistamaan oman kontekstin ja organisaation arvojen ilmeneminen ohjaus-

työssä. Ohjaajan ohjausosaamisen reflektointi edellyttää omien ohjausvalmiuksien kriittistä arviointia. Ohjaajan olisi pyydettävä palautetta asiakkailta ja työyhteisön toimijoilta. Ohjausosaamiseen liittyy ohjattavan aiheen substanssiosaaminen, kyky tunnistaa asiakkaan tarpeita, kyky yksilöllistää ohjausta vastaamaan asiakkaan tarpeita ja taito tulkita asiakkaan sanaton viestintää. Ohjaajan kontekstin reflektointi sisältää ohjaajan pohdintaa omien asenteiden, kokemusten, organisaation kulttuurin ja toimintatapojen sekä muiden taustavaikuttajien tunnistamista. Asenteet voivat koskea ohjaustyötä, ohjattavaa asiakasta tai aihetta. Ohjaajan kontekstin reflektointiin sisältyy taustatekijöiden määrittelyn lisäksi pohdinta siitä, kuinka tunnistetut taustatekijät ovat yhteydessä ohjaukseen.

Organisaation arvot ohjaavat sen strategiaa, ja strategia ohjaa organisaation valintoja ja toimintaa. Ohjaustyön kannalta on oleellista tunnistaa organisaation ja omien arvojen yhteys ohjaustyöhön. On hyvä tunnistaa ohjaustyön eettiset periaatteet ja arvioida, miten ne toteutuvat ohjaustyössä tai organisaation toimintatavoissa. Ohjaustyön asemaa ja sen merkitystä organisaatiossa on myös tärkeä arvioida. Tulosten perusteella näyttöön perustuva laadukas asiakasohjaus sisältää ohjaajan toimintaan mahdollisesti yhteydessä olevien tekijöiden kriittistä arviointia ja pohdintaa. Ohjaajan tulee tunnistaa työtään ja organisaation toimintaa ohjaavat arvot. Ohjaajan tulee arvioida myös omia henkilökohtaisia ja ammatillisia valmiuksiaan toimiessaan ohjausprosessissa terveydenhuollon ammattilaisena.

## 2.5 Johtopäätökset

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kartoittaa, mitä asioita laadukas asiakasohjaus sisältää aikaisemman tutkimustiedon perusteella. Tutkimuskysymykseksi muodostui, mitä on näyttöön perustuva laadukas asiakasohjaus aikaisemman tutkimustiedon perusteella?

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli kehittää hoitohenkilöstön näyttöön perustuvaa asiakasohjausta. Kirjallisuuskatsauksen tuloksina muodostui neljä yläteemaa: Laadukkaan ohjauksen perusteet (sisältäen alateemat ohjaajan ammatilliset toimintaedellytykset, ohjauksen asianmukaisen saatavuus sekä ohjauksen toteutuksen ja sisällöllinen laatu), ohjauksen asiakaslähtöisyys (sisältäen alateemat vuorovaikutuksellisuus, ohjattavan kontekstin huomioiminen ja tasa-arvo ohjaussuhteessa), ohjauksen tavoitteellisuus (sisältäen alateemat ohjauksen tavoitteiden määrittäminen ja ohjauksen laatukriteereiden määrittäminen ja laadun arviointi) sekä ohjaukseen liittyvien



tekijöiden reflektointi (sisältäen alateemat ohjausosaamisen reflektointi, ohjaajan kontekstin reflektointi ja organisaation ja ohjaajan arvojen ja eettisten periaatteiden reflektointi).

Ohjauksen tavoitteellisuus voidaan ymmärtää osana laadukkaan ohjauksen perusteita, mutta tässä analyysissä se esitetään omana teemanaan sen merkityksellisyyden vuoksi. Tavoitteiden määrittäminen liittyy suunnitelmallisuuteen ja ohjauksen systemaattiseen toteutukseen, asiakkaan motivoimiseen ja osallistamiseen sekä ohjauksen laadun seurantaan ja arviointiin. Laadukas ohjaus koostuu suunnitellusta ohjausprosessista, joka toteutetaan asiakaslähtöisesti ja oikein ajoitettuna. Ohjausta tarjotaan riittävästi ja koko hoitoprosessin ajan. Eri ohjausmenetelmiä käytetään asiakkaan tarpeiden mukaisesti, mutta niiden käytössä on haasteita. Suullisen ja kirjallisen ohjauksen lisäksi audiovisuaalisia ohjausmenetelmiä käytetään vähän (Kääriäinen 2007, 119). Asiakaslähtöisessä ohjaustarpeiden määrittelyssä tulee pyrkiä tunnistamaan asiakkaan todellinen tarve oletetun tarpeen sijaan. Kaakisen (2013, 55) tutkimuksessa todetaan, että pitkäaikaissairaiden aikuispotilaiden elämäntapaohjaus rajoittui tupakointiin liittyvään ohjaukseen, vaikka potilailla oli epätietoisuutta myös muiden sairauteen liittyvien elämäntapamuutosten osalta.

Vänskän (2012, 112) tutkimuksessa ohjauksen osaajat määrittelivät kaikki vuorovaikutustilanteet asiakkaiden kanssa ohjaustilanteiksi ja kokivat, ettei erillistä paikkaa tai aikaa ohjaukselle tarvita. Jos jokainen vuorovaikutustilanne ymmärretään ohjaustilanteena, kuinka suunnitelmallista ja tavoitteellista ohjaaminen on. Mikä yhteys tällä on siihen haasteeseen, kun ohjauksen kirjaaminen on määrällisesti vähäistä ja usein ammattihenkilöstä lähtevää ja suppeaa? (Kaakinen 2013.) Jos ohjaaminen tapahtuu jatkuvana dokumentoimattomana ohjaushetkien ketjuna, niin voidaan pohtia, minkälainen riski on, että jotain oleellista jää ohjauksen ulkopuolelle. Tieto toteutuneesta ohjauksesta ei välttämättä siirry asiantuntijalta toiselle, jolloin voidaan kysyä, miten kattavaa, systemaattista ja asiakkaan tarpeenmukaista tai päällekkäistä ohjaus on. Kirjallisuuskatsauksen tulokset nostavat esiin kysymyksen, miksi ohjaukseen ei suhtauduta samalla suunnitelmallisuudella kuin esimerkiksi lääkehoidon toteutukseen, vaikka ohjaus voi koskea juuri lääkehoitoa, jonka asiakas totuttaa kotona itsenäisesti.

Laadukas ohjaus tapahtuu tasa-arvoisessa ohjaussuhteessa. Ohjaukselle tulee määritellä asiakkaan kanssa yhteistyössä tavoitteet ja niiden seuranta. Laadukkaan ohjauksen toteutumisen edellytyksiin sisältyy kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella riittävät asianmukaiset resurssit, ohjaajan asiantuntijuus ohjattavan asian osalta, ohjattavan kontekstin huomioiminen ja reflektioosaaminen. Kaakisen (2013, 51) tutkimustulokset ovat samansuuntaisia. Tulosten mukaan oh-

jauksen toteutuksen laatuun vaikuttavat suunnitelmallisuus, sosiaalinen tuki sekä tutkimustulosten ohjaus. Ohjauksen sisällöllistä laatua kuvaavat potilaslähtöisyys, yksilölliset tarpeet huomioiva ohjaus ja vuorovaikutteinen ilmapiiri.

Kääriäisen (2007, 120) tutkimuksen mukaan ohjaajien arviot ohjausasenteisiin olivat ristiriidassa potilaiden arvioiden kanssa. Potilaiden arvioimana ohjaajien asenteissa oli kehitettävää, kun taas ohjaajat arvioivat asenteensa ohjaukseen myönteiseksi. Myös mahdollisuudet keskustella ohjauksen tavoitteista ja ongelmista jäivät potilaiden arvioimina riittämättömiksi. Potilaiden elämäntilannetta ei aina huomioitu ohjauksessa. Myös Kaakisen (2013, 53) tutkimuksessa todetaan, että pitkäaikaissairaiden käsitys ohjauksesta poikkesi terveydenhuoltohenkilöstön käsityksistä. Ohjauksen sisältö ei aina vastannut potilaiden ohjaustarpeita ja ohjaus vaihteli ohjaajan mukaan. Potilaiden mielestä ohjauksessa oli kehitettävää ilmapiiriin ja vuorovaikutuksen osalta.

Ohjausosaamista kehitettäessä reflektio-osaamisen kehittäminen on tärkeää. Jos ohjaaja pystyy arvioimaan aidosti ja kriittisesti asennoitumistaan sekä kontekstinsa merkitystä ohjaamiseen, on mahdollista löytää juurisyytä sille, miksi ohjaustilanteessa asiakkaalle syntyy vaikutelma ohjaajan kielteisestä asenteesta, vaikka ohjaaja mielestään suhtautuu ohjaustyöhön myönteisesti. Esimerkiksi liiallinen työkuorma tai epävarmuus ohjattavan aiheen hallitsemisesta voivat välittyä ohjattavalle ohjaustilanteessa

Laadukkaassa ohjauksessa ohjaussuhde on tasa-arvoinen ja vuorovaikutteinen. Ohjaaja motivoi ja osallistaa ohjattavaa, mutta vastuu ohjausprosessista on ohjaajalla. Ohjaajan soveltaa osaamistaan ohjattavan mukaan ja varmistaa, että ohjattava on sisäistänyt asian. Ohjattavan oppimistrategian tunnistaminen, oppimisen lainalaisuuksien tunteminen ja oppimisajattelun hyödyntäminen tukevat sekä varmentavat ohjattavan oppimista. (Vänskä 2012.)

Hoitoaikojen lyheneminen, väestön vanheneminen ja asiakkaiden moniongelmaisuuden lisääntyminen, organisaatiomuutokset sekä muut ympäristömuutokset vaikuttavat osaltaan hoitotyöhön ja ohjausosaamiseen kohdistuviin vaatimuksiin. Myös ohjauksen tehokkuudelle kohdistuu odotuksia, kun hoitohenkilöstön täytyy saavuttaa vaikeutuissa tilanteissa entisillä tai mahdollisesti vähennetyillä resursseilla samat laadukkaat tulokset. Tuloksista ilmenee kirjaamisen, tavoitteiden määrittämisen sekä ohjauksen laatukriteerien puutteet. (Kääriäinen 2007.) Ohjaustyön kehittämisen ja laadun seurannan näkökulmasta edellä mainittujen ohjaustyöhön liittyvien asioiden kehittäminen voi olla tuloksellista. Ohjausosaamisen ja ohjaukseen liittyvien tekijöiden kriittinen arviointi osana koordinoitua, systemaattista laadun seurantaa voi myös korostaa ohjaustyön merkitystä oleellisena osaamisen, ei vain hoitoprosessin, elementtinä.

Ohjausosaamista ja osaamisen kehittämistä tukevin tekijöinä korostui työyhteisön tuki, moniammatillisuus ja vertaistuki, näyttöön perustuva toiminta, koulutus ja oppimisen lainalaisuuksiin perehtyminen. Tulokset ja niistä muodostetut pääteemat, laadukkaan ohjauksen perusteet, ohjauksen asiakaslähtöisyys, ohjauksen tavoitteellisuus sekä ohjaukseen liittyvien tekijöiden reflektointi, vastaavat tutkimuskysymykseen, mitä on näyttöön perustuva laadukas asiakasohjaus aikaisemman tutkimustiedon perusteella.

## 2.6 Ohjausosaamisen implementointisuunnitelma

Ohjausosaaminen on tulosten perusteella monitahoinen ja toisaalta henkilösidonainen osaamisen aihe. Näin ollen ohjausosaamisen kehittämistä tässä kehittämistehtävässä lähestytään ohjausosaamisen reflektoinnin sekä asiantuntijuuden kehittämisen kautta. Kehittämisinnovaatioksi pyrittiin löytämään realistinen, tämänhetkisillä resursseilla toteutettavissa oleva sekä organisaation prosesseja tukeva ratkaisu, jotta kehittämisinnovaatio vakiintuu käytäntöön. Ohjausosaamisesta ei ole aikaisempaa näyttöä, koska ohjausosaamista ei ole organisaatiossamme arvioitu. Ohjausosaamisen kehittämisessä haluttiin lähteä liikkeelle nykytilan arvioinnilla ja ohjausosaamisen kriittisellä reflektoinnilla samalla korostaen ohjausosaamisen merkitystä henkilöstölle. Ohjausosaamisen kehittämisinnovaatioksi valittiin vuosittaisiin kehityskeskusteluihin liitettävä ohjausosaamisen itsearviointi, ja siitä johdettu koulutus- tai osaamisen kehittämissuunnitelma.

Ohjausosaamisen kehittämiseksi tulosten ja johtopäätösten perusteella suunniteltiin ohjausosaamisen itsearviointilomake. Lomakkeen tarkoituksena oli johdatella työntekijät arvioimaan kriittisesti omaa ohjausosaamistaan sekä ottamaan esille ohjausosaaminen tärkeys hoitotyön osaamiseen kuuluvana asiana. Lomakkeessa pyydetään arvioimaan myös sitä, mistä omaan työhön liittyvästä aiheesta työntekijä tarvitsee koulutusta ammatillisen osaamisen päivittämiseksi. Kehityskeskusteluihin liitettynä ohjausosaamisen itsearviointi palvelee kehityskeskusteluun kuuluvaa osaamisen kehittämisen suunnittelua. Kehityskeskusteluihin integroituna ohjausosaamisen itsearviointi ja kehittäminen ankkuroituvat osaksi niin johdon kuin henkilöstönkin toimintaan. Tuloksista ja ohjausosaamisen itsearvioinnista keskusteltiin edeltävästi työyhteisössä. Aihe koettiin tärkeäksi ja itsearviointilomaketta pidettiin hyvänä avauksena ohjausosaamisen kehittämiseksi.

Itsearviointilomake kehitettiin Kymppi-itsearviointimallin perusteella, joka on toteutukseltaan nopea ja selkeä vastata. Kymppi-itsearviointi tehdään kyselynä. Kyselyssä on 10 kysymystä, joiden

ohjaamana toimintaa arvioidaan asteikolla 1-4 (1=Heikosti, 2=Tyydyttävästi, 3=Hyvin, 4=Kiitettävästi). Lisäksi kyselyssä on kaksi avointa kysymystä. (Itsearviointiopas n.d., 19.) Kymmeneen arviotavaan kysymykseen sekä kahteen avoimeen kysymykseen saatiin sisällytettyä ohjausosaamisen keskeiset teemat. Ohjausosaamisen itsearviointilomake on liitteessä 2. Kymppi-itsearviointimenetelmän käyttöä tuki lomakkeen selkeys ja helppokäyttöisyys. Lisäksi numeraalisesti annettava arviointi tekee siitä vuosittain luotettavasti toistettavan, jolloin ohjausosaamisen pitkän ajan seuranta ja arviointi mahdollistuvat. Ohjausosaamisen itsearviointilomakkeen ja koulutussuunnitelman käyttöönotto implementoidaan Ottawan implementointimallin mukaisesti (Ottawa model of research use: A framework for adapting innovations n.d). Työyhteisössä käytyjen keskustelujen ja kirjallisuuskatsauksen tulosten avulla luotiin ymmärrystä organisaatiomme näyttöön perustuvan toiminnan kehittämistarpeista.

Ottawa-mallin mukaisesti kehittämistarpeiden arvioimisen jälkeen määritellään käytettävissä olevat ja tarvittavat resurssit, muutoksen mahdollistamiseen tarvittavat avainhenkilöt sekä muutokset. Tämän jälkeen laaditaan selkeä esittely innovaation tavoitteista, toiminta-ajatuksista ja arvioidaan mahdolliset edistävät sekä estävät tekijät kehittämissinovaation implementoinnin kannalta. Kehittämissinovaation käyttöönottoon vaikuttavien esteiden ja uhkien tunnistamisen myötä pyritään löytämään ratkaisuja niiden poistamiseksi. Oleellista on tunnistaa, kuinka suuri kuilu entisten ja uuden toiminnan välillä on, ja kuinka se voi vaikuttaa innovaation käyttöönottoon ja uuden käytännön vakiintumiseen. Implementointiin vaikuttavien edistystekijöiden ja uhkien käsittelemisen jälkeen suunnitellaan kehittämissinovaation tunnettavuutta ja käyttöönottoa tukevia toimintatapoja. Lopuksi innovaation vakiintumista arvioidaan, tarvittaessa muutetaan tai tehostetaan vakiintumista tukevia toimintoja. (Graham & Logan 2004.) Ottawa-mallin mukainen kehittämissuunnitelma on taulukossa 4.

TAULUKKO 4. Henkilöstön ohjausosaamisen implementointisuunnitelma

<b>Implementointisuunnitelma - Ottawa-mallin mukaan</b>	
Ymmärryksen luominen organisaation kehittämistarpeista	- Näyttöön perustuvasta toiminnasta keskusteleminen ja kehittämistarpeiden määrittely organisaatiossa - Kirjallisuuskatsaus (syksy 2017) - Vastuhenkilö Satu Maaninka
Resurssien määrittely	-Innovaation toteuttaminen sitoo henkilöstön työaikaa, mutta vuositasolla vain nimellisesti (joulukuu 2017) -Vastuhenkilö Satu Maaninka

Muutosagenttien tunnistaminen ja valinta	-Lähijohtajan osallistaminen -Muutosagenttien tunnistaminen ja osallistaminen kehittämistyöhön: Valitaan kehittämistoiminnasta kiinnostunut henkilö jokaisesta organisaation toimipaikasta (tammikuu 2018) -Vastuuhenkilö Satu Maaninka
Innovaation esittely	-Selkeän kirjallisen esityksen laadinta innovaatiosta, ohjausosaamisen itsearvioinnista ja innovaation esitys henkilöstön kuukausipalaverissa (helmikuu 2018) -Vastuuhenkilö Satu Maaninka, muutosagentit sekä lähijohtaja
Uhkien ja edistystekijöiden tunnistaminen	-Edistystekijät: Innovaatio voidaan sisällyttää mielekkäästi organisaation käytössä olevaan henkilöstön osaamisen kehittämisprosessiin. Innovaatio ei sido merkittävästi resursseja. Muutosagentit tukevat innovaatiota. -Uhat: Ohjausosaamisen itsearvioinnin tuloksia ei hyödynnetä. Henkilöstö ei halua osallistua itsearviointiin. -Ratkaisu: Pyritään vahvistamaan innovaation merkitys (kirjallisuuskatsauksen tulokset, näyttöön perustuvan toiminnan merkitys), otetaan esille innovaation hyöty ja henkilökohtainen vaikuttavuus osoittamalla ohjaustyön osuus henkilöstön työnkuvassa ja -ajassa. Pyritään kehittämään itsearviointilomakkeesta selkeä ja helppokäyttöinen. Itsearviointilomakkeesta kerätään palautetta (SWOT-analyysin mukaisesti), ja kehitetään sitä edelleen kehittämistarpeiden suuntaisesti.
Tulosten seuranta	-Sovelletulla SWOT-analyysillä kerätty palaute itsearviointilomakkeesta ja innovaatiosta (maaliskuu 2018)
Strategia uuden toimintatavan vakiintumisen tukemiseksi	-Ohjausosaamisen itsearvioinnin sisällyttäminen vuosittaisiin kehityskeskusteluihin siten, että henkilöstö palauttaa vuosittain ohjausosaamisen itsearviointilomakkeet lähijohtajalle ennen kehityskeskustelua (vuosittain toukokuussa) -Vastuuhenkilö: lähijohtaja
Tiedon siirrettävyys käytäntöön	-Itsearvioinnin tulosten hyödyntäminen ohjausosaamisen kehittämisessä (tulosten huomioiminen mm. koulutus suunnitelman laatimisessa) -Vastuuhenkilö: kaikki osallistujat (jatkuva kehitys)
Tulosten seuranta, merkityksen ja vaikuttavuuden arviointi	-Ohjausosaamisen kehittymisen arviointi vuosittain kehityskeskusteluissa -Vastuuhenkilö: lähijohtaja. Vaikuttavuutta ei voida vielä lähivuosina arvioida luotettavasti. (vuosittain kehityskeskustelussa)

Innovaation implementointiin valittiin Ottawa-malli kehittämisinnovaation tavoitteen perusteella. Innovaation tavoitteena oli tuoda esille ohjausosaamisena tärkeys ja ohjata osallistujia arvioimaan ohjausosaamistaan ja siihen liittyviä kehittämistarpeita. Ottawa-mallin mukaisen muutosagenttien avulla tapahtuvan työyhteisön osallistamisen toivotaan synnyttävän tiedostavaa keskustelua ohjausosaamisesta. Itsearviointilomakkeen käyttöönoton implementointiin pyydettiin työyhteisön jokaisesta kolmesta toimipaikasta yksi hoitotyöntekijä muutosagentiksi. Muutosagentit valittiin henkilöiden keskeisen toimenkuvan sekä kehittämismyönteisyyden perusteella. Muutosagentit testasivat arviointilomakkeen ensin itse ja esittelivät sen yhdessä lähijohtajansa kanssa toimipaikkojen kuukausipalaverissa. Itsearviointilomakkeen yhteydessä osallistujia pyydettiin arvioimaan myös lomaketta sovelletun Swot-analyysin avulla. Sovelletussa Swot-analyysissä arvioidaan toimintaa määrittelemällä toiminnan vahvuudet, heikkoudet mahdollisuudet ja

uhat sekä lisäksi kehittämistoimenpiteet ja tulokset. Swot-analyysin kohteena voi olla esimerkiksi työntekijän tai toimipaikan koko toiminta, ja se voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmätyönä. (Itsearviointiopas n.d., 28; Lindroos & Lohivesi 2004, 217–218.) Tällä arviointimallilla pyrittiin saamaan osallistujien arvioita kehittämisinnovaation käytettävyydestä ja sen mahdollisuuksista vakiintua osaksi henkilöstön osaamisen kehittämistä. Innovaation arviointiin valittiin Swot-analyysi, koska se antaa arvioijalle vapauden tunnistaa ja nimetä toiminnan synnyttämiä kokemuksia, mutta ohjaa arvioimaan kehittämisinnovaatiota kriittisistä näkökulmista.

Innovaation sopivuutta ohjausosaamisen kehittämiseen työyhteisössä arvioitiin ensin innovaation toimivuuden näkökulmasta. Itsearviointilomakkeista nousevat kehityskohteet ovat henkilökohtaisia muodostuen ohjaajan, työkuvan ja asiakkuuksien mukaan. Näihin kehityskohteisiin vastattiin kehityskeskusteluissa tehtävässä työntekijän osaamisen kehittämissuunnitelmalla. Jos ohjausosaamisen itsearviointi tuo esille yhteisiä ja yleisiä kehittämiskohteita voi lähijohtaja kirjata ne toimintasuunnitelmaan. Osaamisen ja toiminnan kehittyminen tapahtuvat pitkällä aikavälillä, joita arvioidaan suunnitelman mukaan vuosittain kehityskeskusteluissa. Jos ohjausosaamisen itsearviointi vakiintuu osaksi henkilöstön osaamisen kehittämistä, toteutuu arviointi säännöllisesti ja mielekkäällä aikavälillä. Innovaation vaikuttavuutta ei voida luotettavasti arvioida vielä lähivuosina, mutta innovaation merkitystä pystytään arvioimaan jo nyt.

## 2.7 Implementoinnin kokeilun arviointi

Ohjausosaamisen itsearviointi toteutettiin suunnitelman mukaisesti. Itsearviointiin pyydettiin antamaan palautetta Swot-analyysin mukaisesti arvioimalla innovaation vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia, uhkia, kehittämis ehdotuksia sekä innovaation tuottamia tuloksia tai merkityksiä. Swot-palautteet ohjausosaamisen itsearviointiin pyydettiin palauttamaan lähijohtajalle, jotta kehittämis ehdotusten ja kriittisen palautteen kertominen olisi vaivatonta. Palautteita ohjausosaamisen itsearviointiin palautui viisi kappaletta. Itsearviointilomaketta ei palautettu vaan siihen liittyvistä asioista keskusteltiin kehityskeskustelussa. Lähijohtajalla on tämän jälkeen mahdollisuus koostaa itsearviointilomakkeiden tuloksista työyhteisön osaamisen kehittämissuunnitelma. Kolme itsearviointilomakkeen jäljennöstä kuitenkin palautettiin swot-palautteen liitteenä. Palautetta pyydettiin 14 henkilöltä 15.3.2018 mennessä ja toistamiseen muistutusviestillä.

Ohjausosaamisen itsearviointiin vahvuuksina pidettiin selkeyttä, helppoa toteutusta sekä sisältöä. Vahvuuksina kuvattiin seuraavasti: *”Monipuolinen tarkastelu. Myös ulkoiset asiat huomioitu.”*

*”Auttaa hahmottamaan omaa osaamista, hyvät kysymykset.”, ”Sopivan mittainen.”, ”Kysymykset selkeitä.” Heikkoutena pidettiin kysymyksenasettelua ja suppeutta: ”Kolmas ja neljäs kysymys ovat aika lailla samaa asiaa. Riittäisikö yksi kattavampi?”*

Ohjausosaamisen itsearvioinnin arvioitiin auttavan ohjausosaamisen kehittämistarpeiden tunnistamisessa, vahvistavan ja tukevan työntekijöiden ammatti-identiteettiä ja auttaa kiinnittämään enemmän huomiota ohjaustilanteisiin: *”Pistää miettimään omia kehitettäviä asioita. Asiaan kiinnittää enemmän huomiota ohjaustilanteissa.”, ”Antaa suuntaa omasta osaamisesta.”, ”Työntekijän ammatti-identiteetin tukeminen ja vahvistaminen.”*

Ohjausosaamisen itsearvioinnin uhkina pidettiin arvioinnin subjektiivisuutta sekä lähijohtajan mahdollisen sitoutumattomuuden tai kielteisen suhtautumisen vaikutuksia. Uhkana pidettiin myös sitä, että ollessaan sidoksissa kehityskeskusteluihin ohjausosaamisen itsearvioinnin johtaminen ohjausosaamisen systemaattiseen kehittämiseen edellyttää kehityskeskusteluiden hyvää toteutusta. Uhaksi arvioitiin, että kehityskeskusteluiden epäonnistunut tai puutteellinen toteutus aiheuttaa sen, ettei ohjausosaamisen itsearviointikaan johda muutokseen.

*”Osaako arvioida itseään oikein (asiakkaan näkökulmaa ei tiedä).”, ”Etei esimies ole motivoitunut asioitten eteenpäin viemiseen ja asioitten kehittämiseen koska ei ole auditoitava asia.”, ”On riippuvainen kehityskeskustelusta. Jos kehityskeskustelussa oikeasti mietitään ammatillista kehittymistä, niin sitten ok, mutta jos kaikki vedetään samalla kaavalla tai puhutaan niitä näitä, niin sitten ei tämäkään etene...”*

Kehittämisehdotuksina ohjausosaamisen itsearvioinnille ehdotettiin avoimien kysymysten määrän lisäämistä sekä hiljaisen tiedon ja hyvien käytäntöjen kartoittamista. *”Avoimia kysymyksiä enemmän.”, ”Voisiko jollain kysymyksellä kaikilta kerätä ylös omia vinkkejä tai hyviä kokemuksia ja niistä kooste?”* Ohjausosaamisen itsearvioinnin arvioitiin nostavan esille ohjaustyön merkitystä, antavan motivaatiota kiinnittää huomiota ohjausosaamiseen ja koettiin, että siitä sai palautetta omasta ohjausosaamisesta. *”Motivoi kiinnittämään enemmän huomiota ohjausosaamiseen.”, ”Antoi positiivista palautetta omasta osaamisesta.”, ”Aiemmin ei ole ajatellutkaan ohjaamista omana osaamisalueenaan, se on vain kuulunut työhön. Nyt sen näkee eri tavalla.”*

Itsearvioinnin myötä esille tulleita kehittämistarpeita olivat ohjausaiheisiin liittyvän asiantuntijuuden kehittäminen, näyttöön perustuvan tiedonsaannin tarve ohjauksen ja oppimisen ilmiöistä, ohjausprosessin toteuttaminen systemaattisesti seurannan ja arvioinnin osalta sekä riittävien asianmukaisten resurssien saatavuus kaikkiin ohjaustilanteisiin. Ohjausosaamisen itsearviointi ke-

hitti omaa ohjausosaamista. Palaute tukee omaa ammatti-identiteettiä ja sen kehittymistä. Ohjausosaamisen itsearviointi toi esille ohjausosaamisen omana osaamisaiheena. Haasteita ja kehitettäviä asioita olivat kysymyksenasettelu, lähijohdon sitouttaminen ja sitä kautta kehittämistarpeiden systemaattinen eteenpäin vieminen. Ohjausosaamisen itsearvioinnin tarkoituksena oli johdatella osallistujaa arvioimaan kriittisesti omaa ohjausosaamista ja ottaa esille ohjausosaamisen tärkeyttä. Palautteet antoivat heikon signaalin siitä, että ohjausosaamisen itsearviointi voi olla merkittävä interventio ohjausosaamisen kehittämisen ensimmäiseen vaiheeseen.

## 2.8 Luotettavuus ja eettisyys

Kirjallisuuskatsauksen kokonaisluotettavuutta on pyritty varmistamaan kuvaamalla sen tausta, tarkoitus ja eri työvaiheet mahdollisimman tarkasti.

### *Uskottavuus ja todeksi vahvistettavuus*

Aihe on lähtenyt oman työyhteisön tarpeesta ”ohjauksen laadun arvioinnin ja ohjauskäytäntöjen yhtenäistämisen kehittäminen” ja voidaankin kysyä, onko niistä johdetuilla ennakkokäsityksillä ollut yhteyttä analyysiprosessiin, tuloksiin ja tehtyihin tulkintoihin. Kuitenkin omien ennako-olelusten ja esiyymmärryksen hallinta edellyttää jatkuvaa itsereflektiota, jotta voi tunnistaa asioita, jotka kiteytyvät aineistoista. Uskottavuus viittaa tässä tehtävässä siihen, miten on saavutettu tulosten totuudenmukaisuus (Eskola & Suoranta 1998, 212). Analyysissä on pyritty käsitteellistämään aineiston keskeiset sisällöt, ja ne on pyritty kirjoittamaan tarkasti auki (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013). Analyysiprosessissa haettiin tärkeitä ilmaisuja ja muodostettiin niistä teemat, tärkeitä ohjauksen elementtejä. Miten aineistosta tehdyt käsitteellistykset (teemoittelu) ja tulkinnat vastaavat alkuperäisten tutkimusten käsityksiä ja miten kattavasti (Lincoln & Cuba 1985, 317). Kirjallisuuskatsauksen uskottavuutta voi heikentää osittain kieliharha, koska katsauksen valituista tutkimuksista puolet oli englanninkielisiä. Ilmaisujen käsittely ja niiden muodostaminen hierarkkiseen malliin sisälsi kaikissa työvaiheissaan subjektiivista valintaa ja tulkintaa.

Näyttöön perustuvan tehtävän uskottavuutta voidaan tarkastelemalla kuvauksen ja tulkintojen yhteensopivuutta sekä tutkimusasetelmaa. Arvioidaan sitä, onko kirjallisuuskatsauksen ja implementoinnin avulla saatu vastauksia tutkimuskysymykseen. Kirjallisuuskatsauksen tulosten uskottavuutta tukee se, että tulokset ovat samansuuntaisia aiempien tutkimustulosten



kanssa. Kirjallisuuskatsauksen aineistohaussa käytettiin yhtenä sisäänottokriteerinä koko aineiston saatavuutta. Tämä oli kirjallisuuskatsauksen toteutuksen mahdollistamisen kannalta välttämätöntä, mutta rajasi samalla valittavia aineistoja.

Analyysiin valittujen tutkimusten joukossa oli kolme kvantitatiivista tutkimusprosessia hyödyntänyttä tutkimusta. Ne otettiin analyysiin mukaan, koska ne täyttivät laatukriteerit sekä palvelivat sisällöllisesti kirjallisuuskatsauksen tarkoitusta. Kahdessa artikkelissa laatukriteerit eivät täytyneet täydellisesti. Toisessa artikkelissa kirjallisuuskatsauksen prosessia ei kuvattu eikä luotettavuutta arvioitu. Artikkelit otettiin mukaan, koska ne kuvasivat ohjausosaamisen kehittämistä ja siitä näkökulmasta aineistoa löytyi ohjausosaamista ja ohjauksen laatua määrittelevää aineistoa vähän.

#### *Kyllästeisyys ja siirrettävyys*

Kyllästeisyys tarkoittaa sitä, että tutkija on saanut ilmiöstä kaiken olennaisen tiedon. Tässä tehtävässä, sillä tarkoitetaan sitä, että kirjallisuuskatsaus tehtiin huolellisesti ja loppuun valikoituivat tutkimukset, jotka liittyivät kuvattavaan ilmiöön. Kirjallisuuskatsauksen tulosten kyllästeisyyttä tukee se, että ohjauksen kuvaukset toistuiivat eri lähteistä koostetussa aineistossa ja teemat muodostuivat useista tärkeistä ilmaisuista. Kukin alateema muodostui keskimäärin noin 40:stä tai vielä useammasta tärkeästä ilmaisusta. Aineiston kriteerinä tulisikin olla sen tarkoituksenmukaisuus ja mahdollisuus ilmiön syvälliseen ymmärtämiseen, ei aineiston laajuus tai tutkimusten määrä (Patton 2002, 242–245). Tutkimuksista saatu aineisto tuotti kokonaisuuden, joiden perusteella saatiin käsitys ohjausosaamisen merkityksestä ja sen kehittämisen tarpeesta.

Tulosten hyödynnettävyys liittyy läheisesti termiin siirrettävyys, jolla tarkoitetaan sitä, missä määrin tutkimustulokset ovat sovellettavissa muualle ja missä määrin tuloksia voidaan hyödyntää (Lincoln & Cuba 1985, 298; Eskola & Suoranta 1998, 212–213). Kirjallisuuskatsauksen tulosten siirrettävyyttä heikentää osin katsauksen kohdentuminen määriteltyyn kehittämistarpeeseen. Analyysiprosessi on pyritty kuitenkin kuvaamaan niin tarkasti, että lukija pystyy arvioimaan tulosten siirrettävyyttä (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013). Laaja-alaista yleistettävyyttä kirjallisuuskatsauksen tuloksilla ei ole, mutta ne voivat olla yleistettävissä organisaation sisällä toimipaikka tasolle. Siirrettävyys liittyykin tässä tehtävässä ilmiön olemukselliseen yleistettävyyteen, jolloin keskeistä ovat ne tulkinnat, jotka aineistosta tehtiin (ks. Eskola & Suoranta 1998, 65–68). Kirjallisuuskatsauksen tulos tarjoaa yhden näkemyksen laadukkaan ohjauksen edellytyksistä.

Ohjausosaamisella on merkitystä hoitotyöntekijän osaamisen kehittymiselle ja siksi tulosten käytäntöön saattaminen on tärkeää. Asiakkaan laadukkaan ohjauksen kehittämisen kannalta tulosten vieminen ohjausprosesseihin ja kehityskeskusteluihin on toimipaikan henkilöstön tehtävä.

Ohjausosaamisen itsearvioinnin palautteita palautui viisi kappaletta. Palautetta ohjausosaamisen itsearvioinnista saatiin henkilöstömäärään suhteutettuna vähän. Ohjausosaamisen itsearviointi oli kohdennettu hoitotyöntekijöille, koska ohjausosaamisen itsearviointi yhdistettiin kehityskeskusteluihin kehittämistoimen ankkuroimiseksi. Lääkärit ovat ammatinharjoittajia eikä heille ole pidetty vuosittaisia kehityskeskusteluja. Palautteiden vähäisen määrän perusteella kehittämisenovaation toimivuudesta saadaan lähinnä suuntaa antavaa tietoa. Palautteiden saannin vähäiseen määrään vaikutti osaltaan ajankohta. Toimintayksikössä oli yhtäaikaaisesti käynnissä auditointi ja käyttöönotettavana uusia sähköisiä työkaluja sekä toimintamalleja. Myös henkilöstön talvilomat ajoittuivat implementointijaksolle. Kehittämisenovaation implementoinnin kannalta ajankohta oli haastava ja jos aikataulu ei olisi ollut sidoksissa opintojen etenemiseen, olisi sille ollut suunniteltava toinen ajankohta. Toisena haasteena oli henkilöstön innostaminen ja sitouttaminen. Jälkeenpäin käydyissä keskusteluissa kävi ilmi, että henkilöstö koki aiheen tärkeänä, mutta palautteen antaminen jäi työkiireiden vuoksi vähäiseksi. Miten palautteen tärkeyttä osatiin korostaa ohjausosaamisen jatkokehittelyn kannalta? Myös muutosagenttien roolia innovaation esille tuomisessa ja vakiinnuttamisessa pitää tukea nykyistä enemmän.

### *Eettisyys*

Tietoisuus eettisistä kysymyksistä ja niiden pohdinnoista on tärkeä kehittämistyössä niin kuin ihmistyössä yleensä (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 141). Eettisen hyväksyttävyyden, luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden edellytys on, että tehtävä on suunniteltu ja toteutettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että noudatetaan rehellisyyttä ja yleistä huolellisuutta koko prosessin ajan.

Tutkimuksen eettisyyttä voidaan arvioida tutkimuksen avoimuuden, tutkimusaiheiden ja menetelmien sekä tulosten esittämisen näkökulmista. On siis pyrittävä soveltamaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Avoimuuden periaatetta on tärkeä noudattaa tuloksia julkaistaessa. Eettisyyttä pohdittaessa kaikki tutkimuksen toteutukseen liittyvät valinnat voidaan ymmärtää myös moraalisisina valintoina, jolloin eettisyyden arviointiin kuuluu tutkijan arvomaailman reflektointi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 122–125.) Myös kehittämistehtävissä on otettava huomioon muiden tutkijoiden työ ja saavutukset asianmukaisesti sekä kunnioittaa heidän työtään antamalla heidän saavutuksilleen niille

kuuluva arvo ja merkitys. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 8–10; Clarkeburn & Mustajoki 2007, 404–407.)

Tässä kehittämistehtävässä tutkimuskysymys määräytyi työyhteisöstä nousseen kehittämistarpeen ohjaamana. Tutkimus- sekä kehittämisprosessi toteutettiin työyhteisön kanssa yhteistyössä. Tehtävän aineisto koostuu aiemmin julkaistuista tutkimustuloksista, joten kirjallisuuskatsauksen tiedonhankintaan ei liity eettisiä haasteita, kuten esimerkiksi tutkimukseen osallistuvien oikeuksien huomioiminen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 129.) Kehittämistyön on oltava tavoitteellista toimintaa, mikä edellyttää myös asian eettistä, mutta myös sisällöllistä pohdintaa. Eettisyyden tavoitteet ovat normatiivisia, jos pitäydytään vain laadituissa ohjeissa. Tärkeää on, että opiskelija kohtaa oppimistilanteita, joissa hän joutuu pohtimaan, perustelemaan ja harkitsemaan ratkaisuja tilannekohtaisesti. Erityisesti hoidon ja huolenpidon etiikan kannattajat korostavat sitä, että opiskelijan tulisi oppia tunnistamaan yksilöllisiä eettisiä tilanteita ja niissä vaikuttavia tekijöitä. (Leino-Kilpi 2009a, 347–348.) Eettisyyden oppimiseen liittyvät asiat ja kysymykset korostuvat vuorovaikutukseen perustuvissa kohtaamisissa ja keskusteluissa, joita hoitohenkilöstön ja asiakkaan ohjaustilanteet parhaimmillaan edustavat (Leino-Kilpi 2009b, 354).

Uudet toimintatavat ja menetelmät johtavat aina uudenlaisiin käytännön muutoksiin, joita on arvioitava sekä yksilön että työyhteisön näkökulmasta. Kehittämistehtävän tavoitteiden asettamisessa on jo pohdittava sitä, miten hoitotyöntekijöiden toimintaympäristöt mahdollistavat kehittämisen, jota ohjausosaamisen kehittäminen edellyttää. Mitä vaatimuksia ohjausosaamisen kehittäminen asettaa hoitotyöntekijän oppimiselle, jaksamiselle ja resursseille?

## 2.9 Pohdinta ja johtopäätökset

Ohjaaminen ja ohjausosaaminen ovat kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella monitahoisia osaamisen kokonaisuuksia. Ohjausosaamisen merkityksen voisi arvella vain korostuvan tulevaisuudessa, kun digitaaliset ratkaisut sekä robotiikka muuttavat hoitoalaa ja hoitajan työn sisältöä. Voidaan arvella, että tulevaisuudessa asiantuntijuus ja ohjaava neuvonta korostuvat hoitotehtävien sijaan. Kun hoitoajat osastoilla lyhenevät vaaditaan henkilöstöltä ohjausosaamista, jotta asiakas pystyy ottamaan vastuun jatkohoidostaan. Kun terveydenhuollon, hoitotyön laatua ja vaikuttavuutta halutaan seurata tulevaisuudessa yhä tarkemmin, on ohjausosaamisen arvioinnille ja kehittämisellä tarve. Kääriäisen (2007, 88) tutkimuksen mukaan kolmannes vastaajista oli kokenut, että ohjauksella oli kohtalaista tai vähäistä vaikutusta tai ei lainkaan.

Ohjausosaamisen kehittämisessä itsearvioinnin sekä siitä johdettavan mahdollisen lisäkehittämistoiminnan ankkurointiin tarvitaan lähijohdon sitoutumista. Tällöin kehittämistoiminnalle voidaan suunnitella ajallisesti riittävät resurssit siten, että henkilöstö pystyy siihen osallistumaan. Näin ollen kehittämisinnovaatiolle on hyvä saada muutosagentiksi lähijohtaja. Merkittävin osa oppimisesta tapahtuu työtilanteissa, jolloin lähijohtajan tehtävänä on huolehtia työntekijöiden mahdollisuuksista osaamisen kehittämiseen ja päivittämiseen (Viitala 2004; 2005; Ellinger 2013). Viitalan (2004) mukaan lähijohtajan tulee olla aktiivinen työntekijöiden kehittymisen ja oppimisen tukemisessa. Heidän tulee analysoida, suunnitella, tunnistaa ja rakentaa työyhteisössä tarvittava osaamisen ”portfolio”. Lisäksi tulee varmistaa, että kaikki työyhteisössä kehittyvät ja hänen tulisiikin yhdessä työntekijöidensä kanssa suunnitella, miten kehittää heidän osaamistaan.

Tässä kehittämisprosessissa ohjausosaamisen itsearvioinnin kehittämiselle oli lähijohdon tuki, joka oli halukas sisällyttämään ohjausosaamisen itsearvioinnin kehityskeskusteluihin, mutta varsinaista muutosagentin roolia lähijohtajalla ei kehittämisinnovaation implementoinnissa ollut. Jatkossa lähijohtajan osallistaminen ohjausosaamisen kehittämiseen on ankkuroinnin kannalta oleellista. Tämä tukisi myös ohjausosaamisen kehittäminen silloittamista osaksi koko työyhteisön (kolmen erillisen toimipaikan) toimintaa. Sekä silloittamisen että ankkuroinnin kannalta voidaan todentaa konkreettisesti laadukkaan ohjausosaamisen ja ohjuksen vuorovaikutussuhteet organisaation arvoihin ja strategiaan ja sitä kautta yhteisiin tavoitteisiin sekä päämääriin.

Terveystalolla on kehitetty ”Parhaissa käissä” -toimintamalli tukemaan asiakaslähtöistä ja hyvään vuorovaikutukseen sekä asiakaskokemukseen pyrkivää toimintaa. Toimintamallin mukaisen toiminnan toteutumista tuetaan esimerkiksi ”Parhaissa käsissä”-valmentajan pitämien koulutustilaisuuksien avulla. (Terveystalon laatu- ja vastuullisuuskirja 2017.) Miten mahdollisena jatkokehityshankkeena voisi suunnitella vastaavaa ohjausosaamisen toimintamallia, jota ohjausosaamisen valmentajat kehittävät organisaatiossa? Tässä jatkokehittämisessä voidaan hyödyntää ohjausosaamisen itsearvioinnin tuloksia sekä niiden perusteella tehtyjä kehittämistoimenpiteitä, jos ohjausosaamisen itsearviointeja tehdään systemaattisesti vuosittain.

## 2.10 Lähteet

- Alasuutari, P. 2007. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.
- Clarkeburn, H. & Mustajoki, A. 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Tampere: Vastapaino.
- Ellinger, A. 2013. Supportive supervisors and managerial coaching: Exploring their intersections. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 86 (3), 310–316. Saatavilla: <https://doi.org/10.1111/joop.12021>
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Graham, I.D., & Logan. J. 2004. Innovations in knowledge transfer and continuity of care. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36(2), 89–103. <http://www.nccmt.ca/resources/search/65>
- Holopainen, A., Junntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A., Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo: Bookwell Oy.
- Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta: Helsinki.
- Itsearviointiopas. n.d. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus: Helsinki. Saatavilla: <https://www.stea.fi/documents/2184241/2492102/Itsearviointiopas/9c90fac1-47a8-4bdc-a35f-9b22d9020080>
- Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle. 2018. Saatavilla: [http://www.hotus.fi/system/files/JBI%20kriteerit\\_Laadulliselle%20tutkimukselle\\_0.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/JBI%20kriteerit_Laadulliselle%20tutkimukselle_0.pdf)
- Kaakinen, P. 2013. Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Väitöskirja. ACTA UNIVERSITATIS OULUENSIS D Medica 1214. Oulun Yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Hoitotiede. Oulu. Juvenes Print: Tampere. <http://jultika oulu.fi/files/isbn9789526202495.pdf>
- Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Korhonen, T., Siltanen, H., Hahtela, N., Holopainen, A. 2017. Toteutuuko näyttöön perustuva toiminta Suomessa? Raportti nykytilasta hoitotyön edustajien kuvaamana. Hotus & Sairaanhoitaja liitto: Helsinki. Saatavilla: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/npt-raportti-digi-26-2-2018.pdf>
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. ACTA UNIVERSITATIS OULUENSIS D Medica 937. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu. Oulu University Press: Oulu. Saatavilla: <http://urn.fi/urn:isbn:9789514284984>
- Leino-Kilpi, H. 2009a. Hoitotyön etiikan oppiminen. Teoksessa H. Leino-Kilpi & M. Välimäki (toim.) *Etiikka hoitotyössä*. Wsoy: Helsinki. 344–359.
- Leino-Kilpi, H. 2009b. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa H. Leino-Kilpi & M. Välimäki (toim.) *Etiikka hoitotyössä*. Wsoy: Helsinki. 360–377.
- Lincoln, SY. & Guba, EG. 1985. *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills: Ca, Sage.
- Lindroos, J-E. & Lohivesi, K. 2004. *Onnistu strategiassa*. Juva: WS Bookwell Oy.
- Niela-Vilen, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A73. Turku. Juvenes Print. 23–34.

- Ottawa model of research use: A framework for adapting innovations. n.d. Viitattu 20.1.2018. National Collaborating Centre for Methods and Tools <http://www.nccmt.ca/knowledge-repositories/search/65>
- Patton, M. Q. 2002. *Qualitative Research & Evaluation Methods* California: Sage.
- Terveydenhuoltolaki 2010/1326. 2010. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
- Terveystalon laatu- ja vastuullisuuskirja. 2016. Viitattu 2.9.2017 <https://www.terveystalo.com/fi/Yritystietoa/Laatukirja/>
- Tuomi, J., Sarajärvi A. 2013. *Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi*. Vantaa: Hansaprint Oy.
- Varto, J. 1992. *Laadullisen tutkimuksen metodologia*. Tampere: Kirjayhtymä Oy.
- Viitala, R. 2004. Towards knowledge leadership. *Leadership & Organization Development Journal* 25 (6), 528–544. Saatavilla: <https://doi.org/10.1108/01437730410556761>
- Viitala, R. 2005. *Johda osaamista. Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Vänskä, K. 2012. *Ohjauksen osaajat - Miten he sen tekevät? Terveystalon ohjaajien käsityksiä ohjausosaamisesta*. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 132. Tampere. Tampereen yliopistopaino: Juvenes Print. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-830-222-6>

### **Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset**

- Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., Hildingh, C. 2014. Lifestyle advice and lifestyle change: to what degree does lifestyle advice of health care professionals reach the population, focusing gender, age and education. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 29, 118–125. Viitattu 4.11.2017. DOI: 10.1111/scs.12139
- Kaakinen, P. 2013. *Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa*. Väitöskirja. ACTA UNIVERSITATIS OULUENSIS D Medica 1214. Oulun Yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Hoitotiede. Oulu. Juvenes Print: Tampere. <http://jultika oulu.fi/files/isbn9789526202495.pdf>
- Kääriäinen, M. 2007. *Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen*. Väitöskirja. ACTA UNIVERSITATIS OULUENSIS D Medica 937. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu. Oulu University Press: Oulu. Saatavilla: <http://urn.fi/urn:isbn:9789514284984>
- Lareau, S., Hodder, R. 2010. Teaching inhaler use in COPD patients. *Journal of the American Academy of Nurse practitioners* 24, 113–120. Viitattu 2.9.2017. DOI: 10.1111/j.1745-7599.2011.00681.x
- Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H., Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 45 (2), 121–135.
- Palonen, M., Koivisto, A-M., Aho, A., Kaunonen, M. 2011. Hoitoisuuden yhteys potilaiden arvioihin ohjauksesta. *Hoitotiede* 24 (2), 114–124.
- Sherman, J.R. 2016. An initiative to improve patient education by clinical nurses. *Medsurg Nursing* 25 (5), 297–333.

Svavardóttir, M.H., Siguröadóttir, A., Steinbekk, A. 2015. How to become an expert educator: a qualitative study on the view of health care professional with experience in patient education. BMC Medical Education 87 (15), 1–9. Viitattu 4.11.2017. DOI: 10.1186/s12909-015-0370-x

Vänskä, K. 2012. Ohjauksen osaajat - Miten he sen tekevät? Terveysalan ohjaajien käsityksiä ohjausosaamisesta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 132. Tampere. Tampereen yliopistopaino: Juvenes Print. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-830-222-6>

Winifred, T. 2013. Teach-Back for quality education and patient safety. Urologie Nursing 33 (6), 267–271. Viitattu 2.9.2017. DOI:10.7257/1053-816X.2013.33.6.267

## TAULUKKO 3. Kirjallisuuskatsauksen aineistojen esittely

Tekijä, Vuosi, Jukaisumaa, Aineisto	Otos	Tarkoitus	Metodi	Tärkeimmät tutkimustulokset
Kääriäinen, M. (2007). Suomi. Väitöskirja: Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen	I vaihe: n=844 ja 96, II vaihe: n=32 ja 6	Vaihe I: kuvailla ohjauksen laatua potilaiden ja henkilökunnan arvioimana. Vaihe II: Määrittellä ohjaus-käsite ja testata käsitteen rakenne.	Soveltava tutkimus: Vaihe I: Kvantitatiivinen poikittais tutkimus, perus- ja monimuuttujamenetelmät, sisällön analyysi. Vaihe II: kvalitatiivinen käsiteanalyysi	Ohjauksen resurssit olivat kohtalaiset, mutta ohjaus aika riittämätöntä. Hoitohenkilöstön tiedot ja taidot ohjata olivat kohtalaisen hyvät. Potilaiden mielestä hoitohenkilöstön asenteet olivat osittain kielteisiä, vaikka hoitohenkilöstö piti niitä myönteisinä. Ohjausmenetelmistä hoitohenkilöstö hallitsi hyvin vain suullisen yksilöohjauksen. Kolmannes potilaista ei saanut kirjallista ohjausmateriaalia. Viidennes potilaista arvioi, ettei ohjaustoiminta ollut potilaslähtöistä. Ohjauksen suunnittelussa ja arvioinnissa ei aina otettu potilaan taustatekijöitä huomioon. Vuorovaikutus toteutui hyvin. Ohjaus oli kuitenkin osittain riittämätöntä varsinkin ennen sairaalaan tuloa sairauteen ja sen hoitoon liittyvien asioiden osalta sekä sairaala-aikana sosiaalisen tuen osalta. Potilaslähtöinen ohjaustoiminta, ohjauksen riittävyys ja kokonaislaatu selittivät ohjauksen vaikutuksia. Ohjauksella oli vähän tai ei lainkaan vaikutusta kolmannekseen potilaista. Vähiten ohjaus vaikutti omaisten tiedonsaantiin. Kokonaisuudessaan potilaat pitivät ohjauksen laatua hyvänä. Mallin mukaan ohjaus on hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen perustuvaa, potilaan ja hoitohenkilöstön kontekstiin eli taustatekijöihin sidoksissa olevaa, vuorovaikutussuhteessa rakentuvaa, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on asianmukaisin resursein toteutettua, riittävää ja vaikuttavaa
Svavardóttir, M.H., Sigurðadóttir, A., Steinbekk, A. (2015). Norja. Tieteellinen artikkeli: How to become an expert educator: a qualitative study on the view of health care professional with experience in patient education	n=19	Tutkia taitavan ohjaajan ominaisuuksia ammattilaisten arvioimana, joilla kokemusta sydän- ja verisuonitautia sairastavien potilaiden ohjauksesta sekä kuinka tulla taitavaksi ohjaajaksi.	kvalitatiivinen tutkimus, yksilöhaastattelut, sisällönanalyysi	Asiantuntevna ohjaajan tunnusmerkkejä ova kyky tunnistaa ohjattavan oppimistarpeet ja tarjota yksilöllistä ohjausta. Tärkeimpiä tekijöitä ohjaustyylin asiantuntijuuden kehittymiselle on ohjaajan oma motivaatio, kannustava työyhteisö sekä ohjaustyylin merkityksen sisäistäminen.
Vänskä, K. (2012). Suomi. Väitöskirja: Ohjauksen osaajat- Miten he sen tekevät?	n=10	Selvittää millaisia käsityksiä terveysalalla ohjaustyötä tekeville on ohjauksesta ja ohjaajuudesta sekä millainen on osaava ohjaaja.	Fenomenografinen tutkimus, puolistrukturoitu teemahaastattelu, metaforatyöskentely.	Osaavan ohjaajan muotokuva muodostui ohjauksen elementeistä ja situationaalisesta ohjausosaamisesta. Ohjauksen elementit koostuivat ohjaajan substanssi-, konteksti-, prosessi- ja reflektio-osaamisesta.
Kaakinen, P. (2013). Suomi. Väitöskirja: Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa	I: n=31, II: n=106, III: n 150	Kuvailla ja ennustaa pitkäaikaissairaiden aikuispotilaiden ohjauksen laatua sairaalassa.	Vaihe I: integroitu kirjallisuuskatsaus, II: kysely, josta tilastollinen analyysi, III: potilasasiakirjojen kirjauksien deduktiivis-induktiivinen sisällönanalyysi.	Kirjallisuuskatsaus: Ohjauksen tunnuspiireiteitä olivat ohjaustarpeet, ohjauksen totuus ja hyödyt. Pitkäaikaissairaiden ohjaustarve liittyi tietoon sairaudesta sekä tunteisiin ja sosiaaliseen tukeen. Ohjauksen toteutus ilmeni yksilöllisten ohjaustarpeiden, vuorovaikutuksen ja ilmapiirin huomioimisena. Ohjauksen hyötyjä olivat hoitoon sitoutuminen ja emotionaalinen hyvinvointi. Kyselyaineiston tulokset: Ohjaus oli sisällöllisesti riittävää. Potilaslähtöisyys, sosiaalinen tuki ja tutkimustulosten, sairauden ennusteen sekä sairauden aiheuttamien tunteiden ohjaus oli heikkoa. Ohjauksen vuorovaikutuksellisuutta ja suunnitelmallisuutta piti hyvänä puolet vastaajista. Ohjausmenetelmiä ja materiaaleja pidettiin hyvinä. Hyödyiksi koettiin itsehoidon ja oireiden parempi hallinta. Ohjauksen kirjaaminen potilasasiakirjoihin oli vähäistä.
Sherman, J.R. (2016). Yhdysvallat. Tieteellinen artikkeli: An initiative to improve patient education by clinical nurses	n=40, 66	Tutkia paranevatkohoitajien tiedot ja taidot harjoitussimulaation ja perehtymislukujärjestyksen/ohjelman suorittamisen myötä.	Kirjallisuuskatsaus + Kvalitatiivinen tutkimus, aineiston tilastollinen analyysi.	Terveystieteiden tutkimuksen ohjausosaamisen kehittäminen voi aikaansaada toivottuja hoitotuloksia.
Palonen, M., Koivisto, A.-M., Aho, A., Kaunonen, M. (2011). Suomi. Tieteellinen artikkeli: Hoitoisuuden yhteys potilaiden arvioihin ohjauksesta	n=3301, n= 420	Kuvata poliinist potilasohjausta hoitoisuuden ja potilaiden näkökulman avulla sekä hoitoisuuden yhteyttä ohjaukseen.	Kvantitatiivinen tutkimus: Hoitoisuusluokitusmittarin sekä palvelu/laatumittarin vastaukset aineistona, tilastollinen analyysi.	Potilaat arvioivat saaneensa hyvin tai erinomaisesti ohjaustalolinikkakäynnillään. Hoitoisuudella todettiin olevan vain heikko negatiivinen yhteys potilaiden arvioihin saadusta ohjauksesta.
Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H., Ukkola, L. (2008). Suomi. Tieteellinen artikkeli: Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa	n=377	Selvittää henkilöstön käsityksiä potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta kunnallisessa perusterveydenhuollossa sekä tehdä vertailuja taustamuuttujien suhteen.	Kyselylomakkeet, tilastollinen analyysi.	Henkilöstöllä oli myönteinen käsitys asenteiden, henkilökunnan välisen yhteistyön, ohjauksen kehittämismahdollisuuksien ja ohjauksen toteutuksen suhteen. Kehitettävää oli ohjausmenetelmien hallinnassa, ohjauksen ajoittamisessa, sekä jossain määrin henkilöstön tiedoissa ja taidoissa. Tutkittavien käsitykset olivat kielteisiä käytettävissä olevan ajan, tilojen ja välineistön suhteen sekä suhtautumisessa omaisiin.
Lareau, S., Hodder, R. (2010). Kanada. Tieteellinen artikkeli: Teaching inhaler use in COPD patients	n=28	Arvioida onnistuneen inhalaatiolääkityksen esteitä ja hoitajan roolia optimaalisen toteutuksen edistäjänä.	Kirjallisuuskatsaus.	Virheellinen lääkehoito ja lääkkeenototeikka on yleistä COPD-potilailla. Osaamisen arviointi, säännöllinen seuranta sekä potilaiden, läheisten, hoitajien sekä terveydenhuollon ammattilaisten kouluttaminen voi merkittävästi parantaa potilaiden lääkehoitoa saamaa hyötyä.
Winifred T. (2013). Yhdysvallat. Tieteellinen artikkeli: Teach-Back for quality education and patient safety	n=13	Määrittellä Teach-Back (ohjatun asian toistaminen omin sanoin ohjattavan toimesta) menetelmä ja menetelmän etujen selvittäminen	Kirjallisuuskatsaus.	Toisto-tekniikan hyödyntäminen tukee potilaan terveystiedon ymmärrystä. Parantunut kommunikaatio tukee potilaiden vastuunottoa omasta terveydestään sekä tukee heidän hyvinvointiaan parantaa hoidon laatua, turvallisuutta sekä potilastytyväisyyttä.
Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., Hildingh, C. (2014). Ruotsi. Tieteellinen artikkeli: Lifestyle advice and lifestyle change: to what degree does lifestyle advice of health care professionals reach the population, focusing gender, age and education?	n=89 824	Tutkia terveydenhuollon ammattilaisten esille nostamien elämäntapamuutuskysymysten ja tehtyjen elintapamuutosten suhdetta ikä-, sukupuoli- ja koulutusmuuttujat huomioiden.	Kuvaileva, vertaileva poikkileikkaustutkimus. Kansallisen kyselytutkimuksen tuottaman aineiston tilastollinen analyysi.	Ammattilaisten antama elämäntapaneuvonta sekä akuutin että kiireettömän avoterveydenhuollon käynnin yhteydessä on merkittävä tekijä asiakkaan elämäntapa muutoksessa



## Ohjausosaamisen Kymppi-itsearviointi (Itsearviointiopas n.d., 19)

<b>Ohjausosaamisen itsearviointi</b> Arvioi ohjausosaamistasi alla olevien väittämien ja kahden avoimen kysymyksen mukaisesti. Arvioi väittämien toteutumista ohjaustyössäsi asteikolla 1-4, jolloin 1=Heikosti, 2=Tyydyttävästi, 3=Hyvin, 4=Kiitettävästi.	<b>Heikko</b> <span style="float: right;"><b>Hyvä</b></span>			
1. Ohjaustyön tukena on mahdollisuus käyttää eri ohjausmenetelmiä ja eri ohjausmenetelmiä osataan käyttää (esimerkiksi audiovisuaalinen ohjaus, havainnollistaminen)	1	2	3	4
2. Ohjaus on tavoitteellista. Ohjauksen tavoitteet määritellään yhdessä asiakkaan kanssa.	1	2	3	4
3. Ohjaus on yksilöllistä.	1	2	3	4
4. Asiakkaan henkilökohtaiset taustatekijät huomioidaan ohjauksessa. (esimerkiksi ikä, ammatti, koulutus, terveydentila)	1	2	3	4
5. Ohjaus on vuorovaikutteista.	1	2	3	4
6. Ohjaus tapahtuu tasa-arvoisessa ohjaussuhteessa.	1	2	3	4
7. Ohjauksen aikana varmistetaan, että asiakas ymmärtää ohjatun asian.	1	2	3	4
8. Ohjausprosessiin sisällytetään seuranta ja arviointi.	1	2	3	4
9. Ohjaustyölle on riittävät, asianmukaiset resurssit. (aika, tila, ohjausmateriaali)	1	2	3	4
10. Ohjauksen asiasisältö perustuu parhaaseen saatavilla olevaan tutkimusnäyttöön.	1	2	3	4

11. Mitä vahvuuksia ja kehittämishaasteita sinulla on asiakkaan ohjaamisessa?

---



---



---



---

12. Kaipaako mistään ohjattavasta aihealueesta koulutusta?

---



---



---



---

### 3 Lääkehoitoprosessin kehittäminen päiväsairaalassa

*Virpi Heikkinen, aoh, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, Konservatiivinen poliklinikkahoito ja päiväsairaala*

*Rauni Leinonen, KT, TTM, yliopettaja, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus, Sosiaali- ja terveysalan ylempi (AMK) koulutus, Kajaanin Ammattikorkeakoulu*

#### Tiivistelmä

Asiakas- ja potilasturvallinen sekä tarkoituksenmukainen lääkehoito on osa potilasturvallisuutta ja laadukasta hoitoa. Artikkelin käsittelee asiakas- ja potilasturvallista lääkehoitoprosessia aikaisempien tutkimusten perusteella. Kun lääkehoitoprosessi on toteutettu oikein, tehokkaasti ja turvallisesti, se edistää potilasturvallisuutta ja asiakkaan saaman lääkehoidon laatua. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli kehittää sairaalan hoitohenkilöstön osaamista asiakas- ja potilasturvallisesta lääkehoitoprosessista aikaisemman tutkitun tiedon avulla. Tarkoituksena oli kartoittaa aikaisemman tutkitun tiedon avulla asiakas- ja potilasturvallinen lääkehoitoprosessin sisältö sairaalassa. Kirjallisuuskatsauksen avulla haettiin vastausta tutkimuskysymykseen, mitä sairaalan asiakas- ja potilasturvallinen lääkehoitoprosessi sisältää aikaisempien tutkimusten perusteella.

Kirjallisuuskatsauksessa haettiin kirjallisuutta Arto, Ebsco, Julkari, Medic ja Melinda tietokannoista. Kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyt julkaisut oli kymmenen, joista saatu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tuloksina saatiin kolme yläluokkaa, potilasturvalliset hoitotyön menetelmät, moniammatillinen lääkehoitoprosessi ja turvallisen lääkehoidon varmistaminen. Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella voitiin todeta, että lääkehoitoprosessin tavoitteena on potilaan parantuminen ja oireiden helpottaminen. Tätä voidaan edistää muun muassa moniammatillisella yhteistyöllä, säännöllisillä koulutuksilla ja yhdenmukaisilla toimintatavoilla. Myös digitaalisuuden hyödyntäminen on tärkeää, jotta lääkehoitoprosessi voidaan toteuttaa hyödyntämällä nykyaikaisia mahdollisuuksia ottamalla huomioon asiakas- ja potilasturvallisuus.

Asiasanat: lääkehoito, lääkehoitoprosessi, asiakas- ja potilasturvallisuus

### 3.1 Johdanto

Ensimmäinen kansallinen potilasturvallisuusstrategia laadittiin vuosille 2009–2013, joka uudistettiin myöhemmin potilas- ja asiakasturvallisuusstrategiaksi vuosille 2017–2021. Potilas- ja asiakasturvallisuuden toimintaohjelman tarkoituksena on varmistaa asiakkaiden tai potilaiden hoidon, hoivan ja palvelujen turvallisuus sekä suojata heitä vahingoittumasta. (Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021 2017, 12–13.) Oikein toteutettu, tehokas, turvallinen, taloudellinen ja tarkoituksenmukainen asiakkaan lääkehoito on keskeinen osa potilasturvallisuutta ja asiakkaan saaman palvelun laatua. Lääkehoidon kokonaisuus edellyttää moniammatillista yhteistyötä potilaan kanssa ja lääkehoitoprosessin kokonaisuuden hallintaa. (Varhila 2016, 3.) Lääkehoidon osaaminen edellyttää lääkehoidon toteuttajalta teoreettista perustaa ja kykyä soveltaa osaamistaan käytännön lääkehoitotilanteissa (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 13).

Jokaisella potilaalla on oikeus vaikuttavaan, turvalliseen ja laadukkaaseen hoitoon (Nurminen 2011, 116). Lääkehoidon suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi edellyttävät lääkehoitoprosessin kokonaisuuden hallintaa. Toimiva lääkehoitoprosessi varmistaa potilaan yksilöllisen lääkehoidon toteutumisen turvallisesti, tehokkaasti, tarkoituksenmukaisesti ja taloudellisesti lääkärin ja lääkkeenmääräämisoikeuden saaneen sairaanhoitajan määräysten mukaisesti. Lääkehoitoprosessi sisältää hoitoprosessin, joka alkaa lääkärin tekemästä diagnoosista potilaalle ja siihen liittyvästä lääkemääräyksestä aina lääkehoidon vaikutusten seurantaan ja lääkitystietojen kirjaamiseen. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 15–21, 283.)

Jotta potilasturvallisuutta voidaan kehittää, tarvitaan myös hoitotyöntekijöiden tutkimusosaamista. Kirjallisuuskatsausten laatiminen on systemaattinen tutkimusmenetelmä, joka perustuu prosessimaiseen toimintaan. Kirjallisuuskatsauksen on oltava toistettavissa, jonka avulla voidaan saada selkeä käsitys valitusta aiheesta tai asiakokonaisuudesta. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 7.) Kirjallisuuskatsauksen avulla keskitytään tiettyyn aiheeseen, josta laaditun tutkimuskysymyksen avulla pyritään koostamaan laaja vastauskokonaisuus aikaisempien tutkimusten avulla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 97).

Artikkeli on osa ylemmän (AMK:n) opinnäytetyötä (Heikkinen 2019), jossa tuodaan esille kirjallisuuskatsauksen toteutus valitussa kontekstissa. Kirjallisuuskatsauksessa tiivistettiin aikaisemmin tutkittua tietoa asiakas- ja potilasturvallisesta lääkehoitoprosessista, jonka avulla kehitettiin sairaalan hoitohenkilöstön osaamista. Kirjallisuuskatsauksesta saatuja tuloksia hyödynnettiin opinnäytetyön jatkokehittämisessä.

### 3.2 Kirjallisuuskatsauksen tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymys

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteen määrittelyllä pyritään kuvaamaan, millä tavoin tuotettua tietoa voidaan myöhemmin hyödyntää. Tutkimuskysymykset tai -tehtävät perustuvat tutkimuksessa laadittuun tavoitteeseen ja tarkoitukseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 99.)

- Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli kehittää sairaalan hoitohenkilöstön osaamista asiakas- ja potilasturvallisesta lääkehoitoprosessista aikaisemman tutkitun tiedon avulla.
- Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kartoittaa aikaisemmin tutkitun tiedon avulla asiakas- ja potilasturvallinen lääkehoitoprosessin sisältö sairaalassa.
- Kirjallisuuskatsauksen avulla haettiin vastausta tutkimuskysymykseen, mitä sairaalan asiakas- ja potilasturvallinen lääkehoitoprosessi sisältää aikaisempien tutkimusten perusteella.

### 3.3 Toteutus

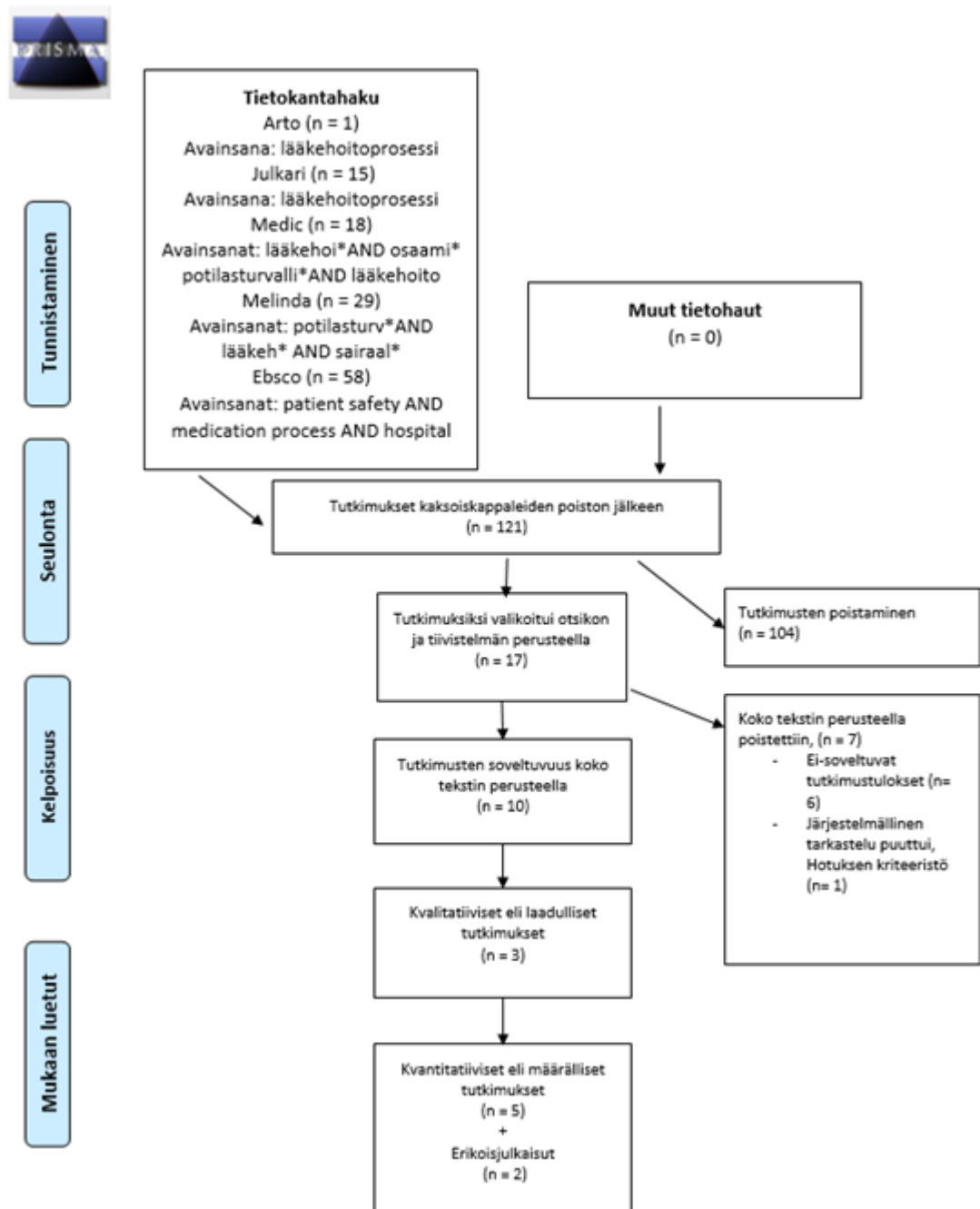
Kirjallisuuskatsausta laadittaessa on oltava kriittinen valitessa tutkimuksia katsaukseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 92). Kirjallisuuskatsauksen aineiston keruu toteutettiin Arto-, Julkari-, Medic-, Melinda- ja Ebsco-tietokannoista. Aineistonhaussa kokeiltiin myös muita tietokantoja, mutta ne eivät tuottaneet tutkimuskysymyksen kannalta sopivia tutkimuksia.

Hakustrategiaan kuului sisäänotto- ja poissulkukriteereiden laatiminen. Pätevät ja kattavat kriteerit edistävät oikeanlaisen kirjallisuuden tunnistamista ja vähentävät virheellisen tai puutteellisen katsauksen mahdollisuutta. Lisäksi kyseiset kriteerit varmistavat sen, että katsaus pysyy valitussa fokuksessa. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 26.) Taulukossa 1 on esitetty kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tutkimus on julkaistu vuosina 2010–2018	Tutkimus on julkaistu ennen vuotta 2010
Väitöskirja, alkuperäistutkimus, tieteellinen artikkeli (koskee englanninkielisiä tutkimuksia), asiantuntijoiden julkaisut, jotka perustuvat tutkittuun tietoon	Opinnäytetyö, pro-gradu -tutkielma
Julkaisukieli on suomi tai englanti	Muu kieli kuin suomi tai englanti
Julkaisu on saatavilla sähköisesti	Julkaisu on maksullinen tai sitä ei ole saatavilla sähköisesti
Julkaisu on saatavana kokotekstinä	Julkaisu on saatavilla vain osittain

Ennen kirjallisuuskatsauksen hakuja laadittiin ajatuskartta, mikä edisti valitsemaan kirjallisuuskatsauksen hakusanoja (Liite 1, kuvio 1). Ajatuskartan etuna on sen visuaalisuus, minkä avulla tutkija voi hahmottaa laajan asiakokonaisuuden osatekijöineen ja niiden välisine suhteineen (Metsämuuronen 2006, 125). Ajatuskartan keskiössä oli lääkehoitoprosessi. Asiahakusanoiksi muodostuivat lääkehoitoprosessi, potilasturvalli\* AND lääkehoito, lääkehoi\* AND osaami\*, potilasturv\* AND lääkeh\* AND sairaal\* ja patient safety AND medication process AND hospital. Kuviossa 2 on tutkimusaineiston valintojen eteneminen Prisma-kuvion avulla (PRISMA Flow Diagram 2015).



