

Seinäjoen
ammattikorkeakoulun
julkaisusarja

B

SeAMK 

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Asta Heikkilä & Jenni Kulmala (toim.)

**UUSIA TYÖMENETELMIÄ JA
INNOVAATIOITA HYVINVOINNIN
EDISTÄMISEEN: SEAMK SOSIAALI-
JA TERVEYSALA TUTKII JA KEHITTÄÄ**

Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja
B. Raportteja ja selvityksiä 120

Asta Heikkilä & Jenni Kulmala (toim.)

UUSIA TYÖMENETELMIÄ JA INNOVAATIOITA HYVINVOINNIN EDISTÄMISEEN: SEAMK SOSIAALI- JA TERVEYSALA TUTKII JA KEHITTÄÄ

SeAMK 
SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Seinäjoki 2016

Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja
Publications of Seinäjoki University of Applied Sciences

- A. Tutkimuksia Research reports
- B. Raportteja ja selvityksiä Reports
- C. Oppimateriaaleja Teaching materials

SeAMK julkaisujen myynti:
Seinäjoen korkeakoulukirjasto
Kalevankatu 35, 60100 Seinäjoki
puh. 020 124 5040 fax 020 124 5041
seamk.kirjasto@seamk.fi

ISBN 978-952-7109-56-4 (verkkojulkaisu)
ISSN 1797-5573 (verkkojulkaisu)

TERVETULOA TUTUSTUMAAN UUSIIN TYÖMENETELMIIN JA INNOVAATIOIHIN

Parhailaan käynnissä oleva sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos sekä niukkenevat resurssit haastavat kaikkia alan työntekijöitä moniammatillisten toimintatapojen ja asiakaslähtöisten palvelujen tutkimusnäyttöön perustuvaan uudistamiseen ja kehittämiseen. Ajankohtaista on myös teknologian entistä vahvempi hyödyntäminen niin julkisessa kuin yksityisissä sosiaali- ja terveysalan toimintaympäristöissä. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyys väestön ikääntyessä edellyttää työmenetelmien ja työnjakojen kehittämistä yhdenvertaisten, laadukkaiden ja kustannus-
tehokkaiden palvelujen tuottamiseksi.

Seinäjoen ammattikorkeakoulun (SeAMK) sosiaali- ja terveysalalla toteutetaan innovatiivisia ja käytännönläheisiä hankkeita, opetuskokeiluja ja opinnäytetöitä, joissa kehitetään monipuolisesti uusia, helposti hyödynnettäviä työmenetelmiä ja käytäntöjä, sekä selvitetään asiakas- ja työntekijäryhmien kokemustietoa. Tämän julkaisun tarkoituksena on edistää hankkeiden, opinnäyte- ja projektitöiden sekä opetuskokeilujen tulosten näkyvyyttä sekä uuden tiedon saatavuutta ja hyödyntämistä.

Julkaisuun sisältyy kymmenen artikkelia. Artikkeleista kolme tarkastelee teknologian käyttöä ammatillisen verkostoitumisen (Kuhalaampi, Loppela & Vaahtera), asiakaslähtöisten työmenetelmäkokeilujen (Kuhalaampi & Vaahtera) ja kuntoutuksen (Haapala, Kiviharju & Pakkala) näkökulmista. Uusia työmenetelmiä ja työnjakoa sosiaali- ja terveydenhuollossa valotetaan viidessä artikkelissa. Näissä artikkeleissa kuvataan luonnon ja eläintoininnan (Nylander, Koivula, Lahti & Kulmala), psykososiaaliseen työhön liittyvän vuorovaikutuksen (Kangasluoma & Sarvikas), yhteisöllisyyteen ohjaamisen (Majasaari & Sarvikas), yhteistoiminnallisen workshop-työskentelyn (Salminen-Tuomaala) sekä fysioterapeuttien suoravastaanotto toiminnan (Järvi & Svahn) innovointia ja kehittämistä. Julkaisun kaksi viimeistä artikkelia kuvaavat omaisten ja työntekijöiden kokemuksia saattohoidosta (Mesiäislehto, Heikkilä, Jylhä, Reinikka & Siirilä) sekä työpaikkaohjaajien kokemuksia kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvien työttömien ohjauksesta (Virta & Tiilikka).

Julkaisu on tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollossa toimiville ja siellä asioiville asiakkaille, alan opiskelijoille ja opettajille, sidosryhmien edustajille sekä kaikille artikkeleiden aihepiireistä kiinnostuneille.

Toivotamme antoisia lukuhetkiä artikkeleiden parissa!

Seinäjoella joulukuussa 2016,

Asta Heikkilä
TtT, yliopettaja

Jenni Kulmala
TtT, dosentti, yliopettaja

SISÄLLYS

Asta Heikkilä ja Jenni Kulmala

Tervetuloa tutustumaan uusiin työmenetelmiin ja innovaatioihin

Katriina Kihalampi, Kaija Loppela ja Marja-Kristiina Vaahtera

Terveysteknologia edistämässä ammatillista verkostoitumista ja

haja-asutusalueiden vetovoimaisuutta5

Katriina Kihalampi ja Marja-Kristiina Vaahtera

Uudet digitaalisuutta hyödyntävät työmenetelmät edistämässä

asiakaslähtöisyyden toteutumista terveydenhuollossa 15

Pia-Maria Haapala, Anu Kiviharju ja Roosa Pakkala

Älyvaatteiden teknologia apuna kuntoutuksessa – esimerkkinä EMG-shortsit.....33

Maija Nylander, Anna-Kaarina Koivula, Marita Lahti ja Jenni Kulmala

Luonnon ja eläintoiminnan vaikutus ikäihmisten hyvinvointiin43

Elina Kangasluoma ja Helena Sarvikas

Vuorovaikutus psykososiaalisessa työssä – arvioinnin malli simuloituihin

oppimistilanteisiin53

Hilkka Majasaari ja Helena Sarvikas

Yhteisöllisyyteen ohjaaminen integroidussa opetuksessa83

Mari Salminen-Tuomaala

The Foresight Framework -malli yhteistoiminnallisen workshop-

työskentelyn menetelmänä93

Timo Järvi ja Tarja Svahn

Fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminnan kehittäminen – uudella

työnjaolla tuloksellinen selkäpotilaan palveluketju. Case: JIK peruspalvelu-

liikelaitoskuntayhtymä 102

Helinä Mesiäislehto-Soukka, Jenni Heikkilä, Natalia Jylhä, Henna Reinikka ja Niina Siirilä

"Jääthän luokseni, että voin olla turvassa" – omaisten ja työntekijöiden kokemuksia saattohoidosta..... 115

Aino Virta ja Tiina Tiilikka

Vanhustyön työpaikkaohjaajat sisäisten jännitteiden keskiössä 132

TERVEYSTEKNOLOGIA EDISTÄMÄSSÄ AMMATILLISTA VERKOSTOITUMISTA JA HAJA- ASUTUSALUEIDEN VETOVOIMAISUUTTA

*Katriina Kuhalampi, THM, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala*

*Kaija Loppela, KT, tutkimus- ja kehittämispäällikkö
SeAMK Sosiaali- ja terveysala*

*Marja-Kristiina Vaahtera, THM, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala*

1 JOHDANTOA

Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena – Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020 -julkaisussa todetaan, että sähköisessä tietohallinnan muutoksessa kehittämistyön painopistettä tulee muuttaa niin, että tiedon keräämisen ja siirtämisen sijaan tietoa tulisi hyödyntää henkilökohtaisessa hyvinvoinnissa ja elämässä pärjäämisessä, potilas- ja asiakastyössä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa ja tutkimisessa. Suomi osallistuu aktiivisesti yllä mainittuun Euroopan Unionin tason strategiseen ja operatiiviseen yhteistyöhön. Hyvinvointiteknologia kehitty vauhdilla. Teknologian kehittäjien ja sosiaali- ja terveyssektorin (sote-sektorin) yhteistyö hyödyntää kumpaakin osapuolta, mutta teknologiaa tulee kuitenkin hyödyntää hallitusti sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena – sote-tieto hyötykäyttöön strategia 2020.) PrimCareIT (Counteracting brain drain and professional isolation of health care professionals in remote primary health care through tele-consultation and telementoring to strengthen social conditions in remote BSR) -hanke on yksi konkreettinen esimerkki teknologian kehittäjien ja sote-sektorin välisestä kehitysyhteistyöstä.

PrimCareIT-hankkeen taustalla oli Itämeren alueen maiden yhteinen ilmiö väestön ikääntymisestä ja sitä kautta perusterveydenhuollon lisääntyvät palvelutarpeet. Samanaikaisesti Itämeren alueen maissa on ollut havaittavissa terveydenhuollon ammattilaisten osaamisen siirtyminen haja-asutusalueilta kasvukeskuksiin ja toisaalta haja-asutusalueiden vetovoiman väheneminen työ- tai asuinpaikkana. Tämän ilmiön ja paikkakunnalta muuton seurauksena ammatillista osaamista katoaa ja toisaalta saattaa tapahtua ammatillista eristäytymistä, jossa asiantuntija jää ainoaksi

oman ammattinsa edustajaksi tai jää yksin asiantuntijuusalueensa asioissa harvaan asutulla alueella pitkien maantieteellisten välimatkojen takia. Tällainen ammatillinen eristäytyminen lisää siirtymistä muihin työpaikkoihin tiheimmin asutuille paikkakunnille ja siten osaltaan kyseinen ilmiö lisää haja-asutusalueiden aivovientiiä.

2 PRIMCAREIT-HANKKEEN KUVAUS

PrimCareIT-hankkeen tavoitteena oli yhdistää ja tukea terveydenhuollon ammattilaisia informaatioteknologian avulla Itämeren alueen maiden harvaan asutuilla alueilla. Hankkeen tarkoituksena oli hiljaisen tiedon katoamisen ja ammatillisen eristäytymisen ehkäiseminen perusterveydenhuollossa telekonsultaation ja telementoroinnin avulla.

Hankkeen toimijoina Itämeren alueella oli terveydenhuoltoalan työntekijöitä eri organisaatioista: lääkärijärjestöjä, sairaaloita, yliopistoja, aluekehitysorganisaatioita ja terveysteknologiaan keskittyneitä tutkimuslaitoksia. Hankkeessa oli mukana yhteensä 16 partneria seitsemästä eri Itämeren alueen osallistujamaasta: Suomesta, Virossa, Saksasta, Latviasta, Liettuasta, Ruotsista ja Valko-Venäjältä. Hanketta hallinnoi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri yhdessä Etelä-Pohjanmaan Terveysteknologian Kehittämiskeskus ry:n (EPTEK ry.) kanssa.

Suomalaisia partnereita PrimCareIt-hankkeessa olivat Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (EPSHP), Seinäjoen ammattikorkeakoulun (SeAMK) Sosiaali- ja terveysala, Etelä-Pohjanmaan liitto ja Kuntayhtymä Kaksineuvoinen. Ruotsista mukana olivat eHealth Institute, Linnaeus University, Blekinge Institute of Technology ja County Council of Västerbotten. Saksasta hankkeessa oli mukana Flensburg University of Applied Sciences, Virossa The Estonian Society of Family Doctors, Institute of Clinical Medicine of the Technomedicum of the Tallin Technical University, Liettuasta Vilnius University Hospital Santariškių Klinikos, Kaunas University of Technology, Lithuanian University of Health Sciences, Valko-Venäjältä State Educational Institution Belarusian Medical Academy of Post-Graduate, Ostrovec Central Regional Hospital ja Latviasta National Health Service.

Hankkeen budjetti oli 2,5 miljoonaa euroa ja sen hankkeen kesto oli 33 kuukautta (syyskuusta 2011 kesäkuuhun 2014). Rahoitus hankkeelle saatiin Baltic Sea Region Programme 2007–2013 (Interreg IVB) -ohjelmasta.

PrimCareIt-hanke oli Itämeren alueen maiden EU-strategiaan liittyvä lippulaiva-hanke. Hanke koostui kuudesta työpaketista (Workpackage = WP), jotka olivat projektin johtaminen ja hallinto (WP1), tiedottaminen (WP2), perusterveydenhuollon aivo-

vuodon ja ammatillisen eristäytymisen ehkäisemisen strategiat hyödyntäen telekonsultaatiota ja telementorointia (WP3), telekonsultaatio parantamassa ammatillista yhteistyötä ja laatua perusterveydenhuollossa (WP4), telementorointi perusterveydenhuollon ammattilaisten urakehitystä tukemassa (WP5) ja poliittinen strategia siitä, miten eTerveyden (sähköisten terveydenhuollon palvelujen) avulla kehitetään perusterveydenhuollon laatua ja palveluiden saavutettavuutta (WP6).

SeAMK Sosiaali- ja terveystieteiden projektissa toimineet henkilöt (tämän artikkelin kirjoittajat) osallistuivat työskentelyyn työpaketeissa WP3 ja WP5. Hankkeen alkuvaiheessa todettiin, että työskenteleminen terveydenhuollossa haja-asutusalueella ei automaattisesti tarkoita ammatillista eristäytymistä. Kommunikaatioteknologioiden käyttäminen parantaa terveydenhuollon ammattilaisten ammatillista osaamista haja-asutusalueilla. Hanke pyrki vähentämään terveydenhuollon ammattilaisten ammatillista eristäytymistä hyödyntäen telementorointia jatkuvan täydennyskoulutuksen työvälineenä. Terveydenhuollon ammattilaisten välisellä telekonsultaatiolla voidaan saavuttaa arvokasta teknistä ja metodologista tukea työn tekemiseen. Telekonsultaatio ja telementorointi tukevat ammatillista verkostoitumista, jatkuvaa täydennyskoulutusta ja antavat urakehitysmahdollisuuksia terveydenhuollon ammattilaisille.

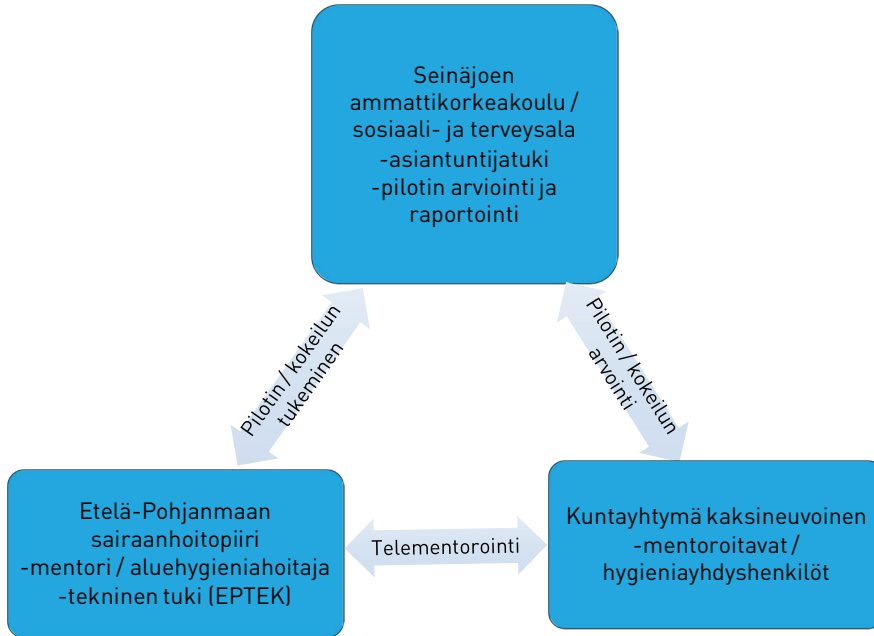
Hanke palkittiin keväällä 2014 Ammattikorkeakoulupäivillä ammattikorkeakoulujen tutkimus-, kehittämis- ja innovaatio(TKI) -johtajien verkoston Kärkipalkinnolla: Kärjet 2014 -parhaat TKI-käytänteet ammattikorkeakouluissa vuonna 2014 (sarja: Kansainvälinen TKI-toiminta). Valinnan perustelut olivat seuraavat: "Hankkeella on laaja kansainvälinen kumppanuusverkosto, joka perustuu pitkäaikaiseen yhteistyöhön. Työelämä on vahvasti mukana ja aihe on ajankohtainen. Hankkeessa on kehitetty uusia toimintamalleja monialaisesti digitalisaatiota hyödyntäen."

2.1 Hankkeen tavoitteet ja toimenpiteet alueellisesti

Etelä-Pohjanmaalla pilottikokeiluihin osallistuneet haja-asutusalueen terveydenhuollon toimintayksiköt sijaitsivat Kuntayhtymä Kaksineuvoisen (Alahärmä, Evijärvi, Kauhava, Korttesjärvi, Lappajärvi ja Ylihärmä) alueella ja etäisyydet Seinäjoen keskussairaalaan vaihtelivat 55 kilometristä 75 kilometriin. Hankkeen tavoitteena oli terveydenhuollon henkilöstön ammatillisen eristäytymisen ja aivovuodon vähentäminen haja-asutusalueilla. Hankkeen tarkoituksena oli kokeilla teknologisia ratkaisuja verkostoitumisen edistämiseksi kokeilemalla telementorointia ja telekonsultaatiota.

Kyseinen pilottikokeilu toteutettiin Kuntayhtymä Kaksineuvoisen, EPSHP:n ja EPTEK ry:n kesken. Kyseisessä pilotissa oli mukana myös SeAMK Sosiaali- ja terveystieteiden keskus. Pilotin eri osapuolten roolit on esitetty kuviossa 1. Hankkeen alueellisessa pilottikokeilussa henkilöstön telementoroinnilla ja -konsultaatiolla säästettiin aikaa ja mat-

kakuluja. Tekniikkana pilotissa kokeiltiin videoneuvotteluja joko henkilökohtaisen tietokoneen kautta tai videoneuvotteluhuoneessa. Tekniikan hyödyntäminen mahdollisti nopeat tietotekniset yhteydet ja uusien työtapojen kokeilun ja kehittämisen.



KUVIO 1. Pilotin eri toimijoiden roolit

2.2 Hankkeen tavoitteet ja toimenpiteet valtakunnallisesti

Kaikissa osallistujamaissa kokeiluihin osallistuneet henkilöt vastasivat kyselyyn, jossa piti arvioida omia asenteita, valmiuksia, teleteknologian käyttökelpoisuutta ja kokeilun tuomia mahdollisia positiivisia muutoksia työskentelytavoissa. Määrällistä tietoa kerättiin jokaisen mentorointitilanteen jälkeen kyselylomakkeella. Määrällisen kyselyn avulla pystyttiin myös arvioimaan aika- ja matkakustannussäästöjä tapauksissa, missä mentorointiyhteydet hoidettiin teleteknologiaa hyödyntäen.

Laadullista näkökulmaa arvioitiin avoimilla kyselyillä (ennen kokeilua, kokeilun kuluessa ja kokeilun jälkeen) liittyen kokemuksiin muutoksista ja mahdollisista kehittämishetkistä. Pilotti oli samalla kokeilu, koska työskentelytapa oli uusi sekä aluehygieniahoitaja-mentorille (N=1) että mentoroitaville hygieniayhdyshenkilöille (N=13).

Laajennusta telementoroinnin ja telekonsultaation näkökulmiin haettiin myös valtakunnallisesti haastatteleamalla eri organisaatioiden ja hallinnonalojen asiantuntijoita

liittyy teleteknologian hyödyntämiseen terveydenhuollossa. Haastattelussa keskusteltiin myös aivoviennin ja ammatillisen eristäytymisen ehkäisystä. Suomessa näitä haastatteluja tehtiin kymmenelle terveydenhuollon organisaatioissa johtavassa asemassa olevalle henkilölle.

Lisäksi itse hankkeessa laadittiin monikansallinen kirjallisuuskatsausraportti. Raportti tarkasteli partnerimaiden terveydenhuoltojärjestelmiä, perusterveydenhuollon, ammatillisen eristäytymisen ja aivovuodon määritelmiä sekä telekonsultaation ja telementoroinnin yleisyyttä hankkeeseen osallistuvissa maissa. Raportissa tuotiin esiin käytännössä tapahtuneet pilotoinnit ja tulokset niistä. Hankkeen aikana laadittiin internetsivusto, jossa tiedotettiin hankkeen toimenpiteistä ja tuloksista. Hankkeen lopussa Tallinnassa järjestettiin loppukonferenssi, jossa tiedotettiin hankkeen tuloksista kutsuille, aiheesta kiinnostuneille henkilöille. Mukaan loppukonferenssiin pyrittiin saamaan mahdollisimman paljon terveydenhuoltoon liittyviä poliittisia päätöksentekijöitä.

3 HANKKEEN TULOKSET

3.1 Tuloksia kansainvälisesti

Kokeiluissa tuli esiin, että videoneuvottelut lisäsivät kollegiaalista asioiden jakamista ja ongelmien ratkomista. Työskentelytavassa nähtiin mahdollisuudet toiminnan kehittämiseen edelleen. Argumenteissa tuotiin esiin, että valtakunnallisen hankkeen tuloksia voidaan tarkastella maakohtaisesti ja näin oppia toisten tekemien pilottien tuloksista. Keskeinen agenda hankkeessa kuitenkin oli löytää ratkaisuja ammatillisen eristäytymisen ja aivovuodon estämiseen haja-asutusalueilla. Tämä ongelma samoin kuin väestökato kasvukeskittyymiin on yhteinen ongelma hankkeen kaikille osallistujamaille eli kyseessä on yleiseurooppalainen ilmiö.

Hankkeen myötä saatiin mahdollisuuksia arvioida telekonsultaation ja telementoroinnin alueellisia tarpeita ja strategisia mahdollisuuksia ammatillisen syrjäytymisen ehkäisemiseksi harvaan asutuilla alueilla. Toisaalta arvioitiin telekonsultaation ja telementoroinnin laajamittaisen käytön nykyisiä esteitä Itämeren maiden alueella, esimerkiksi teknologian hyväksymisessä, sijoituspäätöksissä ja lainsäädännöllisissä epävarmuustekijöissä. Muita esiin tulleita asioita olivat monikansallisesti kehitettyjen telekonsultaatoratkaisujen käyttöönotto ja vahvistaminen harvaan asuttujen seutujen pilottialueilla, telementoroinnin käyttöönotto innovatiivisena ratkaisuna nuorten perusterveydenhuollon ammattilaisten koulutus- ja uramahdollisuuksien edistämiseksi harvaan asutuilla alueilla, testattujen pilottiratkaisujen laajamittaisen toteutuksen ja jatkuvuuden turvaaminen sekä poliittisen tietoisuuden lisääminen esimerkiksi eHealth for Regions -verkoston kautta.

3.2 Tuloksia Suomessa

Hankkeeseen liittyvien suomalaisten eri organisaatioiden ja hallinnonalojen asiantuntijoiden (n=10, syksy 2012) haastattelujen mukaan aivoviennin ja ammatillisen eristäytyneisyyden suurimmat vaikutukset kansalaisiin olivat kasvava tyytymättömyys ja negatiivinen asenne terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan ja lääkäripula etenkin perusterveydenhuollossa. Lisäksi vaikutuksia olivat terveydenhuoltopalveluiden laadun heikkeneminen, joka näkyy etenkin potilaskeskeisen hoidon tason heikkenemisenä ja vähenemisenä: esimerkiksi vaihtuvat lääkärit ja ammattihenkilöstön osaamisen tason lasku, hoitovirheet, yhä pidentyvät matkat lähimmille terveysasemille ja lääkärin vastaanotolle sekä pidemmät jonotusajat.

Terveydenhuoltohenkilöstön näkökulmasta tarkasteltuna kokemukset aivoviennin ja ammatillisen eristäytyneisyyden vaikutuksista olivat seuraavia: ei riittävästi mahdollisuutta kouluttautumiseen, työvoimapula, alueellinen terveydenhuoltopalveluiden epätasa-arvoisuus, lääkäripula syrjäseuduilla, vanhemman kollegan tuen puute, terveyskeskustyön vaatavuus ja vastuu, haluttomuus ainoaksi lääkäriksi terveysasemalle (telementorointi- ja konsultointimahdollisuuksia kehitettävä erityisesti näissä tilanteissa) sekä kollegoiden tuen puuttuminen. Lisäksi nostettiin esiin huono johtaminen, yhdessä kehittämisen ja ammatillisen kehittymisen mahdollisuuksien puute sekä vaara juuttua vanhoihin rutiineihin, muutosvastarinta ja työn laadun mahdollinen heikentyminen. Myös työskentelyn kannalta potilaalle tehtävät oheistutkimukset koettiin olevan paremmin saatavilla isommissa yksiköissä.

3.3. Telekonsultointi ja telementorointi apuna ongelmiin

Kokeiluissa haettiin erilaisilla kyselyillä käyttäjien kokemuksia telekonsultaatiosta ja telementoroinnista. Käyttäjien vastauksissa nousi monia näkemyksiä. Telekonsultaatio ja telementorointi koettiin vartenotettavaksi, mutta ei ainoaksi vaihtoehdoksi ratkaista ongelmia. Keskeistä vastaajien mukaan oli se, että teknologian tulee lähteä asiakaskeskeisyydestä, eikä sen avulla saa törmätä palvelu- ja hallintorajoihin. Konsultioijan tulee olla alan ammattihenkilö ja suhtautua myönteisesti konsultointitapahtumaan. Tekniikka on jo nyt kehittyntä, mutta sitä tulee edelleen kehittää helppokäyttöisemmäksi ja monipuolisemmaksi. Myös mobiililaitteiden käyttöä on lisättävä ja tekninen tuki on oltava lähellä ja jatkuvasti saatavilla.

Kuvan ja laadun merkitystä korostettiin ja laitteiden hintakysymykset ja käyttäjätasoisuus ovat tärkeitä. Palvelujen kehittämisessä niiden sisältö tulee olla keskiössä tekniikan sijaan. Telekonsultaation ja telementoroinnin koettiin tuovan koulutusmahdollisuuksia lähemmäksi. Tekniikan osalta tärkeää on käyttövalmius ja sen mukana kuljettamisen mahdollisuus ja vastaajat toivoivat jokaiseen työpisteeseen riittävästi toi-

mivia laitteita ja toimivat yhteydet. Tämän lisäksi terveydenhuoltohenkilöstön on perehdytettävä laitteisiin ja niiden käyttöön huolellisesti. Asenteissa tietotekniikkaa kohtaan tulee tapahtua muutoksia, koska ihmisten välillä on vielä nykyisin suuria eroja tekniikkamyönteisyydessä. Käyttäjät on otettava mukaan laitteita kehittämään ja jo koulutuksessa (lääkärit, sairaanhoitajat) tulisi luoda valmiudet käyttää telementorointia ja -konsultointia. Lisäksi vastauksissa nousivat esiin tietosuojakysymykset. Vastaajat toivoivat myös terveydenhuollon tietojärjestelmien kansallista ohjausta vahvistettavan. Telekonsultaation ja telementoroinnin ei kuitenkaan nähty korvaavan tai tulevan korvaamaan henkilökohtaista face-to-face -kontaktia potilaaseen tai kollegaan.

3.4. Kolmen toimijatahon yhteispilotin tuloksia Etelä-Pohjanmaalla

Etelä-Pohjanmaalla hanketta toteuttivat Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, EPTEK ry, Kuntayhtymä Kaksineuvoinen ja SeAMK Sosiaali- ja terveysala. Telementorointipilotti aluehygieniahoitajan ja hygieniayhdysheiköiden välillä sisälsi viisi telementorointisesiota, ja 13 sairaanhoitajaa osallistui niihin. Kokeiluissa tuli esiin, että videoneuvottelut lisäsivät kollegiaalista asioiden jakamista ja ongelmien ratkomista. Työskentelytavassa nähtiin mahdollisuuksia tämän toimintatavan edelleen kehittämiseen.

Yleisesti kokemukset pilotista olivat hyviä. Osallistujien omien kokemusten mukaan itsevarmuus hygieniayhdysheiköiden päätöksenteossa lisääntyi ja ongelmien ratkaisukyky parani. Lisäksi ammatillisen eristäytymisen kokemus väheni. Teeläketieteen hyödyntämiseen tuli varmuutta, mikä helpottaa myös syrjäisillä seuduilla työskentelyä.

4 PROJEKTIN JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Terveydenhuolto tulee keskittymään ja sitä hoitavat tulevaisuudessa suuremmat yksiköt. Syrjäseuduille tulee jäämään lähipalveluja, joissa tulevaisuudessa tullaan hyödyntämään yhä enemmän tietotekniikkaa. Hankkeessa valmistuneista raporteista (PrimCarelt 2014a; PrimCarelt 2014b) ja Suomessa tehdyistä haastatteluista tuli esille seuraavia näkemyksiä:

- Telepalvelut tulevat auttamaan hoitokäytäntöjen yhdenmukaistamisessa.
- Lääkäripula syrjäseutujen terveyskeskuksissa ja yleensä terveyskeskuksissa ei ole varsinaista aivovientii.
- Vastavalmistuneet ja tulevat lääkärit voivat päättää jo varhaisessa vaiheessa osana omaa urasuunnitteluaan, etteivät he halua terveyskeskuksiin töihin. Lääkärit haluavat erikoistua, moni siirtyy myös työterveyshuoltoon, lisäksi

pienemmistä terveyskeskuksista siirtyä väkeä isompiin, myös keikkafirmoihin ja yksityisiin yrityksiin.

- Varsinaista aivovientä ulkomaille ei Suomesta koeta olevan, sillä Suomeen muuttaa suurin piirtein saman verran lääkäreitä kuin täältä lähtee ulkomaille.
- Sairaanhoidtajapulan ennakoitiin tulevan Suomeen. Koska muissa Pohjoismaissa voi olla vielä enemmän pulaa hoitohenkilöstöstä, suomalaisia voi lähteä muihin Pohjoismaihin yhä enemmän paremman palkkauksen houkuttelemina.
- Taloudellisten kannustimien (esimerkiksi palkankorotus) ei ole todettu Suomessa tehoavan pitkällä aikajänteellä haja-asutusalueiden terveydenhuollon ammattilaisten vajaukseen.

Telekonsultaation ja telementoroinnin käyttämiseen liittyy haasteita. Laitteiden hankintaan tarvitaan rahaa ja terveydenhuoltohenkilöstön aikaa kuluu laitteiden käyttämiseen ja käytön huolelliseen opetteluun ja perehtymiseen. Jotta konsultoitavat huippuammattilaiset olisivat saatavilla, tulee tehdä ajankäytön suunnittelua, telekonsultointi ja -mentorointi ei voi olla koko ajan saatavilla. Tietoteknisten laitteiden käyttöön liittyy myös teknisiä haasteita ja ammattilaisilla saattaa olla puutteita IT-osaamisessa. Tämä ongelma voi liittyä eri sukupolvien erilaisiin IT-valmiuksiin. Laitteisiin liittyen tarvitaan myös teknistä tukea, jota tulisi olla helposti ja lähes aina saatavilla. Terveydenhuollon ammattilaiset, kansalaiset ja potilaat saattavat suhtautua varautuneesti sähköisiin terveydenhuoltopalveluihin. Organisaation näkökulmasta katsoen telementorointiin ja -konsultointiin pitää varata aikaa ja resursseja, se ei tapahdu muun työn ohella, vaan vaatii oman aikansa. Yhteiskunnan näkökulmasta katsoen niihin liittyy myös tietoturvallisuuden ja tietosuojan vaatimus.

Mahdollisia telekonsultaation ja telementoroinnin käyttömahdollisuuksia on monia. Ne antavat mahdollisuuden rakentaa hoitoprosessit uudella tavalla. Haja-asutusalueilla sairaanhoidtaja voi kotihoidon kotikäynnillä konsultoida lääkäriä. Lääkäreiden matkustusajoja voidaan minimoida ja he voivat hoitaa enemmän asiakkaita. Telekonsultaation avulla mahdollistuisi erikoislääkärin nopea ja helppo konsultaatio. Näiden uusien toimintatapojen avulla voidaan lisätä potilaiden tyytyväisyyttä palveluihin. Jopa sairaaloista voidaan kenties kotiuttaa potilas osastolta entistä nopeammin.

Asenne telementorointiin ja telekonsultaatioon koettiin yleensä positiiviseksi. Sitä ei kuitenkaan nähty ainoana ratkaisuna siihen, että nuoret terveydenhuollon ammattilaiset saadaan työskentelemään tulevaisuudessa myös haja-asutusalueilla, koska nuoret lääkärit haluavat nykyisin työskennellä ryhmissä. Hankkeen kansainvälisen fokusryhmätyöskentelyn antamia suosituksia siihen, miten telekonsultaatiota ja telementorointia voidaan paremmin hyödyntää tulevaisuudessa ovat seuraavat asiat: hankittavan laitteiston tulee olla toimiva ja soveltuva sekä telementorointiin että -konsultointiin, laitteiston käyttöön ja ongelmiin liittyvää teknistä tukea tulee olla helposti saatavilla ja laitteiston tulee olla käyttäjäystävällinen ja helppokäyttöinen.

Terveydenhuoltohenkilöstön tulisi saada hyvä perehdytys laitteiden käyttöön. Hyviä roolimalleja laitteiden aktiivisista hyödyntäjistä tulisi olla joka organisaatiossa eli tarvitaan tietotekniikan hyödyntämisen edelläkävijöitä. Tarvitaan aikataulusuunnittelua, sillä "telekonsultaatiotunti" ei voi olla jatkuvasti saatavilla. Telekonsultaatioissa tulee huomioida, että laki vaatii konsultaatioiden kirjaamisen sairauskertomusjärjestelmään. Tarvitaan myös epämuodollisia keskustelualustoja nuorille terveydenhuollon ammattilaisille. Osallistuminen telekonsultointiin ja telementorointiin tulisi olla vapaaehtoista terveydenhuollon ammattilaisille. Näistä toiminnoista tulisi olla hyötyä terveydenhuollon ammattilaisille itselleen niin, että ne saadaan houkutteleviksi osallistujille.

5 LOPUKSI

Hankkeen tuloksista paljastui melko samankaltaisia asioita kaikissa mukana olleissa Itämeren alueen eri maissa. Huoli tulevista terveydenhuollon palveluista on samankaltainen joka maassa. Yhteisiä uusia ideoita ja avauksia digitalisaation yhä paremman hyödyntämisen näkökulmasta tarvitaan. PrimCareIT-hankkeen myötä on syntynyt useita uusia tutkimus- ja kehittämistoiminnan ideoita ja aihioita teemaan liittyen. Hankkeessa mukana olleet kumppanit eri maista ovat jatkaneet edelleen yhteistyötään aihepiirin parissa.

Terveysteknologiaan liittyen tarvitaan kyvykkäät tietotekniikkaa hyödyntävät terveydenhuollon ammattilaiset ja toimivat tietotekniikan järjestelmät. Tietojärjestelmien tulee tukea työprosesseja ja käytössä tulee olla riittävät tietoliikenneyhteydet. Sähköinen asiointi tulee olemaan yhä luontevampi osa kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten työtä, mutta se vaatii terveydenhuoltohenkilöstön koulutusta ja perehdytystä sekä sähköisten palvelujen tietoturvaa ja tietosuojaa. (Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena: Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020.)

LÄHTEET

PrimCareIT 2014a. Report on fully implemented tele-mentoring infrastructure and running processes in the pilot sites. Output no 5.4. Julkaisematon projektin väliraportti. Saatavana artikkelin kirjoittajilta.

PrimCareIT 2014b. Intergrated transnational strategy paper to attract health professionals to remote primary care. Julkaisematon projektin väliraportti. Output no 3.4. Saatavana artikkelin kirjoittajilta.

Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena: Sote-tieto hyötykäyttöön strategia 2020. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö : Suomen Kuntaliitto. [Viitattu 8.11.2016]. Saatavana: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125500/URN_ISBN_978-952-00-3548-8.pdf?sequence=1

UUDET DIGITAALISUUTTA HYÖDYNTÄVÄT TYÖMENETELMÄT EDISTÄMÄSSÄ ASIAKASLÄHTÖISYYDEN TOTEUTUMISTA TERVEYDENHUOLLOSSA

*Katriina Kihalampi, THM, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala*

*Marja-Kristiina Vaahtera, THM, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala*

1 JOHDANTO

Terveysteknologiaa hyödyntävillä palveluilla eli älypalveluilla tarkoitetaan viestintä- ja hyvinvointiteknologian avulla tuotettua sosiaali- ja terveydenhuollon sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen palvelua. Sen avulla halutaan tukea omahoitoa, itsenäistä selviytymistä sekä terveyden- ja hyvinvoinnin edistämistä. Kotona asumista ja oma-toimisuutta tuetaan monipuolistamalla ja lisäämällä kotiin saatavia palveluita sekä helpottamalla palveluiden saavutettavuutta. Pitkäaikaissairauksien ehkäisyssä ja hoidossa on tavoitteena hyödyntää laajasti älypalveluita niin, että käyttäjät kokevat niiden käytön mielekkääksi. (Sosiaali- ja terveysministeriön älystrategia 2014, 2,11,12.)

Uusien terveysteknologiaa hyödyntävien työmenetelmien kokeilu ja näistä kokeiluista tehty selvitys tuottivat mielenkiintoisia tuloksia kansainvälisessä Connected for Health -hankkeessa. Hankkeen hallinnoivana pääpartnerina oli Etelä-Pohjanmaan liitto. Hanke kesti yhden vuoden alkaen vuoden 2015 kesäkuussa päättyen vuoden 2016 kesäkuun alkuun. Seinäjoen ammattikorkeakoulun (SeAMK) sosiaali- ja terveysalan hankkeessa työskennelleet opettajat tekivät hankkeeseen liittyvää selvitystä haastatellen Etelä-Pohjanmaan alueen pilotin eri kokeilujen asiakkaita, ammattilaisia ja organisaatioiden johdon edustajia. Haastattelut tehtiin osalle edellä mainittujen ryhmien edustajista kokeilujen alussa ja kokeilujen keskivaiheessa ja lisäksi kaikille kokeilujen lopussa. Näiden haastattelujen kautta saatiin uutta tietoa siitä, miten asiakkaat, ammattilaiset ja johdon edustajat kokivat uudet terveysteknologiaa hyödyntävät työmenetelmät, ja mitkä asiat nousivat merkityksellisiksi uutta digitaalista teknologiaa käyttöön otettaessa ja hyödynnettäessä.

Connected for Health -hankkeessa toteutettiin neljä pilottia todellisten loppukäyttäjryhmien eli asiakkaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Pilotoinnit

tapahtuivat Suomessa, Ruotsissa ja Tanskassa haja-asutusalueilla, joissa on rakennettu kuituverkko laajasti aina koteihin saakka. Suomessa pilottikokeilut tapahtuivat Etelä-Pohjanmaan alueella. Suomen pilottikokeiluja koordinoi Etelä-Pohjanmaan Terveysteknologian Kehittämiskeskus EPTEK ry.

Tässä artikkelissa keskitytään kuvaamaan Etelä-Pohjanmaan alueella toteutuneen pilotin eri kokeiluja ja niistä esiin nousseita tuloksia. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä (EPSHP) testattiin Kuusiokuntien alueen tyyppin 1 diabetesta sairastavien virtuaalista etävastaanottokäyntiä erikoissairaanhoidon diabeteshoitajan kanssa sekä erikoislääkärin etävastaanottoa Isojoella tai Lapualla asuvien kotihoidon asiakkaiden kanssa. Alavudella kokeilu keskittyi kokeilemaan kotihoidon tekemän haavahoidon virtuaalista etäkonsultaatiota sekä kotihoidon päivämonitorointia, yömonitorointia ja etäkirjausta.

2 HANKKEEN KUVAUS

Connected for Health -hanke oli Euroopan komission rahoittama kansainvälinen terveysteknologiahanke. Hankkeen tavoitteena oli tunnistaa, testata ja arvioida erilaisia terveysteknologisia työmenetelmiä, jotka tarjoavat mahdollisuuksia ikäihmisten ja kroonisia sairauksia sairastavien kotona asumisen tukemiseen avoimien kuituverkkojen antamia tietotekniikkaan liittyviä mahdollisuuksia hyödyntämällä. Hankkeen yhteistyökumppanit pyrkivät tunnistamaan käyttäjäystävällisiä ja kustannustehokkaita järjestelmiä, jotka tukevat käyttäjiensä tarpeita. Samalla kerättiin tietoa siitä, miten kuituverkkoja voidaan hyödyntää harvaan asutuilla seuduilla terveysteknologian saavutettavuuden parantamiseksi.

Connected for Health -hanke koostui neljästä työpaketista (WorkPackage = WP). WP1:ssä työstettiin projektin hallintoa, johtamista ja budjettia, WP2:ssa hankkeen tiedottamista, WP3:ssa pilottien eli kokeilujen organisointia ja etenemistä ja WP4:ssa pilotteihin liittyvän tutkimustiedon keräämistä ja analysointia. Idea terveysteknologiahankkeesta syntyi alun perin Etelä-Pohjanmaalla. Hankkeen merkittävä yhteistyökumppani ja alkuunpanija Euroopan parlamentissa oli Euroopan parlamentin varapuhemies Anneli Jäätteenmäki. Hanke rahoitettiin suoraan Euroopan komission budjetista.

Hankkeeseen osallistuneista maista pilottien kautta kerätyn tiedon ja kokemusten avulla Euroopan unionille laadittiin suosituksia terveysteknologiapalveluiden (eTerveys) tarjoamisesta. Uusien työmenetelmien ja palveluiden on tarkoitus jäädä pysyvästi käyttöön niin Suomessa kuin muissakin hankemaissa.

Connected for Health -hanketta hallinnoi Etelä-Pohjanmaan liitto. Muut suomalaiset hankkeeseen osallistuvat organisaatiot olivat EPTEK ry, EPSHP, SeAMK Sosiaali- ja terveysala, Lapuan kaupunki, Isojoen kunta, Alavuden kaupunki ja Kuusiokuntien terveystyöntekijäryhmä (6tk). Hankkeen kansainväliset yhteistyökumppanit olivat Tšekistä Palackyn yliopisto Olomouc (PU), Ruotsista Acreo Swedish ICT ja Hudiksvall Municipality, sekä Tanskasta Region of Southern Denmark (RSD).

Hankkeen aikana Ruotsin Hudiksvallissa tehdyt kokeilut olivat seuraavat: kotihoiton asiakkaille ja henkilökunnalle järjestettiin mahdollisuus videoyhteyteen lähinnä tablettitietokoneiden kautta ja lisäksi Hudiksvallissa kokeiltiin kameravalvontaa öisin niille halukkaille asiakkaille, joiden luona aiemmin oli käynyt kotihoiton yöpartio. Tanskassa, Esbjergissä ja Vejenissä, kokeiltiin etälääketieteellisiä (telemedicine) menetelmiä erilaisia pitkäaikaissairauksia, kuten diabetesta, sydän- ja verisuonitautia, keuhkoastmaa sekä munuaisten vajaatoimintaa, sairastaville kotona asuville asiakkaille. Heille tarjottiin hankkeen aikana kokeiluna ohjausta ja tukea kotihoitoon, esimerkiksi videopuheluna silloin, kun asiakas oli dialyysihoidossa kotona.

Suomessa kokeiltiin kuutta erilaista terveysteknologiaa hyödyntävää työmenetelmää, jotka esitellään seuraavassa tekstissä.

EPSHP:ssä kokeiltiin kahta uutta työmenetelmää:

1. Ensimmäisessä kokeilussa oli mukana halukkaita tyyppi 1 diabetesta sairastavia asiakkaita, jotka asuvat Kuusiokuntien alueella ja joiden diabetes oli riittävässä tasapainossa ilman sairauden aiheuttamia komplikaatioita. Näitä kokeiluun osallistuneita asiakkaita oli aluksi 20 henkilöä, joista kokeilun aikana karsiutui pois kaksi henkilöä. Asiakkaista viisi (aluksi kuusi) oli miespuolisia ja kolmesta (aluksi neljästä) oli naisia. Asiakkaiden ikäjakauma oli 21–61 vuotta. Kaikilla osallistujilla oli ainakin perustason tietotekniikkaosaaminen. Jokaisella oli joko oma tietokone tai tabletti käytössään. Pisin välimatka Seinäjoen keskussairaalaan oli noin 100 kilometriä. EPSHP:n diabeteshoitaja tarjosi asiakkaille normaalin sairaanhoitajan vastaanottokäynnin sijaan sairaanhoitajan etävastaanottoa, joka toteutettiin videopuheluna asiakkaan oman tietokoneen avulla.

Keskeinen asia ennen diabeteshoitajan etävastaanottoa oli, että asiakas kävi ensin kirjautumassa Hyvis-terveysportaalin kautta asiakkaaksi luoden samalla suojatun sähköpostiyhteyden, ja jossa välitettiin tieto etävastaanoton ajankohdasta. Asiakas lähetti diabeteksen omaseurantatulokset sähköisesti ennen vastaanottoa diabeteshoitajalle. Myös verensokerimittarin tai insuliinipumpun purkutiedostot pyydettiin etukäteen. Näin mahdollistui myös se, että diabeteshoitaja pystyi valmistautumaan etävastaanottoon etukäteen.

2. Toisena uutena työmenetelmänä EPSHP:ssä kokeiltiin etäkonsultaatiota niiden kotihoidon asiakkaiden kanssa, jotka asuivat etäällä Seinäjoen keskussairaalaista. Kokeilussa järjestettiin erikoissairaanhoidon, muun muassa sisätautilääkärin ja geriatriin, konsultaatioita asiakkaan kotiin videoyhteyden avulla. Asiakkaiden käytössä olivat tablettitietokoneet. Asiakkaiden tukena kotona näissä konsultaatioissa oli lisäksi kotihoidon edustaja. Kokeiluun osallistui kolmen erikoislääkärin lisäksi neljä kotihoidon sairaanhoitajaa tai lähihoitajaa sekä neljä kotihoidon asiakasta Lapualta (etäisyys Seinäjoelta noin 28 km) tai Isojoelta (etäisyys Seinäjoelta noin 112 km). Tässä kokeilussa jokainen osallistunut asiakas haastateltiin kokeilun jälkeen, kotihoidon edustajat ennen ja jälkeen kokeilun sekä hallinnon edustajat kokeilun jälkeen.

Neljä muuta kokeilua toteutettiin Alavuden kunnassa. Näissä kokeiluissa pyrittiin löytämään kotihoidon työmenetelmiä, joilla pyrittiin parantamaan ikäihmisten mahdollisuuksia asua kotonaan ja tarjoamaan valokuituverkon kautta palveluja suoraan kotiin. Tavoitteena oli myös kartoittaa malleja, joiden avulla voitiin saada säästöjä kotihoidon järjestämisessä. Alavuden kokeilujen ennen ja jälkeen haastatteluissa oli mukana yhteensä 10 kotihoidon työntekijää, joista puolet oli sairaanhoitajia ja puolet lähihoitajia. Monet heistä osallistuivat useampaan kuin yhteen kokeiluun ja he olivat uusista terveysteknologisista työmenetelmistä kiinnostuneita ja innostuneita ammattilaisia. Sen lisäksi haastateltiin Alavuden terveyskeskuksen haavahoitoon erikoistunut sairaanhoitaja. Loppuhaastattelut tehtiin myös kahdelle kotihoidon johtajalle. Seuraavassa lyhyt kuvaus toteutuneista kokeiluista:

1. Päivämonitorointi, jossa tablettitietokoneen avulla kokeiltiin virtuaalisia yhteyksiä kotihoidon sairaanhoitajien ja lähihoitajien sekä kotihoidon neljän asiakkaan kesken. Tabletti asennettiin asiakkaalle kotiin ja yhdelle asiakkaalle saatiin rakennettua yhteys kotihoidon lisäksi tyttären älypuhelimeen.
 2. Yömonitorointi Safebed-laitteen avulla, jossa 11 kotihoidon muistiongelmasta asiakasta sai laitteen kotiinsa sänkyyn patjan alle. Safebed-laite mahdollisti asiakkaan uneen liittyvien asioiden tarkkailun, esimerkiksi pulssin seurannan, unen laadun ja unen keskeytykset. Laitteeseen oli mahdollista saada vuoteesta pois olemisen keston aikarajaan liittyvä hälytys. Jos asetetun aikarajan puitteissa esimerkiksi herää epäily asiakkaan kaatumisesta, on syytä mennä tarkistamaan asiakkaan tilanne. Muistiongelmaisen asiakkaan kohdalla pystytään selvittämään objektiivisesti, mihin aikaan asiakas menee nukkumaan ja koska hän aamuisin nousee ylös. Tämän tiedon avulla voidaan tarkentaa aamu- ja iltalääkityksen tarvetta ja ajankohtia.
 3. Haavahoidon virtuaalinen etäkonsultaatio, jossa kotihoidon sairaanhoitajilla ja lähihoitajilla oli mahdollisuus varata virtuaaliaika terveyskeskuksen haavahoitajalle. Tätä testattiin viidellä asiakkaalla, joilla oli esimerkiksi diabeteksestä aiheutuneita haavoja ja joita hoidettiin kotihoidossa. Kotihoidon sairaanhoitajat ja lähi-
-

hoitajat ottivat tablettitietokoneella yhteyden terveystieteiden haavahoitajaan. Tabletilla oli mahdollista näyttää tarkkaa kuvaa haavasta ja sen hoitamisesta ja lisäksi haavahoitajan oli mahdollista antaa tarkkoja ohjeita haavahoitoon. Tämä kokeiltu työmenetelmä korvasi jokaisella asiakkaalla konkreettisen vastaanotto-käynnin haavahoitajan luona terveystieteiden haavahoitajalla.

4. Sähköistä kotihoidon kirjausta kokeiltiin kannettavien tietokoneiden avulla. Kotihoidon sairaanhoitajat ja lähihoitajat kirjassivat välittömästi käynnin yhteydessä asiakkaan kotona tietoja sähköiseen sairauskertomusjärjestelmään (Effic) ja pystyivät myös tarkistamaan sieltä esimerkiksi verikokeiden tuloksia. Ennen kokeilua kotihoidossa kirjaaminen oli tapahtunut kotihoidon toimistolla asiakas-käyntien ja työpäivän päätteeksi.

Koko hankkeessa kiinnitettiin erityistä huomiota kokeilujen ja tehtyjen haastattelujen eettisyyteen. Kaikilta eri kokeiluihin osallistuneilta osittain, työntekijöiltä ja myös johtamisen ja organisaation näkökulmasta kokeiluja arvioineilta pyydettiin tietoon perustuva, kirjallinen suostumus haastatteluihin. Osallistuminen kokeiluihin oli vapaaehtoista. Muutamalla kokeiluun osallistuneella asiakkaalla oli virallinen edunvalvoja, joten heidän osaltaan kirjallinen suostumus pyydettiin asiakkaalta itseltään, edunvalvojalta ja asiakkaan nimetyltä lähiomaiselta. Osa sekä kokeiluun liittyvästä teknisestä laitteistosta että teknisestä tuesta koordinoi hankkeen aikana EPTEK ry. Osa kokeiluun osallistuneista organisaatioista tarjosi myös teknistä tukea paikallisesti.

3 HANKKEEN TULOKSET

Hankkeen kokeilujen arviointi perustui uusien työmenetelmien kokeiluihin osallistuneiden henkilöiden (asiakkaat, sairaanhoitajat, lähihoitajat, asiantuntijalääkärit ja organisaatioiden johtajat) haastatteluiden ja kyselyiden tuloksiin. Arvioinnissa hyödynnettiin soveltaen telelääketieteellisten sovellusten arviointiin kehitettyä MAST-metodologiaa (The Model for Telemedicine Applications Multidimensional Methodology; Kidholm ym. 2012). MAST-mallin seitsemän arviointikohtaa ja näkökulmaa ovat terveystieteiden ja tietoteknisen sovelluksen ominaisuudet, turvallisuus, tehokkuus, potilaan kokemukset, taloudellinen näkökulma, organisaation näkökulma sekä sosiokulttuurinen, laillinen ja eettinen näkökulma. Teemahaastattelulomakkeiden ja kyselylomakkeiden kysymykset tehtiin soveltaen MAST-mallin arviointikohtia. Haastatteluissa havaittiin, että MAST-mallin perusteella laaditut kysymykset soveltuivat hyvin tarkoitukseensa ja kokeilujen arviointiin.

3.1 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja yhteistyötahojen toteuttamien kahden kokeilun tulokset

3.1.1 Diabeteshoitajan etävastaanottokokeilu

Diabeteshoitajan etävastaanottokokeilussa oli mukana halukkaita tyypin 1 diabetesta sairastavia asiakkaita, jotka asuvat Kuusiokuntien alueella ja joiden diabetes oli riittävässä tasapainossa, ilman sairauden aiheuttamia komplikaatioita. Osallistujia kokeiluun oli aluksi 20, joista kaksi jättäytyi pois kokeilun aikana eri syistä. Osallistujat haastateltiin ennen ja jälkeen etävastaanoton.

Tarkoitus oli kokeilla uudenlaista työmenetelmää vastaanottoinnassa, johon liitettiin elementtejä diabeteksen omaseurannasta, tiedon välittämisestä ja jakamisesta elektronisesti (asiakkaat lähettivät omaseurantatiedot sähköisesti etukäteen) sekä diabeteshoitajan tapaamisesta virtuaalisesti hyödyntäen suojattua videoyhteyttä. Tässä kokeilussa jokaisella asiakkaalla oli saman tyyppinen terveysongelma ja kaikki kokeiluun osallistuneet asiakkaat asuivat noin 50–100 km etäisyydellä Seinäjoen keskussairaalaan. Asiakkaiden hoitoon kuuluvat säännölliset kontrollikäynnit diabetespoliklinikalla keskimäärin noin 3–4 kertaa vuodessa. Kokeilussa henkilökohtainen käynti diabeteshoitajan vastaanotolla korvattiin etävastaanotolla.

Ensimmäisellä haastattelukierroksella tuli esiin, että asiakkaiden asenteet kokeiluun ja työmenetelmään olivat myönteiset. Kysyttäessä tietoturvallisuuden liittyviä näkökohtia 10 haastateltua koki, että systeemi on turvallinen, mutta siihen liittyy myös teknisiä tai tietoturvariskejä. Ongelma tunnistettiin, mutta siitä ei oltu kovin huolissaan. Kahdeksan henkilöä kokeiluun osallistuneista koki, että tietoturvallisuus ei vaarannu ja etuna oli esimerkiksi tiedon saatavuus, jos joutuu turvautumaan terveydenhuollon palveluihin matkustettaessa muualla Suomessa.

Toisessa haastattelukierroksessa etävastaanottokokeilun jälkeen tuli esiin seuraavia teknisiä asioita. Yhden asiakkaan kohdalla laitteen ja yhteyden toimiminen jäi esitettämättä informaation puuttumisen takia. Laite ja yhteys ei toiminut ja vastaanottokokeilu venyi prosessina liki kolmen tunnin mittaiseksi. Seitsemän asiakasta raportoi erilaisista teknisistä ongelmista: yhteysongelmat (1 henkilö), äänen kuuluvuus (2), kuvan puuttuminen (2) ja kolmella asiakkaalla oli ongelmia omaseurantatulosten lähettämässä Hyvis-terveysportaalin kautta. Heistä yhdellä asiakkaalla oli ongelmia sekä seurantatietojen lähettämässä että kuvayhteyden kanssa. Tärkeäksi koettiin, että työmenetelmä tekniikoineen esitettiin ja että teknistä tukea oli ollut saatavilla. Arvioitaessa työmenetelmän toimivuutta asiakkaan näkökulmasta haastatteluissa tuli esiin seuraavia myönteisiä näkökohtia. Työmenetelmä nähtiin hyödyllisenä ja arjen järjestelyjä helpottavana. Asiakkaista suurin osa oli työelämässä ja Seinäjoelle kulminen saattoi olla haaste paitsi kulkuyhteyksien, myös työvuorojen ja työtehtävien jär-

jestelyjen takia. Kuitenkin 12 vastaajaa toi esiin, että tarvitaan myös henkilökohtaisia käyntejä ainakin vuosittain tai terveydentilan niin vaatiessa. Neljä vastaajaa toi esiin, että lääkärissä käynnit tulisi edelleenkin olla henkilökohtaisia, mutta diabeteshoitajan vastaanotoille etävastaanotto on toimiva vaihtoehto.

Etävastaanottokokeilun jälkeisissä haastatteluissa tuli esiin, että neljä asiakasta ilmoitti pitävänsä enemmän henkilökohtaisesta asioimisesta poliklinikalla. Muissa vastauksissa asenne etävastaanottoon oli positiivinen, mutta tärkeänä pidettiin myös henkilökohtaista käyntiä vastaanotolla. Etävastaanoton etuna koettiin ajoitus; vastaanotto voi olla keskellä työpäivää ilman matkustukseen kuluva aikaa ja sen aiheuttamia haasteita. Myös säästöt matka-ajassa ja kustannuksissa olivat myönteisiä asioita. Toisaalta koettiin myös, että joillekin matkustaminen Seinäjoelle voi olla haaste johtuen rajallisista julkisista liikenneyhteyksistä. Joissakin vastauksissa tuli myös esiin, että vastaajat olivat valmistautuneet diabeteshoitajan etävastaanotolle paremmin kuin perinteiselle vastaanotolle tekemällä tarkempaa diabeteksen omaseurantaa etukäteen. Kokeilun työmenetelmä koettiin itselle ja elämäntilanteeseen sopivana.

Arvioitaessa teknistä toimivuutta asiakkaat toivat esiin seuraavia näkökohtia: Kolme asiakasta koki, että tekniset asiat olivat liian aikaa vieviä. Kaikilla heillä oli ollut teknisiä ongelmia etävastaanottotilanteeseen liittyen. Kahdella heistä oli ongelmia Hyvis-terveysportaaliin liittyen lähetettäessä diabeteksen omaseurantatuloksia ja yhdellä oli ongelmia mikrofonin ja sitä kautta äänentoiston kanssa. Videokuva oli näkynyt ja vastaanottoon liittyvä puheyhteys hoidettiin puhelimen avulla. Kahdeksasta vastaajasta työmenetelmä oli hyvä ja näistä viisi halusi jatkossakin palvelun tässä muodossa.

Jälkimmäisissä haastatteluissa tuotiin esiin (n = 3) uudestaan työmenetelmän vaatima etukäteisvalmistelu diabeteksen omaseurannan suhteen. Kokemus oli, että asiakkaan oli oltava itse enemmän aktiivinen. Toisaalta nähtiin myös, että diabeteshoitajalla oli mahdollisuus valmistautua paremmin etävastaanottoon. Yhdessä vastauksessa tuotiin erilaisena argumentaationa esiin seikka, että lähtö haja-asutusalueelta kaupunkiin on samalla myös sosiaalinen tapahtuma ja siten itsessään aktivoiva. Tästä näkökulmasta tarkasteltuna etävastaanotto saattaisi joidenkin asiakkaiden kohdalla olla sosiaalista eristäytymistä lisäävä työmenetelmä. Eräs vastaaja toikin esiin, että työmenetelmä olisi ehkä sopivin työelämässä oleville asiakkaille.

Neljä vastaajaa koki myös onnistumisen elämyksiä uuden työmenetelmän ja sen teknisen toteutuksen myötä. Saadun informaation ja ohjauksen suhteen ei havaittu juurikaan eroja verrattuna perinteisellä vastaanotolla tapahtuvaan ohjaukseen. Joku asiakkaista koki jopa olevansa enemmän läsnä ohjaustilanteessa, kun ympärillä oli kodin tutut asiat.

Diabeteshoitajalta uuden työmenetelmän organisointi vaati kohtalaisen paljon aikaa ja resursseja. Diabeteshoitaja kuitenkin koki, että kuvayhteys tarjosi huomattavasti paremman kontaktin asiakkaaseen kuin esimerkiksi puhelimitse tehty yhteydenotto. Kommunikointi turvaton videoyhteyden välityksellä oli yllättävän luontevaa, ja asiakkaan ohjaustilanteessa kuvayhteydestä oli selkeää hyötyä. Koska tilannearviot tehtiin kokeilun aikana etänä, ammattilaisen asiantuntemuksen rooli korostui etävastaanottotilanteessa.

Diabeteshoitajan kokemus oli, että kaikki asiakkaat eivät valmistautuneet yhtä hyvin etävastaanottotilanteeseen esimerkiksi lähettämällä omaseurantatuloksiaan etukäteen. Tekniset ongelmat häiritsivät ammattilaista siinä kuin asiakkaitakin. Myös henkilökunnan näkökulmasta uuden teknologian hyödyntäminen vaatii aikaa ja resursseja. Tavoitteena on sekä jatkaa että päästä laajentamaan kokeiltua työmenetelmää muidenkin asiakasryhmien kohdalla.

Kaksi hallinnon edustajaa haastateltiin koskien diabetesasiakkaiden etävastaanottokokeilua. Heidän näkökulmansa MAST-teemojen pohjalta oli haastatteluissa hieinan erilaista ja kysymykset koskivat muun muassa teknisten investointien tarvetta. Molempien mielestä tekninen infrastruktuuri on jo olemassa, mutta enemmän resursseja tarvittaisiin työmenetelmän suunnitteluun ja toteutuksen harjoitteluun. Toinen hallinnon edustajista piti yllättävänä ilmenneitä teknisiä ongelmia. Tärkeätä oli, että tekninen tuki oli saatavilla ja se oli myös välttämätön.

