



Anneli Sarajärvi ja Marianne Roivas (toim.)

# Työelämä ja oppiminen

## Näkökulmia terveys- ja hoitoalan koulutukseen ja kehittämiseen

Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisusarja



Anneli Sarajärvi ja Marianne Roivas (toim.)

# Työelämä ja oppiminen

## Näkökulmia terveys- ja hoitoalan koulutukseen ja kehittämiseen

Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisusarja

AATOS-ARTIKKELIT 15 • 2014



© Tekijät ja Metropolia Ammattikorkeakoulu

Kustantaja Metropolia Ammattikorkeakoulu

ISBN 978-952-6690-20-9

# SISÄLLYS

|  |            |
|--|------------|
| <b>Lukijalle .....</b>   | <b>5</b>   |
| <b>Terveys- ja hoitoalan opettajien kokemuksia TKI-työn ja opetuksen integroinnista opiskelijoiden käytännön harjoittelujaksolla .....</b> | <b>6</b>   |
| MINNA RISKÄ & ANNELI SARAJÄRVI   |            |
| <b>Perehdytysmalli osana työyhteisön kehittämisosaamista .....</b>   | <b>19</b>  |
| ANNE-MARIA KONKOLA   |            |
| <b>Johtamisen muutos hoivakodissa .....</b>  | <b>27</b>  |
| TAINA AIRIKAINEN   |            |
| <b>Potilasturvallisuus ja infektioiden torjunta näyttöön perustuen.....</b>  | <b>40</b>  |
| PÄIVI KAIVONEN   |            |
| <b>Potilastietojärjestelmän käyttö ajanvarauspoliklinikan työnjaon uudistamisessa.....</b>   | <b>50</b>  |
| PIRJO NIHTILÄ  |            |
| <b>Potilasturvallisuuden kehittäminen HaiPro-raportointi-järjestelmän avulla .....</b>   | <b>58</b>  |
| KIRSI MANNINEN   |            |
| <b>ICF-luokituksen hyödyntäminen kuntoutuksessa ja moniammatillisessa yhteistyössä.....</b>  | <b>74</b>  |
| LEENA ALAJOKI-NYHOLM   |            |
| <b>Anna palaa savuttomasti -hanke .....</b>  | <b>88</b>  |
| ANNE VIRKKUNEN   |            |
| <b>Terveyspalvelut näkyväksi .....</b>   | <b>97</b>  |
| ANITA LINDEVALL  |            |
| <b>Laatua lapsen ja vanhemman välisiin valvottuihin tapaamisiin .....</b>  | <b>110</b> |
| KIRSI LANKINEN   |            |
| <b>Tiedonkulun kehittämistarpeiden kartoitus työyhteisössä .....</b>   | <b>126</b> |
| LEENA NYKÄNEN  |            |
| <b>Sisäinen viestintä hammaslääkärin vastaanotolla .....</b>   | <b>135</b> |
| ANU VÄÄNÄNEN   |            |
| <b>Tiimikehityskeskustelumalli Sipoon kotihoidossa.....</b>  | <b>144</b> |
| PIIA-SISKO GREK-STJERNBERG   |            |
| <b>Istumisen vähentäminen työpäivän aikana .....</b>   | <b>154</b> |
| JENNI TUOMELA  |            |

---

|  |            |
|--|------------|
| <b>Monikipuinen työelämässä .....</b>  | <b>166</b> |
| EIJÄ HAUKKA  |            |
| <b>Omavalvontasuunnitelman kehittäminen tehostetun<br/>palveluasumisen yksikköön .....</b> | <b>179</b> |
| SANNA-MARI KOISTINEN   |            |
| <b>Aulaemäntätoiminnan tausta ja kehittäminen hoivakodissa .....</b>                       | <b>188</b> |
| TIINA SUOSOLA  |            |

## LUKIJALLE

”Tiettyssä kasvun vaiheessa puut kukkivat ja tuottavat hedelmiä; onnea, tyydytystä, kasvua, kehitystä, itseluottamusta, itsenäisyyttä. Niitä voi poimia se, jolla on pääsy oman oppimisen juurille.” Tämä kuvatkoon Metropolia Ammattikorkeakoulun terveys- ja hoitoalan, kehittämisen ja johtamisen erikoistumisopintojen opiskelijoiden innovatiivisia työelämän muutosprosesseja. Yhteiskuntarakenteen muutoksen myötä sosiaali- ja terveysalan toiminnan kehittäminen ja johtaminen nousevat tulevaisuudessa yhä tärkeämmäksi tekijäksi. Asiakkaat ovat aiempaa valveutuneempia, mikä asettaa haasteita asiakaslähtöisten palvelujen kehittämiseksi. Tämä edellyttää henkilöstön osaamisen kehittymistä ja kehittämistä työelämässä työelämän muutosprosessien johtamisessa. Näihin kehittämistarpeisiin vastaamiseen on pyritty myös erikoistumisopinnoissa.

Kehittämisen ja johtamisen erikoistumisopintojen tavoitteena on ollut auttaa opiskelijoita kehittymään johtajina sekä kehittämään ja johtamaan työelämän erilaisia muutosprosesseja. Muutosprosessissa ovat yhdistyneet tutkimus ja kehittäminen joko peräkkäisinä tai osittain sisäkkäisinä vaiheina. Näillä muutosprosesseilla on pyritty vastaamaan erityyppisten asiakkaiden palveluihin. Perimmäisenä tarkoituksena on ollut kehittää työelämää ja johtamisosaamista siten, että asiakkaiden turvallisuus lisääntyy ja sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu parantuu.

Artikkelikokoelmassa opiskelijat kuvaavat erikoistumisopinnoissa toteuttamiaan kehittämistehtäviä. Osa kehittämistehtävistä suuntautuu organisaatioiden johtamiseen, osa henkilöstön johtamiseen, osa terveyden edistämiseen, osa asiakaslähtöisten hoitoprosessien kehittämiseen sekä osa teknologian hyödyntämiseen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Artikkeleiden tuotoksia voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiossa ja alan koulutuksissa.

Lainaan vielä Pekka Mattilan (2007) toteamusta, joka sopii mielestäni hyvin kuvaamaan opiskelijoiden kehittämisprosesseja: ”Jotta muutos henkilökohtaisella tasolla olisi mahdollinen, pitää selviytymisahdistuksen voittaa oppimisahdistus.” Erikoistumisopinnoissa jokainen opiskelija on joutunut kohtaamaan ahdistusta yrittäessään tasapainottaa elämänsä kodin, työelämän ja opiskelun välillä. Lämpimät kiitokset opiskelijoille, kun ovat jaksaneet työstää kehittämistyönsä artikkeleita julkaisuun asti.

Helsinki 26.5.2014  
Anneli Sarajärvi

# Terveys- ja hoitoalan opettajien kokemuksia TKI-työn ja opetuksen integroinnista opiskelijoiden käytännön harjoittelujaksolla

**MINNA RISKÄ & ANNELI SARAJÄRVI**

Tämä artikkeli on osa laajempaa tutkimus-, kehitys- ja innovaatioprosessia (TKI), jonka tavoitteena oli kehittää hoitotyön koulutuksessa TKI-työn ja opetuksen integraatiota, kehittää vaihtoehtoisia näyttöön perustuvia toimintakäytänteitä ja luoda toimintatapoja TKI-työn ja opetuksen toteuttamiseen. Tässä artikkelissa kuvataan opettajien hyviä ja haasteellisia kokemuksia sekä opettajien esittämiä kehittämishaasteita TKI-työn ja opetuksen integroinnista opiskelijoiden käytännön harjoittelujaksolla.

Tutkimus-, kehitys- ja innovaatiotyön määrittely vaihtelee eri lähteissä (Lähdesmäki – Koivunen – Isohanni 2008). OECD:n ja EU:n suosituksiin perustuvan Tilastokeskuksen (2009) määritelmän mukaan tutkimus- ja kehittämistoiminnalla tarkoitetaan systemaattista toimintaa tiedon lisäämiseksi ja tiedon käyttämistä uusien sovelluksien löytämiseksi. Toiminnan tavoitteena on tuottaa olennaisesti jotain uutta. Ammattikorkeakoulujen tutkimus- ja kehitystyön tyypillisiä muotoja ovat tuotteiden, prosessien, palveluiden ja työkäytäntöjen kehittäminen sekä opetusmenetelmien ja -välineiden kehittäminen. Ammattikorkeakoulujen tutkimus- ja kehitystyötä määrittää vahva käytäntösuuntautuneisuus. Tässä artikkelissa tutkimus-, kehitys- ja innovaatioita kuvataan Metropolia Ammattikorkeakoulun määritelmän mukaan Tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotyönä. TKI-työn laatua arvioitaessa keskeisiä kriteereitä ovat tulosten sovellettavuus ja käytökelpoisuus työelämässä.

TKI-työ ja opetuksen integrointi luo uutta opetus- ja oppimiskulttuuria, edistää uuden tiedon käyttöönottoa, parantaa opetuksen laatua ja vaikuttavuutta. Korkeakouluperinne antaa hyvät lähtökohdat tutkimus- ja kehitystoiminnan integrointiin osaksi koulutustehtävää. Tällaisessa mallissa opettajat tutkivat ja kehittävät työelämää osana työtään ja kaikki opetus ja ohjaustyötä tekevät osallistuvat ammattikorkeakoulun TKI-työn



toteuttamiseen. (Varmola 2008.) Opettajan työ tulee jäsentymään uudelleen, mikä edellyttää opettajalta vahvaa TKI-työn sekä projekti- ja verkostotyöskentelyn osaamista. Projektitoiminta ja koulutus voidaan parhaimmillaan integroida toisiinsa niin kiinteästi, että projektitoiminnasta muodostuu yksi keskeinen oppimisympäristö. (Lumme – Sarajärvi – Mattila – Paavilainen 2009; Sarajärvi – Salmela – Eriksson 2013.)

## **Tutkimus-, kehitys- ja innovaatiotyön sekä opetuksen integroinnin edellytykset**

Tutkimus-, kehitys-, innovaatiotyön (TKI) ja opetuksen integrointi edellyttää oppimisympäristöjen, opetussuunnitelmien, opettajien osaamisen ja johtamisen systemaattista kehittämistä. Oppimisympäristöllä on suuri merkitys TKI-työn ja opetuksen integraatiossa. Oppimisympäristöllä tarkoitetaan tilaa, paikkaa, yhteisöä tai toimintakäytäntöjä, joiden tarkoituksena on edistää oppimista. Oppimisympäristöllä voidaan tarkoittaa myös fyysistä, psyykkistä, sosiaalista, kognitiivista ja emotionaalista ympäristöä, jossa oppimistoiminta toteutuu. (Lohiniva – Sarajärvi 2004; Lumme ym. 2009.) Käytäntö oppimisympäristönä on nähty tärkeäksi TKI-työn ja opetuksen yhteensovittamisessa. Työpaikalle viety koulutus voi parhaimmillaan virittää koko työyhteisön oppimis-, tutkimus- ja kehittämistoimintaan. Jotta työpaikoista muodostuisi kollektiivisia, uutta tietoa luovia yhteisöjä sekä monipuolisia ja tehokkaita TKI-työn ja opetuksen oppimisympäristöjä, tarvitaan ennakkoluulotonta ja pitkäjänteistä kehittämistoimintaa sekä ammattikorkeakouluissa että työpaikoilla. (Lumme ym. 2009; Sarajärvi ym. 2013.) Laadukkaiden oppimisympäristöjen rakenteet ja kulttuuri mahdollistavat sen, että opiskelijat, opettajat ja työelämän edustajat voivat yhdessä oppia ja saavuttaa hyviä tuloksia. Se edellyttää yhteistoiminnallisia näyttöön perustuvien kehittämisverkostojen luomista sekä henkilöstön sitoutumista yhteiseen toimintaan ja yhteisiin päätöksiin. (Lumme ym. 2009; Sarajärvi ym. 2011; Sarajärvi ym. 2013.)

Terveys- ja hoitoalalla työelämän kehittämisprojektit ovat erinomaisia teorian ja käytännön opiskelun integraatiota edistäviä tekijöitä. Opintojen toteuttaminen projektissa luo uudenlaista näkemystä työelämälähtöisistä oppimisympäristöistä. Projektit tukevat TKI-työn, opetuksen ja käytännön integrointia opiskelu niissä todellisissa tilanteissa, joissa esimerkiksi hoitoa opitaan. Tällöin työelämästä nousevia kysymyksiä reflektoidaan luonnollisissa tilanteissa ja näin TKI-työ, teoria ja käytäntö integroituvat

opiskelijan oppimisessa (Sarajärvi ym. 2011; Sarajärvi ym. 2013). Lisäksi käytännön ympäristössä toimiminen ja työelämän kehittämistehtävät mahdollistavat oppimisen tekemisenä ja lisäävät merkittävästi opiskelumotivaatiota. Käytännön opiskeluun ollaan luomassa erilaisia malleja työelämän ja korkeakoulun rajat ylittävälle oppimistoiminnalle. Haasteena on se, miten opetussuunnitelma saadaan tukemaan opiskelijan opintoja ja oppimista erilaisissa oppimisympäristöissä. Opetussuunnitelman tulisi perustua oppimiseen ja osaamistavoitteisiin, jotka on määritelty yhdessä työelämän kanssa. (Sarajärvi ym. 2013.)

Työelämäläheinen TKI-työn ja opetuksen integrointi on luonut uusia haasteita opettajan työn tarkastelulle ja osaamisen kehittämislle. Opettajalta odotetaan yhä enemmän toimimista oppimisen ohjaajana sekä työelämäyhteyksien ja oppimisympäristöjen rakentajana kuin ns. ”luokkapettajana”. Toimiessaan ohjaajana TKI-työhön kytkeytyssä opetuksessa opettajan tulee hallita näyttöön perustuvat menetelmät sekä projekteihin liittyvät suunnittelu- ja kehittämistehtävät. Opintojen toteuttaminen projektissa asettaa haasteita sekä ammattikorkeakoulujen oppimiskulttuurille että opettajuudelle; uudenlaista näkemystä työelämälähtöisestä oppimisympäristöstä ja oppimisesta, opetussuunnitelman kokonaisuuden hallinnasta sekä kykyä toteuttaa sitä joustavasti. (Lumme – Sarajärvi 2010; Sarajärvi ym. 2013.)

Opettajan toimenkuva on muuttunut 2000-luvun alusta. Opettajan osaaminen tietoyhteiskunnan uusissa verkostoituneissa toimintaympäristöissä on toisenlaista kuin perinteisissä. Toiminnan laajentuminen on johtanut verkottumiseen ammattikorkeakoulujen välillä erityisesti työelämäsuhteiden vahvistumisessa sekä kansainvälisyydessä. Opettajista on tullut monipuolisia asiantuntijoita, joiden työtehtäviin kuuluu opetuksen lisäksi TKI-työhön ja koulutusohjelmien suunnitteluun ja kehittämiseen osallistuminen, joka edellyttää ennakointitaitoja ja yhteisöllisen osaamisen jakamista ja jalostamista. (ARENE 2008; Sarajärvi ym. 2011; Sarajärvi ym. 2013.) Ammattikorkeakoulun opettajan asiantuntijuutta voidaan jäsentää neljän reflektiivisen ulottuvuuden näkökulmista, jotka ovat ammatillinen reflektio suhteessa työn maailmaan, tutkiva ja kehittävä reflektio tieteiden maailmaan, pedagoginen reflektio suhteessa opiskelijaan ja opetukseen sekä työyhteisöllinen reflektio suhteessa kouluorganisaatioon ja sen sosi-aalisiin suhteisiin ja työtapoihin. (Sarajärvi ym. 2011.)

## Kehittämistyön tarkoitus, tavoitteet ja eteneminen

Kehittämistyön tarkoituksena oli kuvata opettajien kokemuksia TKI-työn ja opetuksen integrointikokeilussa tuotettuja uusia toimintakäytänteitä sekä kehittämishaasteita. Tavoitteena oli saatujen tulosten pohjalta edelleen kehittää TKI-työn ja opetuksen integraatiota, kehittää vaihtoehtoisia toimintakäytänteitä ja luoda uusia toimintatapoja KIT-työn ja opetuksen toteuttamiseen koulutuksessa ja työelämässä. Tavoitteena oli myös hyödyntää saatua tietoa näyttöön perustuvien opetussuunnitelmien ja oppimisympäristöjen kehittämiseen sekä opettajien ja opiskelijoiden osaamisen kehittämiseen ja tukemiseen.

TKI-työn ja opetuksen kehittämisprojekti eteni neljässä eri vaiheessa. Kehittämistyön ensimmäisessä vaiheessa laadittiin TKI-työn ja opetuksen integraation toimenpideohjelma sekä suoritettiin nykytilan kartoitus. Integraation nykytilanteen alkukartoituksen tarkoituksena oli selvittää, miten TKI-työ sisältyy ammattiaiineisiin. Aineisto kerättiin haastatteleamalla sekä TKI-työssä olevia 32 opettajaa että 40 hoitotyön opettajaa. Haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluina. Aineistot analysoitiin teemoittain teoriaohjaavalla sisällön analyysillä. Haastatteluissa esille tulleet ilmaukset pelkistettiin ja ryhmiteltiin alateemoiksi. Alateemoja muodostui yhteensä 32. (Tuomi – Sarajärvi 2013.) Saatujen tulosten mukaan TKI-työn ja opetuksen integraatio toteutui kattavimmin TKI-työn opinnoissa. Jonkin verran integraatiota oli myös ammatti- ja valinnaisissa opinnoissa sekä johtamis- ja kansainvälisyysopinnoissa.

TKI-työn ja opetuksen integraation esteiksi nähtiin opettajien riittämätön tieto TKI-työstä, vaikeus tunnistaa toisten asiantuntijuutta ja yhteisen näkemyksen puute. Yhteisen näkemyksen puuttumista kuvattiin työelämän ja ammattikorkeakoulun erilaisista käytännöistä nousevina esteinä. Muita esteitä olivat työelämän edustajien ja koulutuksen aikataulujen yhteensopimattomuus, toiminnan hierarkkisuus ja opetus-suunnitelman jäykkyys. Riittämätön tieto ilmeni työelämätoimijoiden kehittämisosaamisen puutteena. Yhteistoiminnan vaikeus ilmeni ongelmana toisten asiantuntijuuden tunnistamisessa sekä yhteistyön puutteena eri koulutusohjelmien välillä. Yhteisen näkemyksen puuttumista kuvattiin työelämän ja ammattikorkeakoulun erilaisista käytännöistä nousevina esteinä kuten yhteistyömahdollisuuksien tunnistaminen. Hierarkkisuus nähtiin esteeksi integroinnille, koska TKI-työhankkeet käynnistyvät usein johdon aloitteesta edeten ylhäältä alaspäin, jolloin hankkeiden suunnittelu tapahtuu opetuksesta erillisenä. Opetussuunnitelma koettiin myös jäykäksi. TKI-toiminnan

ja ”lukujärjestyksen” nähtiin olevan ristiriidassa estäen opiskelijoiden osallistumisen esimerkiksi projektikokouksiin. Selvityksen mukaan koettiin tarvetta yhteistyön lisäämiseen koulutusohjelmien välillä ja työelämän kanssa, opetussuunnitelman mukauttamiseen sekä opettajien tehtäväkuvan uudelleen tarkasteluun. (Lumme ym. 2009; Lumme – Sarajärvi 2010.)

Kehittämistyön toisessa vaiheessa, nykytilan kartoitusvaiheessa saatujen tulosten pohjalta, laadittiin TKI-työn ja opetuksen integraation pilotointiohjelma ja pilotoinnin konkretisointiohjelma. Tällöin perehdyttiin nykyisiin hyviin käytänteisiin, jossa hyödynnettiin opettajien aikaisempaa kokemusta. Pilotointi nivottiin olemassa olevaan opetussuunnitelmaan ja opiskelijoiden käytännön harjoitteluun. Pilotoinnin toteuttamisesta vastasivat koordinaattori, ohjaajat (toimivat opettajien tukena) ja käytännön harjoittelun opettajat. Koordinaattori ja ohjaajat laativat pilotoinnin konkretisointiohjelman käytännön harjoitteluun, joka oli kaikilla opettajilla käytössä. Konkretisointiohjelmaan kirjattiin käytännön harjoittelun tavoitteet, toteutukset ja arviointi, sekä käytössä olevat resurssit. Opettajia kannustettiin kaikissa vaiheissa toteuttamaan erilaisia toimintakäytänteitä ja luomaan uusia oppimis- ja opetusmenetelmiä, jotta saataisiin erilaisia oppimiskokemuksia sekä kehiteltyä uusia toimintakäytänteitä oppimisen tueksi.

Kolmannessa vaiheessa eli pilotointivaiheessa informoitiin opiskelijoita ennen käytännön harjoittelua pilotointiin liittyvistä tehtävistä. Pilotointiin osallistui yhteensä 90 eri lukukausilla olevaa opiskelijaa. Pilotoinnin jälkeen kokemukset pilotoinnista kerättiin käytännön harjoittelua ohjaavilta opettajilta (N=11) kirjallisilla dokumenteilla ja ryhmähaastatteluilla. Opettajilta kerätty aineisto analysoitiin teorialähtöisellä sisällön analyysillä.

Neljännessä vaiheessa julkistettiin tulokset opettajilta saatujen kirjallisten dokumenttien ja haastattelujen pohjalta myönteisistä ja haasteellista kokemuksista sekä heidän näkemyksiään kehittämistarpeista.

Pilotoinnin toteuttamista tuettiin Terveys- ja hoitoalalla järjestämällä opettajille koulutusta näyttöön perustuvasta hoitotyöstä sekä TKI-työn ja opetuksen integraatiosta. Lisäksi hoitotyön koulutusohjelmassa järjestettiin omaa koulutusta opettajille ja tiimeissä keskusteltiin näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamisesta.

## Opettajien kokemukset KIT-työn ja opetuksen integroinnista

Tuloksissa kuvataan opettajien kokemuksia TKI-työn opetuksen integroinnista, jotka jakaantuivat myönteisiin ja haasteellisiin kokemuksiin. Lisäksi opettajat esittivät kehittämishaasteita omiin kokemuksiinsa perustuen.

### Myönteiset kokemukset opettajien kuvaamana

Opettajien myönteisiä kokemuksia TKI -työn ja opetuksen integroinnista kuvataan kahdeksassa alateemassa, jotka esitetään kuviossa 1.



Kuvio 1. Opettajien myönteiset kokemukset pilotoinnista

Opiskelijoiden suhtautuminen pilotointiin oli pääosin positiivista, mikä ilmeni opiskelijoiden innokkuutena ja uusien kehittämishaasteiden esittämisenä. Käytännön harjoittelun aikana integroitiin teoriaa käytäntöön järjestämällä ns. reflektioseminaareja. Reflektioseminaarit opiskelijat kokivat myönteisiksi, seminaareissa he saivat reflektoida omaa osaamistaan ja tuottaa uusia ajatuksia hoitotyön kehittämiseen. Opiskelijat esittivät innokkaasti uusia kehittämishaasteita hoitotyöhön, ja he olivat innokkaita arvioimaan omaa kehittymistään substanssi-, työyhteisö- ja

kehittämisesaamisessa. Opettajan rooli muotoutui opiskelijan ajattelu- ja toimintakäytänteiden tukijaksi ja kannustajaksi opiskelijoiden oppimisessa.

Opiskelijat kokivat myönteisenä näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisen. He myös ymmärsivät näyttöön perustuvan hoitotyön merkityksen hoitotyön kehittämisessä ja oman itsensä kehittämisessä. Opiskelijoiden mukaan hoitotyössä tulee tietää, mihin päätöksenteko perustuu. Heidän mielestä on tärkeää ajantasaistaa toistuvasti tietoja, jotta kykenee harjoittamaan näyttöön perustuvaa hoitotyötä potilaan parhaan mahdollisen hoidon toteuttamiseksi. Positiivisena opiskelijat kokivat käytännön harjoitteluun yhdistetyn toimintaympäristön turvallisuuteen liittyvän havainnointi ja haastattelutehtävän. Opiskelijat kykenivät tunnistamaan potilaan hoitoon ja osaston toimintaan liittyviä kehittämishaasteita, joita he esittivät osastoilla sekä pohtivat reflektioseminaareissa niiden merkitystä teorialtietoon perustuen. He etsivät tutkittua tietoa toimintojensa perustaksi. Opettajan rooli muotoutui opiskelijan ajattelu- ja toimintakäytänteiden tukijaksi ja kannustajaksi opiskelijoiden oppimisessa.

### Haasteelliset kokemukset opettajien kuvaamana

Haasteellisista kokemuksista TKI-työn ja opetuksen integroinnissa muodostettiin yhdeksän alateemaa, joita kuvataan kuviossa 2.



Kuvio 2. Opettajien haasteelliset kokemukset

Opettajien kuvausten mukaan informaatio TKI-työn ja opetuksen integroinnista tuli liian myöhään. Pilotointi käynnistyi liian nopeasti, jolloin opettajille ei jäänyt aikaa valmentautua eikä perehtyä riittävästi aiheeseen. Kokonaisuudessaan opettajat kokivat TKI-työn suunnittelun hierarkkiseksi, jossa he saivat valmiit suunnitelmat ja tehtävät ylhäältä päin. Tämä ei motivoinut opettajien kehittämistoimintaa. Opettajat olisivat halunneet olla mukana TKI-työn ja opetuksen pilotoinnin suunnittelusta lähtien, jotta olisivat voineet perehtyä asiaan syvällisemmin ja näin kokeneet pilotoinnin läheisemmäksi ja mielekkäämmäksi. Opettajien mukaan myös opiskelijat kokivat, että TKI-työn ja opetuksen integroinnista olisi pitänyt saada aikaisemmin ja enemmän tietoa ennen käytännön harjoittelua. Aiheeseen perehtyminen olisi helpottanut opiskelijoiden orientoitumista käytännön harjoitteluun ja harjoitteluun liittyviin tehtäviin. TKI-työhön ja opetuksen integraatioon tutustuminen olisi myös vauhdittanut oppimistehtäviin liittyviä haastatteluja, havainnointeja ja kyselyjä.

Pilotoinnin aikana teorian ja käytännön integroinnissa sekä opettajat että opiskelijat kokivat haasteita. Osassa ryhmistä eri opettaja vastasi teorian opetuksesta ja toinen opettaja ohjasi käytännön harjoittelun. Opettajien kokemuksen mukaan saman opettajan tulisi opettaa sekä teoria että ohjata käytännön harjoittelu. Näin olisi helpompaa löytää perusteita teoriasta toimintakäytänteille, kun tietää mitä on opetettu. Opettajien mukaan ohjaavan opettajan tulisi opettaa myös teoria, jolloin hän olisi perehtynyt paremmin opiskelijoiden käytännön tehtävinä oleviin havainnointi- ja haastattelutehtäviin sekä niiden sisältöihin. Näin ollen opettaja olisi pystynyt tukemaan opiskelijoita paremmin heidän kerätessään tietoa oppimistehtäviinsä sekä potilailta että hoitohenkilökunnalta.

Yhdeksi haasteeksi koettiin myös opettajien yhteistyön puute. Opettajat eivät olleet tietoisia eri opintojaksoilla tai lukukausilla olevien opiskelijoiden teoriaopintojen sisällöistä ennen käytännön harjoittelujaksoa. Lisäksi opiskelijoiden käsitys käytännössä suoritettavan haastattelutehtävän sisällöstä ja haastattelun kohteesta oli eriävä. Osa opiskelijoista haastatteli yksittäisiä potilaita heidän saamastaan hoidosta ja osallistumisestaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Osa taas haastatteli hoitohenkilökuntaa ja heidän näkemyksiään potilaan mahdollisuudesta osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Osa opiskelijoista tarkasteli tehtävää koko osaston näkökulmasta, kuinka siellä toimittiin ja mihin toiminta perustui.