Kuvio 2. Tutkimusaineiston valinta tietokannoista (ks. PRISMA Flow Diagram 2015)

Ennen kuin kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ja artikkelit hyväksyttiin osaksi kirjallisuuskatsauksen aineistoa, niiden laadun arvioinnissa käytettiin kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa (Kriittisen arvioinnin tarkistuslista tulkinnalliselle ja kriittiselle tutkimukselle 2011). Tarkistuslistan käyttö edellyttää tutkijalta erilaisten näkökulmien huomioimista, kun hän arvioi tiedonhaun tuloksena valikoituneita tutkimuksia tarkistuslistaan laadittujen kysymysten perusteella. Tarkistuslistan käytön jälkeen yksi tutkimus jäi pois, koska se ei täyttänyt tarkistuslistan kriteerejä.

Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui viisi suomalaista tutkimusta ja kolme englanninkielistä tieteellistä artikkelia. Lisäksi kirjallisuuskatsauksessa hyväksyttiin kaksi julkaisua. Kyseiset julkaisut tulivat esille hakutuloksissa ja molempien julkaisujen taustalla oli tutkimustieto, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen, ja siksi ne hyväksyttiin osaksi kirjallisuuskatsausta. (Varhila 2016; Kumpusalo-Vauhkonen, Järvensivu & Mäntylä 2016.) Liitteessä 2 ja taulukossa 2 on kuvattu valikoituneet viitteet tekijöiden, julkaisun nimen, julkaisuvuoden, maan, tavoitteen, tarkoituksen, aineiston ja aineiston keruumenetelmän sekä keskeisten tulosten mukaisesti.

### 3.4 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi toteutettiin induktiivisella sisällön analyysillä. Aineiston analyysi aloitettiin tutustumalla kirjallisuuskatsauksessa valikoituihin tutkimuksiin ja julkaisuihin. Aineistoon perehtymisen jälkeen, aineistosta ylivivattiin tärkeitä asiakokonaisuuksia verrattuna tutkimuskysymykseen (ks. Ahonen, Saari, Syrjälä & Syrjäläinen 1996, 163). Tämä edesauttoi valintaa, mikä asia tai asiakokonaisuus kunkin tutkimuksen sisällöstä vastasi parhaiten tutkimuskysymykseen.

Kun tutkimusaineisto on kerätty, se kirjoitetaan muotoon, mistä sitä voidaan tutkia ja analysoida (Vilka 2015, 137). Tätä kutsutaan litteroinniksi eli puhtaaksikirjoittamiseksi (Metsämuuronen 2006, 122). Litterointi on aineistonanalyysissä työvaihe, jossa tutkija ratkaisee, mitä hän aineistosta litteroi (Kananen 2017, 134; Ruusuvoori 2010). Tutkimuksista valitut aineistot litteroitiin, jota ennen englanninkielisistä tutkimuksista valitut aineistot suomennettiin, mikä edisti valittujen aineistojen jatkokäsittelyä. Litteroitua tekstiä tuli yhteensä 38 sivua.

Seuraavaksi valittiin analyysiyksikkö, jonka määrittelyn ratkaisi aineiston laatu ja tutkimuskysymys. Yleisimmin käytetty analyysiyksikkö on sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 25). Analyysiyksiköksi valittiin sana, sanapari

ja lause, koska aineisto oli monipuolinen ja haluttiin varmistua, että aineistosta ei jää huomioimatta oleellisia asioita. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, jota kirjallisuuskatsauksen tarkoitus ja tutkimuskysymys ohjasivat. (ks. Eskola & Suoranta 1998, 153.)

Aineiston redusoinnin eli pelkistämisen yhteydessä aineistosta karsitaan pois tutkimukselle epäolennainen asia. Pelkistäminen voi olla tiedon tiivistämistä tai sen pilkkomista osiin, mitä ohjaa tutkimuskysymys, jonka mukaan aineistoa pelkistetään koodaamalla tutkimuskysymykselle olennaiset ilmaukset. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123.) Koodaus on tutkijan suorittamaa aineiston käsitteellistämistä, nimeämistä ja luokittelua (Ahonen ym. 1996, 165). Litteroitu aineisto koodattiin analyysiyksiköittäin 1. numerosta alkaen, ja koodausta ohjasi tutkimuskysymys. Koodeja tuli yhteensä 105 kappaletta. Koodauksen jälkeen alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin siten, että alkuperäisten ilmausten merkitys säilyi. Saman sisältöiset pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin, ja ryhmälle annettiin ryhmän sisältöä kuvaava nimi (alaluokka), samalla alaluokkiin lisättiin aakkoset, jotta asioiden yhteenkuuluvuus selkiintyi. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2018, 124, 127.) Ryhmittelyn tuloksena saatiin 11 alaluokkaa (koodit A-K), jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Taulukossa 3 on esimerkki aineiston luokittelusta.

Taulukko 3. Esimerkki sisällön analyysin luokittelun toteutuksesta

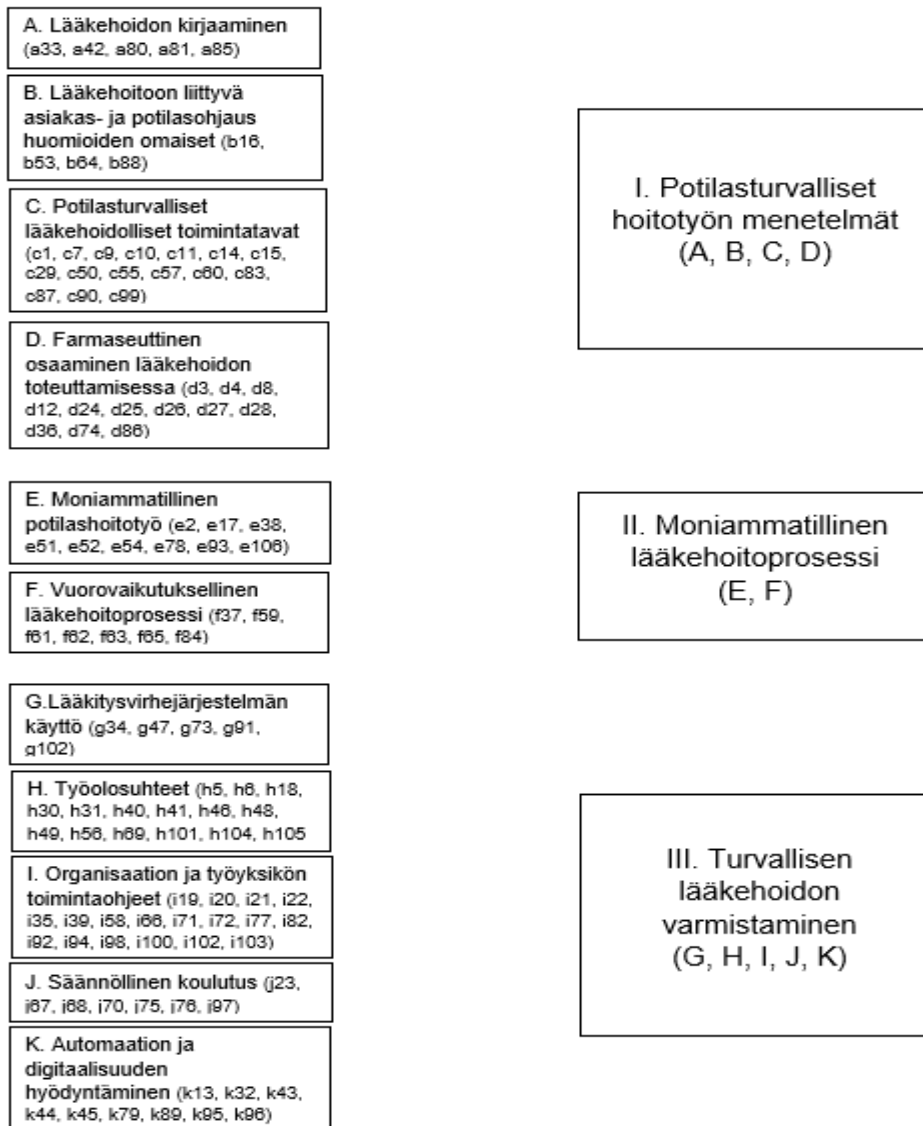
Alkuperäiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokat
9. potilaan tunnistaminen lääkkeitä annettaessa 29. Järjestyksen ja järjestelmällisyyden korostaminen 33. kirjaamisen kehittäminen 80. lääkemääräys kirjataan potilastietojärjestelmään	c9. Potilaan tunnistaminen lääkkeitä annettaessa c29. Järjestyksen ja järjestelmällisyyden a33. kirjaamisen kehittäminen a80. lääkemääräys kirjataan potilastietojärjestelmään	A. Lääkehoidon kirjaaminen (a33, a80) C. Potilasturvalliset lääkehoidolliset toimintatavat (c9, c29)	I. Potilasturvalliset hoitotyön menetelmät (A, C)
17. moniammatillinen yhteistyö 78. Lääkkeenmääräys tulee tehdä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa	e17. moniammatillinen yhteistyö e78. Lääkkeenmääräys yhteisymmärryksessä potilaan kanssa	E. Moniammatillinen potilashoitotyö (e17, e78)	II. Moniammatillinen lääkehoitoprosessi (E)
67. lääkeosaamisen taso 71. Tietoja lääkeprosessin liittyvistä ongelmista sairaaloissa, joita voidaan käyttää lääketieteellisen prosessin turvallisuuden lisäämiseksi 76. Täydennyskoulutus 92. Lääkitysturvallisuuden auditointien	j67. Lääkeosaamisen taso i71. Lääkeprosessin ongelmista, prosessin turvallisuuden lisäämiseksi j76. Täydennyskoulutus i92. Lääketurvallisuuden auditointien	I. Organisaation ja työyksikön toimintaohjeet (i71, i92) J. Säännöllinen koulutus (j67, j76)	III. Turvallisen lääkehoidon varmistaminen (I, J)

Analyysiä jatkettiin klusteroimalla eli ryhmittelemällä saman sisältöiset alaluokat yläluokiksi. Alaluokista muodostui kolme yläluokkaa (koodit I-III), jotka vastasivat abstraktiotasoltaan laajemmin

tutkimuskysymykseen kuin alaluokat. Abstrahointia jatketaan yhdistelemällä luokituksia niin pitkälle, kuin se on mahdollista aineiston sisällön näkökulmasta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 125; Niela-Vilén & Hamari 2016, 31). Kuviossa 3 on esitetty aineistosta muodostuneet ala- ja yläluokat.

## ALALUOKAT

## YLÄLUOKAT



Kuvio 3. Sairaalan asiakas- ja potilasturvallisen lääkehoitoprosessin sisältö

Yläluokat vastasivat kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykseen asiakas- ja potilasturvallisesta sairaalan lääkehoitoprosessista.



### 3.5 Tulokset

Kirjallisuuskatsauksen tuloksena muodostui kolme yläluokkaa (kuvio 3), joiden mukaisesti tulokset raportoitiin. Yläluokiksi muodostuivat **potilasturvalliset hoitotyön menetelmät, moniammatillinen lääkehoitoprosessi ja turvallisen lääkehoidon varmistaminen**. Jokaisen luokan sisällöt koostuivat asioista, joiden avulla voidaan vaikuttaa asiakas- ja potilasturvalliseen lääkehoitoprosessiin.

**Potilasturvalliset hoitotyön menetelmät** koostuvat lääkehoidon kirjaamiseen liittyvistä asioista, lääkehoitoon liittyvästä asiakas- ja potilasohjauksesta, potilasturvallisista työskentelytavoista lääkehoidossa ja farmaseuttisesta osaamisesta toteuttaessa lääkehoitoa. Lääkehoidon kirjaamisessa on oleellista toimintayksikön yhdenmukaiset kirjaamiskäytännöt ja tiedonkulun varmistaminen esimerkiksi lääkitysmuutosten yhteydessä. Lääkeohjauksen toteuttaminen potilaalle on tärkeä, minkä avulla pystytään turvaamaan lääkehoidon jatkuvuus. Lääkeohjauksen tavoitteena on hyvin ohjattu ja hoitoonsa sitoutunut potilas. Tulosten mukaan farmaseutin roolia potilaiden lääkeohjauksissa tulee tulevaisuudessa korostaa.

Potilasturvalliset työskentelytavat lääkehoidossa ovat moninaiset. Potilaan tunnistaminen on tärkeää, mistä potilasturvallisuutta tukevana ratkaisuna ovat potilasrannekkeet. Lääkkeiden kaksoistarkistus, lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistaminen sekä aseptinen ja puhdas työskentelytapa lääkkeiden kanssa, ovat osa potilasturvallista työskentelyä. Lääkehoidon toteuttamisessa käytettävien lääkintälaitteiden tarkoituksena on vähentää lääkityspoikkeamia ja vaaratilanteiden kehittymistä sekä edistää potilasturvallisuutta ja keventää hoitohenkilöstön työtä.

Turvallisen lääkehoidon näkökulmasta on suositeltavaa, että potilaan kanssa sovitaan, miten potilaan tarpeettomat lääkkeet hävitetään. Käyttämättömät tai tarpeettomat lääkkeet toimitetaan apteekkiin hävitettäväksi. Toimintayksikössä palautettavat lääkkeet säilytetään erillään käyttökelpoisista lääkkeistä. Lääkkeiden käsittelyssä ja säilytyksessä otetaan huomioon työturvallisuusnäkökulma esimerkiksi solunsalpaajalääkkeiden osalta. Lääkejätteen ja palautettavien lääkkeiden määrää voidaan vähentää esimerkiksi lääkevaraston säännöllisillä tarkistuksilla, säilytystilojen olosuhteiden seurannalla, potilaskohtaisella annosjakelulla ja potilaiden lääkitysten säännöllisillä tarkastuksilla. Lisäksi lääkkeiden optimaalinen varastomäärä ja lääkehuoneen hyvä järjestys edesauttavat lääkehoidon toteuttamisen sujuvuutta. Toimintayksiköiden tarkat lääkehoidon ohjeet ovat tärkeä osa lääkehoidon kokonaisuutta, jotta lääkehoito voidaan toteuttaa turvallisesti.

**Moniammatillinen lääkehoitoprosessi** koostuu moniammatillisesta potilashoitotyöstä ja vuorovaikutuksellisesta lääkehoitoprosessista. Potilaan hallittu ja hyvä lääkkeiden käyttö perustuvat potilaan ja hänen omaistensa, lääkärin, lääkehuollon ja terveydenhuollon henkilöstön väliseen yhteistyöhön. Moniammatillisen yhteistyön tarkoituksena on hyödyntää kaikkien osallistujien asiantuntemusta potilaan lääkehoidon optimoimiseksi. Moniammatillinen yhteistyö edellyttää siihen osallistuvilta henkilöiltä lääkehoitoprosessin ja hoidon kokonaisuuden hallinnan ymmärtämistä. Vuorovaikutuksellinen lääkehoitoprosessi alkaa heti, kun potilas kutsutaan lääkärin vastaanotolle. Potilaan kanssa käydyn keskustelun perusteella lääkäri tekee hoidon yhteenvedon, päättää lääkehoidosta, laatii lääkemääräyksen, minkä jälkeen potilaalle laaditaan henkilökohtainen lääkehoitosuunnitelma. Lääkehoidon tavoitteena on saada potilaalle mahdollisimman hyvä terveyshyöty mahdollisimman vähäisillä terveyshaitoilla.

Potilaan lääkehoidon hyötyjä ja haittoja arvioidaan hoidon alusta alkaen, ja sitä jatketaan koko hoitoprosessin ajan. Lääkehoidon vaikuttavuutta seurataan ja arvioidaan suhteessa lääkehoidon tarpeeseen, asetettuihin tavoitteisiin ja toteutuneeseen hoitoon. Kun lääkehoito on vaikuttavaa, se on edellytys potilaan lääkehoidon jatkamiselle. Lääkehoidon arviointia tehdään moniammatillisessa työryhmässä. Arvioinnin laajuus ja eri ammattilaisten osallistuminen potilaan hoidon ja lääkehoidon arviointiin ratkaistaan potilaskohtaisesti. On tärkeää, että kaikki potilaan lääkehoitoon osallistuvat osaavat tunnistaa mahdolliset ongelmatilanteet ja tiedon välittyminen kaikille osallisille onnistuu vaivattomasti hoitoprosessin aikana. Väliarvioinnit ovat tärkeitä, jotta saadaan selville, mikä on ollut lääkkeen vaste. Arviointi tulee tehdä yhdessä potilaan kanssa, jotta hän sitoutuu tavoitteiden mukaiseen hoitoonsa. Yleensä potilas on itse terveydentilansa asiantuntija tai asiantuntijana toimii potilaan omainen. Potilaiden ja omaisten osallistaminen on osa lääkehoitoprosessia ja lääkehoitoa.

**Turvallisen lääkehoidon varmistaminen** koostuu lääkitysvirhejärjestelmän käytöstä, työolosuhteista, organisaation ja työyksikön toimintaohjeista, säännöllisestä koulutuksesta sekä automaation ja digitaalisuuden hyödyntämisestä. Lääkitysvirhejärjestelmän käyttö on osa asiakas- ja potilasturvallisuutta. Toimintayksikön lääkehoitosuunnitelmissa otetaan huomioon kyseisen toimintayksikön erityispiirteet. Tästä huolimatta lääkkeisiin liittyviä haitta- ja vaaratapahtumia tapahtuu, joista raportoidaan organisaation poikkeamaraportointijärjestelmään. Raportointivastuu on jokaisella organisaation työntekijällä, mikä perustuu työntekijän ammatilliseen ja eettiseen vastuuseen. Raportoinnin tarkoituksena on ennaltaehkäistä uusien haitta- ja vaaratapahtumien ke-

hittymistä ja oppia aikaisemmin tapahtuneista tilanteista. Myös läheltä piti-tilanteet raportoidaan, koska kyseiset haittatapahtumat voivat tuoda esille haitan syntymekanismien ja samalla havaitaan asiat, jotka estivät haittatapahtuman kehittymisen.

Työolosuhteista puhuttaessa mainitaan tilava ja toimiva lääkehuone, työtilojen toimivuus, puhkaus ja sopiva työympäristö, jotka edistävät potilasturvallisuutta ja hoitohenkilöstön työrauhaa. Kun työskentelytilat ovat toimivat, silloin esimerkiksi lääkkeen valmistaminen voidaan toteuttaa rauhallisesti ja keskittyneesti. Avoin ilmapiiri ja moniammatillinen työskentelytapa liittyvät työolosuhteisiin, ja ovat tärkeä osa potilasturvallisuutta. Työyhteisössä avoin keskustelu mahdollisista lääkitysvirheistä koetaan tärkeänä. Moniammatillinen yhteistyö edellyttää hyviä vuorovaikutus-, viestintä-, ja neuvottelutaitoja. Yhteistyötaito tulee olla jokaisen sosiaali- ja terveysalalla työskentelevän ihmisen perusosaamista. Yleensä moniammatillinen työskentelytapa motivoi ja sitouttaa työntekijöitä, koska se lisää heidän työnsä hallintaa.

Organisaation ja työyksikön toimintaohjeet selkeyttävät henkilöstön toimintaa. Jokaisessa työyksikössä laaditaan lääkehoitosuunnitelma. Se on keskeinen osa lääkehoitoon osallistuvien henkilöiden perehdytystä, lääkehoidon laadun ja turvallisuuden varmistamista. Lääkehoitosuunnitelmassa perehdytään oman työyksikön toiminnan kannalta olennaisiin lääkitysturvallisuuden asioihin. Työyksikön lähijohtaja vastaa lääkehoitosuunnitelman ajantasaisuudesta ja työntekijöiden vastuulla on toimia lääkehoitosuunnitelman mukaisesti.

Lääkehoitoprosessin arvioinnilla tarkoitetaan lääkitysturvallisuusauditointia, jolloin arvioinnin laatii toimintayksikön ulkopuolinen henkilö. Auditointia voidaan toteuttaa myös toimintayksikön sisäisenä auditointina eli itsearviointina. Lisäksi sairaaloiden apteekin asiantuntijat tekevät säännöllisiä tarkastuksia toimintayksikköjen lääkehoitoon. Kyseiset tarkastukset keskittyvät pääasiassa lääkekaapin ja lääkkeiden käyttökuntoon saattamisen asianmukaisten sisältöjen ja olosuhteiden varmistamiseen. Suositeltavaa olisi, että kyseistä tarkastusta laajennettaisiin, jolloin tarkastuksessa käsiteltäisiin myös lääkehoitoprosessia ja sen turvallisuutta. Ennen auditointien järjestämistä on tärkeää, että henkilöstö ymmärtää auditoinnin merkityksen, tavoitteet ja hyödyt.

Säännöllinen kouluttautuminen on osa turvallista lääkehoitoa. Lääkehoitoa toteuttavalta hoitoalan ammattilaiselta edellytetään lääkehoidon osaamista. Osaaminen kehittyy peruskoulutuksen aikana ja täydentyy työkokemuksen sekä täydenniskoulutusten avulla. Jotta lääkehoito on potilasturvallista, tämä vaatii ammattilaisten osaamisen jatkuvaa kehittämistä. Työyksikön lähijohtaja varmistaa, että henkilöstöllä on tarvittava lääkehoidon osaaminen ja tarpeenmukaiset

olosuhteet työskennellä. Henkilöstön lääkehoidon toteuttamiseen liittyviä valmiuksia ja täydennyskoulutustarpeita ohjataan täydennyskoulutus suunnitelmilla, ja työntekijän henkilökohtaisella osaamisen kehityssuunnitelmalla. Sairaalat käyttävät rahaa teknologiaan, mutta ei niinkään henkilöstön koulutuksiin, vaikka hoitohenkilökunta vastaa potilaiden lääkehoidon toteutuksesta.

Automaation ja digitaalisuuden hyödyntäminen lisääntyy, minkä tarkoituksena on myös edistää asiakas- ja potilasturvallisuutta. Sähköisen lääkemääräyksen on katsottu edistävän sekä potilasturvallisuutta että lääkkeen määräämisen laatua. Tiedonkulkua tulee kehittää, koska siihen liittyvät vaaratapahtumat aiheutuvat epäselvästä ohjeistuksesta, puutteellisesta tiedonkulusta tai virheellisestä tiedosta. Jos potilaan lääkehoitoon osallistuva hoitohenkilökunta ei työskentele samassa organisaatiossa, eikä käytä samaa tietojärjestelmää, tulee tietojen välittämisestä sopia paikallisesti salassapitosäädökset huomioon ottaen.

Sairaalassa langattoman teknologian käyttöönotto farmasiassa voi nopeuttaa hoitohenkilöstön ja farmasiayksikön henkilöstön yhteistoimintaa lääkehoidon toteuttamisessa ja tukee osastofarmasian kehittymistä. Lääkkeiden käsittelyssä automatisoidun lääkehuollon hyödyntäminen edellyttää manuaalisesti ja automaation avulla tehtävien työvaiheiden kartoittamista. Osastofarmasiasta on hyötyä taloudellisesti ja laadullisesti. Kun hoitajien työaikaa vapautuu lääkehoidosta hoitotyöhön ja potilasohjaukseen myös hoitohenkilöstön ylityöt vähenevät. Lisäksi osastojen lääkevarastojen arvo pienenee ja lääkevarastojen hallinta tehostuu.

Apteekki-automaatin lisääminen työyksikköön vähentää manuaalisia työvaiheita, kehittää lääkkeiden kokonaishallintaa, lisää lääkkeiden käsittelyn hygieenisyyttä ja vähentää lääkitysvirheiden sekä haittavaikutusten määrää. Kun käytetään koneellista potilaskohtaista annosjakelua, tällä edistetään lääkityksen seuranta ja kehitetään lääkityksen turvallisuutta ja potilasturvallisuutta. Elektroninen älylääkekaappi on tietokoneohjattu lääkkeiden varastointiin ja jakeluun käytetty laitteisto. Älylääkekaappi hallinnoidaan tietojärjestelmän avulla, käyttäjätunnuksella, salasanalla tai sormenjälkitunnuksella. Lisäksi siitä voidaan tulostaa raportteja ja seurantatietoja, mutta se optimoi myös lääkkeiden varastointitarpeen. Älylääkekaappi voidaan integroida sähköiseen potilastietojärjestelmään, jolloin potilaan henkilötiedot ja lääkitystiedot voidaan siirtää suoraan potilastietojärjestelmästä älylääkekaappiin. Kun potilaalle otetaan lääke älylääkekaapista, se vastaa käytännössä kaksoistarkastusta.

### 3.6 Johtopäätökset

Tutkimus vaikuttaa tutkittavaan kohteeseen ja ehkä muuttaa sitä. Tutkittavasta kohteesta tehtävistä tulkinnoista tulee kertoa niin, että muut ymmärtävät sen (Parker 1994, 14). Lääkehoidon tavoitteena on kehittää, lievittää tai ehkäistä potilaan sairautta ja sen oireita. Lääkehoidon vaikuttavuutta arvioidaan suhteessa lääkehoidon tarpeeseen, asetettuihin tavoitteisiin ja toteutuneeseen hoitoon, ja sen seuranta ja arviointi kestävät koko potilaan hoidon ajan, ja ne jatkuvat vielä hoidon päättymisen jälkeenkin. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 299.) Lääkehoidon seuranta tulee suunnitella yhdessä potilaan kanssa. Jotta lääkehoito on mahdollista ja tuloksellista, potilaiden luottamuksen ansaitseminen on tärkeää ja organisaation menestyksen kannalta keskeinen edellytys. (ks. Juuti 2015, 110–111.) Potilasta kuunnellaan, ja hän osallistuu oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Lisäksi häntä rohkaistaan tekemään kysymyksiä, jotka liittyvät hänen hoitoonsa. (Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021 2017, 13.)

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli kehittää sairaalan hoitohenkilöstön osaamista asiakas- ja potilasturvallisesta lääkehoitoprosessista aikaisemman tutkitun tiedon avulla. Kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan todeta seuraavaa:

1. Asiakas- ja potilasturvallinen lääkehoitoprosessi sisältää moniammatillisen yhteistyön merkityksellisyyden, säännölliset aiheita koskevat koulutukset ja erilaisia hoitotyön työskentelytapoja, joiden avulla voidaan kehittää sekä sairaalan hoitohenkilöstön osaamista että lääkehoitoprosessin turvallisuutta.
2. Lääkehoito on prosessi, jonka tavoitteena on potilaan parantuminen tai oireiden helpottaminen. Tämän prosessin edistämiseksi tarvitaan moniammatillinen tiimi ja yhteistyötä, jotta lääkehoitoprosessi toimii sujuvasti, tehokkaasti ja potilas saa vaikuttavaa, ajantasaista sekä turvallista lääkehoitoa.
3. Digitaalisuuden hyödyntämistä osana potilasturvallisuuden tulevaisuutta ja erilaisia lääkehoidon työvälineitä tulee kehittää, jotta potilaan hoito on laadukasta.

### 3.7 Luotettavuus ja eettisyys

Kirjallisuuskatsauksessa tulee arvioida koko prosessin luotettavuutta. Lähtökohtana on se, että tutkija on avoin tekemistään valinnoista, ja hän on tutkimuksessa keskeinen työväline. (Eskola & Suoranta 1998, 211.) Tutkijan täytyy pystyä perustelemaan tutkimusprosessin aikana tehdyt valinnat (Kananen 2017, 77). Kirjallisuuskatsaus on luotettava ja pätevä tapa yhdistää aikaisempaa tietoa, kun tutkija tuntee teoreettiset perusteet ja osaa niitä kriittisesti arvioida (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 44). On tärkeää, että tutkija itse pohtii analyysin luotettavuutta ja esittää oman käsityksensä luotettavuudesta (Elo, Kanste, Kyngäs, Kääriäinen & Pölkki 2011, 147). Luotettavuuskysymykset liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun ja analyysiin sekä tulosten esittämiseen. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden arviointiin sopii *uskottavuuden, vahvistettavuuden ja siirrettävyyden* kriteerit (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129).

Luotettavuutta kuvaava *uskottavuus* kriteeri tarkoittaa sitä, miten tutkijan käsitteellistykset ja tulokinta vastaavat aikaisempien tutkimusten esittäjien käsityksiä asiasta (Eskola & Suoranta 1998, 212). Katsauksen laatiminen alkoi huolellisella suunnitelman tekemisellä. Katsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit kuvattiin tarkasti ja täsmällisesti, ja ne olivat tarkoituksenmukaiset mahdollisimman kattavan alkuperäisen tutkimustiedon saamiseksi. Alkuperäistutkimusten valintakriteerien täsmällisyydellä ehkäistään systemaattisia virheitä. Tehty suunnitelma rajaa aiheen riittävän kapeaksi ja ohjaa myös kirjallisuuskatsauksen tekemistä. Tutkimuskysymysten laatiminen ohjaa vastausten saamista. Alkuperäistutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit laadittiin ennen tietokantahakuja. Kriteerit mietittiin huolellisesti ja vältettiin liian laajaa tai suppeaa rajausta. Sisäänottokriteereissä oli kielirajaus eli hyväksyttiin vain suomen- ja englanninkielisiä tutkimuksia. Uskottavuutta voi vääristää kieliharha, jota voi esiintyä, kun kirjallisuuskatsauksessa käytetään esimerkiksi vain englanninkielisiä tutkimuksia. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 47–48, 53.)

Systemaattinen hakuprosessi tietokannoista on katsauksen luotettavuuden kannalta kriittinen vaihe, sillä virheet antavat epäluotettavat tulokset. Tietokannoista hakujen tekeminen oikeilla asiasanoilla, sanojen katkaisuilla ja hakulausekkeilla sekä valikoituneiden viitteiden otsikoiden, tiivistelmien ja lopussa koko tekstin lukeminen vievät aikaa. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 49, 55.) Asiahakusanat määriteltiin Ysa-asiasanojen avulla, jonka lisäksi käytettiin vapaasanahakua. Tiedonhauk suoritettiin jokaisesta valitusta tietokannasta erikseen. Hakutulokseksi saadut viitteet arvioitiin otsikoiden, tiivistelmien ja koko tekstin osalta, jonka jälkeen ne arvioitiin vielä kriittisen

arvioinnin tarkistuslistaa hyödyntäen (Kriittisen arvioinnin tarkistuslista tulkinnalliselle ja kriittiselle tutkimukselle 2011). Manuaalinen haku täydensi muuten tietokantojen ulkopuolelle jäävät merkittävät julkaisut (ks. Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 49).

Aineiston keruussa saatu tieto on riippuvainen siitä, mitä tutkija on saanut esille tutkittavasta asiasta (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 36). Kirjallisuuskatsaukseen valitut julkaisut ja tutkimukset ovat alle kymmenen vuotta vanhoja, minkä vuoksi aineistoa voidaan hyödyntää kirjallisuuskatsauksen jatkoselvityksissä. Katsaukseen valittiin vain ne julkaisut, jotka kuvasivat asiakas- ja potilasturvallista lääkehoidon ohjausta sairaalassa, mikä lisää myös tulosten siirrettävyyttä. Tutkimukset oli toteutettu eri kulttuureissa, minkä vuoksi niistä saatavan tiedon ja tulosten yleistämisessä pitää olla varovainen. Myös tutkijan kokemuksellisuuteen liittyvät inhimillisyydet ja ilmiömuutokset, joten katsauksen tekemiseen liittyvät tilanteet eivät ole sellaisenaan toteutettavissa (Lincoln & Guba 1985, 317).

Julkaisuissa oli sekä aikaisempia laadullisia ja määrällisiä tutkimuksia, mikä toi esille kattavaa ja monipuolista tietoa tutkimuskysymykseen eri näkökulmista. Uskottavuuden arviointi kohdistui myös aineiston keräämiseen. Tässä kirjallisuuskatsauksessa uskottava ja laadukas aineisto varmistettiin osin alkuperäistutkimusten laadun arvioinnilla. Kirjallisuuskatsauksen aineisto sisälsi tutkimuksia ja artikkeleita, jotka käsiteltiin Hotuksen kriittisen arvioinnin tarkistuslistan mukaisesti. (ks. Checklist for Qualitative Research 2017.) Kirjallisuuskatsauksen aineiston laatu oli hyvä, ja ne läpäisivät tutkimusten ja artikkelien osalta edellä mainitut tarkistuslistan kriteerit yhtä tutkimusta lukuun ottamatta. Kaksi asiantuntijoiden laatimaa julkaisua, jotka olivat osallisina kirjallisuuskatsauksessa eivät vähennä kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta, koska julkaisut perustuvat tutkimuksiin ja julkaisujen kirjoittajat ovat arvostettuja asiantuntijoita.

Katsauksen *vahvistettavuus* tarkoittaa sitä, että kirjallisuuskatsauksen prosessi, aineiston analyysi ja tulokset on kuvattu selkeästi ja läpinäkyvästi (Kylmä & Juvakka 2007). Ulkopuolisen lukijan pitää pystyä seuraamaan toteutunut analyysiprosessi pääpiirteissään. Periaate on se, että toinen tutkija voi tehdä samat tulkinnat aineistosta (Eskola & Suoranta 1998, 217). Tieteen yksi tärkeimmistä vaatimuksista on, että tutkimus tehdään tieteen sääntöjen mukaan, tiedonkeruu toteutetaan oikein ja aineiston tulkinnat tehdään huolellisesti (Kananen 2017, 79). Tutkimustulosten tulee perustua aineistoon eikä tutkijan omiin käsityksiin (Lincoln & Guba 1985, 300; Eskola & Suoranta 1998, 146–147). Näin lukijat pystyvät arvioimaan tulosten vahvistettavuutta seuraamalla tehtyjä tulkintoja ja arvioimaan niiden pitävyyttä. Muun muassa analyysissä käytetyt luokittelut ja tulkintasäännöt esitetään mahdollisemman yksinkertaisesti ja selkeästi. Jokainen tutkija lähestyy aineistoa omasta näkökulmastaan, joten tulkintaeroja kehittyy, mutta pääpiirteet ovat samat.

Aineiston valintaprosessissa tehdyt valinnat tuotiin esille ja perusteltiin esimerkiksi analyysiyksikön valintaa tehtäessä. Aineiston analyysin vahvistettavuuden arviointi edellyttää, että luokitteluperusteet kuvataan. Koko analyysi, sen aikana tehdyt valinnat ja analyysin eteneminen sekä tulokset kuvataan selkeästi, jotta lukija pystyy seuraamaan prosessia. Vahvistettavuutta lisää aineistojen huolellinen taulukointi. Ala- ja yläluokkiin kertyi hieman epätasaisesti alkuperäisiä ilmaisuja, mutta analyysissä saavutettiin myös aineiston toistuvuutta, mikä kuvaa sitä, että ainakin jossain määrin saavutettiin potilaan lääkeohjausta kuvaavat olennaiset asiat. Tulosten yhteys alkuperäiseen aineistoon ja alkuperäisiin tutkimuksiin voitiin näin myös osittaa. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2018.) On tärkeää, että koko prosessi on johdonmukainen eli tutkittavan asian, tutkimusaineiston hankintatavan, analyysimenetelmän ja tutkimuksen raportointitavan välillä on looginen yhteys (Metsämuuronen 2006, 202).

Tulosten hyödynnettävyys liittyy läheisesti käsitteeseen *siirrettävyys*, jolla tarkoitetaan sitä, missä määrin tutkimustulokset ovat sovellettavissa muualle, ja missä määrin tuloksia voidaan hyödyntää (Lincoln & Cuba 1985, 298; Eskola & Suoranta 1998, 212–213). Alasuutari (2007, 248–251) käyttää siirrettävyydestä termiä *suhteuttaminen*, jolla tutkija osoittaa analyysinsä kertovan muusta kuin vain omasta aineistostaan. Tiedonhaussa saadut tutkimukset ja julkaisut edustavat vain osaa kyseiseen aiheeseen liittyvistä tutkimuksista, joten täysin aukottomia saadut tulokset eivät ole, ja siksi niiden siirrettävyydessä pitää olla varovainen. Toisaalta tulokset osittivat, että samansuuntaisia potilaan lääkehoidon ohjaukseen liittyviä asioita koetaan esiintyvän useissa hoitoalan työyhteisöissä. Tuloksia kuvaavat ala- ja yläluokat kuvaavat abstraktiotasoltaan ilmiötä riittävästi, koska ne kuvaavat aikaisempien tutkimusten käsitteistöä ja perustuvat niihin. Tuloksilla saatiin vastaus tutkimuskysymykseen. Kirjallisuuskatsauksen tulokset havainnollistettiin myös kuvion avulla ja tämän jälkeen suomenkielisenä tekstinä, mikä edesauttaa lukijaa ymmärtämään tuloksia ja niiden soveltamista muissa sosiaali- ja terveydenhuollon konteksteissa.

*Eettisyys* ja sen pohdinta saa alkunsa jokaisen henkilön sisältä. Etiikan avulla haetaan vastausta, miten toimitaan erilaisissa tilanteissa oikein huomioiden säännöt ja tavat, joita noudetaan kyseisessä toiminnassa samalla huomioiden emotionaalinen tila, jossa toimitaan. Etiikan näkökulmasta ei huomioida vain asioihin liittyviä faktatietoja vaan asioissa huomioidaan myös tilanteisiin liittyvät arvot ja periaatteet. (Sarvimäki 2000, 12–13.) Etiikan tarkoituksena ei ole antaa valmiita vastauksia, vaan etiikan avulla saadaan ymmärrystä asioihin ja mahdollisesti tullaan asioista tietoisiksi, jotta asioita voidaan pyrkiä ratkaisemaan. Eettisessä toiminnassa otetaan vastuu, vaikka esimerkiksi ratkaisuja etsiessä tehdään vääränlaisia valintoja. (Atjonen 2007, 15–16.) Eettisyys ei ole



ihmisestä oleva irrallinen asia, vaan se on aina samanaikaisesti yhteydessä tunteisiin, toimintaan ja ajatteluun, joten se tarjoaa hyvän kehitymisperustan kriittiselle pohdinnalle myös tutkimus- ja kehittämistyössä (Friman 2004).

Pietarinen (1998, 7) on esittänyt tutkijalle kahdeksan eettisyyden periaatetta, joita jokainen tutkija voi toiminnassaan pohtia. Yhtenä periaatteena on tunnollisuuden vaatimus eli tutkijan on perehdyttävä aiheeseen perusteellisesti, jotta tutkimuksessa esitetty tieto on luotettavaa. Kirjallisuuskatsauksen näkökulmasta tämä periaate on tärkeä, koska siinä tuodaan esille toisten henkilöiden tutkimuksia siten, että mikään oleellinen tieto tai tulos ei muutu. Tutkimuksia tarkastellessa ja valitessa tulee huomioida tutkimusten luotettavuus. Tätä tarkasteltiin tässä kirjallisuuskatsauksessa Hotuksen kriittisen arvioinnin tarkistuslistan mukaisesti, jotta kirjallisuuskatsauksen valituissa tutkimuksissa oleva tieto on luotettavaa.

Rehellisyyden vaatimus kuvastaa myös siitä, että kaikessa tutkimuksellisessa toiminnassa menettellään rehellisin menetelmin (Pietarinen 1998, 7). Tutkimuksen tekijän arvomaailma vaikuttaa koko ajan hänen tapaansa toimia ja se, miten hän käsittelee tutkimusaihetta ja saamiaan tutkimustietoja. Myös ammattikuntien eettiset ohjeet ohjaavat työntekijöiden toimintaa työssä ja elämässä. Ammattiryhmien yleisinä arvoina Euroopassa on vuonna 2007 kirjattu muun muassa luotamuksellisuus ja rehellisyys. (Välimäki 2009, 165–168.) Rehellinen toiminta on osa jokaisen ihmisen henkilökohtaisia ominaisuuksia ja katsauksen tekijä on toiminut rehellisesti ja avoimesti tuomalla esille tehtyjen ratkaisujen perusteet. Yhtenä eettisenä näkökulmana on kollegiaalisuuden arvostaminen eli toisia tutkijoita kohtaan osoitetaan kunnioitusta ja arvostusta (Pietarinen 1998, 12). Kirjallisuuskatsauksessa kiinnitettiin huomiota lähdemerkintöihin, jotta ne olivat oikein. Lähdemerkinnät osoittavat sen, mikä on toisen kirjoittajan tekstiä, ja mikä on kirjallisuuskatsauksen tekijän tuottamaa tekstiä.

### 3.8 Pohdinta

Lääkehoitoprosessi on laaja asiakokonaisuus, johon liittyy useita eri tekijöitä. Kun siihen liitetään asiakas- ja potilasturvallisuusnäkökulma, kokonaisuus laajenee edelleen. Nämä ovat asioita, joiden tulee integroitua toisiinsa. Jokaisella potilaalla on oikeus vaikuttavaan, turvalliseen ja laadukkaaseen hoitoon (Nurminen 2011, 116). Hyvä hoidon laatu on parhaaseen käytettävissä olevaan tietoon tai näyttöön perustuvaa palvelua, joka tuottaa potilaalle hyvinvointia ja pyrkii hyvinvoinnin maksimointiin sekä riskien minimointiin (Leinonen, Pekurinen & Rääkkönen 2008, 20).

Jotta saadaan aikaan laadukasta lääkehoitoa ja -ohjausta, tarvitaan henkilöstön osaamista. Korkeatasoinen osaaminen on ammatillista, johon sisältyy toimintaan liittyvä osaaminen, vuorovaikutustaidot, arvot ja etiikka. Toiminnan tulisi olla näyttöön perustuvaa. Jos tieteellistä näyttöä ei ole, toiminta on yleisesti hyväksi havaittuun käytäntöön perustuvaa. (Leinonen, Pekurinen & Räikkönen 2008, 21.) Hoitohenkilöstön osaaminen vaatii jatkuvaa kehittämistä erilaisten mahdollisuuksien ja toimien kautta. Kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittivat lääkehoitoon liittyviä osaamisen edellytyksiä, mutta myös vuorovaikutuksen ja moniammatillisen työskentelyn merkityksen, jotta lääkehoitoprosessi toteutuu asiakas- ja potilasturvallisesti. Jos lääkehoidon laatu sekä asiakas- ja potilasturvallisuus saadaan varmistettua tulevaisuudessa, se vaatii ihmisten avointa vuorovaikutusta ja yhteistä halua ammatilliseen osaamisen kehittämiseen ja kehittämiseen.

### 3.9 Lähteet

- Ahonen, S., Saari, S., Syrjälä, L. & Syrjäläinen E. 1996. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Rauma: Kirjapaino Oy West Point.
- Alasuutari, P. 2007. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.
- Atjonen, P. 2007. Hyvä, paha arviointi. Helsinki: Tammi.
- Checklist for Qualitative Research. 2017. The Joanna Briggs Institute. Viitattu 10.5.2018. Saatavilla: [http://joannabriggs.org/assets/docs/critical-appraisal-tools/JBI\\_Critical\\_Appraisal\\_Checklist\\_for\\_Qualitative\\_Research2017.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/critical-appraisal-tools/JBI_Critical_Appraisal_Checklist_for_Qualitative_Research2017.pdf)
- Elo, S., Kanste, O., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. & Pölkki T. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2), 138–148 Viitattu 12.5.2018. Saatavilla: <https://www.researchgate.net/publication/261723764>
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Friman, M. 2004. Ammatillisen asiantuntijuuden etiikka ammattikorkeakoulutuksessa. *Studies in Education, Psychology and Sociology* 234. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä: Yliopistopaino.
- Heikkinen, V. 2019. Syöpää sairastavan potilaan lääkehoitoprosessin moniammatillinen kehittäminen. Ylempi (AMK) opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Kajaani. Saatavilla <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201905098509>
- Juuti, P. 2015. Johda henkilöstö asiakaskeskeisyyteen. Juva: Bookwell Oy.
- Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy–Juvenes Print.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kriittisen arvioinnin tarkistuslista tulkinnalliselle ja kriittiselle tutkimukselle. 2011. Viitattu 1.4.2018. Saatavilla: [http://www.hotus.fi/system/files/JBI\\_qari\\_appraisal.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/JBI_qari_appraisal.pdf)

- Kumpusalo-Vauhkonen, A., Järvensivu, T. & Mäntylä A. (toim.) 2016. Moniammatillisuus ikäihmisten lääkkeiden järkevän käytön edistämässä - kansallinen selvitys ja suositukset. Fimea, julkaisusarja 8. Viitattu 21.1.2018. Saatavilla: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130794/Moniammatillisuus%20ikäihmisten%20lääkkeiden%20järkevän%20käytön%20edistämässä%20-%20kansallinen%20selvitys%20ja%20suositukset.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Oy.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 17 (1), 37–45.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy. 21–40.
- Leinonen, T., Pekurinen, M. & Räikkönen, O. 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. *Stakesin raportteja* 38. Helsinki. Viitattu 7.7.2018. Saatavilla: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76850/R38-2008-VERKKO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lincoln, S.Y. & Guba, E. G. 1985. *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, Ca: Sage.
- Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A73. Turku: Juvenes Print. 23–33.
- Nurminen, M-L. 2011. Lääkehoito. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Parker, I. 1994. Qualitative research. Teoksessa P. Banister, E. Burman, I. Parker, M. Taylor & C. Tindall (eds.) *Qualitative methods in psychology: A research guide*. Buckingham: Open University Press. 1–15.
- Pietarinen, J. 1998. Tutkijan ammattietiikan perusta. Julkaisussa S. Lötjönen (toim.) Tutkijan ammattietiikka. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 6–12. Viitattu 9.2.2019. Saatavilla: <https://docplayer.fi/5449177-Tutkijan-ammattietiikka.html>
- Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 9. Helsinki. Viitattu 23.3.2019. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3963-9>
- PRISMA Flow Diagram. 2015. Viitattu 17.4.2018. Saatavilla: <http://prisma-statement.org/prisma-statement/flowdiagram.aspx>
- Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaaminen, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja sarja A51. Turku: Digipaino-Turun yliopisto. 46–57.
- Ruusuvuori, J. 2010. Litteroijan muistilista. Teoksessa J. Ruusuvuori, P. Nikander & M. Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino. 424–431.
- Saano, S. & Taam-Kukkonen M. 2015. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Sarvimäki, A. 2000. Johdanto etiikkaan. Teoksessa H. Kalkas & A. Sarvimäki. Hoitotyön etiikan perusteet. Helsinki: Wsoy. 12–36.
- Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A73. Turun yliopisto. 7–22.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Varhila, K. 2016. Turvallinen lääkehoito: Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki. Viitattu 14.11.2017. Saatavilla: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN\\_ISBN\\_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1)

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Juva: Bookwell Oy.

Välimäki, M. 2009. Eettiset ohjeet osana ammatillista etiikkaa. Teoksessa H. Leino-Kilpi & M. Välimäki (toim.) Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Wsoy. 165–180.

### Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Asikainen, J. 2018. Lääkehuoltopalvelujen toiminnallisena vaihtoehtona keskittämislähtöinen verkostoyhteistyö. Viitattu 3.4.2018. Saatavilla: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-2726-2/urn\\_isbn\\_978-952-61-2726-2.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2726-2/urn_isbn_978-952-61-2726-2.pdf)

Barber, N., Franklin, B. & McLeod, M. 2015. Facilitators and barriers to safe medication administration to hospital inpatients: a mixed methods study of nurses' medication administration processes and systems (the MAPS study). Viitattu 3.4.2018. Saatavilla: <http://kamezproxy01.kamit.fi:2156/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=61ff601c-db79-42b5-a532-7ae100b158a1%40sessionmgr4009>

Brandt, J., Rathert, C. & Williams E. 2011. Putting the "patient" in patient safety: a qualitative study of consumer experiences. Viitattu 3.4.2018. Saatavilla: <http://kamezproxy01.kamit.fi:2156/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=61ff601c-db79-42b5-a532-7ae100b158a1%40sessionmgr4009>

Hartikainen, P., Heikkilä, R., Kivekäs, E., Koskinen, T. & Vainio Kirsti. 2015. Lääkitysturvallisuuden riskikohdat ja lääkitysturvallisuutta edistävät toimintatavat – poimintoja osastofarmaseuteille suunnatusta kyselystä. Viitattu 9.1.2018. Saatavilla: <http://kamezproxy01.kamit.fi:2129/se/d/0783-4233/31/4/laakitys.pdf>

Härkänen, M. 2014. Medication-related adverse outcomes and contributing factors among hospital patients. Viitattu 3.4.2018. Saatavilla: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-1636-5/urn\\_isbn\\_978-952-61-1636-5.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1636-5/urn_isbn_978-952-61-1636-5.pdf)

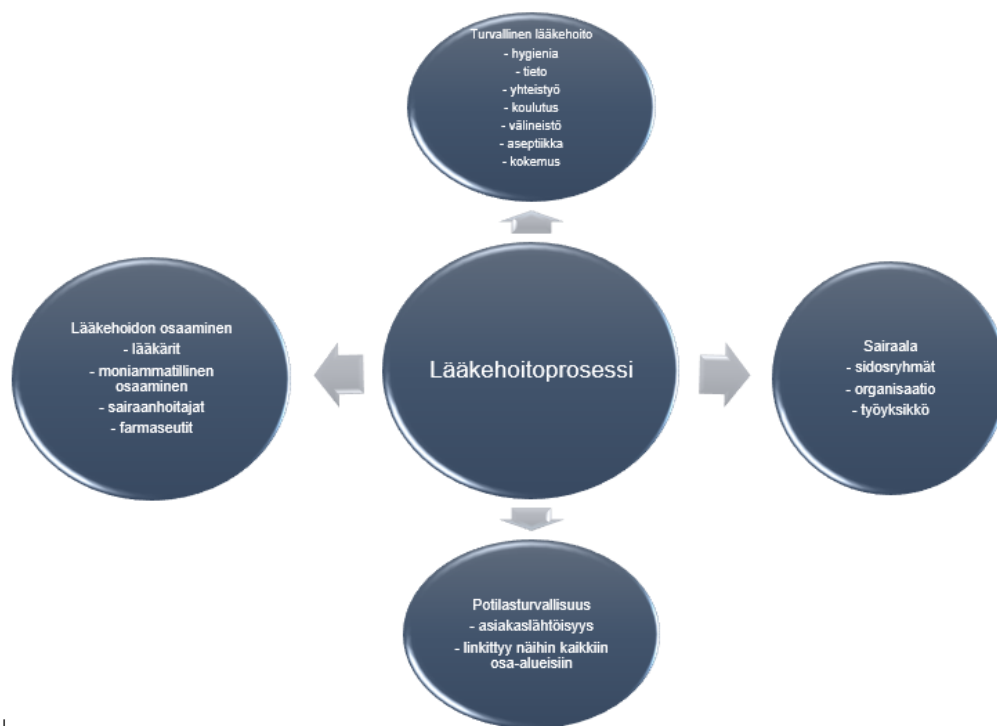
Kaunonen, M., Oja, K., Pitkänen, A., Ränkimies, M., Teuvo, S. & Uusitalo, M. 2014. Lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien taustalla olevat tekijät. Viitattu 3.4.2018. Saatavilla: <http://kamezproxy01.kamit.fi:2129/se/h/0786-5686/26/3/laakehoi.pdf>

Kumpusalo-Vauhkonen, A., Järvensivu, T. & Mäntylä A. (toim.) 2016. Moniammatillisuus ikäihmisten lääkkeiden järkevän käytön edistämisessä - kansallinen selvitys ja suositukset. Fimea, julkaisusarja 8. Saatavilla: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130794/Moniammatillisuus%20ikäihmisten%20lääkkeiden%20järkevän%20käytön%20edistämisessä%20-%20kansallinen%20selvitys%20ja%20suositukset.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sneck, S. 2016. Sairaanhoidajien lääkehoidon osaaminen ja osaamisen varmistaminen. Väitöskirja Acta Universitatis Ouluensis D Medica 1338. Viitattu 3.4.2018. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Medical research center Oulu. Oulun yliopistollinen sairaala. Tampere: Juvenes Print. Saatavilla: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526210667.pdf>

Varhila, K. 2016. Turvallinen lääkehoito: Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki. Saatavilla: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN\\_ISBN\\_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1)

Yousef, F. & Yousef N. 2017. Using total quality management approach to improve patient safety by preventing medication error incidences. Viitattu 3.4.2018. Saatavilla: <http://kamezproxy01.kamit.fi:2156/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=61ff601c-db79-42b5-a532-7ae100b158a1%40sessionmgr4009>



Kuvio 1. Mindmap lääkehoitoprosessin sisällöstä

Taulukko 2. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Tekijä(t), vuosi, tutkimuspaikka, tutkimuksen määrittelmä	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusasetelma, aineiston koko ja aineistonkeruu-menetelmä	Tutkimusaineisto otettiin kirjallisuuskatsaukseen	Keskeiset tulokset
Hartikainen, P., Heikkilä, R., Kivekäs, E., Koskinen, T. & Vainio Kirsti. 2015. Lääkitysturvallisuuden riskikohdat ja lääkitysturvallisuutta edistävät toimintatavat – poimintoja osastofarmaseuteille suunnatusta kyselystä. Suomi, alkuperäistutkimus	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää farmaseuttisen henkilöstön mielipiteitä tärkeimmistä lääkitysturvallisuuteen liittyvistä riskeistä sekä lääkitysturvallisuutta edistävästä toimintatavoista.	Kvantitatiivinen tutkimus. Aineiston koko (n=193) Sähköinen kyselytutkimus Osallistujat julkisella sektorilla sairaaloissa ja terveyskeskuksissa työskenteleviä osastofarmaseutteja ja farmasian ammattilaisia.	Tutkimuksen tulokset osiosta	Lääketurvallisuuteen koskevat riskit liittyivät usein kii-reeseen, työtapoihin, tiettyihin lääkeryhmiin, tietojen siirtämiseen ja ajantasaisuuteen. Lääkitysturvallisuutta kehittäviä toimintatapoja olivat kaksoistarkastus, lääkitysten tarkastus, koulutus, perehdytys, ajantasaiset toimintaohjeet sekä huolellisuus, tiedonkulun kehittäminen, kii-reen, häiriöiden ja keskeytysten välttäminen sekä avoin moniammatillinen työskentelytapa.
Kaunonen, M., Oja, K., Pitkänen, A., Ränkimies, M., Teuvo, S. & Uusitalo, M. 2014. Lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien taustalla olevat tekijät. Suomi, alkuperäistutkimus	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien taustalla olevia tekijöitä.	Kvalitatiivinen tutkimus Aineiston koko (n=2004), aineisto koostui yhden sairaanhoitopiirin terveysalan ammattilaisten ilmoittamista lääkeshoidon vaaratapahtumakirjauksista. Induktiivinen sisälönanalyysi	Tutkimuksen -osiosta	Lääkehoidossa tapahtuu erilaisia vaaratapahtumia, joiden kehittymiseen vaikuttavat tekijät voivat olla yksilö- tai organisaatiolähtöisiä. Lääkehoitoprosessin monimuotoisuudesta johtuen myös vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavat tekijät ovat erilaisia, joihin voi vaikuttaa esimerkiksi kehittämällä johtajuutta, lääkehoidon osaamista ja työkuultuuria ja -ympäristöä.
Asikainen, J. 2018. Lääkehuolto-palvelujen toiminnallisena vaihtoehtona keskittämislähtöinen verkostoyhteistyö. Suomi, väitöskirja	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää lääkehuolto-palvelujen alueellista keskittämisprosessia ja verkostomaista yhteistyötä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää automaatioteknologian hyödyntämismahdollisuuksia sairaalafarmasiassa ja tuottaa tietoa, joka on välittömästi käyttöön soveltamiskelpoisia.	Kvantitatiivinen tutkimus Tutkimus muodostuu kahdesta osatutkimuksesta, toimintatutkimus I-osatutkimuksessa kyselytutkimus Aineiston koko (n= 94), terveyskeskusten ja eri hoitolaitosten hoitohenkilöstö II-osatutkimuksessa kaksi kyselytutkimusta Aineiston koko (n= 32) vastaajina lääkehuollon henkilöstö ja (n=105) vastaajina hoitohenkilöstö.	Väitöskirjan yhteenvedosta	Lääkehuoltopalvelujen keskittäminen sairaala-apteekkeihin on kustannustehokas ja toimiva vaihtoehto organisoita alueelliset lääkehuoltopalvelut. Verkostoyhteistyö kehittää lääkehuollon kustannustehokkuutta pienentämällä hävikin ja lääkitysvirheiden määrää sekä alentaa hankinta- ja varastointikustannuksia. Lisäksi verkostoyhteistyö voi johtaa yhteisiin toimintamalleihin, lääkevalikoimiin ja vastuunjakoihin. Automaatioteknologia hyödyntämistarve sairaalafarmasiassa osana terveysteknologian kehittämistä on tiedostettu. Automaatioteknologialla vähennetään manuaalisia työvaiheita ja kehitetään lääkkeiden kokonaishallintaa, hygieenisyyttä ja vähennetään lääkitysvirheiden ja haittavaikutusten määrää. Lääkehuollon automaatiotratkaisuilla voidaan vaikuttaa työturvallisuuteen, työtilojen toimivuuteen ja hoitohenkilökunnan työajan käyttöön.

<p>Sneck, S. 2016. Sairaanhoidajien lääkehoidon osaaminen ja osaamisen varmistaminen Suomi, väitöskirja</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja selittää sairaanhoitajien lääkehoidon osaamista heidän itsensä arvioimana ja lääkehoidon teoria- ja lääkelaskutentin perusteella. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien käsityksiä lääkehoidon osaamisen varmistamisesta ja verkko-oppimisesta osaamisen varmistamisen menetelmänä.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus Poikittaistutkimus, jonka aineisto perustui sairaanhoitajille toteutettuun kyselytutkimukseen ja sairaanhoitajien lääkehoidon osaamisen tenttisuorituksiin. Aineiston koko (n= 2202)</p>	<p>Väitöskirjan tulokset -osiosta</p>	<p>Sairaanhoidajat arvioivat lääkehoidon osaamisensa hyväksi. Lääkelaskuissa on tois-tuvia ongelmia n. 5 %:lla vastaajista. Lääkehoidon verkkokurssin käyneet arvioivat osaamisensa paremmaksi kuin muut vastaajat. Säännöllisesti työssään vaativaa neste- ja lääkehoitoa toteuttavat arvioivat lääkehoidon osaamisensa muita paremmaksi. Verkkokurssi oli toimiva opetusmenetelmä osaamisen varmistamisessa, mutta myös muita opetusmenetelmiä tarvitaan. Jatkossa tulisi kehittää kansallinen yhtenäinen ja myös kansainvälinen osaamisen varmistamisen malli.</p>
<p>Härkänen, M. 2014. Medication-related adverse outcomes and contributing factors among hospital patients Suomi, väitöskirja</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli esittää kattava ja luotettava kuvaus sairaalan lääkehoidon prosessissa esiintyvistä ongelmista. Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia sairaalapotilaiden lääkehoidon vaaratapahtumia ja niihin myötävaikuttavien tekijöiden yhteyttä sekä vertailla eroja eri tutkimusmenetelmien välillä.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus Koostui neljästä osatutkimuksesta yhdessä suomalaisessa yliopistosaira-alassa, jotka analysoitiin tilastollisin menetelmin Aineiston koot: (n= 671) sairaalan lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumaraportit, (n= 463) satunnaisesti valitut potilaiden hoitokertomukset, (n= 1058) lääkkeiden antamisen havainnoinnin yhdistettynä potilaskertomus-analyysiin (n= 122).</p>	<p>Väitöskirjan tulokset -osiosta</p>	<p>Aineistossa havaittiin yhteensä 1059 lääkitysvirhettä ja 311 lääkehoidon haittatapahtumaa. Suurin osa lääkitysvirheistä olivat lääkkeiden antovirheitä tai kirjaamisvirheitä. Yleisimmät virhetyypit olivat väärä annos, lääke jäi saamatta tai väärä lääkkeenantotekniikka. Lääkevirheisiin liittyviä vaikuttavia tekijöitä olivat työympäristöön, työntekijään, lääkkeisiin ja potilaaseen yhteydessä olevat tekijät. Tutkimus osoitti, että lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumat ovat yleisiä.</p>
<p>Brandt, J., Rather, C. &amp; Williams E. 2011. Putting the "patient" in patient safety: a qualitative study of consumer experiences Yhdysvallat, tieteellinen artikkeli</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia potilasturvallisuutta akuutissa hoidossa olevien potilaiden näkökulmasta.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus Aineiston koko (n= 39) Tutkimukseen osallistujat olivat satunnaisesti valittuja pääkaupunkiseudun alueelta, joille esitetty puhelimitse tietyt kysymykset, jotka vaikuttivat, miten valittiin tutkimuksen osallistujaksi</p>	<p>Tutkimuksen johtopäätös -osiosta</p>	<p>Tuloksissa saatiin kolme teemaa, jotka vaikuttivat potilasturvallisuuteen: kommunikaatio, henkilöstö ja lääkehoito. Kommunikaatiossa oli havaittavissa tiedon puute, tiedon koordinoimien puute ja potilaat eivät saaneet tietoa, kun sitä olisivat tarvinneet. Henkilöstövaje vaarantaa potilasturvallisuuden. Tutkimukseen osallistujat ilmaisivat huolen hoitohenkilökunnan lääkeosaamisesta. Jos potilas esitti kysymyksiä lääkkeistä, hoitohenkilökunta ei välttämättä kyennyt vastaamaan, mikä loi epävarmuutta potilaille. On tärkeää ymmärtää potilaan näkökulma ja hänen kokemuksensa osaksi potilasturvallisuutta.</p>
<p>Yousef, F. &amp; Yousef N. 2017. Using total quality management approach to improve patient safety by preventing medication error incidences</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia nykyisiä lääkityskäytäntöjä sairaalassa ja selvittää syyt lääkitysvirheiden taustalta.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus Tutkimus toteutettu yhdessä sairaalassa. Kyselytutkimus Aineiston koko (n=106) sairaanhoitajaa</p>	<p>Tutkimuksen tulokset -osiosta</p>	<p>Lääkitysvirheet ovat maailmanlaajuinen ongelma, joka aiheuttaa haittaa ja kuolemia. Ne ovat erittäin kalliita ja haitallisia potilaiden turvallisuudelle.</p>



Syyria, tieteellinen artikkeli				Sairaanhoidajan rooli ja hänen osaamisensa ovat osa lääkehoitoprosessista, koska hän on osallisena lääkehoitoprosessin eri vaiheissa. Joten hänen toimintansa täytyy olla laadukasta ja hallittua. Lääkäreiden käsin kirjoitetut määräykset ovat potilasturvallisuusriski esimerkiksi huonon käsialan vuoksi.
Barber, N., Franklin, B. & McLeod M. 2015. Facilitators and barriers to safe medication administration to hospital inpatients: a mixed methods study of nurses' medication administration processes and systems (the MAPS study) Ruotsi, tieteellinen artikkeli	Tutkimuksena tarkoituksena oli tunnistaa tekijät, miten sairaanhoitajat antavat lääkkeitä turvallisesti sairaalassa eri haasteista huolimatta.	Kvalitatiivinen tutkimus Mixed-method etnografinen tutkimus, havainto-/kyselytutkimus Osastoja oli kolme, jotka valittiin tarkoituksenmukaisesti edustamaan useita sairaalahoitajajärjestelmiä. Kokenut tutkija havainnoi sovitun ajankohdan sairaanhoitajan toimintaa lääkierroksen aikana. Aineiston koko (n=43)	Tutkimuksen tulokset -osiosta	Tuloksissa havaittiin kolme erilaista teemaa, jotka ainakin osittain edistivät turvallisen lääkehoidon toteutumista. Ensimmäinen teema koski työyksikkökohtaisia menetelmiä, jotka ohjasivat lääkehoidon toteuttamista, mikä voi vaikuttaa hoitotyöntekijöiden käyttäytymiseen (teema numero kaksi) esimerkiksi, kuinka he ovat vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa (teema numero kolme). Tulosten perusteella tunnistettiin useita järjestelmällisiä sairaanhoitajan käytäytymismalleja, joilla on merkitystä turvalliseen lääkehoitoon.
Kumpusalo-Vauhkonen, A., Järvensivu, T. & Mäntylä A. (toim.) 2016. Moniammatillisuus ikäihmisten lääkkeiden järkevän käytön edistämiseksi - kansallinen selvitys ja suositukset. Fimea, julkaisusarja 8. Helsinki.				
Varhila, K. 2016. Turvallinen lääkehoito: Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki.				

#### 4 Muistisairaahan asukkaan kivun arviointi ja lääkkeetön kivunhoito

*Heli Marttinen, sairaanhoitaja ylempi (AMK), Vastaava sairaanhoitaja, Wiitaunionin sijaispankki  
Rauni Leinonen, KT, TTM, yliopettaja, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus, Sosiaali- ja terveysalan ylempi  
(AMK) koulutus, Kajaanin Ammattikorkeakoulu*

##### Tiivistelmä

Hoitotyöntekijöiden osaamisen kehittyminen ja työyhteisön osallistaminen kehittämiseen on merkityksellistä. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata aikaisempi tutkimusnäyttö muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnista ja lääkkeettömän kivunhoidon menetelmistä. Tutkimuskysymykset olivat, miten muistisairaahan potilaan kipua voidaan arvioida ja, mitä on hyvä muistisairaahan potilaan lääkkeetön kivunhoito? Kirjallisuuskatsaukseen valitut julkaisut käsittivät kansainvälisiä tieteellisiä artikkeleita sekä väitöskirjoja (n=694) vuosilta 2010–2017. Julkaisuja rajattiin otsikon, tiivistelmän, kaksoiskappaleiden poiston sekä kriittisen arvioinnin perusteella siten, että kirjallisuuskatsaukseen valikoitui yhteensä 15 julkaisua. Julkaisut haettiin Ovid, Medic, PubMed, Academic Search Elite, CINAHL, Arto, Ebook Central, Julkari sekä Terveysportti-tietokannoista. Katsaukseen valituista julkaisuista 10 oli kvalitatiivisia ja 5 kvantitatiivisia.

Katsaukseen valittujen julkaisujen aineisto luokiteltiin, ja se analysoitiin induktiivisen sisällön analyysin mukaisesti. Tulokseksi saatiin muistisairaahan kivun arviointi, joka sisälsi muistisairaahan kivun huomioimisen, muistisairauksien merkityksen kivun kokemukseen, kivun arviointimittarit ja niiden hyödyntämisen kivun arvioinnissa sekä yhteistyön merkityksen muistisairaahan kivun arvioinnissa. Tuloksena oli myös lääkkeetön kivunhoito, joka sisälsi lääkkeettömän kivun hoidon menetelmät sekä yksilöllisyyden merkityksen lääkkeettömän kivun hoidon menetelmien valinnassa. Muistisairaus jo sinällään vaikuttaa asukkaan kivun kokemukseen. Kivun arviointimittareita on useita, joista PAINAD-mittari on osoittautunut hyväksi muistisairaiden kivun arvioinnin välineeksi. Tuloksia hyödynnettiin opinnäytetyössä, kun kehitettiin muistisairaahan asukkaan kivun arviointia sekä lääkkeettömän hoidon toteutusta. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää asumispalveluyksikön hoitotyöntekijöiden osaamista muistisairaiden asukkaiden kivun hoidossa.

Asiasanat: muistisairas, muistisairaus, kivun arviointi, lääkkeetön kivunhoito

#### 4.1 Johdanto

Asukkaan tai potilaan kivun hoidon tarpeen arviointi on haastavaa. Muistisairaahan ihmisen kivun arvioiminen on vielä haastavampaa, koska muistipotilaan kognitiiviset kyvyt ovat usein osittain heikentyneet tai niitä ei enää ole. Kognitiivisella toimintakyvyllä tarkoitetaan tiedon vastaanottoa, sen säilyttämistä ja käyttöön liittyviä toimintoja. (Sainio, Koskinen, Sihvonen, Martelin & Aromaa 2013, 59.) Muistiongelmia on noin kolmasosalla 85-vuotiaista (Heikkinen 2013, 20). Kipu voi jäädä huomioimatta, jos ihmisen eleistä ja ilmeistä ei osata havaita kipua. Kivulla on vaikutuksia ihmisen jokapäiväisiin toimintoihin. Jos ihminen on hyvin kivulias, hän ei ehkä kykene kävelemään tai on jopa aggressiivinen. Myös hyvän elämänlaadun vuoksi ihmisen kipua tulee hoitaa, jotta hänen ei tarvitsisi kärsiä kivuista. Mäkelä ja Heikkilä (2016, 1, 3) ovat tutkineet kivun ja masennuksen yhteyttä hyvän elämän indikaattoreihin. Muistisairailla, joilla oli päivittäin kova tai häiritsevä kipu tai heillä oli masentuneisuutta, oli elämässään muita enemmän ankeutta.

Aihe on tärkeä, koska muistisairaiden asuminen kotona mahdollistuu aikaisempaa pidempään, jos heidän kipuunsa osataan reagoida nopeasti, ja jos kipu ei ehdi tehdä heistä toimintakyvyttömiä. Suomessa palveluita kehitetään suuntaan, jossa ihmiset voivat asua kodeissaan mahdollisimman pitkään huolimatta siitä, että toimintakyky on heikentynyt.

Kahden tulevan vuosikymmenen aikana väestön ikärakenteen vanheneminen on yhä nopeampaa, sillä 65 vuotta täyttäneiden määrä lisääntyy yli puolitoistakertaiseksi ja 80 vuotta täyttäneiden määrä kaksinkertaistuu (Sainio ym. 2013, 50). Vanhemman väestön lisääntyessä, myös muistisairauksista kärsivien ihmisten määrä lisääntyy. Tämän vuoksi muistisairaahan kokonaishoito ja huolenpito edellyttävät hoitotyöntekijöiltä laaja-alaista osaamista. Gerontologinen hoitotyö edellyttää gerontologista tietoa, eettistä orientaatiota ja erilaista menetelmä tietoa ja taitoa toimia ihmisten kanssa. Asiakkuusosaamisen vaatimus korostuu, jolla tarkoitetaan taitoa tunnistaa asiakkaan tarpeita ja voimavaroja, taitoa suhteuttaa niitä asiakkaan elämäntilanteeseen ja elinympäristöön, taitoa löytää asiakkaan kannalta toimivin tapa vastata palvelun tarpeeseen ja toisaalta taas ehkäistä palvelun tarvetta. Asiakkuusosaamiseen liittyy taito tunnistaa omat kyvyt toimia asiakkaan parhaaksi sekä ymmärtää oman toiminnan rajat. Se edellyttää vuorovaikutusosaamista, jossa korostuu läsnäolo ihmiseltä ihmiselle. (Tiikkainen & Heikkinen 2013, 464.)

#### 4.2 Kirjallisuuskatsauksen tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Kirjallisuuskatsaukselle on tyypillistä etsiä vastausta kliiniseen kysymykseen, minkä avulla aikaisempi tutkimustieto pyritään saamaan käytännön hoitotyön perustaksi eli näytöksi (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 14). Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata aikaisempi tutkimusnäyttö muistisairaana asukkaan kivun arvioinnista ja lääkkeettömän kivunhoidon menetelmistä. Aikaisempien tutkimusten tunnistamisessa käytettiin tarkkaa hakumenettelyä PICO:a, jonka avulla kirjallisuushaussa tutkimuskysymykset muutetaan hakutermeiksi (Malmivaara & Komulainen 2014, 1635; Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 14; Isojärvi 2017). Tutkimuskysymykset muotoiltiin ja selkiytettiin PICO:n avulla.

Tutkimuskysymykset olivat muuta

1. Miten muistisairaana potilaan kipua voidaan arvioida?

2. Mitä on hyvä muistisairaana potilaan lääkkeettömän kivunhoito?

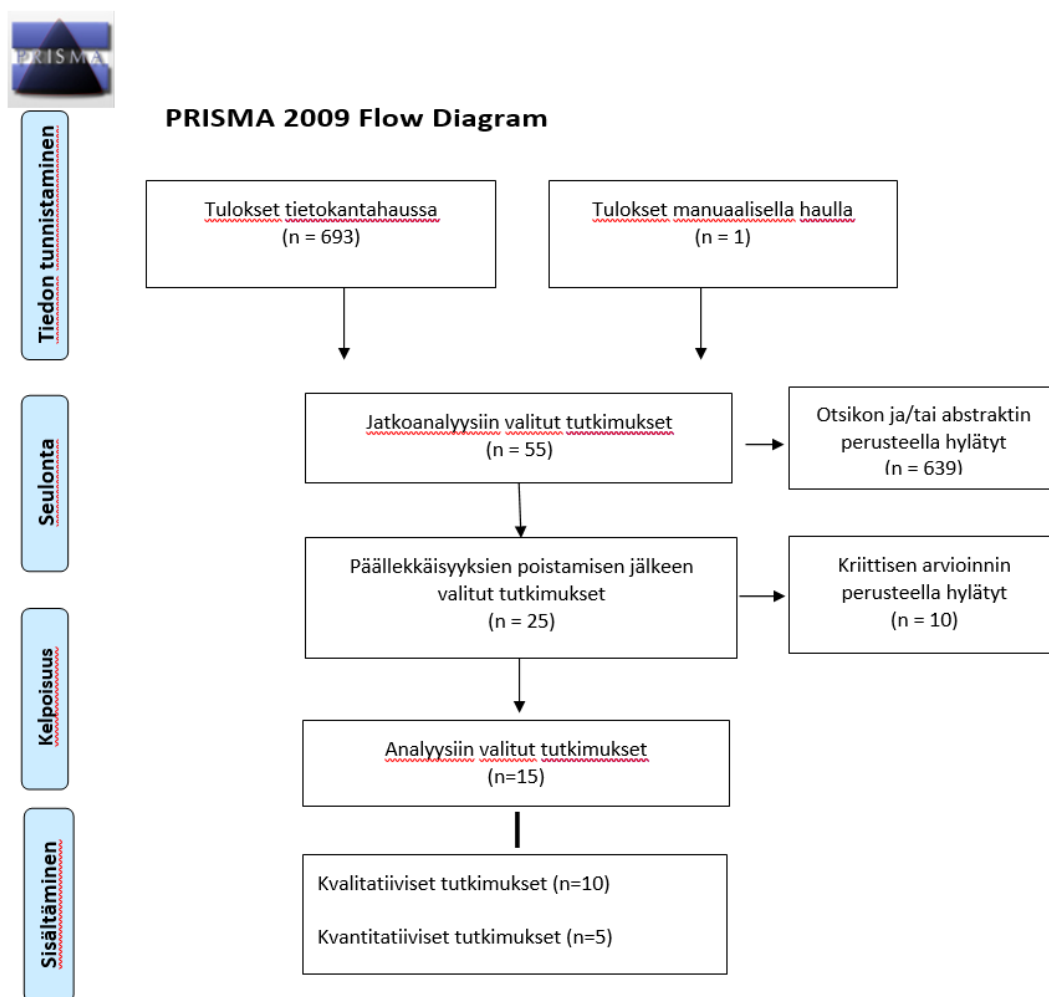
Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli saada kehittämisprosessin alussa selville aikaisempi tutkimustieto muistisairaana asukkaan kivun arvioinnista ja lääkkeettömän kivunhoidon menetelmistä hoitotyöntekijöiden osaamisen kehittämiseksi muistisairaiden asukkaiden kivun hoidossa. Opinäytetyön tavoitteena oli kehittää asumispalveluyksikön hoitotyöntekijöiden osaamista muistisairaiden asukkaiden kivun hoidossa.