Uusi työmenetelmä vaatii luonnollisesti aikaa ja resursseja. Molemmat hallinnon edustajat toivat esiin, että etävastaanottokokeilusta tulisi pysyvä toimintatapa yhtenä vaihtoehtona asiakkaan palveluvalikossa ja työt tämän toteuttamiseksi olivat alkaneet jo kokeilun kuluessa. Luonnollisesti myös perinteisiä asiakkaan henkilökohtaisia käyntejä poliklinikalla tarvitaan jatkossa. Etävastaanottoon liittyvät aika- ja kustannussäästöt kohdentuivat ensisijaisesti asiakkaiden hyödyksi ja tämä oli toisaalta eräs kokeilun tavoite.

Työnjohdollisesta näkökulmasta tarkasteltuna kokeiltu työmenetelmä ei lisännyt hallinnollista työtä. Alkuvaiheeseen liittyi teknologisen infrastruktuurin rakentaminen työskentelyn tueksi ja kokeiluvaiheessa etävastaanottotoiminnan testaus keskitettiin yhdelle diabeteshoitajalle. Myös Hyvis-terveysportaali on verrattain uusi ja kokeilun myötä löydettiin uusia tapoja hyödyntää sitä. Haastateltavat toivat esiin myös, että etävastaanotto mahdollistaa tasa-arvoisemman palvelujen saatavuuden ilman matkustusta. Tietoturvallisuuden näkökulmasta systeemi koettiin hyvin suojatuksi.

3.1.2 Erikoislääkärin etäkonsultaatio

Toisessa EPSHP:n kokeiluista testattiin erikoislääkärin etäkonsultaatiota niiden kotihoidon asiakkaiden kanssa, jotka asuivat etäällä Seinäjoen keskussairaalaan. Kokeilussa järjestettiin erikoissairaanhoidon, muun muassa sisätautilääkärin ja geriatrin, konsultaatioita asiakkaan kotiin videoyhteyden avulla. Asiakkailla ja heidän tukenaan olleilla kotisairaanhoidon hoitajilla oli käytössä tablettilaitteet. Kokeiluun osallistui kolmen erikoislääkärin lisäksi neljä kotihoidon sairaanhoitajaa tai lähihoitajaa sekä neljä kotihoidon asiakasta Lapualta tai Isojoelta. Myös tässä kokeilussa jokainen osallistuja haastateltiin MAST-teemojen mukaisesti.

Kokeilun tavoitteena oli tarjota erikoislääkärien konsultaatioapua haja-asutusalueelle ja siten tukea kotisairaanhoidon ammattilaisia ja heidän asiakkaitaan. Kokeilu toteutettiin poiketen terveydenhuollon virallisesta lähetekäytännöstä, joten samalla kokeiltiin tässä suhteessa erilaista mallia toimia. Haastateltujen asiakkaiden iät vaihtelivat 81–92 vuoteen ja heistä kaksi oli naisia ja kaksi miehiä.

Tässä kokeilussa asiakkaat kokivat tärkeänä, että kotihoidon sairaanhoitaja tai lähihoitaja oli läsnä asiakkaan kotona, kun etäkonsultaatio tapahtui. Yksi asiakas toi esiin, että hän oli hyvin innostunut ja kiinnostunut kokeilemaan tätä työskentelytapaa. Yhteys toimi hienosti ja sitä oli myös esitettävä jo aikaisemmin kotihoidon edustajien ja teknisen tuen avulla asiakkaan kotona.

Hankaluudeksi osoittautui kahden asiakkaan kohdalla kuulo-ongelmat ja kuulolaitteen käyttö videoyhteydessä. Mikrofoni ja äänentoisto aiheuttavat kiertävän ääniaistimuksen kuulolaitetta käyttävälle henkilölle. Asiakkaat eivät olleet huolissaan tietoturvallisuudesta kokeiluun liittyen.

Kolme asiakasta oli tyytyväisiä saadessaan asioida erikoislääkärin kanssa. Yksi haastatelluista sanoi, että valmistautui tapaamiseen miettimällä kysymyksiä lääkärille etukäteen. Neljännen asiakkaan kohdalla tyytymättömyyttä aiheutti erikoislääkärin tekemät muutokset lääkehoitoon, vaikka ne olivat perusteltuja asiakkaan lääketieteellisen hoidon kannalta.

Keskustelua käytiin myös itse etävastaanottotilanteesta. Yksi haastatelluista toi esiin, että vastaanottotilanne kotona oli rauhallinen ilman erilaisia häiriötekijöitä. Esiin tuli myös seikka, että etävastaanottotilanteessa keskustelu tulee fokuoittua itse aiheeseen ja myös esimerkiksi hoitohenkilökunnan vierailut lääkärin työhuoneessa etävastaanoton aikana koettiin häiritsevänä. Kolme asiakkaista arvosti kokeilussa sitä seikkaa, ettei heidän tarvinnut matkustaa pitkää matkaa Seinäjoelle, fyysinen ympäristö kotona oli tuttu ja turvallinen ja tarvittavat hoitoa koskevat tiedot saatiin erikoislääkäriltä. Neljännen asiakkaan kokemus oli, että hän turvautuisi mieluiten perinteiseen lääkärissä käyntiin vastaanotolla.

Taloudellisesta näkökulmasta tarkasteltuna kotihoidon asiakkaat säästivät matkakuulissa. Muita resurssisäästöjä tuli siitä, että matkustaminen erikoislääkärin vastaanotolle olisi vaatinut myös saattajan mukaan. Etävastaanottokokeilu oli siten järjestelyinä helpompi sekä läheisille että kotihoidon hoitohenkilökunnalle.

Kokeiluun osallistunut kotihoidon henkilöstö (Lapua $n = 2$ ja Isojoki $n = 2$) haastateltiin ennen ja jälkeen etäkonsultaatiokokeilun. Kaikilla haastatelluista oli hyvin myönteinen asenne kokeiluun. Laitteisto ja systeemin toimivuus testattiin ennen varsinaista etäkonsultaativastaanottoa asiakkaan kotona, ja tekninen tuki sekä ohjeistus olivat saatavilla. Laitteisto oli sinänsä tuttu ja jokapäiväisessä käytössä. Tietoturvallisuus koettiin suojatuksi.

Etävastaanoton jälkeen myös ammattilaiset toivat esiin asiakkaiden kuulo-ongelmat ja teknisen laitteiston kehittämistarpeet tässä suhteessa. Kaksi haastatelluista toi esiin, että ammattilaiselta vaadittiin enemmän asiakkaiden asioihin paneutumista, koska konsultoiva erikoislääkäri saattoi kysyä hyvin spesifejä kysymyksiä. Tämä ennakkovalmistelu auttoi myös etävastaanottotilanteessa läpikäytyjen asioiden fokuoimisessa. Kotihoidon henkilöstö arvioi, että tämän tyyppinen työmenetelmä ei sovi kaikille asiakkaille ja on tärkeää ottaa huomioon asiakkaan henkilökohtaiset tarpeet. Työmenetelmä toi myös ammattilaisille ajansäästöä; erikoislääkäriltä sai vastaukset suoraan esimerkiksi hoitolinjauksista ja asiakkaiden ei tarvinnut matkustaa. Näin ollen järjestelyt olivat yksinkertaisia. Yksi ammattilaisista toi myös esiin aikaisemman kokemuksen lääkärin etävastaanotosta muistisairaana vanhuksen kanssa. Vastaanottotilanteen toteutuessa asiakkaan kotioloissa ja tutun kotisairaanhoidajan läsnä ollessa asiakas oli käyttäytynyt huomattavasti levollisemmin ja keskittyneemmin. Hän oli jopa muistanut tapahtumasta jotakin jälkikäteen. Haastateltavat toivat esiin, että työmenetelmä tuo uusia ratkaisuja ja työtapoja asiakkaan hoitoon. Etuna olisi myöskin joidenkin asioiden käsittelyn nopeutuminen.

Tärkeäksi koettiin, että tukena oleva henkilö on ammatillisessa osaamisessaan asiantuntija. Etävastaanottotilanteessa kotihoidon ammattilaiset toimivat asiakkaan tukena ja he joutuivat vastaanottotilanteessa tekemään arvioita asiakkaan terveydentilasta ja ottamaan kantaa yhdessä sekä asiakkaan että erikoislääkärin kanssa hoitolinjauksiin. Uusi työmenetelmä siis haastoi positiivisesti myös ammatillisesti. Aikaa kului ehkä enemmän etukäteisvalmisteluihin, mutta toisaalta yhteinen hoitoneuvottelu toi yhteisen näkemyksen asiakkaan terveystilanteesta. Matka-aika ja matkakustannussäästöt eivät olleet kotihoidon henkilöstölle sinällään keskeistä, koska heidän työnsä nyky muodossa edellyttää muutenkin käyntiä asiakkaan luona. Kaiken kaikkiaan kokemus erikoislääkärin etävastaanotosta oli hyvin myönteinen ja sen nähtiin tuovan uusia mahdollisuuksia. Toisaalta tuotiin esiin, että asiakkaalla täytyy olla mahdollisuus henkilökohtaiseen lääkärisäkäyntiin, mikäli hän kokee sen tarpeelliseksi. Tekninen tuki nähtiin tärkeänä ja sitä oli ja täytyy olla saatavilla.

3.2 Alavuden neljän eri kokeilun tulokset

3.2.1 Päivämonitorointi

Päivämonitoroinnissa kokeiltiin tablettitietokoneen avulla yhteyksiä neljän Alavuden kotihoidon asiakkaan ja kotihoidon toimiston välillä. Yhdellä asiakkaalla oli sen lisäksi tablettitietokoneella yhteys oman tyttärensä älypuhelimeen. Asiakkaat olivat 83-, 84-, 89- ja 86-vuotiaita ja heillä oli kroonisia sairauksia, esimerkiksi tyypin 2 diabetes, verenpainetauti ja lonkkaproteeseja. Kukaan heistä ei ollut aiemmin käyttänyt älyteknologiaa kuten tietokoneita tai älypuhelimia. Asiakkaat kokivat kokeilun positiivisena asiana, koska he odottivat sen avulla esimerkiksi saavansa muistutusta lääkkeiden ottamisessa.

Päivämonitorointikokeilussa ei päästy kuitenkaan kokeilemaan konkreettisia asioita, koska tablettitietokoneiden yhteyksissä oli ongelmia ja kokeilun varsinainen hoitoon liittyvä sisällön kehittäminen jäi vähäiseksi. Asiakkaat myös toivoivat tablettitietokoneeseen enemmän käytettävyyttä, esimerkiksi painikkeiden suurempaa kokoa ikäihmisen suurille ja kankeille sormille. Osa painikkeista sijaitsi tabletin takapuolella, josta ne oli vaikea havaita. Yksi asiakas (89-vuotias) onnistui jouluaattona saamaan itseksensä tablettitietokoneella yhteyden tyttärensä älypuhelimeen ja sai tyttärensä perheestä videokuvaa. Koska tyttären perhe asuu aivan toisella puolella Suomea, kokemus oli luonnollisesti jouluaaton kohokohta sekä asiakkaalle että hänen saman ikäiselle aviomiehelleen.

Päivämonitorointi Akkuna-sovelluksella tablettitietokoneella olisi hyvä väline asiakkaan turvallisuudentunteen lisäämiseen. Se voisi olla toimiva apuväline myös asiakkaiden ja heidän läheistensä yhteydenpitoon. Akkuna-sovellukseen liittyi kuitenkin Alavudella kokeilluista työmenetelmistä eniten asiakkaan omaa tietoteknisen osaamisen tarvetta. Alavudella päivämonitorointikokeilussa oli runsaasti tietokoneyhteyso ongelmia, mutta myös kohderyhmän korkea ikä (83–89 vuotta) asetti oman haasteensa. Kukaan asiakkaista ei ollut käyttänyt aiemmin tietokonetta, tablettitietokonetta tai älykännykkää.

3.2.2 Yömonitorointikokeilu Safebed-laitteella

Yömonitorointikokeilussa Safebed-laite asennettiin 11 kotihoidon asiakkaan sänkyyn patjan alle. Kaikilla näillä kokeiluun osallistuvilla asiakkailla oli eritasoisia muistiongelmia. Muistiongelmista johtuen nämä asiakkaat eivät osanneet kovin hyvin kuvailla terveysongelmiaan, mutta kaikilla niitä oli niin paljon, että he tarvitsivat kotihoidon päivittäistä apua useita kertoja päivässä. Asiakkaat olivat iältään 70–92-vuotiaita. Kaikille yömonitorointiasiakkaille tehtiin alkuhaastattelu ennen kokeilun alkua ja sen

yhteydessä heiltä otettiin kokeiluun liittyvä kirjallinen suostumus. Asiakkaista kolme oli edunvalvonnan piirissä ja heidän osaltaan kokeiluun saatiin myös edunvalvojan kirjallinen suostumus. Jokaisen 11 asiakkaan oman suostumuksen lisäksi hankittiin kirjallinen suostumus heidän lähiomaiseltaan. Tässä hankkeessa kiinnitettiin kokeilun eettisyyteen erityistä huomiota ja tästä syystä muistiongelmaisten asiakkaiden osalta suostumukset haluttiin näin laajasti. Samalla asiakkaiden läheiset saivat tietoa kokeilusta ja Safebed-laitteesta.

Kokeilun kuluessa päätettiin, että yömonitorointiasiakkaille ei tehdä keskivaiheen haastattelua eikä loppuhaastattelua johtuen muistiongelmaista. Safebed-laite ei asennuksen jälkeen tarvitse mitään toimenpiteitä asiakkaan tekemänä, koska laite lähettää dataa kotihoidon tietokoneeseen automaattisesti. Useat asiakkaat unohtivat koko laitteen olemassaolon kokeilun aikana. Asiakkaiden muistiongelmien vuoksi käyttökokeusten kysyminen ei olisi tuottanut luotettavaa tietoa.

Kokeilun tarkoitus oli tarkkailla asiakkaiden yöunen laatua ja määrää ja vähentää yöaikaisten kotihoidon käyntien tarvetta. Kokeilussa ilmeni, että kahden asiakkaan osalta yhteys ei toiminut ollenkaan, mutta toimimattomuuden syy jäi epäselväksi. Dataa saatiin siis yhdeksän asiakkaan osalta. Kotihoidon lähihoitajat, jotka tulkitsevat Safebedin lähettämää dataa tietokoneelta, olisivat halunneet parempia ohjeita datan tulkitsemiseen. Yksi lähihoitaja teki itse kirjallisen ohjeen tietokoneohjelman käyttöön. Muutama asiakas oli antanut palautetta, että Safebed säteilee ja aiheuttaa heille kipuja. Tämä liittyy ongelmaan, jossa muistiongelman ollessa jo edenneessä vaiheessa, on hankalaa ottaa käyttöön uusia laitteita tai asioita. Laitteisto kannattaisi ottaa käyttöön jo hyvissä ajoin muistiongelmien alkuvaiheessa.

Kahden Alavuden yömonitorointikokeilun asiakkaan tietotekniset yhteydet eivät toimineet ollenkaan kokeilun aikana. Myös muiden asiakkaiden kohdalla oli ”no data -ongelmaa”, eli tietoa ei siirtynyt asiakkaan laitteesta kotihoidon tietokoneeseen. Syytä olivat esimerkiksi seuraavat asiat: asiakas oli irrottanut sähköjohdon tai Safebed oli liikkunut huonoon asentoon patjan alla ja se piti teipata paikalleen.

Kotihoidon lähihoitajat (n = 3) kertoivat, että Safebed on hyödyllinen erityisesti muistiongelmaisten asiakkaiden hoidossa. Yksi kokeilussa ollut asiakas kertoi, että hän ei nuku öisin. Kerätyn Safebed-datan perusteella hän kuitenkin nukkui koko yön. Safebed-laitteeseen voidaan asettaa hälytysraja ajalle, jonka asiakas on yöllä pois vuoteesta. Jos asiakas ei palaa tämän ajan kuluessa öiseltä WC-käynniltään, laite hälyttää. Tällöin on mahdollista, että asiakas on esimerkiksi kaatunut ja yöhoitaja voi mennä tarkistamaan tilanteen. Kokeilun aikana näin kävi yhden asiakkaan kohdalla, jolloin yöhoitajan tarkistuskäynti paljasti asiakkaan nukkuvan sohvalla.

Kotihoidon haastateltujen johtajien mielestä yömonitorointi mahdollistaa kotihoidon palvelujen tarjoamisen paremmin asiakkaan omassa rytmissä. Laitteen avulla näh-

dään asiakkaan aamuinen ylösnousuaika ja aamukäynti ja aamulääkkeet voidaan kohdentaa oikeaan aikaan. Loppuhaastattelussa yksi kotihoidon lähihoitaja sanoi, että Safebed tulee olemaan tulevaisuudessa yöhoitajien toimiva työkalu.

3.2.3 Haavahoidon virtuaalinen etäkonsultaatio

Haavahoidon virtuaalinen etäkonsultaatio -kokeiluun osallistui viisi kotihoidon asiakasta. Loppuhaastattelussa tuli esiin, että kolmen asiakkaan haavahoitoon liittyen oli käytetty virtuaalista etäkonsultaatiota terveyskeskuksen haavahoitajalle. Yhden asiakkaan osalta mobiiliverkon kautta yritetty yhteys ei toiminut hänen kodistaan ollenkaan ja kuituverkkoyhteyttä ei ollut rakennettu hänen haja-asutusalueella olevalle talolleen. Toisen asiakkaan haava oli ehtinyt jo parantua ja yhteyttä ei tarvittu siitä syystä. Kokeiluun osallistuvat asiakkaat olivat iältään 67–85-vuotiaita ja kotihoidon palvelujen piirissä. Hoidetut haavat olivat enimmäkseen tyyppin 2 diabetekseen liittyviä. Osallistuneilla asiakkailla oli myös muita kroonisia sairauksia.

Yksi asiakkaista asui yli 10 kilometrin päässä Alavuden keskustasta ja hänellä oli haavojen lisäksi myös amputoitu jalasta varpaita. Ennen kokeilua hän oli käynyt viikoittain terveyskeskuksen haavahoitajalla. Yksittäinen käynti vastaanotolla tuli maksamaan hänelle vuonna 2015 matkojen osalta 32 euroa (Kelan omavastuuosuus taksikydyistä 16 euroa/suunta) ja 50 euroa vuonna 2016 (Kelan omavastuuosuus taksikydyistä 25 euroa/suunta). Lisäksi matkoihin kului taksikydyillä runsaasti aikaa ja hän maksoi myös vastaanottokäyntimaksun. Kokeilun kautta nämä kaikki kustannukset ja matkustukseen käytetty aika jäivät pois, koska kotihoidon sairaanhoitaja saattoi tehdä haavahoidon asiakkaan kotona konsultoiden terveyskeskuksen haavahoitajaa tabletitietokoneen avulla. Pilotin aikana virtuaalisesta haavahoidon konsultaatiosta ei lasnut asiakasta erikseen, vaan se sisältyi kotihoidon maksuun. Asiakkaan mielestä haavahoidon laatu säilyi hyvänä ja hän oli erittäin tyytyväinen tähän uuteen työmenetelmään.

Haastateltujen kotihoidon sairaanhoitajien ja lähihoitajan mielestä tämä uusi työmenetelmä oli tehokkaampi kuin aikaisempi. Asiakkaat saivat heidän mielestään yhtä laadukasta haavahoitoa kuin perinteisellä tavalla. Yhteistyö kotihoidon sairaanhoitajien, lähihoitajien ja terveyskeskuksen haavahoitajan välillä parani. Haavahoitaja kykeni tämän menetelmän avulla antamaan paremmin ohjeita haavahoitoon, koska hän näki haavan videoyhteydellä. Aiemmin häntä saatettiin konsultoida puhelimitse, jolloin hän joutui antamaan haavahoito-ohjeita sanalliseen kuvailuun perustuen. Yhden kerran kokeilun aikana oli konsultoitu videoyhteydellä myös terveyskeskuksen lääkäriä asiakkaan kipulääkityksen tarkistuksen osalta. Videoyhteys mahdollisti luonnollisesti myös asiakkaan ja terveyskeskuksen haavahoitajan keskustelun ja oli siitä syystä interaktiivinen työmenetelmä kaikille osapuolille.

Organisaation näkökulmasta haavahoidon virtuaalinen etäkonsultaatio lisäsi ammatilaisten vuorovaikutusta ja yhteistyötä sekä lisäsi kotihoidon sairaanhoitajien haavahoidon varmuutta, koska he saivat työhönsä haavahoitajan tukea ja opastusta. Terveyskeskuksen haavahoitajan työaikaa säästy. Etäkonsultaatiossa asiakkaan kanssa haavahoitajan työaikaa kului 20 minuuttia, kun normaali terveystieteiden vastaanottokäynti vie aikaa 60 minuuttia kirjaamisineen. Samaan aikaan kotihoidon sairaanhoitajien ja lähihoitajien työaikaa kului haavahoitoon enemmän, mutta asiakkaan avustaminen vastaanottokäynnille (pukeminen, riisuminen, matkat) jäivät pois. Haastatteluissa tuli esille, että kotihoidon sairaanhoitajien ja lähihoitajien haavahoitoon liittyvät tiedot ja taidot lisääntyivät myös, koska he saattoivat tehdä nyt vaativampaa haavahoitoa terveystieteiden haavahoitajan antamalla ohjeilla.

3.2.4 Sähköinen kotihoidon kirjaus

Sähköistä kotihoidon kirjausta kokeili kaksi pilotin haastatteluissa mukana ollutta kotihoidon sairaanhoitajaa ja kaksi lähihoitajaa kannettavan tietokoneen avulla. Ennen kokeilua kotihoidon kirjaaminen Effica-sairaskertomusjärjestelmään tehtiin työpäivän ja kotikäyntien päätteeksi kotihoidon toimistolla Alavuden keskustassa. Sairanhoitajat ja lähihoitajat merkitsivät päivän aikana kotikäynneillä keskeisiä asioita muistilappuihin, joiden avulla varsinainen kirjaus toimistolla tehtiin. Kokeilussa heille annettiin kotikäynneille mukaan kannettavat tietokoneet, joihin he kotikäynnillä kirjautuivat jokaisen asiakkaan kohdalla erikseen kirjaten hoitotapahtumat asiakkaan tietoihin.

Koska järjestelmään kirjautuminen oli joka kerta erikseen melko paljon aikaa vievää, kirjaamisen asiakkaan kotona koettiin olevan hyödyllistä, mutta vievän aikaa hoitotyöltä asiakkaan kotona. Myös tietokoneyhteys vaikutti siihen, miten joutuisasti koneeseen pääsi kirjautumaan. Erityisesti lähihoitajat kokivat, että kannettava tietokone oli kotikäynnillä hankala, koska se piti erikseen kantaa sisään asiakkaan kotiin ja muutenkin heillä on paljon kannettavanaan esimerkiksi hoitotarvikkeita. He toivoivat kevyempää tablettitietokonetta. Jotkut kotihoidon asiakkaat eivät ymmärtäneet, miksi hoitajilla on tietokoneet mukanaan ja miksi he "pelaavat" tietokoneen kanssa, kun heidän pitäisi käyttää sovittu käyntiaika vuorovaikutukseen asiakkaan kanssa. Yksi lähihoitaja koki loukkaavansa asiakkaiden tunteita käyttäessään tietokonetta, koska asiakkaat ovat pääosin varsin yksinäisiä ikäihmisiä.

Kotona kirjaamisen koettiin vähentävän kirjaamisen virheitä ja puutteita, koska se tapahtui nyt välittömästi hoitokäynnin yhteydessä. Lähihoitajien kotikäyntien aikataulu oli usein niin tiukka, että kirjaaminen osoittautui mahdottomaksi, koska se olisi vienyt koko käynnille varatun ajan, joka saattoi olla vain 10 minuuttia. Kirjaaminen oli heille mahdotonta esimerkiksi kiireisten viikonloppuvuorojen aikana. Sairanhoitajien aikataulut mahdollisti paremmin kirjaamisen kotikäynnin aikana. He kokivat saavansa

siitä erityistä hyötyä, koska he saattoivat tarkistaa tietokoneelta esimerkiksi asiakkaan verikoetuloksia. Lisäksi he pystyivät akuutissa tilanteessa kirjaamaan asiakkaan voinnin huonontumisen ja samalla jo lähettämään asiakkaan ambulanssilla terveyskeskukseen sen sijaan, että asiaa olisi pitänyt lähteä kirjaamaan erikseen kotihoidon toimistolle. Tietokoneen avulla voitiin myös varata asiakkaille lääkärintaikoja, jos siihen oli tarvetta. Sähköinen kotihoidon kirjaus siis säästi aikaa ja rahaa, koska työntekijän ei tarvinnut matkustaa aina päivän päätteeksi kotihoidon toimistolle kirjaamaan.

Myös kotihoidon johtajat kertoivat haastatteluissaan, että kokeiltu sähköinen kirjaaminen asiakkaan kotona nopeutti asiakasta koskevan informaation kulkua ja vähensi työntekijöiden matkustamista kotihoidon toimistolle. Yksi lähihoitaja kuitenkin pohti, mitä tapahtuu kotihoidon työilmapiirille, kun työntekijät eivät enää kohtaa kotihoidon toimistolla iltpäivisin. Vähentääkö se mahdollisesti informaation kulkua, yhteisöllisyyttä ja tekee siten työn teon yksinäisemmäksi?

Johtajien haastattelussa tuli esiin, että sähköiseen kirjaamiseen liittyvä muutosprosessi tulisi jatkumaan, koska Alavuden kotihoidossa oltiin siirtymässä Nursepad-etäkirjaukseen. Kyseessä on älypuhelimella käytettävä toiminnanohjausjärjestelmä, joka tulee käyttöön vuoden 2016 aikana.

4 HANKKEEN JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Kokemukset kokeiluista olivat positiivisia ja toivat uusia työmenetelmiä terveyspalveluiden kehittämiseksi. Kokeiluista kuudesta eri työmenetelmästä käyttöön tulevat jäämään diabetes-etävastaanotot ja uusia avauksia on syntymässä myös muille asiakasryhmille. Palvelua tarjotaan yhtenä työmenetelmänä asiakkaan palveluvalikossa. (Connected for Health 2016a; Connected for Health 2016b.)

Alavuden pilotin kokeiluista työmenetelmistä edelleen kehitettäväksi ja käyttöön jäivät haavahoidon virtuaalinen etäkonsultaatio ja sähköinen kotihoidon kirjaaminen. Haavahoidon virtuaalisen etäkonsultaation avulla kyettiin säästämään terveyskeskuksen haavahoitajan työaikaa sekä asiakkaiden matkakustannusten ja ajan säästö oli myös merkittävää. Kotihoidon sairaanhoitajien ja lähihoitajien haavahoitoon menevä aika asiakkaan kotona lisääntyi, mutta huonokuntoisten asiakkaiden kohdalla ajansäästöä syntyi heidän osaltaan siitä, kun asiakkaita ei tarvinnut pukea ja kuljettaa terveyskeskukseen haavahoitajan vastaanotolle. Yömonitorointikokeilu Safebed-laitteella antoi kokemusta ja tietoa laitteen teknistä mahdollisuuksista kotihoidossa. Sitä voidaan jatkossa hyödyntää asiakkaiden tarpeiden mukaan.

Älypalveluiden käytön helppous on erityisen keskeistä ikäihmisten kohderyhmän

ollessa kyseessä. Heidän palveluidensa tavoitteena on, että käyttäjän ei tarvitse opiskella erikseen palvelun käyttöä ja siitä on saatavilla kuva- ja ääniopastus. Osalla tämän käyttäjäryhmän edustajista ei ole tietoa ja kykyä käyttää palveluita itsenäisesti. Siksi on tärkeää, että osa palvelusta toimii ilman käyttäjän aktiivista osallistumista. Ikäihmisten älypalveluiden tavoitteita ovat kotona asumisen ja omatoimisuuden tukeminen, pitkäaikaissairauksien ehkäisy ja hoito, toimintakyvyn ja terveyden edistäminen sekä vuorovaikutus ja osallisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriön älystrategia 2014, 11,12.)

Laittekehitykseen tulee ikäihmisten palvelujen osalta kiinnittää erityistä huomiota. Niiden tulee olla riittävän helppokäyttöisiä ja kankeille sormille soveltuvia. Toinen laitteiden käyttöön liittyvä näkökulma liittyy äänen toistoon ja sen kuuluvuuteen, kun asiakkaalla oli kuulo-ongelma tai kuulolaite. Haastatteluissa tuli esiin äänen kiertäminen, kun käytössä oli mikrofoni ja äänen vahvistin.

Vielä tällä hetkellä laitteiden suunnittelijat ovat eri tietokonesukupolvea kuin nykyiset yli 80-vuotiaat käyttäjät. Tilanne tulee kuitenkin muuttumaan kymmenen vuoden kuluessa, kun ikääntyneimmissä asiakasryhmissä tulee olemaan enemmän älylaitteita ja -palveluja jo aiemmin käyttäneitä. Laitteiden kehittelyn tulee tapahtua läheisessä yhteistyössä hoitotyön arkitodellisuuden kanssa, siten varmistetaan parhaiten niiden toimivuus todellisissa hoitotyön tilanteissa.

Tietokoneiden, tablettitietokoneiden ja älykännyköiden teknisen toimivuuden luotettavuus on hyvin keskeinen asia tietotekniikkaa hyödyntäviä työmenetelmiä käyttöön otettaessa. Myös tietokoneyhteydet on saatava toimimaan luotettavasti ilman häiriöitä, jotta voidaan taata palvelujen luotettavuus ja jatkuvuus. Myös luotettava tekninen tuki tulisi turvata ongelmatilanteissa ja sen saatavuus on välttämätöntä.

Teknisen toimivuuden kannalta merkityksellisiksi asioiksi nousevat myös hoitohenkilökunnan aiempi tietotekninen osaaminen ja myönteinen asenne uusiin tietoteknisiin palveluihin, jolloin uskalletaan lähteä uusien työmenetelmien kokeiluihin mukaan. Tarvitaan hyvä suullinen ja kirjallinen perehdytys hoitohenkilökunnalle ja jos laite edellyttää asiakkaan toimintaa, perehdytykset tulee ulottaa myös heihin.

On tärkeää huomata, että hyödynnettäessä älylaitteita eri muodoissa, asiakkaan tiedon tulkitsija ei voi olla kouluttamaton henkilö, vaan nimenomaan hänen pitäisi olla asiantuntijatasoinen terveydenhuollon ammattilainen. Tarvitaan osaamista oikeiden tulkintojen tekemiseen kerätystä tiedosta, asiantuntemusta hankkia asiakkaalle tarvittaessa apua ja osallistua hoitolinjausten tekemiseen yhteistyössä eri ammattiryhmien kanssa.

Tulevaisuuden hoitotyön etiikan keskeinen osa-alue on terveysteknologian eettisyyden

pohdinta. On hoitotyöntekijöiden vastuulla, että terveysteknologian eettisyyden pohdinnassa mukana ovat hoitotyöhön liittyvät keskeiset asiat ja hoitotyön periaatteet. (Leino-Kilpi & Stolt 2016, 169.) Alavudella kokeiluissa uusissa työmenetelmissä keskeiseksi seikaksi nousi se, että asiakkaan tietoa tietokoneen toisessa päässä arvioivan henkilön tulee olla todellinen oman alansa asiantuntija (esimerkiksi haavahoitoon erikoistunut sairaanhoitaja) ja myös asiakkaan luona tarvittiin alan ammattilainen (esimerkiksi kotihoidon sairaanhoitaja tekemässä asiakkaan haavahoitoa). Haavahoidon esimerkissä kotona ei olisi voinut olla toimijana pelkkä asiakas. Tässä työmenetelmässä, jossa vastaanottokäynti terveyskeskuksen haavahoitajan luona korvautui kotona tehtävällä yhtä laadukkaaksi koetulla haavahoidolla, saatiin aikaiseksi asiakkaalle lisälaatua ja lisäturvallisuutta.

Yömonitorointi-kokeilussa muistiongelmaisten asiakkaiden kohdalla ilmeni joitain ongelmia liittyen siihen, että asiakas saattoi irrottaa laitteiden johdot tai ihmetteli laitteessa näkyvää valoa. Muistiongelmaisten asiakkaiden osalta näyttää siltä, että uudet laitteet kannattaa ottaa käyttöön jo varhaisessa muistiongelmien vaiheessa. Tällöin asiakas tottuu laitteisiin ja ne ovat osa hänen normaalia ympäristöään. Vaikeissa muistiongelmissa laitteet saattavat aiheuttaa asiakkaassa jopa pelkoa ja epäluuloisuutta. Tämä sama asia koskee myös asiakkaita, joilla on psyykkisiä sairauksia. Laitteista voi tulla heille monenlaisia negatiivisia ajatuksia, esimerkiksi, että niiden avulla vakoilaan tai niistä tulee säteilyä. Tulevaisuudessa tulee siis kiinnittää erityistä huomiota siihen, millaiset terveysteknologiset työmenetelmät ovat soveltuvia vaikeasti muistiongelmaisille tai psyykkisiä sairauksia sairastaville asiakkaille.

Terveysteknologiakokeiluissa halutaan yleensä löytää säästöjä kehittämällä uusia työmenetelmiä. Näissä kokeiluissa työmenetelmät perustuivat kuitenkin siihen, että organisaation puolelta tietoteknisessä yhteydessä toimijana oli terveysalan ammattilainen asiakkaan kanssa. Eettistä on se, että pelkän tiedon kerääminen asiakkaasta tietoteknisen laitteen avulla ei ole riittävää, vaan niitä tietoja tulkitsemaan ja tarvittaessa hoitoon liittyvien päätösten tekemiseen tarvitaan terveysalan ammattilainen, joka ei voi olla alalle kouluttamaton, kokematon ammattihenkilö tai pelkkä tietokone. Toivottavaa olisi myös, että laitteiden kehitystä pitäisi tehdä hoitotyön sisältö keskiössä, huomioiden käyttäjälähtöisyys laitesuunnittelussa.

LÄHTEET

Connected for Health 2016a. Results of Pilot 2. D3.3. Julkaisematon projektin väliraportti. Saatavana artikkelin kirjoittajilta.

Connected for Health 2016b. Evaluation of the pilots. Work Package 4, Deliverable 4.1.

Julkaisematon projektin väliraportti. Saatavana artikkelin kirjoittajilta.

Kidholm, K., Granström Ekeland, A., Kvistgaard Jensen, L., Rasmussen, J., Duedal Pedersen, C., Bowes, A., Flottorp, S. A. & Bech, M. 2012. A Model for Assessment of Telemedicine Applications: MAST. *International journal of technology assessment in health care* 28 (01), 44–51.

Leino-Kilpi, H. & Stolt, M. 2016. Terveysteknologia ja hoitotyön etiikka. Teoksessa *Teknologia sosiaali- ja terveydenhuollossa: Hoitotyön vuosikirja 2016*. Helsinki: Fioca, 161–170.

Sosiaali- ja terveysministeriön älystrategia. Versio I. 2.12.2014. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 8.11.2016]. Saatavana: <https://www.innokyla.fi/documents/987840/fba176ea-0ceb-4b68-a38a-2963bf4a508a>

ÄLYVAATTEIDEN TEKNOLOGIA APUNA KUNTOUTUKSESSA – ESIMERKKINÄ EMG-SHORTSIT

*Pia-Maria Haapala, THM, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala*

*Anu Kiviharju, fysioterapeutti (AMK) -opiskelija
SeAMK Sosiaali- ja terveysala*

*Roosa Pakkala, fysioterapeutti (AMK) -opiskelija
SeAMK Sosiaali- ja terveysala*

1 JOHDANTOA

Kuntoutuksessa käytettävät erilaiset mittaus- ja apuvälineet kehittyvät koko ajan. Älyvaatteet ja teknologia tuovat uutta välineistöä helpottamaan kuntoutuksen tehokkuuden objektiivista arviointia ja mittaamista subjektiivisten mittareiden rinnalle. Kaksi fysioterapian tutkinto-ohjelman opiskelijaa (Kiviharju & Pakkala 2016) tekivät opinnäytetyön hyödyntäen elektromyografia-shortseja (EMG-shortseja) ACL-rekonstruktoidun aktiiviuurheilijan kuntoutusprosessissa. Yksittäistapaustutkimus toteutettiin nuoresta urheilijasta, jolla oli vuoden sisällä leikkauksella korjattu vasemman polven ACL (anterior cruciate ligament). Aihe valittiin sen vuoksi, että uutta teknologiaa sisältäviä EMG-shortseja käytetään tällä hetkellä Suomessa lähinnä urheilijoiden testauksessa, mutta älyvaatteet olisivat hyödynnettävissä monipuolisemmin erilaisten asiakasryhmien harjoittelussa ja kuntoutuksessa.

Lihaskäytön mittausta on tehty jo useita vuosia. Aktiivisuutta mittaavat elektrodit on pitänyt sijoittaa vain yhteen kohtaan lihasta, mikä on asettanut omat haasteensa mittauksille. Elektrodit jaetaan kahteen tyyppiin: joko ihon pinnalle asetettaviin (non-invasiivisiin) elektrodeihin tai ihon alle asetettaviin (invasiivisiin) neula- tai lankaelektrodeihin. Uusissa sensoritekstiileissä elektrodit ovat tekstiilien sisällä ja näin mahdollistetaan lihasaktivaation mittaaminen huomattavasti laajemmalla alueella. Tämä mahdollistaa mittausten tekemisen erilaisissa käytännön tilanteissa, jolloin ei tarvita aina laboratorio-olosuhteita.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa lisätietoa EMG-shortsien käytettävyydestä lihasaktivaation mittaamisessa. EMG-shortsit mittaavat quadriceps- ja hamstring-

lihasryhmien (polven ojentajien ja koukistajien) aktivoitumista ja mittaukset voidaan toteuttaa erilaisissa olosuhteissa, laboratorio-olosuhteidenkin ulkopuolella. Tavoitteena oli selvittää, miten kahdeksan viikon terapeuttinen harjoittelu ja mittauskertojen reaaliaikainen palaute lihasaktivaatiosta vaikuttavat ACL-rekonstruktoidun henkilön kuntoutumiseen. Opinnäytetyö toteutettiin yksittäistapaustutkimuksena, ja se sisälsi kymmenen mittauskertaa. Näistä viisi toteutui kahdeksan viikon harjoitteluinterventio aikana ja muut mittaukset ennen ja jälkeen interventiota. Eri testiliikkeissä suoritettua lihastasapainon ja aktiivisuustasojen tutkimisen lisäksi mittauskerroilla selvitettiin tutkittavan henkilön koettua toimintakykyä Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score - Physical Function Shortform (KOOS-PS) -kyselylomakkeella ja kipua Visual Analogue Scale (VAS) -kipujanalla. Rekonstruktoidun polvinivelen liikkuvuutta mitattiin kulmamittarilla (goniometrillä). (Kiviharju & Pakkala 2016.)

Tässä artikkelissa kuvataan aluksi lihasten sähköisen toiminnan mittaamista, EMG-shortseja ja niiden käyttöä opinnäytetyössä. Sen jälkeen kuvataan toteutetun opinnäytetyön tuottamia tuloksia verraten aikaisempiin tutkimuksiin. Lopuksi tuodaan esille pohdintoja tulevaisuuteen suuntautuen älyvaatteiden hyödynnettävyydestä kuntoutuksessa.

2 ELEKTROMYOGRAFIA JA ÄLYVAATTEET

Lihassyihin kehittyy pieniä sähköisiä virtoja ennen kuin lihas tuottaa voimaa. Nämä virrat syntyvät ionien vaihdellessa lihaskalvojen poikki osana lihassyiden supistumisprosessia. Mitattaessa tätä sähköistä aktiivisuutta ihon pinnalta saadaan signaali, joka on kaikkien mittauselektrodien mittausalueelle sijoittuneiden motoristen yksien aktiopotentiaalien yhteenlaskettu summa. Elektromyografiaksi (EMG) kutsuttua signaalia voidaan mitata asettamalla johtava elektrodi ihon pinnalle tai sen alle. Pinta-EMG on yleisempi metodi mittauksissa, koska sen käyttämiseen ei tarvita lääkäreitä ja riskit ovat pienemmät. (Day 2002, 3.) EMG on lihasten sähköistä toimintaa monipuolisesti mittaava menetelmä, jota on laajasti käytetty mittaamaan lihasaktiivisuutta sekä urheilijoilla että potilailla (Tarkka 2002, 4; Finni ym. 2007, 2–8).

EMG-shortsit (kuva 1 ja 2) ovat suomalaisen Myontecin kehittämä tuote, jonka avulla voidaan kattavasti analysoida jokapäiväisiä lihasvoimaharjoittelua ja suorituskykyä. EMG-shortseihin on kiinnitetty kankaan sisäpuolelle elektrodit, jotka johdattavat signaalin MCell-moduuliin (Kuva 1). MCell-moduuli on shortsien etupuolelle kiinnitettävä pieni laite, jonka avulla voidaan tallentaa tieto mittaustuloksista ja välittää Bluetooth-yhteyden kautta joko älypuhelimien tai tietokoneelle. Elektrodiparit ovat sijoitettuna quadriceps- ja hamstring-lihasten distaaliosiin sekä reiden lateraalisivuille. (Finni ym. 2007, 3.) EMG-shortsien avulla on mahdollisuus mitata quadriceps- ja hamstring-lihasten lihasaktiivisuutta. Finnin ym. (2007) ja Linnun ym. (2005) mukaan housuihin

asennetut elektrodit ovat käyttökelpoinen ja turvallinen tutkimusmenetelmä, sillä ne mahdollistavat tiedon keräämisen myös normaalissa harjoitteluympäristössä. Shortsien materiaalin ansiosta elektrodit pysyvät hyvin paikallaan liikkeestä ja hikoi- lusta huolimatta. (Finni ym. 2007, 1–2, 11; Lintu ym. 2005, 4.)



KUVA 1. MBodyn EMG-shortsit ja MCell-moduuli



KUVA 2. MBodyn EMG-shortsit sisäpuolelta

Opinnäytetyössä EMG-shortsia käytettiin kaikilla mittauskerroilla. Lihasten aktiivisuustasosta kerättiin tietoa Y-Balance-testissä, kyykyissä ja juoksussa, jotta mittaukset antaisivat monipuolista tietoa tutkittavan aktiivisuustasosta ja lihasasapainosta. (Kiviharju & Pakkala 2016.) Myontecin MBody -älyvaate mittaa lihasaktiivisuutta, ja Muscle Monitor -tietokoneohjelman avulla voidaan kattavasti analysoida saatuja tuloksia. (Myontec, [viitattu 25.10.2016].) Muscle Monitor -ohjelma (Kuva 3) on suunniteltu ja luotu syvempää sekä tarkempaa tietoa etsiville ammattilaisille. Muscle Monitor -ohjelman avulla voidaan selvittää kynnysarvoja lihasväsymykselle, havaita mahdollisia ongelmia lihasaktiivisuudessa sekä vertailla saatuja tuloksia. Ohjelmalla pystytään reaaliaikaisesti seuraamaan kolmen eri henkilön MCell-moduulia. Tuloksia tarkastellessa kursoreiden avulla voidaan jakaa saatu tieto pienempiin osiin ja vertailla niitä keskenään. (Muscle Monitor, [viitattu 25.10.2016].)



KUVA 3. Muscle Monitor -ohjelma.

Lihastoimintaa mittaava älyvaate mahdollistaa suorituksen aikaisen rekisteröinnin lihasten toiminnasta. EMG-shortsit mittaavat pinta-EMG:tä, jonka avulla voidaan osoittaa esimerkiksi alaraajojen lihasten aktivoitumisjärjestys sekä aktivaation kesto. (Tarkka 2002, 4.) Tavallisten elektrodien tilalle on kehitetty tekstiilejä, joihin on kiinnitetty elektrodit kankaan sisäpuolelle. Nämä EMG-tekstiilit ovat helpottaneet lihasaktiivisuuden mittaamista luonnollisissa harjoitteluolosuhteissa sekä testitiloissa. Vaate on nopea pukea, eikä juuri eroa normaalin vaateen painosta. Jotta mittaukset ovat vertailukelpoiset, vaateen tulee olla ihonmyötäinen ja hyvin istuva sekä elektrodien pinnat kosteutettu. Tieteen kannalta yksittäisen lihaksen aktivaation tutkiminen on usein tärkeää, mutta EMG-tekstiileillä saatu kokonaisvaltaisempi tieto lihasryhmien aktiivisuudesta on käyttökelpoisempaa käytännön työssä. (Lintu 2005, 2057; Lintu 2006, 17–18; Finni ym. 2007, 2–8.)

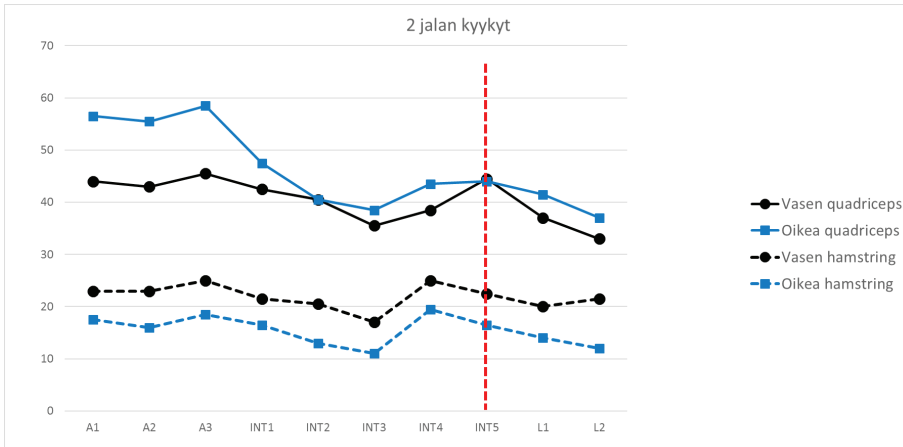
Finni ym. (2007) ovat tutkineet tekstiilelektrodien validiteettia ja reliabiliteettia käyttäen vertailussa perinteisiä elektrodeja. Tutkimuksessa mitattiin quadriceps-lihaksen aktiivisuutta käyttäen kahta erilaista asetelua perinteisillä elektrodipareilla. Tutkimus osoitti, että tekstiileihin kiinnitetyt elektrodit ovat validi ja soveltuva menetelmä mittaamaan lihasaktiivisuutta. (Finni ym. 2007, 2–8.) Älyvaatteita käytetään myös sydäntautuudessa, jossa Coruscario-menetelmässä kuntoutuja käyttää älypaitaa (Sensor Wear™). Älypaitaan on kiinnitetty kolme tekstiilelektrodia ja paidan taskuun sijoitettu lähetin lähettää EKG-signaalin langattomasti tietokoneelle. (Perhonen ym. 2009).

3 TUTKITTUA TIETOA ÄLYVAATTEIDEN HYÖDYNNETTÄVYYDESTÄ

Opinnäytetyössä verrattiin vasemman (rekonstruoitua/operoitua) puolen quadriceps- ja hamstring- lihasryhmien aktivoitumista oikeaan puoleen EMG-shortsia käyttäen. Kahden jalan kyykyissä alku- ja loppumittausten välillä erityisesti quadriceps-lihasryhmien aktivoituminen intervention jälkeen tasoittui. (Taulukko 1.) Vasen hamstring-lihasryhmä puolestaan aktivoitui oikeaa hamstring-lihasryhmää enemmän. Intervention aikaisen terapeutin harjoittelun tulos näkyi erityisesti kahden jalan kyykyissä, joissa aktivaatio oikean ja vasemman quadriceps-lihasryhmien välillä tasaantui huomattavasti. (Kuvio 1.) (Kiviharju & Pakkala 2016.)

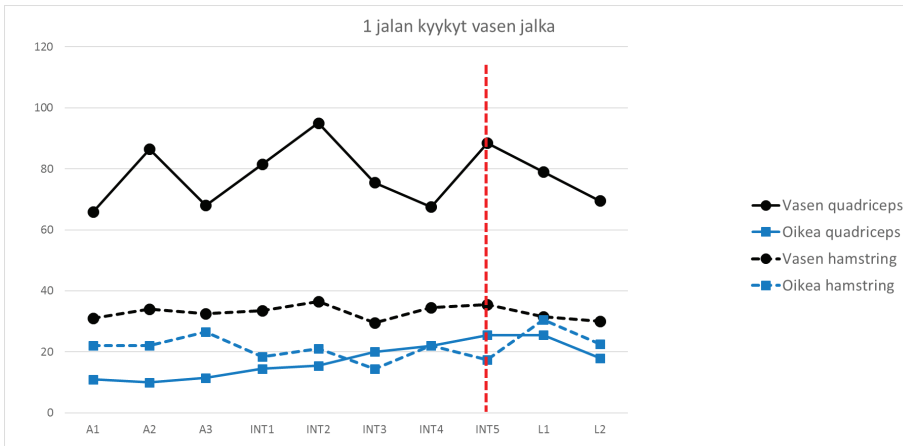
TAULUKKO 1. Lihasaktivaatio kahden jalan kyykyjen aikana.

	Alkumittaukset (ka)	Loppumittaukset (ka)
vasen quadriceps	44,2	35
oikea quadriceps	56,8	39,3
vasen hamstring	23,7	20,8
oikea hamstring	17,3	13

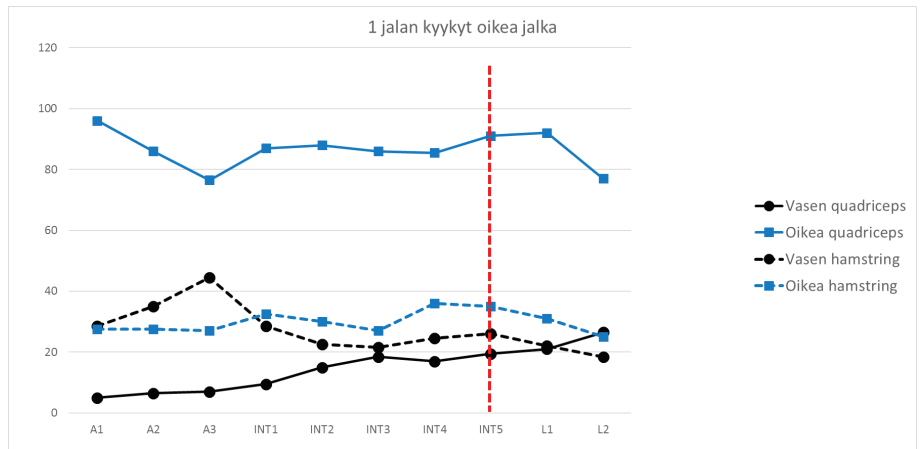


KUVIO 1. Lihasaktivaatio kahden jalan kyykyjen aikana (Kiviharju & Pakkala, 2016).

Yhden jalan kyykyissä vasemman quadricepsin aktivaatio vaihteli selkeästi mittauskertojen välillä ja se oli keskiarvoltaan alhaisempi verrattuna oikean quadricepsin aktivaatioon (vasen 77,7 ja oikea 86,5). Etenkin alkumittausten aikaan vasemman (operoidun) alaraajan aktivaatiotaso oli huomattavasti oikeaa matalampi. (Kuviot 2 ja 3.) (Kiviharju & Pakkala 2016.)



KUVIO 2. Lihasaktivaatio yhden jalan kyykyjen aikana, vasen (operoitu) alaraaja (Kiviharju & Pakkala 2016).



KUVIO 3. Lihasaktivaatio yhden jalan kyykyjen aikana, oikea alaraaja (Kiviharju & Pakkala 2016).

Loppumittauksissa havaittiin vasemman ja oikean lihasaktivaatiotasojen tasoittuminen alkutilanteeseen verrattuna sekä quadriceps- ja hamstring-lihasryhmien yhteisaktivaation suhteiden muutokset (kuviot 1,2,3). (Kiviharju & Pakkala 2016).

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että kahdeksan viikon terapeuttinen harjoittelu vaikutti positiivisesti kuntoutujan toimintakykyyn sekä lihasaktivaatiotasoihin alku- ja loppumittausten välillä. Tutkimuksen aikana ilmeni, että EMG-shortsit ovat käytännöllinen menetelmä seurata lihasaktiivisuutta kuntoutumisen eri vaiheissa, jolloin mittaukset voidaan suorittaa erilaisissa harjoittelu- ja toimintaympäristöissä. Yleensä puolierot eri lihasryhmien aktiivisuustasoissa näkyy erilaisissa liikkeissä, joten EMG-shortsit antavat reaaliaikaisen tiedon. Tieto saadaan näkyviin heti erilaisina kuvioina joko älypuhelimien tai tietokoneeseen. Kuntoutuja tai harjoittelija näkee tulokset ja voi välittömästi muuttaa toimintaansa haluttuun suuntaan. (Kiviharju & Pakkala 2016.)

Aikaisempien tutkimustulosten mukaan EMG-shortsien käytöstä saatu reaaliaikainen palaute lihasaktivaatiosta auttaa kehittämään suoritustekniikkaa tasapainoisemmaksi. Reaaliaikainen tulosten analysointi jää usein pintapuoliseksi, mutta näillä menetelmillä harjoitus- tai testikerran jälkeen tuloksia pystytään analysoimaan perusteellisemmin. Aikaisemmin mitattujen tulosten analysointi ja vertailu muihin tuloksiin on mahdollista jatkuvasti eri tilanteissa. Tutkimustilanteiden toistettavuus on mahdollisesti jopa luotettavampi EMG-shortseilla kuin tavallisilla elektrodeilla. (Finni ym. 2007.)

Symmetrinen quadriceps-lihaksen voimataso ACL-rekonstruktion jälkeen operoidussa ja ei-operoidussa alaraajassa pitäisi aina olla yhtenä kuntoutuksen osatavoitteena. Merkittävää epätasapainoa lihaksissa voidaan pitää esteenä täyspäiväiseen

harjoitteluun ja se on yhteydessä myös koettuun toimintakykyyn, toiminnalliseen suorituskykyyn ja muuttuneeseen kävelyn biomekaniikkaan. (Kim ym. 2016, 2.; Palmieri-Smith & Lepley 2015, 1.) Polvinivelen stabiliteetin kannalta quadriceps- ja hamstring-lihasten yhteisaktivaatio on merkittävä erityisesti silloin, kun ac-ligamenttiin kohdistuu liiallista kuormitusta. Yhteisaktivaatiota voi häiritä epätasaiset lihasvoimien suhteet. Lihastasapainoa hamstring- ja quadriceps-lihasten välillä on tutkimuksissa määritetty hamstring-to-quadriceps -suhdeluvulla (HQ-suhdeluku). ACL-vamman jälkeen quadriceps-lihas heikkenee kolminkertaisesti verrattuna hamstring-lihaksiin, joten HQ-suhdeluku on suurempi vammautuneessa alaraajassa. (Kim ym. 2016; Harput ym. 2014.)

Aikaisempien tutkimusten mukaan 10–20 prosentin eroa quadriceps-lihasten voimien välillä on voitu pitää sopivana raja-arvona urheilun pariin palaamiselle. Raja-arvon lisäksi pitää kuitenkin kiinnittää huomiota myös siihen, kuinka lihasepätasapaino vaikuttaa esimerkiksi biomekaniikkaan ja suorituskykyyn. (Palmieri-Smith & Lepley 2015, 2.) Lihastasapainoa rekonstruktion jälkeen joutuu harjoittamaan pitkällä aikavälillä, sillä vammautuneen puolen quadriceps-lihas heikkenee kolminkertaisesti verrattuna hamstring-lihakseen. Tämä taas kasvattaa uudelleen riskiä alaraajavammoihin ja nivelrikkoon. (Kim ym. 2016, 2, 8–9; Harput ym. 2014, 36.)

4 POHDINTOJA TULEVAISUUTEEN

Opinnäytetyö vahvisti oletusta siitä, että EMG-shortsit antavat reaaliaikaisen ja selkeän vastauksen lihasten aktiivisuustasoista, jolloin harjoitteluun voidaan tehdä muutoksia välittömästi. ACL-rekonstruktoidun henkilön kuntoutusprosessi on paljon tutkittu aihe, mutta kuntoutuksen seuranta sai lisämausteen EMG-shortseista, joista ei ollut paljon tietoa etukäteen. Tulosten ja erilaisten käyrien analysointi vaatii perehtymistä ja vie aikaa suhteessa enemmän kuin itse mittaukset. Silti EMG-shortsit olivat mielenkiintoinen ja helppokäyttöinen tutkimusmenetelmä opinnäytetyössä alun teknisten ongelmien jälkeen.

Älyvaatteiden, esimerkiksi EMG-shortsien, tunnettavuuden lisääntyminen ja niiden hyödyntäminen käytännön työssä helpottavat alaraajojen lihastasapainon tutkimista objektiivisesti. Mittaus- ja arviointitilanteista saatu objektiivinen ja reaaliaikainen tieto EMG-shortsien avulla konkretisoi havainnoinnin ja subjektiivisten tuntemusten rinnalla tapahtuvia muutoksia. Tällä voidaan vaikuttaa vammojen ennaltaehkäisyyn ja niistä kuntoutumiseen tulevaisuudessa, joten fysioterapeutteja tulee kannustaa käyttämään EMG-shortseja tai muita älyvaatteita työssään rohkeasti eri tilanteissa. Älyvaatteet ovat tulevaisuudessa hyvä apuväline fysioterapeuttien käytännön työhön kehitettäessä kuntoutusta eri ympäristöihin, esimerkiksi kotiin tai luontoon.

Tulevaisuudessa EMG-shortsit voisivat olla laajemmin hyödynnettävissä fysioterapeuttien työn apuvälineenä. EMG-shortsien avulla pystytään asiakkaalle osoittamaan konkreettisesti esimerkiksi mahdolliset poikkeavuudet lihasaktivaatiossa erilaisten harjoitteiden aikana. Tämä saattaa monen asiakkaan kohdalla lisätä motivaatiota ja tietoisuutta kuntoutuksen etenemisestä. Helmikuussa 2016 Myontec toi markkinoille uuden version EMG-shortseista, Mbody Pro: Allsports 6Channel. Paranneltu versio älyvaatteesta mittaa lihasaktivaatiota hamstring- ja quadriceps-lihasryhmien lisäksi myös gluteus-lihasryhmistä (pakaralihakset). Tutkittua tietoa ei vielä ole paljon, koska kyseiset shortsit ovat uusi tuote, joten sitä tarvitaan lisää. (Mbody Pro, [viitattu 25.10.2016].)

Teknologian kehittyessä kovalla vauhdilla on terveydenhuollon ammattilaisten pysyttävä kehityksessä mukana. Terveys-, hyvinvointi- ja apuvälineteknologia sekä monet muut teknologiat tulevat väistämättä olemaan osana kuntoutuksen prosesseja tulevaisuudessa. Tämä vaatii kiinnostusta, tutkimusta ja innostusta kaikilta kuntoutuksen kentällä toimivilta terveydenhuollon ammattilaisilta. Koulutuksen järjestäjillä tulee olla tietoa uusista menetelmistä ja kykyä ohjata esimerkiksi nuoria opiskelijoita ottamaan uusia haasteita vastaan. Nuoret opiskelijat ovat rohkeita ja heillä on jo paljon sekä tietotaitoa että innostusta uusista asioista, mutta rohkaisua ja kannustusta tarvitaan. Tässä opinnäytetyössä opiskelijat haastoivat itsensä tutustumaan älyvaatteen teknologiaan ja onnistuvat siinä. Haasteena tulevaisuudessa tulee olemaan halukkuus tutustua uuteen teknologiaan, esimerkiksi älyvaatteisiin, ja ottaa se rohkeasti käyttöön osaksi omaa työtä.

