

OPPIMATERIAALEJA

PUHEENVUOROJA

RAPORTTEJA 104

TUTKIMUKSIA

Marjale von Schantz, Heini Toivonen & Kaija Lind (toim.)

ASiantuntijana terveysalan muuttuvilla työmarkkinoilla

Aluevaikuttavuutta ASTE-projektilla



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPPIMATERIAALEJA

PUHEENVUOROJA

RAPORTTEJA 104

TUTKIMUKSIA

Marjale von Schantz, Heini Toivonen & Kaija Lind (toim.)

ASIAANTUNTIJANA TERVEYSALAN MUUTTUVILLA TYÖMARKKINOILLA

Aluevaikuttavuutta ASTE-projektilla



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Elinkeino-, liikenne- ja
ympäristökeskus

Vipuvoimaa
EU:lta
2007-2013

TURUN AMMATTIKORKEAKOULUN
RAPORTTEJA 104

Turun ammattikorkeakoulu
Turku 2011

ISBN: 978-952-216-179-6 (painettu)

ISSN: 1457-7925 (painettu)

Painopaikka: Tampereen Yliopistopaino – Juvenes Print Oy, Tampere 2011

ISBN: 978-952-216-180-2 (PDF)

ISSN: 1459-7764 (elektroninen)

<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161802.pdf>



SISÄLTÖ

ESIPUHE	5
---------	---

ASTE-PROJEKTI	7
---------------	---

Marjale von Schantz, Heini Toivonen & Kaija Lind

TYÖPROSESSIEN KEHITTÄMINEN

HOITOTYÖN KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN	12
------------------------------------	----

Marjo Salmela, Johanna Ritvanen & Minna Ylönen

RAPORTOINNIN KEHITTÄMINEN	22
---------------------------	----

Tiina Pelander & Soili Kirjonen

TYÖKÄYTÄNTEIDEN YHDENMUKAISTAMINEN

VIERIANALYTIIKAN JA VERINÄYTTEENOTON KOULUTUKSEN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS	34
---	----

Raini Tuominen, Taina Soini & Minna Ylönen

AKUUTTIIEN TILANTEIDEN HALLINTA JA ELVYTYSSOSAAMINEN	41
--	----

Seli Toivonen, Satu Jaatinen & Aila Ruuth-Setälä

LÄÄKITYSTURVALLISUUS JA SEN EDISTÄMINEN	47
---	----

Päivi Erkko, Katja Ojanperä, Satu Pirttisalo & Tiina Turja

TURVALLISEN LÄÄKEHOIDON KEHITTÄMINEN YHTENÄISTÄMÄLLÄ OPISKELIJA-OHJAUSTA	58
---	----

Riikka Teuri & Anne Isotalo

PALVELUJEN KEHITTÄMINEN

PITKÄAIKAISTYÖTTÖMIEN TERVEYSPALVELUJEN KEHITTÄMINEN 64

Kristiina Viljanen, Hilkka Ipatti & Leena Savunen

PAKOLAISTEN JA TURVAPAIKANHAKIJOIDEN TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN EDISTÄMINEN 75

*Arja Nylund, Sanna Elovirna, Jouni Halonen, Veli-Pekka Luukinen
& Heimo Nurmi*

OSAAMISEN JOHTAMINEN

LABORATORIOHOITAJIEN OSAAMISEN KARTOITUS 88

Soile Kemi, Heli Heinonen, Hannele Joukas & Benita Paloheinä

LAAJA-ALAISTEN HOITOTYÖN TEHTÄVIEN KARTOITUS JA
ORGANISOINTI 97

Tiina Nurmela & Anne Isotalo

ESIPUHE

Ammattikorkeakoulun keskeisiin tehtäviin kuuluvat oman toiminta-alueen elinvoimaisuuden ja työelämän laadukkaan toiminnan tukeminen. Parhaimmillaan koulutuksen kehittäminen ja työyhteisöjen toiminnan kehittäminen toimivat kiinteässä vuorovaikutuksessa toisiaan hyödyttäen.

Asiantuntijana terveysalan muuttuvilla työmarkkinoilla -projektissa Turun ammattikorkeakoulun Terveysala-tulosalueen kymmenen opettajaa sijoittui työelämäorganisaatioihin kolmeksi kuukaudeksi. Se mahdollisti organisaatioiden toiminnan tarkastelun sisältäpäin ja tarttumisen havaittuihin kehittämistarpeisiin yhteistyössä. Opettajat veivät työorganisaatioihin pedagogisen ja kehittämisosaamisensa, mitkä yhdistettynä työpaikkojen vahvaan substanssiosaamiseen ja toiminnan syvälliseen tuntemukseen tuottivat merkittäviä uusia ajatuksia, keskusteluavauksia ja toimintamalleja. Samalla saatiin lisää tietoa niistä suunnista, joita tulee ottaa huomioon koulutusta kehitettäessä.

Tässä julkaisussa esitellään hankkeen tuloksina kehitettyjä innovaatioita sekä kehittämistapoja, joiden avulla terveysalan työelämän ja koulutuksen välisiä raja-aitoja saadaan edelleen matalammiksi. Projektissa syntyneitä yhteistyömalleja kehitetään edelleen, ja niitä voidaan hyödyntää myös muiden organisaatioiden kanssa toteutettavissa kehittämishankkeissa sekä koulutuksen uudistamisprosesseissa.

Turussa 27.2.2011

Kaija Lind

Koulutusjohtaja
Terveysala-tulosalue
Turun ammattikorkeakoulu

ASTE-PROJEKTI

Marjale von Schantz, TtT, T&K-päällikkö, Turun ammattikorkeakoulu
Heini Toivonen, KM, hankesuunnittelija, Turun ammattikorkeakoulu
Kaija Lind, KL, VTM, SHO, koulutusjohtaja, Turun ammattikorkeakoulu

TAUSTAA

Terveydenhuollon asiakkailla on lainmukainen oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, joka perustuu parhaaseen olemassa olevaan tietoon. Tutkimusten mukaan tässä on kuitenkin kehitettävää. Niin terveysalan työelämässä tarvittava osaaminen kuin terveysalan koulutuskin ovat jatkuvassa murroksessa. Alan palvelujärjestelmässä työskentelevät ammattihenkilöt kokevat riittämättömyyttä luotettavan näytön hankkimisessa ja soveltamisessa, kun taas koulutusorganisaatioissa työskentelevillä opettajilla on samankaltaisia tunteuksia osaamisensa ajantasaisuuteen ja nykypäivän terveysongelmien autenttiseen kohtaamiseen liittyen. Opiskelijat puolestaan kokevat ristiriitaisuuksia teoriaopintojen sekä ammattikorkeakoulussa ja työelämän eri ympäristöissä toteutuvien harjoittelujen välillä. Terveysalan työelämäorganisaatioilla on monesti myös riittämättömästi resursseja tarttua kehittämistarpeisiin.

Edellä kuvattuihin näkökohtiin perustuen Turun ammattikorkeakoulun Terveysala-tulosalueella virisi ajatus projektista, jossa ongelmia ratkottaisiin yhteistyössä työelämän kanssa. Projektin tarpeesta oli keskusteltu useiden terveysalan toimijoiden kanssa erityisesti tilanteissa, joissa etsittiin parhaita ratkaisuja ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmien kehittämiseen, opiskelijoiden harjoittelujaksojen toteutukseen, osaamisen arviointiin sekä yhteisten tutkimus- ja kehittämishankkeiden työstämiseen. Yhteisenä toiveena oli, että projektin myötä avoimuus lisääntyisi ja toiminnasta tulisi siten entistä läpinäkyvämpää terveysalan työelämän ja koulutuksen välillä.

YHTEISTYÖHÖN WIN-WIN-PERIAATTEELLA

Asiantuntijana terveysalan muuttuvilla työmarkkinoilla (ASTE) -projekti suunniteltiin omalta osaltaan vastaamaan terveysalan nopeasti muuttuvan työelämän tarpeisiin tarjoamalla alan opettajien pedagogista ja sisällöllistä asiantuntijuutta toimintamallien ja -sisältöjen kehittämiseen sekä uusien koulutuksen ja työelämän välisten yhteistyömuotojen synnyttämiseen. Projekti käynnistyi 1.10.2009 ja sen pääasiallisena rahoittajana oli Varsinais-Suomen elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskus Euroopan sosiaalirahaston tuella. Projektin avulla pyrittiin edistämään parhaan mahdollisen hoidon toteutumista terveyspalvelujärjestelmän asiakkaille tuomalla tutkimusnäyttöön perustuva toiminta entistä luontevammaksi osaksi käytännön työtä. Se tavoitteli samalla alan toimijoiden ja -opettajien verkostoitumisen vahvistumista, uusien toiminta- ja oppimismallien kehittämistä, työpaikkojen merkityksen korostamista oppimisympäristöinä sekä pysyvien työelämän ja koulutuksen kehittymistä mahdollistavien yhteistyö- ja arviointimallien aikaansaamista.

Käytännössä projektin muodostivat Turun ammattikorkeakoulun Terveysalatulosalueen kymmenen opettajan kolmen kuukauden mittaiset työelämän kehittämisjaksot varsinaissuomalaisissa terveysalan organisaatioissa vuonna 2010. Koska osallistujien määrä oli rajallinen, valinnassa noudatettiin etukäteen määriteltäviä kriteereitä niin pedagogisen kuin sisällöllisen asiantuntijuuden suhteen. Lisäksi pyrittiin mahdollisimman kattavaan edustukseen suhteessa tulosalueen koulutusohjelmiin. Projektissa mukana olleet työelämäorganisaatiot olivat Turun sosiaali- ja terveystoimi, Salon aluesairaala, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (Turun yliopistollinen keskussairaala), TYKSLAB (verkostoitunut laboratorio, osa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän Tyks-Sapa liikelaitosta) ja Turun vastaanottokeskus (Suomen Punainen Risti).

Kehittämisjaksoja varten kartoitettiin yksilölliset, työpaikka- ja koulutusohjelmakohtaiset tavoitteet. Jaksojen aikana opettajat perehtyivät alan työtehtäviin ja kehittämistarpeisiin sekä suunnittelivat ja valmistelivat tutkimus- ja kehityshankkeita yhdessä työelämän toimijoiden kanssa. Yhteistyössä mukana olleiden varsinaissuomalaisten organisaatioiden kanssa opettajat 1) kehittivät terveysalan prosessien sisältöjä ja rakenteita sekä malleja niiden arvioimiseksi, 2) saattoivat tutkimustietoa ja siihen perustuvia parhaita käytäntöjä osaksi työn toteutusta, 3) sitoutuivat pitkäjänteiseen kehittämis-yhteistyöhön, 4) hyödynsivät erilaisia toiminta- ja oppimistapoja sekä yhteistyömuotoja ja 5) vahvisti-

vat työelämän ja koulutuksen välisiä verkostoja. Projektin etenemistä ohjasi ja valvoi sille asetettu ohjausryhmä.

ALUEKEHITYSTÄ ASTE-PROJEKTILLA

ASTE-projektin kymmenen terveyttä, hyvinvointia ja osaamista Varsinais-Suomessa edistävää työelämän kehittämisjaksoa olivat keskenään erilaisia, mutta lähtivät silti liikkeelle samoista lähtökohdista ja samoin perustavoittein. Jaksot pyrkivät kukin osaltaan kehittämään työyhteisöjä entistä laadukkaammiksi työpaikoiksi niin nykyisille kuin tuleville terveysalan asiantuntijoille. Ne pyrkivät myös edistämään työelämän osaamistarpeiden nopeitakin muutoksia ennakoivien ja joustavasti toteutettavien toiminta- ja opetussuunnitelmien sekä uudenlaisten oppimisympäristöjen kehittymistä. Lisäksi ne pitivät yllä opettajien omaa kliinistä asiantuntijuutta.

Kehittämisjaksoilla keskityttiin neljään pääteemaan: 1) Työprosessien kehittämisessä tarkastelun kohteena olivat toimintojen kirjaamisen ja raportoinnin kehittäminen. 2) Työkäytänteiden yhdenmukaistamisessa painoalueena oli potilasturvallisuus näkökulminaan vierianalytiikka, akuutit ja henkeä uhkaavat tilanteet sekä lääkehoito. 3) Palvelujen kehittämisessä keskityttiin pitkäaikaistyöttömien sekä pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden terveyden edistämiseen. 4) Toiminnan johtamisen näkökulmasta kartoituksen kohteena olivat laboratoriohoitajien osaaminen ja laaja-alaiset hoitotyön tehtävät.

INNOVAATIOTYÖ JATKUU

Projektina ASTE päättyi maaliskuussa 2011 järjestettyyn seminaariin ja sen innoittamiin keskusteluihin. Projektin aikana ohjaus- ja projektiryhmän kokouksissa keskusteltiin intensiivisesti mahdollisuuksista varmistaa projektin vaikuttavuutta niin lyhyellä kuin pitkälläkin aikavälillä.

ASTE-projektissa kehitettiin terveysalan toimintoja niin sisällöllisesti kuin rakenteellisestikin. On toivottavaa, että projekti myös pidemmällä aikavälillä onnistuu tulostensa avulla edistämään toiminnan laatua, henkilöstön ja potilaiden tyytyväisyyttä, yksilöiden ja organisaatioiden oppimista, käyttäytymismallien muutosta, kilpailukykyä sekä kustannustehokkuutta. Terveyspalvelu-

järjestelmässä opettajien tuoma asiantuntijuus on arvioitu merkittäväksi lisä-arvoksi toimintojen kehittämisessä. Sekä projektissa että sen ohjausryhmässä mukana olleiden keskuudessa on ilmennyt halu jatkaa pitkäjänteistä terveysalan työelämän ja koulutuksen välistä kehittämistyötä myös projektin jälkeen. Vaikuttaa siltä, että työ on päässyt monin osin vasta aluilleen, vaikka itse projektille asetetut tavoitteet onkin saavutettu. Muutamia uusia yhteistyötahoja on ilmaantunut tukemaan ja yhdessä jatkamaan aloitettua työtä. Suunnitelmia jatkoprojekteista ja muusta yhteistyöstä on jo tehty, ja niitä ollaan parhaillaan viemässä eteenpäin.

Projektin onnistumisen mahdollistivat kehittämistyöstä innostuneet opettajat ja työelämän edustajat. Tulokset ovat kaikkien kehittämistyöstä kiinnostuneiden tahojen käytettävissä.

TYÖPROSESSIN KEHITTÄMINEN

HOITOTYÖN KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN

Marjo Salmela, TtT, yliopettaja, Turun ammattikorkeakoulu
Johanna Ritvanen, TtK, osastonhoitaja, asiantuntijasairaanhoitaja,
Turun sosiaali- ja terveystoimi
Minna Ylönen, TtM, ylihoitaja, Turun sosiaali- ja terveystoimi

Kehittämisyksikö toteutettiin Turun sosiaali- ja terveystoimissa.

Tarve kehittää kirjaamista liittyy hoidon turvallisuuteen ja kehittämiseen. Sitä määrittää laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007). Laissa säädetään valtakunnallisen asiakastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmän käyttöönotosta, jonka tavoite on edistää eri osapuolten tiedonsaantia ja toisaalta asiakastietojen tietoturvallista käsittelyä. Julkisten terveydenhuolto-organisaatioiden liittymisvelvollisuus valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjäksi astuu voimaan vuonna 2011.

Tuleva kansallinen terveystietokanta potilasasiakirjojen tallennuspaikkana edellyttää kirjaamisen määrämuotoisuutta. Hoitotyön kirjaamisen tulee tapahtua valtakunnallisesti kehitetyn systemaattisen kirjaamismallin mukaisesti (Hoidok 2005–2008). Sitä on viime vuosien aikana pyritty juurruttamaan terveydenhuollon organisaatioihin eri puolilla Suomea. Tavoitteeksi asetettiin systemaattisen kirjaamismallin käyttöönotto vuoden 2010 loppuun mennessä koko maassa. Mallin mukainen kirjaaminen tarkoittaa asiakkaan hoidon kuvaamista hoitotyön prosessin mukaan. Prosessin vaiheet sisältävät hoitotyön ydintiedot (hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuus). Ydintietoja rakenteistetaan edelleen suomalaisella hoitotyön luokituskokonaisuudella (Finnish Care Classification, FinCC), johon kuuluvat suomalainen hoidon tarveluokitus (SHTaL), suomalainen hoitotyön toimintoluokitus (SHToL) sekä suomalainen hoidon tuloluokitus (SHTuL). Varsinaisen kirjaamisen tapahtuu luokkien alle vapaamuotoisen kertovan tekstin avulla. (Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hanke 2007–2009.)

Suurin syy systemaattisen kirjaamisen ongelmaan on, etteivät hoitosuunnitelmat ole ajan tasalla. Tällöin hoitosuunnitelman yhteys päivittäiseen hoidon toteutuksen kirjaamiseen katkeaa. Koska hoitosuunnitelmaan ei voida luottaa, päivittäistä toteutusta kirjataan suoraan luokituksista hoitosuunnitelman ohi. Tosiasiassa kirjataan siis vain prosessin yhtä vaihetta, toteutusta – joka elää hoitosuunnitelmasta riippumatta. Kuitenkin juuri hoitosuunnitelman tulisi ohjata hoidon etenemistä koko hoitojakson ajan (Saranto & Kinnunen 2009).

Turun sosiaali- ja terveystoimessa (Turun SOTE) toteutuneen kehittämisjakson päätavoitteena oli hoitotyön kirjaamisen kehittyminen organisaation kaikilla tulosalueilla. Kirjaamisen kehittäminen käynnistyi alun perin jo vuonna 2008, ja lehtori Marjo Salmela on toiminut koko ajan kehittämistyön opetta-jaedustajana. ASTE-projektin kehittämisjakso mahdollisti asiaan paneutumisen paljon laajemmin kuin se muuten olisi ollut mahdollista.

KIRJAAMINEN VUODEOSASTOILLA

Kirjaamisen kehittyminen halutulla tavalla on hidasta ja työlästä organisaatiossa, jonka henkilökuntamäärä on yli 2000 eri tutkinnon omaavaa hoitajaa. Kehittämisjakson osatavoitteeksi asetettiin, että opettaja voisi osallistumiseellaan edistää eri työyksiköiden kirjaamiskäytäntöjä yksikköjen erityispiirteet huomioon ottaen ja lisätä hoitajien motivaatiota asiaa kohtaan. Yksilöllisiin erityispiirteisiin on vaikea tarttua, ellei kyseisillä osastoilla ole itse toimintoihin jo tutustuttu niillä tehtävään hoitotyöhön. Siksi kehittämisjaksoon osallistunut opettaja tutustui aluksi muutaman päivän ajan kunkin sisätautiosaston hoitotyön toteutukseen ja siihen liittyvään kirjaamiseen.

Omaehtoisen kokemuksen kautta oli helpompi ymmärtää kirjaamisen ongelmakohtia, ja erityisesti hoitosuunnitelmien ajan tasalla pitämisen vaikeutta. Tehtyjen havaintojen pohjalta jokaiselle osastolle annettiin kirjallinen palaute kirjaamisen tilasta, keskusteltiin kirjaamisvastaavien ja muiden osaston hoitajien kanssa sekä pidettiin aiheesta osastotunti. Henkilöstöltä kysyttiin, mitä mieltä he olivat kirjaamisestaan, mitkä asiat he kokivat ongelmallisiksi ja mitä pitäisi tehdä tilanteen parantamiseksi. Tavoitteena oli, että hoitajat aktivoituisivat miettimään kirjaamisensa ongelmakohtia ja niiltä osin kehittämään sitä. Hoitajien on todettu motivoituvan parhaiten kehittämistyöhön, mikäli heille

annetaan mahdollisuus osallistua siihen liittyvään päätöksentekoon. Tällöin he kokevat olevansa kehittämishankkeen ”omistajia”, ja siksi vastuussa sen onnistumisesta. (Olsen & Wagner 2000.) Vaikutti siltä, että omalle osastolle sopivan yhtenäisen kirjaamistavan löytäminen oli hoitajien mielestä tärkeää; he eivät vain olleet pystyneet käynnistämään muutosta.

Osastojen kirjaamisvastaaville järjestettiin luentokoulutusta sekä case-koulutusta luokkatilanteissa. Vastaavat olivat hyvin perillä siitä, minkälaista kirjaamisen pitäisi olla, mutta heiltä näytti puuttuvan välineet tai resurssit kirjaamismuutoksen läpi viemiseen osastollaan. Tähän liittyi ilmeisesti myös jonkinlaista tiedostuksen puutetta siitä, mikä heidän roolinsa siinä prosessissa olisi. Toisaalta juuri heiltä odotettiin sellaista aktiivista toimintaa, mikä saisi myös osaston muut hoitajat paneutumaan asiaan. Aktiivinen toiminta tarkoitti muun muassa konkreettisen suunnitelman tekemistä siitä, miten osaston jokaiselle hoitajalle selvitettäisiin se yhtenäinen tapa, jolla kirjaamisen on tapahduttava.

Myös lähiesimiesten on osastollaan kyettävä arvioimaan kirjaamista ja ohjaamaan hoitajia kirjaamisen kehittämisessä (Darmer ym. 2006). Osastonhoitajien oma suhtautuminen ja näkemykset asiasta tuntuivat vaikuttavan voimakkaasti muun osaston asenteisiin. Osastonhoitajien suhtautuminen kehitystyöhön oli periaatteessa positiivista, mutta silti heidän oma toimintansa ja vaikuttamistapansa kirjaamisen kehittämiseksi jäivät epäselviksi. Kirjaamisen kehittämishankkeissa jatkuva johdon tuki samoin kuin muutoksen läpi viennistä vastaavien avainhenkilöiden panos on todettu ratkaisevan tärkeäksi (Björvell, Wredling, & Thorell-Ekstrand 2002; Thoroddsen & Ehnfors 2007). Lisäksi tarvitaan asiantuntijaohjausta ja vertaisarviointia, jotta hoitajat pystyvät kehittämään omassa kirjaamisessaan (Björvell ym. 2002). Kehittämisyksikön loppupuolella syksyllä 2010 mukana ollut opettaja palasi kollegansa kanssa osastoille auttaakseen kirjaamisvastaavia konkreettisesti eteenpäin muutosprosessissa. He pyrkivät sopimaan kunkin osaston vastaavien kanssa juuri heidän osastolleen sopivista yhteisistä kirjaamistavoista ja auttoivat heitä muutoksen käynnistämisessä. Työskentely kirjaamisen kehittämisprojektissa jatkuu ASTE-projektin päättymisen jälkeenkin.

KIRJAAMINEN AVOTERVEYDENHUOLLOSSA, KOTIHOIDOSSA, VANHAINKODEISSA JA PALVELUTALOISSA

Perusterveydenhuollon kirjaamiseen tutustuttiin sekä puhelinneuvonnassa että sairaanhoitajan vastaanotolla. Niissä työskenteleviä henkilöitä, samoin kuin poliklinikoiden kirjaamisvastaavia, koulutettiin rakenteiseen kirjaamiseen. Kummassakaan tapauksessa valtakunnallinen kirjaamisalusta ei ole vielä käytössä, mikä on rajoittanut kirjaamisen kehittymistä. Yksiköiden kirjaamisvastaavat ovat silti aktiivisesti kouluttautuneet uuden mallin mukaiseen kirjaamiseen asiantuntijasairaanhoitajien myötävaikutuksella. Muutostahtoa siis ollut jo aikaisemmin. Näissä yksiköissä kirjaaminen ei kuitenkaan ratkaisevasti muutu ennen kuin uusi kirjaamisalusta on käytössä. Nähtäväksi jää, eroaako avoterveydenhuollon kirjaamisalusta lopulta nykyisestä valtakunnallisesta mallista, sillä asia on vielä kansallisesti ratkaisematta. Hoitotyön luonne perusterveydenhuollossa ja poliklinikoilla on erilainen kuin vuodeosastoilla, joten aivan samanlainen kirjaamisalusta ei ehkä palvele avohoitoyksiköitä riittävästi. Vastaanottotoiminnassa on toki samoja elementtejä kuin muussakin hoitotyössä, mutta toiminta on kuitenkin niin nopeatempoista, ettei pitkäjänteisempään toimintaan tarkoitettu kansallinen kirjaamismalli ole niissä olosuhteissa kenties kaikkein tarkoituksenmukaisin kirjaamistapa.

Kotihoidossa rakenteinen kirjaaminen on ollut käytössä jo pitkään. Kehittämisyksijakson aikana kotihoidon kirjaamisvastaavat osallistuivat jakson luento- ja case-koulutukseen. Vanhainkodeissa ja palvelutaloissa sen sijaan kansallisen mallin mukaista kirjaamista on aloitettu vasta vuoden 2010 keväällä. Sosiaali- ja terveystoimen yhdistyminen vuoden 2009 alussa toi osaltaan lisähaasteita, sillä kaikilla sosiaalitoimeen kuuluneilla hoitajilla ei ole terveystoimen koulutusta. Vanhainkodeissa on viime aikoihin saakka kirjattu kansioihin, eikä tietokoneita ole vielä kaikissa yksiköissä riittävästi. Kirjaamisvastaavien perehdyttäminen rakenteiseen kirjaamiseen aloitettiin vanhainkodeissa vasta keväällä 2010. Etuna toisaalta on se, ettei tällöin tarvita vanhoista kirjaamistavoista poisoppimista, mikä on ollut haasteena sairaalan osastoilla.

Palvelutaloissa vastaava sairaanhoitaja vastaa myös hoitosuunnitelmista, ja muu hoitohenkilökunta kirjaa lähinnä päivittäistä toteutusta. Lähi- ja perushoitajat tosin toimivat usein omahoitajina, jolloin he myös pitkälti vastaavat asukkaiden hoitosuunnitelmista tuntiensa parhaiten kokonaistilanteen. Kotihoitohenkilökunta, jolla ei ole terveystoimen koulutusta, kirjaa hoidon päivittäistä toteutusta sekä huomioita asukkaasta terveystoimen koulutuksen saaneen

hoitajan valvonnassa (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 298/2009). Palvelutalojen kirjaamiskoulutus alkoi syksyllä 2010 ASTE-projektissa mukana olleiden opettajien (Salmela ja Päivi Erkkö) järjestämällä yhteisellä käynnistystilaisuudella kirjaamisvastaaville.

Vanhainkodeissa, palvelutaloissa ja kotihoidossa on siinä mielessä hyvät mahdollisuudet toimivaan kirjaamiseen, etteivät hoitotilanteet tai asiakkaiden vointi muutu yhtä nopeasti kuin akuuteilla sairaalaosastoilla. Näin ollen hoitosuunnitelmat on helpompi pitää ajan tasalla. Yksiköiden kirjaamisvastaavat suhtautuvat kirjaamisen kehittämiseen myönteisesti, ymmärtävät roolinsa muun henkilökunnan tukihenkilöinä ja ottavat tehtävän vakavasti. Yksiköissä on hyvää potentiaalia kirjaamisen kehittämiseen.

Opettajan rooli eri yksiköiden kirjaamisen kehittämisessä on ollut asiantuntijasairaanhoidtajien ja kirjaamisvastaavien kanssa verkostoituminen, heidän tukemisensa ja yhteinen suunnittelu kehittämistyön eteenpäin viemiseksi sekä kirjaamisvastaavien koulutus eri muodoissaan. Pääasiassa on työskennelty avainhenkilöiden kanssa. Koko ajan on kuitenkin mietittyt se, miten saada tavoitettua se suuri hoitajien joukko, joka hoitaa ja kirjaa työyksiköisään, ja joiden kirjaamisella on todella laajamittaisempaa merkitystä.

HAASTEET

Vaarana oli osastojen jääminen siihen väärään kuvitelmaan, että kirjaaminen on kunnossa – heillähän oli käytössään rakenteinen kirjaamisalusta prosessin vaiheineen sekä tarve- ja toimintoluokituksineen. Kehittämisyksikön puolivälistä lähtien organisaation kaikilla tasoilla pyrittiin viestittämään, että vaikka kirjaaminen on useimmissa Turun SOTen yksiköissä rakenteista, se ei ole vielä systemaattista. Systemaattisuus on sitä, että olemassa olevia rakenteita myös käytetään yhtenäisellä johdonmukaisella tavalla, ja että hoitoprosessin vaiheet linkittyvät kirjaamisen sisältöä ajatellen loogisesti toisiinsa.

Se, ettei hoitosuunnitelmista olla erityisen kiinnostuneita, ja ettei hoitosuunnitelma muutu potilaan tilan muuttuessa, on kansainvälinen ilmiö (Kärkkäinen & Eriksson 2003; Voutilainen, Isola & Muurinen 2004; Lee 2005; Ballard 2006; Thoroddsen & Ehnfors 2007). Hoitosuunnitelma tehdään usein lähinnä vain säädösten noudattamiseksi ilman, että sitä pidetään käytännön työn kannalta hyödyllisenä (Lee 2005). Sinänsä ilmiö on ymmärrettävä, sillä

ellei hoitosuunnitelma ole ajantasainen, ei sitä voidakaan riittävästi hyödyntää. Hoitosuunnitelmaa pidetään myös liian jäykkänä kirjaamistapana (Hellesö & Ruland 2001) ja hoitosuunnitelmien hakemisen tietojärjestelmistä koetaan vievän liikaa aikaa (Ballard 2006). Myöskään hoidon tuloksia ei juurikaan arvioida hoitojakson aikana – ei ainakaan siinä mielessä, että arvioinnin seurauksena hoitosuunnitelmaa muutettaisiin. Tällöin hoidon tuloksesta ei ole näyttöä, vaikka se on yksi niistä ydintiedoista, jotka tallennetaan kansalliseen terveystietokantaan.

Hoitosuunnitelman ajan tasalla pitämisen vaikeus johtunee osittain teknisistä syistä ja osittain siitä, että hoitotyön prosessin kokonaisidean sisäistäminen käytännön työssä tuottaa edelleenkin monelle hoitajalle vaikeuksia. Potilaat ovat usein moniongelmaisia ja tilanteet nopeasti muuttuvia. Jatkuvasti tapahtuvia muutoksia ei ole aikaa päivittää hoitosuunnitelmiin, ja ohjelma voi olla käytettävyydeltään hankala tai kirjaajan tietotekniset taidot heikkoja.

Kaikki hoitajat ovat oppineet prosessiajattelun omassa peruskoulutuksessaan (ks. Ensio 2009). ASTE-projektin aikana asiaa on kerrattu yleisluennoilla sekä sovellettu erilaisin potilasesimerkein. Hoitoprosessi on teoriassa mielekäs ja looginen, mutta käytännön hoitotyössä se koetaan hankalaksi. Tämä todettiin muun muassa yhdessä projektin aikana tehdyssä opinnäytetutkimuksessa (Alenius & Isosalmi 2010). Hoitajat kokivat prosessinmukaisessa kirjaamisessa olevan enemmän vaikeuksia kuin tarve- ja toimintoluokitusten käytössä. Prosessin kirjaamisessa on todettu runsaasti puutteita myös lukuisissa kansainvälisissä tutkimuksissa (esim. Cheevakasemsook, Chapman, Francis & Davies 2006; Törnvall, Wahren & Wilhelmsson 2007).

Hoidollinen päätöksentekoprosessi on kuitenkin kansallisen kirjaamismallimme perusta, ja malli kuuluu jokaisen hoitajan ja terveysalan opiskelijan osaamisvaatimuksiin. Sen avulla hoitotyö saadaan näyttäytymään sellaisena, kuin se todellisuudessa on: systemaattisena, suunnitelmallisena ja tavoitteellisena toimintana, josta syntyy tulosta. Toisaalta, jos kirjataan vain yksittäisiä hoitajan tekemiä tehtäviä, ei synny kuvaa professionaalisesta, omaan tietoperustaan pohjautuvasta toiminnasta. Hoitotyö ei silloin tule näkyväksi, eikä potilaiden hoidossa välttämättä päästä samaan tarkkuuteen ja kattavuuteen kuin silloin, kun hoito on huolellisesti etukäteen suunniteltu ja suunnitelma ohjaa hoitoa.