#### 4.3 Toteutus

Kirjallisuuskatsauksen lähestymistapa mukaili systemaattista katsausta, jonka avulla pyrittiin löytämään kaikki pätevä tutkimukset (Isojärvi 2017) ja muodostamaan kokonaiskuva määritetystä aiheesta ja asiakokonaisuudesta (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 7). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on erotettavissa omaksi kokonaisuudekseen tarkan seulomisen perusteella, missä jokainen tutkimus käydään huolellisesti läpi noudattaen katsaukselle asetettuja kriteereitä (Salminen 2011, 11). Kirjallisuuskatsauksessa keskeisimpiä asioita ovat tarkasti muotoiltu tutkimuskysymys, valitut menetelmät, toteutetut menettelytavat ja kattavasti toteutettu tutkimusten hakutoiminto.

Kirjallisuushakua tehtiin syksyllä 2017 kansainvälisistä ja kotimaisista Ovid, Medic, PubMed, Academic Search Elite, CINAHL, Arto, Julkari, E-book Central sekä Terveysportti tietokannoista. Manuaalista hakua suoritettiin sekä Pihtiputaan että Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjastossa. Kirjallisuuskatsauksen kirjallisuushakua rajattiin suomen- ja englanninkielisiin julkaisuihin, jotka olivat ilmestyneet vuodesta 2010 alkaen. Katsaukseen valittujen tutkimusten tuli noudattaa seuraavia sisäänottokriteereitä: 1. Suomen- ja englanninkielisyys, 2. Kokoteksti, 3. Saatavilla e-aineistona, 4. Julkaisuvuosi 2010 ja sitä uudemmat julkaisut sekä 5. Otsikon piti sisältää vähintään kaksi käytettyä hakusanaa.

Tietokannoista saatiin kirjallisuushaun tuloksena 693 tutkimusta (Ovid 52, PubMed 374, Medic 9, Academic Search Elite sekä CINAHL yhteensä 81, E-book Central 76, Arto 1, Julkari 49 sekä Terveysportti 50) ja 1 julkaisu manuaalisella haulla, joka oli julkaistu Suomen lääkäri-lehdessä. Julkaisut käytiin läpi sisäänottokriteereiden mukaisesti. Otsikon ja abstraktin lukemisen perusteella katsaukseen valittiin yhteensä 55 tutkimusta (Ovid 3, PubMed 22, Medic 2, Academic Search Elite sekä CINAHL yhteensä 27, E-book Central 0, Arto 0, Julkari 0 sekä Terveysportti 1). Päällekkäisten tutkimusten poistamisen jälkeen tutkimuksia jäi vielä 25, jonka jälkeen jäljelle jääneille tutkimuksille tehtiin kriittinen arviointi Hotuksen internetsivuilta löytyvien tarkastuslistojen avulla. Kriittisen arvioinnin jälkeen kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelle jäi 10 tutkimusta, koska seurantajaksot olivat tutkimuksissa lyhyitä ja tutkimusten tulosten mittaaminen oli epäluotettavasti tehty (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 94). Tutkimusten hakeminen eri tietokannoista on kuvattu kuviossa 1.



Kuvio 1. Tutkimusten hakuprosessi eri tietokannoista

Suurin osa kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista oli laadullisia tutkimuksia (n=10) ja englanninkielisiä. Tutkimusten aiheet liittyivät muistisairaiden kivun arviointiin ja hoitoon sekä lääkkeettömiin hoitomenetelmiin. Osa tutkimuksista tai artikkeleista oli asiantuntija-artikkeleita. (Marttinen 2019, liite 3).

#### 4.4 Aineiston analyysi

Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ja artikkelit analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysi määritellään yleisesti menettelytavaksi, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysiä käytetään kuvailemaan tutkittavaa ilmiötä. Sen avulla voidaan muodostaa tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsittejärjestelmä, käsittekartta tai malli. Induktiivisessa sisällönanalyysissä edetään aineiston ehdoilla.

(Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 139.) Ideana menetelmässä on vertailla aineistoa ja tehdä siitä sisäisesti kestäviä tulkintoja. Analyysin tuloksena on mahdollista saavuttaa malli, joka on sopusoinnussa aineiston kanssa. Laadullista aineistoa luokitellaan ja klusteroidaan monin eri tavoin. (Eskola & Suoranta 2014, 186–187.)

Aineistoon perehtyminen aloitettiin lukemalla valikoitujen tutkimusten ja artikkelien tulokset ja johtopäätökset useaan kertaan. Tämän jälkeen tekstinkäsittelyohjelman avulla litteroitiin jokaisen kirjallisuuskatsaukseen valitun 15 tutkimuksen ja artikkelin tulokset tai johtopäätökset. Englanninkielinen aineisto käännettiin litterointivaiheessa suomen kielelle. Aineistoa saatiin yhteensä 3 sivua. Litteroinnin jälkeen aineisto koodattiin tutkimuskysymys kerrallaan. Aineistosta alleviivattiin tutkimuskysymykseen vastauksen antava sana, sanayhdistelmä tai lause, jotka valittiin analyysiyksiköiksi. Analyysiyksiköiden mukaisesti muodostui suorat ilmaukset, aineisto koodattiin ja näin aineisto luokiteltiin ala- ja yläluokkiin. Analyysiyksikön valintaan vaikuttavat aineiston laatu ja tutkimuskysymykset (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122).

Taulukossa 1 on kuvattu esimerkki tärkeiden samankaltaisten ilmausten yhdistelystä ala- ja yläluokkiin.

Taulukko 1. Esimerkki samankaltaisten tärkeiden ilmausten yhdistelystä ala- ja yläluokkiin

Tutkimuskysymys: Miten muistisairaahan asukkaahan kipua voidaan arvioida?		
Tärkeät ilmaukset	Alaluokat	Yläluokat
KA1 Levottomuus KA2 Hengenahdistus KA3 Aspiraatio KA6 Käyttöoireet KA9 Oireiden hallinta KA12 Negatiivisten tunneilmaisujen tarkkailu KA18 Kliiniset kipuarviot KA19 Käyttäytyminen KA26 Kipu käyttäytyminen KA32 Yksilöllisyys KA36 Vastuullisuus KA37 Tietoisuus KA38 Keskustelu muiden työntekijöiden kanssa KA39 Erilaiset kipusanat KA40 Ei-sanallinen ilmaisu KA41 Visuaalinen ilme KA42 Normaalin käytöksen muutokset KA43 Säännöllinen seuranta KA4 Kipuoireet muistuttavat loppuvaiheen syöpää sairastavan kipua KA5 Elämänlaadun huonontuminen	KAa <i>Muistisairaahan kivun huomioiminen</i> (KA1, KA2, KA3, KA6, KA9, KA12, KA18, KA19, KA26, KA32, KA36, KA37, KA38, KA39, KA40, KA41, KA42, KA43)  KAb <i>Muistisairauksien merkitys asukkaahan kivun kokemukseen</i> (KA4, KA5, KA11, KA16, KA20, KA21, KA22, KA32, KA33)	KA <b>Muistisairaahan kivun arviointi</b> (KAa; KAb)

Samankaltaiset tärkeät ilmaukset yhdisteltiin ala- ja yläluokkiin. Yläluokiksi muodostuivat muistisairaahan kivun arviointi sekä lääkkeetön kivunhoito.

#### 4.5 Tulokset

Tulokset raportoidaan yläluokittain. Yläluokkia kuvaavat alaluokat on kursivoitu. Alaluokat antavat vastaukset tutkimuskysymyksiin, miten muistisairaahan asukkaan kipua voidaan arvioida, ja mitä on hyvä muistisairaahan asukkaan lääkkeetön kivunhoito.

##### *Muistisairaahan kivun arviointi*

Edennyttä muistisairautta sairastavan ihmisen kipuoireen tunnistaminen sekä kivun asteen arviointi ovat haasteellista. Osa sairastuneista ei osaa arvioida tai kuvailla kipuaan, ja kipu saattaa näyttäytyä ahdistuneisuutena tai aggressiivisuutena. (Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 42.) Kipu on epämiellyttävä ja subjektiivinen kokemus (Cunningham 2010, 30). Ikääntyneen väestön kivun arviointi on haastavaa, varsinkin jos iäkkäällä ihmisellä on kognitiivisia tai kommunikatiivisia vajavaisuuksia (Chapman 2010, 35). Kivun arviointiin on kehitetty useita mittareita ja menetelmiä, joista osaa voidaan käyttää myös muistisairaahan potilaan kivun arvioinnin tukena.

##### *Muistisairaahan kivun huomioiminen*

Tulosten mukaan muistisairaahan potilaan kipu voidaan havaita tarkkailemalla käytösoireita, joista korostuivat levottomuus, hengenahdistus, ruoan/juoman aspiointi ja ääntely (erilaiset kipusanat). Tulosten perusteella voidaan todeta, että kivun kokemus on yksilöllistä. Tämän vuoksi jokaisen muistisairaahan potilaan käytöstä tulee seurata, jotta normaalin käytöksen mahdolliset muutokset havaitaan heti. Myös ei-sanallinen ilmaisu ja visuaalinen ilme, eli kasvojen ilmeet, nousivat aineistossa asioiksi, joita muistisairaiden hoitotyötä tekevien tulee tarkkailla, jotta mahdollinen potilaan kipu havaitaan ajoissa. Tärkeänä asiana korostui myös työntekijöiden keskinäinen kommunikointi. Tämä on tärkeää, koska tieto muistisairaahan potilaan terveydestä ja mahdollisista käytökseen liittyvistä muutoksista, tulee siirtyä hoitotyöntekijältä toiselle.



### *Muistisairauksien merkitys kivun kokemukseen*

Tuloksissa korostui, että muistisairautta sairastavan kipuoireet voivat muistuttaa loppuvaiheen syöpää sairastavan potilaan kipuoireita. Esille nousi myös, että Alzheimerin tautia sairastavan kipuperkkyys on lisääntynyt akuuteissa kiputiloissa ja, että Alzheimerin taudin vakavuus vaikuttaa kivun kokemukseen. Tulosten mukaan muistisairaiden potilaiden kivun merkitysmuisti on vähentynyt, ja vaskulaarista dementiaa sairastavat voivat kokea voimakkaampaa kipua kuin muita dementoivia sairauksia sairastavat potilaat. Tuloksissa korostui myös potilaan ikään perustuva syrjintä ja sen yhteys iäkkäiden aikuisten kivun arviointiin ja hoitoon. Kuitenkin kivun kokemus on aina yksilöllistä.

### *Kivunarviointimittarit ja niiden hyödyntäminen kivun arvioinnissa*

Tuloksista nousi kolme erilaista kipumittaria, joita muistisairaiden kivun arvioinnissa on käytetty. CNPI-, PAINAD-, ja MOBID-2-kipumittarit korostuivat muistisairaiden kivun arvioinnissa. Olemassa on myös muita erilaisia menetelmiä, tekniikoita, kipupiiroksia ja mittareita, joilla kivun kokemusta voidaan arvioida. Jokaiseen työyksikköön tulee valita sopivin kivun arviointimittari oman potilasryhmänsä luonteen mukaisesti.

### *Yhteistyön merkitys muistisairaana kivun arvioinnissa*

Moniammatillisten tiimien ja yhteistyön tärkeys ylipäänsä korostui tuloksissa. Myös toimien yhdenmukaisuus nostettiin esille, koska muistisairaana kipu vaatii tarkkaa tunnistamista. Henkilökunnan keskinäinen kommunikointi oli tärkeää, koska sujuvan tiedonkulun ja havaintojen perusteella potilaan kivun hoito ja arviointi ovat laadukasta. Potilaiden kipukokemusten säännöllinen seuranta, työntekijöiden vastuullisuus ja hyvä kivun lievitys kuvaavat myös laadukasta hoitoa. Henkilökunnan tulee olla tietoisia siitä, miten potilaan kipua voidaan arvioida ja heillä pitää olla omat kivunhallintastrategiat.

### **Lääkkeetön kivun hoito**

Kivun hoitoon voidaan, tulosten mukaan, käyttää erilaisia lääkkeettömiä kivun hoitomenetelmiä, joita käytetään myös lääkehoidon lisänä. Tuloksista ilmeni, että esimerkiksi Sveitsissä kiinalainen lääketiede, akupunktio, homeopatia, antropofistinen lääketiede sekä neutraaliterapia ja kasvi-peräinen lääketiede on otettu laajalti käyttöön ja ne kuuluvat perusvakuutuksen piiriin, kun näiden tuottajana on laillistettu lääkäri (Klein, Torchetti, Frei-Erb & Wolf 2015, 1).

### *Lääkkeettömän kivun hoidon menetelmät*

Tulosten mukaan lääkkeettömiä kivun hoitomenetelmiä ovat esimerkiksi musiikki, erilaiset liikuntaharjoitteet, terapeuttiin ote, lemmikkiterapia, homeopatia, naturopatia, kasvipöytä lääkitys sekä akupunktio. Tulosten mukaan musiikilla on rauhoittava vaikutus, koska se vie muistisairaahan ajatuksen pois kivun kokemuksesta ja vastaavasti liikuntaharjoitteet tukevat sitä, että kehosta ei tule aikaisempaa huonokuntoisempi. Kun kehosta tulee huonokuntoinen, niin ihminen kokee kipua todennäköisesti aikaisempaa enemmän. Vuodepotilaiden kipua voidaan lievittää asento- ja liikuntahoidon avulla.

### *Yksilöllisyyden merkitys lääkkeettömän kivun hoidon menetelmien valintaan*

Tulokset painottivat, että jokaisen muistisairaahan potilaan kohdalla tulee yksilöllisesti miettiä, mitä lääkkeettömän hoidon menetelmiä voidaan milloinkin käyttää. Kaikille muistisairaalle potilaalle ei voida käyttää samoja hoitomenetelmiä.

## 4.6 Eettisyys ja luotettavuus

Kirjallisuuskatsauksessa tehdyt valinnat ovat eettisiä ratkaisuja. Valintoja ja niiden merkitystä pitää arvioida myös seurannaisvaikutusten osalta. Valittu katsauksen aihe on merkittävä yhteiskunnallisesti, koska ikääntyvän väestön ja sen seurauksena myös muistisairaiden määrä yleistyy. Muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnin sekä lääkkeettömän kivun hoidon kehittämistä on tärkeää tutkia, koska jokaisella ihmisellä on oikeus kivuttomaan ja hyvään elämään (Marttinen 2019). Eettisen pohdinnan on oltava läsnä koko prosessin ajan, koska valintoja tulee miettiä vielä tuloksia ja johtopäätöksiä muodostettaessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218; Tuomi & Sarajärvi 2009, 125.) Tulokset voivat olla uskottavia, jos noudatetaan hyvän tieteellisen käytännön edellyttämiä toimintatapoja. Rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus ovat tärkeitä muun muassa katsauksen hakuprosessin, tutkimusten valinnan, tulosten analyysin ja esittämisen yhteydessä. Myös tulosten arvioinnissa täytyy olla rehellinen, huolellinen ja tarkka. Kokonaisuus suunnitellaan, toteutetaan ja raportoidaan sekä syntyneet tietoaineistot tallennetaan tieteellisen tiedon vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Varantola, Launis, Helin, Spoof & Jäppinen 2012, 3–6.)

Tärkeää on totuudessa pysyminen, kun hyödynnetään toisten tutkimuksia, ja esitetään niiden tuloksia. Jokainen lainaus toisten tutkimuksista ja lähteistä on asianmukaisin viitemerkinnöin merkittävä. Tuloksia on tarkoitus hyödyntää työyhteisön asukkaiden hyväksi, ja siksi on hyvä arvioida

tulosten hyödyntämisen laajuutta sekä eettisyyttä. Ideoita esittämällä eettisyys ei toteudu, vaan on sitouduttava niiden toteuttamiseen (Marttinen 2019, 84).

*Uskottavuus* viittaa tässä yhteydessä siihen, miten ”totuus” on rakentunut tutkijan ja aikaisempien tutkimusten tulkinnan kesken (vrt. Eskola & Suoranta 2014) eli, miten katsauksentekijä on saavuttanut tutkittavan todellisuuden, ja miten hän on saavuttanut tulosten totuudenmukaisuuden (ks. Leinonen 2012, 502). Toisin sanoen, miten aineistosta tehdyt käsitteellistykset (luokitukset) ja tulkinnat vastaavat alkuperäisten tutkimusten käsityksiä ja miten kattavasti (Lincoln & Cuba 1985, 317; Eskola & Suoranta 2014). Kirjallisuuskatsauksen uskottavuutta saattoi heikentää kieliharha, koska katsaukseen valituista tutkimuksista lähes kaikki olivat englanninkielisiä (Marttinen 2019, liite 3). Kirjallisuushaussa, vaikka se tehtiin huolellisesti, ulkopuolelle saattoi jäädä tutkimuksia, jotka olisivat olleet päteviä. Tulokset olisivat luonnollisesti erilaiset, jos sisäänotto- ja poissulkukriteerit sekä aikarajaus olisivat olleet erilaiset. Alkuperäisten tutkimusten ja artikkeleiden laadun arvioinnin tukena käytettiin JBI:n arviointikriteereitä Kriittisen arvioinnin tarkastuslista tulkinnalliselle ja kriittiselle tutkimukselle (2013) ja Kriittisen arvioinnin tarkastuslista kohortti/tapaus-kontrolli tutkimukselle (2013).

*Kyllästeisyys* tarkoittaa sitä, että katsauksentekijä on saanut ilmiöstä olennaisen tiedon aineiston keruussa, analyysissä, tulkinnassa ja raportoinnissa (aineiston tarkoituksenmukaisuus ja syvyys). Kyllästeisyydellä tarkoitetaan lähinnä sitä, että aineisto pyrittiin hankkimaan ennakkoon laadittujen sisäänotto- ja poissulkukriteereiden mukaisesti ja analysoimaan saatu aineisto perusteellisesti aikaisemman tiedon esille saamiseksi. Saatu aineisto oli monipuolinen. Elektronisen haun onnistuminen on katsauksen luotettavuuden perusta. Aineiston kriteerinä tulisikin olla sen tarkoituksenmukaisuus ja mahdollisuus ilmiön syvälliseen ymmärtämiseen, ei aineiston laajuus tai viitteiden määrä (Patton 2002, 242–245). Kokonaisaineiston perusteella saatiin käsitys, miten muistisairaahan asukkaan kipua voidaan arvioida, ja mitä on hyvä muistisairaahan asukkaan lääkkeetön kivunhoito.

*Vahvistettavuus* viittaa siihen, miten katsaus on kuvattu ja raportoitu niin, että toinen lukija voi seurata prosessia pääpiirteissään. Vahvistettavuutta on lisätty noudattamalla avoimuutta ja perusteellisuutta aineiston analyysissä ja raportoinnissa. Katsauksentekijän on löydettävä mieli tulkinnan kohteesta eikä sitä saa sinne kuljettaa. Mieli viittaa kokonaisuuteen, jossa merkitykset ovat suhteessa toisiinsa. Tulosten tulee perustua aineistoon eikä katsauksentekijän omiin käsityksiin (ks. Lincoln & Cuba 1985, 300). Näin lukijat pystyvät arvioimaan tulosten vahvistettavuutta seuraamalla tehtyjä tulkintoja ja arvioimaan niiden pitävyyttä.

*Toistettavuus* tarkoittaa, että toinen tutkija pääsee samoihin tuloksiin seuraamalla tutkijan päätelyketjua (Eskola & Suoranta 2014). On tärkeää kuvata, että tutkittava ilmiö esiintyy, on olemassa, ja se ei ole satunnainen. Tulosten tarkalla kuvauksella pyrittiin tuomaan esille tulkintojen syvenemisen mutta myös katsauksen toistettavuus. Toistettavuuteen liittyy läheisesti myös refleksiivisyys eli katsauksentekijän tietoisuus omista lähtökohdistaan, merkityksestä aineistoon ja prosessiin. Hänen on osoitettava looginen yhteys tutkittavan ilmiön, tiedonhakuprosessin, tietoperustan, analyysimenetelmän ja raportoinnin välillä. Katsauksessa haetut viitteet ja niistä saatu aineisto ovat osittain ainutkertaisia, koska tiedonhakuprosessi on toistettavissa mutta aikaisemmista tutkimuksista valittu aineisto sisällöllisesti on aina katsauksentekijän henkilökohtainen valinta suhteessa katsauksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymykseen (vrt. Leinonen 2012, 502). Vahvuutena katsauksessa on myös hakuprosessin toistettavuus, koska se on kuvattu huolellisesti.

*Siirrettävyydellä* tarkoitetaan sitä, missä määrin tutkimustulokset ovat sovellettavissa muualle ja missä määrin tuloksia voidaan hyödyntää (Lincoln & Cuba 1985, 298; Eskola & Suoranta 2014). Siirrettävyys liittyy tässä ilmiön yleistettävyyteen, jolloin keskeistä ovat ne tulkinnat, jotka tehtiin aineistosta (ks. Eskola & Suoranta 2014). Tulosten perusteella muistisairaahan asukkaan kivun arviointi ja lääkkeetön kivunhoito ovat merkityksellisiä ja siksi tulosten käytäntöön vieminen on tärkeää. Tulosten sovellettavuus muistisairaahan asukkaan hoito- ja hoivakontekstiin on mahdollista (Marttinen 2019), ja tuloksista voi olla hyötyä tarkasteltaessa ilmiötä myös muissa vastaavissa toimintaympäristöissä, vaikka tulokset perustuvat pääosin ulkomaisiin tutkimuksiin.

#### 4.7 Pohdinta ja johtopäätökset

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata aikaisempi tutkimusnäyttö muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnista ja lääkkeettömän kivunhoidon menetelmistä. Tuloksissa korostui muistisairaahan kivun arvioinnin yksilöllisyys. Jokainen muistisairas potilas tulee kohdata yksilönä hänen kipuaan arvioitaessa ja lääkkeetöntä hoitoa suunniteltaessa.

Lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä on useita. Muistisairaus jo sinänsä vaikuttaa kivun kokemukseen. Muistisairaalla potilaalla sairaus voi lisätä kivun kokemusta ja toisilla taas kivun kokemusta ei ole. Tulosten mukaan myös kivun merkitysmuisti voi olla hävinnyt, jolloin muistisairas ei muista olleensa kipeä tai ei muista miksi tai mistä oli kipeä. Non-verbaalisten viestien lukemisen osaaminen korostuu muistisairaahan potilaan kipua arvioitaessa. Erilaisten ilmeiden, eleiden ja ääntelyiden yhdistäminen kivun kokemukseen on tärkeää. Tämän vuoksi muistisairaiden potilaiden

tarkka seuranta ja havainnoista keskusteleminen hoitotyöntekijöiden ja moniammatillisen tiimin toimijoiden kanssa on tärkeää. Jokainen eri ammattiryhmän edustaja pystyy tuomaan oman osaamisensa myötä lisäarvoa muistisairaana potilaan kivun hoitoon ja sen arviointiin.

PAINAD-kipumittari on tulosten mukaan osoittautunut hyväksi muistisairaiden kivun arviointimittariksi. PAINAD-kipumittari perustuu kivun aiheuttamien käyttäytymisen muutosten havainnointiin. Oosterman, Hendriks, Scott, Lord ja Sampson (2014) vertasivat PAINAD-mittaria sekä Wong-Bakerin FACES mittaria. Tulosten mukaan muistisairailta potilailta oli vaikeuksia tunnistaa tilanteet, joissa heillä oli kipuja. Heillä oli myös vaikeuksia käyttää mittaria, jossa heidän täytyy itse arvioida kipukokemustaan.

Vaikeasti muistisairaana kivun ja kärsimyksen hoito edellyttävät palvelutalojen hoitohenkilöstön osaamisen kehittämistä ja siksi kyseisissä hoitoyksiköissä tulee kehittää potilaan kivunhoidon osaamista ja riittävää potilaan lääkitsemistä (Finne-Soveri, Jakovljevic, Mäkelä, Heikkilä, Andersen, Kylänen, Leppäaho & Hammar 2018, 1). On tärkeää, lääkkeettömien hoitomenetelmien käytössä, potilasohjauksessa ja potilaan omien selviytymismenetelmien tukemisessa, että eri ammattiryhmät viestivät yhdenmukaisesti, koska ristiriitaiset hoito-ohjeet hämmentävät potilasta ja heikentävät luottamusta hoitoon (Haanpää, Hagelberg, Hannonen, Liira & Pohjolainen n.d, 19).

Kivun arvioinnin osaaminen on tärkeää, jotta muistisairaana asukkaana kivun kokemukseen osataan vastata mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Muistisairaiden terveyspalveluiden järjestämisessä on muistisairaiden ihmisten elämänlaadun varmistaminen keskeinen tavoite. Ympärivuorokautisessa hoidossa on todettu muistisairaana ihminen elämänlaadun olevan heikompaa kuin kotona. Jos hoitoympäristö on pieni ja kodikas, se kohentaa muistisairaiden ihmisten elämänlaatua myös ympärivuorokautisessa hoidossa. (Stolt, Koskenniemi, Katajisto, Hupli, Jartti, Suhonen & Leino-Kilpi 2015, 62–63.) Hoitohenkilöstön osaamisvaatimukset muuttuvat sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä, ja tämän vuoksi hoitotyön johtajalta edellytetään osaamistarpeiden ennakkointia. Erityisen tärkeää osaamisen johtaminen on muutostilanteissa ja muutoksen johtamisessa. Osaamisvajetta tulee tunnistaa ja korjata, jotta uusi käytäntö johtaa pysyvään muutokseen. (Holopainen, Juntila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2014, 69.)

Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella voidaan todeta, että on olemassa erilaisia lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä. On suotavaa, että niitä käytetään myös muistisairaana potilaan hoito- ja hoivatyössä. Usein muistisairailta potilailta on paljon lääkkeitä, ja niiden määrän vähentäminen on eduksi potilaalle. Lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien käyttöön ottaminen to-

dennäköisesti myös vähentää muistisairaana potilaan lääkehoitoa. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli saada selville aikaisempi tutkimustieto muistisairaana asukkaana kivun arvioinnista ja lääkkeettömän kivunhoidon menetelmistä hoitotyöntekijöiden osaamisen kehittämiseksi muistisairaiden asukkaiden kivun hoidossa. Tulosten perusteella voidaan lähteä kehittämään asumispalveluyksikön hoitotyöntekijöiden osaamista muistisairaiden asukkaiden kivun hoidossa (Marttinen 2019). On tärkeää, että muistisairaana potilaan lääkkeettömän kivunhoidon toteuttamisesta ja toimivuudesta hoitotyössä tehdään tutkimusta.

#### 4.8 Lähteet

- Chapman, S. 2010. Managing pain in the older person. *Nursing standard* 25(11), 35–39.
- Cunningham, C., McClean, W. & Kelly, F. 2010. The assessment and management of pain in people with dementia in care homes. *Nursing Older People* 22(7), 29–35
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2014. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Finne-Soveri, H., Jakovljevic, D., Mäkelä, M., Heikkilä, R., Andreasen, P., Kylänen, M., Leppä-aho, S. & Hammar, T. 2018. Vaikeasti muistisairaana vanhuksen kivun hallinta toteutuu palvelutalossa huonommin kuin laitoksessa. Viitattu 30.10.2018. Saatavilla: <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/vaikeasti-muistisairaana-vanhuksen-kivun-hallinta-toteutuu-palvelutalossa-huonommin-kuin-laitoksessa/>
- Haanpää, M., Hagelberg, N., Hannonen, P., Liira, H. & Pohjolainen, T. n.d. Kroonisen kivun hoito-  
opas. Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen ry. Viitattu 30.10.2018. Saatavilla: [https://skty-org-bin.directo.fi/@Bin/60748d47a0a23d55f7b73550e7b7eb0a/1582735379/application/pdf/171537/Kroonisen%20kivun%20hoito-opas\\_final.pdf](https://skty-org-bin.directo.fi/@Bin/60748d47a0a23d55f7b73550e7b7eb0a/1582735379/application/pdf/171537/Kroonisen%20kivun%20hoito-opas_final.pdf)
- Heikkinen, E. 2013. Gerontologia. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia tieteenalana. Saarijärvi: Saarijärvi Offset Oy. 16–25.
- Holopainen, A., Junntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2014. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo: Bookwell Oy.
- Hyvän hoidon kriteeristö. 2016. Muistiliitto. Saatavilla: [https://www.muistiliitto.fi/application/files/5314/8666/3660/Hyvan\\_hoidon\\_kriteeristo\\_2016\\_interaktiivinen.pdf](https://www.muistiliitto.fi/application/files/5314/8666/3660/Hyvan_hoidon_kriteeristo_2016_interaktiivinen.pdf)
- Isojärvi, J. 2017. PICO:tutkimuskysymys. Versio 1.1. HTA-opas. Helsinki: Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. Viitattu 8.3.2018. Saatavilla: [http://www.terveysportti.fi/dtk/hta/avaa?p\\_artikkeli=hta00010](http://www.terveysportti.fi/dtk/hta/avaa?p_artikkeli=hta00010)
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Klein, S.D., Torchetti, L., Frei-Erb, M. & Wolf, U. 2015. Usage of Complementary Medicine in Switzerland: Results of the Swiss Health Survey 2012 and Development Since 2007. *PLOS ONE* 10(12): e0144676. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141985>
- Kriittisen arvioinnin tarkistuslista kohortti/tapaus-kontrolli tutkimukselle. 2013. Helsinki. Hotus. Viitattu 3.3.2018. Saatavilla: [www.hotus.fi](http://www.hotus.fi).

- Kriittisen arvioinnin tarkistuslista tulkinnalliselle ja kriittiselle tutkimukselle. 2013. Helsinki. Hotus. Viitattu 3.3.2018. Saatavilla: [www.hotus.fi](http://www.hotus.fi).
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, K. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23(2), 138–148.
- Leinonen, R. 2012. Ammattikorkeakoulupedagogiikan kehittäminen. Opiskeluorientaatiot ja opinäytetyön vertaistilanteet opiskelijoiden asiantuntijuuden kehittymisen tukena. *Acta Universitatis Oulensis E Scientiae Rerum Socialium* 124. Oulun yliopisto: Oulu.
- Lincoln, SY. & Guba, EG. 1985. *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills: Ca, Sage.
- Malmivaara, A. & Komulainen, J. 2014. Luotettavaa vaikuttavuustietoa järjestelmällisistä katsauksista. *Tutkimustiedon kriittinen arviointi*. *Duodecim* 130 (16), 1635–1641. Viitattu 12.4.2019. Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/documents/10184/12762/duo11791.pdf>
- Marttinen, H. 2019. Muistisairaana asukkaana kivun arvioinnin ja lääkkeettömän kivun hoidon kehittäminen. Ylempi (AMK) opinäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Kajaani. Saatavilla <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201905098856>
- Mäkelä, M. & Heikkilä, R. 2016. Muistisairaana hyvää elämää kotona? Tutkimuksesta tiiviisti 18. *Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos*. Viitattu 20.4.2018. Saatavilla: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131244/URN\\_ISBN\\_978-952-302-724-4.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131244/URN_ISBN_978-952-302-724-4.pdf?sequence=1)
- Oosterman, J.M., Hendriks, H., Scott, S., Lord, K., White, N. & Sampson, E.L. 2014. When pain memories are lost: a pilot study of semantic knowledge of pain in dementia. *Pain Medicine* 5 (15), 751–757. Saatavilla: <https://doi.org/10.1111/pme.12336>
- Patton, MQ. 2002. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. California: Sage.
- Sainio, P., Koskinen, S., Sihvonen, A-P., Martelin, T. & Aromaa, A. 2013. *Gerontologia*. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) *Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys*. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy. 50–65.
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. *Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja* 62. *Julkisjohtaminen* 4. Vaasan yliopisto. Saatavilla: [http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)
- Niela-Vilen, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A73. Turku. Juvenes Print. 23–34.
- Stolt, M., Koskenniemi, J., Katajisto, J., Hupli, M., Jartti, L., Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H. 2015. Muistihäiriöitä sairastavien iäkkäiden henkilöiden elämänlaatu kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 52 (1), 62–77. Viitattu 30.10.2018. Saatavilla: <https://journal.fi/sla/article/view/50760/15439>
- Tiikkainen, P. & Heikkinen, R-L. 2013. *Gerontologia*. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) *Gerontologinen hoitotyö*. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy. 454–465.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Varantola, K., Launis, V., Helin, M., Spoof, S.K. & Jäppinen, S. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. *Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje*. Viitattu 26.8. 2019. Saatavilla: [http://www.etiikanpaivat.fi/sites/etiikanpaiva.fi/files/htk\\_ohje\\_verkko14112012.pdf](http://www.etiikanpaivat.fi/sites/etiikanpaiva.fi/files/htk_ohje_verkko14112012.pdf)

## Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

- Beach, P.A., Huck, J.T., Miranda, M.M. & Bozoki, A.C. 2015. Autonomic, Behavioral and Subjective Pain Responses in Alzheimer's Disease. *Pain Med* 16(10), 1930–1942. doi: 10.1111/pme.12769
- Becker, W.C., Dorflinger, L. Edmond, S.N., Islam, L., Heapy, A.A. & Fraenkel, L. 2017. Barriers and facilitators to use non-pharmacological treatments in chronic pain. *BMC Family Practice* 18(1), 1–8. doi 10.1186/s12875-017-0608-2
- Brecher, D.B. & West, T.L. 2016. Underrecognition and Undertreatment of Pain and Behavioral Symptoms in End-Stage Dementia. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 33 (3), 276-280. <https://doi.org/10.1177/1049909114559069>
- Chapman, S. 2010. Managing pain in the older person. *Nursing standard: official newspaper of the Royal College of Nursing* 25(11), 35–39. doi: 10.7748/ns.25.11.35.s52
- Cunningham, C., McClean, W. & Kelly, F. 2010. The assessment and management of pain in people with dementia in care homes. *Nursing Older People* 22(7), 29–35. doi: 10.7748/nop2010.09.22.7.29.c7947
- Ersek, M., Herr, K., Neradilek, M.B., Buck, H.G. & Black, B. 2010. Comparing the Psychometric Properties of the Checklist of Nonverbal Pain Behaviors (CNPI) and the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAIN-AD). *Pain Medicine* 11 (3), 395–404. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00787.x>
- Gur Prasad, D., Rajagopalan, N.I., Gautam, D., Jaishid, A. & Prashant, N. 2017. Evidence and consensus recommendations for the pharmacological management of India. *J Pain Res* 10, 709–736. doi: 10.2147/JPR.S128655
- Husebo, B.S., Strand, L.I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S.B. & Ljunggren, A.E. 2010. Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. *Scandinavian Journal Caring Sciences* 24 (2), 380–391. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00710.x>
- Klein, S.D., Torchetti, L., Frei-Erb, M. & Wolf, U. 2015. Usage of Complementary Medicine in Switzerland: Results of the Swiss Health Survey 2012 and Development Since 2007. *PLOS ONE* 10(12): e0144676. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141985>
- Kyung, H.L., McConnell, E.S., Knafel, G.J. & Algase, D.L. 2015. Pain and Psychological Well-Being Among People with Dementia in Long-Term Care. *Pain Medicine* 16 (6), 1083–1089. <https://doi.org/10.1111/pme.12739>
- Lichtner, V., Dowding, D., Allcock, N., Keady, J., Sampson, E.L., Briggs, M., Corbett, A., James, K., Lasrado, R., Swarbrick, C. & Closs, S.J. 2016. The assessment and management of pain in patients with dementia in hospital settings: a multi-case exploratory study from a decision-making perspective. *BMC Health Services Research* 16 (427), 1–15. doi 10.1186/s12913-016-1690-1
- Ni Thuathail, A. & Welford, C. 2011. Pain assessment tools for older people with cognitive impairment. *Nursing Standard* 26 (6), 39–46. doi: 10.7748/ns2011.10.26.6.39.c8756
- Oosterman, J.M., Hendriks, H., Scott, S., Lord, K., White, N. & Sampson, E.L. 2014. When pain memories are lost: a pilot study of semantic knowledge of pain in dementia. *Pain Medicine* 5 (15), 751–757. Saatavilla: <https://doi.org/10.1111/pme.12336>
- Pesonen, A. 2011. Pain measurement and management in elderly patients: Clinical studies in long term hospital care and after cardiac surgery. Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, kliininen laitos. Väitöskirja. Helsinki: Unigrafia Oy. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-7343-4>



Scherder, E.J.A., Plooij, B., Achterberg, W.P., Pieper, M., Wiegersma, M., Lobbezoo, F. & Oosterman, J.M. 2015. Chronic Pain in "Probable" Vascular Dementia: Preliminary Findings. *Pain Medicine* 16(3), 442–450. <https://doi.org/10.1111/pme.12637>

## 5 Potilaan ja hänen omaisensa osallisuuden kehittäminen

*Terhi Kukkonen, Sairaanhoidtaja ylempi (AMK), Apulaisosastonhoitaja, Kainuun sote  
Rauni Leinonen, KT, TTM, yliopettaja, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus, Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi (AMK) koulutus, Kajaanin Ammattikorkeakoulu*

### Tiivistelmä

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli kehittää potilaan ja hänen omaisensa osallisuutta hoidon suunnittelussa. Tarkoituksena oli kuvata potilaan ja hänen omaisensa osallisuutta hoidon suunnittelussa. Tutkimuskysymys oli, miten potilaan ja hänen omaisensa osallisuus hoitoon ilmenee aikaisemman tutkimustiedon kuvaamana. Tiedonhaku tehtiin Ovid, Ebsco ja Medic tietokannoista sekä manuaalisesti. Aineistoon valikoitui 11 tutkimusartikkelia ja 1 väitöskirja. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Tulokseksi saatiin yläluokat: organisaation hallinto, päivittäisen hoitotyön järjestely, vuorovaikutus henkilökunnan ja potilaan välillä, potilaan osallisuus hoitoon, omaisen osallisuus ja osallisuuden kehittämisen käytännöt ja osallisuuden moninaisuus. Tulosten perusteella osallisuus ilmenee toimintaympäristön muodostaman kontekstin, henkilökunnan vuorovaikutusosaamisen, potilaan toimintakyvyn ja osallistumishalukkuuden mukaan muuttuvana ilmiönä. Iäkkään potilaan osallisuutta hoitoon kuvastaa toimintakyvyn aleneminen, riippuvuus avusta, luopuminen päätöksenteosta ja kokemus kompetenssin puutteesta tuoda omaa mielipidettä ilmi. Harva ikääntyneistä potilaista koki olevansa kykenevä keskustelemaan ammattilaisten kanssa hoitoaan koskevista asioista. Katsauksen tuloksena muodostui osallisuuden kehittämisen viitekehys, jonka perusteella potilaan ja omaisen osallisuuden kehittäjät ja toimintaa johtavat voivat käynnistää kehittämistoimia ja tarkastella jo tehtyjen toimenpiteiden tuloksia. Henkilökunnan osallistuminen on tärkeää toimintakäytäntöjen muutoksen suunnittelussa.

Asiasanat: kirjallisuuskatsaus, osallisuus, kehittäminen, läheinen

### 5.1 Kirjallisuuskatsauksen lähtökohdat

Potilaan osallisuutta sosiaali- ja terveystieteiden palveluissa (sote) ohjaavat lait. Hoitosuunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen omaisensa tai omaisensa kanssa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Iäkkään henkilön sote-palvelut on toteutettava niin, että ne

tukevat hänen hyvinvointiaan, terveyttään, toimintakykyään, itsenäistä selviytymistään ja osallisuuttaan (Vanhuspalvelulaki 980/2012). Lakiohjauksen perusteella potilaan osallisuus on itseisarvo ja päämäärä palvelujen järjestämisessä.

Kirjallisuuskatsauksen pääkäsite on osallisuus. Osallisuudesta puhuttaessa käytetään myös käsitteitä osallistuminen ja osallistaminen. Käsitteiden välillä on sisällöllisiä eroja. Osallisuuteen (involvement) sisältyy ajatus kuulumisesta johonkin. Yksilö kiinnittyy yhteisön prosesseihin ja on osa yhteisöä. (Närhi, Kokkonen, Matthies 2014.) Osallisuudesta keskusteltaessa viitataan usein Viirikorven (1993) määritelmään, jonka mukaan osallisuus merkitsee henkilön mahdollisuuksia vaikuttaa asioihin ja vastuuta niiden seurauksista.

Asiakkaiden osallistumisen toimintamallissa osallisuus tarkoittaa ihmisen kokemusta kuulumisesta yhteisöön ja yhteiskuntaan. Osallisuuteen sisältyy tunne kyvystä vaikuttaa itseään ja ympäristöönsä koskeviin asioihin. Osallisuuden tekijöitä ovat tiedon saaminen, mielipiteen ilmaisemisen mahdollisuus ja mahdollisuus vaikuttaa terveyttä määrittäviin tekijöihin. Yksittäisen palveluiden käyttäjän kohdalla tämä tarkoittaa oikeutta osallistua ja vaikuttaa palvelujen suunnitteluun ja toteuttamiseen. Osallistumisen edellytyksiä ovat vuorovaikutus ja yhteistyö asiakkaan sekä tarvittaessa hänen omaistensa ja ammattihenkilöstön välillä. Osallistuminen on potilaan oikeus ja onnistuneen palvelun edellytys. (Sihvo, Isola, Kivipelto, Linnanmäki, Lyytikäinen & Sainio 2018.)

Osallisuuden kehittymisen edellytyksiä ovat osallistujien kokemustiedon hyväksyminen toiminnan suunnittelun perustaksi, työntekijöiden ja asiakkaiden jaettu vastuu toiminnan kehittämisessä, osallistujien oikeudenmukainen ja ihmisarvoinen kohtelu ja osallistujien tietoisuutta lisäävien dialogisten menetelmien käyttäminen. Osallistuminen ei ole tae osallisuudelle. Esimerkiksi osallistuminen toiminnan suunnitteluun ilman vaikuttamisen mahdollisuutta ei välttämättä edistä kokemusta osallisuudesta (Luhtasela 2009). Osallistamiseen sisältyy mielikuva passiivisesta osallistujasta, jota vaaditaan tai kehoitetaan osallistumaan toimintoihin (Närhi ym. 2014).

## 5.2 Tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymys

Tavoitteena oli kehittää potilaan ja hänen omaisensa osallisuutta hoidon suunnittelussa. Kirjallisuuskatsauksessa perehdyttiin siihen, miten erityisesti ikääntyneen potilaan ja hänen omaisensa osallisuus hoitoon ilmenee, ja mitä osallisuuden kehittämiseen liittyviä asioita aikaisempien tutkimustulosten perusteella tunnustetaan. Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus oli kuvata potilaan ja hänen omaisensa osallisuutta hoidon suunnittelussa.

Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymys oli, miten potilaan ja hänen omaisensa osallisuus hoitoon ilmenee aikaisemman tutkimustiedon kuvaamana.

### 5.3 Tiedonhaku

Katsauksen aineistonkeruun alussa määritellään kohdemateriaali ja mukaanotto ja poissulkukriteerit sekä menettelyt (Danielsson-Ojala 2016). Tiedonhaun hakusanat määriteltiin käyttäen PICO-menetelmää. PICO-menetelmässä määritellään tutkimuksen kohde ja tiedonhaun rajaukset potilasryhmän (Patient), mielenkiinnon kohteen (Intervention) ja kontekstin (Comparison). (Siltanen, Heikkilä, Parisod, Tuomikoski, Tuomisto & Holopainen 2019.) Tiedonhaku tehtiin Medic, Ebsco ja Ovid tietokannoista sekä manuaalisesti. Katsaukseen haetaan aineisto elektronisista tieteellisistä tietokannoista ja manuaalisilla hauilla tieteellisistä julkaisuista. Hakusanayhdistelmät ovat taulukossa 1. Aikarajaus hauille oli 2000–2016. Hakurajauksiin kuului, että teksti on vertaisarvioitu, ja se on luettavissa kokotekstinä. Kielirajauksia ei asetettu. Kotimaisessa Medic tietokannassa rajattiin tulokset väitöskirjoihin.

Taulukko 1. Hakusanayhdistelmät tietokannoittain

Tietokanta	Hakusanayhdistelmät
<b>Ovid</b> <b>Ebsco</b>	patient* participation OR patient* involvement OR user* participation" OR user* involvement OR patient* empowerment OR user* empowerment AND improv* OR develop* OR enhanc* OR intervention* OR project* OR practice* AND elderly* or aged* or older* or elder* or geriatric* or elderly people* or old people* or senior* AND care plan* OR plans of care OR care planning
Sisäänottokriteerit: Peer reviewed Full text Aikarajaus: 2000–2016	patient* participation OR patient* involvement OR user* participation OR user* involvement OR patient* empowerment OR user* empowerment AND improv* OR develop* OR enhanc* OR intervention* OR project* OR practice* OR promot*
	patient participation or patient involvement or patient empowerment or patient engagement AND improv* OR develop* OR enhanc* OR intervention* OR project* OR practice* AND elderly* or aged* or older* or elder* or geriatric* or elderly people* or old people* or senior*
	participat* OR involv* OR inclusion AND "informal caregivers" or "family caregivers" or relatives*
<b>Medic</b>	kehitt* intervent* menetelm* toimintamal* tukea edistä* AND osallis* itsemäär* AND potila* omai* läheis* vanhu* ikäänty* geriatr*
Sisäänottokriteerit: Väitöskirja Aikarajaus: 2000–2016	

Sisäänottokriteereinä tiedonhaussa olivat kohderyhmä, interventio ja intervention toteutuspaikka. Kohderyhmään kuuluivat potilaat, asukkaat, ikääntyneet ja omaiset. Intervention toteutuspaikka oli sairaala tai asumisyksikkö. Interventio oli menetelmä, toimintamalli tai kehittäminen. Hakusanoille haettiin synonyymejä muun muassa yleisestä suomalaisesta asiasanastosta YSA:sta ja englanninkielisestä MeSH (Medical Subject Headings) asiasanahakemistosta. Kirjallisuuskatsaukseen valitusta aineistosta 12 on englanninkielisiä tutkimusartikkeliä ja yksi suomenkielinen väitöskirja.

Kirjallisuuskatsaus oli esiselvitys ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opintojen työelämälähtöiseen opinnäytetyöhön (Kukkonen 2019), jonka tavoite oli kehittää vuodeosastopotilaan ja hänen omaisensa osallisuutta hoitosuunnitelman laatimisessa.

#### 5.4 Aineiston analysointi

Kirjallisuuskatsauksen aineiston valintaa ohjasi tutkimuskysymykset. Oli tärkeää saada pätevä aineisto, joiden avulla saadaan vastaukset asetettuihin kysymyksiin. Aineisto valittiin 11 tutkimusartikkelin ja yhden väitöskirjan abstrakteista, tuloksista ja johtopäätöksistä, ja se analysoitiin aineistolähtöisen sisällön analyysin mukaisesti. Aineistoa oli yhteensä 261 sivua. Aineiston sopivuuden tärkeimpiä kriteereitä on, että sen avulla voidaan tarkastella asiaa tarkoituksenmukaisesti suhteessa tutkimuskysymyksiin (ks. Polit & Beck 2012). Analyysiyksiköksi määritettiin asiakokonaisuus, jonka mukaisesti aineistosta tunnistettiin kokonaisuuksia. Aluksi aineisto litteroidaan, koodataan, nimetään tärkeät ilmaukset, jotka pelkistetään ja pelkistetyistä ilmauksista muodostetaan luokkia (ala-, ja yläluokat) (Taulukko 2). Luokat kuvaavat alkuperäisten tutkimusten tietoa tiivistetysti. Katsauksen tulos hahmottuu tarkastelemalla luokkien sisältöä ja tutkimusaiheen kuvauksia suhteessa valittuihin tutkimuksiin. (Kääriäinen & Lahtinen 2006; Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Taulukko 2. Esimerkki sisällön analyysistä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
45A Staff also expressed discomfort with strong emotions expressed by participants in the meetings.	45A Kokouksiin osallistujien tunteenilmaukset epämuksuvia	o. Perushoittoon osallistuminen (167, 201)	V. Omaisen osallisuus (o, p)
45B The relative was very stressed... I was being personally attached verbally	45B Stressaantuneilta omaisilta sanallinen hyökkäys	P. Hoidon suunnittelu (45B, 48, 203A)	
48The patient or family might be more able to express their views after the meeting in the informal setting	48 Mielipiteen esittäminen voi onnistua epämuodollisessa yhteydessä		
171 They mostly gave emotional support and helped the patient to drink, stand up/get into bed and sit.	171 Omaiset tukevat henkisesti, avustavat juomisessa ja seisomaan nousemisessa, istumaan ja vuoteeseen siirtymisessä		
201 Additionally, morbidity, mortality and poor mobility increases with age and may prevent informal caregivers visiting the patient and taking part in concrete patient care	201 Omaishoitajien sairastuvuus tai huono liikkuminen voi estää vierailun ja osallistumisen potilaan hoitoon		
203A Family members, for instance spouses and siblings, may have lifelong mutual history with the patient. Nurses cannot afford to ignore their knowledge and expertise when caring for the patient.	203A Perheenjäsenillä on potilaasta elämänhistoriaa koskevaa tietoa, jota hoitajat eivät voi jättää huomioimatta hoitaessaan potilasta		

Pelkän aineiston esittelyn sijaan, tavoitteena oli tehdä aineiston sisäistä luokittelua ja vertailua, jotta saadaan vastaukset tutkimuskysymyksiin. Päämääränä oli synteetin luominen aineistosta. Osallisuuden kehittämiseen ja ikääntyneiden potilaiden sekä heidän omaistensa hoidon suunnitteluun osallistumiseen liittyviä tekijöitä kuvaava luokittelu muodostui kahden ryhmittelykierron jälkeen. Analyysi ja aineiston syvällinen ymmärtäminen tapahtuivat samanaikaisesti, mikä edellytti aineiston syvälistä tuntemusta ja tutkimuksista saadun aineiston kokonaisuuden hallintaa.

## 5.5 Tulokset

Analyysin tuloksena muodostetut yläluokat ovat organisaation hallinto, päivittäisen hoitotyön järjestely, vuorovaikutus henkilökunnan ja potilaan välillä, potilaan osallisuus hoitoon, omaisen osallisuus, osallisuuden kehittämisen käytännöt ja osallisuuden moninaisuus (Taulukko 3). Tulokset raportoidaan yläluokittain.

Taulukko 3. Osallisuuden kehittämisen viitekehys taustalla olevat tulokset

Alaluokka	Yläluokka
a. Johtaminen b. Resurssit c. Osallisuuden strategiset tavoitteet	I. Organisaation hallinto (a, b, c)
d. Päivittäisen hoitotyön käytännöt e. Ammattiryhmien välinen työnjako f. Hoitopäätökset	II. Päivittäisen hoitotyön järjestely (d, e, f)
g. Potilas osallistujana h. Henkilökunnan asenne ja kompetenssi	III. Vuorovaikutus henkilökunnan ja potilaan välillä (g, h)
i. Yhteistyö tarpeen arvioimisessa ja tavoitteen asettamisessa j. Päätöksenteko k. Potilaan osallisuus päivittäiseen hoitoon	IV. Potilaan osallisuus hoitoon (i, j, k)
l. Hoidosta päättäminen m. Potilaan edustaminen n. Oma elämäntilanne o. Perushoitoon osallistuminen p. Hoidon suunnittelu	V. Omaisen osallisuus (l, m, n, o, p)
g. Potilaat kehittämässä palveluiden järjestämistä r. Hoitajien osallistuminen kehittämiseen s. Osallisuuden kehittämisen menetelmiä t. Osallistumisen kehittämisen tulokset	VI. Osallisuuden kehittäminen (q, r, s, t)
u. Toimintaympäristön konteksti v. Osallisuuden taso potilaan tarpeiden mukaan x. Osallisuus käsitteen tunteminen	VII. Osallisuuden moninaisuus (u, v, x)

### Organisaation hallinto

Osallisuuden ja sen kehittämisen viitekehys muodostuu organisaation hallinnon asettamana. Organisaation hallintoa kuvaava yläluokka sisältää alaluokat johtaminen, resurssit ja osallisuuden

strategiset tavoitteet. Strategisen johtamisen periaatteiden mukaisesti organisaatio päättää tavoitteista ja sen jälkeen menetelmistä niiden saavuttamiseksi. Palveluiden järjestämistä säättävät lait ohjaavat toteuttamaan palvelut niin että potilaan ja asiakkaan osallisuus toteutuu. Löfman (2006) toteaaakin lainsäädännön olevan edellytys potilaan itsemääräämisoikeudelle. Niiranen (2002) viittaa yhteiskunnan arvoihin ja demokratiaan. Osallistuminen on itseisarvo, tavoite, jolla halutaan ehkäistä itseä koskevasta päätöksenteosta syrjäytymistä. Oikeudesta osallistua päätöksentekoon ja vaikuttamiseen on säädetty perustus- ja kuntalaissa. Osallistuminen liitetään myös toiminnan laatuun ja tavoitteiden saavuttamiseen.

Osallistuminen ja osallisuus luovat mielikuvaa aktiivisesta ja itsenäisestä potilaasta. Potilas osallistuu aktiivisesti kuntoutukseen (Schmidt, Echardt, Scholtz, Neuner, von Dossow-Hanfstingl, Sehouli, Stief, Wernecke & Spies 2015). Tavoitteena on potilaan aktiivisuus. Osallisuuden kehittämiseksi pyritään vaikuttamaan potilaan motivaatioon, hoitoon sitoutumiseen ja tavoitteiden saavuttamiseen. Sitoutunut potilas ottaa vastuun hoidostaan. (Svanström, Andersson, Rosén & Berglund 2016.) Hoitoon sitoutumattomuuden syy on usein se, että potilaat eivät itse usko voivansa vaikuttaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (Huby, Stewart, Tierney & Rogers 2004).

Osallisuudella ja sen toteutumisella on yhteys potilasturvallisuuteen. Potilaat voivat neuvoa hoitajaa asioissa, jonka osaavat. Hoitajat kysyvät potilailta tietoa lääkityksestä ja turvallisesta liikkumisesta. (Tobiano, Marshall, Bucknall, & Chaboyer 2016.) Hoitopäätös voidaan tehdä vastoin potilaan tahtoa, jos arvioidaan ettei potilas kykene ymmärtämään turvallisuutta vaarantavan hoitovaihtoehdon seurauksia (Huby ym. 2004).

Johtamisella on yhteys osallisuutta tukevien toimintamallien käyttöönotossa, erityisesti henkilökunnan osallistuessa kehittämistyöhön. Henkilökunnan riittävä tiedonsaanti ja osallistuminen päätöksentekoon ovat tärkeää asian käyttöönotossa (Svanström ym. 2016.) Osallisuutta tukevassa hoitokulttuurissa osallisuus käsite ymmärretään ja henkilöstön ammatillista kehittymistä arvostetaan. Henkilökunnalle pitää olla mahdollisuus keskustella siitä, mitä osallisuus tarkoittaa, ja miten sitä voidaan työyhteisössä kehittää. (Helgesen, Larsson & Athlin 2014.)

Resurssit ovat merkittävä tekijä potilaan ja omaisen osallisuuden kehittämisessä. Muutoksen valmisteluun ja toteuttamiseen tarvitaan henkilökunnan osallistumista. Harjoitukset, ryhmänohjaus ja refleктоivat kokoukset tukevat uuden oppimista. (Svanström ym. 2016.) Helgesen ym. (2014) toteavat riittävän henkilöstön määrän olevan merkittävä tekijä potilaan osallisuuden toteutumiselle. Korkea osallisuuden taso vaatii myös aikaa.



## Päivittäisen hoitotyön järjestely

Yläluokka päivittäisen hoitotyön järjestäminen muodostuu alaluokista päivittäisen hoitotyön käytännöt, ammattiryhmien välinen työnjako ja hoitopäätökset

Päivittäiseen hoitotyön käytäntöön keskittyminen ja työn hallinta tuovat haasteita potilaan ja omaisen osallisuudelle. Hoitajat vastaavat työpaineeseen pyrkimällä hallitsemaan työtään, mikä osittain rajoittaa potilaiden osallisuutta. Hoitajat säilyttävät työn hallinnan tehtäväkeskeisyydellä, koordinoimalla hoitotehtäviä ja rajoittamalla potilaiden kanssa kommunikointia. (Tobiano ym. 2016.)

Kun henkilöstöä on vähän, ensisijaista ei ole osallisuus, vaan perushoidon järjestäminen (Helgesen ym. 2014). Rutiineihin perustuva toiminta ei mukaudu vastaamaan potilaiden ja omaisten ennakoimattomiin tarpeisiin (Huby, Holt Brook, Thompson & Tierney 2007). Hoitosuunnitelma tehdään kansliassa ilman, että potilas itse osallistuu siihen. Potilaan kanssa ollaan vuorovaikutuksessa vasta, kun toteutetaan suunniteltua hoitoa. (Tobiano ym. 2016.)

Potilaan toimintakyvyn arvioiminen on osa kotiutusprosessia. Toimintakyvyn arvioinnissa pääpaino on muutamissa fyysisissä ja tiedollisissa toiminnoissa. Potilaan henkilökohtaiset tavat selvittää alentuneen toimintakyvyn kanssa, ja hänen oma arvionsa toimintakyvystä, eivät ilmene päätöksenteossa. (Huby ym. 2007.)

Päivittäistä hoitotyötä ohjaavat myös hoidon järjestämisen käytännöt. Erityisesti potilaiden toimintakyvyn arviointi ja kotiutus organisaation käytäntöjen mukaan vaikuttavat osallisuuteen niin potilaiden, omaisten kuin henkilökunnankin kannalta. Kotiutusprosessiin vaikuttaa potilaan toimintakyvyn arvion tulos, paine saada vuodepaikkoja vapaaksi ja tieto jatkohoitopaikan saamisesta. Päätöksentekoon kotiutukseen liittyvissä asioissa vaikuttavat myös toimintayksikön ulkopuoliset tekijät (Huby ym. 2004; Huby ym. 2007.)

## Vuorovaikutus henkilökunnan ja potilaan välillä

Vuorovaikutus henkilökunnan ja potilaan välillä on merkittävä osallisuuden mahdollistaja. Yläluokan vuorovaikutus henkilökunnan ja potilaan välillä muodostavat alaluokat potilas osallistujana sekä henkilökunnan asenne ja kompetenssi.

Potilaan osallisuutta edistää dialoginen keskustelu ja henkilökunnan välittävä ja myönteinen tapa tiedon kertomisessa (Griffith, Brosnan, Lacey, Keeling & Wilkinson 2004; Tobiano ym. 2016). Potilaan kokemus sairaalajaksolta voi olla, ettei keskustelua ei ole ollut (Huby ym. 2004, 121). Dialogin puuttuessa käytäntö muuttuukin yksisuuntaiseksi tiedon antamiseksi. Toimintakäytännöt vaikuttavat henkilöstön ja potilaiden väliseen vuorovaikutukseen. (Huby ym. 2007, 65.)

Henkilökunnan asennoitumisella ja vuorovaikutustaidoilla on mahdollisuus edistää potilaan osallisuutta. Hoitoa koskevan keskustelun aloitus on usein epämuodollinen, sisältäen huumoria tai kysymyksen (Tobiano ym. 2016). Epämuodollisuus, avoimuus ja myönteisyys kuvaavat osallisuudelle otollista ilmapiiriä vuorovaikutustilanteissa (Griffith ym. 2004). Rohkaiseminen ja kannustus tarpeiden esille tuomiseen sekä mielipiteen ja tuntemusten kysyminen ovat asioita, joita potilaat toivovat hoitajilta (Löfman 2006). Katsauksen tuloksissa vanhuspotilaiden tilannetta kuvaa fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn aleneminen, ja sen tuoma riippuvuus toisten avusta. Potilaiden puheissa osallisuus hoitoa koskevaan päätöksentekoon yhdistyy haurauteen ja kyvyttömyyteen, ikään kuin alentuneen toimintakyvyn vuoksi ei olisi oikeutettu osallistumaan hoitoonsa. (Huby ym. 2007.)

Tuloksissa korostuu potilaan oma oletus osallistua hoitoon ja sitä koskevaan päätöksentekoon. Potilaat eivät pidä itseään kykenevinä neuvottelemaan ammattilaisten kanssa ja hoitoa koskevilla keskusteluilla saatetaan jättää oma mielipide kertomatta, ellei sitä erikseen kysytä. (Huby ym. 2004.) Potilaiden rooli suhteessa hoitajiin saattaa näyttäytyä passiivisena. On yleistä, että päätöksenteko ja hoidosta neuvotteleminen jätetään omaisille (Huby ym. 2004). Osallistumattomuus voikin olla tietoinen valinta, jolloin potilas tuo sanallisesti esille, että hoitaja voi tehdä päätöksen hänen puolestaan (Helgesen ym. 2014).

#### Potilaan osallisuus hoitoon

Potilaan osallisuus hoitoon yläluokka muodostuu alaluokista yhteistyö tarpeen arvioimisessa ja tavoitteen asettamisessa, päätöksenteko ja potilaan osallisuus päivittäiseen hoitoon. Katsauksen tulosten perusteella yhteistyötä hoidon suunnittelussa on vähän. Hoidon suunnittelee ammattilainen yksin tai yhdessä toisten ammattilaisten kanssa. Hoitosuunnitelmasta kerrotaan potilaalle potilashuoneessa lääkärinkierrolla tai muiden toimien yhteydessä. Tiedottamisen sävy on toteava. Kerrotaan, mikä on tilanne ja informoidaan tulevista hoitotoimista. (Huby ym. 2004; Tobiano ym. 2016.) Ilman dialogia yhteistyö ja yhdessä suunnittelu eivät toteudu. Hoidon tulisi pe-

rustua potilaan tarpeisiin ja elämäntilanteeseen (Svanström ym. 2016, 3). Sairaalan arjessa potilaiden hoidon tarpeita selvitetään kirjauksista, havainnoimalla ja keskustelemalla toisten hoitotyöntekijöiden kanssa. Hoitajakson pidentyessä tarpeiden arvio voi perustua myös siihen, että hoitaja tuntee potilaan tavat ja tietää, mitä lähipäivinä on tapahtunut. (Helgesen ym. 2014.)

Tobianon ym. (2016) mukaan kommunikaatio potilaan kanssa on menetelmä, jolla hoitajat ymmärtävät potilaiden tarpeita ja toteuttavat yksilöllistä hoitoa. Hoitajien taito dialogiseen keskusteluun ja kysymysten esittämiseen määrittää osallisuutta. Hubyn ym. (2007) mukaan henkilökunta keskustelee moniammatillisessa työryhmässä potilaiden hoidosta. Neuvotellessa hoidosta eri osapuolilla on taipumusta keskittyä omiin tavoitteisiinsa ja omaisen tiedonsaanti päätöksentekoa varten voi olla pääosassa. On kuitenkin huomioitava, etteivät potilaan ja omaisen tavoitteet aina ole samanlaiset. Potilasta on tuettava omien näkökulmiensa esittämiseen. (Griffith ym. 2004.) Griffith ym. (2004) selvittivät vanhuspotilaiden osallisuutta hoitoneuvotteluissa. Potilaiden suullinen suostumus neuvotteluun osallistumisesta oli kirjattu hoitosuunnitelmaan noin kolmasosalla potilaista. Osa potilaista ei tiennyt, että hoitoneuvottelua oltiin järjestämässä. Potilaalla ei ole todellista mahdollisuutta osallistua päätöksentekoon, jos häneltä puuttuu tieto, mitä on suunniteltu, tai mistä ollaan päättämässä.

Potilaan osallisuutta päätöksentekoon rajoittaa tiedon puutteen lisäksi toimintakyvyn aleneminen. Hoitajan kyvyllä keskustella ja kohdata potilas on vaikutusta potilaan osallisuuden tasoon. Muistisairaana kyky ymmärtää päätöksenteon vaikutuksia voi olla alentunut, mutta hänellä voi olla silti kyky ilmaista toiveensa. Ohjatussa päätöksenteossa hoitaja auttaa potilasta tekemään päätöksen. (Helgesen ym. 2014.) Potilaan kieltäytyessä hoidosta tai valitessa henkilökunnan mielestä huonon vaihtoehdon, periaate on kertoa potilaalle päätöksen seuraukset ja hyväksyä potilaan päätös. Toisaalta jos arvioidaan, ettei potilas ymmärrä päätöksenteon seurauksia, jotka voisivat olla vaaraksi potilaalle, hoito järjestetään eri tavoin, kuin potilas olisi halunnut. (Huby ym. 2004.)

Potilaan osallisuus päivittäisessä hoidossa on perushoitoon osallistumista omatoimisesti tai hoitajan tukemana. Päivittäisestä hoidosta kommunikaatio hoitajien ja potilaiden välillä liittyi potilaan oireisiin ja hoitotoimiin. Potilaat kertoivat oireistaan ja toivat esille tarpeitaan perushoidosta ja lääkityksestä. Hoitajat tiedottivat potilaille päivittäisistä hoitotoimista, kertoivat seurantamittausten tuloksia, tiedustelivat lääkityksestä ja sopivasta tavasta avustaa liikkumisessa. Varsinaista itsehoitoon ja kuntoutukseen liittyvää vuorovaikutusta potilaiden ja hoitajien välillä oli vähän. Omatoimisia liikuntaharjoitteita tekivätkin vain muutamat potilaat. (Tobiano ym. 2016.)

## Omaisien osallisuus

Yläluokka omaisen osallisuus muodostuu alaluokista perushoitoon osallistuminen, potilaan edustaminen, hoidon suunnittelu, hoidosta päättäminen ja oma elämäntilanne.

Omaisten osallistuminen hoidon suunnitteluun ja hoitoneuvotteluihin on tärkeää, kun potilaan fyysinen tai psyykinen toimintakyky on alentunut. Omaiset edustavat potilaiden asioita tuomalla esille heidän tarpeitaan ja haluavat olla mukana hoidon tavoitteiden asettamisessa (Almborg, Ulander, Thulin & Berg 2008). Omaisen rooli korostuu, kun potilaan kyky ilmaista itseään sanallisesti on alentunut (Helgesen ym. 2014). Omaisilla on tietoa ja kokemusta, joita ei voi olla hyödyntämättä potilaita hoidettaessa (Laitinen-Junkkari, Meriläinen & Sinkkonen 2001). On varmistettava, että omaisen toimimiselle potilaan edustajana on potilaan suostumus. Aina potilaan ja omaisen tavoitteet eivät ole yhteneväiset (Griffith 2004).

Omaisten tarvitsevat tietoa, kun potilaiden hoidolle asetetaan tavoitteita. Keskustelun puute voi johtaa epärealistisiin odotuksiin potilaan toipumisesta ja erimielisyyksiin hoitohenkilöstön kanssa potilaan hoidon tavoitteista. On yleistä, että omaiset kokevat osallisuutensa potilaiden hoidon suunnitteluun ja tavoitteiden asettamiseen puutteelliseksi. (Almborg ym. 2009.)

Hoitotyöntekijöiden näkökulmasta omaisten osallistuminen potilaiden perushoitoon on toivottua. Omaiset osallistuvat potilaan perushoitoon esimerkiksi avustamalla ruokailussa ja siirtymisissä ja tukemalla potilasta henkisesti. Omaisten perushoitoon osallistumisen edellyttää potilaan suostumusta ja omaisen halukkuutta osallistua siihen. Omaisen oma terveys ja voimavarat voivat estää konkreettisen osallistumisen potilaiden hoitoon. (Laitinen-Junkkari ym. 2001.) Omaiset voivat olla stressaantuneita, mikä ilmenee esimerkiksi hyökkävänä puheena hoitajia kohtaan. (Griffith 2004).

## Osallisuuden kehittämisen käytännöt

Osallisuuden kehittämisen käytännöt yläluokka muodostuu alaluokista potilaat kehittämässä palveluiden järjestämistä, hoitajien osallistuminen kehittämiseen, osallisuuden kehittämisen menetelmiä ja osallisuuden kehittämisen tulokset.

Tuloksen mukaan osallisuuden kehittämisen menetelmät vaihtelevat tiedon jakamisesta kokonaisten toimintamallien suunnitteluun ja käyttöönottoon. Itsessään kehittämiseen osallistumisenkin voi olla myönteisiä tuloksia tuottava prosessi tavoitteen saavuttamisen ohessa. Uusien

toimintatapojen käyttöönotossa hoitajien osallistuminen päätöksentekoon ja kokemus riittävästä tiedonsaannista ovat tärkeitä. (Svanström ym. 2016.) Hoitajat ovat avainasemassa, kun uusista käytännöistä tiedotetaan eri osapuolille (Laitinen-Junkkari ym. 2001). Kehittämistutkimukseen osallistuneet hoitajat arvioivat prosessin antaneen valmiuksia toiminnan arviointiin, työn kehittämiseen ja kehittämisideoiden käytäntöön viemiseen (Löfman 2006).

Osallisuuden kehittämisen menetelmä voi olla potilastiedote (Schmidt ym. 2015). Ennen tiedotteen käyttöönottoa hoitohenkilöstön koulutus on tärkeää (Wetzels, Wensing, van Weel & Grol 2005). Laitisen-Junkkarin ym. (2001) tutkimuksen aikana osaston henkilökunta koulutautui omaisten osallisuutta edistävän aktivointimallin kehittämiseen. Omaisten osallisuus lisääntyi pitkäaikaishoidon osastolla ja palvelutalossa mutta ei erikoissairaanhoidossa. Potilaan pitkä hoitajakso loi hyvät mahdollisuudet yhteistyölle omaisten kanssa. Prosessissa tiedotteet olivat yksi osa kehittämisohjelmaa.

Osallisuuden kehittämisintervention kohde voi olla toimintakäytäntöjen muutos henkilökunnan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa dialogin avulla (Svanström ym. 2016). Vuoteenvierusraportoinnin koettiin lisäävän hoitajien potilastyön aikaa ja mahdollistavan potilaiden kuuntelemisen ja tarpeiden esittämisen (Löfman 2006). Vuoteenvierusraportoinnin toteutus voi olla päinvastainen. Tobiano ym. (2016) kertovat potilashuoneissa pidettävästä hoitajien raportoinnista, joissa potilaiden kanssa ei kommunikoida.

Potilas voi olla osallinen palveluidensa järjestämisen kehittämiseen tai hän voi olla mukana tutkimuksessa, jonka tarkoitus on kehittää osallisuutta. Potilaan rooli palveluiden järjestämisen kehittämisessä voi olla kokemusten, ongelmien tai ratkaisuesitysten esiin tuomisessa. (Armstrong, Herbert, Aveling, Dixon-Woods & Martin 2013.)

#### Osallisuuden moninaisuus

Yläluokka osallisuuden moninaisuus sisältää alaluokat toimintaympäristön konteksti, osallisuuden taso potilaan tarpeiden mukaan ja osallisuus käsitteen tunteminen. Toimintaympäristö vaikuttaa potilaan ja omaisen osallisuuden tasoon. Sairaala ympäristönä määrittelee potilaan osallisuutta ja vaikuttaa heidän käyttäytymiseensä (Huby ym. 2004). Hoitamisen kulttuuri voi olla potilaan voimaantumista tukematon (Svanström ym. 2016). Potilaat raportoivat sairaalassaoloon liittyvän sekavuutta, jota heillä ei ennen sairaalassa oloa esiintynyt (Huby ym. 2007).

Osallisuuden taso potilaan tarpeiden mukaan -alaluokka korostaa osallisuuden sovittamista yksilöllisiin tarpeisiin ja kykyihin. Vanhukset ovat heterogeeninen ryhmä ja yksilölliset osallistumisen interventiot toimivat todennäköisesti paremmin kuin rakenteinen kaikissa toimintaympäristöissä toimiva malli (Wetzels ym. 2005). Osallisuus tulee sovittaa yksilön tarpeiden mukaan. Muistisairaiden osallisuus toteutuu usealla eri tasolla (Helgesen ym. 2014).

Potilaat eivät tunne osallisuus käsitettä, joten se ei yhdisty heidän puheissaan odotuksiin tai kuvauksiin vuorovaikutuksesta hoitohenkilökunnan kanssa (Huby ym. 2007). Osallisuuden käsitteen tunteminen hoitokulttuurissa yhdistyy korkeaan osallisuuden tasoon. Hoitohenkilökunnalla pitää olla mahdollisuus keskustella siitä, mitä osallisuus tarkoittaa, ja kuinka sitä omassa työyhteisössä edistetään. (Helgesen ym. 2014.)