LÄHTEET

- Day, S. 2002. Important factors in surface EMG measurement. [Verkkojulkaisu]. Bortec Biomedical. [Viitattu 8.9.2016] Saatavana: https://people.ece.cornell.edu/land/courses/ece5030/labs/f2009/EMG_measurement_and_recording.pdf
- Finni, T., Hu, M., Kettunen, P., Vilavuo, T. & Cheng, S. 2007. Measurement of EMG activity with textile electrodes embedded into clothing. [Verkkolehtiartikkeli]. Physiological measurement 28 (11), 1405–1419. [Viitattu 7.3.2016]. Saatavana lop Science-palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Harput, G., Soyly, A. R., Ertan, H., Ergun, N. & Mattacola, C. G. 2014. Effect of gender on the quadriceps-to-hamstrings co-activation ratio during different exercises. [Verkkolehtiartikkeli]. Journal of sports rehabilitation 23 (1), 36–43. [Viitattu 3.3.2016]. Saatavana: https://www.researchgate.net/publication/257300436_Effect_of_Gender_on_the_Quadriceps_to_Hamstrings_Co-Activation_Ratio_During_Different_Exercises

- Kim, H.-J., Lee, J.-H., Ahn, S.-E., Park, M.-J. & Lee, D.-H. 2016. Influence of anterior cruciate ligament tear on thigh muscle strength and hamstring-to-quadriceps ratio: A meta-analysis. [Verkkootikkeli]. Plos one. [Viitattu 3.3.2016]. Saatavana: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0146234>
- Kiviharju, A. & Pakkala, R. 2016. Polvivelven ACL-rekonstruktion jälkeinen kuntoutus. Yksittäistapaustutkimus urheilijan lihasaktivaation tutkimisesta EMG-shortseja apuna käyttäen. Seinäjoen ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala. Fysioterapian tutkinto-ohjelma. AMK-opinnäytetyö. Saatavana Theseus-verkkokirjastosta vuoden 2016 loppuun mennessä.
- Lintu, N., Mattila, M. A. K., Holopainen, J. & Hänninen, O. 2005. Älykkäät vaateratkaisut tulevaisuuden terveydenhuollon tukena. Suomen lääkärilehti 60 (18–19), 2057–2060.
- Lintu, N., Tolvanen, P., Mattila, M. A. K. & Hänninen, O. 2006. Lihastoimintaa mittaava älyvaate kuntoutujan apuna. Fysioterapia 53 (3), 15–18.
- Mbody Pro. Ei päiväystä. [Verkkosivusto]. Myontec. [Viitattu 25.10.2016]. Saatavana: <http://www.myontec.com/mbody-allsport-6channel-3/>
- Muscle monitor. Ei päiväystä. [Verkkosivusto]. Myontec. [Viitattu 25.10.2016]. Saatavana: http://www.myontec.com/products/muscle_monitor/
- Myontec. Ei päiväystä. [Verkkosivusto]. [Viitattu 25.10.2016]. Saatavana: <http://www.myontec.com/en/>
- Palmieri-Smith, R. M. & Lepley, L. K. 2015. Quadriceps strength asymmetry after anterior cruciate ligament reconstruction alters knee joint biomechanics and functional performance at time of return to activity. [Verkkolehtiartikkeli]. The American journal of sports medicine 43 (7), 1662–1669. [Viitattu 3.3.2016]. Saatavana: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4758854/>
- Perhonen, M., Valkeinen, H., Sipilä, S., Pullinen, T. & Kujala, U. M. 2009. Effects of mixed aerobic and strength training program on aerobic capacity in stable coronary artery disease patients. Jyväskylä: CorusFit.
- Tarkka, I. M. 2002. Motorisen säätelyn objektiivinen mittaaminen. Fysioterapia 49 (3), 4–6.
-

LUONNON JA ELÄINTOIMINNAN VAIKUTUS IKÄIHMISTEN HYVINVOINTIIN

Maija Nylander, geronomi (AMK) -opiskelija

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Anna-Kaarina Koivula, YTT, lehtori

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Marita Lahti, TtM, lehtori

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Jenni Kulmala, TtT, yliopettaja

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

1 JOHDANTO

Luonto ja eläimet kuuluvat ihmisten elämään eri elämänvaiheissa. Luontoympäristöllä ja eläimillä on viimeaikaisissa tutkimuksissa todettu olevan monia terveyttä ylläpitäviä ja kuntouttavia vaikutuksia. Tämän vuoksi luonnon ja eläinten terveyttä edistävä ja kuntouttava vaikutus tulee mahdollistaa myös sellaisille henkilöille, jotka eivät sairauden tai toimintakyvyn heikentymisen vuoksi enää pysty itse hakeutumaan luontoon. Luonnon ja eläinten hyödyntäminen vanhuspalveluissa ja ikäihmisten terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämisessä onkin viime vuosina noussut entistä enemmän keskustelun kohteeksi.

Luonnon ja eläinten hyödyntämistä terveyden ja hyvinvoinnin tukena kuvataan usein Green Care -käsitteen kautta. Suomessa toimii aihepiiriin keskittynyt yhdistys, Green Care Finland ry, jonka tavoitteena on edistää luonto-, eläin-, ja maatala-avusteisten menetelmien käyttöönottoa hyvinvointi- ja terveyspalveluiden yhteydessä (www.gcfinland.fi). Yhdistys määrittelee Green Care -toiminnan luontoon ja maaseutu ympäristöön liittyväksi toiminnaksi, jolla edistetään ihmisten hyvinvointia ja elämälaatua. Toiminnassa käytetään hyväksi monia erilaisia eläin- ja luontoavusteisuuden menetelmiä ja toiminta on aina tavoitteellista, vastuullista ja ammattilaisten toteuttamaa. Green Care -toiminta sijoittuu useimmiten luonnon ympäristöön ja maaseudulle, mutta luonnon elementtejä voidaan hyödyntää myös maaseudun ulkopuolella, muun muassa erilaisissa laitospäristöissä ja hoivakodeissa (www.gcfinland.fi).

Viime vuosina tutkimusnäyttö luonnon ja eläintoiminnan kuntouttavasta ja terveyttä edistävästä toiminnasta on lisääntynyt. Suomessa on perustettu myös useita yrityksiä, jotka tarjoavat luontoon ja eläimiin liittyviä hyvinvointipalveluja.

Tässä artikkelissa nostetaan esiin viimeaikaisia sekä Suomessa että ulkomailla toteutettuja luontohoivaan sekä luonnon ja eläintoiminnan kuntouttavaan vaikutukseen keskittyviä hankkeita ja tutkimuksia. Lisäksi artikkelissa kuvataan Seinäjoen ammatti-korkeakoulussa toteutettu opinnäytetyö eläintoiminnan kuntouttavasta vaikutuksesta muistisairaille henkilöillä.

2 LUONTO JA ELINYMPÄRISTÖ HYVINVOINNIN TUKIJOINA

Luonnon ja eläinten merkityksestä ihmisen hyvinvoinnille on toteutettu useita käytännönläheisiä kokeilu- ja kehittämishankkeita. Myös tieteellinen tutkimus aihepiiriin liittyen on lisääntynyt. Luonnon merkitys monien erityisryhmien terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämisessä ja elämänlaadun tukemisessa on merkittävä ja viime vuosina onkin saatu hyviä tuloksia luontohoivan positiivisista vaikutuksista. Ikääntyvät on nähty yhtenä erityisryhmänä, jonka hyvinvoinnin ja mielekkään elämän tukemisessa luonnon hyödyntämisellä on suuri merkitys.

Luonnon ja elinympäristön merkitystä on selvitetty sekä ikäihmisten että heitä hoitavien työntekijöiden näkökulmista. Työtehoseuran tutkijat Korhonen ja Liski-Markkanen kuvaavat vuonna 2013 julkaistussa raportissaan hanketta, jossa selvitettiin metsän ja sen antamien mahdollisuuksien hyödyntämistä ikäihmisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Tässä hankkeessa selvitettiin haastattelun avulla metsäympäristön merkitystä ikääntyneiden itse kokemalle hyvinvoinnille. Tutkimuksessa havaittiin kaikille haastatetuille metsällä olevan suuri hyvinvointia tukeva vaikutus. Metsäympäristön merkitys oli moninainen; siihen yhdistyi muistoja lapsuudesta, mutta metsässä olemisella oli suuri merkitys myös ikäihmisen arjessa. Metsän hyvinvointivaikutukset liittyivät muun muassa virkistykseen ja kunnon ylläpitämiseen ja metsäympäristöllä kuvattiin olevan onnellisuutta lisäävä ja rauhoittava vaikutus. (Korhonen & Liski-Markkanen 2013)

Osana Lapin yliopistossa toteutettua KaupunkiElvi -hanketta Kuusela (2007) on tutkinnut palvelutalossa asuvien ikäihmisten arjen luontokokemuksia. Tutkimus tarkasteli palvelutalossa asuvien ikääntyneiden luontosuhteen, elämänlaadun ja toimintakyvyn suhdetta. Kuuselan tutkimuksen aineisto kerättiin havainnoimalla, haastatteleamalla ja valokuvaamalla ja tarkoituksena oli selvittää, miten erilaiset luontoaktiviteetit näyttävät palvelutalon asukkaiden arjessa, miten luonto toimii elämänlaadun osatekijänä

ja millainen on vanhuksen luontosuhde. Kuuselan tutkimuksen mukaan suhde luontoon oli tutkimukseen vastanneille tärkeä; neljälle viidestä suhde luontoon antoi elämälle nykyään pääsisällön. Tutkimuksen tulosten mukaan palvelutalon asukkaat kokivat luonnon merkittäväksi osaksi elämää. Luonto koettiin yhteiseksi puheenaiheeksi ja turvallisella ja viihtyisällä elinympäristöllä oli mielialaa nostattava vaikutus. Luonto tarjosi palvelutalon asukkaille monenlaista ajanvietettä, viihtyvyyttä ja mahdollisuuden noudattaa terveitä elintapoja. (Kuusela 2007.)

Hoitotyöntekijöiden näkökulman luontoavusteiseen hoitotyöhön on tuonut muun muassa Leppäaho vuonna 2016 julkaistussa pro gradu -tutkielmassaan, jossa selvitettiin luontoavusteisen hoivan soveltamista vanhustyössä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoivatyöntekijöiden kokemuksia luontoavusteisen toiminnan toteuttamisesta ja siitä, miten luontoavusteinen toiminta vaikuttaa hoitotyön tekemisen tapoihin. Tutkimuksessa haastateltiin asumispalveluyksiköissä työskenteleviä hoitajia. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että luontoavusteisen toiminnan omaksuminen osaksi hoitotyötä vaatii uusien työskentelymuotojen aktiivista työstämistä. Tutkimuksen mukaan on myös oleellista, että luontohoivaa toteuttavassa organisaatiossa on riittävästi uskallusta, rohkeutta ja resursseja toteuttaa luontohoivaa ja siten poiketa tavanomaisista työskentelytavoista. Tutkimuksen tulokset osoittivat myös, että luontohoiva ei ole vain hoitotyön menetelmä, vaan laajempi ajattelu- ja elämäntapa, missä luonnolla ja ympäristöllä ajatellaan olevan oleellinen merkitys ihmisen elämälle ja hyvinvoinnille. (Leppäaho 2016.)

Suomessa toteutettujen kansallisten hankkeiden ja tutkimusten lisäksi luonnon merkitystä ikäihmisten hyvinvoinnille on selvitetty myös kansainvälisissä tieteellisissä tutkimuksissa. Englantilaiset tutkijat Wu ym. julkaisivat vuonna 2015 tutkimuksen, jossa selvitettiin, millainen vaikutus lähiympäristössä on ikäihmisten masennus- ja ahdistusoireisiin. Tutkimuksessa tutkittiin lähes 2500 yli 74-vuotiasta henkilöä ja tutkimuksen tulokset soittivat selkeästi sen, että mitä enemmän lähiympäristössä oli puistoja ja muita vihreitä virkistysalueita, sitä vähemmän ikäihmisillä havaittiin masennusta ja ahdistusta. Tutkimuksen tuloksista onkin pääteltävissä, että lähiympäristöllä ja sen viihtyisyydellä on suuri merkitys ikäihmisten mielenterveyden tukemisessa. (Wu ym. 2015.) Luontoympäristössä toteutetulla hoidolla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia myös muistisairaiden vanhusten ravitsemukseen siten, että verrattuna normaaliin päivätoimintaan tavallisissa hoitolaitoksissa, maataloilla päivätoimintaan osallistuneet muistisairaavat söivät enemmän ja heidän proteiinin ja hiilihydraattien saantinsa oli runsaampaa kuin tavallista hoitoa saaneilla (de Bruin ym. 2010).

Lisäksi hollantilaiset tutkijat de Boer ym. (2015) ovat käynnistäneet tutkimuksen, jossa verrataan hoidon laatua ja kokemuksia maatilalla toteutettavan hoidon ja tavallisen hoivakotiympäristön välillä. Tutkimuksen tuloksia ei ole vielä julkaistu, mutta tutkijoiden mukaan nyt käynnissä oleva tutkimus on ensimmäinen, jossa selvitetään maatilalla toteutettavan hoidon vaikutuksia muistisairaiden hoidon laatuun.

3 ELÄINTEN VAIKUTUS IHMISEN HYVINVOINTIIN

Eläinten vaikutusta ikäihmisen hyvinvointiin on selvitetty sekä Suomessa että ulkomailla tehdyissä selvityksissä ja tutkimuksissa. Hankkeita ja tutkimuksia on tehty liittyen moniin eri eläimiin, mutta erityisen huomion kohteena ovat olleet kissat ja koirat.

Suomen Kennelliitto käynnisti vuonna 2013 Hyvää elämää koiran kanssa -hankkeen, jonka tarkoituksena oli tukea sekä ihmisen että koiran hyvinvointia ja terveyttä. Hankkeeseen liittyen toteutettiin tutkimus, jossa selvitettiin koiran pitämiseen liittyviä terveys- ja hyvinvointivaikutuksia. Tutkimuksessa hyödynnettiin kansallista, kattavaa Terveys 2000 -väestöaineistoa, jonka kautta oli mahdollista selvittää koiran omistajuuteen liittyviä hyvinvointivaikutuksia ja saada tuloksia, jotka voidaan yleistää laajaan väestöjoukkoon. Tutkimuksessa selvitettiin koiran pitämiseen liittyviä terveysvaikutuksia, kuten koiranomistajien liikuntatottumuksia, tupakointia, alkoholin käyttöä ja psyykkiseen hyvinvointiin liittyviä tekijöitä. Tutkimukseen osallistui yli 8000 30 vuotta täyttänyttä aikuista. (Langinvainio ym. 2014.)

Tutkimuksen tuloksista selvisi, että koiran omistajat harrastivat liikuntaa jonkin verran enemmän kuin henkilöt, joilla ei ollut koira. Myös paikallaan istuminen oli koiran omistajilla selvästi harvinaisempaa kuin henkilöillä, joilla ei ollut koira. Alkoholin käyttöön koiran omistamisella ei ollut juurikaan vaikutusta. Koiran omistajat tupakoivat jonkin verran enemmän kuin koirattomat. Erityisesti naisilla koiran omistaminen vaikutti positiivisesti muun muassa turvattomuuden tunteeseen siten, että naisista koiran omistajat kokivat vähiten turvattomuutta. Iäkkäämmät naiset (yli 65-vuotiaat), joilla oli koira, kokivat, että heillä oli enemmän henkisiä voimavaroja verrattuna henkilöihin, joilla ei ollut koira. (Langinvainio ym. 2014.)

Myös muita tutkimuksia eläinten positiivisista vaikutuksista on tehty. Jyväskylän yliopistossa vuonna 2011 tehdyssä pro gradu -tutkimuksessa selvitettiin eläinterapian mahdollisuuksia vanhusten hyvinvoinnin tukena palvelutaloissa (Saranpää 2011). Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia positiivisia vaikutuksia kissan vieminen osaksi palvelutalon arkea voi saada vanhuksissa aikaan. Tutkimus osoitti, että kissalla oli positiivisia vaikutuksia erityisesti henkiseen hyvinvointiin ja palvelutalon ilmapiiriin. Kissa herätti asukkaissa positiivisia reaktioita ja muistoja vanhoista lemmikeistä, se lisäsi keskustelua ja vuorovaikutusta palvelutalossa sekä rikkoi vanhainkodin rutiinia toimien näin virikkeenä tässä muuten muuttumattomassa yhteisössä. Kissa lisäsi vuorovaikutusta hoitajien, asukkaiden ja omaisten välillä ja myös vanhusten keskinäinen vuorovaikutus lisääntyi. Kissa nähtiin kaikkia yhdistävänä tekijänä ja sitä kautta kissan tuominen osaksi palvelutalon arkea lisäsi yhteisön kiinteyttä sekä paransi ilmapiiriä luoden kodikkuuden tuntua. (Saranpää 2011.)

Myös muutamia kansainvälisiä tutkimuksia liittyen eläntoiminnan vaikutuksiin ikäihmisten hyvinvointiin on viime aikoina julkaistu. Muun muassa Ruotsissa vuonna 2015 toteutettu tutkimus terapiakoirien vaikutuksesta muistisairaiden kognitioon osoitti, että koiran läsnäololla oli positiivisia vaikutuksia Alzheimerin tautia sairastavien henkilöiden muistitoimintoihin, elämänlaatuun ja hyvinvointiin (Swall ym. 2015).

3 SEAMK TUTKII – ELÄIMET OSANA MUISTISAIRAIDEN KUNTOUTUSTYÖTÄ

Seinäjoen ammattikorkeakoulun geronomikoulutuksessa on valmistumassa opinäytetyö, jonka tarkoituksena oli selvittää eläntoiminnan vaikutuksia muistisairaiden asukkaiden mielialaan. Lisäksi selvitettiin, miten muistisairaiden ihmisten eleet ja kehonkieli muuttuvat eläntoiminnan aikana, ja mitä vaikutuksia muistisairaille ihmisille järjestetyllä eläntoiminnalla oli kuntouttavan työn näkökulmasta.

Opinnäytetyö toteutettiin Etelä-Pohjanmaalla maalaismaisessa ympäristössä sijaitsevassa hoitokodissa. Tämän vuoksi eläntoiminnan tutkiminen juuri tässä hoivakodissa oli helposti toteutettavissa ja hoivakodin henkilökunta suhtautui tutkimuksen toteuttamiseen myönteisesti. Myös hoivakodin vanhukset suhtautuivat eläntoiminnan tutkimiseen positiivisesti.

Tutkimuksena aikana toteutettiin kolme erillistä havainnointi-/eläntoimintakertaa. Ensimmäisellä kerralla hoivakodin arkeen tuotiin kotieläimiä, jotka olivat vanhuk-sille tuttuja entisaikojen maalaisympäristöstä. Eläimet hankittiin hoivakodin omistajan toimesta. Eläimet, joita ensimmäisellä tapaamiskerralla tuotiin olivat Kennelliiton kaverikoirat (bernhandilainen ja tiibetinspanieli), agakonna (jättiläissammakko), kaksi gerbiiliä, kaksi kania, jauhomatoja sekä torakka. Toinen koirista ihastutti ja ihmetytti suuren kokonsa vuoksi. Toinen koira oli pienempi ja sai pienen kokonsa ansiosta istua asukkaiden sylissä rapsutettavana. Toinen kaneista oli rodultaan jättiluppakorvaka-niini, joka suuren kokonsa puolesta aiheutti ihmetystä. Moni asukkaista luuli kyseistä kania kissaksi tai koiraksi. Pienempi kani sai nauttia asukkaiden silytyksistä sylissä makoillen. Myös pienempää kania ihmeteltiin ja jotkut arvuuttelivat senkin olevan koira tai kissa. Agakonna, jauhomadot ja torakka kauhistuttivat ja ihmetyttivät.

Toisella havainnointikerralla kaksi naispuoleista muistisairasta vietiin maatilavierailulle, joka kesti noin kaksi tuntia. Maatilalla oli lampaita, pessi, hevosia, koiria, kanoja ja kukko sekä maalaismainen ympäristö. Vanhukset tapasivat eläinten lisäksi paljon uusia ihmisiä, joiden joukossa oli maatalaelämään tottuneita lapsia. Toinen vanhuk-

sista oli ensin hieman varautunut eläimiä kohtaan, mutta pääsi jännityksestään yli nopeasti. Molemmat toimintaan osallistuneista asukkaista olivat erittäin kiinnostuneita eläimistä. Vanhukset hakeutuivat eläinten luokse ihailukseen, silitelläkseen ja jutellakseen niille. Eläimiä kutsuttiin luokse, ja niille juteltiin lepperellen. Kolmannella havainnointikerralla hoivakotiin vietiin Kennelliiton kaverikoirat ja kaksi kania ja eläin-toimintakerta toteutettiin kuten ensimmäiselläkin kerralla.

Tutkimus toteutettiin havainnointimenetelmällä käyttäen ennalta laadittuja havainnointilomakkeita. Havainnoinnissa tarkoituksena oli havainnoida eläintoiminnan vaikutuksia muistisairaiden käyttäytymiseen. Havainnointi toteutettiin tarkkailemalla jokaista tutkimukseen osallistuvaa vanhusta yhteensä noin kahdeksan tunnin ajan. Jokaisesta osallistujasta kirjattiin huomioita havainnointilomakkeille ennen eläintoimintaa, eläintoiminnan aikana sekä eläintoiminnan jälkeen. Tutkimuksen toteuttamisessa huomioitiin eettiset näkökulmat siten, että tutkimuksessa mukana olleiden muistisairaiden omaisilta pyydettiin kirjalliset suostumuksen tutkimukseen. Suostumuksessa kerrottiin tutkimuksen kulku, anonymiteetti sekä painotettiin tutkimuksen vapaaehtoisuutta. Koska kohderyhmänä oli muistisairautta sairastavia vanhuksia, oli tutkimuksen kohderyhmä erityisen haavoittuva. Tämän vuoksi oli erityisen tärkeää pohtia mahdollisia tutkimuksesta aiheutuvia haittoja ja pyrkiä minimoimaan ne. Koska muistisairaita tutkittaessa voi tulla esille muistamattomuutta esimerkiksi tutkimukseen osallistumisesta, osallistujille, heidän omaisilleen ja henkilökunnalle painotettiin tutkimuksen vapaaehtoisuutta ja heidän anonymiteettinsa säilymistä.

3.1 Eläintoiminnan positiiviset vaikutukset

Tutkimuksessa havainnoitiin eläintoiminnan positiivisia vaikutuksia useisiin muistisairaiden arjen toimintoihin. Suurelle osalle tutkimukseen osallistuneista eläimet nosivat esiin monia muistoja liittyen aikaisempaan elämään. Muistisairaiden ikäihmisten puheentuottamiseen liittyviä muutoksia havaittiin erityisesti seuraavilla puheen tuottamisen osa-alueilla: puheentuottamisen spontaanisuus, puheen tuottaminen vuorovaikutuksessa sekä tuotetun puheen ymmärrettävyys. Havainnointilomakkeessa jokaista osa-aluetta tarkasteltiin ennen eläintoimintaa, toiminnan aikana sekä toiminnan jälkeen.

Havainnoinnin perusteella suurin muutos tapahtui puheentuottamisen spontaanuudessa. Seitsemästä havainnoitavasta viidellä tapahtui positiivisia muutoksia spontaanin puheen muodostuksessa. Spontaanin puheetta muodostettiin enemmän eläintoiminnan aikana verrattuna ennen eläintoimintaa tapahtuneeseen havainnointiin. Lisäksi kolmella havainnoitavista spontaanin puheen muodostus lisääntyi myös eläintoiminnan jälkeen verrattuna ennen eläintoimintaa tapahtuneeseen havainnointiin. Havainnointilomakkeiden mukaan yhdellä havainnoitavista tapahtui lisäksi positiivisia

muutoksia puheen tuottamisessa vuorovaikutuksessa. Havainnoitava tuotti puhetta vuorovaikutuksessa huomattavasti enemmän eläintoiminnan aikana ja sen jälkeen verrattuna ennen eläintoimintaa tapahtuneeseen havainnointiin.

Havainnointilomakkeiden puheentuottamisen osa-alueella tarkasteltiin myös havainnoitavien tuottaman puheen ymmärrettävyyttä. Havainnointilomakkeiden mukaan puheen ymmärrettävyys parani kahdella havainnoitavasta eläintoiminnan aikana tai sen jälkeen verrattuna eläintoimintaa edeltäneeseen havainnointiin.

Eläinten positiivinen vaikutus näkyi myös muissa vuorovaikutuksen elementeissä. Muun muassa elekielen käyttäminen lisääntyi neljän havainnoitavan kohdalla eläintoiminnan aikana. Lisäksi aggressiivisessa käyttäytymisessä havaittiin jonkin verran vähentymistä, vaikkakaan tutkittavien joukossa ei alun perinkään ollut kovin aggressiivisia henkilöitä. Kahden havainnoitavan kohdalla voitiin havaita surullisuuden vähenevän eläintoiminnan aikana. Myös yhden havainnoitavan kohdalla havaittiin iloisuuden lisääntymistä ja kaiken kaikkiaan koko ryhmässä eläinten läsnäolo tuotti ilon tunteita. Levottomaan käytökseen eläintoiminnalla ei havaittu olevan vaikutusta.

Opinnäytetyön tulosten perusteella eläintoiminnalla on selviä vaikutuksia myös vanhusten sosiaaliseen osallistumiseen. Tämä näkyi muun muassa siinä, että usea havainnoitava aloitti keskustelun spontaanisti. Yhdellä havainnoitavalla havaittiin myös positiivisia muutoksia keskusteluun osallistumisessa. Myös toisten seuraan hakeutuminen lisääntyi useammalla tutkittavalla eläintoiminnan seurauksena. Myös keskustelun seuraaminen näytti useamman havainnoitavan kohdalla lisääntyvän.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli havainnoida myös eläintoiminnan vaikutuksia muistisairaiden ihmisten fyysiseen toimintakykyyn. Eläintoiminta oli tämän opinnäytetyön puitteissa kuitenkin niin lyhytaikaista, että näkyviä vaikutuksia fyysisen toimintakyvyn muutokseen ei voitu havaita. Kuitenkin fyysinen aktiivisuus näytti lisääntyvän joillakin havainnoitavista. Havainnointilomakkeiden mukaan kolmella havainnoitavista näkyi selviä muutoksia fyysisen aktiivisuuden lisääntymisessä. Fyysisen aktiivisuuden lisääntyminen näkyi käsien ja jalkojen liikuttelemisellä toiminnan aikana, esimerkiksi koiran silittelemisenä tai eläimen luo hakeutumisenä.

3.2 Eläintoiminnan muut havaitut vaikutukset

Vaikka eläintoiminnalla havaittiin tämän opinnäytetyön perusteella olevan monia positiivisia vaikutuksia muistisairaiden osallistumiseen, havaittiin myös muutamia ei-toivottuja vaikutuksia. Yhdellä havainnoitavista iloisuus tuntui vähentyvän eläinten tultua samaan tilaan. Kyseinen ihminen ei tuntunut välittävän eläinten seurasta. Erityisesti toiminnan jälkeen havainnoitavan iloisuus vähentyi entisestään. Havainnoitavalla

lisääntyivät lisäksi surullisuus ja aggressiivisuus toiminnan jälkeen, kuitenkin ennen toimintaa sekä toiminnan aikana kyseiset tunteet pysyivät neutraaleina. Tämän tutkimuksen perusteella ei voida kuitenkaan päätellä, oliko juuri eläinten läsnäolo se tekijä, joka näitä negatiivisia muutoksia aiheutti.

Kahdella havainnoitavalla huomattiin toiminnan jälkeen vähentymistä puheen tuottamisen spontaaniudessa ja keskustelun aloittamisessa. Tämä todennäköisesti selittyi toiminnan jälkeisenä väsymyksenä, koska kyseiset havainnoitavat olivat varsin innostuneita ja aktiivisia toiminnan aikana.

Opinnäytetyö osoitti, että eläinten läsnäolo hoivakodissa sai vanhuksat kiinnostuneiksi eläimistä sekä lisäämään spontaania puheentuottamista toisille asukkaille ja eläimille. Vaikka kaikkia eläimiä ei tunnistettu, erityisesti koirat ihastuttivat ja ihmetyttivät. Asukkaista oli havaittavissa se, että osa vanhuksista oli selvästi toisia eläinrakkaampia, mutta eläinten läsnäolo kiinnosti silti lähes jokaista. Lisäksi asukkaiden keskuudessa syntyi keskustelua vanhusten aikaisemmin omistamista lemmikeistä tai perheissä olleista koirista.

Maatilavierailulla käyneet vanhuksat olivat erittäin innoissaan ja silittivät ja hellivät eläimiä sekä kutsuivat niitä luokseen. Myös liikkuminen maalaisympäristössä onnistui, vaikka se oli haasteellisempaa kuin vakituksessa asuinympäristössä.

3.3 Opinnäytetyön pohdintaa

Tämän opinnäytetyön tulokset osoittivat, että eläinten vieminen osaksi muistisairaiden arkea voi tukea muistisairaiden hyvinvointia ja aktiivisuutta. Erityisesti positiivisia muutoksia havaittiin spontaanissa puheen tuottamisessa ja sosiaalisessa osallistumisessa. On kuitenkin huomioitava, että tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen otos oli hyvin pieni, eikä siten ole kovin hyvin yleistettävissä. Havainnointilomake ei myöskään pystynyt tuomaan esiin muutoksia jo ennestään iloisten ja aktiivisten muistisairaiden käytöksessä. Lomake tuntui toimivan paremmin hiljaisemmillä ja syrjäanvetäytyvillä ikäihmisillä ja tuovan esiin heidän toiminnassaan tapahtuvia positiivisia muutoksia. Havainnointi koettiin menetelmänä haastavaksi ja osa saaduista tuloksista pohjautuu opinnäytetyön tekijän omaan tulkintaan. Jatkotutkimusta aiheesta suunniteltaessa tulisikin havainnoinnin tueksi suorittaa havainnoinnin videointia, jolloin huolellinen analysointityö voitaisiin toteuttaa jälkikäteen. Tutkimuksen positiiviset tulokset antavat kuitenkin aihetta tutkia eläinten hyvinvointia tukevaa vaikutusta tarkemmin.

4 LOPUKSI

Jatkuvasti lisääntyvä tutkimusnäyttö luonnon monimuotoisuuden hyödyntämisestä ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin tukena antaa mahdollisuuden kehittää entistä parempia ja yksilöllisempiä terveydenhuoltopalveluja. Viimeaikaiset tutkimukset luonnon ja eläinten hyödyntämisestä vanhusten ja erityisesti muistisairaiden hoidon tukena tulisikin huomioida palveluja kehitettäessä. Tarve liikkua luonnossa ja nauttia luonnon tarjoamista virkistymismahdollisuuksista säilyy usein toimintakyvyn heikentymisestä ja sairauksista huolimatta. Tämän vuoksi myös ikääntyville tulisi taata yhtäläiset mahdollisuudet nauttia luonnosta ja eläinten positiivisista vaikutuksista. Luontotoiminnan ja eläinten avulla on mahdollista ylläpitää ikääntyvien fyysistä ja psyykkistä terveyttä, lisätä sosiaalista aktiivisuutta ja siten tukea laadukasta elämää.

LÄHTEET

- de Boer B., Hamers, J., Beerens, H., Zwakhalen S., Tan, F. & Verbeek, H. 2015. Living at the farm, innovative nursing home care for people with dementia - study protocol of an observational longitudinal study. *BMC Geriatrics* 15 (144).
- De Bruin, S., Oosting, S. J., Tobi, H., Blauw, Y. H., Schols, J. M. & De Groot, C. P. 2010. Day care at green care farms: a novel way to stimulate dietary intake of community-dwelling older people with dementia? *Journal of nutrition, health & aging* 14 (5), 352-357.
- Kuusela, K. 2007. Asfalttilampola. Luonto palvelutalossa asuvien vanhusten elämässä. KaupunkiElvi-hankkeen osaraportti 4. [Verkkojulkaisu]. Rovaniemi: Lapin yliopisto. [Viitattu 25.10.2016]. Saatavana: <https://www.ulapland.fi/loader.aspx?id=7252ac3b-a3f1-4be3-bdad-8b829199b9ae>
- Langinvainio, H., Joutsenniemi, K. & Pankakoski, M. 2014. Koiranomistajuus Suomessa: Tutkimus hyvinvointi- ja terveystekijöistä Terveys 2000-aineiston valossa. [Verkkojulkaisu]. Suomen Kennelliiton julkaisuja 1/2014. [Viitattu 10.10.2016]. Saatavana: http://www.kennelliitto.fi/sites/default/files/media/kennelliitto_julkaisu_koiranomistajuus_suomessa.pdf
- Leppäaho, M. 2016. Luontoavusteinen hoivatyö. Toimijuuden kehittyminen ja toiminnan kriittiset pisteet työntekijöiden kertomana. [Verkkojulkaisu]. Jyväskylän yliopisto. Sosiaalityön Pro gradu -tutkielma. [Viitattu 25.10.2016]. Saatavana: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/50352/URN%3ANBN%3Afi%3Aju-201606163107.pdf?sequence=1>

VUOROVAIKUTUS PSYKOSOSIAALISESSA TYÖSSÄ – ARVIOINNIN MALLI SIMULOITUIHIN OPPIMISTILANTEISIIN

*Elina Kangasluoma, YTM, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala*

*Helena Sarvikas, FM, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala*

1 JOHDANTO

Jo sosiaalityön ammatillistumisen ensihetkistä alkaen kysymys oikeasta ja aidosta sosiaalityöstä on pohdituttanut sosiaalityötä tekeviä, siitä keskustelevia ja kirjoittavia. Kysymys on erityisen ajankohtainen tällä hetkellä pyrittäessä turvaamaan hyvinvointia yhteiskunnallisten mullistusten aiheuttamissa, entistä vaikeammassa psykososiaalista apua vaativissa elämäntilanteissa. Samanaikaisesti myös sosiaaliturvajärjestelmän uudistaminen ja erityisesti asiakaslähtöisyyteen ja kustannustehokkuuteen pyrkivä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos (Sote-uudistus) herättelevät ammattilaisia pohtimaan, mistä aidosta sosiaalityössä todella on kyse. Erityisesti toimeentulotuen perusosan siirron kunnan sosiaalitoimelta Kansaneläkelaitos Kelaan vuoden 2017 alusta alkaen odotetaan tuovan lisää tilaa oikealle, aidolle sosiaalityölle. Mitä aito sosiaalityö sitten todella on, ja miten se sosiaalityön kentällä näyttäytyy? Vastauksina kysymyksiin monet sosiaalityön ammattilaiset tuovat esiin näkemyksensä, jonka mukaan aidossa sosiaalityössä on pohjimmiltaan kyse aidon, välittävän, auttavan, tukevan, tasavertaisen, luottamuksellisen ja kunnioittavan asiakassuhteen rakentamisesta. Tämänkaltainen dialoginen sosiaalityö mahdollistaa todellisen tavoitteellisen muutostyön, jonka kautta asiakas pääsee yhdessä työntekijän kanssa tarkastelemaan asenteitaan, uskomuksiaan, tunteitaan, ajatuksiaan, reaktioitaan, toiveitaan ja haaveitaan. Turvallisessa asiakassuhteessa työntekijän ja asiakkaan välisen yhteisen vuorovaikutussuhteen avulla asiakas rohkaistuu rakentamaan ja toteuttamaan tavoitteitaan. Aidossa sosiaalityössä on siis kyse psykososiaalisesta sosiaalityöstä ja sen tuottavista erityisistä vuorovaikutuksen osa-alueista ja piirteistä.

Useissa sosiaalityön määritelmissä korostetaan erityisesti sosiaalityön vuorovaikutuksellista luonnetta (Niemelä 2016, 97). Ylipäätään sosiaalityön perusytimenä pidetään hyvää ammatillista vuorovaikutusta asiakkaiden kanssa, mutta sosiaalityössä ammatillisena käytäntönä on osaamisalueita, kuten psykososiaalinen sosiaalityö, joka

toteutuakseen vaatii vielä erityistä hyvän ammatillisen vuorovaikutuksen ylittävää, paneutuvaa ja tavoitteellista vuorovaikutuksellista erityisosaamista. Sosiaalityössä kohdattavat psykososiaalista työskentelyä edellyttävät asiakkaiden elämäntilanteet ja ihmissuhteet ovat vaikeutuneet, yhteiskunta on moniarvoistunut ja samanaikaisesti myös monet sosiaalialan ammattilaiset nimeävät työnsä kehittämisen kohteeksi vuorovaikutusosaamisensa. Tästä kertovat myös useat aiheeseen liittyvät sosiaali- ja terveysalan hankkeet. (Ks. Innokylä, [viitattu 21.10.2016]; Hänninen & Poikela 2016, 148–149.) Asiakasyhteistyötä ja asiakastyön vuorovaikutusta on tutkittu runsaasti sosiaali- ja terveysalalla ja useissa tutkimus- ja kehittämishankkeissa on kehitetty työkäytäntöjä ja työvälineitä (Poikela 2010, 23).

Kiinnostus psykososiaalista sosiaalityötä kohtaan on kasvanut, kun sen tarve yhteiskunnassa on lisääntynyt. Psykososiaalista työskentelyä vaativat ongelmat ovat lisääntyneet ja vaikeutuneet 1990-luvulta lähtien (Raunio 2009, 178). Tästä ovat osoituksena useat aiheeseen liittyvät artikkelit, opinnäytetyöt ja myös kehitetyt uudenlaiset sosiaalityön vuorovaikutukselliset menetelmät ja tekniikat, joita psykososiaalisena sosiaalityönä nykyisin hyödynnetään. Psykososiaalisen sosiaalityön käsitteen sisällöistä ei ole selvää yksimielisyyttä, mutta yhteistä kaikille näkemyksille on kuitenkin se, että niiden mukaan psykososiaalinen sosiaalityö edellyttää työntekijältä toteutuakseen vahvaa vuorovaikutusosaamista. Psykososiaalinen sosiaalityö on byrokratiatyötä ja palvelutyötä haasteellisempaa, koska se edellyttää laaja-alaisempaa asiantuntemusta asiakkaan ongelmista ja niiden ratkaisemisesta asiakkaan ja työntekijän välisessä vuorovaikutuksessa (Raunio 2009, 178). Kasvokkain tapahtuvaan vuorovaikutukseen perustuva auttamistyö määrittää psykososiaalista lähestymistapaa. Tällöin työntekijältä vaaditaan kasvokkain tapahtuvaan vuorovaikutukseen perustuvien menetelmien hallintaa. (Toikko 1997, 180–181.)

Psykososiaalinen sosiaalityö ei siis itsessään ole sosiaalityön menetelmä, vaan yleisempi lähestymistapa (Raunio 2009, 178–179). Psykososiaalinen työskentely muotoutuu kussakin tilanteessa erityislaatuiseksi siihen osallistuvien henkilöiden välisen vuorovaikutuksen ja kulloinkin käytetyn vuorovaikutuksellisen menetelmän mukaan. Työntekijän oma psykososiaalisen sosiaalityön ammattifilosofia vaikuttaa siihen, millaiseksi vuorovaikutustilanne muotoutuu. Hyvin usein työntekijät omaa intuitiotaan hyödyntäen soveltavat useita erilaisia teoreettisia näkemyksiä ja lähtökohtia, eivätkä aina välttämättä osaa tuoda esiin ja nimetä psykososiaalisen työskentelynsä taustaa, lähtökohtia ja periaatteita. Sosionomiopiskelijoiden kokemusten mukaan monesti on myös niin, etteivät työntekijät osaa liittää omaa vahvaa vuorovaikutusosaamistaan psykososiaalisen käsitteen alle tai tarkemmin eritellä, mistä psykososiaalisen työn vuorovaikutuksessa oikeastaan on kyse.

Psykososiaalinen sosiaalityö on terapeuttiluonteista olematta terapiaa (Toikko 1997; Granfelt 1993; Sipilä 1989; Raunio 2009), ellei työntekijä sitten ole koulutautunut myös terapeutiksi ja sovelta työssään jotakin terapiasuuntausta. Yhteistä kirjallisessa muodossa olevaa käsitystä siitä, mitä psykososiaalisen sosiaalityön mukainen vuorovaikutus ja viestintä tarkemmin tulisivat olla, ei ole olemassa. Terapeuttiluonteisuus ja dialogisuuden yleisemmät määritelmät eivät vielä riitä auttamaan opiskelijoita ja sosiaalialalla jo toimivia kehittämään omaa psykososiaalisen työn vuorovaikutusosaamistaan. Toisaalta sosiaalityö hyödyntää tässäkin muita tieteenaloja ja niiden erilaisia vuorovaikutuksen ja viestinnän tutkimuksen tuloksia. Sosiaalityön omista teksteistä on alettu pohtia tarkemmin sosiaalityön edellyttämän vuorovaikutuksen ominaispiirteitä ja niiden yhteyttä asiakastyön etiikkaan (ks. Poikela 2010; Laitinen & Pohjola, 2010, 9).

Psykososiaalisen sosiaalityön vuorovaikutustilanteissa korostuva asiakkaan tai asiakkaiden dialoginen ja arvostava kohtaaminen edellyttävät, että työntekijä kykenee hyödyntämään intuitiotaan ja toimimaan joustavasti. Tällöin vuorovaikutustilanteiden tiukka tietyn kaavan mukainen eteneminen saattaa olla monin tavoin haitallista. Vuorovaikutustaitojen oppimisen ja sosiaalialan työntekijänä kehittymisen näkökulmista on kuitenkin tarpeellista rakentaa omaa psykososiaalisen sosiaalityön vuorovaikutuksen näkökulmaa kokoamalla yhteisiä näkemyksiä, vuorovaikutustutkimusten tuloksia ja niiden pohjalta rakennettuja periaatteita. Monia näistä periaatteista jo sovelletaankin psykososiaalisessa työssä, vaikka niitä ei aina osattaisikaan yhdistää psykososiaalisen sosiaalityön lähestymistapaan. Näin voimme pyrkiä vastaamaan kysymykseen, mitä psykososiaalinen sosiaalityö perimmältään on, ja mistä aidossa sosiaalityössä pohjimmiltaan on kyse. Artikkelimme tavoitteena on rakentaa näkemys siitä, mistä tekijöistä psykososiaalisen sosiaalityön vuorovaikutus rakentuu ja mihin tekijöihin psykososiaalisen sosiaalityön vuorovaikutuksen ammattilaisen tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Tuomme esiin psykososiaalisen työn vuorovaikutuksen ominaispiirteitä ja rakennamme samalla arviointitaulukkoa, jonka tehtävänä on edistää psykososiaalisen sosiaalityön vuorovaikutustaidoissa harjaantumista. Tässä artikkelissamme asiakkuus ja vuorovaikutustilanteessa toimijat määritellään psykososiaalisesti määrittyvän kohtaamis- ja vuorovaikutustilanteen kautta, jolloin ei oteta kantaa siihen, kenellä on oikeus tehdä psykososiaalista sosiaalityötä ja kuka tai ketkä hyväksytään asiakkaiksi. Psykososiaalisessa sosiaalityössä työskennellään yksilöiden, perheiden tai ryhmien kanssa sosiaalisten ja psyykkisten kysymysten muodostaessa työn kohteen (Granfelt 1993, 177). Psykososiaalinen sosiaalityö syntyy vuorovaikutustilanteessa, ja se on tunnistettavissa psykososiaalisesti sosiaalityöksi siinä ilmenevien, sosiaalisten ja psyykkisten kysymysten huomioivan vuorovaikutuksen erityispiirteiden vuoksi.

2 HYVÄ AMMATILLINEN VUOROVAIKUTUS JA VUOROVAIKUTUSTAITOT

Käytännössä hyvä ammatillinen vuorovaikutus ja psykososiaalisessa sosiaalityössä tarvittava ainutlaatuinen dialogisuutta korostava vuorovaikutus saatetaan ongelmattomasti nähdä jopa täysin identtisinä. Toki hyvä ammatillinen vuorovaikutus muodostaa kantavan perustan psykososiaalisen sosiaalityön vuorovaikutukselle, mutta pelkästään hyvän ammatillisen vuorovaikutuksen avulla ei ole mahdollista saavuttaa psykososiaalisen sosiaalityön vuorovaikutukselle asetettavia vaatimuksia. Raunio (2009, 99–100) mukaan tarvitaan sosiaalityötä, joka ei jätä asiakkaita eteisen puolelle, vaan kutsuu heidät paneutuvaan työskentelyyn. Arnkillin (1988; 2005, 156–159) mukaan sosiaalityön ammatillisissa käytännöissä sosiaalityöntekijät työskentelevät joidenkin asiakkaidensa kanssa paneutuvammin, toisten asiakkaiden jäädessä peräkammarin sijasta eteisen puolelle pinnallisemmin autetuiksi. Vaikeaksi ja yhteistyökyvyttömäksi kokemansa asiakkaan kanssa työntekijä ei halua työskennellä paneutuvasti, vaan hän toimii etäisesti, virkamiesmäisen neutraalisti. Toki on myös huomioitava, ettei kaikilla ole tarvetta paneutuvaan työskentelyyn. (Raunio 2009, 99–100.)

Voidaankin miettiä, riittääkö pinnallisempi ote asiakkaan kohtaamisen vuorovaikutustilanteissa hyväksi ammatilliseksi vuorovaikutukseksi vai voidaanko sosiaalityön yhteydessä puhua lainkaan hyvästä ammatillisesta vuorovaikutuksesta, mikäli se on tasoltaan pinnallista pelkästään yleisimpiä hyvän vuorovaikutuksen periaatteita noudattavaa. Sosiaalityön määrittelyissä sivutaan usein myös sosiaalityön ja vuorovaikutuksen suhdetta, jolloin vuorovaikutuksen luonne ja merkitys painottuvat eri tavoin riippuen siitä, millaisesta sosiaalityön osajärjestelmästä on kyse (Kangasluoma 2014, 22; ks. myös Sipilä 1989). Sosiaalityö asiakastyönä voidaan Sipilän (1989) mukaan määrittellä byrokratiatyöksi, palvelutyöksi ja psykososiaaliseksi sosiaalityöksi. Byrokraatioissa byrokratiatyönä tuotetaan päteviä päätöksiä erillisistä asioista tiukasti normit huomioiden eikä se riitä sosiaalityöksi. (Sipilä 1989, 213–215.) Byrokratia voi myös asettaa sanktioita, ellei asiakas toimi ohjeiden mukaan. Esimerkiksi toimeentulotuen myöntämisprosessi ilman kasvokkaista kohtaamista asiakkaan kanssa tai kohtaamistilanne, jossa keskitytään pelkästään siihen, ovatko kaikki menot ja tulot kirjallisesti varmasti oikein esitetty, kuvastaa byrokratian toimintaa. Vuorovaikutus asiakkaan kanssa on järjestelmäkeseistä, ellei kohtaamiseen oteta palvelutyön tai psykososiaalisen sosiaalityön vuorovaikutuksen aineksia.

Sosiaalityöstä huomattavan suuren osan muodostaa neuvonta- ja palvelutyö, jossa asiakkaalle etsitään soveltuvia palveluita ja ratkaisuja inhimilliseen ongelmaan. Organisaatio ei määritä työn toteuttamistapaa, vaan työskentely perustuu yleisiin normeihin. Sosiaalityöntekijästä muotoutuu asiakkaan palvelija ja hyvin asioista tietävä asiakas on aina oikeassa. Psykososiaalinen työ puolestaan pyrkii ihmisen psyykkiseen selviytymiseen ja muutokseen hänen ajattelu- ja toimintatavoissaan. Tyypillisimmin

psykososiaalista työtä tarvitaan lastensuojelussa, päihdehuollossa, kriminaalihuollossa ja mielenterveystyössä. (Sipilä 1989, 213–228.) Palvelutyön asiakkaalla on moninainen asema vuorovaikutuksessaan työntekijän kanssa. Yhtäältä hän itse viime kädessä määrittelee, miten hän saamiaan neuvoja hyödyntää, mutta samanaikaisesti hän vuorovaikutustilanteessa asettuu neuvottavaksi eli alisteiseen asemaan suhteessa työntekijään. (Kangasluoma 2014, 23.) Olkoonkin, että hän itse on saattanut olla aloitteellinen neuvojen kysyjä. Byrokratiatyössä sosiaalityöntekijä on julkinen auktoriteetti, joka kontrolloi byrokratialle alisteista asiakasta lainsäädännön ja organisaation normien avulla. Byrokratia kuitenkin mahdollistaa asiakkaiden tasavertaisen kohtelun (Sipilä 1989, 214).

Sosiaalityötä asiakastyönä voidaan myös Jokisen (2016, 138–147) tavoin tulkita sosiaalityöntekijän ja asiakkaan välisenä neljästä ulottuvuudesta rakentuvana suhteena, jotka vaikuttavat vastavuoroisesti toisiinsa asiakastilanteessa työntekijän ja asiakkaan välisen suhteen muotoutuessa. Nämä ulottuvuudet luovat asiakassuhteen edellytyksiä ja vaikuttavat siihen, millaiseksi asiakassuhde muotoutuu.

Yhteiskunnallisessa suhteessa korostuvat sosiaalityön yhteiskunnallinen paikka, tehtävät, toimintaedellytykset ja yhteiskunnassa vallalla oleva (uusliberalistinen) asiakasta työmarkkinoille aktivoiva eetos. Tällöin kohtaavat viranomainen ja (ongelma) kansalainen.

Institutionaalinen suhde puolestaan asemoi asiakkaan instituution asiakkaaksi ja työntekijän instituution edustajaksi, jolloin suhteessa korostuvat instituution tavoitteiden, sääntöjen ja ohjeiden noudattaminen sekä asiakkaan sovittaminen instituutioon soveliaaksi. (Jokinen 2016, 138–146; ks. Sipilän 1989 byrokratiatyö.) Asiakasta kuvaava kieli on ongelmalähtöistä ja työntekijä käyttää määrittely- ja päätöksentekovaltaa, jossa kuitenkin asiakkaan oikeudet huomioidaan. Erilaiset tietojärjestelmät ja dokumentointi ovat olennaisia institutionaalisisessa työssä. Vuorovaikutustilanteena asiakkaan ja työntekijän kohtaaminen institutionaalisisessa kontekstissa on aina jossain määrin epäsymmetristä. Heritageen (1997, 236–240) nojautuen Jokinen (2016, 141) tuo esiin epäsymmetrisyyden ilmenevän asiakastilanteen vuorovaikutuksessa ensinnäkin siten, että työntekijä hallitsee keskustelua kysymyksillään, keskusteluaiheiden valinnoilla ja aiheen vaihdoilla. Lisäksi työntekijä myös tietää enemmän instituution yleisistä toimintaperiaatteista ja toimintatavoista (Jokinen 2016, 141–142).

Ammatillisessa auttamissuhteessa kohtaavat sosiaalityön professiota edustava työntekijä ja hänen apua tarvitseva asiakkaansa, jolloin asiakassuhde rakentuu sosiaalityön profession eettisten periaatteiden ja arvo- ja tietopohjan mukaisesti kansatoimijuuteen pyrkiväksi tavoitteelliseksi muutostyöksi (Jokinen 2016, 142, 146). Vastavuoroisuudesta, kunnioituksesta, itsemääräämisoikeudesta, luottamuksesta, rehellisyydestä, avoimuudesta ja empatiasta rakentuvat ammatillisen auttamissuhteen

kantavat voimat (Heinonen & Spearman 2010, 102–110 Jokisen 2016, 142 mukaan). Olennaiseksi muotoutuu asiakkaan ja työntekijän välisessä kohtaamisessa, vuorovaikutuksessa muodostuva tieto sekä näin moniäänisyyden ja ajatusten yhteiskehittelyn kautta syntyvä jaettu, neuvotteleva tai dialoginen asiantuntijuus (Jokinen 2016, 143).

Vuorovaikutuksessa rakentuvassa suhteessa sekä työntekijä että asiakas ovat vuorovaikutuksen osapuolia, jolloin suhteen rakentumisessa korostuvat kohtaamisen ja vuorovaikutuksen merkitys ja pyrkimys vastavuoroiseen suhteeseen. Suonisen (2000) tavoin tällöin muodostuvaa suhdetta voidaan kuvata kulttuurisen tanssin metaforan avulla, jolloin vuorovaikutustilanteessa asiakas ja työntekijä tulkitsevat toisiaan ja osapuolten välille rakentuu kulttuurisesti annettuja vuorovaikutusasetelmia, kuten haastattelun aloittaminen-haastateltavaksi asettuminen, neuvonnan aloittaminen-neuvon vastaanottajaksi asettuminen ja ongelmista kertomisen aloittaminen-empaattiseksi kuuntelijaksi asettuminen. Vastavuoroisessa asiakassuhteessa kuulluksi tuleminen on ehdotonta. (Jokinen 2016, 144–146.)

Vuorovaikutussuhteessa tulisi Jokisen (2016, 147) mukaan pyrkiä vastavuoroiseen asiakassuhteeseen. Asiakassuhde ei siis kuitenkaan automaattisesti ole vastavuoroinen, vaikka asiakastyötä voidaankin tutkia vuorovaikutussuhteen näkökulmasta. Vuorovaikutussuhteen luonteeseen vaikuttavat myös Jokisen (2016) muotoilemat muut ulottuvuudet ja niiden työntekijälle ja asiakkaalle asettamat odotukset ja ulottuvuuksien väliset ristiriitaisuudet. Vuorovaikutustilanteeseen vaikuttavat myös niin asiakkaan kuin työntekijän osalta puhe eli sanallinen viestintä, kehon kieli eli nonverbaalikka (katse, äänensävy, kasvojen ilmeet, vartalon asento, etäisyys jne.), temperamentti, aistit, tunteet, intuitio, itsetunto, alitajunta, tiedostamaton, minäkäsitys, persoonallisuus, kokemukset ja sukupuoli (ks. Toivakka & Maasola 2011, 29–30).

Mistä sitten vuorovaikutustaidoissa pohjimmiltaan on kyse? Vuorovaikutustaidot ovat sosiaalista vuorovaikutusta, jolla tarkoitetaan ihmisten välistä toimintaa erilaisissa ympäristöissä. Tällöin siihen sisältyvät myös käsitteet sosiaaliset suhteet ja sosiaaliset taidot. Sosiaalisten suhteiden avulla kuvataan sosiaalisen vuorovaikutuksen luonnetta ja sen erilaisia laadullisia piirteitä. Sosiaaliset taidot sisältyvät sosiaaliseen kompetenssiin, jonka alue kattaa ihmisen sopeutumiseen liittyviä taitoja. Näitä keskeisiä vuorovaikutustaitoja ovat kommunikaatio- eli viestintätaidot (keskustelutaidot) sekä sosiaaliseen kyvykkyyteen liittyvät taidot, kuten kyky tulla toimeen toisten ihmisten kanssa, kyky toimia erilaisissa ryhmissä, hyvät neuvottelutaidot, esiintymistaito, sosiokognitiiviset taidot ja yhteistoimintakyky. Sosiaalisen havaitsemisen ja herkkyyden taidot auttavat havaitsemaan ja tulkitsemaan toisen ihmisen tai ihmisten tilannetta tai asemaa sosiaalisessa kentässä ja tulkitsemaan sosiaalisen herkkyyden kautta toisen sanatonta eli nonverbaalia viestintää. (Kauppila 2011, 19–24.) Erittäin olennainen vuorovaikutustaitoihin lukeutuva kyky sosiaalityössä on kyky empatiaan. Empatian avulla kyetään ymmärtämään toista ja osallistumaan tunnetasolla toisen ihmisen tilanteeseen (Kauppila 2011, 24).

Vuorovaikutus voidaan jakaa viiteen erilaiseen tasoon: sanallisen eli verbaalin viestinnän tasoon, tunteiden viestinnän tasoon, intuitiivisen viestinnän tasoon, fyysisen eli nonverbaalin viestinnän tasoon ja voimien viestinnän tasoon. Sanallinen viestintä sisältää puheilmaisun sanalliset muodot ja koko kielenkäytön. (Kauppila 2011, 27.) Puheviestintä on vuorovaikutuksen perusmuoto, jonka avulla kasvokkaisessa vuorovaikutustilanteessa osallistujat tuottavat, jakavat ja tulkitsevat merkityksiä yhdessä hyödyntäen kasvokkaisen vuorovaikutuksen, puheviestinnän taitojaan. Näitä taitoja ovat esimerkiksi havainnoimisen ja kuuntelemisen taidot, viestinnän kohdentamisen ja sanoman rakentamisen taidot, havainnollistamisen taito ja erilaiset ryhmässä toimimisen ja vaikuttamisen taidot. (Maasola & Toivakka 2011, 30.) Tunteiden viestinnän taso on tunnetilojen havaitsemista ja tunteisiin vastaamista. Tunnetiloilla on taipumus tarttua henkilöstä toiseen. (Kauppila 2011, 27.) Intuitiivisen viestinnän kautta mahdollistuu toisen ihmisen ydinminän, hänen yksilöllisen arvonsa ja olemassaolonsa oikeuden tunnistaminen, jolloin intuitiivisen viestinnän kautta välittyy luottamusta, arvostusta ja kunnioitusta (Dunderfelt 2001, 24). Nonverbaali viestintä muodostaa merkittävän osan vuorovaikutuksesta. Erilaisissa vuorovaikutustutkimuksissa on tuotu esiin, että ihmisellä on taipumus luottaa nonverbaalin viestinnän kautta saamaansa tietoon enemmän kuin puheen kautta saatuun tietoon. Sanattoman viestinnän osuuden on arvioitu erilaisissa tutkimuksissa muodostavan keskimäärin 60 % sosiaalisessa kanssakäymisessä (Kauppila 2011, 33). Nonverbaali viestintä ja vuorovaikutus muodostuvat eleistä, katseen käytöstä, kasvon ilmeistä, kehon asennosta, tilan käytöstä sekä ihmisten etäisyydestä ja läheisyydestä. (Kääntä & Haddington 2011, 16–17; Kauppila 2011, 33.) Näiden lisäksi sanattoman viestinnän muotoja ovat ulkoasu, ajankäyttö sekä äänet ja tempo (Kauppila 2011, 34).

Hyvä vuorovaikutus ihmisten kesken sitoo ihmisiä yhteen, auttaa arvostamaan toista, kokemaan empatiaa, ilmaisemaan tunteita, tukemaan itsetuntoa ja auttaa hyvän itsetunnon ja itsetuntemuksen kehittämisessä ja kehittämisenessä, vaikuttaa myönteisten tunteiden ilmenemiseen, auttaa negatiivisten tunteiden käsittelyssä, vaikuttaa asenteisiin ja arvoihin. Hyvän vuorovaikutuksen kautta tuetaan ja rohkaistaan sekä opitaan toisesta ihmisestä kuin itsestään. Onnistunut vuorovaikutus myös aikaansaa auttamistahtoa ja herkkyyttä pyrkiä tavoittamaan toisen ihmisen sanomaa, viestejä sekä ylipäättään tunne- ja ajatusmaailmaa. Toivakan ja Maasolan (2011, 29–32) mukaan vuorovaikutus on sosiaalista kommunikointia, jonka malli, miten toiseen ihmiseen olla suhteessa, rakentuu jo varhaislapsuuden ensimmäisten ihmissuhteiden kautta. Lapsi oppii, että kohtaaminen edellyttää toisen kuuntelemista ja tulkitsemista. Malli rakentaa perustan sille, miten ihminen myöhemmin elämässään suhtautuu ja osallistuu vuorovaikutukseen sekä miten hän havainnoi ja tulkitsee vuorovaikutustilanteissa. (Mts, 29.) Vuorovaikutus on monimutkainen, jatkuvassa muutoksessa oleva, päättymätön prosessi, joka perustuu merkkeihin, joiden on yhteisesti sovittu tarkoittavan joitakin asioita. Kaiken kaikkiaan vuorovaikutus on kontekstisidonnaista ja lähes aina kulttuurisidonnaista. Yhteistoiminnallisuus määrittää vuorovaikutusta, jolloin vuorovaikutus

käsitteensä mukaisesti ilmentää toisiinsa vuorotellen vaikuttamista. Puhuja ja kuuntelija, ylipäätään henkilöt, jotka viestintätapahtumaan osallistuvat, vaikuttavat samanaikaisesti toisiinsa jakaen, tuottaen ja tulkiten merkkejä ja merkityksiä. Perimmiltään vuorovaikutuksen avulla halutaan välittää jokin viesti. (Kielijelppi, [viitattu 22.10.2016].)

Sosiaalialan ammattilainen tarvitsee hyviä vuorovaikutustaitoja kyetäkseen auttamaan ja tukemaan asiakastaan hänen pyrkimyksissään, kuntoutumisessaan, voimaantumisessaan ja elämänhallinnan saavuttamisessa. Vuorovaikutustaitojen hallinnan ja kehittämisen vaateet asiakastyössä perustuvat lainsäädäntöön ja sosiaalialan ammattilaisten eettiseen ohjeistoon. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 22.9.2000/812) vaatii kohtelevaan asiakasta hyvin ja kuulemaan hänen mielipiteensä ja toiveensa. Asiakkaan etu, yksilölliset tarpeet, hänen äidinkielenensä ja kulttuuritaustansa on myös huomioitava työskentelyssä. Hänen itsemääräämisoikeuttaan on myös kunnioitettava. (L sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista.) Myös uudessa sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) asiakaskeskeisyyttä korostetaan, jolloin jokainen asiakas tulee kohdata ihmisarvoisena yksilönä, jonka tarpeiden kuuleminen on työn lähtökohta (Sosiaalihuoltolain soveltamisopas 2015). Sosiaalialan ammattilaisten eettisissä ohjeissa korostetaan ihmisoikeuksia ja ihmisarvon kunnioittamista. Tällöin ammatillisessa vuorovaikutuksessa on huomioitava asiakkaan itsemääräämisoikeus, osallistumisoikeus, oikeus tulla kohdatuksi kokonaisvaltaisesti ja oikeus yksityisyyteen. (Arki, arvot, elämä, etiikka 2013.)

Sosionomilta edellytettävän osaamisen esiintuovissa sosiaalialan ammattikorkeakoulutuksen kompetensseissa (v. 2016) yhtenä kuudesta kompetenssista on Asiakastyön osaaminen -kompetenssi. Tässä kompetenssissa korostetaan, että sosionomi osaa luoda ammatillisen vuorovaikutus- ja yhteistyösuhteen, arvioida asiakkaan palvelutarpeita sekä tukea yksilöiden kasvua ja kehitystä, tukea perheiden arkea ja perheenjäsenten keskinäisiä suhteita. Myös taito suunnitella, toteuttaa ja arvioida osallistava asiakkaan palveluprosessi sisältyy tähän kompetenssiin. Lisäksi painotetaan kykyä soveltaa erilaisia teoreettisia lähestymistapoja ja työmenetelmiä sekä arvioida niitä. Sosionomi osaa ohjata asiakkaita, asiakasryhmiä ja yhteisöjä tavoitteellisesti, voimavaraistaen ja osallisuutta tukien. Asiakastyön osaamisen kompetenssin sisällöistä näkemys, jonka mukaan sosionomi osaa toimia kulttuurisensitiivisesti ja moninaisuutta tukien asiakastyössä sekä edistää kulttuurien välistä vuoropuhelua, perustelee myös hyvän ammatillisen vuorovaikutuksen vaadetta asiakastyössä. (Sosiaalialan ammattikorkeakoulutuksen kompetenssit, [viitattu 21.10.2016].)