TULOKSET

Kirjaamisen kehittymistä on seurattu muun ohella myös opinnäytetoilla, jotka ovat olleet pääasiassa potilaskirjausten sisällönanalyysijä. Kaikki analyysit on tehty samalla arviointimittarilla tulosten vertailun mahdollistamiseksi. Lisäksi on tutkittu hoitajien kokemuksia kirjaamisen kehittämisprosessista yleensä ja suunnattu projektia tutkimustulosten pohjalta eteenpäin.

Sisällönanalyysien luotettavuusongelmina ovat olleet lähinnä pienet aineistot (20–40 potilaan kirjaukset yhtä yksikköä kohti) sekä kirjausten tulkinnan vaikeus. Tulosten vertailukelpoisuuden säilyttämiseksi on analysoitavien asioiden tulkinta- ja laskentatapojen ollut tärkeä pysyä samanlaisina kaikissa tutkimuksissa. Analysointimittari tehtiin alun perin mahdollisimman tarkaksi ja yksiselitteiseksi. Tästä huolimatta potilaskirjausten sisällönanalyysit eivät ole helppoja ensimmäistä opinnäytetyötään tekeville opiskelijoille. Tulokset kertovat kuitenkin sen, että tähänastiset kirjaamisessa tapahtuneet muutokset ovat melko vähäisiä.

Kirjaamiskäytäntöjen muuttumisen on yleensäkin todettu olevan hidasta. Kehittämisinterventiot ovat pitkiä, tavallisimmin 1–3 vuotta kestäviä, eivätkä tulokset näy heti, vaan mahdollisesti vasta 1–1,5 vuoden jatkuvan harjoittelun myötä (Larrabee ym. 2001). Turun SOTEn joissakin yksiköissä on kuitenkin tapahtunut pientä edistymistä parempaan suuntaan; kirjattujen tarpeiden, tavoitteiden ja hoitotyön toimintojen määrä lisääntyi, ja toteutuksen kirjaaminen vastasi aikaisempaa paremmin suunniteltuja hoitotyön keinoja. Tavoitteiden arviointi on kuitenkin edelleen varsin sattumanvaraista. (Hietanen & Himanen 2010.)

Eräässä yksikössä suurin muutos kirjaamisessa oli, että hoitosuunnitelmia alettiin ylipäättään laatia. Kotihoidon alueella kirjaamisvastaavat ovat kokeneet sosiaali- ja terveystoimen yhdistymisen jonkin verran huonontaneen kirjaamista johtuen sosiaalitoimen hoitajien kirjaamistaitojen puutteesta (Alenius & Isosalmi 2010). Kurosen, Lammin ja Meriluodon (2010) tekemä sisällönanalyysi kotihoidon kirjausten laadusta tuki Aleniuksen ja Isosalmen (2010) tulosta. Näistä tuloksista huolimatta kirjaaminen kotihoidossa on ollut jo lähtökohdaisesti varsin hyvää.

Kirjaamisen kehittämistyö on nyt käynnistynyt koko Turun SOTEssa, ja uusi kirjaamismalli on juurtumassa kaikkialla. Kirjaamisen tilan kehittymisen seuraamiseksi laadittiin pitkäaikaiskäyttöön tarkoitettu mittari, jota myös testat-

tiin kehittämisjakson aikana. Mittarilla voi seurata työyksikkökohtaisesti hoitosuunnitelmien laatua, kirjaamisen systemaattisuutta sekä hoitosuunnitelman ja toteutuksen keskinäistä vastaavuutta. Kirjaamisen rakenteen ja systemaattisuuden lisäksi mittarilla on mahdollista arvioida myös kirjausten sisältöä.

Opettaja sai kehittämisjaksolta merkityksellisen oppimiskokemuksen haastavan ja pitkäjänteisyyttä vaativan muutosprosessin läpiviemisestä suuressa terveydenhuollon organisaatiossa. Samalla hän pääsi ajantasaistamaan hoitotietojaan ja -taitojaan sekä näkemään arjen hoitotyötä ja siihen liittyvää kirjaamista hyvin erilaisissa hoitokonteksteissa. Lisäksi hän oppi kirjaamaan Pegasos-ohjelmalla, mikä monipuolisti hänen näkemystään kirjaamisesta. Opettaja teki aiheesta myös kirjallisuuskatsauksen saadakseen näyttöä siitä, mitä hoitotyön kirjaamisesta tällä hetkellä tiedetään kansallisesti ja kansainvälisesti. Täten hän pystyy tarttumaan aikaisempaa käytännönläheisemmällä otteella myös hoitotyön ja sen kirjaamisen opettamiseen. Verkostoituminen työelämän edustajien kanssa ja siitä seurannut asiantuntijuuden vaihto on ollut näkökulmia avartavaa molemmille osapuolille.

Turun SOTEn esimiesnäkökulmasta hoitotyön kirjaamisen kehittämisessä motivoivaa on ollut mahdollisuus toiminnan parempaan seurantaan. FinCC-luokituksesta saatavat raportit kuvaavat tulevaisuudessa yksikön toimintaa ja mahdollisia toiminnan muutoksia, henkilöstön ammatillisen rakenteen tarpeita sekä henkilöstön koulutuksen vaatimuksia. Toimintaprosessissa tapahtuvat muutokset kuvastuvat kirjaamiseen mm. erityyppisinä hoidon tarpeina.

Esimiesten vastuunotto asiasta, osallistuminen kirjaamisen kehittämiseen, kirjaamisvastaavien tukeminen sekä kirjaamismahdollisuuksien luominen ovat erityisen tärkeitä. Kirjaamisen kehittymisen seuraaminen ja palautteen antaminen hoitajille on niin ikään merkittävää. Kirjaamisasioita tulisi ylläpitää keskustelussa ja kokouksien teemana koko ajan. Esimiesnäkökulman huomiointi kirjaamiskoulutuksessa on tärkeää. Heidän sitouttamisensa kirjaamisen kehittämiseen edistyi varmasti tätä kautta, ja koko toiminnasta tulisi samalla mielekkäämpää ja sisäistetympää. Myös esimiesten tulee saada palautetta yksikkönsä kirjaamisesta esimerkiksi raporttien kautta, jolloin oman yksikön kirjaamisen merkitys konkretisoituu.

Niin ikään asiantuntijasairaanhoidajat ovat saaneet arvokasta tukea toimintaansa asiantuntijasairaanhoidajakokouksista, joissa opettaja tai opettajat ovat olleet mukana. Kokoukset ovat avanneet eri yksiköiden kirjaamista sekä antaneet vertaistukea ja ideoita hoitotyön kirjaamisen eteenpäin viemiseksi. Lisäksi

ne ovat antaneet pedagogista tukea asiantuntijasairaanhoitajien omiin opetusmenetelmiin FinCC-luokituksen jalkautusta ja juurruttamista suunniteltaessa mm. case-koulutusten muodossa. Konkreettista apua on varmasti ollut myös opinnäytetöiden esittelyistä ja niiden sisältöön perehtymisestä. Opinnäytetöiden tuloksista saa viitteitä oman yksikön kirjaamishaasteista ja kehittämiskohteista.

ASTE-projektiin liittyneen kehittämisjakson aikana kehitetyt kirjaamisen seurantamittarit ovat käyttökelpoisia. Niiden avulla on hyvä arvioida toteutuneen kirjaamisen tasoa ja tarvittaessa saada vertailukelpoista tietoa kirjaamisesta muualla. Mittareiden avulla kirjaamista voidaan arvioida kokonaisvaltaisesti siten, että hoitotyön prosessin kaikki vaiheet tulevat huomioitua.

Kehittämisjakso on tuonut ulkopuolista näkökulmaa kirjaamiseen ja virkistäviä ajatuksia sen parantamiseksi. Turun SOTEn ulkopuolelta tulleet opettajat ovat hyviä esittämään kysymyksiä ja avaamaan kirjaamisen perusteita. Jaettujen käytänteiden korostaminen ja kriittisten kohteiden löytäminen on ollut arvokasta. Myös johdon roolin korostaminen on ollut tärkeää. Jatkossa huomionarvoista on kirjaamisvastaavien roolin vahvistaminen hoitajien kirjaamisen tukena ja asiantuntijasairaanhoitajien yhteistyökumppaneina.

LÄHTEET

Alenius, K. & Isotalmi A-M. 2010. Kotihoidon sairaanhoitajien näkemyksiä rakenteisen kirjaamistavan käyttöönotosta. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu.

Ballard, E. 2006. Exploration of nurses' information environment. *Nurse Researcher*: 13(4), 50–65.

Björvell, C., Wredling, R. & Thorell-Ekstrand, I. 2002. Long-term increase in quality of nursing documentation: effects of a comprehensive intervention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*: 16(1), 34–42.

Cheevakasemsook, A., Chapman, Y., Francis, K. & Davies, C. 2006. The study of nursing documentation complexities. *International Journal of Nursing Practice*: 12, 366–374.

Darmer, R.M., Ankersen, L., Nielsen, G.B., Landberger, G., Lippert, E. & Egerod, I. 2006. Nursing documentation audit – the effect of a VIPS implementation programme in Denmark. *Journal of Clinical Nursing*: 15(5), 525–534.

Ensio, A. Päättöksenteon prosessimalli hoitotyössä 2009. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, AL (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY: Helsinki, 56–64.

Hellesö, R. & Ruland, CM. 2001. Developing a module for nursing documentation integrated in electronic patient record. *Journal of Clinical Nursing*: 10, 799–805.

Hietanen, N. & Himanen, S. 2010. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen sisätautiosastoilla. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Turku.

Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hanke 2007–2009. Loppuraportti 30.11.09. <http://www.vsshp.fi/fi/4519> [Viitattu 14.1.2010].

Kuronen, H-M.; Lammi, A. & Meriluoto, J. 2010. Rakenteisen kirjaamisen kehittyminen kotihoitossa. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Turku.

Kärkkäinen, O. & Eriksson, K. 2003. Evaluation of patient records as part of developing a nursing care classification. *Journal of Clinical Nursing*: 12(2), 198–205.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.

Larrabee, J.H., Boldreghini, S., Elder-Sorrells, K., Turner, Z.M., Wender, R.G., Hart, J.M. & Lenzi, P.S. 2001. Evaluation of documentation before and after implementation of a nursing information system in an acute care hospital. *Computers in nursing*: 19(2), 56–65.

Lee, T-T. 2005. Nursing diagnoses: factors affecting their use in charting standardized care plans. *Journal of Clinical Nursing*: 14(5), 640–647.

Olsen, L. & Wagner, L. 2000. From vision to reality: how to actualize the vision of discharging patients from a hospital, with an increased focus on prevention. *International Nursing Review*: 47, 142–156.

Saranto, K. & Kinnunen, U-M. 2009. Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*: 65(3), 464–476.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.

Thoroddsen, M. & Ehnfors, M. 2007. Putting policy into practice: pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. *Journal of Clinical Nursing*: 16, 1826–1838.

Voutilainen, P., Isola, A. & Muurinen, S. 2004. Nursing documentation in nursing homes – state-of-the-art and implications for quality improvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*: 18(1), 72–81.

RAPORTOINNIN KEHITTÄMINEN

Tiina Pelander, TtT, SH, Turun ammattikorkeakoulu

Soili Kirjonen, OH, ESH, Salon aluesairaala

Kehittämisyksikö toteutettiin Salon aluesairaalan lasten- ja korvatautien yksikössä.

Raportointi eli tiedotustilaisuus on kommunikaatioprosessi kahden eri työvuorossa olevan hoitajan välillä. Tarkoituksena on tiedottaa potilaiden sairautteen, vointiin ja hoitoon liittyvät asiat työvuoroon tulevalle hoitajalle ja siten turvata hoidon jatkuvuus ja turvallisuus. Perinteinen tapa välittää tietoa on suullinen tiedotustilaisuus, joka toteutetaan monissa yksiköissä edelleen samalla tavalla kuin se on toteutettu jo vuosikymmenten ajan.

Viime aikoina monissa organisaatioissa on alettu tarkastella kriittisesti suullista raportointia, koska siihen kuluu runsaasti aikaa ja se on herkkä häiriöille. (Puumalainen ym. 2003, Strople & Ottani 2006, Nelson & Massey 2010.) Elektroninen potilaskertomus (EPK) ja potilaan hoitotyön kirjaaminen sähköiseen tietojärjestelmään luovat uusia mahdollisuuksia, joita voidaan hyödyntää raportoinnin kehittämisessä. Kirjaamalla toimintansa hoitaja tekee työnsä näkyväksi ja luo edellytykset potilaan kokonaisvaltaisen hoidon etenemiselle ja hoidon jatkuvuudelle. (Hallilla 2005a, 2005b.)

Tämän kehittämisjakson tehtävänä oli hiljaisen raportoinnin käyttöönotto Salon aluesairaalan lasten- ja korvatautien yksikössä ja erityisesti yksikköön sopivan hiljaisen raportoinnin mallin kehittäminen. Tavoitteena oli tiedonkulun parantaminen sekä hoitohenkilöstön työpanoksen tehostaminen.

RAPORTOINTIKÄYTÄNNÖT JA NIIDEN KEHITTÄMINEN HOITOTYÖSSÄ

Hoitotyön kirjaamisen tulee perustua näyttöön. Näyttöön perustuvan kirjaamisen tavoitteena on, että potilaat saavat asiakirjoistaan luotettavaa tietoa hoitoaan ja terveyttään koskevista vaihtoehtoista. Näin hoitotyöstä karsiutuvat tehottomat tai vailla tieteellistä varmuutta olevat auttamiskeinot, voimavarat

kohdistetaan taloudellisesti oikein, ja suullisesta, epätarkasta sekä muistinvaraisesta tiedottamisesta päästään eroon. (Hallila 2005c.)

Raportoinnin tehtävänä on varmistaa potilaan hoidon jatkuvuus hoitosuunnitelman mukaisesti sekä sen turvallisuus vuorojen vaihduttua. Raportointien sisältö perustuu sairaskertomuksiin ja hoitosuunnitelmiin. (Puumalainen ym. 2003, Strople & Ottani 2006, Nelson & Massey 2010.) Terveystienhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin tarpeelliset tiedot potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi. Potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassa pidettäviä. Hoitosuunnitelman lisäksi tulee merkitä se, kuinka hoito toteutettiin, tuliko hoidon aikana esiin jotain erityistä, sekä millaisia hoitoa koskevia päätöksiä tehtiin ja miksi – myös hoitoon osallistuneiden henkilöiden on tultava ilmi potilaskertomuksesta. (STM 2003.) Kirjaamalla toimintansa hoitaja tekee työnsä näkyväksi ja luo edellytykset potilaan kokonaisvaltaisen hoidon etenemiselle ja hoidon jatkuvuudelle.

Terveystienhuollossa on monia erilaisia tapoja siirtää tietoa työvuorojen vaihtuessa – suullisesti, kirjallisesti, sähköisesti, potilaan vuoteenvierellä tai näiden yhdistelminä. Perinteisesti raportoinnilla tarkoitetaan terveystienhuollossa suullista tiedotustilaisuutta. Hoitajat välittävät tiedon raporteilla potilaspapereista ja potilastietojärjestelmästä sekä omista muistiinpanoistaan lukien. Raportin kesto vaihtelee muutamasta minuutista tuntiin; sen kestoon vaikuttavat osaston potilasmäärä, potilaiden vaihtuvuus ja hoitoisuus, raportinpitäjän persoona, sekä myös monet muut osaston toimintakulttuuriin ja työn organisointiin liittyvät asiat.

Tiedottaminen on pääosin päällekkäistä kirjatun tiedon kanssa. (Lamond 2000, Kerr 2002, Puumalainen 2003, Strople & Ottani 2006, Nelson & Massey 2010.) Raportit ovat osa välillistä hoitoa, johon kuluu yhteensä noin 30–50 % hoitohenkilökunnan kokonaistyöajasta. Tästä ajasta tiedottamisen osuus on merkittävä. (Puumalainen 2003, Nelson & Massey 2010, Puoskari 2010.) Raportointitilanteilla on myös työyhteisöä lujittava vaikutus. Hoitajat kokevat saavansa niiden aikana emotionaalista ja sosiaalista tukea toisiltaan. (Kerr 2002, Puumalainen 2003, Nätti 2008, Nelson & Massey 2010.)

Suomessa raportointikäytäntöä on kehitetty siirtymällä vuoteenvierusraportointiin (esim. Järvi 1995, Lesinen & Hiltula 2005, Nätti 2008). Viime aikoina on siirrytty erityisesti suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedonvälitykseen. Siitä käytetään myös nimitystä hiljainen raportointi (esim. Turtiainen

2005, Kauppila & Boucht 2008, Kiviahde ym. 2010, Puoskari 2010). Tässä artikkelissa kirjallisesta tiedonvälityksestä käytetään jatkossa tätä nimitystä. Hiljaisessa raportoinnissa hoitajat itse lukevat hoitamansa potilaan tiedot tietokoneelta potilaan sähköisestä potilaskertomuksesta. Kirjaamisen kehittyminen on mahdollistanut suullisen raportoinnin vähentämisen. (Puumalainen 2003, Salo 2005, Nelson & Massey 2010.) Hiljaisen raportoinnin on todettu säästävän aikaa. Erityisesti ylityöt ovat vähentyneet ja tiedon on todettu olevan luotettavampaa kuin suullisesti välitettynä. Hoitotyöntekijöille jää enemmän aikaa välittömään potilaan luona tapahtuvaan hoitotyöhön. Kirjaamiseen kuluva aika sinänsä lisääntyy, mutta samalla kirjaamisen sisältö paranee.

Tutkimusten mukaan hiljainen raportointi lisää hoitajien vastuuta työstään – omatoiminen tiedonhankinta korostuu, hoitajat tekevät enemmän itsenäisiä päätöksiä sekä neuvottelevat enemmän potilaan hoidosta potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Hallinnollisesta näkökulmasta hiljainen raportointi vähentää työskentelyn kiireellisyyttä eikä työaika veny. Se mahdollistaa lisäksi ergonomiset työvuorot hoitotyöntekijöille ja henkilöstöresurssien mielekkäämmän käytön päällekkäisten työvuorojen aikana. (Esim. Puumalainen 2003, Turtiainen 2005, Nätti 2008, Kiviahde ym. 2010, Nelson & Massey 2010, Puoskari 2010.)

Hiljaisella raportoinnilla on todettu olevan joitakin epäedullisiakin puolia. Hoitajat ovat kokeneet, että sairaskertomuksiin ja hoitosuunnitelmiin tutustumiseen kuluu enemmän aikaa, eikä kaikki olennainen tieto tule sairauskertomuksissa esille. Hiljainen raportti edellyttää kirjaamisen kehittämistä ja siihen panostamista. Suullista raporttia kaivataan pitkiltä vapaajaksoilta töihin palattaessa ja silloin, kun potilaan hoitoisuus on suuri. (Puumalainen 2003, Turtiainen 2005, Nätti 2008, Puoskari 2010.) Joissakin tutkimuksissa on pidetty negatiivisena sosiaalisen kanssakäymisen vähentymistä sekä opiskelijoiden ja uusien hoitajien heikompaa oppimismenestystä (Kerr 2002, Puumalainen 2003, Turtiainen 2005, Nätti 2008). Joissakin tutkimuksissa seuraukset oppimiselle puolestaan nähdään päinvastaisena – esimerkiksi opiskelijat ovat kokeneet, että hiljainen raportti on opiskelun kannalta jopa parempi kuin perinteinen suullinen raportti (Puoskari 2010). Ongelmia hiljainen raportointi voi aiheuttaa lisäksi silloin, kun elintärkeitä tietoja katoaa. Tämä koskee erityisesti päivystyspisteitä ja tilanteita, joissa nykyiset sähköiset tietojärjestelmät eivät kommunikoi keskenään (Strople & Ottani 2006, Pakkala 2010). Suomessa tehdyissä tutkimuksissa suurin osa henkilökunnasta on kuitenkin kokenut muutoksen perinteisestä suullisesta raportoinnista hiljaiseen raportointiin pää-

osin myönteisenä, vaikka myös muutosvastarintaa on esiintynyt (Puumalainen 2003, Turtiainen 2005, Kiviahde ym. 2010, Puoskari 2010).

HILJAINEN RAPORTOINTI OSAKSI YKSIKÖN TOIMINTAA

Salon aluesairaalan lasten- ja korvatautien yksikössä on 16 potilaspaikkaa, joissa hoidetaan astmaa, tulehdussairauksia tai diabetesta sairastavia tai paino-ongelmista kärsiviä alle 18-vuotiaita lapsia ja nuoria. Yksikössä hoidetaan myös myrkytyksen saaneita, unikoululaisia ja sairaita vastasyntyneitä sekä kasvamas-
sa olevia keskosvauvoja ja tehdään allergiatestejä sekä neurologista kuntoutusta ja tutkimuksia. Lisäksi yksikössä hoidetaan korva-, nenä- ja kurkkutauteja sairastavia lapsia ja aikuisia. (Salon aluesairaala 2010.) Vakituiseen hoitohenkilöstöön kuuluu laskennallisesti 20,5 henkilöä.

Elektroninen potilaskertomus (EPK) on luonut ja edellyttää uudenlaista raportointikulttuuria. Rakenteinen sähköinen kirjaaminen on parantanut kirjaamista ja siihen käytetään oletettavasti enemmän aikaa kuin ennen. Siksi raportointikulttuuria tulisi kehittää kirjaamisen rinnalla. Aluesairaalassa tavoitteena on vähitellen kaikissa yksiköissä siirtyä hiljaiseen raportointiin. Kehittämisyksikön tarkoituksena oli suunnitella yhdessä lasten- ja korvatautien yksikön henkilökunnan kanssa heille sopiva hiljaisen raportoinnin malli, joka palvelee yksikköä parhaiten kirjaamisen jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden näkökulmista. Työ eteni seuraavien vaiheiden kautta: 1) nykyisten raportointitilanteiden kartoitus, 2) hoitajien mielipiteet yksikön nykyisestä raportointikäytännöstä sekä hiljaisesta raportoinnista, 3) uuden toiminnan suunnittelu ja kokeilu sekä 4) kehittämistoiminnan arviointi ja vakiinnuttaminen osaksi toimintaa.

Nykyisten raportointitilanteiden kartoitus

Hiljaisesta raportoinnista oli keskusteltu lasten- ja korvatautien yksikössä jo muutaman vuoden ajan. ASTE-projektin työelämää kehittävän jakson alkaessa maaliskuussa 2010 hiljaisesta raportoinnista keskusteltiin osastokokouksissa mahdollisuuksien mukaan viikoittain. Kehittämisyksiköä alkoi kartoittamalla raportointitilanteiden kestoja, keskeytyksiä sekä potilas- ja raportinpitäjien lukumäärää, ja käymällä läpi yövuorolaisten, aamuvuorolaisten ja iltavuorolaisten 8.3.–21.3.2010 pitämiä raportteja. Kartoitukseen käytettiin 14 päivää.

Eri raporttien raportointiajat olivat suurin piirtein yhtä pitkät: 27 minuuttia aamulla ja päivällä, sekä 28 minuuttia illalla yöhoitajille. Vuorokauden eri aikoina annettujen raporttien pituudet olivat enimmillään 45 minuuttia ja lyhimmillään 8 minuuttia. Potilaiden määrä kartoitusajankohtana vaihteli kahdesta potilaasta 11 potilaaseen. Raportointiaika potilasta kohden vaihteli 3,2 minuutista 3,8 minuuttiin. Raporttien keskeytyksiä tapahtui kartoitusaikana, mutta pääosin keskeytysten pituudet olivat lyhyitä. Muutaman kerran keskeytys kesti kuitenkin jopa 10 minuuttia. Tulokset ovat yhteneväisiä Turun yliopistollisen lastenklinikan osastoilla tehdyn kartoituksen kanssa (Kauppila & Boucht 2008). Hieman yllättävää on, että aamuvuoron pitämä raportti päivällä oli pituudeltaan lähes yhtä pitkä kuin muut raportit. Aamulla klo 7.00 annettavan raportin pituutta lisää iltavuorolaisen pitämä raportti yöhoitajan jälkeen sekä se, että aamuvuoroon tulevat hoitajat eivät ehkä tunne osastolla olevia potilaita.

Hoitajien mielipiteet yksikön nykyisestä raportointikäytännöstä sekä hiljaisesta raportoinnista

Kehittämisyksiköä jatkettiin kartoittamalla henkilökunnan mielipiteitä osaston nykyisestä raportointikäytännöstä sekä hiljaisesta raportoinnista kyselytutkimuksella 22.3.–6.4.2010. Lomakkeita oli jaossa yhteensä 23 kappaletta, joista 14 palautui. Vastausprosentti oli täten 61 %. Hoitajien mielestä vuorosta toiseen potilaan tiedoista pitäisi siirtyä nimi, ikä, diagnoosi, tulostyön hoidon tarve (syy), yhteenveto edellisistä päivistä, hoitopäivän kulku, määräykset, tehdyt tutkimukset, vointi, lääkitys, nesteytys, allergiat, hoitokeinot ja niiden vaikutus, paino, ravitsemus, kotilääkitys, krooniset sairaudet, lapsen kehitystaso, tavat sekä tottumukset. Tärkeää hoitajien mielestä oli saada tietoa siitäkin, miten lapsi ottaa lääkkeitä sekä mitä ja miten hän syö. Myös tarvetta saada tietoa lapsen perheestä, esimerkiksi vanhempien läsnäolosta sekä hoitoon osallistumisesta korostettiin.

Hoitajat olivat tyytyväisiä osaston nykyiseen raportointikäytäntöön ja toivoivat, ettei sitä vaihdettaisi. Tästä huolimatta eniten muutosta toivottiin tiivistettyyn raportointiin, jonka yksityiskohdat voisi lukea tarkemmin koneelta. Hoitajien kokemukset osaston nykyisen raportoinnin hyödyistä painottuivat selkeästi siihen, että raportointitilanne on lisäksi keskustelu- tai työnohjaustilanne. Raportointitilanteita pidettiin tärkeinä, koska ne antoivat mahdollisuuden ja aikaa yhteiseen keskusteluun. Raportilla on tärkeä rooli työyhteisön

yhteenkuuluvuuden ja työyhteisön ilmapiirin keventämisessä myös aikaisempien tutkimusten mukaan (Kerr 2002, Puumalainen 2003, Nätti 2008). Lisäksi hoitajat toivat vastauksissaan esille, ettei kaikkia perheen asioita voi kirjata lapsen hoitokertomukseen.

Hoitajien mielipiteitä hiljaisesta raportoinnista kartoitettiin SWOT-analyysin pohjalta. Hoitajat raportoivat eniten hiljaisen raportoinnin heikkouksia ($f = 27$) ja uhkia ($f = 20$). Vahvuuksia ($f = 12$) ja mahdollisuuksia ($f = 12$) kirjattiin selkeästi vähemmän. Hiljaisen raportoinnin heikkouksina nähtiin, että kirjoittamaton tieto jää näkymättömäksi ja sen välittyminen on ongelmallista. Heikkoudeksi nimettiin myös suurempi ajan kuluminen sekä suulliseen raportointiin liittyvän työhohjauksellisen näkökulman hyödyntämättä jääminen. Hiljaisen raportoinnin uhkina pidettiin asioiden jäämistä huomioimatta, tai että niitä ei kirjata tai ettei kirjaaminen ole riittävää. Hiljaisen raportoinnin vahvuuksina nähtiin ajan säästyminen ja tehokkuus. Hiljaisen raportoinnin mahdollisuuksina nähtiin yhtälailla ajan säästyminen sekä täsmätiedon tarjoaminen potilaista, kun hoitaja voi itse valita, mitä tietoa hän tarvitsee.

Hiljaisen raportoinnin mallin kehittäminen ja kokeilu

Henkilökunnalle järjestettiin kesäkuussa 2010 kehittämisiltapäivä, jossa hyödynnettiin Turun yliopistollisen keskussairaalan lastenklinikan osastojen kokemuksia hiljaisesta raportoinnista. Kehittämisiltapäivässä käytiin läpi hiljaisen raportoinnin määritelmiä, tutkimustuloksia kansallisesti ja kansainvälisesti sekä lastenklinikan neljän erilaisen osaston käytänteitä ja kokemuksia hiljaisesta raportoinnista.

Osastojen tavoitteena hiljaiseen raportointiin siirtymisessä olivat muun muassa hoidon laadun parantaminen erityisesti kello 14–15 välisinä aikoina, kirjaamisen laadun parantaminen, aktiivisen tiedonhankinnan lisääminen ja omahoitajajärjestelmän vahvistaminen. Hiljaisen raportoinnin muodot ja käytänteet vaihtelivat eri osastoilla. Lastenklinikan edustajien mukaan hiljaisen raportoinnin etuina on ollut kirjaamisen parantuminen ja raportointiajan lyheneminen, mikä on lisännyt hoitotyöhön käytettävää aikaa. Ongelmina hoitajat kokivat oleellisen tiedon löytämisen hoitokertomuksesta, koneiden riittävyyden, pitkiltä vapailta töihin palaamisen sekä osittain myös motivaatio-ongelmat totutusta raportoinnista luopumisen yhteydessä.

Esitysten jälkeen kehittämisiltapäivässä keskusteltiin vilkkaasti ja mietittiin yhdessä hiljaisen raportoinnin etuja ja ongelmia käytännön kannalta. Salon aluesairaalan yksikön hoitohenkilöstö koki, että kehittämisiltapäivässä olisi pitänyt keskittyä ainoastaan lastenklinikan osastojen esityksiin, ja keskustelua oman yksikön hiljaiseen raportointiin siirtymisestä olisi tullut myöhemmin käydä ainoastaan oman väen kesken.

Henkilökunnan kanssa käsiteltiin osastokokouksessa elokuussa 2010, millaista hiljaisen raportoinnin mallia he haluaisivat kokeilla. Tuolloin päätettiin kokeilla kolmen viikon aikana päiväraportin yhteydessä mallia, jossa yksi aamuvuoron sairaanhoitajista antaa lyhyesti enintään 10 minuutin raportin osaston kaikista potilaista. Lyhyt raportti tarkoittaa, että hoitaja kertoo lyhyesti potilaan nimen, iän, diagnoosin, huoneen, oireet, tällä jaksolla huomioitavat perussairaudet, allergiat, merkitykselliset tutkimukset, toimenpiteet, tulokset, tiedot lääkityksestä ja nesteytyksestä, eristykset, voinnin nyt (kipeä, toipumassa, kotikuntainen) ja muun huomioitavan, esimerkiksi yksityiskohtia vahditavista lapsista tai salassapidosta. Tutustuttuaan yhteisesti hoitokertomuksiin, iltavuoron hoitajat voivat kysyä tarkennuksia tai uusia tietoja lapsesta aamuvuoron hoitajilta. Samalla aamuvuoro tiedottaa mahdollisesti raportin aikana ilmenneistä uusista asioista. Lisäksi sovittiin, että kokeilun aikana osaston kahvihuoneessa on vihko, johon voi kirjoittaa, miten hiljaista raportointia on kehitettävä ja parannettava kolmen viikon kokeilun jälkeen.

Muutoksesta tiedotettiin sähköpostitse koko henkilökunnalle. Lisäksi kansliaan ja kahvihuoneeseen laitettiin lehtinen, jossa kerrottiin mitä lyhyt raportti potilaista tarkoittaa, sekä tietoa koko toimintamallin etenemisestä. Samalla painotettiin, että kokeilun jälkeen hiljaista raportointia ei lopeteta, vaan sitä kehitetään palautteiden pohjalta käytön ja kokeilun jatkuessa.