## 5.6 Tulosten tarkastelu

Potilaan osallisuuden tasoa määrittävät niin toimintaympäristö sääntöineen ja tapoineen, kuin siellä toimiva henkilökunta osamisineen, asenteineen ja tavoitteineen. Henkilökunnan toimintaan vaikuttavat muun muassa aikaresurssit ja organisaation prosessit. Korenin, DeChillon ja Friesenin (1992) mukaan osallisuutta voidaan tarkastella perheen, palveluiden ja kunnan/poliittisen päätöksenteon tasolla. Osallisuuden kokemus ilmenee yksilön asenteena, tietona ja käyttäytymisenä suhteessa palvelujärjestelmään ja yhteisöön.

Potilaan osallisuus voi toteutua eritasoisena. Osallisuutta voidaan kuvailla jatkumona, hierarkiana, jossa osallisuuden aste lisääntyy. Tämä tieto on yhteneväinen Arnsteinin (1969) tikapuumallin kanssa. Tikapuumallissa kuvataan kansalaisen osallisuutta julkisessa organisaatiossa. Alimmalla portaalla osallisuutta ei ole lainkaan. Kansalaisen osallisuus ja valta vaikuttaa prosessiin lisääntyvät portaita ylöspäin noustaessa.

Vanhuspotilaan tilannetta kuvaa toimintakyvyn aleneminen ja riippuvuuden lisääntyminen, luopuminen päätöksenteosta ja kokemus kompetenssin puutteesta tuoda omaa mielipidettään ilmi (Huby ym.2007). Sairaala ympäristönä vaikuttaa potilaan osallisuuteen (Ekdahl, Anderson & Friedrichsen 2009). Potilaan ja omaisen näkökulmasta osallisuus tai sen puute todentuu hoitopaikan päivittäisessä toiminnassa henkilökunnan ja potilaan välissä vuorovaikutuksessa. Hoitosuunnitelman tekeminen yhteistyössä potilaan kanssa ja potilasta kuunnellen kuuluu osallisuutta tukevaan hoitotyöhön. Hoitohenkilökunnan ja potilaan välinen dialogi ja tiedon jakaminen vuoro-

vaikutuksessa edistävät potilaan osallisuutta (Tobiano ym 2016). Tuloksen perusteella yhteistyötä hoidon suunnittelussa tapahtuu harvoin. Hoitosuunnitelmat tehdään hoitajien toimesta ilman, että potilas osallistuu sen laatimiseen. Suunnitelmasta jää puuttumaan tietoa potilaan toiveista, tarpeista ja omista selviytymismenetelmistä.

Työyhteisöjen päivittäisiin toimintoihin keskittyminen ehkäisee potilaiden osallisuutta hoitoon. Hallitakseen työpainetta henkilökunta rajoittaa kommunikaatiota ja priorisoi tehtäviä (Helgesen ym. 2014; Tobiano ym. 2016). Osallisuuden tärkein mahdollistaja on kuitenkin kommunikaatio ja erityisesti dialoginen, kuunteleva, keskustelu.

Potilaan omaisen roolissa korostuu potilaan tukeminen ja perushoitoon osallistuminen. Omaisella on potilaan hoitoa hyödyttävää tietoa. (Laitinen-Junkkari 2001.) Potilaan toimintakyvyn alentuessa omaisten rooli korostuu. Omaisat toimivat potilaan edustajana hoitoa suunniteltaessa ja siitä päätettäessä. (Almborg ym. 2008.) Potilaan mielipiteen tulee olla ensisijaista suhteessa omaisen tavoitteisiin. Omaisen rooli osallisuuden kehittämisessä on kaksijakoinen. Kun omaisen osallisuus lisääntyy, mitä se merkitsee potilaan osallisuuteen. Voidaan kysyä myös, onko omaisen osallisuuden kehittämisen motiivina edistää omaisen roolia työyhteisön voimavarana. Onko tämä oikeutettua?

## 5.7 Johtopäätökset

Tavoitteena oli selvittää, miten voidaan kehittää potilaan ja hänen omaisensa osallisuutta hoidon suunnittelussa. Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus oli kuvata potilaan ja hänen omaisensa osallisuutta hoidon suunnittelussa. Tuloksista nousi hoitotyön järjestämiseen ja toteuttamiseen liittyviä asioita, jotka eivät tue potilaan osallisuutta. Organisaation prosessit voivat ohjata toimintaa niin, että mahdollisuus vaikuttaa päätöksentekoon on estynyt potilailta ja henkilökunnalta (Griffith ym. 2004; Huby ym. 2004).

Kirjallisuuskatsauksen tuloksena muodostui osallisuuden kehittämisen viitekehys, joka antoi vastauksia kysymykseen, miten potilaan ja hänen omaisensa osallisuutta voidaan kehittää. Organisaation toiminnan järjestämisen tasolla potilaan osallisuuden kehittämisen on oltava strateginen tavoite, jonka saavuttamisen menetelmät ovat tärkeitä kehittää yhteistoiminnallisesti. Toiminnan kehittämisessä, suunnittelussa ja järjestämisessä osallistava johtamistapa, henkilökunnan mukanaolo kehittämisessä, vaikuttaa mukana olleiden valmiuksiin ottaa käyttöön uusia toimintatapoja (Löfman 2006; Svanström ym. 2016; Helgesen ym. 2014).

Hoitohenkilökunnan vuorovaikutusosaamiseen resursoiminen on yhteydessä potilaan osallisuuden kehittämiseen. Dialogisuus hoitokeskusteluissa tukee potilaan osallisuutta.

Käytännön toiminnan järjestelyssä potilaan ja omaisen osallisuutta voidaan kehittää resursoimalla aikaa kiireettömään vuorovaikutukseen iäkkään potilaan kanssa. Potilaan toimintakyvyn ja hoidon tarpeiden kartoittaminen yhdessä potilaan kanssa keskustellen ja tarpeen mukaan omaisten näkökulmat selvittäen, kehittää potilaan osallisuutta. Potilaan hoidon suunnittelun käytäntöihin tulisi sisällyttää potilaan haastattelu, jossa selvitetään potilaan oma näkemys toimintakyvystä, hoidon ja palvelun tarpeesta, tavoitteista ja mielipiteistä hoitosuunnitelmasta.

Työn resursointi vaikuttaa potilaiden osallisuuden toteutumiseen. Päivittäisen hoitotyön järjestelyt ja toimintojen priorisointi vaikuttavat hoitajien ajankäyttöön. Kiireen hallinta voi johtaa kommunikaation vähenemiseen hoitajien ja potilaiden välillä. Työkäytännöt voivat olla osallisuutta tukemattomia. Potilaan osallisuus ei toteudu, jos hoitohenkilöstö tekee hoitosuunnitelman ilman yhteistyötä potilaan kanssa. Järnströmin (2011) mukaan osallisuus toteutuu, kun potilas osallistuu hoidon suunnitteluun ja toteutukseen, hänen näkemyksiinsä perehdytään ja hoidon tavoitteet asetetaan yhdessä.

Katsauksen tuloksena muodostui osallisuuden kehittämisen viitekehys, jonka perusteella potilaan ja omaisen osallisuuden kehittäjät ja toimintaa johtavat voivat käynnistää kehittämistoimia ja tarkastella jo tehtyjen toimenpiteiden tuloksia.

## 5.8 Luotettavuus ja eettisyys

### Luotettavuus

Kokotekstin saatavuuden asettaminen poissulkukriteeriksi on ongelma tutkimuksen luotettavuuden kannalta (Niela-Vilen & Hamari 2016). Kirjallisuuskatsauksen valintakriteereistä yksi oli kokotekstin saatavuus. Tämä vaikuttaa katsauksen tuloksen kyllästeisyyteen ja uskottavuuteen. Tiedonhaku eri tietokannoista tehtiin kattavilla hakusanoilla ja hakusanayhdistelmillä. Ennen lopullisten hakulausekkeiden muodostamista tehtiin erilaisilla hakusanayhdistelmillä testihakuja. Tiedonhaun toteutus hakusanayhdistelmien ja aineiston poissulku on kuvattu taulukoissa.



Aineiston analyysin tarkka kuvailu lisää kirjallisuuskatsauksen tuloksen siirrettävyyttä ja kyllästeisyyttä. Analyysiprosessin esimerkit havainnollistavat analyysin uskottavuutta. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011.) Kirjallisuuskatsauksen prosessi on kuvattu mahdollisimman tarkasti ja selkeästi niin, että lukija pystyy arvioimaan tuloksen luotettavuutta suhteessa tehtyihin valintoihin. Uskottavuus edellyttää analyysin ja tulosten selkeää kuvaamista. Sen perusteella lukija voi arvioida analyysiprosessia ja tulosten luotettavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

Kirjallisuuskatsaus on osa YAMK opinnäytetyötä (Kukkonen 2019), joka toteutettiin toimintatutkimuksena. Heikkisen ja Syrjälän (2008) mukaan toimintatutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereitä ovat historiallinen jatkuvuus, reflektiivisyys, dialektisuus, havahduttavuus ja toimivuus. Toimivuus periaatteen näkökulmasta voidaan arvioida kirjallisuuskatsauksen tuloksen tuottamaa hyötyä. Toimivuuden arvioinnissa voidaan pohtia, miten tulos tuo esille taustalla olevia arvoja, ajatuksia ja valtamekanismeja.

Kirjallisuuskatsauksessa ikääntyneen potilaan rooli hoidon suunnittelussa oli keskiössä. Katsauksen tulos nosti esille ikääntyneen potilaan osallisuuden kehittämiseen liittyviä organisaatiolähtöisiä tekijöitä, kuten resursointi ja hoidon suunnittelun käytänteet, jotka enemmän tai vähemmän näkymättöminä tekijöinä vaikuttavat potilaan osallisuuteen. Potilaille itsellään, heidän lomaisillaan ja hoitohenkilökunnalla on sekä organisaation, että oman ajattelunsa asettamia rajoitteita potilaan osallisuudelle. Ikääntyneiden potilaiden osallisuus on käsitteenä vielä täsmentymätön, eri näkökulmien esille tuominen lisää tulosten siirrettävyyttä ja hyödyntämistä.

## Eettisyys

Tutkimuksen tekemisen perusvelvollisuuksia ovat luotettavan tiedon tuottaminen, tieteellisen julkisuuden ylläpitäminen ja tutkittavien oikeuksien ja ihmisarvon kunnioittaminen (Kuula 2006). Päätöksenteko on tietoista toimintaa, johon liittyy tahto. Päätöksentekoon liittyvä eettinen keskustelu johdattaa perimmäisiin kysymyksiin arvoista ja siitä, mitä oikeastaan halutaan. Päätöksenteossa ja toiminnan järjestämisessä valinnoissa on pyrittävä johdonmukaisuuteen, joka perustuu perusarvoihin. (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011.)

Tutkimus ei vain selitä ja kuvaile, sillä myös rakennetaan ja annetaan merkityksiä (Jyrkämä 2006). Kirjallisuuskatsauksen tekemistä ovat ohjanneet hoitotieteen paradigmat, ihmisarvon kunnioitus ja työkokemus hoitotyössä. Niirasen (2002) mukaan osallistumisen tukeminen on työntekijälle yhdistelmä työn eettisiä normeja, työtä ohjaavien normien noudattamista ja asiantuntijuutta.

## 5.9 Lähteet

- Arnstein, S. 1969. A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners* (35) 4, 215–224. Viitattu 30.8.2016. Saatavilla: [http://lithgow-schmidt.dk/sherry-arnstein/ladder-of-citizen-participation\\_en.pdf](http://lithgow-schmidt.dk/sherry-arnstein/ladder-of-citizen-participation_en.pdf)
- Danielsson-Ojala, R. 2016. Järjestelmällinen katsaus Joanna Briggs instituutin mukaisesti. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Sarja A73. Turku: Juvenes Print. 118–128.
- Ekdahl, A., Andersson, L. & Friedrichsen, M. 2010. They do what they think is best for me.” Frail elderly patients’ preferences for participation in their care during hospitalization. *Patient Education and Counseling* 80(2), 233–240.
- Heikkinen, H & Syrjälä, L. 2008. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio ja L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon, Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Kansanvaalistusseura. Helsinki, 144–162.
- Jyrkämä, J. 2006. Vanhukset toimijoina – vanhusten läsnäolo ja osallisuus tutkimuksessa. Teoksessa P. Topo (toim.) Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. Stakes työpapereita 21. Helsinki, 14–19.
- Järnström, S. 2011. ”En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni”, Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Väitöskirja. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 1097. Tampere: Tampereen Yliopisto. Viitattu 29.10.2020. Saatavilla: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66771/978-951-44-8508-4.pdf?sequence=1>
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: SanomaPro Oy.
- Koren, P. E., DeChillo, N. & Friesen, B. J. 1992. Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: A brief questionnaire. *Rehabilitation Psychology* 37 (4), 305–320.
- Kukkonen, T. 2019. Vuodeosastopotilaan ja hänen omaisensa osallisuuden kehittäminen hoidon suunnittelussa. Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen. Ylempi (AMK) opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Kajaani. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2019070117610>
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka, aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2), 138–148.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 17 (1), 37–45.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/199. [www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785)
- Luhtasela, L. 2009. Osallisuuden rakentuminen kuntouttavassa työtoiminnassa. Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala. Helsingin yliopisto. Helsinki.
- Niiranen, V. 2002. Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin. Teoksessa K. Juhila, H. Forsberg & I. Roivainen (toim.) *Marginaalit ja sosiaalityö*. Jyväskylä: SoPhi. 63–80.
- Niela-Vilen, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Sarja A73. Turku: Juvenes Print. 23–35.

- Närhi, K., Kokkonen, T. & Matthies, A-L. 2014. Asiakkaiden osallisuus ja työntekijöiden harkintavalta palvelujärjestelmässä. *Janus* 22 (3), 227–244.
- Polit, DF. & Beck, CT. 2012. *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice.* Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
- Siltanen, H., Heikkilä, K., Parisod, H., Tuomikoski, A., Tuomisto, S., Holopainen, A. 2019. Hoitosuositusten laadinta -käsikirja suositustyöryhmille, Versio 1.0. Hoitotieteentutkimussäätiö. Viitattu 29.10.2020. Saatavilla: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/hoitosuosituksakirja-2019-1.pdf>
- Sihvo, S., Isola, A-M., Kivipelto, M., Linnanmäki, E., Lyytikäinen, M. & Sainio S. 2018. Asiakkaan osallistumisen toimintamalli, Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 16. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. 2011. Etene-julkaisuja 32. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Helsinki.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Vanhuspalvelulaki 2012/980. [www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980)
- Viirkorpi, P. 1993. Osallisuus, yhteistyö, valta, muutos... – asuinalueen uusi suunnittelujärjestelmä. Suomen kuntaliitto. Helsinki.

### **Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset**

- Almborg, A-H., Ulander, K., Thulin, A. & Berg, S. 2008. Discharge Planning of Stroke Patients: the Relatives' Perceptions of Participation. *Journal of Clinical Nursing* 18(6), 857–865.
- Armstrong, N., Herbert, G., Aveling, E-L., Dixon-Woods, M. & Martin, G. 2013. Optimizing patient involvement in quality improvement. *Health Expectations* 16(3), 36-47.
- Griffith, J., Brosnan, M., Lacey, K., Keeling S. & Wilkinson, T. 2004. Family meetings—a qualitative exploration of improving care planning with older people and their families. *Age and Ageing* 33(6), 577–581.
- Helgesen, A., Larsson, M. & Athlin, E. 2014. Patient participation in special care units for persons with dementia: A losing principle? *Nursing Ethics* 21(1), 108–118.
- Huby, G., Holt Brook, J., Thompson A. & Tierney, A. 2007. Capturing the concealed: Interprofessional practice and older patients' participation in decision-making about discharge after acute hospitalization. *Journal of Interprofessional Care* 21(1), 55–67.
- Huby, G., Stewart, Tierney, A., & Rogers, W. 2004. Planning older people's discharge from acute hospital care: linking risk management and patient participation in decision-making. *Health, Risk & Society* 6(2), 115–132.
- Laitinen-Junkkari, P., Meriläinen, P. & Sinkkonen, S. 2001. Informal caregivers' participation in elderly-patient care: An interrupted time-series study. *International Journal of Nursing Practise* 7(3), 199–213.
- Löfman, P. 2006. Itsemäärämisen edistäminen, osallistavan toimintamallin kehittäminen reumatopotilaiden hoitotyöhön. Väitöskirja. Hoitotieteidenlaitos. Yhteiskuntatieteet. Kuopion yliopiston julkaisuja E 134. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Schmidt, M., Echardt, R., Scholtz, K., Neuner, B., von Dossow-Hanfstingl, V., Sehouli, J., Stief, C., Wernecke, K-D. & Spies, C. 2015. Patient Empowerment Improved Perioperative Quality of Care in Cancer Patients Aged  $\geq$  65 Years – A Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE* 10(9), 1–21.

Svanström, R., Andersson, S., Rosén, H. & Berglund, M. 2016. Moving from theory to practice: experience of implementing a learning supporting model designed to increase patient involvement. *BMC Research Notes* 9 (361), 1–10.

Tobiano, G., Marshall, A., Bucknall, T., & Chaboyer, W. 2016. Activities Patients and Nurses Undertake to Promote Patient Participation. *Journal of Nursing Scholarship* 48(4), 362–370.

Wetzels, R., Wensing, M., van Weel, C. & Grol, R. 2005. A consultation leaflet to improve an older patient's involvement in general practice care: a randomized trial. *Health Expectations* 8(4), 286–294.

## 6 Suullisen raportoinnin merkitys hoitovastuun siirtyessä osastolta leikkausosastolle

*Katja Kervinen, sairaanhoitaja ylempi (AMK), apulaisosastonhoitaja, Operatiivinen tulosalue, pehmytkudoskirurgia, keskusleikkausosasto, PPSHP*  
*Rauni Leinonen, KT, TTM, yliopettaja, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus, Sosiaali- ja terveysalan ylempi (AMK) koulutus, Kajaanin Ammattikorkeakoulu*

### Tiivistelmä

Järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli kehittää raportointimenetelmää siten, että hoitovastuun siirtyessä hoito-osastolta leikkaussaliin tiedonsiirto on selkeää ja hoidon kannalta oleelliset asiat tulee raportoitua potilasturvallisuus huomioiden. Tarkoitus oli kuvata suullisen raportoinnin merkitystä tiedonkulun välineenä potilaan hoitovastuun siirtyessä hoito-osastolta leikkaussaliin. Kirjallisuuskatsauksessa haettiin vastausta tutkimuskysymykseen, mikä merkitys suullisella raportoinnilla on tiedonkulun välineenä potilaan hoitovastuun siirtyessä hoito-osastolta leikkausosastolle?

Kirjallisuuskatsaukseen haettiin tutkimuksia BioMed Central, CINAHL, Cochrane, Medic ja PubMed tietokannoista. Kirjallisuushakujen kokonaistulos oli 3457 julkaisua, joista valikoitui sisäänottokriteereiden, otsikon, tiivistelmän, kaksoiskappaleiden poiston sekä kriittisen arvioinnin perusteella yhteensä yhdeksän artikkelia. Tutkimuksista saatu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tuloksena saatiin kolme luokkaa: tiedon välittäminen, vastavuoroisen kommunikaation kehittyminen ja organisaation potilasturvallisuuskulttuurin tunteminen.

Tulosten perusteella voitiin todeta, että oikean ja reaaliaikaisen tiedon välittäminen hoitovastuun siirtyessä on olennaisen tärkeää potilaan turvallisen hoidon kannalta. Tiedon välittämisen tulee olla vastavuoroista hoitohenkilöstön tai potilasta hoitavan tiimin henkilöstön välillä. Kommunikaatio-ongelmat ovat yksi merkittävin yksittäinen haittatapahtumiin myötävaikuttava tekijä. Hoitajien vastavuoroinen kommunikaatio raportointitilanteissa edistää potilasturvallisuutta ja vähentää väärinymmärrysten mahdollisuutta. Organisaation potilasturvallisuuskulttuurin tunteminen oli tulosten mukaan yhteydessä raportointiin. Potilasturvallisuus näkökulma korostui keskeisenä asiana suullisen raportoinnin merkityksessä tiedonkulun välineenä potilaan hoitovastuun siirtyessä hoito-osastolta leikkausosastolle. Johtopäätöksenä todettiin, että potilaan hoitoon liittyvän oleellisen tiedon välittäminen suullisesti raportoimalla, potilaan hoitovastuun siirtyessä osastolta leikkausosastolle, edistää potilasturvallisuutta. Lisäksi vastavuoroinen kommunikaatio ja organisaation potilasturvallisuuskulttuurin tunteminen suullisen raportoinnin käytännöistä

edistävät potilasturvallisuutta. Kuitenkin tarvitaan vielä lisää tutkimusta siitä, mitkä tekijät vaikuttavat hoitotyöntekijän suulliseen raportointiin, ja miten henkilökunnan suulliseen raportointiin liittyvää osaamista voidaan kehittää.

Asiasanat: suullinen raportointi, viestintä, tiedonsiirto, hoitovastuu, potilasturvallisuus

## 6.1 Johdanto

Kasvokkain tapahtuvaan viestintään liittyy usein potilasturvallisuutta heikentäviä tiedonkulunvirheitä. Potilaan hoitoon liittyvää tietoa välitetään esimerkiksi vakioidun ISBARin avulla, jonka käyttö korostuu erityisesti, kun potilaan hoitotilanteessa on kiire ja hoidon kannalta oleellista tietoa voi jäädä muutoin välittämättä (Stewart & Hand 2017, 302). Tietty raportointikaava ja rutiini luovat raportointiin täsmällisyyttä, tehokkuutta ja vähentävät virhetulkintoja. Raportointirutiinit voivat perustua erilaisiin tarkistuslistoihin tai yhteisesti sovittuihin käytäntöihin. (Westman 2019, 83.) Keskeistä on varmistaa raportoinnin sisällön selkeys ja ymmärrettävyys. Erityisesti suullinen viestintä on herkkä ympäristöstä tuleville häiriötekijöille. (Härgestam, Lindkvist, Brulin, Jacobsson & Hultin 2013.)

Oikean ja reaaliaikaisen tiedon välittäminen potilaan hoitovastuun siirtyessä osastolta toiselle on ratkaisevaa turvallisen hoidon kannalta. Lisäksi raportointitilanteen kiireettömyys auttaa, että raportissa mukana olevilla on mahdollisuus keskittyä tiedonsiirtoon. Päivystysaikana potilasta koskeva tieto perustuu suullisella raportilla saatuun tietoon, mikäli tietoa ei ole muualta saatavissa. Reaaliaikainen ja tarkoituksenmukainen tieto potilaan terveydentilasta, tutkimuksista ja hoitoon vaikuttavista asioista tulee välittyä hoitavalle tiimille, jotta potilasta voidaan hoitaa turvallisesti. Hoitovastuun siirtyminen voi olla äkillinen ja komplisoitunut tapahtuma. Tiedon puute hoitovastuun siirtyessä voi johtaa hoidon viivästymiseen tai hoitovirheisiin, ja tätä kautta potilasturvallisuuden vaarantumiseen. (Choromanski, Frederick, Mckelvey & Wang 2014, 385; Evans, Yee & Hogue 2014, 687.)

Potilaan hoidon kriittisessä tilanteessa on tärkeää, että hoitotiimiin kuuluville voidaan välittää tietoa ilman riskiä väärästä asian tai tilanteen tulkinnasta. Viestintä raportointitilanteessa voi epäonnistua useista eri syistä. Esimerkiksi, jos raportoinnin antaja ilmaisee asian epätarkasti tai tieto potilaasta on riittämätöntä, tai jos raportin vastaanottava hoitaja tulkitsee tiedon virheellisesti. Virheiden ehkäisemiseksi on tärkeää puhua ääneen. (Jones, Fawker-Corbett, Groom, Morton, Lis-

ter & Mercer 2018, 16–20.) Hiljaista raportointia käytettäessä potilasta hoitava henkilökunta perehtyy potilaan hoitoon liittyviin tietoihin potilastietojärjestelmästä ennen potilaan leikkausosastolle saapumista. Laitila, Leikkola, Immonen ja Pitkänen (2016, 36) ovat tutkineet hoitohenkilökunnan mielipiteitä hiljaiseen raportointiin siirtymisen edellytyksistä erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla. Tulosten perusteella hiljaiseen raportointiin siirtyminen edellyttää muutosvalmiutta, oikeita henkilöstöresursseja, toiminnan muutosta sekä toimintaa tukevaa työympäristöä.

Laukkanen, Lehti, Hassinen ja Hupli (2012) kirjoittavat, että hiljaisen raportoinnin tuomia etuja ovat kirjaamisen laadun paraneminen, potilaan yksilöllisiin tiedontarpeisiin vastaaminen ja työntekijöiden mahdollisuus joustaviin työaikoihin. Lisäksi hiljaisen raportin vuoksi välittömään potilastyöhön jää aikaa. Hiljainen raportti tukee potilaan yksityisyyden kunnioittamista, kun raportissa perehdytään potilaan tietoihin itsenäisesti ja siihen osallistuu vain potilasta hoitava henkilökunta (Tiala 2017). Hiljaisen raportoinnin kehittämisessä keskeistä on yhtenäiset ohjeistukset, johon toiminta perustuu. Ohjeistuksilla voidaan osoittaa, mitä tulee raportoida, miten tieto tulee esittää, ja millaista osaamista tiedon välittämiseen tarvitaan. (Matic, Davidson & Salamonson 2010, 184–189.) Optimaalinen raportointi potilaan hoitovastuun siirtyessä mahdollistaa potilasturvallisuuden toteutumisen työntekijöiden vaihtumisesta huolimatta (Staggers & Jennings 2009, 393–398).

Jokainen potilastyössä oleva vastaa osaltaan potilasturvallisuuden toteutumisesta. Potilasturvallisuutta on kehitetty muun muassa laatimalla hoito-ohjeita, ottamalla käyttöön kansallisia ja kansainvälisiä suosituksia ja laatimalla paikallisia toimintaohjeita (Alahuhta & Volmanen 2015, 332). Tästä huolimatta potilasturvallisuus vaarantuu ja suurin osa vaaratilanteista liittyy tiedonkulun ongelmiin (Metsävainio & Tamminen 2015, 339). Hiljainen raportti ei sulje pois suullista raportointia, vaan kirjallista tietoa pitää pystyä tarvittaessa täydentämään suullisella raportilla. Päivystysaikana hiljaista raporttia ei aina voida toteuttaa, koska potilastilanteet vaihtelevat nopeasti. (Tiala 2017.) Tilanteissa, joissa potilaasta ei ole kirjattu mitään potilastietojärjestelmään, potilaan vointiin ja hoitoon liittyvä tieto leikkauksen alussa perustuu suullisen raportin tietoihin. Hiljaisen raportin käyttöönoton jälkeen suullisen raportin antaminen työyhteisössä potilaan hoitoon liittyvistä asioista on vähentynyt. Tämän seurauksena suullisen raportoinnin laatu on heikentynyt, ja päivystystilanteissa ei osata raportoida selkeästi ja napakasti potilaan hoitoon liittyviä tärkeitä asioita. Tämä heikentää potilaan hoitoon liittyvän tiedon siirtymistä ja potilasturvallisuus voi vaarantua. Malley`n, Kennerin, Kim`n ja Blakeney`n (2015) mukaan sairaanhoitajan tulee perioperatiiviseen potilaan hoitoon liittyvässä arvioinnissa tunnistaa potilaiden tarpeet ja riskitekijät, joilla on vaikutusta muun muassa potilaan leikkauskokemukseen.

Tiedonkululla tarkoitetaan kirjallisuuskatsauksessa potilaan hoitoon oleellisesti liittyvän tiedon siirtymistä hoito-osaston työntekijältä leikkausosaston työntekijälle samalla kun potilaan hoitovastuu myös siirtyy. Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on kuvata suullisen raportoinnin merkitystä tiedonkulun välineenä potilaan hoitovastuun siirtyessä hoito-osastolta leikkauksaliin. Tavoitteena on kehittää potilaan hoitoon liittyvän tiedonkulkua ja suullista raportointimenetelmää hoito-osaston henkilökunnan ja leikkausosaston henkilökunnan välillä.

## 6.2 Suullisen raportoinnin merkitys hiljaista raporttia käytettäessä

Organisaatiossa otettiin käyttöön hiljainen raportti vuonna 2014, joka perustuu työyhteisölle laadittuun menettelyohjeeseen ”Hiljainen raportti leikkaus- ja toimenpide yksiköiden ja vuodeosastojen välillä” (Tiala 2017). Leikkauspotilaiden hoito ja tutkimukset perustuvat tieteellisissä tutkimuksissa todettuun näyttöön hoidon vaikuttavuudesta. Näyttöön perustuva toiminta hoitotyössä on laaja-alaista ja sisältää tutkimustiedon ja asiantuntijasuosituksen lisäksi myös havainnoinnin avulla saatua tietoa, jota hyödynnetään systemaattisesti. Hoitotyö perustuu tutkittuun tietoon ja on parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tiedon harkittua käyttöä. (McSherry, Simmons & Abbot 2002, 3–11; Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 17–20.)

Hiljaista raportointia käytettäessä potilasta hoitava henkilökunta perehtyy potilaan hoitoon liittyviin tietoihin potilastietojärjestelmästä ennen potilaan leikkausosastolle saapumista. Laitila ym. (2016, 36) ovat tutkineet hoitohenkilökunnan mielipiteitä hiljaiseen raportointiin siirtymisen edellytyksistä erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla. Tulosten perusteella hiljaiseen raportointiin siirtyminen edellyttää muutosvalmiutta, riittäviä henkilöstöresursseja, toiminnan muutosta ja tätä tukevaa työympäristöä. Laukkanen ym. (2012) kirjoittavat, että henkilökunnan mielestä hiljaisen raportoinnin etuja ovat muun muassa kirjaamisen laadun kehittyminen, potilaan yksilöllisiin tarpeisiin vastaaminen ja mahdollisuus työntekijöiden joustaviin työaikoihin. Lisäksi hiljainen raportti mahdollistaa välittömään potilastyöhön aikaa aikaisempaa enemmän.

Hiljainen raportti tukee potilaan yksityisyyden kunnioittamista, kun raportissa perehdytään potilaan tietoihin itsenäisesti ja siihen osallistuu vain potilasta hoitava henkilökunta (Tiala 2017). Hiljaisen raportoinnin kehittämisessä on keskeistä yhdenmukaiset ohjeistukset, joihin raportointi perustuu. Ohjeistuksilla voidaan osoittaa, mitä tulee raportoida, miten tieto tulee esittää ja mitä osaamista tiedon välittämiseen tarvitaan. (Matic ym. 2010, 184–189.) Optimaalinen raportointi



mahdollistaa työntekijöiden vaihtumisesta huolimatta potilasturvallisuuden toteutumisen (Stagers & Jennings 2009, 393–398).

Hiljainen raportti ei sulje pois suullista raportointia, vaan tietoa pitää tarvittaessa täydentää suullisella raportilla. Päivystysaikana hiljainen raportti ei aina toteudu, koska potilastilanteet vaihtelevat nopeasti. (Tiala 2017.) On tilanteita, joissa potilaasta ei ole kirjattu mitään potilastietojärjestelmään, ja leikkauksen alussa tieto potilaasta perustuu suullisen raportin tietoihin. Hiljaisen raportin käyttöönoton jälkeen suullisen raportin antaminen potilaan hoitoon liittyvistä asioista on vähentynyt. Tämän seurauksena suullisen raportoinnin laatu on heikentynyt ja päivystystilanteissa hoitohenkilöstö ei osaa raportoida selkeästi ja napakasti potilaan hoitoon liittyviä olennaisia asioita. Tämän johdosta potilasturvallisuus saattaa vaarantua.

### 6.3 Kirjallisuuskatsauksen tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymys

Tavoitteena on kehittää potilaan hoitoon liittyvän tiedonkulkua ja suullista raportointimenetelmää hoito-osaston henkilökunnan ja leikkausosaston henkilökunnan välillä. Katsauksen tarkoitus ja tutkimuskysymys määrittävät suunnan katsauksen tekemiselle (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 99). Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on kuvata suullisen raportoinnin merkitystä tiedonkulun välineenä potilaan hoitovastuun siirtyessä hoito-osastolta leikkaussaliin. Kirjallisuuskatsauksessa haettiin vastausta tutkimuskysymykseen, mikä merkitys suullisella raportoinnilla on tiedonkulun välineenä potilaan hoitovastuun siirtyessä hoito-osastolta leikkausosastolle?

### 6.4 Kirjallisuuskatsauksen toteutus

Niela-Vilén ja Hamari (2016, 23) kuvaavat, että lukuisista erilaisista kirjallisuuskatsauksista huolimatta katsauksen tekeminen sisältää tietyt vaiheet, joiden ymmärtäminen mahdollistaa myös niiden kriittisen arvioinnin. Tarkoituksena on muodostaa kokonaiskäsitys aihetta koskevasta aikaisemmasta tutkimuksesta. Toisin sanoen se on tutkimusta tutkimuksista.

Tiedonhaku tehtiin BioMed Central, CINAHL, Cochrane, Medic ja PubMed tietokannoista. Tietokantahaut tehtiin lokakuussa 2017 ja niissä käytettiin kehitettävään ilmiöön sopivia hakusanoja sekä niiden yhdistelmiä (taulukko 1). Hakusanoja käytettiin eri tietokannoissa sen mukaan, miten

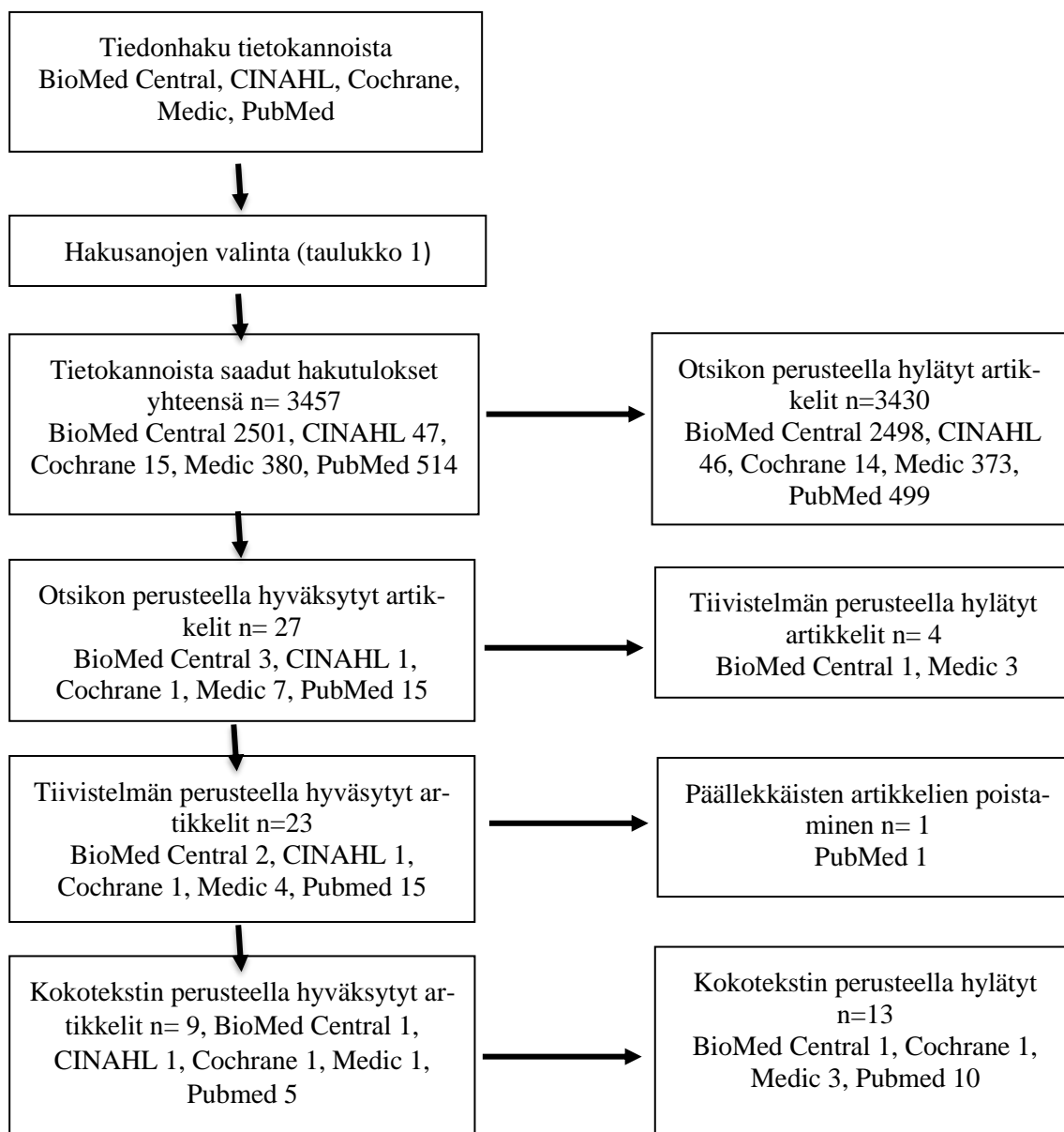
niillä löytyi hakutuloksia. Tämän vuoksi eri tietokannoista on haettu erilaisilla hakusanoilla ja -lausekkeilla

TAULUKKO 1. Käytetyt hakusanat ja hakusanoilla saadut hakutulokset

Tietokanta	Hakusana (hakutulokset yhteensä)
BioMed Central	handing off information AND patient safety (2501)
CINAHL	perioperative handoff AND nursing (47)
Cochrane	nursing handoffs (15)
Medic	handing off information AND nursing AND bleeding patient (35) reporting OR handoff information AND nursing (314) tiedonkulku* OR raportointi* AND hoitotyö* (31) - (380)
PubMed	handoff AND nursing (462) intraoperative AND nursing (52) - (514)
Yhteensä	Tietokannoista saadut hakutulokset (3457)

Kirjallisuushaku rajattiin suomen- ja englanninkielisiin artikkeleihin. Aikarajaus (Publication date 5 years) tehtiin ainoastaan PubMed -tietokannan hakuihin hakusanoilla handoff AND nursing. CINAHL- tietokannan haussa rajattiin haku akateemisiin julkaisuihin (Academic Journals) ja lisäksi niihin julkaisuihin, joissa oli linkki koko aineistoon (Linked Full Text). Sisäänottokriteeriksi valittiin asiasisältö, jossa käsiteltiin hoitajien välistä raportointia. Rajausta ei tehty pelkästään perioperatiiviseen hoitajien väliseen raportointiin, koska se olisi voinut jättää haun ulkopuolelle aiheeseen liittyviä merkityksellisiä tutkimuksia.

Sisäänottokriteerit kirjallisuuskatsauksessa olivat sisällön osalta sellaiset, että tutkimusten piti käsitellä hoitajien raportointia, raportointia ja tiedonkulkua sekä raportointia ja potilasturvallisuutta. Tutkimuksen julkaisukieli oli suomi tai englanti, ja sen piti olla tieteellinen artikkeli tai aikaisempi kirjallisuuskatsaus. Niela-Vilén ja Hamari (2016, 25–26) korostavat hakustrategiaan kuuluvien poissulku ja sisäänottokriteereiden tärkeyttä, koska ne auttavat pätevän kirjallisuuden valitsemisessa, tunnistamisessa ja edistävät katsauksen luotettavuutta. Kriteereitä noudattaen kirjallisuushakujen kokonaistuloksista (3457) valikoitui 27 artikkelia otsikon perusteella, jotka otettiin lähempään tarkasteluun (kuvio 1).



Kuvio 1. Kirjallisuushaku

Seuraavaksi luettiin otsikon perusteella hyväksytyjen 27 artikkelin tiivistelmät, joiden perusteella vielä neljä artikkelia hylättiin. Ennen koko tekstien lukemista poistettiin artikkeleista toistensa päällekkäisyydet eli yksi artikkeli. Koko tekstin perusteella hyväksyttiin yhdeksän artikkelia, jotka täyttivät sisäänottokriteerit (liite 1, taulukko 2). Hakuprosessin vaiheisiin osallistui yksi henkilö, joka suoritti artikkeleiden valinnan.

## 6.5 Aineiston kuvaus ja analyysi

Valituille tutkimuksille (n=9) suoritettiin laadunarviointi. Arvioinnissa käytettiin Joanna Briggs instituutin suomenkielisiä kriittisen arvioinnin tarkistuslistoja tulkinnalliselle ja kriittiselle tutkimukselle, kohortti/tapaus- kontrollitutkimukselle ja järjestelmälliselle katsaukselle. Laadullisia tutkimusartikkeleita oli viisi, tilastollisia yksi, kohorttitutkimuksia yksi ja kirjallisuuskatsauksia käsitteli kaksi artikkelia. Kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa käytetään tutkimuksen metodologisen laadun arviointiin ja tutkimuksen tuloksiin vaikuttavan harhan riskin tunnistamiseen. Arviointikriteerit määräytyvät käytetyn tutkimusasetelman mukaisesti. Kunkin kriteerin toteutuminen arvioitiin asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (n/a). (Reviewers`Manual 2011.) Artikkeleiden pisteet määräytyvät ”kyllä asteikon vastauksista” suhteessa arviointikriteerien kokonaispistemäärään. Laadun arvioinnin perusteella lopulliseen aineistoon hyväksyttiin yhteensä yhdeksän tutkimusartikkelia (taulukko 3).

Taulukko 3. Tutkimusartikkelien laadun arvioinnin pistemäärät

Artikkelin numero	Tekijät	Artikkelin JBI-pisteet
1.	Choromanski, D., Frederick, J., Mckelvey, G. & Wang, H. 2014.	7/10
2.	Evans, A., Yee, M-S. & Hogue, C. 2014.	7/10
3.	Gillespie, B., Withers, T., Lavin, J., Gardiner, T. & Marshall, A. 2016.	9/10
4.	Jullia, M., Tronet, A., Fraumar, F., Minville, V., Fourcade, O., Alacoque, X., LeManach, Y. & Kurrek, M. 2017.	5/9
5.	Lee, S-H., Phan, P., Dorman, T., Weaver, S. & Pronovost, P. 2016.	8/10
6.	Malley, A., Kenner, C., Kim, T. & Blakeney, B. 2015.	9/10
7.	Pauniaho, S-L., Lepojärvi, M., Peltomaa, K., Saario, I., Isojärvi, J., Malmivaara, A. & Ikonen, T. 2009.	7/10
8.	Robins, H-M. & Dai, F. 2015.	9/10
9.	Smeulers, M., Lucas, C. & Vermeulen, H. 2014	8/10

Valituista artikkeleista saatu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä, jossa tarkoitus oli kuvata tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä ja käsitteellistetyssä muodossa (ks. Tuomi & Sarajärvi 2011; Elo & Kyngäs 2007, 109). Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut tutkimusartikkelit, niiden tarkoitus, toteutus ja keskeisimmät tulokset on kuvattu liitteessä 1.

Aineistoon perehdyttiin lukemalla tutkimusartikkeleita ja valitsemalla kustakin artikkelista ne asiat, jotka vastasivat tutkittavaan ilmiöön. Nämä kohdat aineistosta irrotettiin ja koodattiin käyttäen analyysiyksikkönä sanaa, sanaparia tai lausetta. Koska aineisto koostui tieteellisistä artikkeleista saattaa yksikin sana olla merkityksellinen kyseistä ilmiötä tutkittaessa. Tutkimuksen kannalta oleellista oli, että kaikki luotettavina pidetyt ja ilmiöön kuuluviksi katsotut asiasisällöt tulevat koodatuiksi (Alasuutari 2007, 38; Elo & Kyngäs 2007). Tuomen ja Sarajärven (2009, 97, 109) mukaan aineistolähtöisessä analyysissä pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Analyysiyksiköt eivät ole siis ennakkoon sovittuja tai harkittuja, vaan ne valitaan tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävän asettelun mukaisesti (Alasuutari 2007, 38–41). Tätä ohjenuorana pitäen analyysiyksiköksi valikoitui sana, sanapari tai lause. Aluksi tutkimuksista koodattiin tärkeitä ilmauksia alleviivaamalla ne analyysiyksikön mukaisesti tekstistä.

Koodauksen jälkeen aineiston alkuperäisilmaukset listattiin. Tässä vaiheessa aineisto oli vielä englannin kielellä. Tarvittaessa ilmauksia pelkistettiin, samalla kun ne käännettiin suomen kielelle. Koodattu aineisto ryhmitellään eli klusteroidaan peilaten aineistoa tutkimuskysymykseen. Saman sisältöiset ilmaukset ryhmitellään sisällön mukaan. (ks. Niela-Vilén & Hamari 2016, 31; Eskola & Suoranta 2014, 186–187.) Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin 30 ryhmään, joille annettiin ryhmien sisältöä kuvaava nimi. Lopuksi ryhmät klusteroitiin ja nimettiin niiden sisältöjä kuvaavilla nimillä, joista muodostui kolme luokkaa (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Esimerkki aineiston luokittelusta

Alkuperäiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Pelkistettyjen ilmausten ryhmittely	Luokka
<p>1. poor transition of patient care</p> <p>2. a high potential for adverse outcomes</p> <p>5. patient safety as one of its top objectives</p> <p>11. stimulate a discussion</p> <p>12. increases awareness</p> <p>17. may be particularly prone to error due to need to exchange complex information</p> <p>21. decreasing missed surgical information</p> <p>23. errors to occur in the OR from an incomplete ICU handoff</p> <p>24. care that may be routine in the ICU but not immediately apparent to anesthesiologist</p> <p>28. patients may not always be a reliable source of information</p> <p>29. a detailed clinician-to-clinician handoff is necessary</p> <p>30. consistency</p> <p>32. reducing caregiver familiarity</p> <p>35. obtaining all necessary information</p> <p>46. ability to reduce error</p> <p>49. to ensure communication</p> <p>59. improve teamwork</p> <p>65. reinforced a task-oriented approach</p> <p>67. vital information may be missed and/or not passed on</p> <p>68. professional identity is accentuated by the "tribal affiliations"</p> <p>70. disciplinary focus of team members</p> <p>80. deliberately</p> <p>82. ostensibly effective because it demonstrates clinical competence which is considered the epitome of safety</p> <p>84. conceal inconsistencies or omissions in information</p> <p>86. enables greater situation awareness</p> <p>90. risk of errors increases</p> <p>95. relevant</p> <p>97. must ask pertinent questions</p> <p>98. attain accurate clinical information</p> <p>99. used to inform clinical decision making</p> <p>100. interested in understanding the patient vulnerabilities</p> <p>101. may affect the care trajectory</p> <p>104. and communicate about the patient to other nurses</p> <p>105. inadequacy of communication</p> <p>107. gaps in the communication may occur</p> <p>108. as patient move between care settings</p> <p>110. verbal</p> <p>113. quality of the transfer of information</p>	<p>1. transition failure</p> <p>2. outcome adverse</p> <p>5. patient safety</p> <p>11. discussion stimulation</p> <p>12. awareness</p> <p>17. information exchange</p> <p>21. missed information</p> <p>23. incomplete handoff</p> <p>24. care routine</p> <p>28. patients as source of information</p> <p>29. detailed handoff</p> <p>30 consistency</p> <p>32. reducing familiarity</p> <p>35. obtaining information</p> <p>46. reduce error</p> <p>49. communication</p> <p>59. teamwork</p> <p>65. task-oriented approach</p> <p>67. missed information</p> <p>68. professional identity</p> <p>70. focus</p> <p>80. deliberately</p> <p>82. clinical competence</p> <p>84. information inconsistency</p> <p>86. situation awareness</p> <p>90. error risk</p> <p>95. relevant</p> <p>97. question asking</p> <p>98. accurate information</p> <p>99. decision making</p> <p>100. understanding patient vulnerabilities</p> <p>101. care trajectory</p> <p>104. communication</p> <p>105. inadequacy</p> <p>107. gap in communication</p> <p>108. patient move</p> <p>110. verbal</p> <p>113. quality</p> <p>114. communication</p> <p>115. current history</p> <p>116. ability to walk</p> <p>117. functional status</p> <p>118. mental and developmental ability</p> <p>120. communication</p> <p>122. urgency complete task</p> <p>123. inadequacies in communication</p> <p>124. information importance</p> <p>125. inadequacies in communication</p> <p>126. patient transfer</p> <p>130. erehdys ja virhe</p> <p>144. accuracy</p> <p>145. information loss</p> <p>146. clarification</p> <p>147. communication improvement</p> <p>148. miscommunication error</p> <p>153. quality</p> <p>162. responsibility</p> <p>163. accountability</p> <p>164. patient safety culture</p>	<p>a. potilastuntemus (32,100)</p> <p>b. potilaan yksilöllisyyden huomioiminen (28,115,116,117,118)</p> <p>c. tiedon puute (17,21,23,67,107,145)</p> <p>d. kiireettömyys (122)</p> <p>e. yhteisymmärrys (12,65,86)</p> <p>f. vaikutus kliiniseen päätöksentekoon (99)</p> <p>g. keskittyminen tiedonsiirtoon (70,184)</p> <p>h. informatiivinen (12,29,124,144)</p> <p>i. vastuullisuus (162,163)</p> <p>j. tarkoituksenmukaisuus (80,93)</p> <p>k. johdonmukaisuus (30)</p> <p>l. laatu (113,153)</p> <p>m. sanallinen viestintä (11,110)</p> <p>n. tarvittavan tiedon saaminen (35,97,98,130,146,193)</p> <p>o. potilaan hoitoon liittyvien virheiden vähentäminen (2,46,84,148,192)</p> <p>p. suullinen viestintä (1,105,120,123,125)</p> <p>q. kommunikointitaidot (104,114,147,191)</p> <p>r. tiedonsiirron varmistaminen (49)</p> <p>s. merkityksellisyys (95)</p> <p>t. tiimityö (59)</p> <p>u. ammatillisen identiteetin vahvistuminen (68)</p> <p>v. kulttuurilliset mahdollistajat (166)</p> <p>x. potilasturvallisuuden määrittely (188)</p> <p>y. kulttuuristen erojen tunnistaminen yksiköiden välillä (24,172)</p> <p>z. hoidon turvallisuus (46,195)</p> <p>å. kulttuuriset erot ammattiryhmien välillä (168)</p> <p>ä. potilasturvallisuuden tärkeys (5,164,185)</p> <p>ö. potilaan hoitopolku (101)</p> <p>aa. tiedonsiirron tärkeys (90,108,126)</p> <p>ab. kliininen osaaminen (82)</p>	<p>A.TIEDON VÄLITTÄMINEN (a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l)</p> <p>B.VASTAVUOROISEN KOMMUNIKAATION KEHITYMINEN (m, n, o, p, q, r, s, t, u)</p> <p>C.ORGANISAATION POTILASTURVALLISUUS KULTTUURIN TUNTEMINEN (v, x, y, z, å, ä, ö, aa, ab)</p>

<p>114. don't have good communication  115. never a current history and physical  116. don't know if they can walk  117. don't know their functional status  118. if they are mentally or developmentally delayed  120 lack of communication  122. often the sense of urgency to complete tasks in the transition  123. communication inadequacies are entrenched  124. the importance that information has for each individual provider  125. communication inadequacies occur at various point in care  126. most notably as patients transfer from different care areas  130. voidaan pienentää inhimillisiin erehdyksiin ja virheisiin liittyvää kärsimystä  144. improves accuracy of the report  145. information loss  146. need for clarification  147. this improved communication among providers  148. decrease errors related to miscommunication  153. impact on quality of communication is difficult to quantify  162. responsibility  163. accountability  164. identifying the accompanying patient safety culture composites  166. cultural drivers  168. the different and sometimes strong cultures between professional specialties  172. a strong culture of teamwork across units  184. sharp focus on transitions of care  185. a central theme in hospital's safety program  188. defining patient safety culture in a specific form  191. breakdowns in communication  192. one of the main causes of adverse events  193. an accurate handover of clinical information  195. safety of care</p>	<p>166. cultural drivers  168. cultures between specialties  172. teamwork culture  184. transition focus  185. safety program  188. patient safety culture  191. communication  192 event adverse  193. accurate handover  195. safety of care</p>		
--	---	--	--

Potilasturvallisuus näkökulma korostui vastauksissa keskeisenä asiana suullisen raportoinnin merkityksessä tiedonkulun välineenä potilaan hoitovastuun siirtyessä hoito-osastolta leikkausosastolle. Myös alkuperäisten tutkimusten tuloksissa asiaa oli tarkasteltu nimenomaan potilasturvallisuuden näkökulmasta. Tästä johtuen potilasturvallisuus on nostettu yhdistäväksi asiaksi tuloksia

tarkasteltaessa. Potilasturvallisuudesta ei muodostu yläluokkaa vaan näkökulma, johon saatuja tuloksia, luokkia, peilataan.

## 6.6 Tulokset ja johtopäätökset

Tarkoituksena oli kuvata suullisen raportoinnin merkitystä tiedonkulun välineenä potilaan hoitovastuun siirtyessä hoito-osastolta leikkaussaliin aikaisemman tutkimustiedon avulla. Suullinen raportointia voidaan käyttää eri tarkoituksiin, kuten tiedonkulun välineenä potilaan hoitovastuun siirtyessä turvallisesti ja henkilöstön kouluttamiseen sekä tiedottamiseen. Suullisen raportoinnin avulla tiimin yhtenäisyyttä voidaan myös kehittää (Giske, Melars & Einarsen 2017). Jokainen potilastyössä oleva vastaa osaltaan potilasturvallisuuden toteutumisesta. Potilasturvallisuutta on kehitetty muun muassa laatimalla hoito-ohjeita ja paikallisia toimintaohjeita sekä ottamalla käyttöön kansallisia ja kansainvälisiä suosituksia. (Alahuhta & Volmanen 2015, 332.) Huolimatta kehityksestä potilasturvallisuus vaarantuu. Merkittävä osa vaaratilanteista liittyy tiedonkulun ongelmiin (Metsävainio & Tamminen 2015, 339).

Tiedonkulku on tärkeää potilaan turvallisessa hoidossa. Kirjallisuuskatsauksen tuloksissa korostui, että oikean, reaaliaikaisen tiedon välittäminen hoitovastuun siirtyessä on ratkaisevaa turvallisen hoidon kannalta. Potilaan hoitovastuun siirtäminen sisältää sekä vastuun potilaan hoitoon liittyvän tiedon siirtämisestä, että vastuun tiedon vastaanottamisesta. Tiedon välittämisen tulee olla reaaliaikaista ja vastavuoroista hoitohenkilöstön tai potilasta hoitavan tiimin välillä, jotta hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus voidaan varmistaa. (Cohen & Hilligoss 2010.)

Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan raportointitilanteen luominen kiireettömäksi varmistaa sen, että kaikilla raportissa mukana olevilla on mahdollisuus keskittyä tiedonsiirtoon, myös potilaalla itsellään. Päivystysaikana potilasta koskeva tieto perustuu suulliseen raporttiin silloin, kun tietoa ei ole muualta saatavissa. Tällöin raporttia antavan hoitajan potilastuntemus on avainasemassa. Reaaliaikainen ja tarkoituksenmukainen tieto potilaan terveydentilasta, tehdyistä tutkimuksista ja hoitoon vaikuttavista asioista tulee välittyä hoitavalle tiimille, jotta potilasta voidaan hoitaa turvallisesti. Hoitaja voi kohdata työssään hoitotilanteen, jossa hoitovastuun siirtyminen osastolta toiselle tulee yllättäen. Tiedon puute hoitovastuun siirtyessä voi johtaa potilaan hoidon viivästymiseen tai hoitovirheisiin, ja näin ollen potilasturvallisuuden vaarantumiseen. (Evans ym. 2014, 687; Metsävainio & Tamminen 2015, 338–339.)



Giske ym. (2017) ovat tehneet havainnoivaa tutkimusta suullisesta raportoinnista sairaalaolosuhteissa. Tutkimustuloksissa nousi esiin kuusi teemaa; (1) raportin sisältö ja rakenne, (2) hoitohenkilöstön tietoisuus ja asenne suullisen raportin aikana, (3) sanallinen ja sanaton viestintä, (4) häiriötekijät, (5) avaintietojen välittäminen tarkasti ja (6) hoidon laadun varmistaminen suullisen raportoinnin avulla. Heidän tutkimuksestaan saatujen tulosten mukaan kehittämällä saman sisältöisiä rakenteita suullisen raportoinnin tueksi, voidaan edistää raportoinnin selkeyttä ja sisällön ymmärtämistä. Häiriötekijöitä vähentämällä suullisen raportoinnin aikana, hoitohenkilöstön keskittymistä raportin sisältöön voidaan edistää. Tutkimustuloksista käy ilmi myös, että sanallisen ja sanattoman kommunikaation avulla voidaan lisätä suullisen raportoinnin laatua.

Kommunikaatio-ongelmat ovat yksi merkittävin yksittäinen haittatapahtumiin myötävaikuttava tekijä (Aaltonen, Helovuori, Kinnunen & Mustajoki 2014, 2811). Kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittivat, että hoitajien vastavuoroisen kommunikaatio raportointitilanteissa edistää potilasturvallisuutta ja vähentää väärinymmärrysten mahdollisuutta. Kasvotusten (face-to-face) tehty suullinen raportointi mahdollistaa kysymysten esittämisen ja keskustelun potilaan hoitoon liittyvistä asioista. Vastavuoroisen kommunikaation avulla on mahdollista merkittävästi vähentää hoitovirheitä. (Drach-Zahavy & Hadid 2015.)

Pokojová ja Bártlová (2018) tutkivat standardoitujen lähestymistapojen käyttöä kommunikaatiossa potilaasta annettavan raportin aikana. Vaikka tutkimustulokset eivät ole aivan yksiselitteisiä, voidaan tutkimustuloksissa osoittaa, että muistin tukena käytettävät menetelmät ovat laajalle levinneet, ja ne ovat tehokkaita menetelmiä kommunikaation tukena raportoinnissa. Tutkimustulokset osoittavat, että vakioidut menetelmät ja muistilistat itsessään eivät ratkaise tiedonsiirron ongelmia potilaan hoitoon liittyvän tiedon välittämisessä. Menetelmän implementointi, viestintämallin yleinen konteksti ja mahdolliset henkilön luonteesta johtuvat esteet tai liiallinen stressi kommunikoinnissa tulee ottaa huomioon. Vastavuoroinen kommunikointi on tiimityötä ja edellyttää henkilökunnalta hyviä kommunikointitaitoja.

Prætorius, Hasle ja Nielsen (2018) tutkivat terveydenhuollon ammattilaisten ammatti- ja osastorajojen yli tapahtuvaa yhteistyötä. Monitapaustutkimuksen tulokset osoittavat, että moniammatillinen yhteistyö ammatti- ja osastorajojen yli vaatii yhtenäisten käytäntöjen luomista ja kommunikointia eri ammattiryhmien ja osastojen välillä. Yhtenäiset suunnitelmat, yhtenäinen henkilöstöpolitiikka ja vakioidut raportointi- ja viestintämenetelmät täydentävät keskeisiä organisaatiokäytännöitä, prosesseja ja tukijärjestelmiä, jolloin sujuva ja potilasturvallinen hoitotyö voidaan mahdollistaa työntekijöille.

Organisaation potilasturvallisuuskulttuurin tunteminen nousi esiin kirjallisuuskatsauksen tuloksissa. Lisäksi katsauksessa korostuu eroavaisuuksien tunnistamisen merkitys eri hoito-osastojen välillä turvallisen potilashoidon näkökulmasta. Lähijohtaja toimii mahdollistajana potilasturvallisuuskulttuurin tuntemisessa kehittämällä sitä yhdessä henkilökunnan kanssa ja mahdollistamalla henkilökunnan kouluttautumisen. Asenteet muuttuvat parhaiten esimerkin avulla. Jos johto ei ole sisäistänyt potilasturvallisuuskulttuurin tärkeyttä eikä noudata tämän työn periaatteita jokapäiväisessä toiminnassaan, ei muukaan henkilöstö sitoudu siihen. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 9.)

Tavoitteena on kehittää saatujen tulosten avulla raportointimenetelmää siten, että hoitovastuun siirtyessä tiedonsiirto on selkeää ja hoidon kannalta oleelliset asiat tulee raportoitua niin, että potilasturvallisuus ei vaarannu. Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset suullisen raportin merkityksestä tiedonkulun välineenä potilaan hoitovastuun siirtyessä hoito-osastolta leikkausosastolle:

1. Potilaan hoitoon liittyvän oleellisen tiedon välittäminen suullisesti raportoimalla, potilaan hoitovastuun siirtyessä osastolta leikkausosastolle, edistää potilasturvallisuutta.
2. Vastavuoroinen kommunikaatio suullisessa raportoinnissa edistää potilasturvallisuutta.
3. Organisaation potilasturvallisuuskulttuurin tunteminen suullisen raportoinnin käytännöistä edistää potilasturvallisuutta.
4. Tarvitaan lisää tutkimusta siitä, mitkä tekijät vaikuttavat hoitotyöntekijän suulliseen raportointiin, ja miten henkilökunnan suulliseen raportointiin liittyvää osaamista voidaan edelleen kehittää.

## 6.7 Luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuutta pohdittaessa nousee esiin kysymykset totuudesta ja objektiivisesta tiedosta. Luotettavuutta perustellaan konsensukseen perustuvan ja pragmaattisen totuusteorian avulla. Pragmaattinen totuusteoria perustuu tiedon käytännöllisiin seuraamuksiin. Näin ajatellen uskomus on tosi, jos se toimii ja on hyödyllinen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134–135.) Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta kuvataan uskottavuus, kyllästeisyys, todeksi vahvistettavuus ja siirrettävyys kriteerien avulla.

Uskottavuus viittaa siihen, miten ”totuus” on muotoutunut (Nikkonen 1997; Eskola & Suoranta 1998) eli, miten katsauksen tekijä on saavuttanut tutkittavan todellisuuden ja tulosten totuudenmukaisuuden. Kylmän ja Juvakan (2007, 128) mukaan uskottavuutta voidaan vahvistaa muun muassa arvioimalla aineiston totuudenmukaisuutta. Uskottavuutta lisättiin kriittisellä tiedonhaku-prosessilla sekä laadituilla sisäotto- ja poissulkukriteereillä. Kirjallisuuskatsauksen kattavuutta ja näytön astetta lisää laadukkaiden tietokantojen käyttäminen tiedonhaussa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 21). Hakusanat mietittiin tarkasti kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä, mutta hakusanoista saattoi puuttua tutkimusten valikoitumisen kannalta olennaisia sanoja tai sanojen synonyymejä. Informaatikon hyödyntäminen hakusanojen valinnassa ja tiedonhaussa olisi mahdollisesti lisännyt katsauksen uskottavuutta.

Katsaukseen valituille tutkimuksille tehtiin laadunarviointi JBI:n eli Joanna Briggs Instituutin laatimia, hoitotyön tutkimussäätiön suomentamia, laadunvarmistus kriteereitä (Kriittinen arviointi 2018). Valittujen tutkimusten laadupisteiden keskiarvo oli 7,7/10. Kaikki tutkimukseen valikoidut tekstit olivat tieteellisiä artikkeleita. Lisäksi nämä artikkelit olivat katsauksen kannalta oleellisia. Katsauksen rajoituksena voidaan pitää mahdollista kieliharhaa. Suurin osa katsaukseen valituista artikkeleista oli englanninkielisiä. Englanninkielisiä ilmauksia käännettäessä suomen kielelle voi kääntäjän omalla käsityksellä asian sisällöstä olla vaikutusta tulkintaan sisältöjen merkityksistä. Uskottavuutta voi vääristää kieliharha, kun kirjallisuuskatsauksessa käytetään esimerkiksi englanninkielisiä tutkimuksia. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 47, 53.) Uskottavuutta lisättiin välttämällä valikoitumisharhaa, mikä huomioitiin aineiston valinnassa ottamalla mukaan ne artikkelit, jotka antoivat vastauksia tutkimuskysymykseen.

Aineiston tiedonkeruu-, analysointi- ja tulkintamenetelmän kuvaus on osa katsauksen tulosten uskottavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2013, 20–21). Aineiston koodaaminen ja sen tulkinta ovat aina tekijän tulkinnanvarainen käsitys. Katsauksessa on käytetty luotettavaksi havaittujen suomen- ja englanninkielisten tutkimusten aineistoa. Aineiston tulkinnan näkökulma pyrittiin säilyttämään koko ajan tutkimuskysymyksen mukaisena. Uskottavuutta on vahvistettu raportoimalla tarkkaan aineiston käsittely- ja analyysiprosessi, jota on havainnollistettu kuvaamalla sisällönanalyysin vaiheet sekä taulukko- että tekstimuodossa.

Esiymmärrys tutkittavasta ilmiöstä ja tutkimuksen lähtökohdat perustuvat osittain sairaanhoitajan työhön ja ammattiin leikkausosastolta. On huomioitava, että osa asioista on voitu tulkita ammatillisen viitekehyksen perusteella. Lähtökohtaisesti on pyritty noudattamaan tieteellisen tutkimuksen periaatteita loogisesta todistelusta ja objektiivisuudesta. Teoreettinen perehtyminen aiheeseen lisää tulosten uskottavuutta. Tutkimuksessa aineisto ohjaa tutkittavaa ilmiötä, ei tutkijan

subjektiiviset mieltymykset tai arvolähtökohdat. (Alasuutari 2007, 32.) On tärkeää, että katsauksen tekijä pohtii analyysin luotettavuutta ja esittää oman käsityksensä luotettavuudesta (Elo, Kanste, Kyngäs, Kääriäinen & Pölkki 2011, 147).

Kyllästeisyys eli saturaatio tarkoittaa sitä, että katsauksen tekijä on saanut ilmiöstä kaiken olennaisen tiedon (ks. Nikkonen 1997, 147), jolloin aineisto ja tulokset alkavat toistua samankaltaisina. Aineistoa analysoitaessa tulee kiinnittää huomiota aineiston merkittävyyteen, yhteiskunnalliseen ja kulttuuriseen kontekstiin, aineiston riittävyteen, analyysin kattavuuteen, arvioitavuuteen ja toistettavuuteen. Analyysin toistettavuus tarkoittaa, että luokittelu ja tulkintasäännöt on esitetty niin yksiselitteisesti, että toinen tutkija päätyy samaan tulokseen niitä soveltamalla. (Mäkelä 1992, 47–48, 52–53.) Aineiston käsittely tehtiin huolellisesti koodaamalla ja refleктоimalla, joten saadusta aineistosta pystyttiin havaitsemaan olennainen sisältö. Aineiston kriteerinä tulisi olla sen tarkoituksenmukaisuus ja mahdollisuus asian syvälliseen ymmärtämiseen, ei esimerkiksi aineiston laajuus (Nikkonen 1997, 147).

Aikaisemmista tutkimuksista saatu aineisto tuotti kokonaisuuden, jonka perusteella saatiin käsitys siitä, mikä merkitys suullisella raportoinnilla on tiedonkulun välineenä potilaan hoitovastuun siirtyessä hoito-osastolta leikkausosastolle. Vaikka tiedonhakuprosessi tehtiin huolellisesti ja perustellusti, on mahdollista, että aineiston ja sitä kautta tulosten osalta olennaisia tuloksia jää saavuttamatta.

Todeksi vahvistettavuuteen kuuluu kirjallisuuskatsauksen ratkaisujen ja niiden perustelujen huolellinen ja selkeä raportointi, jolloin lukija voi myös arvioida katsausta. Tarkka prosessin raportointi mahdollistaa lukijalle tehtyjen ratkaisujen tarkistamisen. (Kylmä & Juvakka 2007, 129; Eskola & Suoranta 1998, 217.) Tulosten tulee perustua aineistoon eikä tekijän omiin käsityksiin (Lincoln & Cuba 1985, 300; Nikkonen 1997, 146; Eskola & Suoranta 1998, 146). Näin lukijat pystyvät arvioimaan tulosten vahvistettavuutta seuraamalla tehtyjä tulkintoja ja arvioimaan niiden pitävyyttä. Katsauksen raportoinnissa hyödynnettiin prosessin aikana tehtyjä muistiinpanoja, joiden avulla voitiin kirjoittaa tarkasti tehdyt hakuvalinnat ja niiden perustelut. Vahvistettavuus on hankala kriteeri. Totuuksien tulkinta on lopulta subjektiivinen näkemys asiasta, mikä toisaalta laajentaa ymmärtämystä kohteena olevasta asiasta. Katsauksen aineiston valinta ja aineistosta saatavat tulokset ovat aina ainutkertaisia. Vahvistettavuus tukee myös siirrettävyyttä kriteeriä, sillä vahvistettavuutta voi arvioida tarkastelemalla tulosten ja johtopäätösten hyödyntämistä käytännössä.

Siirrettävyys tarkoittaa katsauksen tulosten hyödyntämisen mahdollisuutta toisessa kontekstissa eli asiayhteydessä (Lincoln & Cuba 1985, 298; Kylmä & Juvakka 2007, 129). Siksi on tärkeää, että

aineiston keruu, analyysi ja tulkinnat, tehdyt ratkaisut perusteluineen, tulosten raportointi sekä lähestymistavat, joiden kautta asioita on tarkasteltu, kuvataan tarkasti.

Kirjallisuuskatsauksen tulokset antavat vastauksen esitettyyn tutkimuskysymykseen. Tulosten siirrettävyydessä pitää olla varovainen, koska tiedonhakuprosessin tuloksena saadut tutkimukset ja julkaisut edustavat vain osaa kyseiseen aiheeseen liittyvistä tutkimuksista, joten täysin kattavia saadut tulokset eivät ole. (Alasuutari 2007, 248.) Kuitenkin tuloksista voidaan tehdä johtopäätöksiä suullisen raportin merkityksestä tiedonkulun välineenä potilaan hoitovastuun siirtyessä hoito-osastolta leikkauksohjelmaan. Tulokset ovat ajankohtaisia, ja niitä voidaan hyödyntää esimerkiksi raportoinnin, tiedonkulun ja potilasturvallisuuden prosessien kehittämisessä. Lisäksi katsaus ja käytetyt menetelmät on kuvattu mahdollisimman avoimesti, jotta toisella tutkijalla on mahdollisuus päätyä samaan tulokseen niitä soveltamalla. Dellinger ja Leech (2007) toteavat, että vastaavien tulosten etsimisen sijaan tulee pyrkiä kirjallisuuden kriittiseen, määrätietoiseen ja merkitykselliseen käyttämiseen tutkimusilmiön suunnassa. Tulosten ja käytetyn kirjallisuuden tulee olla pätevää esimerkiksi suhteessa tutkimuksen kontekstiin.

Kirjallisuuskatsauksen aihe on tärkeä, koska potilastietojen ja potilaan hoitoon oleellisesti liittyvän tiedon siirtyminen hoitovastuun siirtyessä on potilaan turvallisen hoidon kannalta oleellista ja ensiarvoisen tärkeää. Eettisyyttä pohdittaessa potilasturvallisuuden näkökulmasta arvioitaessa tämän kirjallisuuskatsauksen tuloksia ei voi sivuuttaa vaan näyttöön perustuvan tiedon avulla suullista raportointia ja potilaan hoitoon liittyvää tiedonsiirtoa tulee kehittää, jotta käytännön työssä voidaan toteuttaa turvallista ja laadukasta hoitoa parhaalla mahdollisella tavalla.

Kirjallisuuskatsausta tehdessä on pyritty noudattamaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmät on kuvattu avoimesti ja vastuullisesti tietoperustan avulla. Tutkimus on suunniteltu mahdollisimman yksityiskohtaisesti ja raportointi toteutettu rehellisesti sekä tieteellisen tutkimuksen vaatimalla tavalla. Hyvä tutkimuskäytäntö edellyttää, että tutkimusprosessin aikana sekä tavoite, että toteutustapa kuvataan selkeästi. Kirjallisuuskatsauksessa annetaan hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaisesti arvoa muille tutkijoille ja heidän tekeilleen työlle. Lähdeviitteet toisten tutkijoiden julkaisuihin on tehty asianmukaisesti ja arvo annetaan tutkimuksen tekijälle eikä tutkija kirjoita tekstiä omanaan. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 6–7.)

Eettisyys on olennainen asia aiheen valinnasta katsauksen suunnitteluun, tietokantojen valintaan, aineistonkeruuseen, aineiston analysointiin, tulosten tulkintaan ja raportointiin saakka. Tutkimus-

etiikka on enemmän kuin väärin tai oikein tekemisen variointia. Tutkimuseettisten asioiden tarkastelu kohdistuu myös siihen, miten tietoa sovelletaan, käytetään ja mitä vaikutuksia tuloksilla on (Kuula 2006, 21). Pohjola (2003, 6) korostaakin tutkimuksen etiikkaa monikollisessa muodossa etiikat, jolloin se sisältää etiikan tiedon intressistä aina tutkimuksen kokonaisvastuuseen. Kun tehdään tutkimusta, olemme tekemisissä ihmisen maailman merkitysten, niiden luomisen ja uudelleentulkintojen kanssa. Kun esimerkiksi katsauksen tekijä pohtii eettisiä kysymyksiä, hän saattaa unohtaa ihmisen maailman ja huolehtii tutkimuksen tekniseettisistä kysymyksistä. Katsauksen tekijänä on samanaikaisesti vastuussa ammatillisesti myös potilaiden hoidosta, mikä myös määrittää jo katsauksen eettistä perusluonnetta. Eri roolien pitäminen tasapainossa vaatii tietoista ponnistelua. Ihmissuhdeammatin keskiössä tarvitaan vuorovaikutusosaamista, joustavuutta ja herkkyyttä keskustella. Tarvitaan eettistä valmiutta hoitotyön kehittämisen edistämiseksi mutta sen lisäksi tarvitaan myös kriittistä suhtautumista raportointikäytäntöjen muuttamiseksi.