Opettajien asennoitumisessa teorian ja käytännön reflektointiin koettiin haasteita. Opettajat kokivat aikaresurssit rajalliseksi teorian ja käytännön integroinnissa. Osa opettajista ei nähnyt teorian reflektointia

välttämättömänä käytännönharjoittelujakson aikana. Näin ollen teoria ja käytäntö jäivät osin irralliseksi opiskelijoiden käytännön oppimisessa. Tämä aiheutti ristiriitaa opiskelijoissa ja esteitä opiskelijan teorian ja käytännön integroinnille.

### Opettajien esittämät kehittämishaasteet

Opettajia pyydettiin esittämään kehittämishaasteita pilotoinnista saatujen kokemusten pohjalta. Kehittämishaasteista muodostettiin kuusi alateemaa, jotka kuvataan kuviossa 3.



Kuvio 3. Opettajien esittämät kehittämishaasteet pilotoinnin pohjalta

Opettajien näkemysten mukaan opiskelijoita tulee ohjata järjestelmällisemmin tutkitun tiedon hakuun ja vaatia myös enemmän tutkitun tiedon käyttöä heti koulutuksen alusta alkaen. Jos tutkitun tiedon käyttöä korostetaan koulutuksen alusta alkaen syventäen, niin se muotoutuu normaalisti toiminnaksi hoitotyön toimintakäytänteiden ja oman osaamisen perusteluissa jo koulutuksen aikana. Tällöin opiskelijat oppivat ymmärtämään tutkitun tiedon hyödynnettävyyden käytännön hoitotyön toimintojen perusteluissa ja hoitotyön kehittämisessä sekä oman asiantuntijuuden kehittämisessä. Opettajien mielestä tulisi olla enemmän teoriaa tutkimustyön menetelmistä ja näyttöön perustuvasta hoitotyöstä koulutuksen alkuvaiheessa. Näin ollen harjoittelujaksoilla olevat opiskelijat kykenevät systemaatisemmin havainnoimaan, haastattelemaan ja tekemään erilaisia



kyselyjä potilaille ja ymmärtävät niiden merkityksen hoitotyössä. Näyttöön perustuvan hoitotyön opintoja perusteltiin sillä, että se luo perustaa hoitotyölle ja näytöllä voidaan perustella omia toimintoja hoitotyössä. Näyttöön perustuvan toiminnan nähtiin myös vahvistavan hoitotyön asiantuntijuuden kehittymistä.

Yhteistyön ja verkostoitumisen vahvistamista korostettiin työelämän edustajien, opettajien ja opiskelijoiden välillä, jotta TKI-työ ja opetuksen integraatio onnistuu sekä opiskelijoiden oppimisessa. Lähtökohtana tulisi olla, että työelämän edustajat osallistuvat jo opetussuunnitelmien ja oppimisympäristöjen suunnitteluun, jotta luodaan suotuisat olosuhteet opiskelijan oppimiselle. Työelämän edustajien tulisi olla mukana TKI-työn ja opetuksen integraation suunnittelussa, jotta TKI-työn integrointi onnistuu käytännön hoitotyössä ja näin kaikilla olisi samanlainen näkemys TKI-työn ja opetuksen integraation merkityksestä opiskelijan oppimisessa sekä käytännön hoitotyössä. Pilotoinnissa työelämän edustajien informointi jäi liian vähälle. He eivät aina tiedäneet mitä opiskelijan tuli tehdä ja miksi, joka aiheutti hukan hämmennystä.

Yhteistyön ja verkostoitumisen vahvistamista toivottiin opettajien välillä. Ongelmana koettiin se, että opettajat eivät olleet selvillä toisen opettajan teoria opintojen sisällöistä. Epäselvyys aiheutti ongelmia käytännön harjoittelua ohjaaville opettajille ja opiskelijoille. Opettajien mielestä teorian opetusta tulisi keskittää sille opettajalle, joka ohjaa käytännönharjoittelua ja harjoitteluun liittyviä tehtäviä. Opettajien näkemyksen mukaan heti koulutuksen alussa tulisi olla teoriaa hoitotyön asiantuntijuudesta ja sen kehittymisestä koulutuksen aikana, jotta opiskelija kykenee itse arvioimaan ja pohtimaan kehittymistään substanssi-, työyhteisö- kehittämis- ja kehittämisosaamisessaan opintojen edetessä.

## **Suosituksia tulosten hyödyntämiseen**

Tuloksia on hyödynnetty uusien opetussuunnitelmien ja oppimisympäristöjen suunnittelussa, työelämäyhteistyön lisäämisellä sekä opettajan toimien kuvan kehittämällä. Suosituksina jatkokehittämiseksi edelleen on, että TKI-työn ja opetuksen integroinnin tulee olla opiskelijoiden oppimista edistäviä, valinnan mahdollisuuksia lisääviä, joustavia ja tarjota oppimiseen erilaisuutta kehittämällä opetussuunnitelmia sekä hyödyntämällä erilaisia oppimisympäristöjä. Lisäämällä yhteistyötä työelämän edustajien

kanssa ja tarjoamalla oppimiseen enemmän yksilöllisiä ratkaisuja voidaan tarjota erilaisia ratkaisuja oppimisen tukemisessa.

Opetussuunnitelman kehittäminen edelleen ja yhteistyössä, koska opetussuunnitelman tavoitteena on ohjata ja tukea opiskelijan oppimista ammatille asetettujen tavoitteiden mukaisesti. TKI-työ tulee saada opetussuunnitelmassa ammattiaineiden rinnalla näkyväksi koko koulutuksen ajan. Tämä edellyttää, että TKI-työ ja opetus (ammattiaineet) ovat integroituneita toisiinsa. Hoitotyön koulutusohjelman opetus-suunnitelmissa tulee ottaa huomioon työelämän muutokset, kuten ammattirakenteen ja tehtävien muutokset, uuden teknologian käyttöönotto, työn organisatoriset muutokset ja niiden vaikutukset asiantuntijuuden osaamiseen sekä kansainvälistyminen.

Oppimisympäristö on merkittävä tekijä hoitotyön oppimisessa etenkin TKI-työn ja opetuksen integraatiossa. Hoitotyön oppimisympäristöjä tulee luonnehtia vahvasti: työelämälähtöisyys projektikeskeisyys, verkostoituminen ja teknologian hyödyntäminen. Todelliset hoitotilanteet oppimisympäristönä ovat suotuisia, koska opiskelijat voivat niissä kriittisesti reflektoida omia toimintakäytänteitään ja niiden merkityksiä hoitotyössä. Teoriaa tulisi opiskella myös käytännön harjoittelujaksojen aikana. Tällöin opiskelija saa tarttumapintaa teorian soveltamiselle. Hän kykenee reflektimaan paremmin hoitotilanteita ja samalla etsimään teoriasta peruste-luja toimintakäytänteille ja näin nivoa TKI-työn ja ammatillisten aineiden sisältöihin. Näin TKI-työ integroituu oppimiseen ja tulee normaaliksi toimintakäytänteeksi.

Työelämäyhteistyön lisääminen. Ammattikorkeakoulun tehtävänä on vahvistaa alueellista kehitystä ja vastata alueen osaamistarpeisiin. Ratkaisuja työelämän kehittämiseen tehdään alueellisesti esimerkiksi yhteisissä hankkeissa, joissa työelämä on vahvasti mukana. Tämä tarkoittaa sitä, että ammattikorkeakoulu verkostoituu ja on tiiviissä yhteistyössä työelämän kanssa. Työelämäyhteistyötä ja verkostoitumista tulee tehdä kaikilla tasoilla. Myös ne opettajat, jotka ovat vuorovaikutuksessa työelämään joko opiskelijoiden kautta tai muuten, ovat avainasemassa yhteistyön kehittämisessä. Työelämäyhteistyötä ei rakenneta ainoastaan johtajien avulla. Tiivis työelämäyhteistyö edistää yhteisen ymmärryksen löytymistä sekä hoitotyön opetukseen sekä työelämän että alueen kehittämiseen.

Opettajan osaaminen on muutoksessa. Opettajan osaamisessa korostuu ”rajapinnoilla” toimiminen, jossa työelämä ja opiskelijan oppiminen kohtaavat. Opettajan osaamista tulee tarkastella opettajan toimintaympäristön muutoksina ja työrooliin liittyvinä muutosvalmiuksina. Työelämäläheinen

TKI-työ ja opetuksen integrointi luovat uusia haasteita opettajan työn sisällölle ja opettajan osaamiselle. Opettaja toimii opiskelijoiden oppimisen ohjaajana ja tukijana sekä työelämäyhteyksien ja oppimisympäristöjen rakentajana, ei ns. perinteisenä ”luokkahuoneen” opettajana. Opettaja on kehittäjä ja TKI-työn osaaja, joka toimii verkostoissa edistäen TKI-työn ja opetuksen integrointia ja näin ollen osallistuen koulun ja työelämän yhteistyöprojekteihin sekä nivoen opetuksen sisällöllisesti erilaisiin projekteihin. Opettaja toimii opiskelijoiden kehittymisosaamisen tukijana, jotta opiskelijat kykenevät ottamaan vastuun omasta oppimisestaan ja kykenevät arvioimaan omaa oppimistaan.

*”Opiskelijan asiantuntijuuden osaamisen arvioinnin tueksi tulisi rakentaa asiantuntijuuden kehittymistä kuvaava malli koko koulutuksen ajalle, jonka avulla opiskelija voi arvioida asiantuntijuuden kehittymistä lukukausittain sekä itsenäisesti että opettajan kanssa yhdessä. Asiantuntijuuden kehittymistä tulee arvioida substanssi-, työyhteisö-, kehittämis- ja kehittämisosaamisena.”*

## Lähteet

- ARENE 2008. Ammattikorkeakoulujen tutkimus- ja kehittämistyö II. Julkaisut. 2008. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto ARENE ry. Saatavissa osoitteessa: <[www.arene.fi](http://www.arene.fi)>.
- Lohiniva, V. – Sarajärvi, A. 2004. Työpaikka oppimis-, tutkimus- ja kehittämisympäristönä. Teoksessa Kotila, H. – Mutanen A. (toim.). Tutkiva ja kehittävä ammattikorkeakoulu. Helsinki: Edita. 177–195.
- Lumme, R. – Sarajärvi, A. – Mattila, L.-R. – Paavilainen, R. 2009. T&K-työn ja opetuksen integraation toimenpideohjelma Terveys- ja hoitoalalle. Metropolia Ammattikorkeakoulu, Terveys- ja hoitoala. 26.5.2009. Julkaisematon.
- Lumme, R. – Sarajärvi, A. 2010. TKI-työn ja opetuksen integraatiopilotointi terveys- ja hoitoalalla. Pilotointisuunnitelma. Metropolia Ammattikorkeakoulu, Terveys- ja hoitoala. Helsinki. 18.2.2010. Julkaisematon.
- Lähdesmäki, R. – Koivunen, K. – Isohanni, I. 2008. Ammattikorkeakouluopettajien tutkimus- ja kehitystyön verkostot. Kever-verkkolehti 1. <<http://ojs.seamk.fi/index.php/kever/article/viewPDFInterstitial/87/168>>. Luettu 1.10.2013.
- Sarajärvi, A. – Mattila, L.-R. – Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta – Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro.

Sarajärvi, A. – Salmela, M. – Eriksson, E. 2013. TKI-työn ja opetuksen kehittämis- projektin tulokset, kehittämishaasteet ja suositukset. AMK-lehti/Journal of Finnish Universities of Applied Sciences, No 1 (2013). Saatavissa osoitteessa: <<http://www.uasjournal.fi/index.php/uasj/article/view/1443>>.

Tilastokeskus 2009. Saatavissa osoitteessa: <[www.tilastokeskus.fi/meta/kas/t\\_ktoiminta.html](http://www.tilastokeskus.fi/meta/kas/t_ktoiminta.html)>. Luettu 1.10.2013.

Tuomi, J. – Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. painos. Helsinki: WSOY.

Varmola, T. 2008. Askel askeleelta: ammattikorkeakoulujen tutkimus- ja kehitystoiminnan rooli tietointensiivisessä kansantaloudessa. Teoksessa Kotila, H. – Mutanen, A. – Kakkonen, M.-L. (toim.): Opetuksen ja tutkimuksen kiasma. Helsinki: Edita. 23–35.

# Perehdytysmalli osana työyhteisön kehittämisosaamista

**ANNE-MARIA KONKOLA**

Artikkelissa kuvataan spirometriatutkimuksen perehdytysmallin kehittämistä ja perehdytyskäytännön yhdenmukaistamista mallin avulla erään yliopistollisen sairaalan toimintayksikössä. Tavoitteena oli vahvistaa hoitajien osaamista perehdyttäjinä sekä tukea perehtyjien ammatillista kehittymistä spirometriatutkimuksen suorittamisessa. Työyhteisön ja organisaation näkökulmasta oli tärkeää, että jäsenten toimintakäytänteet perehdyttämisessä ovat yhtenäiset.

Työelämä on jatkuvassa muutoksessa, ja muutos vaikuttaa työn tekemisen sisältöihin ja työtapoihin. Työtapoja ja toimintamalleja on kehitettävä työn laadun, vaikuttavuuden ja tehokkuuden ylläpitämiseksi ja parantamiseksi. Osaava työvoima on yksi osa työelämän kehittämisstrategiaa. Perehdyttäminen on osa työntekijän osaamisen kehittämistä, ja siksi toimintayksiköiden perehdytyskäytäntöjä on kehitettävä ajantasaisiksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmissa on tavoitteena palvelujen järjestäminen asiakaslähtöisesti niin, että asiakkaat luottavat palveluiden laatuun ja vaikuttavuuteen. Asiakaslähtöinen toimintamalli vaikuttaa työntekijöiden ammatinkuvien laajenemiseen asiakkaan tarpeita paremmin palvelevaksi. Työelämäosaamisesta ja tiedosta on tullut keskeinen tuotanto- ja kilpailutekijä. (Hanhinen 2011; Laaksonen – Niskanen – Ollila 2011; Ristikko 2011; Viitala 2008; 2013.)

Henkilöstön kehittämisen muotoja voidaan jäsenellä sen mukaan, kohdistuvatko ne ensisijaisesti yksilön osaamisen kehittämiseen vai koko työyhteisön osaamistason nostamiseen, ja sen mukaan, tapahtuuko kehittäminen työn äärellä vai sen ulkopuolella. Yksilön kehittämisen muotoja ovat työhön opastus ja perehdyttäminen, työkierto, haasteelliset erityistehtävät, projektit, sijaisuuksien hoito, ristiinkoulutus, mentorointi, työnohjaus ja toimintaoppiminen (action learning). Sijaisjärjestelmän kehittäminen turvaa toiminnan sujuvuuden, kehittää ja uudistaa osaamista. Ristiinkoulutuksella, jolla perehdytetään työntekijöitä toistensa tehtäviin, lisätään organisaation joustavuutta ja parannetaan työn tuottavuutta osaavan työvoiman turvin. Tiimityön yleistyessä moniosaamisen merkitys

kasvaa. Action learningprosesseilla voidaan kehittää johtajia ja johtamises-  
sa tarvittavia taitoja. (Grönfors 2010; Viitala 2013.)

Yliopistollisen sairaalan strategiaan tavoitteisiin kuuluvat henkilös-  
tön perehdytyksen ja työhön opastuksen jatkuva kehittäminen. Osaavan  
ja motivoituneen henkilöstön saavuttamisen edellytyksenä ovat suunni-  
telmallinen osaamisen kehittäminen, ja sen tulee perustua henkilöstön ja  
organisaation osaamistarpeen kartoitukseen sekä muutoksen ennakointiin.  
Laaksosen, Niskasen ja Ollilan (2012) mukaan lähijohtaja on avainasemas-  
sa siinä, miten strategia elää työyhteisössä ja miten se palvelee asiakkaan  
hyvää hoitoa tai palvelua. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää viestintään,  
jotta strategiasta tulee ymmärrettävä.

Terveydenhuollossa laatutyötä tulee parantaa ja laajentaa jatkuvasti.  
Terveydenhuoltolaki velvoittaa kaikkia terveydenhuollon toimintayksiköi-  
tä laatimaan suunnitelman laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täy-  
töntöönpanosta. Sen yhtenä tavoitteena on johtamisosaamisen toiminta-  
edellytysten järjestäminen niin, että hoito voidaan toteuttaa laadukkaasti,  
vaikuttavasti ja turvallisesti moniammatillisena yhteistyönä. Siksi toimin-  
tayksikön johtamisessa on oltava moniammatillista asiantuntemusta, joka  
tukee eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapo-  
jen kehittämistä. Tässä on kyse näyttöön perustuvien yhteisten käytäntöjen  
kehittämisestä terveydenhuollon eri toimialueilla. (Risikko 2011.)

Terveydenhuollossa potilashoidon laadun parantamisen tavoitteena on  
toimia käytännönläheisesti ja erilaisia laatumittareita hyödyntäen. Tule-  
vaisuuden laatutyön visiona 2015 on sellainen hyvä hoito, jonka ammat-  
titaitoinen henkilökunta toteuttaa sujuvana hoitoprosessina ja turvallisesti  
soveltaen näyttöön sekä hyviin hoitokäytäntöihin perustuvia ja vaikuttavia  
menetelmiä. Kun potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä, yhteistyö ja  
tieto sujuvat saumattomasti eri tahojen välillä, niin hyvän hoidon tulok-  
sena on tyytyväinen potilas. (Koivuranta – Vaara 2011.)

## **Perehdyttäminen osana terveydenhuollon henkilöstön osaamisen kehittämistä**

Osaaminen on toimintaa, joka muodostuu tiedoista, taidoista ja koke-  
muksista. Työ muodostuu osaamisen ja toiminnan yhdistelmästä eli osaa-  
misesta ja tekemisestä. Osaamisen kehittäminen on oman työn tekemistä  
ja uuden oppimista työn ohessa. Tulevaisuuteen suuntaavalla henkilös-  
tön kehittämisellä parannetaan ja ylläpidetään organisaation henkilöstön

toimintavalmiuksia ja suoritustasoa. Työn hallinta, työpanos ja työtyytyväisyys lisääntyvät ja sitä kautta palvelutaso ja asiakastytyytyväisyys paranevat. (Laaksonen ym. 2012; Tuomi – Sumkin 2012; Surakka ym. 2008; Viitala 2008; 2013.)

Työntekijän perehdyttäminen, työn opastus ja koulutus ovat yksi osa-alue työntekijän osaamisen kehittämistä. Työntekijän perehdyttämistä ja kouluttamista koskevia säädöksiä käsitellään terveydenhoito-, työturvallisuus- ja työsopimuslaeissa. Työnantaja on vastuussa työntekijän riittävästä perehdytyksestä työhönsä. Työyksikön lähiesimies on vastuussa perehdytyksen suunnittelusta ja tuen antamisesta, mutta käytännön toimenpiteisiin osallistuvat myös nimetyt perehdyttäjät, työyhteisön jäsenet ja muut ammattilaiset. Hyvin suunniteltu perehdytys luo pohjan osaamisen ja palvelun laadun säilymiselle, lisää työmotivaatiota ja kiinnostusta omia työtehtäviä kohtaan. (Laaksonen ym. 2012; Kupias – Peltola 2009; Viitala 2013.)

Työelämän jatkuva muutos edellyttää työntekijän työelämäosaamiselta erilaisia osaamisalueita, kuten innovatiivisuutta, ongelmanratkaisukykyä, vastuullisuutta ja monenlaisia tietoteknisiä taitoja. Aikaisempien tiukasti määriteltyjen työ- ja tehtäväkuvausten tilalle on tullut tarve saada erilaista osaamista edellyttäviä ammattikuvia, joissa samojen ammattinimikkeiden alla työskentelevien ihmisten työtehtäviä voidaan tarpeen tullen vaihdella. (Hanhinen 2011.)

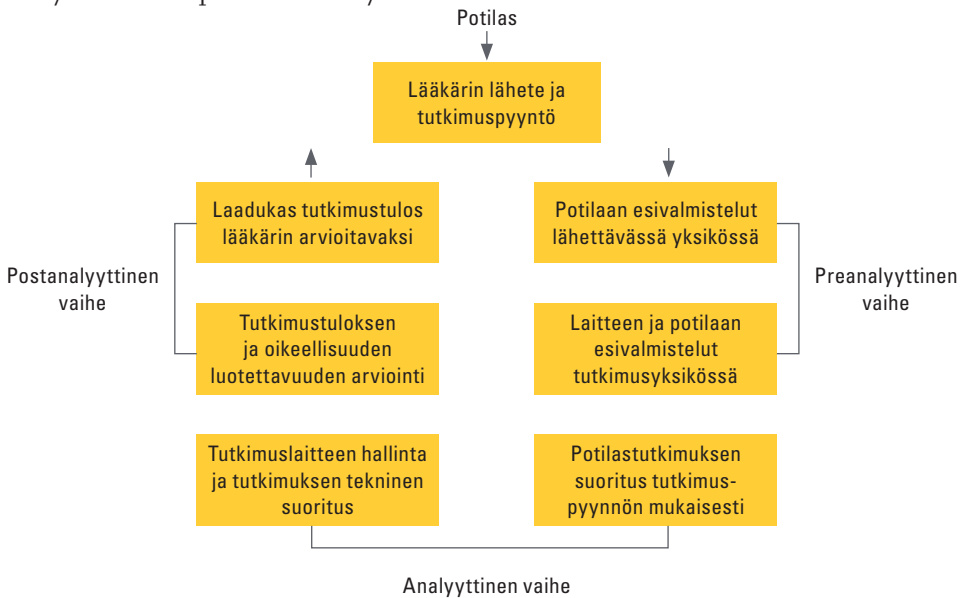
## **Kehittämistyön toimintaympäristö**

Kehittämistyö toteutettiin erään yliopistollisen sairaalan toimintayksikössä. Toimintayksikön perustehtävänä on tuottaa laadukkaita potilastutkimuksia, joita ovat erilaiset keuhkojen toimintakokeet. Tutkimusvalikoima keskittyy astman ja muiden keuhkosairauksien selvittelyyn, diagnosointiin ja hoidon seurantaan. Tutkimuksia tekevät toimintayksikön laboratoriohoitajat/bioanalyttikot ja keuhkojen toimintakokeisiin erikseen perehdytetyt sairaanhoitajat. Asiakkaina ovat sairaalan sisäiset yksiköt ja koko kuntayhtymän sairaanhoitoalue. Spirometriatutkimus on yksi tärkeimmistä keuhkojen toimintakokeista. Spirometriatutkimus on herkkä virhelähteille, ja siksi sen laadun parantaminen ja seuraaminen on tärkeää. Tutkimuksen suorittaminen laadukkaasti vaatii tekijältään hyvää perehtymistä ja paljon käytännön harjoitusta. Kehittämiskohteeksi valitulla spirometriatutkimuksen perehdytyskäytännön uudistamisella haluttiin parantaa tutkimusten laatua sekä laadun seuranta. Perehdytysmallin laatimisessa noudatettiin

Suomen Kliinisen Fysiologian yhdistyksen ja Suomen Keuhkolääkäriyhdistyksen suosituksia spirometriamittausten suorittamiseksi ja arvioimiseksi (Sovijärvi ym. 2011).

Tutkimuksen saatavuuden ja asiakaspalvelun parantamiseksi spirometriatutkimuksia tehdään paljon muissakin kuin vain niihin erikoistuneissa yksiköissä. Hyvin suunnitellulla toimintamallilla spirometriaperehdytys voidaan järjestää laadukkaasti eri ammattiryhmille. Perehdyttäminen vaatii perehdyttäjältä asiantuntijuutta hallita laadukas spirometriatutkimus osana potilaspalveluprosessia.

Eri ammattiryhmien välinen sujuva yhteistyö näkyy potilaan koko palveluprosessin laadun parantumisena. Laadukkaan palvelun edellytyksenä on osaamisen hallinta prosessin joka vaiheessa. Palvelun laatu kärsii, jos prosessin missään vaiheessa tapahtuu virhe ja siksi perehdytyksen tulisi ulottua sen kaikkiin vaiheisiin. Esimerkkinä kuviossa 1. kuvataan potilastutkimusprosessi osana potilaan palveluprosessia, joka on kolmivaiheinen. Prosessi käynnistyy potilaalle määrätystä läheteestä ja tutkimuspyynnöstä. Lähettävä yksikkö/osasto varaa tutkimuspyynnön mukaisen ajan potilaalle ja antaa esivalmisteluohjeet tutkimusta varten. Tutkimusyksikössä hoitaja tekee potilaalle tutkimuspyynnön mukaisen tutkimuksen, arvioi tutkimustuloksen oikeellisuuden sekä luotettavuuden ja lähettää tuloksen lääkärille, jolloin potilastutkimusprosessi päättyy tutkimustuloksen hyödyntämiseen potilaan terveydentilan seurannassa.



Kuvio 1. Potilastutkimusprosessi



## Kehittämistyön tarkoitus, tavoitteet ja toteuttaminen

Kehittämistyön tarkoituksena oli laatia spirometriatutkimuksen perehdytysohjelma luomalla perehdytysmalli ja perehdytyksen seuranta- ja arviointikäytäntö. Tavoitteena oli yhdenmukaistaa spirometriatutkimuksen perehdytyskäytäntö perehdytysmallin avulla, vahvistaa hoitajien osaamista perehdyttäjinä sekä tukea perehtyjien ammatillista kehittymistä spirometriatutkimuksen suorittamisessa. Laadukas perehdytys antaa perehdytettävälle hyvät perustiedot ja valmiudet spirometriatutkimuksen suorittamiseen.

Kehittämistyön aineisto nousi työyhteisössä käydyissä kehitys- ja osastokeskusteluissa. Toimintayksikön kehittämisen kohteeksi tarkentui spirometriaperehdytyksen laadun parantaminen uudistamalla perehdytyskäytäntöä. Aikaisempaan perehdytystapaan kaivattiin selkeät ja yhteisesti sovitut ohjeet. Hyvä perehdytys suunnitelma edellyttää kirjallista perehdytysohjelmaa, perehdytyksen vastuuhenkilöä, perehdyttäjiä ja perehdytyksen ajallista suunnitelmaa (Laaksonen ym. 2012). Toimintayksikössä koko henkilöstö osallistui perehdytyksen suunnitteluun. Näin taattiin, että koko henkilöstöllä on yhteneväiset käsitykset perehdytysasioista ja -käytännöistä.

Aineisto perehdytysmallin kehittämiseksi kerättiin työyhteisön jäseniltä kahdessa osastotapaamisessa. Kehittämisehdotuksia kerättiin suullisesti ja kirjallisesti. Ensimmäisessä tapaamisessa keskusteltiin perehdytysmallin sisällöstä ja käytännön toimintatavoista. Toisessa tapaamisessa perehdytysmallia oli alustavasti valmisteltu ja sitä kehitettiin edelleen keskustelujen perusteella. Saatu aineisto käsiteltiin sisällönanalyysillä. Saadusta aineistosta muodostettiin strukturoitu analyysirunko. Kehittämisideoiden ja mielipiteiden perusteella kerätyistä asioista saatiin perehdytysmallin vaiheita kuvaava analyysirunko (Tuomi – Sarajärvi 2009).