Vihossa tuotiin esille muutamia konkreettisia parannusehdotuksia, jotka huomioitiin jo kokeiluvaiheessa. Näitä olivat esimerkiksi kahvihuoneen tietokoneen jättäminen valmiiksi auki iltavuoron hoitajille ja siihen hankittu sähköinen korttipaikka kirjautumisen nopeuttamiseksi. Eniten kommentteja vihkoon tuli koskien lyhyttä raporttia. Kehittämis ehdotukset koskivat erityisesti sen sisältöä, jonka toivottiin tuovan vain perusasiat esille. Lisäksi toivottiin, että lyhyen raportin antaisivat iltavuoron hoitajat, eikä yksi aamuvuoron sairaanhoitajista.

Kehittämistoiminnan arviointi ja uuden toimintamallin vakiinnuttaminen

Kehittämisyksikön kokonaistavoite oli selkeä, tarkoituksenmukainen ja ajan-kohtainen (esim. Puumalainen 2003, Nelson & Massey 2010, Kiviahde ym. 2010, Puoskari 2010). Puutteena voidaan pitää sitä, että aikataulu muutokseen oli suhteellisen lyhyt. Hiljaisen raportoinnin eduista ja haitoista olisi pitänyt keskustella pidemmällä aikavälillä sekä työstää koko prosessia syvällisemmin yhteistyössä yksikön henkilökunnan kanssa. Antamalla henkilöstölle laajat valtuudet muutoksen johtamiseen liittyvä muutosvastarinta ja itse muutos saivat lievempiä piirteitä (Kotter 1996). Niin ikään hiljaisen raportoinnin kehittämisen idean lähteminen liikkeelle henkilöstöstä itsestään, sairaalan hallinnon ja osastonhoitajan sijasta, olisi tehostanut ja helpottanut muutoksen läpiviemistä.

Onnistumisena voidaan nähdä se, että kehittämissuunnan pohjana oli nykytilanteen kartoitus. Henkilöstön mielipide ja vaikuttamismahdollisuudet yksikön hiljaisen raportoinnin malliksi huomioitiin. Hoitajat kirjassivat saatavilla olleeseen vihkoon suhteellisen runsaasti kehittämisideoita kolmen viikon kokeilun aikana. Kokeilun jälkeen osastokokouksessa käytiin yhdessä läpi vihossa olleita asioita. Erityisesti lyhyttä raporttia pyrittiin selkiyttämään ja sitä luvattiin kehittää jatkossa. Lisäksi pidettiin kiinni siitä, että ainoastaan yksi aamuvuoron sairaanhoitaja pitää lyhyen raportin kaikista yksikön potilaista. Iltavuoron hoitajilla on silti vielä mahdollisuus sähköisiin potilaskertomuksiin tutustumisen jälkeen tarkentaa asioita lapsen omahoitajalta.

Sähköinen potilastietojärjestelmä on tuttu lasten yksikön henkilökunnalle. Yksikkö on aloittanut Miranda-hoitokertomuksen käyttämisen jo lokakuussa 2005 ja se siirtyi paperittomaan järjestelmään vuonna 2007, ensimmäisenä Salon aluesairaalan osastoista. Sähköisen kirjaamisen myötä yksikössä oli jo aiemmin todettu, että se luo tarpeita kehittää myös raportointikulttuuria, koska kirjaaminen vie entistä enemmän hoitohenkilöstön aikaa. Nykyisin yksikössä on käytössä otsikoihin STHaL (Suomalaisen hoidon tarveluokitus) ja STHoL (Suomalaisen hoidon toimintoluokituksesta) (Stakes 2008) perustuva rakenteinen kirjaaminen. Käytössä oleva sähköinen kirjaaminen helpotti hiljaiseen raportointiin siirtymistä, koska hiljainen raportointi perustuu huolelliseen ja tarkkaan kirjaamiseen. Kehittämissuunnan kanssa samanaikaisesti keväällä 2010 sairaanhoitopiirissä siirryttiin uuteen päivitettyyn kirjaamisen Uranus 2007.1.4.4 -versioon, johon hoitohenkilöstöä koulutettiin.

Hiljaisen raportoinnin käytäntöä kokeiltiin kehittämisjakson aikana kolme viikkoa. Jo sen alussa päätettiin yhdessä, että hiljainen raportointi ei jää ainoastaan kokeiluksi, vaan sitä jatketaan ja kehitetään mm. vihon kommenttien pohjalta. Lisäksi henkilökunta toivoi, että hiljaisen raportoinnin ollessa käytössä raportointiaikojen ajankäyttöä seurataan. Kartoitus tehtiin yksikössä lokakuussa 2010 ja tulokset ovat saatavissa kirjoittajilta.

Kehittämisjakson toteutuksen joistain puutteista huolimatta sen tuloksia voidaan pitää suuntaa-antavina toteutettaessa vastaavanlaisia muutoksia myös Salon aluesairaalan muissa yksiköissä. Lasten- ja korvatautien yksikkö on ollut aluesairaalan hiljaisen raportoinnin edelläkävijä. Yksikön prosessia ja siellä käytössä olleita alkukartoitusmittareita voidaan käyttää muissa yksiköissä hiljaisen raportoinnin käyttöönottoa suunniteltaessa. Seuraavaksi raportointitilanteita ja henkilöstön suhtautumista kartoittava kysely ollaan toteuttamassa sisätautien yksikössä. Ensisijaista on, että yksikön henkilökunta sitoutetaan muutosprosessiin ja he saavat itse ottaa vastuuta yksikköönsä soveltuvan hiljaisen raportoinnin mallin kehittämisestä. Nyt saadut tulokset antavat hyvän lähtökohdan kehittää edelleen hiljaista tiedonsiirtoa suullisen raportoinnin sijaan. Uusi käytäntö on vakiinnutettava osaksi yksikön toimintaa ja sitä on kehitettävä edelleen esimerkiksi siten, että myös yöhoitajille ja aamuvuoron hoitajille annettavat raportoinnit siirtyisivät hiljaisen raportoinnin piiriin. Jatkossa on tärkeää kerätä seurantatietoa raportointitilanteisiin kuluva ajasta ja siitä, miten hiljainen raportointi on vaikuttanut henkilökunnan kirjaamiseen sekä siitä, onko hiljainen raportointi mahdollistanut joustavat työvuorot henkilöstön keskuudessa.

Hiljaisen raportoinnin käytön yleistyminen eri sairaaloiden yksiköissä ja osastoilla asettaa haasteen myös hoitotyön koulutukselle, erityisesti kirjaamisen opettamiseen. Hoitotyön opiskelijoille on opetettava laadullisesti korkeatasoista potilaan voinnin ja hoidon vaikuttavuuden kirjaamista. Heillä on lisäksi oltava mahdollisuus harjoitella hiljaista raportointia koulussa ja viimeistään harjoittelussa. Kehittämisjakson aikana ammattikorkeakoulu aloitti yhteistyön Salon aluesairaalan kirjaamisyhdysheiköiden kanssa opettajien Miranda-koulutuksella sekä mahdollisuudella hyödyntää aluesairaalan tietokonehuokkaa sekä Mirandan opetusohjelmaa. Samoin yhteistyö Salon terveysteskeskuksen kanssa on alkamassa kirjaamisen osalta. Kehittämisjakso antoi siihen osallistuneelle opettajalle mahdollisuuden oppia rakenteista kirjaamista käytännössä sekä tarjosi kokemuksen muutoksen läpiviennistä yhdessä yksikössä. Tavoitelut tulokset saavutettiin. Tulevaisuuden päämääränä on, ettei kukaan kaipaisi vanhaa toimintamallia.

LÄHTEET

Hallila, L. 2005a. Hoitotyön kirjaamisen teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Hallila, L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi Otavan kirjapaino Oy, 23–35.

Hallila, L. 2005b. Sähköinen kirjaaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Teoksessa Hallila, L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi Otavan kirjapaino Oy, 51–55.

Hallila, L. 2005c. Näyttöön perustuva kirjaaminen hoitotyössä. Teoksessa Hallila, L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi Otavan kirjapaino Oy, 13–15.

Järvi, L. 1995. Potilaan luona - raportointi, kyselytutkimus. Hoitotyön julkaisusarja C:10. Turun yliopistollinen keskussairaala. Turku.

Stakes 2008. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hanke 2007–2008 FinCC-luokituksen käyttöopas. 2008. Viitattu 25.8.2010 <http://sty.stakes.fi/FI/luokitukset/Hoitoty%c3%b6n+luokitus/index.htm>.

Kauppila, W. & Boucht, S. 2008. Suullinen ja kirjallinen raportointi lastenkllinikalla. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kehittämisprojekti.

Kerr, M.P. 2002. A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective. *Journal of Advanced Nursing* Vol. 37 No. 2/2002, 125–134.

Kiviahde U.; Kairamo, E.; Karjala, L.; Reinikka, R. & Vahteri, S. 2010. Kohti hiljaista raportointia. Sairaanhoitajapäivät 11.–12.3.2010 luentotiivistelmä, 155.

Kotter, J. 1996. *Leading Change*. Massachusetts: Harward Business School Press.

Lamon, D. 2000. The information content of the nurse change of shift report: a comparative study. *Journal of Advanced Nursing* Vol. 31 No. 4/2000, 794–804.

Lestinen, P. & Hiltula, T. 2005. Potilaanvierusraportointi. Teoksessa Hallila, L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi Otavan kirjapaino Oy, 132–145.

Nelson, BA. & Massey, R. 2010. Implementing an Electronic Change of Shift Report to Using Transforming Care at the Bedside Processes and Methods. *The Journal of Nursing Administration* Vol. 40 No.4/2010, 162–168.

Nätti, H. 2008. Hoitotyön raportoinnin kehittäminen Turun Kaupunginsairaalan sisätauti-osastoilla. Opinnäytetyö. Ylempi ammattikorkeakolututkinto. Terveiden edistämisen koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu.

Puoskari, O. 2010. Muutoksen johtaminen hoitotyössä – suullisesta raportoinnista hiljaiseen raportointiin OYS:n lastenkirurgian ja gastroenterologian yksikössä osastolla 60. Opinnäytetyö. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Kajaanin ammattikorkeakoulu.

Puumalainen, A.; Långstedt, K. & Eriksson, E. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjallisen tiedon välitykseen. Tutkiva Hoitotyö Vol.1 No. 1/2003, 4–9.

Salo, R. 2005. Saumattomat palveluketjut. Teoksessa Hallila, L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi Otavan kirjapaino Oy, 120–125.

Salon aluesairaala 2010. Lastentaudit. Viitattu 18.8.2010 <http://www.salonaluesairaala.fi/fi/Lastentaudit>.

STM 2003. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 203:38. Helsinki. Strople, B. & Ottani, P. 2006. Can Technology Improve Intershoft Report? What the Research Reveals. Journal of Professional Nursing Vol. 22, No. 3/2006, 197–204.

Turtiainen, T. 2005. Hoitotyön kirjaamiseen perustuva raportointikäytäntö osastolla K10 Helsingin lasten ja nuorten sairaalassa. Teoksessa Hallila, L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi Otavan kirjapaino Oy, 126–131.

TYÖKÄYTÄNTEIDEN YHDENMUKAISTAMINEN

VIERIANALYTIIKAN JA VERINÄYTTEENOTON KOULUTUKSEN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Raini Tuominen, TtM, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Taina Soini, hallintoylihoitaja, Turun sosiaali- ja terveystoimi

Minna Ylönen, TtM, ylihoitaja, Turun sosiaali- ja terveystoimi

Kehittämiskartoitus toteutettiin Turun sosiaali- ja terveystoimen perusterveydenhuollossa ja vanhustenpalvelujen kotihoidossa.

Luotettava vieritestaus ja laadukas verinäytteenotto ovat edellytyksiä potilaan hyvälle hoidolle. Suurin osa laboratoriotutkimuksia varten otettavista verinäytteistä otetaan laskimonäytteinä ja ne tutkitaan laboratoriossa. Useimmin tarvittavan verinäytteen ottaa bioanalytiikko tai laboratoriohoitaja laboratorion näytteenottotiloissa. Potilaalta voidaan ottaa laskimoverinäytteet laboratorioon lähetettäviä tutkimuksia varten myös koti- tai vastaanottokäynnin yhteydessä, jolloin näytteen ottaa pääsääntöisesti muun kuin em. koulutuksen saanut hoitaja. Verinäyte voidaan ottaa niin ikään ihopistosnäytteenä esimerkiksi potilaan sormenpäästä ja tutkia näytteenottopaikalla niin sanottuna vieritestinä. Vieritesti on laboratorion ulkopuolella tehtävä laboratoriotutkimus, joita tekevät sosiaali- tai terveysalan koulutuksen saaneet ammattihenkilöt tai potilas itse. Vieritestaus on viime vuosina lisääntynyt huomattavasti ja tulee edelleen lisääntymään, koska tulokset halutaan mahdollisimman nopeasti (Price ym. 2005) ja koska vieritestivalikoima monipuolistuu. Saatavana on jo nyt yli 100 erilaista vieritestä (Junker ym. 2010). Varsinainen hoitopäätös tehdään usein kliinisen tutkimuksen ja potilaan oireisiin perustuvan arvion lisäksi ainoastaan vieritestillä (Linko ym. 2009).

Vieritestejä tekevät ja laskimoverinäytteitä laboratorion ulkopuolella ottavat yhä enenevässä määrin muut kuin laboratoriohoitajan tai bioanalytiikon koulutuksen saaneet henkilöt. Hyvä koulutus ja perehdytys vieritestin käyttöön

antavat varmuutta työskentelyyn sekä lisäävät motivaatiota ja myönteistä suhtautumista vieritestauksiin (Linko ym. 2009). Vieritestejä käyttävien tulisi saada toimipaikkakoulutusta useita kertoja vuodessa (Liikanen 2003). Vieritestin käyttöohjeen tulee olla saatavilla. Laittevalmistajan tulee laatia vieritestille lyhyt käyttöohje, jolla tekijä selviytyy testin päivittäisistä perustoiminnoista. (Price ym. 2005.)

Vierianalytiikkaa ja verinäytteenottoa, kuten kaikkea laboratoriotoimintaa, ohjaavat lait, direktiivit sekä kansainväliset ja kansalliset standardit ja suositukset. Tutkimusten laatutaso varmistetaan ennen kaikkea henkilökunnan jatkuvalle koulutukselle ja koulutustarpeen seurannalla, laadukkaalla näytteenotolla, luotettavan ja laadukkaan vieritestin käytöllä sekä kontrolloimalla tulostasoa ulkoisella ja sisäisellä laadunvarmistuksella. Lisäksi tulokset tulee dokumentoida tarkasti. (Price ym. 2005.)

Vierianalytiikan luotettavat tulokset ja laadukas verinäytteenotto edellyttävät tekijöiltään toimintojen tasalaatuisuutta, ajanmukaisia tietoja ja taitoja sekä vieritestin laadunvarmistuksen hallintaa. Vieritestauksessa hoitohenkilökunta vastaa sekä potilaan ohjauksesta, näytteenotosta ja tuloksen analysoinnista että laadunvarmistuksen toteutumisesta (Junker ym. 2010). Tämä edellyttää hyvää perehdytystä näytteenottoon, testin tekniseen suoritukseen, laadunvarmistukseen, tuloksen oikeellisuuden arviointiin ja kirjaamiseen, jotta tekijä voi kehittyä ja kehittää vierianalytiikkaa omassa työssään (Price ym. 2005). Laskimo-verinäytteenoton laadukkuus vaatii hoitajalta ajanmukaisia näytteenoton teoriatietoja ja käytännön taitoja, aseptista toimintaa, näyteastioiden tai -putkien huolellista käsittelyä sekä toiminnan kirjaamista.

ASTE-projektin kehittämisjaksolla kartoitettiin vieritestaukseen ja verinäytteenottoon liittyvää toimintaa ja lisäkoulutustarpeita Turun sosiaali- ja terveystoimen (Turun SOTE) toimipisteissä. Jakson käynnistymiseen vaikuttivat em. toimintojen siirtyminen yhä enenevässä määrin laboratorion ulkopuolelle, tarve kartoittaa vierianalytiikan ja verinäytteenoton osaamista sekä kehittää koulutusta ja opetussisältöjä työelämän tarpeiden mukaisesti. Arkityötä kehitettiin yhdessä työelämän edustajien kanssa luotettavien vieritestitulosten, niiden laadunvarmistuksen ja laadukkaan verinäytteenoton toteutumiseksi. Hankkeessa työelämän vastuuhenkilöinä toimivat hallintoylihoitaja Taina Soini ja ylihoitaja Minna Ylönen. Käytännön yhteistyössä oli mukana yhteyshenkilöitä perusterveydenhuollosta ja vanhustenpalvelujen kotihoidosta.

KEHITTÄMISJAKSON TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT

Kehittämiskakson tavoitteena oli lisätä hoitoohenkilökunnan vierianalytiikan ja verinäytteenoton osaamista ja tuoda esille vastuu omasta toiminnasta tulosten luotettavuuden ja potilaan hyvän hoidon toteutumiseksi. Tehtävänä oli kartoittaa terveystoimen toimipisteissä ja potilaan kotona suoritettavaa vierianalytiikkaa ja laskimoverinäytteenottoa kyselyllä sekä havainnoimalla näitä hoidon osa-alueita toimipisteissä ja kotikäynneillä. Perusterveydenhuollon ja vanhus-tenpalvelujen kotihoidon hoitajille suunnatulla kyselyllä ja heidän arkityötään havainnoimalla hankittiin tietoa tarvelähtöisen koulutuksen suunnitteluun. Tehtävänä oli tuoda esille vierianalytiikkaan ja verinäytteenottoon liittyvien laatuvaatimusten lisäksi taitojen päivittämisen, ylläpitämisen ja kehittämisen vaatimus arkityössä. Tehtävänä oli myös opettajan oman opetusalueen opetus-sisällön kehittämisen kyselyn ja havainnoinnin tulosten perusteella käytännön tarpeita vastaavaksi.

KEHITTÄMISJAKSON TOTEUTUS

Kehittämiskakso toteutui kahdessa osassa. Keväällä 2010 toteutui koulutusten suunnittelun pohjaksi laadittu kysely sekä havainnointi, kun taas syksy varattiin tulosten käsittelyyn ja koulutusten toteuttamiseen. Webropol®-kysely lähetettiin kaikille perusterveydenhuollon ja vanhus-tenpalvelujen kotihoidon kodin-, lähi-, perus-, terveyden- ja sairaanhoitajille, joilla oli sähköpostiosoite. Lisäksi esimiehiä pyydettiin mahdollistamaan myös niiden hoitajien osallistuminen, joilla ei ollut omaa sähköpostiosoitetta.

Kattavassa kyselyssä koulutuksen suunnittelua varten kartoitettiin missä ja mitä näytteitä otetaan, miten ne analysoidaan sekä kuka sen tekee ja miten usein. Hoitajilta kysyttiin mm. heidän ammatilliseen peruskoulutukseen- sa sisältyneistä vierianalytiikan ja verinäytteenoton opinnoista, arviota omista taidoista, tarpeesta lisäkoulutukseen sekä tärkeimmistä lisäkoulutusaiheista. Laadunvarmistuksen toteutumista kartoitettiin kysymyksillä mm. perehdytyksestä, kontrollien käytöstä, vastuuhenkilöistä ja tuloksen kirjaamisesta. Vieritestaukseen ja laskimoverinäytteenottoon liittyvää arkityötä havainnoitiin toimipisteissä ja vastaanotoilla useassa eri toimipaikassa eri ammattiryhmien kohdalla.

Kyselyn ja havainnoinnin tulokset

Kyselyyn vastasi yhteensä 131 kodin-, lähi-, perus-, sairaan- ja terveydenhoitajaa. Vastaajista hieman yli puolella oli ammatillisessa peruskoulutuksessaan ollut opetusta vieritesteistä, lähes kolmanneksella ei ollut. Käytössä oli toistakymmentä vieritestiä, joista kaksi selkeästi yleisintä olivat verensokerin mittaus, jota käytti 87 %, ja virtsan kemiallinen seulonta, jota käytti 85 % vastaajista. Vieritestejä tehtiin yleensä viikoittain.

Vieritesteille ei yleisesti ollut nimettynä vastuuhoitajaa. Yleisimmin tiedettiin, että laadunvarmistuksen piiriin kuuluvat verensokerin mittaus ja virtsan kemiallinen seulonta. Verensokerin sisäisen laadunohjausnäytteen oli vastaajista tehnyt vähintään kerran 52 %, ja virtsan 41 %. Ulkoisen laadunarviointinäytteen vähintään kerran oli verensokerista tehnyt 43 %, ja virtsasta 32 %. Alle kolmannes vastasi perehdytyksen vieritestaukseen olevan käytössä ja perehdyttäjän olevan yleisimmin hoitohenkilöstöä. Perehdytyksessä useimmin esille otettiin näytteenotto, näytteenottotekniikka ja testin suoritus, harvimmoin huoltovihon täyttö tai sisäinen ja ulkoinen laadunvarmistus.

Eniten lisäkoulutustarvetta koettiin virtsan kemiallisesta seulonnasta ja verensokerin mittauksesta. Aiheina näytteenotto, testin tekninen suoritus ja vieritestituloksen tulkinta olivat toivotuimpia. Taitoaan suorittaa luotettavia vieritestejä arvioi lähes kaksi kolmannesta vastaajista erinomaiseksi tai hyväksi, kohtalaiseksi tai välttäväksi neljännes ja heikoksi 3 % vastaajista.

Laskimoverinäytteenotto kuului vastaajista alle kolmanneksen toimenkuvaan. Ammatillisessa peruskoulutuksessa näytteenottoa oli harjoitellut 77 % vastaajista. Verinäytteitä otettiin useimmiten viikoittain. Työorganisaation antamaa perehdytystä oli saanut runsas kolmannes. Verinäytteenottotaitoaan 60 % piti vähintään hyvänä, 11 % vähintään välttävänä, jopa 10 % heikkona, ja 10 % ei osannut vastata. Laskimoverinäytteenoton osalta tärkeimmäksi lisäkoulutusaiheeksi koettiin turvallinen verinäytteenotto potilaan ja hoitajan näkökulmasta, näytteenottojärjestys ja näyteputket sekä verinäytteenottotekniikat.

Vieritestaukseen ja verinäytteenottoon liittyvää arkityötä havainnoitiin kulke-malla kotihoidon hoitajien mukana kotikäynneillä useilla palvelualueilla sekä hoitajien vastaanotoilla, terveysasemilla, neuvoloissa ja päivystyksessä. Havainnointi toteutui suunnitellun mukaisesti ja kaikki toimipaikat vastaanottivat opettajan hyvin; hoitajat ottivat opettajan mukaan asiakastilanteisiin ja esitte-

livät työtään avoimesti. Havainnoinnin mukaan monet ammattiryhmät tekivät vieritestejä ja ottivat verinäytteitä.

Havainnoinnissa tuli esille, ettei ihopistostekniikkaa hallita, ja että näytteenottotaidoissa, aseptiikan toteuttamisessa sekä analysoinnissa oli puutteita. Tuloksen saaminen vieritestilaitteen näytölle oli tärkeintä. Keinot näytteen saamiseksi, tuloksen merkitys tai sen kirjaaminen jäivät havaintojen mukaan usein toissijaisiksi. Oikeaa pistokohtaa ei tiedetty, eikä ensimmäisen pisaran pois pyyhkiminen ollut selvää edes diabeteshoitajalle. Useimmiten potilaita ei pyydetty pesemään käsiään; näin mitatuksi saattaa tulla esim. sormenpäihin jäänyt lääkeaine tai sokeri. Pistokohtaa ei aina myöskään desinfioitu, tai aluetta kosketeltiin puhdistamisen jälkeen, jolloin pistokohtaan voidaan aiheuttaa infektiota.

Useimmissa tapauksissa virtsan kemiallisen seulonnan edellyttämiä laatuvaatimuksia näytteelle ja sen analysoinnille ei tunnettu, eikä liuskan tulosta aina osattu tulkita. Laskimoverinäytteenottotekniikka ei ollut kaikkien näytteenottajien hallussa. Näytteenotto tuotti hankaluuksia ja vei aikaa. Oikea putkijärjestys tunnettiin kohtalaisesti, mutta epätietoisuutta oli pistopaikan valinnassa sekä staasin ja ohjaimen käytössä. Näytteenotosta toivottiin saatavan harjoitusta lisäkoulutuksena ja vinkkejä sekä ohjeita kyseltiin havainnoinnin ohessa.

Käsitteet sisäinen laadunohjaus ja ulkoinen laadunarviointi olivat yleisesti epäselviä ja kontrollien tekeminen vähäistä. Osa vieritestilaitteista kuului sisäisen laadunohjauksen piiriin, mutta toisaalta muutamien käyttämät kontrolliliuokset eivät olleet apteekin valikoimissa. Verensokerin ulkoinen laadunarviointinäyte oli lähetetty n. 50 mittarille. Vieritestilaitteiden analyysimäärät vaihtelivat päivittäisestä käytöstä 1–2 kertaan kuukaudessa.

Lisäksi aseptiikan toteutumisessa oli puutteita. Käsihygienia ei aina toteutunut terveysalalla vaadittavalla tavalla – esim. käsidesinfektio potilaiden välillä tai suojakäsineiden käyttö oli satunnaista ihopistoksia tehtäessä. Sormuksia ei aina poistettu, eikä invasiivisessa toimenpiteessä ihoalueen puhdistus ollut säännönmukaista tai toteutunut ohjeistuksen mukaan.

Kotihoidossa työympäristönä on potilaan koti, jolloin valaistusta ja laskutilaa oli usein vähän. Yhtälaila työskentelytila ja -asento olivat usein haastavia. Käytettyjen näytteenottovälineiden hävittäminen kotioiloissa tuotti ongelmia. Toimipaikoissa vieritestejä analysoitiin vastaanotto- tai varastohuoneessa, tai wc-tiloissa, joissa valaistus ja laskutilat olivat puutteellisia. Tiloissa ei myöskään

aina ollut asianmukaista näytteen käsittely- ja hävitysmahdollisuutta. Vierianalysilaitteet saattoivat olla keskitettynä yhteen paikkaan, esimerkiksi varaston yhteyteen, tai huuhtelu- tai toimenpidehuoneeseen. Hankaluuksia syntyi, kun toimenpidehuoneessa tehtävien toimenpiteiden aikana huoneeseen ei voinut mennä. Tällöin testejä ei voitu analysoida, vaan ne hyytyivät ja potilaalta tarvittiin uusi näyte.

Koulutuksen toteutus

Koulutus suunniteltiin kyselyn tulosten ja havainnoinnin perusteella. Eniten koulutusta toivottiin virtsan kemiallisesta seulonnasta ja verensokerista, jotka olivatkin aiheina laajemmin tai esim. verensokerimittarikohtaisesti. Koulutuksia toteutettiin sekä toimipaikoilla, auditoriossa että ammattikorkeakoululla verinäytteenoton laboraatiotunnilla. Koulutusmateriaali on käytettävissä sähköisessä muodossa. Palautetta kerättiin kaikista koulutuksista, ja se on ollut vain positiivista; paljon uutta on opittu, mutta tuttuakin asioita kerrattu. Koulutuksen sisällöstä ei palautteen mukaan tulisi jättää mitään pois. Keskustelua asiaan liittyen on toimipaikoilla syntynyt mukavasti ja osallistujat ovat suhtautuneet koulutukseen myönteisesti ja kannustavasti.

YHTEENVETO

Kehittämiskakson tavoitteita on saavutettu järjestetyillä koulutuksilla. Toimikentän laajuudesta (paljon hoitajia, vieritestejä, tarpeita, työjärjestelyjä ja työympäristöjä) johtuen on koko tavoitteen saavuttamisessa kuitenkin vielä haastetta laadunvarmistuksen ja toimintojen tasalaatuisuuden osalta. Vierianalytiikan ja laskimoverinäytteenoton käyttö vaihtelee hoidon seurannasta aina kii-reelliseen hoitoon. Vieritestauksia ja verinäytteenottoa tekevää henkilökuntaa on paljon ja he toimivat useilla sosiaali- ja terveysalan ammattinimikkeillä. Hoitajilla on eroja ammatillisissa peruskoulutuksissa, perehdytyksissä, resursseissa, työtiloissa, näytteenottotiheyksissä ja yksilöllisissä työskentelytavoissa. Hoitajien työ on hyvin monipuolista, ja vierianalytiikka ja laskimoverinäytteenotto ovat pieni osa sitä. Vierianalytiikalla on kuitenkin erityinen merkitys, koska sillä on välitön vaikutus potilaan hoitoon ja myös hoitopaikan valintaan.

Opettajalle tutustuminen toimipisteiden työskentelyyn ja osallistuminen hoitajien vastaanotoille sekä kulkeminen kotihoidon hoitajien mukana kotikäyn-

neillä antoi uusia näkökulmia opetussisältöön bioanalytiikan ja hoitotyön koulutusohjelmien näytteenoton ja vierianalytiikan opintojaksojen toteutuksessa. Hoitajien koulutustilaisuuksissa tekemät kysymykset, kommentit ja tarinat ovat myös parhaiden ja antoisimpien kokemusten joukossa.

Vierianalytiikan laadunvarmistuksen toteuttaminen ja verinäytteenoton toimintojen tasalaatuisuuden saavuttaminen Turun SOTE:ssa ovat laajoja kehittämiskohteita. Ne edellyttävät henkilökunnalta tietoa, myönteistä suhtautumista, vastuullisuutta sekä koulutuksiin osallistumista. Työnantajalta puolestaan vaaditaan koulutusten ja perehdytysten järjestämistä. Tässä raportissa esitettyjä tuloksia on käsitelty eri toimialueiden lääketieteen- ja hoitotyön johdon kanssa. Saadun palautteen mukaan aihe on ajankohtainen ja merkityksellinen potilashoidon toteuttamisessa.

Varmistamalla systemaattisesti sekä verinäytteenottoon että vierianalytiikkaan liittyvät laatutekijät voidaan potilaan ja hänen perheensä hyvinvointia edistää ja samalla vähentää pitkällä aikavälillä arvioituna myös terveydenhuollon menoja. Uudet kehittämissuunnitelmat laadittiin loppuvuoden 2010 aikana, tavoitteena systemaattinen aihealueen täydennyskoulutusmalli.

LÄHTEET

Junker R, Schlebusch H & Lupp P. 2010. Point-of-Care Testing In Hospitals and Primary Care. *Deutsches Arzteblatt International*. 107 (33): 561–567. Viitattu: 18.11.2010. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2936038/>.

Liikanen, E. 2003. Voiko vierianalytiikka olla laadukasta? Tutkimus sydän- ja verisuonitautien vierianalytiikasta. Kuopio: Kopijyvä.

Linko S., Savolainen E.-R., Åkerman K., Nissinen A., Ilanne-Parikka P., Joutsu-Korhonen L., Jylhä A., Lassila R., Linko-Parvinen A.-M., Linko L., Meneses E., Muukkonen L., Nokelainen S., Porkkala-Sarataho E., Puhakainen E., Siitonen A., Suni J. ja Vuento R. (toim.) 2009. Vieritestaus terveydenhuollossa. *Moodi* 6/2009.

Price CP, St. John A. & Hicks JM. 2005. Point-of-Care Testing. 2nd ed. AACC Press.

AKUUTTIENTILANTEIDEN HALLINTA JA ELVYTYSSOSAAMINEN

Seli Toivonen, TtM, esh, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Satu Jaatinen, sisätautikirurginen sairaanhoitaja,
vastaava sairaanhoitaja, Salon aluesairaala

Aila Ruuth-Setälä, TtM, osastonhoitaja, Salon aluesairaala

Kehittämisyksikö toteutettiin Salon aluesairaalan sisätautien yksikössä.