## 6.8 Pohdinta

Tutkittava ilmiö on tärkeä, koska potilastietojen siirtyminen hoitovastuun siirtyessä on potilaan turvallisen hoidon kannalta oleellista ja ensiarvoisen tärkeää. Potilasturvallisuuden näkökulmasta näyttöön perustuvan tiedon avulla tulee kehittää hoitotyötä, jotta käytännössä voidaan toteuttaa laadukasta hoitotyötä (McSherry ym. 2002, 3–11; Korhonen ym. 2018). Oikean, ajantasaisen tiedon välittäminen potilaan hoitovastuun siirtyessä hoito-osastolta leikkausosastolle on ratkaisevaa potilaan turvallisen hoidon kannalta. Tiedon välittämisen tulee olla myös vastavuoroista hoitohenkilöstön tai potilasta hoitavan tiimin välillä, jotta hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus voidaan varmistaa. (Cohen & Hilligoss 2010.)

Erialaisten tarkistuslistojen (WHO:n kirurginen tarkistuslista ja ISBAR) hyödyntämisellä suullisen raportin tukena on osoitettu olevan hyötyä leikkauspotilaan riskien hallintaan ja haittatapahtumien ehkäisyyn. Tarkistuslistan avulla potilaan hoitoon liittyvää tietoa voidaan raportoida systemaattisesti ja tarkasti (Stewart & Hand 2017, 302). Tarkistuslistan systemaattinen käyttö vähentää leikkauskomplikaatioiden määrää, ja sen avulla voidaan vähentää myös inhimillisiin erehdyksiin ja virheisiin liittyviä tapahtumia. Tarkistuslistan avulla voidaan lisätä potilasturvallisuutta potilaan hoitoon liittyvän tiedon välittämisessä potilaan hoitovastuun siirtyessä hoito-osastolta leikkusaliin. (Westman 2019, 83; Pokojová & Bártilová 2018; Jullia, Tronet, Fraumar, Minville, Fourcade, Alacoque, LeManach & Kurrek 2017, 471–476; Metsävainio & Tamminen 2015, 340–341; Robins

& Dai 2015, 264–268; Pauniahho, Lepojärvi, Peltomaa, Saario, Isojärvi, Malmivaara & Ikonen 2009, 4249–4254).

Vastavuoroinen kommunikaatio ja selkeästi ääneen puhuminen raportointitilanteissa edistävät potilasturvallisuutta ja vähentävät väärinymmärrysten mahdollisuutta (mm. Jones 2018, 18–20). Armeijassa ja ilmailualalla hyödynnettyä Closed-loop kommunikaatiota (closed-loop communication, CLC) voidaan käyttää vastavuoroisen kommunikaation tukena. Closed-loop kommunikaatio on strategia, jonka avulla voidaan varmistaa, että annettu tieto vastaanotetaan ja tulkitaan tarkoitulla tavalla. Sen avulla varmistetaan, että tiimiin kuuluvat saavat tarvittavan tiedon ja, että he ymmärtävät viestin samalla tavalla. (Härgestam ym. 2013; Burke, Salas, Wilson-Donnelly & Priest 2004, 102). Closed-loop kommunikaatio mahdollistaa vastavuoroisuuden raporttia annettaessa, mutta sen käyttöönotto edellyttää menetelmän tietoperustan hallintaa ja validoitujen koulutusmallien käyttämistä (Härgestam ym. 2013, 6). Kasvotusten tehty suullinen raportointi vastavuoroisesti Close-loop menetelmällä mahdollistaa kysymysten esittämisen ja keskustelun potilaan hoitoon liittyvistä asioista. Vastavuoroisen kommunikaation avulla on mahdollista merkittävästi vähentää hoitovirheitä. (Drach-Zahavy & Hadid 2015.)

Ilmailualalla poikkitieteellisesti kehitetty crew resource management -koulutus (CRM) sai alkunsa kommunikaatio-ongelmissa tehdyistä havainnoista, huonosta tiimityöskentelystä, päätöksenteosta ja johtamisesta. Ilmailuteollisuudessa kehittynyt ja tulokellinen turvallisuuskulttuuri ja siihen kehitetty koulutus tarjoavat tietoa ja käytäntöjä hyödynnettäväksi myös leikkaussaliympäristössä. Terveystieteiden kyseisen koulutuksen tavoitteita on sovellettu leikkaustiimien asenteiden ja toimintatapojen kehittämiseen. Lisäksi CRM -koulutuksen avulla on mahdollista kehittää turvallisuus, tilannetietoisuus ja virheiden hallinta taitoja, oman toiminnan tiedostamista ja kommunikointia, sekä päätöksentekoa ja raportointia. (Pauniahho ym. 2009, 4249.)

Organisaation potilasturvallisuuskulttuurin tunteminen ja eroavaisuuksien tunnistamisen merkitys eri hoito-osastojen välillä liittyy oleellisesti potilaan turvalliseen hoitoon. Potilasturvallisuuden ja raportoinnin kannalta on tärkeä tunnistaa työyhteisöjen kulttuuriset erot. Lisäksi eri ammattiryhmien välillä on kulttuurisia eroja kommunikoinnissa ja raportoinnissa. Kulttuuriset erot eri työyhteisöjen välillä altistavat tiedonsiirron ongelmille ja potilasturvallisuuden vaarantumiselle. Tehokas tiedonvaihto, hoitajien vastuu ja vastuuvellisuus ovat välttämättömiä potilasturvallisuuden toteutumiseksi. Palaute ja kommunikointi virhetilanteista pitää kokea myönteisenä hoitajien keskuudessa. Hyvä tiimityö työpaikalla ja eri työyhteisöjen välillä on edellytys vastuulliseen potilassiirtoon. (Lee, Phan, Dorman, Weaver & Provonost 2016.)

Organisaation strategia, visio ja arvot vaikuttavat siihen, kuinka organisaatiossa suhtaudutaan potilasturvallisuuteen. Potilasturvallisuuden tavoitteiden ja prosessien tunteminen on tärkeää, jotta käytäntöjä voidaan kehittää. Lähijohtajan tulee tuntee toimintaympäristönsä ja tuoda työyhteisöön näyttöön perustuvaa tietoa olemassa olevista käytännöistä sekä kehittää yhtenäisiä raportointikäytäntöjä hoito-osastojen välille yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. Potilasturvallisuuden tärkeyttä hoitovastuun siirtyessä ja raportointitilanteessa tulee korostaa. Potilaan turvallisen hoidon varmistamiseksi silloin, kun hoitovastuu siirtyy, on tätä tukevat ohjeistukset ja menetelmät kuvattava niin, että työntekijät tietävät ne ja osaavat niitä käyttää. (Gillespie, Withers, Lavin, Gardiner & Marshall 2016; Prætorius ym. 2018.) Tiedonkululla tarkoitetaan potilaan hoitoon liittyvän tiedon siirtymistä hoito-osaston työntekijältä leikkausosaston työntekijälle samalla kun potilaan hoitovastuu siirtyy. Tiedonkulun selkeys ja täsmällisyys merkitsevät yksinkertaisimmillaan sitä, että viestin vastaanottava sairaanhoitaja saa käsityksen potilaan tarpeista ja hoidosta ja siitä, kuka potilaan hoidosta on seuraavaksi vastuussa.

## 6.9 Lähteet

Aaltonen, L-M., Helovuori, A., Kinnunen, M. & Mustajoki, P. 2014. Kerro, kysy, kuittaa - tiimityöllä potilasturvallisuutta. *Suomen Lääkärilehti* (69) 43, 2811–2812.

Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. 2013. Vaaratapahtumat terveydenhuollossa. *Primum est non nocere*. Teoksessa L-M., Aaltonen & P., Rosenberg (toim.) *Potilasturvallisuuden perusteet*. Tampere: Tammerprint Oy. 8–20.

Alahuhta, S. & Volmanen, P. 2015. Olemmeko potilasturvallisuuden edistämisen eturintamassa? *Finnanest* 48(4), 332–337.

Alasuutari, P. 2007. *Laadullinen tutkimus*. Tampere: Vastapaino.

Burke, CS., Salas, E., Wilson-Donnelly, K. & Priest, H. 2004. How to turn a team of experts into an expert medical team: guidance from the aviation and military communities. *Qual Saf Health Care* 13, 96–104. Viitattu 20.4.2020. Saatavilla: <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.009829>

Cohen, M & Hilligoss, P. 2010. The published literature on handoffs in hospitals: deficiencies identified in an extensive review. *Quality and Safety in Health Care* 19(6), 493–497. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2009.033480>

Dellinger, A.B. & Leech, N.L. 2007. Toward a Unified Validation Framework in Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research* 1 (4), 309–33. <https://doi.org/10.1177/1558689807306147>

Drach-Zahavy, A., & Hadid, N. 2015. Nursing handovers as resilient points of care: Linking handover strategies to treatment errors in the patient care in the following shift. *Journal of Advanced Nursing* 71(5), 1135–1145. Viitattu 13.4.2020. Saatavilla: <https://doi.org/10.1111/jan.12615>



Elo, S., Kanste, O., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. & Pölkki T. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2), 138–148 Viitattu 17.3.2020. Saatavilla: <https://www.researchgate.net/publication/261723764>

Elo, S. & Kyngäs, H. 2007. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107–155. doi: 10.1111/j1365-2648.2007.04569.x

Eskola, J. & Suoranta, J. 2014. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Tampere.

Giske, T., Mellas, S. & Einarsen, K. 2017. The art of oral handovers: A participant observational study by undergraduate students in a hospital setting. *Journal of Clinical Nursing* 27 (5–76), 767–775. Viitattu 13.4.2020. Saatavilla: DOI: 10.1111/jocn.14177

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimus eettinen Neuvottelukunta. Helsinki. Viitattu 13.4.2020. Saatavilla: [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Härgestam, M., Lindkvist, M., Brulin, C., Jacobsson, M. & Hultin, M. 2013. Communication in interdisciplinary teams: exploring closed-loop communication during in situ trauma team training. *BMJ Open* 3(10). Viitattu 20.4.2020. Saatavilla: <https://doi:10.1136/bmjopen-2013-003525>

Jones, C., Fawker-Corbett, J., Groom, P., Morton, B., Lister, C. & Mercer, J. 2018. Human factors in preventing complications in anaesthesia: a systematic review. *Anaesthesia* 73(1),12–24. doi:10.1111/anae.14136

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta. Tarpeesta tuloksiin. Hoitotyön tutkimussäätiö. Skhole Oy. Helsinki.

Kriittinen arviointi. 2018. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 8.3.2018. Saatavilla [www.hotus.fi/jbi-fi/kriittinen-arviointi](http://www.hotus.fi/jbi-fi/kriittinen-arviointi)

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere, Vastapaino.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Oy.

Laitila, M., Leikkola, P., Immonen, E. & Pitkänen A. 2016. Hiljaiseen raportointiin siirtymisen edellytykset erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla: hoitohenkilökunnan näkemyksiä. *Tutkiva Hoitotyö* 14 (2), 33–39.

Laukkanen, L., Lehti, T., Hassinen, T. & Hupli, M. 2012. Hiljainen raportointi Turun yliopistollisessa sairaalassa. *Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja, sarja A nro 11*. Turku

Lincoln, S.Y. & Guba, E. G. 1985. *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, Ca: Sage.

Matic, J., Davidson, P.M., & Salamonson, Y. 2010. Review: Bringing patient safety to the forefront through structured computerization during clinical handover. *Journal of Clinical Nursing* 20 (1–2), 184–189.

McSherry, R., Simmons, M. & Abbott P. 2002. *Evidence-Informed Nursing; A guide for clinical nurses*. Routledge. London.

Metsävainio, K-M. & Tamminen J. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. *Finanest* 48(4), 338–343.

Mäkelä, K. 1992. *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*. Helsinki. Gaudeamus.

Niela-Vilen, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A73. Turku. Juvenes Print. 23–34.

Nikkonen, M. 1997. Etnografinen malli. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Porvoo. Wsoy. 136–151.

Pohjola, A. 2003. Tutkijan eettiset sitoumukset. Teoksessa A. Pohjola (toim.) Eettisesti kestävä sosiaalitutkimus. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C. Työpapereita 47. Lapin yliopisto. Rovaniemi. 53–67.

Pokojová, R. & Bártlová, S. 2018. Effective communication and sharing information at clinical handovers. *Cent Eur J Nurs Midw* 9 (4), 947–955. Viitattu 14.4.2020. Saatavilla: doi: 10.15452/CEJNM.2018.09.0028

Prætorius, T., Hasle, P. & Nielsen, A.P., 2018. No one can whistle a symphony: How hospitals design for daily cross-boundary collaboration. *Journal of Health Organization and Management* 32(4), 618–634. Viitattu 13.4.2020. Saatavilla: doi: 10.1108/JHOM-10-2017-0265

Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A51. Turku. Digipaino. Turun yliopisto. 46–57.

Reviewers`Manual. 2011. The Joanna Briggs Institute. Australia. Viitattu 8.3.2018. Saatavilla <http://www.joannabriggs.org/SUMARI>

Staggers, N. & Jennings B.M. 2009. The content and context of change of shift report on medical and surgical units. *J Nurs Adm* 39(9), 393–398. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181b3b63a.

Stewart, K. & Hand, K. 2017. SBAR, Communication, and Patient Safety: An Integrated Literature Review. *MEDSURG Nursing*. 26(5):297–305. <https://scholar.utc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1070&context=honors-theses>

Tiala, T. 2017. Hiljainen raportti leikkaus- ja toimenpideyksiköiden ja vuodeosastojen välillä. Menettelyohje. Leikkaus- ja toimenpideyksiköt. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Oulu. Viitattu 14.9.2017

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

Westman, M. 2019. The WHO Surgical Safety Checklist in Neurosurgery. Turun Yliopiston julkaisuja – *Annales Universitatis Turkuensis sarja*. Turku: Painosalama. doi: 10.1016/j.wneu.2019.09.140.

### **Kirjallisuuskatsaukseen valitut artikkelit**

Choromanski, D., Frederick, J., Mckelvey, G. & Wang, H. 2014. Intraoperative patient information handover between anesthesia providers. *The Journal of Biomedical Research* 28(5), 383–387.

DOI: 10.7555/JBR.28.20140001

Evans, A., Yee, M-S. & Hogue C. 2014. Often overlooked problems with handoffs: From the intensive care unit to the operating room. *Anesth Analg* 118(3), 687–689. doi: 10.1213/ANE.0000000000000075.

Gillespie, B., Withers, T., Lavin, J., Gardiner, T. & Marshall, A. 2016. Factors that drive team participation in surgical safety checks: a prospective study. *Patient safety in surgery* 10(3), 1–9. Viitattu 30.10.2017. doi: 10.1186/s13037-015-0090-5.

Jullia, M., Tronet, A., Fraumar, F., Minville, V., Fourcade, O., Alacoque, X., LeManach, Y. & Kurrek, M. 2017. Training in intraoperative handover and display of a checklist improve communication during transfer of care: An interventional cohort study of anaesthesia residents and nurse anaesthetists. *Eur J Anaesthesiol* 34 (7), 471–476. doi: 10.1097/EJA0000000000000636.

Lee, S-H., Phan, P., Dorman, T., Weaver, S. & Pronovost, P. 2016. Handoffs, safety culture, and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research* 16 (254), 1–8. doi: 10.1186/s12913-016-1502-7.

Malley, A., Kenner, C., Kim, T. & Blakeney, B. 2015. The role of the nurse and the preoperative assessment in patient transition. *Aorn Journal* 102(2), 181–189. doi: 10.1016/j.aorn.2015.06.004.

Pauniahho, S-L., Lepojärvi, M., Peltomaa, K., Saario, I., Isojärvi, J., Malmivaara, A. & Ikonen, T. 2009. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. Halo-katsaus. *Suomen lääkirilehti* 64 (49), 4249–4254.

Robins, H-M. & Dai, F. 2015. Handoffs in the postoperative anesthesia care unit: use of a checklist for transfer of care. *Aana Journal* 83 (4), 264–268.

Smeulers, M., Lucas, C. & Vermeulen, H. 2014. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane database of systematic reviews* 24 (6). doi: 10.1002/14651858.CD009979.pub2.

TAULUKKO 2. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Tutkimuksen tekijä/t ja nimi, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen toteutus	Keskeiset tulokset	Artikkelista valittu luku sisällön analyysiin
Choromanski, D., Frederick, J., Mckelvey, G. & Wang, H. 2014. Intraoperative patient information handover between anesthesia providers. Yhdysvallat.	Arvioida intraoperatiivista raportointia anestesiatyötä tekevien keskuudessa	Kysely (n=216) Certified registered nurse anesthetist (n= 58), Medical doctor of anesthesiology resident (n= 71), Medical doctor of anesthesiology (n= 87)	Raportointi potilaan siirrossa on haavoittuvaa ja mahdollisesti potilaan henkeä uhkaava tapahtuma leikkaussalissa	Pohdinta (Discussion) koodit: 1–15
Evans, A., Yee, M-S. & Hogue C. 2014. Often overlooked problems with handoffs: From the intensive care unit to the operating room Yhdysvallat	Arvioida parhaita raportointikäytäntöjä potilaan siirryessä tehohoidosta leikkaussaliin.	Kirjallisuushaku	Ei löytynyt yhtään artikkelia, joka kuvaisi raportointia tehohoidosta leikkaussaliin. Raportointia tehohoidosta leikkaussaliin pidettiin potentiaalisesti tärkeämpänä kuin raportointia leikkaussalista tehohoitoon.	Koko teksti koodit: 16–51
Gillespie, B., Withers, T., Lavin, J., Gardiner, T. & Marshall, A. 2016. Factors that drive team participation in surgical safety checks: a prospective study. Australia	Tunnistaa ja kuvata tekijöitä, jotka ohjaavat tiimin osallistumista potilaan leikkauksen turvallisuuden tarkistamiseen.	Leikkaustiimien tarkkailu (n=10), semi-strukturoitu haastattelu (n=70)	Tiimin osallistumiseen vaikuttaa tiimiä lähentävät tekijät, tiimin ominaisuudet, viestintä ja turvallisuuden tarkastusprosessit. Ammatillista kommunikaatiota ja työprosessia pitää kehittää, jotta työntekijöiden osallistuminen lisääntyy.	Pohdinta (Discussion) koodit: 52–99
Jullia, M., Tronet, A., Fraumar, F., Minville, V., Fourcade, O., Alacoque, X., LeManach, Y. & Kurrek, M. 2017. Training in intraoperative handover and display of a checklist improve communication during transfer of care: An interventional cohort study of anaesthesia residents and nurse anaesthetists. Ranska, Kanada.	Hypoteesi: Intraoperatiivisen raportointiin kouluttaminen ja tarkistuslistan käyttäminen parantavat kommunikointia anestesiahoitotyössä potilasta koskevan tiedonsiirron aikana leikkaussalissa.	Interventio koe-horttitutkimus. Sattumanvaraisia raportoinnin tarkkailuja anestesiahoitotyön tekijöiden välillä (n=204) kuuden kuukauden ajalta.	Intraoperatiivisen raportoinnin kouluttaminen ja tarkistuslistan käyttö paransivat tarkistuslistan pisteytystä intraoperatiivisessa tiedonsiirroissa	Pohdinta ja johtopäätökset (Discussion and Conclusion) koodit: 151–159
Lee, S-H., Phan, P., Dorman, T., Weaver, S. & Pronovost, P. 2016. Handoffs, safety culture, and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture. Yhdysvallat.	Analysoida, miten erilaiset potilasturvallisuuskulttuurin osat liittyvät kliiniseen raportointiin ja käsitukseen potilasturvallisuudesta	Hierarkkinen moninkertainen lineaarinen regressio vuoden 2010 tutkimuksesta saatu- jen tietojen perusteella. Alkuperäinen tutkimus potilasturvallisuuskulttuurista (n=885) Yhdysvaltojen eri sairaaloista, jotka olivat vapaaehtoisesti	Tehokas tiedonvaihto, vastuu ja vastuuvollisuus ovat välttämättömiä potilasturvallisuuden myönteiselle kokemiselle. Palaute ja kommunikointi virhetilanteista koettiin myönteisenä. Tiimityö työyksiköissä ja tapahtumien raportoinnin taajuudet koettiin myönteisenä henkilökohtaisen vastuun kannalta tiedonsiirrossa vuoronvaihdon aikana.	Johtopäätökset (Conclusion) koodit: 160–191

		tutkimuksessa mukana.	Tiimityö eri työyksiköiden välillä koettiin hyvänä, potilassiirrot koettiin vastuullisina.	
Malley, A., Kenner, C., Kim, T. & Blakeney, B. 2015. The role of the nurse and the pre-operative assessment in patient transition. Yhdysvallat.	Tunnistaa sairaanhoitajien osuus hoidon siirrossa perioperatiivisessa ympäristössä ja tunnistaa perioperatiivisen arvioinnin rooli hoidon siirrossa.	Kirjallisuushaku, semi-strukturoitu haastattelu (n=24)	Sairaanhoitajan rooli perioperatiivisessa arvioinnissa on toimia henkilönä, joka tunnistaa potilaiden tarpeet ja riskitekijät, joilla voi olla vaikutusta leikkauskokemukseen.	Tulokset (Results) koodit: 100–126
Pauniahho, S-L., Lepojärvi, M., Peltomaa, K., Saario, I., Isojärvi, J., Malmivaara, A. & Ikonen, T. 2009. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. Suomi.	Arvioida tarkistuslistan käytön vaikuttavuutta leikkauskomplikaatioiden ehkäisyssä.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Tarkistuslistan avulla pystyttiin vähentämään leikkauskomplikaatioita yli kolmanneksella. Tarkistuslistan käytöstä ei ole raportoitu haittoja.	Päätelmät koodit: 127–138
Robins, H-M. & Dai, F. 2015. Handoffs in the postoperative anesthesia care unit: use of a checklist for transfer of care. Yhdysvallat.	Selvittää, vähentääkö tarkistuslistan käyttö tiedon puutetta ja tarvetta tiedon selvittämiseen. Lisäksi selvittää, vaikuttaako tarkistuslistan käyttö raportointiin käytettyyn aikaan.	Tarkistuslistan kehittäminen ja pilotointi. Vertaileva tutkimus; raportointi ilman tarkistuslistaa (n=30), raportointi tarkistuslistan kanssa (n=30).	Tutkimus osoittaa, että tarkistuslistan käyttö raportoinnin apuvälineenä voi auttaa oikean informaation kertomisessa ja lisätä raportin riittävyyttä.	Johtopäätökset (Conclusion) koodit: 139–150
Smeulers, M., Lucas, C. & Vermeulen, H. 2014. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalized patients. Hollanti.	Selvittää interventioiden vaikuttavuutta raportoinnin kehittämisessä sairaalassa sekä potilaan, että hoitajan näkökulmasta.	Kirjallisuuskatsaus	Kirjallisuushaut eivät tuottaneet uutta tietoa. Seuraavia ohjaavia periaatteita voidaan soveltaa: kommunikointi kasvotusten, jäsenneily dokumentaatio, potilaan osallistaminen ja teknologian hyödyntäminen prosessissa.	Johtopäätökset (Authors Conclusion) koodit: 191–199

## 7 Eettistä pohdintaa – palliatiivisesti sedatoidun potilaan hoitotyö

*Annika Väisänen, sairaanhoitaja ylempi (AMK), Palveluesimies, Terveystalo Kuntaturva Oy, Puolangan terveyskeskus*

*Rauni Leinonen, KT, TTM, yliopettaja, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus, Sosiaali- ja terveysalan ylempi (AMK) koulutus, Kajaanin Ammattikorkeakoulu*

### Tiivistelmä

Tässä artikkelissa kuvataan sedatoidun potilaan hoitotyöhön liittyviä eettisiä asioita. Aihe liittyy ylempään ammattikorkeakoulun opinnäytetyöhön sisältyvän kirjallisuuskatsauksen yhteen tulokseen, hoidon eettisyys ja turvallisuus. Jokaisen ihmisen oikeus on hyvään ja oikeudenmukaiseen hoitoon. Jokainen kohtaa eettisyyden eri näkökulmista, mikä haastaa samalla toisen ihmisen kohtaamisen tärkeyden. Laadukas kuolevan potilaan hoitotyö perustuu lainsäädäntöön, jossa korostuvat ihmisoikeudet, tasa-arvo, kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja kärsimyksen lievittäminen.

Elämän lähestyessä loppuaan lisääntyy potilaiden palliatiivisen hoidon tarve, joka vaikuttaa hoitohenkilöstön, potilaiden ja läheisten elämään. Silloin korostuu myös arvojen, valintojen ja ratkaisujen tärkeys. Väestörakenteen muutokset haastavat myös palliatiivisen hoitotyön kehittämistarpeen. Asia on ajankohtainen, sillä palliatiivista hoitoa tarvitsevien määrä lisääntyy ja alueellisten palveluiden ja henkilökunnan osaamisen laatu vaihtelee. Hoidon laadun puutteet tulevat esille myös potilaiden, läheisten ja hoitohenkilökunnan tarinoissa.

Palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon kuuluu keskeisesti hyvä ja tehokas kivunhoito. Palliatiivinen sedaatio on vielä harvoin käytetty potilaan hoitomuoto, mutta sitä on alettu käyttää aikaisempaa enemmän saattohoitopotilaiden hoidossa. Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan potilaan sellaista sairauden vaihetta, jossa sairauteen ei voida enää olennaisesti vaikuttaa ja ensisijainen hoidon päämäärä on vaalia potilaan elämänlaatua sekä lievittää oireita ja kärsimystä. Palliatiivisella sedaatiolla tarkoitetaan potilaan elämän loppuvaiheen kipujen ja kärsimysten lievittämistä rauhoittavien lääkkeiden sekä potilaan tajunnan alentamista siten, kuin potilas itse sekä läheiset sen hyväksyvät.

Palliatiivisen sedaatio on vielä suhteellisen tuntematon hoitomuoto potilaille, omaisille sekä hoitohenkilöstölle, mikä herättää erilaisia eettisiä kysymyksiä myös hoitotyössä. Etiikka on kuitenkin

olennainen osa hoitotyötä, jota säätelee eri lait ja säädökset. Palliatiivisen sedaation eettistä monimutkaisuutta ei ole tarkasti määritelty, joten sen toteuttaminen aiheuttaa hoitotyössä monia haasteita. Näitä haasteita voidaan ratkaista herättämällä keskustelua palliatiivisesta sedaatiosta ja laatimalla yhtenäiset hoitolinjaukset sen käytöstä. Hoitohenkilökunnan osaaminen muodostaa kuolevalle potilaalle ja hänen läheisilleen turvallisen rakenteen, jonka avulla voidaan saavuttaa jokaisen yksilöllinen tapa säädellä kuoleman todellisuutta.

Asiasanat: palliatiivinen hoitotyö, kuolevan potilaan hoitotyö, sedaatio, eettisyys

## 7.1 Johdanto

Jokaisen ihmisen perusoikeus on saada hoitoa. Keskeisenä tavoitteena hoidossa on hyvän tekeminen ja vahingon välttäminen. Hyvän tekemisellä tarkoitetaan ratkaisuja, jotka tukevat hoitoa tarvitsevan ihmisen odotuksia, tarpeita ja tavoitteita. Vahingon välttämisen tarkoitus on tuottaa potilaalle enemmän hyötyä kuin haittaa. Potilaan etu edellyttää oikeudenmukaista ja tasalaatua hoitoa, minkä tulee olla laadukasta ja ajallisesti sekä etäisyydeltään kohtuullisesti saatavissa olevaa. (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011, 5–6.) Aina sairauden hoitoon ei ole olemassa parantavaa hoitoa. Potilas voi sairastaa parantumattomia ja mahdollisesti kuolemaan johtavaa pitkäaikaissairautta. Usein potilaalla on toimintakyvyn heikkenemistä, kipuja ja ahdistusta sairauden sekä lähestyvän kuoleman vuoksi. Tällöin on kyse palliatiivisesta hoidosta ja kuoleman lähestyessä saattohoidosta. Potilaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutus vaatii sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoilta erikoisosaamista. (Anttonen 2016; Lakialoite 8/2017.) Hoitotyössä korostuu eettisyys. Eettisyydestä nousee aika ajoin keskusteluaiheita, jotka johtavat usein perimmäisiin kysymyksiin ja niiden selvittämiseen. Kuolevan potilaan hoitotyön tavoite on yhteinen. Miten tarjota laadukas hoito myös oikeudenmukaisesti? Myös tästä kumpuaa tarve tarkastella etiikan merkitystä hoitotyössä. (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011, 8.)

Elämän lähestyessä loppuaan hoidossa tehtävien erilaisten ratkaisujen merkitys korostuu, koska jäljellä oleva elinaika on lyhyt. Hoitotyön taustalla on erilaisia arvoja ja valintoja, jotka nousevat hoitohenkilöstön, potilaan ja omaisten näkemyksistä. (Mäki n.d, 1.) Kuolemaan ja elämän päättymiseen liittyvät asiat tuovat esille hoitotyöntekijöiden omat mahdolliset käsittelemättömät asiat, kuten surun, pelon ja ahdistuksen. Saattohoitotilanteissa hoitajat samaistuvat oman elämäntilanteensa kautta potilaan ja hänen perheensä tilanteeseen. Tämä tuo lähelle myös oman kuolevaisuuden. Tuen saaminen työyhteisössä tarkoittaa esimerkiksi päivittäistä kokemusten jakamista

ja toisilta oppimista, sekä lähijohtajalta tuen saamista. Hoitotyöntekijä tarvitsee myös kuuntelijan. "Kuolevien potilaiden hoitaminen on osa hoitotyötä myös niille hoitotyöntekijöille, jotka eivät ole valinneet kuolemaan saattamista ammatikseen." (Anttonen 2016, 108, 125.)

Eettisyys on elämässä läsnä keskusteluiden ja kohtaamisten virrassa. Elämän loppuvaihe ja kuoleminen on herkkä asia, josta pitää pystyä puhumaan kunnioittavasti ja ihmislähtöisesti. Usein kuolema on kuin suurennuslasi, joka paljastaa elämän ydinasiat. Kuolevien potilaiden hoitaminen ja läheisten kohtaaminen on hoitohenkilökunnalle eettinen asia. (Lindqvist 2004, 7–8.) Hoitohenkilökunta voi välttää kuolemasta keskustelua siksi, että sen vaikeuden kohtaaminen potilaan ja läheisten kokemusten kautta on ammatillisesti ja henkilökohtaisesti haastavaa. Kuoleman lopullisuuden kohtaaminen vaatii hoitotyöntekijältä rohkeutta, antautumista osallisuudelle ainutkertaisessa prosessissa. (Anttonen 2016, 55, 64.)

Hoitotyössä kohdataan eettisiä ristiriitatilanteita, jolloin mietitään, mikä on oikein ja mikä väärin (Leino-Kilpi & Vähämäki 2004, 58; Lindqvist 2004, 7–8). Hyvän tekeminen ja vahingon välttäminen, kivun ja kärsimyksen lievittäminen, ihmisarvon ja ihmisen itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä potilaiden yhdenvertainen hoito ja kohtelu sairaudesta riippumatta, ovat terveydenhuollon eettisiä velvoitteita. Kuolemaan liittyy elämän inhimillisyys, ja siihen liitetään usein uskomuksia, toiveita ja tunteita. (Etenen kannanotto eutanasiaan 2017, 5; Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011, 5–6.)

Vuonna 2001 pohdittiin kuolemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä, jotka liittyivät eutanasiaan, hoitotahtoon, saattohoitoon ja sen ohjeistukseen sekä kuolemaan liittyviin oikeudellisiin kysymyksiin. Kuolevan potilaan hoitoon liittyvät kysymykset ja yksilöllinen hoito muodostavat aina moninaisen, laajan ja moniammatillisen kokonaisuuden. (Lindqvist 2004.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon etiikka ohjaavat eri lait ja säädökset. Keskeisiä palliatiivista ja saattohoitoa ohjaavia kansainvälisiä sopimuksia ovat Euroopan ihmisoikeussopimus (63/1999) ja Yleissopimus ihmisoikeuksien ja ihmisarvon suojaamiseksi biologian ja lääketieteen alalla (24/2010). Nämä kansainväliset sopimukset ohjaavat myös kansallisia päätöksiä ja suosituksia. Suomessa esimerkiksi Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1998), Perustuslaki (731/1999) ja Kansanterveyslaki (66/1972) oikeuttavat potilaan laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon ja ovat perusta myös oikeudelle saada hyvää palliatiivista hoitoa. Lisäksi hoitoa ohjaavat Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989). Edellä mainitut lait korostavat ihmisen itsemääräämisoikeutta, koskemattomuutta ja ihmisarvon kunnioitusta sekä oikeutta saada hyvää kohtelua ja laadukasta hoitoa kaikissa tilanteissa (Pihlainen 2010,



14). Suomessa palliatiivisen ja saattohoidon haaste on se, että osaamisen kehittäminen ja hoidon integroiminen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään on toteutunut heikosti asetuksista ja suosituksista huolimatta (Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen 2017, 12; Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa 2019).

Connor ja Bermedo (2014, 18) toteavat WHO:n ja muiden yhteistyöjärjestöjen tekemässä julkaisussa, että palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat ihmisoikeuteen verrattava oikeus, jonka täytyy olla osa potilaan kokonaisuhoitoa. Palliatiivista hoitoa on kehitetty niin kanainvälisesti kuin myös Suomessa erityisesti 2000-luvulta lähtien. Vuonna 2017 55 maassa oli laadittu palliatiivisen ja saattohoidon järjestämisen kansallinen suunnitelma (Clelland, van Steijn, Whitelaw, Connor, Centeno & Clark 2020, 3).

Väestön ikääntymisen vuoksi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarve lisääntyy (Lindqvist 2004, 7–8; Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa 2019, 14–15). WHO:n arvion mukaan palliatiivista hoitoa tarvitsee Suomessa noin 30 000 ihmistä vuosittain ja määrä lisääntyy koko ajan (Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen 2017, 7; Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa 2019, 14). Myös Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistyksen mukaan Suomessa vuosittain kuolevista aikuisista noin 31500:lla on tunnistettavissa palliatiivisen hoidon tarve, lapsilla vastaava määrä on vajaa 200, mutta hoidon saatavuus ei ole vastannut väestöpohjan tarpeita. Erityisesti hoitohenkilöstön koulutuksen puute vaikuttaa hoidon laatuun ja sen saatavuuteen. (Arias-Casais, Garralda, Rhee, de Lima, Pons, Clark, Hasselaar, Ling, Mosoiu & Centeno 2019, 33–35, 122.) Joka kolmas kuoleva ihminen tarvitsee palliatiivista hoitoa, mikä tarkoittaa noin 20 miljoonaa potilasta vuosittain. Siksi on tärkeää kehittää palliatiivista hoitoa. (Saarto 2015, 572; Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 - suunnitelmat ja toteutus 2012, 51.)

Palliatiivisesti sedatoitun potilaan hoitoa on tutkittu vähän. Aiheen tutkiminen kuolevilla potilailla on eettisesti vaikeaa. Tulosten perusteella palliatiivisen sedaation on koettu olevan hyvä hoitomuoto, kun muut hoitomenetelmät eivät enää auta. Palliatiivista sedaatiota ei pidetä kuolevan potilaan eutanasia, vaan ensisijaisesti kohtuuttomien kärsimysten helpottavana hoitomuotona. Milloin palliatiivinen sedaatio on saatavilla sitä haluaville tai tarvitseville kuoleville potilaille? (Berger 2010, 32–37; Hänninen 2007, 2207–2213; Niinistö, Karjalainen & Tölli 2019.)

Tässä artikkelissa kuvataan sedatoidun potilaan hoitotyöhön liittyviä eettisiä asioita. Aihe liittyy ylempään ammattikorkeakoulun opinnäytetyöhön sisältyvän kirjallisuuskatsauksen tulokseen, hoidon eettisyys ja turvallisuus (Väisänen 2020). Katsauksessa kartoitettiin aikaisempaa tutkittua

tietoa näyttöön perustuvasta palliatiivisesti sedatoidun potilaan hoitotyöstä. Tutkimuskysymyksenä oli, mitä on näyttöön perustuva sedatoidun potilaan palliatiivinen hoitotyö aikaisemman tutkimustiedon perusteella?

## 7.2 Palliatiivisen hoitoyön perusteita

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee palliatiivisen hoidon kuuluvan kaikille kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastaville ja heidän läheisilleen. Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan potilaan sellaista sairauden vaihetta, jossa sairauteen ei voida enää olennaisesti vaikuttaa ja ensisijainen hoidon päämäärä on vaalia potilaan elämänlaatua sekä lievittää oireita ja kärsimystä. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Palliatiivinen hoito määritellään käypä -hoito suosituksen mukaan oireenmukaisella kuolemaan johtavan tai henkeä uhkaavan potilaan ja läheisten sairauden hoitona. Hoidon tavoitteena on ehkäistä ja lievittää potilaan kärsimystä sekä tukea hänen elämänlaatuaan. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Tilanteessa, jossa sairauden ennusteeseen ei voida enää vaikuttaa, tehdään usein oireenmukainen hoitolinjaus. Oireenmukaiseen hoitolinjaukseen kuuluu hyödyttömien lääketieteellisten tai potilaan kärsimystä aiheuttavien hoitojen välttäminen eli hoidon rajaaminen. Kuitenkin potilaan hyvä oireenmukainen hoito turvataan. Oireenmukainen hoito muuttuu potilaan hoidon loppuvaiheessa saattohoidoksi. (Elämän loppuvaiheen hoito 2020.) Palliatiivinen hoito voi ajallisesti kestää vuosia, ja siihen kuuluu keskeisesti potilaan kokonaishoidon lisäksi kivun ja erilaisten oireiden lievitys. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Rimpiläinen & Akural 2007, 324.)

Saattohoito sijoittuu potilaan elämän viimeisiin hetkiin ennen kuolemaa, ja se on osa palliatiivista hoitoa (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Potilaalla on etenevä parantumaton sairaus, johon ei ole parantavaa hoitoa tai potilas on kieltäytynyt hoidosta. Potilaan elinajan arvioidaan olevan lyhyt (Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012- suunnitelmat ja toteutus 2012, 4). Saattohoidon perusta on potilaan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen (Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 30). Palliatiivisen hoidon määrittely tyypistää potilaan laaja-alaisen auttamisen oireiden hoidoksi ja suuntaa ajattelemaan ihmisen holistisuuden sijaan oireita. Saattohoito asettaa puolestaan rajanvetokysymyksiä lääketieteellisille hoitopäätöksille. Jotta kuolevan potilaan hoito ja hoitotyö kehittyy ihmisläheiseen ja inhimilliseen suuntaan, pitää palliatiivista- ja saattohoitoa ymmärtää mieluummin laajasti kuin suppeasti. (Anttonen 2016, 17–18.)

Suomessa Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) on selkeä ja kansainvälisestikin edistyksellinen kannanotto potilaan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden puolesta. Ihmisarvo on loukkaamaton, jakamaton ja yhdenvertainen. Sairas, muista riippuvainen, haavoittuvainen ja hädissään oleva ihminen, on elämän loppuvaiheessa toisen ihmisen avun varassa. Usein hän kokee sisäistä ristiriitaisuutta eikä kykene aina itse tekemään hoitovalintoja tai päätöksiä. Siksi hoitotyöntekijöiden tulisi kyetä eläytymään potilaan elämäntilanteeseen, ja auttaa potilasta päätösten tekemisessä. Jokaisen ihmisen ihmisarvoa tulee kunnioittaa ja mahdollistaa hänen tarpeidensa mukainen paras hoito. Kohtaaminen ja luottamus ovat keskeistä ihmisarvon toteutumisessa. (Etenen kannanotto eutanasiasta 2017, 7; Ehrnrooth 2020.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 4 §) kuvataan, että ”potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan”. Kuolevan ihmisen viimeinen toivo voi liittyä ihmisarvoiseen loppuelämään, läheisten läsnäoloon ja arvokkaaseen kuolemaan. Hoitotyössä pitää sallia potilaalle hänen avuttomuutensa ja vastata tuen tarpeeseen ihmisarvoisesti ja kunnioittavasti. (Lindqvist 2004, 44–45.) Potilaan ihmisarvoinen hoitaminen ja kohtelu kuvaavat samanaikaisesti myös hoitohenkilökunnan sisäistämisen arvoperustan (Anttonen 2016, 129).

Jokaisella ihmisellä on oikeus osallistua hoitopäätösten tekemiseen, koska hoidon perusta on henkilön oma suostumus hoitoon. Tässä korostuu henkilön itsemääräämisoikeus ja sen kunnioittaminen. Hoitolinjausten valintaan tarvitaan henkilön suostumus. (Etenen kannanotto eutanasiasta 2017, 7; Potilaan itsemääräämisoikeus 2018.) Kuolevalle potilaalle kuuluu sama ihmisarvo, autonomia ja oikeus itsemääräämiseen kuin muillekin potilaille. Potilas on ihmisenä yhdenvertainen häntä auttaviensa kanssa, ja hän vaikuttaa itsemääräämisoikeutensa perusteella siihen, minkä roolin muut osallistujat saavat hoidon aikana (Anttonen 2016, 18, 51). Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/199,2 6 §) kuvataan, että ”potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla”. Itsemääräämisoikeuden merkitys jopa korostuu kuin väistyy kuoleman läheisyydessä (Lindqvist 2004, 11, 22). Anttonen (2016, 133) tutkimustulokset osoittivat, että potilaan itsemääräämisen tunne edisti muun muassa potilaan surun ja muiden tunteiden käsittelyä.

Saattohoidossa on tärkeää huolehtia potilaan fyysisistä, henkisistä ja sosiaalisista tarpeista. Yleisimpiä saattohoitopotilaan fyysisiä oireita ovat kipu, hengitystieoireet, maha- ja suolisto-oireet.

Lisäksi kuivuminen, ruokahaluttomuus, äkillinen sekavuustila, masennus ja ahdistus kuuluvat oirekirjoon. Oireita lievitetään eri menetelmin lääkkeillä ja lääkkeettömästi. (Tarnanen, Saarto & Laukkala 2019.) Saattohoito voidaan ymmärtää myös terveyttä vahvistavana toimintana silloin, kun se tukee perheen voimavaroja ja heidän elämäänsä läheisen menettämisestä huolimatta (Anttonen 2016, 136). Potilaan ja läheisten toivon tukeminen on yhteydessä laadukkaaseen kokonaisuhoitoon, jossa potilas säilyttää ihmisarvonsa ja itsemääräämisoikeutensa.

Palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon kuuluu keskeisesti hyvä ja tehokas kivunhoito (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Palliatiivinen sedaatio on yksi harvemmin käytetyistä hoitomuodoista, jota on viime aikoina käytetty saattohoitopotilaiden hoidossa (Hamunen 2012, 471; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Palliatiivinen sedaatiota (PS) käytetään vielä vähän, mutta sen käyttö yleistyy (Hamunen 2012, 471). Palliatiivisella sedaatiolla tarkoitetaan potilaan elämän loppuvaiheen kipujen ja kärsimysten lievittämistä rauhoittavien lääkkeiden sekä potilaan tajunnan alentamista siten, kuin potilas itse sekä läheiset sen hyväksyvät. Hoito lievittää potilaan sietämättömiä oireita ja kipuja, joihin muut hoitomuodot eivät tehoa. Kaikki muut hoitomenetelmät potilaiden oireiden hallitsemisessa tulee olla kokeiltu ennen palliatiivisen sedaation käyttämistä. (Nisinen, Karjalainen & Tölli 2019; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Palliatiivisen sedaation käyttö vaihtelee 3 %–52 % (Hamunen 2012, 471; Rousseau 2000, 106). Palliatiivista sedaatiota käytetään Suomessa 2,5 %–8,5 % potilaista, kun vastaava luku Ruotsissa on 3,2 % ja Tanskassa 2,5 % (Pöyhiä 2018, 266). Hännisen (2007, 2211) mukaan keskimääräinen potilaan sedaatioaika on 1,9–3,2 vuorokautta. Palliatiiviseen sedaatioon liittyy useita käsitteellisiä ja eettisiä ongelmia. Eräs eettinen kysymys on, miten sedaatio erotetaan eutanasiasta. Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistyksen eettisten kysymysten työryhmä on ottanut kantaa palliatiivisen sedaation ja eutanasian eroon. (ks. Eutanasia ja avustettu itsemurha n.d; Hänninen 2007, 2207.) Palliatiivisen sedaation tarkoitus on potilaan kärsimyksen lievittäminen ja eutanasian tarkoitus on potilaan elämän päättäminen (ks. Rousseau 2000, 1064; Materstvedt ym. 2005, 4029–4030; Have & Welie 2014, 123).

### 7.3 Palliatiivisesti sedatoidun potilaan hoitotyön eettisyys

#### 7.3.1 Eettisyys palliatiivisen hoitotyön perusta

Laadukkaan hoitotyön ihanne vaatii hoitotyöntekijältä etiikan sisäistämistä. Eettisyyttä ohjaavat ensisijaisesti hoitotyön arvot ja periaatteet. Pihlaisen (2010, 12) mukaan eettisiä arvoja ovat hyvä hoito, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus. Kuolevan potilaan hoidossa hyvän hoidon esteiden tunnistaminen itsessä, kollegassa ja yhteisössä ovat merkittäviä eettisyyttä kuvaavia mittareita (Anttonen 2016, 106).

Etiikka tulee sanoista *ethikos*, joka tarkoittaa siveellistä luonteen tai mielen laatua ja sanasta *ethos*, joka viittaa yhteisesti omaksuttuun tapaan tai käytäntöön. Etiikka tarkoittaa pohdittua käsitystä oikeasta ja väärästä. Moraali on etiikan lähikäsite, jolla tarkoitetaan käsityksiä oikeasta ja väärästä. Kun työntekijä on epä tietoinen siitä, miten hänen tulisi toimia esimerkiksi hoitotilanteessa, hänellä on moraalinen ongelma. Ammattietiikka kuvaa oman ammattialan yhteistä käsitystä siitä, millainen ammatillinen toiminta on oikeaa ja hyvää, ja millainen on puolestaan väärää ja pahaa. Ammattietiikkaa tukevat eettiset ohjeet ja periaatteet on kuvattu ammattieettisissä ohjeissa. Ammatillisessa toiminnassa esiintyviä moraalisia ongelmia kutsutaan eettisiksi ongelmiksi. (Juujärvi, Myyry & Pessa 2007; Leino-Kilpi & Välimäki 2009.)

Etiikka sisältää ihmisarvon ja potilaiden perusoikeuksien kunnioittamisen. Hoitotyön ammattilaiset ovat vastuussa hoitotyön laadusta. Erilaisten päätösten ja palveluiden kehittäminen edellyttää vastuullista ja eettisten asioiden huomioon ottamista päätöksenteossa. (Aitamaa 2020, 12; Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla 2012, 4–5; Lindqvist 2004, 7.) Hoitotyön erilaisiin eettisiin ristiriitatilanteisiin ei ole yhtä oikeaa ratkaisua. Peruskysymys eettisessä ongelmassa on, mikä on oikein tai väärin, hyvää tai pahaa tietyissä inhimillisissä tilanteissa tai toimissa. Eettinen ongelma muodostuu ristiriidasta kahden tai useamman arvon välillä. Eettinen ongelma on pitkän ajan ongelma, jolla saattaa olla kauaskantoiset seuraukset. (Aitamaa 2020, 33; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 58.) Luonteeltaan eettiset kysymykset ovat ajattomia.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa ihmisiä tulee kohdella yhdenvertaisina. Pyrkimystä yhdenvertaisuuteen ohjaavat universalismin periaatteet. Periaatteiden kuuluu taata oikeus perustoimeentuloon, palveluun ja hoitoon kaikille ihmiselle tarpeidensa mukaan. (Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla 2012, 4–5.) Palliatiivinen hoitotyö on kokonaisuhoitoa, jota kaikkien sitä tarvitsevien tulee

saada. Palliatiivisen hoito on potilaan ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioittavaa. Hoitotyön tehtävänä on myös lievittää potilaan kärsimystä ja auttaa ihmisiä kohtaamaan kuolema mahdollisimman arvokkaalla, inhimillisellä ja turvallisella tavalla. (Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla 2012, 4–5; Lindqvist 2004, 7–8; Prince-Paul & Daly 2010, 1960.) Palliatiivinen hoito ei ole hoitopaikoissa tasalaatuista, mutta silti jokaisella on oikeus saada laadukasta palliatiivista hoitoa (ks. Anttonen 2016; Saattohoitoon on nyt laatuksiteerit 2020).

### 7.3.2 Sedatoidun potilaan hoitotyön eettisiä kysymyksiä

“Kuolema on elämän laki, oikeastaan elämän edellytys. Kuolema vierailee jokaisen luona - usein hetkellä, joka ei ollut aavistettu, ei ainakaan toivottu. Joskus kuolema on onneksi myös odotettu ja lempeä vieras, joka armollisesti katkaisee kärsimyksen ja loputtoman tyhjyyden.” (Lindqvist 2004, 11.) Hoitotyöntekijät ovat sosiaali- ja terveydenhuollossa määrällisesti suurin ammattiryhmä ja siksi on tärkeää miettiä, mikä on hoitotyöntekijöiden eettinen osaaminen heidän hoitaessaan sedatoituja potilaita (ks. Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 3.) Palliatiivinen sedaatio hoitomuotona on jo eettinen valinta ja kysymys hoitohenkilöstölle, potilaille ja omaisille. Palliatiivinen sedaatio on normaalista potilaan hoidosta poikkeava hoitokäytäntö. Palliatiivisen sedaation moraalista suhdetta ja eettistä monimutkaisuutta ei ole tarkasti määritelty (Berger 2010, 37; Hänninen 2007, 2207–2213), joten siihen suhtautuminen on vielä kyseenalaistavaa hoitohenkilöstön keskuudessa (Berger 2010, 37; Abarshi, Papavasiliou, Preston, Brown & Payne 2014, 915).

Palliatiivinen sedaatio herättää potilaissa, läheisissä ja hoitohenkilöstössä hoidon eettisyyteen ja turvallisuuteen liittyviä kysymyksiä. Palliatiivista sedaatiota on verrattu jopa eutanasiaan tai ”viimeiseksi piikiksi”, koska se ei ole vielä tunnettu hoitomuoto ja aiheuttaa moninaisia kysymyksiä. (Hänninen 2007, 2207; Nissinen ym. 2019; Rousseau 2000, 1064.) Suurin osa (88 %) ihmistä tietää eron sedaation ja eutanasian välillä. He eivät ole huolissaan siitä, että palliatiivinen sedaatio nopeuttaisi potilaiden kuolemaa. (Ruoppa ym. 2018, 864.) Palliatiivisen sedaation tarkoituksena ei ole kuoleman edistäminen, vaan kärsimystä aiheuttavien oireiden hoitaminen turvallisesti. Potilaan ja läheisten ymmärtäessä hoidon tavoitteet ja toteutuksen palliatiivinen sedaatio on hyväksyttävä hoitomuoto. (Hänninen 2007, 2207; Etenen kannanotto eutanasiaan 2017, 1.) Etiikkaa tarvitaan juuri siksi, että potilaan ihmisoikeudet toteutuvat hoidon aikana, ja hoito on inhimillisesti laadukasta ja turvallista. On tärkeää, että henkilökunnan rauhalliselle kohtaamiselle potilaan ja omaisten kanssa ja usein vaikeiksi koettujen asioiden turvalliselle ja perusteelliselle käsittelylle

on aikaa. On tärkeää, että kuolevalla ihmisellä on olosuhteet, joissa hän voi elää hyvää elämää ja kohdata kuolemansa turvallisesti, kivuttomasti ja arvokkaasti. (Lindqvist 2004, 12, 33.)

Suurimmat esteet laadukkaana palliatiivisen hoidon kuin myös sedaation toteutumiselle ovat palliatiivista hoitoa koskevien lakien, suositusten, koulutuksen ja osaamisen puute, lääkkeiden rajallinen saatavuus sekä palliatiivisen hoidon strategioiden ja suositusten implementoinnin puute. (Global Atlas of Palliative Care 2020, 37, 53–55). Palliatiivisen sedaation turvallisuuden on koettu aiheuttavan huolta, koska kyseisen hoidon osalta puuttuu yhtenäiset hoitosuositukset ja hoitohenkilöstön osaaminen taso vaihtelee (Abarshi ym. 2014, 915; Hänninen 2007, 2207; Ruoppa, Heiskanen, Hamunen & Kalso 2018, 864). Kuitenkin palliatiivista sedaatiota pidetään turvallisena ja tehokkaana hoitomuotona kuoleville potilaille (Hänninen 2007, 2207; Nissinen ym. 2019). Palliatiivisen sedaatiosta puuttuu edelleen Suomessa viralliset hoitosuositukset, ja sen vuoksi palliatiivisen sedaation käytössä ja toteutuksessa noudatetaan yleisiä eurooppalaisia toimintalinjoja (Ruoppa ym. 2018, 863–864). Palliatiivisen sedaation tulee olla sitä haluavien potilaiden saatavilla, koska hoidon tavoitteena on pyrkimys vähentää ja lievittää kipuja sekä inhimillistä kärsimystä. Potilaan elämästä, terveydestä ja hoidon tarpeesta muodostetaan perusteellinen kokonaiskuva yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. (Hänninen 2017.)

Hoitohenkilökunnan tulee ymmärtää sedaation merkitys potilaan ja läheisten elämään sekä pystyä tukemaan heitä hoidon aikana. Potilaalle ja läheiselle tuo turvallisuutta, kun ennakoiden varaudutaan ja valmistaudutaan asioihin, joita mahdollisesti hoidon aikana tulee esille. Turvallisuuden kokemusta vahvistaa potilaan, läheisen ja hoitotyöntekijän kohtaamisten myönteisyys, luottamus, läheisyys, välittämisen kokemus ja tunnekokemusten jakaminen (Mattila 2011, 80–82). Haasteita palliatiivisen sedaation toteuttamiseen tuo myös potilaan ja läheisten moninaiset toiveet, hoitohenkilöstön erilaiset käsitykset asiasta ja hoitohenkilöstön osaaminen sekä selviytyminen hoitotilanteista (Ziegler, Merker, Schmid & Puhan 2017, 1). Kuolevan potilaan ja omaisten kohtaaminen on emotionaalisesti ja henkisesti kuormittavaa. Palliatiivisen sedaation käyttö on haasteellista käytännön toteutuksen kuin myös eettiseltä näkökannalta arvioituna. (Berger 2010, 37; Abarshi ym. 2014, 915; Leboul, Aubry, Peter, Royer, Richard & Guirimand 2017; Olsen, Swetz & Mueller 2010, 952.) Potilaan sedaatiohoidon aikana voidaan lievittää läheisten ahdistusta ja huolta muun muassa hoitohenkilöstön läsnäololla sekä vahvistamalla omaisen tärkeyttä potilaan hoidossa (Mattila 2011).

Palliatiivisen sedaatio asettaa haasteita toteuttaa hoitotyötä laadukkaasti ja turvallisesti. Tähän vaikuttaa hoitohenkilöstön osaaminen, koulutustaso ja vastuut. (Berger 2010, 37; Abarshi ym. 2014, 915; Arias-Casais ym. 2019.) Poikkeus (2019) tutki sairaanhoitajien eettistä osaamista. Kun

sairaanhoidajilla on mahdollisuus toteuttaa eettisesti hyvää ja laadusta hoitoa heidän hoitotyönsä arvojen mukaisesti, niin tällöin he kokevat myös eettisen turvallisuuden toteutuvan. Eettisellä osaamisella oli myönteinen yhteys sairaanhoidajien turvallisuuden ja työtyytyväisyyden kokemiin. Eettisen turvallisuuden toteutuminen edellyttää sairaanhoidajan selkeää ammatillista roolia ja kollegojen kunnioitusta ja luottamusta. Kuolevan potilaan ja omaisten kohtaamisessa jo kohdeltu ja luottamuksen säilyttäminen merkitsevät paljon (Pihlainen 2010). On tärkeää, että palliatiivista hoitoa järjestävissä työyksiköissä on kokemusta ja osaamista kuolevien potilaiden hoidosta. Työnantajan velvollisuus on huolehtia työntekijöiden työnohjauksesta, jaksamisesta ja osaamisen varmistamisesta.

Läheisten kokemuksia palliatiivisesta sedaatiosta on selvitetty ja todettu, että lähes kaikki läheiset ovat tyytyväisiä toteutuneeseen potilaan hoitoon. Läheiset ovat sitä mieltä, että palliatiivinen sedaatio on eettinen ratkaisu, mikä helpottaa ja lievittää kuolevan potilaan kärsimyksiä elämän loppuvaiheessa. Hoitomuodosta tulee kertoa riittävän ajoissa, jotta vältetään potilaan turhaa kärsimystä. Lisäksi läheiset korostavat hoitohenkilöstön, omaisten ja potilaiden välisen viestinnän tärkeyttä. Viestinnän merkitys korostuu. (Niinistö ym. 2019; Tursonov, Cherny & Ganz 2016, 231.) Savolaisen (2014, 13) mukaan hoitohenkilöstön ja läheisten välisessä viestinnässä on tärkeää, että vuorovaikutus on avointa ja ystävällistä. Vuorovaikutukseen ja viestinnän onnistumiseen vaikuttavat myös hoitohenkilöstön tuki ja empatia. Hoitohenkilöstön ja läheisten välinen onnistunut viestintä edistää myös hoitohenkilöstön työhyvinvointia ja työhön sitoutumista. Läheiset tarvitsevat tukea potilaan palliatiivisen sedaation aikana ja sen jälkeen (Niinistö ym. 2019; Tursonov ym. 2016, 231). Potilaiden ja heidän läheistensä ohjaus edistää heidän sitoutumistaan tehtyihin hoitopäätöksiin. He tarvitsevat tietoa esimerkiksi hoidon tavoitteista, sedaation käytännön toteutuksesta ja mahdollista haittavaikutuksista. Palliatiivista sedaatiota ei saa käyttää siksi, että vältetään kohtaamista potilaita ja omaisia. (ks. Mattila 2001.)

#### 7.4 Johtopäätökset

Artikkelissa kuvataan, mitä eettisiä asioita liittyy potilaan palliatiiviseen sedaatioon ja sen aikaiseen potilaan hoitoon (ks. Aitamaa 2020, 33; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 58). Palliatiivinen sedaatio on vain yksi tapa toteuttaa hyvää ja laadukasta saattohoitoa (Hänninen 2007, 2207; Niinistö ym. 2019). Palliatiivinen sedaatio ei ole yleistä, mutta se on haasteellista ja herättää eettisiä pohdintoja. On kuitenkin todettu, että palliatiivinen sedaatio on turvallista ja lievittää potilaiden ahdistusta sekä kärsimystä. (Berger 2010, 37; Hänninen 2007, 2207; Niinistö ym. 2019.) Potilaan



palliatiivinen sedaatio ja sitä seuraava kuolema muuttaa perheen elämän peruuttamattomasti. Kuolema muokkaa läheisten tulevaisuutta. Hoidon aikana potilas tarvitsee kokonaishoitoa ja läheiset tarvitsevat tukea. Hoitohenkilöstön osaaminen muodostaa potilaan sedaation aikaiselle hoidolle turvallisuuden perusrakenteen, missä korostuu ennakoiminen. Tämä tarkoittaa potilaan fyysisten, psykososiaalisten ja hengellisten tarpeiden mahdollisimman varhaista tunnistamista, hoitamista ja arviointia. (Anttonen 2016; Ruoppa ym. 2018.) Potilaan ja läheisten tarpeista lähtevä hoitotyö edellyttää hoitohenkilöstöltä moninaisten samanaikaisten asioiden kuin vain sairauden tai sedaation hoitamista. Läheisten osallisuuden ja läsnäolon mahdollistaminen hoidon aikana on merkityksellistä.

Palliatiivinen hoito ja sedaation aikainen hoitotyö edellyttää hoitohenkilöstöltä, potilaalta ja läheisiltä yhteistyötä ja viestintää. Savolaisen (2014, 5, 13) mukaan hoitohenkilöstön ja läheisten vuorovaikutus on prosessi, joka vaatii yhteisymmärrystä kulloinkin kohteena olevista asioista. Vuorovaikutuksen ei tarvitse olla suunniteltua tekemistä tai olemista, vaan spontaaneja kohtaamisia, joissa reagoidaan potilaan tarpeisiin tässä ja nyt (Mattila 2001, 105). Usein potilaan hyvinvointi perustuu hoitohenkilöstön ja potilaan läheisten väliseen onnistuneeseen vuorovaikutukseen, koska yhteistyö luo turvallisuutta, luottamusta ja mahdollistaa tiedon sekä tunteiden jakamisen ja tuen tarjoamisen. Hoitohenkilöstön, potilaan ja läheisten välinen onnistunut viestintä tuo myös hoitohenkilöstölle mielekkyyttä työhön, ja he kokevat onnistuvansa työssään. (Savolainen 2014, 5, 13.)

Palliatiivinen sedaatio on hoitohenkilöstölle haastavaa myös siksi, koska sedaatioon ja sen aikaiseen potilaan hoitoon ei ole yhtenäisiä suuntaviivoja- tai linjoja tai ne ovat epäselviä (Hänninen 2007, 2207; Ziegler ym. 2017, 1; Arias-Casais ym. 2019). Hoitohenkilöstö suhtautuu palliatiiviseen sedaatioon myönteisesti mutta varovaisesti. Sedaatiota pidetään kuitenkin potilaan kärsimysten hoitoon sopivana hoitomuotona (Abarshi ym. 2014, 915; Niinistö ym. 2019). Anttonen (2016, 91, 132–135) toi tutkimuksessaan esille kuolevan hoitoon liittyvän kärsimyksen huomioimisen. ”Yhteisesti jaettu kuoleman todellisuus kantaa myös kuolevan kärsimystä.” Myös läheisille on helpompi hyväksyä kuolema, kun he näkevät, että potilaalla ei ole kärsimystä ja kun kärsimys päättyy. Hoitohenkilöstön on tunnistettava ensiksi oma haavoittuvuutensa kohdatessaan toisen kärsimys. Tämä mahdollistaa osaltaan kuolevan potilaan hoidossa tarvittavan osaamisen kehittymisen. Kun hoitotyöntekijät saavat tukea työssään, kokevat työtyytyväisyyttä ja kokevat ammatissaan kehittymistä niin nämä vahvistavat hoitohenkilökunnan voimavaroja kuolevien potilaiden hoitotyössä. Kun hoitotyön johtajat tukevat hoitohenkilöstön osaamisen kehittymistä, silloin myös eettinen turvallisuus ja työtyytyväisyys koetaan hyväksi (Poikkeus 2019).

Palliativinen sedaatio edellyttää hoitohenkilöstöltä erikoisosaamista. Anttosen (2016, 111) mukaan saattohoidon erityislaadun kieltäminen tarkoittaa sitä, että hoitotyötä arvioidaan samoilla kriteereillä kuin hoitotyötä muissa työyksiköissä. Potilaiden kuolemat ja uusien hoitosuhteiden aloittaminen ilman hoitohenkilöstön palautumista henkisestä kuormituksesta edellisen potilaan hoitosuhteesta ja kuolemasta ohittaa kuoleman todellisuuden. Aina työnantaja ei ymmärrä työntekijöiden tarpeita työnjaksottamiseen, työnohjaukseen ja inhimilliseen johtamiseen. Työntekijöiden tunnekokemusten vähätteleminen hidastaa ja vaikeuttaa ammatillista kehittymistä. Jos työntekijä jää yksin kokemustensa kanssa, hän joutuu luopumaan ammatillisesta kehittymisestään ja miettimään jopa uutta ammattia.

Koulutuksen myötä voidaan lieventää hoitohenkilöstön ristiriitaisia tunteita toteuttaa palliativista sedaatiota, joka vaikuttaa myös potilaaseen sekä hänen läheisiinsä. Hoitohenkilöstö saattaa kokea, ettei heillä ole riittävää osaamista tukea ja auttaa potilasta ja tämän läheisiä. Tämä voi aiheuttaa hoitohenkilöstölle henkistä painetta. Riittävän koulutuksen ja perehdytyksen sekä työnohjauksen myötä hoitohenkilöstö kehittää osaamista, jolloin potilaiden ja heidän läheistensä on mahdollista luottaa laadukkaaseen hoitotyöhön. (ks. Abarshi ym. 2014, 915; Berger 2010, 37; Hänninen 2007, 2207; Leboul ym. 2017, 10; Niinistö ym. 2019; Olsen ym. 2010, 952; Raus, Brown, Seale, Rietjens, Janssens, Bruinsma, Mortier, Payne & Sterckx 2014, 8; Ruoppa ym. 2018, 864; Tursonov ym. 2016, 231; Ziegler ym. 2017,1.) Eettisyys ilmenee hoitohenkilöstön kyvyssä pohtia tilannetta asiakkaan ja hänen läheistensä näkökulmasta sekä ennakoita erilaisten hoitovaihtoehtojen seurauksia heidän terveydelleen.

Eettiset näkökohdat liittyvät hoitohenkilökunnan päätöksentekoon, ja siksi niiden tärkeys korostuu. Vaikuttava palliativinen hoito edellyttää keskustelua potilaan ja hänen läheistensä kanssa myös arvoista. Moraali käsitteenä pyrkii edistämään hyvää ja minimoimaan paha. Moraaliin liittyvät epäselvyydet voivat lisätä hoitotyöntekijän epävarmuutta potilaan hoidossa. (Coyle & Kirk 2016, 406; Prince-Paul & Daly 2010, 1960.) Palliativisen potilaan hoitoon liittyvä hoitotyöntekijän pelko voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että hän pelkää sanovansa jotain väärin, ei tiedä vastausta, yllättävät potilaiden ja läheisten tunnereaktiot ja oma kuolemaan liittyvä ahdistus. Hoitotyössä eettinen toiminta edellyttää erityisesti vuorovaikutusosaamista ja itsetuntemusta, ja siksi eettinen viestintä tulisi integroida osaksi palliativisen hoitotyön tavoitteita ja arvoja. (Coyle & Kirk 2016, 406–411.)

Tulevaisuudessa tulee edelleen herätellä keskustelua palliatiivisen sedaation eettisistä asioista ja sen hoitokäytännöistä. Olisi hyvä, jos Suomessa saadaan kehitettyä yhtenäiset hoitokäytännöt palliatiiviseen sedaatioon. Yhtenäisten käytäntöjen kehittäminen voisi vaikuttaa hoitohenkilöstön, potilaiden ja läheisten asenteisiin ja palliatiivisen sedaation hyväksymiseen yhtenä saattohoidon hoitomuotona. Tällöin myös palliatiivisen sedaation käyttäminen voisi olla nykyistä yleisempää, kun tietoisuus sedaatiosta lisääntyy. Tulevaisuudessa tarvitaan lisää tutki-musta ja koulutusta palliatiivisen sedaation aikaisesta hoitotyöstä, jolloin sedaation käyttäminen hoitomuotona olisi myös eettisesti hyväksyttävä (ks. Arias-Casais ym. 2019).

## 7.5 Lähteet

Abarshi, E., Papavasiliou, E., Preston N., Brown, J. & Payne, S. 2014. The complexity of Nurses' attitudes and practice of sedation at the end of life: a systematic literature review. International Observatory on End-of-life Care, Lancaster University. United Kingdom. *Journal of Pain and Symptoms Management* 47 (5), 915–925. Viitattu 3.7.2020. Saatavilla: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.06.011>

Aitamaa, E. 2020. Ethics in nursing management – identifying ethical problems and methods used by nurse managers to solve these Doctoral Dissertation. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Hoitotiede. Turun Yliopiston julkaisuja - Annales Universitatis Turkuensis sarja - SER. D OSA – TOM. 1491. *Medica – Odontologica. Painosalama Oy. Turku.* Viitattu 21.10.2020. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-8082-6>

Anttonen, M. S. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. *Acta Universitatis Tampereensis* 2148. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikö. Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Tampere Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0066-1>

Arias-Casais, N., Garralda, E., Rhee, J.Y., de Lima, J., Pons, J.J., Clark, D., Hasselaar, J., Ling, J., Mosiu, D & Centeno, C. 2019. *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019.* Vilvoorde: EAPC Press.

Berger, J. 2010. Rethinking Guidelines for the use of palliative sedation. *Hasting Center report* 40 (3), 32–38. Viitattu 31.5.2020. Saatavilla: <https://doi.org/10.1353/hcr.0.0255>

Clelland, D., van Steijn, D., Whitelaw, S., Connor, S., Centeno, C., & Clark, D. 2020. Palliative Care in Public Policy: Results from a Global Survey. *Palliative medicine reports* 1(1), 183–190. Viitattu 15.11.2020. Saatavilla: <https://doi.org/10.1089/pmr.2020.0062>

Connor, S.R. & Bermedo, M. C. S. 2014. *Global Atlas of Palliative Care and End of Life.* WPCA Worldwide Palliative Alliance. Viitattu 15.11.2020. Saatavilla: [https://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)

Coyle, N. & Kirk, T. W. 2016. Navigating Ethical Discussion in Palliative Care. Teoksessa C. Dahlin, P. J. Coyne & B.R. Ferrell (eds.) *Advanced practice palliative nursing.* Saatavilla: <http://kamk.fi/kirjasto, Ebook Central-portaali>.

Elämän loppuvaiheen hoito. 2020. Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 6.5.2020. Saatavilla: [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito)

Eutanasia ja avustettu itsemurha. N.d. Lääkärin etiikka. Suomen lääkäriliitto. Viitattu 21.11.2020. Saatavilla: <https://www.laakariliitto.fi/laakarinetiikka/elaman-loppu/eutanasia-ja-avustettu-itsemurha/>

Erikoissairaanhoidolaki. 1062/1989. Viitattu 18.11.2020. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>

Euroopan ihmisoikeussopimus. 63/1999. Viitattu 18.11.2020. Saatavilla: <https://finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1999/19990063>.

Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla. 2012. ETENE-julkaisuja 35. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 21.10.2020. Saatavilla: <https://etene.fi/documents/1429646/1559054/ETENE-julkaisuja+35+Etiikan+tila+sosiaali-+ja+terveysalalla.pdf/b02f3efc-c92b-456f-a97a-2a524ef3b2f9/ETENE-julkaisuja+35+Etiikan+tila+sosiaali-+ja+terveysalalla.pdf>

Etenen kannanotto eutanasiaan. 2017. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 7.11.2020. Saatavilla: [https://etene.fi/documents/1429646/4360417/KANNANOTTO\\_eutanasia\\_26.9.2017f.pdf/a23dcc78-3788-4140-b363-3a7b99527ad8/KANNANOTTO\\_eutanasia\\_26.9.2017f.pdf](https://etene.fi/documents/1429646/4360417/KANNANOTTO_eutanasia_26.9.2017f.pdf/a23dcc78-3788-4140-b363-3a7b99527ad8/KANNANOTTO_eutanasia_26.9.2017f.pdf)

Ehrnrooth, J. 2020. Jokaiselle kuuluu jakamaton ihmisarvo, mutta mitä se ihmisarvo on? Kolumni. Viitattu 7.11.2020. Saatavilla: <https://yle.fi/uutiset/3-11154376>

Global Atlas of Palliative Care. 2020. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. Viitattu 21.11.2020. Saatavilla: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>

Hamunen, K. 2012. Palliatiivinen sedaatio. Finnanest 45 (5), 470–471. Viitattu 17.5.2020. Saatavilla: [http://www.finnanest.fi/files/hamunen\\_palliatiivinen.pdf](http://www.finnanest.fi/files/hamunen_palliatiivinen.pdf)

Have, HT. & Welie, V.M.J. 2014. Palliative Sedation Versus Euthanasia: An Ethical Assessment. *Journal of Pain and Symptom Management* 47(1), 123–136. Viitattu 1.7.2020. Saatavilla: DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2013.03.008

Hyvä saattohoito Suomessa. 2010. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 6.1.2020. Saatavilla: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3ANBN%3Afi-fe201504225791.pdf?sequence=1>

Hänninen, J. 2007. Palliatiivinen sedaatio – viimeinen keino kärsimysten hoidossa. *Läketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 123 (18), 2207–2213. Helsinki.

Hänninen, J. 2017. Kuolemaan liittyvä kärsimys on ymmärrettävä. *Potilaan lääkärilehti* 42. Viitattu 15.11.2020. Saatavilla: <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/kuolemaan-liittyva-karsimys-on-ymmarrettava/>

Juujärvi, S., Myyry, L. & Pessa, K. 2007. Eettinen herkkyyys ammatillisessa toiminnassa. Tammi. Helsinki.

Kansanterveyslaki. 66/1972. Viitattu 18.11.2020. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Lakialoite. 8/2017. Lakialoite laiksi terveydenhuoltolain 24 ja 25 §:n muuttamisesta. Viitattu 21.11.2020. Saatavilla: [https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Lakialoite/Sivut/LA\\_8+2017.aspx](https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Lakialoite/Sivut/LA_8+2017.aspx)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1998. Viitattu 18.11.2020. Saatavilla: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 559/1994. Viitattu 18.11.2020. Saatavilla: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Lindqvist, M. 2004. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). ETENE-julkaisu 4. Sosiaali- ja terveysministeriö. Edita Prima Oy. Helsinki. Viitattu 27.9.2020. Saatavilla: <https://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu-ja+4+Kuolemaan+liittyv%C3%A4t+eettiset+kysymykset+terveydenhuollossa.pdf/6a1cd043-354c-486d-b554-e9f37159924e/ETENE-julkaisu+4+Kuolemaan+liittyv%C3%A4t+eettiset+kysymykset+terveydenhuollossa.pdf>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Wsoy. Juva.

Leboul, D., Aubry, R., Peter, J-M., Royer, V., Richard, J-F. & Guirimand, F. 2017. Palliative sedation challenging the professional competency of health care providers and staff: a qualitative focus group and personal written narrative study. France. BMC Palliative care 16 (25), 1–12. Viitattu 3.7.2020. Saatavilla: <http://doi.10.1186/s12904-017-0198-8>

Mattila, L-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovai-  
kutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiede-  
kunta. Hoitotieteen laitos. Acta Universitatis Tampereensis 816. Tampereen yliopistopaino Oy.  
Tampere. Saatavilla: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/67109/951-44-5099-X.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoi-  
don aikana. Tampereen Yliopistopaino. Tampere.