Asenteen, tunteen ja toiminnan tasolla hyvä ammatillinen vuorovaikutus sisältää vastuun vuorovaikutuksesta, hyvän tahdon välittämisen, ihmisen kunnioituksen, vastuun omista ajatuksista, tunteista ja teoista, oikein kuulemisen ja sen kautta syntyvän ymmärtämisen sekä tärkeiden asioiden rehellisen esiintuonnin suoralla ja hienotunteisella tavalla (Nousiainen & Piekkari 2007, 18–20). Sosiaalityön kohtaamisissa on

erityisen tärkeää tiedostaa, millaisiin arvoihin, sitoumuksiin ja ajatuksiin kohtaamistilanne perustuu. Erityisesti tämä on huomioitava psykososiaalisen sosiaalityön vuorovaikutustilanteissa, joissa työntekijällä ja asiakkaalla voi olla täysin erilainen arvomaailma. Yhteisesti käsiteltävät ja kohdattavat asiat ovat myös vaikeita, tästä esimerkkinä väkivaltaan liittyvien tilanteiden käsittely.

3 PSYKOSOSIAALISEN SOSIAALITYÖN VUOROVAIKUTUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Työskenneltäessä pitkäaikaisen ja selkeän huono-osaisuuden kanssa kamppailevien asiakkaiden kanssa, sosiaalityö on arjessa kannattelua, voimaannuttavaa yhteistyötä, asiakkaiden asianajotehtäviä ja asioihin yhdessä vaikuttamista eikä niinkään radikaalia muutosta asiakkaan elämässä tavoittelevaa. Tällöin sosiaalityötä motivoi erityisesti ajatus, jonka mukaan asiakkailla on oikeus ihmisarvoiseen ja kunnioittavaan kohtaamiseen, vaikka he eivät kykenisikään täyttämään ”normikansalaiseen” kohdistettuja odotuksia. (Huotari & Hurtig 2008, 196–197.) Tässä näkemyksessä sosiaalityöstä kiteytyy psykososiaalisen sosiaalityön peruslähtökohta: ihmisarvoinen ja kunnioittava kohtaaminen, johon jokaisella apua tarvitsevalla on oikeus riippumatta siitä, onko hän yhteiskunnassa tuottava ja hyödyllinen. Samalla myös hyväksytään, että arjessa kannattelukin itsessään riittää sosiaalityöksi. Arjessa kannattelu ja voimaannuttava yhteistyö kuvaavat psykososiaalisen sosiaalityön terapeuttisluonteisuutta.

Terapeuttisluonteisen vuorovaikutuksen näkökulma psykososiaaliseen sosiaalityöhön on yksi monista mahdollisista näkökulmista. Tutkijat ja kirjoittajat ovat muodostaneet monenlaisia tulkintoja ja määritelmiä psykososiaalisesta sosiaalityöstä. Yleisesti psykososiaalisen sosiaalityön uranuurtajana pidetään Mary Richmondia (1861–1928), joka v. 1917 julkaisemassaan *Social Diagnosis* -teoksessa (esim. Richmond 1965) toi esiin caseworkin eli tapauskohtaisen sosiaalityön ideaa. Richmond katsoi, että ihmisen persoonallisuus on sosiaalisten suhteiden tuottama ja sosiaalityön tehtävänä tulee olla ihmisen persoonallisuuden kehittäminen. Tämä tapahtuu vaikuttamalla ihmisen ja hänen sosiaalisen ympäristönsä välisiin suhteisiin. Työskentelyn lähtökohdaksi sosiaalityöntekijän tuli muodostaa mahdollisimman monipuolinen kuva (sosiaalinen diagnoosi) asiakkaan tilanteesta, minkä jälkeen työskentely etenee systemaattisesti. (Granfelt 1993, 177–179.) Sitten varsinaisesti ensimmäisenä psykososiaalisen sosiaalityön käsitettä käyttänyt Gordon Hamilton (1941, 144) muovasi Richmondin näkemystä caseworkista. Hänen mukaansa caseworkissa autetaan asiakasta ”selkiyttämään ja käyttämään sisäisiä mahdollisuuksiaan ja ulkoisia resurssejaan”. (Toikko 1997, 169.)

Suomessa psykososiaalisessa lähestymistavassa on pyritty nostamaan esiin psykologisen ja sosiaalisen tietämyksen välinen suhde ja ottamaan siihen kantaa (Toikko

1997, 171]. Tavoitteena on ollut kehittää psykososiaalisesta sosiaalityöstä työmuoto, joka on luonteeltaan terapeutista, mutta ei kuitenkaan psykoterapiaa (Granfelt 1993). Suomalaisissa keskusteluissa on kuitenkin pyritty korostamaan psykososiaalisen sosiaalityön olemusta sosiaalityön lähestymistapana, jossa vältetään liikaa pitäytymistä psykodynaamiseen teoriaperustaan ja toisaalta huomioidaan yhteiskuntaan kiinnittyvä systeemiteoreettinen näkemys. (Ks. Granfelt 1993, Sipilä 1989 ja Toikko 1997.) Psykodynaaminen ajattelu lukuisine eri traditioineen ei kuitenkaan riitä käytännön toiminnan teoriaksi, vaan sosiaalityöntekijä tarvitsee myös muita psykologisia ja erityisesti sosiaalitehteellisiä teorioita (Granfelt 1993, 190–191). Psykodynaamiset teoriat toimivat täydentävinä teorioina, jotka auttavat työntekijää suuntaamaan huomionsa yksilön kokemuksiin, toiveisiin ja tapaan jäsentää elämäänsä ja persoonallisuuttaan. Myös oman toiminnan reflektointiin työntekijä voi saada perusteita psykodynaamisista teorioista. Yksilöllisen näkökulman lisäksi asiakkaan yksilölliset kysymykset ja elämäntilanne on nähtävä laajemmassa sosiaalis-taloudellisessa yhteydessä. Näin esimerkiksi psykososiaalinen työ eroaa selkeästi psykoterapiasta painottuessaan niin sosiaaliseen kuin psyykkiseenkin tilanteeseen psykoterapian keskittyessä vain psyykisiin kysymyksiin. (Emt. 195, 198.)

Pohdittaessa psykososiaalista sosiaalityötä vuorovaikutustyönä on edellä kuvattu keskustelu psykososiaalisen sosiaalityön teoriaperustasta ja määrittämisen vaikeudesta otettava huomioon. Keskustelu vahvistaa työntekijän vastuuta nähdä asiakkaansa yksilönä, mutta myöskin hänen yksilöllisyytensä ylittäen. Näin työntekijä kykenee työssään huomiomaan asiakkaansa erilaisissa ympäristöissään, fyysisenä, psyykkisenä, sosiaalisena, henkisenä ja hengellisenä toimijana sekä auttamaan myös asiakasta näkemään hänen eri systeemiensä vaikutukset elämässään. Asiakkaan ja hänen systeemiensä väliseen vuorovaikutukseen kiinnitetään huomiota ja pyritään vaikuttamaan siten, että asiakkaan ja hänen systeemiensä välisistä suhteista rakentuu voimavaroja asiakkaalle ja että asiakas on elämäntilanteessaan aktiivinen toimija. Samanaikaisesti hyödynnetään myös sosiaalipoliittisia auttavia keinoja, kuten muita palveluita. Terapeuttiluonteisissa, dialogisissa keskusteluissa keskustellaan myös asiakkaan asenteista, arvoista, tunteista sekä hänen tilanteelleen ja ihmissuhteilleen antamista merkityksistä sekä suuntaudutaan myönteiseen hyvään tulevaisuuteen (Peavy 1999).

Koska psykososiaalisen työskentelyn tavoitteena terapeutin keskustelun lisäksi on myös muutos sosiaalisissa suhteissa ja sosiaalisessa tilanteessa (Granfelt 1993, 197), on asiakastyössä huomioitava niin kutsuttu systeemiteoreettinen näkemys. Näkemyksen mukaan asiakas on vastavuoroisessa vuorovaikutuksessa erilaisten ympäristöjensä kanssa. Ympäristöjä voivat olla luonto, sosiaalinen, fyysinen, kulttuurinen, emotionaalinen ja historiallinen ympäristö, biofyysinen, kognitiivinen, toiminnallinen ja motiivijärjestelmä sekä yksilöiden väliseen vuorovaikutukseen liittyvät systeemit, kuten perhe, parisuhde ja suku. (Kilpeläinen 2009, 70; Rostila 2001, 49–54.)

Tämänkaltainen systeemiteoreettinen näkemys puolestaan mahdollistaa osaltaan sen, että työssä tunnistetaan asiakkaan ongelmien rakenteellinen ja systeeminen tausta eikä niitä siten pidetä pelkästään yksilöllisinä psykososiaalisina ongelmina. Tämä on vaikuttanut ymmärrykseen sosiaalityön luonteesta niin voimakkaasti, että muutosta on kutsuttu sosiaalikonstruktivismiin liittyväksi sosiaalityön reflektiiviseksi käännteeksi ja käytäntökäännteeksi (Karvinen-Niinikoski 2009). Sosiaalityön käytännössä tämä merkitsee sitä, että asiakkaasta tulee asiantuntija ja kumppani häntä itseään ja elämäntilannettaan koskevissa tulkinnoissa, suunnitelmissa, ratkaisuissa ja valinnoissa. Näin syntyvä jaettu asiantuntijuus korostaa sitä, että tulkinnoista käydään neuvottelua eikä mitään yhtä ainoaa tulkintaa tai ratkaisua ole olemassa, koska ihmiset ja olosuhteet ovat erilaisia, moninaisia ja muuttuvaisia. Tällöin työskentelyssä tarvitaan huolellista ja asianosaiset osallistavaa paneutumista. Työntekijän on myös kriittisesti arvioitava, reflektoitava suhdettaan työhönsä, sen vaikuttimia ja vaikutuksia (Karvinen-Niinikoski 2010, 258.)

Näin rakentuvaa vuorovaikutusta määrittää dialoginen ja ohjauksellinen, asiakkaan voimavaroja korostava työskentelyote. Vance Peavy (1999) liittyy näkemyksensä ohjauksesta, sosiodynaamiseksi malliksi kutsumastaan ohjausfilosofiasta juuri sosiaalikonstruktivismiin. Tällöin ohjaussuhteessa tunnustetaan kielen todellisuutta luova luonne. Kieli ja todellisuus ovat jatkuvasti vuoropuhelussa keskenään, jolloin metaforien ja merkitysten ja uutta muutosta luovien tarinoiden rakentaminen on olennaista. Hyvä ohjaussuhde tuottaa toisen ihmisen elämään toivoa ja rohkaisua. Samalla se myös auttaa ihmistä osallistumaan aktiivisesti sosiaaliseen elämään ja selkiyttää asioita. Ohjaussuhde rakentuu yhteisen dialogisen keskustelun kautta prosessiksi, joka antaa ihmiselle mahdollisuuden tutkia sitä, mitä seurauksia hänen tavastaa elää on ja miten hän jatkossa voisi elää. Ohjausprosessin avulla ohjattava tekee valintoja ja päätöksiä sekä arvioi ja analysoi asioitaan. Ihminen tuo ohjaussuhteeseen koko elämänsä. (Peavy 1999, 17–18, 27, 30–33, 47.)

Myös Rostila (2001, 42) korostaa asiakassuhteen dialogisuutta tavoitelähtöiseksi ongelmanratkaisuprosessiksi nimeämässään asiakastyön mallissa. Dialogisuus ilmenee asiakkaan kunnioittamisena ja yhteisinä neuvotteluina. Asiakkaalla on oma maailmansa ja omat tulkintansa, jolloin asiakas on oman elämänsä asiantuntija. Mallin mukaisesti asiakastyö etenee tavoitteiden asettamisesta varsinaiseen, menetelmiä soveltavaan työskentelyyn, kunnes työskentely voidaan päättää tai se päättyy. Vuorovaikutuksen näkökulmasta jokaisessa vaiheessa on omanlaisensa tehtävät. Tavoite työlle -vaiheessa luodaan asiakassuhde, kartoitetaan asiakkaan tilanne ja voimavarat sekä muotoillaan yhdessä hänen kanssaan tavoitteet työskentelylle. Työskentelyvaiheessa sovelletaan erilaisia menetelmiä, joissa vuorovaikutus myös on tärkeässä roolissa. Työskentelyn päättyessä keskustellaan työskentelyn päättymiseen liittyvistä tunteista, käydään arvioivaa keskustelua ja sovitaan seurannasta. Mallin eri vaiheet eivät välttämättä seuraa toisiaan johdonmukaisesti. Vaiheiden kesto myös

vaihtelee asiakkaan tilanteesta riippuen. Työskentelyä ohjaavat tavoitteellisuus, asiakaslähtöisyys, voimavara- ja ratkaisukeskeisyys, systeemiteoreettinen näkökulma, ammattilaisen tietoisuus roolistaan, työnsä arvoista, ja työhön sisältyvästä vallasta sekä ammattilaisen kyky eettiseen pohdintaan. Näin muotoutuva ongelmanratkaisu pyrkii parantamaan asiakkaan kykyä selviytyä elämässään, edistämään hänen toimintavoimansa kasvua sekä vahvistamaan asiakkaan elämänhallintaa. (Rostila 2001, 59.)

Psykososiaalisen sosiaalityön vuorovaikutus tarvitsee tuekseen rakenteen, jonka se saa juuri näistä edellä mainituista Peavyn ohjausfilosofiasta ja Rostilan tavoitelähtöisen asiakastyön mallista. Molempia näkemyksiä yhdistävät systeemiteorian ja sosiaalikonstruktivismiin ajatukset. Nämä ajatukset puolestaan vahvistavat ja osaltaan toimivatkin dialogisuuden rakennusaineina.

Dialogi-käsite perustuu kreikan kielen sanoihin dia "väliin" ja logos "tarkoitus". Läpikulkuna tai läpivirtauksena dialogisuus on kehittyvä asenne ja yhdessä ajattelemisen tilana dialogisuus on vuorovaikutusta, arvostavaa keskusteluyhteyttä ja kuunteleminen. Dialogisessa keskustelussa keskeistä on kieli (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 9, 11.) Dialogisuus on yhdessä ajattelemisen taitoa ja aitoa kiinnostusta toisen sanomaa kohtaan (Seikkula 20.3.2014). Omaksumalla dialogisen asenteen työhön sosiaalityön ammattilainen ottaa samalla kantaa myös vuorovaikutustilanteessa ilmenevään valtaan ja vallankäyttöön. Laitisen ja Pohjolan (2010, 8) mukaan sosiaalityössä auttamistyylinä valta ilmenee yksilöiden ja ryhmien auttamisena, erilaisina interventioina, päätösten tekona, arviointeina, tavoitteiden asettamisena ja yhteisinä asiakkaiden ja toisten asiantuntijoiden kanssa toteutettavina prosesseina. Jotta valta ammattityön käytännöissä on myönteistä ja tuottavaa, edellyttää se työntekijältä arvo-osaamiseen nojautuvaa ymmärrystä. Tällöin työntekijän on punnittava omia henkilökohtaisia arvojaan ja niiden yhteyttä ammatillisiin ja yhteiskunnallisiin arvoihin sekä tunnistettava ja ratkaistava tässä ilmenevät mahdolliset ristiriidat. Työntekijän on tärkeää tiedostaa, millaisille sitoumuksille, ajatuksille ja arvoille hänen ja asiakkaan välinen kohtaaminen perustuu. Kohtaamistilanteen eettisyydestä kertoo se, miten jokaisessa kohtaamistilanteessa eri tavoin toteutuvat henkilökohtaiset, professionaaliset ja institutionaaliset arvositoumukset liittyvät toisiinsa. (Emt. 2010, 8–9.)

Dialogisuuden avulla perinteistä hierarkkista valta-asetelmaa työntekijä-asiakas ja organisaatio-asiakas puretaan ja haastetaan työntekijää laskeutumaan perinteisestä asiantuntijuudesta ohjausprosessin ja vuorovaikutuksen asiantuntijaksi. Asiakkaan valta kytkeytyy siihen, että ainoastaan hän on oman elämäntilanteensa, tunteidensa ja kokemustensa asiantuntija, joka viime kädessä itse päättää, miten hän jatkossa tulee elämässään toimimaan ja millä asenteella. Sosiaalityön on tunnistettava asiakkaidensa vahvuudet ja nähtävä heidän vahvuutensa myös yksilöinä ja erilaisten yhteisöjen, kuten perheen, ryhmien, yhteisöjen, yhteiskuntaluokan ja väestön jäsenenä. Tämä on mahdollista paneutumalla aidosti ihmisen tilanteeseen ja kiinnittämällä erityistä

huomiota siihen, miten he ovat jaksaneet huolehtia itsestään ja läheisistään vaikeassa elämäntilanteessa. Tällöin sosiaalityö veloitetaan toimimaan niin, että asiakkaat lähtevät mukaan oman elämänsä suunnan muuttamiseen, uusien merkitysten etsimiseen, suunnitelmien tekemiseen ja toteuttamiseen. (Rose 2003, 202.) Näin myös toivo, luottamus ja kunnioitus syntyvät. Paneutuva ja myötätuntoinen kuunteleminen tukee ja herättää toivoa sekä innostaa rakentamaan myönteisiä tarinoita. Toivo syntyy toisen kuuntelemisesta ja uusien myönteisten ja vaihtoehtoisten, lamaannuttavien tarinoiden rakentamisesta yhteisessä dialogisessa keskustelussa. Luottamus lisää ohjattavan luottamusta. (Peavy 1999, 89, 10; Peavy 2006, 50.)

”Sinä uskoit minuun ja annoit minun kertoa ideoistani. Et epäillyt, ettenkö voisi saada elämäni järjestykseen. Se innosti minua yrittämään”. (Asiakkaan palaute työntekijälle syksyllä 2016.)

4 PSYKOSOSIAALISEN SOSIAALITYÖN VUOROVAIKUTUKSEN ERITYISPIIRTEET

Ammatillisessa vuorovaikutussuhteessa voidaan rakentaa erilaisia yhteistyömalleja, kuten asiantuntijakeskeisyys, asiakaskeskeisyys, vuorovaikutteisuus tai yhteisen työstämisen malli. Asiantuntijakeskeinen malli perustuu oikeaan tietoon, jolloin työntekijä toimii oikean tiedon ja toimintatavan päättävänä asiantuntijana. Asiakaskeskeisessä mallissa asiakkaan oma ongelman määrittely sekä valinta- ja päätösoikeus korostuvat ja työntekijä palvelee asiakasta hänen ehdotuksensa ja odotuksensa mahdollisimman hyvin huomioiden. Vuorovaikutteisessa mallissa vuorovaikutuksen inhimillinen laatu on olennaista. Tällöin asiakkaan odotuksissa neuvon sijasta on miellyttävä keskusteluhetki ja keskustelukumppani. Yhteisen työstämisen mallissa puolestaan molempia, asiakasta ja työntekijää kiinnostavat toistensa tiedot, käsitykset ja tulkinnot, joiden pohjalta he myös pyrkivät rakentamaan ratkaisua asiakkaan elämäntilanteen toimivissa työskenkelyn lähtökohtana. (Launis 1994; Hänninen & Poikela 2016, 155; ks. myös Poikela 2010, 24.) Psykososiaalisen sosiaalityön vuorovaikutuksessa on aineksia erityisesti vuorovaikutteisesta ja yhteisen työstämisen mallista.

Millaisiin vuorovaikutuksen osa-alueisiin ja piirteisiin sitten tulisi erityisesti kiinnittää huomiota haluttaessa pyrkiä vahvistamaan psykososiaaliseen sosiaalityöhön liittyvää vuorovaikutusosaamista? Jokaisessa vuorovaikutustilanteessa syntyvä vuorovaikutus on erityislaatuinen, mutta työntekijän olisi hyvä huomioida tiettyjä, työtä edesauttavia vuorovaikutuksellisia tekoja ja toimenpiteitä, joita käytännön työntekijät, sosiaali- ja terveysalan, sosiaalityön ja vuorovaikutuksen tutkimukset ja tekstit tuovat esiin. Näitä näkökulmia hyödyntämällä on mahdollista toimia empaattisesti, aidosti, asiakasta kunnioittavalla tavalla dialogisesti. Näin vuorovaikutus- ja asiakassuhteessa aina

ilmenevä valta saa myönteisiä merkityksiä sitouttaen ja innostaen asiakasta osallistumaan tasavertaisesti työskentelyyn aktiivisena toimijana. Myös luottamussuhde asiakkaan ja työntekijän välillä rakentuu ja vahvistuu. Sosiaalityön ammattilaisen onkin erityisen hyödyllistä huomioida seuraavat tekijät: tietoinen läsnäolo, dialogisen kuuntelun välineiden hyödyntäminen, hiljaisuuden merkityksen tiedostaminen, metaforien ja tarinoiden hyödyntäminen, ohjauksen ja neuvonnan välisen eron huomioiminen, katseen voiman tiedostaminen, myönteisten tunteiden esiinnostaminen ja vahvistaminen, myönteisten eleiden hyödyntäminen, peilaamisen hyödyntäminen vuorovaikutuksessa, hymyn merkityksen huomioiminen, voimavara- ja ratkaisukeskeisyyden esiintuominen ja elämänkentälle pääsyn, toisin sanoen ihmisen kokonaisvaltaisen huomioinnin mahdollistaminen sekä myönteisen palautteen voiman merkityksellisyys.

Psykososiaalisen sosiaalityön keskeinen toimenpide muodostuu terapeutisesta keskustelusta (Sipilä 1989, 237). Terapeuttinen keskustelu on luonteeltaan terapeutista viestintää, jolla Mäkisalo-Ropposen (2011, 168) mukaan tarkoitetaan tavoitteellista ja auttavaa vuorovaikutusta, jossa viestit lähetetään ja vastaanotetaan tavalla, joka lievittää pahaa oloa, auttaa asiakasta selkiyttämään omaa tilannettaan ja mahdollistaa hyvien ja miellyttävien kokemusten ja tunteiden syntymisen. Työntekijän tapa olla läsnä ja hyödyntää asiakkaan elämäntarinaa ja näkemyksiä ovat olennaista (emt. 2011, 168). Dialogisuuden periaatteita noudattaen molemmat tuovat ajatuksensa yhteiseen keskusteluun ja keskustelun lopputuloksena muodostuu yhteisesti jaettu näkemys. Lopputulos on syntynyt monenlaisten verbaalin ja nonverbaalin viestinnän keinojen vastavuoroisen hyödyntämisen kautta. Sosiaalityön ammattilaisella on kuitenkin erityinen vastuu pyrkiä hyödyntämään vuorovaikutustaitojaan monipuolisesti asiakasta auttavalla tavalla.

Eräs merkittävimmistä dialogisen keskustelun (terapeuttisen keskustelun) keinoista on empaattinen kuuntelu. Kuuntelun avulla pyritään ennen kaikkea ymmärtämään toista ihmistä ja hänen tarkoitustaan hänen maailmastaan, elämänkentästään käsin. Tämän lisäksi dialogisuuden edistämiseksi kysymyksiä tulisi esittää harkitusti, ettei keskustelusta synny kuulustelutilaisuus. Kysymysten tulisi olla muodoltaan avoimia, jolloin vastaajan on mahdollista rakentaa kertomansa sisältö toivomukseen ja kertoa määrällisesti niin paljon tai vähän kuin hänestä parhaalta tuntuu. Suljetut kysymykset rajaavat vastauksen tarkasti. Esimerkiksi: vastaus suljettuun kysymykseen ”Milloin lopetit koulun?” tuottaa pelkän informaation asiasta. Sen sijaan tulisi pyrkiä esittämään kysymyksiä, jotka ovat muodoltaan mitä-, milloin- ja miten-kysymyksiä. Tämänkaltaiset kuvailemaan ja asioiden merkityksellistämiseen innostavat kysymykset auttavat hän kuvailemaan kokemustaan ja tuottamaan siitä merkityksiä. Miksi-kysymyksiä ja spekulatioihin johtavia kysymyksiä tulee välttää. Ongelman kuvauksia saadaan esille kuka-, mikä-, mitä- ja missä tilanteessa -kysymysten avulla. (Ks. Peavy 1997, 86–89.)

Tehokas dialogista kuuntelua edistävä väline on myös kuullun kertaaminen ja ilmaiseminen. Työntekijä kiteyttää kuulemansa lyhyin ja kuvailevin toistoin. Tällöin puhujan ajatuksen tarkka heijastaminen on oleellista. Myös konkreettisia kuvia voidaan käyttää toistettaessa. Kuvat voidaan muotoilla esimerkiksi metaforiksi. Näiden avulla on mahdollista päästä selville viesteihin sisältyvistä eri merkityksistä. Metafora tarkoittaa "viedä jonkin toiselle puolelle ja se pyrkii selkiyttämään puheena olevaa. Ammattisanastoa ja viranomaiskieltä täytyy välttää. Metaforat ovat hyvä keino tehdä asioista helposti lähestyttäviä ja tuoda vaikeita käsitteitä ja asioita arkisen kielen avulla esille. "Tuo miten kuvaillet ongelmaasi kuulostaa minusta ikään kuin palapeliltä, josta puuttuu joitakin paloja. Koetko sinä itsekin sen niin?" (Peavy 2006, 69–77.)

Dialoginen keskustelu rakentuu puhumis- ja kuuntelemisjaksoista. Ohjauskeskustelussa dialogisuutta edistää se, että keskustelu rakentuu vuoropuheluksi. Työntekijän tulisi käyttää 30 % ajasta puhumiseen ja muutoin kuunnella. Avunhakijan kyky ja valmius ilmaista itseään sekä ohjaustilanteen turvallisuus voi kuitenkin esimerkiksi vaikuttaa kuuntelu- ja puhumisjaksojen laajuuteen. Ohjaajan tehtävänä on huolehtia tavoitteellisten ja syvällisten keskusteluiden synnystä sekä keskustelun hallitusta etenemisestä. Aiheesta toiseen siirtymisiä ohjaaja voi sanoittaa metakommunikaatiolla. "Kerroit tyttäresi olevan huolissaan sinusta. Haluaisin nyt kuulla sinulta, millaisista asioista tyttäresi on huolissaan. Mitä mieltä olisit siitä?" Keskusteluissa ei niinkään haeta tapahtumien selityksiä ja syytä, vaan kuvauksia. Ne tuovat selkeyttä ja yksikin kuvaus voi riittää ongelman ratkaisemiseen. Dialogisessa keskustelussa on tärkeää myös oivaltaa, että siinä välittyvät viestit siirtävät tietoa, jonka puhuja haluaa välittää. Sen lisäksi viestit välittävät tietoa osapuolten välisestä suhteesta. Näin merkitystä on sillä miten asiat sanotaan ei vain mitä sanotaan. Äänensävy kertoo puhujien keskinäisestä asemasta kertovan viestin. (Peavy 2006, 72–74; Peavy 1997, 83–86.)

Keskustelussa olevaan hiljaisuuteen ohjaajan kannattaa ottaa levollinen asenne. Ohjaajan tulee olla kärsivällinen ja mukautua asiakkaan rytmiin. Hiljaisuus voi merkitä, että asiakas miettii asiaa tai uskoo, ettei hänen ole turvallista tai viisasta ilmaista ajatuksiaan. Ohjaajana on hyvä kiinnittää huomiota keskustelun turvallisuuteen esimerkiksi mahdollistamalla häiriötön tila keskustelulle. Turvattomuuden tunne asiakkaalla voi syntyä myös siitä, ettei hän tiedosta ohjaussuhteen luonnetta eikä luottamuksellisuudesta ole keskusteltu. Ohjaajana hiljaisuutta voi myös sanoittaa: "Huomaan, että olet hiljaa. Mietin, mitä sinä mahdat ajatella?". Myös hiljaisuuteen liittyvään nonverbaaliin viestintään ohjaajan kannattaa kiinnittää huomiota. (Peavy 2006, 74.)

Ohjattavan kertomat tarinat ja niissä kaikuvat äänet on tärkeää selvittää. Millä äänellä ja mistä roolista (äitinä, tyttärenä, puolisona jne.) asiakas tilannetta avaa kertoo myös hänen suhteestaan ja ajatuksistaan käsiteltävästä aiheesta ja asiaan liittyvistä henkilöistä. Ohjaajan on myös hyvä olla tietoinen siitä, että asian, idean, kokemuksen tai muun ilmiön merkitys voi olla piilossa. Esimerkiksi naamioituneena, jolloin nauru voi

vaikuttaa huumorilta, mutta tosiasiaassa se voikin kertoa hermostuneisuudesta keskustelussa. Taitava kuuntelija kykenee löytämään kuulemastaan pieniä välähdyksiä naamioituneista, löytymättömistä ja hautautuneista merkityksistä. Metaforat ovat myös tällöin hyödyllisiä. Ohjaaja voi myös hyödyntää miellekarttoja, jolloin miellekartan piirtämisprosessi ja ohjauskeskustelun dialogi kulkevat rinnakkain. (Peavy 2006, 76–77.)

Ohjattava ja työntekijä voivat kuulua eri kulttuureihin, jolloin se voi vaikuttaa siihen, miten he ymmärtävät toisiaan. Tällöin onkin tärkeää, että työntekijällä on kuuntelemisasenne: kunnioittava ja avomielinen asennoituminen toiseen ihmiseen. Lisäksi kohtaamista edistää kyky oppia asiakkaiden kulttuurisia sääntöjä ja koodeja. Koodit ovat kulttuurisidonnaisia viestintää sääteleviä sääntöjä (kättely, katsekontakti jne.). Ohjaajan kannattaakin omaksua tietämättömyden asenne, mikä merkitsee sitä, että hän suostuu oppimaan toisen kulttuurin jäseneltä niitä sääntöjä, jotka hänen kulttuurissaan ohjaavat keskustelua. (Peavy 2006, 78.) Lisäksi tietämättömyden asenne määrittää koko ohjaajan roolia: asiakkaan on annettava kertoa itsestään, huolestuttavista asioista ja tarpeistaan ohjaajan omaksuessa asenteen, jonka mukaan asiakas opettaa häntä elämästään ja elämäntilanteestaan. Ohjaaja luopuu perinteisestä asian- tuntuudesta ja välttää neuvovaa asennetta ohjaustyössä. (Peavy 1999, 85.)

Kulttuurin huomioimien on myös yksi niistä tekijöistä, jotka Peavyn näkemyksen mukaan edesauttavat toisen elämänkentälle pääsyä. Elämänkentän kokonaisuus muodostuu toisiinsa kytköksissä olevista alueista: suhteista toisiin ja siihen liittyvästä läheisyydestä, työstä ja oppimisesta, terveydestä ja ruumiillisuuteen liittyvistä asioista sekä hengellisyydestä. (Ihminen kokonaisvaltaisena olentona). Elämänkenttä sisältää ihmisen sosiaalisessa maailmassa suunnistamisessa tarvittavat ideat, ennakkoluulot, oletukset, uskomukset, arvot, tavat ja opitut taidot. Näin esimerkiksi haluttaessa keskustella vanhemman kanssa hänen tavastaan kasvattaa lastaan, on hyödyllistä ensin keskustella hänen näkemyksistään vanhemmuudesta, perheestä, arvoista jne. ennen kuin aletaan pyrkiä muutoksiin vanhemman kasvatustoiminnassa. Eli yksilön toiminta, arvot ja tieto liittyvät yhteen. Niinpä muutokset eivät ole mahdollisia, jos suoraan pyritään aikaansaamaan muutos ilman, että ensin käydään keskustelua arvoista ja uskomuksista. Myöskin on tärkeää huomioida, että havainnot ja henkilökohtaiset merkitykset ohjaavat sosiaalista, psykologista ja fyysistä toimintaa. Ihmiset tavoittelevat merkityksiä, mikä saa heidät innostumaan, motivoitumaan muutosten aikaansaamiseksi. Informaatiopainotteinen ohjaus ei useinkaan johda hyviin lopputuloksiin, koska siinä ei huomioida sitä, että tieto tulisi integroida henkilökohtaisesti mielekkäällä tavalla ja pelkän informaation asiakas voi hyvin päätyä jättämään käyttämättä. Näin esimerkiksi lapsen huolenpitoon liittyvä neuvo ei tavoita vanhempaa, ellei ensin keskustella hänen näkemyksistään ja arvoistaan lapsen huolenpitoon liittyen ja sitten yhdessä mietitä, miten neuvoa voisi integroida asiakkaan ja perheen elämään heille mielekkäällä tavalla. Jotta tiedossa, tunteissa, arvoissa tai havainnoissa voisi tapahtua

muutoksia, on ihmisen saatava osallistua aktiivisesti muutosprosessiin. (Peavy 1999, 80–85.)

Konkreettisimmillaan elämänkentän huomioiminen on mahdollista ohjaajan noudattaessa dialogiseen keskusteluun liittyviä näkemyksiä. On tärkeää, että ohjaaja valmistautuu hyvin tapaamiseen tiedostaen ja hyväksyen, että asiakas voi olla hyvin erilainen monin eri tavoin kuin ohjaaja. Kohtaamistilan tulisi olla miellyttävä ja ilmapiirin tulisi olla ystävällinen. Ohjaajan tulisi myös ennen tapaamista reflektoida, ettei hän anna ennakkokäsitysten liikaa vaikuttaa itseensä, jolloin hän pystyy tapaamisessa muodostamaan asiakkaastaan tuoreen kuvan. Kulttuuritietoisuuttaan ohjaajan on hyvä hyödyntää siitä, millaiseen tervehtimisrituaaliin asiakas on tottunut. Tapaamisessa on myös hyvä edetä rauhallisesti ensin ihminen sitten ongelma -periaatteella. Näin esimerkiksi on hyvä keskustella jostain asiakkaaseen liittyvästä kevyemmästä ennen varsinaiseen asiaan käsittelyyn siirtymistä. Jotkut asiakkaat haluavatkin keskustella ensin jostain, joka saa asiakkaan tuntemaan, että hänellä ja ohjaajalla on jotain yhteistä. Muutoinkin ohjausprosessin edetessä kannattaa huomioida tekijät, jotka ohjaajaa ja asiakasta voisivat yhdistää. Tämä lähentää ohjaajaa asiakasta toisiinsa ja saa tuntemaan työskentelyä edistävää yhteenkuuluvuutta. Ohjaajan on myös tärkeää huomioida, etteivät kaikki arvosta näissä ohjeissa mainittua tapaa toimia. Ohjaajan ammattitaitoa onkin hyödyntää kulttuuri- ja vuorovaikutustietoisuuttaan sen löytämisessä, mikä on juuri tälle asiakkaalle paras tapa olla vuorovaikutuksessa. (Peavy 1999, 80–85.)

Tietoinen läsnäolo muodostaa vahvan perustan vuorovaikutukselle. Tietoisien läsnäolon kautta kiinnitetään huomio kulloinkin käsillä olevaan hetkeen avoimin mielin tuomitsematta (Lantieri 2008, 68, 134). Voima ja huomio kohdistetaan nykyhetkeen ohjaamalla tietoisesti tarkkaavuutta, havaitsemista (Kåver & Nilsonne 2008, 18). Ilman tietoista läsnäoloa työntekijä ei kykene havainnoimaan asiakkaan verbaalia ja nonverbaalia viestintää eikä siten toisen ihmisen ymmärtäminen ja empatian kokeminen ole mahdollista tai toteutuu vajaasti. Tietoisesti läsnä oleva ottaa vastuun tunteistaan ja reaktioistaan. Toisen ihmisen herättämät tunteet ja ajatukset eivät johdu tästä toisesta ihmisestä, vaan ne pohjautuvat kokijansa, tulkitsijansa omiin kokemuksiin ja arvoihin. Tämän oivaltaminen johtaa myös syyttelyn sijasta myönteiseen vuorovaikutukseen, jossa jokainen puhuu ”minä” kielellä tunteistaan vastuun itse kantaen. Tuomitsemattomuus merkitsee sitä, että ihmisten lokeroimista eri luokkiin vältetään ja pyritään kuvailemaan kieleen. (Kåver & Nilsonne 2008, 18–21.) Myös Särkelä (2011) on sosiaalityön pohdinnoissaan tuonut esiin, että sosiaalityöntekijän on lähestyttävä asiakastaan ennakkoluulottomasti, keskittyen mieluummin yhteisten myönteisten tavoitteiden muotoiluun kuin yhteisen näkemyksen rakentamiseen asiakkaan ongelmista. Ongelma-puhe tuottaa helposti ongelmiin jumiutumista. Patologisoivaa ja diagnoosikeskeistä kieltä tulee välttää, koska se asemoi ihmisen tiettyyn rooliin ja työn kohteeksi (Peavy 1999, 26–29).

Elämässään vastoinkäymisiä kohdanneet ihmiset ovat monesti erittäin herkkiä havaitsemaan työntekijän läsnäolon puutteen ja patologisoivan negatiivisia merkityksiä ja asemoiteja luovan kielen. Poissaolo ilmenee nonverbaalin viestinnän tasolla esimerkiksi siten, ettei työntekijä katso asiakastaan silmiin tai katse vaeltelee kiinnittymättä minnekään. Katse voi myös olla tylsistynyt tai vihainen. Kauppila (2011, 35) toteaaakin, että silmät ja katse heijastavat tunteita, mielialoja ja tavoitteita. Dominoiva ja vaativa katse syntyy tuijottavista silmistä. Silmiin avoimesti katsominen tulkitaan rehellisyydeksi, valppaudeksi ja vastaottavaisuudeksi toisen viesteille. Mielenkiinnon puutteesta kertovat puoliavoimet silmät. Oienneet otsarypyt puolestaan kertovat hyväntuulisuudesta ja mielentasapainosta. (Emt. 2011, 35–36.)

Katseen avulla on mahdollisuus luoda yhteisymmärrystä puheenaolevasta asiasta ja rakentaa yhteistä osallistajuutta. Katsomalla jotain kohti se merkityksellistetään. Haddington (2006) on tutkimuksessaan todennut, miten katseen avulla merkitään huomion kohde ja otetaan kantaa. Goffmanin (1981) ja Seppäsen (1997) tutkimuksissa on tuotu esiin, miten osallistujarooleja puhuja ja vastaanottaja jaetaan katsetta kohdistamalla. Lisäksi useissa tutkimuksissa (Kendon 1967, Bavelas 2002) on todettu vastaanottajien voivan katseellaan osoittaa puhujalle ymmärtäneensä hänen asiansa. Katseen merkitys on kulttuurisidonnainen asia eikä kaikissa kulttuureissa puhuja odota häntä katsottavan (Kääntä & Haddington 2011, 28–30.) Lisäksi on huomioitava, että joissain kulttuureissa toisen henkilön tai toista sukupuolta edustavan henkilön silmiin katsominen tulkitaan epäkohteliaaksi. Yleensä länsimaisessa kulttuurissa silmiin katsomista pidetään kohteliaana ja jopa odotetaan työntekijän katsovan asiakasta. Kallion ja Ruusuvuoren (2011, 66) mukaan katseella säädellään vuorovaikutustilanteen osallistujarooleja ja puhuja myös hyödyntää katsettaan tehdäkseen oman toimintansa osallistujille ymmärrettäväksi ja ennakoitavaksi.

Katsekontakti on myös yksi myönteisiksi eleiksi tulkittavista vuorovaikutusteosteista. Myönteinen ele viestintä rakentuu katsekontaktin lisäksi avoimesta hymystä, pään kallistamisesta sivulle, pään nyökyttelystä, avoimista käsistä, eteenpäin kumartuneesta asennosta ja vartalon kääntämisestä puhujaa kohti. Myös selkeä ja rauhallinen äänenkäyttö luo myönteisyyttä. Kielteisiksi eleiksi tulkitaan edellä mainituille ilmeille vastakkaiset eleet: kasvoilla nyrpeä, suupielet alaspäin -ilme, nenän nostaminen ylöspäin, silmäkulmien alta katsominen ja katseen kohdistaminen alas, rinnalle puuskaan ristityt käsivarret, ristityt jalat ja muut lukitut eleet sekä pois päin vetäytyminen. (Lahtinen & Isoviita 2001, 3.)

Läsnäolosta, empatian osoittamisesta ja toisen kokonaisvaltaisesta kohtaamisesta kertoo myös hyväntahtoinen kosketus. Gothónin (2015, 122) mukaan hoito ja huolenpito ilman kosketusta on väkivaltaa, koska tällöin ihmisen fyysinen olemus jätetään huomiotta ja se kertoo arvostuksen puutteesta. Kosketus välittää aina äänettömästi jonkin viestin, jonka toinen automaattisesti tulkitsee. Hoitavaa ja hoivaavaa kosketusta

täydentävät katsekontakti ja toiseen ihmiseen eläytyminen. (Gothóni 2012, 62 Gothónin 2015, 123 mukaan). Työntekijän tulee hyödyntää tilannetajuaan, hienotunteisuuttaan ja herkkyytään arvioidessaan, milloin ja miten asiakasta voi koskettaa. Rauhallinen kosketus tuottaa lämpöä ja turvallisuutta. Turvallinen kosketus lohduttaa, tyyntyttää, aktivoi luottamusta, ystävällisyyttä ja uteliaisuutta. Aggressiot ja pelot vähenevät. Kosketus voi myös parantaa oppimis- ja ongelmanratkaisukykyä. Kosketus rakentaa sosiaalista yhtenäisyyttä ja me-henkeä. Se myös vähentää stressihormonien tuotantoa ja lisää oksitosiinin ja endorfiinin tuotantoa. Elimistö vahvistuu fyysisesti ja emotionaalisesti. Routsalon tutkimuksessa (1993) potilas reagoi kosketukseen hyväksynnän sanoin, hymyllä, silmillään ja asennollaan. Koskettaminen edellyttää, että työntekijä tunnistaa omat tunteensa ja käyttäytymisensä ja kuten yleensäkin vuorovaikutuksessa itsetuntemuksensa avulla työntekijä ratkaisee myös itselleen soveltuvimman tavan toimia. Teennäisyys ja salaisuudet paljastuvat erityisesti sanattomassa vuorovaikutuksessa. (Emt. 2015, 123–127.)

Kosketus liittyy myös viestijöiden väliseen etäisyyteen. Etäisyys kertoo keskenään vuorovaikutuksessa olevien keskinäisen suhteen laadusta. Toisilleen läheisten ihmisten keskinäinen etäisyys on lyhyempi kuin toisilleen vieraampien. Hallin (1966) tutkimusten mukaan ihmiset hyödyntävät erilaisia fyysisiä etäisyyksiä toisiinsa sen mukaan, millainen suhde heidän välillään on. Merkittävän intiimiyden taso on fyysisestä kontaktista 0,5 metriin. Persoonallinen etäisyys on 0,5 metristä 1,25 metriin ja sitä hyödyntävät ystävyys- tai tuttavuussuhteessa toisiinsa olevat henkilöt. Sosiaalisen alueen etäisyys ylittää 1,25–3 metriin ja tämä on tavanomaista toistensa kanssa työtehtävissä toimivien kesken ja satunnaisissa sosiaalisissa tilanteissa kohtaavien kesken. Yleinen etäisyys (3–7 metriä) todentuu julkisissa, muodollisissa vuorovaikutustilanteissa. (Kauppila 2011, 39.)

Ihminen havainnoi ihmisiä ja ympäristöään eri aistein. Nämä havainnot herättävät muistoja ja tunteita (Maasola & Toivakka 2011, 31). Näin esimerkiksi se, että työntekijä muistuttaa olemukseltaan tai käytökseltään jotakuta asiakkaalle tuttua henkilöä, voi vaikuttaa vuorovaikutustilanteessa myönteisesti tai kielteisesti riippuen siitä, millainen tunnesuhde asiakkaalla kyseiseen henkilöön on tai ollut. Myös äänenkäyttö ilmentää niin asiakkaan kuin työntekijänkin tunteita ja sillä vaikutetaan suoraan toisen tunteisiin. Äänenkäyttö paljastaa ennakkoluuloja ja asenteita, ellei työntekijä ole reflektoinut ja työstänyt esimerkiksi jonkin erityisen asiakasryhmän hänessä herättäviä tunteita. Käsittelemättömät tunteet saattavat paljastua äänenkäytössä. Äänenkäytöllä voidaan lannistaa, masentaa, innostaa, kannustaa, rentouttaa, rauhoittaa, vakuuttaa tai virkistää (Maasola & Toivakka 2011, 31).

Psykososiaalisen sosiaalityön vuorovaikutustilanteissa käsiteltävät asiat herättävät myös monenlaisia tunteita, niin kielteisiä kuin myönteisiäkin. Molemmat vuorovaikutuksen osapuolet, asiakas ja työntekijä ovat tuntevia ihmisiä, jotka tunnistavat

ja ilmaisevat erilaisia tunteita. Asiakkaan ja työntekijän tunneyötaidoissa olennaista onkin juuri erilaisten tunteiden tunnistaminen itsessä ja toisissa sekä vastuun ottaminen omista tunteista esimerkiksi säätelemällä omia voimakkaita kielteisiä tunnereaktioita niihin johtaneita syy-seurausketjuja pohtimalla sekä oppimalla pysäyttämään negatiivisen tunteen viriämisen johtaminen tiettyyn kielteiseen reaktioon. Työntekijän ammattitaitoon tulisikin sisältyä kykyä säädellä kielteisiä tunnereaktioita. Kun kielteiset tunnereaktiot reflektioprosessin kautta tiedostetaan, niitä on mahdollisuus säädellä eivätkä ne siten ilmene asiakastyössä ja aiheuta asiakkaalle tuskaa. Tunteiden kieltämisestä ei kuitenkaan ole kyse, vaan siitä, että tunteet eivät johda haitalliseen reaktioon, joka vaikuttaa vuorovaikutuksen toiseen tai osapuoliin. (Ks. esim. Siira & Saarinen 2011; Peavy 2006, 71; Hänninen & Poikela 2016, 161–163.)

Myös myönteiset tunnereaktiot voivat aiheuttaa asiakkaalle kärsimystä esimerkiksi, jos iloinen työntekijä kohtaa läheisensä menettäneen asiakkaan. Tällöin työntekijän tulisi kyetä laskemaan statusilmaisuaan ja tulemaan lähelle asiakasta peilaamisen avulla. Tämä voi tapahtua esimerkiksi iloisuutta, hymyä vähentämällä (ellei siis asiakas hymyile). Näin toimien työntekijä lähentää itseään asiakkaaseen ja toimii hienotunteisesti. Peilaaminen perustuu siihen, että ihmisellä on taipumusta pitää itsensä kaltaisista, samoin elehtivistä ja toimivista kuin itse on. Peilaamisessa (myös käsitteitä heijastelu ja rapport hyödynnetään) olennaista on toisen ihmisen nonverbaalin viestinnän peilaaminen. Lähtökohtana tässä on ensin oppia tiedostamaan omaa sanatonta viestintää sekä tulkitsemaan oikein ja oppimaan toisten sanatonta viestintää, jotta voisi itse kehittyä viestin lähettäjänä ja pystyisi hyödyntämään peilausta vuorovaikutustilanteiden edistämiseksi. Hyvässä vuorovaikutussuhteessa peilaaminen on automaattista ja vastavuoroista. (Fexeus 2008, 18–19.) Asiakastyössä peilaaminen on hyvä keino tavoittaa asiakkaan kokemus- ja tunnemaailmaa ja saada asiakkaan olo tuntumaan kotoisaksi esimerkiksi ensimmäisen käynnin yhteydessä.

Työntekijän tulee olla tietoinen vuorovaikutuksen keinoilla rakennetuista valta-asetelmista, koska säätelemällä statusviestintäänsä työntekijä vaikuttaa asiakkaaseen ja edistää myönteisimmillään vuorovaikutuksen sujuvuutta ja asiakkaan voimaantumista vuorovaikutuksen kautta. Työntekijällä on valtaa, koska hän hallitsee asiakastyön prosessin ja määrittelee ohjausprosessin etenemistä, vaikkakin yhteistyössä asiakkaan kanssa. Työntekijä kuitenkin pitää huolen siitä, että yhteistyösuhteesta asiakkaan kanssa muodostuu voimaannuttava, ei alistava ja että ohjausprosessi etenee asiakkaan osallistumishalu myös huomioiden. Routarinne (2007, 182) korostaa, että voimaannuttaminen onnistuu parhaiten, jos itse luovuttaa valtaa, vastuuta ja tilaa toiselle. Toista ei kuitenkaan tule nostaa jalustalle, vaan kärsivällisesti kiirehtimättä, hyväksymällä ja kannustamalla voimaantumiseksi rakennetaan hyvää perustaa. Samalla on hyödynnettävä mahdollisimman paljon samaa statusilmaisun tasoa kuin asiakas. Mikäli työntekijä haluaa osoittaa kuuntelevansa asiakasta, rohkaista häntä ja herättää innostusta on työntekijän hyödynnettävä tilanneherkyyttään, osattava säädellä statusilmaisunsa tasoa ja oltava tietoinen käyttämästään statusilmaisusta. (Routarinne 2007, 110,182.)

Statusilmaisun avulla on mahdollista rakentaa luottamusta tai epäluottamusta. Korkean statuksen ilmaisuilla tuotetaan etäisyyttä ja viestitetään uhkaa. Etäisyyden kasvattaminen tai ylläpitäminen osoittavat epäluottamusta. Matalan statuksen ilmaisuilla viestitään luottamusta, annetaan lupa lähestyä ja kutsutaan lähelle. (Routarinne 2007, 124.) Esimerkiksi asiakkaan lämmin ja ystävällinen vastaanotto sekä hänen tervehtimisensä asiakkaan kulttuurin mukaisella tavalla viestii matalaa statusta ja herättää näin luottamusta. Sen sijaan asiakkaan ohittaminen esimerkiksi kieltäytymällä huomioimasta hänen näkemystään tai tunnetilaansa viestittää työntekijän korkeaa statusta negatiivisella tavalla. Sosiaalityöntekijä tarvitseekin tilanneherkkyyttä huomioidakseen asiakkaan tilanteet, tunteet, statusviestinnän merkityksen ja miten itse yleensä korottaa tai laskee statustaan.

Kohtaaminen, jossa vuorovaikutus on toinen toistaan arvostavaa, läsnä olevaa, asiakasta kuulevaa, myötätuntoa ja empatiaa osoittavaa mahdollistaa vaikeiden asioiden käsittelyn ja asiakkaan ristiriitaisten tunteiden kohtaamisen (Hänninen & Poikela 2016, 154). Luottamuksen rakennuttua dialoginen yhteiskehittely mahdollistuu, jolloin molemmat, asiakas ja työntekijä, suostuvat vastavuoroiseen prosessiin. Prosessissa rakennetaan uutta ymmärrystä ja tietoa molempien suostuessa antamaan oman ymmärryksensä, tulkintansa ja asiantuntijuutensa yhteiseen käyttöön. (Emt. 2016, 154.)

5 PSYKOSOSIAALISEN SOSIAALITYÖN VUOROVAIKUTUKSEN ARVIOINTIMALLI

Seuraavien kysymysten avulla arvioidaan psykososiaalisen sosiaalityön vuorovaikutustilanteita simulaatio- tai muissa vuorovaikutustaitojen kehittämiseen liittyvissä tilanteissa. Mallin kysymykset pohjautuvat tässä artikkelissa esiintuotuihin ja tekijöiden psykososiaaliseen vuorovaikutukseen liittämiin teoreettisiin näkemyksiin, tutkimustuloksiin ja kokemuksiin. Näkemykset ja teoreettiset selvitykset eivät välttämättä ole syntyneet tieteellisen tutkimuksen tuloksina, vaan pitkäaikaisen asiakastyössä tehtyjen havaintojen ja tulkintojen sekä alan työntekijöiden keskenään käymien keskusteluiden tuloksena.

Mallin kysymyksiä voidaan hyödyntää yksittäisessä tavoitteellisen asiakastyöprosessin tietyn vaiheen yhden tai useamman keskusteluepisodin arvioinnissa tai sitten asiakastyöprosessin kaikkien vaiheiden yksittäisissä keskusteluepisodeissa.

Tässä vuorovaikutus on arvioijien huomion suuntaamiseksi ja arvioinnin selkiyttämiseksi jaettu perinteisesti sanattomaan (nonverbaaliin) ja sanalliseen (verbaaliin) vuorovaikutukseen. Lisäksi muutamia arviointikysymyksiä on rakennettu siten, että niissä verbaalia ja nonverbaalia vuorovaikutusta arvioidaan yhdessä. Käytännössä sanaton ja sanallinen vuorovaikutus liittyvät kiinteästi yhteen, jolloin niihin myös kytkeytyvät

niin kutsutut intuitiivinen viestintä ja voimien viestintä, jotka heijastuvat nonverbaalina ja verbaalina vuorovaikutuksena. Intuitiiviseen ja voimien viestintään liittyen voi tuki keskustelutilanteen arvioinnissa esittää osallistujille kysymyksiä, miten osallistuja koki intuition ja voimien viestinnän (dominoivat ja hyväksyvät elementit) vaikutuksen ja hyödyntämisen omassa toiminnassaan ja millaisista reaktioista hän intuition itsessään yleensä huomaa.

Sanaton (nonverbaali) vuorovaikutus:

Miten asiakas tai asiakkaat otetaan vastaan? Nonverbaali tervehtiminen?

Mistä sanattoman vuorovaikutuksen tekijöistä osallistujien tietoisien läsnäolon tunnistaa?

Millaiset tunteet ovat keskustelussa esillä? Millaisista sanattomista tekijöistä tunteet ilmenevät?

Millainen on keskustelun tunneilmapiiri?

Miten hymyä hyödynnetään?

Miten työntekijä kannustaa asiakasta sanattomasti?

Mitä palautetta työntekijä antaa sanattomasti asiakkaalle?

Millaisista sanattoman vuorovaikutuksen tekijöistä tunnistaa dialogisen kuuntelun?

Keskusteluun osallistujien etäisyys ja kehon asennot?

Miten työntekijä reagoi asiakkaan nonverbaaliin viestintään?

Miten työntekijä reagoi asiakkaan sanattomasti ilmaisemiin kielteisiin tunteisiin (esim. häpeä, syyllisyys, viha, katkeruus)?

Miten työntekijä luo sanattomasti turvallisuuden tunnetta?

Mitkä työntekijän ja asiakkaan nonverbaalin vuorovaikutuksen osat rakentavat toivon tunnetta?

Mitä nonverbaalin vuorovaikutuksen toimintaa tai toimintoja osallistujat peilaavat?

Miten työntekijä mahdollisesti hyödyntää peilausta?

Miten työntekijä katsoo asiakasta?

Mitä tehtäviä osallistujat suorittavat katseen avulla?

Miten työntekijä sanattomasti ohjaa keskustelua eteenpäin?

Millaisia nonverbaaleja vihjeitä asiakas antaa seuraavaan, hänen toivomaansa keskusteluaiheeseen siirtymiseksi?

Millaiseen tilanteeseen tai keskusteluaiheeseen keskustelussa mahdollisesti ilmenevä hiljainen hetki liittyy?

Mitä työntekijän sanaton viestintä kertoo reaktiona asiakkaan hiljaisuuteen?

Miten osallistujat vaikuttavat sanattoman viestinnän avulla suhtautuvan hiljaisuuteen?

Millaisia eleitä työntekijä hyödyntää keskustelussa ja millaisiin tilanteisiin ne liittyvät?

Miten asiakas hyödyntää eleitä, ja millaisissa tilanteissa?

Millaisia ilmeitä asiakkaalla ja työntekijällä on?

Mitä osallistujien ilmeet paljastavat?
 Millainen osuus kosketuksella vuorovaikutustilanteessa on? Kuka koskettaa ja miten?
 Miten kosketettu reagoi kosketukseen?
 Mitkä sanattoman vuorovaikutuksen ilmentymät muodostavat dialogisen vuorovaikutuksen?
 Millaisin ilmein ja elein asiakas ja työntekijä alkavat päättää keskustelua?
 Kumpi, asiakas vai työntekijä, ensin tekee nonverbaalin aloitteen keskustelun päättämiseen?
 Millainen nonverbaali viestintä keskustelun päättämisessä on ratkaiseva?

Sanallinen (verbaali) vuorovaikutus:

Miten työntekijä ottaa asiakkaan sanallisesti vastaan?
 Mitä sanoja asiakas käyttää tullessaan tilanteeseen?
 Mistä sanallisen vuorovaikutuksen tekijöistä osallistujien tietoisien läsnäolon tunnistaa?
 Miten tavoitteista keskustellaan? Kuka tekee aloitteen keskusteluun?
 Millaiset tunteet ovat keskustelussa esillä? Mistä sanallisista tekijöistä tunteet ilmenevät?
 Millainen on keskustelun tunneilmapiiri? Millaiset sanat sen rakentavat?
 Sanoittaako työntekijä asiakkaan tunteita ja miten hän sen tekee?
 Keskustellaanko asiakkaan tunteista?
 Millaisissa tilanteissa heränneistä tunteista keskustellaan?
 Miten työntekijä reagoi asiakkaan sanallisesti ilmaisemiin kielteisiin tunteisiin?
 Millaisista sanallisen vuorovaikutuksen tekijöistä tunnistaa dialogisen kuuntelun?
 Millaisia dialogisen keskustelun välineitä työntekijä hyödyntää?
 Millainen on työntekijän oma-aloitteisuus tarttua asiakkaan verbaaleihin vihjeisiin keskustelussa?
 Millaisiin asiakkaan verbaaleihin keskustelun avauksiin työntekijä tarttuu?
 Mitä palautetta työntekijä antaa sanallisesti asiakkaalle?
 Hyödyntääkö työntekijä metaforia ja missä yhteyksissä?
 Innostaako työntekijä asiakasta hyödyntämään metaforia?
 Miten asiakkaan elämänkenttä huomioidaan puheessa?
 Miten nonverbaali ja verbaali vuorovaikutus tukevat toisiaan?
 Miten työntekijä sanallisesti osoittaa hyväksyvänsä asiakkaan kielteiset tunteet?
 Miten kielteisiin tunteisiin suhtaudutaan?
 Miten työntekijä osoittaa sanoin myötätuntoa ja empatiaa?
 Millaisin sanoin työntekijä luo sanoin turvallisuuden tunnetta?
 Miten toivoa puheessa rakennetaan? Kuka tässä on aloitteellinen?
 Mistä asioista ei puhuta?
 Mistä asioista puhutaan?
 Ketkä henkilöt ovat keskustelussa läsnä olematta fyysisesti paikalla?

Miten työntekijä sanallisesti suhtautuu mahdollisiin hiljaisiin hetkiin keskustelussa?

Miten työntekijä haastaa sanallisesti asiakasta ajattelemaan? Miten asiakas reagoi tähän sanallisesti?

Miten työntekijä reagoi sanallisesti asiakkaan nonverbaaliin viestintään?

Miten asiakas mahdollisesti kommentoi työntekijän nonverbaalia viestintää?

Hyödyntääkö työntekijä asiakkaan käyttämää sanastoa?

Miten dialogisuus rakentuu keskustelussa sanojen ja puheen avulla?

Millainen on minimipalautteen osuus ja vaihtelevuus?

Miten työntekijä kannustaa asiakasta sanallisesti?

Miten asiakkaan voimavaroista ja onnistumisista puhutaan?

Miten työntekijä huomioi asiakkaan keskusteluun osallistumisrytmin?

Puheenvuorojen vaihtuvuus: antaako työntekijä asiakkaalle aikaa puhua?

Miten suuren osan keskustelusta kysymykset muodostavat?

Kuka esittää kysymyksiä?

Miten työntekijä sanallisesti ohjaa keskustelua eteenpäin?

Miten asiakas sanallisesti liittyy mukaan työntekijän keskustelukutsuihin?

Nostaako asiakas omatoimisesti asioita keskusteluun?

Miten työntekijä sanallisesti reagoi asiakkaan oma-aloitteisuuteen keskustelussa?

Neuvooko työntekijä asiakasta ja missä asioissa?

Miten asiakas reagoi puheen kautta neuvontaan?

Opettaako työntekijä asiakasta ja missä asioissa?

Miten työntekijä osoittaa sanallisesti keskustelussa, että hän liittoutuu asiakkaan kanssa hänen ongelmiaan vastaan?

Miten suuren osuuden puhe muodostaa työntekijän omasta vuorovaikutuksesta? Entä kuuntelu?

Miten osallistujien puhe- ja kuunteluosuudet liittyvät toisiinsa?

Miten keskustelu sanallisesti päätetään ja kuka aloitteen keskustelun päättämiseen tekee?

Sanallinen ja sanaton (verbaali ja nonverbaali) vuorovaikutus:

Miten sanallinen ja sanaton viestintä liittyvät yhteen ja tukevat toisiaan?

Onko sanallisen ja sanattoman viestinnän välillä ristiriitaisuuksia?

Millaisiin tilanteisiin ristiriitaisuudet liittyvät? (Tietty keskusteluaihe, reaktiona edeltävään aiheeseen tai sanattomaan vuorovaikutukseen jne.)

Millainen psykososiaalinen ohjaaja työntekijä on?