## Kooste tuloksista

Perehdytysmalli muodostuu kolmesta päävaiheesta:

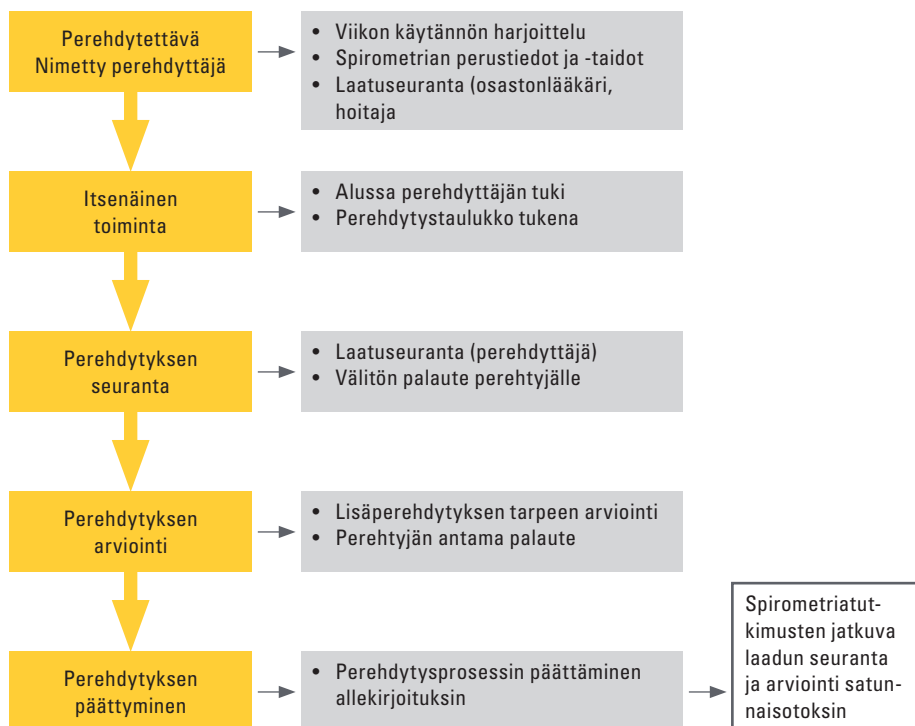
1. Perehdytysvaiheiden taulukointi
2. Perehdytysjakson pituus ja sisältö
3. Perehdytyksen seuranta- ja arviointi

Perehdytys alkaa tutustumalla nimetyn perehdyttäjän kanssa tutkimuslaitteeseen, esivalmisteluihin ja spirometriaohjelmaan (ks. kuvio 2.) Perehdytystaulukko, joka sisältää perehdytyksen vaiheet spirometriatutkimuksen

suorittamiseksi, auttaa perehdytyksen etenemisessä ja toimii muistilistana perehdyttäjälle sekä myöhemmin perehtyjälle. Perehdyttäjä merkitsee taulukkoon jokaisen perehdytysvaiheen läpi käydyksi. Taulukon sisältämät ohjeet noudattavat Suomen Kliinisen Fysiologian Yhdistyksen ja Keuhkolääkäriyhdistyksen laatimia suositusituksialuotettavan spirometriatutkimuksen suorittamiseksi ja arvioimiseksi (Sovijärvi ym. 2011).

Perehdytysjakso muodostuu viikon kestävästä käytännön harjoittelusta perehdyttäjän tukemana ja sen jälkeen perehtyjän itsenäisestä toiminnasta. Perehdyttäjä ja osaston vastaava lääkäri seuraavat tehtyjen spirometriatutkimusten laatua. Perehtyjä saa palautetta osaamisestaan ja mahdollisesta lisäperehdytyksen tarpeesta. Lopuksi perehdytysprosessi todetaan päättyneeksi molempien allekirjoituksin. Allekirjoitettu perehdytystaulukko toimii todisteena toteutuneesta perehdytyksestä.

Laadun seuranta ja arviointia tehdään spirometriatutkimusten satunnaisotoksesta. Perehdytyksestä vastaavan toimintayksikön hoitajat tekevät kuukausittain satunnaisotoksen, ja laadun arviointia tehdään yhdessä toimintayksikön erikoislääkärin kanssa.



Kuvio 2. Spirometriatutkimuksen perehdytysmalli

## Kooste kehittämistyöstä ja kehittämishaasteet

Kehittämistyön tuloksena saatu kirjallinen perehdytysuunnitelma oli ollut pitkään toimintayksikön tavoitteena spirometriatutkimuksen laadun parantamisessa. Laatutyö on tärkeä osa työyhteisön toimintaa. Se on suunnitelmallista työyhteisön toiminnan laadun kehittämistä, ja sen toteuttamista varten on järjestettävä aikaa muulta työltä ja nimettävä laatutyön vetäjä. Työntekijöiden osallistumisella työnsä kehittämiseen on paljon positiivisia vaikutuksia. Se lisää yhteisöllisyyden tunnetta, työn laatu, työn merkitys ja työmotivaatio kasvavat ja sitä kautta asiakaspalvelun laatu paranee.

Tässä artikkelissa kuvatussa kehittämistyössä spirometriatutkimuksen perehdytysmallin suunnitteluun ja perehdytyskäytännön uudistamiseen osallistui koko työyhteisö. Asia koettiin yhteiseksi, koska perehdytysprosessiin osallistuvat kaikki toimintayksikön hoitajat. Yhtenäiset käytänteet ja toimintatavat toimivat osana yksikön toiminnan laadunhallintaa.

Potilastutkimusprosessi sisältyy potilaan palveluprosessiin, alkaen lääkärin määräämästä tutkimuspyynnöstä ja päättyen tutkimustulosten hyödyntämiseen potilaan terveydentilan seurannassa lääkärin vastaanotolla. Asiakaspalvelun laatumittarina toimii itse palvelun käyttäjä eli potilas. Palvelun laatua voidaan seurata ja parantaa hyödyntämällä asiakaspalautteita ja asiakastyytyväisyyskyselyjen tuloksia.

Uusi perehdytyskäytäntö on tarkoitus ottaa heti käyttöön seuraavalle spiometriaperehdytystä tarvitsevalle. Samoin kuukausittaiset satunnaisotokset tehdyistä tutkimuksista laadun seurantaan ja arviointia varten voidaan aloittaa.

Tässä kehittämistyössä keskityttiin yhden potilastutkimuksen perehdytysprosessiin. Jatkossa tähän perehdytysprosessiin voisi sisällyttää perehdytystä tutkimusyksikön ja potilasta hoitavan yksikön väliseen yhteistyöhön, jolla parannettaisiin tiedonkulkua potilaan palveluprosessissa. Tiedonkulun katkokset ja epäselvyydet potilasta palvelevien tahojen välillä heikentävät asiakaspalvelua.

### Lähteet

Grönfors, T. 2010. Työssä oppiminen. Avain tuottavuuteen. Helsingin seudun kauppakamari.

Hanhinen, T. 2011. Osaamisenhallinta on työelämän haaste ja valtti. Työpoliittinen Aikakauskirja 1/2011. 5–17. Saatavissa osoitteessa: <<http://www.tem.fi/files/29368/hanhinen.pdf>>.

- Koivuranta-Vaara, P. 2011 (toim). Terveydenhuollon laatuopas, Suomen kuntaliitto. verkkojulkaisu. Helsinki.
- Kupias, P. – Peltola, R. 2009. Perehdyttämisen pelikentillä. Palmeniasarja 61. Helsinki: Palmenia Helsinki University Press.
- Laaksonen, H. – Niskanen, J. – Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Risikko, P. 2011. Pro terveys – terveystiedon akateemiset johtajat ja asiantuntijat. 2/2011. 4–6.
- Seppänen-Järvelä, R. – Vataja, K. (toim.) 2009. työyhteisö uusille urille: kehittäminen osaksi arjen työtä. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Sosiaali- ja terveysministeriön säädöksiä terveydenhuoltolaista 1326/2010. Voimaantulo 1.5.2011.
- Sovijärvi, A. – Kainu, A. – Malmberg, P. – Pekkanen, L. – Piirilä, P. 2011. Spirometria- ja PEF- mittausten suoritus ja tulkinta. Erillisjulkaisu 12. painos. MOODI 3/2011. Helsinki: Labquality Oy.
- Tuomi, J. – Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 6. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, L. – Sumkin, T. 2012. Osaamisen ja työ johtaminen. Organisaation oppimisen oivalluksia. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Viitala, R. 2013. Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. 4. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Viitala, R. 2008. Johda Osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. 3. painos. Helsinki: Infor.

# Johtamisen muutos hoivakodissa

## **TAINA AIRIKAINEN**

Artikkeli kuvaa johtamisen muutosta erään kunnan ylläpitämässä hoivakodissa. Se perustuu kehittämistyöhön, jossa selvitettiin, minkälainen johtamisrakenne palvelisi parhaiten organisaatiota ja työntekijöitä ikäihmisten palvelustrategian mukaisten tavoitteiden saavuttamisessa. Kehittämistyön lopputuloksena oli siirtyminen kahden esimiehen malliin.

Ikäihmisten määrän lisääntymisen ja hoitohenkilökunnan eläköitymisen myötä syntyvä työvoiman tarve luovat tilanteen, jossa kilpailu ammattitaitoisesta työvoimasta kasvaa. Kunnan laatima ikäihmisten palveluiden strategia vuosille 2011–2025 noudattaa Sosiaali- ja terveysministeriön hoidon laatusuosituksia ikäihmisten palvelujen johtamisesta. Tiedolla johtamisen ja osallistavan johtamisen periaatteet on valittu lähtökohdaksi johtamisen kehittämiseen hoitotyön toimintaohjelmassa. Johtamisen merkitys suhteessa työvoiman pysyvyyteen ja työhyvinvointiin nähdään keskeiseksi tekijäksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Työhyvinvointiin voidaan vaikuttaa työn organisoinnilla, työhyvinvointia uhkaavien tekijöiden tunnistamisella ja niiden poistamisella ja avoimella tiedottamisella. Henkilöstön työhyvinvoinnin edistäminen on tärkeää toimintaympäristöissä tapahtuvassa muutoksessa. Toiminnan ylläpitäminen edellyttää riittävästi henkilökuntaa, ja henkilökunta tarvitsee säännöllistä koulutusta osaamisen ylläpitämiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008; Kirkkonummen kunta 2011).

Tässä artikkelissa tarkasteltavassa kunnallisessa hoivakodissa on 60 paikkaa. Hoitotyötä oli perinteisesti johtanut ylihoitaja. Hoitotyön hallinnollisen ylihoitajan puuttuessa näitä tehtäviä oli siirretty osastonhoitajille ja osastonhoitajan toimenkuva oli siirtynyt entistä enemmän yksikön johtamiseen ja hallinnolliseen työhön. Osastonhoitajat olivat yksikön lähiesimiehenä toimiessaan vastuussa henkilöstön rekrytoinnista, sitouttamisesta ja työhyvinvoinnista. Lisäksi he osallistuivat talousasioiden hoitamiseen.

Lähes 50 työntekijän johtaminen edellyttää kahden kokoaikaisen esimiehen työpanosta. Se, muodostuuko esimiestyöpanos kahdesta vai kolmesta henkilöstä, vaikuttaa ratkaisevasti työn sisältöön ja kokonaisuuteen ei ainoastaan esimiehen vaan myös henkilökunnan näkökulmasta.

## Tiedolla johtaminen

Sosiaali- ja terveysalalla työskennellään asiantuntijaorganisaatioissa. Asiantuntemus koostuu henkilön tiedosta, taidosta ja kokemuksesta. Tieto muuttuu jatkuvasti. Arvion mukaan 15–20 prosenttia tiedosta uusiutuu vuosittain. Tarvitaan jatkuvaa uuden oppimista ja tiedon haltuun ottoa. Organisaatiossa tarvittavan osaamisen tunnistaminen ja erityisesti tulevien osaamishaasteiden tunnistaminen suuntaavat koulutuksellisia tavoitteita. (Kauhanen 2009.)

Hoitotyössä tehtävien päätösten perustana tulee olla ajan tasalla oleva tieto hoidon vaikuttavuudesta. Johtamisessa esimiehellä on keskeinen rooli toimia siten, että henkilökunnan näyttöön perustuva hoitotyö mahdollistuu. (Sarajärvi ym. 2011.) Osaamisen tunnistamisessa hyvä apuväline on osaamiskartoitus. Kehittämistyössä jokaisen tiimin kanssa käytiin läpi osaamiskartoitus Palkeet-projektin työstämän aineiston pohjalta (Kiviharju-Rissanen – Kontio 2006). Hoivakodissa osaamista tarkasteltiin tiimin kokonaisuuden kannalta, tunnistaen siten tarpeellisia kehittämiskohteita. Myöhemmässä vaiheessa osaamiskartoitus käytiin läpi henkilökohtaisella tasolla kunkin työntekijän kanssa kehityskeskustelun yhteydessä. Osaamiskartoituksen avulla haluttiin myös nostaa henkilökunnan ammatillista itsetuntoa osoittamalla, miten laaja-alaista osaamista ikäihmisten hoidossa tarvitaan. Tulosten pohjalta nousivat esiin tulevaisuuden koulutukselliset tarpeet. Tiedon uusiutumisessa koulutuksella on keskeinen rooli. Koulutuksessa saadun tiedon jakaminen muulle työyhteisölle on tärkeä osa kokonaisuutta, koska koko henkilökuntaa ei ole mahdollista lähettää samoihin koulutuksiin.

Perusturvan toimialalla koulutustyöryhmä suunnitteli ja järjesti yhteisiä koulutuksia. Eri tulosalueet toivat esiin johtoryhmissä pohtimiaan itselleen tärkeitä ja tarpeellisia koulutusalueita, jotka vietiin koulutustyöryhmään. Strategian linjausten mukaisia tärkeimpiä koulutuksia pyrittiin järjestämään siten, että kaikkien olisi mahdollista osallistua. Tämä edellytti saman koulutuksen järjestämistä useampaan kertaan.

## Osallistava johtaminen

Hoitotyö edellyttää vahvaa tiimityötä ja toimimista moninaisissa verkostoissa. Toiminnan vaikuttavuutta pyritään tehostamaan näyttöön perustuvalla käytännöllä. Eri ammattiryhmien osaamisen hyödyntäminen

toiminnan kehittämisessä edellyttää osallistavaa johtamiskulttuuria. (Wilskman 2009; Sarajärvi – Erkkilä 2013.)

Henkilökunnan mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönsä ja päätösten tekoon, koskien niin potilaan hoitoa kuin työyksikön toimintaa, kuuluu osallistavaan johtamiseen. Osallistavassa johtamisessa on vahvasti kysymys osaamisen johtamisesta. Sitä kautta voidaan vaikuttaa työmotivaatioon, jatkuvaan kehittymiseen ja innovaatioiden syntymiseen työyhteisössä. Kaikkien organisaation jäsenten tieto, taito ja näkemykset pyritään ottamaan käyttöön. Toiminnalle luodaan rakenteet ja mallit, jotka mahdollistavat jatkuvan uuden oppimisen ja toiminnan kehittämisen. (Sarajärvi ym. 2011.)

Esimieheltä odotetaan henkilökunnan innostamista organisaation tavoitteiden mukaiseen työskentelyyn keskustelevaa ja ratkaisukeskeistä lähestymistapaa käyttäen. Yhteisten pelisääntöjen rakentaminen arvojen pohjalta on tärkeä tekijä työyhteisön hyvinvoinnille. Organisaatiossa avoin ja luottamuksellinen keskustelu nähdään tärkeämpänä kuin perinteisesti käytössä olleet mittarit, jotka painottuvat suorituskyykyyn ja työssä onnistumiseen. (Sinisammal ym. 2011: 32–33.)

Osallistava johtaminen edellyttää esimiehen ja henkilöstön välistä jatkuvaa vuorovaikutusta. Säännölliset kokoukset, yhteinen kehittäminen, asioiden pohtiminen ja uusille innovaatioille avoimen ilmapiirin luominen ovat kaikille yhteinen asia. Esimies seuraa ryhmän dynamiikkaa, arvioi toiminnan tasoa ja tuloksia kaiken aikaa arjen keskellä myös epävirallisissa kohtaamisissa ja keskusteluissa. On huolehdittava jokaisen työyhteisön jäsenen ajatusten kuulluksi tulemisesta. Päätöksenteon rajojen tulee olla selkeästi määritellyt, eli pitää olla selvyys siitä, minkälaisissa asioissa henkilökunta voi tehdä itsenäisiä ratkaisuja ja mitkä asiat kuuluvat esimiehen toimivaltaan.

## **Esimiesrakenne hoivakodin toiminnan alkuvaiheessa**

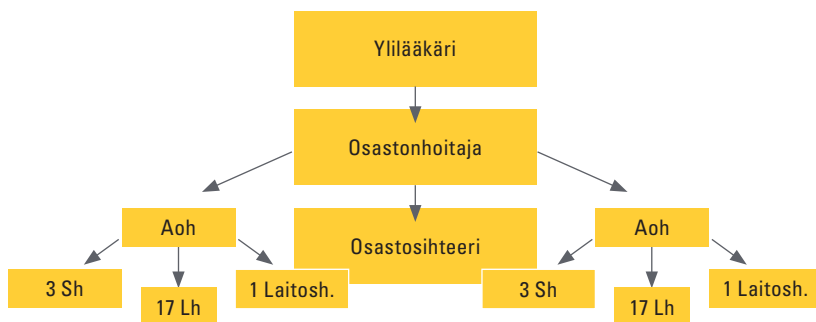
Tässä tarkastellun kunnallisen työnantajan muissa ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä on erilaisia esimieskokoonpanoja:

- johtaja ja tiiminvetäjät
- kaksi osastonhoitajaa
- osastonhoitaja ja kaksi apulaisosastonhoitajaa.

Yksikön suunnitteluvaiheessa hoivakotiin oli valittu jälkimmäinen malli eli yhden osastonhoitajan ja kahden apulaisosastonhoitajan malli.

Apulaisosastonhoitajan työnkuva jakautui siten, että siitä 50 % oli hoitotyötä ja 50 % hallinnollista työtä. Hoivakodin jakautuessa neljään asukasryhmään kahdessa kerroksessa vastualueet jakautuivat kerroksittain apulaisosastonhoitajien välille. Kaikki osastot olivat niin sanottuja sekaosastoja, eli asukkaita ei ollut profiloitu erilaisiin asukasryhmiin. Kaikilla osastoilla oli sekä vuodepotilaita että liikkuvia asukkaita.

Apulaisosastonhoitajat halusivat henkilökohtaisista syistä tehdä kaksi vuorotyötä ja molemmat myös opiskelivat työn ohessa. Tämä, kuten myös ajoittaiset virkavapaudet sekä osa-aikaisuus, hankaloittivat työnjakoa. Tilanne kokonaisuudessaan vaikeutti henkilökunnan tietoisuutta vastuiden jakautumisesta ja siitä, kenen puoleen kääntyä eri asioissa. Selkeän työnjaon tekeminen olisi edellyttänyt kaikkien esimiesten säännöllistä läsnäoloa.



Kuvio 1. Organisaatiokuva

Käytännön hoitotyössä toimimisen ansiosta apulaisosastonhoitajille muodostui hyvä kuva työyhteisön kokonaisuudesta ja tilanteesta. Sekä hoitajan että esimiehen roolissa työskentely loi kuitenkin jännitteen suhteessa muuhun tiimiin. Apulaisosastonhoitajan kokemus oli, ettei hän pystynyt rajaamaan työskentelyä pelkästään hoitotyöhön kentällä ollessaan, vaan esimiestehtävät tulivat myös niihin tilanteisiin väkisin mukaan. Työskennellessään käytännön hoitotyössä lähiesimies toimii esimerkkinä muulle työyhteisölle (vrt. Sarajärvi 2009). Yksikön toiminnan kehittämiskohteet olivat ehkä helpommin havaittavissa käytännön työssä toimiessa. Lähiesimiehen toiminta hoitotyössä voi kuitenkin vaikuttaa siten, että päätöksentekoa vaativissa tilanteissa vastuu siirretään aina esimiehelle.



## **Hoivakodin toiminnassa tapahtuneet muutokset**

Hoivakodin toiminnan alussa koko yksikkö edusti laitoshoidtoa ja kuului terveydenhuollon alaisuuteen. Asukkaat ovat pääsääntöisesti yli 65-vuotiaita monisairaita ikäihmisiä. Kunnan ikäihmisten hoito oli kuitenkin valtakunnallisiin suosituksiin nähden liian laitoshoitopainotteista ja kallista. Tilanteen kehittämisen tavoitteeksi asetettiin laitoshoitopaikkojen vähentäminen ja osittainen muuttaminen tehostetuksi palvelu-asumiseksi.

Muutoksen valmisteluun käytettiin aikaa puoli vuotta. Projektiryhmä kokoontui säännöllisesti suunnittelemaan ja pohtimaan vastauksia muun muassa omaisilta esiin nousseisiin kysymyksiin. Molemmat apulaisosastonhoitajat irrottautuivat hoitotyöstä, ja toinen vastasi molempien kerrostien lähiesimiestyön henkilöstöhallinnosta toisen valmistellessa uuden tehostetun palveluasumisen yksikön toiminnan käynnistystä yhdessä osastonhoitajan kanssa.

Asukkaita ja henkilökuntaa koskevat fyysiset sijoituspaikkamuutokset käynnistettiin siten, että asukkaat profiloitiin ja muodostettiin kolme erilaista yksikköä: hoiva-osastot laitospotilaille sekä tehostetun asumispalvelun ryhmät muistisairaille ja fyysisesti toimintarajoitteisille. Koko hoivakoti muutettiin sosiaalihuoltolain alaiseksi toiminnaksi.

Yksikössä on ollut kehittämishankkeita jo aikaisemmin, jolloin kehittämisen kohteena ovat olleet muun muassa työhyvinvointi, tiedonkulku, perehdyttäminen ja prosessien sujuvuus. Yhteistyössä työterveyshuollon työpsykologin kanssa oli luotu työyhteisöön pelisäännöt. Työyhteisön yhteisiksi arvoiksi oli valittu ammatillisuus, kunnioitus, välittäminen ja hyvä perushoito. Uutena asiana hoivakodissa tehtiin työpaikkaselvitys, joka kohdistui muun muassa yksikön johtamiseen ja lähiesimiesten toimintaan. Tulosten perusteella johtamistapaan oltiin suurimmaksi osaksi tyytyväisiä. Tyytyväisyys kohdistui esimiesten toiminnan oikeudenmukaisuuteen, kuunteluun, auttamaan pyrkimiseen ja alaisten kannustettavuuteen. Kriittikin kohteeksi nousi päätöksentekotilanteisiin liittyvä työntekijöiden mielipiteiden huomioon ottaminen. Huonoon käytökseen ja sovitujen sääntöjen rikkomiseen puuttumiseen kaivattiin lisää jämäkkyyttä.

## **Kahden esimiehen kokeilu**

Molempien apulaisosastonhoitajien jäädessä määräaikaaisesti virka- ja opintovapaalle oltiin tilanteessa, jossa tarvittiin apua esimiestyön

toteuttamiseen yksikössä. Tässä tilanteessa päädyttiin kokeilemaan toisen tyyppistä johtamisrakennetta eli kahden osastonhoitajan mallia. Toinen osastonhoitaja siirtyi hoivakotiin määräaikaisesti kunnan toisesta yksiköstä. Vastuualueet oli jaettu siten, että toinen osastonhoitaja vastasi pääasiallisesti laitoshoidon puolesta ja toinen tehostetun palveluasumisen kokonaisuudesta.

Kokeilua helpottavana tekijänä oli molempien esimiesten organisaation tuntemus. Asukkaisiin ja henkilökuntaan tutustuminen tapahtui kohtuullisen nopeasti yksikköön siirtyneeltä osastonhoitajalta. Esimiestilanteessa ja muussakin henkilöstössä tapahtuneet muutokset olivat vaikuttaneet työyhteisön ilmapiiriin negatiivisesti. Muutosten aiheuttama epävarmuus oli saatava purettua. Kokeilun tavoitteista luotiin taulukko 1.

Taulukossa kuvataan kehittämisen osa-alueita, joiden toteutumista seurattiin ohjausryhmän tapaamisissa. Johtamisen muutoshankkeen ohjausryhmänä toimivat tulosalueen johtaja, perusturvajohtaja ja kokeilussa mukana ollut osastonhoitaja. Ohjausryhmä kokoontui suunnitelman mukaan noin kolmen kuukauden välein arvioimaan kehittämistyön etenemistä.

## **Henkilökunnan näkemys johtajuudesta**

Johtajuuden pohdinta yhdessä henkilökunnan edustajien kanssa oli osa kehittämistyön etenemistä. Henkilökunnan näkemystä johtajan tehtävistä kartoitettiin keskusteluryhmässä, joka koostui lähi- ja sairaanhoitajista, jotka olivat työskennelleet yksikössä eripituisen ajan. Joku osanottajista oli työskennellyt yksikössä toiminnan alusta alkaen, ja tuorein ryhmän jäsen oli aloittanut vain kuukausi ennen keskustelua. Mukana olleilla oli siis kokemusta erilaisista esimieskokoonpanoista yksikön toiminnassa.

Keskusteluissa nousi esiin näkemys, että johtajan tulee hallita kokonaisuus ja toimia tasavertaisesti työntekijöiden kohtaamisessa. Henkilökunta odottaa johdolta näkyvyyttä ja käytettävissä olemista. Esimiehen tulee olla kiinnostunut työntekijöistä ja työyhteisön tapahtumista. Säännöllinen osastoilla käyminen koettiin hyväksi. Tärkeäksi nähtiin myös, että henkilökunta voi keskustella esimiehen kanssa, ja toivottiin rakentavaa palautetta esimiehiltä.

Aiemmin käytössä ollut toimintamalli, jossa lähiesimiehet toimivat puolet työajastaan kentällä, koettiin hyväksi, koska tällaisessa mallissa esimies näkee ja kokee arjen ja todellisuuden. Keskustelua käytiin myös esimiestilanteen muutoksen vaikutuksista yksikön asukkaisiin ja omaisiin.