Mäki, K. N.d. Elämän lopun hoidon ja toimenpiteiden terminologiaa. Suomen lääkäriliiton eet-  
tinen toimintakunta. Viitattu 21.11.2020. Saatavilla: [https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5121/elaman\\_lopun\\_hoidon\\_ja\\_toimenpiteiden\\_terminologiaa.pdf](https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5121/elaman_lopun_hoidon_ja_toimenpiteiden_terminologiaa.pdf)

Nissinen, A-K., Karjalainen, S. & Tölli, S. 2019. Palliatiivinen sedaatio aiheuttaa moraalista ahdis-  
tusta sairaanhoitajille. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 4.  
Viitattu 21.11.2020. Saatavilla: <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe201902013796>

Olsen, M., Swetz, K. & Mueller, P. 2010. Ethical decision making with end-of-life care: palliative  
sedation and withholding or withdrawing life-sustaining treatment. Mayo Clinic 85 (10), 949–954.  
Viitattu 31.5.2019. Saatavilla: doi: 10.4065/mcp.2010.0201

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. 2017. Työryhmän suositus osaamis- ja laa-  
kriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön ra-  
portteja ja muistioita 44. Helsinki. Viitattu 20.5.2020. Saatavilla: [https://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI\\_Palliatiivisen+hoidon+ja+saattohoi-  
don+j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0](https://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI_Palliatiivisen+hoidon+ja+saattohoi-<br/>don+j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0)

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. 2019. Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laa-  
dun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 14.  
Helsinki. Viitattu 6.1.2020. Saatavilla: [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R\\_14\\_19\\_Palliatiivisen\\_hoidon\\_ja\\_saattohoidon\\_tila.pdf](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliatiivisen_hoidon_ja_saattohoidon_tila.pdf)

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. 2019. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duo-  
decimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suoma-  
lainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 29.5.2020. Saatavilla: [https://www.kaypa-  
hoito.fi/hoi50063](https://www.kaypa-<br/>hoito.fi/hoi50063)

Perustuslaki. 731/1999. Viitattu 21.11.2020. Saatavilla: [https://finlex.fi/fi/laki/ajan-  
tasa/1999/19990731](https://finlex.fi/fi/laki/ajan-<br/>tasa/1999/19990731)

Prince-Paul, M. & Daly, B. J. 2010. Ethical considerations in palliative care. Teoksessa B. R. Ferrell & J. A. Paice (eds.) Oxford textbook of palliative nursing. Saatavilla: <http://kamk.fi/kirjasto>, Ebook Central-portaali.

Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saatto-hoitosuositukset. STM julkaisuja 2010:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 15.11.2020. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3033-9>

Poikkeus, T. 2019. Sairaanhoidajien eettisen osaamisen tukeminen – Hoitotyön johtajan organisaatorinen ja yksilöllinen tuki. Turun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotiede. Turun yliopiston julkaisuja, Annales Universitatis Turkuensis SARJA - SER. D OSA - TOM 1408. Grano Oy. Turku.

Potilaan itsemääräämisoikeus. 2018. Valvira, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 7.11.2020. Saatavilla: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaraamisoikeus>

Pöyhiä, R. 2018. Palliatiivinen sedaatio. Teoksessa T. Saarto., J. Hänninen., R. Antikainen & A. Vainio. (toim.) Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. 117–120. Kustannus Oy Duodecim. Tallinna.

Saarto, T. 2015. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarve. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 572–573. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Saattohoitoon on nyt laatukriteerit. 2020. Suomen Palliatiivisen Hoidon yhdistys ry. Lausunnot ja kannanotot. Viitattu 21.10.2020. Saatavilla: <https://www.sphy.fi/yhdistys/lausunnot-ja-kannanotot/>

Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012- suunnitelmat ja toteutus. 2012. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 6.1.20. Saatavilla: <https://etene.fi/documents/1429646/1559054/ETENE-julkaisuja+36+Saattohoito+Suomessa+vuosina+2001%2C+2009+ja+2012+-+suunnitelmat+ja+toteutus.pdf/58ee136a-919b-4e32-8b18-f131143747a7/ETENE-julkaisuja+36+Saattohoito+Suomessa+vuosina+2001%2C+2009+ja+2012+-+suunnitelmat+ja+toteutus.pdf>

Savolainen, E. 2014. Omahaohitajan ja omaisen välinen vuorovaikutussuhde. Puheviestinnän pro gradututkielma. Viestintätieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 21.11.2020. Saatavilla: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/43048/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201403061320.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. 2011. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Sosiaali- ja terveysministeriö. ETENE- julkaisuja 32. Helsinki. Viitattu 21.11.2020. Saatavilla: <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf>

Raus, K., Brown, J., Seale, C., Rietjens, J., Janssens, R., Bruinsma, S., Mortier, F., Payne, S. & Sterckx, S. 2014. Continuous sedation until death: the everyday moral reasoning of physicians, nurses and family caregivers in the UK, The Netherlands and Belgium. Department of Philosophy and Moral Sciences, Ghent University, Belgium. BMC Medical Ethics 15 (14), 1–10. Viitattu 3.7.2020. Saatavilla: <https://bmcomedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6939-15-14>

Rimpiläinen, R. & Akural, E. 2007. Palliatiivinen hoito elämän loppuvaiheissa. Finnanest 40 (4), 324–329. Viitattu 30.5.2020. Osoitteessa [http://www.finnanest.fi/files/rimpilainen\\_palliatiivinen.pdf](http://www.finnanest.fi/files/rimpilainen_palliatiivinen.pdf)

Rousseau, P. 2000. The Ethical Validity and Clinical Experience of Palliative Sedation. Mayo Clinic Proceedings 75 (10), 1064–1069. Viitattu 1.7.2020. Saatavilla: DOI: 10.4065/75.10.1064

Ruoppa, N., Heiskanen, T. Hamunen, K. & Kalso, E. 2018. Palliatiivista sedaatiota käytetään Suomessa vähän. *Lääkärilehti* 73 (14), 863–864. Viitattu 3.7.2020. Saatavilla: [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/301397/SLL142018\\_863.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/301397/SLL142018_863.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Tarnanen, K., Saarto, T. & Laukkala, T. 2019. Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliatiivinen hoito ja saattohoito). *Käyvän hoidon potilasversiot*. Viitattu 21.11.2020. Saatavilla: <https://www.kaypahoito.fi/khp00072>

Tursonov, O., Cherny, N. & Ganz, F. 2016. Experience of family members of dying patients receiving palliative sedation. *Oncology nursing forum* 43 (6), 226–232. Viitattu 31.5.2020. Saatavilla: DOI: 10.1188/16.ONF.E226-E232

Väisänen, A. 2020. Hoitohenkilöstön saattohoito-osaamisen kehittäminen. Sairaanhoidtaja ylempi (AMK) opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Kajaani. Viitattu 21.11.2020. Saatavilla: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/347810/Vaisanen\\_Annika.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/347810/Vaisanen_Annika.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Yleissopimus ihmisoikeuksien ja ihmisarvon suojaamiseksi biologian ja lääketieteen alalla. 24/2010. Saatavilla: [https://finlex.fi/fi/sopimukset/sops-teksti/2010/20100024/20100024\\_2#idp445166928](https://finlex.fi/fi/sopimukset/sops-teksti/2010/20100024/20100024_2#idp445166928)

Ziegler, S., Merker, H., Schmid, M. & Puhan, M. 2017. The impact of the inpatient practice of continuous deep sedation until death on healthcare professionals' emotional well-being: a systematic Review. *Epidemiology Biostatistics and Prevention Institute, University of Zurich. BMC Palliative care* 16 (30), 1–18. Viitattu 31.5.2020. Saatavilla: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-017-0205-0>







## 8 Organisaation laadun kehittäminen yhteiskehittämisen avulla

*Sanni Pietilä, vastaava ohjaaja, sairaanhoitaja (amk), terveydenhoitaja ylempi (Amk), VillaNuttu Oy*

*Kirsi Moisanen, YTT, lehtori, sairaanhoitaja ylempi (AMK), Sosiaali- ja terveysalan ylempi (AMK) koulutus Kajaanin ammattikorkeakoulu*

### Tiivistelmä

Organisaation laadun kehittämisellä on merkittävä rooli sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisessä, koska lastensuojelulaitoksilta vaaditaan aikaisempaa parempaa laatua ja sijaishuoltopaikan valinnassa korostuu lapsen tarpeisiin vastaaminen. Lapsen osallisuus on lapsen kuulemista ja hänen mukaansa ottamista asiansa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Osallisuus on inhimillistä toimijuutta vahvistavaa ja hyvinvointia edistävä asia, mikä estää syrjäytymistä ja lisää sosiaalityön laadukkuutta. Yhteiskehittämisessä sijoitetun lapsen ääni vahvistuu ja hän pääsee mukaan aktiivisena ja tasavertaisena toimijana kehittämään palveluitaan. Yhteiskehittäminen antaa sekä työntekijälle että sijoitetulle lapselle mahdollisuuden osallistua merkitykselliseen, kokemustietoa ja ammatillista tietämystä yhdistävään vuorovaikutukseen, jossa lapsen ja työntekijän keskinäinen vuorovaikutus kehittyy. Lapsen kuulluksi tuleminen tunne ja osallisuuden kokemus vahvistuvat.

Yhteiskehittäminen vaatii henkilökunnalta ja johdolta kykyä ja rohkeutta heittäytyä avoimeen, moniääniseen dialogiin, joka mahdollistaa uudenlaisen tiedon syntyminen lisäksi henkilökunnan osaamisen kehittämisen. Yhteiskehittäminen vaatii onnistuakseen johdon sitoutumista ja osallistumista kehittämiseen, muutosjohtamista sekä kannustavaa ja myönteistä, dialogisuutta korostavaa organisaatiokulttuuria, jossa ei pelätä ottaa esille kehittämisen kohteita. Asiakkaiden kanssa yhteiskehittämällä sosiaali- ja terveyspalveluiden laatua voidaan kehittää, mutta kehittämistyössä täytyy muistaa, että se on aina asiakkaille vapaaehtoista.

Asiasanat: laatu, yhteiskehittäminen, osallisuus, lastensuojelu, lapsi

## 8.1 Johdanto

Lapsen osallisuuden vahvistaminen mahdollistaa lastensuojelun laadun kehittämisen. Tässä artikkelissa kuvataan organisaation laadun kehittämistä yhteiskehittämisen avulla. Yhteiskehittäminen voi toteutua eri tasoilla. Se on ammattilaisten, kokemusasiantuntijoiden, asiakkaiden, omaisten, johtajien tai päättäjien yhdessä tekemistä, jolle on luonteenomaista dialogisuus. Yhteiskehittäminen voi olla yhteisestä kehittämistavoitteesta lähteviä yhdessä toteutettavia kokeiluja, yhteisiä arviointeja ja yhteistä oppimista, jolloin mahdollistuu myös toisilta oppiminen. (Hietala 2016.)

Yhteiskehittämisestä voidaan puhua myös jaettuna toimijuutena (Niskala, Kostamo-Pääkkö & Ojaniemi 2015, 140). Artikkelissa kuvataan sijoitetun lapsen osallisuutta, siihen liittyviä mahdollisuuksia ja haasteita sosiaalityöhön kuuluvan vallan näkökulmasta, suhteessa lapsen ja perheeseen. Lapsen osallisuus edistää sosiaalityön laatua. Artikkelissa pohditaan, miten sijoitetun lapsen osallisuutta voidaan tukea yhteiskehittämisen näkökulmasta. Artikkelin tarkoituksena on kuvata sosiaalityön yhteiskehittämistä lasten osallisuutta vahvistamalla. Jotta sijaishuollon laatu kehittyy, tarvitaan myös henkilökunnan osaamisen kehittämistä yhteiskehittämisen avulla.

## 8.2 Laadukas sosiaalityö edellyttää lapsen osallisuutta

Laatu voidaan määrittää tekniseen ja toiminnalliseen laatuun. Tekninen laatu viittaa palvelun lopputulokseen eli lastensuojelussa lapsi saa tukea, hoitoa ja kasvatusta. Toiminnallisella laadulla kuvataan taas palveluprosessin sisältöä eli esimerkiksi, miten lapsen mielipiteitä on kuultu palveluprosessin aikana. Käsitys laadusta muodostuu teknisestä laadusta, toiminnallisesta laadusta ja asiakkaan odotuksista. Sosiaali- ja terveystaloudissa ei aina huomioida riittävästi palvelutapah- tumissa asiakkaan näkökulmaa. Lupaukset palvelun laadusta ovat palvelulupauksia. (Stenvall & Virtanen 2012, 53–55.) Lastensuojelun laatua kehitettäessä, ratkaisu on vahvistaa lasten ja perheiden osallisuutta ja kysyä lapsilta ja perheiltä palveluiden toimivuudesta ja kehittämisen tarpeesta (Pietilä 2019, 86).

Asiakkaan asema on vahvistunut palvelujen kohteesta, asiakaskeskeisyyden ja asiakaslähtöisyyden kautta oman elämänsä aktiiviseksi toimijaksi (Niskala, Kairala & Pohjola 2017, 7). Asiakas- keskeisyys käsitteen historia ulottuu 1930-luvulle, mutta 1990-luvulta lähtien sosiaalialalla on siir- rytty käyttämään käsitettä asiakaslähtöisyys. Asiakaskeskeisyydessä asiakas on toiminnan kohde

ja toiminnan keskellä eri ammattilaisten toimiessa hänen kanssaan. Asiakaslähtöisyydessä toiminnan painopiste on muuttunut lähelle asiakasta ja toiminta on asiakkaan rinnalla toimimista. (Smedberg 2015, 151.) Asiakaslähtöisyydessä palveluiden ja hoidon lähtökohtana on asiakkaan tarpeet ja toiminnassa korostuu dialogisuus ja asiakkaan kunnioittaminen. (Valkama 2012, 125.) Asiakkaan kokemustiedon tunnistamisen ja hyödyntämisen kautta kokemusasiantuntijoita on otettu mukaan palveluiden kehittämiseen. Asiakkaan osallisuus on lisääntynyt palveluprosessissa ja -järjestelmässä, ja yhteistyön myötä asiakkaasta on tullut palveluiden kehittäjä ja palveluihin vaikuttaja. (Niskala, Kairala & Pohjola 2017, 7–8.) Mahdollisuus vaikuttaa omiin asioihin ja kuulua tulemisen tunne ovat osallisuuteen vaikuttavia tekijöitä (Valkama 2012, 64).

Sosiaalityön tavoitteena on mahdollistaa ja vahvistaa yksilön kiinnittymistä osaksi yhteiskuntaa auttaen yksilöä hänen vaikeassa elämäntilanteessaan. Lisäksi tavoitteena on ehkäistä syrjäytymistä ja vahvistaa yksilön osallistumista, osallisuutta ja valtaistumisen mahdollisuuksia. Sosiaalityö perustuu asiakaskohtaamisissa toteutuviin suhteisiin, vuorovaikutukseen ja kokemukseen kohdatuksi tulemisesta. (Kivistö-Pyhtilä, Hoppania, Kallio, Kivioja, Korkala, Korpela, Kuusela, Niemi-Weckström, Lehto & Savolainen 2017, 222–223.) Osallisuus on aktiivisuutta, mukana oloa ja inhimillistä toimijuutta vahvistava asia, joten se voidaan ymmärtää syrjäytymisen vastakohtana. (Särkelä-Kukko 2014, 35–36; Lindh, Linnakangas & Laitinen 2017, 113). Tässä yhteydessä toimijuus liitetään ajatukseen ihmisestä omaa toimintaansa suunnittelevana ja omaan elämäänsä vaikuttavana yksilönä (Reunanen 2017, 11). Osallisuus on myös yksilön kokemus kuulumisesta itselleen merkityksellisiin ryhmiin ja yhteisöihin, mikä ilmenee yhteisöön kuuluvien henkilöiden keskinäisenä luottamuksena ja arvostuksena sekä mahdollisuutena vaikuttaa toimintaan. Osallisuus vahvistaa hyvinvointia. Raivion ja Karjalaisen (2013) mukaan täysimääräisen osallisuuden toteutuminen edellyttää aineellisia resursseja, autonomiaa ja toimijuutta omiin asioihin liittyvässä päätöksenteossa mutta myös sosiaalisesti tärkeitä ja merkityksellisiä suhteita. Osallisuusvajeen kasvaessa syrjäytymisriski lisääntyy. (Raivio 2018, 32–33.)

Sosiaalityöhön ja erityisesti lastensuojeluun liittyy suojelun, hoivan ja tuen lisäksi myös valta ja sen eri ulottuvuudet. Määritettäessä lastensuojelussa lapsen edun mukaista toimintaa, joudutaan joskus puuttumaan perheen koskemattomuuteen ja itsemääräämisoikeuteen liittyviin asioihin. On tärkeää tunnustaa valta-asetelmat ja tehdä ne läpinäkyväksi, koska valtarakenteet voivat mahdollistaa tai rajoittaa osallisuutta. (Valkama 2012, 46; Alhanen 2014, 17–18; Kivistö-Pyhtilä ym. 2017, 227.) Valta ilmenee asiakkaan arjessa auttamisena ja tukemisena erilaisten interventioiden kautta, päätöksen tekona ja arviointeina, tavoitteiden asettamisena sekä palveluprosessin

läpiviemisenä yhdessä asiantuntijoiden kanssa. Valta voi olla myönteistä, ihmistä tukevaa ja vahvistavaa, vaikka siihen liittyisi tuki ja kontrolli, mikäli asiakas on kohdattu inhimillisesti ja erilaisuutta kunnioittaen. Osallisuuden toteutuminen tilanteessa, jossa lapsen valinnanvapautta on rajoitettu, testaa lastensuojelun työntekijän ammatillisuutta ja siihen liittyvää osaamista. Ratkaisevaa on, antavatko työntekijän työtavat ja vuorovaikutuksen muodot sijaa asiakkaan osallisuudelle. (Laitinen & Pohjola 2010, 8–11.)

Lastensuojelussa on vallalla päämäärä suojella lapsen turvallisuutta, kasvua ja kehitystä. Lastensuojelua toteutetaan tilanteissa, joissa lapsen turvallisuus, kasvu ja kehitys vaarantuvat ja lapsen huoltajat eivät pysty syystä tai toisesta turvaamaan lapsen hyvinvointia. Lapsen ja perheen osallisuutta vahvistavia käytäntöjä tulee kehittää. Lasten kokemusten kuuleminen ja huomioiminen lasta koskevien tukitoimien suunnittelussa ja päätöksenteossa on tärkeää. Kokemusasiantuntijoilla on tärkeä rooli paikallisissa ja valtakunnallisissa kehittämisprosesseissa, joiden tarkoituksena on palvelun laadun kehittämisen lisäksi hahmottaa vallankäytön rajoja. (Alhanen 2014, 72.) Yhteiskehittämisessä työntekijä pyrkii olemaan korostamatta omaa valta-asemaansa, mahdollisuuksien mukaan jopa luopumaan siitä, ja tavoitellen mahdollisimman vapaata yhteyttä toiseen ihmiseen. Jokainen ihminen on oman kokemusmaailmansa omaava yksilö. Kohtaamisissa voi näkyä kiireetön läsnäolo, kunnioitus ja huumori. (Ikonen 2018, 278.) Tutkimusten mukaan ne sosiaali- ja terveydenhuollon tilanteet, joissa lapsi on kokenut olevansa osallinen, on edistänyt lapsen turvallisuuden tunnetta ja lisännyt mahdollisuuksia hoidon ja huolenpidon vaikuttavuuteen (Toivonen & Pollari 2018, 81).

Laadukkaaseen sosiaalityöhön pyrittäessä työntekijöiden tavoitteena on asiakkaan terveys ja sosiaalinen hyvinvointi. Kuitenkin tässä kehitystyössä on asiakkaat harvoin mukana. (Tuomisto & Rännäli 2017, 245.) Osallistaminen ei ole pelkästään mukaan kutsumista ja kuulemista vaan dialoginen prosessi, jossa toteutuu aito kuuleminen ja yhdenvertaisuus (Miettinen, Romakkaniemi & Laitinen 2017, 36). Osallisuus liittyy organisaation tarpeeseen tuottaa laadukkaita asiakkaan toiveita ja tarpeita vastaavia palveluita (Lindh, Linnakangas & Laitinen 2017, 114). Lapsen osallisuuden on kiinnitetty enenevässä määrin huomiota lastensuojelussa (Pietilä 2019, 43). Kuitenkaan osallisuus ei läpäise kaikkia lastensuojelun sosiaalityön käytäntöjä, vaikka lapsen edun pitäisi olla työn keskiössä. Osallisuuden esteeksi voi nousta työntekijän oma keinottomuus haastavissa asiakastilanteissa, mikä voi näkyä asiakkaalle tylynä kohteluna. Osallisuuden kokemukseen vaikuttaa myös asiakkaan kohtaamiseen käytetty aika. Asiakkaan osallisuudelle voi luoda tilaa kiinnittämällä huomiota asiakaskohtaamisessa omaan lähestymistapaansa, kieleensä ja tilanneherkkyyteen. (Kivistö-Pyhtilä ym. 2017, 238.)

Pietilä (2019, 48–49) on kuvannut opinnäytetyössään sijoitetun lapsen osallisuutta ja lasten osallistumista kehittäjäasiakkaina eli kokemusasiantuntijoina sijaishuollon palvelujen kehittämisessä. Kokemuksellisuuden keskiössä on lasten kokemustieto, joka lasten näkökulmasta toimii vaikuttamisen välineenä. Organisaation näkökulmasta kokemustieto hyödyttää lasten-suojeluyksikön palveluiden laadun kehittämistä, ammattilaisten tietoa täydentävänä tietona. Käytännön kokemustiedolla on merkittävä rooli palveluiden kehittämisessä. (Ahola 2017, 289–290.) Palveluiden käyttäjillä ja niitä tarvitsevilla tulisikin olla oikeus osallistua palveluidensa suunnitteluun ja arviointiin, koska osallistuminen voi tuottaa tietoa palvelun heikkouksista ja palvelua kehittävästä innovatiivisista ratkaisuista. Asiakslähtöisessä palvelussa asiakas koetaan oman elämänsä asiantuntijana ja osallistuminen päätöksen tekoon kuuluu asiakkaan oikeuksiin. (Järvikoski, Martin, Kippola-Pääkkönen & Härkäpää 2017, 63, 68.)

Lasten ja nuorten osallisuutta on tutkittu ja kehitetty viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana (Bardy & Heino 2013, 21; Pietilä 2019, 69). Lapsen osallisuuden mahdollistamien omien asioidensa käsittelyyn ja niihin vaikuttamiseen on merkityksellistä sosiaalityössä. Organisaation asiakslähtöisen sosiaali- ja hoitotyön periaatteet ja asiakkaan kokema osallisuus hoitoonsa ovat hyvää hoidon laatua. (Pietilä 2019, 43.) Keskeistä kehittämistyön onnistumisen kannalta on lähijohdon sitoutuminen ja tuki osallisuuden vakiinnuttamiseen osaksi työkäytäntöjä (Bardy & Heino 2013, 21; Vuokila-Oikkonen 2015, 210; Hietala & Rissanen 2017, 177).

### 8.3 Yhteiskehittäminen sijoitetun lapsen osallisuutta tukemassa

Asiakslähtöisyydessä palvelujen lähtökohtana on asiakkaiden tarpeet. Sosiaali- ja terveysalalla asiakslähtöisyys sisältyy alan eettisiin periaatteisiin, kuten asiakkaan kuulluksi tuleminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. (Valkama 2012, 45–46.) Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) on vaatimus asiakslähtöisyydestä ja osallisuudesta. Yksi menetelmä vastata näihin vaatimuksiin on yhteiskehittäminen (Raivio 2018, 27). Vaikka asiakkaan tasavertainen toimijarooli ei vielä toteudu palveluprosessissa, niin asiakkaiden osallisuuden arvo palvelujen kehittämisessä on tunnistettu, ja asiakkaat halutaan mukaan palveluiden kehittämiseen (Lindh ym. 2017, 111; Niskala ym. 2017, 8). Yhteiskehittämisessä asiakas ja ammattilainen kohtaavat tasavertaisesti. Yhteiskehittäminen antaa mahdollisuuden osallistua merkitykselliseen, kokemustietoa ja ammatillista tietämystä yhteen tuovaan vuorovaikutukseen. (Hietala, Kinnunen, Kauppila & Karjalainen 2018, 33; Raivio 2018, 26.)

Yhteiskehittäminen on pyrkimystä tukea yhteiskehittämiseen osallistuvien asiakkaiden toimijuutta ja samalla palveluita kehittäen. Tällöin asiakkaiden vaikuttamisen, dialogisuuden ja demokratian edellyttämät kyvyt ja osaaminen vahvistuvat. Työntekijöiden mahdollistaessa asiakkaiden tasaveroinen osallistuminen kaikkien toimijuus vahvistuu dialogisuuteen perustuvissa prosesseissa ja yhdessä tekemisessä. (Hietala ym. 2018, 47.) Kokemustietoon perustuva palvelujen kehittäminen on lisääntynyt, mutta sen hyödyntäminen sosiaali- ja terveyspalveluissa on vielä melko vähäistä. Etenkin paljon tukea tarvitsevien henkilöiden osallisuus tutkimuksessa, käytännön työssä ja päätöksenteossa jää vähäiseksi (Lindh ym. 2017, 111.) Asiakkaiden osallistaminen, antamalla mahdollisuus vaikuttaa palvelujen sisältöön, laatuun ja palvelujärjestelmää koskevaan päätöksentekoon on kuitenkin ollut sosiaali- ja terveysalalla keskustelujen kestoaihe (Hyväri 2015, 150).

Lapsen osallisuus on muutakin kuin lapsen tapaamista ja hänen mielipiteidensä selvittämistä ikätason mukaisesti. Lapsen osallisuutta voi vahvistaa kysymällä, miten lastensuojelun asiakkaana oleva lapsi voi vaikuttaa siihen millä tavoin hänen kanssaan työskennellään. Asiakkaana olevien lasten ja nuorten aito osallisuus yhteiskehittämisessä työntekijän kanssa vie aikaa. (Kivistö-Pyhtilä ym. 2017, 239–240.) Lastensuojeluyksikössä sijoitettujen lasten osallistuminen lasten kanssa tehtävän tavoitteellisen omaohjaustyöskentelyn kehittämiseksi mahdollistettiin. Lapsilla oli mahdollisuus vaikuttaa työskentelyn tukena käytettävän omaohjauslomakkeen ja omaohjauksen sisältöön. (Pietilä 2019, 48–49.) Palvelujen kehittämiseen osallistumisen itselle tarkoitettujen palvelujen kehittämisessä voidaan ymmärtää olevan oikeudenmukaisuuskysymys. Esimerkiksi mielen-terveyskuntoutujien kokemusasiantuntijana toimiminen on lisännyt asiakkaan valtaistumisen kokemusta ja kykyä käynnistää muutoksia elämässään, mikä on näkynyt lisääntyneenä tyytyväisyytenä omaan elämäänsä (Järvikoski ym. 2017, 63, 66, 78). Asiakkaiden oikeudenmukaisen kohtelun lisäksi yhteiskehittäminen avasi asiakkaiden näkökulmia työntekijöille uudella tavalla (Hietala ym. 2018, 8).

Yhteisen kehittämisen onnistumiselle vaatimuksena on työntekijän myönteinen asenne (Järvikoski ym. 2017, 80). Yhteiskehittämisen kautta työntekijän ja lapsen yhteisymmärrys syvenee, mikä mahdollistaa kuulluksi tulemisen kautta lapsen osallisuuden. Yhteiskehittämisessä työntekijän tulisi kyetä luopumaan aiempaan rutiiniin ja toimintaan liittyvistä perusolettamuksista, sanastosta ja vuorovaikutustyyleistä. Yhteiskehittämisessä mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua ovat nostaneet asiakkaan itsetuntoa ja kokemusta itsestään ainutlaatuisena ihmisenä ja kehittäjänä (Tuomisto & Rännäli 2017, 258). Asiakkaat, jotka haluavat osallistua palvelujen kehittämiseen ko-

kevat sen mahdollisuutena vaikuttaa. Lisäksi asiakkaiden kannalta merkityksellisten ja vaikuttavien tulosten saavuttaminen mahdollistuu, kun asiakas ja hänen verkostonsa on mukana koko palveluprosessissa (Moisanen 2018, 176.) Asiakkaiden osallistuminen palveluiden laadun kehittämiseen hyödyttää kaikkia. Vaikka kehittäjäasiakkuus ei ole suora-naisesti hoidollista, on osallisuudella ollut voimaannuttavia ja kuntoutumista edistäviä vaikutuksia (Tuomisto & Rännäli 2017, 258; Mauno 2018; 72; Raivio 2018, 27). Huomioitavaa on, että on myös asiakkaita, jotka haluavat vain toimivaa palvelua ilman vaatimusta osallistumisesta kehittämiseen (Tarvainen 2017, 51). Asiakkaiden osallistuminen yhteiskehittämiseen on mahdollisuus, joka perustuu vapaaehtoisuuteen (Hietala & Kauppila 2018, 148).

Toimintatutkimus, toiminnallisena ja osallistavana menetelmänä, on mahdollisuus hyödyntää asiakkaiden kokemustietoa palvelujen kehittämisessä (Raivio 2018, 26–27). Kehittäjäasiakas-toiminta on sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjien ja työntekijöiden yhteistä palvelujen suunnittelua, kehittämistä ja arviointia (Niskala ym. 2015, 131). Kehittäjäasiakkaalla on halu ja oikeus olla kehittämässä palveluita, joita hän tai muut asiakkaat tarvitsevat. Sen tavoitteena on avoimien kohtaamisten avulla tuottaa tietoa palvelun saatavuudesta, toimivuudesta ja vaikuttavuudesta, vaikuttaa päätöksentekoon ja auttaa asiakkaita voimaantumaan omassa elämässään ja suhteessa palvelujärjestelmään. Kehittäjäasiakastoimintaa pidetään sopivana työskentelymuotona lastensuojeluasiakkaiden kanssa, joilla on vaikeita elämäkokemuksia. (Niskala ym. 2015, 140, 142.)

Lastensuojeluyksikössä asuvat lapset saavat hoitoa, kasvatusta ja kuntoutusta, jotta heidän lastensuojelutarpeensa poistuisi tai lieventyisi. Aholan (2017, 296) mukaan hoito- ja kuntoutumisvaiheessa oleva henkilö on kokemuksellinen asiantuntija, jonka kokemustieto palveluiden laadusta ja toimivuudesta on uusinta tietoa, mikä on syntynyt aktiivisessa asiakassuhteessa. Tällöin kokemuksellisen asiantuntijan rooli on toimia laadunvarmistajana, joka nostaa esiin palveluissa mahdollisesti tarvittavat muutokset.

#### 8.4 Yhteiskehittäminen edistää henkilökunnan osaamista

Työntekijät ovat oman työnsä parhaita asiantuntijoita ja kehittäjiä, sillä he tietävät, mitä työssä tulee kehittää. Yhteiskehittäminen on työn kehittämistä yhdessä, josta käytetään myös käsitteitä yhdessä kehittäminen, osallistava kehittäminen ja yhteinen kehittäminen. (Vuokila-Oikkonen 2015, 207.) Hyvinvointia moniammatillisella yhteistyöllä (HYMYT) -hankkeessa kehitettiin Helsin-

gin lasten ja nuorten palveluita vahvistamalla yhteistyötä tukevia rakenteita ja selkiyttämällä verkostoissa tehtävää työtä. Palautteiden perusteella työntekijät pitivät tärkeänä johdon mukana oloa kehittämistyössä. Työntekijät kokivat, etteivät tule kuulluksi palvelujen kehittämisessä eikä heidän vahvaa osaamistaan osata hyödyntää. (Salonen 2013, 105.)

Moisanen (2018, 145, 155) mukaan yksi menetelmä työyhteisön tavoitteelliseen osaamisen kehittämiseen on yhteiskehittäminen. Yhteiskehittämistä tukevat työyhteisön kannustava ilmapiiri ja lähijohtajan esimerkki kehittämisessä. Osallistava kehittäminen luo lisäarvoa organisaatiolle. Uusien toimintamallien opettelu voi olla raskasta ja jopa hämmentävää työntekijöille. Yhteinen jaettu ymmärrys kehittämistyön kokemuksista auttaa jaksamaan muutoksessa. Osallisuus on työntekijän mahdollisuus vaikuttaa asioihin ja ilmaista mielipiteensä. Osallisuuden kautta sitoutuminen yhteiseen päämäärään lujittuu. Sen lisäksi että yhteiskehittäminen edistää henkilökunnan osaamista, sillä on myös työhyvinvointia edistäviä vaikutuksia. (Vuokila-Oikonen 2015, 207, 210–211.) Salosen (2013, 104) mukaan tähän vaikuttaa turhauttavien tuloksettomien asiakasprosessien vähentyminen ja palveluiden kehittyminen. Yhteistoiminnallinen dialoginen kehittäminen edistää vuorovaikutuksen kautta erilaisuuden hyväksymistä, työilmapiiriä, työntekijöiden vaikutus- ja osallistumismahdollisuuksia ja työmotivaatiota (Syvänen, Loppela & Tikkamäki 2019, 195).

Yhteiskehittäminen vaatii osallistavien menetelmien hallintaa ja asiakasyhteistyötä. Yhteiskehittämisen tulee kehittää koko organisaation oppimista ja reflektointia, mikä mahdollistuu muun muassa avoimen kommunikaation, dialogisuuden ja moniäänisyyden avulla. (Vuokila-Oikonen 2015, 208–210; Moisanen 2018, 176.) Johtajien ja työntekijöiden on siis uskallettava heittäytyä avoimeen dialogiin asiakkaiden kanssa, jotta uutta tietoa voi syntyä reflektion kautta (Hietala ym. 2018, 34). Yhteiskehittämisessä yhteistä toimijuutta lujittavat toimijoiden toisiaan täydentävät roolit, osaamiset ja onnistumiset yhteisen kehittämistavoitteen saavuttamiseksi. Luottamuksen ja osaamisen lisäksi tarvitaan keskinäistä työnjakoa ja vastuunottoa, josta voidaan käyttää nimeä innovaatiojohtaminen. Innovaatiojohtaminen on jaettua johtajuutta. (Kivisaari, Kokkinen, Lehto & Saari 2009, 63.)

Pietilän (2019) opinnäytetyössä kehitettiin yhteiskehittämisen avulla lastensuojeluyksikön laadunhallinnan elementtejä. Yhteiskehittämiseen osallistuivat sekä työntekijät että sijoitetut lapset. Kehittämispöytätyön aikana lähijohtajan ja työntekijöiden innovaatio-osaaminen kehittyi (Pietilä 2019, 95). Kupias, Peltonen ja Pirinen (2014, 231) kertovatkin asiakkaiden kanssa yhteiskehittämisen olevan oppimista ja työyhteisön osaamisen kehittymistä tukeva rakenne.



Oulun kaupungin kehittäjäryhmän Pohjois-Suomen Lasten Kaste -hankkeessa sosiaalityöntekijät ja lastensuojelun lasten vanhemmat osallistuivat yhteistoiminnalliseen sosiaalityön käytäntöjä kehittävään kehittämistyöhön. Työntekijöiden puolelta yhteistoiminnan koettiin tukevan ammatissa kehittymistä ja uuden oppimista, mutta myös lisäävän yhteistä ymmärrystä ja mahdollistavan vaikuttavan työskentelyn työntekijän ja asiakkaan välillä. (Kivistö-Pyhtilä ym. 2017, 222, 242–243.) Yhteiskehittäminen korostaa ammatillisuuden eettistä ulottuvuutta haastaen työntekijää arvioimaan omaa työtään ja työtapojaan. Yhteiskehittämisen avulla työntekijän ammatillisuus koettiin vahvistuvan ja työntekijä oppi rohkeutta, ennakkoluulottomuutta, kärsivällisyyttä ja kykyä kuunnella asiakkaiden ja ammattilaisten erilaisia, kriittisiäkin ajatuksia. (Hietala ym. 2018, 36.)

Asiakkaiden kanssa toteutettava yhteiskehittäminen synnyttää muutoksia työntekijöiden ja johtajien tehtävissä, rooleissa ja toiminta- ja vuorovaikutustavoissa suhteissa asiakkaisiin luoden monimuotoisen vuorovaikutuksen kautta uudenlaista tietämystä ja uutta jaettua asiantuntijuutta. Asiantuntijuus mahdollistuu niin asiakkaiden kuin ammattilaisten kohdalla vuorovaikutus- ja oppimiskyvyn sekä muutoksen ja erilaisuuden sietokyvyn avulla. Yhteiskehittämisen omaksuminen osaksi työntekijän suhtautumis- ja toimintatapoja ja jaetun asiantuntijuuden siirtyminen osaksi organisaatiokulttuuria ja palveluita ohjaavaa arvomaailmaa edellyttää ja mahdollistaa johdolta ja työntekijöiltä jatkuvaa oppimista, ammatillista kehittymistä sekä vaatii johdolta riittäviä resursseja (Hietala ym. 2018, 33, 54).

Yhteiskehittämisen johtamisen painopistettä siirretään asteittain prosessien johtamisesta kohti vuorovaikutuksen ja organisaatiokulttuurin johtamista. Yhteiskehittämisen johtamisessa on tärkeää avoimen, dialogia rakentavan organisaatiokulttuurin luominen, jonka tärkeys korostuu etenkin haasteellisissa vuorovaikutustilanteissa. Tällöin johtajan aktiivinen rooli välittäjänä ja eteenpäin tukijana tukee muutosta ja yhteiskehittämistä. (Hietala & Kauppila 2018, 151–152.) Yhteistoiminnallisessa ja dialogisessa kehittämisessä johtamisella on tärkeä rooli. Osallistava ja valmentava johtaminen, kehittämiseen myönteisesti suhtautuva ja avoin dialoginen organisaatiokulttuuri sekä kehittämisen rakenteita ja resursseja tukeva johtaminen, mahdollistavat kehittämistarpeiden esille tuonnin ja ihmisten monimuotoisuuden hyödyntämisen osana organisaation oppimista ja uudistumista. (Syvänen ym. 2019, 193.) Johtamisen haasteena voi olla laajentaa omasta johtajalle tyypillisestä osallistajan roolista osallistujan rooliin (Hietala & Kauppila 2018, 153).

## 8.5 Johtopäätökset ja pohdinta

Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annettu lain (812/2000) tarkoituksena on edistää asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaan oikeutta hyvään kohteluun ja palveluun. Lain mukaan lapsen äänen kuulumisen on varmistettava selvittämällä alaikäisen toivomukset ja mielipiteet ikätaso huomioon ottaen. Lapsen osallisuus on ihmisarvoon kuuluvaa oikeutta ilmaista mielipiteensä ja tulla kuulluksi ja olla itse mukana häntä itseään ja yhteisöään koskevassa päätöksenteossa sekä aktiivisena toimijana omassa palveluprosessissaan. (Pietilä 2019, 37.) Vuonna 2018 Suomessa oli 18544 alaikäistä lasta ja nuorta sijoitettuna kodin ulkopuolelle. Kysy ja kuuntele -hanke on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen käynnistämä tutkimus- ja kehittämishanke, jossa tutkitaan vuosina 2019–2021 sijoitettujen lasten ja nuorten hyvinvointia. Hankkeen tavoitteena on vahvistaa sijoitettujen lasten hyvinvointia työkäytäntöjä yhteiskehittämällä. Tutkimus tavoittaa yli kolmannuksen kaikista sijoitetuista lapsista, sillä yhteistyökumppaneina on 12 maakuntaa eri puolelta Suomea. Hankkeella pyritään vahvistamaan lasten kuulemista osana sosiaalityön ammattikäytäntöjä, vastaamaan sijaishuoltoon liittyviin tiedontarpeisiin sekä edistämään systemaattista tiedonkeruuta. (Sijoitettujen lasten oikeudet eivät toteudu lain vaatimalla tavalla 2019.)

Yhteiskehittämällä voidaan uudistaa sosiaali- ja terveysalan ajattelutapoja, työkäytäntöjä sekä asiakkaan ja työntekijän roolia (Hietala & Rissanen 2017, 167). Oli yhteiskehittämisessä kysymys sitten asiantuntijoiden kesken yhteiskehittämisestä tai asiakkaiden kanssa yhteiskehittämisestä, niin yhteiskehittämiseen liittyy aina dialogisuus. Dialogisuudessa yhteisessä ja syvässä ajattelun prosessissa syntyy uusi ymmärrys, joka tuo esiin hiljaista tietoa. Yhteiskehittäminen on inspiroiva oppimisprosessi, jossa kaikki osapuolet tulevat kuulluksi. (Strandman & Palo 2017, 140.)

Yhteiskehittäminen ja asiakkaan osallisuuden vahvistaminen muuttavat organisaation fokusta siihen, miten asiakkaan, ammattilaisen ja lähijohtajan tasavertainen kohtaaminen ja vuorovaikutus mahdollistuvat (Raivio 2018, 28). Yhteiskehittämisen ohjattessa organisaation toimintaa asiakkaiden ja työntekijöiden välinen jaettu asiantuntemus laajenee koskemaan palveluiden arvoperustaa ja toimintakulttuuria (Hietala & Kauppila 2018, 160–161; Hietala ym. 2018, 33). Tämä edellyttää ja mahdollistaa ammattilaisille ja johtajille jatkuvaa, yhä syvempää oppimista ja ammatillista kehittymistä. (Hietala ym. 2018, 33). Yhteiskehittäminen ei onnistu ilman johtajien osallistumista ja muutosjohtamista. Muutosjohtajuus on kykyä ja osaamista ottaa työntekijät mukaan muutokseen. Johtajan hyvät vuorovaikutustaidot, luottamuksellisen tunneilmapiirin varmistaminen ja ke-

hittämistyöhön tukeminen sekä palautteen kertominen työntekijöille ovat kehittämistyön edellytyksiä. (Vuokila-Oikkonen 2015, 210.) Organisaation laatutyön kehittäminen edellyttää muutosjohtamista sekä johdon ja henkilöstön osallisuutta kehittämistyössä (Pietilä 2019, 30). Satkan (2013, 168) mukaan asiakkaiden ja asiantuntijoiden kokemustiedon laajamittainen hyödyntäminen päätöksenteossa voi edistää merkittävästi sosiaali- ja terveystalouden laadun kehittymistä.

## 8.6 Lähteet

Ahola, M. 2017. Vaikuttaminen kokemuksellisen asiantuntijuuden ytimenä. Teoksessa A. Pohjola, M. Kairala, H. Lyly & A. Niskala (toim.) Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveystalouksissa. Tallinna: Tallinna Raamattutrukikoja Oü. 286–307.

Alhanen, K. 2014. Vaarantunut suojeluvalta -Tutkimus lastensuojelujärjestelmän uhkatekijöistä. Raportti 24. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Tampere: Juvenes Print -Suomen Yliopistopaino Oy.

Bardy, M. & Heino, T. 2014. Katsaus lastensuojelun toimintaympäristöihin. Teoksessa M. Bardy (toim.) Lastensuojelun ytimissä. Tampere: Juvenes Print -Suomen Yliopistopaino Oy. 13–42.

Hietala, O. 2016. Mitä yhteiskehittäminen tarkoittaa? Power point-luentotallenne 14.4.2016. Viitattu 29.11.2019. Saatavilla <https://kuntoutussaatio.fi/assets/files/2017/06/Yhteiskehitt%C3%A4misest%C3%A4-Kp%C3%A4iv%C3%A4t-08062017.pdf>

Hietala, O. & Kauppila, R. 2018. Johtajat osallistajista osallisiksi. Teoksessa H. Kostilainen & A. Nieminen (toim.) Sosiaalisen kuntoutuksen näkökulmia ja mahdollisuuksia. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisu. DIAK TYÖELÄMÄ 13. Tampere: Juvenes Print Oy. 139–162.

Hietala, O., Kinnunen, S., Kauppila, R. & Karjalainen, J. 2018. Sosiaalisen kuntoutuksen yhteiskehittäminen työntekijöiden ja johdon näkökulmasta. Osallisuuden, oppimisen ja ammatillisen kasvun mahdollisuuksia. Työpaperi 26. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Viitattu 29.11.2019. Saatavilla [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137261/URN\\_ISBN\\_978-952-343-088-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137261/URN_ISBN_978-952-343-088-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Hietala, O. & Rissanen, P. 2017. Yhteiskehittäminen uudenlaisen vastavuoroisuuden virittäjänä. Teoksessa A. Pohjola, M. Kairala, H. Lyly & A. Niskala (toim.) Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveystalouksissa. Tallinna: Tallinna Raamattutrukikoja Oü. 167–180.

Hyväri, S. 2015. Kokemusasiantuntijat kumppaneina hyvinvointityön kehittämisessä. Teoksessa J. Helminen (toim.) Osaamiseksi kokemus jokainen. Näkökulmia oppimiseen ja hyvinvointialalla tarvittavan osaamisen muodostumiseen. United Press Global. 147–158.

Ikonen, P-E. 2018. Oikeastaan ei ole kyse sosiaalisesta kuntoutuksesta -on kyse nuorista. Teoksessa H. Kostilainen & A. Nieminen (toim.) Sosiaalisen kuntoutuksen näkökulmia ja mahdollisuuksia. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisu. DIAK TYÖELÄMÄ 13. Tampere: Juvenes Print Oy. 261–280.

Järviskoski, A., Martin, M., Kippola-Pääkkönen, A. & Härkäpää K. 2017. Asiakkaan kehittämisosallisuus kuntoutuksessa. Teoksessa A. Pohjola, M. Kairala, H. Lyly & A. Niskala (toim.) Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveystalouksissa. Tallinna: Tallinna Raamattutrukikoja Oü. 58–81.

Kivisaari, S, Kokkinen, L. Lehto, J. & Saari, E. 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon systeemisen innovaation johtaminen. Kahden tapaustutkimuksen opetuksia. VTT TIEDOTTEITA 2504. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kivistö-Pyhtilä, T., Hoppania, E-L., Kallio, M., Kivioja, A., Korkala, M., Korpela, M., Kuusela, T., Niemi-Weckström, A., Lehto, M-L. & Savolainen, N. 2017. Kokemusasiantuntijuus lastensuojelun kehittämisessä. Teoksessa A. Pohjola, M. Kairala, H. Lyly & A. Niskala (toim.) Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tallinna: Tallinna Raamatu-trükikoja Oü. 222–244.

Kupias, P., Peltola, R., & Pirinen, J. 2014. Esimies osaamisen kehittäjänä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Laitinen, M. & Pohjola, A. 2010. Asiakkuus – sosiaalityön ydinteema. Teoksessa M. Laitinen & A. Pohjola (toim.) Asiakkuus sosiaalityössä. Tallinna: Tallinna Raamatu-trükikoda. 7–15.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. 22.9.2000. Viitattu 10.6.2020. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Lastensuojelu. 2019. Tilastoraportti 23. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Viitattu 10.6.2020. Saatavilla: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138211/Tr23\\_19\\_LASU.pdf?sequence=5](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138211/Tr23_19_LASU.pdf?sequence=5)

Lindh, J., Linnakangas, R. & Laitinen, M. 2017. Kuvalliset menetelmät nuorten osallisuuden tukemisessa. Teoksessa A. Pohjola, M. Kairala, H. Lyly & A. Niskala (toim.) Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tallinna: Tallinna Raamatu-trükikoja Oü. 222–244.

Mauno, R. 2018. ”Tutkitaan yhdessä mikä oikeasti auttaa” –kokemuksia perhetyön kehittämisestä yhdessä asiakaskehittäjien kanssa Kouvolassa. Teoksessa P., Petrelius & P., Eriksson (toim.) Uudistuva lastensuojelu – kohti asiakkaiden ja ammattilaisten yhteistoimintaa. Työpäpöri 32. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 136-144. Viitattu 1.12.2019. Saatavilla [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137112/URN\\_ISBN\\_978-952-343-208-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137112/URN_ISBN_978-952-343-208-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Miettinen, R., Romakkaniemi, M. & Laitinen, M. 2017. Historialliset painolastit asiakkaan aseman haastajina. Teoksessa A. Pohjola, M. Kairala, H. Lyly & A. Niskala (toim.) Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tallinna: Tallinna Raamatu-trükikoja Oü. 15–37.

Moisanen, K. 2018. Asiakaslähtöisen osaamisen johtaminen vanhuspalveluissa. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. University of Eastern Finland sarja 170. Kuopio.

Niskala, A., Kostamo-Pääkkö, K. & Ojaniemi, P. 2015. Kehittäjäasiakastoiminta – asioihin vaikuttamista kokemusten kautta. Teoksessa S. Väyrynen, K. Kostamo-Pääkkö & P. Ojaniemi (toim.) Sosiaalityön yhteisöllisyyttä etsimässä. United Press Global. 131–154.

Niskala, A., Kairala, M. & Pohjola, A. 2017. Asiakkaan aseman ja toimijaroolin muutos. Teoksessa A. Pohjola, M. Kairala, H. Lyly & A. Niskala (toim.) Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tallinna: Tallinna Raamatu-trükikoja Oü. 7–12

Pietilä, S. 2019. Laatutyön kehittäminen VillaNuttu Oy:ssä. Ylempi (AMK) opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Kajaani. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2019121727080>

Raivio. H. & Karjalainen, J. 2013. Osallisuus ei ole keino tai väline -palvelut ovat! Teoksessa T. Era (toim.) Osallisuus -oikeutta vai pakkoa? Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 156. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. 12–34. Viitattu 10.6.2020. Saatavilla:

[https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64153/JAMKJULKAI-SUJA1562013\\_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64153/JAMKJULKAI-SUJA1562013_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Raivio, H. 2018. Yhteiskehittäminen – kokemustietoa ja uudenlaista yhteistoimijuutta. Teoksessa H. Raivio (toim.) Enemmän sosiaalista toimintakykyä, lisää osallisuutta! Yhteiskehittäen vaikuttavampaa sosiaalista kuntoutusta. Sosiaalisen kuntoutuksen kehittämishankkeen (SOSKU) 2015–2018 loppuraportti. Työpaperi 7. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Viitattu 29.11.2019. Saatavilla [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136144/URN\\_ISBN\\_978-952-343-070-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136144/URN_ISBN_978-952-343-070-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Reunanen, M.A.T. 2017. Toimijuus kuntoutuskokemusten kerronnassa ja fysioterapian kohtaamisissa. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Lapin yliopisto. Acta Universitatis Lappeensis 349. Rovaniemi. Lapin yliopistopaino. Viitattu 13.12.2019 Saatavilla [https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/62863/Reunanen\\_Merja\\_ActaE\\_216\\_pdfA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/62863/Reunanen_Merja_ActaE_216_pdfA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Salonen, M. 2013. Dialoginen verkostojohtaminen alueellisessa lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kehittämistyössä. Helsingin kaupungin opetusviraston julkaisusarja B4. Helsinki: Lönnberg Print & Promo.

Satka, M. 2013. Sosiaalityö yhteiskunnallisen vuorovaikutuksen rakentajana. Janus Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön Tutkimuksen Aikakauslehti 21(2), 162–169. Saatavilla <https://journal.fi/janus/article/view/50695>

Sijoitettujen lasten oikeudet eivät toteudu lain vaatimalla tavalla. 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen uutinen 27.9.2019. Viitattu 15.12.2019 Saatavilla <https://thl.fi/fi/-/sijoitettujen-lasten-oikeudet-eivat-toteudu-lain-vaatimalla-tavalla>

Smedberg, J. 2015. Käsitteellinen tarkastelu asiakaslähtöisyydestä tietojärjestelmien kehittämisessä. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 7(2–3), 149–157.

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2012. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Tallinna: AS Pakett.

Strandman, K. & Palo, M. 2017. Dialogi yhteiskehittämisen ytimessä. Teoksessa A. Pohjola, M. Kairala, H. Lyly & A. Niskala (toim.) Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tallinna: Tallinna Raamatutrükikoja Oü. 129–146.

Särkelä-Kukko, M. 2014. Osallisuuden eriarvoisuus ja eriarvoistuminen. Teoksessa A. Jämsen & Pyykkönen, A. (toim.) Osallisuuden jäljillä. Pohjois-Karjalan Sosiaaliturvayhdistys ry. 34–49.

Syvänen, S., Loppela, K. & Tikkamäki, K. 2019. Dialogisella kehittämisellä tuloksellisuutta, työelämän laatua ja uudistumista. Teoksessa T. Heiskanen, S. Syvänen & T. Rissanen (toim.) Mihin työelämä on menossa? Tutkimuksen näkökulmia. 170–215. Viitattu 8.12.2019. Saatavilla <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/118374/978-952-359-006-9.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Tarvainen, M. 2017, Palveluiden ydinoletukset ja muuttuva asiakkuuskäsitys. Teoksessa A. Pohjola, M. Kairala, H. Lyly & A. Niskala (toim.) Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tallinna: Tallinna Raamatutrükikoja Oü. 3857.

Sijoitettujen lasten oikeudet eivät toteudu lain vaatimalla tavalla. 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Uutinen 27.9.2019. Viitattu 15.12.2019 Saatavilla <https://thl.fi/fi/-/sijoitettujen-lasten-oikeudet-eivat-toteudu-lain-vaatimalla-tavalla>

Toivonen, V. & Pollari, K. 2018. Lapsen haastattelu – osa lapsen oikeutta osallistua. Teoksessa S. Hyvärinen & T. Pösö (toim.) Lasten haastattelu lastensuojelussa. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 73–89

Tuomisto, S. & Rännäli, H. 2017. Polkuja kehittäjäksi ja vaikuttajaksi kasvamiseen. Teoksessa A. Pohjola, M. Kairala, H. Lyly & A. Niskala (toim.) Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tallinna: Tallinna Raamatutrükikoja Oü. 245–261.

Valkama, K. 2012. Asiakkuuden dilemma Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Väitöskirja. Sosiaali- ja terveyshallintotiede. Universitas Wasaensis. Acta Wasaensia No 267. Viitattu 30.11.2019. Saatavilla [https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/8040/isbn\\_978-952-476-412-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/8040/isbn_978-952-476-412-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Vuokila-Oikkonen, P. 2015. Työn ja työkäytäntöjen yhteiskehittäminen. Teoksessa J. Helminen (toim.) Osaamiseksi kokemus jokainen. Näkökulmia oppimiseen ja hyvinvointialalla tarvittavan osaamisen muodostumiseen. United Press Global. 207–218.

## 9 Jatkuvan parantamisen malli toimintayksikön laatujohtamisen tukena

*Satu Maaninka, Sairaanhoidaja ylempi (AMK), Sairaanhoidaja, laatu- ja vaaratapahtumavastaava, lääkäriasiakkuusvastaava, Terveystalo Kalajoki, Oulainen ja Haapavesi  
Kirsi Moisanen, YTT, lehtori, sairaanhoidaja ylempi (AMK), Sosiaali- ja terveysalan ylempi (AMK) koulutus, Kajaanin ammattikorkeakoulu*

### Tiivistelmä

Artikkelissa kuvataan, miten ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyössä kehitettiin Terveystalo Kalajoen, Oulaisten ja Haapaveden avoterveydenhuollon palveluita tarjoavan toimintayksikön laatuystötä hyödyntämään organisaation laadunhallintajärjestelmää ja jatkuvan parantamisen mallia (kts. Maaninka 2019). Opinnäytetyön tavoitteena oli laatia paikalliselle laatuystölle kehittämishjelma, joka vakiinnuttaisi jatkuvan parantamisen mallin osaksi työyhteisön toimintakulttuuria. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millainen jatkuvan parantamisen malli tukee työyhteisön laatuystöskentelyä. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa metodologiana hyödynnettiin pehmeä systeemianalyysiä ja sen mukaista kehittämishprosessia. Artikkelin tarkoituksena on kuvata laatuystön kehittämishprosessin pääkohdat ja keskeisimmät tulokset sekä johtopäätökset siten, että lukija voi arvioida niiden hyödynnettävyyttä ja siirrettävyyttä omaan kontekstiinsa. Artikkelin tavoitteena on herättää keskustelua sekä pohdintaa laatuystön, jatkuvan kehittämisen ja strategian välisistä yhteyksistä sekä yhteishkehittämisen ja sen johtamisen merkityksestä kehittämishyölle.

Asiasanat: Laatuystö, laatujohtaminen, jatkuva kehittäminen, jatkuvan parantamisen malli, yhteishkehittäminen, yhteishkehittämisen johtaminen, verkostojohtaminen.

### 9.1 Johdanto

Terveystalolla on kattava laadunhallintajärjestelmä ja Terveystalo on ollut toimialansa edelläkävijä laadun kehittämishssä ja toiminnan standardoimishssä. Terveystalo on jatkuvasti kehittymään pyrkivä laatuorganisaatio ja organisaation laadunhallintajärjestelmä tarjoaa erilaisia menetelmiä ja työkaluja paikalliseen laadunhallintaan ja -kehittämishseen. (Terveystalon Laatu- ja vastuullisuuskirja 2018.)

Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön lähtökohtana oli Terveystalo Kalajoen, Oulaisten ja Haapaveden toimintayksikössä koetut laatutyön haasteet. Toimintayksikössä koettiin, että organisaation strategisten tavoitteiden tasolle on haastavaa yltää ja jatkuvan kehittämisen pyrkimys jää palvelutarjonnan turvaamisen ensisijaisuuden edessä paikallisesti usein vaillinaiseksi.

## 9.2 Metodologian soveltaminen ja tulosten tarkastelua

Pehmeä systeemimetodologia on menetelmäkokonaisuus, joka pyrkii ymmärtämään ilmiöiden ja tapahtumien kokonaisuuksia, eli systeemejä sekä niiden välisiä suhteita ja vuorovaikutusta. Pehmeän systeemianalyysin avulla voidaan ratkaista ja kehittää käytännön tason laadunhallintajärjestelmän ongelmia. (Rubin 2002, 171–172.) Tämän mukaisesti jäsentymätöntä ongelmaa jäseneltiin nykytilan analyysin avulla. Analyysissä kuvattiin Terveystalon ja jatkuvan parantamisen mallin elementtejä sekä niiden hyödyntämistä. Nykytilananalyysin jälkeen opinnäytetyölle määriteltiin organisaation strategian ohjaamana ydinvisio. Ydinvision määrittelyn tueksi tehtiin systemoitu kirjallisuuskatsaus. Ydinvision ja organisaation strategian ohjaamana määriteltiin toiminnot, joita kehitettävän systeemin, eli jatkuvan parantamisen mallia hyödyntävän laatutyön tulee toteuttaa ollakseen ydinvision mukainen. Metodologian soveltamista on kuvattu kuviossa 1.



KUVIO 1. Pehmeän systeemianalyysin metodologian soveltaminen kehittämistyössä



Systemoidun kirjallisuuskatsauksen induktiivisessa sisällönanalyysissä pääteemaksi muodostui jatkuvan parantamisen mallin vakiinnuttaminen, joka muodostui yläteemoista johdon sitoutuneisuus, jaettu visio, kehittämistyön systemaattisuus sekä organisaatiokulttuuri. Laatutyössä laatujohtamisen merkitys ilmenee kaikissa yläteemoissa. Johdon sitoutuneisuuden yhteys toiminnan laadun jatkuvaan kehittämiseen on selkeä, mutta ei itsestäänselvyys. Sitoutuminen sisälsi kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella johdon osallistumisen, tukemisen, kehittämistoiminnan jalkauttamisen sekä tiedottamisen. Toisin sanoen sitoutuneisuuden voisi ajatella olevan laatujohtajuuden roolin ottamista.

Myös jaettu visio edellyttää johdon osallisuutta. Yhteisen vision määrittelyyn sisältyy laadun määrittely organisaatiossa, organisaation ja asiakkaan välillä ja toiminnan eri tasoilla sekä konteksteissa. Organisaatiossa tulisi määritellä, mitä laatu juuri kyseisessä organisaatiossa tarkoittaa ja organisaation johdon olisi hyvä tiedostaa, mitkä henkilöstön laadulle antamat merkitykset ovat. Myös organisaation laadun merkitys ja laatutyön tavoitteet tulisi johtaa kaikkien organisaation tasojen läpi. Menestyäkseen organisaation olisi tärkeää tuntea ja tiedostaa asiakkaidensa laadulle antamat merkitykset. Asiakkaalle tarjottavan arvon kannalta voi olettaa olevan merkityksellistä, kuinka asiakas ymmärtää laadun.

Lisäksi kehittämistyön systemaattisuus edellyttää johdolta laatujohtajuutta, etenkin asiakaskeisyyden edistämisen, osaamisen kehittämisen ja työn näkyväksi tekemisen osalta. Organisaation kulttuuri tiedostetaan ja sen kehittymistä johdetaan. Johtamisen avulla tehdään näkyväksi organisaation strategiaa. Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella organisaation kulttuuriin sisältyy johtamisen kulttuuri, vastuunjako ja tehtävänkuvaukset, työhyvinvointi, organisaation arvojen ja toiminnan välinen tasapaino, henkilöstön arvojen ja toiminnan välinen tasapaino ja kehittämismyönteinen arvomaailma.

Jatkuvan parantamisen mallia hyödyntävän paikallisen laatutyön ihannetilaa kuvaavaksi ydinvisioksi muodostui: Asiakkaalle tuotetaan lisäarvoa potilasturvallisuutta ja palvelua jatkuvasti ja systemaattisesti yhteisesti kehittämällä. Ydinvisio kuvaa palveluntuottajan tavoitetta tuottaa asiakkaalle arvoa ja laatutyön sekä jatkuvan parantamisen mallin tavoitetta kehittää edelleen asiakkaalle tuotettavaa arvoa. Tuottaa siis lisäarvoa asiakkaalle potilasturvallisuutta ja palvelua jatkuvasti kehittämällä. Ydinvisiossa pyrkimys kehittämiseen on jatkuvaa sekä systemaattista. Ydinvision mukaisesti laatutyötä tehdään yhteiskehittelynä. Voidaankin kyseenalaistaa, kuinka laatutyön tulokset kulkeutuisivat asiakkaille arvonlisäyksenä, jollei laatutyöhön osallistu koko työyhteisö. Työyhteisön osallisuus tuo myös moniäänisyyttä, hiljaista tietoa sekä asiakastuntemusta kehittämistyöhön ja on näin ollen korvaamaton voimavaratekijä.

### 9.3 Tulevaisuusmalli

Tulevaisuusmallissa on pyritty kuvaamaan ne Terveystalon laadunhallintajärjestelmää sekä jatkuvan parantamisen mallia hyödyntävä toiminnot, joita toteuttamalla toimitaan ydinvision mukaisesti (Mannermaa 1992, 266–267). Tulevaisuusmallissa kuvataan vuosisuunnittelua, eri tavoin saatavan tiedon (kuten asiakaspalautteet, vaara- ja läheltä piti- tapahtumat, auditoinnit, sisäiset palautteet) systemaattista hyödyntämistä, paikallista ja alueellista yhteistyötä, työyhteisön osallisuutta ja asiakkaiden kokemuksen seuraamista sekä asiakkaiden näkemyksen kuulemista ja hyödyntämistä. Tulevaisuusmallissa kuvataan myös laatutyön riittävä ja asianmukainen resursointi.

### 9.4 Johtopäätökset

Metodologian mukaisesti nykytilaa ja tulevaisuusmallia vertailtiin keskenään, jotta tunnistetaan mitä muutoksia organisaation tulisi tehdä, jotta se pystyisi toteuttamaan tulevaisuusmallin mukaisia, ydinvisioon pyrkiviä toimintoja (Anttila 2005, 437). Tulevaisuusmallin ja nykytilan vertailun myötä todetaan, että toimintayksikön tulisi kehittää asiakaskeskeisyyttä, työyhteisön osallisuuden mahdollistamista ja tukemista sekä kehittämistyön ja laatutyön systemaattisuutta, jotta toimintayksikön laatutyö olisi tulevaisuusmallin mukaista ja siten organisaation strategiaa ja ydinvisiota tukevaa. Laatutyön kehittämissuunnitelma käsittelee kehittämistarpeita BSC:n mukaisesti asiakas, prosessi, oppimisen ja henkilöstö -näkökulmista. Näkökulmille määriteltiin BSC:n mukaisesti tavoitteet, alatavoitteet sekä mittaristo, jolla kehittämistoimintaa ohjataan ja arvioidaan.

#### *Yhteiskehittäminen kehittämistyön voimavarana*

Nykytilan ja tulevaisuusmallin vertailussa todettiin, että toimintayksikön tulee kehittää laatutyön moniäänisyyttä tukemalla ja mahdollistamalla työyhteisön osallisuutta kehittämistoiminnassa laatutyön vuosisuunnitteluvaiheesta alkaen. Uusia palveluja kehitettäessä on hyödyllistä, että kehitettävän toiminnan kannalta relevantit tahot kykenevät osallistumaan kehittämisprosessiin omalla asiantuntemuksellaan. Tämä on oleellista käytäntöön viemisen kannalta merkityksellisten piirteiden huomioimisessa. (Pohjola & Koivisto 2013, 93.) Systemisten, moniulotteisten palvelukokonaisuuksien kehittäminen edellyttää moninaista osaamista ja näkökulmia (Engeström 2004, 81–82), sillä yhteiskehittämisessä eri toimijoiden erilainen tieto muodostuu kaikkien yhteiseksi osaamiseksi (Häyhtiö 2017, 10). Yhteiskehittäminen edellyttää uudenlaisia toimintatapoja, kuten pitkäjänteistä suunnittelutyötä, nopeaa reagointia sekä dialogisuutta (Engeström 2004, 81–82).

Sosiaali- ja terveyspalveluiden organisaatioissa ei kuitenkaan ole pitkäjänteistä kokemusta asiakkaiden kanssa yhdessä tehtävästä kehittämistyöstä, ja osittain tämän vuoksi asiakaslähtöiseltä kehittämiseltä puuttuvat rakenteet ja juurtuneet osallistamisen käytännöt (Häyhtiö 2017, 64.)

Terveystalon strategiassa on kuvattu kuusi organisaation strategista tavoitetta: ylivertainen palvelukokemus, vahvimmat asiakassuhteet, halutuin työntekopaikka osaajille, paikallisesti laadukain ja valtakunnallisesti tehokkain, mitattua vaikuttavuutta ja vastuullinen yhteiskunnallinen uudistaja. Terveystalon strategian voidaan katsoa perustuvan yksilöiden ja organisaation osaamiseen ja laatuun. Sydänmaanlakka (2012, 55–56) kuvaa älykkään ja oppivan organisaation tunnuspiirteiksi muutostarpeiden varhaisen tunnistamisen, kilpailijoita nopeamman reagoinnin sekä muutosten nopean jalkauttamisen. Näiden tunnuspiirteiden voi olettaa edellyttävän organisaation tasojen läpi leikkaavaa yhteistyötä ympäristötekijöiden tulkitsemiseksi ja toiminnan kehittämiseksi. Voidaankin kysyä, kuinka ajankohtainen tai todenmukainen asiakasymmärrys organisaatiossa on ilman asiakasrajapinnassa työskentelevän henkilöstön osallisuutta toiminnan arvioimisessa ja kehittämisessä? Tai vastavuoroisesti; tapahtuuko muutosta, jos päätösvallan edustajat eivät ole osallisina kehittämistyössä?

BSC:n mukaisesti laaditun paikallisen, jatkuvan parantamisen mallia hyödyntävän laatutyön kehittämishjelmassa määritellään tavoitteet, mittarit ja toiminnot asiakas, prosessi, oppimisen ja henkilöstönäkökulmille. Näkökulmien tavoitteet voidaan kuitenkin tiivistää osaamisen kehittämiseen ja jakamiseen toimintayksikön työyhteisössä sekä yhteiskehittämisen kulttuurin kehittämiseen. Tällöin kehittämisen keskiössä tulisi projektiryhmän näkemyksen mukaan olla osaamisen ja tiedon jakaminen ja yhdessä oppiminen.

Nykytilan analyysissä todettiin, että työyhteisön osallistuminen laatutyöhön ja kehittämiseen on vähäistä eikä laatutyö ja jatkuvan parantamisen malli ole jalkautunut yksikön arkeen ja toimintakulttuuriin saakka. Laatutyöllä kuitenkin pyritään kehittämään asiakkaalle tuotettavaa arvoa ja näin ollen asiakkaiden ja asiakastyötä tekevien näkemykset laatutyössä ovat ensiarvoisen tärkeitä.

Asiakkaiden osallisuus yhteiskehittämisessä on myös vielä vähäistä. Sen haasteena on yhteiskehittämiseen hyödynnettävien, osallistavien menetelmien hallintaan ja soveltuviin tiloihin liittyvät tarpeet. (Moisanen 2018, 175.) Vastaavien haasteiden voidaan olettaa ulottuvan myös työyhteisön tai organisaation sisäiseen yhteiskehittämiseen, jossa kehittämistoimintaan pyritään osallistamaan koko työyhteisö. Asiakkaita osallistavan yhteiskehittämisessä on otettava huomioon myös se mahdollisuus, että kaikki palveluiden käyttäjät eivät välttämättä halua tai heillä ei ole

voimavaroja osallistua palvelun kehittämiseen (Tarvainen 2017, 51). Tämän voi olettaa olevan mahdollista myös työyhteisössä toteutettavassa yhteiskehittämisessä. Asiakkaalla on ja tulee olla vapaus valita toimijuutensa ja osallistumisensa taso. Voidaan pohtia, koetaanko asiantuntijalla ja ammattilaisella työyhteisössä toteutettavan yhteiskehittämisen osalta olevan sama vapaus, vai edellyttääkö asiantuntijuus jollain tasolla enemmän toimijuutta oman toimialan palveluita kehitettäessä. Tuleekin pohtia, voiko tämä aiheuttaa kuormitusta, jos kehittämistoiminta koetaan vieraaksi tai koetaan ettei osallistumiselle ole sillä hetkellä resursseja. Opinnäytetyön projektiryhmässä arvioitiin, että työyhteisön yhteiskehittämisen osalta avoimen ja vuorovaikutteisen yhteiskehittämisen kulttuurin rakentaminen ja vaaliminen tukisi kaikkien osallisuutta. Lisäksi laatutyön konkretisoiminen esimerkiksi menetelmäosaamista kehittämällä ja laadun merkityksen määrittelyllä voi tuoda laatutyön lähemmäksi työyhteisön henkilöstön kontekstia ja näin madaltaa kynnystä osallistua kehittämistyöhön. Laatutyön ja kehittämisinterventioiden systemaattisen toteutuksen voidaan arvella tukevan kehittämistyö mielekkääksi ja merkitykselliseksi toiminnaksi.

Asiakaslähtöinen kehittäminen ei ole aina sama asia kuin yhteiskehittäminen. Asiakaslähtöisyys voi olla esimerkiksi eri menetelmin tehtyä asiakkaan tarpeiden kartoitusta, jonka perusteella tehdään kehityskohdetta koskevia johtopäätöksiä. Asiakkaat tulevat näin osallisiksi kehittämistyöhön, mutta osallistumisesta ei varsinaisesti voida puhua. (Pohjola & Koivisto 2013, 93.) Opinnäytetyön tulevaisuusmallissa sekä kehittämisohjelmassa asiakkaiden näkökulmaa pyritään huomioidaan kehittämisessä asiakaspalautteiden käsittelyn ja analysoinnin sekä hyödyntämisen osalta. Asiakaspalautteiden systemaattinen hyödyntäminen, asiakkaiden kontaktoiminen ja asiakaskeskustelut tuovat asiakkaan näkökulmaa kehittämistyöhön, mutta koska toiminnan seuranta ja arviointi toteutuu tässä vaiheessa toimintayksikössä ja ammattilaisten toimesta ei asiakkaiden rooli ole vielä aktiivisen osallistujan rooli kehittämistoiminnassa.

Yhteiskehittäminen on muutos kohti osallisuutta ja vuorovaikutusta, jossa asiakkaat koetaan arvoksi kehittämistyössä (Pöyry-Lassila 2017, 25–26). Kehittämisohjelmassa kuvattu työyhteisön osallistaminen ja osallisuuden mahdollistamisen sekä yhteiskehittämisen kulttuurin kehittämisen tavoite edellyttävät uudenlaisen kulttuurin johtamista toimintayksikköön. Kehittämisohjelmassa painottuu aluksi sisäinen yhteiskehittäminen, mutta jo se on merkittävä muutos ja kehitysaskel nykytilaan. Jatkokehityshaasteena toimintayksikössä onkin osaamisen kehittymisen myötä pyrkiä miettimään ratkaisuja, joilla myös asiakkaiden osallistuminen koko kehittämisprosessiin voitaisiin mahdollistaa, ja miten sitä voitaisiin tukea paikallisten interventioiden osalta.

Yhteiskehittämisessä tavoitteena on mahdollistaa kaikkien kehittämiskohteen kannalta tärkeiden toimijoiden osallistuminen kehittämisprosessiin. Erilaisten toimijoiden yhteiskehittäminen on

prosessi, jossa eri näkökulmat sekä tarpeet jalostuvat ja sopeutuvat toisiin tarpeisiin. Tämän myötä yhteiskehittämisestä muodostuu oppimisprosessi, jossa tarpeista ja tavoitteista neuvotellussa ymmärrys yhdessä kehitettävästä asiasta kasvaa ja jalostuu. (Pohjola & Koivisto 2013, 93.) Yhteiskehittämisessä kaikkien kehittämistoiminnan vaiheiden (tavoitteiden määrittely, keskustelun, päätöksenteon) tulisi olla alusta alkaen avointa kaikille asianosaisille, eli heille, joita kyseessä oleva yhteiskehittämisen aiheena oleva toiminta tai palvelu koskee. Oleellista olisikin pyrkiä tunnistamaan, keiden näkökulmat ovat aiheen tutkimisen ja monipuolisen ymmärtämiseen sekä ratkaisujen luomisen kannalta tarpeellisia. (Hietala, Kinnunen, Kauppila & Karjalainen 2018, 21.)