POHDINTA

Tämä artikkelimme osallistuu osaltaan psykososiaalisen sosiaalityön määrittelystä käytyyn keskusteluun ja toivoaksemme tuottaa uudenlaista selkeyttä käsitteen mää-

rittelyyn ja auttaa jokaista, joka haluaa kehittää psykososiaalisen sosiaalityön vuorovaikutuksen taitojaan. Vuorovaikutustaitojen kehittäminen on jatkuva tehtävä, mutta samalla se tuo myös armollisuuden näkökulman. Työntekijöillä ja asiakkailta, molemmilla vuorovaikutustaidot kehittyvät yhteisen dialogisen vuorovaikutuksen kautta. Vuorovaikutus on inhimillistä toimintaa, jossa ainutlaatuiset ihmiset omine persoonallisuuksineen ja taustoineen asiakkaina ja työntekijöinä kulkevat osan matkastaan kasvotusten tarkoituksenaan yhdessä ratkoa asiakkaan elämässä ilmenneitä muutosta tai pelkästään uutta suhtautumistapaa vaativia asioita. Muutoksen ei tarvitse olla todella näkyvä ja työskentelyn ratkaisuihin tähtäävää, vaikka sosiaalityö noudattaakin sille määriteltyä, eri kentillä erilaista tehtäväänsä. Joskus välittävä kohtaaminen on kaikki mitä tarvitaan. Joskus sen lisäksi tarvitaan konkreettista apua ja neuvoja, jopa kontrollia ja sosiaalityön väliintuloja. Tällöinkin vahvan dialogisen sosiaalityön otteella, psykososiaalisen sosiaalityön vuorovaikutuksella sosiaalityö voi aidosti osoittaa välittävänsä asiakkaistaan (Särkelä 2011) ja toimivansa vilpittömässä hengessä. Vuorovaikutuksen avulla rakennetussa sallivassa ilmapiirissä molempien, asiakkaan ja työntekijän, on helpompaa nostaa keskusteluun vaikeiksi kokemiaan asioita, perustella näkökulmiaan, rakentaa yhteistä näkemystä ja hyväksyä omaan elämäntilanteeseen ja elämään liittyvä, joskus elämän perustoja rankastikin ravisteleva puuttuminen, kuten lapsen huostaanotto ja muut sosiaalihuollon toimenpiteet, joita asiakkaan ei ole helppoa hyväksyä.

Yhteisellä oppimisen matkalla dialoginen sosiaalityö on vapauttavaa, vaikka ammatillisena toimintana sosiaalityöllä onkin omat reunaehdonsa ja vastuunsa. Lähestymällä psykososiaalista sosiaalityötä nimenomaan vuorovaikutussuhteena ja omanlaistaan terapeutista vuorovaikutusta edellyttävänä ammatillisena yhteistyösuhteena päästään sosiaalityön ytimeen, aitoon dialogisuuteen. Tämä vaatii työntekijältä paljon, toki asiakkaaltakin, mutta vastapainoksi antautuminen psykososiaalisen sosiaalityön vuorovaikutukseen, dialogiseen sosiaalityöhön tuottaa iloa, toiveikkautta ja tarkoitusta elämälle niin asiakkaalle kuin työntekijällekkin. Asiakkaat saavuttavat tavoitteitaan ja oppivat katsomaan elämäänsä uusista voimaannuttavista näkökulmista. Samalla työntekijä iloitsee asiakkaan onnistumisista ja asiakkaan itsensä löytämisen hetkistä, mutta myös omasta vuorovaikutusosaamisestaan ja vieraanvaraisesta asenteestaan asiakkaat eteisestä peräkamariin.

Kehittämiskohtien etsinnän lisäksi kannattaa reflektoida myös onnistuneita asiakastyön vuorovaikutustilanteita. Työntekijän ilo ja tyytyväisyys, kiireenkin keskellä, heijastuu tuleviin ja nykyhetkenkin asiakkaisiin. Jo pienikin kysymys ”Mitä sinulle kuuluu?” tilanteessa, jossa ilman sitäkin sosiaalityö voisi toimia [ammatillista hyvää vuorovaikutusta toteuttaen] ja saada yhteiskunnallisen oikeutuksensa, voi kuitenkin muuttua isoksikin kysymykseksi: Viime kädessä osaltaan auttaa etukäteen, ennaltaehkäistä vaikeita elämäntilanteita ja toivottomuutta. Jatkossa tarvittaisiinkin vielä enemmän sosiaalityön ja vuorovaikutus- ja viestintäalan yhteisiä tutkimushankkeita, jotta saataisiin yksityiskohtaisempaa tietoa hyödynnettäväksi dialogisen sosiaalityön

vuorovaikutustaitojen kehittämiseen. Vuorovaikutustilanteissa on toki muutenkin paljon tutkittavaa ja vuorovaikutustutkimuksessa kehitettävää. Olennaista kuitenkin on, että dialogisen sosiaalityön asiakkaan voimaantuminen heijastuu koko hänen verkostoonsa ja erilaisiin systeemeihin, samoin kuin työntekijän toimintaympäristöönkin. Onnistumiset rohkaisevat molempia.

LÄHTEET

- Arki, arvot, elämä, etiikka. Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet 2013. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry Ammattieettinen lautakunta. [Viitattu 20.10.2016]. Saatavana: http://www.talentia.fi/files/558/Etiikkaopas_2013_net.pdf
- Arnkil, E. 1988. Asiakkaiden valikointi osana sosiaalityön ristiriitojen sääntelyä. *Sosiaaliviesti* (2), 10–19.
- Arnkil, T. E. 2005. Peräkammari ja huolen vyöhykkeet. Metaforat, dialogisuus ja yhteinen kielialue. *Yhteiskuntapolitiikka* 70 (2), 155–169.
- Dunderfelt, T. 2001. Intuitio ja tunneviestintä. Helsinki: Dialogia.
- Fexeus, H. 2007. Ajatusten lukijaksi. *Perehdy kehonkieleen*. Helsinki: Otava.
- Granfelt, R. 1993. Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä. Teoksessa: R. Granfelt, H. Jokiranta, S. Karvinen, A. Matthies & A. Pohjola (toim.) *Monisärmäinen sosiaalityö*. Helsinki: Sosiaaliturvan Keskusliitto, 175–227.
- Gothóni, R. 2012. *Kosketuksia, arjessa, hoidossa ja pyhässä*. Helsinki: Kirjapaja.
- Gothóni, R. 2015. Mitä kosketus opettaa. Teoksessa: J. Helminen (toim.) *Osaamiseksi kokemus jokainen. Näkökulmia oppimiseen ja hyvinvointialalla tarvittavan osaamisen muodostumiseen*. Tallinna: United Press Global, 122–136.
- Hall, E. T. 1966. *The hidden dimension*. New York: Anchor Books.
- Hamilton, G. 1941. The underlying philosophy of social casework. *The Family* 23 (7), 139–148.
- Heinonen, T. & Spearman, L. 2010. *Social Work Practice. Problem solving and beyond*. Toronto: Nelson Education.
-

- Heritage, J. 1997. Conversation analysis and institutional talk: analyzing data. Teoksessa: D. Silverman (ed.) *Qualitative analysis: Issues of theory and method*. London: Sage, 222–245.
- Huotari, K. & Hurtig, J. 2008. Päätössanat. Teoksessa: K. Huotari & J. Hurtig (toim.) *Sosiaalityötä monitoroimassa*. Helsinki: Palmenia Helsinki University Press, 195–200.
- Hänninen, K. & Poikela, R. 2016. Toimintalähtöinen, dialoginen ja kohtaava vuorovaikutus Teoksessa: M. Törrönen, K. Hänninen, P. Jouttimäki, T. Lehto-Lundén, P. Salovaara & M. Veistilä (toim.) *Vastavuoroinen sosiaalityö*. Helsinki: Gaudeamus, 148–164.
- Innokylä. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. [Viitattu 20.10.2016]. Saatavana: www.innokyla.fi/haku/-/search/do
- Jokinen, A. 2016. Asiakkaan ja sosiaalityöntekijän välinen suhde. Teoksessa: M. Törrönen, K. Hänninen, P. Jouttimäki, T. Lehto-Lundén, P. Salovaara & M. Veistilä (toim.) *Vastavuoroinen sosiaalityö*. Helsinki: Gaudeamus, 138–164.
- Juhila, K. 2006. Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina: Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.
- Kallio, A. & Ruusuvoori, J. P. 2011. Kertojan katse tarinankerronnassa. Teoksessa: P. Haddington & L. Kääntä (toim.) *Kieli, keho ja vuorovaikutus: Multimodaalinen näkökulma sosiaaliseen toimintaan*. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 65–89.
- Kangasluoma, E. 2014. Intuitio psykososiaalisessa sosiaalityössä. Teoksessa: T. Toikko (toim.) *Sosiaalityön menetelmien jäljillä*. Seinäjoki: Anja Mäntylän rahasto, 13–52.
- Karvinen-Niinikoski, S. 2010. Ongelmanratkaisuperinne ja kriittinen ammatillisuus sosiaalityössä. Teoksessa: M. Laitinen & A. Pohjola (toim.) *Asiakkuus sosiaalityössä*. Helsinki: Gaudeamus, 247–276.
- Karvinen-Niinikoski, S. 2009. Postmoderni sosiaalityö. Teoksessa: M. Mäntysaari, M., Pohjola, A & T. Pösö (toim.) *Sosiaalityö ja teoria*. Jyväskylä: PS-kustannus, 131–159.
- Kauppila, R. A. 2011. Vuorovaikutus- ja sosiaaliset taidot. Vuorovaikutusopas opettajille ja opiskelijoille. Jyväskylä: PS-kustannus.

- Kilpeläinen, A. 2009. Luhmannin ekologinen kommunikaatio teoreettisena lähestymistapana sosiaalityössä. Teoksessa: M. Mäntysaari, A. Pohjola & T. Pösö (toim.) Sosiaalityö ja teoria. Jyväskylä: PS-Kustannus, 67–84.
- Kåver, A. & Nilsonne, Å. 2008. Toimiva yhteys: Myötätunto ja hyväksyntä ihmissuhteissa. Helsinki: Edita.
- Kääntä, L. & Haddington, P. 2011. Johdatus multimodaaliseen vuorovaikutukseen. Teoksessa: P. Haddington & L. Kääntä (toim.) Kieli, keho ja vuorovaikutus. Multimodaalinen näkökulma sosiaaliseen toimintaan. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 11–45.
- Lantieri, L. 2008. Tunneälyn ja sisäisen vahvuuden kehittäminen: Keinoja tukea keskittymiskykyä ja rauhoittumisen taitoa: Opas kasvattajille. Parainen: Samsaraa Tasapaino-oppaat.
- L 812/2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista.
- L 1301/2014. Sosiaalihuoltolaki.
- Lahtinen, J. & Isoviita, A. 2001. Asiakaspalvelun ja markkinoinnin perusteet. Tampere: Avaintulos.
- Laitinen, M. & Pohjola, A. 2010. Asiakkuus Sosiaalityön ydinteema. Teoksessa: M. Laitinen & A. Pohjola (Toim.) Asiakkuus sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 7-15.
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.
- Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus: Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita.
- Niemelä, P. 2016 Hyvinvoinnin edistäminen sosiaalityön eetoksena. Teoksessa: M. Törrönen, K. Hänninen, P. Jouttimäki, T. Lehto-Lundén, P. Salovaara & M. Veistilä (toim.) Vastavuoroinen sosiaalityö. Helsinki: Gaudeamus University Press, 97–108.
- Nousiainen, L. & Piekkari, U. 2007. Osallistuva oppilas - Yhteisöllinen koulu. Koulun kehittämisen kansio. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Opetusministeriö. [Viitattu 25.10.2016]. Saatavana: www.minedu.fi/julkaisut
- Peavy, R. V. 1997. Sociodynamic counselling: A constructivist perspective. Victoria: Trafford.
-

-
- Peavy, R. V. 1999. Sosiodynaaminen ohjaus. Helsinki: Psykologien kustannus.
- Peavy, R.V. 2006. Sosiodynaamisen ohjauksen opas. Helsinki: Psykologien kustannus.
- Poikela, R. 2010. Asiakassuunnitelma asiakaslähtöistä auttamista: Kohteen rakentumisen moniääninen menetelmä. Helsinki: Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos.
- Raunio, K. 2009. Olennainen sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Richmond, M. E. 1965. Social diagnosis. New York: Free Press.
- Rose, S. 2003, Sosiaalityön missio. Teoksessa: M. Laitinen & A. Pohjola (toim.) Sosiaalisen vaihtuvat vastuut. Jyväskylä: PS-kustannus, 193–205.
- Rostila, I. 2001. Tavoitelähtöinen sosiaalityö. Voimavarakeskeisen ongelmanratkaisun perusteet. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Routarinne, S. 2007. Valta ja vuorovaikutus. Statusilmaisun perusteet. Helsinki: Tammi.
- Routasalo, P. 1993. Kosketus vuodeosastolla olevan vanhuksen hoidossa. Turku: Turun yliopiston hoitotieteen laitos.
- Seikkula, J. Dialogisuus-koulutus. 20.3.2014. Seinäjoki.
- Siira, J. & Saarinen, M. 2011. Tunnekartalle: Tietoisempaan tunne-elämään. Helsinki: Kirjapaja.
- Sipilä, J. 1989. Sosiaalityön jäljillä. Helsinki: Tammi.
- Sosiaalihuoltolaki: Soveltamisopas. Ei päiväystä. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 20.10.2016] Saatavana: <http://stm.fi/documents/1271139/1352015/Sosiaalihuoltolain+soveltamisopas.pdf/cb12a5c4-9bfa-4983-adf6-94ca18815f1b>
- Sosiaalialan ammattikorkeakoulutuksen kompetenssit. Ei päiväystä. [Verkkajulkaisu]. Sosiaalialan AMK-verkosto. [Viitattu 21.10.2016]. Saatavana: <https://www.innokyla.fi/documents/1167850/5e8f1ef1-7a5b-4dfb-a629-0ea09dbfe904>
- Särkelä, A. 2011. Välittäminen ammattina: Näkökulmia sosiaaliseen auttamistyöhön. Tampere: Vastapaino.
-

Toikko, T. 1997. Psykososiaalinen lähestymistapa sosiaalityössä. *Janus* 5 (2), 169–188.

Toivakka, S. & Maasola, M. 2011. Itsetunto kohdalleen! Harjoituksia itsetuntemuksen ja vuorovaikutustaitojen oppimiseen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Törrönen, M., Hänninen, K., Jouttimäki, P., Lehto-Lundén, T., Salovaara, P. & Veistilä, M. 2016. Jälkikirjoitus. Teoksessa: M. Törrönen, K. Hänninen, P. Jouttimäki, T. Lehto-Lundén, P. Salovaara & M. Veistilä (toim.) *Vastavuoroinen sosiaalityö*. Helsinki: Gaudeamus University Press, 305–309.

Vuorovaikutus - puhumista ja kuuntelemista. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. [Viitattu 22.10.2016]. Saatavana: <http://www.kielijelppi.fi/puheviestinta/vuorovaikutus-puhumista-ja-kuuntelemista>

Väisänen, L., Niemelä, M. & Suua, P. 2009. *Sanat työssä. Vuorovaikutus ammattitaitona*. Helsinki: Kirjapaja.

YHTEISÖLLISYYTEEN OHJAAMINEN INTEGROIDUSSA OPETUKSESSA

Hilkka Majasaari, THM, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Helena Sarvikas, FM, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

1 JOHDANTO

Terveydenhuollossa tehdään tällä hetkellä merkittäviä rakenteiden ja toimintatapojen muutoksia, jotka asettavat uusia osaamisvaatimuksia ammattikorkeakoulun sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan tutkinto-ohjelmiin. Valmistuttuaan hoitotyöntekijöillä tulisi olla valmiudet, joilla kohdata yllättävälläkin tavoin muuttuva maailma ja sen haasteet sekä rakentaa aktiivisesti sellaista työelämän tulevaisuutta, jossa heidän itsensä ja muiden on hyvä elää. Hoitotyöntekijät tarvitsevat syvällisen käsityksen jokapäiväisestä eettisestä käyttäytymisestä. Tämä edellyttää vahvaa tiedon, hoitamisen ja ihmissuhdetaitojen sekä kommunikoinnin osaamista asiakkaiden ja kollegoiden kanssa. (Benner ym. 2010.) Tulevaisuudessa sairaanhoitajan työssä korostuu toisaalta asiakkaan itsemääräämisoikeus ja aktiivinen osallisuus omaan hoitoon, mutta myös yhteisöllisyys ja yhteisen vastuun ottaminen, koska terveydenhuollon palvelujärjestelmä on muuttumassa merkittävästi (Sipilä ym. 2015). Muuttuvissa organisaatioissa työntekijältä vaaditaan yhä enemmän taitoa ohjata ja säädellä omia älyllisiä prosessejaan ja toisaalta on pystyttävä oppimaan tehokkaasti toisilta työntekijöiltä (Hakkarainen, Lonka & Lipponen 2004).

Benner ym. (1999) toteavat, että opiskelijoiden on jo koulutuksen alussa opittava ymmärtämään, että heidän velvollisuutensa on noudattaa oman tieteenalan moraalista perustaa ja omaksua se. Opiskelijoiden tulisi myös kehittää taitoa viestittää lyhyesti mutta ymmärrettävästi toisille, mitä he itse ymmärtävät esimerkiksi potilaan tai asiakkaan tapaamisesta ja mitä eivät. (Ks. myös liite 1.)

Käytännön hoitotyön tilanteessa opiskelijalla on kaksi vastuuta: tehtävävastuu ja huolenpidon ihmisvastuu. Huolenpidossa opiskelija kohtaa toisen, ja kohdatessaan toisen kohtaa myös itsensä. Opiskelija katsoo haavoittuvuutta ja kärsimystä silmästä silmään, mutta näkee samalla myös mahdollisuuksia ja rohkeutta. Opettaja puolestaan haastaa opiskelijat oppimaan eikä keskustelu ja oppiminen ole koskaan ainoastaan yksisuuntaista. (Benner ym. 1999, 326–331.)

Yhteisöllinen oppiminen korostaa oppimisyhteisön jäsenten oppimistapahtuman eri älyllisiä osa-alueita ja niihin liittyviä tehtäviä, mikä eroaa perinteisestä ulkonaisempaa työnjakoa painottavasta yhteistoiminnallisesta oppimisesta (Hakkarainen, Lonka & Lipponen 2004). Integroitu hoitotyön etiikan ja viestintätaitojen opetus on vahva pedagoginen lähestymistapa, jossa opiskelijat parityössä ja ryhmässä opittua jakaessaan luovat perustaa ryhmävastuun etiikalle.

Yhteisöllisessä oppimisessa on kaksoistehtävä: eettisyyden substanssiosaaminen hoitotyössä ja ammattiosaamiseen kuuluvat viestintätaidot. Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvata Seinäjoen ammattikorkeakoulun (SeAMK) Sosiaali- ja terveystieteiden sairaanhoitaja (AMK)- ja terveydenhoitaja (AMK) -tutkinto-ohjelmiin kuuluvan kahden eri oppiaineen integroitua opintokokonaisuuden osaa. Tässä integroinnissa oppiminen on yhteisöllistä, jolloin korostetaan tiedon ja osaamisen yhteisöllistä luonnetta. Tässä artikkelissa kuvattua tietoa voidaan hyödyntää opetussuunnitelman ja opetuksen kehittämisessä yhteisölliseen suuntaan.

2 YHTEISÖLLISYYS OPETUKSESSA JA OPPIMISESSA

Yhteisöllisyys voi olla jatkuvaa tai hetkellistä ja yksilö voi kuulua useisiin toimiviin yhteisöihin. Yhteisöllisyys ja kuuluminen johonkin on ihmisen perustarve. Perhe on jokaiselle tärkeä yhteisö, jossa yksilön identiteetti heijastuu perheen identiteettiin. Toimivan perheen eli toimivan yhteisön keskeisiä ominaispiirteitä ovat yhtenäisyys, joustavuus sekä positiivinen kommunikaatio (Bomar 2004).

Yhteistyöhön perustuvan oppimisen edistäjät ovat korostaneet, että vaikka se vaikuttaa ulkoisesti samanlaiselta kuin perinteinen ryhmätyö, kyse on uudenaikaisesta aktiivisuudesta ja ryhmätoiminnasta, jossa sosiaalipsykologiset ja pedagogiset näkökohdat on nostettu uudella tavalla esiin. (Uusikylä & Atjonen 2007, 124.) Oppiminen on sekä yksilöllinen että yhteisöllinen prosessi, jossa yhteisöllisiä voimavaroja hyödyntäviä voimavaroja ovat yhteiset tavoitteet ja pelisäännöt, vaihtuvat pienryhmät, yhteisen ja yksilöllisen vastuun tarkentaminen sekä toiminnan tulosten ja toimintaprosessin arviointi (vrt. Repo 2010). Vastuullisuus toimii myös katalysaattorina opiskelijan ymmärtämisessä sekä eettisessä ja älyllisessä kehittämisessä (Sandvik ym. 2014). Yhteisöllisyydellä on todettu olevan merkitystä opintoja edistävänä tekijänä (Repo 2010).

Ammattikorkeakoulun opettajan työhön kohdistuu paljon vaatimuksia ja niihin vastaaaminen edellyttää toimivaa yhteistyötä, tehokasta opitun jakamista ja toisilta oppimista. Ammattikorkeakoulujen toimintojen profiloituessa verkostomaiseen yhteistyöhön alueen työ- ja elinkeinoelämän kanssa, tarvitaan uudenlaista opettajuutta. Opettajan työn

ydin 1990-luvulla koostui oman oppiaineen itsenäisestä asiantuntijasta, joka jäsensi, esitti sekä varmensi tietojen perillemenoa ja taitojen hallintaa. Ammattikorkeakoulun opettajan tehtävissä on korostunut 2010 -luvulta lähtien yhteyksien luominen, yhteisöllinen työskentely, oppimisen ohjaaminen sekä vastuun kantaminen yhdessä toisten opettajien ja opiskelijoiden sekä työelämän kanssa. Tähän on liittynyt siirtyminen sirpaleisesta opetussuunnitelmasta eri oppiaineita mielekkäiksi kokonaisuuksiksi yhdistäviin opetussuunnitelmiin. (Auvinen 2006, 31–32.)

Ammattikorkeakouluopettajuuden keskeinen elementti on ollut alusta lähtien muutos, ja pedagogisen, substanssiosaamisen ja tutkimus- ja kehittämisosaamisen rinnalle on tullut työyhteisöllinen osaaminen. Pirstaloitunut ja kerroksinen työnkuva on suuri haaste myös ammattikorkeakoulun opettajan kollegiaaliselle yhteisöllisyydelle. (Kotila & Mäki 2006.) Ammattikorkeakouluopettajan työn mielekkyyttä voidaan parantaa esimerkiksi yhteisöllisyyden edellytyksiä parantamalla.

Oppiminen ja uuden tiedon luominen on yhteisöllinen tapahtuma, jossa yhteistyö on tärkeää opiskelijan oman sekä koko ryhmän eli yhteisön oppimisen kannalta. Yhteisöllisten tehtävien tulee olla sellaisia, että ne ratkaistaan parhaiten yhdessä. Yleensä parhaita ovat tehtävät, joihin ei ole yhtä oikeaa vastausta. (Uusikylä & Atjonen 2007, 124.) Ongelmalähtöisellä oppimisella on yhteys muun muassa yhteisöllisen oppimisen taitojen kehittymiseen (Alastalo & Salminen 2015). Hellströmin (2008, 58) mukaan ongelmalähtöinen oppiminen perustuu ohjaukseen, jossa opettaja opastaa oppijaa opettamaan itse itseään.

Kokemuksia refleктоimalla tavoitellaan elävää oppimisprosessia. Reflektio tähtää ymmärtämiseen, uusiin ajatuksiin, tunteisiin ja tekoihin (Karjalainen 2015, 65). Refleктоiva dialogi synnyttää uudenlaista ymmärrystä, ei oikeita vastauksia vaan avautumista, kuuntelemista, kaikkien äänten sallimista ja osallisuutta toisten näkökulmiin. Näiden edellytyksiä ovat keskinäinen kunnioitus, itsekunnioitus, yhteinen tavoite löytää yhteisymmärrys, osallisuus ja sitoutuminen, oikeudenmukaisuus, avoimuus ja vastavuoroisuus, kyky sietää erilaisuutta ja rationaalisuus. Dialogi edellyttää eettisiksi lähtökohdiksi kunnioitusta, oikeudenmukaisuutta ja suvaitsevaisuutta. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 185–187.) Dialogi tarvitsee ympäristön, tilanteen ja suhteen ympäristöön (Engeström ym. 2008, 176–178).

Yhteisöllisyys liittyy SeAMKin keskeiseen arvoon, SeAMK-henkeen (Ks. Kansainvälinen yrittäjähenkilö SEAMK 16.2.2016). Yhteisöllisyys määritellään yleisesti yhdessä tekemiseksi. Yhteisöllisyyteen kuuluu oleellisesti jokaisen vastuu yhteisöllisyyden edistämisestä sekä toimivat vuorovaikutussuhteet ja hyvä ilmapiiri. Yhteisöllisyys ilmenee myös keskinäisenä luottamuksena ja tukena, avoimuutena, toisen huomioon ottamisena sekä yhteishenkenä. Yksilöiden tunteet ovat tärkeässä asemassa yhteisöllisyyden kehittämisessä, ja paras lopputulos saavutetaan toimivassa ja onnistuneessa yhteistyössä. (Pölkki 2015.)

3 YHTEISÖLLISYYS OPETUKSEN INTEGRAATION KOKEILUSSA

Seuraavassa kuvataan erään terveysalan tutkinto-opiskelijaryhmän yhteisöllistä oppimista, sen suunnittelua, toteutusta ja arviointia vaiheittain. Kuvatussa integroidussa opetuksessa samaa opiskelijaryhmää ohjasi kaksi opettajaa yhteisöllisesti eli kehitettiin tavoitesuuntautuneesti ja johdonmukaisesti yhdessä kokonaisuus, jossa hoitotyön eettisyyden ja viestintätaitojen integroitu seminaaritehtävä ja itse seminaari arviointikriteereineen tuotettiin yhteisessä keskustelussa. Yhteisöllisen oppimisen tavoitteet korostavat oppimisen prosessitavoitetta sekä sisällöllistä tavoitetta. Ensimmäinen yhteisöllisen oppimisen ohjauksen kokeilu järjestettiin syksyllä 2013 kahdessa sairaanhoitaja (AMK) -opiskelijaryhmässä. Tämän kokeilun jälkeen yhteistä ohjausta on jatkettu systemaattisesti jokaisen aloittavan sairaanhoitaja (AMK)- ja terveydenhoitaja (AMK) -opiskelijaryhmän kanssa sekä päivä- että monimuotototeutuksessa ja myös maakuntakorkeakoulu yhteistyössä toteutetun sairaanhoitajakoulutuksen kahdessa ryhmässä.

Yhteisöllisen oppimisen havainnollistamiseksi käytetään lainauksia opiskelijoiden reflektioista, joiden käyttöön on saatu lupa opiskelijoilta sekä yksikön johtajalta keväällä 2016. Opiskelijat pitivät seminaarityöskentelyn aikana luentomuistiinpanojen tyypistä koostepaperia sekä laativat lyhyen yhteenvedon päivästä vastaten kysymykseen ”Mitä jäi mieleen päivästä?”

Opintojakso Eettisyys hoitotyössä (2 op) ja Viestintätaidot-opintojaksosta osa (1 op 3:sta) toteutuvat aina sairaanhoitajan (AMK) ja terveydenhoitajan (AMK) tutkinto-ohjelmien ensimmäisellä lukukaudella ennen ensimmäistä harjoittelujaksoa. Integroidun opetuksen tavoitteet liittyvät ammattikorkeakoulututkinnon opetussuunnitelman kaikille yhteisiin ”Osaajaksi kehittymisen” tavoitteisiin sekä sairaanhoitajan (AMK) ja terveydenhoitajan (AMK) tutkinto-ohjelmien ”Asiakaslähtöinen ammatillinen osaaminen” tavoitteeseen (Vrt. Seinäjoen ammattikorkeakoulu Opetussuunnitelma 2015–2016).

Lähtökohtaherätteenä yhteisöllisen oppimisen käynnistäjänä toimi molempien opintojaksojen erilliset orientoivat lyhyet kontaktiopinnot sekä Moodle-oppimisympäristön itsenäiset oppimistehtävät. Yhteisölliseen oppimiseen orientoituminen antaa jokaiselle opiskelijalle yhteisen tietoperustan sekä hoitotyön eettisyydestä että viestintätaidoista, joita hyödyntäen opiskelija rakentaa uutta tietoa pyrkiessään ymmärtämään syvämmäin hoitotyön eettisiä ilmiöitä. Eettisyys hoitotyössä -opintojaksoon sisältyi ennen integroitua yhteisopetusta kaksi lyhyttä orientaatioluentoa sekä kaksi verkko-keskustelua pienryhmissä teemoista ”Sairanhoitajan tai terveydenhoitajan ammattia ohjaava lainsäädäntö ja eettiset ohjeet” sekä ”Eettinen päätöksenteko hoitotyössä”. Viestintätaitojen opetuksessa on opastettu seminaarityöskentelyyn ja sen eri tehtäviin.

Oppimistehtävän muotoileminen seminaarityöskentelyä varten tehtiin opettajaparin yhteistyönä soveltaen yhteisöllisen oppimisen periaatteita. Oppimistehtävässä on yhteinen tavoite, ja työskentelyprosessia korostetaan samoin kuin opiskelijaparin vastuuta opiskelun organisoinnista ja oppimisesta. Oppimistehtävän tavoitteena on, että opiskelijat pyrkivät yhdessä ymmärtämään ja rakentamaan uutta tietoa aiheeksi saamastaan hoitotyön eettisestä ilmiöstä. Tavoitteena on, että parityöskentelyssä opiskelijat kehittävät kognitiivisia taitojaan, tiedonhaku- ja tiedonkäsittelytaitoja sekä metakognitiivisia eli oppimaan oppimisen taitoja. Opiskelijoilla on yhteinen tavoite niin hoitotyön eettisyydestä kuin viestintätaidoista. Opiskelijat tuottavat työparina sekä suullisen että kirjallisen esityksen opintoihin keskeisesti kuuluvasta osiosta, joka käsittelee sisällöllisesti hoitotyön eettisiä periaatteita tai hoitotyön eettistä ongelmaa. Työparit arvotaan opiskelijoiden kesken ja opiskelijaryhmä jaetaan kahteen seminaariryhmään. Integroidun oppimistehtävän arviointikriteerit esseiden sisällön, kirjallisen tuotoksen ja suullisen esityksen sekä seminaarityöskentelyn näkökulmista on esitetty oppimistehtävän lopussa.

”Tehtävään on varattu noin 25 h itsenäistä työskentelyä. Opiskelijapari tuottaa sekä suullisen että kirjallisen esityksen opintoihin keskeisesti liittyvästä hoitotyön eettisestä periaatteesta/ilmiöstä. Pohdinnassa tuotte esiin aiheen merkityksen tämän päivän hoitotyössä.” (Oppimistehtävä kevät 2016.)

”Arviointi: arvosana muodostuu esseiden ja esityksen sekä seminaarikeskustelujen pohjalta. Koko opintojakson arvioinnissa tämä on osasuoritus koko opintojakson arvosanasta. Esim. esseiden sisältö: tiedon hankinta ja lähteiden monipuolinen käyttö sekä lähdekritiikki (vähintään 10 tietolähdettä, monipuolisuus [oppikirjat, artikkelit, lait ja asetukset, asiantuntijalausekunnat, muut julkaisut]).” (Oppimistehtävä kevät 2016.)

Opiskelijaparin työparityöskentely ohjautuu yksilöllisesti oppimistehtävänannon jälkeen. Opiskelijapari hakee tietoa saamastaan aiheesta, hankkivat tietoa, käsittelevät sitä, analysoivat ja tekevät synteessissä eli kirjallisessa tuotoksessaan ajattelunsa näkyväksi. Opiskelija kantaa kukin vastuun yksilöllisesti yhteisöllisyydestä tehtävän saattamisessa esityskuntoon. Jokaisella ryhmän opiskelijalla on kaksi tehtävää: itse oppimistehtävä sekä tehtävä pitää yllä koheesiota työparinsa kanssa. Opiskelijapari ottaa vastuun tehtävän organisoinnista ja oppimisen jakamisesta työparina. Lisäksi opiskelijapari suunnittelee ja valmistautuu työparina seminaarityöskentelyyn, oman aiheensa esittämiseen sekä toisen aiheen opponointiin.

”Aihetta varten haette tietoa eri tietokannoista (mm. Medic) ja lähteistä” (Oppimistehtävä kevät 2016).

”Kirjallinen oppimistehtävä jaetaan jokaiselle ryhmänne jäsenelle sekä ohjaaville opettajille. Jokaisen opiskelijan edellytetään lukevan työt ennen niiden esittämistä. Kunkin oppimisteh-

tävän käsittelyyn varataan aikaa yhteensä 45 minuuttia/aihe. Aika jakautuu seuraavasti: esitys 20 minuuttia, opponointi 15 minuuttia ja yhteinen keskustelu 10 minuuttia. Opponenttien tehtävä on herättää keskustelua tehtyjen esitysten pohjalta.” (Oppimistehtävä kevät 2016.)

”Eettiset ongelmat ikääntyneen hoitotyössä”: Esittäjät: X ja Y; Opponentit: A ja B” (Oppimistehtävästä kevät 2016).

Aiheiden yhteinen tarkastelu seminaarityöskentelyssä oli pienryhmätyöskentelyä, jossa opiskelijat ja opettaja toimivat tasavertaisina toimijoina eli keskustelukumppaneina. Opiskelijatyöparit toimivat esittäjän, opponentin ja yhteiseen keskusteluun osallistujan roolissa. Oppimisen edellytys oli aktiivinen vuorovaikutus ja kaikkien vastuunotto oppimisesta. Seminaariin osallistuvat kirjasivat lyhyesti muistiin toisilta oppimaansa hoitotyön etiikan aiheen sisällöstä sekä viestintätaidoista seminaariesitysten aikana. Yhteisöllisyys korostui seminaarityöskentelyn aikana toimivina työparisuhteina sekä keskusteluun osallistuvien toimivina suhteina. Ilmapiiri oli avointa ja opiskelijat toivat esiin oppimiseen liittyviä tunteita, omaan identiteettiin liittyviä havaintoja ja omaan esiintymiseen liittyviä kehittämistarpeita. Näin opiskelijat kuvasivat kokemukseen esiintymisestä ja omasta identiteetistään:

”Sai harjoitella esiintymistä ja opponointia, mikä on hyvä jatkoa ajatellen. Päivä pisti myös pohtimaan omaa esiintymistä ja sen kehittämistä.” (N6)

”Omassa esityksessä paljon parannettavaa – turhaa jännitystä pitäisi saada pois. Meni kuitenkin mielestäni ihan hyvin sekä esitys että opponointi.” (N8)

Reflektioissa tuli esiin toisen esityksen ja osaamisen arvostaminen sekä ryhmän jäsenten keskinäisen tuntemuksen lisääntyminen opitun jakamisessa. Seuraavassa otteita:

”Mukava nähdä, miten eri lailla asioita voidaan käsitellä ja esitellä.” (N15)

”Hyviä esityksiä.” (N6)

”Hyviä esityksiä ja töitä. Kaikki opponentit olivat perehtyneet hienosti ja perusteellisesti opponitaviin töihin. Kaikilla hyvää tiimityötä!” (N22)

”Päivä meni joutuisasti ja kaikki esitykset olivat laadukkaita.” (N8)

”Kaikilla hyviä töitä ja hyvät opponentit.” (N9)

Yhteisöllinen seminaaripäivä koettiin oppimisen näkökulmasta ajatuksia sekä omaa motivaatiota ja kiinnostusta herättävänä. Aiheen kiinnostavuus, oma kiinnostus aiheeseen ja avoin keskustelu edistivät opiskelua seminaaripäivässä. Seuraavassa opiskelijoiden kuvauksia:

”Mukava päivä oppimisen kannalta.” (N9)

”Kiva, kun syntyi aitoa keskustelua ja ajatuksia heräsi” (N3)

”Mielenkiintoisia aiheita.” (N6; N15)

”Hyvä, antoisa päivä!” (N10)

Integroitu, yhteisöllinen oppimistapa koettiin hyväksi ja toimivaksi. Myös jako kahteen pienempään seminaariryhmään koettiin keskittymisen kannalta sopivaksi. Opponentin rooli oli keskeinen yleisön motivoinnissa, mikä saattoi tuottaa jossakin tilanteessa lisähaasteita toimintaan. Opettajat haastoivat keskusteluissa myös opiskelijoita tarkastelemaan asioita monista eri näkökulmista. Yhteisöllinen oppimistapa sai tällaisia kommentteja:

”Hyvä tapa oppia.”

”Esityksiä oli sopivasti ja kaikkiin jaksoi keskittyä.” (N16)

”Yhteiset keskustelut” (N12)

”Yleisöä oli vähän hankala saada mukaan keskusteluun, oli hankalaa opponenttina yrittää herättää keskustelua. Mutta muutoin mielenkiintoinen päivä, hyvä kokemus ensimmäiseksi seminaariksi.” (N17)

”Töiden pohjalta heräsi mielenkiintoisia keskusteluja.” (N22)

Arviointi ja yhteinen reflektio. Seminaarityöskentelyssä opiskelijoiden osallisuus oli oppimisen ja opetustyön keskiössä. Seminaarin yhteisessä keskustelussa opettajat toivat lyhyesti esiin kehittämiskohteita ja tarkensivat keskustelua niin sisällössä kuin viestintätaidoissakin. Tällöin opiskelijat saivat mahdollisuuden testata mielipiteitään, saivat tarkennuksia ja lisätietoa myös opettajien tasavertaisen keskustelukumppanuuden myötä. Myös opettajien välinen yhteisöllisyys ja yhteinen kehittämisen ilo lisääntyivät seminaarityöskentelyn aikana. Opettajat arvioivat asiantuntijuutensa pohjalta yhdessä sekä seminaaritehtävän sisältöä ja esitystä sekä seminaarissa toimimista niin opponentteina kuin aktiivisina keskusteluun osallistujina. Opiskelijan seminaarin tiivistelmä toimi arvioinnin tukena. Opettajapari teki yhteisen arvioinnin keskustellen ja perustellen arvosanaa asiantuntijuutensa pohjalta. Opettajapari päätyi useimmiten samaan arvosanaan.

4 POHDINTA

Tässä kuvatussa yhteisöllisessä oppimisessä oli ominaispiirteitä yhteistoiminnallisesta oppimisesta, ongelmalähtöisestä oppimisestä, mutta keskeisenä ominaispiirteenä oli opiskelijoiden yhteisöllinen oppiminen. Vastuullisuus omasta oppimisesta oli keskeinen elementti, ja yhteistyö oli tärkeää koko ryhmän oppimisen kannalta. (Hakkarainen ym. 2004; Uusikylä & Atjonen 2007; Sandvik ym. 2014.) Seminaaritehtävä ja seminaarityöskentely tehtiin oppimisen tarpeeseen, jolloin opiskelijoilla ei ollut erillisiä tenttejä tai ulkoa opettelua, vaan opiskelu kehitti argumentointitaitoa, tiedonhankintaa alan

keskeisistä lähteistä ja tietokannoista, lähdekritiikkiä sekä tutkitun tiedon käytännön sovellusta kuten ammattikorkeakouluopinnoissa edellytetään.

Seminaarimuotoisena toteutettu yhteisöllinen oppiminen ja oppiaineiden integroiminen pyrkivät eheyttämään opetusta kokoamalla yhteisen teeman ympärille mahdollisimman monipuolista ainesta ja useita oppimisen osa-alueita. Tässä kokeilussa huomattiin, että yhteisöllisesti tekeminen on osallistujien mielestä palkitsevaa ja rohkaisevaa. Entistä enemmän tulisikin opetuksessa korostaa yhteisöllisen reflektoinnin merkitystä ammatillisen kasvun tukena ja hoitotyön eettisten kysymysten tarkastelussa (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009).

Opettajan näkökulmasta yhteisöllinen oppimistapahtuma ja kollegiaalinen tiivis yhteistyö koko integrointiprosessin ajan oli opettajuutta vahvistava toimintatapa. Siihen vaikutti ennen kaikkea se, että opintojaksojen sisällöt luontevasti sulautuivat toisiinsa; strategisesti osaavaa kommunikaatiotaitoa tarvitaan eettisiä kysymyksiä selvittäessä sekä asiakaskohtamisessa että esimerkiksi kollegoiden kesken, ja toisaalta eettisyys on aina läsnä henkilön viestintäkompetenssissa. Yhteisopettajuuden vaatima ja mahdollistama avoin dialogi työskentelyn tavoitteista ja etenkin ydinosaamisesta sekä lopuksi ohjaajien kesken käyty reflektioiva keskustelu toivat syvyyttä muihinkin oppimiskonteksteihin. Opettajan on tärkeää asettua välillä myös ihmettelijäksi ja tasavertaiseksi keskustelijaksi, vaikka samalla pyrkiikin antamaan mallin yhteisölliseen pohdiskeluun.

Tulevaisuuden kehittämiskohteeksi on valittu opettajien ja opiskelijoiden yhteinen reflektointi seminaarin jälkeen. Se mahdollistaa edelleen uudenlaisen ymmärryksen laajenemisen sekä välittömän osallisuuden erilaisten näkökulmien löytämiseen ja pohtimiseen opetuksen kehittämiseksi ja mielekkään oppimisen edistämiseksi.

LÄHTEET

Alastalo, M. & Salminen, L. 2015. Ongelmalähtöinen oppiminen terveysalan koulutuksessa: oppimistulokset ja opiskelijoiden kokemukset: kuvaileva kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 27(3), 171–182.

Auvinen, P. 2006. Yhteistyö saa ihmeitä aikaan. Teoksessa: H. Kotila (toim.) *Opettajana ammattikorkeakoulussa*. Helsinki: Edita, 27–41.

Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. & Day, L. 2010. *Educating nurses – A call for Radical Transformation*. San Francisco: Wiley.

-
- Benner, P., Tanner, C.A. & Chesla, C.A. 1999. Asiantuntijuus hoitotyössä: Hoitotyö, päättelykyky ja etiikka. Suomentaja: P. Nieminen. Porvoo: WSOY.
- Bomar, P. J. 2004. Promoting health in families: Applying family research and theory to nursing practice. 3rd. ed. Philadelphia: Saunders.
- Engeström, R., Pulkkis, A., Rautakorpi, T. & Mutanen, A. 2008. Vuorovaikutus mullistaa oppimistilanteen. Teoksessa: H. Kotila, A. Mutanen & M.-L. Kakkonen (toim.) Opetuksen ja tutkimuksen kiasma. Helsinki: Edita, 175–195.
- Hakkarainen, K., Lonka, K. & Lipponen, L. 2004. Tutkiva oppiminen. Järki, tunteet ja kulttuuri oppimisen sytyttäjänä. Porvoo: WSOY.
- Hellström, M. 2008. Sata sanaa opetuksesta: Keskeisten käsitteiden käsikirja. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Kansainvälinen yrittäjähenkilö SEAMK: Paras korkeakoulu opiskelijalle. Strategia 2015–20. Päivitetty 16.2.2016. [Verkkosivu]. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. [Viitattu 16.8.2016]. Saatavana: <http://seamklaatu/Strategia/Sivut/Strategia>
- Karjalainen, A. L. 2015. Omaelämäkerrallinen kirjoittaminen ja reflektio ammatillisessa oppimisessä. Teoksessa: J. Helminen (toim.) Osaamiseksi kokemus jokainen: Näkökulmia oppimiseen ja hyvinvointialalla tarvittavan osaamisen muodostumiseen. Tallinna: United Press Global.
- Kotila, H. & Mäki, K. 2006. Ammattikorkeakoulun opettajuus. Teoksessa: H. Kotila (toim.) Opettajana ammattikorkeakoulussa. Helsinki: Edita, 11–26.
- Pölkki, T. 2015. Miten yhteisöllisyys näyttäytyy voimavarana työyhteisöissä? Tutkiva hoitotyö 13 (2), 3.
- Repo, S. 2010. Yhteisöllisyys voimavarana yliopisto-opetuksen ja -opiskelun kehittämisessä. Helsinki: Helsingin yliopisto, Käyttäytymistieteen laitos. Kasvatustieteellisiä tutkimuksia 228.
- Sandvik, A.-H., Eriksson, K. & Hill, Y. 2014. Understanding and becoming – the heart of the matter in nurse education. Scandinavian journal of caring sciences. 29 (1), 62– 72.
- Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Opetussuunnitelma 2015–2016. [Verkkosivu]. [Viitattu 3.10.2016]. Saatavana: <http://opsweb.seamk.fi/?code=SH-2015>
-

Sipilä, M., Miettinen, M., Holopainen, A., Kyngäs, H., Turunen, H., Voutilainen, P. & Pölkki, T. 2015. Visio sairaanhoitajan työn sisällöstä vuonna 2035. Tutkiva hoitotyö 13 (1), 52 –53.

LIITTEET

LIITE 1. Opetussuunnitelman yleisiä ja ammatillisia kompetensseja. (Seinäjoen ammattikorkeakoulu, Opetussuunnitelma 2015–2016.)

Y1 Oppimisen taidot

- Osaa hankkia, käsitellä ja arvioida tietoa kriittisesti
- Kykenee ottamaan vastuuta ryhmän oppimisesta ja opitun jakamisesta

Y2 Eettinen osaaminen

- Kykenee ottamaan vastuun omasta toiminnastaan ja sen seurauksista
- Osaa ottaa erilaiset toimijat huomioon työskentelyssään

SH1 kompetenssit

- Ymmärtää hoitotyön arvojen ja eettisten periaatteiden merkityksen käytännössä
 - Tuntee sairaanhoitajan/terveydenhoitajan ammatinharjoittamista koskevan lainsäädännön ja eettiset ohjeet sekä osaa arvioida niiden toteutumista hoitotyössä
 - Osaa toimia ihmisoikeuksia loukkaamatta
-

THE FORESIGHT FRAMEWORK -MALLI YHTEISTOIMINNALLISEN WORKSHOP- TYÖSKENTELYN MENETELMÄNÄ

Mari Salminen-Tuomaala, TtT, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

1 JOHDANTO

”Jos uskoo ihmisiin ja heidän piileviin kykyihinsä ja antaa heille vastuuta, saa takaisin paljon enemmän ideoita kuin on uskaltanut toivoakaan” (Isaacs 2001, 334).

Yhteistoiminnallisen workshop-työskentelyn lähtökohtana on avoin dialogi, workshop-työskentelyyn osallistuvien arvostaminen sekä osaamisen johtaminen. Keskeistä on osaamistarpeiden ennakointi, organisaatiossa olevan tiedon ja osaamisen hallinta ja kehittäminen sekä oppimisen ohjaaminen. (Ahvo-Lehtinen & Maukonen 2005, 8.) Workshop-työskentelyn ohjaaminen on osaamisen johtamista, jolla ennakoidaan henkilöstön ammatilliseen kehittymiseen liittyviä tavoitteita ja selvitetään työyhteisön toimivuuden kannalta tärkeitä osaamisalueita sekä edistetään työntekijöiden työkykyä, sitoutumista ja muutosvalmiutta (Ahvo-Lehtinen & Maukonen 2005, 22).

Työyhteisön kehittäminen on tavoitteellista toimintaa sekä organisaation että yksilön näkökulmasta. Ammatillisesta kehittymisestä ja taitavasta työtehtävien suorittamisesta syntyy työhyvinvointia, joka on parhaimmillaan työhön liittyvien vaatimusten ja työntekijän ammatillisen osaamisen ollessa tasapainossa. (Stenvall & Virtanen 2010, 173-174.)

Tässä artikkelissa kuvataan yhteistoiminnallista workshop-työskentelyä ja The Foresight Framework -mallia työyhteisön toiminnan kehittämisen menetelmänä.

2 TYÖYHTEISÖN TOIMINNAN JA OSAAMISEN KEHITTÄMINEN

Työyhteisön toiminnan kehittämisellä tavoitellaan tilannetta, jossa työyhteisö pystyy vastaamaan haasteisiin myös tulevaisuudessa. Työntekijöiden kokemuksilla ja osallistumismahdollisuuksilla on yhteys optimaalisten työolosuhteiden ja toimivan käy-

tännön syntymiseen. Osaamisen kehittämisen tulisi olla työntekijöitä arvostavaa ja mielekästä ja sekä sisällöltään että menetelmiltään tarkoituksenmukaista. (Stenvall & Virtanen 2010, 174–178.)

Työyhteisön kehittyminen voidaan määritellä ”organisaation kykyä uusiutua muuttamalla toimintatapojaan ja prosessejaan” (Sydänmaanlakka 2002, 52–53). Yhteistoiminnallisen workshop-työskentelyn kautta saadaan aikaan muutoksia työyhteisön ajattelu- ja toimintamalleihin luomalla yhteisesti jaettavissa olevaa tietämystä ja uudenlaisia toimintatapoja (Sarala & Sarala 1997, 54).

Työyhteisön toiminnan kehittämisen näkökulmasta olennaista on oppimisen yhteisöllisyys. Taitoja ja oppimista tehostetaan yhteistyöllä ja avoimella vuorovaikutuksella. Välttämätöntä on uuden asian suhteuttaminen nykyiseen. Uutta toimintaa kehitettäessä on toisinaan myös luovuttava vanhasta toimintatavasta tai suhteutettava uusi tapa aiemmin käytössä olleeseen. (Stenvall & Virtanen 2010, 170–171.) Avoimuutta, joustavuutta ja uskallusta vaaditaan sekä työyhteisöltä että yksittäiseltä työntekijältä (Ruohotie 2000a, 205–206).

Yhteiset toimintamallit ja merkitykset konkretisoituvat työntekijöille erilaisten toimintaohjeiden kautta. Yhteisiä merkitysrakenteita on tärkeää vahvistaa työhön perehdyttämisen ja koulutuksen avulla. Kannustavalla johtamistavalla on paljon merkitystä uusiin toimintatapoihin sitoutumiseen. (Lehtonen 2002, 30.) Sengen (1990, 1994) mukaan oppiva organisaatio edistää jatkuvasti kykyään luoda omaa tulevaisuuttaan. Organisaation kyky oppia perustuu systeemiajatteluun, jonka mukaan organisaatio muodostuu toisiinsa kytkeytyvistä osatoiminnoista sekä toisiinsa vaikuttavista prosesseista. (Senge 1994, 6–11.) Jokaisella työntekijällä on oltava mahdollisuus vaikuttaa omaan kehittymiseensä ja oppimiseensa. Oppiminen nähdään prosessina, jossa jokaisen yksilöllinen visio selkiintyy. Työntekijän vision pitäisi olla yhteensopiva organisaation yhteisten, jaettujen visioiden kanssa, jotka muodostuvat avoimesti keskustelemalla ja perustuvat jaettuihin tulkintoihin todellisuudesta.

3 YHTEISTOIMINNALLINEN WORKSHOP- TYÖSKENTELY

Yhteistoiminnallinen kehittäminen korostaa oppimisen yhteyttä muutokseen ja innovaatioon; osallistumista, toimintatapojen muuttamista sekä yksilöitä arvostavaa johtamistapaa. Keskeistä on kannustava henkilöstön osallistaminen ja yhteinen näkemys toiminnan päämääristä. Yhteistoiminnallisessa kehittämisessä on huomioitava työntekijöiden taitojen ohella organisaation tiedostetut ja tiedostamattomat toimintakäytännöt ja rutiinit. Sekä yksilöllisillä että yhteisöllisillä tekijöillä on vaikutusta tehokkaiden muutos- ja kehittämistoimien toteuttamiselle. (Sarala & Sarala 1996, 54.)

Yhteistoiminnallinen workshop-työskentely auttaa suuntaamaan toimintaa tulevaisuuden tarpeita varten. Se sisältää organisaatiota ja yksilöitä koskevien haasteiden avointa käsittelyä. Yhteistoiminnallinen kehittäminen ja oppiminen voidaan nähdä myös jatkuvana laadun parantamisen ydinprosessina. (Ruohotie 2000b, 47.)

Yhteistoiminnallisen oppimisen keskeisiä kysymyksiä ovat: miksi, mitä ja miten. Miksi-kysymyksellä arvioidaan työyhteisön arvoperustaa ja perustehtävää koskevia muutostarpeita. Mitä-kysymyksen avulla tarkastellaan tavoitteita ja tehtäviä. Miten-kysymys kartoittaa sitä, miten asiat ja tehtävät toteutetaan. Näiden kysymysten avulla voidaan kuvata toimintaprosesseja, työtapoja ja organisaatiokulttuuria sekä ohjata henkilöstöjohtamista. (Ruohotie 2000b, 48.) On tärkeää hahmottaa myös organisaation osaamisvaatimukset, osaamista koskevat kehittämistavoitteet ja osaamisen vahvistamisen keinot. Yksi tehokkaimmista osaamisen ja toiminnan kehittämiskeinoista on yhteistoiminnallinen, kollektiivinen työssä oppiminen. Yhteistoiminnallinen oppiminen ja kehittäminen edellyttävät avointa dialogia ja keskustelukulttuuria. (Stenvall & Virtanen 2010, 169.)

Yhteistoiminnallisuus on työskentelyä ryhmässä yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Yhdessä tekemisen perustana on toisten auttaminen ja jokaisen aktiivinen osallistuminen yhteiseen toimintaan. Yhteisiä tavoitteita ei saavuteta, ellei jokainen onnistu omassa tehtävässään. Hyvän yhteistoiminnan edellytys on, että kaikilla työntekijöillä on yhteinen arvoperusta ja yhtenäinen näkemys organisaation tavoitteista. Aalto-Setälän ja Saarisen (2016, 177) mukaan yhteinen arvoperusta on yhdessä kehittymisen eetos. He kuvaavat innostavan työyhteisön arvoiksi seuraavia: avoimuus, rohkeus, tasa-arvoisuus, luottamus ja arvostus. Yhteisten tavoitteiden selkiyttämisen jälkeen on mahdollista määritellä myös päämäärät ja pelisäännöt. (Syvänen ym. 2008, 20.) ”Prosessi ja sen tulos ovat toisiinsa sidottuja ja erottamattomia - siksi kehitysprosessin tulisi olla osallistava” (Roman 2006). Kehitysprosessin onnistuminen edellyttää työntekijöiden välistä avointa yhteistyötä. Työntekijät ovat tärkein prosessien toteuttamiseen tarvittava voimavara. Jotta toimintaprosessit ja koko työyhteisö voivat kehittyä, on kaikki työntekijät saatava mukaan kehittämiseen. Yhteistoiminnallisen kehittämisen taustalla on idea jatkuvaan dialogiin perustuvasta työntekijöitä osallistavasta työyhteisön kehittämisestä. (Engeström 2004, 80–81.)

Yhteistoiminnalliselle kehittämiselle on ominaista kehitettävän työyhteisön koko henkilöstön ja keskeisten sidosryhmien asiantuntemuksen suuri merkitys ja arvostaminen. Keskeisiä osallistujia ovat eri ammattiryhmissä toimivat työntekijät ja heidän esimiehensä. Jokaisen työntekijän yksilöllinen sitoutuminen on tärkeää yhteistoiminnan onnistumiselle. (Syvänen 2003, 78–79.) Onnistunut osallistaminen näkyy motivoituneina työntekijöinä sekä korkeana työtyytyväisyytenä (Salomaa 2010). Innostus vaatii rohkeutta ja se tulisi palkita arvostuksella ja myönteisellä huomiolla (Aalto-Setälä & Saarinen 2016, 177).

Yhteistoiminnallinen workshop-työskentely antaa työntekijöille mahdollisuuden osallistua ja vaikuttaa. Se lisää motivaatiota ja sitoutumista tehdä asioita toisin ja muuttaa toimintatapoja. Workshop-työskentelyn perustana olevat kehittämistavoitteet määräytyvät työyhteisön omista tarpeista käsin. Kehittäminen tapahtuu workshopin vetäjän ohjaamana työyhteisön omien työntekijöiden työnä. Kehittämistavoitteet ja muutostarpeet konkretisoituvat todellisina toimintakäytäntöjen muutoksina. (Syvänen 2007.)

Yhteistoiminnallisessa työskentelyssä on myös haasteita. Koko henkilöstöä osallistava menetelmä vaatii paljon resursseja. Lisäksi puutteellinen tiedonkulku voi vaikeuttaa yhteistoiminnallisuuden onnistumista. (Hennala & Melkas 2009.) Ryhmätyöskentelyyn liittyy kuitenkin monia etuja. Työntekijät oppivat ryhmissä enemmän kuin työskennellessään yksin. Lisäksi ryhmätyöskentely synnyttää innovaatiota ja moniammatillisissa ryhmissä työskentely edistää oppimista. (Lämsä & Hautala 2008, 105–106.)

Tiimityöskentely ja työntekijöiden yhteistyötaidot ovat keskeisiä kehittämistyön menestystekijöitä. Yhdessä tekemisen kulttuuri mahdollistaa rikkaan ongelmanratkaisuprosessin ja uusien ideoiden tuottamisen. (Heikkilä 2002, 14.) Työntekijöiden keskinäisestä yhteistyöstä riippuu, miten viestintä onnistuu (Lämsä & Hautala 2008, 124). Tiimityöskentelyn avulla syvennetään osaamista sekä edistetään yhdessä tekemisen taitoja. Hyvien kommunikointitaitojen lisäksi onnistunut tiimityöskentely edellyttää avointa dialogia, informaation jakamista, luottamusta ja avoimuutta työntekijöiden kesken sekä ongelmanratkaisuprosessin hallintaa. (Heikkilä 2002, 177.)

Työntekijöiden dialogi on vuoropuhelua, jossa pohditaan erilaisia vaihtoehtoja, tarkastellaan asioita eri näkökulmista ja rakennetaan uutta, jaettua ymmärrystä. Dialogin laatu vaikuttaa vahvasti siihen, miten työyhteisössä suhtaudutaan muuttuneisiin tilanteisiin ja miten valmiita ollaan toteuttamaan muutoksia ja sitoutumaan uusiin toimintatapoihin. Dialogissa keskeistä on toinen toisensa arvostaminen ja ennakkoluulottomuus etsiä toimivampia ratkaisuja. (Roman 2005, 24.) Dialogin onnistuminen edellyttää kykyä kuunnella, asettua toisen asemaan, perustella näkemyksiään sekä hahmottaa taustalla vaikuttavia organisaation rutiineja. (Heikkilä & Heikkilä 2001, 79–80.) Rakentavan, avoimen vuorovaikutuksen edellytyksenä on kollegiaalinen toinen toisensa kunnioittaminen (Järvinen 2008, 94–100).

Romanin (2005, 139) mukaan dialogi on kaiken kehittymisen edellytys, kuten arvostus on dialogin syntymisen edellytys. Toimiva dialogi työyhteisön kehittämisessä edellyttää yksilöiden ymmärrystä, asennetta ja taitoja sekä tukevien prosessien rakentamista ja ryhmäprosessien ymmärtämistä.

4 THE FORESIGHT FRAMEWORK -MALLI YHTEISTOIMINNALLISEN WORKSHOP- TYÖSKENTELYN MENETELMÄNÄ

The Foresight Framework -mallia sovellettiin Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä uutta näyttöön perustuvaa tehohoitoympäristöä suunniteltaessa (Carleton, Cockayne & Tahvanainen ym. 2013). Workshop-työskentelyyn osallistui koko tehostetun hoidon yksikön hoitohenkilökunta sekä yksikön sihteeri. Foresight Framework -menetelmää soveltava workshop-työskentely muodostui kolmesta workshop-kierroksesta, jotka toteutettiin vuoden 2015 aikana. Jokainen workshop-kierros sisälsi 4–5 työskentely-osiota, joihin osallistui 5–10 henkilöä kerrallaan. Neljäs workshop järjestettiin kerta-luonteisena koko tehostetun hoidon henkilökunnalle.

The Foresight Framework -malli soveltuu erityisesti kliinisen hoitotyön käytäntöjen uudistamiseen ja kehittämiseen, sillä sen avulla on mahdollista tunnistaa, ennakoida ja kuvata systemaattisesti sellaisia toiminnan alueita, joihin saattaa liittyä enemmän muutoshasteita. Haasteet voivat liittyä uuteen ympäristöön, teknologiaan tai eri yksiköiden henkilökunnan toiminnan yhdistämiseen. Systemaattisen The Foresight Framework -mallin avulla voidaan edistää sekä hoidon potilasturvallisuutta että hoitotyöntekijöiden toiminnan laatua ja sujuvuutta. The Foresight Framework -mallin avulla voidaan vähentää myös tulevaisuuden toimintaan liittyvää epävarmuutta ja stressitekijöitä. (Salminen-Tuomaala 2016.)

Hinesin (2014) mukaan The Foresight Framework -malli lähtee liikkeelle projektin viitekehyksen raamittamisesta. Aluksi määritellään projektin tarkoitus ja tavoitteet sekä osallistujat. Alkuvaiheessa on tärkeää luoda kannustava, osallistujien asiantuntemusta esiintuova ilmapiiri. Workshop-työskentelyssä lähdetään liikkeelle olemassa olevan käytännön ja toiminnan vahvuuksista ja määritellään, millaisia asioita on tarpeen säilyttää tulevassakin toiminnassa. Lisäksi tarkastellaan toiminnan historiaa. Ensimmäisen workshop-kierroksen tavoitteena on myös luoda selkeä, pitkän tähtäimen visio kehittämistyölle. Samalla on tärkeä luoda positiivinen perspektiivi historiasta tulevaan reflektoiden; mitä hyvää nykyisestä toimintamallista ja sen periaatteista voidaan hyödyntää uudessa toimintamallissa.