Taulukko 1. Kokeilun tavoitteet

| Toimintaympäristö   | Tavoitteet  | Kehittämishaasteet   | Toimenpiteet   | Vastuu   | Aika  | Seuranta   | Vastuuhenkilöiden toiminta  |
|---|---|--|--|--|---|--|---|
| <b>Työn sisältö ja organisointi</b>                       | <p>Työn merkityksen oivaltaminen.</p> <p>Perustehtävän sisäistäminen ja sitoutuminen.</p> <p>Tasapainoinen työyhteisö/toiminta.</p> <p>Työaika-autonomia palvelee työntekijää ja työntekijää.</p> | <p>Tiimien toiminnalla yhteiset tavoitteet ja suunta.</p> <p>Pelissäännöt kirjallisina ja julkisina.</p> <p>Tiedostoon kaikilla pääsy.</p>   | <p>Ratkaisukeskeinen ajattelumalli.</p> <p>Työntekijöiden osallistuminen työvuorosuunnittelussa</p>  | Yhteiset sopimukset.   | <p>TYKY-päivien teorissuus.</p> <p>Tiimikokoukset</p>                 | <p>Kokouspöytäkirjat sähköisinä ja tulosteina kokouskansiossa.</p> <p>Kirjalliset sopimukset ja ohjeet sähköisenä versiona.</p>  | <p>Esimiesten perustieto ja talokokousten vetovastuu.</p> <p>Perustelut kehittämiselle.</p>   |
| <b>Esimies ja johtamistapa</b>                            | <p>Vältetään ongelmien pyörittelyä</p>  | <p>Työn tavoitteiden toteutuminen.</p> <p>Valmentava johtaminen.</p>   | <p>Avoin, keskustelevalle tapa. Työvälineet, työn vaatimukset on mitoitettu oikein.</p> <p>Valta ja vastuu tasapainossa. Ratkaisukeskeinen lähestymistapa. Varhainen välittäminen/puuttaminen.</p>   |  |   | <p>Kokoukset, kehityskeskustelut.</p>  | <p>Palaute kaksisuuntaista.</p> <p>Luova ja napakka johtaminen.</p> <p>Läsnäolo, saatavuus, aikaa kuunteluun ja vuorovaikutukseen.</p>  |
| <b>Työilmapiiri, yhteishenki ja työkaverit</b>            | <p>Luottamuksen lisääntyminen.</p> <p>Toimintayksikön imagon nostaminen.</p>  | <p>Ristiriitaisten ja epärealististen odotusten kohtaaminen.</p> <p>Sääntöjen kertaaminen.</p> <p>Perehdytys.</p> <p>Tasaarvoinen, avoin ja hyvinvoiva työyhteisö.</p>                                     | <p>Selkeä perehdytysohjelma.</p> <p>Työpsykologin ja henkilöstön yhteistyöpalaverit.</p>   | <p>Uuden työntekijän perehdyttäminen.</p> <p>Vastuualueet selkeät.</p> | <p>Työnohjauksee.</p> <p>Työpsykologin yhteistyöpalaverit.</p>        | <p>Työnohjaajan palaute, työpsykologin raportti ja palaute.</p> <p>Positiivinen noste työyksikössä /julkisessa keskustelussa.</p> <p>Suunnitelman ja toteuman seurannalla.</p> | <p>Rutinatuoikiot talon sisällä.</p> <p>Perehdytysprosessin kuvaus.</p> <p>Johtajan esimerkillinen käyttäytyminen ja johdonmukainen toiminta.</p>   |
| <b>Sisäinen tiedonkulku</b>                               |   |  |  |  |   |  |   |
| <b>Laadukas toiminta/ palvelun ja hoidon kehittäminen</b> | <p>Asiakaslähtöinen ajattelu.</p> <p>Tyytyväinen henkilöstö, asukkaat ja omaiset.</p> <p>Arvojen jalkautuminen ja näkyminen hoitotyössä</p>   | <p>Yhteistyö omaisten kanssa.</p> <p>Tehtäväkuvat ja perustehtävä selvät jokaisella työntekijällä.</p> <p>Prosessikuvaukset ajan tasalla.</p> <p>Rekrytoinnin helpottuminen ja onnistunut rekrytointi.</p> | <p>Yhteydenpito omaisiin.</p> <p>Arvokeskustelut.</p> <p>Työkuvaus, työ tehtävät ja osaamiskartoitus tehty.</p> <p>Asukkaiden hoidon kehittäminen.</p> <p>Arvojen ja hoitosuunnitelmien mukainen toiminta.</p> <p>Hyvien työkäytänteiden jalkauttaminen.</p> <p>Sääntöihin sitoutuminen.</p> | <p>Koko henkilöstö.</p> <p>Kaikki ammattiryhmät.</p>                   | <p>Omaistenillat osastoittain</p> <p>Työnojauxsiin osallistuminen</p> | <p>Koulutuksiin osallistuminen ja koulutus-palautteiden hyödyntäminen.</p>   | <p>Yhteydenpito omaisiin osastolla, sähköpostitse tai puhelimitse.</p> <p>Avoin vuorovaikutus.</p> <p>Käydään kehityskeskustelut, painotus työhyvinvointiasioissa ja osaamiskartoituksessa.</p> |

Henkilökunnan mielestä muutokset eivät olleet heijastuneet asukkaisiin sen paremmin kuin omaisiinkaan. Muutos laitoshoidosta tehostettuun asumispalveluun herätti paljon keskustelua. Henkilökunta koki esimiesten poissaolojen ja muutosten aiheuttaneen epävarmuutta, ja muutosten jälkeen hoitohenkilökunnassa tapahtui irtisanoutumisia. Johtajuudella ei nähty kuitenkaan yhteyttä irtisanoutumisiin.

Laitoshoidon ja tehostetun asumispalvelun henkilökunnan välillä ei ilmennyt eroja suhteessa odotuksiin esimiehen tehtävistä. Nähtiin, että kokonaisvastuun ottaminen toiminnasta kuuluu johtajalle. Johtajan tulee olla myös tietoinen kentän toiminnasta ja tarvittaessa puuttua siihen. Esimiehen vaihtuessa koettiin, että kentällä työskentely antaa oikean kuvan työn raskaudesta ja monipuolisuudesta.

Kokouskäytäntöihin haluttiin muutosta. Säännölliset kokoukset nähdään tarpeellisina, koska haluttiin, että keskustelulle jää aikaa.

## Vakanssimuutoksen valmistelu

Kahden esimiehen mallin kokeilusta saadut kokemukset rohkaisivat tekemään suunnitelman pysyvästä muutoksesta. Ensimmäisenä tehtävänä oli vakanssimuutoksen taloudellisten vaikutusten selvittäminen. Selvityksen pohjalta todettiin, että taloudellisesti kokonaisuus pysyy budjetissa.

Apulaisosastonhoitajan näkökulmasta uusi malli näyttäytyi suurempana hallinnollisena vastuuna ja pitkälti kenttätöskentelystä luopumisena. Suhtautuminen uuteen työnkuvaan oli positiivinen. Käytännössä osoittautui, että yksikön henkilöstömäärä edellytti esimieheltä paljon aikaa käytännön asioiden hoitamiseen. Henkilöstöhallinto – päivittäisen resurssien varmistaminen, työvuorosuunnittelu, toiminnan kehittäminen, yhteistyö eri sidosryhmien kanssa yhdistettynä taloushallintoon ja koko kokonaisuuden hallintaan – on täyspäiväistä työtä.

Toisen apulaisosastonhoitajan vakanssin muuttuessa osastonhoitajaksi lähdettiin suunnittelemaan toisen apulaisosastonhoitajan vakanssin muuttamista asiantuntija-sairaanhoidajaksi. Vakanssin haltijan työskentely jaettiin sekä laitos- että tehostetun asumispalvelun yksiköihin. Asiantuntijasairaanhoidajan työpanos korvasi apulaisosastonhoitajien aiemman työpanoksen käytännön hoitotyössä.

Asiantuntijasairaanhoidajan työnkuvaan kuuluu nyt klinisen työn ohella työmenetelmien kehittäminen, esimerkiksi hoitotyön klinisten taitojen opastus ja koulutus henkilöstölle. Hän toimii sairaanhoidajien

tutorina ja koordinoi lääkehoidon toteutusta. Gerontologisen hoitotyön kokemus ja halu kehittää hoitotyötä ovat tarpeellisia ominaisuuksia. Koulutuksellinen kokemus auttaa onnistumaan tehtävässä.

Käytännössä muutokset laitettiin voimaan välittömästi. Viralliset vakanssimuutokset suunniteltiin seuraavan vuoden talousarvioon. Asiantuntijasairaanhoidajan kohdalla toimen aloitus tapahtui määräaikaisena ennen vakanssimuutoksen läpimenoa.

## Toimenkuvan muutokset ja vastuiden jakautuminen

Osastonhoitajan tehtävän perustarkoitus on uudessa mallissa toimintayksikön hoitotyön johtaminen, jotta asukkaat saavat tarvitsemansa palvelut tarkoituksenmukaisesti ja henkilökunnan toimintamahdollisuudet toteutuvat. Tehtävät ovat tärkeysjärjestyksessä seuraavat:

- Henkilöstö- ja asiajohtaminen toimintayksikössä.
- Taloudesta, välineistä, henkilökunnasta, toiminnan pyörittämisestä vastaaminen.
- Kehittämistyö tulosalueen strategisten linjausten mukaisesti.
- Työhyvinvoinnista huolehtiminen, perusparannusasioista huolehtiminen toimintayksikössä.
- Johtoryhmätyöskentely ikäihmisten palveluiden johtoryhmässä ja laajennetussa perusturvan johtoryhmässä. Johtoryhmän päättämien asioiden vieminen toimintaan omassa tulosityksikössä ja tiedon tuominen omasta tulosityksiköstä johtoryhmälle.
- Ikäihmisten hyvinvointipalveluiden tulosaluevetäjän antamat tehtävät ja oman yksikön toiminnan raportointi tulosaluevetäjälle esimerkiksi osavuositarkastuksia, toimintakertomusta, talousarviota ja käyttösuunnitelmaa varten.

Apulaisosastonhoitajan tehtävän perustarkoitus on oman toimivallan, resurssien ja ohjeiden rajoissa suunnitella ja järjestää työyksikön työt tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti asukkaiden hyväksi. Tärkeimmät tehtävät ovat:

- Työvuorojen suunnittelu, seuranta ja toteutus.
- Tilapäisen työvoiman hankinta sekä työsopimusten teko.
- Työn ja toiminnan suunnittelu; henkilöstömitoituksen päivittäinen arviointi ja tarpeeseen vastaaminen (esim. henkilöstön siirto osastolta toiselle).

- Henkilöstön työhyvinvoinnista huolehtiminen (esim. kehityskeskustelut, TYKY-toiminta).
- Tiedon välittäminen johdon ja henkilöstön välillä sekä muiden sidosryhmien kanssa.
- Henkilöstön ohjaaminen ja koulutus sekä työmenetelmien kehittäminen (esim. hoitotyön kliinisten taitojen opastus ja koulutus henkilöstölle).
- Talousasiat. Laskujen asiataarkastus ja tiliöinti.
- Kliininen hoitotyö.

Vakanssimuutoksen seurauksena toimenkuvassa tapahtui muutoksia kummankin viranhaltijan osalta. Kummankin osastonhoitajan vastatessa omasta yksiköstään työvuorosuunnittelu, työvoiman rekrytointi ja sopimusten teko ovat uudessa mallissa molempien päivittäistä toimintaa. Apulaisosastonhoitajan toimenkuvasta kliininen hoitotyö sekä työmenetelmien kehittäminen siirtyvät asiantuntijasairaanhoidajan toimenkuvaan.

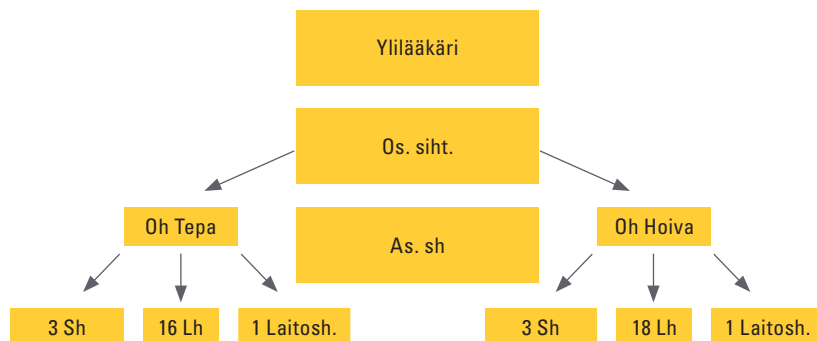
Toisen osastonhoitajan ollessa poissa, esimerkiksi vuosilomalla, toimii toinen sijaisena ja vastaa kokonaisuudesta. Toisen sijaisena toimiessa vastuu on suuri, kun yksikkö on yksissä käsissä.

## **Muutoksen vaikutus esimiestyöhön**

Kokemus kokonaisvastuun jakautumisesta kahdelle esimiehelle on ollut positiivinen. Kun uuden mallin käytöstä saatiin varmuus, epävarmuus poistui ja oli mahdollista lähteä suunnittelemaan tulevaisuutta.

Kyseessä on kaksi selkeästi toisistaan eroavaa yksikköä asiakasrakenteensa puolesta, laitoshoidtoa edustavat hoivaosastot ja tehostetun palveluasumisen osastot. Vastuun jakautumisesta esimiesten välillä ei kuitenkaan syntynyt kiistaa. Apulais-osastonhoitaja, joka oli aikaisemmin ollut vastuussa tehostetusta asumispalvelusta, olikin kiinnostunut ottamaan laitospuolen vastuulleen. Hän näki siinä uudenlaisen haasteen kuntouttavan työotteen esiin tuomisessa ja henkilökunnan innostamisessa.

Toisaalta molempien esimiesten on hallittava kokonaisuus. Toisen ollessa poissa, sairaana tai vuosilomalla, on sijaisena toimivalla vastuu koko yksiköstä. Päivittäinen kontakti ja asioista keskusteleminen tukevat jaksamista haastavassa tehtävässä.



Kuvio 2. Organisaation uusi malli

Henkilökunnan näkökulmasta uusi johtamisrakenne on selkiyttänyt asioita. Henkilökunnalle on selvää, kenen puoleen kääntyvät tarvittaessa. Aiemmin lähiesimiesten poissaolojen aikana selkeän työnjaon tekeminen ei ollut mahdollista. Käytännön tehtäviä suoritettiin sinänsä joustavasti, mutta ajoittain saattoi olla epäselvyyttä vastuun jakautumisesta, koska tehtiin päällekkäistä työtä. Esimiestyössä on paljon tehtäviä, jotka vaativat välitöntä toimintaa asioiden sujuvuuden varmistamiseksi ja toiminnan turvaamiseksi. Jos työnjaossa on epäselvyyttä, henkilökunta voi pyrkiä ohittamaan lähimmän esimiehensä hakemalla vastauksia toiselta esimieheltä itselleen mieluisamman ratkaisun toivossa.

## Kooste ja tulevaisuuden haasteet

Organisaation johtamisen rakenne vaikuttaa esimiehen työn kokonaisuuteen, siihen minkälaiset vastuut ja velvollisuudet työhön sisältyy. Tiedolla johtaminen ja osallistava johtaminen edellyttävät työyhteisön tuntemista ja jatkuvaa vuorovaikutusta henkilökunnan kanssa. Totuttujen toimintatapojen kyseenalaistaminen ja muuttaminen ei voi tapahtua ulkoapäin. Muutosten valmistelulla on suuri merkitys saavutettavien tulosten kannalta. Henkilöstön mukaan ottaminen, kun hoivakodin johtamisrakenteen muutosta valmisteltiin, ja jatkuva tiedon välittäminen edesauttavat onnistuneeseen lopputulokseen pääsemistä.

Esimiehen työpanoksesta suuri osa tapahtuu työhuoneessa erilaisten kirjallisten töiden parissa. Aikaisemman mallin mukaan lähiesimiehen työpanoksesta puolet tapahtui niin sanotussa käytännön hoitotyössä, jolloin hänellä oli suora kontakti henkilökuntaan ja asukkaisiin koko ajan.

Haasteena uudessa mallissa on varmistaa esimiehen riittävä läsnäolo osastoilla niin, että henkilökunta kokee saavansa tarvitsemansa tuen.

Ikäjohtamisen merkitys kasvaa uusien sukupolvien tullessa työmarkkinoille. Eri sukupolvien odotukset johtamista kohtaan eroavat paljon toisistaan. Z-sukupolvi ei hyväksy autoritaarista johtamiskulttuuria vaan odottaa keskustelevaa ja osallistavaa johtamisotetta. Vanhempien työntekijöiden työssä jaksamisen ja työurien pidentämisen tarve edellyttävät esimieheltä tukea ja huomioimista työnkuvassa mahdollisesti tarvittavien muutosten tähden.

Tiedon tarve kasvaa jatkuvan hoitotyön kehityksen myötä. Hoidossa olevien asiakkaiden ja omaisten koulutustason ja tietämyksen lisääntyessä myös odotukset ja vaatimukset hoidon suhteen kasvavat. Yhteistyö omaisten kanssa vaatii entistä enemmän esimiehen aikaa. Myös monikulttuurisuus sekä asiakkaissa että hoitohenkilöstössä tulee lisääntymään. Monikulttuurinen työyhteisö edellyttää esimieheltä erilaisten näkemysten yhteen sovittamista ja tukemista puolin ja toisin. Riittävän kielitaidon varmistaminen rekrytointitilanteissa on haaste.

Kiristynyt taloustilanne, kuntarakennemuutos ja sote-uudistus luovat epävarmuutta ja epätietoisuutta tulevaisuudesta. Esimiehen ja yksikön johtajan tulee kyetä hallitsemaan laajoja kokonaisuuksia, ennakoimaan tulevaisuutta sekä motivoimaan henkilökuntaa hyviin suorituksiin haasteellisista näkymistä huolimatta.

## Lähteet

- Kauhanen, J. 2009. Henkilöstövoimavarojen johtaminen. Helsinki: WSOY Pro.
- Kirkkonummen kunta, Perusturva, Ikäihmisten hyvinvointipalvelut  
2011. Ikäihmisten palveluiden strategia vuosille 2012–2025. Dno  
932/06.03.00/2011. Saatavissa osoitteessa: <[http://www.kirkkonummi.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/kirkkonummi/embeds/kirkkonummiwwwstructure/25728\\_Perusturva\\_Ikaihmisten\\_strategia\\_2012.pdf](http://www.kirkkonummi.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kirkkonummi/embeds/kirkkonummiwwwstructure/25728_Perusturva_Ikaihmisten_strategia_2012.pdf)>.
- Kiviharju-Rissanen, U. – Kontio, L. 2006. Palvelutalon osaamiskartta. Väline osaamisen arviointiin ja kehittämiseen. Helsinki: Educa-Instituutti Oy.
- Sarajärvi, A. – Mattila, L.-R. – Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOY Pro.
- Sarajärvi, A. – Erkkilä, T. 2013. Hoitotyön johtaja näyttöön perustuvan toiminnan mahdollistajana. Pro terveys, Terveystieteiden akateemiset johtajat ja asiantuntijat ry 1. 22–24.



- Sinisammal, J. – Belt, P. – Autio, T. – Härkönen, J. – Möttönen, M. 2011. Tilanneherkkä työhyvinvoinnin johtamismalli. Premissi 4.2011.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008: 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö – Suomen kuntaliitto.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 18. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE-ohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008: 6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Wiskman, K. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Premissi 1. 2009. 9.

# Potilasturvallisuus ja infektioiden torjunta näyttöön perustuen

## PÄIVI KAIVONEN

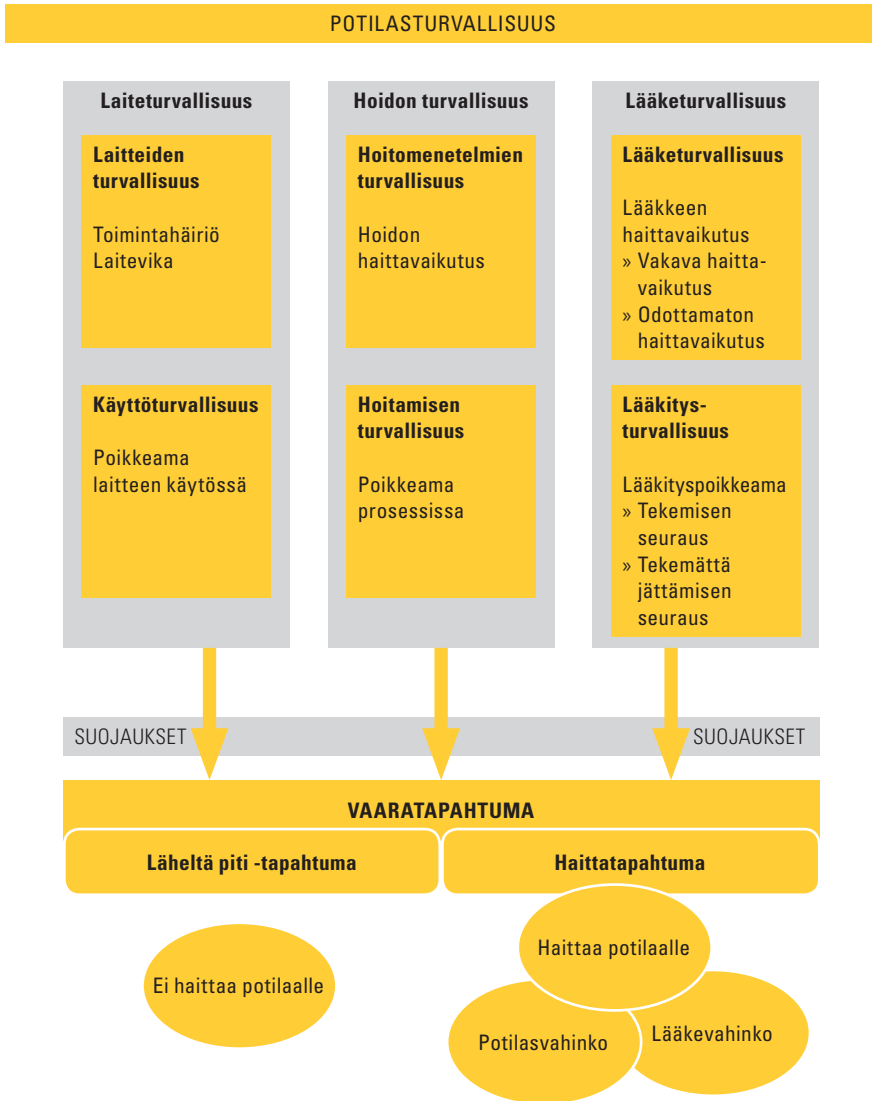
Tämän artikkelin tavoitteena on selventää infektioturvallisuuden osuutta potilasturvallisuuteen. Sen tavoitteena on tuoda lukijalle kuva infektioiden torjunnan tämän hetkisestä tilanteesta ja tuoda esiin näyttöön perustuvan toimintamallin käyttö infektioiden torjunnassa. Tarkoituksena on nostaa esiin näyttöön perustuvan hoitotyön osaamista infektioiden torjunnan näkökulmasta ja sen myötä kehittää hoitotyön laatua, vaikuttavuutta sekä kustannustehokkuutta.

Potilasturvallisuus on osa terveydenhoidon laatua. Sillä tarkoitetaan niitä periaatteita ja toimintoja, joiden tavoitteena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta tai saamasta hoitoon liittyvää infektiota. Potilaan näkökulmasta hoidon hyvä laatu tarkoittaa sitä, että hän saa lääketieteellisesti oikean hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa ja epämukavuutta. Terveyspalvelujen tuottajan näkökulmasta potilasturvallisuudessa on kyse potilaan suojaamiselta vahingoittumiselta hoitotapahtuman yhteydessä. (Helovuori 2012.)

Kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta on organisaation johdolla. Potilasturvallisuus on kaikkien terveydenhuollossa toimivien ammattihenkilöiden ja potilaiden yhteinen asia. Ammatillisuuteen kuuluu keskeisesti työntekijöiden ja kunkin ammattiryhmän vastuu potilasturvallisuudesta sekä sitoutuminen sen edistämiseen arvioimalla ja kehittämällä omaa työtään, osaamistaan ja toimintaansa turvallisemmaksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Terveydenhuollon toimintayksikön on terveydenhuoltolain mukaan laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Toimintayksikön johto vastaa suunnitelmasta ja toimeenpanosta. Potilasturvallisuuden edistämisen pitää olla osa organisaation toiminta- ja taloussuunnitelmaa. Potilasturvallisuuden huomiointi osana toimintasuunnittelua vaatii organisaatiolta kykyä arvioida potilasturvallisuusriskejä osana kaikkea muuta päätöksentekoa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.) Potilasturvallisuus muodostuu kolmesta eri osa-alueesta, siinä erotetaan yleinen hoidon turvallisuus, laiteturvallisuus ja

lääkehoidon turvallisuus. Hoidon turvallisuus sisältää infektioturvallisuuden. (Ks. kuvio 1.)



Kuvio 1. Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet  
(Sosiaali- ja terveysministeriö 2009)

Laajemmin käsitettynä potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollossa toimivien ammattihenkilöiden, toimintayksiköiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintakäytäntöjä, joilla varmistetaan potilaiden terveyden ja sairaanhoidon palvelujen turvallisuus. Tässä artikkelissa

keskitytään potilasturvallisuuden osa-alueista hoidon turvallisuuteen ja erityisesti infektioiden torjuntaan sairaalahygienian keinoin.

Potilaan hoitoon liittyvistä haittatapahtumista merkittävä osa muodostuu infektioista. Hoitoon liittyvillä infektioilla tarkoitetaan terveydenhuollon toimintayksikössä annetun hoidon aikana syntynyttä tai alkunsa saanutta infektiota. Kuntien velvollisuutena on järjestää infektioiden vastustamistyö siten kuin kansanterveyslaissa ja terveydenhuoltolaissa säädetään. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Potilaan turvallinen hoito vaatii uudenlaista ajattelua riskeistä, osamisesta, ammattitaidosta ja organisaation toiminnasta. Potilasturvallisuus sisältää riskien arvioinnin, ehkäisevän ja korjaavan toiminnan sekä toiminnan jatkuvan kehittämisen. Potilasturvallisuutta vahvistamalla vähennetään hoitoon liittyviä riskejä ja potilaille hoidon aikana aiheutuvia haittoja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Näyttöön perustuva toiminta ja potilaslähtöisyys ovat keskeisiä seikkoja potilasturvallisuudessa. Potilasturvallisuus on noussut keskeiseksi kehittämiskohteeksi niin kansainvälisesti kuin kansallisestikin. Se on keskeinen osa hoidon laatua ja organisaation riskien hallintaa, sillä potilasturvallisuuden liittyvien ongelmien on huomattu aiheuttavan mittavia haittoja ja kärsimyksiä potilaille sekä kustannuksia yhteiskunnalle ja terveydenhuollolle. 2000-luvun alusta lähtien hoitoon liittyviä infektioita on alettu korostaa voimakkaasti potilasturvallisuutta vaarantavina tekijöinä. Vastuuseen on haettu poliittisia päättäjiä ja sairaaloiden ja laitosten johtoa, ei pelkästään sairaaloiden infektioiden torjunnasta vastaavia henkilöitä. Jotta nämä korkeammat tahot reagoisivat, on tiedettävä hoitoon liittyvien infektioiden, terveydelliset ja taloudelliset vaikutukset entistä tarkemmin. Sen vuoksi hoitoon liittyvien infektioiden seuranta valtakunnallisessa mittakaavassa on tärkeää. Hoitoon liittyville infektioille vaaditaan julkista raportointia, jotta potilaat voivat tehdä omalta kannaltaan viisaita valintoja. (Lumio 2008.)

## **Potilasturvallisuuden mittaaminen hoitoon liittyvissä infektioissa**

Tieteellinen näyttö hoitoon liittyvien infektioiden seuranta- ja torjuntaohjelmien tehosta perustuu Yhdysvalloissa 1970–1980 luvuilla tehtyyn SENIC-tutkimukseen (The Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control Project). Tutkimuksen mukaan hoitoon liittyvistä infektioista noin

kolmannes voitaisiin ehkäistä torjuntatyöhön panostettaessa. Myöhemmin julkaistut tutkimukset ovat osoittaneet tämän panostuksen olevan myös taloudellisesti kannattavaa. Suomessa vuonna 2004 voimaan tullut tartuntatautilaki velvoittaa terveydenhuoltoa seuraamaan hoitoon liittyviä infektioita. (Lyytikäinen 2010.)

Tartuntatautilain mukaan hoitoon liittyvällä infektiolla tarkoitetaan terveydenhuollon toimintayksikössä annetun hoidon aikana syntynyttä tai alkunsa saanutta infektiota. Hoitoon liittyvän infektion on täytettävä seuraavat ehdot: Potilaalla todetaan paikallinen tai yleisinfektio, joka ei ollut todettavissa potilaan tullessa hoitoon, ja kyseinen infektio todetaan joko hoitojakson aikana tai sen jälkeen, nämä hoitoon liittyvien infektioiden määritelmät on kehitetty puhtaasti epidemiologisiin tarkoituksiin, ja niiden avulla seurataan infektioiden esiintymisessä tapahtuvia muutoksia. (Syrjälä 2010.)