Suomalaisen potilasturvallisuusstrategian 2009–2013 toiminta-ajatuksena on ”Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä”. Yksi sen tavoitteista on, että potilasturvallisuutta hallitaan ennakoivasti ja oppimalla. ASTE-projektin pääasiallisena tavoitteena Salon aluesairaalan sisätautien yksikössä oli potilasturvallisuuden parantaminen. Tähän pyrittiin lisäämällä henkilökunnan akuuttien tilanteiden hallintaan liittyvää ja elvytyksen käypähoitosuositukseen pohjautuvaa tietotaitoa. Pyrkimyksenä oli konkreettisten toimintojen kautta juurruttaa toiminta käytäntöön.

Salon aluesairaalan sisätautien yksikössä on yhteensä 51 potilaspaikkaa. Yksikkö on jaettu soluihin, joissa potilaita hoidetaan sairaanhoitajan ja perushoitajien muodostamissa tiimeissä. Potilaista suurin osa, noin 90 %, tulee osastolle päivystyksen kautta. Osa tulee luvutulle paikalle esim. rytminsiirtoon, suolistotutkimuksiin tai lääkeinfuusioiden (esim. biologiset lääkkeet) toteutukseen. Osastolla hoidettavien potilaiden sairauskirjo on hyvin laaja: joukossa on mm. sydän- ja verisuonisairauksia, diabetesta, infektiosairauksia, veritauteja ja neurologisia sairauksia. Yksikössä toimii myös nelipaikkainen valvontasolu, jossa hoidetaan mm. sydäninfarktipotilaita, rytmihäiriöitä ja rytminsiirtoja, vaikeutuneita sydämen vajaatoimintatilanteita sekä myrkytyspotilaita. Yksikköön kuuluu dialyysiyksikkö, jossa tehdään hemodialyysijä arkipäivisin. Laajasta tautikirjosta johtuen hoitajan työ osastolla on erittäin monipuolista, mielenkiintoista ja haastavaa.

Vuoden 2010 syksyllä osaston toiminta oli muuttumassa ratkaisevasti, kun valvontasolu siirtyi fyysisesti uuteen erilliseen tilaan. Tähän asti osastolla on

toteutettu tietoisesti elvytyksen käypähoitosuosituksesta poikkeavaa ohjetta elvytystilanteissa valvontasolun keskeisen sijainnin vuoksi. Potilaat on elvytystilanteen sattuessa kuljetettu valvontasoluun elvytettäväksi. Valvonnan siirtyessä pois osaston sisältä yksikön henkilökunta oli huolestunut tietotaidon siirtymisestä valvonnan henkilökunnan mukana uuteen yksikköön ja oli siksi tiedostanut tarpeen elvytyskäytäntöjen ja -osaamisen parantamiseen.

KEHITTÄMISJAKSON TOTEUTUS

Potilasturvallisuuden parantamisen tavoite pyrittiin saavuttamaan seuraavien konkreettisten toimenpiteiden avulla:

1. laatimalla taskutaulukko helpottamaan varhaista puuttumissa elvytystä ennakoiviin oireisiin ja löydöksiin,
2. luomalla yksityiskohtainen, osaston käytäntöihin sovellettu, käypähoitosuosituksen pohjautuva elvytyskansio,
3. järjestämällä elvytysharjoituksia sisätautien yksikön henkilökunnalle
4. suunnittelemalla yksikön elvytysvälineistöhankintoja,
5. suunnittelemalla osaston käytäntöihin soveltuva kirjaaminen elvytystilanteessa,
6. luomalla käytäntö, jossa huippuosaamista ylläpidetään, edistetään ja arvioidaan työelämän ja ammattikorkeakoulun yhteistyönä.

Taskutaulukko

Osastolle suunniteltiin aikaisempaan tutkimustietoon perustuva taskutaulukko. Taulukko suunniteltiin vuodeosastolla työskenteleville hoitotyön ammattilaisille, jotka seuraavat potilaan tilaa. Taskutaulukon tarkoituksena on helpottaa hoitajien työtä ohjaamalla huomio niihin arvioihin ja oireisiin, jotka saattavat ennakoida myöhemmin ilmaantuvaa hätätilannetta. Taskutaulukkoon on kirjattu raja-arvoja, jotka saattavat ennakoida sydänpysähdystä, sekä ohjeet siitä, miten ja milloin hoitajan tulee toimia. Taskutaulukko toimii työvälineenä, joka rohkaisee hoitohenkilökuntaa toimimaan havaintojensa perusteella entistä tehokkaammin ja ehkäisemään mahdollisesti tulevaa sydänpysähdystä.

Elvytyskansio

Elvytyksen käypähoitosuosituksen tarkoituksena on taata kaikille sydänpysähdyksipotilaille hoitolaitoksissa ja muualla tehokkain mahdollinen maallikoiden ja ammattilaisten toteuttama elvytys. Tavoitteena on taata tehokas ja laadukas painelu-puhalluselvytys ja varhainen defibrillaatio puoliautomaattisella laitteella sekä tehostaa potilaan hoitoa elvytyksen onnistumisen jälkeen. (Elvytys. Käypähoito.)

Osastolle laadittiin yksityiskohtainen, elvytyksen käypähoitosuosituksen pohjautuva elvytysohjekansio. Kansio jakautuu kolmeen erilliseen osaan. Ensimmäiseen osaan on kerätty elvytykseen liittyvää taustatietoa sydänpysähdyksen syistä. Lisäksi on selvitetty elvytyksen työnjakoa, toimintojen kiireellisyysjärjestystä sekä esitelty hengenvaaralliset rytmihäiriöt. Toisessa osassa on yksinkertaisessa muodossa toimintaohjeet tilanteen havaitsemisesta elvytyksen toteutukseen. Ohjeisto on muokattu sopimaan juuri kyseisen toimipisteen käytäntöihin. Kolmannessa osassa on ohjeet tilanteen jälkiselvittelyyn. Osaston henkilökunnan kanssa on sovittu monista pienistä yksityiskohdista siten, että ne istuvat juuri kyseisen yksikön toimintaan. Sovittavia asioita ovat olleet esimerkiksi elvytysvälineistön sijoittaminen osastolle, elvytysvastaavien nimeäminen ja heidän toimenkuvansa täsmentäminen.

Elvytysharjoitukset

Säämäsen (2004) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat hallitsevat simuloituissa elvytystilanteissa heikoiten potilaan hengityksen turvaamisen palkeella ventiloimalla ja verenkierron turvaamisen rintakehää painaltamalla. Parhaiten hallittiin sydämenpysähdyksen aiheuttaneen rytmihäiriön sähköinen hoito eli defibrillointi. Säämäsen tutkimuksesta muokattiin elvytystietoja kartoittava kyselytutkimus henkilökunnalle. Tulosten pohjalta suunniteltiin elvytysharjoitusten sisällöt tavoitteena parantaa henkilökunnan elvytysosaamista.

Henkilökunnalle järjestetyt elvytysharjoitukset toteutettiin Turun ammattikorkeakoulun opiskelijaryhmien kanssa. Ensimmäinen koulutustilaisuus järjestettiin maaliskuussa 2010 rasti-harjoituksena. Koulutusiltapäivään osallistujien tuli valmistautua suorittamalla elvytyksen käypähoidon verkkokurssi. Rasteilla harjoiteltiin defibrillointia edellyttävien rytmien tunnistamista, elvytykseen liittyvän välineistön kokoamista ja käyttökuntoon saattamista sekä

muita elvytykseen liittyviä perusasioita. Harjoitukseen osallistui yhteensä 36 henkilöä osaston henkilökunnan kaikista ammattiryhmistä.

Toinen harjoitustilaisuus järjestettiin elokuussa 2010. Tällöin rasteilla harjoiteltiin roolijakoa, yhteistyötä ja johtamista elvytystilanteessa. Harjoitukseen osallistui sisätautien yksiköstä kuusi lääkäriä, 18 sairaanhoitajaa ja neljä lähitai perushoitajaa. Lisäksi yksi harjoituskerta sovittiin myöhemmin järjestettäväksi osaston tiloissa ja osaston välinein. Toimintarastien suunnittelusta ja toteutuksesta vastasi aikuiskoulutuksesta valmistumassa oleva opiskelijaryhmä.

Elvytysharjoituksiin sisällytettiin myös tiedonkulku ja kirjaaminen akuuteissa tilanteissa. Tässä yhteydessä se on tarkoittanut pääasiassa selkeää johtamiskäytäntöä sekä tehokasta kirjaamista elvytysprosessin yhteydessä.

Osaston elvytysvälineistö

Valvontayksikön siirtymisestä johtuen osastolle hankittiin kokonaan uusi elvytysvälineistö. Projektin aikana asiantuntijuutta hyödynnettiin ja kasvatettiin myös elvytysvälineistön suunnittelussa. Elvytysvälineistön kokoonpano suunniteltiin aikaisempaan tutkimustietoon pohjautuen ja välinehankinnat toteutettiin osastonhoitajan kanssa. Osastopalaverissa henkilökunnan kanssa suunniteltiin välineistön ideaali sijoittelu ja sovittiin elvytykseen liittyvistä käytänteistä – kuten mistä lisäapu hälytetään, kuka vastaa elvytysvälineistön tarkistamisesta ja täydentämisestä sekä kuka toimii osastolla elvytysvastaavana. Osaston suuren koon vuoksi päädyttiin hankkimaan kaksi sisällöltään ja laitteistoltaan samanlaista elvytyskärryä. Kehittämisyksikön aikana toteutettiin myös konkreettinen kärryen varustelu.

Kirjaaminen elvytystilanteessa

Rakenteisen kirjaamisen hyviin käytänteisiin kuuluu, että asiat kirjataan lyhyesti ja ytimekkäästi siten, että kirjataan vain hoidon kannalta olennaiset tiedot ja pyritään kertakirjaamiseen (Hassinen 2010). Elvytyksen yhteydessä nämä käytänteet korostuvat; kirjaamisen on oltava lyhyttä, ytimekästä ja helppoa.

Osaston henkilökunta toivoi apuvälinettä, joka helpottaisi elvytyksen kirjaamista. Kirjaamiselle asetettiin vaatimukseksi se, että kirjaamisen on oltava helppoa, koska käytettävät henkilökuntaresurssit ovat elvytyksen aikana mini-

maaliset. Turun ammattikorkeakoulun valmistumassa oleva sairaanhoitajaryhmä työsti aikaisempien tutkimuksien ja käytänteiden pohjalta uuden lomakkeen, joka on otettu koekäyttöön osastolla.

Toiminnan juurruttaminen ja yhteistyö

Säämäsen (2004) tutkimuksen mukaan elvytyskoulutukseen osallistuminen paransi sairaanhoitajien elvytystaitoja lähes kaikilla elvytystaitojen osa-alueilla. Yksittäinen koulutuskerta ei kuitenkaan riittänyt ylläpitämään sairaanhoitajien elvytystaitoja. Puolen vuoden kuluttua koulutuksesta elvytystaidot olivat paremmat kuin ennen koulutusta, mutta selvästi heikommät kuin heti elvytyskoulutuksen jälkeen.

Salon aluesairaalan sisätautien yksikön tietotaidon säilymiseksi yhteistyötä on suunniteltu siten, että aikuiskoulutuksesta valmistuva opiskelijaryhmä järjestää akuutteihin tilanteisiin, kuten elvytykseen, liittyvän koulutusiltapäivän kerran vuodessa. Tällöin tarkoituksena on päivittää henkilökunnan osaaminen uusien ohjeiden ja näyttöön perustuvan tiedon mukaiseksi.

Projektissa on luotu verkosto, jossa ammattikorkeakoulu hyödyntää jatkossa sydän-, diabetes-, munuais- ja reumasairaanhoitajien erikoisosaamista opetuksessa. Tarkoituksena on järjestää kerran lukukaudessa seminaari-iltapäivä, jossa kyseisten erikoisalojen potilasohjauksesta vastaavat hoitajat luennoivat opiskelijoille potilaan hoidosta.

ARVIOINTI JA JATKOTOIMENPITEET

ASTE-projekti toteutui Salon aluesairaalan sisätautien yksikössä helmi-maaliskuussa ja elo-syyskuussa 2010. Toteutusaikataulu oli suunniteltu siten, että ohjekansio, harjoitukset ja välinehankinnat pystyttiin toteuttamaan ennen valvontasolun siirtymistä uusiin tiloihin. Valvontasolun siirtyminen viivästyi rakennusteknisistä ja henkilökuntaresursseista johtuen kuitenkin noin kolme viikkoa. Tämän vuoksi toiminnan vakiinnuttamiseen valvonnan siirtymisen jälkeen jäi aikaa vain kaksi viikkoa. Tämä oli aivan liian lyhyt aika luoda mallia ja arvioida näyttöön perustuvan toiminnan juurtumista käytäntöön. Jatkossa on myös tarve laatia kriteerit hyvien elvytyskäytäntöjen arvioimiseksi.

Varhaisen puuttumisen taskutaulukko on otettu käyttöön osastolla. Toiminnan juurruttamiseksi osaston henkilökunta toivoo vielä koulutusta taulukon käyttöön. Sen toimivuus pitäisi tarkistaa ja arvioida jatkoprojektissa. Henkilökunnan toiveena on jatkossa myös MET-toiminnan (Medical Emergency Team) jalkauttaminen aluesairaalaan. Vaativa perustyö kun vie niin paljon aikaa, ettei hoitotyön ammattilaisille jää enää riittävästi aikaa hoitotyön kehittämiseen.

LÄHTEET

Elvytys. Käypähoito. 5.5.2006. Suomalaisen Elvytysneuvoston, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Punaisen Ristin asettaman työryhmä.

Hassinen T, 2010. Hoitotyön kirjaamisen haasteet. VSSH. TYKS. 5.5.2010.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013.

Säämänen J. 2004. Sydämenpysähdyspotilaan peruselvytys sairaalassa – Elvytyskoulutuksen ja taustamuuttujien yhteys sairaanhoitajien elvytystietoihin ja -taitoihin. Turun yliopiston julkaisuja sarja C, osa 210. Turun yliopisto.

LÄÄKITYSTURVALLISUUS JA SEN EDISTÄMINEN

Päivi Erkkö,VTM, esh, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Katja Ojanperä,proviisori, Turun sosiaali- ja terveystoimi

Satu Pirttisalo, sh, yksikön esimies, Turun sosiaali- ja terveystoimi

Tiina Turja,TtM, sh, kotihoidon hoitotyön projektisihteeri,
Turun sosiaali- ja terveystoimi

Kehittämisyksikö toteutettiin Turun sosiaali- ja terveystoimen vanhuspalveluissa.

Lääkehoidon toteuttaminen on monivaiheinen ja riskialtis erilaisten toimintojen ketju, jossa tarvitaan paljon erilaista tietoa, ja johon osallistuu useita eri henkilöitä sekä tahoja. Turvallisessa lääkehoidossa selkeiden tehtäväjakojen, yhteisesti sovittujen toimintatapojen sekä luotettavan ja ajantasaisen tiedonkulun merkitys korostuu. Lääkehoitoprosessin toteutumiseen vaikuttavat tilanteet ja ympäristö, joissa lääkehoitoa toteutetaan, sekä toimintatavat, joilla edistetään tietoisuutta lääke- ja lääkitysturvallisuuteen liittyvistä asioista sekä varmistetaan turvallinen lääkehoito.

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) vuonna 2005 julkaisema Turvallinen lääkehoito -oppaan tarkoituksena on edistää lääkitysturvallisuutta yhtenäistämällä lääkehoidon toteuttamisperiaatteita sekä selkiyttämällä lääkehoitoon liittyvää vastuunjakoa. Lääkitysturvallisuus käsittää toimenpiteet lääkkeiden käyttöön liittyvien haittatapahtumien ehkäisemiseksi, välttämiseksi ja korjaamiseksi (Potilasturvallisuussanasto 2007). STM:n suositus myös määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulee toteutua kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä. Sen mukaan lääkehoidon toteutumisen tulee perustua toimintatäi työyksiköissä laadittuun lääkehoitosuunnitelmaan. Lääkehoitosuunnitelma on tarkoitettu käytännön työvälineeksi, joka tukee lääkehoidon hallintaa ja laadullista kehittämistä.

Käytännössä henkilökunta ei aina tiedä tai tunne lääkehoidon toteuttamista koskevia suosituksia ja ohjeita, tai kokee niiden käytön vaikeaksi esimerkiksi ajan puutteen vuoksi. Työyksiköissä on lisäksi paljon nk. hiljaista tietoa, jota ei

ole kirjattu ohjeiksi, mutta jonka mukaan kaikkien hoitajien odotetaan toimivan. Jotta yleisesti hyväksi todetut ja suositellut käytännöt kuitenkin saataisiin otettua käyttöön, on huomioitava mm. henkilökunnan nykykäsitys turvallisuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä, käytännön ja kokemuksen kautta syntynyt osaaminen, motivaatio kehittää toimintaa sekä yhteisen kehittämistoiminnan mahdollisuudet ja sille varattu aika.

KEHITTÄMISYMPÄRISTÖ JA LÄHTÖTILANNE

Turun sosiaali- ja terveystalvelujen (Turun SOTE) vanhuspalvelujen vastuualueisiin kuuluvat ikääntyvien kotihoito, geriatrinen sairaalahoido sekä ympärivuorokautinen hoito, jota toteutetaan tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodissa tai pitkäaikaissairaanhoidossa. Haasteita toiminnalle asettaa vuoden 2009 alusta tapahtunut sosiaali- ja terveystoimen yhdistyminen. Ennen yhdistymistä hallintokunnat olivat erillisiä organisaatioita, joiden toimintakulttuurit, organisaatio- ja johtamisrakenteet ja palvelutuotannon tavat sekä niitä tukevat tietoliikennetkaisuut erosivat toisistaan.

Nykyisin vanhuspalveluissa mm. sairaanhoitajat, lähihoitajat sekä kodinhoitajat ja -avustajat työskentelevät samoissa tiimeissä. Henkilökunnan työnkuviin muutosten myötä vaadittava osaaminenkin on osittain muuttunut. Ennen esimerkiksi terveystoimen avopalveluissa lähihoitajat osallistuivat yhdessä sairaanhoitajan kanssa tiiviisti lääkehoidon toteuttamiseen. Sosiaalitoimen lähihoitajat eivät sen sijaan kaikissa avohuollon yksiköissä osallistuneet lääkehoidon toteuttamiseen lainkaan, tai osallistuminen oli ainakin tarkoin rajattua.

Läakehoito-osaamisen kehittäminen on yksi painopistealue Turun SOTEssa. Turvallinen lääkehoito -oppaan edellyttämät työyksikkökohtaiset lääkehoidosuunnitelmat oli laadittu aloitettaessa lääkehoidosuunnitelmien auditointi vuonna 2010. Henkilökunnan lääkehoito-osaamisen edistäminen ja varmistaminen sekä lääkehoitoon liittyvien lupakäytäntöjen kehittäminen ovat ajankohtaisia asioita; jalkauttamassa ollaan läheltä piti -tilanteiden ja häittapahatumien raportointiin ja analysointiin sekä saadun tiedon hyödyntämiseen lääkitys- ja potilasturvallisuuden edistämiseksi tarkoitettua työkalua.

Läakehoitosuunnitelmien hyödyntäminen lääkitysturvallisuuden kehittämisen apuvälineenä on kuitenkin uutta ja henkilökunnan osaamisessa on puutteita. Erityisesti käytössä olevien lääkkeiden suuri määrä sekä rinnakkaisval-

misteiden käyttö haastavat tietämyksen tason. Koulutuksen tarvetta on lääkemuotoihin ja oikeisiin lääkkeenantotapoihin sekä lääkelaskentaan liittyen.

Lääkehoitosuunnitelmat ovat jo jossain määrin selkiyttäneet eri ammattiryhmien velvollisuuksia. Yksiköissä on silti ajoittain vaikeuksia järjestää jokaiseen työvuoroon lääkehoidon turvallisen toteuttamisen edellyttämää riittävän osaaavaa henkilökuntaa, vaikka vanhuspalveluiden asiakkaat ovat tyypillisesti monisairaita ja monilääkittyjä. Dementoituneita vanhuksia hoidetaan enenevässä määrin myös muualla kuin dementiayksiköissä ja lääkehoito on usein keskeinen osa hoitokokonaisuutta.

KEHITTÄMISTOIMINNAN TAVOITTEET JA KOHTEET

ASTE-projektin kehittämisjakso integroitiin osaksi Turun SOTEn omia kehittämishankkeita. Yhteistyössä tutkimus- ja kehittämisyksikön kanssa päätettiin kohdistaa kehittämistoiminta potilasturvallisuuteen painottaen lääkehoidon turvallista toteuttamista erityisesti vanhuspalveluiden alueella.

Ensimmäisenä ajankohtaisena kehittämistoiminnan kysymyksenä Turun SOTE:ssa oli uusiin lääkelupakäytäntöihin perustuvien osaamisnäyttöjen vastaanottajien osaamisen ja vastaanottamiseen liittyvien toimintatapojen yhtenäistäminen. Lääkeneuvottelukunta on yhdessä tutkimus- ja kehittämisyksikön kanssa hyväksynyt lääkelupien todistusohjeet sekä ohjeistanut lupakäytännöt. Nimikesuojattujen ammattihenkilöiden lääkelupien osalta näyttöjen sisältöinä ovat lääkkeiden jakaminen potilaskohtaisiin annoksiin sekä lääkkeiden antaminen potilaalle. Lääkehoitoon kouluttamattomien henkilöiden lääkelupien sisällöt liittyvät lääkkeiden antamiseen potilaille. Lääkeluvat myöntää lääkehoitosuunnitelmassa nimetty lääkäri. Näyttöjen vastaanottajina toimivat pääsääntöisesti sairaanhoitajat. Näyttöjen vastaanottajien koulutusta pidetään tärkeänä, sillä tehtävä on vastuullinen ja vaatii jatkuvaa oman osaamisen ajan tasalla pitämistä. Näyttötilanteita ei ole tarkoitettu vain teknisen suorittamisen näyttämiseen, vaan niissä arvioidaan laajemmin lääkehoito-osaamista.

Toisena turvalliseen lääkehoitoon liittyvänä tavoitteena oli edistää lihaksen sisäiseen injektioon liittyviä hyviä käytäntöjä. Tutkimusten mukaan (esim. Ojala & Kaukkila 2009) suuri osa hoitohenkilökunnasta toteuttaa lihaksen sisäisen injektion tekniikalla, joka ei vastaa turvallisen ja tehokkaan lääkehoidon vaatimuksia. Eräänä ongelmana on sopivan ja turvallisen injek-

tiopaikan valinta. Pakaralihaksen alueella injektio voidaan antaa joko vatsan- (ventrogluteaalisesti) tai selänpuoleiselle alueelle (dorsogluteaalisesti). Näistä vatsanpuoleista aluetta pidetään turvallisempana ja sopivampana injektionantotalueena perinteiseen pakaralan ulkoyläneljännekseen verrattuna. Hoitohenkilökunnalla on vielä melko vähän tietoa ns. ventrogluteaalisesta lihaksen sisäisen injektion antotavasta. Injektiotekniikkaan liittyvien käytänteiden muuttaminen edellyttää koulutusta. Tärkeää henkilökunnan tietoisuuden ja osaamisen lisääntyminen on myös siksi, että heidän tulee pystyä tukemaan ohjatussa harjoittelussa olevia hoitotyön opiskelijoita näyttöön perustuvien injektionantotapojen oppimisessa.

Kolmas kehittämistoiminnan tavoite liittyi vanhuspalveluiden lääkehoitosuunnitelmien hyödyntämiseen lääkitysturvallisuuden edistämisen apuvälineenä. Turun SOTEn lääkeneuvottelukunta teki ensimmäiset lääkehoitosuunnitelmien mallit yksikköjen käyttöön vuonna 2007. Lääkehoidon turvalliseen toteuttamiseen liittyy kuitenkin huomioon otettavia seikkoja johtuen mm. lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön suuresta määrästä ja vaihtelevasta osaamisesta, tarpeesta huomioida iäkkäiden lääkehoidon erityispiirteet sekä toimintaympäristöistä, joissa lääkehoitoa toteutetaan. Lääkehoitosuunnitelmien käyttöön otossa esimiehillä ja sairaanhoitajilla on keskeinen vastuu. Monissa palvelutaloissa ja kotihoidon tiimeissä toimii vain yksi sairaanhoitaja. He tarvitsevat tilaisuuksia jakaa lääkehoitosuunnitelman käyttöön liittyviä kokemuksia ja pohtia kehittämistarpeita. Turun SOTEn lääkehoitosuunnitelman yleistä mallia ollaan päivittämässä yksikköjen käyttöön mm. lääkehoitosuunnitelmien auditoinneista saatujen tietojen perusteella. Lisäksi ASTE-projektin havaintojen perusteella lääkehoitosuunnitelman yleiseen malliin saadaan parannusehdotuksia.

KEHITTÄMISJAKSON TOTEUTUMINEN

Huhti-toukokuussa ja alkusyksystä 2010 toteutuneen kehittämisjakson aikana perehdyttiin lääkehoitoprosessin kokonaisuuteen ja siihen vaikuttaviin tekijöihin Turun SOTEn eri tulosalueilla – erityisesti sisätautisairaалassa sekä vanhuspalveluiden osalta valvotussa kotihoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa. Jaksoon osallistuvalla pettajalla oli myös mahdollisuus tutustua sairaala-apteekkiin, joka tuottaa lääkehuoltopalvelut organisaation eri yksiköille. Tutkimus- ja kehittämisyksikön toimintaan tutustuminen auttoi luomaan kokonaiskuvaa Turun SOTEn potilas- ja lääkitysturvallisuuden kehittämisestä.

Kehittämiskurssin aikana koulutettiin henkilökuntaa ja tuotettiin koulutusmateriaalia. Osittain koulutus toteutui luentoina, joista osa oli tarkoitettu lääkehoitolupien edellyttämien näyttöjen vastaanottajille. Lääkehoitotehtävien itsenäinen suorittaminen edellyttää, että työyksikössä vaadittavien lääkehoidotietojen ja -taitojen hallinta on varmistettu. Teoreettinen osaaminen varmistetaan esim. säännöllisillä kirjallisilla kokeilla, jotka tällä hetkellä tapahtuvat sähköisen lääkehoito-osaamisen arviointimittarin avulla. Käytännön osaaminen varmistetaan näytöillä. Lääkehoitosuunnitelmien mukaisesti näytön voi vastaanottaa kokenut laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Lääkeluvat myöntää toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen määräämänsä lääkäri osaamisen varmistamista osoittavien dokumenttien pohjalta. On tärkeää, että näyttöjen vastaanottajat ymmärtävät tehtävänsä vastuullisuuden.

Osaamisnäyttöjen vastaanottajien osaamisen ja vastaanottamiseen liittyvien toimintatapojen yhtenäistäminen

Luentojen tarkoituksena oli perustella näyttöjen vastaanottajille osaamisen varmistamis- ja lääkelupakäytäntöjä. Niillä myös pyrittiin edistämään yhteistä ymmärrystä vaadittavasta osaamisesta. Huomion kohteena olivat osaamisnäyttöihin liittyvien käytännön taitojen ohella myös tehtävän suorittamisen kannalta riittävä teoreettisen tiedon hallinta sekä näytön antajan päätöksentekotaidot. Edelleen käsiteltiin näytön vastaanottamiseen liittyviä toimintatapoja ja -periaatteita niiden yhtenäistämiseksi. Keskeisenä tavoitteena oli näyttötilanteen ymmärtäminen yhtälailla oppimistilanteena. Tavoitteena oli lisäksi päivittää osallistujien omia lääkeshoidon toteuttamiseen liittyviä tietoja ja siten edistää yhtenäisiä, näyttöön perustuvia, potilas- ja työturvallisuuden periaatteita sekä vastuullista toimintaa korostavia toimintatapoja.

Luennoille osallistui kerrallaan noin 50 sairaanhoitajaa eri yksiköistä. Ne käsitelivät lääkeshoidon sisältöjä melko yleisellä tasolla. Luentojen aikana keskusteltiin jonkin verran näyttöjen vastaanottamiseen liittyvistä asioista. Esille tuotiin näyttöjen järjestämiseen liittyviä käytännön haasteita, kuten riittävien aikaresurssien tarve. Toisaalta keskusteluissa tuli esiin, että toiminnan perustelujen selvittäminen, näytön antajan tukeminen itsearviointissa ja rakentava palaute tukevat oppimista sekä lisäävät työn mielekkyyttä.

Käytännössä näyttöjen vastaanottamistavat sekä osaamisen arviointi riippuvat paljolti vastaanottajasta ja hänen suhtautumisestaan osaamisen varmistamiseen.

miseen. Sairaanhoitajat kokivat tarvitsevänsä näyttöjen vastaanottamiseen selkeät, konkreettiset ja yhtenäiset arviointikriteerit. Se helpottaisi työtä ja varmistaisi osaltaan näytön antajien oikeusturvan. Kriteerien työstäminen jää eri yksiköille, mutta luentomateriaalit ovat henkilökunnan hyödynnettävissä intranetin kautta.

Lihaksensisäisen injektion antoon liittyvien hyvien käytäntöjen edistäminen

Jakson aikana opettaja piti luentoja myös lihaksensisäisen injektion antoon liittyvistä hyvistä käytänteistä. Lihaksensisäinen injektio on yksi tavallisimmista sairaanhoitajien toteuttamista hoitotoimenpiteistä, mutta tutkimusten mukaan vain osa lihakseen tarkoitetuista injektioista päätyy oikeaan paikkaan lääkeaineen jäädessä usein ihonalaiskudokseen. Injektiopaikan valinta on usein huolimaton, eikä se perustu tutkimusnäyttöön. Neulan valinta on usein rutiininomaista ja perustuu pikemminkin yksittäisen hoitajan mieltymyksiin kuin potilaan yksilöllisten ominaisuuksien huomiointiin. (Cocoman & Murray 2008.) Hoitajat voivat olla tietämättömiä uudesta injektion antoon liittyvästä tutkimustiedosta, ja toisaalta haluttomia muuttamaan tuttua, käytössä olevaa injektion antotapaa uuteen, vaikkakin tutkimusten mukaan parempaan käytäntöön.

Injektion antoon liittyvien uusien käytäntöjen opetus on perinteisesti ollut melko vähäistä. Ensimmäistä kertaa ns. ventrogluteaalinen injektion antopaikka esiteltiin suomenkielisessä lääkehoidon oppikirjassa vasta vuonna 2006. Sairaanhoitajien koulutuksessa Turun ammattikorkeakoulussa on pari vuotta sitten alettu systemaattisesti opettaa lihaksensisäisen injektion antamista vatsanpuoleisiin pakaralihaksiin perinteisen pakaran ulkoyläneljänneksen sijaan. Ojala ja Kaukila (2009) käynnistivät keskustelua liittyen nykyisiin injektion anto- sekä opetuskäytänteisiin esittämällä Sairaanhoitajalehdessä ajantasaista tietoa intramuskulaarisen injektion antotekniikasta.

Injektion antoon liittyvien tietojen ja taitojen päivitys kiinnosti hoitohenkilökuntaa. Turvallisista injektion antopaikoista paitsi vatsanpuoleisen pakara-alueen myös ulomman ja suoran reisilihaksen käyttö on käytännössä suhteellisen vähäistä. Oikean neulan valinta on tärkeää. Injektionesteen ottamiseen suositeltuja suodatinneuloja tai vetoneuloja ei yksiköissä juurikaan ole käytössä, kuten ei myöskään riittävän pitkiä injektioneuloja. Liian lyhyen injektioneulan

käytön vuoksi lääke saattaa päätyä ihonalaiskudokseen lihaksen sijasta. Ihon ärsytystä vähentävä z-tekniikka on monille vieras. Edelleen uutta tietoa on esimerkiksi injektion antonopeudesta sekä injektiokohdan painamisesta hieromisen sijaan.