Seuraavaksi tarkastellaan ympäristön muuttumiseen liittyviä sisäisiä ja ulkoisia tekijöitä, joilla on merkitystä esimerkiksi hoitotyön laadulle ja potilasturvallisuudelle. Sisäiset ja ulkoiset tekijät voivat luoda sekä haasteita että mahdollisuuksia. Näitä tekijöitä voidaan kuvata heikkoina ja vahvoina signaaleina, joita eri tavoin integroimalla voidaan luoda erilaisia tulevaisuuden toimintaa kuvaavia malleja, skenaarioita. Näiden skenaarioiden hahmottamisen kautta voidaan vähentää turvallisuusriskien ja hoitovirheiden riskien. Skenaariot ovat tärkeitä johtotehtävissä toimiville, sillä he voivat skena-

riomallien avulla perustella esimerkiksi lisähenkilökunnan tarvetta turvalliseen toimintaan vedoten. Lisäksi skenaariomallien tai prosessimallinnusten myötä saadaan esille toiminnan kriittiset vaiheet. Kriittiset vaiheet, tehtävät ja toiminnot nimetään ja niiden sisältöä pohditaan syvällisesti. Pohdinnan tuloksena voi nousta esiin erilaisia ammattitaidon kehittämistarpeita ja täydennyskoulutuksen aiheita. (Armstrong 2001; Carleton ym. 2013.)

Edellisen vaiheen tuotosten yhteenveto muodostaa aina perustan seuraavalle vaiheelle. Paluu edellisen vaiheen keskeisiin asioihin mahdollistaa suunnittelu- ja kehittämistyön jatkuvuuden ja antaa henkilökunnalle tunteen heidän kokemustensa arvostamisesta ja huomioonottamisesta.

Seuraavaksi vuorossa on visiointi ja mallintaminen. Tulevaisuuden toimintaa mallinetaan mahdollisimman konkreettisesti hyödyntämällä esimerkiksi snowballing-, mind map- ja kalanruotokaavioita. Mallinnuksia hyödynnetään seuraavassa strategisen suunnittelun vaiheessa, jonka tuloksena esitetään yhteenveto strategisista linjauksista. Yhteenveto esitetään ja sen pohjalta luodaan toimintaa ohjaava agenda. Agendan pohjalta luodaan käytännön toimintaa ohjaavat strategiset toimintaohjeet. (Hines 2014.)

5 YHTEENVETO

The Foresight Framework on innovatiivinen, joustava ja jatkuvaa oppimista edistävä workshop-työskentelymenetelmä, jonka avulla on mahdollista suunnitella yhteistoiminnallisesti tulevaisuuden toimintaa. Menetelmän etuna on inhimillisen vuorovaikutuksen ja yksilöiden asiantuntijuuden korostaminen. (Crews 2010; Baker 2011; Future screening.com 2016.) Menetelmä soveltuu erinomaisesti kliinisen hoitotyön käytännön kehittämiseen, koska toteutuksen lähtökohtana on työntekijöiden asiantuntemuksen kunnioittaminen. Tällöin se lisää työntekijöiden osallistumismotivaatiota ja vähentää sekä ehkäisee muutosvastarintaa. Kehittäminen ei ole autoritaarista ja ideoita ei anneta ylhäältä alaspäin, vaan kehitysideoita nostetaan konkreettisen kliinisen hoitotyön ammattilaisilta. Workshopin ohjaajan näkökulmasta keskeistä onkin ryhmän kannustaminen, motivointi ja tukeminen sekä yhteistoiminnan fasilitointi. Ohjaajalla on oltava hyvät vuorovaikutustaidot, tilanneherkkyyttä ja tunneälyä. Aalto-Setälän ja Saarisen (2016) mukaan ohjaajalla tulisi olla myötämmanipulointikykyjä, jotka muodostuvat myönteisistä tunteista, tietoisesta läsnäolosta ja hyväksyvän asenteen voimasta.

Workshop-työskentely edellyttää, että fasilitaattorina toimiva workshopin vetäjä keskittyy ryhmäprosessien tukemiseen. Fasilitointi perustuu ajatukseen, että ryhmä itse on paras asiantuntija. Fasilitaattori auttaa ryhmää ideoimaan vaihtoehtoja, tekemään

päätöksiä ja ratkaisemaan ongelmia. Varsinaisesta sisällöstä eli ideoista, päätöksistä ja ratkaisuista vastaavat ryhmän jäsenet. (Summa & Tuominen 2009.) Työyhteisön kehittämiseen tähtäävä workshop-työskentely onnistuu hyvin, kun jokaisella työntekijällä on kokemus, että hänen panoksensa on tärkeä. Jokainen työntekijä on työyhteisölle yhtä tärkeä kuin palapelin pala isossa palapelissä.

LÄHTEET

- Aalto-Setälä, P. & Saarinen, M. 2016. Innostus: Myötämanipuloinnin aakkoset. Helsinki: Talentum.
- Ahvo-Lehtinen, S. & Maukonen S. (toim.) 2005. Osaamisen johtaminen kuntasektorilla. Kuntaosaaja 2012 -työkirja. Helsinki: Efeko.
- Armstrong, S.J. 2001. Principles of forecasting: A handbook for researchers and practitioners. Boston: Kluwer.
- Baker, R. G. 2011. The contribution of case study research to knowledge of how to improve quality of care. *BMJ Quality & safety* 20 (1), 30–35.
- Carleton, T., Cockayne, W. & Tahvanainen, A. 2013. Playbook for strategic foresight and innovation: A hands-on guide for modeling, designing and leading your company's next radical innovation. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 21.10.2016]. Saatavana: <http://www.slideshare.net/TamaraCarletonPhD/playbook-for-strategic-foresight-and-innovation-us>
- Crews, C. 2010. The foresight process: Futures studies and scenario planning. *Research technology management* 53 (5), 65–67.
- Engeström, Y. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Tampere: Vastapaino.
- Future screening.com. Foresight Framework. Ei päiväystä. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 21.10.2016]. Saatavana: <http://futurescreening.com/foresight-framework/>
- Heikkilä, J. & Heikkilä, K. 2001. Dialogi – Avain innovatiivisuuteen. Helsinki: WSOY.
- Heikkilä, K. 2002. Tiimit – avain uuden luomiseen. Helsinki: Kauppakaari.

- Hennala, L. & Melkas, H. 2009. Henkilöstön osallistaminen julkisen sektorin prosessiohjauksen innovatiiviseen kehittämiseen. [Verkkolehtiartikkeli]. Työpoliittinen aikakauskirja 2/2009. [Viitattu 21.10.2016]. Saatavana: <http://www.tem.fi/files/23219/hennalamelkas.pdf>
- Hines, A. 2014. Foresight. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 21.10.2016]. Saatavana: <http://www.slideshare.net/AndyHines/the-foresight-framework>.
- Isaacs, W. 2001. Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito. Uraauurtava lähestyminen liike- elämän viestintään. Helsinki: Kauppakaari.
- Järvinen, P. 2008. Menestyvän työyhteisön pelisäännöt. Helsinki: WSOY.
- Laamanen, K. & Tinnilä, M. 2009. Prosessijohtamisen käsitteet. Terms and concepts in business process management. 4. uud. p. Espoo: Teknologiainfo Teknova.
- Lehtonen, J. 2004. Työkonferenssi – dialoginen kehittämismetodi. Helsinki: Työturvallisuuskeskus. Työturvallisuuskeskuksen raporttisarja 1/2004.
- Lämsä, A.-M. & Hautala, T. 2008. Organisaatiokäyttäytymisen perusteet. 4. p. Helsinki: Edita.
- Roman, J. 2005. A study of organizational dialogue: Facing the truth, gaining Inspiration and creating understanding of the function of an organization. Espoo: Helsinki University of Technology Laboratory of Work Psychology and Leadership. Doctoral dissertation series 2005/4.
- Ruohotie, P. 2000a. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. Porvoo: WSOY.
- Ruohotie, P. 2000b. Oppimalla osaamiseen ja menestykseen. Helsinki: Edita.
- Räsänen, T. 2004. Oppiminen tuo muutoksen! Työkonferenssi oppimisareenana. Helsinki: Työturvallisuuskeskus. Työturvallisuuskeskuksen raporttisarja 1/2004.
- Salminen-Tuomaala, M. 2016. Promotion of patient safety and smooth care processes – preparing for change with the Foresight Framework Model. Teoksessa: E. Nykänen, P. Tuomaala, J. Laarni, K. Dhinakaranan, K. Saarinen, T. Yli-Karhu, K. Hämäläinen, T. Koskela, H. Eerikäinen, M. Salminen-Tuomaala, T. Hellman, K. Rintamäki, K. Vimpari, J. Kilpikari, J. Jääskeläinen & H. Kotilainen. A user-oriented evidence-based design project of the first Finnish single room ICU. Results of EVICURES project. Espoo: VTT, 73–82.
-

- Salomaa, J. 2010. KYTKENET-ohjelmalla terävöitettiin yhteistoimintakäytäntöjä. [Verkkolehtiartikkeli]. Valtiotyönantaja – valtion työmarkkinalaitoksen verkkolehti 1/2010. [Viitattu 21.10.2016]. Saatavana: http://www.valtiotyönantaja.fi/lehti/fi/arkisto/1_2010/artikkelit/KYTKENETohjelmalla_teravoitettiin_yhteistoimintakaytantaaja/index.jsp
- Summa, T. & Tuominen, K. 2009. Fasilitaattorin työkirja. Menetelmiä sujuvaan ryhmätyöskentelyyn. Kepan raporttisarja. Kehitysyhteistyön palvelukeskus, 103. Kehitysyhteistyön palvelukeskus Keka ry.
- Sarala, U. & Sarala, A. 1997. Oppiva organisaatio – oppimisen, laadun ja tuottavuuden yhdistäminen. Lahti: Helsingin yliopiston Lahden koulutus- ja tutkimuskeskus.
- Senge, P. M. 1990. The fifth discipline: The art and practice of learning organization. New York: Doubleday.
- Senge, P. M. 1994. The fifth discipline – The art and practice of learning organization. New York: Doubleday.
- Stenvall, J. & Virtanen, P. 2010. Julkinen johtaminen. Helsinki: Tietosanoma.
- Sydänmaanlakka, P. 2009. Jatkuva uudistuminen - luovuuden ja innovatiivisuuden johtaminen. Helsinki: Talentum.
- Syvänen, S. 2003. Työn paineet ja puuttumattomuuden kustannukset: Tutkimus sisäisen tehottomuuden lähteistä ja vaikutuksista, esimerkkitapauksena kuntien sosiaalitoimen vanhuspalveluja tuottavat työyhteisöt. [Verkkójulkaisu]. Tampere: Tampereen yliopisto, kunnallistieteiden laitos. [Viitattu 21.10.2016]. Saatavana: <http://acta.uta.fi/teos.phtml?8545>
- Syvänen S. 2007. Laatu-verkoston teoreettisen viitekehyksen kehityspolut. Teoksessa: E. Ramstad & T. Alasoini (toim.) Työelämän tutkimusavusteinen kehittäminen Suomessa. Helsinki: Työministeriö. Kansallisen työelämän kehittämisohjelma. Raportti 53.
- Syvänen, S., Erätuli, P., Kokkonen, A., Nederström, R & Strömberg, S. 2008. Hyvinvoinnin ja tuloksellisuuden tekijät: Yhteistoiminnallisen kehittämisen ideat ja aatteet. Helsinki: Työsuojelurahasto. Tykes-ohjelman julkaisusarja. Raportteja 61.

FYSIOTERAPEUTTIIEN SUORAVASTAANOTTOTOIMINNAN KEHITTÄMINEN – UUDENLAISELLA TYÖNJAOLLA TULOKSELLINEN SELKÄPOTILAAN PALVELUKETJU. CASE: JIK PERUSPALVELULIIKELAITOSKUNTAYHTYMÄ

*Timo Järvi, ft, fysioterapian vs. osastonhoitaja
JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä*

*Tarja Svahn, TtM, koulutuspäällikkö
SeAMK Sosiaali- ja terveysala*

1 TAUSTAA

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet (TULE) ovat yksi kalleimmista tautiryhmistä perusterveydenhuollossa ja aiheuttavat Suomessa eniten työstä poissaoloja. Poissaoloista aiheutuu yhteiskunnallemme vuosittain noin 2,5 miljardin euron kustannukset. (Vuori & Bäckman 2010.) TULE-potilaat kuormittavat terveyskeskus- ja työterveyslääkäreiden vastaanottoja – jopa 20–30 % kyseisistä vastaanottokäynneistä on TULE-potilaiden käyntejä. TULE-potilaan hakeutuessa hoitoon terveyskeskukseen, ohjataan hänet yleensä lääkärin vastaanotolle, josta lääkäri ohjaa potilaan harkintaansa pohjautuen edelleen fysioterapeutille. (Mäntyselkä 1998; Martimo ym. 2007; Ikonen ym. 2013.)

Terveyspalvelujen tarpeen ja kysynnän jatkuvasti kasvaessa voitaisiin terveydenhuollon kustannuksia vähentää kehittämällä eri ammattiryhmien välistä työjakoa. Suoravastaanottotoiminnan mallissa potilas ohjautuu fysioterapeutin vastaanotolle ilman lääkärissä käyntiä tai lääkärin kirjoittamaa lähetettä. Hoidon tarpeen arvio yleensä sairaanhoitaja tai joku muu tehtävään koulutettu henkilö. (Taylor ym. 2011.) Tällainen toimintamalli nopeuttaa potilaan hoidon aloitusta ja kuntoutuksen käynnistymistä (Vuori & Bäckman 2010). Tehtäväsiirrot ovat lainsäädännön puitteissa mahdollisia eri ammattiryhmien välillä. Vastuu toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoidosta on kuitenkin toimintayksikön vastaavalla lääkärillä. (L 28.6.1994/559 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä; L 30.12.2010/1326 Terveydenhuoltolaki.)

Etelä-Pohjanmaalla, seitsemällä yhteistoiminta-alueella selvitettiin selkäpotilaan hoitokäytäntöjä perusterveydenhuollossa. Selvityksestä kävi ilmi, että toimintatavat olivat kovin vaihtelevia. Terveyskeskusten lääkäripäivystykset ruuhkautuvat, kun potilaat ohjautuvat vain satunnaisesti fysioterapeuttien vastaanotolle. Selvitys osoitti myös, että fysioterapeuttien kliininen osaaminen ja TULE-potilaiden suoravastaanottotoimintaan suunnatut resurssit vaihtelivat melkoisesti toiminta-alueittain. Terveyspalveluiden eri sektoreilla ei tunneta riittävästi fysioterapeuttien osaamista. Tämä johtaa siihen, että olemassa olevia resursseja ei kohdenneta oikea-aikaisesti oikeissa tilanteissa. Selkäpotilaat eivät tiedä mahdollisuuksistaan hakeutua suoraan fysioterapeutin vastaanotolle. Selvitystyön pohjalta katsottiin tärkeäksi kehittää Etelä-Pohjanmaalle yhtenäinen selkäpotilaan palveluketju. (Selkäpotilaan palveluketju, hankeraportti 2016.) Kehittämistyössä ovat olleet mukana kunnan eri toimialat, järjestöt, työnantajien edustajat, selkäpotilaat, erikoissairaanhoidon toimijat, yksityiset palveluntuottajat sekä Seinäjoen ammattikorkeakoulu (SeAMK) (Selkäpotilaan palveluketju, hankeraportti 2016).

Jotta potilaat saisivat oikea-aikaisesti kuntoutusta, asiantuntevaa ohjausta ja neuvontaa selkävaivansa itsehoitoon, on Etelä-Pohjanmaan alueella käynnistetty fysioterapeuttien suoravastaanottotoimintaa. Suoravastaanottotoiminnan käynnistäminen edellyttää täydennyskoulutusta. Suoravastaanottotoimintaan tähtäävä 10 opintopisteen laajuinen koulutus suunniteltiin SeAMKin, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin sekä asiantuntijakouluttajien yhteistyönä. Koulutuksen on tähän mennessä suorittanut yli 40 Etelä-Pohjanmaan alueen fysioterapeuttia. (Selkäpotilaan palveluketju, hankeraportti 2016.)

Moniammatillisuuden ja yhteistyön kehittyminen terveydenhuollon organisaatioissa vaatii toteutuakseen konkreettisten toimintamallien työstämistä ja niiden pitkäjänteistä jalkauttamista arjen työhön. Suoravastaanottotoiminnan käynnistäminen kuntayhtymän sisällä vaatii vahvaa johdon tukea. Parhaisiin onnistumisiin päästään, jos toimintaa lähdetään kehittämään ylläkäreiden aloitteesta ja heidän kannustamina (Taura-Jokinen 2011.) Myös muilta ammattihenkilöiltä edellytetään avarakatseisuutta ja positiivista suhtautumista moniammatillista toimintaa kohtaan. Kyseessä on työskulttuurin muutos, joka ei synny yhden ammattiryhmän ponnistuksella. Tutustumiskäynnit antavat tervettä perspektiiviä asioiden laajempaan tarkasteluun ja auttavat siinä, että hyvät käytänteet saadaan kaikkien käyttöön. Hallinnolliset päätökset ja toimintaa ohjaavat keskeiset pelisäännöt tulee olla tehtynä ennen varsinaisen suoravastaanottotoiminnan aloitusta.

2 TYÖNJAOLLA TYÖN MIELEKKYYTTÄ JA KUSTANNUSTEHOKKUUTTA TERVEYDENHUOLTOON

On tehtävä valintoja ja priorisointeja, jotta terveydenhuollon rajalliset resurssit saataisiin tehokkaaseen käyttöön. Tämä edellyttää hoitomuotojen vaikuttavuuden ja kustannusten arviointia. Terveydenhuollon yhtenä kustannusvaikuttavuuden mittarina pidetään laatupainotettujen, Quality Adjusted Life Year (QALY) -muutosten mittaamista. Kun kustannusten lisäksi huomioidaan muutos ihmisen elämänlaadussa, puhutaan kustannusten utiliteettianalysistä (Sintonen & Pekurinen 2006). Suomessa tehdyn pro gradu -tutkielman tuloksena todetaan selkäpotilaan hoidon olevan terveystieteiden tutkimuskeskuksessa kustannusvaikuttavampaa fysioterapeutin suoravastaanotolla kuin lääkärin vastaanotolla (Lakka 2008). Ensikontakti fysioterapeutin vastaanotolla tulee halvemmaksi kuin se, että lääkäri toimii portinvartijana ja potilas ohjautuu fysioterapiaan lääkärin vastaanoton kautta (Lautamäki ym. 2016b).

Fysioterapeuttien suoravastaanotto toiminta on tehostanut TULE-potilaiden hoitoprosessia ja vähentänyt lääkäreiden kuormittumista myös muualla maailmassa (Taylor 2011; Pendergast ym. 2012; Holdsworth ym. 2007). Säästöjen aikaansaamiseksi on syytä kiinnittää erityistä huomiota potilaiden hoitopolkuun. Skotlannissa Holdsworth kumppaneineen (2007) arvioi tutkimuksessaan, että potilaan ohjautuessa suoraan fysioterapeutille ilman lääkärissäkäyntiä, voitaisiin terveydenhuollon kustannuksia säästää vuosittain jopa kaksi miljoonaa puntaa. Tutkimuksen on voitu osoittaa, että suoravastaanotto toiminnan kustannukset ovat alhaisempia kuin kustannukset perinteisissä TULE-potilaan hoitokäytännöissä (Daker-White ym. 1999; Mitchell ym. 1997; Pendergast ym. 2012).

Fysioterapeuttien suoravastaanotto toiminnan laajeneminen tulevaisuudessa saattaa siis parhaimmillaan tehostaa TULE-potilaiden palveluketjuja, vähentää lääkäreiden kuormittumista ja mahdollisesti vähentää terveydenhuollon kustannuksia (Lautamäki ym. 2016b). Keski-Suomessa vuonna 2014 käynnistyneellä suoravastaanotto toiminnalla saavutettiin yli 260 000 euron säästöt. Ylimääräiset lääkärisäkäynnit 2 398 potilaan osalta olisivat kasvattaneet kustannuksia sen sijaan, että potilaat ohjautuivat suoraan koulutetuille fysioterapeuteille. Jos kolmannes kyseisen alueen lääkäreiden TULE-potilaista pääsisi fysioterapeuttien suoravastaanotolle, saattaisivat säästöt kasvaa miljoonaluokkaan. (Lautamäki ym. 2016b.)

Valtaosa fysioterapeuttien suoravastaanotolla kävijöistä on selkäpotilaita, mutta myös muita TULE-ongelmaisia ohjautuu tämän palvelun piiriin. Iso osa fysioterapeutin suoravastaanotolle ohjautuvista potilaista kyetään hoitamaan fysioterapian keinoin ja vain pieni osa potilaista ohjautuu jatkohoitoon lääkärille. Tämä antaa viit-

teitä siitä, että fysioterapeuteilla on riittävästi osaamista hoitaa TULE-potilaita itsenäisesti. Suoravastaanoton volyymin lisääminen perusterveydenhuollossa on haaste, sillä fysioterapeuttien palveluja tulee riittää myös muille lakisääteisille kuntoutusalueille. Tarvittavaa volyymiä voitaisiin lisätä kouluttamalla fysioterapeutteja lisää suoravastaanottotyöhön sekä tehostamalla potilaiden palveluketjuja terveysasemilla. Työyhteisöissä tulisi keskustella siitä, voitaisiinko toimintaa tehostaa myös keskittämällä osa-aikaisesti suoravastaanottoa tekevien fysioterapeuttien työpanos pelkäämään tähän toimintaan. (Taura-Jokinen 2011; Lautamäki ym. 2016a.)

Lautamäki kumppaneineen toteaa tuoreessa tutkimuksessaan fysioterapeuttien suoravastaanoton olevan vielä volyymiltään pientä ja tämän vuoksi TULE-potilaat kuormittavat edelleen lääkäreiden vastaanottoja (Lautamäki ym. 2016a). Palveluketjuja voidaan tehostaa säännöllisellä henkilökunnan (lääkärit, vastaanottohenkilökunta) kouluttamisella ja potilasvirtojen seurannalla.

2.1 Työnjaolla lisää työn mielekkyyttä

Työnjaolla tarkoitetaan tehtävien, osaamisen, resurssien ja ajan kohdentamista siten, että ne palvelevat oikea-aikaisesti organisaation, työntekijän ja asiakkaan tavoitteita (Kylänen ym. 2015). Fysioterapiassa työn tuottavuutta voidaan lisätä organisoimalla työtä uudelleen, esimerkiksi jakamalla lääkärin ja fysioterapeutin työtä järkevämmällä tavalla sekä uusimalla palveluprosesseja ja palveluketjuja. Kun lääkärin ja fysioterapeutin työaika kohdentuu oikein heidän osaamistasoaan vastaavien potilaiden hoitamiseen, puhutaan allokatiivisesta tehokkuudesta (Kylänen ym. 2015). Mikäli ammattilaisen osaamisen taso on puutteellista eikä potilas saa tarvittavaa hoitoa, voi ammattilaisen työmotivaatio laskea riittämättömyyden tunteen vuoksi. Mikäli ammattilaisen osaamisen taso on liian korkea suhteessa vaadittuun tehtävään, voi potilas hyötyä tilanteesta enemmän, mutta ammattilaisen kokemuksen työn mielekkyys vähitellen alenee ja hän alkaa alisuoriutua ja turhautua työssään.

Organisaatio tuhlaa henkistä pääomaa, kun asiantuntijuutta ei kohdenneta oikein (Gardner 2001). Usein hoidon kohdentumisen epäonnistumisissa on kyse tiedon puutteesta. Jos esimerkiksi potilaat ohjautuvat ensisijaisesti lääkärille, josta heidät ohjataan fysioterapeutille, tulisi tällaiset tilanteet tunnistaa ja tehdä ohjeistus, jonka pohjalta potilaat ohjautuisivat suoraan fysioterapeutille. Allokatiivista tehokkuutta voidaan lisätä myös kouluttamalla ajanvarauksesta vastaavaa hoitajaa paremmaksi hoidontarpeen arvioijaksi (Kylänen ym. 2015.)

2.2 Koulutuksella toimiviin palveluketjuihin

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen yhtenä tavoitteena on kehittää palveluketjuja siten, että ne toimisivat saumattomasti ja avun tarvitsijoille taatusti toimivat ja kustannustehokkaat terveydenhuollon peruspalvelut (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015). Fysioterapeuttien suoravastaanoton yhtenä tavoitteena on korvata potilaiden lääkärissä käynti ja vähentää terveydenhuollon kustannuksia (Lautamäki ym. 2016b).

Fysioterapeutit pyrkivät päivittämään ammattitaitoaan erilaisin täydentävin koulutuksin. Ei ole kuitenkaan vielä riittävästi tutkimustietoa siitä, miten täydennyskoulutusten tuottama päivitetty tieto siirtyy käytännön työhön. Karvosen ym. (2014) tutkimuksen tulokset osoittavat, että intensiivisen täydennyskoulutuksen tuottama tieto siirtyy hyvin käytäntöön, mutta lisää tutkimusta aiheen tiimoilta kaivataan. Haasteellisinta fysioterapeuttien asiantuntijuuden kehittymisessä on ollut johtopäätösten tekeminen erotusdiagnoosiikan pohjalta.

Useissa TULE-sairauksissa hoito on Käypä Hoito -suositusten (Käypähoitosuositus 2015, Käypähoitosuositus 2014, Käypähoitosuositus 2009) mukaisesti konservatiivista. Fysioterapeutin on osattava arvioida ne potilaat, jotka tarvitsevat lääkärin palveluja ja toisaalta ne, jotka voidaan hoitaa fysioterapian keinoin. Täydennyskoulutus antaa valmiuksia tunnistaa vakavia TULE-sairauksia ja arvioida tilanteita, jolloin lääkärin konsultaatio on tarpeen. Koulutuksessa kehitetään hoidon tarpeen arvioinnissa käytettäviä menetelmiä. Esimerkiksi päivystyksen lääkärit olisivat valmiita siirtämään tehtäviä ja vastuuta fysioterapeuteille (Kylänen ym. 2015).

Suoravastaanotto toimintaan tähtäävää koulutusta on ollut tarjolla vaihtelevasti. Koulutuksen kesto ja sisällöt ovat vaihdelleet, eikä toistaiseksi ole yhtenäisiä suosituksia koulutuksen järjestämiseksi. Keski-Suomessa toteutettiin vuosina 2012–2013 koulutusprojekti, jonka laajuus oli 15 opintopistettä. Etelä-Pohjanmaalla vastaavan koulutuksen laajuus on 10 opintopistettä. Koulutukset sisältävät lähiopetusta, käytännön sovelluksia ja itsenäistä opiskelua. Koulutuksen käytännön järjestäjinä toimivat ammattikorkeakoulut, joiden yhteistyökumppaneina ovat olleet erikoissairaanhoidon asiantuntijat, perusterveydenhuollon ja substanssiosaamisen edustajat. Suomen Fysioterapeutit ry. valmisteleekin parhaillaan yhteistyössä Fysiatriryhdistyksen ja muiden keskeisten tahojen kanssa valtakunnallista suositusta fysioterapeuttien suoravastaanottokoulutukseen (Partanen 2016).

Koulutukset ovat kuntayhtymille, kaupungeille ja erikoissairaanhoidoille mittavia investointeja. Koulutusta suunniteltaessa on osattava nähdä investointien tuomat kustannushyödyt tulevaisuudessa. Koulutukseen osallistumiseen ja uuteen tehtävään kuvaan on liittynyt sekä muutosvastarintaa että uteliasta innostusta. Innokkaimmin

uuteen tehtävään ovat lähteneet sellaiset fysioterapeutit, joilla on pitkä työkokemus terveysasemalla työskentelystä TULE-potilaiden kanssa ja jotka ovat valmiita ottamaan lisää haasteita työhönsä. Haasteeseen ovat tarttuneet innolla myös ne fysioterapeutit, jotka ovat halukkaita kehittämään ammattitaitoaan ja kokevat itselleen sopivaksi entistä nopeatempoisemman työtavan. Suoravastaanottotoiminta lisää fysioterapeuttien toiminta-alueita varsinaisesta potilashoidosta reseptivapaiden kipulääkkeiden tarpeen ja sairauslomien arviointiin. Vastuun lisääntyminen ja tehtävien laajentuminen edellyttävät, että palkka-asioista käynnistetään keskustelua ja järjestelyyn varaudutaan hyvissä ajoin. (Taura-Jokinen 2011.)

3 KOULUTUKSESTA KÄYTÄNTÖÖN – ESIMERKKI TOIMINNAN JALKAUTTAMISESTA JIK-PERUSPALVELULIIKELAITOSKUNTAYHTYMÄSSÄ

JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä on Ilmajoen ja Jalasjärven kuntien sekä Kurikan kaupungin yhdessä perustama liikelaitoskuntayhtymä (JIK ky). Vuonna 2012 aloitettiin kuntayhtymässä suunnittelu fysioterapeutin suoravastaanottotoiminnan käynnistämiseksi. Suunnittelu eteni käytäväkeskusteluista organisoituun toimintaan. Fysioterapeuttien ammattitaitoa lisäämällä haluttiin vähentää painetta lääkärin vastaanotolta. Asiaa käsiteltiin JIK ky:n johtokunnassa, missä asiaan suhtauduttiin positiivisesti. Toiminnan suunnittelu käynnistyi moniammatillisesti, mikä oli merkityksellinen asia uuden toimintamuodon käynnistämisessä ja työkuulttuurin muutoksessa. Talvella 2012 kuntayhtymän henkilökunta teki tutustumismatkan Saarijärven terveyskeskukseen, missä on hyviä kokemuksia hoitajien ja fysioterapeuttien suoravastaanoitoista. Matkalla oli mukana ajanvarauksen osastonhoitajia, ajanvarauksen ja fysioterapian henkilökuntaa, lääkäreitä ja hoitotyön vastuhenkilö. Matka toi yhteistä näkemystä siitä, mihin suuntaan toimintaa tuli suunnata.

3.1 Toiminnan suunnittelu ja kehittäminen

Fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminnan suunnittelutyöryhmässä sovittiin asian etenemiseen liittyvistä toiminta- ja menettelytavoista. Lisäksi perustettiin työryhmiä käsittelemään muun muassa toimivalta-asioita, tilastointiohjeita ja tiedotusta. Työryhmien edustajina oli terveyskeskuksen ajanvarauksen henkilöitä, fysioterapeutteja ja lääkäreitä. Työryhmätyöskentelyn myötä kävi ilmi, että valmiita malleja tällaisen toiminnan käynnistämiseksi ei juurikaan ollut saatavilla, joten jouduttiin tekemään laajaa selvitystyötä, jotta saatiin vastauksia epäselviin asioihin. Paikalle kutsuttiin muun muassa entinen Suomen fysioterapeuttien puheenjohtaja kertomaan, miten fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminta muualla päin Suomea toteutui. Fysioterapeuttien

suoravastaanottotoimintaan tähtäävää koulutusta ei ollut alueellisesti saatavissa ja valtakunnallisestikin tarkasteltuna koulutustarjonta oli kovin epäyhtenäistä.

Fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminta päätettiin aloittaa JIK ky:ssä syyskuussa 2013. Toiminta aloitettiin selkäpotilaiden akuuttivastaanoitoista. Sovittiin, että vastaanottoaikoja varataan yksi tunti kullekin arkipäivälle Ilmajolle, Kurikkaan ja Jalasjärvelle. Oli tärkeää, että ylilääkäri antoi tukensa toiminnan aloittamiseksi ja takasi riittävät toimintaresurssit. Suoravastaanottotoimintaan nimettiin fysioterapeutit, joilla oli työkokemusta TULE-potilaiden fysioterapiasta ja jotka olivat hankkineet täydennyskoulutusta tehtävän hoitamiseksi. Työryhmissä laadittiin ohjeistuksia suoravastaanottoprosessin eri vaiheisiin. Yhteistyössä työryhmän jäsenten kanssa laadittiin muun muassa ajanvarushenkilökunnalle potilaan haastattelutilanteeseen liittyvä kysymyslomakkeisto, jonka pohjalta akuutit selkäpotilaat ohjautuivat fysioterapeutin akuuttivastaanotolle. Lisäksi laadittiin sairausloman kirjoittamiseen liittyvät ohjeistukset sekä tutkimuslomake fysioterapeutin kliinisen päättelyn tueksi. Tietohallinnon kanssa sovittiin toimintamallista ajanvarauskirjojen suhteen sekä suoravastaanotolla käyvien potilaiden tilastoinnin ohjeista. Prosessin etenemistä seurattiin aktiivisesti ja tiedottamista tehtiin avoimesti eri foorumein.

3.2 Hallinnolliset päätökset ja viestintä toiminnan muutoksista

Yksi hallinnollisista päätöksistä kosketti fysioterapeutin oikeutta kirjoittaa sairauslomaa. JIK ky:ssä sovittiin, että suoravastaanottotoimintaan koulutetulla fysioterapeutilla on oikeus kirjoittaa potilaalle harkintansa pohjalta viiden vuorokauden sairausloma. Effican SE-todistusta sovittiin käytettäväksi sairauslomaa kirjoitettaessa ja oireeksi merkittäisiin alaselkäkipu. Ylilääkäri laati sairauslomatodistuksen liitteeksi lomakkeen, jossa tuodaan esiin suoravastaanottoa tekevien fysioterapeuttien oikeus sairausloman kirjoittamiseen. Tämä lomake annetaan asiakkaalle sairauslomalapun mukana. Uudenlaisen työnkuvan myötä tuli fysioterapeuttien palkkaukseen liittyviä asioita tarkistaa pääluottamusmiehen avustuksella. Hoitotyön johtaja teki päätöksen fysioterapeutin tehtävänkuvan laajentamisesta. Tämän päätöksen pohjalta palkkausasiat etenivät myönteisesti.

Ennen toiminnan aloittamista siitä tiedotettiin paikallislehdissä ja JIK ky:n sisäisissä tiedotteissa. Sovittiin, että suoravastaanottotoiminnasta vastaavat fysioterapeutit kouluttavat sisäisesti vastaanoton työntekijöitä sekä fysioterapian henkilökuntaa asian tiimoilta. Koulutuksella pyrittiin lisäämään henkilökunnan osaamista ja tietämystä siitä, miten käytännössä toimitaan. Ajanvarauksessa työskenteleviä hoitajia koulutettiin potilasohjaukseen ja hoidon tarpeen arviointiin. Lisäksi hoitajat saivat tietoa siitä, mitä fysioterapeutin vastaanotolla tapahtuu. Ammattitaitoa ylläpitävää ja kehittävää prosessin tuntemukseen liittyvää koulutusta on pidettävä jatkuvasti yllä.

Hoidon tarpeen arvioinnin merkitys korostuu, kun potilasta ohjataan suoravastaanotolle. Arvioinnin tekemistä on helpotettu laatimalla ohjausprosessiin strukturoitu lomake, jonka avulla ohjausprosessista vastaava hoitaja voi päätellä, kuinka vakavasta selkäsairaudesta kulloinkin on kyse. Mikäli potilas tarvitsee selkäoireiden vuoksi lääkärin arviota, hänelle varataan aika joko päivystysvastaanotolle (20 min.) tai lääkärin vastaanotolle (30 min.). Mikäli vakavia selkäsairauden merkkejä ei ole, ohjataan potilas fysioterapeutin akuuttivastaanotolle (60 min.). Vastuualueiden selkeä jako ja hoitoprosessien tuntemus ovat edellytyksiä onnistuneille asiakaslähtöisille hoitoprosesseille ja resurssien oikea-aikaiseen kohdentamiseen.

3.3 Kokemuksia toiminnasta ja asiakastyytyväisyydestä

Fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminta on vakiinnuttanut paikkansa yhtenä toimintamuotona JIK ky:ssä. Joka viikko keskimäärin 2–3 potilasta ohjautuu fysioterapeutin vastaanotolle kussakin kuntayhtymän terveyskeskuksessa. Lääkärin ajat voidaan antaa niitä tarvitseville potilaille ja fysioterapeutin vastaanotolle ohjautuva potilas saa oikea-aikaisesti tarvitsemaansa hoitoa. Varhainen puuttuminen akuutteihin selkäongelmiin ehkäisee vaivan kroonistumista. Lääkäreiden kokemusten mukaan selkäpotilaiden määrä iltavastaanotoilla on vähentynyt uuden toimintamallin myötä. Vuonna 2015 JIK ky:ssä suoravastaanotolle ohjautui 194 potilasta, joista valtaosa oli selkäpotilaita. Vuonna 2016 tammi-kesäkuun aikana kuntayhtymässä oli hoidettu fysioterapeuttien toimesta 117 TULE- potilasta. Näistäkin suurin osa kärsi selkävaivasta.

Suoravastaanotolle saapuva potilas täyttää esitietolomakkeen, jonka pohjalta fysioterapeutti saa tietoa muun muassa potilaan perussairauksista, mahdollisesta aikaisemmasta selkäkipuhistoriasta ja tämän hetkisestä voinnista ja selkäkivusta. Tutkimuslomakkeita on kehitetty yhteistyössä selkähankkeessa (Selkäpotilaan palveluketju, hankeraportti 2016) mukana olleiden fysioterapeuttien voimin. Lomakkeita on saatu käyttöön myös muiden asiantuntijoiden kehittämänä, esimerkiksi Helsingin kaupungin fysioterapeuttien tehtävien laajentumisen myötä.

Esitietojen ja huolellisen tutkimisen perusteella muodostuu hypoteesi selkäoireen syystä. Pääpaino potilaan ensikäynnillä on usein potilaan ohjauksessa. Kivulle pyritään löytämään selitys ja potilas saa kivun haltuun ottamiseksi tarvittavat harjoitteet. Tarpeen mukaan ohjaustilanteessa etsitään yhdessä keinoja kivuttomiin asentoihin, ja ohjataan potilaille rankaa tukevia liikeharjoitteita. Ohjauksen sisältö muodostuu yksilöllisen tarpeen mukaan ja siinä korostuu potilaan kannustaminen itsehoitoon. Potilas saa tietoa siitä, miten tilanteessa edetään ja miten mahdollinen seuranta järjestetään. Sairauslomaa kirjoitetaan tarvittaessa. Mikäli tilanne vaatii, konsultoidaan lääkäriä tai ohjataan potilas lääkärin vastaanotolle. Asiakkaan hoitoon pyritään heti alkuvaiheessa integroimaan myös työterveyshuollon toimet.

Seurantakäyntien avulla pyritään saamaan parempi käsitys asiakkaan selkäkivusta ja mahdollisista kivun aiheuttajista. Selkäkivun lievittymisen myötä asiakkaan mahdollisuus ottaa vastaan ohjausta kasvaa. Terapiaprosessin yhtenä tavoitteena on tukea asiakasta huolehtimaan itsenäisesti selän terveydestä. Harjoittelun myötä pyritään siihen, että potilaiden selän liikekontrolli ja lihaskunto paranevat terapeuttisen harjoittelun myötä. Aerobisen liikunnan merkitystä osana selän terveyttä ei tule unohtaa.

Yhteistyö eri toimijoiden kesken on syytä huomioida osana potilaan kokonaisuhoitoa. Erityisosaamista tulee joissain tapauksissa hyödyntää myös yhteistyössä yksityissektorin kanssa. Kun kyseessä on kroonista selkäsairautta poteva asiakas, olisi omalääkärijärjestelmän olemassaolo tärkeää potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta. Konservatiivisesta hoidosta vastaavien ammattihenkilöiden tulee osata ohjata asiakasta selviytymään selkäsairauden kanssa ilman pelkoja ja virheellisiä epäluuloja. Ohjauksessa pyritään lisäämään asiakkaiden omia keinoja hallita selkävaivoja ja ennaltaehkäistä niitä. Hyvät kirjallisesti tehdyt tilannearviot ja palautteet kuuluvat osana hyvään, asiakaslähtöiseen ja kustannustehokkaaseen terveydenhuoltoon.

3.4 Suoravastaanottokoulutus vahvistaa fysioterapeuttien osaamista

Suoravastaanottokoulutuksen tuottama osaaminen on selkeästi siirrettävissä käytännön työhön. Potilaan tutkimiseen tulee lisää varmuutta ja tutkimistilanteet etenevät loogisesti. Erotusdiagnostiset taidot kehittyvät ja varmuus potilaan ohjaamisessa lisääntyy. Koulutus nostaa esiin keskeiset, valtakunnallisesti ja laajemminkin käytössä olevat esitieto- ja tutkimuslomakkeet ja niiden systemaattisen käytön. Systemaattiset, yhteisesti sovitut käytännöt auttavat fysioterapeutteja edelleen kehittämään omaa työtään ja yhtenäistämään selkäpotilaiden hoitopolkuja. Koulutuksella yhtenäistetään dokumentointia harjoittelemalla asiakaslähtöistä kirjaamista.

Fysioterapeutin hakeutuessa suoravastaanottokoulutukseen olisi tärkeää, että fysioterapeutilla olisi vähintään kahden vuoden työkokemus TULE-potilaiden fysioterapiasta. Kokemus auttaa uuden tiedon ja taidon äärellä. Kaikkia aiemmin opittuja taitoja ja menetelmiä voidaan edelleen käyttää ja ne on syytä muistaa uuden tiedon rinnalla. Fysioterapeutin ”käytännön työkalupakkia” vahvistetaan ja välineitä lisätään jokaisen uuden potilastilanteen ja täydennyskoulutuksen turvin. Suoravastaanottokoulutuksen päätteeksi kunkin fysioterapeutin osaamista varmistetaan aidon potilastilanteen yhteydessä fysiatrin ja arviointiin koulutetun fysioterapeutin toimesta.

Ammatillisen osaamisen myötä myös nöyryys haastavaa työtä kohtaan lisääntyy. Fysioterapeutin tulee hallita työnsä eettiset perusteet ja tunnistaa oma tehtäväkenttensä TULE-potilaan hoidossa. Kun oma ammattitaito ei riitä, tulee potilas ohjata lää-

kärin vastaanotolle. On tärkeää osata tehdä yhteistyötä lääkärin kanssa, jotta potilas saa parhaan mahdollisen avun omaan tilanteeseensa. Tehtäväsiirtojen myötä lisääntynyt vastuu lisää myös ammatillisia velvollisuuksia. Suoravastaanottoiminnan avulla fysioterapeutit voivat tehdä näkyväksi ammatillista osaamistaan TULE-potilaiden hyväksi.

4 YHTEENVETO

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri on hallinnoinut selkäpotilaan palveluketju -hanketta vuosina 2013–2016 (Selkäpotilaan palveluketju, hankeraportti 2016.) Hankkeen tavoitteena on ollut kehittää sujuvat käytännöt selkäterveyden edistämiseen sekä oikea-aikaiseen hoitoon ja kuntoutukseen Etelä-Pohjanmaan alueella. Hankkeen myötä alueella on järjestetty kaksi suoravastaanottoimintaan valmistavaa täydennyskoulutusta yhdessä SeAMKin kanssa. Hankkeen puitteissa koottiin asiantuntijaverkosto palveluketjun jalkauttamiseksi ja potilaiden hoidon yhdenvertaisuuden tukemiseksi. JIK ky:n akuuttiselkävastaanotoista vastaavat fysioterapeutit ovat olleet aktiivisesti mukana ryhmän toiminnassa.

Fysioterapeuttien suoravastaanottoiminnan asiakastyytyväisyyttä kartoitettiin Lapualla, Seinäjoella, Ilmajoella, Kurikassa, Jalasjärvellä ja Kuusiokuntien terveyskuntayhtymän työterveyshuollossa. Kartoituksen perusteella suoravastaanotolle ohjautuneista potilaista 90 %:ia oli edelleen työelämässä ja kartoituksen kyselyyn vastanneista suurin osa oli 30–44-vuotiaita. Asiakkaat olivat kyselyn perusteella tyytyväisiä fysioterapeutilta saamaansa palveluun. Kartoituksen tuloksena todettiin, että vain yksi potilas yhdeksästätoista ohjattiin lääkäriin. (Selkäpotilaan palveluketju, hankeraportti 2016.)

Potilaat olivat tyytyväisiä ajanvaraajilta ja fysioterapeuteilta saamaansa kohteluun ja he kokivat tulleet kuulluksi sekä ajanvarausta tehdessään, että fysioterapeutin vastaanotolla. Fysioterapeutin vastaanotolle potilaat pääsivät nopeasti, joko samana tai seuraavana päivänä. Vastaanotolle pääsyn viiveet johtuivat siitä, että suoravastaanottoaikoja järjestettiin kyseisissä organisaatioissa vain yhtenä tai kahtena päivänä viikossa. (Selkäpotilaan palveluketju, hankeraportti 2016.)

Potilaat kokivat, että fysioterapeutin vastaanottoaika, runsas tunti, on riittävä. Vastaanottokäynneillä, tutkimisen lisäksi, potilaat saivat monipuolista ohjausta ja neuvontaa. Vastaanotoilla keskitytään potilaiden neuvontaan, potilas saa konkreettisia työkaluja selkävaivansa hoitamiseksi ja vaivojen ennaltaehkäisemiseksi. Fysioterapeutin vastaanottokäynnin sisältö koettiin monipuolisena ja asiantuntevana. Suoravastaanottoon liittyvien käytäntien jälkeen potilaat eivät yleensä tarvitse muita ter-

veydenhuollon palveluita selkävaivansa hoitoon. (Karvonen, 2014; Selkäpotilaan palveluketju, hankeraportti 2016.)

Selkäpotilaan palveluketjun sujuvan käynnistymisen edellytyksenä on selkäpotilaiden suoravastaanottojen käynnistyminen koko Etelä-Pohjanmaan alueella. Käynnistämistä tuetaan alueellisesti kootun yhdyshenkilöverkoston voimin. Fysioterapeutilta vaaditaan erityisosaamista suoravastaanotto toiminnan käynnistyessä. Erityisosaamisen turvaamiseksi on alueellamme käynnistetty suoravastaanotto toimintaan valmistavaa täydennyskoulutusta. Lisäksi ammatillista osaamista vahvistetaan erillisillä tilauskoulutuksilla yhteistyössä SeAMKin ja Pohjanmaan fysioterapeutit ry:n kanssa sekä työpajatyöskentelyllä verkostotapaamisissa. Yhdyshenkilöverkoston kokouksissa työpajatoiminnan lisäksi arvioidaan selkäpotilaan palveluketjun toimivuutta. Verkoston alueelliset toimijat huolehtivat siitä, että tiedotus suoravastaanotto toiminnasta leviää kuntalaisten tietoisuuteen. Fysioterapeuttien osaamisen ja suoravastaanotto toiminnan markkinoinnissa on vielä paljon tehtävää niin yhteistyötahojen kuin kuntalaistenkin suuntaan.

Etelä-Pohjanmaalla käynnistyneiden, uusien toimintamallien vaikutuksia terveydenhuollon kustannuksiin ei ole vielä voitu arvioida. Vertailtaessa erikoissairaanhoidon vastaanottokäyntien kustannuksia perusterveydenhuollon vastaaviin kustannuksiin, ovat ne perusterveydenhuollossa noin 50 %:ia pienemmät kuin erikoissairaanhoidossa. Fysioterapeutin polikliininen vastaanotto perusterveydenhuollossa maksaa puolet vähemmän kuin lääkärin vastaanotto. Siten on ilmeistä, että mitä useampi oikein valikoitunut TULE-potilas ohjautuisi suoraan fysioterapeutille, voitaisiin puhua mittavista säästöistä. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin asiakasmaksut 2016.) Suomessa yhä laajenevat fysioterapeuttien suoravastaanotot nostavat esiin jatkotutkimuksen tarpeen. Lisää laadukasta tutkimustietoa aiheesta tarvitaan (Karvonen 2014).

LÄHTEET

Daker-White, G., Carr, A. J., Harvey, I., Woolhead, G., Bannister, G., Nelson, I. & Kammerling, M. 1999. A randomized controlled trial: Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *Journal of epidemiological and community health* 53 (10), 643–650.

Gardner, H., Csikszentmihalyi, M. & Damon, W. 2001. *Good work: When excellence and ethics meet*. New York: Basic Books.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin asiakasmaksut 2016. [Verkkosivu]. [Viitattu 10.10.2016]. Saatavana: http://www.epshp.fi/potilaat_ja_vierailijat/potilaille/asiakasmaksut

- Holdsworth, L., Webster, V. & McFadyen, A. on behalf of the Scottish Physiotherapy Self-Referral Study Group Physiotherapy. 2007. What are the costs to NHS Scotland of selfreferral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiotherapy* 93 (1), 3–11.
- Ikonen, A., Räsänen, K., Manninen, P., Rautio, M., Husman, P., Ojajarvi, P., Alha, P. & Husman, K. 2013. Use of health services by Finnish employees in regard to health-related factors: the population-based Health 2000 study. *International archives of occupational and enviromental health* 86 (4), 451–462.
- Karvonen, E. 2014. Siirtykö täydennyskoulutuksessa saatu tieto fysioterapian suoravastaanoille? *Fysioterapia* 7/2014, 10–14.
- Kylänen, M., Vuori, J., Kangas, H. & Luoto, S. 2015. Työnjaolla tuottavuutta ja työn mielekkyyttä. Lineaariset ja epälineaariset palveluprosessit fysioterapeuttien ja lääkäreiden työn määrittäjinä. Joensuu: Itä-Suomen yliopisto.
- L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.
- L 30.12.2010/1326. Terveydenhuoltolaki.
- Lakka, M. 2008. Selkäkipupotilas akuuttivastaanotolla. Vaikuttavuuden, käyntikoh- taisten kustannusten, kustannusvaikuttavuuden ja asiakastyytyväisyyden ver- tailu lääkärivastaanoton ja fysioterapeutin vastaanoton välillä. Kuopion yliopisto. Terveyshallinnon ja -talouden pro gradu-tutkielma.
- Lautamäki, L., Salo, P., Mustalampi, S., Häkkinen, A. & Ylinen, J. 2016a. Fysioterapeutin suoravastaanotto. *Suomen lääkirilehti* 71 (24), 1773–1777.
- Lautamäki, L., Salo, P., Mustalampi, S., Häkkinen, A. & Ylinen, J. 2016b. Fysioterapeutin suoravastaanotto – keino alentaa terveydenhuollon kustannuksia? *Fysioterapia* 5/2016, 4–9.
- Käypähoitosuositus 27.4.2015. Alaselkäkipu. [Verkkojulkaisu]. Suomalainen lää- käriseura Duodecim ja Suomen fysiatriryhdistyksen asettama työryhmä. [Viitattu 8.11.2016]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi20001>
- Käypähoitosuositus 25.8.2014. Polvi- ja lonkkanivelrikko. [Verkkojulkaisu]. Suomalainen lääkiriseura Duodecim ja Suomen ortopediyhdistys ry:n asettama työryhmä. [Viitattu 8.11.2016]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosi- tukset/suositus?id=hoi50054>

- Käypähoitosuositus 26.10.2009. Niskakipu [Verkkójulkaisu]. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim ja Societas Medicinae Physicalis et Rehabilitationis Fenniae ry:n ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. [Viitattu 8.11.2016]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi20010>
- Martimo, K., Varonen, H., Husman, K. & Viikari-Juntura, E. 2007. Factors associated with self-assessed work ability. *Occupational medicine* 57 (5), 380–382.
- Mitchell, J. M. & de Lissovoy, G. 1997. A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. *Physical therapy* 77, 10–18.
- Mäntyselkä, P. 1998. Kipupotilas terveystieteiden keskuksessa. Kuopio: Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 165. Väitösk.
- Partanen, K. 2016. Suomen fysioterapeutit ry. (Haastattelu)
- Pendergast, J., Kliethermes, S. A., Freburger, J. K. & Duffy, P. 2012. A comparison of health care use for physician-referred and self-referred episodes of outpatient physical therapy. *Health service research* 47 (2), 633–654.
- Selkäpotilaan palveluketju, hankeraportti. 2016. Seinäjoki: EPSHP. Julkaisematon.
- Sintonen, H. & Pekurinen, M. 2006. Terveystaloustiede. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Sote- ja itsehallinouudistus. [Verkkosivu]. [Viitattu 11.9.2016]. Saatavana: <http://stm.fi/sote-uudistus>
- Taura-Jokinen, E. 2011. Helsingin terveystieteiden keskuksen fysioterapeuttien akuuttivastaanotot yhä useampiin toimipisteisiin. *Fysioterapia* 3/2011, 28–31.
- Taylor, N. F., Norman, E., Roddy, L., Tang, C., Pagram, A., & Hearn, K. 2011. Primary contact physiotherapy in emergency departments can reduce length of stay for patients with peripheral musculoskeletal injuries compared with secondary contact physiotherapy: a prospective non-randomised controlled trial. *Physiotherapy* 97 (2), 107–114.
- Vuori, I. & Bäckman, H. 2010. Terve tuki- ja liikuntaelämä. Opas tule-sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus. Opas 11.
-

”JÄÄTHÄN LUOKSENI, ETTÄ VOIN OLLA TURVASSA” – OMAISTEN JA TYÖNTEKIJÖIDEN KOKEMUKSIA SAATTOHOIDOSTA

*Helinä Mesiäislehto-Soukka, TtT, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala*

Jenni Heikkilä, sairaanhoitaja (AMK)

Natalia Jylhä, sairaanhoitaja (AMK)

Henna Reinikka, sairaanhoitaja (AMK)

Niina Siirilä, sairaanhoitaja (AMK)

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyönä (Heikkilä ym. 2015) tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli kuvaila aikuis- ja vanhusväestön omaisina ja työntekijöinä toimineiden sairaanhoitajien kokemuksia saattohoidosta, ja saada tietoa hyvän saattohoidon piirteistä ja saattohoidon kehittämistarpeista. Etelä-Pohjanmaan hoitotyön kehittämisseura ry:n edustajat esittivät toivomuksen saada aiheesta tutkittua tietoa. Aineisto kerättiin avoimella ja teemoitetulla kyselyllä ja suunnattiin Etelä-Pohjanmaan hoitotyön kehittämisseuran jäsenille. Seuran jäsenistä 19 osallistui tutkimukseen vastaamalla heille lähetettyihin avoimiin ja teemoitettuihin kysymyksiin. Tutkimus toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä ja aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Tutkimus koettiin tärkeäksi niin yhteiskunnan, eteläpohjalaisten hoito-organisaatioiden edustajien kuin omaistenkin näkökulmasta. Hoitotyön kehittämisseuran edustajat perustelivat aiheen merkittävyyttä järjestämiensä koulutustilaisuuksien tueksi. Myös sairaanhoitajaopiskelijoiden ammatillisen kehittymisen näkökulmasta aihe koettiin tärkeäksi ja ajankohtaiseksi. Tässä artikkelissa tarkastellaan saattohoitoa ja opinnäytetyönä toteutetun tutkimuksen keskeisiä tuloksia. Lisäksi esitetään suosituksia laadukkaana saattohoidon toteuttamiseksi ja kehittämiseksi.

2 TUTKIMUKSEN TAUSTA

Hännisen ja Anttosen (2008, 32) mukaan saattohoidolla tarkoitetaan potilaan hoitoa kuoleman lähestyessä, jolloin potilaan hoidossa siirrytään aktiivihoidoista saattohoitoon. Päätös tehdään lääketieteellisin perustein ja se perustuu useimmiten kliiniseen arvioon tilanteessa, jolloin aktiivihoidoista ei ole enää potilaalle hyötyä. Myös toimintakyvyn tasoa mittaavia mittareita voidaan käyttää potilaan tilaa arvioidessa. Kuolevan potilaan avuntarve on yksilöllistä. Apua voidaan tarvita sekä turvattomuuden tunteen hillitsemiseen sekä yksinäisyyden ja ahdistuneisuuden helpottumiseen. Fyysisten oireiden, kuten kivun hallitsemiseen tarvitaan kuoleman lähestyessä riittävää kivun hoitoa. Saattohoidon tulisikin taata kuolevalle kivuton ja arvokas loppuelämä, jossa myös läheisten mielipiteet ja toiveet otetaan huomioon. Tarpeiden ja toiveiden täyttäminen sekä vakaumuksen kunnioittaminen ovat kuolevan hoidossa tärkeitä. (STM 2010, 17, 23.)

Saattohoidon laadun varmistamiseksi on Suomessa säädetty useita lakeja (L 17.8.1992/785; L 30.12.2010/1326; L 30.12.2014/1301; L 1.6.1973/459; A 27/2004) ja annettu suosituksia (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008; STM 2010; ETENE 2003) ja ohjeita (ETENE 2003; Leino-Kilpi, Kulju & Stolt 2012). Käypä hoito -suosituksissa (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008, 1) määritellään kuolevan potilaan oireiden hoito, kuvaillaan erityisesti kuolevan potilaan oireet ja niitä lievittävä lääkehoito, jota suositellaan annettavaksi kaikille kuoleville potilaille. Riittävän varhain aloitetulla kivun hoidolla ehkäistään potilaan kärsimys ja ennenaikainen kuolema. Hoitovasteen tulee olla riittävä ja sitä tulee seurata asianmukaisesti. On luonnollista, että fyysisten oireiden hoitamisen lisäksi potilaan psyykkisiin, sosiaalisiin ja henkisiin tarpeisiin tulee vastata asianmukaisesti. Potilas voi kokea yksinäisyyttä, tuntea itsensä masentuneeksi ja kaivata keskustelua hengellisistä asioista.

Kuolevan potilaan hoitoon on kiinnitetty huomiota kansalaisaloitteiden ja eduskuntakeskustelujen yhteydessä. Huoli saattohoidon laadusta ja epätasa-arvosta on todettu aiheelliseksi. Saattohoitosuunnitelmia ei ollut kaikissa sairaanhoitopiireissä ja ammattihenkilöstön saattohoidon osaamisessa havaittiin puutteita. Vain puolella sairaanhoitopiireistä oli saattohoitosuunnitelma tai laitospohjaiset saattohoito-ohjeet. Neljäsosalla ei saattohoitosuunnitelmaa ollut lainkaan. Saattohoitoa toteutettiin terveyskeskusten vuodeosastoilla, vanhainkodeissa ja muissa hoitopaikoissa. Joissakin kaupungeissa kotisairaala ja kotihoito vastasivat saattohoidosta. Sairanhoitopiireissä tuli esille tarve tunnistaa ja kehittää saattohoitopotilaan hoitopolkua hoidon jatkuvuuden ja laadun turvaamiseksi. Säädösten ja virallisten ohjeiden tarpeellisuutta selvittävien kartoitusten sekä asiantuntijakuulemisen seurauksena laadittiin saattohoitosuosituksia, joissa käsitellään saattohoidon käsitettä, eettisiä periaatteita saattohoidossa, hoidon suunnittelua ja järjestämistä sekä varsinaista saattohoitoa terveydenhuollossa, mutta myös kotona. (STM 2010, 7, 27–28; ETENE 2003, 2.)

Eettiset ohjeet ovat tärkeä osa kuolevan potilaan hoitoa. Yhdistyneet kansakunnat (YK) julkaisi vuonna 1975 Kuolevan oikeuksien julistuksen, joka on perusta korkeatasoiselle kuolevan hoidolle. Julistuksessa korostuvat kuolevan ihmisen arvokkuus, yksilöllisyys ja oikeus hoivaan. Suomessa julistus julkaistiin vuonna 2002 Valtakunnallisen eettisen neuvottelukunnan toimesta. Suomen Sairaanhoidajaliitto on määritellyt sairaanhoitajan eettiset ohjeet tukemaan sairaanhoitajien eettistä päätöksentekoa päivittäisessä hoitotyössä. Ohjeissa korostuvat sairaanhoitajan perustehtävä, vastuut potilaalle ja työkavereille sekä muulle ammattikunnalle, että yhteiskunnalle. (ETENE 2003, Leino-Kilpi ym. 2012, 51.)

3 SAATTOHOITOPÄÄTÖS, HOITONEUVOTTELU JA HOITOTAHTO

Saattohoidon aloittaminen tarkoittaa aktiivihoidoista luopumista ja saattohoitopäätöksen tekemistä ennen saattohoitoon siirtymistä. Saattohoitopäätöksellä varmistetaan potilaan itsemääräämisoikeus, linjataan hoidon kulku ja valmistaudutaan lähestyvään kuolemaan. Saattohoitopäätös tehdään usein erikoissairaanhoidossa. Tällöin hoitojen mahdollisuudet on arvioitu asiantuntijan tai asiantuntijoiden kanssa yhteistyössä. Päätöstä tehdessä huomioidaan potilaan ja läheisten mielipiteet silloin kun potilas haluaa läheisten olevan hoidossa mukana. Saattohoitopäätöstä voidaan myös muuttaa, mikäli aiemmin tehdyt elinaika- tai muut arviot eivät vaikuta oikeilta. Saattohoitopäätös sisältää päätöksen elvyttämättä jättämisestä (do not resuscitate, DNR-päätös). Tämä tarkoittaa pidättäytymistä potilaan sydämen sähköisestä tahdistuksesta tai paineluelvytyksestä. Keskustelu päätöksen taustoista edellyttää hienovaraisuutta ja empaattista suhtautumista potilaaseen ja läheisiin. DNR-päätös kirjataan potilaan asiakirjoihin. (Hänninen & Anttonen 2008, 26–27; Valvira, [Viitattu 21.4.2015]).