Infektioturvallisuuden systemaattinen seuranta ja arviointi muodostavat hoidon turvallisuuden ja laadun kehittämisen perustan. Suomessa on sairaanhoitopiireillä käytössä hoitoon liittyvien infektioiden seurantarjestelmä SAI, sairaalan antibiootti- ja infektioseurantarjestelmä, jolla seurata infektioiden ilmaantuvuutta eli insidenssiä. Se kuvaa tiettyinä ajanjaksona ilmaantuneiden infektioiden kumulatiivista lukumäärää suhteutettuna samana aikana hoidettujen potilaiden, toimenpiteiden tai hoitopäivien lukumäärään. Seurannan tavoitteena on määrittää infektioiden esiintyvyys, laatu, riskitekijät ja seuraukset sekä se, mitkä mikrobit niitä aiheuttavat ja millä lääkkeillä niitä voidaan hoitaa. Kun tiedetään vallitseva hoitoon liittyvien infektioiden tilanne, voidaan arvioida torjuntatoimien tehoa ja hoitokäytäntöjen muutosten vaikutusta. Tiivis yhteistyö potilaita hoitavien yksiköiden henkilökunnan kanssa ja henkilökunnalle annettava säännöllinen palaute ovat onnistuneen seurannan ehdoton edellytys. (Lyytikäinen 2011.)

Hoitoon liittyviä infektioita voidaan seurata kartoittamalla tiettyinä ajanhetkenä niiden vallitsevuutta eli prevalenssia. Tämä lasketaan käymällä läpi kaikkien tietyillä hetkellä hoidossa olevien potilaiden sairaskertomustiedot ja laskemalla niiden potilaiden osuus, joilla on tutkimushetkellä hoitoon liittyvä infektio. Prevalenssitutkimus kuvaa vain tutkimushetken tilannetta, joten sattuma ja mm. vuodenaika vaikuttavat tuloksiin. Prevalenssitutkimuksella saadaan käsitys ongelman yleisyydestä ja laadusta. (Kanerva 2013)

Valtakunnallisesti hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisyssä käytetään työvälineenä SIRO- seuranta, joka on sairaaloiden ja Terveyden ja

hyvinvoinnin laitoksen yhteistyössä kehittämä sairaalainfektioiden ehkäisy- ja torjuntaohjelma. Sen tavoitteena on muun muassa sairaalainfektioiden ehkäisy, seurannan kehittäminen, torjuntaohjeiden ja suositusten tuottaminen sekä koulutus ja tutkimus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa ja sitä edeltäneessä Kansanterveyslaitoksessa on tehty runsaasti tartuntatauteihin liittyviä sekä yleisiä että tauti- ja aiheuttajaspesifisiä ohjeita ja suosituksia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kehittämän sairaalainfektio-ohjelman SIRO:n tulosten mukaan Suomessa noin 800 000 hoitojaksoa tuottaa lähes 50 000 sairaalainfektiota ja 5 000 kuolemaa vuosittain. Lähes 800 kuolemista on potilaan perustilanteen kannalta ”tarpeettomia”. (Lumio 2008.)

Hoitoon liittyvien infektioiden mittaamiseen ja seurantaan on kehitetty useita mittareita ja työkaluja. Tärkeää niissä kaikissa on mittaustulosten yhteinen tarkastelu ja tulkinta, jotta infektioiden torjuntatyötä voidaan tehtyjen johtopäätösten pohjalta kehittää. Infektioiden torjunnassa tulee suuntautua toimintatapoihin, joiden tuloksia voidaan mitata ja joilla voidaan kehittää infektioiden torjuntatyön laadunarviointia. Mitattavia asioita ovat esimerkiksi käsihuuhteen kulutus yksiköissä, hoitoon liittyvien infektioiden määrä, antibiootin käytön ja resistenssitilanteen seuranta sekä oikean mikrobilääkeprofylaksin toteutumisen seuranta kirurgisessa toiminnassa. (Ruutu 2010.)

## **Infektioiden torjunnan merkitys potilasturvallisuuteen**

Hoitoon liittyvien infektioiden merkitys ja niiden aiheuttamat ongelmat ovat lisääntyneet. Uudet, yhä tehokkaammat hoitomuodot altistavat potilaita enemmän infektioille, uusia infektioita ilmaantuu ja harvinaiset yleistyvät. Myös antimikrobiresistenssin eteneminen on esimerkki infektioiden muuttuvasta kuvasta. Hoitoon liittyville infektioille altistuvien potilaiden määrä kasvaa. Väestö ikääntyy, ja elimistön puolustusjärjestelmään kajoavat hoidot yleistyvät. Sekä tilapäisiä että pysyviä vierasesineitä saaneita potilaita on entistä enemmän. Samanaikaisesti terveydenhuollon kustannustehokkuus asettaa paineita niin potilaspaikkojen kuin henkilöstön vähentämiselle, mikä luo selkeän uhan hoitoon liittyvien infektioiden lisääntymisestä. On pelättävissä, että muutos näkyy hoitoon liittyvien infektioiden lisääntymisenä ja erilaisina epidemioina. (Syrjälä 2010.)

Tartuntalain mukaisten velvoitteiden toteuttaminen edellyttää, että terveydenhuollon organisaatiossa on nimetty infektioiden torjuntatyöstä

Terveystieteiden tutkimuksessa tavoitteena on toiminnan perustumista näyttöön, se lisää hoitotyön laatua, vaikuttavuutta ja tehokkuutta. Näyttöön perustuvassa toiminnassa hoitopäätökset perustuvat parhaaseen ajantasaiseen tietoon ja työntekijän asiantuntemukseen asiakkaan toiveiden ja toimintaympäristön tarjoamien mahdollisuuksien lisäksi. (Sarajarvi 2009.) Infektioiden torjunnassa näyttöön perustuvalla hoitotyöllä on vankka perusta, koska toiminta ja ohjeistus perustuvat asiasta tehtyyn tutkimukseen ja hyväksi todettuihin käytänteisiin. Onnistunut näyttöön perustuva toiminnan kehittäminen hoitotyössä edellyttää eri tehtävissä toimivien hoitotyön johtajien, opettajien ja tutkijoiden yhteistyötä. Infektioiden torjunta on tiimityötä, johon osallistuvat sairaalahygieniayksikön infektiolääkärit ja hygieniahoitajat sekä mikrobiologit ja eri yksiköiden henkilökunta, aina laitoshuoltajista ylilääkäreihin. Toimintaa infektioiden torjunnassa ohjaavat lait sekä säädökset, sen tehtävänä on hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy sekä epidemioiden varhainen tunnistaminen ja niiden hallinta. Infektioiden torjunnalla tarkoitetaan lyhyesti kaikkia niitä toimenpiteitä, jotka tähtäävät tartuntojen ehkäisyyn terveyden ja sairaanhoidossa. Sen tavoitteena on vähentää infektioriskiä potilailla ja henkilökunnalla sairaalahoidon ja toimenpiteiden yhteydessä. (Perälä 2008.)

Infektioiden torjunnan kannalta hyvä ja laadukas potilashoito toteutuu tavanomaisia varotoimia noudattaen. Tavanomaisissa varotoimissa on viisi keskeistä osaa: oikea käsihygienia, oikea suojainten käyttö, oikeat työskentelytavat, pisto- ja viiltovahinkojen välttäminen ja oikea välineiden sekä jätteiden käsittely. Niiden keskeisenä tavoitteena on, että potilaan hoito ei aiheuta potilaille eikä henkilökunnalle minkäänlaista uhkaa. Tavanomaisissa varotoimissa katkaistaan tartuntatie estämällä mikrobien siirtyminen työntekijästä potilaaseen, potilaasta potilaaseen, potilaasta tai potilaan lähiympäristöstä työntekijään tai työntekijän välityksellä toisiin potilaisiin. (Syrjälä 2010.)

Näyttöön perustuvan hoitotyön edellytyksenä on tieteellisen tiedon käyttö, asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedon käyttö sekä toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvan tiedon käyttö. Tutkimustulosten mukaan tieteellisen tiedon käytön edellytyksenä on, että esimies toimii hoitokulttuurin uudistamistarpeiden tunnistajana ja näkyväksi tekijänä. Tieteellisen tiedon käyttö edellyttää hoitohenkilökunnan myönteistä asennoitumista tutkimus- ja kehittämistoimintaan sekä tieteellisen tiedon merkityksen ymmärtämistä hoitotyön kehittämisessä ja hoitotoimintojen päätöksenteossa. Koulutustarjontaa infektioiden torjunnasta on runsaasti niin kotimaassa kuin ulkomaillakin. Tutkimuksen mukaan tieteellisen tiedon käyttöä vahvistetaan hoitotyössä tukemalla hoitohenkilökuntaa osallistumaan tutkimus- ja kehittämistoimintaan. Sen käyttöä vahvistetaan hoitotyössä kyseenalaistamalla omia toimintakäytänteitä sekä etsimällä uutta tutkittua tietoa oman toiminnan perustaksi. Samalla opitaan arvioimaan kriittisesti tieteellistä tietoa ja sen käyttökelpoisuutta päätöksenteossa. (Sarajärvi 2009.)

Infektioiden torjunnassa käytetään yhä useammin monen tutkittuun tietoon perustuvan menetelmän kokonaisuutta. Infektioiden torjunnan tavoitteena on, että käytännönläheiset ja kirjallisuuteen pohjautuvat suositukset ovat käytössä terveydenhuoltoalalla kaikkialla ja että ne ohjaavat toimintaa Kansainvälisissä ja kansallisissa julkaisuissa infektioiden torjunnasta ja sairaalahygieniasta löytyy runsaasti tutkittua tietoa. Suomessa ohjeistusta näyttöön perustuvasta infektioiden torjunnasta löytyy esimerkiksi Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen ohjeistuksista ja Käypä hoito -suosituksista. Käypä hoito -suositukset ovat hoitosuosituksia, joilla pyritään ammattilaisen ja potilaan hoitopäätösten lisäksi vaikuttamaan myös terveydenhuollon järjestämiseen ja organisaatioiden toimintaan, jolloin puhutaan näyttöön perustuvasta terveydenhuollosta. (Lyytikäinen 2010.)



## Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän valmistelemassa potilasturvallisuusstrategian (2009–2013) visiona on turvallinen ja vaikuttava hoito. Strategian toiminta-ajatuksena on edistää potilasturvallisuutta yhdessä. Tavoitteeksi asetettiin, että vuoteen 2013 mennessä potilasturvallisuuden tulee kattaa terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaatioiden ne periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa potilaan turvallinen hoito. Potilaan näkökulmasta tämä tarkoittaa sitä, että hän saa tarvitsemansa ja oikean hoidon, josta aiheutuu mahdollisemman vähän haittaa. Valtakunnallisena tavoitteena on, että kaikissa toimintayksiköissä on laadittu potilasturvallisuuden suunnitelma ja johto on nimennyt vastuuhenkilöt ja osoittanut voimavarat. Johto johtaa ja seuraa eri tasoilla potilasturvallisuuden sekä syylistämättömän ja virheistä oppivan kulttuurin etenemistä. (Autti 2013.)

Potilasturvallisuuskulttuuri sisältää potilaiden turvallista hoitoa edistävän systemaattisen toimintatavan sekä sitä tukevan johtamisen, arvot ja asenteet. Myönteinen potilasturvallisuuskulttuuri edistää potilasturvallisuutta. Turvallisuus ja potilasturvallisuus tulee nähdä koko toimintayksikön toiminnan tuloksena, joka on yhteydessä niin työhovinvointiin kuin tehokkuuteenkin. Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen on siten osa koko terveydenhuollon organisaatioiden kokonaistoiminnan kehittämistä. Potilasturvallisuuskulttuuriin kuuluu riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuva kehittäminen. Organisaatiossa tulisi olla menettelytapa, jolla seurataan potilasturvallisuuskulttuuria. Potilasturvallisuussuunnitelmassa tulisi kuvata tapa seurata ja arvioida potilasturvallisuuskulttuuria ja kehittää toimintaa systemaattisesti seurantatietoon perustuen. Potilasturvallisuutta edistävässä kulttuurissa turvallisuus on aito arvo, joka otetaan huomioon päätöksenteossa ja päivittäisessä toiminnassa. Keskeistä on, että ymmärretään potilasturvallisuuden rakentuvan useista eri tekijöistä ja toimijoista eikä yksittäisten henkilöiden työstä. Potilasturvallisuuskulttuuriin kuuluu myös se, että toimintayksikössä ollaan tietoisia toiminnan epävarmuuksista ja valppaita riskejä kohtaan. Potilasturvallisuutta voidaan parantaa vain, jos toimintayksikön johdolla ja henkilöstöllä on tehtäviensä vaatimat riittävät tiedot, taidot ja osaaminen. Potilasturvallisuutta tulee siis kehittää järjestämällä koulutusta ja kannustamalla henkilökuntaa osallistumaan järjestettyihin koulutuksiin. Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen on tärkeää sen laajuuden ja haasteellisuuden vuoksi. Terveydenhuollossa turvallisuuskulttuuri on yksilöiden

ja yhteisön toimintatapa, jolla varmistetaan potilaiden saama hoidon turvallisuus, vähennetään hoi-toon liittyvä riskejä ja potilaille hoidon aikana aiheutuvia haittoja. Hyvällä potilasturvallisuuskulttuurilla saavutetaan myös mittavia kustannushyötyjä. (Autti 2013.)

## **Kooste ja kehittämishaasteet**

Potilasturvallisuuden osana infektioturvallisuus nähdään nykyään tärkeänä osana potilaan hyvää ja turvallista hoitoa. Infektioiden torjunta on nyky-päivänä noussut erityisasemaan potilasturvallisuus ajatuksen myötä. Siihen on kiinnitetty entistä enemmän huomiota, ja on kehitetty valtakunnalli-sesti hyväksyttyjä infektioiden seurantaan liittyviä mittareita. Seuranta-järjestelmien avulla tarkastellaan hoitoon liittyvien infektioiden määrää. Samalla saadaan ajantasaista tietoa infektiosta ja pystytään puuttumaan niihin ajoissa sekä ehkäisemään infektioiden leviäminen sairaaloissa sai-raalahygienian keinoin.

Infektioiden torjunta vaatii sairaaloihin riittävästi infektioalan asian-tuntijoita, näyttöön perustuvia ohjeita, jatkuvaa uuden tiedon seurantaa ja sen käytäntöön soveltamista, sairaalahenkilökunnan jatkuvaa koulutta-mista sekä luotettavaa infektioiden seurantajärjestelmää. Sairaaloiden joh-dolta edellytetään sitoutumista sekä taloudellista panostusta infektioiden torjuntatyöhön, jotta luodaan edellytykset potilaan hyvälle, vaikuttavalle ja turvalliselle hoidolle.

Infektioiden torjunta perustuu yhä suuremmassa määrin näyttöön. Infektioiden torjuntatyö on osoittautunut viimeisten 40 vuoden aikana inhimillisesti ja taloudellisesti kannattavaksi toiminnaksi, mutta samalla paineet toiminnan taloudellisen kustannushyödyn osoittamisesta ovat li-sääntyneet. Infektioiden torjunnassa kyse on kuitenkin potilaan inhimil-lisen kärsimyksen välttämisestä, hoidon tulosten parantamisesta ja työn laadun yleisestä kohentamisesta, mutta myös sairaalan imagosta. (Teirilä 2010.)

Potilasturvallisuuskulttuurin eteenpäin vieminen vaatii kaikkien osa-puolten vahvaa panostusta. Tarvitaan asenteiden muokkaamista kohti avointa ilmapiiriä sekä hierarkkisen työkulttuurin muuttamista tiimityön ja systeemiajattelun suuntaan. Myös standardoinnit esimerkiksi hoitokäy-tänteiden luomiseksi ja henkilökunnan kannustava ja työviihtyvyyttä li-säävä vuorovaikutus ovat potilasturvallisuuden kannalta merkittäviä.

## Lähteet

- Aaltonen L.-M. – Rosenberg P. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Anttila V.-J. 2013. Infektioriskit terveydenhuollossa. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Autti. T. – Keistinen, T. 2013. Kansallinen potilasturvallisuusstrategia Suomessa: tausta ja tulevaisuuden haasteet. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Helovuori, A. – Kinnunen, M. – Peltomaa, K. – Pennanen, P. 2012. Potilasturvallisuus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kanerva M. – Lyytikäinen O. 2013: Hoitoon liittyvien infektioiden seuranta ja infektiolukujen julkinen vertailu. Suomen Lääkärilehti 1–2.
- Lumio, J. 2008. Sairaalainfektiot ja potilasturvallisuus. Suomen Sairaalahygienialehti (26).
- Lyytikäinen, O. – Elomaa N. – Kanerva M. 2010. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Perälä, M.-L. – Toljamo, M. – Vallimies-Patomäki, M. – Pelkonen, M. 2008. Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö. Stakesin raportteja 28/2008
- Ruutu, P. – Lyytikäinen, O. – Kotilainen, H. 2010. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Räisänen, K. – Meretoja, O. 2013. Työhyvinvointi ja henkilökunnan jaksaminen. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Sarajärvi, A. 2009. Näyttöön perustuva hoitotyö – kuvaus toimintamallin kehittämisestä. PRO terveyslehti (6)
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 3. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 18. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Helsinki.
- Syrjälä, H. 2010. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Teirilä, I. – Elomaa, N. – Syrjälä, H. 2010. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Potilasturvallisuusopas. Helsinki.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Potilasturvallisuutta taidolla. Helsinki.

# Potilastietojärjestelmän käyttö ajanvarauspoliklinikan työnjaon uudistamisessa

## PIRJO NIHTILÄ

Ajanvarauspoliklinikan toiminnassa korostuu vahvasti tietotekniikan käyttö. Tässä artikkelissa kuvataan erään sairaalan ajanvarauspoliklinikan potilastietojärjestelmästä johtuvia haasteita henkilökunnan työssä. Haasteet liittyvät hoitoprosessin kaikkiin vaiheisiin. Jotta tietotekniikkaa voitaisiin hyödyntää tarkoituksenmukaisesti, on tarpeen arvioida hoitoprosesseja ja organisoida niitä uudelleen. Tavoitteena on, että oikeat henkilöt tekevät oikeita asioita oikeaan aikaan.

Terveystieteiden toiminnalliset ja rakenteelliset muutokset edellyttävät, että toimintakäytännöt uudistuvat hoitotyössä ja osaamisen tulee vastata potilaiden tarpeisiin. Hoitotyöntekijän osaamista ohjaavat näyttöön perustuva toiminta, laatuajattelu ja oman toiminnan kriittinen arviointi. (Sara-järvi ym. 2011: 9.) Ajanvarauspoliklinikan hoitotyölle on ominaista lyhyet hoitokontaktit ja nopeatempoisuus. Poliklinikkahoitotyöstä merkittävä osa on välillistä hoitotyötä. Potilaiden läheteitä käsitellään sähköisesti, potilaille varataan tietojärjestelmien avulla erilaisia tutkimusaikoja ennen ja jälkeen vastaanottokäynnin sekä annetaan ohjausta tutkimuksiin ja toimenpiteisiin. Myös valtakunnalliset toimintaohjelmat asettavat vaatimuksia polikliinisen hoidon toteuttamiseen (Terveystieteidenhuoltolaki 52§). Ajanvarauspoliklinikalla eri ammattiryhmät työskentelevät tiiviissä yhteistyössä hoidon toteuttamiseksi.

Osaamistarpeet muuttuvat erityisesti erikoissairaanhoidossa nopeiden toiminnallisten muutosten, teknologian kehityksen, yhteiskunnan taloudellisten voimavarojen ja palvelujärjestelmäudistusten vuoksi. (Lind 2011: 5.) Tulevaisuudessa edellytetään yhä enemmän monitieteisten ja monialaisten asiantuntijuuden rajapintojen tunnistamista potilaslähtöisen, laadukkaan, tuloksellisen ja vaikuttavan potilashoidon saavuttamisessa. Osaamisvaatimukset liittyvät teknologiseen osaamiseen, palveluosamiseen, monikulttuurisuuden hallintaan, arvoosaamiseen, yhteistyöosaamiseen sekä alakohtaiseen erityisosaamiseen (Nurminen 2011: 8).

Tehokkaassa roolien ja toimenkuvien uudelleensuunnittelussa muutokset ovat sidoksissa hoidon tarpeeseen, hoitoketjuun ja hoitosuosituksiin, joilla kehitetään palvelutarjonnan kokonaisuutta. Kehittäminen lähtee potilaiden tarpeista ja tarvittavan osaamisen tunnistamisesta. Henkilökunnan osaamisen keskittäminen koulutustaan vastaaviin tehtäviin lisää työtyytyväisyyttä. Uudet roolit ja toimenkuvat voivat myös kasvattaa tehokkuutta vapauttamalla erikoistuneelta henkilökunnalta aikaa erityisosaamista vaativien potilaiden hoitoon (Nurminen 2011: 13–14).

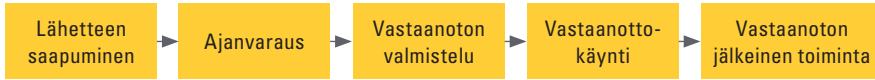
## **Hankkeen lähtökohdat**

Hankkeen tarkoituksena oli kehittää erään sairaalan kirurgian ajanvarauspoliklinikan toimintaa sujuvaksi sekä muokata henkilökunnan tehtävänkuvia vastaamaan tämän päivän työn sisältöä. Tietotekniikan kehitys on vaikuttanut merkittävästi ajanvarauspoliklinikan toimintaan, eivätkä vanhat toimintamallit enää toimi sellaisenaan. Toiminnan jokaisessa työvaiheessa täytyy ottaa huomioon tietotekniikan merkitys ja kehittää toimintaa siten, että tietotekniikkaa hyödyntämällä voidaan parantaa prosesseja ja karsia päällekkäisyyksiä pois. Polikliniinisien hoitotyön tavoitteena on tuottaa potilaslähtöistä, laadukasta ja turvallista erikoissairaanhoitoa ajanvarauspoliklinikan potilaille.

Ajanvarauspoliklinikan toimintaa oli välttämätöntä tarkastella uudelleen, sillä organisaation potilastietojärjestelmään oli lisätty keväällä 2012 lääkehoito-osio ja moniammatillinen hoitokertomus. Nämä asettivat omat haasteensa poliklinikalla tehtävälle työlle, mutta toisaalta ne myös mahdollistivat toiminnan sujuvoittamisen. Samana vuonna siirryttiin myös e-Reseptiin ja digitaaliseen sanelujärjestelmään. Poliklinikalla syntyi tarve karsia jäänteitä vanhoista toimintatavoista ajalta, jolloin vielä käytettiin paperisia potilasasiakirjoja. Tietojärjestelmät ovat korvanneet lähes kaikki paperiset potilasasiakirjat. Kirurgian poliklinikan toimintatavat ovat varsin samanlaisia erikoisalasta riippumatta. Osaan vastaanottokäynneistä liittyvä perushoitajan suorittamia etukäteistutkimuksia. Toimenpidekäynneillä potilaille saatetaan antaa esi- tai kipulääkettä ja potilasta voidaan tarkkailla lyhyen aikaa toimenpiteen jälkeen. Leikkaukseen tulevien potilaiden tulotarkastukset ja leikkaukseen meno poliklinikan kautta ovat tuoneet polikliiniseen työhön vuodeosastotyön piirteitä.

## Kuvaus hankkeen etenemisestä

Toimintaa lähdettiin kehittämään kuvaamalla toiminnan nykytila ja käytänteet prosessikaaviona.



Kuvio 1. Poliklinikkaprosessi

Poliklinikan henkilökunnan kanssa pidettiin kaksi osastotuntia, jolloin henkilökunta sai kertoa näkemyksiään asioista, jotka tuntuivat päällekkäisiltä, turhilta tai väärälle ammattiryhmälle kuuluvilta ja myös ehdottaa uusia käytänteitä. Puheenvuoroja käytettiin yhteensä 68, jotka kaikki kirjattiin ylös. Aineiston luokittelu tapahtui ajanvarauspoliklinikan potilaan hoitopolun mukaisessa järjestyksessä. Luokkien nimeäminen ryhmittyi potilaan polun eri vaiheiden mukaisiin teemoihin ja joihinkin varsinaisesta potilaan hoitopolusta irrallisiin teemoihin, jotka toisaalta vaikuttavat hoitopolun jokaisessa vaiheessa. Potilaan hoitopolun mukaiset teemat olivat toiminnan suunnittelu, läheteiden käsittely, ajanvaraus, vastaanoton valmistelu, vastaanoton jälkeinen toiminta. Muita teemoja olivat kirjaaminen, potilasohjaus, ammattitaito ja työrauha.

## Tulokset

Ajanvarauspoliklinikan toiminnan suunnittelussa moniammatilinen yhteistyö on keskeistä toiminnan onnistumisessa. Toiminnan hyvä etukäteissuunnittelu edistää poliklinikkapotilaan hoitoon pääsyä. Vastaanottoaikojen avaaminen riittävän ajoissa ja niiden pysyminen muuttumattomina vapauttaisi valtavan määrän sairaanhoitajien ja osastonsihteereiden työaikaa. Vastaanottoajan siirtäminen antaa potilaalle huonon kuvan toiminnan organisoinnista. Tavoitteena on hyvä palvelu sekä tilojen ja henkilökunnan tehokas hyödyntäminen. Hoidon tarpeen arvioinnin tulisi tapahtua kolmen viikon sisällä siitä, kun lähete on saapunut erikoissairaanhoitoa toteuttavaan hoitoyksikköön (Terveystieteiden tutkimuskeskus 52§). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että lääkärin on tehtävä päätös hoitoon otosta erikoissairaanhoitoon sekä tehtävä hoitosuunnitelma, tai hänen on palautettava lähete toimintaohjein lähettävään yksikköön. Tämän jälkeen potilaalle

ilmoitetaan lähetteen saapumisesta tai hänelle lähetetään kirjeitse vastaanottoaika ja mahdolliset ennen vastaanottoa tehtävät tutkimusajat ja -ohjeet.

Lähetteiden käsittely teknisesti oikein säästäisi valtavasti osastonsihteerien työaikaa. Lähetteitä käsittelevien henkilöiden tulisi käsitellä lähetteen suorituskäsikirjassa annettujen ohjeiden mukaisesti. Yhtenäiset hoitoon ottoperusteet (vrt. Käypä hoito suositukset) sujuvoittaisivat toimintaa, sillä toisinaan saman lähetteen toinen lääkäri hyväksyy ja toinen hylkää. Hoitoon liittyvien ennakkotutkimusten määrittäminen ja niiden selkeä kirjaaminen lähetetietoihin, nopeuttaisi osastonsihteerin työtä. Lähettävien hoitoyksiköiden tulisi huolehtia siitä, että potilaiden yhteystiedot ovat oikein. Potilaita tavoitellaan usein puhelimitse, ja puhelinnumeroiden oikeellisuus nopeuttaa potilaan tavoittamista ja ennen kaikkea hoitoon pääsyä.

Ajanvarauksessa voisi olla ns. lähetehoitaja, jolla olisi ajantasainen tieto vastaanottoaikojen saatavuudesta, pystyisi auttamaan osastonsihteerit ajanvaraukseen liittyvissä hoitotyön osaamista vaativissa kysymyksissä. Ajanvaraustilan tulisi olla rauhallinen, jossa sairaanhoitaja voisi vastata hoitoon liittyviin kysymyksiin ja osastonsihteerit voisivat varata vastaanottoaikoja. Ajanvaraus ei aina ole yksiselitteinen tapahtuma ja on arvioitava, riittääkö osastonsihteerin osaaminen hankalimpien ajanvarausten hoitamiseen, joissa tulee huomioida lääketauotukset tms. Selkeät ohjeet lähetteissä helpottavat osastonsihteerin työtä ajanvarauksessa. Perushoitajan ammattitaidon hyödyntäminen ajanvarauksessa voisi olla myös yksi ratkaisu ajanvaraustoiminnan sujuvoittamiseen. Ajanvaraus- ja neuvontapuhelimet ova usein ruuhkaisia. Tämä aiheuttaa potilaissa tyytymättömyyttä. Takaisinsoitto jonotuslistalta voisi lisätä potilastyytyväisyyttä ja aikapainetta ajanvarauspuhelimessa.