Yhteistoiminnallisessa oppimisprosessissa kehittämisen kohde on jaettu. Kehittämisprosessiin osallistuvat tahot ovat sitoutuneita jaetun kohteen kehittämiseen ja he tuovat prosessiin osaamisensa ja asiantuntemuksensa. Sen lisäksi, että eri osalliset tahot saavat ilmaista mielipiteensä kehitettävästä asiasta, he sitoutuvat edistämään yhteistyössä yhteistä asiaa, kehitettävää kohdetta. (Pohjola & Koivisto 2013, 93.) Yhteiskehittämisen ja muiden asiakkaiden näkökulmiin sekä kokemustietoon perustuvien kehittämismenetelmien (palvelumuotoilu, asiakasraadit, yhteiskehittely) taustalla on näkemys siitä, että palveluiden tuloksellisuutta, asiakaslähtöisyyttä ja vaikuttavuutta on vaikeaa saada aikaan pelkästään sisäisellä toiminnalla, esimerkiksi hiomalla palveluprosesseja tai asiakastyön menetelmiä, kehittämällä osaamista tai uusia toimintamalleja. Yhteiskehittäminen pyrkii vastaamaan tähän haasteeseen mahdollistamalla erilaisten asiantuntemusten: asiakkaiden kokemustiedon sekä ammattilaisten osaamisen vuorovaikutuksen. Jaetun asiantuntemuksen tavoittelu voi synnyttää näkemyseroista nousevia jännitteitä, jotka on ratkaistava kehittämisprosessikohtaisesti, koska valmiita ratkaisuja haasteisiin ei ole. (Hietala ym. 2018, 33.)

Yhteiskehittämisessä pyritään näkemään valmiiden, ratkaisujen, mallien, menetelmien sekä luokittelujen ulkopuolelle ja tavoittamaan uusia näkökulmia. Kehittäjäasiakkaiden, kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten tulisi löytää kehittävä dialogi eikä asettua kysyjän (mittaajan) ja vastaajan (mitattavan) perinteisiin rooleihin. (Hietala ym. 2018, 34.)

Yhteiskehittäminen korostaa kokemuksellisuutta ja sillä tarkoitetaan kaikkien osapuolten kokemusmaailman vuoropuhelua sen sijaan, että asiakkaita ja kokemusasiantuntijoita osallistetaan heille valmiiksi suunniteltuun toimintaan. Tämä edellyttää tasavertaisuutta sekä sitä, että ammattilaiset kykenevät asettumaan osallistujiksi sekä arvostamaan asiakkaita kumppaneina heidän tuomansa kokemustiedon lisäksi. (Hietala ym. 2018, 38.) Aito dialogisuus yhteiskehittämisessä tukee tasavertaisuuden koemusta ja poistaa vastakkainasettelun ja osallisuuden näennäisyyden

tunnetta. Tasavertaisuuden ja osallisuuden kokemus kehittää edelleen dialogin laatua, kehittämiseen osallistuvien keskinäistä luottamusta, vastuunottoa kehittämistyöstä sekä kehittää yhteistyötä kehittämisprosessin ulkopuolellakin. (Strandman & Palo 2017, 144.)

Yhteiskehittäminen ja asiakkaiden asiantuntijuus on tärkeä ja arvokas voimavara palvelujen kehittämisessä. Kuitenkin todellinen yhteiskehittäminen jää usein ideologiselle tasolle. Asiakkaiden asiantuntijuutta hyödyntävän yhteiskehittämisen haasteena on osaamisen puute. Palvelujärjestelmien rakenteet tai muut ulkopuoliset tekijät (kuten kehittämisprosessin määräaikaisuus) vaikuttavat yhteiskehittämisen toteutumiseen. (Pohjola 2017, 321.)

Opinnäytetyössä otettiin toimintayksikön osalta ensi askeleet kohti yhteiskehittämistä. Yhteiskehittämisellä tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä koko työyhteisön osaamisen ja näkökulmien hyödyntämistä kehittämistyössä, keskustelemaan ja toisilta oppivan sekä jatkuvasti oppimaan pyrkivän kulttuurin rakentamista sekä dialogin avaamista aktiivisesti myös asiakkaiden suuntaan. Lisäksi Terveystalon kattavaa toimintayksikköverkostoa pyritään hyödyntämään alueellista yhteistyötä kehittämällä. Kehittämisohjelman mukaiset muutokset edellyttävät toimintayksikössä uuden toimintakulttuurin omaksumista ja yhteiskehittämiseen liittyvää osaamista; dialogisuutta, vastuunottoa ja innovatiivisuutta tulee kehittää toimintayksikössä. Tämä on myös sisäisen yhteiskehittämisen onnistumisen edellytys.

#### *Yhteiskehittäminen johtamisen näkökulmasta*

Kehittämistoiminnan johtaminen edellyttää strategista, henkilö-, talous- ja muutosjohtamisen osaamista sekä yleisen päivittäisjohtamisen elementtien hallintaa. Kehittämistoiminnan kannalta on oleellista, että tavoitteiden, vastuiden, aikataulun sekä resurssien määrittely on selkeää ja toiminnalla on ylimmän johdon tuki. Kehittämistoiminnan johtamiseen sisältyy toisin sanoen projektijohtamisen osaamisen edellytys. (Kivisaari, Kokkonen, Lehto & Saari 2009, 52.)

Yhteiskehittämisen johtamisen voidaan katsoa olevan verkoston tai verkostojen johtamista. Verkosto on asianosaisisten henkilöiden muodostama yhteistyömekanismi, joka toimii tavoitteellisesti ongelmanratkaisutilanteissa, jotka eivät sovellu yksilön tai organisaation ratkaistaviksi (Nykänen 2010, 73). Johtamisessa on otettava huomioon se, miten verkostoon kuuluvat henkilöt ymmärtävät verkostojensa toimintaa, mitä vaikutuksia toimintaympäristöllä on ja millä tasolla strategisia tavoitteita toiminnalla pyritään toteuttamaan (Salonen 2013, 22).

Kehittämistoiminnan näkökulmasta verkostojohtamiseen tarvitaan sidoshenkilöitä, toimijoita, jotka kykenevät saattamaan eri tason prosesseja kokonaisuudeksi ja tukemaan laajankin toimijajoukon keskinäistä vuorovaikutusta (Kivisaari ym. 2009, 53). Verkostoja johdettaessa kohdataan näkemysten ja arvojenkin moninaisuutta. Monimuotoisuutta tukevassa johtajuudessa pyritään tukemaan henkilöstön tasapuolista arvostusta ja osallisuutta sekä kehittämään yksilöllisten vahvuuksien ja potentiaalinn tunnistamista ja hyödyntämistä. (Sippola 2014, 3.) Tällöin johtajan on tärkeää hahmottaa kokonaisuus yhteistyön johtamisessa. Johtajalta edellytetään työryhmien työn mahdollistamisen lisäksi suunnittelua, ongelmanratkaisua, arviointia sekä tehokkaan vuorovaikutuksen ja jatkuvan oppimisen edistämistä. (Nykänen 2010, 84.) Verkostojohtajan tulee lisäksi tukea kehittämisidean jalkautumista paikalliselta tasolta laajemmin hyödynnettäväksi. Jalkauttamiseen tarvitaan kehittämismyönteisiä, innovaatiota kannattavia henkilöitä, muutosagentteja. (Kivisaari ym. 2009, 53.)

Voidaan olettaa, että yhteiskehittämisen johtamisessa on oleellista tunnistaa kehittämistarpeen ja työyhteisön moninaisuusosaamisen kontaktipisteitä. Tosin sanoen, yhteiskehittämisen johtamisen voi olettaa edellyttävän moninaisuusosaamisen tunnistamista ja johtamisosaamista. Toimijoiden toisiaan täydentävät osaamiset sekä tehtävänkuvat lujittavat yhteistoimijuutta. Johtajan tehtävä on tukea kaikkia osallisia osaamisensa jakamisessa. Tavoitteiden saavuttaminen ja onnistumisen kokemukset lujittavat luottamusta yhteiskehittämisessä. Luottamuksen kehittyminen on oleellista, koska yhteiskehittäminen edellyttää dialogisuutta ja moninaisten näkökulmien yhteensovittamista. Keskinäisen luottamuksen lisäksi tarvitaan kuitenkin myös osallisten henkilökohtaista vastuunottoa. (Kivisaari ym. 2009, 53–54.) Näin ollen voidaan todeta, että dialogisen, arvostavan ja vastuullisen kulttuurin johtaminen on yksi tärkeimmistä tekijöistä yhteiskehittämisen johtamisessa. Palveluiden kehittämisessä käyttäjien näkökulman tärkeys on perustavanlaatuisen. Käyttäjän näkökulman korostamisessa voidaan hyödyntää esimerkiksi asiakkaiden haastatteluja, tavoitteellista vuoropuhelua, työpajayhteistyötä, tai etnografisia kuvauksia näiden toiminnasta. (Kivisaari ym. 2009, 53.)

Johtamisessa on hyvä huomioida, että uudenlainen yhteistyö edustaa verkoston jäsenille riskin ottamista, etenkin jos heillä ei ole aiempaa kokemusta yhteiskehittämisellä saavutettavista hyödyistä sekä tuloksellisuudesta. Yhteiskehittämisessä onkin tärkeää edetä maltillisesti eikä asettaa yhteistyön alkuvaiheessa liian korkeita tavoitteita tuloksille. (Salonen 2013, 23.) Opin-näytetyössä kuvattu sisäisen, koko työyhteisöä osallistavan sekä alueellista yhteistyötä rakentavan yhteiskehittämisen tavoite on jo itsessään haaste ja edellyttää aikaa vakiintuakseen. On kuitenkin tärkeää

tunnistaa sen potentiaali hyödyntämättömänä voimavarana ja pyrkiä kehittämään siitä uusi menestystekijä paikallisen laatuhyönteisen kehittämisessä.

## 9.5 Lopuksi

Opinnäytetyöprosessin aikana vuosikausia työn alla ollut sote- ja maakuntauudistus kariutui (Siipilän hallituksen maakunta- ja sote-uudistus ajetaan hallitusti alas... 2019) ja hoivapalveluiden epäkohdat nousivat uutisotsikoihin (Aejmelaeus & Hetemäki 2019), kun useita hoivapalveluorganisaatioita suljettiin palvelujen puutteellisuuden ja potilas-asiakasturvallisuuden vaarantumisen vuoksi (Valviran ja aluehallintovirastojen tarkastuskäynnit vanhusten hoivakodeissa... 2019). Opinnäytetyöprosessi on tullut päätökseen terveydenhuoltoalan ollessa yhteiskunnan suurenuslasin alla. Opinnäytetyön tavoitteellisen laatuhyönteisen, laatulupausten lunastamisen ja asiakaskeksisyyden näkökulmat ovat näin ollen hyvin ajankohtaisia. Terveydenhuoltoalan ammattilaisilla on etuoikeus tuottaa asiakkaiden terveyttä ja hyvinvointia koskettavia palveluita. Ne palvelut tulevat lähemmäksi ihmistä, kuin mitkään muut palvelut ja tästä syystä terveyspalveluita tuottavan organisaation on pyrittävä jatkuvasti kehittymään ja etuoikeus tulee pyrkiä ansaitsemaan kaikissa tilanteissa.

Terveydenhuollon asiakkaan asema ja rooli on muuttunut viime vuosikymmeninä, mutta kauan vaikuttanut toiminnan objektin asema vaikuttaa yhä. Asiakaslähtöisyys, asiakkaan tasavertainen asiantuntijuus ja sen hyödyntäminen ovat esillä terveydenhuollon tavoite- ja ideologiapuheessa, mutta todellisen asiakaslähtöisen kehittämisen tukeksi tarvitaan menetelmiä ja osaamista. (Pohjola 2017, 308–309; Moisanen 2018.) Jatkuvan parantamisen mallin mukainen toiminnan ja toimintaan vaikuttavien tekijöiden, kuten arvojen reflektointi on tästäkin näkökulmasta oleellista. Jatkuvan ja kriittisen arvioinnin myötä esimerkiksi todellisuuden ja ideologisen ajattelun väliset erot ovat tunnistettavissa ja näin ollen myös kehittämissä.

Yhä nopeampaan tahtiin muuttuva toimintaympäristö, asiakkaiden muuttuvat tarpeet sekä odotukset edellyttävät tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnalta monimuotoista ja laaja-alaista lähestymistä. Voidaankin olettaa yhteiskehittämisen kysynnän kasvavan tulevaisuudessa. Yhteiskehittämiseen liittyvän osaamisen kehittämisen voi myös olettaa tukevan verkostojen toiminnan kehittämistä ja hyödyntämistä. Asiantuntijaverkostojen voi olettaa muodostuvan yhä merkityksellisemmäksi terveydenhuollon palvelurakenteiden osaksi tulevaisuudessa digitalisaation



myötä. Näin ollen yhteiskehittäminen voidaan nähdä ajankohtaisena ja merkittävänä kehittämisen teemana myös toimialan mahdollisten tulevaisuuden tarpeiden näkökulmasta.

## 9.6 Lähteet

Aejmelaeus, R & Hetemäki, M. 2019. Vanhusten hoidon ongelmat, osa 1. Sosiaali- ja Terveysministeriön verkkosivuilla julkaistu artikkeli. Viitattu 9.6.2020. Saatavilla: [https://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/10623/vanhusten-hoidon-ongelmat-osa-1](https://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/10623/vanhusten-hoidon-ongelmat-osa-1)

Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Hamina. Akatiimi Oy.

Engeström, Y. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Hietala, O., Kinnunen, S., Kauppila, R & Karjalainen, J. (2018) Sosiaalisen kuntoutuksen yhteiskehittäminen työntekijöiden ja johdon näkökulmasta. Osaamisen, oppimisen ja ammatillisen kasvun mahdollisuuksia. Tampere. PunaMusta Oy.

Häyhtiö, T. 2017. Osallisuutta sote-palveluihin palvelumuotoilemalla? Kaks - Kunnallisan kehittämissäätien julkaisuja 4. Viitattu 8.6.2020. Saatavilla: <https://kaks.fi/wp-content/uploads/2017/05/osallisuutta-sote-palveluihin-palvelumuotoilemalla-004-1.pdf>

Kivisaari, S., Kokkinen, L., Lehto, J & Saari, E. 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon systemisen innovaation johtaminen. Kahden tapaustutkimuksen opetuksia. Helsinki. Edita Prima Oy.

Maaninka, S. 2019. Jatkuvan parantamisen malli toimintayksikön laatujohtamisen tukena. Sosiaali- ja terveysalan koulutus, ylempi amk. Opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Viitattu 10.6.2020. Saatavilla: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/169876/Maaninka\\_Satu.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/169876/Maaninka_Satu.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Mannermaa, M. 1992. Evolutionaarinen tulevaisuuden tutkimus. Tulevaisuudentutkimuksen paradigmojen ja niiden metodologisten ominaisuuksien tarkastelua. Helsinki. VAPK-kustannus.

Moisanen, K. 2018. Asiakslähtöisen osaamisen johtaminen vanhustalpalveluissa. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. University of Eastern Finland sarja 170. Kuopio.

Nykänen, S. 2010. Ohjauksen palvelujärjestelyjen käsitykset johtamisesta ohjausverkostossa. Matkalla verkostojohtamiseen? Väitöskirja. Kasvatustieteiden tiedekunta. Jyväskylän Yliopisto. Koulutuksen tutkimuslaitos. Sarja 25. Jyväskylä.

Pohjola, A. 2017. Asiakkaan tie palveluihin vaikuttajaksi. Teoksessa A. Pohjola, M. Kairala, Lyly, H & A. Niskala (toim.) Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa, Tallinna. Tallinna Raamatutkikoja Ou. 308–325.

Pohjola, P & Koivisto, J. 2013. Innovaatiot käytäntöinä. Systeminen innovaatiomalli sosiaali- ja terveysalan kehittämistoiminnan perustaksi. Yhteiskuntapolitiikka 78 (1), 89–98.

Pöyry-Lassila, P. 2017. Palveluiden yhteiskehittäminen ja yhteistuottaminen. Teoksessa S. Pohjonen & M. Noso (toim.) Kansalainen keskiöön! Näkökulmia sote-uudistukseen. Helsinki: Kunnallisan kehittämissäätien KAKS. Kunnallisan kehittämissäätien julkaisujen sarja 2, 25–31.

Rubin, A. 2002. Pehmeä systeemimetodologia tulevaisuudentutkimuksessa. Teoksessa M. Kampinen, O. Kuusi & S. Söderlund (toim.) Tulevaisuudentutkimus. Helsinki. Tallprint. 171–203

Salonen, M. 2013. Dialoginen verkostojohtaminen alueellisessa lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kehittämistyössä. Helsinki. Lönnberg Print & Promo.

Sipilän hallituksen maakunta- ja sote-uudistus ajetaan hallitusti alas – tehtyä työtä voidaan hyödyntää. 2019. Tiedote. Sosiaali- ja terveysministeriö & Valtionvarainministeriö. Viitattu 8.6.2020. Saatavilla: [https://stm.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/10623/sipilan-hallituksen-maakunta-ja-sote-uudistus-ajetaan-hallitusti-alas-tehtya-tyota-voidaan-hyodyntaa](https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/10623/sipilan-hallituksen-maakunta-ja-sote-uudistus-ajetaan-hallitusti-alas-tehtya-tyota-voidaan-hyodyntaa)

Sippola, A. 2014. Monimuotoisuuden johtamisen opas. Yritysvastuuverkosto FIBS.

Strandman, K & Palo, M. 2017. Dialogi yhteiskehittämisen ytimessä. Teoksessa A. Pohjola, M. Kairala, Lyly, H & A. Niskala (toim.) Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tallinna. Tallinna Raamatutkikoja Ou. 129–146.

Sydänmaanlakka, P. 2012. Älykäs organisaatio. Vantaa. Hansaprint Oy.

Tarvainen, M. 2017. Palveluiden ydinoletukset ja muuttuva asiakkuuskäsitys. Teoksessa A. Pohjola, M. Kairala, Lyly, H & A. Niskala (toim.) Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tallinna. Tallinna Raamatutkikoja Ou. 38–57.

Terveystalon Laatu- ja vastuullisuuskirja. 2018. Viitattu 9.6.2020. Saatavilla: <https://www.terveys-talo.com/fi/Yritystietoa/Laatukirja/>

Valviran ja aluehallintovirastojen tarkastuskäynnit vanhusten hoivakodeissa -samanlaiset ongelmat toistuivat monin paikoin. 2019. Uutisartikkeli. Valvira. Viitattu 8.6.2020. Saatavilla: <https://www.valvira.fi/-/valviran-ja-aluehallintovirastojen-tarkastuskaynnit-vanhusten-hoivakodeissa-samanlaiset-ongelmat-toistuivat-monin-paikoin>

## 10 Työnjakoa kehittämällä kohti hyvinvoivaa työyhteisöä

*Tuokkola Minna, sairaanhoitaja ylempi (AMK) opiskelija, Kajaanin Ammattikorkeakoulu, sairaanhoitaja AMK, Oulun Kaupunginsairaala*  
*Kirsi Moisanen, YTT, lehtori, sairaanhoitaja ylempi (AMK), Sosiaali- ja terveysalan ylempi (AMK) koulutus, Kajaanin ammattikorkeakoulu*

### Tiivistelmä

Sosiaali- ja terveysalalla työyhteisön työhyvinvointia voidaan edistää työnjakoa kehittämällä. Työnjaossa työyhteisön toimintaa kehitetään niin, että työntekijöiden työtehtävät ovat hoitotyön kannalta asianmukaisia. Työnjaon tarkoituksena on sekä tehostaa työntekoa että tukea työntekijöiden työssä jaksamista. Oikeudenmukainen johtaminen, työn organisointi, työyhteisön yhteiset pelisäännöt ja sujuva vuorovaikutus ovat työhyvinvoinnin avaintekijöitä. Työntekijöiden työhyvinvointia voidaan edistää myös lisäämällä työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksia ja kehittämällä heidän osaamistaan. Laadukkaan työyhteisön piirteitä ovat tasa-arvo, oikeudenmukaisuus, sujuva tiedonkulku, työtehtävien mielekkyys sekä myönteinen työilmapiiri.

Työhyvinvointia voidaan tarkastella yksilön ja työyhteisön näkökulmista. Tässä artikkelissa tarkastellaan työhyvinvoinnin edistämistä työyhteisön näkökulmasta. Artikkelin tarkoituksena on kuvata, mitä työnjako on, ja miten työnjakoa kehittämällä voidaan edistää työyhteisön työhyvinvointia. Artikkelissa kuvataan case-esimerkkinä Oulun Kaupunginsairaalan sisätautien- ja tutkimusosaston työnjakomallin kehittämistä. Opinnäytetyönä laaditussa työnjakomallissa työtehtävät jaetaan työvuorottain tasaisesti kaikkien potilaan hoitotyöhön osallistuvien työntekijöiden kesken.

Asiasanat: työnjako, hoitotyö, työyhteisö, työhyvinvointi, kehittäminen

### 10.1 Johdanto

Työhyvinvoinnin tutkimus ja kehittäminen aloitettiin yli sata vuotta sitten tutkimalla työntekijän työturvallisuutta. Vähitellen kehittämisessä kiinnostuttiin aikaisempaa laajemmasta näkökulmasta ja huomioon otettiin yksilön sijaan koko työyhteisön toimivuus. (Manka, Heikkilä-Tammi & Vauhkonen 2012, 12.) Työn hyvällä organisoinnilla työn tuloksellisuus lisääntyy. Laadukas työn organisointi mahdollistaa työntekijöiden työhyvinvoinnin ylläpitämisen, sillä sopiva työn mitoitus,

vaativuus ja toimivat työmenetelmät eivät ylikuormita työntekijöitä. (Haapakorpi & Haapola 2009, 11.) Työntekijöiden osaamisen hyödyntämien ja uusien toimintatapojen kehittäminen työnjaon avulla ovat keskeisiä asioita terveydenhuollossa (Ryynänen, Kinnunen, Myllykangas, Lammintakanen & Kuusi 2004, 13). Toimivissa työyhteisöissä työhyvinvoinnilla on keskeinen rooli (Työelämän kehittämisstrategia 2020 n.d, 8).

Työnjaolla ja työmenetelmien muuttamisella kehitetään työntekijöiden työhyvinvointia (Lukka-roinen 2002, 27; Ryynänen ym. 2004, 37). Työnjakoon kuuluvat työtehtävien, henkilöstön osaamisen, voimavarojen ja työajan jakaminen asiakkaiden, työntekijöiden ja organisaation tavoitteiden mukaisesti (Kylänen, Vuori, Kangas & Luoto 2015, 12). Työnjaolla pyritään työyhteisön työn tehokkuuden lisäämiseen sekä työssä jaksamisen tukemiseen (Haapakorpi & Haapola 2008,11; Kylänen ym. 2015, 8; Haapa-aho, Koskinen & Kuosmanen 2009, 8). Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvata, mitä työnjako on, ja miten työnjakoa kehittämällä voidaan edistää työyhteisön työhyvinvointia.

## 10.2 Työnjaon lähtökohtia

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä antaa suunnan eri ammattiryhmien väliseen työnjakoon, jonka tarkoituksena on potilasturvallisuuden ja hoitotyön laadun kehittäminen eri ammatillaisten yhteistyön kautta (L 559/1994). Työnjaossa työyhteisön toimintaa kehitetään tarkoituksellisesti eri ammattiryhmien työtehtävät huomioon ottaen (Haapa-aho, Koskinen & Kuosmanen 2009, 16). Työnjaossa hyödynnetään työntekijöiden koulutusta ja osaamista. Työnjaossa kiinnitetään huomiota niin organisaation tavoitteisiin, työnkuviin kuin työtehtäviin. (Viitala 2005, 223.) Hyvin organisoitu ja järjestetty työ tukee työntekijän työhön sitoutumista. Työntekijöiden hyvinvointi heijastuu palveluiden laatuun ja edistää asiakastyytyväisyyttä. (Utriainen, Ala-Mursula & Kyngäs 2015, 736.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyys väestön ikääntyessä edellyttää työnjaon kehittämistä. Työnjaon kehittämisellä tavoitellaan myös sosiaali- ja terveystalouden tehokkuuden ja tuottavuuden lisäämistä. Työyhteisössä moniammatillisuus on riittävän henkilöstömäärän näkökannalta oleellista (Työnjaon kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa n.d). Työnantajan ja lähijohtajan velvollisuutena on varmistaa, että työntekijät tekevät koulutuksensa ja kokemuksensa mukaisia työtehtäviä. Työnantajan vastuulla on arvioida työntekijän osaaminen työnjakoa toteutettaessa. (Osaaminen ja koulutus työnjakoa toteutettaessa ja kehitettäessä n.d.)

Sosiaali- ja terveysalalla työnjaon kehittämisen tavoitteena on ammattilaisten osaaminen huomiioon ottaminen ja hyödyntäminen yhteiseen tavoitteeseen pääsemiseksi (Lavander 2017, 79; Tolmala ym. 2019, 37, 38). Eri ammattilaisten osaamista otetaan käyttöön ja hyödynnetään jokaisen tilanteen tai hetken vaatimien edellytysten mukaan, mutta työnjako voi olla myös tietyn ammattiryhmän toimienkuvaan kuuluvien työtehtävien yhteen liittämistä. Näin työntekijöiden tehtäväkuvat voivat olla laaja-alaisia ja moniulotteisia. (Buchan & Calman 2004, 12.) Toimivassa työnjaossa eri ammattiryhmien välinen yhteistyö on sujuvaa (Työnjaon kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa n.d).

### 10.3 Työntekijän työhyvinvoinnin perusteita

Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee työhyvinvoinnin työssä käyvän henkilön työtehtävistä selviytymiseksi, johon osaltaan vaikuttavat henkilön henkinen, sosiaalinen ja fyysinen kunto, työympäristö ja työyhteisön toimivuus (Puttonen, Hasu & Pahkin 2016, 6). Työhyvinvoinnin edistämällä on merkitystä monipuolisesti työn tuottavuuteen, talouteen ja organisaation kilpailukykyyn. Kilpailukyky vaikuttaa työyhteisön työhyvinvointiin ja työn tuloksekkuuteen. (Manka 2011, 38.) Työhyvinvointiin liittyy hyvä johtaminen, työn organisointi, työyhteisön yhteiset pelisäännöt, henkilöstön osaaminen, vuorovaikutus ja myönteinen ilmapiiri (Kallio, Kiviniemi & Sandelin 2015, 2; Manka, Hakala, Nuutinen & Harju 2010, 7). Työhyvinvoinnin kokemus koostuu useasta eri tekijästä. Siihen vaikuttavat työyhteisö, -paikka ja työnteko, kuin myös henkilön oma terveys, elintavat sekä muu henkilökohtainen elämä, kuten perhe. (Virolainen 2012, 12.)

Hyvinvoivassa työyhteisössä työntekijät kokevat, että heillä on vaikutusmahdollisuuksia työhönsä ja työyhteisössä vastuu jaetaan tasaisesti työntekijöille ja heidän osaamisensa on otettu organisaation käyttöön (Vesterinen 2006, 41; Työstä hyvinvointia 2010, 6). Työntekijät, jotka voivat henkisesti hyvin työssään, ovat innostuneita työstään, tuntevat sen mielekkäänä ja heillä on halua kehittyä työssään. Työn vetovoimaisuuteen voidaan vaikuttaa kehittämällä työyhteisön toimintatapoja ja vuorovaikutusta sekä hakemalla työstä asioita, jotka ovat mielekkäitä ja tärkeitä. (Työstä hyvinvointia 2010, 7; Manka ym. 2010, 11.) Työkykyä ylläpitävä ja työhyvinvointia edistävä toiminta kohdistuu suunnitellusti sekä yksilöön, työyhteisöön että työympäristöön. Sen tavoitteena on edistää työterveyden ja työkyvyn lisäksi työntekijöiden ammatillista osaamista sekä työn tuottavuutta ja laatua. (Työhyvinvointia hyvinvointityöhön 2012, 7.)

Työhyvinvointi ilmenee henkilössä etenkin työtyytyväisyytenä, joka edistää asiakastyytyväisyyttä ja työyhteisön toimijoiden osaamista kehittää uusia toimintatapoja. Lisäksi työhyvinvointi edistää tuottavuutta (Manka ym. 2010, 13). Työn merkityksellisyys auttaa henkilöä jaksamaan työssään, työskentelemään laadukkaasti ja keskittyneesti ja näin tavoittelemaan tuloksellista työtä (Steger, Dik & Duffy 2012, 2). Hyvässä työyhteisössä on selkeä työn organisointi, tehtäväkuvat ja sovitut työpaikkakäytännöt. Edellytyksenä on myös riittävä perehdytys uusiin tai muuttuviin tehtäviin, työoloihin ja yhteisiin sääntöihin. (Työhyvinvointia hyvinvointityöhön 2012, 7.)

#### 10.4 Työnjakoa kehittämällä työhyvinvointia

Työssä jaksamista edistää työyhteisön työhyvinvoinnin kehittäminen (Vesterinen 2006, 29). Hyvinvoivassa työyhteisössä toimitaan tasa-arvoisesti, oikeudenmukaisesti, viestintä on selkeää, työtehtävät ovat merkityksellisiä sekä työilmapiiri on myönteinen ja kannustava (Työhyvinvointi muutostilanteissa 2013, 8; Kujanpää 2017, 68). Hyvinvoivassa työyhteisössä työntekijät ovat motivoituneita ja sitoutuneita työhönsä, luottavat työhönsä, hallitsevat stressiä sekä edistävät työtyytyväisyyttä (Suonsivu 2014, 59). Onnistunut työnjako edistää asiakkaiden palvelun laadukkuutta, työntekijöiden yhteistyön sujuvuutta ja työhyvinvoinnin lisääntymistä, siksi työnjako työyhteisössä kannattaa suunnitella huolellisesti. (Neljä askelta toimivaan työnjakoon sosiaalialalla n.d.) Työnjaon tasapuolisuus on tärkeää työntekijöille erityisesti, kun työtä on paljon. Työntekijät ovat tyytyväisiä, kun he kokevat jokaisen tekevän osansa töistä. (Cohen, Hickey & Upchurch 2009, 53.)

Työjaon uudistamisessa keskeisessä asemassa ovat hoitotyön johtajat ja lähijohtajat (Aalto 2014, 231). Työyhteisön lähijohtaja vaikuttaa merkittävästi työyhteisön työntekijöiden motivaatioon, asenteisiin, erilaisiin työn tekemisen tapoihin ja osaamisen kehittymiseen. Oleellista on, että lähijohtaja antaa työntekijöilleen tilaa itsensä toteuttamiseen. (Kolari 2010, 174.) Työtehtävien jakamisella edistetään työhyvinvointia ja vähennetään stressiä. Työhyvinvoinnin kannalta on merkittävää kuunnella työntekijöitä ja ottaa heidät mukaan työn kehittämiseen. (Puttonen, Hasu & Pahkin 2016, 28.) Tunne työn hallinnasta vaikuttaa työntekijän työhyvinvointiin. Tämä tarkoittaa sitä, että työntekijällä on mahdollisuus vaikuttaa omaan työtahtiinsa ja -tehtäviinsä (Manka & Manka 2016, 27). Työntekijän työhyvinvointia edistää osaamisen kehittyminen ja kokemus työn mielekkyydestä (Luukkala 2011, 26). Työyhteisön muutoksiin ja uudistuksiin pitää ottaa työyhteisön toimijat mukaan. Työntekijät motivoituvat muutoksesta, kun saavat olla mukana muutoksen

toteuttamisessa. (Hyvän johtamisen kriteerit n.d.) Työhyvinvoinnin kannalta työyhteisössä kannattaa toimia rauhallisesti konkreettisten ja pysyvien muutosten aikaan saamiseksi (Rauramo 2009, 1).

#### 10.5 Työnjakomallin kehittäminen Oulun kaupunginsairaalan sisätautien- ja tutkimusosastolla

Syksyllä 2018 Oulun Kaupunginsairaalassa toteutettiin Kunta 10 -tutkimus, jonka tulosten mukaan sisätautien- ja tutkimusosaston työn hallinta edellytti kehittämistä. Hoitotyön työntekijät kokivat työtehtävien määrän ja potilasvaihtuvuuden lisääntymisen sekä työn hajanaisuuden olevan haaste työhyvinvoinnille. (Toimintakertomus 2018.) Kesällä ja syksyllä 2019 osaston henkilökunta oli työkierrossa sairaalan eri osastoilla, jolloin he saivat tutustua eri työyhteisöjen hoitotyön sisältöihin ja työtapoihin. Työyhteisön työntekijät kiinnostuivat Kunta 10 -tutkimuksen tulosten sekä työkierron kokemusten perusteella siitä, miten työvuoron työtehtävät voidaan jakaa tasaisesti työvuorossa olevien työntekijöiden kesken. Työyhteisössä on tavallisesti työvuorossa yksi sairaanhoitaja tiimin vastuusairaanhoitajana ja muut hoitotyöntekijät osallistuvat potilaiden hoitotyöhön. Työyhteisössä heräsi kiinnostus työnjaon kehittämiseen ja siihen, miten työnjaon kehittämisen avulla voidaan työntekijöiden työhyvinvointia edistää.

Työnjakomallin kehittämistyö aloitettiin syksyllä 2019 ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä (Tuokkola 2020). Opinnäytetyössä muodostettiin projektiorganisaatio eli työyhteisön henkilökunnasta muodostettiin projekti- ja ohjausryhmät. Tavoitteena oli kehittää Oulun Kaupunginsairaalan sisätautien- ja tutkimusosaston työnjakomallia. Tarkoituksena oli selvittää, millaisen työnjakomallin avulla työvuoron työtehtävät voidaan jakaa tasaisesti työvuorossa olevien työntekijöiden kesken. Kehittämistyön metodologiana käytettiin pehmeää systeemianalyysiä, jossa kehittämistarvetta tarkennetaan systeemijattelun avulla koko kehittämistehtävän ajan (Pehmeä systeemianalyysi 2018).

Työnjaon suunnittelun lähtökohtana on aina asiakas. Keskeistä on pohtia, millä tavoin asiakkaat voivat saada niin hyvää palvelua, kuin mahdollista. (Neljä askelta toimivaan työnjakoon sosiaalialalla n.d.) Työyhteisön henkilökunnalle järjestettiin keväällä 2020 innovaatiopajat, joissa Learning Cafe-menetelmän avulla kysyttiin, mitä kehittämiskohteita on nykyisessä työnjakomallissa, ja millainen on toimiva työnjakomalli. Toimivassa työnjakomallissa keskeisiä tekijöitä olivat tiimityöskentely ja tiedonkulku, sairaanhoitajan tehtäväkuvaus, osaamisen hyödyntäminen ja potilas-

turvallisuus. Työnjakomallille laadittiin kehitysohjelma, jossa määriteltiin työnjakomallin tavoitteet, toimenpiteet, mittarit ja arviointi. Kehitysohjelmalle laadittiin käyttöönottosuunnitelma, jonka mukaisesti työnjakomalli otetaan työyhteisössä käyttöön.

Uuden työnjakomallin implementointi työyhteisöön on työntekijöille aina muutos. Implementointi toteutetaan suunnitelmallisesti. Lahden (2008, 96) mukaan muutosprosessi on pitkäaikainen ja siihen kuuluvat sopeutuminen ja uudistuminen. Muutos on uusi tapa tehdä työtä (Ponteva 2010, 13). Muutoksessa mukana oleminen kehittää työyhteisön henkilökunnan osaamista. Lisäksi osallisuuden tunne ja onnistunut muutos vahvistavat henkilökunnan itseluottamusta. (Työhyvinvointi muutostilanteissa 2013, 3.)

## 10.6 Johtopäätökset

Hyvinvoivassa työyhteisössä on keskeistä avoimuus, toimiva vuorovaikutus ja yhteistyö. Jokaisen työtä arvostetaan ja työntekijät voivat tehdä työtään itsenäisesti, vaikuttaa omaa työtään koskeviin järjestelyihin sekä kokea onnistumisen iloa. Työntekijöillä on yhteenkuuluvuuden tunne, ja he tuntevat työnsä merkitykselliseksi. Henkilöt kokevat voivansa hyödyntää vahvuuksiaan ja osaamistaan työssään samalla, kun työilmapiiri on kannustava ja motivoiva. (Työstä hyvinvointia 2010, 10–11.) Hyvinvoivassa työyhteisössä on keskeistä työn mielekkyys ja innostavuus (Työelämän kehittämisstrategia 2020 n.d, 18).

Työhyvinvoinnin kehittämisessä tavoitteena on tukea työntekijän myönteisiä voimavaroja ja sujuvoittaa työtä (Utriainen, Ala-Mursula & Virokannas 2011, 31). Työnjakomallin kehittämisen avulla pyritään edistämään työyhteisön työhyvinvointia. Uuden toiminnan käyttöönotossa on työhyvinvoinnilla merkittävä sija. (Viitala 2013, 179.) Selkeä työnjako on yksi työn organisointiin merkittävästi vaikuttava tekijä. Se saa aikaan yhteisöllisyyttä ja luottamusta työyhteisössä. Selkeä työnjako on perusta työntekijöiden arvostuksen tunteelle, mikä estää yhteisöllisyyttä huonontavia vastuupäselvyyksiä. (Koivumäki 2009, 117.)

## 10.7 Lähteet

Aalto, P. 2014. Muutos sosiaali- ja terveydenhuollon organisoinnissa ja hoitotyön johtajuus. *Hoitotiede* 3(26), 231–232.



Buchan, J. & Calman, L. 2004. Skill-mix and policy change in health workforce: nurses in advanced roles. OECD Health Working papers. DELSA/ ELSA/ WD /HEA 2004/8. Viitattu 26.8.20. Saatavilla: <http://www.oecd.org/dataoecd/30/28/33857785.pdf>.

Cohen, MZ., Hickey, JV. & Upchurch, SL. 2009. Faculty workload calculation. *Nursing Outlook* 57 (1). DOI:<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.07.004>. 50–59.

Haapa-aho, M., Koskinen, MK. & Kuosmanen, I. 2009. Työnjakomallit –Laajennetaanko tehtäväkuvaa vai siirretäänkö tehtäviä. 2. painos. Tehyn julkaisusarja F: 3. Tehy ry.

Haapakorpi, A. & Haapola, I. 2008. Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla -esimerkkinä vanhusten kotihoito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 35/2008. Edita Publishing Oy.

Hyvän johtamisen kriteerit. N.d. Työterveyslaitos. Viitattu 21.8.20. Saatavilla: <https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/hyvan-johtamisen-kriteerit/>

Kallio, T., Kiviniemi, L. & Sandelin, P. 2015. Työhyvinvoinnin edistämistä yhteistyöllä. Teoksessa L. Kiviniemi, K. Koivisto & K. Koivunen (toim.) Yhteistyössä koulutusta, työelämää ja aluetta kehittämässä. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 29. Viitattu 10.9.20. Saatavilla: <http://urn.fi/urn:nbn:fife2015111317168>.

Koivumäki, J. 2009. Luottamus byrokratian jälkeisissä organisaatioissa. Teoksessa: R. Blom & A. Hautaniemi (toim.) Työelämä muuttuu, joutaako hyvinvointi? Helsinki: Gaudeamus. Helsinki University Press Oy. 103–120.

Kolari, P. 2010. Tunneälyjohtaminen asiantuntijaorganisaation muutoksessa. Väitöskirja. Kasvatus-tieteiden laitos, Acta Universitatis Tamperensis 1510. Tampere: Tampereen Yliopistopaiko Oy – Juvenes Print.

Kujanpää, K. 2017. Henkilöstövoimavarojen johtaminen ja monikulttuurisen työyhteisön työhyvinvointi. Väitöskirja. Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja 2017: 40. Yleinen valtio-oppi. Poliitiikan ja talouden tutkimuksen laitos. Helsingin yliopisto. Viitattu 24.8.20. Saatavilla: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/174047/henkilos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Kylänen, M., Vuori, J., Kangas, H. & Luoto, S. 2015. Työnjaolla tuottavuutta ja työn mielekkyyttä. Lineaariset ja epälineaariset palveluprosessit fysioterapeuttien ja lääkärien työn määrittäjinä. Itä-Suomen Yliopisto. Työsuojelurahasto. Kuopio: Grano Oy.

Lahti, T. 2008. Johtamisen käytäntöjä. Teoksessa: T. Surakka, I. Kiikkala, T. Lahti, H. Laitinen & T. Rantala (toim.) Osastonhoitaja ja johtaminen. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy. 68–102.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). Viitattu 21.8.20. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.

Lavander, P. 2017. Nimikesuojattujen ja laillistettujen ammattihenkilöiden työnjako yliopistosairaalan muuttuvassa toimintaympäristössä. Väitöskirja. Oulun Yliopiston tutkijakoulu; Oulun Yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta. D 1431. Tampere: Juvenes Print. Viitattu 25.8.20. Saatavilla: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526216683.pdf>.

Lukkaroinen, R. 2002. Vastuunjaonmalli vanhusten kotona asumisen mahdollistamiseksi. Yli 75 –vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden asumismuodot sekä palvelurakennemallien kustannukset ja toiminnallinen sisältö. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto Oulun yliopistollinen sairaala, Oulu. D 698. Tampere: Juvenes Print. Viitattu 31.8.20. Saatavilla: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514268334.pdf>.

Luukkala, J. 2011. Jaksaa, jaksaa, jaksaa...Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

- Manka, M-L. & Manka, M. 2016. Työhyvinvointi. Helsinki: Talentum Pro. Viitattu 31.8.20. Saatavilla: <https://docplayer.fi/22605129-Marja-liisa-manka-marjut-manka-tyohyvinvointi.html>.
- Manka, ML., Heikkilä-Tammi, K & Vauhkonen, A. 2012. Työhyvinvointi ja tuloksellisuus. Henkilöstön arvoa kuvaavat tunnusluvut johtamisen tukena kunnissa. Tampereen yliopisto, Johtamiskorkeakoulu, Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos, Työhyvinvointi Tampere: Tammerprint Oy. Viitattu 10.9.20. Saatavilla: <https://research.tuni.fi/uploads/2019/09/6c87d269-tyohyvinvointi-ja-tuloksellisuus.pdf>.
- Manka ML. 2011. Työn ilo. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Manka, ML., Hakala, L., Nuutinen, S. & Harju, R. 2010. Työn iloa ja imua -työhyvinvoinnin ratkaisuja pientyöpaikoille. Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos Tampereen yliopisto. Sosiaali- ja terveysministeriö. Euroopan sosiaalirahasto. Kuntoutussäätiö. Tampere: Tammerprint Oy.
- Neljä askelta toimivaan työnjakoon sosiaalialalla. N.d. Talentia. Viitattu 3.9.20. Saatavilla: <https://www.talentia.fi/wp-content/uploads/2017/06/Tyonjako-4-askelta-Valmis.pdf>.
- Osaaminen ja koulutus työnjakoa toteutettaessa ja kehitettäessä. N.d. Suomen Hammaslääkäriliitto. Viitattu 21.8.20. Saatavilla: <https://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/tyoelama/tyonjako-suun-terveydenhuollossa/osaaminen-ja-koulutus-tyonjako-toteutettaessa-ja#.XrPVWkgzbIV>.
- Pehmeä systeemanalyysi 2018. N.d. Ylemmän AMK –tutkinnon metodifoorumi. Viitattu 28.8.20. Saatavilla: [www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/0709019/.../1194104245911.html](http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/0709019/.../1194104245911.html).
- Ponteva, K. 2010. Onnistu muutoksessa. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Puttonen, S., Hasu, M. & Pahkin, K. 2016. Työhyvinvointi paremmaksi. Keinoja työhyvinvoinnin ja työterveyden kehittämiseksi suomalaisilla työpaikoilla. Tampere: Työterveyslaitos.
- Rauramo, P. 2009. Työturvallisuuskeskus. Koulutus ja kehittäminen. Työhyvinvoinnin portaat. Viitattu 24.8.20. Saatavilla: [https://ttk.fi/files/704/Tyohyvinvoinnin\\_portaat\\_tyokirja.pdf](https://ttk.fi/files/704/Tyohyvinvoinnin_portaat_tyokirja.pdf).
- Ryynänen, OP., Kinnunen, J., Myllykangas, M., Lammintakanen, J. & Kuusi, O. 2004. Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi. Esiselvitys. Tulevaisuusvaliokunta teknologian arviointeja 20. Kuopion yliopisto, Terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto, Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. FILHA ry. Valtion Taloudellinen Tutkimuskeskus.
- Steger, M., Dik, B., Duffy, R. 2012. Measuring Meaningful Work: The Work and Meaning Inventory (WAMI). Journal of Career Assessment 00(0). Viitattu 31.8.20. Saatavilla: <http://www.michaelsteger.com/wp-content/uploads/2012/08/StegerDik-Duffy-JCA-in-press.pdf>. <https://doi.org/10.1177/1069072711436160>. 1–16.
- Suonsivu, K. 2014. Työhyvinvointi osana henkilöstöjohtamista. 2. painos. UNIpress. Painettu EU:ssa.
- Toimintakertomus 2018. N.d. Hyvinvointipalvelut 2018. Hyvinvointilautakunta 26.2.2019. Oulun Kaupunki. Viitattu 28.8.20. Saatavilla: Oulun kaupungin akkunasta. Sisäinen lähde.
- Tolmala, A., Koponen, J., Hämäläinen, M., Korhonen, S., Koskinen, M., Asikainen, N. & Kangasniemi, M. 2019. Asiantuntijoiden näkemyksiä työn uusjaosta tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalalla – Delfoi-tutkimus. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 56(1) 27–41. Viitattu 31.8.20. Saatavilla: <https://doi.org/10.23990/sa.69797>.
- Tuokkola, M. 2020. Työnjakomallin kehittäminen Oulun Kaupunginsairaalan sisätautien- ja tutkimusosastolla. Sosiaali- ja terveysala ylempi (AMK). Opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Kajaani. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2020100120885>

Työelämän kehittämisstrategia vuoteen 2020. N.d. Viitattu 10.9.20. Saatavilla: [https://tem.fi/documents/1410877/2329422/tyoelaman\\_kehittamisstrategia\\_final.pdf/74fdf60e-0a8c-4419-a401-0e894ad1c07c/tyoelaman\\_kehittamisstrategia\\_final.pdf.pdf](https://tem.fi/documents/1410877/2329422/tyoelaman_kehittamisstrategia_final.pdf/74fdf60e-0a8c-4419-a401-0e894ad1c07c/tyoelaman_kehittamisstrategia_final.pdf.pdf).

Työhyvinvointia hyvinvointityöhön 2012. N.d. Sosiaalialan työnantajat ry, Terveys- ja sosiaalialan neuvottelujärjestö TSN ry, Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL ry, Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry, Jyty-Pardia-STHL neuvottelujärjestö ry. Viitattu 10.9.20. Saatavilla: <https://www.jhl.fi/wp-content/uploads/2017/03/yksityinen-sosiaalipalveluala-tyhyvinvointia-hyvinvointityhn.pdf>

Työhyvinvointi muutostilanteissa 2013. N.d. Työturvallisuuskeskus TTK. Nykypaino Oy. 1.painos. Viitattu 24.8.20. Saatavilla: [https://ttk.fi/files/4678/tyohyvinvointi\\_muutostilanteissa.pdf](https://ttk.fi/files/4678/tyohyvinvointi_muutostilanteissa.pdf).

Työnjaon kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. N.d. Valtiontalouden tarkastusvirasto. Viitattu 11.9.20. Saatavilla: <https://www.vtv.fi/julkaisut/tyonjaon-kehittaminen-sosiaali-terveydenhuollossa/>.

Työstä hyvinvointia 2010. N.d. Työturvallisuuskeskus TTK: Painojussit Oy. 1. painos. Viitattu 31.8.20. Saatavilla: [https://ttk.fi/files/5624/Tyosta\\_hyvinvointia.pdf](https://ttk.fi/files/5624/Tyosta_hyvinvointia.pdf).

Utriainen, K. Ala-Mursula, L. & Kyngäs, H. 2015. Hospital nurses' wellbeing at work: a theoretical model. *Journal of Nursing Management* 23, 736–74.

Utriainen, K., Ala-Mursula, L. & Virokannas, H. 2011. Näkökulmia sairaanhoitajien työhyvinvointiin. *Tutkiva hoitotyö* 9 (1), 29–34.

Vesterinen, P. 2006. "Aamulla, kun heräät, sinulla on hyvä mieli lähteä töihin – ja se jatkuu koko päivän." Teoksessa P. Vesterinen (toim.) *Työhyvinvointi ja esimiestyö*. Juva: WS Bookwell Oy. 29–48.

Viitala, R. 2013. *Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä*. Helsinki: Edita Publishing.

Viitala, R. 2005. *Johda osaamista. Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön*. Infoviestintä Oy. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Virolainen, H. 2012. *Kokonaisvaltainen työhyvinvointi*. Helsinki: Books on Demand.

## 11 Organisaatiokulttuurin merkitys muutosjohtamisessa

*Anna-Liisa Kulju, sairaanhoitaja (AMK), sairaanhoitaja ylempi (AMK) opiskelija, Kajaanin Ammattikorkeakoulu,  
Kirsi Moisanen, YTT, lehtori, sairaanhoitaja ylempi (AMK), Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi (AMK) koulutus,  
Kajaanin ammattikorkeakoulu*

### Tiivistelmä

Muutoksen koskettavat sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita toistuvasti. Toimintaympäristön muuttumisen ohella muutoksia aiheuttavat myös poliittiset ja yhteiskunnalliset linjaukset sekä asiakkaiden lisääntyvät vaatimukset. Organisaatiokulttuuri voi joko edistää tai estää muutoksen toteutumista. Organisaatiokulttuuri voidaan määritellä olettamusten joukoksi, jonka työyhteisöön kuuluvat henkilöt ovat omaksuneet. Se ilmenee esimerkiksi organisaatiossa toimivan henkilökunnan käyttäytymisenä. Tässä artikkelissa tarkastellaan organisaatiokulttuurin merkitystä muutoksen johtamisessa.

Asiasanat: organisaatiokulttuuri, muutos, muutosjohtaminen

### 11.1 Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa sekä niiden toimintaympäristöissä muutokset ovat jatkuvia (Niiranen & Lammintakanen 2014, 145; Taskinen 2011, 164). Muutoksen tarvetta terveydenhuoltoon aiheuttaa muun muassa terveystieteiden yhteiskunnallisten ja taloudellisten vaikutteiden sekä tutkimustiedon lisääntymisen ja hoitomenetelmien kehittymisen myötä (Holopainen, Junntila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 38, 39). Muutoksia tapahtuu ja ne koskettavat kaikkia organisaatioita ja niiden työntekijöitä. Muutokset ovat osa jokapäiväistä työelämäämme. (Pirinen 2014.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtajien työhön vaikuttavat sekä toimintaympäristöstä nousevat muutostarpeet että organisaatioista itsestään tai sen sidosryhmistä lähtevät uudistamistarpeet (Niiranen & Lammintakanen 2014, 145). Organisaatiossa muutoksiin ryhdytään yleensä kilpailukykyä edistämiseksi tarkoituksena tehdä oikeita asioita tarkoituksenmukaisella tavalla (Kauhanen

2018, 53; Kotter 1996, 3). Organisaation menestys riippuu siitä, kuinka se onnistuu kuuntelemaan asiakkaitaan, seuraamaan ympäristöään ja muuttamaan toimintatapojaan. Muutokset ovat välttämättömiä yritystoiminnassa ja julkisessa terveydenhuollossa. (Aarnikoivu 2008, 163; Laaksonen, Niskala & Ollila 2012, 80.)

Työyhteisöä kehitettäessä tulee olla realistinen suhteessa organisaation kehitysmahdollisuuksiin, muutosvalmiuksiin ja arvoihin. Työyhteisöissä on aiheellista pohtia, miten vuorovaikutuksellinen organisaatiokulttuuri on, ja minkälaiset valmiudet organisaatiossa on toteuttaa suunniteltu muutos. (Hytönen 2007, 217.) Organisaation kulttuuri heijastuu tietämyksen, ideologian, arvojen, lakien ja päivittäisten rituaalien sosiaalisissa järjestelmissä (Morgan 2007, 116) ja ryhmissä (Petigrew 1979, 2). Näiden vaikutusten alaisena työyhteisöjen työntekijät ovat päivittäin (Kinnunen 2011, 166). Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvata, mikä merkitys organisaatiokulttuurilla on muutoksen johtamisessa.

## 11.2 Organisaatiokulttuuri ohjaa ihmisten käyttäytymistä

Organisaatiokulttuuri on käsitteenä ja ilmiönä moninainen ja vaikeasti määriteltävissä. On todettu, ettei kaikenkattavaa organisaatiokulttuurin määritelmää ole, sillä organisaatiokulttuuri kehittyy erilaiseksi erilaisissa sosiaalisissa yhteisöissä. (Heikkilä & Heikkilä 2005, 54.) Organisaatiokulttuuri voidaan määrittellä muun muassa perusolettamusten joukoksi, jonka tietty ryhmä on omaksunut tai kehittänyt oppiessaan sopeutumaan ulkoiseen ympäristöönsä ja pyrkiessään säilyttämään sisäisen kiinteytensä. Nämä ajattelu- ja toimintamallit ilmenevät organisaatioissa eri tavoin ja ohjaavat organisaation toimintaa ja siihen kuuluvien henkilöiden käyttäytymistä. Kyseiset mallit opetetaan organisaation uusille henkilöille oikeina tapoina havaita, ajatella ja tuntea eri tilanteissa. (Schein 1987, 24.) Kun kokemukset organisaatiossa ovat yhteisiä, ja ne ovat auttaneet organisaatiota menestymään, aletaan organisaatiossa käytössä olevia malleja ja tapoja pitää oikeina ja tarpeellisina (Kuusela 2015, 47).

Organisaatiokulttuuri on muodostunut historiallisen kehityksen tuloksena (Isoherranen 2012, 138), ja se muodostuu arvoista, uskomuksista, tavoista, perinteistä ja yhteisistä käytännöistä (Kauhanen 2018, 65, 66). Organisaatiokulttuuri ilmenee seuraavilla tasoilla: artefaktit, arvot ja perusoletukset. Artefaktit muodostavat organisaation fyysisen ja sosiaalisen ympäristön, esimerkiksi rakennukset, tilat, rakenteet sekä työasut. Arvot muodostavat organisaation perustan, ja

ovat asioita, joita organisaatiossa pidetään tärkeinä ja joita arvostetaan. Perusoletukset muodostavat yhteisen säännösten ja toimintamallit. (Viitala 2009, 34, 35.)

Organisaatiokulttuuri kuvataan työympäristönä, joka muotoutuu työntekijöiden vuorovaikutuksesta työpaikalla (Kumar 2016, 18). Organisaatiokulttuuri on sosiaalinen voima, joka määrittää rajat yhteiselle toiminnalle, sekä hyvässä että huonossa ja vaikuttaa ihmisiin tunteiden, sosiaalisen arvostuksen ja sääntöjen kautta. Organisaatiokulttuuri ohjaa vahvasti ihmisten tekemistä. (Kuusela 2015, 9, 17.)

Sosiaali- ja terveysalan rakenteet ovat olleet hierarkkisia ja organisaatiolähtöisiä (Isoherranen 2012, 138). Organisaation sisäiset tekijät, kuten esimerkiksi organisaation hierarkkisuus voi toimia esteenä tietämyksen laajentumisesta organisaatiota ympäröivästä maailmasta (Kamensky 2015, 128). Jokaisella organisaatiolla on oma sisäinen kulttuurinsa, joka on kehittynyt aikojen kuluessa. Organisaatiokulttuurin on sanottu integroivan yksilöiden uskomuksia, suuntaavan toimintaa yhteiseen suuntaan sekä yhdistävän heidän pyrkimyksiään. Lisäksi se määrittelee ehtoja sille, miten voi toimia ja ajatella organisaatiossa, mikä on sallittua ja mikä ei. (Viitala 2009, 34.)

### 11.3 Muutosjohtamista henkilöstöä osallistamalla

Muutosjohtamisella tarkoitetaan järjestelmällistä toimintaa, jolla tavoitellaan toivottua muutosta (Sydänmaanlakka 2009, 156; Viitala 2009, 254). Muutosjohtamisessa edellytetään toiminnan organisointia ja muutosprosessin hallintaa ja tärkeänä pidetään myös vastuun hajauttamista henkilöstölle osallistamalla heitä muutosta koskevaan suunnitteluun ja päätöksentekoon (Laurila 2017, 208). Muutoksen toteuttamistavasta riippumatta muutos on aina toteutettava ja johdettava järjestelmällisesti (Aarnikoivu 2008, 163; Pirinen 2014). Muutoksen toteuttaminen edellyttää muutosjohtajuutta, jolloin korostuu työntekijöiden motivoiminen muutokseen (Kotter 1996, 26).

Muutoksen hallinnan on oltava organisaation näkökulmasta tarkoituksenmukaista ja muutoksen kohteena olevan henkilöstön on koettava uudistuminen mahdolliseksi ja mielekkääksi (Aarnikoivu 2008, 170; Pirinen 2014; Stenvall & Virtanen 2012, 244). Lähijohtajan tehtävänä on tehdä muutos inhimilliseksi ja helpoksi työntekijälle luomalla suotuisat olosuhteet muutoksen toteuttamiselle (Jabe 2017, 206; Pirinen 2014). Muutoksen toteuttamisessa lähijohtajalta vaaditaan vuorovaikutusta, kärsivällisyyttä, läsnäoloa ja voimavaroja sekä systemaattista toimintaa (Aarnikoivu 2018, 175). Muutoksen onnistumisen kannalta on tärkeää osallistaa työntekijöitä muutoksen suunnitteluun ja toteutukseen (Ponteva 2012; Taskinen 2011, 159; Viitala 2009, 277). Muutos onnistuu,

jos työntekijät ovat aktiivisesti mukana muutoksen toteuttamisessa, ja lisäksi he ovat motivoituneita sekä sitoutuneita saavuttamaan asetetut tavoitteet (Pirinen 2014).

#### 11.4 Organisaatiokulttuurin merkitys muutoksen johtamisessa

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäminen ja muutokset ovat vahvasti henkilöstösidonnaisia ja kehittämiskulttuuri on riippuvainen yksittäisten työntekijöiden motivaatiosta ja taidoista motivoida muita (Stenvall & Virtanen 2012, 255–257). Valmisteltaessa muutosta organisaatiossa, organisaation johtajien tulisi varautua myös muuttamaan organisaatiokulttuuria ja sen rakennetta (Altamony, Tarhini, Al-Salti, Gharaibeh & Elyas 2016, 690). Muutoksessa lähijohtajien tavoitteena on uusien toimintatapojen käyttöönottoaminen, johon liittyy myös organisaation arvojen ja organisaatiokulttuurin kehittäminen (Pirinen 2014).

Organisaation toimintakulttuuri perustuu työyhteisön työetiikkaan ja arvoihin (Kesti 2010, 140). Toimintakulttuuritasolle kehittyy organisaatiossa vääjäämättä rutiineja, ennako-oletuksia ja uskomuksia, jotka eivät aina edistä organisaatiotason muutoksia. Tämän vuoksi kehitymispyrkimysten ja muutosten tulisi tukea organisaation nykyistä arvoperustaa ja toimintakulttuuria. Toimintakulttuurissa tapahtuvat muutokset edellyttävät aina organisaation henkilöstön ajatusmallien muuttamista. (Halonen 2007, 159.)

Organisaatiokulttuurin muuttaminen on yksi vaikeimmin muutettavista asioista organisaatiossa (Kauhanen 2018, 65, 66). Organisaatiokulttuurin muuttaminen edellyttää muutoksen tarpeellisuuden ymmärtämistä ja tukemista usealla eri tasolla (Isoherranen 2012, 138). Organisaation toimintaympäristön edellyttäessä rakennemuutosta henkilöstöllä tulee olla muutosvalmiutta. Jos työntekijöillä ei ole muutosvalmiutta, on niitä kehitettävä tai vaihdettava avainhenkilöitä muutoksen toteuttamiseksi. (Varis 2012, 223, 224.) Organisaatiokulttuurin kehittäminen alkaa arvojen rehellisellä tarkastelulla, ja niiden tulee olla linjassa organisaation tavoitteiden kanssa (Kumar 2018, 11). Kulttuurin muutos onnistuu vasta siinä vaiheessa, kun työntekijät ymmärtävät uuden toimintatavan ja uudistusten tulosten välisen yhteyden. Kulttuurin muutos tapahtunut silloin, kun organisaation normit ja yhteisten arvojen muutokset ovat vakiintuneet työyhteisöön. (Kotter 1996, 136, 137.)

Organisaatiokulttuuri samankaltaistaa organisaation työntekijöiden toimintaa ja ajattelua (Viitala & Jylhä 2014, 250). Organisaatioiden perinteinen toiminta tukee nykyistä toimintakulttuuria ja samalla huomaamattomasti vastustaa kehitymispyrkimyksiä ja muutoksia (Halonen 2007,

159). Organisaation ja siellä työskentelevien vakiintuneen henkilöstön historia vaikuttaa väistämättä siihen, kuinka nopeita muutokset voivat olla. Kun organisaatiokulttuuri on vahva ja vanha, sillä on oma historiallinen taakkansa. (Isoherranen 2012, 139.) Tarkoituksellinen toimintakulttuurin muokkaaminen edellyttää pitkäjänteistä ja kokonaisuuden huomioon ottavaa toimintaa (Viitala 2009, 36). Organisaatiokulttuuri muuttuu vähitellen siihen suuntaan, mihin käytännön toimenpiteillä pyritään (Juppo 2011, 161). Organisaatiokulttuurin muotoutuminen tyhjästä koetaan aina helpommaksi kuin olemassa olevan kulttuurin muuttaminen toisen-laiseksi (Luukka 2019, 34).

Vahvalla työ- ja organisaatiokulttuurilla on tärkeä rooli minkä tahansa organisaation hajauttamisessa. Terve kulttuuri on merkki terveestä organisaatiosta. (Kumar 2016, 18.) Organisaation kulttuurin ymmärtäminen auttaa muutoksen onnistumisessa (Komu 2016, 72). Tunnistamalla organisaation eri osien kulttuurin, silloin ylin johto pystyy arvioimaan organisaatiomuutosten ja kehitysohjelmien tarpeet ja mahdollisuudet (Kuusela 2015, 14).

Organisaatiokulttuuri ymmärretään yrityksen omaisuudeksi, jota voidaan käyttää edistämään liiketoiminnan ja työn suorituskykyä (Kumar 2016, 15). Vahva ja yhtenäinen kulttuuri tekee ryhmästä tuottavan ja tehokkaan. Toisaalta vaarana voidaan pitää sitä, että kulttuuri on niin jäykkä ja sisäänpäin kääntynyt, ettei organisaation työntekijät pysty tarvittaessa joustamaan ja tekemään yhteistyötä muiden kanssa. (Kuusela 2015, 15.)

Muutosprosessia voidaan tarkastella useasta eri näkökulmasta, mutta tärkeää on korostaa organisaatiossa olevia vahvuuksia (Lamassaari 2014, 97; Virtanen & Stenvall 2014, 180). Organisaation sisäistä tilannetta pidetään tärkeänä muutoksen toteuttamiseen vaikuttavana tekijänä. Muutokseen vaikuttaa esimerkiksi se, kuinka kehitysmuonteisenä organisaatiota pidetään, ja mikä on sen strateginen suunta. Mikäli organisaation sisäinen tilanne on pysähtynyt ja organisaatiossa vallitsee epäluottamus henkilöstön ja johdon välillä, ei organisaatiolla ole energiaa muuttaa sen toimintatapoja. Tämä johtaa vanhoissa toimintamalleissa pitäytymiseen. (Juuti & Virtanen 2009, 25, 26.) Lähijohtajan johdonmukainen ja esimerkillinen käyttäytyminen on tärkeää ennen kaikkea silloin, kun otetaan käyttöön uusia toimintatapoja ja halutaan luopua vanhoista. Jos lähijohtaja ei noudata uusia toimintatapoja sovitusti, ei työntekijätkään voida sitä olettaa. (Pirinen 2014.)

Johtaminen on yhteiskunnallinen tehtävä, jossa kulttuuri, yhteiskunta ja politiikka yhdistyvät perinteeksi. Johtaja muokkaa työyhteisöä, sen kulttuuria, arvoja ja perinteitä käytettävissä olevien resurssien, päätöksenteon ja työtehtävien avulla. (Stein 2010, 94.) Johtamiskulttuuri nivoutuu



usein yhteen organisaatiokulttuurin kanssa. Organisaatiokulttuuri ilmenee ihmisten käyttäytymisessä, joka on muotoutunut jokaisen työntekijän toimintakyvyn eri osa-alueiden varaan. Parhaimmillaan organisaatiokulttuuri on toimintaa ja toimijoita yhdistävä tekijä, joka osaltaan sitouttaa ja vastuuttaa toimimaan yhteisten arvojen mukaisesti. (Rentola 2018, 61.) Johtaminen on toimintaa, jolla on merkittävä vaikutus organisaation muutosprosessissa. Johtaminen voi vaikeuttaa tai pahimmillaan estää koko muutoksen. Johtamisen avulla voidaan myös edistää muutoksen toteutumista. (Lammasaari 2014, 46.)

Usein muutoksessa vahvistetaan tai halutaan muuttaa työntekijöiden käyttäytymistä. Jotta lähijohtaja saisi aikaan muutoksia työntekijän käyttäytymisessä, hänen on saatava aikaan muutoksia myös työntekijöiden asenteissa ja arvoissa, eli organisaationkulttuurissa. (Pirinen 2014.) Johtajan toimintaan vaikuttavat johdettavien suhde toisiinsa ja koko sosiaalinen yhteisö organisaatiokulttuureineen ja monine tilannetekijöineen. Johtaminen muotoutuu vahvasti sen mukaan, minkälaisessa tilanteessa ja ympäristössä se tapahtuu. Johtamiseen vaikuttavat yhteiskunnallinen tilanne, organisaatio, markkinoiden tila, toimiala ja maa. Organisaation sisällä johtajuuteen vaikuttavia asioita ovat esimerkiksi johdettavan työyksikön koko, tehtävän luonne, sen asema organisaatiossa, tehtävien tavoitteet ja haasteet sekä resurssit. (Viitala & Jylhä 2014, 249, 250.)

Organisaatiossa tapahtuvat muutosprosessit ovat usein monimuotoisia (Lammasaari 2014, 97; Virtanen & Stenvall 2014, 180). Muutokset voi olla laaja-alaisia, joihin liittyy yllättävyyden ja epäjatkuvuuden kompleksisuus (Kamensky 2015, 128). Toimintaympäristön muutokset ja organisaation sisäinen epävarmuus voivat joskus myös heikentää halua etsiä luovia ratkaisuja tai uusia toimintatapoja (Niiranen & Lammintakanen 2014, 146).

### 11.5 Johtopäätökset

Organisaation kehittämisessä ja muutoksen johtamisessa ei voida sivuuttaa organisaatiokulttuurin merkitystä. Kehittämistyö ja muutoksen johtaminen tulee aloittaa kiinnittämällä huomioita organisaation kulttuuriin, niihin arvoihin ja normeihin, jotka ohjaavat työntekijöiden ajattelua ja toimintaa. Organisaatiossa voi olla myös virallisia ja epävirallisia, piilossa olevia tai valtaa pitäviä kulttuureja (Salminen 2005, 217), jotka on tiedostettava. Organisaatiokulttuuri, joka on myös näkymätöntä ja tiedostamatonta, on myös haaste johtamiselle (Moisanen 2018, 110). Johtamisen avulla voidaan kuitenkin vaikuttaa työyhteisön arvoihin, työn merkityssisältöihin ja niiden tulkitsemisiin (Kinnunen 2011, 174, 179).

Tarkoituksenmukainen ja vahva organisaatiokulttuuri luo perustan toiminnan kehittämiseksi. Osallistamalla henkilöstöä ja huomioimalla organisaation kulttuuriset tekijät voidaan edistää muutostavoitteiden saavuttamista. Tunnistamalla ja ymmärtämällä organisaation toimintakulttuuriin liittyvät tekijät, lähijohto pystyy arvioimaan organisaatiomuutosten ja kehitysohjelmien mahdollisuudet ja tarpeet organisaatiossa sekä edistämään muutoksen onnistumista. Johtajuuden lisäksi organisaatiokulttuurinmuutos edellyttää yhteisöllisyyttä, osallistumista ja yhdessä tekemistä. Organisaatiokulttuurin kehittyminen vaatii onnistuakseen pitkäkestoista ja päämäärätietoista työskentelyä kohti asetettua tavoitetta. Yhteisöllisyyden kokemus edistää merkittävästi organisaatiokulttuurin muutosta. Muutos edellyttää vanhoista ajattelu- ja toimintatavoista siirtymistä uusiin toimintamalleihin, mikä vaatii organisaation kaikilta työntekijöiltä pitkäaikaista sitoutumista muutokseen. Muutos edellyttää usein myös koko henkilökunnalta uutta osaamista ja luopumista työhön liittyvistä asenteista (Laulainen, Zitting, Niiranen 2020, 155).

Operatiivisen tason muutosjohtamisella pyritään tukemaan organisaation strategista muutoksen johtamista. Johtamisen vaativuutta lisää muutosjohtaminen, joka tapahtuu eri sidosryhmien ympäröimänä. Oman haasteensa muutoksen johtamiselle tuo myös erilaiset poliittiset näkökulmat ja asiantuntijat, joilla on omat intressinsä muutokselle (Rautiainen, Taskinen & Rissanen 2020, 38.)

## 11.6 Lähteet

Aarnikoivu, H. 2008. Esimiehenä arjessa. WSOYPro. E-kirja. Viitattu 1.8.2020. Saatavissa: <http://kamk.fi/kirjasto>, KAMK-Finna.

Altamony, H., Tarhini, A., Al-Salti, Z., Gharaibeh H. & Elyas, T. 2016. The Relationship between Change Management Strategy and Successful Enterprise Resource Planning (ERP) Implementations: A Theoretical Perspective. *International Journal of Business Management and Economic Research (IJBMER)* 7, (4), 690–703. Viitattu 30.7.2020. Saatavissa: [https://www.change-management-institute.com/sites/default/files/uploaded-content/field\\_f\\_content\\_file/the\\_relationship\\_between\\_change\\_management\\_strategy\\_and\\_successful\\_enterprise\\_resource\\_planning.pdf](https://www.change-management-institute.com/sites/default/files/uploaded-content/field_f_content_file/the_relationship_between_change_management_strategy_and_successful_enterprise_resource_planning.pdf)

Halonen, P. 2007. Puolustusvoimien koulutuskulttuurin rakentuminen. Tampereen yliopisto, kasvatustieteiden tiedekunta. Koulutustaidon laitos. Julkaisusarja 2. nro 18. *Acta Electronica Universitatis Tampensis* 597. Viitattu 10.10.2020. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/67698/978-951-44-6861-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Heikkilä, J. & Heikkilä, K. 2005. Voimaantuminen työyhteisön haasteena. Helsinki: WSOY.

Holopainen, A., Junntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo: Bookwell Oy.