Turvalliseen intramuskulaariseen injektioon liittyvät asiat puhuttivat luennoille osallistujia. Vaikka monet olivat innostuneita aiheesta, pelkkä uuden tiedon välittäminen luennolla ei kuitenkaan riitä toimintatapojen muuttamiseen. Erityisesti ventrogluteaalisen injektiopaikan löytäminen koetaan hankalana ja hoitajat kaipaavat henkilökohtaista ohjausta mm. oikean injektion antopaikan 'luisten maamerkkien' löytämiseen sekä oikean injektion antotekniikan varmistamiseen.

Läkelaskentataitoihin keskittynyt lääkitysturvallisuuden edistäminen

Läkelaskentataitoihin liittyvät ongelmat ovat esillä monissa yksiköissä. Eri-tyisesti ongelma on noussut esiin liittyen nimikesuojattujen ammattihenkilöiden läkelupiin. Läkelupien yhtenä edellytyksenä on läkelaskujen hallinnan osoittaminen lääkehoidon teoreettisen osaamisen varmistamisen yhteydessä. Läkelaskentataitojen testaaminen yksiköissä on uutta, ja se herättää myös pelkoja ja epävarmuutta. Monet lähihoitajat kokevat, että heiltä vaaditaan osaamisen arvioinnin yhteydessä sellaisia läkelaskennan taitoja, joita he eivät tarvitse käytännön hoitotyössä. Osa hoitajista kokee jääneensä yksin läkelaskentaan liittyvien ongelmien kanssa. Työpaikoilla ei säännöllisesti harjoitella lääkkeiden annostelemiseen liittyvää laskemista. Ajanpuutetta pidetään yhtenä ongelmana, toisaalta läkelaskennan opettaminen työtoverille koetaan vaikeana ja siihen kaivataan ulkopuolisen asiantuntijan apua.

Jokainen terveydenhuollon ammattihenkilö on aikanaan opintojensa yhteydessä suorittanut myös läkelaskennan kokeet. Harvat ovat kuitenkaan pyrkineet tietoisesti ylläpitämään läkelaskentataitojaan, vaikka ne edellyttävät jatkuvaa harjoitusta. Turun SOTEn henkilökunnalla on mahdollisuus käyttää sähköistä lääkehoidon oppimisalustaa, jossa on tietoa läkelaskennan matemaattisista perusteista sekä erilaisia laskuharjoituksia. Itsenäinen harjoittelu koetaan kuitenkin vaikeaksi, eritoten jos matemaattisissa perustaidoissa on ongelmia.

Kehittämisyksikön yhteydessä pidettiin yhdessä vanhainkodissa, palvelutalossa sekä psykiatrian yksikössä kussakin muutama lääkelaskennan opetustilanne, joihin osallistui omasta tahdostaan lähihoitajia ja mielenterveyshoitajia. Opetus toteutui 4–10 hengen pienryhmissä työpäivän aikana, joskin osa hoitajista osallistui opetustilanteisiin vapaapäivänään. Tarkoituksena oli, että yksittäinen hoitaja voisi osallistua kahteen tapaamiseen, joissa ensimmäisessä käsiteltiin ensisijaisesti matemaattisia perustaitoja ja jälkimmäisessä harjoiteltiin käytännön hoitotyöhön liittyviä laskuja. Oppimateriaalia laadittaessa pyrittiin laskuissa huomioimaan mm. yksikössä käytössä olevat lääkkeet. Tavoitteena oli käytännönläheisten tehtävien avulla auttaa hoitajia ymmärtämään tehtäviä, eikä vain suorittamaan niitä esimerkiksi ulkoa opittujen kaavojen avulla.

Läkelaskennan opettamistilanteet koettiin mielekkäiksi. Henkilökunta oli motivoitunutta ja tunnelma opetustilanteissa hyvä, vaikka aluksi ehkä hieman varautunut. Monet kertoivat tuntevansa häpeää ja huonoa itsetuntoa laskemiseen liittyen. Useimmat eivät kokeneet käyttävänsä laskutaitoa myöskään muualla elämässään. Keskeinen haaste olikin tukea oppimismyönteisen ja turvallisen ilmapiirin muodostumista.

Ensimmäinen tapaaminen kului yleensä matemaattisten perusteiden kertautamiseen. Useimmilla osallistujilla matemaattiset perustaidot, kuten kertotaulu ja allekkain kertominen, jakokulman käyttö, desimaaliluvuilla laskeminen, yksikkömuunnokset sekä prosenttilaskut, olivat unohduksissa. Toisaalta jo parin tunnin muistinvirkistys ja ilman taskulaskinta tapahtunut harjoittelu palauttivat niitä monin tavoin mieleen. Se innosti ja paransi itsetuntoa. Hoitajat alkoivat tunnistaa omaa käytännön osaamistaan.

Ensimmäisessä tapaamisessa käytiin useita perusasioita nopeasti läpi, ja monet osallistujista olivat sen jälkeen hieman hämmentyneitä. Toisella tapaamiskerralla asiat jäsenyivät, ja useimmat pystyivät laskemaan melko itsenäisesti lääkkeiden annostamiseen ja riittävyyteen liittyviä laskuja. Jo kahdella tapaamiskerralla valtaosalla osallistujista sekä laskutaidot että usko ja luottamus omiin kykyihin paranivat selvästi. Hoitajat myös auttoivat toinen toisiaan. Yhdessä tekemisellä ja oppimisella sekä toisilta saadulta vertaistuellalla oli varmasti positiivinen vaikutus paitsi lääkelaskujen oppimiseen myös niihin suhtautumiseen. Opetustilanteiden yksi tärkeä merkitys oli toimia henkilökunnan keskustelu- ja kokemusten jakamisareenana. Palvelutalon lähihoitajat alkoivat jopa kesän aikana itseohjautuvasti järjestää viikoittaisia lääkelaskentatuokioita työpäivän aikana. Palvelutalon sairaanhoitajan mukaan laskemisen harjoitteluun lisää-

si kiinnostusta lääkitysturvallisuuteen laajemminkin. Valitettavasti motivaatio itseohjautuvaan, ryhmässä tapahtuvaan harjoitteluun ei kuitenkaan riittänyt syksyyn saakka.

TULOKSET JA NIIDEN KÄYTTÖKELPOISUUS

Kehittämiskurssi on ollut osa prosessia, jolla tuetaan oppimista ja kehittämistä arvostavan turvallisuuskulttuurin luomista Turun SOTE:ssa. Tarkoituksena on ollut saada uutta luotettavaa tietoa turvallisesta lääkehoidosta ja sen toteuttamiseen liittyvistä toimintatavoista sekä niiden edellytyksistä. Toisaalta tarkoituksena on ollut herättää ajatuksia ja edistää potilas- ja lääkitysturvallisuuteen liittyvää keskustelua yksiköissä. Kehittämiskurssin aikana syntyneitä konkreettisia tuotoksia olivat erilaiset koulutustilaisuudet sekä niihin liittyvä materiaali, matemaattisten taitojen arviointiin tarkoitettu mittari ja lääkehoidon toteuttamisen arviointia helpottava lomake. Ne ovat henkilökunnan hyödynnettävissä jatkossakin.

Läkelaskentaan liittyvän opetusmateriaalin lisäksi hoitohenkilökunnalla on mahdollista arvioida omia matemaattisia taitojaan Webropol®-ohjelman kautta tehtävän testin avulla. Testi on laadittu yhteistyössä FT Sirpa Ervalin kanssa. Diagnostinen koe koostuu kahdeksasta matematiikan perustaitoja mittaavasta osiosta, jossa on viisi laskua kussakin. Lisäksi vastaajalta kysytään suhtautumista matematiikkaan sekä arviota omista läkelaskentaan liittyvistä taidoista. Vastattuaan kaikkiin kysymyksiin vastaaja saa palautteen osaamisestaan sekä ohjausta mahdollisten virheiden tunnistamiseen. Vaikka hoitajat osallistuivat kehittämiskurssin aikana vapaaehtoisesti läkelaskennan opetukseen, vain harva heistä teki testin. Samaa matemaattisia perustaitoja mittaavaa testiä käytettiin kuitenkin syksyllä 2010 Turun ammattikorkeakoulun kaikkien uusien hoitotyön opiskelijoiden matemaattisten taitojen diagnostisena koekena. Opiskelijoiden palaute testistä oli positiivista ja opiskelijat kokivat sen motivoivan matemaattisten perusasioiden kertaamiseen.

Sairaanhoitajille läkelupänäyttöjen vastaanottamiseen laadittua materiaalia on hyödynnetty myös muiden työntekijöiden kouluttamiseen. Koulutusmateriaalin on todettu palvelevan hyvänä runkona kotihoidon tiimeissä lääkkeenantomuotojen ja -tapojen opettamiselle. Ammattikorkeakoulun ja terveydenhuollon työelämän edustajien yhteistyön kautta on ollut mahdollista myös jakaa tietoja luotettavista ja käyttökelpoisista lääkehoitoa koskevasta tiedon

lähteistä. Koulutusmateriaalin pohjalta on kotihoidossa kehitetty työvälineitä henkilökunnan lääketuntemuksen edistämiseksi. Yksi tällainen on Turun SOTEssa käytetyimmistä lääkkeistä tehty taulukko, johon on esimerkinomaisesti koottu keskeiset tiedot lääkkeistä ja niiden käyttöön liittyvistä keskeisistä asioista. Taulukon pohjalta on laadittu lisäksi lääketuntemusta mittaava testi kotihoidon työntekijöitä varten. Taulukkoon on mahdollista yhdistää myös iäkkäiden lääketietokannasta ko. lääkeaineita koskevat huomiot. Lääkehoidon toteutumisen arviointimittari on otettu käyttöön apuvälineeksi palvelutalojen lääkehoitosuunnitelmien täsmentämiseen.

Lääkehoitoprosessin eri vaiheiden sekä niiden toteutumiseen vaikuttavien tekijöiden havainnointia ja tunnistamista varten laadittiin apulomake. Vanhustyksiköiden, erityisesti palvelutalojen, henkilökunta on hyödyntänyt sitä omien lääkehoitosuunnitelmiansa täsmentämiseen liittyvässä työssä. Lomakkeesta on todettu olevan hyötyä asioiden jäsentämisessä sen toimiessa samalla eräänlaisena muistilistana.

LOPUKSI

Kehittämiskausi mahdollisti entistä paremman lääkehoidon toteuttamiseen liittyvän osaamisen jakamisen hoitajien ja koulutuksen edustajan kesken. Koulutustilaisuudet ja käydyt keskustelut ovat edistäneet avointa keskustelua, vastavuoroista oppimista sekä molemminpuolista arvojen, tietojen ja kokemusten jakamista. Niin ikään ne ovat lisänneet reflektiivistä otetta työympäristön sekä päivittäisten rutiinien tarkasteluun potilasturvallisuuden näkökulmasta.

Toimintatapojen ja ohjeistusten yhtenäisyyden ja turvallisuuden arviointi sekä tehokkaan ja luotettavan tiedonkulun haasteiden pohtiminen ovat synnyttäneet innostusta ja motivaatiota toiminnan yhteiseen kehittämiseen. Lääkitysturvallisuuteen liittyvien ongelmien tunnistaminen, mittaaminen ja syiden analysoiminen mahdollistavat turvallisuusriskien ennakoimisen ja nopean ennaltaehkäisyyn. Joitakin työkäytäntöjä on jo muutettu yhteistyön pohjalta. Työelämäjakson aikana tapahtunut verkostoituminen ja tutustuminen eri yksiköiden toimintaan ovat osaltaan mahdollistaneet tiedon välittämisen myös eri yksiköiden kesken Turun SOTEn sisällä. ASTE-projekti on tukenut tätä uudenlaista kumppanuutta terveydenhuollon työelämän ja koulutuksen välillä.

LÄHTEET

Hyvä Käytäntö. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyvakaytanto/aineistoja>. [Viitattu 20.12.2010.]

Kaukkila, H-S & Ojala S, 2009. Injektionanto lihakseen – millä, miten ja mihin pistät. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1478007. [Viitattu 20.12.2010.]

Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. STM:n julkaisuja 18/2009. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1478007. [Viitattu 20.12.2010.]

POTILASTURVALLISUUSSANASTO , LÄÄKEHOIDON TURVALLISUUSSANASTO Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 19.12.2007. http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/2B4BD83A-CD48-439B-81FE-789748937CA7/10649/POTILASTURVSanasto_071209.pdf%29. [Viitattu 2.11.2010.]

STM. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. STM:n julkaisuja 2009:3. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1383571#fi. [Viitattu 2.11.2010.]

Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Toimintaohjelma 2004–2007. STM:n julkaisuja 18/2003. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1083914. [Viitattu 20.12.2010.]

Turvallinen lääkehoito. STM:n Oppaita 32/2005. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1083030#fi. [Viitattu 20.12.2010.]

TURVALLISEN LÄÄKE- HOIDON KEHITTÄMINEN YHTENÄISTÄMÄLLÄ OPISKELIJAOHJAUSTA

Riikka Teuri, TtM, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu
Anne Isotalo, VTM, vs. kehittämissylihoitaja, Varsinais-Suomen
sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

Kehittämisyhteistyö toteutettiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä.

Turvallisen lääkehoidon kehittäminen on yksi kansallisen potilasturvallisuusstrategian (STM 2009) keskeisistä tavoitteista. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä (VSSH) valmisteltiin vuoden 2010 aikana koko sairaanhoitopiirin kattavaa hoitohenkilökunnan lääkehoidon lupamenettelyä, joka sisältää koulutuksen, tentit ja kliiniset näytöt. Uusi lupamenettely otettiin käyttöön vuoden 2011 alussa. Aiemmin sairaanhoitopiirillä on ollut käytössään lääkelupatestausten pohjana yhtenäinen hallintoylilääkärin ohje, sekä materiaalina VSSH:ssä tuotettu Parenteraalisen lääkehoidon opas. Eri klinikoilla ja yksiköissä lääkehoidon lupakäytännöt ovat kuitenkin vaihdelleet suuresti. Eri tutkimuksissa sekä haittatapahtumatilastoissa lääkehoidon on osoitettu olevan potilasturvallisuuteen suuresti vaikuttava tekijä, ja sen vuoksi sairaanhoitopiirissä on haluttu siirtyä yhtenäiseen lääkehoidon lupamenettelyyn.

Hoitohenkilökunnan turvallisen lääkehoidon taitojen kehittämisen yhteydessä on pohdittu myös terveysalan opiskelijoiden harjoittelun aikaista lääkehoidon toteuttamista ja sen ohjaamiskäytäntöjä. Asiaa käsittelemään perustettiin syksyllä 2009 työryhmä. Se päätti yhtenäistää koko sairaanhoitopiirin kattavan ohjeistuksen opiskelijoiden lääkehoitoon osallistumisesta. Näin saataisiin kehitettyä opiskelijaohjauksen laatua lääkehoito-osaamisen alueella. Lisäksi yhtenäisten käytäntöjen avulla saataisiin yhtenäistettyä käytäntöjä, ja osaltaan lisättyä turvallisen lääkehoidon toteutumista.

Ohjeen tekeminen annettiin ASTE-kehittämiskurssin tehtäväksi. Työelämän yhteistyökumppanina oli hoitotyön toimiston johtaja, vs. kehittämisylivohtaja Anne Isotalo. Myös hoitotyön toimiston vs. suunnittelija Susanna Kienokosken kanssa tehtiin tiivistä yhteistyötä. Hän vastaa VSSHHP:ssä lääkehoidon sähköisen oppimisympäristön (LOVe) käyttöönnoton ja koulutuksen sekä lupamennettelyohjeistuksen laatimisen koordinoimista ja järjestämisestä.

Sairaanhoitopiirissä on tehty päätös ottaa käyttöön Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) ja Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän (PKSSK) yhteistyössä tekemä lääkehoidon verkkokoulutus Moodle-verkko-oppimisympäristössä. Koulutus koostuu lääkehoidon teoritiedosta, lääkelaskuharjoituksista ja verkkotenteistä. LOVen käyttöönnoton suunnittelu ajoittui projektin ajalle.

Opiskelijoiden lääkehoito-osaaminen kehittyy tutkimusten mukaan juuri harjoittelujen aikana, jossa opiskelijat saavat toimia aitojen potilaiden kanssa. Kansallisesti terveysalan opiskelijoiden lääkehoito-osaaminen oli vuoden 2010 aikana paljon esillä. Ammattikorkeakoulut ovat ensimmäistä kertaa määritelleet kaikille yhtenäiset valmistuvan sairaanhoitajan lääkehoito-osaamisen kriteerit (Sulosaari, Erkkö & Waltia 2010). Lisäksi kaikki Suomen ammattikorkeakoulut ottivat vuoden 2010 aikana käyttöön yhteisen lääkehoitopassin. Lääkehoitopassin suorituksia kerätään suurelta osin juuri harjoittelujaksojen aikana. (Sulosaari 2010.)

Kansallisen lääkehoitopassin myötä harjoittelupaikoilla täytyy pohtia, kuinka yhtenäistää opiskelijoiden lääkehoidon ohjausta harjoittelujaksojen aikana ja miten taata opiskelijoille mahdollisimman monipuolinen oppimisympäristö. Näin valmistuvien terveysalan opiskelijoiden lääkehoitovalmiudet vastaisivat työelämän tarpeita.

KEHITTÄMISKURSSIN TOTEUTUS JA TULOKSET

Läkehoidon asiantuntijaryhmässä päätettiin, että opiskelijoiden lääkehoitoon osallistumisen ohjeen pohjana tulisi käyttää tutkittua tietoa aiheesta, kartoittaa eri sairaanhoitopiirien ohjeita ja perehtyä VSSHHP:ssä valmiina oleviin osastojen lääkehoidosuunnitelmiin. Lisäksi olisi mahdollisesti kartoitettava lääkehoidon opiskelijaohjauksen nykytilaa esimerkiksi kyselytutkimuksella tai haastatteluilla sekä käytävä keskustelua hoitotyön toimiston henkilökunnan kanssa.

Kehittämiskakson aluksi tutustuttiin lääkehoitoon ja opiskelijaohjaukseen liittyvään lainsäädäntöön ja yleiseen ohjeistukseen (STM 2003, 2005, 2009, OPM 2006) sekä tehtiin hakuja terveysalan tietokannoista (Medline, Cinahl, Medic). Niin ikään etsittiin tutkittua tietoa liittyen opiskelijoiden lääkehoitoon harjoittelussa.

Kirjallisuuteen tutustumisen lisäksi kartoitettiin muiden Suomen sairaanhoitopiirien opiskelijoiden lääkehoidon ohjauksen tilanne, jotta saatiin käsitys olemassa olevista ohjeista ja siitä, millaista ohjetta kannattaa lähteä tekemään. Kaikkien 20 sairaanhoitopiiriin olemassa olevat ohjeet opiskelijoiden lääkehoitoon osallistumisesta kartoitettiin soittamalla sairaanhoitopiirien hallintoylihoitajille, klinikkaopettajille, opetuskoordinaattoreille tai vastaaville henkilöille. Neljällä sairaanhoitopiirillä ei ollut ohjetta opiskelijan lääkehoitoon osallistumisesta. Näissäkin sairaanhoitopiireissä asiasta oli kuitenkin keskusteltu ja ohjetta suunniteltiin. Kuudessa sairaanhoitopiirissä ohje opiskelijan lääkehoitoon osallistumisesta oli kirjattu sairaanhoitopiirin Turvallinen lääkehoitosuunnitelma -raporttiin joko tekstiosuudessa tai erillisenä liitteenä. Yhdeksässä sairaanhoitopiirissä opiskelijoiden lääkehoitoon osallistumisesta on tehty erillinen ohje.

Opettaja sai käyttöönsä kaikki VSSHP:ssä keväällä 2010 valmiina olleet 74 yksikön lääkehoitosuunnitelmat selvittääkseen kuinka opiskelijoiden rooli lääkehoidon toteuttamisessa oli niihin kirjattu. Turvallinen lääkehoito -oppaan (STM 2005) mukaan lääkehoidon toteuttaminen perustuu kussakin yksikössä laadittuun lääkehoitosuunnitelmaan, jossa tulee määrittää lääkehoidon toteuttamisen periaatteiden lisäksi mm. lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen, henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako sekä lupakäytännöt. Oppaassa on opiskelijoiden osallistumisesta lääkehoitoon määritelty seuraavasti: sosiaali- ja terveysalan perustutkintoa (lähihoitaja) suorittavat opiskelijat harjoittelevat koulutuksensa mukaista lääkehoitoa työssäoppimisjaksojen aikana työpaikkaohjaajan välittömässä ohjauksessa ja valvonnassa. Opiskelijat toimivat ohjaajiensa vastuulla. Ammattikorkeakoulututkintoa suorittavat sairaanhoitaja-, ensihoitaja-, kättilö- ja terveydenhoitajaopiskelijat osallistuvat lisäksi ohjaajan vastuulla ja välittömässä valvonnassa ja ohjauksessa vaativan lääkehoidon kuten suonensisäisen neste- ja lääkehoidon toteuttamiseen, suonensisäisen kanyylin asettamiseen, verensiirtojen toteuttamiseen sekä niihin liittyviin valmistaviin toimenpiteisiin. Ohjaajalta edellytetään asianmukaista pätevyyttä lääkehoidon toteuttamiseen. Opiskelijaohjauksessa noudatetaan sosiaali- ja terveysministeriön antamia suosituksia (Heinonen 2003).

VSSH:n opiskelijaohjauksen nykytilaa kartoitettiin lisäksi tutkimalla kaikkien yksiköiden lääkehoitosuunnitelmat sekä haastatteleamalla hoitajia ja havainnoimalla joillakin osastoilla lääkehoidon ohjausta. Haastattelut ja havainnointit toteutettiin osana valmistumisvaiheessa olevien opiskelijoiden harjoitteluun liittyvää kirjallista työtä. Opiskelijoiden töiden perusteella ei tehty laajoja johtopäätöksiä, koska otoksessa oli edustettuina vähän yksiköitä ja opiskelijoiden tiedonkeruumenetelmät vaihtelivat suuresti. Opiskelijoiden töiden yhteisistä tuloksista ilmeni selvästi kuitenkin teemoja, joita otettiin lopullisen ohjeen tekemisessä huomioon. Eräs keskeisimmistä opiskelijoiden lääkehoitoon osallistumiseen vaikuttavista tekijöistä oli osaston lääkehoitoon perehdyttäminen. Varsinkin lääkehoitosuunnitelmaan perehdyttäminen nähtiin ensiarvoisen tärkeänä. Sen avulla opiskelija saa kokonaiskäsityksen osastolla toteutettavasta lääkehoidosta ja pääsee helpommin alkuun. Myös eri osastojen, ja jopa samalla osastolla eri ohjaajien, erilaiset ohjauskäytännöt ja työtavat aiheuttavat helposti hämmennystä opiskelijoiden keskuudessa. Epäselvät ja vaihtelevat käytänteet saattavat johtaa pahimmillaan potilasturvallisuutta vaarantaviin tilanteisiin.

Eri lähteistä kerätyn tiedon perusteella luonnosteltiin alustava ohje, jota lähdettiin työstämään jaksoon osallistuvan opettajan, työelämäkumppanin ja muiden sairaanhoitopiirin edustajien kanssa. Lähtökohdaksi ohjeen tekemisessä otettiin ammattikorkeakoulujen yhteiset valmistuvan sairaanhoitajan lääkehoito-osaamisen vaatimukset (Sulosaari, Erkko & Walta 2010), koska se on yhteinen pohja kaikkien ammattikorkeakoulujen lääkehoito-osaamisen opettamiselle. Ohjetta työstettäessä otettiin huomioon myös LOVen käsitteistöä, jotta ohje olisi helppokäyttöinen ohjaajien näkökulmasta. Ohjeen työstämisen loppuvaiheessa tehtiin yhteistyötä myös alueen ammattikorkeakoulujen kanssa, jotta ohjeesta saataisiin mahdollisimman yleispätevä ja kunkin koulutusohjelman erityispiirteet otettaisiin mahdollisimman hyvin huomioon. Ohjeen lopullinen käyttöönotto tapahtui vuoden 2011 alussa.

ARVIO SAAVUTETUISTA HYÖDYISTÄ

Kehittämiskäytännön aikana laadittu ohje on osa turvallisen lääkehoidon toteuttamisen kokonaisuutta ja lupamenettelyn uudistamistyötä. Se liittyy läheisesti laadukkaaseen opiskelijaohjauksen kehittämiseen VSSH:ssä. Kehittämiskäytännön ajoittui tässä mielessä täydellisesti sairaanhoitopiirin aikatauluun ja tehtä-

vään käytetty opettajan työpanos oli merkittävä apu kehittämistyössä. Projekt mahdollisti aikaisempaa tiiviimmän yhteistyön ammattikorkeakoulun lääkeshoidon opetuksesta vastaavien opettajien ja sairaanhoitopiirin toimijoiden kesken. Jakson aikana opettaja nimettiin jäseneksi sairaanhoitopiirin lääkehoido-osaamisen kehittämisen moniammatilliseen ohjausryhmään.

Turvallisen lääkeshoidon kehittäminen on keskeinen osa sairaanhoitopiirin laatu-työtä ja potilasturvallisuuden kehittämistä sekä hoitotyön toimintaohjelman toimeenpanoa. On tärkeää, että turvallisuuskulttuurin omaksuminen alkaa jo opiskeluvaiheessa ja sen merkitys todella tiedostetaan. Harjoittelujaksoilla opiskelijat voivat sisäistää turvallisuutta parantavia käytänteitä sekä oppia kriittisesti arvioimaan työskentelyolosuhteitaan ja kehittämään työtapojaan.

LÄHTEET

Opetusministeriö OPM 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.

Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2003. Terveysalan koulutuksen työssäoppiminen ja ohjattu harjoittelu. Suositus sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2003:22.

Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2005. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkeshoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32.

Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2009. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3.

Sulosaari, V., Erkko, P. & Walta, L. 2010: Valmistuvan sairaanhoitajan lääkehoito-osaamisen vaatimukset – kohti kansallista konsensusta. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 54. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Suomen lainsäädäntö. Säädökset: www.finlex.fi. (mm. Potilaslaki 785/1992, lääkelaki 395/87, laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 559/94, asetus potilasasiakirjoista 298/2009).

PALVELUJEN KEHITTÄMINEN

PITKÄAIKAISTYÖTTÖMIEN TERVEYSPALVELUJEN KEHITTÄMINEN

Kristiina Viljanen, THL, yliopettaja, Turun ammattikorkeakoulu
Hilkka Ipatti, erikoissairaanhoitaja, sosiaali- ja terveydenhuollon
johtamisen pätevyys, osastonhoitaja, Turun sosiaali- ja terveystoimi
Leena Savunen, SHJ, VTM, ylihoitaja, Turun sosiaali- ja terveystoimi

*Kehittämisyksikö toteutettiin Turun sosiaali- ja terveystoimen Varissuon terveys-
asemalla.*

Suomen terveyspolitiikan tavoitteena on jo parin vuosikymmenen ajan ollut sosioekonomisten väestöryhmien välisten terveyserojen väheneminen työ- ja toimintakyvyssä, koetussa terveydessä, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Kansallisen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman 2008–2011 mukaan erojen kaventamisen perusteluja ovat: 1) terveyserot eivät ole eettisesti hyväksyttävissä, 2) huono terveys on sosiaalisen syrjäytymisen osatekijä, 3) kansanterveys kohenee tehokkaammin, kun onnistutaan parantamaan niiden väestöryhmien terveyttä, joihin terveysongelmat kasaantuvat, 4) terveyserojen kaventaminen auttaa turvaamaan riittävät palvelut, 5) terveyseroja vähentämällä voidaan hillitä kustannuksia ja 6) terveyseroja vähentämällä voidaan luoda edellytyksiä työllisyysasteen nostamiselle. (Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011.)

Vaikka suomalaisten terveydentila ja hyvinvointi on yleisesti kohentuneet, ovat eri väestöryhmien väliset terveyserot koko ajan kasvaneet ja alempien sosioekonomisten luokkien edustajat voivat yhä huonommin (Stakes 2008). Työttömyyden on todettu vaikuttavan haitallisesti sekä terveyteen että hyvinvointiin. On näyttöä siitä, että työttömät voivat huonommin ja ovat sairaampia kuin työssäkäyvät. Tutkimukset osoittavat myös huonon terveyden ja etenkin mielenterveysongelmien yhteyden korkeampaan työttömyysriskiin ja pidempään työttömyyden keston. (Heponiemi ym. 2008.) Perheellä ja yksilön sosiaalisella yhteisöllä on oma vaikutuksensa työttömyyden kokemiseen ja siitä

selviytymiseen. Vahva sosiaalinen tuki voi lieventää työttömyyden negatiivisia terveysvaikutuksia. Terveysriski on merkittävä etenkin perheettömillä miehillä (naimattomat, eronneet ja vanhempiensa luona asuvat). Perhenäkökulmasta työttömyyden on osoitettu olevan myös ylisukupolvinen ilmiö, sillä vanhempien työttömyys lisää nuorten työttömyysriskiä. Parhaiten työttömyyden periytymistä pystyvät vastustamaan hyvin koulutetut nuoret. (Virmasalo 2002.)

Terveys 2000 -aineiston pohjalta tehtyjen analyysien mukaan työttömillä esiintyy enemmän tai useammin unettomuutta, tupakointia ja alkoholin suurkulutusta kuin työssäkäyvillä (Prättälä ym. 2007). Työttömien terveys ja koettu terveys on huonompi kuin työssäkäyvillä. Myös kuolleisuus on korkeampi. (Mannila & Martikainen 2005, 64.) Pitkäaikaissairastavuus ja vakavat mielenterveyden ongelmat ovat työttömillä työssäkäyvää väestöä yleisimpiä (STM 2008, 23). Työttömistä 30 %:lla on jokin työ- tai toimintakykyä haittaava sairaus tai vamma. Puolet työttömistä on vähintään lievästi ylipainoisia ($BMI \geq 25$) ja sokeriaineenvaihdunnan häiriöt ovat työttömillä yleisempiä kuin työssäkäyvillä. (Helakorpi ym. 2007.) Merkittävästä ylipainosta kärsivien osuus työttömien keskuudessa on miehillä 19 % ja naisilla 25 % (Heliövaara & Risänen 2007, 56). Työttömien on todettu noudattavan keskimääräisesti harvemmin suositusten mukaisia ravitsemustottumuksia. Taloudellinen tilanne vaikuttaa ruokavalintoihin ja ruokailutottumuksiin. (Roos, Prättälä & Paalanen 2007.) Työttömät tupakoivat keskimääräistä enemmän; 40 % työttömistä tupakoi päivittäin (Helakorpi ym. 2007). Myös alkoholin suurkuluttajia on työttömien keskuudesta enemmän kuin väestössä yleensä (Poikolainen & Paalanen 2007).