Vastaanoton valmisteluvaiheessa aiemmin osastonsihteerin tehtäviin kuului potilaskansien valmistelu ennen vastaanottoa. Tietojärjestelmät ovat kuitenkin mahdollistaneet sen, että potilaskansia tarvitaan vain sellaisissa tapauksissa, joissa potilasasiakirjoja on vain paperisessa muodossa. Paperisia potilasasiakirjoja on määrällisesti varsin vähän, eikä jatkossa ole tarkoituksenmukaista tilata potilaskansia arkistosta. Osastonsihteeriltä vapautuu aikaa vastaanoton valmisteluun potilastietojärjestelmän kautta. Tällöin osastonsihteerit tarkistaa tietojärjestelmästä, onko potilas käynyt etukäteen tehtävissä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksissa ja etsii vanhat röntgenkuvat digitaalisesta kuva-arkistosta sekä tarkistaa ovatko laboratoriovastaukset valmiit. Oikeiden röntgenkuvien löytäminen edellyttää erikoisalan tuntemista. Ennen varsinaista vastaanottokäyntiä, sairaanhoitajat tutustuvat tuleviin potilaisiin potilastietojärjestelmän kautta, jotta voivat valmistautua

mahdolliseen toimenpiteeseen tai ohjaukseen. Jokainen hoitaja päättää itse, missä vaiheessa tutustuu potilaiden hoitoon liittyviin kysymyksiin. Potilaat tulevat poliklinikalle joko ensi- tai uusintäkäynnille. Vastaanottokäynnillä lääkäri tutustuu potilaan tietoihin sähköisesti. Lääkäreiden määrätessä jatkohoitotoimenpiteitä moniammatilliseen hoitokertomukseen, heidän tulisi tehdä kirjaus selkeästi ilman, että tulkinnalle jää mahdollisuutta. Käynnin jälkeen potilaalle voidaan määrätä lisätutkimuksia tai asettaa potilas leikkausjonoon. Toisinaan pelkkä uusi vastaanottoaika on potilaalle riittävä tai potilaan hoito päättyy kokonaan.

Potilaskäyntiin liittyvä kirjaaminen herätti käydyillä osastotunneilla eniten keskustelua. Keskustelusta nousi esille, että on syytä tarkastella, mitä kirjataan ja minne. On tärkeää, että olennaiset asiat kirjataan oikeisiin paikkoihin. Lääkehoitoon liittyvä kirjaaminen on vielä kirjavaa ja varsinkin lääkityksen lopettamiseen liittyvä kirjaaminen puutteellista. Lääkehoidon kirjaamiseen liittyvät seikat vaativat yhtenäisiä käytäntöjä saman organisaation sisällä erikoisalasta riippumatta. Kyse on potilasturvallisuudesta (Potilasturvallisuusopas 2011: 20). Nykykäytännössä vastaanottokäynnin jälkeen potilaat tulevat sairaanhoitajan luo saadakseen jatkohoitoon liittyvää ohjausta ja jatkohoitoon liittyviä vastaanottoaikoja. Potilaan äidinkieli ja ikä sekä potilaan kyky ottaa vastaan tietoa vaikuttaa merkittävästi siihen, millaista ja kuinka paljon potilas tarvitsee ohjausta. Sairauden laatu vaikuttaa luonnollisesti ohjauksen tarpeeseen. Osan potilaita voisi ohjata suoraan keskitettyyn ajanvarauspisteeseen, jos potilas ei tarvitse hoitoon liittyvää ohjausta. Potilaille saattaa kuitenkin tulla vielä kysyttävää sairaudestaan. Ajanvarauspisteessä voisi toimia perushoitaja, joka tarvittaessa voisi ohjata potilaan sairaanhoitajan luo. Tällöin sairaanhoitajille jäisi enemmän aikaa erityistä ohjausta tarvitsevien potilaiden ohjaamiseen. Suullinen potilasohjaus on tärkeää, sillä potilaat eivät aina lue tai ymmärrä kirjallisia ohjeita, eivätkä näin ollen valmistaudu jatkotoimenpiteisiin vaaditulla tavalla. Pahimmillaan suunniteltu leikkaus peruuntuu, potilaan hoito viivästyy ja sairaalan resursseja menee hukkaan.

Potilaat, joille ei tule mitään jatkohoitoa, kotiutuvat suoraan lääkärin vastaanotolta. Käynnin jälkeen potilaasta tallennetaan tietojärjestelmään käyntitiedot ja tehdään hoitoisuusluokitus. Käyntitiedot ovat mekaanisesti tallennettavaa tietoa ja sen voisi tehdä osastonsihteerin. Jokaisesta potilaskäynnistä kirjataan diagnoosi. Diagnoositiedon puuttuminen käynnin yhteydessä hidastaa käyntitietojen tallentamista. Diagnoosin tekeminen on aina lääkärin tehtävä. Hoitoisuusluokituksen tekee sairaanhoitaja tai perushoitaja. Sairaanhoitajat kirjaavat moneen eri ohjelmaan samoja tietoja.



Päällekkäiset kirjaamiset tulisi minimoida. Esimerkiksi potilaan esitieto- ja kirjataan moneen paikkaan ja virheiden mahdollisuus lisääntyy tietoa siirrettäessä. Tämä vaatii eri yksöiden välistä yhteistyötä, jossa sovitaan yhtenäiset kirjaamiskäytännöt. Moniammatillisen hoitokertomukseen kirjataan hoitoon liittyvät määräykset tai tehtävät. Kun tehtävä on tehty, se kuitataan tehdyksi. Jotta tämä toiminto palvelisi tarkoituksenmukaisesti, tulisi jokaisen yksikön omalta osaltaan kuitata työ tehdyksi.

Vastaanoton jälkeen osastonsihteerien työtä kuormittaa digitaaliseen saneluun liittyvät sanelujen etsimiset. Saneluja päätyy tietoteknisesti väärin paikkoihin, jos lääkäri on kirjautunut eri toimipisteeseen kuin missä sanelua on tarkoitus käsitellä. Osastonsihteerit joutuvat palauttamaan saneluja sähköisesti oikeisiin paikkoihin tai etsimään muiden yksiköiden sanelulistoilta oman yksikön tekstejä. Aiemmin potilaille tulostettiin henkilötietotarrat, joita voitiin liimata eri lomakkeisiin. Nykyään potilaiden nimitarroja tarvitaan hyvin vähän ja siksi on tarpeen arvioida tarrojen tarve tulevaisuudessa. Myös monia potilasasiakirjoja on sekä sähköisessä että paperisessa muodossa. Nykyisin on mahdollista tallentaa potilasasiakirjoja ainoastaan sähköisessä muotoon ja siksi on järkevää arvioida, mitä asiakirjoja tulevaisuudessa on tarkoituksenmukaista arkistoida (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009). Teknisesti toteutettavissa oleva sähköinen allekirjoitus tulee poistamaan allekirjoitettavien kudosnäytevastausten tulostamisen.

Kehittämistyössä keskustelu liittyi tavalla tai toisella tietojärjestelmien mukanaan tuomiin haasteisiin poliklinikalla. Muuta keskustelua syntyi myös ammattitaitoon ja osaamiseen liittyvistä kysymyksistä. Yksikössä toteutettava tiimityöskentelymalli on toisaalta syventänyt oman erikoisalan osaamista, mutta myös heikentänyt samassa yksikössä toimivan toisen erikoisalan osaamista. Poliklinikkatyön koettiin keskeytyvän liian usein ja työrauhan puuttuvan sekä asioiden olevan paljon muistin varassa. Lisäksi opasteisiin toivottiin parannusta. Henkilökunnan aikaa sen sijaan on vapautunut muun muassa varastotilausten tekemisestä.

## **Yhteenveto ja johtopäätökset**

Tietojärjestelmät ovat lisänneet ja muuttaneet jokaisen ammattiryhmän työn sisältöä merkittävästi viime vuosina. Prosessin tarkastelu osoitti, että ajanvarauspoliklinikalla tehtävästä työstä merkittävä osa tapahtuu tietojärjestelmien kautta. Työvaiheet liittyvät vastaanottokäynnin suunnitteluun,

valmisteluun, toteuttamiseen ja päättymiseen. Näistä monia työvaiheita katsottiin voivan siirtää sairaanhoitajilta osastonsihteeille, jolloin sairaanhoitajille jäisi aikaa subsanssiosaamisen tekemiseen. Joitakin työvaiheita voidaan rationalisoida jo olemassa olevilla resursseilla, mutta tarkastelun kohteeksi nousee väistämättä eri ammattiryhmien määrien välisen suhteen arviointi.

Kirjaaminen on suuri kokonaisuus ja se vaatii yli osaston rajojen tapahtuvia käy-tänteiden sopimisia, koska potilastietojärjestelmä on sama koko organisaatiossa. Yhteinen tietojärjestelmä ei palvele ketään, mikäli yhteisiä toimintamalleja ei ole tai niistä ei pidetä kiinni. Yhtäläiset käytänteet tarjoaisivat hyvän mahdollisuuden potilaan saumattomaan hoitoon eri yksiköiden välillä ja vähentäisivät kirjaamisessa mahdollisesti syntyviä virheitä. Kehittämistehtävän aikana oli mielenkiintoista huomata, miten toiminta kytkeytyy voimakkaasti tietojärjestelmien ympärille. Varsinaisen vastaanottokäynnin sisältöön ei otettu kantaa. Prosessien selkeyttäminen vaatii eri ammattiryhmien välistä tiivistä yhteistyötä ja toisen työn tuntemusta. Vasta ymmärtämällä, miten oma työ vaikuttaa muiden työhön, voidaan saada aikaan toimivia prosesseja. Silloin myös potilaan hoitamiseen jää enemmän aikaa.

Osastotunneilta kerättyjen ehdotusten perustella piirrettiin uusi prosessikaavio, jossa kuvattiin uutta toimintamallia. Toimintamallin joitakin vaiheita otettiin käyttöön yhdellä erikoisalalla vaiheittain. Potilasasiakirjat paperilla ovat jo jääneet historiaan ja vastaanoton valmisteluun liittyviä vaiheita on siirretty sairaanhoitajilta osastonsihtee-reille. Tällä on saatu merkittävästi työaikaa säästymään sekä sairaanhoitajilta että osastonsihtee-reiltä. Tehtävien siirtoa tehdään edelleen vaiheittain ja nähtäväksi jää, tarvitaanko sittenkään lisäresursseja vai voidaanko nykyisten resurssien järkevällä käytöllä saada henkilökunta tekemään oikeita asioita oikeaan aikaan.

## Lähteet

Asikainen, P. – Nygren, P. – Nurminen, R. 2011. Erikoissairaanhoidon muutoshaasteet ja keskeiset kehittämissuunnat. Teoksessa Nurminen R. (toim.): Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 113.

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

- Lind, K. 2011. Esipuhe. Teoksessa Nurminen R. (toim.): Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 113.
- Nurminen, R. 2011. Teoksessa Nurminen R. (toim.): Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 113.
- Potilasturvallisuusopas 2011. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Sarajärvi, A. – Mattila, L.-R. – Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta – Avain hoitotyön kehittymiseen. Helsinki: WSOYPro Oy.
- Terveidenhuoltolaki 52§.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009. Saatavissa osoitteessa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39502&name=DLFE-8803.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39502&name=DLFE-8803.pdf). Luettu 2.11.2013

# Potilasturvallisuuden kehittäminen HaiPro-raportointijärjestelmän avulla

## KIRSI MANNINEN

Tässä artikkelissa kuvataan potilasturvallisuuden edistämistä HaiPro-raportointijärjestelmän käyttöönoton avulla yhdessä laboratoriossa. Potilasturvallisuus on laadun perusta terveydenhuollossa. Potilasturvallisuusstrategian tavoitteena on saada potilasturvallisuus osaksi toiminnan rakenteita ja tavallisia toimintatapoja niin, että hoito on turvallista ja vaikuttavaa. Vaaratapahtumien raportointi ja niistä oppiminen on tärkeä osa tavoitteeseen pääsyä.

Potilasturvallisuus käsittää ne periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoitus on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilasturvallisuuteen kuuluu sekä poikkeamien hallinta että niistä johtuvien haittojen ehkäisy. Siihen sisältyy hoidon turvallisuuden lisäksi lääketys- ja laiteturvallisuus. Hoidon hyvä laatu tarkoittaa sitä, että potilas saa tarvitsemansa ja lääketieteellisesti oikean hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Turvallinen hoito on vaikuttavaa, se toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan. Potilasturvallisuuskulttuurilla tarkoitetaan potilaiden turvallista hoitoa edistävää systemaattista toimintatapaa ja sitä tukevaa johtamista, arvoja ja asenteita. Siihen sisältyy riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuva kehittäminen. (Helovuori – Kinnunen – Peltomaa – Penanen 2012; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Potilasturvallisuuden lähtökohtana on näyttöön perustuva toiminta, joka on ammatillisesti ja tieteellisesti asianmukaista, laadukasta ja turvallista. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ohjaa potilasturvallisuustyötä ja on laatinut Suomalaisen potilasturvallisuusstrategian vuosille 2009–2013. Potilasturvallisuusstrategian tavoitteita ovat potilaan osallisuuden ja potilaslähtöisyyden lisääminen, potilasturvallisuuden hallinta ennakoivasti, vaaratilanteiden raportointi ja näistä tilanteista oppiminen sekä potilasturvallisuuden huomiointi terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) koordinoi ja tukee sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden

potilasturvallisuuden kehittämistä ”Potilasturvallisuutta taidolla” -ohjelman avulla.

## **Vaara- ja haittatapahtumat**

Vaaratapahtumat ovat tilanteita, joissa potilasturvallisuus vaarantuu. WHO määrittelee potilasturvallisuuden vaaratapahtuman tilanteeksi tai olosuhteeksi, joka olisi voinut johtaa tai johti tarpeettomaan haittaan potilaalle. Läheltä piti tilanne on tapahtuma, joka olisi voinut aiheuttaa haittaa potilaalle mutta jossa haitalta vältyttiin joko sattumalta tai vaaratilanteen ajoissa havaitsemisen ansiosta. Vaaratilanteen vakavuutta arvioidaan sen seurausten perusteella. Potilaalle aiheutunut haitta voi olla lievä, kohtalainen tai vakava. Vaaratapahtumia tulee arvioida myös niiden sisältämän riskin näkökulmasta. Tällä tarkoitetaan sitä, että arvioidaan haitan todennäköisyyttä, miten lähellä vahingon syntyminen oli ja mitkä sen seuraukset olisivat olleet. (Helovuori ym. 2012.)

Vaaratapahtumaan voi johtaa mikä tahansa terveydenhuollon tuotteisiin, toimintatapoihin, -järjestelmiin tai -ympäristöön liittyvä suunnitellusta poikkeava tilanne. Vaaratapahtuma voi liittyä ennaltaehkäisyyn, taudinmääritykseen, hoitoon tai kuntoutukseen. Se voi liittyä myös kirjaamiseen, seurantaan tai raportointiin. Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa prosessit ja toimintatavat, fyysinen ympäristö, laitteet ja tarvikkeet, dokumentointi ja tiedonkulku sekä inhimilliset tekijät. Prosesseihin ja toimintatapoihin liittyvät riskit ovat usein ihmisten tekemien erehdysten taustalla. Riskejä aiheuttavat muun muassa ohjeistuksiin liittyvät puutteellisuudet, prosessien soveltumattomuus käytäntöön, toimintatapojen epäyhtenäisyydet ja riittämättömät varmistusmenettelyt. Fyysisen ympäristön turvallisuuteen kuuluvat muun muassa työtilojen rakenteet ja järjestelyt, jotka voivat vaikuttaa joko edistävästi tai haitallisesti työn tekemisen turvallisuuteen. Haitallisia tekijöitä ovat muun muassa puutteelliset työtilat, heikko valaistus ja melu. Laitteisiin ja tarvikkeisiin liittyviä turvallisuustekijöitä ovat muun muassa laitteiden toimintakunto, käytettävyyden ja saatavuus. Laitteiden ja tarvikkeiden riittämätön huolto ja koulutus ovat yleisiä vaaratapahtumiin vaikuttavia tekijöitä. Dokumentointi on yksi keskeisistä terveydenhuollon tehtävistä ja keino viestiä potilaan hoitoon tarvittavista tiedoista. Dokumentoinnin ja tiedonkulun jatkumo on yksi tärkeimmistä tekijöistä varmistettaessa laadukasta ja turvallista hoitoa. Tiedonkulkuun liittyy moni haittatapahtuma, erityisesti rajapinnoissa

tiedonkulun katkeaminen on yleistä. (Helovuo ym. 2012; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Tutkittu tieto osoittaa, että noin joka kymmenes potilas kokee hoitonsa aikana jonkinasteisen haittatapahtuman länsimaissa. Noin prosentilla haitta on vakava. Haittatapahtumat voivat pahimmillaan johtaa pitkittyneeseen sairaalahoitoon, viivästyneeseen toipumiseen, vammautumiseen tai menehtymiseen. Suomen sairaaloissa arvioidaan sattuvan vuosittain kuolemaan johtavia hoitovirheitä vähintään 700, mahdollisesti jopa 1700. Yleisimpiä haittatapahtumia ovat hoitoon liittyvät infektiot, lääkitysvirheet, väärä tai viivästynyt diagnoosi, kirurginen virhe, laitevirhe sekä inhimilliset virheet. Haittatapahtumista aiheutuu myös merkittäviä taloudellisia lisäkustannuksia. On arvioitu, että jopa puolet haittatapahtumista ja niistä johtuvista lisäkustannuksista voitaisiin estää riskien ennakkoinnilla, toiminnan järjestelmällisellä seurannalla sekä vaaratapahtumista oppimalla. (Ruuhilehto ym. 2011; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Haittavaikutuksista kerätään tietoja monella eri tavalla ja eri viranomaiset valvovat terveydenhuollon toimintaa. Tietoja kerätään ja toimintaa valvotaan muun muassa seuraavasti:

- Potilasasiakirjat: lääketieteellisen hoidon haittavaikutukset
- THL: hoitoilmoitusrekisteri (HILMO)
- Fimea: lääkevaikutusten haittavaikutusrekisteri
- Valvira: terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden valvonta ja turvallisen käytön edistäminen
- Potilasvakuutuskeskus: tilasto potilasvahinkolain mukaisista potilasvahingoista
- Kantelut ja muistutukset
- Raportointijärjestelmät (esim. HaiPro) (Helovuo ym. 2012; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

## **Kliinisten laboratoriotutkimusten turvallisuus**

Laboratoriopalveluiden keskeytymätön saatavuus on sairaalassa yksi potilasturvallisuuden perusedellytyksistä. Laboratoriotutkimuksilla on merkittävä rooli kliinisessä päätöksenteossa. Laboratorion tavoitteena on saada tutkittavasta potilaasta hänen tilaansa parhaiten kuvaava laboratoriotulos. Laboratoriotutkimusten luotettavuus perustuu laadunvarmistuksen

menetelmiin, joita ovat muun muassa laaduntarkkailu, laadunauditoinnit ja johdon katselmukset. Laboratoriot osallistuvat laajasti sekä kotimaisiin että ulkomaisiin laadunarviointiohjelmiin, joissa tutkitaan ns. laaduntarkkailunäytteitä. Laatukäsikirjat, joissa on tarkat ohjeet menettelytavoille, ovat yleisiä laboratoriossa. Suomessa laboratoriot ovat usein akkreditoituja. Akkreditoidun laboratorion tulee osoittaa menettelyt testaus- ja kalibrointitulosten laadunvarmistukselle. Akkreditoinnin avulla laboratorio osoittaa pätevyytensä ja tulostensa luotettavuuden. (FINAS 2013; Grönroos – Koskinen 2013; Seppälä – Tuokko 2010.)

Laadunvarmistuksen avulla virheellisten vastausten osuus jää hyvin pieneksi. Kuitenkin tämäkin mahdollisuus täytyy huomioda tuloksia tarkasteltaessa. Potilasturvallisuuden kannalta kriittiset virheet laboratorioprosessissa voivat johtaa virheelliseen hoitopäätökseen. Yhteistyö hoitoyksiköiden kanssa ja palautteen saaminen hoitoyksiköiltä on tärkeää. Hoitoyksikön antama palaute voi johtaa laboratoriossa piilevän ongelman jäljille tai auttaa laboratoriota parantamaan prosessejaan. Mahdollisia virhelähteitä kliinisen laboratoriodiagnostiikan prosessissa on useita. Preanalytiikkaan liittyviä virhelähteitä ovat puutteelliset ja virheelliset tutkimuspyynnöt, potilaan ohjauksen ja esivalmistelun puutteet sekä virheet näytteenotossa, näytteiden säilytyksessä, käsittelyssä ja kuljetuksessa. Potilaan tunnistaminen näytteenottotilanteessa ja näytteen merkitseminen näytetunnisteella ovat kriittisiä vaiheita. Virheellinen tunnistus tai virheellinen näytetunniste voivat johtaa tuloksen raportointiin väärälle potilaalle. Näytteenotto on erittäin tärkeä vaihe, näyte tulee ottaa oikeanlaiseen putkeen ja oikeassa näytteenottojärjestyksessä. Myös näytteenottoaikan valinnalla on merkitystä näytteen analysointikelpoisuuteen ja näytteenoton turvallisuuteen. Näytteen esikäsittely ja säilytys tulee olla ohjeiden mukainen, jotta näyte olisi analysointikelpoinen. Näytteiden analysoinnissa on tärkeää huolehtia, että laboratoriolaitteet ovat hyvässä toimintakunnossa ja että henkilökunta on saanut riittävän perehdytyksen laitteiden käyttöön ja tulosten oikeellisuuden arviointiin. Toimivat tietojärjestelmät lisäävät tulosten luotettavuutta. Käytössä on muun muassa autoverifiointiohjelmia, jossa tulokset hyväksytään automaattisesti tiettyjen kriteerien mukaan. Tietojärjestelmien käyttökokokset vaikuttavat huomattavasti laboratorion toimintaan ja voivat pahimmillaan uhata potilasturvallisuutta. Laboratoriotointia on viime vuosina keskitetty voimakkaasti, mikä osaltaan lisää laboratoriotutkimusten luotettavuutta ja tehokkuutta. Toisaalta keskittämiseen liittyy myös riskejä, koska ongelmat laboratorioprosesseissa vaikuttavat hoitoyksiköiden toimintaan laajalla alueella. Suuressa laboratoriossa kriittisiä tekijöitä ovat laitteiston

toimintakunto, keskeytyksetön sähkön ja veden saanti ja tietojärjestelmien toimintavarmuus. Laboratoriotyön prosessia on syytä tarkastella kokonaisuutena, sillä kokonaisuus on niin vahva ja luotettava kuin sen heikoin osatekijä. On todettu, että preanalytiikkaan liittyvät suurimmat ongelmat laboratorioprosesseissa, vain pieni osa virheistä tapah-tuu itse määrittämisessä. (Grönroos – Koskinen 2013; Seppälä – Tuokko 2010.)

## **HaiPro-raportointiohjelma**

Terveysturvallisuuslaki ja suomalainen potilasturvallisuusstrategia edellyttävät, että työntekijöillä tulee olla mahdollisuus ilmoittaa poikkeamista ja vaaratapahtumista. Organisaation potilasturvallisuusstrategiassa pitää kuvata vaaratapahtumien tunnistaminen ja raportointi, haittatapahtumien ilmoittaminen hoitoilmoitusjärjestelmään sekä korjaavien toimenpiteiden menettelytavat. (Kinnunen – Aaltonen – Malmström 2013; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Vaaratapahtumien raportointiin on käytössä lukuisia erilaisia työkaluja, yksi Suomessa yleisesti käytössä oleva on HaiPro-raportointiohjelma. HaiPro on lyhenne sanoista haittatapahtumien raportointiprosessi. HaiPro-projekti aloitettiin vuonna 2005 Lääkelaitoksen ja Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen yhteistyönä. Myöhemmin kehittämistyöhön lähti mukaan sosiaali- ja terveysministeriö. Projektissa kehitettiin toimintamalli turvallisuutta vaarantavien poikkeamien, virheiden ja läheltä piti -tapauksen käsitteilyyn terveydenhuollon yksiköissä. Vaaratapahtumien raportoinnin avulla kehitetään ja ylläpidetään potilasturvallisuutta. Raportoinnin avulla voidaan oppia läheltä piti -tilanteista ja haittatapahtumista. Raportointi perustuu vapaaehtoisuuteen ja rankaisemattomuuteen. Raportoinnin ideana on etsiä järjestelmävirheitä eikä syyllistä yksittäisiä henkilöitä. Vaaratapahtumista syyllistämällä ei kehitetä toimintaa vaan seurauksena on usein vaaratapahtumista vaikeneminen ja niiden uusiminen. Tavoitteena on oppia virheistä, tunnistaa vaaratilanteita ja kehittää toimintaa suunnitelmallisesti turvallisemmaksi. Raportoinnin lisäksi on oltava toimiva palautejärjestelmä. (Helovuo ym. 2012; Kinnunen ym. 2013.)

HaiPro-raportointi jaetaan seuraaviin vaiheisiin:

- vaaratilanteen tunnistaminen
- ilmoituksen tekeminen
- ilmoituksen vastaanotto, luokittelu ja analysointi
- päätöksenteko jatkotoimista
- seuranta ja arviointi (Kinnunen ym. 2013).



Vaaratilanteen sattuessa tehdään ilmoitus sähköiselle lomakkeelle. Ilmoituksen voi tehdä kuka tahansa työntekijöistä. Ilmoituksessa on tärkeä kuvata mitä on tapahtunut ja mitkä tekijät ovat vaikuttaneet tapahtuman syntyyn. Ilmoittaja voi myös kirjata oman ideansa tapahtuman ehkäisemiseksi jatkossa. Vaaratilanteiden tunnistamisen helpottamiseksi on laadittu tapahtumatyyppien luokitukset. Tapahtumatyyppi voi liittyä esimerkiksi lääke- ja nestehoitoon, tiedonkulkuun, laitteeseen ja sen käyttöön tai laboratoriotutkimuksiin. Tapahtumatyyppit jakautuvat edelleen alaluokkiin, joita laboratoriotutkimuksiin liittyen on 19 erilaista, esimerkiksi määrätty väärä tutkimus, virheellisesti otettu näyte, näyte otettu väärästä potilaasta, näyte kadonnut, virheellinen näytteen säilytys tai kuljetus, virheellinen analyysi, vastaus antamatta tai lähettämättä. Käsittelijöiksi valitut henkilöt saavat ilmoituksen sähköpostiinsa ja luokittelevat ja analysoivat tapahtumaan syntyvät tekijät käsittelijän lomakkeelle. Tapahtumia luokitellaan sen mukaan, mikä on seuraus potilaalle ja hoitavalle yksikölle, mitkä olivat tapahtumaolosuhteet, miten tilanne hallittiin ja miten vakavaksi riski arvioidaan. Taulukossa yksi on HaiPro-riskimatriisi, jonka avulla arvioidaan vaaratapahtuman riskin suuruutta. Luokitukset ja riskimatriisi löytyvät HaiPron ohjeista ja HaiPro-ohjelmasta. (HaiPro 2009; HaiPro 2012; Kinnunen ym. 2013.)