- Hytönen, T. 2007. Henkilöstön kehittäminen aikuiskasvatuksen työkenttänä. Teoksessa K. Collin & S. Paloniemi (toim.) Aikuiskasvatus tieteenä ja toimintakenttänä. Juva: PS-kustannus. 189–220.
- Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Sosiaalipsykologia. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 18. Helsinki: Unigrafia. Viitattu 5.8.2020. Saatavissa: [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen\\_vaitoskirja.pdf](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf)
- Jabe, M. 2017. Erilaisten ihmisten johtaminen. Viro: Meedia Zone OÜ.
- Juuti, P. & Virtanen, P. 2009. Organisaatiomuutos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy
- Juppo, V. 2011. Muutoksen johtaminen suomalaisessa yliopistouudistuksessa rehtoreiden näkökulmasta. Vaasan yliopisto. Filosofinen tiedekunta. Julkisjohtaminen. Acta Wasaensia no 235. Viitattu 1.8.2020. Saatavissa: [https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7393/isbn\\_978-952-476-335-6.pdf?sequence=1](https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7393/isbn_978-952-476-335-6.pdf?sequence=1)
- Kamensky, M. 2015. Menestyksen timantti. E-kirja. Viitattu 29.7.2020. Saatavissa: <http://kamk.fi/kirjasto>, KAMK-Finna.
- Kauhanen, J. 2018. Esimies tuottavuuden kehittäjänä. Helsingin seudun kauppakamari. Viro: Princeton.
- Kesti, M. 2010. Strateginen henkilöstötuottavuuden johtaminen. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Kinnunen, J. 2011. Organisaatiokulttuuri ja johtaminen. Teoksessa S. Rissanen & J. Lammintakanen (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: WSOYpro Oy. 165–180.
- Komu, H. 2016. Organisaatiokulttuuri hoivakodissa: Julkinen ja yksityinen hoivapalvelu toimintaympäristön ja henkilöstön vertailuna. Itä-Suomen yliopisto. Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 137. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2294-6>
- Kotter, J.P. 1996. Muutos vaatii johtajuutta. Helsinki: Oy Rastor Ab.
- Kumar, A. 2016. Redefined and Importance of Organizational Culture. Global Journal of Management and Business Research: A Administration and Management 16(4), 14-18. Viitattu 19.8.2020. Saatavissa: <https://journalofbusiness.org/index.php/GJMBR/article/view/1980/1882>
- Kumar, S. 2018. Organizational Culture: The Indian Perspective. Journal of Business and Management 20, (3), 7-12. Viitattu 19.8.2020. Saatavissa: DOI: 10.9790/487X-2003030712
- Kuusela, S. 2015. Organisaatioelämää: Kulttuurin voima ja vaikutus. E-kirja. Viitattu 19.8.2020. Saatavissa: <http://kamk.fi/kirjasto>, KAMK-Finna.
- Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Lammasaari, T. 2014. Muutos kuntaorganisaatiossa- tapaustutkimus erään kunnan teknisestä toimialasta. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Tuotantotalouden tiedekunta. Viitattu 31.7.2020. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:978-952-265-581-3>
- Laulainen, S., Zitting, J. & Niiranen, V. 2020. Henkilöstön ja johtajien osaamisvaatimukset integroituvissa palveluissa. Teoksessa A. Hujala & H. Taskinen (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere University Press. 151–178. Viitattu 3.12.2020. Saatavilla <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/123995/978-952-359-022-9.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Laurila, M. 2017. ”Me ollaan kaikki samassa veneessä ja soudetaan yhdessä samaan suuntaan”. Esimiesten ja henkilöstön käsityksiä hyvästä muutosjohtajuudesta. Acta Wasaensia 386. Vaasan

- yliopisto. Liiketaloustiede. Johtamisen yksikkö. Vaasa. Viitattu 28.5.2020. Saatavissa: [https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-772-9.pdf](https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-772-9.pdf)
- Luukka, P. 2019. Yrityskulttuuri on kuningas. E-kirja. Viitattu 19.8.2020. Saatavissa: <http://kamk.fi/kirjasto>, KAMK-Finna.
- Moisanen, K. 2018. Asiakaslähtöisen osaamisen johtaminen vanhuspalveluissa. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 170. Kuopio: University of Eastern Finland. Viitattu 20.8.2020. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-2775-0/urn\\_isbn\\_978-952-61-2775-0.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2775-0/urn_isbn_978-952-61-2775-0.pdf)
- Morgan, Gareth. 2007. Images of organization. Thousand Oaks, Kalifornia: SAGE Publications, Inc.
- Niiranen, V. & Lammintakanen, J. 2014 Sosiaali- ja terveysalan johtamisen painopisteet ja mahdollisuudet. Teoksessa V. Niiranen, M. Joensuu, J. Lammintakanen & M. (toim.) Kerkkänen Johtajana muutoksessa. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Acta nro 253. Helsinki: Kuntatalon paino. 144–151.
- Pettigrew, A, M. 1979. On studying organizational culture. Administrative Science Quarterly 24(4), 570–581.
- Pirinen, H. 2014. Esimies muutoksen johtajana. Talentum. Alma Talent Oy. E-kirja.
- Ponteva, K. 2012. Muutoksessa. Talentum. Alma Talent Oy. E-kirja. Viitattu 27.7.2020. Saatavissa: <http://kamk.fi/kirjasto>, KAMK-Finna.
- Rautiainen, P. Taskinen, H. & Rissanen, S. 2020. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen – virsitanpylväitä menneestä ja suuntia tulevast. Teoksessa A. Hujala & H. Taskinen. Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere University Press. 15–46. Viitattu 3.12.2020. Saatavilla <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/123995/978-952-359-022-9.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Rentola, H. 2018. Itsekasvatus osana yhteisöllistä kasvua -Aineistoteoria pedagogisesta johtamisesta. Akateeminen väitöskirja. Maanpuolustuskorkeakoulu. Julkaisusarja 1. Tutkimuksia nro 20. Helsinki. Viitattu 1.8.2020. Saatavissa: [https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/149450/Va%20ito%20skirja\\_Rentola\\_Hannu\\_verkkoversio.pdf;jsessionid=8C78BADE5243325DEDE05C0BE6CEB06E?sequence=1](https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/149450/Va%20ito%20skirja_Rentola_Hannu_verkkoversio.pdf;jsessionid=8C78BADE5243325DEDE05C0BE6CEB06E?sequence=1)
- Salminen, A. 2005. Hallintotiede. Organisaatioiden hallinnolliset perusteet. Hallinnon kehittämisskeskus. Helsinki: Edita Prima.
- Schein, E. 1987. Organisaatiokulttuuri ja johtaminen. Espoo: Weilin + Göös.
- Stein, G. 2010. Managing People and Organizations: Peter Drucker's Legacy. Emerald Group Publishing, Wagon Lane, UK: Howard House.
- Stenvall, J. & Virtanen, P. 2012. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Sydänmaalakka, P. 2009. Jatkuva uudistuminen. Luovuuden ja innovatiivisuuden johtaminen. Helsinki: Talentum.
- Taskinen, H. 2011. Organisaatiomuutosten johtaminen. Teoksessa: Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Varis, K. 2012. Organisaatiokulttuuri ja johtajuusidentiteetin merkitys matriisiorganisaatiomuutoksessa. Case tutkimus. Väitöskirja. Jyväskylä studies in Business and Economics 116. Viitattu 19.8.2020. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-4949-5>
- Viitala, R. 2009. Henkilöstöjohtaminen- Strateginen kilpailutekijä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Viitala, R. & Jylhä, E. 2014. Liiketoimintaosaaminen - menestyvän yritystoiminnan perusta. Porvoo: Bookwell Oy.

Virtanen, P. & Stenvall, J. 2014. Älykäs julkinen organisaatio. Tallinna: Raamatutrukikoda.







## 12 Moniammatillisuus haastaa hankekirjoittamisen

*Rauni Leinonen, KT, TTM, yliopettaja, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus, Sosiaali- ja terveysalan ylempi (AMK) koulutus, Kajaanin Ammattikorkeakoulu*  
*Anu Komulainen, restonomi (AMK), YTM, elinvoimakoordinaattori, Suomussalmen kunta*

### Tiivistelmä

Työelämän muutokset suuntaavat yhä selkeämmin kehittämään työelämän ja korkeakoulun välistä yhteistyötä. Korkeakoulujen näkökulmasta työelämäyhteistyön avulla tuetaan ja nopeutetaan opiskelijan työllistymistä. Toisaalta opiskelijan näkökulmasta yhteistyö vahvistaa työelämässä tarvittavan osaamisen oppimista ja soveltamista. Korkeakoulujen haasteena onkin ennakoita, mitä osaamista tulevaisuuden työelämässä tarvitaan ja kehittää käytänteitä, joilla voidaan vahvistaa opiskelijan elinikäisen työelämäosaamisen kehittymistä. Yhä useampi työntekijä on myös tekstityöläinen, kun hän kirjoittaa sähköposteja, raportteja ja lähettelee tarjouspyyntöjä. Kirjoittaminen on monitahoinen ilmiö, mikä edellyttää kielen sääntöjen tuntemisen lisäksi taidon osata ilmaista asiat niin, että muut pystyvät seuraamaan ja ymmärtämään sitä. Viestintäosaamisen merkitys korostuu työelämässä yhä enemmän. Viestinnän menetelmien, kohderyhmien ja kanavien moninaistuminen vaatii uudenlaista osaamista.

Koulutuksen työelämärelevanssiin liitetään muun muassa se, että opiskelijalla on työelämässä tarvittavia taitoja, koulutus vastaa työelämän tarpeita ja samalla koulutus kehittää työelämää. Tämän mahdollistaa esimerkiksi hankekirjoittaminen, joka elää murrosvaihetta, jossa moniammatillisessa yhteistyössä kirjoittaminen on vasta muotoutumassa. Perinteisten “mitä”- ja “miten”-kysymysten sijaan kirjoittajat pyrkivät vastaamaan kysymyksiin “miksi” ja “keille”. Yhdessä kirjoittamisen lähtökohtana on yhteinen kiinnostuksen kohde ymmärtää moniammatillisuuden mahdollisuuksia hankekirjoittamisessa. Yhdessä kirjoittaminen hankkeessa tukee ja vahvistaa kirjoittamisen moniammatillisuutta, mikä osaltaan muuttaa myös työn organisoitumista. Työelämäyhteistyö toteutuu tässä opiskelijan opetukseen integroituna artikkelin kirjoittamisena yhdessä opettajan kanssa yhteiskehittelyn periaatteita soveltaen OneDrivessä. Multimodaalisten

esitysten ja verkkotekstien arkipäiväistymisen myötä tekstien lukeminen ja kirjoittaminen edellyttävät myös hankekirjoittamisessa median moninaisten visuaalisten ja auditiivisten sisältöjen hyödyntämistä ja tuottamista nykyteknologian avulla.

Artikkelin alussa kuvataan hankekirjoittamisen taustaa, käsitettä ja sen sisältöä, jonka jälkeen tarkastellaan hankekirjoittamista moniammatillisuuden näkökulmasta. Seuraavaksi kuvataan moniammatillisen kirjoittamisen yhteiskehittelyä. Artikkelin tarkoitus on kuvata, miten moniammatillinen yhteiskehittely ilmenee hankekirjoittamisessa.

Asiasanat: kirjoittaminen, viestintäosaaminen, hankekirjoittaminen, moniammatillisuus

## 12.1 Johdanto

Kirjoittamista käytetään erilaisten tekstien tuottamiseen. Perinteisesti kirjoittamista kuvataan sen tuotoksena syntyvän tekstin mukaan. Hyvärisen (2002, 65) mukaan kirjoittamista ei tule ymmärtää mekaanisena tulosten raportoinnin kuvauksena, vaan se on myös uuden tiedon hankkimisen metodi. Kirjoittaminen saa aikaan yllätyksiä, ja tuottaa mielihyvää kirjoittamisen rutiinisuorituksen sijaan. Hankkeissa kirjoittaminen on perinteisesti tarkoittanut väli- ja loppuraportteja, joissa kuvataan hankkeen suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Myös hankkeen rahoittajan näkökulma on ollut raporteissa vahvasti läsnä. Hankkeista kirjoitetut raportit ovat usein hankkeen käytännön arjen kuvausta. Esimerkiksi kunnan koordinoimissa hankeraporteissa ilmenee rahoittajan äänen lisäksi kunta-alan byrokraattinen kieli. Perinteinen hankeraportti on vastannut kysymyksiin ”mitä” ja ”miten”. Hankeraporteissa kerrotaan yleensä hankkeen tuloksista mutta sitä, miten tuloksiin on päästy, ja mitä muutosta hankkeen aikana on saatu aikaan, ei raportteihin perinteisesti ole kirjoitettu. (Lambert 2010.)

Hankekirjoittaminen tulisi ottaa 2020-luvulla kirjoittamisen, toiminnan ja osaamisen kehittämisen todelliseksi interventioksi. Tämä on eräs peruste, miksi artikkeli haluttiin kirjoittaa. Voidaan korostaa jopa ”toisin” kirjoittamisen tarvetta. Jo lähes 20 vuotta sitten (ks. Latvala, Peltonen ja Saresma 2004; Törrönen 2002) korostettiin tieteellisen kirjoittamisen vapautumista, koska työelämässä tarvitaan moninaisten tekstien kirjoittamis- ja hyödyntämisosaamista. Kirjoittamisen muutos tapahtuu hitaasti ja asteittain. Useissa käytännöntyön ammateissa työntekijät käyttävät työajastaan keskimäärin yhden työpäivän viikossa erilaisten tekstien kirjoittamiseen (Leino ja Torvelainen 2011, 382).



Latvala ym. (2004, 18, 37) ovat kuvanneet, että tieteellisen kirjoittamisen tiukka sääntely on osittain muuttumassa. Tiedemaailman kirjoittamisen sallivuuden rajoja koetellaan. Tämä koskee erityisesti artikkelikokoelmia. Jotkut toimijat pitävät yleistajuisia artikkeleita silti yhä vähemmän arvokkaampina kuin perinteiseen tapaan kirjoitettuja tieteellisiä artikkeleita (Lankinen & Vuorijärvi 2010, 257). Lambert (2010, 25) ei ole tyytynyt kirjoittamisen osittain vanhanaikaisiin ja tiukkoihin määritelmiin. Hankekirjoittamisen käsite sisältöineen pyrkii vastaamaan perinteisen ”mitä”- ja ”miten”-kysymysten sijaan myös kysymyksiin ”miksi” ja ”keille”. Kirjoittamistaito käsittää sujuvien virkkeiden muodostamisen ja oikeinkirjoitussääntöjen tuntemisen lisäksi erilaisten tekstilajien hallitsemisen. Kirjoittajan on hallittava tekstilajeja, jotta hän osaa tehdä sopivia tyylillisiä valintoja saavuttaakseen tekstinsä lukijat eli ”keille” kirjoitetaan. (Leino ja Torvelainen 2011, 382.)

Hankekirjoittamisessa korostuu tekstin moniääninen yhteiskehittely. Yhteiskehittelyn käsitteelle ei ole yleisesti hyväksyttyä määritelmää, mutta sillä viitataan asian yhdessä ideointiin, suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Se viittaa toimijoiden väliseen yhteistoimintaan. (Voorberg, Bekkers & Tummers 2015.) Hankekirjoittamisen keskeisenä haasteena on se, miten eri ammattiryhmien välille saadaan muotoutumaan yhteinen kiinnostuksen kohde. Kirjoittajien tulee tunnistaa omakseen kirjoituksen merkitys muutoksen interventiona. Yhteiskirjoittaminen vaatii kirjoittajilta ennakkoluulottomuutta, osallistavuutta, luottamusta, oman asiantuntijuuden tunnistamista ja tiedon avointa jakamista. (Vanhanen-Nuutinen 2010, 95–96.) Luottamus kirjoittajien kesken on avaintekijä. Ihmisten ja toiminnan luotettavuutta arvioidaan heidän vuorovaikutuksessa antamiensa viestien perustella. Törrösen (2002, 44) mielestä kirjoittaja paljastaa jo valitsemallaan näkökulmalla, kenen kanssa on sitoutunut tiedon tuottamiseen.

Tämän artikkelin otsikko kuvaa moniammatillisuuden tärkeyttä kirjoittamisen yhteiskehittelyssä. Moniammatillisuus liittyy hanketyöhön osallistuvien eri toimijoiden väliseen jaettuun asiantuntijuuteen ja tekstien yhteiskehittelyyn kirjoittamisprosessissa. Moniammatillisuus on yhteisöllinen tapana toimia, jolloin esimerkiksi artikkelin kirjoittaminen edellyttää vastuuta ja yhteistyötä (Collin, Valleala, Herranen, Paloniemi & Pyhälä-Liljeström 2012, 32). Yksilön osaamisen näkökulmasta yhteistyö on ominaisuus eli yhteistyötaito. Moniammatillisen osaamisen näkökulmasta yhteistyö edellyttää kirjoittamisen, ja sitä tukevien käytänteiden sekä vuorovaikutuksen ottamista itsessään jo tarkastelun kohteeksi. Tällöin yksilön kirjoittamisosaamisen sijaan kyseessä on historiallisesti kehittynyt tapa tehdä työtä. (ks. Launis 1997, 127–129.) Työ organisoituu yhä enemmän moniammatillisesti eri alojen ihmisten yhteistyön varaan.

Lankinen ja Vuorijärvi (2010, 253) korostavat viestintäosaaminen merkitystä työelämässä. Työelämän toimijat näyttäytyvät ulospäin alansa asiantuntijoina, joiden tehtävänä on tuottaa tekstejä, jotka ovat ymmärrettäviä ja informatiivisia lukijoille. Kirjoittaminen on työntekijän perusosaamista, jonka avulla hän voi kertoa osaamisestaan ja alastaan kollegoille sekä alansa ulkopuolisille henkilöille (Leino & Torvelainen 2011, 381).

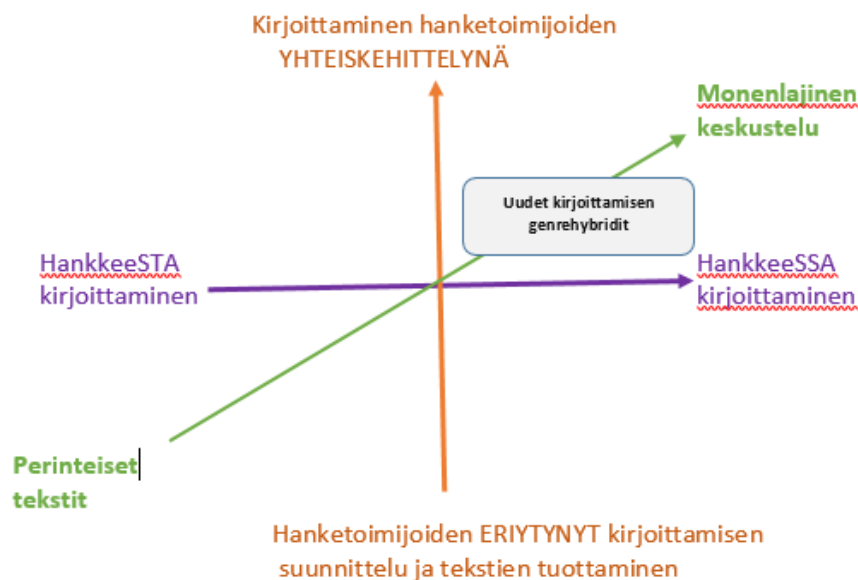
Tämä artikkeli noudattaa osittain tieteellisen kirjoittamisen perussääntöjä, mutta samalla pyrimme pitämään valitsemamme tekstilajin ymmärrettävänä. Artikkelin kirjoittaminen toteutuu opettajan ja työelämän asiantuntijan yhteiskehittelynä moniammatillisessa yhteistyössä. Artikkelin tarkoitus on kuvata sitä, miten moniammatillinen yhteiskehittely ilmenee hankekirjoittamisessa.

## 12.2 Hankekirjoittaminen käsitteenä ja sisältönä

Työelämän verkostomaiset tutkimus-, kehitys- ja innovaatiohankkeet (jäljempänä tki-hankkeet) asettavat haasteita kirjoittaa erilaisille kohderyhmille ja erilaisiin julkaisuihin. Kirjoittamisen merkitystä erilaisissa hankkeissa alettiin pohtia Kirjoittamisen genren kehittäminen ammattikorkeakouluissa -hankkeessa (Lambert & Vanhanen-Nuutinen 2005, 32; Lambert 2010). Tällöin käynnistyi ammattikorkeakoulujen ja työelämän hanketoimintaa edistävän moniäänisen kirjoittamisen kehittäminen. Kirjoittamista kehitettiin yhteisöllisenä toimintana. Latvala ym. (2004, 38) nostavat esille tutkimusten kirjoittamiseen liittyvän asian, joka on ajankohtainen myös hankekirjoittamisessa. On tärkeää, että ihmisiä saataisiin innostumaan kirjoittamisesta, julkaisujen lukemisesta ja hyödyntämisestä. Hankeraportit tulisi kirjoittaa hankkeeseen osallistuneista toimijoista riippumatta niin, että ne kiinnostavat myös muita kuin raportin kirjoittajia ja rahoittajia.

Hankekirjoittamisen maasto (kuviot 1) kuvaa muutosta tki-hankkeissa tapahtuvasta kirjoittamisesta. Lambert (2010, 57) määrittelee hankekirjoittamisen erilaisissa tki-hankkeissa toteutuvaksi, yhteiskehittelyyn perustuvaksi pitkäkestoiseksi kirjoittamisen kokonaissuunnitteluksi ja monenlaiseseen keskusteluun osallistumiseksi. Hankekirjoittaminen on kehittämisorientoitunutta ja muutokseen pyrkivää kirjoittamista, jolla ei ainoastaan kuvata hankkeessa tuotettua muutosta jälkeenpäin, vaan pyritään jo hankkeen aikana sysäämään liikkeelle muutosyrityksiä. Kirjoittamisella pyritään tukemaan kehittämisen jatkuvuutta ja edistämään hankkeen tulosten leviämistä. Hankekirjoittaminen ei kosketa vain perinteisiä projekteja tai hankkeita, vaan sitä voidaan soveltaa ja

hyödyntää erilaisissa kehittämis- ja innovaatiotehtävissä kuin myös tutkimuksissa. Hankekirjoittaminen käsitteenä on siis eri asia kuin hanke.



Kuvio 1. Hankekirjoittamisen maasto ammattikorkeakoulujen hanketoiminnassa (Lambert 2010, 56)

Hankekirjoittamisessa korostuu kirjoittamisen suunnittelu ja tekstien tuottaminen yhteiskehittelynä, kun erilaiset tekstit itsessään edistävät toimijoiden keskinäistä vuoropuhelua. Moniäänisyydessä eri äänet kuvaavat toimijoiden yksilöllisiä mielipiteitä, jotka pyritään saamaan vuoropuheluun. Moniäänisyys on voimavara, jota ei riittävästi hyödynnetä tki-toiminnan kirjoittamisessa. Moniäänisyyttä tukeva yhteiskirjoittaminen mahdollistaa yhteisten tekstien suunnittelun ja tuottamisen yhdessä eri henkilöiden kanssa (Vanhanen-Nuutinen 2010; Vanhanen-Nuutinen & Lumme 2010). Lisäksi moniäänisyys luo yhteenkuuluvuuden ja hyväksytyksi tulemisen tunteen kielellisistä tai taidollisista puutteista huolimatta. Moniäänisyys luo mahdollisuuksia uusien kirjoittamisen muotojen kehittämiseen, kun tekstit asetetaan yhteisen keskustelun kohteeksi erilaisissa kehittämisen tiloissa kuten hankkeen kokouksissa, seminaareissa tai verkkoalustoilla.

Yhteiskehittely viittaa toimintaan, jossa hankkeeseen osallistuvien kanssa murennetaan osaamisen raja-aitoja ja rakennetaan uudenlaista luottamusta vuorovaikutuksen avulla (Hietala & Rissanen 2017, 169). Yhteiskehittely tukee kirjoittajien osallisuutta, vahvistaa yhteisöllisyyttä ja luo vaikuttamismahdollisuuksia. Lisäksi se lisää vastavuoroisuutta, monipuolistaa keskustelua ja motivoi uusiin kehittämishaasteisiin (Törrönen 2002, 29–50; Pikkarainen 2010, 184). Kirjoittaminen

on toimintaa, jossa eri toimijoiden yhteiskehittämisen vuoropuhelu on tärkeää. Keskustelua herättävän kirjoituksen tavoitteena on osoittaa, että kirjoittaminen on liittymistä yhteisölliseen toimintaan, ei vain oman ajattelun esille tuomista. Tällöin hanketoimijat pystyvät tuottamaan eri tarkoituksessa ja eri ryhmissä laadittuja sekä eri kohderyhmille ja erilaisille julkaisu- tai keskustelufoorumeille suunnattuja monimuotoisia tekstejä ja dokumentteja. Kirjoittaminen on yksi tärkeimpiä menetelmiä vaikuttaa työyhteisöihin ja -käytänteisiin. (Kniivilä, Lindblom-Ylänne & Mäntynen 2007, 12, 19.)

Yhteiskehittämisen erityispiirre ilmenee siinä, että kirjoittamista ja sen tuloksia on mahdotonta nimetä yhden henkilön omistamiksi. Yksittäisen toimijan on vaikea hahmottaa omaa kirjoittamistaan verkostoituvassa hanketoiminnassa. Yhteiskehittely vaatii aikaa, minkä vuoksi hanketyössä yhteiskehittely voi jäädä henkilöiden työkiireiden tai henkilömuutosten vuoksi vähäiseksi. (Hietala & Rissanen 2017, 176–177.) Kirjoittamisen yhteiskehittelyä ei välttämättä mielletä hankkeeseen liittyvänä asiana. Siksi on tärkeää, että moniäänisyyttä edistetään kirjoittamisen avulla, jota vahvistetaan kirjoitussopimuksella (Vanhanen-Nuutinen & Lumme 2010). Yhteiskehittely edellyttää siis hankekirjoittamisen välineitä kirjoitus suunnitelmaa ja -sopimusta, jotka välittävät eri hanketoimijoiden tarpeita ja toimivat samalla yhteisen toimijuuden välineinä. Tekstit suunnitellaan hankkeen kirjoitussuunnitelman avulla. (Lambert 2010, 55–56.)

Hankekirjoittaminen rikkoo perinteisen tavan tki-toiminnan loppuun jäävästä kirjoittamisesta, kun kirjoittaminen ja julkaiseminen suunnitellaan koko kehittämistyön ajaksi. Kirjoittaminen tapahtuu tällöin hankeprosessissa eikä hankeprosessista. Toiminnan kohde on jatkuvasti muuttuva, mikä mahdollistaa toimijoille uusien tavoitteiden ja tekojen esiin nostamisen (Engeström 2004, 80–82). Kirjoittaminen sisältää ajatuksen kehittämiskohteen muuttuvasta luonteesta ja siksi kirjoittamisen kohde tulee nivoa koko ajan muuttuvaan kohteeseen. Nopeat muutokset työelämässä vaativat arviointitaitoa muutoksen tuomista asioista ja suunnasta sekä ennakoitukykyä tki-toiminnan tavoitteista. Siksi tki-toiminnassa on tärkeää arvioida muutoksia, koska esimerkiksi hankesuunnitelman laatimisesta sen päättymiseen voi kulua aikaa useita vuosia. Keskeisiksi asioiksi muutokseen reagoivassa hankekirjoittamisessa nousevat ne tekijät, miten hanke ja sitä tukeva hankekirjoittaminen saadaan kohdennettua muutoksen kannalta oleellisiin asioihin. Hankekirjoittamisen kehittämistilat voidaan ymmärtää moniäänisinä merkitysten yhteiskehittelyn areenoina, jotka kokoavat toimintaan osallistuvat ihmiset yhteen antaen heille mahdollisuuden arvioida myös muutokseen liittyviä asioita sekä keskustella, neuvotella ja argumentoida niistä (Lunkka & Suhonen 2015; Lunkka, Suhonen & Turkki 2015). Hankkeen kirjoittamisen arvo ilmenee myös siinä, että se auttaa toimijoita keskittymään muutoksen kannalta oleellisiin asioihin.

Muutokseen kuuluu avoin viestintä. Viestinnällä kuvataan muutosta ja toteutetaan sitä sekä luodaan yhteisymmärrystä muutoksen tavoitteista. Oleellista onkin kehittämistyöhön osallistuvien yhdessä pohtia, missä tarkoituksessa, keille ja milloin tekstejä kirjoitetaan. Kun hankkeessa sysätään kirjoittamisen avulla muutosta eteenpäin, tällöin viedään myös tulokset reaaliaikaisesti käytäntöön, siirretään tietoa ja osaamista työelämään hyödynnettäväksi ja haetaan tukea muutoksille myös yhteistyökumppaneilta. Hankkeessa kirjoittaminen tukee siis kehittämisen jatkuvuutta edistäen tulosten reaaliaikaista silloittamista, ankkurointia ja vakiinnuttamista.

Hankekirjoittamisen yksi piirre on myös monenlainen, monikanavainen eli multimodaalinen esitys perinteisten painettujen tekstien rinnalla. Multimodaalisuus viittaa kommunikaatioketjuun, joka liittyy yhteen puheen, kirjoittamisen ja lukemisen. (Lambert 2010, 59.) Kaindl (2004, 173) määrittelee multimodaalisen tekstin viestiksi, jonka merkitys rakentuu verbaalisen kielen, kuvan, äänen ja musiikin vuorovaikutuksessa. Digitaalisten välineiden kehitys mahdollistaa multimodaalisen esityksen hankekirjoittamisessa. Ennen kaikkea verkkopohjaisilla oppimisolustoilla mahdollistetaan kehittämistyöhön osallistuvien toimijoiden keskinäistä yhteistyötä, tiedon tuottamista ja monenlajista keskustelua (Kämäräinen & Lepistö 2010). Erilainen kirjoittaminen eri välineisiin on tämän päivän työelämässä välttämätöntä. Hankeraportin kirjoitettu tekstilaji ja -tyyli ovat erilaisia kuin hankeasioista kirjoittaminen sosiaalisessa mediassa, esimerkiksi Facebookissa ja Instagramissa. (Lankinen & Vuorijärvi 2010, 254.) Komulainen (2018, 23, 232–233) korostaa sosiaalisen median kanavien valinnassa sitä, että aluksi pitää tunnistaa kohderyhmä, jolle halutaan viestiä. Lisäksi tulee tietää, mitä sosiaalisen median kanavia kohderyhmät pääasiassa käyttävät. Lukija hakee sosiaalisen median kanavien kautta tietoa ensisijaisesti omien tarpeidensa perusteella ja vasta sen jälkeen tarkkaa tietoa itse tuotteesta tai asiasisällöstä. Tiedon helppo löydettävyys edistää luottamusta viestin lähettävään tahoon, ja siksi hankekirjoittamisessakin kannattaa hyödyntää sisältöjen tuottamisen monikanavaisuutta.

Hankkeessa kirjoittaminen ja kirjoitusten julkaiseminen esimerkiksi hankkeen Internet-sivuilla mahdollistaa luontevan vuoropuhelun, ideoinnin ja hankkeen kehittämisen. Digitalisoituminen on tärkeässä roolissa yhteiskirjoittamisen kehittämisessä. Kuvan ja äänen käyttämistä hankkeen julkaisuissa ollaan vasta opettelemassa, vaikka esimerkiksi podcastien kuunteleminen on suosittua nuorten ja nuorten aikuisten keskuudessa. Neljä viidestä (79 %) 16–89-vuotiaasta suomalaisesta käytti Internetiä useasti päivässä vuonna 2019 eli 16–89-vuotiaasta väestöstä 90 prosenttia. Luvut sisältävät netin yksityisen sekä työhön että opiskeluun liittyvän käytön. Netin käyttäjät korostavat juuri helppokäyttöisyyttä sen käytön perusteena. (Suomalaisten internetin käyttö 2019.) Digitaaliset tekstit, kuvat ja äänitteet, erilaiset tekstilajit ja dokumentit suuntaavat kirjoittamisen

osittain pois keittokirjamaisesta tekstin tuottamisen kaavasta. Vanhanen-Nuutisen (2010, 87) mukaan sen lisäksi, että mietitään, miten tekstiä tuotetaan, on aiheellista suunnitella myös, miten ja missä sitä julkaistaan.

### 12.3 Moniammatillisen hankekirjoittamisen yhteiskehittely

Työelämän moniammatillisessa hanketoiminnassa tarvitaan uudenlaista, horisontaalista, asiantuntijuutta Lambert (2010). Lankinen ja Vuorijärvi (2010, 259–260) haastavat miettimään, mitkä ovat ne ratkaisut, joilla hanketoimijoita voidaan ohjata kehittymään. Asiantuntijuuden kehittymisen vaatii oma-aloitteista tutkivan ja kehittävän työotteen omaksumista sekä avointa ja jatkuvaa vuoropuhelua alalla jo työskentelevien kanssa. On tärkeää olla unohtamatta keskustelua oman alan rajapinnoilla toimivien muiden alojen ammattilaisten kanssa. Rajat työelämän ja oppilaitoskontekstin välillä ovat madaltuneet myös yhdessä kirjoittamisen suhteen.

Eräänä syynä moniammatillisen yhteistyön lisääntymiseen on ammatillisten käytänteiden välisten erojen kritiikki. Moniammatillista yhteistyötä tutkitaan ja kehitetään aiempaa innokkaammin. (Collin ym. 2012, 31.) Hankekirjoittamisen teoreettinen perusta on kehittävässä työntutkimuksessa, joka kuvaa työn osallistavan kehittämisen ja tutkimuksen metodologiaa. (Engeström 2005.) Olennainen lähtökohta lähestymistavassa on ihmisen ja hänen tekojensa sekä yhteisen toiminnan kulttuurinen välittyneisyys. Ihmisen teot ovat sidoksissa välineiden kautta kulttuurisiin prosesseihin ja ihmisten yhteistoimintaan yli erilaisten rajapintojen. (Lambert 2010.) Moniammatillista yhteistyötä määriteltäessä on Isoherrasen (2012, 20) mukaan erityisesti Suomessa käytetty kehittävän työntutkimuksen viitekehystä. Kun kuvataan moniammatillista yhteistyötä, sillä viitataan yleensä yhteistyön tasoon. Moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa sekä ammattien välistä, että poikkiammatillista yhteistyötä.

Pärnän (2012, 50) mukaan moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa erilaisen koulutuksen saaneiden ja eri ammattinimikkeillä olevien työntekijöiden yhteistyötä asiakkaan parhaaksi. Moniammatillisuus tarkoittaa eri ammattiryhmien edustajien osaamisen yhteensovittamista yhteisessä toiminnassa. Moniammatillinen yhteistyö edellyttää yhteistä päämäärää, toisen työn tuntemista, työnjaon määrittelyä ja oman asiantuntijuuden sisäistämistä sekä yhteistyömenetelmien hallintaa (Collin ym. 2012, 31; Eloranta & Kuusela 2011). Koskela (2013, 100–103) mukaan moniammatillinen yhteistyö edellyttää alussa yhteistä aikaa, asennemuutosta, keskustelua, avointa ilma-

piiriä, kunnioitusta, rajojen ylityksiä ja asiantuntijuuden rajojen tunnistamista. Yhteistyön edistyessä se edellyttää reflektointia, johtamista, dialogisuutta ja vuorovaikutusta, yhteisen käsitteistön ja tavoitteet sekä työnjakoa ja ydinosaamista.

Isoherranen (2012, 19) toteaa, että moniammatillisesta yhteistyöstä on tullut ylätasoinen käsite, joka sisältää erilaisia määritelmiä ja näkökulmia riippuen määrittelijän orientaatiosta. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen voidaan ymmärtää päämääränä saada käytäntöön systeminen lähestymistapa, joka tuo moninäkökulmaisuuksien ja holismin päätöksentekoon. Esimerkiksi sosi- ja terveysalalla moniammatillisuus ilmenee asiantuntijoiden asiakaslähtöisenä, yhteisenä toimintana, jossa osaaminen jaetaan.

Payne (2000, 9) määrittelee moniammatillisen yhteistyön seuraavasti: ”Moniammatillinen, -tieteinen ja -toimijainen työ tarkoittaa sitä, että useat ammattiryhmät sopeuttavat roolejaan ja ottavat huomioon toiset ammattiryhmät, joiden kanssa he ovat vuorovaikutuksessa. Samalla he yhdistävät tietojaan, taitojaan ja toimijavastuitaan”. Isoherranen (2012, 14–15, 21–23) mukaan Payne korostaa moniammatillisessa yhteistyössä vastuuta. Moniammatilliseen yhteistyöhön liitetään keskeisinä sisältöinä asiakaslähtöisyys, vuorovaikutus, erilaiset roolimutokset, verkostot, keskinäinen riippuvuus, johtajuuden jakaminen ja yhdessä arviointi sekä kehittäminen. Toisin sanoen yhteistyöhön liitetään oleellisesti jakamisen, kumppanuuden keskinäisen riippuvuuden ja vallan käsitteet (D’Amour & Oandansan 2005). Kun näkökulmaerot perustellaan ja niistä keskustellaan, mahdollistuu uusien toimintamallien yhteiskehittäminen, mikä luo tilaa jatkavalle osaamiselle (Engeström 2004).

Moniammatillisuus mahdollistaa moniäänisyyden ja tulkintojen jatkuvan syventämisen samoin kuin vuorovaikutuksen, vastuun ja yhdessä kehittämisen. Moniammatillinen yhteistyö toteutuu harvoin niin kuin se määritellään. Sen sijaan voidaan puhua eri ammattiryhmien rinnakkain työskentelystä. Tällöin yhteistyö on koordinoitua ja osaaminen jaettua, mutta eri ammattiryhmät työskentelevät itsenäisesti omina ammattiryhminään. Aidossa moniammatillisessa yhteistyössä ammattiryhmien yhdyspinnat joustavat, kun vastuita jaetaan yli ammatillisten rajojen. (Collin ym. 2012, 32.)

Tki-hankkeissa kirjoitettavien tekstien tulee tukea työelämän kehittämistä. Kirjoittamisen yhteiskehittelyyn perustuvaa ja työelämän kehittämistä tukevaa yhteisöä voidaan kutsua ammatilliseksi asiantuntijayhteisöksi. (Lankinen & Vuorijärvi 2010, 254, 257–258.) Eri alojen kirjoittajien yhteen tuominen on tärkeää erityisesti siksi, että yksi henkilö ei voi koskaan hallita kaikkea aiheesta ja

asiasta (ks. Isoherranen 2012, 25). Sama henkilö voi olla usean eri alan ammattilainen, mutta kukaan ei voi yksin muodostaa moniammatillista yhteistyöryhmää. Lankisen ja Vuorijärven (2010, 258) mukaan kirjoittamiseen vaikuttavat ammatillisen asiantuntijayhteisön lisäksi vahvasti myös työyhteisön tavat kirjoittaa. Tässä artikkelissa moniammatillisella yhteiskehittelyllä tarkoitetaan erilaisen koulutuksen saaneiden kirjoittajien kykyä saattaa osaamisensa yhteiseen käyttöön (Pärnä 2012), sujuvaa vuorovaikutusta (Isoherranen 2012) ja yhteiskehittelyyn perustuvaa työskentelyä (D'Amour & Oandansan 2005). Moniammatillista yhteiskehittelyä kuvataan jaettuna asiantuntijuutena, jolloin hankekirjoittaminen edellyttää keskustelua, yhdessä ideointia, tehtävien ja vastuiden yhdistämistä (Collin ym. 2012, 32; Voorberg ym. 2015), pitkäkestoista kirjoittamisen kokonaissuunnittelua ja monenlaiseseen keskusteluun osallistumista (Lambert 2010).

#### 12.4 Moniammatillisuus hankeviestinnässä ja -kirjoittamisessa

Työyhteisöissä suullisen ja kirjallisen viestinnän tulee olla suunniteltua ja organisoitua, mikä käsittelee erilaisia sääntöjä, järjestelyjä ja viestintäkanavia. Hanketyöhön liittyvä viestintä muistuttaa työyhteisöjen normaaleja viestintärakenteita, mutta se on sovellettava kuhunkin hankkeeseen sopivaksi. (Ruuska 2007, 18, 57.) Hanke edellyttää myös laadukkaan viestintäjärjestelmän (Asikainen 2011, 23). Hankeorganisaatio koostuu yleensä projektipäälliköstä, ohjaus- ja projektiryhmästä, projektin asettajasta ja johtajasta sekä mahdollisista asiantuntijahenkilöistä sekä sidosryhmiin kuuluvista henkilöistä (Artto ym. 2006; Ruuska 2007, 128–129). Hanketyöskentelyssä viestintä on tiedon välittämistä ihmisten ja ryhmien välillä (Pelin 2009, 296). Usein hankeorganisaatioon kuuluu henkilöitä useista eri organisaatioista, mikä edellyttää hankkeeseen kuuluvilta henkilöistä viestintäosaamista. Viestinnän merkitys korostuu sitä enemmän, mitä laajamittaisemmasta hankkeesta on kysymys, ja mitä pienemmät mahdollisuudet henkilöillä on tavata kasvokkain. (Ruuska 2007.)

Johannessen ja Olsenin (2011, 30) korostavat, että hankkeen onnistumisen mittareina pidettyjen ajan, kustannusten ja laadun lisäksi tulee keskittyä viestintään, koska sen avulla voidaan oleellisesti vaikuttaa lopputuloksiin. Hankkeen onnistumista voidaan arvioida niin sanotun projektinhallinnan onnistumisen (aika, kustannus ja laatu) sekä yleisesti hankkeen onnistumisen (muun muassa hankkeen koordinointi, viestinnän tehokkuus, muutoksiin reagointi ja osallistujien tyytyväisyys hankkeeseen) näkökulmasta. Lisäksi on tärkeää ottaa huomioon tiedon luomisen ja levittämisen näkökulma. Hankeviestinnän tavoite on tukea hankkeen tavoitteiden saavuttamista ja edis-



tää muutosten aikaan saamista. Viestinnän tehtävä on myös toimia tiedon välittäjänä sidosryhmille ja innostaa sekä sitouttaa ihmisiä hankkeeseen. Viestintä on hankkeen tärkeä interventio ja voimavara, jonka avulla se integroidaan myös toimintakontekstiin (Ruuska 2007, 75).

Perinteisesti hankkeen kokonaisuudesta vastaa sille nimetty omistaja, johtaja tai ohjausryhmä ja toteutuksesta vastaa projektipäällikkö, jonka moninaiisiin rooleihin kuuluu myös tiedottajan ja viestintävastaa-van rooli (Mäntyneva 2016, 34). Usein hankkeen ongelmien taustalla on viestinnän epäonnistuminen. Perinteisesti projektipäällikön rooli tiedottajana on hankkeessa keskeinen ja hänen tulee sopia siihen kuuluvien henkilöiden kanssa, miten viestintä suunnitellaan, toteutetaan ja arvioidaan niin, että kaikilla eri toimijoilla on tarvittava tieto hankkeesta käytettävissä. Viestintää tapahtuu hankehenkilöstön lisäksi myös työelämän toimijoiden kanssa. Laadukas viestintä lisää motivaatiota ja ymmärrystä hankkeesta. (Pelin 2009, 294; Kettunen 2009, 33.)

Hankkeen viestinnässä korostuu Juholin (2011, 109–122) mukaan myös päivittäisviestintä, mikä tarkoittaa säännöllistä tiedon vaihtamista yhteisössä, joko fyysisessä tai virtuaalisessa ympäristössä. Hankkeen kaikkia viestimistarpeita ei pystytä tyydyttämään päivittäisviestinnän avulla, vaan hankkeelle tulee laatia viestintäsuunnitelma, jonka tulee ohjata hankehenkilöstön viestintää. Muun muassa Pelin (2009) korostaa tiedon käsittelyä varten laadittavan viestintäsuunnitelman tärkeyttä, jossa määritellään mistä, kuka, milloin ja kenelle tiedottaa. Viestintäsuunnitelman tarkoituksena on ensisijaisesti tiedottaa hankkeen etenemisestä. Siinä eivät korostu kirjoitussuunnitelman lailla hankkeessa tapahtuva kirjoittaminen tai sen avulla saavutettavat muutokset. Hankkeen viestintäsuunnitelmaa voidaan laajentaa käsittämään hankkeen viestintä- ja kirjoitussuunnitelmaksi. Pelinin (2009, 297) mukaan on muistettava, että jo ennen hankkeen asettamista tarvitaan viestintää, jonka tulee jatkua myös hankkeen jälkeen. Siksi on tärkeää määritellä hankkeen koko elinkaaren ajalle kirjoittamisen ja viestinnän tavoitteet ja käytännöt.

Lambert on (2010) kehittänyt ammattikorkeakoulun ja työelämän tki-hankkeissa tapahtuvaan kirjoittamiseen kirjoitussuunnitelman, jonka tarkoituksena on ohjata hanketoimijoita suunnittelemaan kirjoittamista. Kirjoitussuunnitelmalla tarkoitetaan toimijoiden yhdessä rakentamaa kokonaisuutta kirjoittamisen integroimiseksi hankkeeseen. Se on yhteiskehittelyn väline hankkeessa syntyvien tekstien jäsentämiseen, suunnitteluun ja toteuttamiseen. Sen avulla voidaan myös suunnitella tarvittavia resursseja ja tarkistaa niitä hankkeen edetessä. Lisäksi suunnitelma auttaa aikataulun suunnittelussa ja siinä pysymisessä. Hankkeessa kirjoittamisen pitää olla jatkuvaa, koko ajan toteutuvaa toimintaa eikä vasta hankkeen päätyttyä julkistettavaa raportointitekstiä toteutuneesta toiminnasta ja saavutetuista tuloksista. Kirjoitus-suunnitelma auttaa myös arvioimaan hanketta, ja sen säännöllinen tarkastelu erilaisilla hankkeen yhteiskehittelyn foorumeilla ja

tarvittaessa sen täydentäminen tuovat parhaiten esille sen hyödyt ja edut. Keskeistä kirjoitus-suunnitelman käytössä on hankkeen sisällöllinen kehittäminen uudenlaisten kirjoittamisen mallien ja muotojen suunnittelun lisäksi. Moniääninen yhteiskehittely ja monenlajiseen keskusteluun osallistuminen kirjoittamisen edistämiseksi hankkeessa tukee toimijoiden asiantuntijuuden kehittymistä yhteisölliseksi, uusien tilanteiden ja muutosten hallintaa ilmentäväksi asiantuntijuudeksi.

Moniäänisyys on vuoropuhelua ja eri näkökulmien esille tuomista (Lambert 2010, 56) yhteiskehittelyn eri tiloissa kuten projektikokouksissa, koulutuksissa, suunnittelupalavereissa ja sidosryhmätapaamisissa. Laadukkaan viestintä- ja kirjoitus suunnitelman laatimisessa on tärkeää aluksi luoda keskustelukulttuuri asioiden yhteiskehittelyn onnistumiseksi, jolloin kehittämisen kohdetta suunnitellaan yhdessä. Yhteiskehittelyä voidaan perustella hanketoimijoiden osallistamisella, resurssien tehokkaalla hyödyntämisellä ja uusilla ideoilla. Yhteiskehittämisen kohteet ja menetelmät voivat muuttua hankkeen aikana, mutta samalla se mahdollistaa osaamisen jakamisen avulla myös uudenlaisen ajattelun, osallisuuden kokemuksen kirjoittamiskulttuurin kehittymisen (ks. Kurkela & Airaksinen 2015). Harran (2014, 35) mukaan yhteistyön kannalta on tärkeää pyrkimys yhdessä toimimiseen ja halu edistää asioita.

Moniammatilliselle kirjoittamiselle on ominaista, että kirjoittajat pyrkivät löytämään yhteisen ymmärryksen, joka toimii avauksena keskustelulle (Isoherranen 2012, 51). Yhteisen, jaetun ymmärryksen jälkeen hankekirjoittamisessa annetaan tilaa erilaisten kirjoittajien äänille. Moniäänisyys voi tarkoittaa erilaisten tietojen, näkökulmien ja mielipiteiden lisäksi sitä, että hanketoimijat suunnittelevat ja kirjoittavat tekstiä yhdessä ja erikseen. Lopullinen teksti muodostuu, kun tekstin lukijat, ovat lukeneet ja kertoneet palautteen tekstistä. (Vanhanen-Nuutinen 2010, 97.) On hyvä muistaa, että tekstit eivät ole koskaan samanlaisia, vaan esimerkiksi muistio kokouksesta on erilainen kuin tiedote hankkeesta tai tarjouspyyntö asian-tuntijaluonnoista.

Aivan kuten perinteisessä hankkeen viestintäsuunnitelmassa niin myös kirjoitus suunnitelmassa tulee ottaa huomioon viestinnän sisältö ja menetelmät (mikä dokumenttimuoto), mikä on tekstin sisällön tarkoitus (miksi kirjoitetaan) ja kuinka usein viestitään, aikataulu (milloin kirjoitetaan), kenelle kirjoitetaan, missä teksti julkaistaan ja kuka vastaa tekstin tuottamisesta. On tärkeää miettiä kirjoitusta suunnitellessa erityisesti lukijoiden, kohderyhmän, näkökulmaa. Lisäksi on selvitetävä, mitkä ovat ne menetelmät ja julkaisufoorumit, joita viestinnässä käytetään. (Kettunen 2009, 171; Lambert 2010; Juholin 2011, 122–123, 204.) Suunnitelmassa pitää nimetä myös kirjoittamisen vastuut. Hankkeeseen liittyvät dokumentit ja julkaisut ovat keskeinen osa hankkeen hallintaa, mikä tekee osaltaan hanketta ja sen tuloksia tunnetuksi. Hankkeessa tuotetaan tekstejä moniin

eri tilanteisiin ja tilaisuuksiin, kuten esitelmiä seminaareihin, artikkeleita ja tiedotteita painettuihin ja sähköisiin julkaisuihin. (Artto ym. 2006, 232–234). Moniammatillisen yhteiskehittelyn ansiosta voidaan hyödyntää hanketoimintaan osallistuvien osaamista (Pärnä 2012) ja vuorovaikutusta (Isoherranen 2012; D’Amour & Oandansan 2005). Moniammatillisessa yhteiskehittelyssä ilmenee jaettu asiantuntijuus, jolloin hankekirjoittamisessa mahdollistuu kirjoittamisen kokonaisuunnittelu, vastuiden jakaminen ja monenlaiseseen keskusteluun osallistuminen (Collin ym. 2012, 32; Voorberg ym. 2015; Lambert 2010).

Hankkeessa on hyvä kirjoittaa eri tekstilajein eri välineisiin ja julkaisuihin. Kirjoittaja voi edustaa samanaikaisesti eri välineissä eri ääntä. Esimerkiksi hankkeen Internet-sivuille kirjoittaessaan henkilö on hankkeen edustaja, kun samasta hankkeesta sosiaaliseen mediaan kirjoittaessaan hän kirjoittaa todennäköisemmin asiantuntijana, mutta myös osin aiheesta kiinnostuneena yksityishenkilönä. Sähköisissä medioissa hankkeista kirjoitettu voi tavoittaa nopeasti tuhansia lukijoita, mikä on kirjallisille hankeraportteille yleensä mahdoton saavutus samassa ajassa. On tärkeää ottaa eri kirjoittamis- ja viestintävälineiden valinnassa huomioon teknologian saatavuus ja saavutettavuus lukijoiden ja hankkeen kohdejoukon keskuudessa. Viestintäkanavia voidaan jaotella interaktiiviseen, push - ja pull -tyyppiseen viestintään. Interaktiivinen viestintä tapahtuu kahden tai useamman henkilön välillä, jossa käytetään välineenä esimerkiksi puhelinta tai videoneuvottelua. Push -tyyppisellä viestinnällä viitataan tiedon välittämiseen rajatuille sidosryhmille esimerkiksi sähköpostitse tai paperidokumenttina. Pull -tyyppinen viestintä kuvaa tiedon lähettämistä suuralle joukolle esimerkiksi Internettiin. (A guide to the project management body of knowledge 2008, 254–256.)

Hankekirjoittamisen yksi ominaisuus on multimodaalinen esitys perinteisten kirjoitettujen tekstien rinnalla. Multimodaalisuus liittyy yhteen puheen, kirjoittamisen, äänen, musiikin ja lukemisen. (Lambert 2010, 59; Kaindl 2004, 173.) Pink (2001, 115–175) kuvaa multimodaalisuuden voimistumista ja monimutkaistumista ja sitä, miten esimerkiksi visuaalisessa etnografiassa on siirtynyt valokuvista videoihin ja hypermediaan ja miten kuvaan yhdistyy teksti, ääni tai muita merkityksellistämisen muotoja. Digitaalinen muutos vaikuttaa myös hanketyössä kirjoittamiseen, kun siinä on kyse uusista kirjoittamisprosesseista ja uudesta teknologiasta. Uudet digitaaliset ratkaisut merkitsevät sitä, etteivät perinteiset kirjoittamismuodot ja -foorumit riitä, koska asiakkaat, lukijat ja sidosryhmään kuuluvat siirtyvät digitaalisiin verkkoihin. (ks. Komulainen 2018, 102.)

Multimodaalisuus tuottaa hanketoimintaan läpinäkyvyyttä ja moniäänisyyttä, kun puhutaan hankkeiden dokumentoimisesta uudelleenlaisille kehittämisalustoille. Kirjoitetun tekstin siirtymää

painetuista teksteistä kohti multimodaalisuutta on mahdollistanut uudet informaatio- ja kommunikatioteknologiat (Lambert 2010; Komulainen 2018). Kirjoittaminen tulisi ymmärtää puheen, kirjoittamisen ja lukemisen ketjuna, joka muodostaa tekstuaalisen käytännön sisällön ja merkityksen. Verkkopohjaisille kehittämisalustoille rakennetuilla hankekirjoittamisen välineillä voidaan tukea kirjoittajien yhteiskehittelyyn perustuvaa multimodaalista keskustelua (ks. Vanhanen-Nuutinen & Lumme 2010). Korkeakoulujen opetukseen levinnyt Open Access -julkaiseminen ja erilaiset verkkopohjaiset oppimis- ja kehittämisalustat ovat avanneet uusia mahdollisuuksia hanketoimintaan liittyvälle multimodaaliselle esitykselle. Digitaalisuuden hyödyntämisessä pääpaino ei ole teknisissä taidoissa vaan siinä, miten digiteknologiaa voi käyttää hankekirjoittamisen tehostamiseksi ja uudistamiseksi (ks. Redecker 2017).

Multimodaalisuutta voidaan hyödyntää hanketyössä, kun se tarjoaa jokaiselle toimijalle mahdollisuuden käyttää multimodaalisen viestinnän elementtejä kuten kuvaa, ääntä ja liikettä. Multimodaalisuus tarjoaa vaihtoehtoja eri lukijoiden tavoittamiseen esimerkiksi hankkeen Internet-sivuilla, Facebookissa ja Twitterissä. On tärkeää pohtia, miten hankkeessa kirjoittamalla voidaan edistää työn ja muutosten näkyväksi tekemistä ja niiden käsitteellistämistä. Esimerkiksi työtä tallioivat kuva-aineistot saattavat avata uusia mahdollisuuksia myös hankekirjoittamisessa. (ks. Kress & van Leeuwen 2001.) Vuorovaikutteisen verkkoympäristön pedagogisia mahdollisuuksia ei ole vielä täysimääräisesti hanketyössä hyödynnetty.

Viestintä- ja kirjoitus suunnitelman laatiminen on hankekirjoittamisen kehittämisessä strategisesti tärkeää, koska kirjoittamista ja julkaisemista ei yleensä suunnitella kehittämistyön prosessiin liittyvänä, vaan kirjoittaminen tapahtuu hankeprosessista irrallaan: kirjoitetaan hankkeesta, mutta ei hankkeessa (Lambert 2005; 2010). Moniäänisesti, eri moodeja ja aloja edustaen kirjoitettu teksti on aina kokoelma kompromisseja. Isoherranen (2012, 51–52) toteaa, että moniammatillisessa yhteiskehittelyssä ryhmä kirjoittajia pyrkii löytämään yhdessä kirjoittamalla parhaan mahdollisen tuloksen. On hyvä huomata, että kukaan ei ole kirjoittajana tai oman alansa asiantuntijana valmis. On selvää, että hankkeessa kirjoittaminen ei onnistu, jos kirjoittamisen ilmapiiri ei ole salliva, mikä on yksi moniammatillisen kirjoittamisen keskeisimmistä periaatteista. Osborne, Stroskosch ja Radnor (2018) toteavat, että yhteiskehittämisen arvo ilmenee toimijoiden ja yhteisöjen tarpeiden tyydyttymisenä ja kyvykkyyksien kehittymisenä eli arvo on vuorovaikutuksessa syntyvä kokemus. Toisin sanoen, kun yhteiskehittämisen kokemus tukee toimijoiden tarpeita, odotuksia ja toiveita, sitä arvokkaammaksi yhdessä kirjoittaminen koetaan. Moniammatillinen yhteiskehittely kirjoittamisessa voi parhaimmillaan tukea hanketoimijoiden osaamisen kehittymistä yhteisölliseksi, uusien tilanteiden ja muutosten hallintaa ilmentäväksi asiantuntijuudeksi.

## 12.5 Johtopäätökset ja pohdinta

Artikkelissa kuvattiin sitä, miten moniammatillinen yhteiskehittely ilmenee hankekirjoittamisessa. Yhteiskehittelyssä on jotain ainutlaatuista, mikä vahvistaa kirjoittajien osallisuutta ja resurssien optimaalista hyödyntämistä. Moniammatillista yhteiskehittelyä on edistänyt ennen kaikkea muutos työelämän ja am-mattikorkeakoulun välisissä suhteissa. Tällaisissa uudenaikaisissa yhteiskehittelyn suhteissa on mahdollisuus siihen, että se tuottaa jotain ennakoimatonta ja uutta. Hankekirjoittamiseen liittyvä yhteiskehittely on myös kulttuurinen muutos, mikä pakottaa hahmottamaan ja kehittämään kirjoittamista suunnitelmalliseksi tki-toiminnan aikaiseksi prosessiksi, missä huomioidaan lukija- ja asiakaslähtöisyys. Tutkimus- ja kehittämistyötä käsittelevissä teoksissa hankkeen kirjoittamista kuvataan yhä ensisijaisesti hankkeen lopussa kuvattavana loppuraporttina. Kirjoittamista ja julkaisemista ei suunnitella hankkeen kehittämistyön kokonaisuuteen kuuluvana asiana, vaan kirjoittaminen tapahtuu kehittämis- ja työprosesseista irrallaan. Kirjoittaminen on kohdistunut hankkeen eri vaiheiden kuvaamiseen ja tulosten esittelyyn. (Lambert 2010; Pikkarainen 2010, 184.)

Isoherrasen (2012, 19, 63) mukaan erilaisten työkulttuurien kehittäminen yhteistyöhön perustuvaksi edellyttää, että ymmärrystä moniammatillisen yhteistyön hyödyistä lisätään. Yhdessä kirjoittaminen ja sen kehittäminen edellyttävät osaamisen lisäksi kykyä ymmärtää kirjoittajakumppaneita myös tunnetasolla. Yhteistyöhön vaikuttaa kirjoittajien aikaisemmat tavat kirjoittaa ja sovitut kirjoittamisen pelisäännöt. Kirjoitussopimuksen yhdessä laatiminen näyttäytyy moniammatillisessa hankekirjoittamisessa erityisen tärkeänä. (Vanhanen-Nuutinen 2010, 97).

Artikkeli pyrkii osaltaan vastaamaan hankekirjoittamisen moniammatilliseen näkökulmaan. Hankekirjoittamisessa yhteistyö kulminoituu kirjoittamisen moniääniseksi ja pitkäkestoiseksi yhteiskehittelyksi monenlaisten tekstien ja multimodaalisten "keskustelujen" äärellä. On hyvä muistaa, että kirjoitetut tekstit ovat vain jäävuoren huippu, sillä mitättömältä näyttävä ohjelappu edellyttää jo ideointia, luonnostelua, palautetta, muokkausta ja oikolukua. Hankkeessa kirjoittaminen rikkoo perinteistä tapaa kirjoittaa vain hankkeen päättyessä. Hankkeen kohdeyleisölle kirjoittaminen eri välineisiin ja julkaisuihin on haastavaa, mutta samalla se avaa mahdollisuuden tuoda asiaa yhdellä kertaa aiempaa laajemman lukijakunnan tietoisuuteen. Esimerkiksi kuntalaiset ovat Lankisen ja Vuorijärven (2010) mukaan asiakkaita, jotka haluavat tietää, mitä hankkeilla on saatu aikaan, ja miten hankkeissa opittua voidaan hyödyntää tulevaisuudessa.

Moniäänisyys on hankekirjoittamisen voimavara, mutta se on voimavara myös työelämän ja korkeakoulujen yhteistyössä. Yhteistyön tärkeys työelämän ja korkeakoulujen välillä korostuu, kun

sen avulla mahdollistetaan oppiminen niin opiskelijoille, työelämäkumppaneille kuin opettajille. Työelämän näkökulmaa vahvistavien käytänteiden kehittäminen ja vakiinnuttaminen korkeakouluhin tai päinvastoin ei ole ongelmaton. Työelämärelevanssin kehittämisessä voidaan korostaa muun muassa työelämän osaamistarpeiden ennakointia paikallisesti ja alueellisesti (Hanhijoki, Katajisto, Kimari & Savioja 2011). Esimerkiksi hankekirjoittamisen avulla voidaan ratkaista kuvattua kaltaista kehittämistä. Vanhanen-Nuutisen (2010, 85) mukaan hankekirjoittamisen rajat eri toimijoiden välillä ovat madaltuneet ja muuttuneet. Muutokset avaavat mahdollisuuksia hankkeissa ja työelämän rajapinnoilla työskentelevien hyödyntää osaamistaan monipuolisesti.

Eri alojen ja organisaatioiden rajojen ylittäminen tai limittäminen tulisi tapahtua luontevasti niin, että moniäänisyydestä tulisi hankekirjoittamisen normi. Hankekirjoittamisen toimintamallien moniammatillinen yhteiskehittely luo perustaa jaetun osaamisen kehittymiselle. Kirjoittaminen auttaa tunnistamaan myös oman työyhteisön kehittämisen tilaa. Teksteistä välittyvä kokemuksellinen tai hiljainen tieto vahvistaa työntekijän motivaatiota kehittämistyöhön ja edistää osaamisen jakamisen merkitystä. Hankekirjoittaminen voi olla kirjoittajien yhteinen kehitymis- ja muutokset kertomus, joka avaa yhden väylän asiantuntijuuden kehittymiseen. Hankekirjoittaminen on asennetta ja taitoa, jonka voi oppia.

Hanketyössä katseen suuntaaminen tulevaisuuteen, hankkeen jälkeiseen aikaan, korostuu. Erityisesti työelämässä hankkeen hyvien käytäntöjen tai toimintaa kehittävien muutosten silloittaminen, ankkuroiminen ja vakiinnuttaminen osaksi organisaation toimintaa koetaan yhä tärkeämmäksi. Hankkeiden tuomista osaksi organisaation toimintaan toivovat myös kuntalaiset, mutta myös kunnan viranhaltijat ja luottamushenkilöt esittävät yhä useammin kysymyksen ”mitä tapahtuu hankkeen päätyttyä?” (Jurmu 2019). Kiristyvä taloudellinen tilanne pakottaa organisaatiot, samoin kuin yhteisöt ja kunnat, harkitsemaan aiempaa tarkemmin osallistumista hankkeisiin. Jokaisen maksavan hankkeen toivotaan jättävän maksajalle ”kättä pidempää”: näkyvien ja mitattavissa olevien tulosten lisäksi kykyä ymmärtää ja tehdä asiat toisin.

Opetus ja oppiminen on siirtynyt perinteisestä luokasta osin virtuaalisiin sekä työelämän ja korkeakoulujen erilaisiin autenttisiin oppimisympäristöihin, mikä mahdollistaa moninaista yhteistyötä ja -kehittelyä myös muissa asioissa kuin hankekirjoittamisessa. Käytännössä tämä tarkoittaa erilaisten digitaalisten sovellusten ja virtuaalitodellisuuden hyödyntämistä. Digitaalisilla teknologiavälineillä voidaan luoda virtuaalisia yhteyksiä ja oppimisympäristöjä. Tämä artikkeli on yhteiskehittelyn mukaisesti suunniteltu ja kirjoitettu OneDrivessä.

Digitaalisuudesta puhuttaessa on hyvä muistaa, että verkossa fyysisellä sijaintipaikalla ei ole merkitystä, joten mikä tahansa tiedosto voi sijaita millä palvelimella tahansa. Hankekirjoittamisen multimodaalisuuteen sisältyy lisäksi useita ”kätkemättömiä helmiä”. Puheen, kirjoittamisen, äänen, musiikin ja lukemisen yhdistämisessä on lukuisia mahdollisuuksia ja variaatioita, joiden hyödyntämisessä kirjoittamiseen keskittynyt hankekirjoittaminen edistyy. Alati kehittyvä teknologia tarjoaa hankkeessa kirjoittaville uusia välineitä ja kanavia, ja haastaa samalla huomioimaan sen, että kohdeyleisö tavoitetaan. Multimodaalisuus ei saa mennä hankekirjoittamisessa saavutettavuuden tai ymmärrettävyyden edelle. Pinkin (2001) mukaan historiallisesta näkökulmasta arvioituna suullinen ja visuaalinen viestintä on edeltänyt kirjoitetun ja painetun sanan valtakautta. Nyt sykli on pyörähtänyt täyden kierroksen ja kulttuuri on jälleen audiovisuaalisten viestien värittä-mää. Mitä tarpeita teknologinen muutos asettaa hankekirjoittamiselle?

Vuorovaikutteinen verkkoympäristö hankekirjoittamisen pedagogisena välineenä on kehitty-mässä. Sen eri mahdollisuuksia ei ole vielä hyödynnetty. Kokemuksemme perusteella mahdolli-suuksia verkkovälitteiseen yhteiskirjoittamiseen kuitenkin on. Ne liittyvät muun muassa tekstien julkaisemiseen nopeasti ja teknisesti yksinkertaisella tavalla. Diakblogi on esimerkki vuorovaikut-teisesta verkkoympäristöstä (Alavaikko 2010). Viestintäteknologinen osaaminen on tärkeä osa työtä, mihin kuuluu tietokoneen käyttötaidot. Digitaalinen tiedonkäsittely edellyttää hankekirjoit-tamisessa taitoa hahmottaa, tallentaa, muokata ja jakaa sekä tekstiä, kuvia että videoita. Artik-kelin kirjoittaminen herätti lukuisia kysymyksiä hankekirjoittamisen kehittämiseksi. Miten ohjata moniammatillisesti toteutuvan hankekirjoittamisen kirjoittamisprosesseja verkkoympäristössä? Miten ohjata organisaatorajat ylittäviä digitaalisesti välittyviä yhteiskehittelyjä esimerkiksi blo-gialustalla?

## 12.6 Lähteet

A guide to the project management body of knowledge. 2018. Project Management Institute. Pennsylvania. Project Management Institute, Inc.

Alavaikko, M. 2010. Blogi-pohjaisen verkkojulkaisun käyttö ammattikorkeakouluopetuksessa. Te-oksessa P. Lambert, & L. Vanhanen-Nuutinen (toim.) Hankekirjoittaminen–välineitä hanketoimin-taan ja opinnäytetyöhön. Haaga-Helian julkaisusarja 1. Multiprint: Helsinki. 319–337.

Artto, K. Martinsuo, M. & Kujala, J. 2006. Projektiliiketoiminta. WSOY: Helsinki.

Asikainen J. 2011. EU-rakennerahastoprojektin arkipäivän haasteet projektijohtamisen näkökul-masta. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 17.4.201 <https://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/82430/gradu04950.pdf?sequence=1>

- Collin, M., Valleala, U., Herranen, S., Paloniemi, S. & Pyhälä-Liljeström, P. 2012. Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49 (1), 31–43.
- D'Amour, D. & Oandansan, I. 2005. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and inter-professional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care* 19 (1), 8–20.
- Eloranta, S. & Kuusela, M. 2011. Moniammatillinen yhteistyö – katsaus suomalaisiin oppinäytetöihin. *Tutki-va hoitotyö* 9 (3), 4–13.
- Engeström, Y. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Vastapaino: Helsinki.
- Engeström, Y. 2005. Development work research. Expanding activity theory in practice. Berlin. Lehmanns Media.
- Hanhijoki, I., Katajisto, J., Kimari, M. & Savioja, H. 2011. Koulutus ja työvoima kysyntä 2025- Ennakkotuloksia tulevaisuuden työpaikoista ja koulutustarpeista. Helsinki. Opetushallitus.
- Harra, T. 2014. Terapeuttinen yhteistoiminta. Asiakkaan osallistumisen mahdollistaminen toimintaterapiassa. *Acta Electronica Universitatis Lapponiensis* 156. Acta Electronica Universitatis Lapponiensis 156. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Rovaniemi. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-484-772-8>
- Hietala, O. & Rissanen, P. 2017. Yhteiskehittäminen uudenlaisen vastavuoroisuuden virittäjänä. Teoksessa A. Pohjola, M. Kairala, H. Lyly & A. Niskala (toim.) *Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa*. Tampere. Vastapaino. 167–180.
- Hyvärinen, M. 2002. Kirjoittaminen toimintana. Teoksessa M. Kinnunen & O. Löytty (toim.) *Tieteellinen kirjoittaminen*. Tammer-Paino Oy: Tampere. 65–80.
- Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 18. Sosiaalipsykologia. Unigrafia: Helsinki.
- Johannessen, J-A. & Olsen, B. 2011. Projects as communicating systems: Creating a culture of innovation and performance. *International Journal of Information Management* 31(1), 30–37.
- Juholin, E. 2011. *Communicare! Viestintä strategiasta käytäntöön*. Infoviestintä: Helsinki.
- Jurmu, L. Millaista asiantuntijuutta uudistuvissa kunnissa tarvitaan? *Focus Localis* 47 (3), 5–24.
- Kaindl, K. 2004. Multimodality in the translation of humour in comics. Teoksessa E. Ventola, C. Cassidy & M. Kaltenbacher (toim.) *Perspectives on Multimodality*. Amsterdam: John Benjamins. 173–192.
- Kettunen, S. 2009. *Onnistu projekteissa*. WS Bookwell Oy: Juva.
- Kniivilä, S. & Lindblom-Ylänne, S. & Mäntynen, A. 2007. *Tiede ja teksti. Tehoa ja taitoa tutkielman kirjoittamiseen*. Wsoy: Helsinki.
- Komulainen, M. 2018. *Menesty digimarkkinoilla*. Helsingin seudun kauppakamari/Helsingin Kamari Oy: Helsinki.
- Koskela, S. 2013. ”Mie teen vaan oman työni”. Toimintatutkimus moniammatillisen yhteistyön ja ohjausosaamisen kehittämisestä. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 477. Jyväskylän yliopisto: Jyväskylä.
- Kress, G. & van Leeuwen, T. 2001. *Multimodal Discourse: The Modes and Media of Contemporary Communication*. Arnold. Oxford University Press: London.



- Kurkela, K. & Airaksinen, J. 2015. Asukasosallistuminen. Tampereella: kokemusasiantuntijoita ja postin-kantajia. *Kunnallistieteellinen Aikakauskirja* 43 (2), 166–188. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1759555>
- Kämäräinen, J. & Lepistö, M. 2010. Kirjoitussuunnitelma ja Wiki uudistavat opinnäytetyötä. Teoksessa P. Lambert, & L. Vanhanen-Nuutinen (toim.) *Hankekirjoittaminen–välineitä hanketoimintaan ja opinnäytetyöhön*. Haaga-Helian julkaisusarja 1. Multiprint: Helsinki. 266–288.
- Lambert, P. 2010. Hankekirjoittamisen malli muotoutuu. Metodologista tarkastelua. Teoksessa P. Lambert, & L. Vanhanen-Nuutinen (toim.) *Hankekirjoittaminen–välineitä hanketoimintaan ja opinnäytetyöhön*. Haaga-Helian julkaisusarja 1. Multiprint: Helsinki. 12–80.
- Lambert, P. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2005. Kirjoittamisen genren kehittäminen. Teoksessa L. Vanhanen-Nuutinen & P. Lambert (toim.) *Hankekeesta julkaisuksi. Kirjoittaminen ammattikorkeakoulun ja työelämän kehityshankkeissa*. Helsinki: Edita Oy, 13–43.
- Lankinen, P. & Vuorijärvi, A. 2010. Kohti ammatillisen asiantuntijayhteisön voimagenrejä. Teoksessa P. Lambert & L. Vanhanen-Nuutinen (toim.) *Hankekirjoittaminen–välineitä hanketoimintaan ja opinnäytetyöhön*. Haaga-Helian julkaisusarja 1. Multiprint: Helsinki. 252–264.
- Latvala, J., Peltonen, E. & Saresma, T. 2004. Tutkijat kertovat, konventiot murtuvat? Teoksessa J. Latvala, Peltonen, E. & Saresma, T. (toim.) *Tutkija kertojana. Nykykulttuurin tutkimuskeskuksen julkaisuja* 79. Jyväskylän yliopisto. 17–55.
- Launis, K. 1997. Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa J. Kirjonen, P. Remes & A. Eteläpelto (toim.) *Muuttuva asiantuntijuus. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä*. 122–133.
- Leino, K. & Torvelainen, P. 2011. Kirjoittamisen taito on asiantuntijan avaintaitoja. *Kasvatus* 42 (4), 382–385.
- Lunkka, N. & Suhonen, M. 2015. Ambiguous meanings of projects as facilitators of sense giving in hospitals. *Journal of Nursing Management* 23(7), 842–850.
- Lunkka, N., Suhonen, M. & Turkki, L. 2015. Sairaalan projektit merkitysten materialisoitumisen areenoina – ylihoitajien kokemuksia muutosprosesseista. *Hallinnon Tutkimus* 34(3), 233–248.
- Mäntyneva, M. 2016. *Hallittu projekti - Jäntevästä suunnittelusta menestykselliseen totutukseen*. Helsingin Kamari Oy: Helsinki.
- Osborne, S., Strokosch, K. & Radnor, Z. 2018. Co-production and the co-creation of value in public services. Teoksessa T. Brandsen, T. Steen & B. Verschuere (toim.) *Co-production and Co-creation. Engaging Citizens in Public Services*. Routledge: London. 18–26.
- Payne, M. 2000. *Teamwork in Multiprofessional Care*. Palgrave: New York:
- Pelin, R. 2009. *Projektihallinnan käsikirja*. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.
- Pikkarainen, A. 2010. Keskustelua, kehittämistä, käsitteellistämistä ja kirjoittamista – 4K-periaatteet työelämäläheisessä hankekirjoittamisessa. Teoksessa P. Lambert, & L. Vanhanen-Nuutinen (toim.) *Hankekirjoittaminen–välineitä hanketoimintaan ja opinnäytetyöhön*. Haaga-Helian julkaisusarja 1. Multiprint: Helsinki. 167–184
- Pink, S. 2001. *Doing visual ethnography*. Thousand Oaks: London. New Delhi: Sage.
- Pärnä, K. 2012. Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina – Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Turun yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto julkaisuja SARJA - SER. C OSA - TOM. 341. Uniprint Oy: Turku.
- Redecker, C. 2017. *European framework for the digital competence of educators*. European Union. Publications Office of the European Union: Luxemburg. DigiCompEdu DOI: 10.2760/159770

Ruuska, K. 2007. Pidä projekti hallinnassa. Suunnittelu, menetelmät ja vuorovaikutus. Gummerus Oy: Helsinki.

Suomalaisten internetin käyttö. 2019. Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö. Suomen virallinen tilasto (SVT). Helsinki: Tilastokeskus. Saatavilla [http://www.stat.fi/til/sutivi/2019/sutivi\\_2019\\_2019-11-07\\_kat\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/sutivi/2019/sutivi_2019_2019-11-07_kat_001_fi.html)

Törrönen, J. 2002. Tieteellisen tekstin rakenne. Teoksessa M. Kinnunen & O. Löytty (toim.) Tieteellinen kirjoittaminen. Tammer-Paino Oy: Tampere. 29–49.

Vanhanen-Nuutinen, L. 2010. Työelämälähtöisyys hankekirjoittamisessa. Teoksessa P. Lambert & L. Vanhanen-Nuutinen (toim.) Hankekirjoittaminen – välineitä hanketoimintaan ja opinnäytetyöhön. Haaga-Helium julkaisusarja 1. Multiprint: Helsinki. 83–105.

Vanhanen-Nuutinen, L. & Lumme, R. 2010. Kirjoitussopimus yhteiskirjoittamisen välineenä työelämälähtöisessä kehittämistyössä. Teoksessa P. Lambert & L. Vanhanen-Nuutinen (toim.) Hankekirjoittaminen–välineitä hanketoimintaan ja opinnäytetyöhön. Haaga-Helium julkaisusarja 1. Multiprint: Helsinki. 136–151.

Voorberg, W. H., Bekkers, V. & Tummers, L. G. 2015. A systematic review of co-creation and co-production: embarking on the social innovation journey. *Public Management Review* 17 (9), 1333–1357.