Jotta terveyseroja voidaan kaventaa, tulee kaikilla väestöryhmillä olla yhdenvertaiset mahdollisuudet terveyspalveluiden käyttöön (Keskimäki, Koskinen & Teperi 2002). Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa ohjataan kuntia kehittämään terveydenhuoltoa siten, että kaikilla kunnan asukkailla olisi yhdenvertainen mahdollisuus terveyspalvelujen tavoittamiseen, omaa terveyttä koskevaan päätöksentekoon osallistumiseen sekä asianmukaisen terveyttä ja terveyden edistämistä koskevan tiedon saamiseen (STM 2001, 27–30.) Terveyskeskus 2015 -toimenpideohjelmassa kiinnitetään huomiota siihen, että terveyden edistämisen ja terveyserojen kaventamisen tulisi nykyistä vahvemmin sisältyä terveyskeskusten toimintaan (Myllymäki 2006). Myös Työterveys 2015 -ohjelman tavoitteena on ollut kehittää työttömien terveysneuvontaa yhteistyössä työterveyshuollon, perusterveydenhuollon, työvoimanpalvelukeskusten ja sosiaalitoimen kanssa. Syrjäytymiskehitystä pyritään estämään siten, että työttö-

millä on samat mahdollisuudet terveyspalveluihin ja terveyden edistämiseen kuin muilla. (Valtioneuvoston periaatepäättös 2004, 25.)

Tilastokeskuksen työvoimatutkimuksen mukaan työttömyysaste oli Suomessa vuoden 2010 marraskuussa 7,1 % (186 000). Miesten työttömyysaste oli 8,2 % (111 000) ja naisten 6,6 % (76 000) (Tilastokeskus 2010). Työttömien määrä väheni edellisvuodesta koko maassa. Varsinais-Suomessa alenemistahti oli kaikkein hitainta lähinnä Turun seudun vaikean tilanteen johdosta. Huolestuttavaa on pitkäaikaistyöttömyyden kasvun kiihtyminen lähes koko maassa. Varsinais-Suomessa tämä kasvu on selvästi maan nopeinta. Marraskuussa 2010 oli Varsinais-Suomessa noin 5 000 yli vuoden työttömänä ollutta, mikä merkitsi 53 % kasvua vuodessa. (Varsinais-Suomen ELY-keskus 2011.)

Työssä käyvän väestön keskeinen terveyspalvelujen tuottaja on lakisääteinen työterveyshuolto. Työttömien terveydenhuoltoa on kehitetty erilaisilla projekteilla jo vuosia, mutta vasta vuonna 2006 sosiaali- ja terveysministeriö määräsi kunnat järjestämään suunnitelmallisesti terveystarkastuksia pitkäaikaistyöttömille (STM 2008). Vuosina 2006 ja 2007 se ohjeisti kuntia pitkäaikaistyöttömien terveystarkastustoiminnan aloittamiseen. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes toteuttivat yhteistyössä pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelujen kehittämishankkeen (PTT 2007–2010). Hankkeen tarkoituksena oli luoda toimiva, organisoitu järjestelmä pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluita koskien, käyttäen hyväksi hankkeen aikana löydettyjä, toimiviksi todettuja malleja. (Stakes 2008, 3) Hankkeen ensimmäisessä vaiheessa (2007–2009) painopiste oli paikallisten ja alueellisten toimintakäytäntöjen luomisessa ja kokeilemisessä. Vuosina 2009–2010 hankkeen painopisteenä oli kehitettyjen toimintakäytäntöjen juurruttaminen paikallisesti ja alueellisesti sekä toimiviksi arvioitujen työtapojen levittäminen valtakunnallisesti. Hankkeessa tuotettiin suositukset työttömien työnhakijoiden terveyspalveluiden kehittämiseksi. (Saikku 2010, Työttömien työnhakijoiden terveyspalveluita koskevat suositukset 2010.)

PILOTIKSI VARISSUON ALUE

Pitkäaikaistyöttömät on mainittu Turun Sosiaali- ja terveystoimen (Turun SOTE) syrjäytymisvaarassa olevien turkulaisten yhtenä keskeisenä ryhmänä. Turun työttömyysaste on korkea ja sen ennustetaan nousevan edelleen vuoden 2011 aikana. Se oli vuoden 2010 syyskuussa 12,2 % (vuoden 2009 syyskuussa

12,0 %). Syyskuun lopussa 2010 työttömien määrä oli 10 797, joka oli 257 enemmän kuin vuotta aiemmin. Työttömiä miehiä oli 6 391 ja naisia 4 406. Työttömyys jakaantui kaupungin sisällä epätasaisesti. (Lemmetyinen 2010.)

Erityisesti pitkäaikaistyöttömille kohdistettuja terveyspalveluja ei tällä hetkellä ole Turussa tarjolla kaikille. Tarvittaisiin toimintamalli, jonka avulla pitkäaikaistyöttömät saataisiin mahdollisimman kattavasti sosiaali- ja terveyspalvelujen piiriin. Toimintamallin lähtökohtana olisi terveystarkastus, jonka perusteella työttömät pyritäisiin ohjaamaan yksilöllisten tarpeiden mukaisten palvelujen äärelle. Toiminnan käynnistäminen päätettiin kohdistaa Varissuon terveysaseman alueelle, jossa oli jo aiemmin ilmennyt asukkaiden terveydellistä tuen tarvetta.

Varissuon 14 000 asukkaan väestössä 36 % on maahanmuuttajataustaisia henkilöitä (Lemmetyinen 2010). Muun muassa alle 15-vuotiaista lapsista ja nuorista 45 % on maahanmuuttajia. Suomen kielen opetuksesta huolimatta tulkkipalveluja käytetään runsaasti. Tulkattavia kieliä on noin 60. Alueella olevien asukkaiden työttömyysaste on Turun toiseksi korkein eli 24,8 % (Pansio 27,6 %) (Lemmetyinen 2010). Kaupungin vuokra-asuntoihin on osoitettu sosiaalisen tuen tarpeessa olevia päihde- ja mielenterveysasiakkaita, joiden tuen tarve on korostunut myös terveyspalveluissa. Alueen asukkaiden terveyspalvelujen käyttöaste on kaupungin korkeimpia. Vuoden 2009 aikana omalääkärillä kävi noin 45 % listatuista asukkaista. Sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdistämisellä on pyritty löytämään asiakaslähtöisiä ja tehokkaita palvelukokonaisuuksia. (Savunen 2010.)

KEHITTÄMISJAKSON TAVOITTEET

ASTE-projektin kehittämisjaksolle asetettiin tavoitteiksi

- kartoittaa terveystoimen, sosiaalitoimen, kuntoutuksen, työ- ja elinkeinotoimiston ja kolmannen sektorin välisiä yhteistyömahdollisuuksia pitkäaikaistyöttömien terveyden edistämisessä
- kartoittaa kanavia, joiden kautta pitkäaikaistyöttömät saadaan ohjattua palvelujen ääreen (ensisijaisesti terveystarkastukseen)
- kehittää pitkäaikaistyöttömien terveystapaamisia (ensisijaisesti terveystarkastusta) sisällöllisesti

Kehittämisyksikön työelämäyhteistyökumppaneina Turun SOTEn Varissuon terveysasemalla toimivat osastonhoitaja Hilka Ipatti, vastaava lääkäri Kimmo Leino sekä Perusterveydenhuollon tulosaluejohtaja Anne Santalahti. Yhteystenhenkilönä oli ylihoitaja Leena Savunen (30.9.2010 asti).

Kuntien tulisi lähitulevaisuudessa lakisääteisesti tarjota pitkäaikaistyöttömille samat palvelut, jotka työterveyshuolto tarjoaa työssäkäyville. Palvelun tuottaminen on Turun tämän hetkisen taloudellisen tilanteen näkökulmasta erittäin kallista, koska se edellyttää uusien työntekijöiden palkkaamista. Kaupungille on tärkeää saada selvitys siitä, että mikäli palveluja ryhdytään tarjoamaan, niille on myös käyttäjiä. Olisi siis erittäin tärkeää sitouttaa eri palvelujen tarjoajat yhteistyöhön, jolloin saataisiin luotua kanavat, joiden kautta työttömät saataisiin käyttämään terveyspalveluja. Erityisesti sosiaaliasemat ja TE-keskus nähtiin tärkeitä yhteistyökumppaneita, koska heillä on henkilökohtainen kontakti asiakkaaseen.

KEHITTÄMISYKSIKÖN TOTEUTUMINEN

Kehittämisyksikön käynnistyminen keväällä 2010

Ensimmäisenä tehtävänä yksikön alkaessa helmikuussa 2010 oli selvittää erilaiset kanavat, joiden kautta asiakkaat tavoitettaisiin. Samanaikaisesti aloitettiin työttömille tarjottavan palvelun suunnittelu. Terveyspalveluja lähdettiin markkinoimaan sekä yleisellä ilmoittelulla että yhteydenotoilla niihin asiantuntijatahoihin, jotka tarjoavat Turussa palveluja pitkäaikaistyöttömille.

Palvelusta tiedottaminen aloitettiin helmikuussa 2010. Kohderyhmää oli täsmennetty vielä siten, että asiakkaan tuli hallita suomen kieli, jotta tulkkia ei tarvittaisi. Terveystarkastuksista ilmoitettiin paikallisen liikekeskuksen ja vuokratolokiiinteistöjen ilmoitustauluilla, paikallisessa työttömien yhdistyksessä sekä ilmaisjakelulehti Kulmakunnassa.

Huhtikuussa 2010 aloitettiin yhteistyöneuvottelut Turun TE-keskuksen ja Varissuon sosiaaliaseman kanssa. Toukokuussa 2010 Turun Sanomat uutisoi työttömille suunnatusta toiminnasta. Artikkelissa tuotiin esille asiakkaiden tavoittamisongelmat. Uutinen herätti kiinnostusta ja muun muassa Varsinais-Suomen Martat ry ja Turun seudun työttömät ry ottivat yhteyttä yhteistyön käynnistämiseksi. Koska yleinen ilmoittelu oli tuottanut heikon tuloksen ja

yhteistyö sosiaalikeskuksen ja TE-toimiston kanssa on vasta alussa, oli kolmannen sektorin mukaan tulo erittäin tervetullutta.

Kehittämiskampanian eteneminen syksyllä 2010

Yhteistyö eri tahojen kanssa tiivistyi syksyn 2010 aikana. Terveyspalveluista tiedotettiin Turun seudun työttömien yhdistyksen infotilaisuudessa ja yhdistyksen nettisivuilla. Varsinais-Suomen Martat ry:n kanssa järjestettiin kaksi yhteistyökokousta, joissa keskusteltiin yhdistyksen työllisyysprojektiin osallistuvien, Varissuolla asuvien työttömien ohjaamisesta terveystarkastuksiin. Tämän lisäksi järjestettiin kaksi suunnittelu- ja seurantakokousta, joihin osallistuivat Turun SOTen ja TE-toimiston edustajina urasuunnittelija, johtava sosiaalityöntekijä, osastonhoitaja, ylihoitaja ja perusterveydenhuollon tulosaluejohtaja.

Keväällä 2010 palveluista tiedottaminen oli tapahtunut pääasiassa eri yhteistyökumppaneiden yleisten tiedotustilaisuuksien yhteydessä. Syksyllä pyrittiin toimintaa kehittämään kiinnittämällä erityisesti huomiota henkilökohtaiseen viestintään eri asiakastapaamisten yhteydessä. Syksyn aikana asiakasmäärä lisääntyi selvästi, ja erityisesti miesten osuus kasvoi. Suurin osa miehistä kertoi saaneensa tietoa henkilökohtaisesti asiakastapaamisen yhteydessä TE-toimistossa, Sosiaaliasemalla tai Varsinais-Suomen Martat ry:n projektissa.

Terveystapaamiset Varissuon terveysasemalla

Kaikki terveystapaamiset järjestettiin Varissuon terveysasemalla. Tavoitteena oli mahdollistaa kolmen asiakkaan vastaanotto samanaikaisesti. Tiloja järjestyi terveysaseman neuvolan ja fysioterapian yksiköistä kuitenkin vain yhdelle asiakaskäynnille. Muut tilat järjestettiin aina edellisen viikon lopussa. Tilaongelmaa helpotti jonkin verran syksyn aikana se, että yhden lääkärin ja yhden psykiatrisen sairaanhoitajan huoneet olivat tilapäisesti käytettävissä.

Terveystapaamisten toteuttaminen liitettiin osaksi terveydenhoitajaopiskelijoiden syventäviä opintoja. Opiskelijat osallistuivat sekä terveystapaamisen sisällölliseen suunnitteluun että terveyshaastattelujen ja terveystarkastusten toteuttamiseen.

Hankkeen aikana tavoitettiin 47 asiakasta, joista 22 oli miehiä ja 25 naisia. Asiakkaista maahanmuuttajataustaisia oli 15. Terveystapaaminen koostui kahdesta vastaanottokerrasta. Ensimmäisellä tapaamiskerralla tehtiin terveyshaastattelu ja terveystarkastus, ja asiakkaalle annettiin lähete laboratoriotutkimuksiin. Tapaamiselle oli varattu aikaa 1,5–2 tuntia. Terveystapaamisessa keskityttiin asiakkaan terveydentilaan, elintapoihin ja elämäntilanteeseen sekä työ- ja toimintakykyyn vaikuttaviin terveydellisiin seikkoihin. Tarkastukseen kuului pituuden, painon ja vyötärönympäryksen mittaaminen, BMI:n määrittäminen, nälän ja kuulon testaus, verenpaineen mittaaminen, PEF/FEV1-mittaus tupakoiville ja astmaatikoiden sekä perusrokotussuojan tarkistus. Asiakkaan terveysriskejä kartoitettiin myös erilaisten seulojen avulla kuten Audit -alkoholin riskikulutuksen seulonta, DEPS-masennustesti ja DM-riskitesti.

Toisen käynnin yhteydessä keskusteltiin asiakkaan kanssa hänen terveystilanteestaan terveystarkastuksen ja laboratoriotutkimusten tulosten pohjalta. Tähän varattiin aikaa 0,5–1 tuntia. Keskustelussa keskityttiin positiivisten voimavarojen löytämiseen ja ylläpitämiseen sekä terveydentilaan liittyviin haasteisiin. Haastattelun, mittausten, laboratoriotulosten ja terveystarkastuksen tulosten perusteella asiakkaiden kanssa pohdittiin heidän omia toimintatapojaan ja mahdollisuuksiaan terveytensä edistämiseksi ja ylläpitämiseksi. Kaikki tapaamiset kirjattiin Pegasos-potilastietojärjestelmään, josta ne ovat saatavilla ja hyödynnettävissä myöhemminkin.

Kaikkien terveystapaamiseen osallistuneiden asiakkaiden viimeisestä terveystarkastuksesta oli kulunut useita vuosia. Suuri osa asiakkaista koki terveydentilansa korkeintaan tyydyttävänä. Keskeisiä terveysongelmia olivat kohonnut verenpaine, kohonnut kolesteroliarvot, kohonnut painoindeksi ja masennusoireet. Näiden lisäksi tuli esille muun muassa kohonneita veren sokeriarvoja, niska- ja hartiakipuja sekä perusrokotusten vanhentumisia. Kolmanneksella naisista oli viimeisestä gynekologisesta tutkimuksesta kulunut yli viisi vuotta. Terveysteen ja hyvinvointiin liittyviä haasteita olivat epäterveelliset terveystottumukset: epäterveellinen ja/tai yksipuolinen ruokavalio, tupakointi, alkoholin riskikäyttö ja liikunnan puute, kohonnut DM-riski, yksinäisyys, sosiaalisten kontaktien puuttuminen ja passiivisuus sekä heikko taloudellinen tilanne.

Tavoitteena oli ohjata asiakkaat tarvittaessa jatkotutkimuksiin ja -hoitoihin. Varissuon terveysaseman henkilökunnan huolena oli, että tarkastukseen tulleiden terveysongelmat tuottavat runsaasti lisäselvitystarpeita ja jatkokäyntejä terveysasemalla. Terveystapaamisten perusteella 26 asiakasta ohjattiin tervey-

denhoitajan, sairaanhoitajan tai lääkärin vastaanotolle. Heistä kuusi ei ottanut yhteyttä. Jatko-ohjauksen syynä olivat pääasiassa kohonneet kolesteroliarvot tai veren sokeriarvot, kohonnut verenpaine, gynekologisen perustutkimuksen tarve tai vanhentuneet perusrokotukset. Jatkoon ohjaaminen oli suhteellisen ongelmatonta, kun kyseessä oli selkeä somaattinen vaiva. Haasteeksi nousivat asiakkaat, jotka kokivat lievää masennusta, ”alakuloa” ja yksinäisyyttä, kuten myös ne, jotka olisivat tarvinneet vertaisryhmää terveystottumustensa (ruokailutottumukset, liikunta) muuttamiseen tai tupakoinnin lopettamiseen.

TYÖTTÖMIEN TERVEYSPALVELUJEN KEHITTÄMISEN HAASTEET

Työttömien tavoittaminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa on pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluja järjestettäessä erityisen tärkeää. Tällöin on mahdollista ennaltaehkäistä työttömyyden haitallisia vaikutuksia ihmisen hyvinvointiin ja terveyteen. Toisaalta on erittäin tärkeää tavoittaa ne henkilöt, joilla on pitkittynyttä riskikäyttäytymistä. Kehittämisjaksolta saatujen kokemusten perusteella voidaan todeta, että henkilökohtaisen tiedottamisen ja asiakkaan motivoinnin kautta päästään parhaaseen lopputulokseen. Henkilökohtaisen viestinnän avulla saavutetaan erityisesti riskiryhmiin kuuluvia henkilöitä. Asiakkaiden tavoittaminen edellyttää tiedonkulun kehittämistä ja tiivistä yhteistyötä eri viranomaisten ja kolmannen sektorin välillä. Keskeinen kehittämishaaste on myös toisen terveystapaamisen yhteydessä usein syntyneen ”So what” -tilanteen ratkaiseminen. Onkin tärkeää kartoittaa kaikki palvelut, joihin asiakkaan voi tarvittaessa ohjata. Julkisten palvelujen ohella tulisi huomioida kolmas sektori, jossa on tarjolla runsaasti esimerkiksi erilaista pienryhmä- ja vertaistukitoimintaa.

Suurin osa terveystapaamiseen osallistuneista henkilöistä kertoi olevansa tyytyväisiä saamaansa palveluun. Asiakastyytyväisyys näkyi myös siten, että osa terveystarkastukseen osallistuneista henkilöistä kertoi tulleen tuttavien suosituksesta. Laadukkaan palvelun kehittäminen edellyttää jatkoseurantaa siitä, onko terveystapaamisella ollut vaikutusta asiakkaan terveystäytymiseen. Vaikuttavuutta voidaan arvioida esimerkiksi siten, että asiakkaaseen otetaan yhteyttä puhelimitse puolen vuoden jälkeen, jolloin kysytään hänen kuulumisiaan.

LOPUKSI

Työttömien terveystalvelujen kehittäminen eteni kehittämisjaksolle asetettujen tavoitteiden suuntaisesti, mutta toimintamalli jäi keskeneräiseksi. Erityisesti työttömien ohjautuminen terveystapaamisiin ja niiden tahojen kartoittaminen, joihin asiakkaat voitiin tarvittaessa ohjata, vaativat paljon lisäselvityksiä. Jatkossa halutaan saada tietoa siitä, miten terveystapaaminen vastasi asiakkaiden tarpeita, ja minkälaisia vaikutuksia sillä oli terveystkäyttäytymiseen ja yleiseen hyvinvointiin. Syksyllä 2010 keskusteltiin kehittämisjakson aikana käynnistetyn toiminnan jatkamisesta Turun SOTEn ja Turun ammattikorkeakoulun yhteistyöhankkeena.

Kehittämisjakso antoi mahdollisuuden perehtyä pitkäaikaistyöttömien terveystalvelujen kehittämistyöhön ajallisesti paljon laajemmin kuin se muuten olisi ollut mahdollista. Niin ikään se mahdollisti tutustumisen ja osallistumisen moniammatilliseen yhteistyöhön. Jakson aikana jouduttiin monien haasteiden eteen, jotka kyettiin aina ratkaisemaan hyvällä yhteistyöllä. Säännölliset palaverit auttoivat tarkastelemaan kehittämistehtävää eri näkökulmista. Kehittämisjakso auttoi ymmärtämään jaetun asiantuntijuuden merkityksen kaikessa kehittämistyössä.

LÄHTEET

Helakorpi, S.; Patja, K.; Prättälä, R. & Uutela, A. 2007. Suomalaisen aikuisväestön terveystkäyttäytyminen ja terveys, kevät 2006. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 1/2007. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heliövaara, M. & Rissanen, A. 2007. Lihavuus ja painonhallinta. Teoksessa Prättälä, R. & Paalanen, L. (toim.) 2007. Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveyst 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2007.

Heponiemi, T., Wahlström, M., Elovainio, M., Sinervo, T., Aalto, A-M. & Keskimäki, I. Kat-saus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 14/2008. Helsinki.

Kansallinen terveysterojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveystministeriön julkaisuja 2008:12.

Keskimäki I., Koskinen S. & Teperi J. (2002) Terveyspalvelujen mahdollisuudet kaventaa terveyseroja. Teoksessa Kangas I., Keskimäki I., Koskinen S., Manderbacka K., Lahelma E., Prättälä R. & Sihto M. Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, Helsinki, s. 281–299.

Lemmetyinen, K. 2010 Muutoksen suunnat – Ajankohtaiskatsaus Turusta 4/2010. Väestömuutokset 1.1–30.9.2010. Turun kaupunki. Kaupunkitutkimus- ja tietoyksikkö.

Mannila, S. & Martikainen, P. 2005. Työttömyys. Teoksessa Aromaa, A.; Huttunen, J.; Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.). Suomalaisten terveys. Saarijärvi: Saarijärven offset oy.

Myllymäki, K. 2006 Terveyskeskus 2015 – terveyskeskustöön tulevaisuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:56.

Poikolainen, K. & Paalanen, L. 2007. Alkoholin käyttö. Teoksessa Prättälä, R. & Paalanen, L. (toim.) 2007. Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2007.

Prättälä, R. & Paalanen, L. (toim.). Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 2/2007. Helsinki 2007.

Roos, E., Prättälä, R. & Paalanen, L. 2007. Ruokatottumukset. Teoksessa Prättälä, R. & Paalanen, L. (toim.) 2007. Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2007.

Saikka, P. 2010. Perusterveydenhuolto ja työttömien palvelut. Työttömien terveystarkastukset ja -palvelut kunnissa 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Avauksia 2010:12.

Savunen, L. 2010 henkilökohtainen tiedonanto 9/2010.

Stakes 2008. Pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelujen kehittämishanke. Raportti: Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja -palvelut kunnissa keväällä 2008.

STM 2001. Terveys 2015 [viitattu 2.10.2010]. <http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf>.

Stakes 2008. Suomalaisten hyvinvointi jatkaa kasvuaan – samoin hyvinvointierot (viitattu 30.12.2010) http://www.stakes.fi/FI/ajankohtaista/Tiedotteet/2008/11_2008.htm.

STM 2008. Pitkäaikaistyöttömien terveyden ja työkyvyn edistäminen (viitattu 30.12.2010) <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfo/kuntainfo/view/1247207>.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Työttömien työnhakijoiden terveyspalveluita koskevat suositukset. Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuolto -hanke.

Tilastokeskus 2010 viitattu 5.1.2011 <http://www.stat.fi/til/tyti/2010>.

Valtioneuvoston periaatepäätös Työterveys 2015 Terveysthuollon kehittämislinit (2004).
Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2004:3

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 kansanterveysohjelmasta (2004). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2001:4

Varsinais-Suomen ELY-keskus 2011 viitattu 3.1.2011 <http://www.ely-keskus.fi>.

Virmasalo, I. 2002. Perhe, työttömyys ja lama. Jyväskylän yliopisto.

PAKOLAISTEN JA TURVAPAIKAN- HAKIJOIDEN TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄMINEN

Arja Nylund, TtM, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Sanna Elovirna, sosionomi AMK vastaava ohjaaja, SPR

Jouni Halonen, erikoissairaanhoitaja, vastaanottohoitaja, SPR,

Veli-Pekka Luukinen, lastentarhanopettaja, vastaava ohjaaja, SPR

Heimo Nurmi, yo merkonomi, vastaava ohjaaja, SPR

Kehittämisyksikö toteutettiin Suomen Punaisen Ristin Pansion vastaanottokeskuksessa.

Vastaanottokeskus vastaanottaa ja majoittaa Suomeen saapuvia turvapaikanhakijoita ja tekee yhteistyötä myös terveyspalveluja tarjoavien organisaatioiden kanssa tarjotakseen turvapaikanhakijoille lakisääteiset terveyspalvelut. Turun vastaanottokeskus on maamme lähes kahdestakymmenestä vastaanottokeskuksesta vanhin. Toiminta-aikanaan se on sijainnut monissa eri paikoissa Turussa ja Turun lähialueilla. Nykyään keskuksen toimipisteet sijaitsevat Turun Pansiossa, Punkalaitumella ja Paimiossa. Paimion vastaanottokeskus perustettiin vuonna 2009 ja se on toiminut ns. transit-keskuksena, jonka päätehtävä on ensivaiheen vastaanotto. (Suomen Punainen Risti 2010; Turun vastaanottokeskus.)

Kehittämisyksikön päätavoitteina oli muodostaa kokonaisvaltainen käsitys pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden vastaanottotoiminnasta sekä nostaa esiin terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ja ohjaamisen haasteita. Lisäksi pidemmän aikavälin tavoitteena oli projektin jälkeisen yhteistyön jatkaminen suunnittelemalla maahanmuuttajasairaanhoitajien opiskelijaryhmän toiminnallisen opinnäytetyön toteutus vastaanottokeskuksessa keväksi 2011.

TURVAPAIKANHAKIJAT JA PAKOLAISET SUOMESSA

Turvapaikanhakijalla tarkoitetaan henkilöä, joka hakee suojelua ja oleskeluoikeutta vieraasta valtiosta. Turvapaikanhakijalle voidaan myöntää Suomessa oleskelulupa (jatkuva A-lupa) kolmella eri statuksella: 1) pakolainen, 2) toissijaisen suojelun tarve, jos hakijaa uhkaa kotimaassaan kidutus tai epäinhimillinen kohtelu sekä 3) humanitaarisen suojelun tarve, jos henkilö ei voi palata asuinmaahansa siellä tapahtuneen ympäristökatastrofin taikka siellä vallitsevan huonon turvallisuustilanteen vuoksi. (Sisäasiainministeriö: maahanmuuton vuosikatsaus 2009.) A-lupa myönnetään enintään neljäksi vuodeksi kerrallaan (Maahanmuuttovirasto 1/2010).

Lähes kaikki oleskeluluvan Suomesta saaneet henkilöt saavat samalla perheen-yhdistämisoikeuden eli oikeuden tuoda tietyin edellytyksin perheenjäsenensä Suomeen. Poikkeuksen muodostavat henkilöt, jotka ovat saaneet oleskeluluvan ihmiskaupan uhreina tai opiskelijoina ja niin sanotun tilapäisen B-luvan haltijat. (Suomen Pakolaisapu; perheen-yhdistäminen 2010.)

Turvapaikkamenettelyssä käsitellään Suomen rajalla tai alueella esitetty turvapaikkahakemus, jonka perusteena on tarve saada kansainvälistä suojelua. Kansainvälistä suojelua koskeva hakemus jätetään poliisille tai rajatarkastusviranomaisille maahan saavuttaessa tai pian sen jälkeen. Koko turvapaikkatutkinnan ajan hakija oleskelee yleensä vastaanottokeskuksessa, josta hänelle järjestetään tilapäinen majoitus. Hakijalla on oikeus oleskella vastaanottokeskuksessa siihen saakka, kunnes turvapaikkahakemus on lainvoimaisesti ratkaistu ja asukas on saanut oleskeluluvan tai hänet käännytetään. Oleskeluluvan saanut ja kuntapaikkaa odottava turvapaikanhakija voi asua keskuksessa siihen asti, kunnes hänelle järjestyy asunto kuntapaikan myöntäneestä kunnasta. Majointus vastaanottokeskuksessa on maksutonta. Hakija voi järjestää majoituksensa myös itse vastaanottokeskuksen ulkopuolella, mutta silloin hänen asumiskustannuksiaan ei korvata. Hän on kuitenkin silti kirjoilla vastaanottokeskuksessa. (Maahanmuuttovirasto; pakolaiset ja turvapaikanhakijat 2010; Suomen Punainen Risti; vastaanottokeskukset 2010.)

Turvapaikanhakijoiden määrä Suomessa on paljon pienempi kuin monissa muissa Euroopan maissa. Vuonna 2008 koko EU:n alueelle saapui turvapaikanhakijoita lähes 240 000, joista vain noin 4000 eli 1,7 % tuli Suomeen. (Suomen Pakolaisapu 2010.) Suomeen tulleiden määrät ovat vaihdelleet vuosittain. Esimerkiksi vuonna 2009 turvapaikanhakijoita tuli Suomeen yhteensä

5 988, mikä on 48 % enemmän kuin vuonna 2008. Elokuun loppuun mennessä turvapaikanhakijoita oli tullut vuonna 2010 Suomeen yhteensä 2665. Vuoteen 2009 verrattuna (3847 ajalla 1.1.–31.8.) hakijamäärä on siten laskenut 31 %. (Maahanmuuttovirasto; tilastoanalyysi 2010.)

Turvapaikanhakijoiden määrän vähentymisen vuoksi vuoden 2010 aikana vähennettiin vastaanottokeskusten majoituskapasiteettia yli 700 paikalla. Maahanmuuttovirasto esitti vielä noin 500 paikan lisäsupistuksia, joilla edelleen sopeutettiin tulijamääriä majoituspaikkojen määrään. Sisäasiainministeriö hyväksyi supistusesityksen ja supistukset toteutettiin marraskuun 2010 loppuun mennessä. Supistukset eivät kuitenkaan koskeneet alaikäisten ryhmäkoteja eivätkä tukiasumisyksiköitä. Turun vastaanottokeskuksessa aikuisten paikkaluku väheni joulukuun 2010 alusta 200 paikasta 150 paikkaan.

Turvapaikanhakijat asuvat Turun vastaanottokeskuksessa eri yksiköissä, joita ovat aikuisten vastaanotto (150 paikkaa), ryhmäkoti (24 paikkaa) sekä tukiasunnot (14 paikkaa). Kaksi viimeksi mainittua on tarkoitettu sellaisille lapsille ja nuorille, jotka ovat saapuneet maahan ilman huoltajaa.

Suomi on sitoutunut vastaanottamaan myös kiintiöpakolaisia. Kiintiöpakolainen on henkilö, jonka pakolaisaseman YK:n pakolaisjärjestö UNHCR on vahvistanut ja joka sijoitetaan Suomeen. Kiintiöpakolaiset valitaan suoraan ulkomailta, esimerkiksi pakolaisleireiltä. Eduskunta päättää vuosittain pakolaiskiintiön suuruuden. Suomen vuotuinen pakolaiskiintiö on vuodesta 2001 lähtien ollut 750. (Sisäasiainministeriö 2009.)

Vuonna 2009 kunnat vastaanottivat yhteensä 759 kiintiöpakolaista. Kiintiöpakolainen pääsee muuttamaan Suomeen, kun selviää, mikä kunta myöntää hänelle kuntapaikan. Viime vuosina kuntapaikoista on ollut pulaa ja kiintiöpakolaiset ovat joutuneet odottamaan kuntaan sijoitusta pääosin lähtömaassaan tai joskus myös vastaanottokeskuksessa. (Suomen Pakolaisapu 2010.) Turun vastaanottokeskuksessa kaikki asukkaat ovat tällä hetkellä turvapaikanhakijoita, eikä siellä asu kiintiöpakolaisia. Myönteisen A-lupapäätöksen saaneita on 49 henkilöä, joista 12:lla on kuntapaikka.