Taulukko 1. HaiPro – riskin arviointi (HaiPro 2012)

|   | Tyypilliset seuraukset   |   |  |
|---|--|---|--|
|   | <b>Vähäiset</b><br>Korkeintaan epä-mukavuutta, hoidon viivästymistä tai pitkittymistä ilman merkittäviä terveysvaikutuksia | <b>Haitalliset</b><br>Toimenpiteitä vaativia terveysvaikutuksia, hoidon pitkittymistä ja ylimääräistä kärsimystä, tilapäinen työkyvyttömyys | <b>Vakavat</b><br>Kuolema tai pysyviä vakavia vaikutuksia, elämänlaatua huomattavasti heikentäviä vammoja, pysyvä työkyvyttömyys |
| <b>Todennäköisyys</b>   |  |   |  |
| <b>Epätodennäköinen</b><br>Satunnainen vaaratilanne, altistuminen lyhytaikaista, esiintyy harvoin.      | <b>I Merkityksetön riski</b>   | <b>II Vähäinen riski</b>  | <b>III Kohtalainen riski</b>   |
| <b>Mahdollinen</b><br>Vaara- tai kuormitus-tilanteet päivittäisiä. Läheltä piti -tapauksia on sattunut. | <b>II Vähäinen riski</b>   | <b>III Kohtalainen riski</b>  | <b>IV Merkittävä riski</b>   |
| <b>Todennäköinen</b><br>Vaaratilanteita esiintyy usein ja säännöllisesti. Tapaturmia on sattunut.       | <b>III Kohtalainen riski</b>   | <b>IV Merkittävä riski</b>  | <b>V Vakava riski</b>  |

Riskin suuruus esitetään riskiluokkina, jotka saadaan tapahtuman seurausten ja arvioidun todennäköisyyden yhdistelmänä. Vaaratapahtumien riskien luokittelu on tärkeää siksi, että voidaan tarvittaessa valikoida suuresta tapahtumamäärästä tarkempaan analyysiin sellaiset tapahtumat, joihin liittyy suuri riski potilaan turvallisuudelle. (HaiPro 2012.)

Tapahtumista saatavaa tietoa pyritään hyödyntämään ja muutoksia seuraamaan. On tärkeää, että koko työyhteisö saa säännöllisesti tietoa järjestelmään kootuista tiedoista. Kun vaaratapahtumaa analysoidaan, pyritään katsomaan tilannetta moniulotteisesti organisaation toiminnan pohjalta eikä tarkastella sitä yksittäisen henkilön tekemänä virheenä. Tarkastelussa arvioidaan myös tilanteeseen varautumista ja suojausjärjestelmien toimintaa. Suojausjärjestelmien avulla on tarkoitus estää vaaratapahtuma tai havaita ongelma ajoissa. Toimenpide-ehdotukset kohdistetaan olosuhdetekijöihin, ei yksittäisiin henkilöihin. HaiPron avulla saadaan myös helposti tilastollista tietoa. (Kinnunen ym. 2013.)

## **Potilasturvallisuuden edistäminen organisaatiossa**

Organisaation johdon vastuulla on potilasturvallisuuden kokonaisuus. Johdon tehtävänä on määritellä toiminnalle tavoitteet ja menettelytavat sekä luoda pohja organisaation arvoille ja asenteille. Johdon tulee korostaa potilasturvallisuutta kaikessa toiminnassa. Johdon tehtävänä on myös varmistaa, että organisaatiossa on riittävästi henkilökuntaa ja osaamista niin, että hoito voidaan toteuttaa turvallisesti. Potilasturvallisuuden edistämiseen organisaatiossa kuuluu potilasturvallisuussuunnitelma, potilasturvallisuuden seuranta ja arviointi, vaarojen tunnistaminen ja riskien hallinta, vaaratapahtumista oppiminen, vaaratapahtumien raportointi- ja oppimisjärjestelmät. (Helovuori ym. 2012; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2009.)

Systeemiähtöisellä potilasturvallisuuden edistämällä tarkoitetaan näkemystä, jonka mukaan turvallisuus ei perustu vain yksittäisen henkilön ammattitaitoon, vaan vaaratapahtumien katsotaan syntyvän monimutkaisen järjestelmän eri osien ja niiden toiminnan yhteisvaikutuksesta. Kokonaisuutta kutsutaan systeemiksi, joka pitää sisällään muun muassa johtotason päätökset, lähiesimiestyön, fyysiset ja psyykkiset olosuhteet. Inhimillisten virheiden katsotaan olevan seuraus toimintaan vaikuttavista olosuhteista. Potilasturvallisuuden edistämiseksi systeeminäkökulma tarjoaa hyvän viitekehyksen. Katse tulee suunnata turvallisen hoidon edellytyksiin ja niihin vaikuttaviin organisaatioprosesseihin. Hyvässä

potilasturvallisuuskulttuurissa turvallisuus on aito arvo, joka otetaan huomioon päivittäisessä toiminnassa ja päätöksenteossa. Avoimessa potilasturvallisuuskulttuurissa käsitellään haittatapahtumia ja läheltä piti tapahtumia rakentavasti ja luottamuksellisesti. (Helovuori ym. 2012; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011.)

Laboratorio, jonka potilasturvallisuuden kehittämistä tässä artikkelissa kuvataan, kuuluu organisaatioon, jonka potilasturvallisuussuunnitelma pohjautuu sen strategiaan ja arvopohjaan. Potilasturvallisuusstrategian painopisteet ovat:

- Potilasturvallisuus on yhteinen asia. Potilasturvallisuudessa huomioidaan potilaan, ammattilaisen ja organisaation näkökulma
- Ennakointi, raportoinnin kehittäminen ja oppiminen
- Suunnitelmallisuus ja riittävät voimavarat

Tavoitteena on lisätä potilaan aktiivisempaa roolia potilasturvallisuustyössä. Potilaita kannustetaan aktiiviseen vuorovaikutukseen henkilökunnan kanssa ja heidän toivotaan tuovan esiin huomaansa epäkohdat ja turvallisuuspuutteet. Ammattilaisten näkökulmasta keskeistä on potilaslähtöinen moniammatillinen yhteistyö.

Potilasturvallisuusriskejä korostetaan organisaation toiminnan suunnittelussa ja päätöksenteossa. Riskien hallintaa ja arviointikäytäntöjä kehitetään entistä systemaattisimmiksi ja kokonaisvaltaisemmiksi. Organisaation tavoitteena on kehittää edelleen potilasturvallisuuskulttuuria. Potilasturvallisuuskulttuuri sisältää johtamisen, arvot ja asenteet sekä turvallista hoitoa edistävän systemaattisen toimintatavan. Potilasturvallisuuskulttuuria parantamalla saavutetaan myös kustannushyötyä. Keinoina ovat HaiPro-ohjelman käyttöönoton laajentaminen, koulutus ja potilasturvallisuusasioiden systemaattinen käsittely sekä osastokokouksissa että johtoryhmissä. Organisaatiossa pyritään haittatapahtumien avoimeen, rakentavaan ja syyllistämättömään käsittelyyn.

## **Potilasturvallisuusraportointi organisaatiossa**

Raportoinnin avulla kiinnitetään huomiota vaaratapahtumiin. Tarkoituksena on tuottaa tietoa, jonka avulla vaaratilanteisiin johtaviin tapahtumiin tai tekijöihin voidaan puuttua. Raportoinnin tarkoitus on myös mahdollistaa syyllistämättömän keskustelu niin osastoilla kuin hallinnollisella tasolla. Yksilön sijasta huomio kiinnitetään järjestelmään. Tavoitteena on rakentaa

suojajärjestelmiä, jotta haittatapahtumat saataisiin vähenemään. Hyväksytään myös se, että inhimilliseen toimintaan liittyy aina erehtymisen mahdollisuus. Raportointijärjestelmä on luottamuksellinen, rankaisematon ja syyllistämätön. Ilmoitukset analysoidaan ammattimaisesti ja raportointi on organisoitua.

HaiPro-ilmoituksen voi tehdä kuka tahansa henkilökuntaan kuuluva ja kaikkia työntekijöitä kannustetaan tekemään HaiPro-ilmoituksia ja ilmoittamaan myös potilaiden esille tuomia haittatapahtumia. Ilmoitus tehdään anonyymisti niin, että ilmoittajan henkilöllisyys ei paljastu. Ilmoitus menee sen yksikön vastuuparin sähköposteihin, jossa haittatapahtuma on sattunut. Ilmoitus käsitellään sähköisesti ja se luokitellaan esimerkiksi tiedonkulkuun tai lääkitykseen kuuluvaksi. Ilmoituksen käsittelijä määrittää myös riskiluokan, joka perustuu tapahtuman mahdollisten seurausten yleisyyteen ja vakavuuteen. Ilmoitukset on käsiteltävä tietyn ajan sisällä ilmoituksen laatimisesta. Vakavan vaaratapahtuman ilmoituksen laatija merkitsee nopeutettuun käsittelyyn. Ilmoituksia käsitellään säännöllisesti osastokokouksissa, jolloin niistä voidaan oppia ja yhdessä myös pohtia korjaavia toimenpiteitä. Tavoitteena on moniammatillinen yhteistyö myös ilmoitusten käsittelyssä. Vaaratilanneilmoitukset kootaan neljännesvuosittain ja toimitetaan organisaatiossa ylöspäin. Korkean riskiluokan vaaratapahtumat raportoidaan välittömästi organisaatiossa ylöspäin. HaiPro-järjestelmän kautta saapuvia ilmoituksia käsitellään ensisijaisesti potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisen näkökulmasta. Runsas ilmoitusten määrä ei kuvaa yleensä huonoa potilasturvallisuutta, vaan valveutunutta yksikköä, jossa potilasturvallisuuden kehittäminen koetaan tärkeäksi.

HaiPro-järjestelmä on ollut käytössä organisaatiossa vuodesta 2007 alkaen ja viimeisten tukipalveluyksiköiden käyttöönotto ajoittuu vuosille 2012–2013. Eteneminen HaiPro-raportoinnissa vaihtelee yksiköittäin, mutta kaikissa yksiköissä ilmoituksia laaditaan ja niitä käsitellään. HaiPro-raportointi perustuu vapaaehtoisuuteen, joten ilmoitusten määrää ei voi verrata tapausten todelliseen ilmaantuvuuteen. Arvioiden mukaan raportointijärjestelmiin ilmoitetaan 10–20 % todellisista poikkeamatilanteista. Ilmoitusaktiivisuus on kasvanut hyvin, mikä liittyy työntekijöiden potilasturvallisuusasioita koskevaan tietoisuuteen ja asenteisiin. Moniammatillisen HaiPro-raportoinnin suhteen on saavutettu suotuisaa kehitystä. Painopistealueena on ollut lääkäreiden raportointiaktiivisuuden lisääminen, joka on tuottanut hyvää tulosta. Tavoitteena on edelleen lisätä raportointia läheltä piti -tilanteista. Läheltä piti -tilanteiden raportointi mahdollistaa epäkohtien poistamisen ennakoivasti ja luo hyvää

potilasturvallisuuskulttuuria. HaiPro-järjestelmä on ollut vasta vähän aikaa käytössä, joten raportointiin liittyvässä turvallisuuskulttuurissa on myös vielä kehitettävää.

Koko organisaatiossa yleisimmät ilmoitetut vaaratapahtumat liittyvät lääke- ja nestehoitoon tai tiedonkulkuun. Ilmoitetuista vaaratapahtumista on harvoin arvioitu olevan haittaa potilaalle tai haitta on arvioitu lieväksi. Lieväkin haitta saattaa silti olla potilaalle merkittävä ja siitä tulee kertoa potilaalle ja pahoitella asiaa sekä kertoa, miten jatkossa pyritään huolehtimaan, että vastaava tapahtuma ei pääse toistumaan. Yleisimmin vaaratapahtumat aiheuttavat yksikölle lisätyötä tai vähäisiä hoitotoimia. Korjaavat toimenpiteet ovat useimmiten asioista informointia. Vaaratapahtumista keskusteleminen on tärkeää, mutta jatkossa tulee aikaisempaa enemmän kiinnittää huomiota myös toimintaa parantavien käytäntöjen luomiseen.

## **HaiPro-raportointijärjestelmän käyttöönotto laboratoriossa**

Laboratoriotukipalveluissa on vuonna 2013 yhtenä tärkeänä tavoitteena potilasturvallisuuden kehittäminen. Tavoitearvoksi on asetettu, että HaiPro-raportointiohjelma on käytössä kaikissa laboratoriossa ja että kaikki työntekijät osaavat tehdä HaiPro-ilmoituksen. Tavoitteena on myös, että HaiPron ja laboratorioyksiköiden omien poikkeamien hallintajärjestelmien raporttien käsittely toteutuu suunnitelman mukaisesti ja potilasturvallisuuden parantaminen on otettu osaksi yksiköiden toimintaa. Potilasturvallisuuteen liittyvänä tavoitteena on myös, että yli 50 % potilasdiagnoosiikan piirissä työskentelevästä henkilökunnasta on käynyt THL:n potilasturvallisuusverkkokurssin.

Poikkeamien raportoinnissa on laboratorioyksiköissä ollut käytössä erilaisia toimintatapoja ja raportointijärjestelmiä. Jatkossa pyrkimyksenä on, että käytetään vain yhtä raportointijärjestelmää. Käytössä on ollut muun muassa laboratorion käyttöön suunniteltu järjestelmä, johon on tallennettu poikkeamat laboratoriotutkimuksen tutkimusta edeltävissä toimenpiteissä, tutkimusmenettelyissä, tutkimusmenettelyjen laadunvarmistuksessa ja tutkimusten jälkeisissä menettelyissä. Järjestelmä koostuu poikkeamien tallennusohjelmasta sekä ohjelmasta, jonne vakavat poikkeamat siirtyvät automaattisesti. Poikkeamat on käsitelty yksikkökohtaisesti.

HaiPro-raportointijärjestelmä otettiin käyttöön laboratorioyksiköissä kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa maaliskuusta 2013 alkaen

HaiProa käytettiin vain niissä ilmoituksissa, joissa tapahtuman aiheuttaja tai ilmoittaja on laboratorioyksiköiden ulkopuolinen organisaatio eli lähinnä hoitoyksiköt. Toisessa vaiheessa HaiPro otetaan käyttöön kaikissa poikkeamien seurannassa, jolloin se korvaa laboratorioissa aikaisemmin käytetyn järjestelmän. HaiPro-järjestelmään lisätään aikaisemmin käytössä olleet laboratorion tapahtumaluokitukset. Toisen vaiheen käynnistys on loppuvuodesta 2013. Siihen asti käytetään rinnakkain kahta järjestelmää.

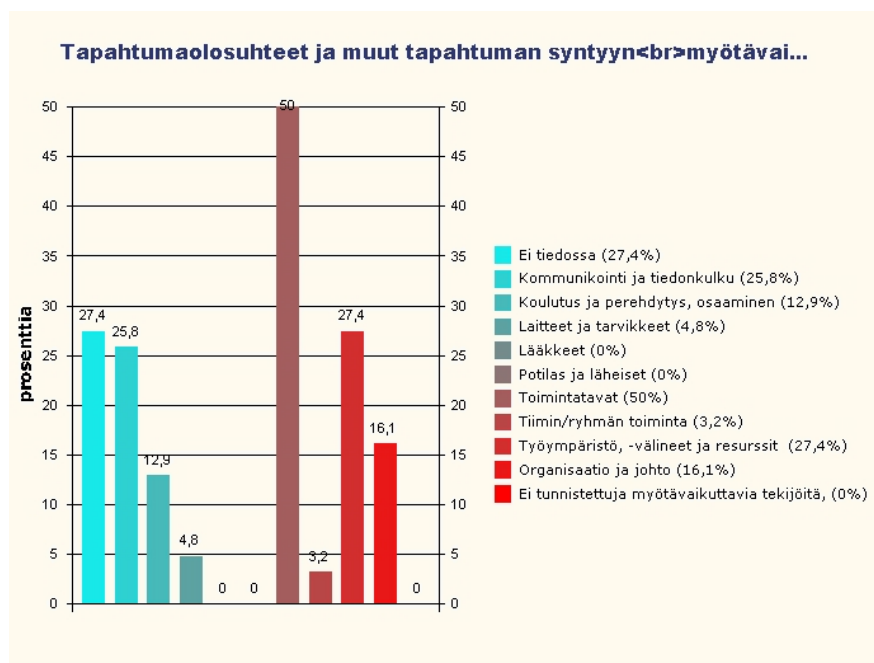
HaiPron käyttöönotto alkoi kyseisessä laboratoriossa suunnitelmien mukaisesti maaliskuun alussa. Käyttöönotosta informoitiin henkilökuntaa sekä sähköpostitse että osastokokouksessa. Osastokokouksessa ohjeistettiin henkilökuntaa ilmoituksen tekemiseen sekä siihen, milloin käytetään laboratorion omaa ohjelmaa ja milloin HaiPro-ohjelmaa. Käsittelijöille järjestettiin yhteinen kokous huhtikuun alussa. Tässä kokouksessa keskusteltiin yleisesti ilmoitusten täyttö- ja käsittelymenettelystä. Työnojaossa sovittiin kolmesta käsittelijäparista, koska kyseessä on suuri yksikkö. Pareista toinen on laboratoriohoitaja ja toinen on lääkäri tai kemisti. Laboratoriohoitaja tekee tietyissä tapauksissa ilmoitusten esikäsittelytyön, lääkäri tai kemisti päättää riskiluokan ja yhdessä pohditaan miten ilmoituksiin vastataan. Laboratorioon saapuneita ilmoituksia käsitellään osastokokouksissa kerran kuukaudessa ja yhdessä mietitään, miten vastaavat tapahtumat voitaisiin jatkossa estää. Kokouksissa keskustellaan myös HaiPron käyttöönottoon liittyvistä kokemuksista.

Laboratorioon saapui ensimmäisen puolen vuoden aikana noin 60 HaiPro-ilmoitusta. Yleisimmin ilmoituksia on tehty näytteenottotapahtumista, niihin liittyvistä näytteenoton viivästymisistä, väärästä potilaasta otetuista näytteistä, väärän päivän pyyntöjen käyttämisestä, ottamatta jääneistä näytteistä ja potilashuoneesta löytyneistä käytetyistä näyteneuloista. Preanalytiikkaan liittyviä ilmoituksia on tullut väärin käsiteltyistä ja säilytetyistä näytteistä, näytteiden kuljetukseen liittyvistä ongelmista ja näytteiden katoamisesta. Analytiikkaan ja postanalytiikkaan liittyviä ilmoituksia on tullut vastaamattomista osatutkimuksista, puuttavasta lausunnosta, tulosten soittamisesta asiakkaalle ja korjatun vastauksen ilmoittamiskäytännöstä.

Tapahtumien luonne on noin puolessa tapauksissa määritelty läheltä piti -tapauksiksi, ja puolet on määritelty luokkaan ”tapahtui potilaalle”. Molemmissa luokissa on myös samantyyppisiä tapauksia, esimerkiksi kadonneita näytteitä on luokiteltu molempiin. Tapahtuman tyyppi on luonnollisesti yleisemmin laboratoriotutkimukseen liittyvä, myös muutamia tiedonkulkuun liittyviä tapauksia on ilmoitettu. Yleisimmin

haittatapahtumista ei ole arvioitu olevan seurausta potilaalle tai on lievä haitta, ainoastaan kahdessa tapauksessa on arvioitu olevan kohtalainen haitta. Tapahtumaolosuhteiden on arvioitu liittyvän useimmissa ilmoituksissa toimintatapoihin, kommunikointiin ja tiedonkulkuun tai työympäristöön. Seuraus hoitoyksikölle on yleisimmillään ollut lisätyötä tai vähäisiä hoitotoimenpiteitä. Riskiluokaltaan melkein kaikki ilmoitukset ovat kuuluneet joko luokkaan merkityksetön riski tai vähäinen riski. Korjaavat toimenpiteet ovat yleisemmin asioista keskustelua ja informointia, mutta joihinkin ilmoituksiin on suunniteltu myös kehittämistoimenpide. Suunnitellut kehittämistoimenpiteet ovat liittyneet tietoteknisiin ratkaisuihin, ohjeiden täsmentämiseen, vastaamiskäytäntöjen selventämiseen ja prosessien parantamiseen.

HaiPro-ohjelmasta saa tilastotietoa ilmoitetuista tapahtumista. Kuviossa 1 on esimerkki HaiPro-ohjelmasta saatavasta kaaviosta.



Kuvio 1. Esimerkki HaiPro-ohjelmasta saatavasta tilastotiedosta

Tässä kuviossa on esitetty kaikkien tietynä ajanjaksona laboratorioon saapuneiden ilmoitusten tapahtumaolosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn myötävaikuttaneet tekijät pylvädiagrammeina. Kaaviosta voidaan todeta, että suurimmassa osassa ilmoituksia tapahtumaolosuhteiden on arvioitu

liittyvän toimintatapoihin. Ohjelman avulla voidaan esimerkiksi poimia tarkasteluun tietyn tyyppisiä tapahtumia tai luoda yhteenvetoraportti siitä, miten paljon eri tapahtumatyyppejä on ilmoitettu tiettyä ajanjaksona. Tilastotietoja voi katsoa sekä omaan yksikköön että koko organisaatioon saapuneista ilmoituksista haluttuna ajanjaksona. Tilastotietoja tarkastellaan johdon kokousten lisäksi myös osastokokouksissa ja keskustellaan yhdessä niiden pohjalta potilasturvallisuuden parantamisesta.

HaiPron avulla laboratorio pääsee tekemään vaaratapahtumista ilmoituksia hoitoyksiköille. Ilmoituksia on tehty muun muassa puuttuvista kliinististä esitiedoista, potilailta puuttuvista tunnistusrannekkeista, osaston vääristä potilaista ottamista näytteistä, osaston ottamien näytteiden huonosta laadusta ja osaston väärin lähettämistä näytteistä.

## **HaiPron käyttöönottokokemuksia laboratoriossa**

HaiPron käyttöönotto on nostanut potilasturvallisuuden jatkuvaksi huomion kohteeksi myös laboratoriossa. Tietoisuus vaaratapahtumista on lisääntynyt, erityisesti siitä, mitä hoitoyksiköt kokevat vaaratapahtumiksi laboratorion osalta. Ilmoitusten avulla saadaan tietoa hoitoyksikön tavoista ja odotuksista laboratoriopalveluja koskien. Saman raportointijärjestelmän käyttäminen parantaa yhteistyötä laboratorion ja hoitoyksiköiden välillä. HaiPron ansiosta hoitoyksiköiden ilmoituksia käsitellään aktiivisemmin ja järjestelmällisemmin. Potilasturvallisuusasioita otetaan paremmin esille, koska HaiPro ”vaatii” asioiden käsittelyä ja korjaavien toimenpiteiden miettimistä. HaiPron ollessa uusi työkalu on tärkeää korostaa kaikissa vaiheissa, että tarkoitus ei ole yksittäisten henkilöiden tekemisten selvittäminen eikä syyllisten etsiminen. Ilmoitukset tulee mieltää tärkeiksi palautteiksi, joiden avulla toimintaa voidaan suunnitella entistä paremmaksi ja sujuvammaksi. Osa henkilökunnasta saattaa kokea joidenkin tapausten ilmoittamisen tai selvittämisen turhaksi ja aikaa vieväksi. Avoimen potilasturvallisuuskulttuurin omaksuminen vaatii aikaa.

HaiPron käyttöönoton alkuvaiheessa kahden järjestelmän rinnakkainen käyttö on koettu hieman haasteelliseksi. Henkilökunnalla on ollut epäselvyyksiä siitä, mitä tapahtumia viedään HaiProon ja mitkä kuuluvat edelleen laboratorion omaan järjestelmään. On tärkeää, että yksikössä sovitetaan yhteisesti HaiProon ilmoitettavista tapahtumista. Laboratorion oman järjestelmän kirjaamiskäytännöissä on myös ollut vaihtelevuutta. Omasa järjestelmässä ongelma on ollut, että ilmoituksen tekijä ei ole nähnyt,



miten ilmoitus on käsitelty. Kirjaaminen kohdistuu usein samoihin asioihin, mutta jää epäselväksi, miten tapahtumiin on pyritty vaikuttamaan, niin etteivät ne toistuisi. HaiPro-ohjelman etu on, että ilmoituksen tekijä pääsee näkemään miten ilmoitukseen on vastattu ja minkälaisiin toimenpiteisiin on ryhdytty. HaiPro-ohjelmaa käytettäessä joudutaan perusteellisemmin miettimään uusia toimintamalleja, joilla voidaan estää vastaavanlaiset haattatapahtumat jatkossa.

Tapausten selvittely vie käsittelijöiltä runsaasti aikaa, koska selvitetään tapahtumien taustalla olevia tekijöitä tai olosuhteita. Haasteelliseksi on koettu joskus oikeiden luokitusvaihtoehtojen löytäminen. Luokittelu on tärkeää, koska raportteihin kertyvä kokonaistieto muodostuu luokittelun perusteella. Haasteellista on löytää onnistuneita ratkaisuja, joiden avulla vastaavat haattatapahtumat voitaisiin jatkossa estää. Moniammatillinen yhteistyö on yksi selkeyttävä tekijä onnistuneessa luokittelussa ja ratkaisujen löytämisessä. Yhteiset keskustelut ovat tärkeitä, niissä voidaan yhdessä pohtia uusia käytäntöjä ja ratkaisumalleja. Tavoitteena on, että haitta- ja läheltä piti -tilanteista voidaan oppia ja että kaikki osallistuisivat keskusteluun ja kehittämiseen.

Organisaatiossa on järjestetty koulutusta ilmoitusten tekemistä ja käsittelyä varten, joita eri yksiköt voivat hyödyntää. Lisäksi intrassa on kattavia ohjeita ilmoitusten tekemiseen ja käsittelyyn sekä potilasturvallisuuteen liittyvää muuta materiaalia. Koko henkilökunnan on mahdollisuus osallistua koulutuksiin, jotta ymmärrettäisiin raportoinnin merkitys. Jatkossa laboratorioyksiköiden käyttäjille on suunnitteilla erillistä koulutusta, kun laboratorion omasta järjestelmästä luovutaan ja kaikki ilmoitukset ryhdytään kirjaamaan HaiProon. Yhteiset koulutus- ja keskustelutilaisuudet eri laboratorioyksiköiden käsittelijöiden kanssa ovat hyödyllisiä erityisesti alkuvaiheessa. Tilaisuuksissa voidaan käydä keskustelua siitä, millaisia ilmoituksia on tullut eri yksiköihin, miten niitä on käsitelty ja millaisia ratkaisumalleja on löydetty. Laboratorioihin saapuu samantyyppisiä ilmoituksia ja kehitettyjä uusia toimintamalleja voitaisiin hyödyntää useissa yksiköissä. Vertaistuki käsittelijöiden kesken on tärkeää varsinkin uusille käsittelijöille.

## **Kooste ja haasteet jatkokehittämiseksi**

Vaaratapahtumien raportoinnin on todettu olevan yksi parhaista keinoista parantaa hoidon laatua ja turvallisuutta. Vaaratapahtumien raportoinnin

tulee olla osa jokapäiväistä toimintaa. Olennaista on, että ilmoitukset analysoidaan ja mahdollisia toimenpiteitä suunnitellaan ja toteutetaan. Into raportoida hiipuu pian, jos raporteista ei seuraa mitään tai jos raportointi aiheuttaa merkittävää lisätyötä. Henkilökunnan osallistuminen on olennaista ja se luo pohjan toiminnan kehittämiseksi. Johdon tulee tukea henkilökunnan sitoutumista turvallisuutta edistäviin, näyttöön perustuviin ja yhdessä sovittuihin menettelytapoihin.