Saattohoitopäätös on vakava hoitopäätös. Joskus sen tekeminenkin on vaikeaa tai se jää kokonaan tekemättä siksi, että ennusteen arvioiminen on vaikeaa. Liian myöhään tehty saattohoitopäätös haittaa kuolevan potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista, oireiden lievittämistä ja kuolemaan valmistautumista. Hoitolinjauksen varmistaminen tarkoittaa DNR-päätöksen lisäksi esimerkiksi solunsalpaajista tai antibiooteista luopumista. (STM 2010, 18; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.) Monet sairaudet, kuten sydämen vajaatoiminta ja keuhkohtaumatauti, edellyttävät oireenmukaista hoitoa ja loppuvaiheessa saattohoitoa, koska ne aiheuttavat runsaasti elämänlaatua huonontavia oireita. Kuoleman lähestyessä potilaan hoitolinjauksia tulee myös muuttaa oireiden muuttuessa. Oireet ovat yleensä moninaisia ja samanaikaisia. Tässä vaiheessa on tärkeää keskittyä potilasta eniten häiritseviin oireisiin, jotka aiheuttavat eniten fyysistä tai psyykkistä vaivaa. Parantumattomasti sairailta voi ilmetä runsaasti fyysisiä oireita riippuen sairauden laadusta. Yleisimpiä näistä ovat kipua, hen-

genahdistus, unettomuus, suolentoiminnan vaikeus ja ruokahaluttomuus. (Hänninen 2004, 29–30; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

Hoitoneuvottelu liittyy läheisesti saattohoitoon. Siinä potilas, hoitoon vaikuttavat läheiset ja hoitavat työntekijät, kuten lääkäri ja sairaanhoitaja, pitävät yhteisen hoitoneuvottelun hoidon tavoitteiden selkiyttämiseksi. Hoitoneuvottelun tarkoituksena on varmistaa potilaan ja läheisen tiedon saanti koskien hoitoa, sen perusteita ja seurauksia. Hoitoneuvottelu auttaa hoitohenkilökuntaa tunnistamaan potilaan ja läheisten ahdistuneisuutta ja henkistä kipua. (Frank 2009; Grönlund & Leino 2008, 43–44.) Hoitoneuvottelu on luonteeltaan rakentavaa ja avointa keskustelua. Suositus on, että hoitoneuvottelu käydään vähintäänkin saattohoidon alkuvaiheessa, tarvittaessa useamminkin. Sen tulee olla kestoltaan noin 30 minuuttia ja tapahtua rauhallisessa paikassa. Ennen hoitoneuvottelua hoitohenkilökunta käy läpi potilaskohtaiset asiat ja kartoittaa tämänhetkisen tilanteen. Sairaanhoitaja kirjaa läpikäytyt asiat potilaan asiakirjoihin ja raportoi hoidon linjaukset muulle hoitohenkilökunnalle. Hoitoneuvottelun jälkeen laaditaan hoitoneuvottelun tuloksena syntynyt jatkohoitosuunnitelma. Näin yhteisesti sovitut tavoitteet helpottavat hoitoon osallistuvien työtä ja vahvistavat potilaan ja läheisten suhtautumista tulevaan. (Frank 2009; Grönlund & Leino 2008, 42.)

Etukäteen ilmaistulla hoitotahdolla voi potilaan itsemääräämisoikeus toteutua tilanteissa, jolloin henkilö ei itse pysty osallistumaan hoitopäätöksiin tajuttomuuden, vanhuuden heikkouden tai muun syyn takia. Hoitotahdossa henkilö voi valtuuttaa toisen henkilön tekemään tarvittavat päätökset hänen puolestaan. Ennalta laadittu hoitotahto helpottaa lääkärin työtä ja vähentää läheisten epätietoisuutta hoitopäätösten tekemisessä. Hoitotahdossa ilmaistut toiveet esimerkiksi tehohoidosta ja laitoshoidosta auttavat linjaamaan potilaan hoitoa. Potilaalle ei saa antaa sellaista hoitoa, jonka hän on hoitotahdossaan kieltänyt. (Halila & Mustajoki 2015.) Hoitotahto tehdään joko kirjallisesti tai suullisesti. Kirjallisessa hoitotahdossa on allekirjoitus ja päiväys. Kahden perheeseen tai lähisukuun kuulumattoman todistajan allekirjoitusten toivotaan olevan asiakirjassa, mutta se ei kuitenkaan ole pakollista. Myös suullinen hoitotahto huomioidaan potilaan hoidossa. Sen voi kaksi terveydenhuollon ammattihenkilöä varmentaa allekirjoituksellaan tilanteessa, jossa asianomainen ei kykene sitä tekemään. Hoitotahdon sisällön voi ilmaista vapaamuotoisesti tai käyttämällä sitä varten laadittua lomaketta. (Halila & Mustajoki 2015; L 17.8.1992/785.) Hoitotahdon voi muuttaa tai peruuttaa milloin tahansa. Harva iäkäs potilas tekee hoitotahdon jättäen päätökset kohtalon käsiin. Asia on vaikea, eivätkä potilaat halua ajatella vanhuuden tai sairauden vaikutuksia elämäänsä. (Halila & Mustajoki 2013; Konsensuslausuma 2014.)

Saattohoidon luonnollisin ja turvallisin paikka olisi koti (Gott ym. 2013; Ollikainen 2008; Kauppo 2012). Tämä edellyttää läheisen vankkaa sitoutumista hoitoon. Kotisaattohoidosta vastaava läheinen on paikalla ympäri vuorokauden huolehtien kuolevan tarpeista. Kotisairaanhoito, lääkäri ja kotisairaanhoitaja huolehtivat puoles-

taan hoitosuunnitelman mukaisista käynneistä ja avun saamisesta hätätilanteissa. Läheisten tukeminen on kotisairaanhoidon vaativa tehtävä. (Hänninen & Pajunen 2006, 123–124.) Hoitosuunnitelma, joka tehdään yhdessä kuolevan ja läheisten kanssa, sisältää oireiden mukaisen kokonaisuhoiton kaikkine kuolemaan liittyvine yksityiskohdineen, niistä keskustelemisen ja tuen saamisen niin suullisesti kuin kirjallisestikin (Grönlund & Huhtinen 2011, 100).

Kuolema on siirtynyt useissa tapauksissa kodeista laitoksiin, useimmiten oman kunnan tai maakunnan perusterveydenhuoltoon, vanhustenhuoltolaitoksiin ja vain harvoin saattohoitoon erikoistuneisiin saattohoitokoteihin, joita Suomessa on vain neljä. Näin ollen saattohoitokoteihin, joihin siirrytään lääkärin läheteellä, on vain pienellä osalla kuolevista mahdollisuus päästä. Hyvän saattohoidon toteutuminen ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioittaen edellyttää saattohoitopotilaan hoitopolun suunnittelua ja organisoimista erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Kun selkeä hoitoketju ja konsultaatiokäytännöt ja eettiset hoitotyön toimintalinjat on sovittu yhdessä ja niitä kehitetään kaikkia osapuolia kuunnellen, voidaan turvata hoidon jatkuvuus, tiedonkulun sujuvuus ja yhdenvertainen hoito. (STM 2010, 26, 32; Kuokkanen, Katajisto & Leino-Kilpi 2010.)

4 KOKONAISSALTAISEN SAATTOHOITO

Saattohoidon tavoitteena on, että potilasta ei tarpeettomasti rasiteta hoitotoimenpiteillä. Tässä vaiheessa luovutaan nestetasapainon, verenpaineen, happikyllästyneisyyden ja lämmön seurannasta. Huomio kohdistetaan kokonaan potilaaseen ja laboratorio- tai kuvantamistulokset jäävät sivuun. Potilaan hoitoon ja huolenpitoon kuuluvat ravinnosta ja erittämisestä huolehtiminen, unentarpeen arviointi ja hygieniasta, kuten ihon hoidosta huolehtiminen ja suun hoito. Potilasta kannustetaan normaaleihin WC-käynteihin, mutta mikäli potilas on vuoteessa, huolehditaan asento- ja liikehoito painehaavaimien ehkäisemiseksi. Ravinnon ja nesteen tarve muuttuu voimien mukaan. (Ridanpää 2006.)

Potilaan oireita, kuten kipua, levottomuutta, hengenahdistusta ja pahoinvointia seurataan ja arvioidaan. Myös tarpeettomat lääkkeet jätetään pois kuoleman lähestyessä. Potilaan lääkitykseen tässä vaiheessa kuuluvat oireiden mukaisesti kipulääkitys, lääkitys levottomuuteen, pahoinvointiin, limaisuuteen ja hengenahdistukseen, joka on kuolevan potilaan yleinen vaiva ja jota voidaan helpottaa antamalla happea, pukemalla väljät vaatteet ja auttamalla rentoutumaan. (Korhonen & Porkka 2013; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008; Nieminen 2014.) Iho-oireet ovat kuolevan potilaan hoidossa tärkeää tunnistaa ja hoitaa. Kutina, erityyppiset haavaumat ja ihovauriot helpottuvat hoitamalla ihoa paikallisesti perus- tai kortisonivoiteella, hyvällä perushoidolla, asento- ja kipulääkityksellä. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

Kipu on ruumiillista kärsimystä. Se voi ilmetä eleettömyytenä, huutamisena, tiuskimisena, tuskaisuutena, vihana ja hiljaisuutena. Jokainen kokee kivun yksilöllisesti ja ilmaisee sitä oman persoonansa kautta. Kipu voi toimia verhona jollekin suuremmalle tunteelle, kuten ahdistukselle ja nöyryykselle. Kivun hoito on merkittävä osa kuolevan potilaan hoitoa. Riittävän kipulääkityksen edellytys on kivun säännöllinen arviointi ja kirjaaminen. Sairauden aiheuttamat muutokset kehossa, henkinen ahdistus ja hoitotoimien rasittavuus tulee ottaa huomioon kivunhoitoa suunniteltaessa. (Vainio 2009, 12; Ridanpää 2006.)

Kivun mekanismin selvittäminen on tärkeää: millaista kipu on ja mistä se johtuu, kivun sijainti ja esiintymisen ajallisuus eli onko kipu jatkuvasti läsnä vai esiintyykö sitä ajoittain ja missä tilanteissa. Kipu on subjektiivinen kokemus ja sen arviointi on haasteellista. VAS-asteikon (Visual Analogy Scale -mittari) avulla on mahdollista arvioida kivun määrää. VAS-mittarilla tarkoitetaan janaa, jonka toinen pää kuvastaa kivutonta 0-tilannetta ja toinen pää pahinta mahdollista kipua, eli 10-tilannetta. Janan avulla potilas voi kuvailla kokemansa kivun voimakkuuden. (Grönlund & Huhtinen 2011, 115; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.) Kuolevalle aloitetaan yleensä säännöllinen kipulääkitys läpilyöntikipujen estämiseksi, vaikka hän olisi läheisten tai hoitajien silmin kivuton. Sekä kuolevan että läheisten tulee saada riittävästi tietoa kipulääkityksen tärkeydestä, jotta he ymmärtävät kuolevan oikeuden olla kivuton. Kivun voimakkuutta ja laatua kysytään potilaalta, kipua mitataan ja seurataan. Kipulääkityksen vaikuttavuutta seurataan. Potilasta kuunnellaan ja potilaalle annetaan mahdollisuus kertoa kivusta omin sanoin. Kipua voidaan hallita myös lääkkeettömästi fysioterapian, asentohoidon, rentoutusterapian ja erilaisin kylmä- ja lämpöhoidoin. (Anttila 2011; L 28.6.1994/559.)

Oireita lievittävä lääkehoito on osa kuolevan hoitoa. Sen rinnalla suuri osa laadukkaasta saattohoidosta on psyykkistä, henkisten ja hengellisten tarpeiden huomioimista. Hoidossa korostuu rehellisyys, avoimuus, välittäminen, turvallisuus ja jatkuvuus. Lähtökohtana psyykkistä tilaa arvioitaessa on potilaan, läheisten ja hoitoryhmän jäsenten tietoisuus lähestyvistä kuolemasta. Hyvä hoiva, keskustelu ja joskus myös lääkehoito auttavat lievittämään lähestyvän kuoleman aiheuttamaa ahdistusta ja pelkoa. Surutyön läpikäynti ja elämää arvostava muistelu suojaavat vaikeilta psyykkisiltä häiriöiltä. Kuolevan arvostaminen yksilönä edellyttää tukijan, ymmärtäjän ja yksilöllistä hoitoa tarjoavan tavan. Teot, olemukset ja sanat välittävät potilaalle ja läheiselle viestin siitä, että heitä arvostetaan juuri sellaisina kuin he ovat. Potilaan toiveet ja mielipiteet huomioidaan hoidossa ja huolehditaan siitä, että potilas tuntee olevansa eheä kokonaisuus, ei vain kuoleva ihminen. (Ridanpää 2006.)

Ahdistuneisuus ja masennus voivat johtua alihoidetusta oireesta, kuten kivusta, piilevästä mielialahäiriöstä, lääkityksestä tai luonnollisesta reaktiosta lähestyvään kuolemaan. Masennus voi sekoittua suruun ja somaattisiin oireisiin. Masennuksen hoitoon kuuluu terapiaa, keskustelua, kuuntelua, rentoutumista ja joskus mielialälääkkeitä.

Hoidon jatkuvuus on tärkeää turvalliseksi olonsa tuntemisessa ja lähestyvän kuoleman hyväksymisessä. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

Hengellisten tarpeiden selvittäminen saattohoidon alussa on tärkeää. Potilaan toivomukset papin kanssa keskustelemisesta ja mahdollisesti ehtoollisen nauttimisesta ovat tärkeitä asioita, joihin tulee suhtautua kunnioittavasti. Omahoitajan, lääkärin ja sosiaalityöntekijän tai teologin tapaaminen voivat auttaa ymmärtämään kuolevaisuutta ja syitä sairauden takana. (STM 2010, 18; Grönlund & Huhtinen 2011, 120.) Ihmisen suurimpia pelkoja on hylätyksi tulemisen pelko. Kuolemassa ihminen on yksin, vailla tietoa tulevasta. Kuoleva saattaa haluta sopia välit itsensä, läheistensä ja Jumalan kanssa. Näin hän kokee löytävänsä eheyden ja saavuttaa elämän täyttymyksen ennen kuolemaa. (Vilkko-Riihelä & Laine 2006, 172.)

Parhaimmillaan moniammatillinen tiimi, johon voi kuulua lääkäri ja hoitotyöntekijät, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä ja vapaaehtoistyöntekijä, huolehtivat kuolevan potilaan kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista. Elämänlaadun ylläpitäminen auttaa kuolevan potilaan hoidossa ja parantaa hoidon laatua. Hoidossa huomioidaan yksilön voimavarat ja hänen senhetkinen vointinsa. Potilas otetaan mukaan päätöksentekoon ja hänen mielipiteitään kuunnellaan. On tärkeää, että potilasta ei pakoteta osallistumaan eikä painosteta toimintoihin, joihin hän ei koe pystyvänsä. (Grönlund & Huhtinen 2011, 112–113.) Fysioterapia yhdistetään kuntoutumiseen ja menetetyn fyysisen kyvyn palauttamiseen. Fysioterapialla on merkittävä rooli myös kuolevan potilaan hoidossa. Toimintakyvyn ja omatoimisuuden vahvistaminen, liikkumisen mahdollistaminen ja apuvälineiden käytön ohjaaminen kuuluvat fysioterapeutille. Sosiaalityön tehtävänä on auttaa taloudellisissa ja psyykkisissä kysymyksissä, kuten suruprosessin läpikäymisessä perheen toimeentulon ja selviytymisen varmistuttua. (Grönlund & Huhtinen 2011, 132, 134.) Vapaaehtoistyöntekijät toimivat hoitohenkilökunnan yhteistyökumppaneina kuolevan apuna ja tukena. Heillä ei ole hoitotyön tutkintoa, mutta heiltä odotetaan kypsyyttä ja tasapainoisuutta ymmärtää kuolevaa ihmistä ja hänen perhettään. Tehtäviä, joita he voivat tehdä, ovat ulkoiluttaminen, harrastusten ylläpitäminen, pikuasioista, kuten hiusten hoitamisesta huolehtiminen. (Colliander 2008, 122–125.)

Mitä lähemmäksi kuolema tulee, sitä enemmän myös läheiset kaipaavat tukea. Yhden hengen huone, jossa kuoleva ja läheinen voivat viettää aikaa yhdessä, on ensiarvoisen tärkeä. Myös yöpymiseen laitoksessa on varauduttava. Joskus kuolemaa ja sen jälkeistä aikaa on läheisten vaikea hallita. He tarvitsevat siihen hoitohenkilökunnan tukea. Kuoleva itse voi suunnitella omia hautajaisiaan, joskus kieltää kuoleman, olla katkera, mutta viimein hyväksyä tilanteensa. Luopuminen koskettaa koko perhettä. Järkytys, viha ja syyllisyys saattavat tulla tutuksi läheisille. Läheisten kanssa on hyvä keskustella, vaikka se tuntuu vaikealta. Kuolemaa on vaikeaa ennustaa, vaikka siihen liittyy erilaisia muutoksia kehossa. Kuolemasta ilmoitetaan omaisille viipymättä, mikäli he eivät ole läsnä kuoleman hetkellä. Omaisten kanssa sovitaan etukäteen, miten ilmoit-

taminen tapahtuu. Omaisten kykyä ymmärtää suruviesti arvioidaan ja suruun tarjotaan lohdutusta. (Ridanpää 2006.) Myös kuoleman jälkeinen hoito toteutetaan voimassa olevien ja juridisesti pätevien tapojen mukaisesti. Kun lääkäri toteaa potilaan kuolleeksi (A 27/2004), hänet siirretään arvokkaasti, ulkopuolisilta näkymättömästi parin tunnin jälkeen kuolemasta pois potilashuoneesta ja omaisille kerrotaan, että he voivat olla mukana valmisteltaessa kuollutta läheistä viimeiselle matkalle. Hoitohenkilökunnalla on keskeinen asema siinä, kuinka omaiset muistavat vainajan kunnioittamisen hoitopaikassa. Hyvästelemiseen varataan aina mahdollisuus. Mikäli omaiset haluavat, voidaan pappi kutsua pitämään rukoushetki ennen vainajan hakemista. Sairaala- tai laitotosolosuhteissa tapahtuvan kuoleman yhteydessä, kuolemasta kerrotaan muille potilaille tai asukkaille, mikäli omaiset sitä haluavat. (Ridanpää 2006.)

Kuolemaa seuraa läheisen surutyö. Ihmisellä on luonnollinen tarve surra yksin. Omaiset voivat tavata vainajan omahoitajan. Myös sosiaalihoitaja ottaa yhteyttä puhelimitse noin kuukauden kuluttua potilaan kuolemasta. Pyrkimys on, että epäselvät asiat selvitetään ja annetaan mahdollisuus palautteen antamiseen läheisen hoidosta. (Grönlund & Huhtinen 2011, 133, 152, 158.) Kuolema kuuluu osaksi elämää. Sitä ei pysty pakenemaan. Itselleen ja kuolemalle anteeksi antaminen tuo omaiselle sisäisen rauhan ja auttaa käsittelemään läheisen poismenosta aiheutuvaa surua ja kärsimystä. (Grönlund & Huhtinen 2011, 146–151.)

5 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TOTEUTUS

Opinnäytetyönä toteutetun tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla aikuis- ja vanhusväestön omaisina ja työntekijöinä toimineiden sairaanhoitajien kokemuksia saattohoidosta ja saada tietoa hyvän saattohoidon piirteistä ja saattohoidon kehittämistarpeista. Tutkimuksen tavoitteena oli hyödyntää saatuja tutkimustuloksia saattohoidon kehittämiseen Etelä-Pohjanmaalla. Päätutkimuskysymykset olivat: 1) millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla oli saattohoidosta läheisenä tai omaisena? 2) millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla oli saattohoidosta työntekijöinä?

Tutkimus toteutettiin laadullista tutkimusstrategiaa (Janhonen & Nikkonen 2003, Hirsjärvi ym. 2007, 155; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–73) hyödyntämällä keväällä 2014 Etelä-Pohjanmaan hoitotyön kehittämiss seura ry:n sairaanhoitajajäseniltä kerätystä valmiista, avoimesta ja teemoitetusta aineistosta. Esseemuodossa tuotettua, valmiiksi litteroitua (aukikirjoitettua) aineistoa saatiin 19 henkilöltä. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysiä käyttäen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–112).

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Omaisten myönteiset kokemukset saattohoidosta

Kyselyyn vastanneilla sairaanhoitajilla oli kokemuksia, jotka saivat erilaisia sisältöjä riippuen siitä, tarkasteltiin asiaa läheisenä tai omaisena vai työntekijänä. Läheisenä ja omaisena saattohoidosta ja sen toteutumisesta oli muodostunut sekä myönteisiä että kielteisiä kokemuksia. Myönteisiksi koettiin hoitohenkilökunnan inhimillisyys ja läsnäolo, tuen saaminen, kivunhoito, omaisten ja kuolevan ajan tasalla pitäminen, toiveiden kuunteleminen sekä hoitoympäristön merkitys. Inhimillisyys heijastui hoitajan käytöksessä ymmärtävänä katseena, kosketuksena ja omaisen voimien huomiointina. Empaattisuutta osoitettiin ja kuolevaa kohdeltiin kauniisti ja toimittiin rauhallisesti, myös omaisen ja kuolevan vierelle pysähdyttiin, mikä sai aikaan omaiselle tunteen siitä, että hoitaja oli käytettävissä kiireestikin huolimatta. Osa vastanneista koki saaneensa riittävästi tukea, mutta tuki tuli yksittäisiltä hoitajilta, ei kaikilta. Tukea koettiin tulleen keskusteluna, läsnäolona, aktiivisena tiedonvaihtona omaisten ja hoitajien kanssa, huoneessa käymisenä, mutta myös tuen ja neuvojen antamisena koskien lääkehoitoa ja apuvälineiden käyttöä, silloin kun saattohoito tapahtui kotona. Tutkimukseen osallistuneet arvostivat hoitajien käymiä keskusteluja omaisten ja kuolevan kanssa saattohoitoon liittyvistä asioista. Tärkeänä pidettiin sitä, että apua tarjottiin. Tukea saatiin osastonhoitajalta, ylihoitajalta, fysioterapeutilta, kotisairaanhoidajalta, lääkäriltä ja seurakunnan edustajilta. Omaisen työ helpottui tuen ansiosta ja lohdutti. Tärkein tuki saatiin läheisiltä ja ystäviltä. Läheisestä luopuminen ja oman surun käsittely saattohoidon aikana koettiin vaikeimpina asioina.

Riittävän ajoissa aloitettua kivunhoitoa pidettiin tärkeänä. Hyvää perushoitoa arvostettiin ja se mainittiin muutamassa vastauksessa. Tilanteista, joissa perushoito toteutui erittäin hyvin, jäi omaiselle hyvä mieli. Keskustelut, joiden avulla omaisen pysyi ajan tasalla saattohoitoon liittyvistä tekijöistä, kuten DNR-päätöksestä, tipan laitosta, nestehoidosta ja muista järjestelyistä, koettiin myönteisinä. Hoitoympäristön fyysinen siisteys, rauhallinen ilmapiiri, yksityishuone, jossa omaisen saattoi viettää aikaa myös yön yli, koettiin tärkeäksi.

6.2 Omaisten kielteiset kokemukset saattohoidosta

Kielteisiksi asioiksi koetut kokemukset kohdentuivat hoitohenkilökunnan käytökseen, kivun puutteelliseen hoitoon ja hoitoympäristöön. Tutkimukseen osallistuneista osa kuvasi epäammattillisesti käyttäytyvien hoitajien ja lääkäreiden asennetta, joka ilmeni ylimielisyytenä, välinpitämättömyytenä ja vastuun pakenemisena. Kuolevaa vähäteltiin ja aliarvioitiin ja kuolevan tarpeisiin jätettiin vastaamatta. Se ilmeni myös siten, että omaista ja kuolevaa ei pidetty ajan tasalla nykyisestä tai muuttuvasta tilasta. Myös

hoitajien puheet ja toimintatavat saattoivat olla loukkaavia sekä kuolevaa että heidän omaistaan kohtaan.

Joissakin tilanteissa hoitajien läsnäolo koettiin liialliseksi. Omaiset eivät saaneet vapaasti surra tai hyvästellä kuollutta läheistään, vaan hoitaja halusi olla koko ajan mukana. Myös lääkärin toiminta saatettiin kokea epäammattilliseksi erityisesti silloin, kun lääkärin määräämät lisätutkimukset koettiin turhiksi kuoleman ollessa todennäköisempi vaihtoehto. Oli myös tilanteita, joissa omainen jäi ”puille paljaille”, koska lääkärit eivät halunneet ottaa vastuuta eikä kuolevalla ollut hoitavaa lääkäriä lainkaan. Omaisilla oli myös epätietoisuutta siitä, onko saattohoitoon siirrytty tai se tuotiin esille epäammattillisesti. Liian myöhään aloitettu kivunhoito tai liiallinen kivunhoito tuotiin esille useissa vastauksissa. Jopa tunne siitä, että kipulääkkeellä saatettiin vaikuttaa kuolemiseen, nostettiin vastauksissa esille. Rutiininomaisesti annettua kipulääkitystä kritisoitiin, kivusta ei keskusteltu kuolevan kanssa. Kielteiset kokemukset liittyivät myös siihen, että henkilökunnan tuki koettiin sattumanvaraiseksi, sitä piti pyytää ja ellei näin tapahtunut, tuki jäi saamatta kokonaan.

Omaiset kokivat osaamattomuutta ja avuttomuutta tilanteissa, joissa kuolevan saama hoito oli riittämätöntä. Hylätyksi tulemisen tunne muodostui monen asian yhteistuloksena: lääkärin vastaanotolle oli vaikea päästä, kuolevalla ei ollut vakituista lääkäriä tai paikkaa, mihin olla yhteydessä. Arvottomuus oli asenne, joka ilmeni hoitohenkilökunnan kommenteista – koettiin tunteita, ettei kuolevaa kannattanut enää hoitaa. Hoitoympäristön rauhattomuus koettiin haasteellisena. Turvattomuutta koettiin myös silloin, kun kuolevaa siirrettiin osastolta toiselle. Tällöin erityisesti toive yöpymismahdollisuudesta tuotiin esille.

6.3 Työntekijöiden kokemukset saattohoidosta

Tutkimukseen osallistuneista hieman alle puolella oli kokemuksia saattohoidosta työntekijänä. Kokemuksista analysoitiin sekä myönteiset että kielteiset kokemukset. Tässä ne esitetään yhden otsikon alla. Kokemuksista annettiin lyhyitä kuvauksia. Työntekijöiden kuvauksissa ilmeni paljon eroavaisuuksia. Yleisimpänä myönteisenä kokemuksena mainittiin saattohoidon olleen inhimillistä ja kokonaisvaltaista hoitoa. Sen kuvailtiin olleen yhteistyötä potilaan, läheisten ja omaisten, hoitajien ja lääkäreiden kanssa. Saattohoidon kerrottiin kehittyneen paremmaksi vuosien myötä, erityisesti kivunhoidon kehittymistä ja kodinomaisessa ympäristössä tapahtuvaa saattohoitoa ja sen tukemista kotisaattohoidon tarjoamin apuvälinein pidettiin hyvänä. Läheiset ja omaiset koettiin arvokkaaksi voimavaraksi. Potilaan kuuntelemista, arvokasta ja ihmisläheistä kohtaamista sekä ajan antamista korostettiin.

Työntekijät eivät maininneet kovin monia kielteisiksi luokiteltavissa olleita kokemuksia. Joissakin vastauksissa nostettiin esiin tuen puute työntekijälle. Saattohoitopäätöksen puuttuminen tai liian myöhään siihen reagoiminen koettiin haasteena. Joku vastaajista oli kokenut saattohoidon jossain tilanteessa huonoksi kokonaisuudessaan. Tämä tarkoitti sekä potilaiden että läheisten ja omaisten epäkunnioittavaa kohtelua. Työntekijöinä tutkimukseen osallistujat huomasivat myös sen, että kuolevaa kohdeltiin huonosti, kun läheinen ei ollut paikalla. Myös se tuotiin esille, että työntekijöiden välinen eripura saattoi häiritä potilaiden hoitoa.

6.4 Omaisten ja työntekijöiden kokemukset hyvästä saattohoidosta ja kehittämiskohteista

Omaisten näkökulmasta tarkasteltuna kuolevan arvokas ja kivuton loppuelämä koettiin tärkeimpinä asioina saattohoidossa. Kipulääkityksen aloittaminen ajoissa ja sen kohtuullisuus koettiin merkittäviksi. Kuolevan hoitamista pidettiin ammattitaitoisen henkilökunnan tehtävänä: inhimillinen käytös, yksilöllinen hoito, hyvä perushoito ja lääkäreiden hienotunteinen keskustelu saattohoitoon siirtymisestä läheisten ja kuolevan kanssa koettiin merkittäväksi asiaksi. Hoidon jatkuvuutta ja hoitosuunnitelman pitämistä ajantasaisena ja siitä keskustelemista läheisten kanssa korostettiin. Asianmukaista hoitoympäristöä ja yöpymismahdollisuutta pidettiin hyvän saattohoidon edellytyksinä. Kotisaattohoidossa korostettiin läheisten ja omaisten riittävää tuen saamista terveydenhuollon henkilöstöltä kaikkina vuorokaudenaikoina.

Työntekijöiden näkemysten mukaan hyvä saattohoito koostuu ajan antimesta kuolevalle ja hänen läheisilleen, riittävästä kivunhoidosta ja potilaan toiveiden ja ajatusten kuuntelemisesta. Henkilökunnan osaamisen, eri ammattiryhmien toimivan yhteistyön ja työpaikan ilmapiirin todettiin olevan ensiarvoisen tärkeitä.

Saattohoitokodin perustaminen Etelä-Pohjanmaalle oli yleisin kehittämiskohde. Esille nostettiin myös ajatus osastosta, josta voitaisiin konsultoida muita saattohoidon parissa työskenteleviä asiantuntijoita. Sairaalaympäristöä pidettiin liian kliinisenä ja kiireisenä paikkana saattohoitoa ajatellen. Kotisaattohoidon kehittymistä ja siihen suunnattuja resursseja toivottiin. Yhteisenä kehittämiskohteena pidettiin keskustelun lisäämistä koskien kuolemaa ja saattohoitoa. Koulutus tulisi suunnata sekä lääkäreihin että hoitotyöntekijöihin. Saattohoitoon siirtymistä ja saattohoitopäätöksen tekemistä ja siitä keskustelemista tulee tulosten mukaan korostaa kuoleman lähestyessä.

7 POHDINTA TUTKIMUSTULOKSISTA, EETTISYYDESTÄ JA LUOTETTAVUUDESTA

Omaisten ja työntekijöiden kokemukset saattohoidosta vaihtelivat. Päähuomio oli, että saattohoito ei toteutunut suositusten mukaisesti, vaan sen laatu vaihteli riippuen siitä, missä kunnassa tai hoitopaikassa saattohoidossa olevaa potilasta hoidettiin. Tulosten mukaan työntekijöiden kokemukset saattohoidosta muodostuivat myönteisemmiksi kuin omaisten. Hyvän saattohoidon kuvailtiin koostuvan laadukkaasta ja kokonaisvaltaisesta hoidosta.

Tutkimustulosten mukaan hoitohenkilökunnan inhimillisyys ja läsnäolo, tuen saaminen, kivunhoito, omaisten ja kuolevan ajan tasalla pitäminen, toiveiden kuunteleminen sekä hoitoympäristön merkitys, kuten myös läheisten informoiminen hoidon eri vaiheissa korostuivat omaisten myönteisissä kokemuksissa. Nämä tutkimustulokset tukevat Ridanpään (2006) saamia tuloksia. Samoin kielteisinä koetut asiat, kuten huono kohtelu, kiire, riittämätön tuki ja häiritsevä tilanpuute tukevat niin ikään tuloksia, joita myös Ridanpää (2006) sai. Kotisaattohoito koettiin hyvänä ratkaisuna ympäristön tuttuuden ja rauhallisuuden vuoksi, kuten myös Ollikaisen (2008) tekemässä tutkimuksessa. Yksilöllisyyden toteutumista kotisaattohoidossa korosti myös Kauppo (2012), jonka mukaan koti on tärkein paikka, jossa kuoleva saa viettää viimeiset hetkensä omaistensa seurassa. Lääkärin tekemän saattohoitopäätöksen epäselvyys ilman potilaan tai läheisten kanssa tapahtuvaa keskustelua koettiin hankalana. Tämä tulos tukee Anttilan (2011) tulosta, jonka mukaan ymmärryksen puute ja yhteiskyvottomuus vaikeuttavat hoidon toteuttamista ja antaa kielteisen kuvan omaisille potilaan hoitamisesta.

Hoitotyöntekijöiden näkökulmasta tutkimukseen osallistuneiden tuloksissa ilmeni ajan puute, kiire ja epäinhimillinen kohtelu. Kuokkasen ym. (2010) mukaan eettiset keskustelut työpaikalla ja oikeana pitämisen hoidon toteuttaminen vähensivät työuupumusta. Tehdyn tutkimuksen tulokset tukevat tätä, samoin kuin yhteistyön ja hyvän ilmapiirin ylläpitäminen. Ridanpään (2006) mukaan hoitaja ei aina huomaa omaa väsymystään saattohoitoyössä. Erilaisten tukikeinojen järjestäminen työssä jaksamisen varmistamiseksi onkin tarpeen.

Saattohoidon kehittämiskohteiksi nimettiin kivunhoito, inhimillinen kohtelu yleensä, omaisten tukeminen ja hoitoneuvottelujen aloittaminen siellä, mistä ne puuttuivat. Saattohoitokotia toivottiin Etelä-Pohjanmaalle, mutta myös laadukas saattohoito nykyisten hoitolaitosten toteuttamana koettiin yhdeksi vaihtoehdoksi. Lisäkoulutusta toivottiin, mikä on myös Saattohoitosuosituksissa korostetusti esillä (STM 2010). Saattohoitoa tarvitsee vuosittain yli 15 000 ihmistä, sillä elinikä pitenee ja syöpäsairaudet lisääntyvät (STM 2010, 11.) Saattohoidon tarve tulee tulevaisuudessa kasvamaan samalla kun suomalaisten tiedontaso ja vaatimukset kasvavat. Saadut tulokset

ohjaavat ammattilaisia kiinnittämään huomiota saattohoidossa ilmeneviin puutteisiin, kehittämään saattohoidossa olevien potilaiden kokonaisvaltaista hoitoa ja läheisten ja omaisten tuen muotoja, mutta huomioimaan myös terveydenhuollon henkilöstön koulutustarpeet.

Tutkimuksen eettisyys on riippuvainen aina tutkijoiden aidosta mielenkiinnosta, rehellisyydestä ja tutkimukseen osallistuneiden ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212, 218–219, 221.) Etelä-Pohjanmaan hoitotyön kehittämisselitys ry. myönsi tutkimukselle luvan ja tutkimukseen osallistuneet antoivat henkilökohtaisen suostumuksen tutkimuskäyttöön nimettöminä kerättyihin avoimiin teemoitettuihin aineistoihin. Alkuperäisessä opinnäytetyön raportissa (Heikkilä ym. 2015), josta tämä artikkeli koottiin, tutkimusprosessi kuvattiin vaihe vaiheelta ja siinä esitettiin myös suoria lainauksia aineistosta. Artikkelista ne jätettiin pois sillä perusteella, että artikkelista olisi tullut liian pitkä. Aineistonanalyysi tehtiin neljän henkilön voimin ja työskentelyä valvoi ohjaaja. Tämä lisäsi puolestaan tulosten luotettavuutta.

8 SUOSITUKSET

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen suosituksina esitetään seuraavaa:

1. Sairaanhoidopiireillä tulee olla saattohoitosuunnitelma, jota perusterveydenhuollon yksiköt voivat noudattaa.
2. Perusterveydenhuollon yksiköillä tulee olla saattohoidon toteumista koskevat laitoskohtaiset ohjeet ja kotisaattohoitoa koskevat ohjeet, joissa moniammatillisuus on huomioitu.
3. Saattohoitoa tulee edelleen yhdenmukaistaa ja lisätä yksikkökohtaista, systemaattista kehittämis- ja laatutyötä.
4. Perusterveydenhuollon vastuuhenkilöiden ja henkilöstön tulee huolehtia siitä, että seuraavat asiat toteutuvat saattohoidossa: saattohoitopäätös on tehty ja kirjattu, hoitoneuvottelut ovat käytössä jokaisen saattohoitoon siirtyvän potilaan hoidossa, potilaan hoitotahto on tiedossa ja läheiset, omaiset on otettu asianmukaisesti hoitoon mukaan, saattohoidossa olevaa potilasta ja hänen läheisiään, omaisiaan kohdellaan inhimillisesti, kokonaisvaltaisesti ja arvokkaasti, kivunhoito on yksilöllistä ja asianmukaista.
5. Huolehditaan, että hoitoympäristö on saattohoitoon sopiva ja mahdollistaa läheisen yöpymisen ja kuolevan hyvästelemisen.
6. Huolehditaan, että vainajan käsittely ja käytännön toimet kuoleman jälkeen toteutuvat eettistä harkintaa käyttäen ja omaiset huomioiden.
7. Lisätään omaisen surun ymmärtämiseen liittyviä taitoja ja kehitetään auttamistoimia kuoleman jälkeen kysymällä asiaa omaiselta.

8. Tuetaan hoitohenkilökunnan selviytymistä ja kehitetään siihen liittyviä tukitoimia
9. Lisätään saattohoitokoulutusta koko henkilöstölle laadun varmistamiseksi.

9 JATKOTUTKIMUSAIHEET

Hoitoneuvottelut (Grönlund & Leino 2008) saattohoidon aikana eivät tulleet merkittävästi esille tutkimustuloksissa. Kuitenkin niillä on oleellinen merkitys sekä saattohoidossa olevalle potilaalle, läheisille että terveydenhuoltohenkilöstölle. Hoitoneuvottelujen merkitys saattohoitoprosessissa on tärkeä jatkotutkimusaihe. Myös kotisaattohoitoa tulisi tutkia ja kehittää tutkimustulosten mukaisesti. Omaisten suru jää usein saattohoitoprosessissa sivuasiaksi. Omaisten toipuminen surusta on aikaa vievä prosessi. Miten siitä selvittää ja millä keinoin surun käsittelyä voitaisiin helpottaa, on yksi esittämämme jatkotutkimusaihe. Myös hoitohenkilökunnan jaksamiseen liittyvä tutkimus siitä, miten työntekijöitä tulisi tukea, on merkittävä jatkotutkimusaihe.

LÄHTEET

A 27/2004. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta.

Anttila, S. 2011. Saattohoitoon kohdistuneet kantelut. Palliatiivinen hoito 12, 10–12.

Colliander, J. 2008. Vapaaehtoistyöntekijät voimavarana kuolevan hoidossa. Teoksessa: E. Grönlund, M. S. Anttonen, S. Lehtomäki & E. Agge (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto, 121–131.

ETENE. 2003. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Saattohoito. Helsinki: ETENE.

ETENE. 2011. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Helsinki: ETENE.

Frank, R. K. 2009. Shared decision making and its role in end of life care. *British journal of nursing* 18 (10), 612–618.

Gott, M., Frey, R., Robinson, J., Boyd, M., O'Callaghan, A., Richards, N. & Snow, B. 2013. The nature of, and reasons for, 'inappropriate' hospitalisations among patients with palliative care needs: A qualitative exploration of the views of generalist palliative care providers. *Palliative medicine* 27 (8), 747–756.

- Grönlund, A. & Leino, T. 2008. Hoitoneuvottelu – saattohoidon tärkeä työväline. Teoksessa: E. Grönlund, M. S. Anttonen, S. Lehtomäki & E. Agge (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto, 37–48.
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita.
- Halila, R. & Mustajoki, P. 2013. Hoitotahto – käytännön ohjeita. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 26.1.2015]. Saatavana: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809](http://www terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809)
- Heikkilä, J., Jylhä, N., Reinikka, H. & Siirilä, N. 2015. "Jäähän luokseni, ettävoin olla turvassa": Omaisten ja työntekijöiden kokemuksia saattohoidosta. [Verkkojulkaisu]. Seinäjoen ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala. Sairaanhoidaja (AMK) -tutkinto-ohjelma. AMK-opinnäytetyö. [Viitattu 11.11.2016]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2015052610384>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. uud. p. Helsinki: Tammi.
- Hänninen, J. 2004. Palliatiivisen hoidon järjestäminen: Saattohoito. Teoksessa: A. Vainio & P. Hietanen (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim., 311–316.
- Hänninen, J. & Anttonen, M. S. 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa: E. Grönlund, M. S. Anttonen, S. Lehtomäki & E. Agge (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto, 23–36.
- Janhonen S. & Nikkonen M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uud. p. Porvoo: WSOY.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uud. p. Helsinki: SanomaPro.
- Kauppo, K. 2012. Kotisaattohoitopotilaan ja hänen omaisensa kotona selviytyminen. Pirkanmaan Hoitokodin asiakkaiden kokemuksia kotisaattohoidosta. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Pro gradu -tutkielma.
- Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. [Verkkolehtiartikkeli]. Duodecim 129 (4), 440 – 445. [Viitattu 18.3.2015]. Saatavana: http://www.duodecim-lehti.fi/web/guest/uusinumero;jsession-id=198FD44A7D6B296A0EA30F49171AFEE2?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo10821

- Kuokkanen, L., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2010. Sairaanhoidajien kokemat eettiset ongelmat. *Hoitotiede* 22 (1), 26–35.
- Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito -suositus. 2008. [Verkkójulkaisu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 29.10.2014]. Saatavana: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessio-nid=2A46E5AA995B5F3AA79EE40B98ACDA B6?id=hoi50063>
- L 1.6.1973/459. Laki kuolemansyyn selvittämisestä.
- L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.
- L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.
- L 30.12.2014/1301 Sosiaalihuoltolaki.
- L 30.12.2010/1326. Terveydenhuoltolaki.
- Leino-Kilpi, H., Kulju, K. & Stolt, M. 2012. Eettiset ohjeet hoitotyössä. Teoksessa: Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja 2012. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto, 51–63.
- Nieminen, E.-M. 2014. Henkeä ahdistaa ja happi loppuu. Teoksessa: R. Pöyhä, T. Tasmuth & P. Reinikainen (toim.) Lääkäri saattajana. Pohdintoja kärsimyksestä, kuolemasta ja eutanasiasta. Helsinki: Duodecim, 113–123.
- Ollikainen, P. 2008. Kotisaattohoidon edellytykset. Tutkimus omaishoitajien kokemuksista kotisaattohoitajina ja omaishoidon tuen merkityksestä. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Ridanpää, S. 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Pro gradu -tutkielma.
- STM. Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemisen perustuvat saattohoitosuosituksset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010:6.
- Tuomi J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uud. p. Helsinki: Tammi.
- Vainio, A. 2009. Kipu ja kärsimys. Teoksessa: E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) Kipu. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim, 12–19.
-

Valvira. Päätös elvyttämättä jättämisestä. Ei päiväystä. [Verkkootikkeli]. Helsinki: Valvira. [Viitattu 21.4.2015]. Saatavana: http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/paatos_elvyttamatta_jattamisesta

Vilkkö-Riihelä, A. & Laine, V. 2006. Mielen maailma. Kehityspsykologia. Helsinki: WSOY.

VANHUSTYÖN TYÖPAIKKAOHJAAJAT SISÄISTEN JÄNNITTEIDEN KESKIÖSSÄ

Aino Virta, sosionomi (YAMK) -opiskelija

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Tiina Tiilikka, YTT, yliopettaja

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

1 JOHDANTO

Työttömien aktivoimiseen on etsitty pitkään erilaisia ratkaisuja. Työttömien aktivoimiseen liittyy velvoittavuutta, jota on kritisoitu ja pakkotyöllistäminen on asetettu kyseenalaiseksi (Timonen 2016). Toisaalta on kysytty, saako kukaan työhön kykenevä tulevaisuudessa edes kuulua yhteiskuntaan työtä tekemättä (Ehnrooth 2016,113). Työllisyyden hoitoon liittyvä aktivointipolitiikka on saapunut Suomeen jo 1990-luvun loppupuolella Euroopan Unionin ja muiden pohjoismaiden kautta. Aktivoinnin perustavoitteena on työttömien saaminen takaisin työmarkkinoille. Tätä toteutetaan niin, että jokaisen pitkään työttömänä olleen työttömyys- ja sosiaaliturvaan liittyvät oikeudet ja velvollisuudet arvioidaan. Työttömyysturvan saamisen oikeus sidotaan aktivointiehtoon, jonka täytyttyä työtön on velvollinen osallistumaan työ- ja elinkeinotoimiston ja kunnan tarjoamiin aktiivitoimiin. Kieltäytyminen johtaa työttömyysturvan karenssiin tai toimeentulotuen alentamiseen. Aktivointi on yhteiskuntapolitiikkaa, jossa painotetaan työssäkäynnin ensisijaisuutta ja pidetään pitkään jatkunutta työttömyyttä ei-hyväksyttävänä olotilana. (Karjalainen & Karjalainen 2011, 7.)

Laki kuntouttavasta työtoiminnasta (L 2.3.2001/189) tuli voimaan vuonna 2001, jolloin toiminta vähitellen alkoi käynnistyä kunnissa. Kuntouttava työtoiminta on työttömyysturvalain mukainen palvelu. Se on myös sosiaalipalvelu, jonka tavoitteena on ehkäistä työttömyyden aiheuttamia kielteisiä vaikutuksia asiakkaan toimintakykyyn. Kuntouttavaa työtoimintaa järjestetään asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukaan 4–8 tuntia päivässä, 1–4 päivänä viikossa, 3–24 kuukauden ajan. Kuntouttava työtoiminta voi olla toisille asiakkaille lähellä normaalia työtä, toisille taas totuttautumista päivärytmiin ja ohjattuun toimintaan. (Lindqvist, Oksala & Pihlman 2001, 46–48.)

Tämä artikkeli perustuu opinnäytetyöhön, jossa tutkittiin vanhustyössä työskentelevien työpaikkaohjaajien kokemuksia kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvien työttömien ohjaamisesta (Virta 2016). Työpaikkaohjaaja työskentelee esimerkiksi palvelutalossa tai vanhainkodissa vanhustyön tehtävissä ja samassa paikassa järjestetään

myös työttömille kuntouttavaa työtoimintaa. Työpaikkaohjaajat ohjaavat oman työnsä ohella kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvia asiakkaita. Opinnäytetyössä esitellään työpaikkaohjaajien näkemys työttömien kuntouttavan työtoiminnan sopivuudesta vanhustyön tehtäviin.

Kuntouttava työtoiminta aiheena on tärkeä ja se on osa laajempaa valtakunnallista ja kunnallista työllisyyden hoidon prosessia kasvavan työttömyyden aikana. Kuntouttavaa työtoimintaa on tutkittu paljon siihen osallistuvien asiakkaiden näkökulmasta. Esimerkiksi Pihl (2012, 17) on jaotellut kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvat erilaisiin asiakastyyppeihin. Työpaikkaohjaajien kokemusten tutkiminen on tärkeää, koska työpaikkaohjaajat toimivat keskeisessä asemassa ohjaamassa, tukemassa ja kuntouttamassa työttömiä takaisin työelämään.

Tutkimusaineistoon kuului työpaikkaohjaajien kaksi ryhmähaastattelua sekä yksi yksilöhaastattelu. Tutkimuskysymys oli, mitä sisäisiä ristiriitoja kuntouttavaan työtoimintaan liittyy ja keiden välillä nämä jännitteet vallitsevat. Engeström (2004, 62) määrittelee sisäisen ristiriidan koko toimintajärjestelmän läpäiseväksi jännitteeksi, jolle on ominaista erilaisten näkökulmien törmääminen ja väittely. Ristiriidan tulkinnessa käytetään Engeströmin (1995, 87) ekspansiivisen syklin kahta ensimmäistä vaihetta, tarvetilaa ja kaksoissidosta. Analyysimenetelmänä opinnäytetyössä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

2 KUNTOUTTAVA TYÖTOIMINTA

2.1 Työttömän aktivointia

Laki kuntouttavasta työtoiminnasta (L 2.3.2001/189) velvoittaa kunnat järjestämään kuntouttavaa työtoimintaa pitkään työttöminä olleille työmarkkinatukea tai toimeentulotukea saaville asiakkaille (Lindberg, 2012). Aktivoinnin kohteena olevat pitkäaikaisyöttömät ovat usein sekä työhallinnon että kunnan sosiaalitoimen asiakkaita. Kuntien tehtäväksi on säädetty työttömien aktivoinnin toteuttaminen ja aktivointiehdot on kytetty toimeentulotukeen. Kuntouttavan työtoiminnan laissa aktivointi kohdennettiin pitkään työttömänä olleisiin ja vaikeasti työllistyviin kansalaisiin. Lain toimeenpano tuli kunnan ja erityisesti sen sosiaalitoimen tehtäväksi, mutta säädösten mukaan yhteistyössä työhallinnon kanssa. (Karjalainen & Karjalainen 2011, 7.) Julkinen työvoima- ja yrityspalvelutoimintalaki (L 28.12.2012/916) määrittelee pitkäaikaistyöttömäksi työnhakijan, joka on ollut yhtäjaksoisesti 12 kuukautta työttömänä työnhakijana sekä työnhakijan, joka on ollut työttömänä työnhakijana useammassa työttömyysjaksossa yhteensä vähintään 12 kuukautta. Vaikeasti työllistyvällä tarkoitetaan työmarkkinatukeen oikeutettua työnhakijaa, joka on saanut työmarkkinatukea työttömyytensä perusteella vähintään 500 päivän ajalta. (Ilmonen, Kerminen & Lindberg 2011, 7.)

Kuntouttavan työtoiminnan sisältö on mitoitettava asiakkaan työ- ja toimintakyvyn mukaisesti niin, että se parantaa asiakkaan elämänhallintaa ja luo edellytyksiä jatkossa työllistyä avoimille työmarkkinoille tai osallistumiselle työhallinnon toimenpiteisiin, esimerkiksi palkkatuettuun työhön tai koulutukseen. Hyviä esimerkkejä kuntouttavan työtoiminnan järjestämiseksi tarjottavista avustavista työtehtävistä ovat sairaaloiden, vanhustenhoitolaitosten ja päiväkotien tehtävät liittyen ruokailuun, ulkoiluun ja viriketoimintaan sekä kiinteistöhuollon tehtävät liittyen virastojen ja laitosten rakennusten, niiden piha-alueiden, puistojen ja metsien kunnostukseen. Erityisesti nuorten osalta erilaiset työpajat tarjoavat mahdollisuuden kuntouttavaan työtoimintaan. (Lindqvist ym. 2001, 46–48.)

Kuntouttavaan työtoimintaan osallistuva tarvitsee perehdytystä, jonka tarkoituksena on tutustuttaa hänet erilaisiin työtehtäviin, työolosuhteisiin, työympäristöön ja työtovereihin. Kuntouttavaa työtoimintaa järjestävän työpaikan tulee mahdollistaa perehdytyksen toteuttaminen ja työpaikan esimies on vastuullinen työtoimintaan osallistuvan perehdyttämisestä. Kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvalla on osoitettava henkilö, joka on perehdyttämisvastuussa. Lisäksi kaikkien työntekijöiden velvollisuus on opastaa kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvaa. Perehdyttämisvastuussa oleva on usein työpaikkaohjaaja. Työpaikkaohjaajat ovat kokeneita työntekijöitä, joilla on motivaatiota ja kiinnostusta perehdyttämiseen ja ohjaamiseen sekä kyky hyvään vuorovaikutukseen uusien ihmisten kanssa. (Surakka 2009, 72–73.)

Työpaikalla tapahtuvan ohjauksen tavoitteena on edistää kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvan työn ja tehtävien omaksumista ja työyhteisöön sitoutumista. Työpaikkaohjaajan näkökulmasta oppimiseen vaikuttavat ohjattavan elämäntilanne, ikä, persoonallisuus, aktiivisuus, vastaanottavaisuus ja tahto. Ohjaustilanne on vuorovaikutustilanne, jossa työpaikkaohjaajan vuorovaikutuskyky ohjattavan kanssa on olennainen edellytys onnistuneelle kuntouttavan työtoiminnan jaksolle. Tänä päivänä työpaikoilla on haasteita ohjauksen suhteen. Uusien kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvien taustat ovat kirjavia ja ikähaitarikin voi olla 16–65 -vuotta. (Kuikka 2012, 55–56.)

2.2 Avustavat tehtävät vanhustyössä

Vanhustyön avustavia tehtäviä pidetään luonteeltaan sellaisina, että niitä voivat useimmat kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvat tehdä. Vanhustyössä kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvat voivat Kuikan (2012, 18) mukaan toteuttaa erilaisia avustavia tehtäviä, joissa korostuu asiakkaan kodissa, palvelutalossa tai vanhainkodissa henkilökohtaisiin arkitoiimiin liittyvä avustaminen sekä asiakkaan sosiaalisen kanssakäymisen ja osallisuuden edistäminen. Avustaminen vanhusten palveluissa voi olla esimer-

kiksi avustamista ruokailussa, kaupassa käyntiä, henkilökohtaisen hygienian ylläpitoa, asuinympäristön puhtaudesta huolehtimista, virikkeellistä, kulttuurillista ja hengel- listä toimintaa, kodin- ja henkilökohtaisten tekstiilien huoltoa, kuljetusta ja saatta- mista. Lisäksi avustavat tehtävät liittyvät vanhusten fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitoon, ulkoiluun ja liikkumiseen, arkiseen seurusteluun, muisteluun, sosiaaliseen kanssakäymiseen ja ryhmätyöhön osallistumisen avustamiseen. Kuntouttavaan työ- toimintaan osallistuva voi toimia sairaanhoitajien ja lähihoitajien parina. Vanhustyössä hän voi myös hyödyntää henkilökohtaista osaamistaan, kuten laulu-, käsityö-, ruoan- laitto- ja liikuntataitojaan.

Toisaalta korostetaan, että vanhustyö vaatii vankkaa ja monipuolista ammattitaitoa, johon kuuluu tieto ikääntymisestä, ikääntyvien ihmisten yleisistä sairauksista ja niiden hoidosta, toimintakyvyn arvioinnin perusteista ja kuntoutumista edistävästä toimin- nasta. Myös tietämys ikääntymiseen liittyvän haavoittuvuuden monista ulottuvuuksista on osa vanhustyön ammattitaitoa. Haavoittuvuuden kohtaaminen edellyttää tietoa, mutta siinä tarvitaan myös taitoa hyvään vuorovaikutukseen ja kykyä vanhuksen aitoon kohtaamiseen. (Sarvimäki, Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2010, 25–26.)

3 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄ

Työpaikkaohjaajien kokemuksia kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvien työttömien ohjaamisesta kerättiin vuonna 2015 toteuttamalla kaksi fokusryhmähaastattelua, joi- hin osallistui 10 työpaikkaohjaajaa (H1–H10). Lisäksi toteutettiin yksi yksilöhaastattelu (Y1). Haastateltavat olivat koulutukseltaan ammattitutkinnon tai korkeakoulututkin- non suorittaneita hoito-, keittiö- ja siivoustyöntekijöitä, jotka haastattelujen toteutta- misen aikaan työskentelivät vanhustyössä. Kaikilla haastateltavilla oli useamman vuo- den kokemus työttömien ohjaamisesta. Lyhimmillään ohjauskokemuksta oli 3 vuotta ja enimmillään 30 vuotta. lähtään haastateltavat olivat 33–61-vuotiaita, joilla oli työkoke- musta vanhustyön tehtävistä 5–33 vuoden ajalta.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Aineisto- lähtöisessä sisällönanalyysissä tavoitteena oli löytää tutkimusaineistosta kuntouttavan työtoiminnan logiikkaa (Vilkkä 2015, 163,170). Kerättyä aineistoa lukiessa ja sitä ana- lysoitaessa pyrittiin löytämään vastauksia siihen, miten kuntouttavasta työtoiminnasta puhutaan. Lisäksi analysoitiin, miksi kuntouttavaa työtoimintaa koskevat puheen sisäl- löt ovat osin ristiriitaisia. Tavoitteena oli löytää aineistosta paradokseja, järjettömiltä tai epä johdonmukaisilta näyttäviä asioita. Hyvien miksi-kysymysten jäljille päästiin, kun aineistosta löydettiin sisäisiä epä johdonmukaisuuksia. (Alasuutari 2011, 217, 223.)

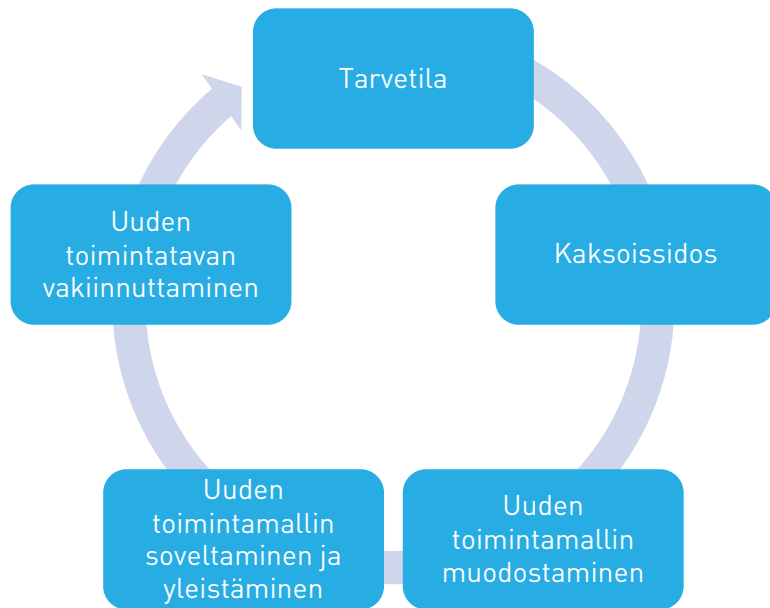
4 SISÄISTEN JÄNNITTEIDEN KEHITTYMINEN

4.1 Ekspansiivinen sykli

Tutkimuksessa sovellettiin Engeströmin (1995, 87) kehittämää ekspansiivista sykliä kuvaamaan sisäisten jännitteiden syntymistä työyhteisöissä (Virta 2016). Ekspansiivinen sykli on osa ekspansiivista oppimista ja kehittävää työntutkimusta, joka kohdistuu laadullisiin muutoksiin työssä ja organisaatioissa. Ekspansiivisen oppimisen oleellinen tunnuspiirre on, että oppimisen kohteena on kokonainen toimintajärjestelmä. Tämä merkitsee, että oppimisprosessi on luonteeltaan kollektiivinen ja pitkäkestoinen tapahtuma. (Engeström 1995, 87.)

Kehittävän työntutkimuksen oppimisprosessi rakentuu ajatukselle ekspansiivisesta syklistä. Syklin tuloksena syntyy uusiksi toimintatavoiksi ja -ohjelmiksi jalostettuja kehittämisideoita, joihin liittyvät työnjaon uudelleenjärjestelyt, uudenlaisten roolikäsitysten, toimintaohjeiden ja välineiden omaksuminen sekä näiden taustalla perustavanlaatuiset muutokset osapuolten tavoissa käsitteellistää toimintajärjestelmän olemus ja tavoitteet. Uusi työtapa ei tarjoudu valmiina ulkoa omaksuttavaksi vaan se luodaan toimintajärjestelmän jäsenten ponnistuksin yhteisenä laajenevana oppimisprosessina. (Mäntysalo 2003, 51.)

Ekspansiivinen oppiminen ei ole suoraviivaista, vaan se etenee moniaskelisena kehänä eli oppimissyklinä. Siinä törmätään ajoittain yllättäviin esteisiin ja joudutaan ottamaan askelia taaksepäin. Ekspansiivisen syklin askeleet ovat yhteisiä oppimistekoja, joita voivat olla kyseenalaistaminen, analyysi, mallittaminen ja mallin tutkiminen. Mikään oppimisteko yksin ei takaa uuden laajemman kohteen muodostamista vaan oppimisteot yhdessä muodostavat kokonaisuuden. Oppimisteot tapahtuvat dialogin eli vuoropuhelun avulla. Tämä ei tarkoita, että kaikki osanottajat ovat samaa mieltä tai edes osallistuvat aktiivisesti kyseiseen oppimistekoon. Ekspansiiviselle oppimissyklille on ominaista erilaisten näkökulmien törmääminen ja väittely. Ekspansion onnistumista ei mitata yksimielisyydellä, vaan syntyvän uuden toimintamallin elinvoimaisuudella. (Engeström 2004, 60–61.) Kuviossa 1 kuvattuna Engeströmin (Virkkunen, Engeström., Pihlaja & Helle 2001, 16) ekspansiivisen oppimisen kehä.



KUVIO 1. Ekspansiivisen oppimisen kehä (Virkkunen ym. 2001, 16).