Turvapaikanhakijan asema on toisenlainen kuin henkilön, joka on tullut Suomeen pakolaisstatuksen saaneena kiintiöpakolaisena, perheen yhdistämisohjelman kautta tai työn takia Suomeen saapuneena ulkomaalaisena (Pirinen 2008). Turvapaikanhakija joutuu odottamaan ensin poliisin puhutteluun pääsyä, mikä tapahtuu yleensä muutaman viikon kuluessa saapumisesta. Sen jäl-

keen hän odottaa Maahanmuuttoviraston (Migri) puhutteluun pääsyä Helsinkiin, jonne odotusaika tammi–syyskuussa 2010 oli 343 vuorokautta ns. normaalimenettelyssä. (Maahanmuuttovirasto; pakolaiset ja turvapaikanhakijat 2010.) Epävarmuus odotusprosessin aikana on psyykkisesti raskasta ja odotelun aikana uhkaa passivoituminen, ellei turvapaikanhakijoilla ole riittävästi aktiivisuutta ylläpitävää toimintaa (Owczrek 2007).

Vastaanottokeskus järjestää opinto- ja työtoimintaa, johon osallistuminen on turvapaikanhakijalle myös velvollisuus toimeentulotuen saamiseksi (Laki toimeentulotuesta 1997, 10§). Vapaaehtoisten rooli monenlaisen toiminnan järjestäjänä on vastaanottokeskuksen arjessa merkittävä ja Punaisen Ristin ylläpitämän keskuksen luonteelle ominaista. Vapaaehtoistyön puitteissa järjestetään muun muassa naisten käsityökerhoja, tukihenkilötoimintaa sekä osallistutaan erilaisten tapahtumien, retkien ja leirien suunnitteluun ja toteutukseen. (Suomen Punainen Risti; Turun vastaanottokeskus 2010.)

TURVAPAIKANHAKIJOIDEN TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄMINEN

Terveys ja hyvinvointi ovat käsitteinä moniulotteisia kokonaisuuksia ja ne merkitsevät eri ihmisille erilaisia asioita. Etninen tausta, uskonto ja uskomukset, elinolot, sukupuoli, ikä sekä monet muut tekijät vaikuttavat yksilön subjektiiviseen kokemukseen terveydestä ja hyvinvoinnista. (Juntunen 2009; Malin & Suvisaari 2010, Sainola-Rodriguez 2009.) Turvapaikanhakijoiden terveyden edistäminen on haasteellista ja edellyttää mm. kulttuurispesifistä tietoa asiakkaiden uskomuksista, terveys- ja sairauskäsityksistä, hoitoon hakeutumisen syistä tai hoitokäytännöistä kotimaassa. Lähtömaan terveydenhuoltopalveluilla on vaikutusta turvapaikanhakijan terveydentilaan (Pirinen 2008). Tärkeää on myös tietää, mikä on turvapaikkaprosessin vaihe ja minkälaiseen terveydenhoitoon asiakas on oikeutettu. Turvapaikanhakijoilla on oikeus vain ensiapuluonteiseen terveyden- ja sairaanhoitoon. Hoitava lääkäri voi kuitenkin tapauskohtaisesti arvioida kiireellisiksi muutkin kuin ensiapuluonteiset tilanteet. (Halonen 2010.) Kuntapaikan saaneilla pakolaisilla on oikeus samoihin terveyspalveluihin kuin muillakin kunnan asukkailla. Turvapaikanhakija saa samat oikeudet sen jälkeen, kun hän on saanut oleskeluluvan ja muuttanut vastaanottavaan kuntaan.

Monet turvapaikanhakijat eivät useinkaan ole tietoisia rajoitetuista terveyspalveluista, vaan olettavat pääsevänsä lääkärin vastaanotolle sellaistenkin vai-vojen takia, jotka suomalaisen järjestelmän näkökulmasta eivät vaadi lääkärin hoitoa, kuten esimerkiksi flunssa tai muut vastaavat itse hoidettavat vaivat. Siksi perehdytys suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään ja itsehoidon oh-jaus ovat tärkeitä terveyden edistämisen kokonaisuudessa. Niin ikään tervey-denhuoltohenkilöstön tulisi olla selvillä turvapaikkaprosessista ja siihen liitty-vistä menettelyistä, koska asiakas on voinut hakea turvapaikkaa myös jostakin muuta EU-maasta. Dublin II asetuksen mukaan kyseinen valtio on yleensä velvollinen ottamaan hakijan takaisin, käsittelemään hänen hakemuksensa ja järjestämään hänelle myös terveyspalvelut. Maahanmuuttovirasto käännyttää hakijan silloin vastuussa olevaan valtioon. Pirisen (2008) mukaan asiakkaat saattavat jättää kertomatta turvapaikkahauista olettaen, että kertominen vai-kuttaa epäedullisesti turvapaikkapäätökseen. Päällekkäisten tutkimusten vält-tämiseksi turvapaikanhakijoita tulee rohkaista kertomaan tilanteestaan ja tuo-da esille suomalaisen terveydenhuollon salassapitovelvollisuus.

Vastaanottokeskuksessa turvapaikanhakijoiden tiedot ovat ns. Marek-järjestel-mässä, josta henkilöstö voi tarkistaa ja seurata turvapaikkaprosessin etenemis-tä. Pakolaisille ja turvapaikanhakijoille suoritetaan terveystarkastus tutkittavan suostumuksella sosiaali- ja terveysministeriön (STM) ja Terveiden ja hyvin-voinnin laitoksen (THL) suositusten mukaisesti. Tarkoituksena on seuloa hoi-dettavissa olevat ja suojatoimia edellyttävät tartuntataudit, sillä esimerkiksi tu-berkuloosi on pakolaisilla yleinen sairaus ja sen hoito on monissa maissa puut-teellista. Tuloksia ei ilmoiteta maahantuloviranomaisille, eivätkä terveystarkas-tusten tulokset vaikuta maahantuloluvan myöntämiseen. Terveystarkastuksissa on mukana asiakkaan omakielinen ammattitulkki tai tulkkaus voidaan toteut-taa puhelimitse. Thorax-röntgen pyritään ottamaan seitsemän vuorokauden sisällä rekisteröidystä maahantulosta – poikkeuksena ovat raskaana olevat nai-set, jotka kuvataan raskauden viimeisen kolmanneksen aikana. Turussa lap-silta tutkitaan thorax-kuvan lisäksi IGRA eli gammainterferonitutkimus ve-restä. Uudet IGRA-testit ovat tarkempia kuin tuberkuliinikoe Mantoux, jota ne täydentävät tai jonka ne tulevat mahdollisesti korvaamaan kokonaan. Alle 18-vuotiaat rokotetaan suomalaisen rokotusohjelman mukaisesti, mutta aikui-sille turvapaikanhakijoille rokotukset annetaan harkinnan mukaan. (Halonen 2010.)

Turussa turvapaikanhakijoiden lakisääteiset maahantulotarkastukset toteutetaan Turun kaupungin ulkomaalaistoimistossa. Muusta lääkärin hoitoa vaativasta vastaanotosta on vastaanottokeskuksella sopimukset erään yksityisen lääkäriaseman ja Paimion-Sauvon terveyskeskuksen kanssa. Akuutti hammashoito ostetaan yksityiseltä hammaslääkärikeskukselta ja mielenterveyspalvelut Lounais-Suomen mielenterveysseuran kriisikeskukselta. Kriisikeskuksesta on varattu turvapaikanhakijoille 1,5 päivää viikossa, mikä tarkoittaa sitä, että pääsyä psykologin vastaanotolle joutuu odottamaan. Monilla turvapaikanhakijoilla on erilaisia traumaattisia kokemuksia taustallaan, joten mielenterveys- ja psykologipalveluille on suuri tarve. Muita terveysongelmia ovat infektioiden, loistautien, pitkäaikaissairauksien ja hammassairauksien aiheuttamat ongelmat. Vähäinen liikunta lisää etenkin tuki- ja liikuntaelinten ongelmia sekä vaikeuttaa esimerkiksi diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien hoitoa, jotka ovat yleisiä pitkäaikaissairauksia. Lisäksi aliravitsemus etenkin lapsilla on yleistä. Vatsavaivat ovat yleisiä, samoin runsas tupakointi. Alkoholin käyttöään ei ole vierasta. (Halonen 2010; Pirinen 2008.)

Turvapaikanhakijoiden terveydenhoito vastaanottokeskuksessa on hoidon tarpeen arviointia, akuutteihin terveysongelmiin vastaamista, eri-ikäisten kokonaisvaltaista terveysneuvontaa sekä turvapaikanhakijoiden lääkehoidon toteutusta ja ohjausta – etenkin vaativan tuberkuloosilääkityksen toteutuksen valvontaa. Kehittämisyksikön aikana valvotussa tuberkuloosilääkityksessä oli yhdeksän asukasta. Lääkehoidon ohjaus ja neuvonta ovat tärkeitä, sillä lääkehoitoon sitoutuminen on monille turvapaikanhakijoille vaikeaa. Lisäksi pitkäaikaissairauksien lääkehoidossa on usein puutteita, sillä asiakkaan lähtömaassa ei ole ehkä ollut saatavana asianmukaisia lääkkeitä tai lääkkeitä ovat loppuneet jo matkalla. Asiakkaalla saattaa olla kauttakulkumaista ja katukaupasta ostettuja tai saatuja lääkkeitä, joiden alkuperä ja käyttötarkoitus ovat monesti epäselviä. Asiakas saattaa myös haluta välttämättä lääkettä, vaikka sen käytölle ei olisi lääketieteellistä perustetta. Lääkkeillä voi olla turvapaikanhakijoille vahva lumevaikutus. (Halonen 2010; Pirinen 2008.)

Joskus käy niin, ettei asiakas ole yhteistyöhaluinen ja kieltäytyy ottamasta esimerkiksi tuberkuloosilääkkeitään. Tartuntatautilakiin (25.7.1986/583, 17§) perustuen voidaan asiakas tällöin määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon, mikä tarkoittaa, että lääkehoito toteutetaan esim. sairaalahoidossa. Näin tapahtui pari kertaa kehittämisjakson aikana.

Turussa turvapaikanhakijoiden terveydenhoidon järjestämiseksi ja toteuttamiseksi tehdään tiivistä yhteistyötä mm. kotisairaanhoidon, äitiys- ja lastenneuvolan, ulkomaalaistoimiston ja erikoissairaanhoidon eri yksiköiden kanssa. Opastuksen, neuvonnan ja monenlaisen terveystieteellisen merkityksen korostuu turvapaikanhakijoiden ohjauksessa ja myös yhteistyötahojen kouluttamisessa. Vastaanottokeskuksen sairaanhoitaja työskentelee kouluttajana myös Filha ry:ssä, joka on keuhkosairauksien ja tuberkuloosin ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta edistävä valtakunnallinen järjestö.

Kehittämisyksiköllä laadittiin Publisher-ohjelmalla kaksi kirjallista hoito-ohjetta turvapaikanhakijoiden itsehoitoon tueksi. Ohjeet *Hoidan itse flunssaa – ohje vastaanottokeskuksen asukkaille* ja *Itsehoitokipulääkkeet – tietoa turvapaikanhakijoille* esiteltiin henkilöstölle marraskuussa, mutta suunnitelmaa niiden käyttöönotosta ei ehditty tehdä jakson loppuun mennessä.

MONIKULTTUURINEN OHJAUS JA KOMMUNIKOINTI TYÖPAJOJEN AIHEINA

Tulo vieraaseen maahan on turvapaikanhakijoille suuri muutosprosessi ja sopeutumista vaativa tilanne. Mahdollisimman pian asukkaan saapumisen jälkeen pidetäänkin vastaanottokeskuksessa infotilaisuus, jossa kerrotaan tulkki- en välityksellä vastaanottokeskuksessa asumisesta, turvapaikkaprosessista sekä hakijalle kuuluvista velvollisuuksista ja oikeuksista (Suomen Punainen Risti 2010; Turun vastaanottokeskus). Turvapaikanhakijan moniammatillisessa tukiverkostossa työskentelee ohjaajia, sosiaalityöntekijöitä, sairaanhoitajia, suomen kielen opettajia, tulkkeja, lakimiehiä, alaikäisten edustajia sekä monia muita ammattihenkilöitä ja vapaaehtoisia työntekijöitä.

Turvapaikanhakijat saapuvat Suomeen osaamatta kieltä ja monet ovat jopa kirjoitus- ja lukutaidottomia. Yhteisen kielen puuttuminen vaikeuttaa informaa- tion ja ohjeiden ymmärtämistä. Vastaanottokeskuksessa työskentelevillä on paljon kokemusta eri kulttuureista tulevien turvapaikanhakijoiden ohjaamisesta, joten tätä osaamista ja hyviä käytäntöjä oli tärkeä nostaa esille kehittä- misjakson työpajoissa, jotka toteutettiin kolme kertaa. Kaikki työpajat toteu- tettiin samansisältöisinä, jotta jokainen työntekijä pystyi osallistumaan työ- vuoronsa puitteissa johonkin niistä.

Työpajatyöskentelyn aluksi jokainen pohti ensin itseksensä, mitä turvapaikanhakijoiden ohjaaminen on. Yksittäisiä sanoja kirjoitettiin keltaisille lapuille ja ne koottiin isolle paperille seinälle. Sen jälkeen laput järjesteltiin samaa tarkoittaviin ryhmiin ja samalla käytiin aktiivista keskustelua sanojen merkityksistä.

Keskustelu oli aktiivista kaikissa työpajoissa ja näkemykset ohjaamisesta saivat monimuotoisia merkityksiä. Ohjauksen oleellisia lähtökohtia ovat ohjauksen tavoitteet ja odotettavat tulokset. Alkuvaiheessa korostuu informoinnin ja neuvonnan merkitys arkirutiinien, sääntöjen, oikeuksien ja velvollisuuksien oppimiseksi. Erilaisten arkielämän taitojen (mm. ruoanlaitto, siivoaminen, bussilla kulkeminen, kaupassa asiointi) opettaminen on usein välttämätöntä. Tavoitteena on oppia selviytymään itsenäisesti arkipäivästä uudessa yhteiskunnassa. Alaikäisten ohjaamisessa korostuu kasvatuksellinen ote, sillä yksin tulleilta alaikäisiltä puuttuu vanhempien ja perheen tuki. Omaohjaaja onkin alaikäisten ryhmäkodin ja tukiasuntojen asukkailla erityisen tärkeä. Kasvatuksellinen näkökulma tulee esille myös aikuisten ohjaamisessa esimerkiksi silloin, kun ohjataan terveellisten elintapojen noudattamiseen. Terveyskasvatus on oleellinen osa terveyden edistämistä ja itsehoidon ohjausta.

Vaikka tulkkeja käytetään välttämättömissä tilanteissa, toteutuu suurin osa vuorovaikutuksesta ilman tulkkia. Siten sanattoman viestinnän merkitys korostuu. Vuorovaikutus- ja kommunikointitavat ovat usein kulttuurisidonnaisia ja vaikuttavat ihmisten käyttäytymiseen ja suhtautumiseen toisiin ihmisiin. Monissa kulttuureissa vallitsee tarkkoja sääntöjä ihmisten välisestä kanssakäymisestä. Lisäksi viestintätyylit vaihtelevat ja jokaisessa kulttuurissa on kiellettyjä puheenaiheita (tabuja). Myös käsitykset oikeasta ja väärästä, muut moraalikäsitykset sekä käsitys ajasta ovat esimerkkejä siitä, minkälaisen kulttuuriin liittyvien tekijöiden todettiin vaikuttavan turvapaikanhakijoiden ohjaamiseen ja tavoitteiden saavuttamiseen. Edelleen todettiin, että kulttuurisen osaamisen ja ohjaamisen taito kehittyy pikkuhiljaa työkokemuksen myötä. Työskentely monikulttuurisissa ryhmissä tuo kokemusta ja auttaa ymmärtämään eri kulttuureille tyypillistä viestintää. Keskusteluissa korostettiin kuitenkin, että jokainen turvapaikanhakija on ensisijaisesti yksilö eikä oman kulttuurinsa stereotyyppi.

Työpajan seuraavassa vaiheessa jakauduttiin pienryhmiin siten, että kustakin yksiköstä oli edustaja ryhmässä. Tarkoituksena oli nostaa esiin hyviksi havaittuja ja toimivia menetelmiä ohjaamisen käytännöistä eri yksiköissä. Samal-

la vaihdettiin kokemuksia eri yksiköiden välillä ja saatiin myös uusia ideoita oman yksikön toimintaan. Ryhmäpohdinnan tulokset kirjattiin paperille ja esiteltiin ryhmittäin toisille.

Ohjausmenetelmien valintaan vaikuttavat turvapaikanhakijoiden yksilölliset tarpeet ja ohjauksen tavoitteet. Tärkeää on, että vuorovaikutuksessa saavutetaan luottamus ja turvallisuuden tunne, ja että ohjaus on jatkuvaa. Yksinkertainen kieli, selkeys ja havainnollistaminen (mm. kuvat, piirtäminen, kirjallinen materiaali, sanattoman viestinnän keinot) ovat tärkeitä ohjauksessa. Ratkaisukeskeiset ja voimaannuttavat menetelmät toimivat silloin, kun jäsennettään asiakkaan tilannetta ja tuetaan häntä löytämään itse ratkaisuja ongelmiin. Toiminnalliset menetelmät, yksilö- ja ryhmäohjaus sekä yhdessä tekeminen aktivoivat turvapaikanhakijoita oman elämänsä hallintaan.

Arkipäivän sujumisen ja kommunikoinnin edistämiseksi on vastaanottokeskuksessa kehitetty erilaisia apukeinoja, joista esimerkiksi kommunikointikansio (Nurmi & Ruippo 2009) on hyvä apuväline alkuvaiheen ohjauksessa, jolloin yhteistä kieltä ei ole. Erilaisia palkitsemisjärjestelmiä on otettu käyttöön motivoimisen menetelminä etenkin alaikäisillä. Näitä ja monia muita hyviä käytäntöjä tuotiin työpajoissa esiin.

Kaikista työpajoista kerättiin palautteet ja ne esiteltiin kunkin yksikön viikko-palaverissa. Työpajojen tuotokset koottiin esitykseksi *Moniammatillista vuoropuhelua turvapaikanhakijoiden ohjaamisesta*. Se tallennettiin vastaanottokeskuksen yhteiselle verkkoasemalle jatkokäyttöä varten.

LOPUKSI

Suomeen muuttavista ulkomaalaisista vain pieni osa on turvapaikanhakijoita tai pakolaisia. Yleisimmät syyt maahanmuuttoon ovat avioituminen, työ tai opiskelu. Turvapaikanhakijoiden siirtyminen maasta toiseen on yleiseurooppalainen ilmiö ja yksilölle itselleen aina inhimillinen tragedia. Kaikissa maissa ei ole vastaanottokeskuksia ja olosuhteet voivat olla erittäin huonot. Suomalainen vastaanottojärjestelmä on valtakunnallisesti organisoitua ja se perustuu kansainvälisiin sopimuksiin ja suomalaiseen lainsäädäntöön. Turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten sopeutumisen tukeminen edellyttää moniammatillista yhteistyötä, tietoa, ennakkoluulottomuutta, suvaitsevaisuutta, ymmärtämystä, kärsivällisyyttä, kulttuurisensitiivisyyttä sekä muita taitoja ja osaamista. AS-

TE-projekti mahdollisti lisätietojen hankkimisen turvapaikanhakijoiden terveyden edistämisestä ja monikulttuuristen asiakkaiden ohjaamisen haasteista. Tietoa tarvitaan hoitotyön koulutuksissa, sillä kansainvälistyminen ja hoitotyön monikulttuuristuminen aikaansaavat uudenlaisia ammatillisia osaamisvaatimuksia niin hoitotyön opiskelijoille (Opetusministeriö 2006; Sainola-Rodriguez 2009), opettajille kuin terveydenhuollon käytännön toimijoillekin. Kehittämisyksikön aikana koottuja näkemyksiä voidaan hyödyntää terveysalan koulutuksissa ja muissa toimintaympäristöissä selkokielisen ohjauksen toteutukseen ja menetelmiin.

LÄHTEET

Halonen, J. 2010. Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden terveydenhuolto. Teoksessa Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim.

Laki toimeentulosta 1997; 10§ <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1997/19971412>. [Viitattu 24.11.2010.]

Malin, M. & Suvisaari, J. 2010. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Teoksessa Pakaslahti, A. & Huttunen, M. (toim.) Kulttuurit ja lääketiede. Kustannus Oy Duodecim.

Maahanmuuttovirasto 2010. Pakolaiset ja turvapaikanhakijat. <http://www.migri.fi/netcomm/content.asp?path=8,2476>. [Viitattu 23.11.2010.]

Maahanmuuttovirasto 2010. Tilastot: turvapaikkapäätökset 1.1–30.10.2010. <http://www.migri.fi/netcomm/content.asp?article=3127>. [Viitattu 23.11.2010.]

Maahanmuuttovirasto 1/2010. Suomi. Oleskelulupa Suomeen. Muut kuin EU/ETA kansalaiset. Tietosivu. www.migri.fi/download.asp?id=yleinenole_suomi;1163.

Maahanmuuttovirasto. 2010 Vastaanottojärjestelmä Suomessa. <http://www.migri.fi/netcomm/content.asp?path=8,2476,2791,2792>. [Viitattu 24.11.2010.]

Maahanmuuttovirasto 2010; Lehdistö tiedote: Vastaanottokeskusten majoituskapasiteettia vähennetään. http://www.migri.fi/netcomm/content.asp?path=8,2709,2740,2485&article=4052&index=_&page=1. [Viitattu 24.11.2010.]

Nurmi, J. & Ruippo, J. 2009. Kommunikointikansio: apuväline arkeen alaikäisten yksin Suomeen tulleiden turvapaikanhakijoiden kanssa. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutus.

Nylund, A., Kinos, S. & Vanhanen, S. 2007. Ongelmaperustainen oppiminen soveltuu korkeasti koulutetuille maahanmuuttajille. Teoksessa Huttunen, H. & Kupari, T. 2007 (toim.) Specimasta opittua, korkeasti koulutetut maahanmuuttajat työelämään. Specima projekti/ESR. Turun työvoimatoimiston kansainväliset palvelut. Painosalama Oy Turku.

Nylund, A. 2008 a. Ikääntyneiden maahanmuuttajien hyvinvointipalvelujen kehittäminen Etelä-Suomessa 2006–2007. Julkaisussa Nylund, A. (toim.) Monikulttuurista hyvinvointia vanhustyöhön. Turun ammattikorkeakoulu. Raportteja 69. Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print. Tampere.

Nylund, A. 2008 b. Monikulttuurisuuden haasteet ikääntyneiden terveys- ja hyvinvointipalveluissa. Julkaisussa Lind, K; Saarikoski, M. & Koivuniemi, S. 2008. Tutkien terveyttä. Turun ammattikorkeakoulu. Raportteja 79. Tampereen yliopistopaino Oy- Juvenes Print. Tampere.

Nylund, A. 2010. Kansainvälinen intensiivikurssi kehittää aikuisopiskelijoiden kulttuurista osaamista. Teoksessa Ahonen, P. & Koivuniemi, S. (toim.) Vastauksia terveysalan oppimishaasteisiin 4. Teemana aikuiskoulutus. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 101. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.

Owczarek, J. 2007. Tieto on ensimmäinen askel voimaantumiseen. Becoming More Visible-projekti 2004–2007. Equal-ohjelma, toimintalinja 5: Turvapaikanhakijat. Kansalais- ja työväenopistojen liitto KTOL -Medborgar- och arbetarinstitutens förbund MAIF ry.

Pirinen, I. 2008. Turvapaikanhakijoiden terveydentila. Tutkimus Tampereen kaupungin ulkomaalaistoimiston terveydenhuoltoyksikössä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis; 1289, Tampere University Press, Tampere.

Sainola-Rodriguez, K. 2009. Transnationaalinen osaaminen. Uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto.

Sisäasiainministeriö 2010. Pakolaiset ja turvapaikanhakijat. <http://www.intermin.fi/intermin/home.nsf/pages/8DF6B5976EC7799EC22575E1001FD4B3?opendocument>. [Viitattu 29.11.2010.]

Sisäasiainministeriö. Maahanmuuton vuosikatsaus 2009. Maahanmuutto-osasto.

Sisäasiainministeriö. Maahanmuutto-osasto. Kuntastrategiatyöryhmän muistio 30.6.2010. [http://www.intermin.fi/intermin/images.nsf/files/317DF9E3D3610344C2257754005628FD/\\$file/Kuntastrategia%20ty%C3%B6ryhm%C3%A4n%20muistio%2030062010.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/images.nsf/files/317DF9E3D3610344C2257754005628FD/$file/Kuntastrategia%20ty%C3%B6ryhm%C3%A4n%20muistio%2030062010.pdf). [Viitattu 23.11.2010.]

Suomen Pakolaisapu 2010. Perheenyhdistäminen. <http://www.pakolaisapu.fi/tietopankki/pakolaisuus-suomessa/perheenyhdistaminen>. [Viitattu 23.11.2010.]

Suomen Pakolaisapu 2010. Tietopankki/pakolaisuus Suomessa. <http://www.pakolaisapu.fi/tietopankki/pakolaisuus-suomessa>. [Viitattu 24.11.2010.]

Suomen Punainen Risti 2010. Turun vastaanottokeskus. http://www.redcross.fi/aktiivit/piirit/sivut/varsinais-suomi/Vok/fi_FI/Turunvastaanottokeskus/. [Viitattu 24.11.2010.]

Suomen Punainen Risti 2010; vastaanottokeskukset http://www.redcross.fi/apuajatukea/maahanmuuttajientuki/vastaanottokeskukset/fi_FI/index/. [Viitattu 24.11.2010.]

Tartuntatautilaki 25.7.1986/583 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860583>. [Viitattu 29.11.2010.]

OSAAMISEN JOHTAMINEN

LABORATORIOHOITAJIEN OSAAMISEN KARTOITUS

Soile Kemi, TtM, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Heli Heinonen, hallinnollinen osastonhoitaja, TYKS-SAPA -liikelaitos, TYKSLAB

Hannele Joukas, ELH, suunnittelija, TYKS-SAPA -liikelaitos, TYKSLAB

Benita Paloheinä, ylihoitaja, TYKS-SAPA -liikelaitos, TYKSLAB

Kehittämisyksikö toteutettiin TYKSLABin päivystys- ja hematologian laboratorioissa.

OSAAMINEN JA SEN KARTOITUS

Osaamisen kartoittamisen tavoitteena on tehdä näkyväksi organisaation olemassa oleva osaaminen. Lisäksi tavoitteena on tunnistaa tarpeet tulevaisuudessa tarvittavalle osaamiselle, jotta organisaation kehittäminen olisi mahdollista työntekijöiden ja koko organisaation tasolla. Osaamisen kartoitus tuottaa työkalun henkilöstön osaamisen ja osaamistarpeiden tunnistamiseen. Se voidaan toteuttaa kartoittamalla olemassa oleva osaaminen tai pyrkimällä tunnistamaan uutta, tulevaisuuden osaamista. Näistä ensin mainittu voidaan toteuttaa helpommin ja lyhyellä aikavälillä, jälkimmäinen vaatii aikaa ja edellyttää työn vaatimusten uudelleen arviointia. (Hätönen 2003.)

Osaamiskartoitus on oppimistapahtuma, joka voi paljastaa työntekijän osaamisessa olevat puutteet ja saa henkilön miettimään oman osaamisensa kehittämisen keinoja. Tällöin henkilön osaamisen ylläpito ja kehittäminen tapahtuvat hänen osaamiskarttansa pohjalta. Osaamisen kartoittaminen ei koske vain työntekijöitä, vaan myös organisaatioiden johtoa. Johdon tehtävänä on pohtia organisaation strategioiden ja visioiden vaikutuksia työntekijöiltä vaadittavaan osaamiseen. Organisaation johdon tärkeä tehtävä onkin kehittää ja ylläpitää organisaatioon hankittua osaamista. Työntekijöiden osaamisen arviointi ja arvioinnin pohjalta tapahtuva osaamisen kehittäminen ovat osa organisaatioiden osaamisen johtamista. (Valtiovarainministeriö 2001, Sydänmaanlakka 2007.)

Osaamista voidaan tarkastella yksilön tai organisaation näkökulmasta. Yksilön osaaminen koostuu tiedoista, taidoista, asenteista, kokemuksista ja kontakteista. Organisaation osaamisen muodostavat edellisten lisäksi sen toimintatavat, prosessit sekä organisaation kulttuuri. (Sydänmaanlakka 2007.) Yksilötasolla osaaminen näkyy yksilön kyvyssä soveltaa tietojaan ja taitojaan käytännön työtehtävissä (Valtiovarainministeriö 2001). Tietojen ja taitojen lisäksi henkilön kykyyn suoriutua tehtävässään vaikuttavat persoonalliset ominaisuudet, kuten arvot, asenteet ja motivaatio (Ruohotie & Honka 1997). Persoonallisuustekijät ennustavat tutkimusten mukaan työssä menestymistä, joten niiden painoarvon tulisi osaamisen arvioinnissa olla yhtä tärkeä kuin tietojen ja taitojen arvioinnin. Osaamisen tarkastelun yhteydessä persoonallisuustekijöiden huomiointi on tärkeä myös siksi, että ne ohjaavat ja vaikuttavat henkilön tapaan käyttää tietojaan, taitojaan ja kykyjään. Lisäksi persoonallisuustekijät vaikuttavat henkilön käyttäytymiseen organisaatiossa. (Niitamo 2003.)

Työtehtäväkohtaiset tiedot ja taidot eivät enää nykypäivän työelämässä riitä, vaan työntekijöiden osaamiseen kohdistuu monipuolisempia vaatimuksia. Tarvitaan kykyä toimia ryhmässä, vuorovaikutustaitoja sekä joustavuutta. (Hätönen 2003.) Muita tärkeitä ominaisuuksia ovat työyhteisöä rakentava käyttäytyminen sekä yhteisöllisyyttä vahvistava toiminta, joita pidetään yhtä tärkeinä kuin teknistä työtehtävistä suoriutumista. Nykyään huomionarvioista on se, että työelämän muutoksissa selviytymisessä persoonallisuuteen liittyvät ominaisuudet korostuvat tietoja, taitoja tai kykyjä enemmän. (Niitamo 2003.)

KEHITTÄMISJAKSON TAVOITE JA TOTEUTUS

Kehittämiskakson tavoitteeksi sovittiin laboratoriohoitajien osaamisen kartoittaminen. Tehtävänä oli kartoittaa ja kirjata päiivystys- ja hematologian laboratorioden laboratoriohoitajien osaaminen sekä luoda tutkittuun tietoon ja empiiriseen näyttöön perustuva osaamiskartta laboratoriohoitajien osaamisen arviointia varten. TYKSLABissa suunnitellaan parhaillaan toiminnan rakenteellista muutosta T2-sairaalaan valmistuviin uusiin toimitiloihin siirtymisen myötä ja tulevan muutoksen henkilöstösuunnittelu on jo aloitettu. Osaamiskartta palvelee omalta osaltaan uuden laboratorion henkilöstösuunnittelua. Tarkoituksena on, että osaamiskartta jää laboratorion henkilöstöhallinnon käyttöön laboratoriohoitajien osaamisen arviointia sekä täydennys- ja muun koulutustarpeen määrittämistä varten. Lisäksi osaamiskarttaa voidaan käyttää

henkilöstön rekrytoinnissa, perehdyttämisessä ja työhön opastamisessa sekä laboratoriohoitajien henkilökohtaisen osaamisprofiilin luomisessa.