Tutkimuksessa käytettiin ekspansiivisen oppimisen kehästä kahta ensimmäistä vaihetta: tarvetilaa ja kaksoissidosta (Virta 2016). Ensimmäisessä vaiheessa, tarvetilassa, toiminnan ristiriitaisuudet alkavat häiritä työn sujumista ja työntekijöiden keskuudessa alkaa ilmetä epämääräistä tyytymättömyyttä vallitseviin olosuhteisiin sekä halua muutokseen (Mäntysalo 2003, 53). Engeströmin (2004, 62) mukaan tarvetilan takana on koko toimintajärjestelmän läpäisevä jännite, ensimmäisen asteen ristiriita. Tällöin huomio kohdistuu yksittäisistä tehtävistä suoriutumisen ongelmiin ja tulkintoihin näiden ongelmien aiheuttajista, jotka ilmeisimpinä ovat tarjolla, kuten epäpätevä, itsevaltainen pomo. Työorganisaatioissa ongelmat tyypillisesti henkilöityvät, jolloin syntyy vastakkainasetteluja henkilöiden ja ryhmien välille. (Mäntysalo 2003, 53.)

Kaksoissidos on käsite, jolla kuvataan ekspansiivisen syklin toista vaihetta (Engeström 1995, 90; Bateson 1972, 206–212, 271–278). Kaksoissidos merkitsee vaihetta, jossa toimintajärjestelmän joidenkin osatekijöiden välille on muodostunut kärjistyvä ristiriita. Ristiriita koetaan sietämättömänä, mutta tarjolla olevat ulospääsytiet ovat yhtä sietämättömiä tai ne kumoavat toisensa. Työyhteisön kannalta tämä merkitsee toistuvia mahdottomia tehtäviä ja epäonnistumisia. Engeström (1995, 90) kutsuu vaihetta toisen asteen ristiriidaksi, joka voi olla esimerkiksi työpaikalle tuotu uusi teknologinen järjestelmä, jonka työntekijät kokevat mahdottomaksi hallita, mutta paluu aikaisempaan vanhentuneeseen tekniikkaan koetaan yhtä mahdottomaksi. Kaksoissidoksen ekspansiivinen ratkaiseminen edellyttää analyysiä, ristiriidan saamista käsitteelliseen hallintaan. Analyysissä pyritään paitsi ristiriitojen tunnistamiseen, myös löytämään

laadullisesti uudenlaiset ratkaisut mahdollistava ensimmäinen idea eli ”ponnahduslauta” ajatuskokeiden ja väittelyiden avulla. (Engeström 1995, 90.)

4.2 Kuntouttavan työtoiminnan tarvetila ja kaksoissidos

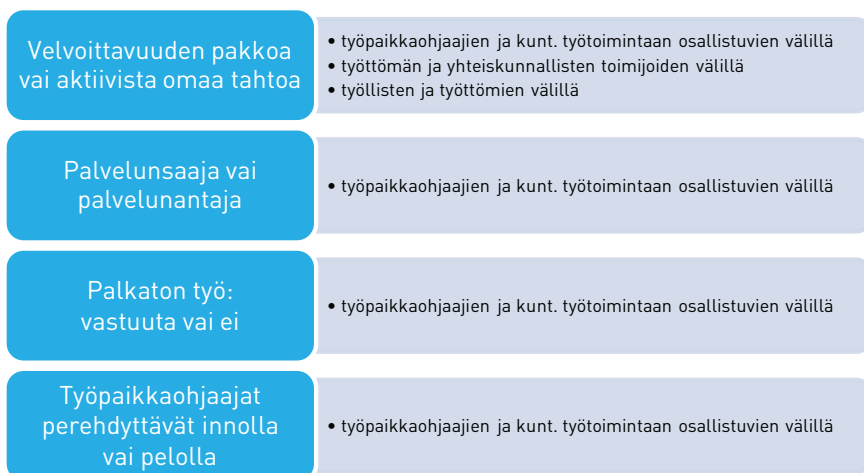
Vuoden 2015 alusta voimaan tullut uudistus on siirtänyt pitkäaikaistyöttömille maksettujen työttömyyskorvausten maksuvastuuta yhä enemmän työttömien kotikunnille. Jos työttömyys on kestänyt yli 1000 päivää, kunnan osuus on 70 % työttömälle maksettusta työmarkkinatuesta, ja jos työttömyys on kestänyt yli 300 päivää, kunnan osuus on 50 %:ia. Kun työtön osallistuu esimerkiksi kuntouttavaan työtoimintaan, kunta säästyy maksuvelvoitteelta. (Marjamäki & Tyrväinen, 2015.)

Kuntouttavan työtoiminnan tarvetila näyttäisi muodostuvan kuntien tarpeesta järjestää kuntouttavaa työtoimintaa säästyäkseen työmarkkinatuen maksuvelvoitteelta. Toisaalta näyttäisi myös siltä, että vanhustyössä on sopivia avustavia työtehtäviä, joita pitkäaikaistyöttömät voivat tehdä ilman koulutusta. Tarvetilaan liittyy myös laki kuntouttavasta työtoiminnasta (L 2.3.2001/189), joka velvoittaa kunnat ja työ- ja elinkeinotoimistot yhteistyöhön kullekin työttömälle sopivan yksilöllisen työ- ja koulutussuunnitelman sekä palvelukokonaisuuden laatimiseksi. Työttömällä on siis oikeus saada työllistymistä edistävää palvelua. Koko työllisyshoidon toimintajärjestelmän läpäisevä jännite on se, että yhteiskunnan on vaikea löytää sopivia yksilöllisiä ratkaisuja jokaiselle työttömälle. Lisäksi toinen toimintajärjestelmän läpäisevä jännite on, että pitkään työttömänä ollutta, mahdollisesti hyvinkin syrjäytynyttä ja kouluttamatonta henkilöä veloitetaan rahallisen sanktion uhalla ottamaan vastaan tarjottu palvelu, kuten kuntouttava työtoiminta. Näiden kahden jännitteen välille syntyy ristiriita ja tarvetila muutokselle.

Engeströmin (1995, 90) ekspansiivisen syklin toinen vaihe, kaksoissidos, alkaa muodostua, kun ristiriita siirtyy konkreettisesti työtoimintaa järjestävän paikan ja työttömän väliseksi ristiriidaksi, kun työtön aloittaa työtoiminnan. Tällöin työtoimintapaikka ikään kuin ottaa yhteiskunnallisten toimijoiden paikan toteuttamalla työttömän aktiivointia ja järjestämällä työtoimintaa. Työtoimintapaikassa taas ei ymmärretä tai huomata yhteiskunnallista tehtävää, vaan työtoimintapaikassa odotetaan kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvalla työttömältä apua kiireisen arjen työtehtäviin. Työtön taas odottaa saavansa työtoimintapaikasta apua ja ohjausta pitkään jatkuneeseen työttömyyteensä. Työtoimintapaikan tarjoamat työtehtävät saattavat olla liian vaativia suhteessa työttömän osaamiseen ja taitoihin. Ristiriita kärjistyy tällöin. Työtoimintapaikan kannalta tämä merkitsee mahdotonta tehtävää vastata työttömän tarpeisiin työllistymiseen liittyen sekä yhteiskunnan tarpeeseen saada työtön palkkatyöhön pois etuuk-silta ja kunnan maksuilta.

5 KUNTOUTTAVAN TYÖTOIMINNAN NELJÄ SISÄISTÄ JÄNNITETTÄ

Tutkimusaineistosta löytyi kohtia, joissa työpaikkaohjaajat kritisoivat yhteiskuntaa pakottamisesta kuntouttavaan työtoimintaan. Toisaalta työpaikkaohjaajat kertoivat myös, että kuntouttavaan työtoimintaan osallistutaan mielellään ja sitä kautta myös pääsee palkkatyöhön ja koulutukseen. Työpaikkaohjaajat puhuivat myös kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvista palvelujensaajina niin, että heidän kanssaan keskusteltiin ja sopivia työtehtäviä etsittiin, mutta toisaalta työpaikkaohjaajat edellyttivät myös, että kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvat antoivat myös palvelua vanhuksille. Kolmas selkeä ristiriita ilmeni työn vastuun kantamisesta. Toisaalta työpaikkaohjaajat edellyttivät, että kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvan piti kantaa vastuuta tekemästään työstä, mutta toisaalta työpaikkaohjaajat tiedostivat, että vastuu työstä on palkatulla henkilökunnalla. Työpaikkaohjaajat myös odottivat kuntouttavaan työtoimintaan tulevia ”apukäsinä” kiireiseen arkeen, mutta toisaalta taas kuntouttavaan työtoimintaan osallistuviin liitettiin ennakkoluuloja ja työpaikkaohjaajien huonojen kokemusten valossa heitä jopa odotettiin pelolla. Kuviossa 2 esitetään tiivistettynä sisäiset jännitteet ja keiden välillä ne vallitsevat.



KUVIO 2. Sisäiset jännitteet ja niiden osapuolet.

Velvoittavuuden pakkoa vai aktiivista omaa tahtoa? -jännitteessä työttömän henkilön aktivointi pitää sisällään epätasaisen valtasuhteen. Jos työtön kieltäytyy säädetystä toimenpiteestä, viranomaisosapuoli voi toimeenpanna sanktion ja siten rangaista heikompa osapuolta. Toisaalta viranomaisten mahdollisista laiminlyönneistä ei vastavia seuraamuksia ole. (Karjalainen 2011, 241–242.) Joissakin tilanteissa työ- ja elinkeinotoimiston ja kunnan työntekijät olivat käyttäneet aktivoinnin velvoittavuutta sanktion

uhalla. Kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvilta ei löytynyt omaa kiinnostusta töihin osallistumiseen, eikä osa edes peitellyt asiaa. Myös työyhteisö kärsi siitä, että kuntouttavaan työtoimintaan osallistuttiin vastentahtoisesti, kuten seuraavasta aineistoesimerkistä selviää.

Loppupeleissä tuli sellanen tunne, että onko tää ihminen pakotettu tänne paikkaan. (H1)

Kuntouttavasta työtoiminnasta löytyi myös positiivisia onnistumisia, jotka olivat johtaneet henkilön työllistymiseen tai koulutukseen (aktivoitumiseen). Koska kuntouttava työtoiminta on johtanut aktiivisen toiminnan jatkumiseen, voi päätellä, että asiakas on osallistunut itse aktiivisesti toiminnan suunnitteluun, ja työ- ja elinkeinotoimisto ja kunta ovat löytäneet hänelle sopivan ratkaisun.

On niitä sellasiakin jopa, että on tullut jollain tämmösellä (kuntouttavalla työtoiminnalla), on jopa meillä töissä, lähtenyt opiskelemaan taikka oppisopimuksen kautta ja sitten saanut työpaikan meiltä tai jostain muualta. (H6)

Ekspanssiivisen syklin kaksoissidosvaihe muodostuu, kun toimintajärjestelmän joidenkin osatekijöiden välille on muodostunut kärjistävä ristiriita. Työyhteisön kannalta tämä merkitsee ”toistuvia mahdottomia tehtäviä”. (Engeström 1995, 90.) Kaksoissidos muodostuu työpaikkaohjaajien ja kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvien välillä, kun työtön on ”pakotettu” eli sanktion uhalla velvoitettu osallistumaan kuntouttavaan työtoimintaan, vaikka omaa motivaatiota tai kiinnostusta osallistumiseen ei ole. Ristiriita kärjistyy, kun työpaikkaohjaajat yrittävät motivoida ja kannustaa osallistumaan kuntouttavaan työtoimintaan, eikä työtön motivoitukaan. Tällöin työpaikkaohjaajilla on edessään ”mahdoton tehtävä”. Myös kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvat saavat eteensä ”mahdottomia tehtäviä”, jos kokevat, että heidän osaamisensa ja työkontonsa eivät riitä annettujen työtehtävien suorittamiseen. Ristiriidan kärjistymisen voi estää kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvan aktivoituminen eli motivoituminen joko itse, omin avuin mielekkäiden työtehtävien ja onnistumisten kokemusten avulla tai työpaikkaohjaajien avustamana ja kannustamana onnistumiseen.

Palvelunsaaja vai palvelunantaja? -jännitteessä työpaikkaohjaajat kuvasivat työttömien henkilökohtaisen palvelun saannin eli työttömän ohjaamisen työtehtäviin tärkeänä tehtävänä, jopa positiivisena haasteena itselleen. Työpaikkaohjaajat kokivat pitkän työttömyyden katkaisun tärkeänä tavoitteenaan ja olivat valmiita antamaan aikaa työttömän kanssa keskusteluun ja ajattelumaailman muutokseen. Kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvan palvelunsaajan rooli ilmeni myös siten, että työpaikkaohjaajat huomioivat mahdollisen ammattitaidon puutteen ja rajoitteet terveydessä. Työtehtäviä suunniteltiin huolellisemmin kuin ammatti-ihmiselle. Työpaikkaohjaajat kokivat työttömien henkilökohtaisen palvelun saannin eli työttömän ohjaamisen työtehtäviin tärkeänä tehtävänä, jopa positiivisena haasteena itselleen:

...haasteena, se on jopa joskus ne keskustelut, että miten mä saisin tän ihmisen oikeesti suhtautumaan positiivisesti tähän työhön ja tänne tulemiseen ja kohtaamaan näitä ihmisiä ja aloittaa tavallaan uuden elämän siinä kohtaa. (H1)

Työpaikkaohjaajat huomioivat pitkäaikaistyöttömyyden vaikutukset ja kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvien rajoitukset työkyvyssä, mutta toisaalta työpaikkaohjaajat odottivat kuitenkin kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvilta tiettyä itsenäisyyttä työtehtävien suorittamisessa. Työpaikkaohjaajat arvostivat, tai ainakin toivoivat, kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvilta tiettyä rohkeutta ja omatoimista työhön tarttumista. Etenkin kiireisissä tilanteissa kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvan olisi hyvä osata tarttua toimeen eli olla palvelunantaja.

Jos sulla on oma aikataulu tosi kiireinen ja toinen siinä seisoo ja pitäis nyt sanoo, että tee nyt ja mee nyt ja ota. Niin kyllä siinä mulla ainakin henkilökohtaisesti tulee sellainen et nyt tässä menee niin kuin kahen työt ihan... Tietyt työt on mentävä niin kuin, kuuluu meille, suunnilleen kellolleen. Et sää voi jäädä tumpuloimaan jotain juttua ihan niinku.... (H9)

Työpaikkaohjaajat kuvasivat myös tilanteen, jossa kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvasta ei ole enää palvelunsaajaksi, eikä palvelunantajaksi, eikä tilanne näytä palvelevan ketään osapuolta.

...pitkäaikaistyöttömissä on myös sellasia ihmisiä, jotka ei enää kykene sitä työtä tekemään. Ja ne ei pysty ottamaan, että niillä on niin vaikeita elämäntilanteita tai niitten kohtalot...Mutta se pitäis olla niin kuin et siinä olis jotenkin parempi seula, että ne jotka ei pysty töitä tekeen olis jollain sairaseläkkeellä tai jollain muulla, eikä työttömänä vartoomassa siellä...Mitenkä se yhtälö tulee, että ihminen vois sitten elättää ittensä sillä systeemillä tai miten se palvelee sitä työnantajaa? (H8)

Ekspansiivisen syklin kaksoissidos muodostuu jälleen työpaikkaohjaajien ja kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvien välille ja tilanne kriisiytyy pahasti silloin, kun kuntouttavaan työtoimintaan osallistuva ei pysty tai kykene enää töihin. Työpaikkaohjaajat joutuvat jälleen mahdollottoman tehtävän eteen etsiessään sopivia töitä kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvalle.

Palkaton työ: vastuuta vai ei? -jännitteessä työpaikkaohjaajilla oli ristiriitaisia odoituksia kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvien työn vastuusta. Työpaikkaohjaajat tiedostivat, että kuntouttavaan työtoimintaan osallistuva tarvitsee ohjausta työssään. Toisaalta työpaikkaohjaajat edellyttivät kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvilta vastuuta siitä, että työt tulisivat tehdyiksi. Toisaalta taas työpaikkaohjaajat kuitenkin tiedostivat hyvin, että vastuu työstä on palkatulla henkilökunnalla:

Etä ei niin kuin hoksata sitä, että ollaan vastuussa siitä työparin kanssa työskentelystä. Pari odottaa mua ja jos mä en tuu työmaalle, joku tekee ne mun työt. (H2)

Tarvii sen ohjauksen mun mielestä...Riippuu tietysti henkilöstä (kun-touttavaan työtoimintaan osallistuva), että ei olis yksin, vaan olis aina jonkun toisen kanssa. Me niin kuin valvo-taan sitä, kuitenkin meillä on se vastuu niistä ihmisistä (vanhuksista). (H6)

Kaksoissidos muodostuu työpaikkaohjaajien ristiriitaisina odotuksina kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvien työn vastuusta. Palkattomuus kytkeytyy selkeästi mukaan ajatteluun. Työpaikkaohjaajat ovat sitä mieltä, että palkatulla työntekijällä on aina vas-tuu työstä, eikä palkattomalta voi edellyttää samaa. Toisaalta kuitenkin työpaikkaoh-jaajat edellyttävät kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvalla säännöllisyyttä ja töiden tekemistä. Näyttää siltä, että mahdoton tehtävä muodostuu sekä työpaikkaohjaajalle että kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvalla siitä, millä tavalla tai tasolla vastuuta palkattomasta työstä pitäisi kantaa. Kysymys vastuusta herättää myös pohtimaan, miksi palkattoman työn voisi tehdä huonommin kuin palkatun työn. Toisin sanoen, miksi palkattomasta työstä ei voisi kantaa vastuuta, jos sen pystyy tekemään kunnolla taitojensa ja osaamisensa mukaan?

Työpaikkaohjaajat perehdyttävät innolla vai varauksella? -jännitteessä työpaikkaoh-jaajien mielestä kuntouttava työtoiminta sopi vanhustyön tehtäviin. Lisäksi työpaik-kaohjaajien mielestä kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvien ohjaus kuului heidän työtehtäviinsä. Työpaikkaohjaajat pitivät ohjausta tärkeänä tehtävänä, vaikka se vei-kin heiltä paljon aikaa. Työpaikkaohjaajat pitivät perehdytystä erittäin tärkeänä asiana ohjaamisessa. Parityöskentely ja työn ohessa ohjaaminen olivat yleisempiä ohjaami-sen tapoja. Työpaikkaohjaajat kokivat myös, että huumori ja rauhallinen suhtautumi-nen ohjattaviin auttoivat ohjausprosessissa.

Tilanteissa, joissa ilmeni ohjattavan kanssa ongelmia, työpaikkaohjaajat kääntyivät esimiestensä puoleen. Työpaikkaohjaajat kokivat, että esimiehillä oli parempi koulutus ja kokemus ongelmatilanteiden hoitoon ja ratkaisuun. Työpaikkaohjaajat ratkaisivat ongelmatilanteet keskustelemalla ohjattavien kanssa esimiehiltä saamiensa ohjeiden avulla tai keskustelemalla yhdessä ohjattavan ja esimiehen kanssa. Esimiehet myös ohjasivat työpaikkaohjaajia ohjaamisessa, kuten kannustivat työpaikkaohjaajia jatka-maan keskustelua ongelmista ohjattavan kanssa ja tarvittaessa puuttuivat tilanteisiin, jos vaikutti siltä, että työpaikkaohjaaja ohjaa liian voimakkaasti tai ei huomaa ohjatta-van osaamisvajetta. Työpaikkaohjaajat toivat ilmi hyvin paljon henkilökemioiden ja per-soonan vaikutusta ohjausprosessiin. Väitteelle ei löydy tieteellistä pohjaa, mutta koska näkökulma tuli selkeästi esille, voi ajatella, että persoonien yhteensopivuus vaikuttaa monella tapaa ohjausprosessiin. Yhteisen työskentelytavan löytäminen voi olla haas-tavaa tilanteessa, jossa ohjattava on pitkäaikaistyötön ja jo hyvinkin syrjäytynyt sekä työelämästä että sosiaalisesta kanssakäymisestä.

Työpaikkaohjaajilla on ristiriitaisia odotuksia kuntouttavaan työtoimintaan osallis-tuvista. Toisaalta työpaikkaohjaajat odottavat heitä innolla saaden vaihtelua, haas-

tetta ja lisäksi arkeen. Toisaalta työpaikkaohjaajat tiedostivat, että ohjaamiseen kuluu aikaa ja varautuneella asenteella odottivat, kuinka työläs ohjattava on tulossa. Ohjaussuhteeseen näyttäisi myös vaikuttavan jonkinlainen persoonien yhteensopiavuus. Viimeinen kaksoissidos muodostuu työpaikkaohjaajien mahdottomasta tehtävästä suorittaa oma työnsä ja siinä ohella ohjata ja opettaa samalla toista työn tekemiseen. Kaksoissidoksen syntymiseen vaikuttaa se, kuinka paljon tukea ja ohjausta kuntouttavaan työtoimintaan osallistuva tarvitsee. Jos ohjauksen tarve on vähäinen ja persoonat sopivat yhteen, kaksoissidosta ei ehkä synnykään. Toisaalta työpaikkaohjaajat olivat sitä mieltä, että perehdytys ja asiallisen ohjaamisen saaminen ovat tärkeitä asioita ja olivat valmiita uhraamaan niihin aikaan. Vaarana oli kuitenkin työpaikkaohjaajan väsyminen.

6 POHDINTA

Työpaikkaohjaajat kritisoivat työttömien ”pakottamista” kuntouttavaan työtoimintaan ja kokivat, että jakson onnistumismahdollisuudet heikkenivät pakotuksen takia. Kuntouttavan työtoiminnan velvoittavuutta on pohtinut sosiaalihuollon työelämäosallisuutta tukevan lainsäädännön ja palvelujärjestelmän uudistamistarpeita selvittänyt työryhmä. Ryhmä esittääkin, että jatkossa palvelut tulisi järjestää yksilöllisen palvelutarpeen perusteella. Tällä lisätään eri asiakasryhmien välistä yhdenvertaisuutta ja palveluiden saavutettavuutta. Palveluiden perustaminen palvelutarpeeseen myös todennäköisesti vähentää joidenkin asiakkaiden kokemuksia palveluun ”pakottamisesta” tilanteissa, joissa asiakkaalla ei ole tosiasiallista tarvetta palvelulle, mutta hänet ohjataan siihen työttömyyden keston perusteella ja työttömyysturvan saannin ehtona. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2014, 37.)

Tutkimuksen perusteella pitkäaikaistyöttömän ja syrjäytyneen henkilön työkyvyn arviointi olisi parasta toteuttaa työvoiman palvelukeskuksissa tai erilaisilla työpajoilla, joissa myös työttömien omat osallisuuteen ja sen tukemiseen liittyvät tarpeet tulisivat paremmin huomioituiksi työttömyyteen koulutetun henkilökunnan avulla. Avoimilla markkinoilla kuntouttavaa työtoimintaa järjestävien työpaikkojen voi olla vaikeaa vastata hyvin syrjäytyneen ja moniongelmaisen työttömän työllistymisen kysymyksiin ja selvittää hänen työkykyään, joka voi olla hyvinkin rajoittunut. Hoitajat tai työpaikkaohjaajat eivät koulutuksestaan huolimatta ole kuitenkaan työllisyyden hoidon tai työttömyyden asiantuntijoita, eikä heillä välttämättä ole esimerkiksi syrjäytyneestä henkilöstä mitään aikaisempaa kokemusta.

Kuntouttavan työtoiminnan laki (L 2.3.2001/189) on 15 vuotta vanha. Työelämäosallisuutta tukevaa lainsäädäntöä ollaan uudistamassa. Tavoitteena on, että kuntouttava työtoiminta huomioisi entistä paremmin heikossa työmarkkina-asemassa olevat

ja edistäisi heidän sosiaalista kuntoutustaan ja työelämävalmiuksiaan (Karjalainen ym. 2015, 88). Työpaikkaohjaajien mielestä kuntouttava työtoiminta näyttää puolustavan paikkaansa jatkossakin vanhustyön avustavissa tehtävissä. Vanhustyön erityisyys ei mitenkään korostunut työpaikkaohjaajien vastauksissa. Päinvastoin, työpaikkaohjaajat olivat sitä mieltä, että kouluttamatonkin selviää avustavista töistä, jos vain kiinnostusta työhön on. Hallituksen suunnitelmat vaikeimmin työllistyvien palveluiden siirrosta työ- ja elinkeinotoimistoilta kunnille yhtenäistäisivät työllisyydenhoidon toimintakenttää vähentäen eri rooleissa toimivia eri sektorien edustajia.

Sisäiset jännitteet kuvaavat kuntouttavan työtoiminnan ”kipupisteitä” ja voisi ajatella, että kaksoissidos käsitteenä kuvaakin juuri kipupistettä tai törmäyskohtaa. Sisäisiä jännitteitä näyttäisi olevan vaikea ratkaista. Mitään yleistä ratkaisua sisäisiin jännitteisiin ei ole olemassa vaan jokaiselle työttömälle etsitään omaa henkilökohtaista, yksilöllistä ratkaisua: työtä, koulutusta, kuntouttavaa työtoimintaa, terveystarkastusta tai muuta mahdollisuutta osallistua yhteiskunnan toimintoihin.

LÄHTEET

- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. 4. uud. p. Tampere: Vastapaino.
- Bateson, G. 1972. Steps to an ecology of mind. New York: Ballantine Books.
- Ehnroth, J. 2016. Hyvintoimintayhteiskunta: Miten aikamme kriisi ratkeaa? Helsinki: Kirjapaja.
- Engeström, Y. 1995. Kehittävä työntutkimus. Helsinki: Painatuskeskus.
- Engeström, Y. 2004. Ekspanstiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Tampere: Vastapaino.
- Ilmonen, K., Kerminen P. & Lindberg E. 2011. Työelämäosallisuuden lisääminen on yhteinen asia. Asiantuntijaryhmän ehdotukset heikossa työmarkkina-asemassa olevien henkilöiden työelämäosallisuuden lisäämiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:4.
- Karjalainen, V. 2011. Aktiivisen sosiaalipolitiikan ristiriitainen tehtävä. Teoksessa: V. Karjalainen & E. Palola (toim.) Sosiaalipolitiikka- hukassa vai uuden jäljillä? Helsinki: Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos, 227–248.
- Karjalainen, V. & Karjalainen J. 2011. Kuntouttava työtoiminta kunnissa. Arvioita toi-
-

minnan järjestämistavasta ja kehityssuunnasta. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 46/2011.

Karjalainen, J., Kirjavainen E., Mattila I., Sipilä H.-M. & Valkonen T. 2015. Kohti kuntouttavampia työelämäpalveluita. Koppi-hankkeen tuloksia. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 7/2015. [Viitattu 11.10.2016]. Saatavana: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125702/URN_ISBN_978-952-302-438-0.pdf?sequence=1

Kuikka, A. (toim.) 2012. 24/7 Työvoiman turvaaminen vanhustyössä: Viikon jokaisena päivänä ja tuntina. Helsinki: Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto ry. Kehittyvät vanhuspalvelut julkaisuja 1/2012.

L 28.12.2012/916. Laki julkisesta työvoima- ja yrityspalvelusta.

L 2.3.2001/189. Laki kuntouttavasta työtoiminnasta.

Lindberg, E. 7.11.2012. Kuntouttavan työtoiminnan käsikirja julkaistu. [Verkkosivu]. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. [Viitattu 7.10.2016]. Saatavana: <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/uutisia/2012/Sivut/kuntouttavan-tyotoiminnan-kasikirja.aspx>

Lindqvist, T., Oksala, I. & Pihlman, M.-R. (toim.) 2001. Kuntouttavan työtoiminnan käsikirja. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:8.

Marjamäki, O. & Tyrväinen, J. 13.4.2015. Toteutuvatko työttömän oikeudet kuntouttavassa työtoiminnassa? [Blogimerkintä]. [Viitattu 7.10.2016]. Saatavana: <https://sosiaalitarkkailija.wordpress.com/2015/04/13/toteutuvatko-tyottoman-oikeudet-kuntouttavassa-tyotoiminnassa/>

Mäntysalo, R. 2003. Kehittävä työntutkimus – näkökulma kylien asukaskeskeisen suunnittelun kehittämistyöhön. Nordia tiedonantoja (2), 49–60.

Pihl, A. 2012. Kuntouttava työtoiminta voimaantumisen katalyyttinä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Pro gradu -tutkielma.

Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. (toim.) 2010. Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Sosiaalihuollon työelämäosallisuutta tukevan lainsäädännön ja palvelujärjestelmän uudistamistarpeita arvioivan työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:32.

Surakka, T. 2009. Hyvä työpaikka hoitoalalla – näin haetaan ja sitoutetaan osaajia. Helsinki: Tammi.

Timonen, S. 2016. Kuntouttava työtoiminta ja lain henki. Image. [Blogimerkintä]. [Viitattu 10.10.2016]. Saatavana: <http://blogit.image.fi/uuninpankkopoikasakutimonen/2016/06/26/kuntouttava-tyotoiminta-ja-lain-henki/>

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uud. p. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Virkkunen, J., Engeström, Y., Pihlaja, J. & Helle, M. 2001. Muutoslaboratorio: Uusi tapa oppia ja kehittää työtä. 3. uud. p. Helsinki: Edita.

Virta, A. 2016. Työpaikkaohjaajien kuvaamat sisäiset jännitteet kuntouttavassa työtoiminnassa. [Verkkajulkaisu]. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Sosiaalialan ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Opinnäytetyö. [Viitattu 10.10.2016]. Saatavana: <https://www.theseus.fi/handle/10024/109286>

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULUN JULKAISUSARJA - PUBLICATIONS OF SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

A. TUTKIMUKSIA - RESEARCH REPORTS

1. Timo Toikko. Sosiaalityön amerikkalainen oppi. Yhdysvaltalaisen caseworkin kehitys ja sen yhteys suomalaiseen tapauskohtaiseen sosiaalityöhön. 2001.
 2. Jouni Björkman. Risk Assessment Methods in System Approach to Fire Safety. 2005.
 3. Minna Kivipelto. Sosiaalityön kriittinen arviointi. Sosiaalityön kriittisen arvioinnin perustelut, teoriat ja menetelmät. 2006.
 4. Jouni Niskanen. Community Governance. 2006.
 5. Elina Varamäki, Matleena Saarakkala & Erno Tornikoski. Kasvuyrittäjyyden olemus ja pk-yritysten kasvustrategiat Etelä-Pohjanmaalla. 2007.
 6. Kari Jokiranta. Konkretisoituva uhka. Ilkka-lehden huumekirjoitukset vuosina 1970-2002. 2008.
 7. Kaija Loppela. "Ryhmässä oppiminen - tehokasta ja hauskaa": Arviointitutkimus PBL-pedagogiikan käyttöönotosta fysioterapeuttikoulutuksessa Seinäjoen ammattikorkeakoulussa vuosina 2005-2008. 2009.
 8. Matti Ryhänen & Kimmo Nissinen (toim.). Kilpailukykyä maidontuotantoon: toimintaympäristön tarkastelu ja ennakointi. 2011.
 9. Elina Varamäki, Juha Tall, Kirsti Sorama, Aapo Länsiluoto, Anmari Viljamaa, Erkki K. Laitinen, Marko Järvenpää & Erkki Petäjä. Liiketoiminnan kehittyminen omistajanvaihdoksen jälkeen - Casetutkimus omistajanvaihdoksen muutostekijöistä. 2012.
 10. Merja Finne, Kaija Nissinen, Sirpa Nygård, Anu Hopia, Hanna-Leena Hietaranta-Luoma, Harri Luomala, Hannu Karhu & Annu Peltoniemi. Eteläpohjalaisten elintavat ja terveystietoisuus : TERVAS - terveelliset valinnat ja räätälöidyt syömisen ja liikkumisen mallit 2009 - 2011. 2012.
-

11. Elina Varamäki, Kirsti Sorama, Anmari Viljamaa, Tarja Heikkilä & Kari Salo. Eteläpohjalaisten sivutoimiyrittäjien kasvutavoitteet sekä kasvun mahdollisuudet. 2012.
 12. Janne Jokelainen. Hirsiseinän tilkkemateriaalien ominaisuudet. 2012.
 13. Elina Varamäki & Seliina Päällysaho (toim.) Tapio Varmola – suomalaisen ammattikorkeakoulun rakentaja ja kehittäjä. 2013.
 14. Tuomas Hakonen. Bioenergiaterminaalin hankintaketjujen kantavuus eri kuljetusetäisyyksillä ja -volyymeilla. 2013.
 15. Minna Zechner (toim.). Hyvinvointitieto: kokemuksellista, hallinnollista ja päätöksentekoa tukevaa? 2014.
 16. Sanna Joensuu, Elina Varamäki, Anmari Viljamaa, Tarja Heikkilä & Marja Katajavirta. Yrittäjyysaikomukset, yrittäjyysaikomusten muutos ja näihin vaikuttavat tekijät koulutuksen aikana. 2014.
 17. Anmari Viljamaa, Seliina Päällysaho & Risto Lauhanen (toim.). Opetuksen ja tutkimuksen näkökulmia: Seinäjoen ammattikorkeakoulu. 2014.
 18. Janne Jokelainen. Vanhan puuikkunan energiakunnostus. 2014.
 19. Matti Ryhänen & Erkki Laitila (toim.). Yhteistyö- ja verkostosuhteet: Strateginen tarkastelu maidontuotantoon sovellettuna. 2014.
 20. Kirsti Sorama, Elina Varamäki, Sanna Joensuu, Anmari Viljamaa, Erkki K. Laitinen, Erkki Petäjä, Aapo Länsiluoto, Tarja Heikkilä & Tero Vuorinen. Mistä tunnet sä kasvajan - seurantatutkimus eteläpohjalaisista kasvuyrityksistä. 2015.
 21. Sanna Joensuu, Anmari Viljamaa, Marja Katajavirta, Salla Kettunen & Anne-Maria Mäkelä. Markkinaorientaatio ja markkinointikyvykyys eteläpohjalaisissa kasvuyrityksissä. 2015.
 22. Ari Haasio, Minna Zechner & Seliina Päällysaho (toim.) Internet, verkkopalvelut ja tietotekniset ratkaisut opetuksessa ja tutkimuksessa. 2015.
 23. Maija Kontukoski, Maija Paakki, Jon Thureson, Tuija Pitkälä, Heikki Uimonen, Mari Sandell & Anu Hopia. Ruokailuympäristön vaikutus terveellisiin ruokavalintoihin: Tutkimusmenetelmien testaus ja arviointi ravintolaympäristössä. 2016.
-

24. Timo Toikko (ed.). Subjective wellbeing in regional context. 2016.
25. Pasi Junell, Asta Heikkilä, Seliina Päälylyaho & Silja Saarikoski (toim.) Hyvinvointia ja innovaatioita monialaisesti ja raja-aitoja madaltaen. Katsaus Seinäjoen ammattikorkeakoulun toimintaan 2016. 2016.

B. RAPORTTEJA JA SELVITYKSIÄ - REPORTS

1. Seinäjoen ammattikorkeakoulusta soveltavan osaamisen korkeakoulututkimus- ja kehitystoiminnan ohjelma. 1998.
2. Elina Varamäki - Ritva Lintilä - Taru Hautala - Eija Taipalus. Pk-yritysten ja ammattikorkeakoulun yhteinen tulevaisuus: prosessin kuvaus, tuotokset ja toimintaehdotukset. 1998.
3. Elina Varamäki - Tarja Heikkilä - Eija Taipalus. Ammattikorkeakoulusta työelämään: Seinäjoen ammattikorkeakoulusta 1996-1997 valmistuneiden sijoittuminen. 1999.
4. Petri Kahila. Tietoteollisen koulutuksen tilanne- ja tarveselvitys Seinäjoen ammattikorkeakoulussa: väliraportti. 1999.
5. Elina Varamäki. Pk-yritysten tuleva elinkaari - säilyykö Etelä-Pohjanmaa yrittäjämaakuntana? 1999.
6. Seinäjoen ammattikorkeakoulun laatujärjestelmän auditointi 1998-1999. Itsearviointiraportti ja keskeiset tulokset. 2000.
7. Heikki Ylihärtilä. Puurakentaminen rakennusinsinöörien koulutuksessa. 2000.
8. Juha Ruuska. Kulttuuri- ja sisältötuotannon koulutus selvitys. 2000.
9. Seinäjoen ammattikorkeakoulusta soveltavan osaamisen korkeakoulu. Tutkimus- ja kehitystoiminnan ohjelma 2001. 2001.
10. Minna Kivipelto (toim.). Sosionomin asiantuntijuus. Esimerkkejä kriminaalihuolto-, vankila- ja projektityöstä. 2001.

11. Elina Varamäki - Tarja Heikkilä - Eija Taipalus. Ammattikorkeakoulusta työelämään. Seinäjoen ammattikorkeakoulusta 1998–2000 valmistuneiden sijoittuminen. 2002.
 12. Varmola T., Kitinoja H. & Peltola A. (ed.) Quality and new challenges of higher education. International Conference 25.-26. September, 2002. Seinäjoki Finland. Proceedings. 2002.
 13. Susanna Tauriainen & Arja Ala-Kauppila. Kivennäisaineet kasvavien nautojen ruokinnassa. 2003.
 14. Päivi Laitinen & Sanna Väliisaari. Staphylococcus aureus -bakteerien aiheuttaman utaretulehduksen ennaltaehkäisy ja hoito lypsykarjatiljoilla. 2003.
 15. Riikka Ahmaniemi & Marjut Setälä. Seinäjoen ammattikorkeakoulu – Alueellinen kehittäjä, toimija ja näkijä. 2003.
 16. Hannu Saari & Mika Oijennus. Toiminnanohjaus kehityskohteena pk-yrityksessä. 2004.
 17. Leena Niemi. Sosiaalisen tarkastelua. 2004.
 18. Marko Järvenpää (toim.) Muutoksen kärjessä. Kalevi Karjanlahti 60 vuotta. 2004.
 19. Suvi Torkki (toim.). Kohti käyttäjakeskeistä muotoilua. Muotoilijakoulutuksen painotuksia SeAMK:ssa. 2005.
 20. Timo Toikko (toim.). Sosiaalialan kehittämistyön lähtökohta. 2005.
 21. Elina Varamäki & Tarja Heikkilä & Eija Taipalus. Ammattikorkeakoulusta työelämään. Seinäjoen ammattikorkeakoulusta v. 2001–2003 valmistuneiden sijoittuminen opiskelun jälkeen. 2005.
 22. Tuija Pitkäkoski, Sari Pajuniemi & Hanne Vuorenmaa (ed.). Food Choices and Healthy Eating. Focusing on Vegetables, Fruits and Berries. International Conference September 2nd – 3rd 2005. Kauhajoki, Finland. Proceedings. 2005.
 23. Katariina Perttula. Kokemuksellinen hyvinvointi Seinäjoen kolmella asuinalueella. Raportti pilottihankkeen tuloksista. 2005.
 24. Mervi Lehtola. Alueellinen hyvinvointitiedon malli – asiantuntijat puhujina. Hankkeen loppuraportti. 2005.
-

-
25. Timo Suutari, Kari Salo & Sami Kurki. Seinäjoen teknologia- ja innovaatiokeskus Frami vuorovaikutusta ja innovatiivisuutta edistävänä ympäristönä. 2005.
 26. Päivö Laine. Pk-yritysten verkkosivustot – vuorovaikutteisuus ja kansainvälistyminen. 2006.
 27. Erno Tornikoski, Elina Varamäki, Marko Kohtamäki, Erkki Petäjä, Tarja Heikkilä, Kirsti Sorama. Asiantuntijapalveluyritysten yrittäjien näkemys kasvun mahdollisuuksista ja kasvun seurauksista Etelä- ja Keski-Pohjanmaalla –Pro Advisor –hankkeen esiselvitystutkimus. 2006.
 28. Elina Varamäki (toim.) Omistajanvaihdosnäkymät ja yritysten jatkuvuuden edistäminen Etelä-Pohjanmaalla. 2007.
 29. Beck Thorsten, Bruun-Schmidt Henning, Kitinoja Helli, Sjöberg Lars, Svensson Owe and Vainoras Alfonsas. eHealth as a facilitator of transnational cooperation on health. A report from the Interreg III B project "eHealth for Regions". 2007.
 30. Anmari Viljamaa, Elina Varamäki (toim.) Etelä-Pohjanmaan yrittäjäyyskatsaus 2007. 2007.
 31. Elina Varamäki - Tarja Heikkilä - Eija Taipalus - Marja Lautamaja. Ammattikorkeakoulusta työelämään. Seinäjoen ammattikorkeakoulusta v.2004–2005 valmistuneiden sijoittuminen opiskelujen jälkeen. 2007.
 32. Sulevi Riukulehto. Tietoa, tasoa, tekoja. Seinäjoen ammatti-korkeakoulun ensimmäiset vuosikymmenet. 2007.
 33. Risto Lauhanen & Jussi Laurila. Bioenergian hankintalogistiikka. Tapaus-tutkimuksia Etelä-Pohjanmaalta. 2007.
 34. Jouni Niskanen (toim.). Virtuaalioppimisen ja -opettamisen Benchmarking Seinäjoen ammattikorkeakoulun, Seinäjoen yliopistokeskuksen sekä Kokkolan yliopistokeskuksen ja Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakouun Averkon välillä keväällä 2007. Loppuraportti. 2007.
 35. Heli Simon & Taina Vuorela. Ammatillisuus ammattikorkeakoulujen kielten- ja viestinnänopetuksessa. Oulun seudun ammattikorkeakoulun ja Seinäjoen ammattikorkeakoulun kielten- ja viestinnänopetuksen arviointi- ja kehittämishanke 2005–2006. 2008.
-

36. Margit Närvä - Matti Ryhänen - Esa Veikkola - Tarmo Vuorenmaa. Esiselvitys maidontuotannon kehittämiskohteista. Loppuraportti. 2008.
 37. Anu Aalto, Ritva Kuoppamäki & Leena Niemi. Sosiaali- ja terveysalan yrittäjyyspedagogisia ratkaisuja. Seinäjoen ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveysalan yksikön kehittämishanke. 2008.
 38. Anmari Viljamaa, Marko Rossinen, Elina Varamäki, Juha Alarinta, Pertti Kinnunen & Juha Tall. Etelä-Pohjanmaan yrittäjyyskatsaus 2008. 2008.
 39. Risto Lauhanen. Metsä kasvaa myös Länsi-Suomessa. Taustaselvitys hakkuumahdollisuuksista, työmääristä ja resurssitarpeista. 2009.
 40. Päivi Niiranen & Sirpa Tuomela-Jaskari. Haasteena ikäihmisten päihdeongelma? Selvitys ikäihmisten päihdeongelman esiintyvyydestä pohjalaismaakunnissa. 2009.
 41. Jouni Niskanen. Virtuaaliopetuksen ajokorttikonsepti. Portfoliotyyppinen henkilöstökoulutuskokonaisuus. 2009.
 42. Minttu Kuronen-Ojala, Pirjo Knif, Anne Saarijärvi, Mervi Lehtola & Harri Jokiranta. Pohjalaismaakuntien hyvinvointibarometri 2009. Selvitys pohjalaismaakuntien hyvinvoinnin ja hyvinvointipalveluiden tilasta sekä niiden muutossuunnista. 2009.
 43. Vesa Harmaakorpi, Päivi Myllykangas ja Pentti Rauhala. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Tutkimus-, kehittämis ja innovaatio toiminnan arviointiraportti. 2010.
 44. Elina Varamäki (toim.), Pertti Kinnunen, Marko Kohtamäki, Mervi Lehtola, Sami Rintala, Marko Rossinen, Juha Tall ja Anmari Viljamaa. Etelä-Pohjanmaan yrittäjyyskatsaus 2010. 2010.
 45. Elina Varamäki, Marja Lautamaja & Juha Tall. Etelä-Pohjanmaan omistajanvaihdosbarometri 2010. 2010.
 46. Tiina Sauvula-Seppälä, Essi Ulander ja Tapani Tasanen (toim.). Kehittyvä metsäenergia. Tutkimusseminaari Seinäjoen Framissa 18.11.2009. 2010.
 47. Autio Veli, Björkman Jouni, Grönberg Peter, Heinisuo Markku & Ylihärtilä Heikki. Rakennusten palokuormien inventaariotutkimus. 2011.
-

-
48. Erkki K. Laitinen, Elina Varamäki, Juha Tall, Tarja Heikkilä & Kirsti Sorama. Omistajanvaihdokset Etelä-Pohjanmaalla 2006-2010 -ostajayritysten ja ostokohteiden profiilit ja taloudellinen tilanne. 2011.
 49. Elina Varamäki, Tarja Heikkilä & Marja Lautamaja. Nuorten, aikuisten sekä ylemmän tutkinnon suorittaneiden sijoittuminen työelämään-seurantatutkimus Seinäjoen ammattikorkeakoulusta v. 2006-2008 valmistuneille. 2011.
 50. Vesa Harmaakorpi, Päivi Myllykangas and Pentti Rauhala. Evaluation Report for Research, Development and Innovation Activities. 2011.
 51. Ari Haasio & Kari Salo (toim.). AMK 2.0 : Puheenvuoroja sosiaalisesta mediasta ammattikorkeakouluissa. 2011.
 52. Elina Varamäki, Tarja Heikkilä, Juha Tall & Erno Tornikoski. Eteläpohjalaiset yrittäjät liiketoimintojen ostajina, myyjinä ja kehittäjinä. 2011.
 53. Jussi Laurila & Risto Lauhanen. Pienen kokoluokan CHP -teknologiasta lisää voimaa Etelä-Pohjanmaan metsäkeskusalueelle. 2011.
 54. Tarja Keski-Mattinen, Jouni Niskanen & Ari Sivula. Ammattikorkeakouluopintojen ohjaus etätyömenetelmillä. 2011.
 55. Tuomas Hakonen & Jussi Laurila. Metsähakkeen kosteuden vaikutus polton ja kaukokuljetuksen kannattavuuteen. 2011.
 56. Heikki Holma, Elina Varamäki, Marja Lautamaja, Hannu Tuuri & Terhi Anttila. Yhteistyösuhteet ja tulevaisuuden näkymät eteläpohjalaisissa puualan yrityksissä. 2011.
 57. Elina Varamäki, Kirsti Sorama, Kari Salo & Tarja Heikkilä. Sivutoimiyrittäjyyden rooli ammattikorkeakoulusta valmistuneiden keskuudessa. 2011.
 58. Kimmo Nissinen (toim.). Maitotilan prosessien kehittäminen: Lypsy-, ruokintaja lannankäsittely- sekä kuivitusprosessien toteuttaminen; Maitohygienian turvaaminen maitotiloilla; Teknologisia ratkaisuja, rakennuttaminen ja tuotannon ylösajo. 2012.
 59. Matti Ryhänen & Erkki Laitila (toim.). Yhteistyö ja resurssit maitotiloilla : Verkostomaisen yrittämisen lähtökohtia ja edellytyksiä. 2012.
-

60. Jarkko Pakkanen, Kati Katajisto & Ulla El-Bash. Verkostoitunut älykkäiden koneiden kehitysympäristö : VÄLKKY-projektin raportti. 2012.
 61. Elina Varamäki, Tarja Heikkilä, Juha Tall, Aapo Länsiluoto & Anmari Viljamaa. Ostajien näkemykset omistajanvaihdoksen toteuttamisesta ja onnistumisesta. 2012.
 62. Minna Laitila, Leena Elenius, Hilikka Majasaari, Marjut Nummela, Annu Peltoniemi (toim.). Päihdetyön oppimista ja osaamista ammattikorkeakoulussa. 2012.
 63. Ari Haasio (toim.). Verkko haltuun! - Nätet i besittning!: Näkökulmia verkostoituvaan kirjastoon. 2012.
 64. Anmari Viljamaa, Sanna Joensuu, Beata Tajjala, Seija Råttts, Tero Turunen, Kaija-Liisa Kivimäki & Päivi Borisov. Elävästä elämästä: Kumppaniyrityspedagogiikka oppimisympäristönä. 2012.
 65. Kirsti Sorama. Klusteriennakointimalli osaamistarpeiden ennakointiin: Ammatillisen korkea-asteen koulutuksen opetussisältöjen kehittäminen. 2012.
 66. Anna Saarela, Ari Sivula, Tiina Ahtola & Antti Pasila. Mobiilisovellus bioenergiaalan oppimisympäristöksi Bioenergia-asiantuntijuuden kehittäminen työelämälähtöisesti -hanke. 2013.
 67. Ismo Makkonen. Korjuri vs. koneketjuenergia puunkorjuussa. 2013.
 68. Ari Sivula, Risto Lauhanen, Anna Saarela, Tiina Ahtola & Antti Pasila Bioenergia-asiantuntijuutta kehittämässä Etelä-Pohjanmaalla. 2013.
 69. Juha Tall, Kirsti Sorama, Piia Tulisalo, Erkki Petäjä & Ari Virkamäki. Yrittäjyys 2.0. – menestyksen avaimia. 2013.
 70. Anu Aalto & Salla Kettunen. Hoivayrittäjyys ikääntyvien palveluissa - nyt ja tulevaisuudessa. 2013.
 71. Varpu Hulsu, Tuomas Hakonen, Risto Lauhanen & Jussi Laurila. Metsänomistajien energiapuun myyntihalukkuus Etelä- ja Keski-Pohjanmaan metsäkeskusalueella. 2013.
 72. Anna Saarela. Nuoren metsänhoitokohteen ympäristön hoito ja työturvallisuus: Suomen metsäkeskuksen Etelä- ja Keski-Pohjanmaan alueyksikön alueella toimivien energiapuuyrittäjien haastattelu. 2014.
-

-
74. Elina Varamäki, Tarja Heikkilä, Juha Tall, Anmari Viljamaa & Aapo Länsiluoto. Omistajanvaihdoksen toteutus ja onnistuminen ostajan ja jatkajan näkökulmasta. 2013.
 75. Minttu Kuronen-Ojala, Mervi Lehtola & Arto Rautajoki. Etelä-Pohjanmaan, Keski-Pohjanmaan ja Pohjanmaan hyvinvointibarometri 2012: ajankohtainen arvio pohjalaismaakuntien väestön hyvinvoinnin ja palvelujen tilasta sekä niiden muutossuunnista. 2014.
 76. Elina Varamäki, Juha Tall, Anmari Viljamaa, Kirsti Sorama, Aapo Länsiluoto, Erkki Petäjä & Erkki K. Laitinen Omistajanvaihdos osana liiketoiminnan kehittämistä ja kasvua - tulokset, johtopäätökset ja toimenpide-ehdotukset. 2013.
 77. Kirsti Sorama, Terhi Anttila, Salla Kettunen & Heikki Holma. Maatilojen puurakentamisen tulevaisuus: Elintarvikeklusterin ennakointi. 2013.
 78. Hannu Tuuri, Heikki Holma, Yrjö Ylkänen, Elina Varamäki & Martti Kangasniemi. Kuluttajien ostopäätöksiin vaikuttavat tekijät ja oheispalveluiden tarpeet huonekaluhankinnoissa: Eväitä kotimaisen huonekaluteollisuuden markkina-aseman parantamiseksi. 2013.
 79. Ismo Makkonen. Päästökauppa ja sen vaikutukset Etelä- ja Keski- Pohjanmaalle. 2014.
 80. Tarja Heikkilä, Marja Katajavirta & Elina Varamäki. Nuorten ja aikuisten tutkinnon suorittaneiden sijoittuminen työelämään – seurantatutkimus Seinäjoen ammattikorkeakoulusta v. 2009–2012 valmistuneille. 2014.
 81. Sari-Maarit Peltola, Seliina Päällysaho & Sirkku Uusimäki (toim.). Proceedings of the ERIAFF conference "Sustainable Food Systems: Multi-actor Cooperation to Foster New Competitiveness of Europe". 2014.
 82. Sarita Ventelä, Heikki Koskimies & Juhani Kesti. Lannan vastaanottohalukkuus kasvinviljelytiloilla Etelä- ja Pohjois-Pohjanmaalla. 2014.
 83. Maciej Pietrzykowski & Timo Toikko (Eds.). Sustainable welfare in a regional context. 2014.
 84. Janne Jokelainen. Log construction training in the Nordic and the Baltic Countries. PROLOG Final Report. 2014.
-

85. Anne Kuusela. Osallistava suunnittelun tiedonhankintaprosessi kolmannen iän asumisympäristötärpeiden kartoittamisessa: CoTHREE-projektin raportti. 2015.
 87. André Kaufmann & Hannu Ylinen. Preliminary thermodynamic design of a stirling cooler for mobile air conditioning systems: Technical report. 2015.
 88. Ismo Makkonen. Bioöljyalostamon investointiedellytykset Etelä-Pohjanmaan maakunnassa. 2014.
 89. Tuija Vasikkaniemi, Hanna-Mari Rintala, Mari Salminen-Tuomaala & Anmari Viljamaa (toim.). FramiPro - kohti monialaista oppimista. 2015.
 90. Anmari Viljamaa, Elina Varamäki, Arttu Vainio, Anna Korsbäck ja Kirsti Sorama. Sivutoiminen yrittäjyys ja sivutoimisesta päätoimiseen yrittäjyyteen kasvun tukeminen Etelä-Pohjanmaalla. 2014.
 91. Elina Varamäki, Anmari Viljamaa, Juha Tall, Tarja Heikkilä, Salla Kettunen & Marko Matalamäki. Kesken jääneet yrityskaupat - myyjien ja ostajien näkökulma. 2014.
 92. Terhi Anttila, Hannu Tuuri, Elina Varamäki & Yrjö Ylkänen. Millainen on minun huonekaluni? Kuluttajien huonekaluhankintoihin arvoa luovat tekijät ja markkinasegmentit. 2014.
 93. Anu Aalto, Anne Matilainen & Maria Suomela. Etelä-Pohjanmaan Green Care -strategia 2015 - 2020. 2014.
 94. Kirsti Sorama, Salla Kettunen & Elina Varamäki. Rakennustoimialan ja puutuotetoimialan yritysten välinen yhteistyö : Nykytilanne ja tulevaisuuden suuntaviivoja. 2014.
 95. Katariina Perttula, Hillevi Eromäki, Riikka Kaukonen, Kaija Nissinen, Annu Peltoniemi & Anu Hopia. Kropsua, hunajaa ja puutarhan tuotteita: ruokakulttuuri osana ikäihmisten hyvää elämää. 2015
 96. Heikki Holma, Salla Kettunen, Elina Varamäki, Kirsti Sorama & Marja Katajavirta. Menestystekijät puutuotealalla: aloittavien ja kokeneiden yrittäjien näkemykset. 2014.
 97. Anna Saarela, Heikki Harmanen & Juha Tuorila. Happamien sulfaattimaiden huomioiminen tilusjärjestelyissä. 2014.
-

-
98. Erkki Kytönen, Juha Tall & Aapo Länsiluoto. Yksityinen riskipääoma pienten yritysten kasvun edistäjänä Etelä-Pohjanmaalla. 2015.
 99. Eliisa Kallio, Juhani Suojaranta & Ari Sivula. Seinäjoen ammattikorkeakoulun Elintarvike- ja maatalouden yksikön työharjoitteluprosessin kehittäminen virtuaalimaatiloilla: oppimisympäristö työharjoittelun tukena. 2015
 100. Tarja Heikkilä & Marja Katajavirta. Seinäjoen ammattikorkeakoulun opiskelijabarometri 2014. Tutkintoon johtavassa koulutuksessa olevien nuorten toisen ja valmistuvien vuosikurssien sekä aikuisopiskelijoiden tulokset. 2015.
 101. Juha Tall, Elina Varamäki, Salla Kettunen & Marja Katajavirta. Perustamalla tai ostamalla yrittäjäksi - kokemukset yrittäjyuran alkutaipaleelta. 2015
 102. Sarita Ventelä (toim.), Toni Sankari, Kaija Karhunen, Anna Saarela, Tapio Salo, Markus Lakso & Tiina Karsikas. Lannan ravinteet kiertoon Etelä- ja Pohjois-Pohjanmaalla: Hydro-Pohjanmaa -hankkeen loppujulkaisu 1. 2014.
 103. Anmari Viljamaa, Elina Varamäki, Tarja Heikkilä, Sanna Joensuu & Marja Katajavirta. Sivutoimiyrittäjät - pysyvästi sivutoimisia vai tulevia päätoimisia? 2015.
 104. Eija Rintamäki, Pia-Mari Riihilahti & Helena Hannu. Alumnista mentoriksi: Korkeakouluopinnoista sujuvasti työelämään -hankkeen raportti. 2015
 105. Sanna Joensuu, Elina Varamäki, Tarja Heikkilä, Marja Katajavirta, Jaakko Rinne, Jonna Vuoto & Kristiina Hietanen. Seurantatutkimus Koulutuskeskus Sedusta v. 2010-2013 valmistuneille työelämään sijoittumisesta sekä yrittäjyysaikomusten kehittymisestä. 2015.
 106. Salla Kettunen, Marko Rossinen, Anmari Viljamaa, Elina Varamäki, Tero Vuorinen, Pertti Kinnunen & Tommi Ylimäki. Etelä-Pohjanmaan yrittäjyyskatsaus 2015. 2015.
 107. Kirsti Sorama, Salla Kettunen, Juha Tall & Elina Varamäki. Sopeutumista ja keskittymistä: Case-tutkimus liiketoiminnan myymisestä osana yrityksen kehittämistä ja kasvua. 2015.
 109. Marko Matalamäki, Kirsti Sorama & Elina Varamäki. PK-yritysten kasvupyrähdysten taustatekijät : suunnitelman toteuttamista vai tilaisuuden hyödyntämistä? 2015.
-

110. Erkki Petäjä, Salla Kettunen, Juha Tall & Elina Varamäki. Strateginen johtaminen yritysostoissa. 2015.
 111. Juha Tall, Elina Varamäki & Erkki Petäjä. Ostokohteen liiketoiminnan haltuunotto ja integrointi: Yrityksen uudistuminen yrityskaupassa. 2015.
 112. Aapo Jumppanen & Sulevi Riukulehto. Puskasta Framille: viisikymmentä vuotta tekniikan koulutusta Seinäjoella. 2015.
 113. Salla Kettunen, Elina Varamäki, Juha Tall & Marja Katajavirta. Yritystoiminnasta luopuneiden uudet roolit. 2015.
 114. Risto Lauhanen. Seinäjoen ammattikorkeakoulun Elintarvike- ja maatalousyksikön opettajien ja hankehenkilökunnan näkemykset alansa tutkimus- ja kehittämistoiminnasta. 2015.
 115. Mari Salminen-Tuomaala. Kansainvälisen tutkimus- ja kehittämistoiminnan edistäminen ammattikorkeakoulussa: sillanrakentamista ja brokerointiosaamista. 2015.
 116. Ari Sivula, Timo Suutari, Aapo Jumppanen & Maria Ahvenniemi. AB Seinäjoki: Kohti agrobiotalouden innovaatioyhteisöä. 2016.
 117. Juha Tall, Erkki Petäjä, Elina Varamäki & Kirsti Sorama. Kuntien elinkeinotoimien tulevaisuuden näkymät Etelä-Pohjanmaalla. 2016.
 118. Juha Viitasaari & Seliina Päällysaho. Ammattikorkeakoulujen tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan ympäristöjen ja infrastruktuurien avoimuus: Avoimuuden lisääminen korkeakoulujen käyttäjälähtöisessä innovaatioekosysteemissä -hankkeen raportti. 2016.
-

C. OPPIMATERIAALEJA - TEACHING MATERIALS

1. Ville-Pekka Mäkeläinen. Basics of business to business marketing. 1999.
 2. Lea Knuuttila. Mihin työhjausta tarvitaan? Oppimateriaalia sosiaalialan opiskelijoiden työhjauskurssille. 2001.
 3. Mirva Kuni & Petteri Männistö & Markus Välimaa. Leikkauspelot ja niiden hoitaminen. 2002.
 4. Kempas Ilpo & Bartens Angela. Johdatus portugalin kielen ääntämiseen: Portugali ja Brasilia. 2011.
 5. Ilpo Kempas. Ranskan kielen prepositio-opas : Tavallisimmat tapaukset, joissa adjektiivi tai verbi edellyttää tietyn preposition käyttöä tai esiintyy ilman prepositiota. 2011.
 6. Risto Lauhanen, Jukka Ahokas, Jussi Esala, Tuomas Hakonen, Heikki Sippola, Juha Viirimäki, Esa Koskiniemi, Jussi Laurila & Ismo Makkonen. Metsätoimihenkilön energialaskuoppi. 2014.
 7. Jyrki Rajakorpi, Erkki Laitila & Mari Viljanmaa. Esimerkkejä maatalousyritysten yhteistyöstä: näkökulmia maitotilojen verkostoihin. 2014.
 8. Douglas D. Piirto. Leadership : A lifetime quest for excellence. 2014.
 9. Hilikka Niemelä. Ohjelmoinnin perusrakenteet. 2015.
 10. Ilpo Kempas & João Veloso. Espanjan kautta portugaliin: Kontrastiivinen katsaus iberoromaaniseen lähisukukieleen opiskelun tueksi. 2016.
-

SeAMK 

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Seinäjoen korkeakoulukirjasto
Kalevankatu 35, PL 97, 60101 Seinäjoki
puh. 020 124 5040 fax 020 124 5041
seamk.kirjasto@seamk.fi

ISBN 978-952-7109-56-4 (verkkojulkaisu)
ISSN 1797-5573 (verkkojulkaisu)