Kehittämisryhmä

Kehittämisryhmä ohjasi ja tuki työskentelyä sekä toimi tiedonkulun kanavana kehittämisjakson ja laboratorion työntekijöiden välillä. Ryhmään kuuluivat ylihoitaja Benita Paloheinä, hallinnollinen osastonhoitaja Heli Heinonen ja T2-projektin suunnittelija, erikoislaboratoriohoitaja Hannele Joukas. Ryhmä kokoontui yhteensä viisi kertaa. Osaamisen kartoittamisessa on tärkeää muodostaa yhteinen ymmärrys organisaation osaamisesta (Hätönen 2003), jossa ryhmällä oli tärkeä rooli. Kokouksissa raportoitiin työskentelyn etenemisestä ja raportoinnin pohjalta projektiryhmä ohjeisti osaamiskartan laatimista. Kehittämisryhmä mm. teki järjestelyjä kompetenssiryhmien työskentelyn toteuttamista varten ja valitsi kootun teoreettisen aineiston pohjalta osaamiskartan osaamisen alueet. Laboratorioiden aluepäälliköiden kokouksessa esiteltiin valmis osaamiskartta ja osaamistasokuvausten hierarkia. Aluepäälliköiden ehdotusten pohjalta osaamistasojen hierarkiaa muutettiin, sekä päivystys- ja hematologian laboratorion analytiikkaosaaminen erotettiin toisistaan. ASTE-kehittämisjakson alussa osallistuttiin päivystys- ja hematologian laboratorioiden henkilökunnan osastokokouksiin ja informoitiin henkilökuntaa kehittämisjaksosta, sen tavoitteista ja toteuttamisen tavoista.

Aineiston keruu

Aineisto osaamiskarttaa varten koottiin aineistotriangulaation (Metsämuuronen 2005) periaatteella huhti-toukokuussa 2010. Osaamisen kuvauksia, sekä kaikkiin ammatteihin sopivia että laboratoriohoitajien osaamiseen kohdistuvia, etsittiin kirjallisuudesta ja aikaisemmista tutkimuksista. Lisäksi havainnointiin ja haastateltiin päivystys- ja hematologian laboratorioiden laboratoriohoitajia heidän työskennellessään. Empiirisen aineiston muodostivat havaintoaineisto, haastatteluaineisto sekä sanalliset kuvaukset laboratoriohoitajien tehtäväkohtaisesta osaamisesta, jotka saatiin kompetenssiryhmien työskentelyn tuloksena.

Kompetenssiryhmä on työryhmä, joka kootaan tiettyä tarkoitusta varten ja joka edustaa mahdollisimman hyvin sitä henkilöstöä, jonka osaamista on tarve arvioida (Hätönen 2005). Laboratorioiden työntekijät valitsivat jäsenet

kompetenssiryhmiin, joita muodostettiin kaksi, yksi kummastakin laboratoriorista. Päivystyslaboratoriorista valittiin ryhmiin seitsemän ja hematologian laboratoriorista neljä laboratoriohoitajaa. Lisäksi paikalla oli hallinnollinen osastonhoitaja ja T2-projektin suunnittelija, mutta he eivät osallistuneet ryhmien työskentelyyn. Molemmat kompetenssiryhmät kokoontuivat kerran ja työskentelivät kehittämisjakson ajan jaksoon osallistuvan opettajan ohjauksessa. Kokoontuminen tapahtui työaikana ja kokoontumisaika suunniteltiin ennakoon työvuorolistoihin. Tämä mahdollisti jäsenten sitoutumisen ryhmien työskentelyyn. Työskentelyssä ryhmät saivat tehtäväksi nimetä työnsä vaatimia osaamisen alueita ensin teemoittain. Sen jälkeen jokainen ryhmän jäsen sai tehtäväksi laatia kustakin teemasta osaamislauseita. Osaamisen teemat ja osaamislauseet koottiin yhteen ja puhtaaksikirjoitettiin osaksi kompetenssiryhmien työskentelystä laadittuja muistioita. Muistiot toimitettiin mm. kehittämisryhmän jäsenille.

Havainto- ja haastatteluaineistoa koottiin seurattaessa laboratoriohoitajien analysointityöskentelyä. Puhtaasti havainnointiin kohdistuvia tilanteita toiminnan seuraamisessa oli kahdeksan. Sen lisäksi haastateltiin kymmentä laboratoriohoitajaa havainnoinnin yhteydessä. Haastatteluissa tuli esille, että omaa osaamista oli vaikea kuvailla sanallisesti. Kun heitä pyydettiin kuvailemaan osaamistaan, he kuvailivat sen sijaan sitä, mitä he tekevät. Teoreettinen aineisto koottiin tietokantahauilla Medic- ja Medline-tietokannoista hakusanoilla osaaminen, osaamiskartta, osaamisen arviointi, competence ja competence assessment.

Aineiston analysointi

Aineisto luokiteltiin sisällön analyysin (Graneheim & Lundman 2004) menetelmällä syksyllä 2010. Luokittelun ensivaiheessa päivystys- ja hematologian laboratoriorien osaamista kuvaavat teemat ja osaamislauseet kvantifioitiin työpisteittäin, jotta saatiin käsitys aineiston laajuudesta. Hematologian laboratorion osaamislauseita oli 43, päivystyslaboratorion osaamislauseita 108 – yhteensä osaamislauseita oli siis 151. Seuraavaksi tarkastettiin, että jokaiselle osaamisen teemalle löytyi ainakin yksi osaamislause. Osaamislauseista etsittiin merkitysyksikköjä (Graneheim & Lundman 2004), eli lausumia laboratoriohoitajien osaamisesta, jotka luokiteltiin ammattispesifiseen osaamiseen sekä yleiseen työelämäosaamiseen (Hätönen 2005). Yleiseen työelämäosaamiseen sisältyy kahdeksan osaamisaluetta (suluissa osaamislauseiden lukumäärä pri-

määriaineistossa): oppimistaidot (2) ongelmanratkaisutaidot (5), oman työn johtamistaidot (16), vuorovaikutustaidot (7), suullinen viestintä ja esiintyminen (7), kirjallinen viestintä (6), yhteistyötaidot (7) sekä tietotekniikan käyttötaidot (4). Ammattispesifisen osaamisen lausumien määrä oli ennen aineiston uudelleenluokittelua 97.

Aineiston uudelleenluokittelussa osa yleisen työelämäosaamisen osaamislauseista siirrettiin ammattispesifin osaamisen kuvauksiin, koska niiden sisältö oli selkeästi ammatilliseen osaamiseen liittyvää. Kirjallinen viestintä sekä suullinen viestintä ja esiintyminen -luokkien osaamislauseet siirtyivät täten kokonaan ammattispesifin osaamisen ryhmittelyyn, johon muodostui kolme pääluokkaa: preanalytiikkaosaaminen, analytiikkaosaaminen ja postanalytiikkaosaaminen. Vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot yhdistettiin yhdeksi yhteiseksi osaamisen alueeksi. Yleisen työelämäosaamisen luokat supistuivat siten viiteen: oppimistaidot, ongelmanratkaisutaidot, oman työn johtamistaidot, vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot sekä tietotekniikan käyttötaidot.

Tutkimuksista löytyneet osaamisen alueet koottiin yhteen ja niitä käsiteltiin kehittämisryhmän kokouksessa. Ryhmä valitsi edellisten lisäksi osaamiskartan osaamisalueiksi laatu-, turvallisuus- ja eettisen osaamisen. Preanalytiikka-osaaminen yksilöitiin asiakkuus-, opetus- ja ohjaus-, näytteenotto- sekä näytteen käsittely-, säilytys- ja kuljetusosaamiseksi. Lisäksi projektiryhmä piti tärkeänä vierianalytiikan esittämistä omana kohtanaan analytiikkaosaamisessa. Kehittämisryhmä laati lisäksi osaamislauseiden luokittelun kuuluvaksi kuhunkin osaamisalueeseen, joita oli tässä vaiheessa 16. Yksi osaamisalue lisättiin osaamiskarttaan aluepäälliköiden arvioinnin pohjalta myöhemmin.

Haastattelu- ja havaintoaineistosta etsittiin osaamisalueisiin sopivia merkityksyksiköjä. Aineistojen käsittelyssä havaittiin, että aineistot toimivat lähinnä kompetenssiryhmien osaamiskuvauksia täydentävinä tietoina. Aineistoista ei löytynyt uusia osaamisen alueita.

OSAAMISTASOKUVAUSTEN KIRJOITTAMINEN

Osaamistasokuvausten kirjoittaminen syksyllä 2010 pohjautui Hätösen (2004) ohjeistukseen kuvausten sijoittumisesta kolmelle eri tasolle. Kompetenssiryhmien osaamislauseista etsittiin merkityksyksiköjä eli lausumia, jotka kuvaavat kutakin osaamisaluetta. Tässä vaiheessa havaittiin, että kompetenssiryhmien

osaamislauseissa oli päällekkäisyyttä – samaa osaamisaluetta kuvattiin usealla samansisältöisellä ilmaisulla. Osaamislauseiden yhdistämisen jälkeen kvantifiointia ei enää tehty, koska sillä ei ollut tehtävän tavoitteen kannalta olennaista merkitystä.

Osaamistasokuvaukset kirjoitettiin osaamisalueittain siten, että jokaisen osaamisalueen kohdalla kompetenssiryhmien tuottamista osaamislauseista etsittiin kyseiseen osaamisalueeseen yksi tai useampi sopiva lausuma. Valinnat olivat toisensa poissulkevia, joten mikään osaamislause ei tullut käytetyksi kahta kertaa. Tällöin osaamislauseet käytiin läpi systemaattisesti siten, että kaikki lausumat tulivat käytetyiksi joko omina osaamislauseinaan tai yhdistettynä toiseen samansisältöiseen osaamislauseeseen. Jos osaamisalueeseen sopivaa lausumaa ei ollut aineistossa, sellainen muotoiltiin erikseen. Esimerkiksi eettisen osaamisen osaamisalueelta aineistosta löytyi kaksi osaamislauseetta ja loput 11 osaamislauseetta laadittiin itse. Toisaalta analyysiosaamisen ja EKG:n osaamisalueelta kaikki osaamislauseet olivat peräisin kompetenssiryhmien tuotoksista hieman muokatuin sananmuodoin. Tässä vaiheessa osaamistasokuvaukset sijoituivat toisiinsa nähden hierarkkisesti siten, että tason 1 osaaminen edusti perustason osaamista, tason 3 osaaminen edusti itsenäisen toiminnan osaamista ja tason 5 osaaminen edusti huippuosaajan asiantuntevaa osaamista kullakin osaamisalueella. Kuvauksissa alemman tason osaamisen oletetaan sisältyvän seuraavaan, ylemmän tason osaamiseen.

TULOKSET

Kehittämiskakson tuotoksena syntyneessä osaamiskartassa laboratoriohoitajan osaamisen arviointia varten on seitsemäntoista osaamisaluetta. Niistä viisi on yleisiä työelämävalmiuksia sisältävää osaamista (Hätönen 2005) ja loput kaksitoista ovat ammattispesifistä, kliiniseen laboratoriotyöhön liittyvää osaamista. Tasolle 1 osaamisen arvioinnissa sijoittuva laboratoriohoitaja on kliinisen laboratoriotyön perusosaaja, joka osaa toimia sovittujen työ- ja toimintaohjeiden mukaan. Hän omaa perustiedot osaamisalueen asioista. Tasolle 3 osaamisen arvioinnissa sijoittuva laboratoriohoitaja osaa toimia itsenäisesti kliinisessä laboratoriotyössä. Hänellä on monipuoliset tiedot ja taidot, joita hän osaa soveltaa joustavasti kliinisen laboratoriotyön osa-alueilla. Tasolle 5 osaamisen arvioinnissa sijoittuva laboratoriohoitaja on osaamisalueen asiantuntija ja huippuosaaja. Hän katsoo toimintaa kokonaisuutena, osaa yhdistää asioita

uudella tavalla ja kykenee laboratorion toimintaa kehittävien kehittämisehdotusten tekemiseen. Tasolla 0 olevalla laboratoriohoitajalla ei vielä ole kyseisen osaamisalueen osaamista.

Arvioidessaan omaa osaamistaan henkilö vertaa omaa osaamistaan sanallisiin tasokuvauksiin ja tekee sen pohjalta arvion oman osaamisensa tasosta. Tasojen 1, 3 ja 5 väliin sijoittuvat tasot 2 ja 4, joille ei laadittu omia tasokuvauksia. Osaamisen arvioinnin yhteydessä henkilö arvioi niissä tapauksissa osaamisensa sijoittuvan tasojen 1 ja 3 tai tasojen 3 ja 5 väliin. Lisäksi mittariin haluttiin lisätä maininta ”haluan kehittää osaamistani tällä alueella”.

Esimerkki osaamiskartan tasokuvauksesta – opetus- ja ohjausosaaminen

Taso 1: Osallistun erilaisten opiskelijoiden ohjaukseen sekä uusien työntekijöiden perehdytykseen. Tiedostan olevani esimerkkinä opiskelijalle, vaikka en itse osallistuisi opiskelijan ohjaukseen. Osaan neuvoa ja opastaa laboratorion sisäisiä ja ulkoisia asiakkaita laboratoriotutkimuksia koskevissa tiedusteluissa sekä ohjata potilaita laboratoriotutkimuksiin valmistautumisessa. Asiakkaita ja potilaita neuvoessani osaan tarvittaessa tukeutua työohjeisiin.

Taso 2: Osaamiseni on tasojen 1 ja 3 välillä.

Taso 3: Työskennellessäni opiskelijan kanssa häntä ohjaten osaan suunnitella työni siten, että opiskelijan on mahdollista saavuttaa oppimistavoitteen- sa. Osaan arvioida opiskelijan itseohjautuvuuden tasoa ja sovittaa ohjaukseni opiskelijan itseohjautuvuuden tasoon sopivaksi. Osaan antaa rakentavaa palautetta opiskelija-arvioinnissa sekä tukea ja kannustaa opiskelijaa hänen oppimisessaan. Ohjaan työtiimini jäseniä oman asiantuntemukseni alueella. Ohjaustehtävässäni asiakkaiden, potilaiden ja opiskelijoiden kanssa osaan toimia joustavasti ja itsenäisesti.

Taso 4: Osaamiseni on tasojen 3 ja 5 välillä.

Taso 5: Selviydyn vaativissa ja stressaavissa ohjaustilanteissa asiakkaiden, potilaiden tai opiskelijoiden kanssa. Oman työtiimini opiskelijaohjauksesta vastaavana suunnittelen harjoittelussa olevien opiskelijoiden ohjelman. Toimin yhdyshenkilönä laboratorion ja bioanalytikkokoulutuksen välillä ja osaan tehdä aloitteita opiskelijaohjauksen kehittämiseksi yhteistyössä bioanalytikkokou-

lutuksen kanssa. Toimin yhdyshenkilönä laboratorion ja hoito-osastojen välillä ja ohjaan hoito-osastojen henkilökuntaa. Teen ehdotuksia uusien työntekijöiden perehdyttämisen kehittämiseksi.

Taso 0: Minulla ei vielä ole tämän alueen osaamista.

TYKSLABin päivystys- ja hematologian laboratorioden laboratoriohoitajan osaamiskartan osaamisalueet ovat: 1) oppimistaidot, 2) ongelmanratkaisutaidot, 3) oman työn johtamistaidot, 4) vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot, 5) tietotekniikan käyttötaidot, 6) laatuosaaminen, 7) turvallisuusosaaminen, 8) eettinen osaaminen, 9) näytteenotto-osaaminen, 10) näytteen käsittelyn, kuljetuksen ja säilytyksen osaaminen, 11) asiakkuusosaaminen, 12) opetus- ja ohjausosaaminen, 13) päivystyslaboratorion analyysiosaaminen, 14) hematologian analyysiosaaminen, 15) vieritestiosaaminen, 16) EKG-osaaminen ja 17) postanalytiikkaosaaminen.

LÄHTEET

Anttila M-R & Kytömäki R. 2005. Osaamiskartoitusmittaristo. Kuntoutus Peurunka. Savonia ammattikorkeakoulu. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Cheetham G. & Chivers G. 1998. The reflective (and competent) practitioner: a model of professional competence which seeks to harmonise the reflective practitioner and competence-based approaches. *Journal of European Industrial Training* 22/7, 267–276.

Elakshar H. 2009. Terveysalan laboratoriohoitajien osaaminen. Turun ammattikorkeakoulu.

Graneheim UH & Lundman B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105–112.

Hätönen H. 2003. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen. Educa-Instituutti Oy. Helsinki.

Hätönen 2004. Työpaikkaohjaajan osaamiskartta. Menetelmä osaamisen arviointiin ja kehittämiseen. Educa-Instituutti Oy. Helsinki.

Hätönen H. 2005. Työelämäosaamisen osaamiskartta. Välinen osaamisen arviointiin ja kehittämiseen.

Lantz A & Friedrich P. 2003. Learning in the workplace – an instrument for competence assessment. *The learning organization*, 10 (3), 185–194.

Metsämuuronen J. 2005. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Teoksessa: Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. International Methelp Ky. Jyväskylä.

Niitamo P. 2003. Henkilöarviomenetelmät työelämässä. Työterveyslaitos. Helsinki.

Ruohotie & Honka. 1997. Osaamisen kehittäminen organisaatiossa. RT consulting team. Seinäjoki.

Sydänmaanlakka P. 2007. Älykäs organisaatio. Talentum Media Oy.

Tapola H. 2002. laboratoriohoitajien ammattitaitovaatimukset kliinisissä laboratorioissa. Kuopion yliopisto.

Valtiovarainministeriön työryhmämuistioita 6/2001. Osaamisen johtaminen. Kehittämishankkeen loppuraportti. Helsinki.

LAAJA-ALAISTEN HOITOTYÖN TEHTÄVIEN KARTOITUS JA ORGANISOINTI

Tiina Nurmela, TtT, yliopettaja, Turun ammattikorkeakoulu
Anne Isotalo, VTM, vs. kehittämisylivohtaja, Varsinais-Suomen
sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

Kehittämiskakso toteutettiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä.

Työelämän ja ammattikorkeakoulun yhteinen kehittämis- ja oppimistehtävä syntyi, kun Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) Sairaanhoitotoiminnan johto -työryhmä oli 23.11.2009 kokouksessaan käsitellyt laskutettavia poliklinikkakäyntejä ja itsenäistä hoitajapoliklinikkatoimintaa sekä käynyt keskustelua toimintamallin nykytilanteesta. Keskustelussa oli esitetty, että toiminnan toteuttamisessa tulee varmistaa sitä keskeisesti määrittävät tekijät kuten esimerkiksi toiminnan kirjaaminen, laskutus, osaamisen varmistaminen ja vastuut sekä palkkausperusteet. Aiemmin toteutettujen kyselyjen perusteella tuli esille toiminnan keskeisten käsitteiden (tehtäväsiirrot, tehtäväkuvan laajentaminen, työnjako) määrittelyn puuttuminen ja tulkintaerot eri vastaajien välillä.

Hoitajavastanottotoiminnan käsitteet liittyvät saumattomasti toiseen määrittelemättömään asiaan eli työnkuvaan, tehtäväsiirtoihin sekä työ- ja tehtäväkuvan laajentamiseen. Toiminnan toteuttamisessa nähtiin tärkeänä varmistaa toimintojen sujuvuuden lisäksi lainsäädännön ohjaus. Potilaiden ja henkilökunnan oikeudellisen aseman turvaamiseksi hoitajavastanottotoiminnan tulisi perustua niin valtakunnallisiin lainsäädännöllä vahvistettuihin yhtenäisiin käytäntöihin kuin paikallisesti sovittuihin ja kirjallisesti vahvistettuihin mal-leihin. Terveystenhuollon henkilöstön tehtävien ja työnjaon uudistamisessa on kyse työyhteisön toiminnan kehittämisestä siten, että toiminta ja tehtävät järjestetään hoidon kokonaisuuden, eri ammattiryhmien välisen yhteistyön ja osaamisen kannalta parhaalla mahdollisella tavalla.

Hoitotyön laaja-alaisten vastuutehtävien selvittämistarve liittyy sairaanhoitajien työn ja prosessien uudistamiseen VSSHP:ssä ja yleensä Suomen terveydenhuollossa. Hoitotyön tekijöiden laaja-alaisten vastuutehtävien ja vastaanotto-toiminnan kehittämisessä korostuvat näyttöön perustuvuus, tehtävien siirrot, uudet sairaanhoitajien tehtäväalueet ja uusien toimintatapojen kehittäminen sekä laajemmin koko tehtävärakenteen kehittäminen eri henkilöstöryhmien välillä. Uusi työnkuva ja organisointi asettavat haasteita henkilökunnan osaamiselle, osaamisen päivittämiselle sekä työn arvioinnille ja palkitsemiselle. Yhtenäisten linjausten muodostamiseksi tarvittiin ensin kokonaiskuva hoitotyön laajojen vastuutehtävien tilanteesta. ASTE-projektin kehittämisjakso kytkettiin tähän selvitystyöhön. Jaksoon osallistuvalla opettajalla oli mahdollisuus työskennellä VSSHP:ssä hoitotyön toimistossa vs. kehittämisylivoimien työparina nykytilannetta kartoitettaessa ja tehtäessä suunnitelmia toiminnan yhtenäistämiseksi ja kehittämiseksi. Samalla tavoiteltiin terveydenhuollon opettajan ja sairaanhoitopiirin edustajien mahdollisuutta oppia toisiltaan.

TAVOITTEET

Terveydenhuollon organisaation kannalta kehittämisjakson tehtävä oli sisällöllinen: kokonaiskuvan luominen hoitotyön laajojen vastuutehtävien nykytilasta VSSHP:ssä ja hallinnollisten käytäntöjen selvittäminen Suomen eri erikoissairaanhoitopiireissä. Saatua tietoa oli tarkoitus käyttää tehtävärakenteen ja toimintamuotojen kehittämiseen, terveydenhuollon ammattilaisten osaamisvaatimuksien muotoiluun ja kokonaiskuvan saamiseen koulutustarpeista.

Keskeinen tavoite oli myös työelämässä tapahtuva opettajan työskentely asiantuntijana, työelämän yhteistyökumppanien verkoston muodostuminen ja osapuolten toisiltaan oppiminen. Oppimisen tavoitteet määrittyivät jo alussa, mutta täsmentyivät prosessin kuluessa.

Oppimisen tavoitteet asetettiin molemmille osapuolille. Opettajan tavoite oli kuvan saaminen terveydenhuollon kehittämisen haasteista ja välineistä sekä erityisesti hoitotyön tehtäväalueista. Tätä tavoiteltiin osallistumalla toiminnan kehittämiseen työryhmässä, työparina ja kehittämisyhteistyössä. Samalla tavoiteltiin uutta oppimista. Tavoitteena oli koko työuran aikana kasvaneen asiantuntijuuden käyttäminen työelämän kehittämistyössä.

Työelämän työparin tehtävänä oli toimia kehittämisprosessin ja nimetyn työryhmän sihteerinä. Lisäksi työelämän työpari edusti hallinnollista näkökulmaa käsiteltävänä olevaan aiheeseen. Tällöin kehittämistyössä terveydenhuollon opettajan kanssa työparina toimimisella tavoiteltiin koulutusympäristöstä saatavaa lisätietoa myös hoitotyön laajojen tehtävien näkökulmasta. Erityisesti opettajatyöparin työstämä taustaselvitys (kysely ja raportti) oli merkityksellinen kokonaiskuvan hahmottamiseksi asiasta. Myös työelämäedustajan oppimiskokemukset olivat tärkeänä tavoitteena. Hänen tehtävänään oli organisaation substanssitiedon ja -näkökulman edustajana sekä selvitystiedon välittäjänä toimiminen.

KEHITTÄMISTYÖN ETENEMINEN

Kehittämisyksikö jakautui yleisten projektin etenemisperiaatteiden mukaan eri vaiheisiin: hankkeen suunnittelu, tilanteen selvitys, toimenpiteiden suunnittelu, toimintaohjeiden luominen ja toiminnan arvioinnin suunnittelu sekä tulosten levittäminen.

Jakso eteni oppimisen suhteen aikataulussa. Sisällöllisesti selvitystyö ja raportti viivästyivät, koska kaikilta tiedonantajilta ei saatu asetetuissa aikarajoissa vastauksia, mikä aiheutti muidenkin työvaiheiden viivästyksen. Kesäkuun puolivälissä uudeksi tavoitteeksi asetettiin koosteen laatiminen valmiista aineistosta elokuun puolenvälin (17.8.2010) kokousta varten, mikä myös saavutettiin. Valtakunnallisen aineiston kirjoittaminen raporttimuotoon oli kuitenkin vielä kesken, mutta siitä saatava tieto auttoi silti toimintaprosessien suunnittelussa. Myös toimintaohjeiden luominen jatkui vielä tuolloin. Lopullinen raportti kaikkine osineen valmistui syksyn 2010 aikana.

Oppiminen tapahtui koko projektin ajan työn ohessa varsinaisen kehittämis-työn oheistapahtumana. Tätä oppimista tapahtui sekä yksilötasolla työelämään sijoittuneen opettajan ja hänen työelämän työparinsa kohdalla että ryhmätasolla, koska tehty työ oli työryhmään kytkeytynyttä. Organisaationaalista oppiminen oli sairaanhoitopiirin ja ammattikorkeakoulun yhteistyön tasoilla, sillä kehittämisjakson kuluessa käytiin palautekeskustelua ohjaus- ja projektiryhmätasolla. Professionaaliselle tasolle oppiminen ylsi tehtäväkuvien ja eettisten tarkastelujen myötä.

Avain oppimiseen oli työparilta ja työryhmältä saatu palaute, jota jaettiin jatkuvan palautteen periaatteella. Tämä kohdistui yksilötoimintaan, mutta sitä saatiin myös laajoja hoitotyön vastuutehtäviä selvittelevän ryhmän taholta. Palaute ja tutkiskelu kohdistuivat myös ryhmäprosessiin ja -ajatteluun. Professionaalisisella tasolla palaute kohdentui yhteiskunnan tasolla ammatilliseen etiikkaan ja ammattien välisiin tehtäväjakoihin.

SELVITYSTYÖ JA TOIMENPIDESUUNNITTELU

Selvitystyön tuloksena kävi ilmi, että kyselyn mukaan laajoja vastuutehtäviä VSSHP:ssä tekee 534 henkilöä. Tehtävät vaihtelevat runsaasti ja ammattiryhmiä on monia. Keskeiset perusteet tehtävän kutsumiselle laajaksi vastuutehtäväksi ovat toisen ammattiryhmän tehtävien siirto, tietyn potilasryhmän hoidon syvälinen hallinta ja siihen liittyvä potilastyö (esimerkiksi vastaanottotyö) sekä muut laajat tehtäväalueet (esimerkiksi koordinoititehtävät, laadunvarmistus-, laitehuolto- tai hallinnolliset tehtävät).

Erikoissairaanhoidopiirit ovat hallinnollisissa menettelyohjeissaan ja -tavoissaan eri vaiheissa. Osalla piireistä on jo selkeitä ohjeistuksia, mutta osa ei niitä ole vielä tehnyt. Tehtäviin nimittämisen perusteena on usein tekijän kiinnostus tehtävää kohtaan ja asian osaamisen kokeminen, mutta yhtenäistä kriteeristöä mm. asiaan liittyvän koulutuksen suhteen ei ole. Myös valtuuttamiskäytännöt ovat valtakunnallisesti linjautumattomia, samoin kuin palaute- ja arviointijärjestelmät.

Opettajan tekemän selvityksen pohjalta lähdettiin määrittelemään pientyöryhmässä mitä käsitteet hoitotyön laaja-alainen vastuutehtävä, tehtävän kuvan laajentaminen ja tehtävänsiirrot tarkoittavat VSSHP:ssä. Samalla jatkotyöryhmässä rakennettiin malli laajoihin vastuutehtäviin nimittämiseksi, tehtävien delegoimiseksi ja seuraamiseksi sekä menettelyohjeiksi. Tässä hyödynnettiin valtakunnallisessa selvitysosuudessa saatuja muiden erikoissairaanhoidopiirien antamia tietoja.

HYÖTY JA HYÖDYNNETTÄVYYS

Kehittämiskokso toteutti hyvin ASTE-projektin tavoitteita. Lisäksi se edisti huipputoimimisen määrittelyä ja huomioimintia. Sairaanhoidopiirissä kehittämis-

jakso koettiin välttämättömäksi organisaation hoitotyön hallinnon edustajien ja luottamushenkilöiden näkökulmasta. Oleellista oli käsitteiden, osaamisen, vastuiden ja ohjeiden läpinäkyvyyden lisääminen. Lopputulos on myös muiden terveydenhuollon yksiköiden kannalta käyttökelpoinen, sillä saman selvitys- ja jäsentelyhaasteen edessä ovat Suomen muutkin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yksiköt. Kehitystyö nosti esille jatkokehittelytarpeita.

Kehittämiskakso toteutti myös niitä tavoitteita, joita osapuolten oppimiselle oli asetettu. Se tarjosi opettajalle keskustelumahdollisuuden usean ammattiryhmän edustajien kanssa ja koko hoitotyön toiminta-alueella. Kolmen kuu-kauden laajuinen työpanos antoi terveydenhuollon organisaatiolle lisäresurssin kohdennetun työalueen kehittämiseen. Se mahdollisti samalla monipuolisen oppimisen sekä vuoropuhelun työelämään osallistuvan opettajan ja sairaan-hoitopiirin yhteistyöhenkilön välillä. Vuorovaikutuksellinen oppiminen kes-kusteluineen ja yhdessä työskentely luovat hyvän pohjan myös myöhemmin mukaan tuleville henkilöille ja mahdollisille jatkoprojekteille. Palautetta työ-elämäjaksolta ja työskentelystä on vaihdettu työparin kanssa jatkuvan palaut-teen periaatteella ja kokemukset ovat olleet myönteisiä.

JATKOTYÖSKENTELEYTARPEET

Toiminnan arviointijärjestelmä on luonteva jatke tehdyille työille. Tämä työ jatkuu sairaanhoidopiirin kehittämistoimintana, mutta tarjoaa myös yhteistyö-mahdollisuuksia tulevaisuudessa palvelujärjestelmän kehittyessä yhä enemmän avohoitopainotteiseen suuntaan. Yhtälailla luontevaa on kehittää hoitotyön laajoihin tehtäviin tarvittavaa koulutusformaattia.

LÄHTEET

Erikoissairaanhoidolain säädös 993/ 2003 Suomen säädöskokoelma. www.finlex.fi.

Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989 Suomen säädöskokoelma. www.finlex.fi.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. WSOY. Helsinki.

Hukkanen, E. & Vallimies-Patomäki, M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn tur-vaamisessa. Selvitys Kansallisen terveyshankkeen työnjakopoliteista. STM selvityksiä 2005:21

International Council of Nurses, ICN. www.icn.ch/npsurvey.htm.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta 1200/2007. Suomen säädöskokoelma. www.finlex.fi.

Leppänen, N. & Puupponen, A. 2009. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus: Hoitotyön asiantuntija -käsitteen määrittelyä. Opinnäytetyö. Terveystyön edistämisen koulutusohjelma. Ylempi AMK. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Markkanen, K. 2002. Tehtäväsiirrot terveydenhuollossa. Tehy ry. Sarja B: Selvityksiä 1/2002.

Redsell, S.A., Hastings, A.M., Cheater, F.M. & Fraser, R.C. 2003. Devising and establishing the face and content validity of explicit criteria of consultation competence in UK primary care nurses. *Nurse Education Today* 23, 299–306.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2002. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:3.

Vallimies-Patomäki, M., Lindström, E. & Perälä, M-L. 2002. Sairaanhoidajan tehtäväkuvan laajentaminen. Terveyspalvelujärjestelmän uudistamiseen ja kansainvälisiin käytäntöihin perustuvia ehdotuksia. *Sairaanhoidaja* 75(8)6–9.