Laboratoriossa HaiPron käyttöönotto on nostanut potilasturvallisuusasiat entistä paremmin esille. Ilmoitusten käsittely osastokokouksissa tuo asiat yhteiseen tietoisuuteen ja ratkaisuja pohditaan yhdessä. Ilmoitusten perusteella on tehty kehittämistoimenpiteitä, joiden avulla parannetaan potilasturvallisuutta. HaiPro on myös edistänyt yhteistyötä hoitoyksiköiden kanssa ja tätä tulee edelleen kehittää. Tiedottaminen ja sovitut yhteiset toimintatavat ovat tärkeässä roolissa laboratorion ja hoitoyksiköiden välillä. Rajapinnoilla tiedottaminen on erityisen tärkeää. Potilaiden aktivoiminen ilmoittamaan vaaratapahtumista myös laboratorion osalta on tärkeää. Potilas on ainoa, joka on mukana koko hoitopolun, joten potilaan ja hänen läheistensä mielipiteiden ja kokemusten huomioiminen on olennaista potilasturvallisuutta parannettaessa.

Jatkossa tulisi selvittää haastattelulla henkilökunnan HaiPron käyttöönottokokemuksia, kun käyttöönotosta on kulunut hieman enemmän aikaa ja HaiPro on laajemmassa käytössä laboratorioissa. Lisäksi tulisi selvittää, millaisia ratkaisumalleja on löydetty vaaratapahtumien ehkäisyyn ja miten niitä voisi soveltaa eri laboratorioissa. Myös potilasturvallisuuskulttuurin mittaaminen voisi olla hyvä jatkokehittämishaaste. Sen avulla saataisiin kuva henkilöstön asenteista ja ilmapiiristä ja pystyttäisiin tunnistamaan tärkeitä kehittämiskohteita.

## Lähteet

FINAS 2013. Tietoa akkreditoinnista. Saatavissa osoitteessa: <<http://www.finas.fi/>>. Luettu 1.10.2013.

Grönroos, P. – Koskinen, P. 2013. Kliinisten laboratoriotutkimusten luotettavuus. Teoksessa Aaltonen, L.-M. – Rosenberg, P. (toim.): Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim. Sivut 202–211.

HaiPro 2009. Ilmoitettavat tapahtumat ja tapahtumatyyppeiden luokitus. Saatavissa osoitteessa: <[http://www.haiopro.fi/ohjeet/Millaisia\\_tapahtumia\\_ilmoitetaan\\_30122009.pdf](http://www.haiopro.fi/ohjeet/Millaisia_tapahtumia_ilmoitetaan_30122009.pdf)>. Luettu 16.8.2013.

- HaiPro 2012. Potilasturvallisuusilmoituksen käsittely. Ohje potilasturvallisuusilmoituksen käsittelijälle. Saatavissa osoitteessa: <<http://www.haiopro.fi/fi/ohjeet.aspx>>. Luettu 16.8.2013.
- Helovuori, Ar. – Kinnunen, M. – Peltomäki, K. – Pennanen, P. 2012. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kinnunen, M. – Aaltonen, L.-M. – Malmström, R. 2013. Vaaratapahtumien raportointi. Teoksessa Aaltonen, L.-M. – Rosenberg, P. (toim.): Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim. Sivut 257–273.
- Ruuhilehto, K. – Kaila, M. – Keistinen, T. – Kinnunen, M. – Vuorenkoski, L. – Wallenius, J. 2011. HaiPro – millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007–2009. Duodecim 2011; 127: 1033–40.
- Seppälä, E. – Tuokko, S. 2010. Potilas ja näyte. Teoksessa Niemelä, O. Pulkki, K. (toim.): Laboratoriolääketiede. Kliininen kemia ja hematologia. Helsinki: Otava.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 3.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Potilasturvallisuusopas potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. Opas 15. Helsinki.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Potilasturvallisuustieto rekistereissä ja tietojärjestelmissä. Saatavissa osoitteessa: <[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/potilasturvallisuus-fi/rekisterit-ja-tietojarjestelmat](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/rekisterit-ja-tietojarjestelmat)>. Luettu 8.8.2013.

# ICF-luokituksen hyödyntäminen kuntoutuksessa ja moniammatillisessa yhteistyössä

## LEENA ALAJOKI-NYHOLM

Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvata, miten ICF-luokituksen ja sen pohjalta kehitettyjen työkalujen käyttö tukee kuntoutujakeskeistä moniammatillista yhteistyötä käytännön kuntoutustyössä. ICF-luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health) on Maailman terveysjärjestön WHO:n toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Suomessa muun muassa Kelan standardit ja vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishanke suosittavat sen käyttöä kuntoutuksen suunnittelussa, tavoitteiden asettelussa ja vaikuttavuuden arvioinnissa.

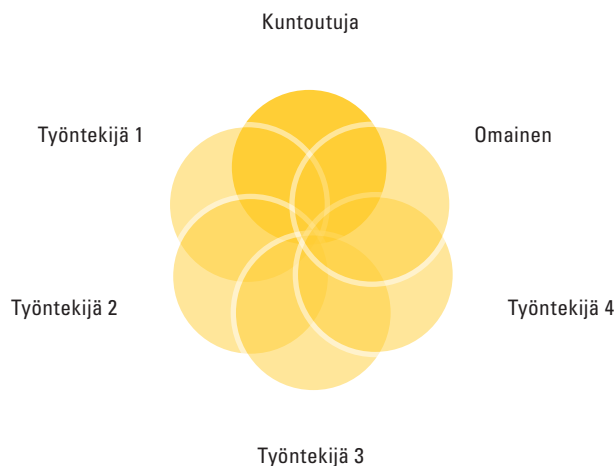
Kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutuminen. Siinä on kyse myönteisestä, tavoitellusta muutoksesta arkielämän selviytymisessä, elämänhallinnassa tai suhteessa työhön tai koulutukseen. Kuntoutuminen on henkilön ja hänen lähiympäristönsä yhteinen prosessi, jonka myötä pyritään löytämään keinoja selvitä muuttuneessa tilanteessa. Siihen liittyy tilanteen uudelleen arviointi, elämässä uudelleen suuntautuminen ja omien vahvuuksien tunnistaminen. (Invalidiliitto 2013; Järvikoski ym. 2009; Kettunen ym. 2009.)

Kuntoutuksen perustana on ihmisen oikeus ihmisarvoiseen elämään: hyvinvointiin, vapauteen, itsenäisyyteen ja oikeudenmukaiseen kohteluun. Keskeistä on mahdollisuus kokea elämä mielekkääksi ja tehdä henkilökohtaisia valintoja. Tavoitteena on auttaa kuntoutujaa tunnistamaan, lisäämään ja hyödyntämään omia ja ympäristönsä voimavaroja elämänhallinnan ja elämänlaadun kohentamiseksi. Samalla kuntoutuksesta on hyötyä koko yhteiskunnalle hoidon tarpeen ja kustannusten vähentymisellä. (Järvikoski – Härkäpää 2008; Kettunen ym. 2009; Piirainen – Kallanranta 2008; Rissanen 2008.)

Kuntoutujakeskeinen toimintamalli korostaa kuntoutujan roolia aktiivisena toimijana ja itseään koskevien päätösten tekijänä. Kuntoutumisen tavoitteita ei voi asettaa ulkoapäin vaan ne rakentuvat kuntoutujan

tarpeista ja merkityksistä käsin. Kuntoutujalla pitäisi säilyä oman elämänsä rakentamisessa ”rakennusmestarin” rooli. Kuntoutustyöntekijä on yhteistyökumppani, ”kanssarakentaja”, jonka tehtävänä on tarjota tietoa, tukea ja opastusta kuntoutujan käyttöön ja valintojen pohjaksi. Kokonaisvaltainen, kuntoutujakeskeinen ja voimavaralähtöinen lähestymistapa edellyttää työntekijältä laajaa ymmärrystä, monialaista osaamista ja kuntoutujan omien näkemysten kuuntelemista. (Järvikoski – Karjalainen 2008; Kettunen ym. 2009; Paltamaa ym. 2011.)

Kuntoutukselle ominaisia piirteitä ovat moniammatillisuus, yhteistyö ja verkostoituminen. Työryhmällä on yksittäisiä työntekijöitä suuremmat valmiudet vastata kuntoutujan ja hänen perheensä monimuotoisiin tarpeisiin. Tavoitteena on saada aikaan suunnitelmallinen kuntoutuskokonaisuus yhdistämällä eri ammattiryhmien ja tahojen voimavaroja ja osaamista. Tämä edellyttää monialaista ja moniammatillista yhteistyötä sekä yhden organisaation sisällä että verkostomaista yhteistyötä eri tahojen kesken. (Alaranta ym. 2008; Järvikoski – Karjalainen 2008; Paltamaa ym. 2011; Piirainen – Kallanranta 2008.)



Kuvio 1. Moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen

Kuntoutusta ei voi tehdä yksin. Siihen tarvitaan yksilöllisen osaamisen lisäksi yhteisöllistä kuntoutusosaamista ja yhdessä rakennettua asiantuntijuutta. Moniammatillinen yhteistyö edellyttää avointa vuorovaikutusta sekä yhteistyötaitoja yli ammatti- ja organisaatorajojen. Ei riitä, että osaa hyvin oman erikoisalansa – sen lisäksi on kyettävä antamaan oma osaamisensa yhteiseen käyttöön. Eri näkökulmien pohjalta keskustellen pyritään

rakentamaan yhteinen käsitys kuntoutujan tilanteesta ja kuntoutustavoitteista. (Isoherranen ym. 2008; Sipari – Mäkinen 2012.)

Moniammatillinen yhteistyö vaatii sekä aikaa että välineitä. Työyhteisön organisaatorakenteen tulisi olla sellainen, että se mahdollistaa moniammatillisen yhteistyön ja asettaa sille tavoitteet. Yhteistyön lisääminen edellyttää muutoksia koko toimintakulttuurissa. Hyvän moniammatillisen yhteistyön kehittymistä edesauttaa toisten osaamisen tunteminen, oli sitten kysymys oman organisaation työntekijöistä tai verkostoyhteistyökumppaneista. Onnistuakseen moniammatillinen yhteistyö edellyttää myös yhteistä kieltä. (Isoherranen 2005; Isoherranen ym. 2008.)

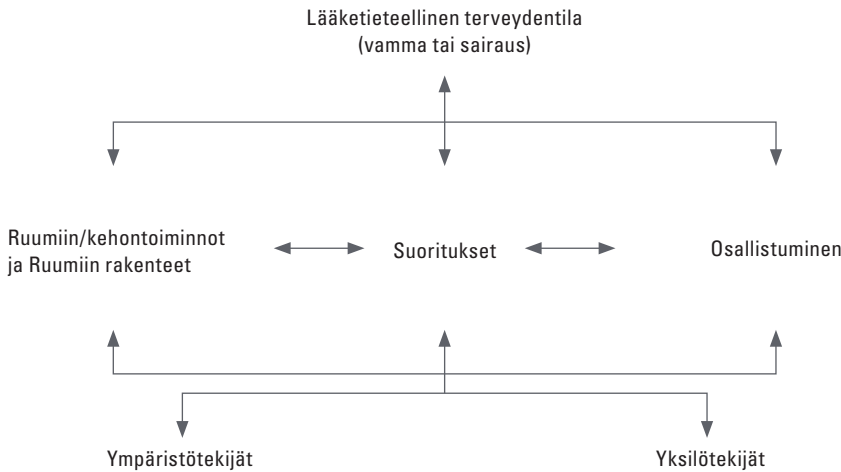
## **ICF-luokituksen käyttö työntekijöiden yhteisenä viitekehyksenä ja kielenä**

ICF-luokitus tukee kuntoutuksen nykykäsitystä tarkastellen ihmisen selviytymistä ja osallisuutta jokapäiväisessä elämässä ja eri toimintaympäristöissä. Se tarjoaa yhteisen viitekehyksen ja muistilistan, jonka pohjalta eri ammattiryhmien on mahdollista jäsentää yhteistyötään ja keskinäistä työnjakoaan. (Järvikoski 2008; Järvikoski – Karjalainen 2008.) Luokitusta voidaan hyödyntää myös eri ammattiryhmien yhteisenä toimintakyvyn kuvaamisen nimikkeistönä ja kielenä.

ICF-luokitus tarjoaa yhteisen viitekehyksen moniammatilliseen työhön kuntoutusprosessin eri vaiheissa. Kelan hyvän kuntoutuskäytännön mukaan luokitusta on noudatettava toimintakyvyn arvioinnissa, kuntoutuksen suunnittelussa, tavoitteiden asettelussa ja vaikuttavuuden arvioinnissa. Tällä tavoitellaan sitä, että arviointi yhdenmukaistuu ja on laaja-alaista niin, että kaikki toimintakyvyn osa-alueet tulevat huomioiduiksi. ICF-luokitusta suositellaan käytettäväksi myös yhteisten käsitteiden selkiyttämiseksi. (Paltamaa ym. 2011.)

ICF-luokitus perustuu viitekehykseen, jossa henkilön toimintakyky ja toimintara-joitteet määräytyvät lääketieteellisen terveydentilan, yksilötekijöiden sekä ympäristötekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena. Lääketieteellinen terveydentila määritellään WHO:n ICD-10 kansainvälisen tautiluokituksen avulla. Yksilötekijöitä ovat henkilön yksilölliset ominaisuudet, muun muassa sukupuoli, ikä, sosiaalinen tausta, yleiskunto, elämäntavat, kokemukset ja henkiset vahvuudet. Ympäristötekijät muodostuvat puolestaan siitä fyysisestä, sosiaalisesta ja asenneympäristöstä, jossa henkilö elää ja asuu. Toimintakyky tarkoittaa tämän vuorovaikutuksen myönteisiä

piirteitä ja toimintarajoitteet kielteisiä piirteitä. Luokituksessa nämä on jaettu ruumiin/kehon toimintoihin, ruumiin rakenteisiin, suorituksiin ja osallistumiseen. (Stakes 2007.)



Kuvio 2. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (Stakes 2007)

Ympäristö- ja yksilötekijät voivat edistää tai rajoittaa toimintakykyä. Ne voivat vaikuttaa myönteisesti tai kielteisesti henkilön suoriutumiseen, kykyyn toteuttaa toimia ja tehtäviä sekä osallistumiseen yhteiskunnan jäsenenä. (Stakes 2007.) Jokaisen henkilön toimintakyky on yksilöllinen ja vaihtelee eri ikäkausina ja erilaisissa ympäristöissä. Siihen on myös mahdollista vaikuttaa. Erilaiset palvelut, apuvälineet, sosiaalietykudet – ja me kaikki ihmiset olemme osa toimintakykyyn vaikuttavia ympäristötekijöitä.

Monilla ammattikunnilla on omat nimikkeistönsä kuvaamaan kyseisen ammattikunnan palveluita ja työmuotoja. ICF-luokituksessa käytettävä kieli ei ole kenenkään ”oma” kieli. Se ei välttämättä vastaa eri ammattikuntien nimikkeistöjen käsitteitä, eikä siinä myöskään käytetä yleiskielisiä määritelmiä, jotka olisivat ennestään tuttuja. ICF-kielen sanakirjana on luokitus, jossa määritellään, mitä mikin aihealue sisältää ja mitä se ei sisällä. (Stakes 2007.) Luokituksessa osa-alueet on koodattu kirjainten ja numeroiden avulla niin, että koodi kertoo, mistä osa-alueesta (ruumiin/kehon toiminnat, ruumiin rakenteet, suoritukset ja osallistuminen tai ympäristötekijät) ja pääluokasta tai aihealueesta/kuvauskohteesta on kysymys. Esimerkiksi koodi d510 kertoo, että kyse on suoritusten ja osallistumisen osa-alueesta d, pääluokasta 5 Itsestä huolehtiminen ja sen aihealueesta d510 Peseytyminen.

ICF-luokituksen pääluokkien koodit ovat seuraavat:

- ruumiin/kehon toiminnot           b1 – b9
- ruumiin rakenteet                   s1 – s8
- suoritukset ja osallistuminen       d1 – d9
- ympäristötekijät                   e1 – e5
- yksilötekijät                       ei luokiteltu

Kliinisessä työssä luokitusta voi hyödyntää sekä viitekehyksenä että nimikkeistönä ilman koodien käyttöä. Käytettiinpä koodeja tai ei, on tärkeää arvioida toimintakykyä riittävän laajasti. Yhtä tärkeää on kuvata, onko aihealue kuntoutujalle vahvuus vai ongelma. ICF-pohjaisissa arviointilomakkeissa toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden osalta tämä ilmaistaan numeroasteikolla 0–4 (Stakes 2007), joista

- 0 = ei vajavuutta, rajoitetta tai ongelmaa (0–4 %)
- 1 = lievä vajavuus, rajoite tai ongelma (5–24 %)
- 2 = kohtalainen vajavuus, rajoite tai ongelma (25–49 %)
- 3 = vaikea vajavuus, rajoite tai ongelma (50–95 %)
- 4 = ehdoton vajavuus, rajoite tai ongelma (96–100 %)

Ympäristötekijöiden osalta numeroilla kuvataan ympäristön myönteistä tai kielteistä vaikutusta niin, että rajoittavat tekijät merkitään numeroasteikolla 0–4 ja edistävät tekijät +0–+4 (Stakes 2007):

- 0 = ei rajoittavaa tekijää                   +0 = ei edistävää tekijää
- 1 = lievästi rajoittava tekijä               +1 = lievästi edistävä tekijä
- 2 = kohtalaisesti rajoittava tekijä       +2 = kohtalaisesti edistävä tekijä
- 3 = merkittävästi rajoittava tekijä       +3 = merkittävästi edistävä tekijä
- 4 = ehdottomasti rajoittava tekijä       +4 = ehdottomasti edistävä tekijä

Kuntoutuksessa painopiste on suoritusten ja osallistumisen alueella huomioiden yksilö- ja ympäristötekijät (Invalidiliitto 2013). ICF-luokituksen käyttö ohjaa arvioimaan sekä kuntoutujan suoritustasoa että suorituskyykyä. Suoritustaso kuvaa kuntoutujan toimintaa omassa elinympäristössään, hänen käytännön kokemuksiaan. Suorituskyyky kuvaa puolestaan kuntoutujan korkeinta todennäköistä tasoa, jonka hän voi saavuttaa ”vakioidussa ympäristössä”. Suoritustason ja suorituskyyvyn eroilla voidaan päätellä, miten kuntoutujan ympäristöä tulisi muuttaa käytännön suoritustason parantamiseksi. Näissä arvioissa otetaan huomioon myös apuvälineiden ja avustajan vaikutukset toimintakykyyn. (Stakes 2007.) Apuvälineen tai avustajan käyttö ei poista kuntoutujan ruumiin/kehon toimintojen tai ruumiin



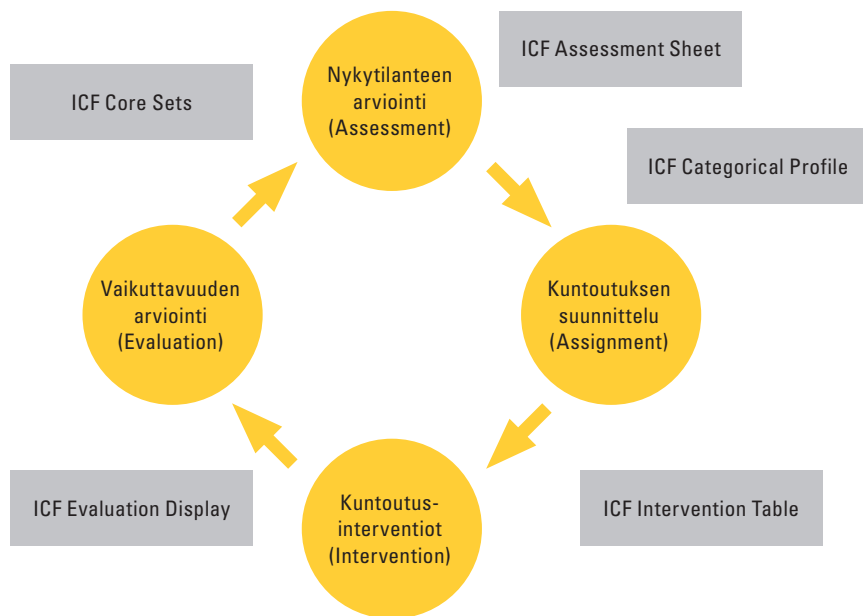
rakenteiden vajavuuksia, mutta voi lisätä hänen toimintakykyään merkittävästi suoritusten ja osallistumisen alueella.

## **ICF-luokituksen pohjalta kehitettyjä työkaluja**

ICF-luokitus on erittäin laaja: kaksiportainen luokitus sisältää 362 aihealuetta ja neliportainen luokitus yli 1000 kuvauskohdetta. Yksityiskohtainen laaja luokitus on tarkoitettu käytettäväksi pääasiassa erikoissairaanhoidon palvelujen piirissä, kuten kuntoutuksessa. (Stakes 2007.) Tarkoituksena ei kuitenkaan ole, että jokaisen henkilön toimintakykyä arvioitaessa ja kuvatta tulisi käyttää luokituksen kaikkia kohtia. Helpottaakseen luokituksen käyttöä kliinisessä työssä WHO kehitti ensin ”yleisen tarkistuslistan” (ICF Checklist 2003), joka sisältää 123 aihealuetta. Näiden avulla henkilön toimintakyvystä saa luotua yleiskuvan. Yleinen tarkistuslista ei ole kuitenkaan riittävä tietyn terveydentilan vaikutusten arvioimiseksi. Tästä syystä on heti ICF-luokituksen valmistumisen jälkeen ryhdytty kehittämään kohdennettuja ”ydinlistoja” (ICF Core Sets 2013) eri sairauksiin ja vaurioihin.

Eri terveydentiloihin kohdennettuja ydinlistoja on tehty toistaiseksi esimerkiksi neurologisiin vaurioihin (aivohalvaus, selkäydinvaurio, MS-tauti ja traumaattinen aivovaurio) tai mielenterveyteen (masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö). Kuhunkin ydinlistaan valitaan niin vähän ICF-luokituksen kohtia kuin mahdollista, mutta kuitenkin riittävästi antamaan kuva henkilön toimintakyvystä ja -rajoitteista. Listoja tehdään aina kaksi: laaja ydinlista (comprehensive core set) ja sen pohjalta koottu suppea lista (brief core set).

Lisäksi on kehitetty työkaluja käytettäväksi kuntoutusprosessin eri vaiheissa: nykytilanteen arvioimisessa, tavoitteiden asettamisessa, kuntoutustoimenpiteiden suunnittelussa ja toteutuksessa sekä niiden vaikuttavuuden arvioimisessa.



Kuvio 3. ICF-työkalujen käyttö kuntoutusprosessin eri vaiheissa (Rauch ym. 2008 mukaillen)

Kuntoutusprosessin kaikissa vaiheissa hyödynnetään kuntoutujan terveydentilaan kohdennettua vamma- tai sairauspohjaista ydinlistaa (ICF Core Sets 2013). Sen lisäksi voidaan hyödyntää muita ydinlistoja, jos kuntoutujalla on useita eri vammoja tai oheissairauksia. Nykytilanteen arvioinnissa keskeistä on kuntoutujan toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden kuvaaminen sekä tavoitteiden asettaminen yhdessä kuntoutujan kanssa. Työkaluina voidaan käyttää RPS-lomaketta (ICF Assessment Sheet tai Rehabilitation Problem-Solving) tai ”toimintakyvyn profilia” (ICF Categorical Profile) tai näitä molempia. (Rauch ym. 2008.)

RPS-lomakkeeseen kirjataan erikseen sekä kuntoutujan näkökulma että kuntoutustyöntekijöiden näkökulma kuntoutujan toimintakyvystä ja toimintarajoitteista jaoteltuna eri osa-alueisiin (ruumiin/kehon toiminnot, suoritukset, osallistuminen sekä ympäristö- ja yksilötekijät). Lisäksi lomakkeeseen kirjataan kuntoutuksen tavoite. (Rauch ym. 2008.) RPS-lomake on käännetty suomen kielelle ja julkaistu Hyvän kuntoutuskäytännön perusta-kirjassa esimerkkitekstillä (Paltamaa ym. 2011.) Tyhjä lomake on saatavissa kirjan sähköisen version liitteenä S20.

ICF Categorical Profile, toimintakyvyn profiili -lomakkeeseen kirjataan vähintään kuntoutujan vamma- tai sairauspohjaisen suppean ydinlistan (brief core set) kuvauskohteet. Toimintakyvyn osa-alueet arvioidaan

asteikolla 0–4 (ruumiin/kehon toiminnot, ruumiin rakenteet, suoritukset ja osallistuminen), ympäristötekijät joko 0–4 (rajoittavat tekijät) tai +0–+4 (edistävät tekijät) sekä yksilötekijät asteikolla –, 0 ja +. Lomakkeeseen merkitään kuntoutuksen kokonaistavoite sekä kolme osatavoitetta. Eri kuvauskohteiden kohdalle merkitään, mihin osatavoitteeseen se liittyy (esimerkiksi kuvauskohde d420 Itsensä siirtäminen liittyy osatavoitteeseen d4 Liikkuminen) sekä mikä on tämän kuvauskohteen tavoitearvo (esimerkiksi alkutilanteessa ongelman suuruus on 2 ja tavoitteena 1). (Rauch ym. 2008.)

Toimintakyvyn profiili -lomake on mahdollista luoda sähköisesti myös suomen kielellä (ICF-kuvauslomakkeen luominen 2012). Ensin valitaan yksi tai useampi ydinlista, jota voidaan täydentää millä tahansa ICF-luokituksen kuvauskohteella. Tämän jälkeen luodaan kuvauslomake, joka täytetään arvioimalla kukin kuvauskohde aiemmin mainitun asteikon avulla. Siinä voidaan myös kuvata henkilön ongelmia sanallisesti ja kirjata käytetty tiedonlähde. Suoritusten ja osallistumisen osa-alueella voidaan arvioida erikseen suoritustason ja suorituskyvyn ongelmat. Näiden tietojen perusteella saadaan luotua henkilön toimintakykyprofiili.

Toimintakyvyn profiili -lomakkeessa tarkastelun näkökulma painottuu toimintakyvyn ongelmiin. Tämä johtune siitä, että lomakkeen tarkoituksena on nostaa esiin kuntoutustavoitteet sekä ne kuvauskohteet, joihin kuntoutuksella pyritään vaikuttamaan. Vaikka 0 tarkoittaa ”ei ongelmaa”, se kuvantuu lomakkeessa toimintarajoitteeksi. Mikään ei kuitenkaan estäne merkitsemästä plusmerkkisillä numeroilla myös toimintakyvyn osa-alueiden vahvuuksia, vaikka tähän ei ohjeissa opastetakaan.

ICF Intervention Table -taulukkoon siirretään arviointivaiheessa käytetyistä työkaluista kaikki ne ICF-luokituksen kuvauskohteet, joihin kuntoutuksella on tarkoitus vaikuttaa (esimerkiksi d4153 Istuma-asennon ylläpitäminen). Jokaisen kuvauskohteen viereen kirjataan suunnitellut toimenpiteet (esimerkiksi vartalon tasapainon harjoittelu) sekä niistä vastuussa olevat moniammatillisen työryhmän jäsenet. Lisäksi kunkin kuvauskohteen kohdalle merkitään nykyinen tilanne aiemmin kuvatulla asteikolla sekä tavoitearvo. (Rauch ym. 2008.)

ICF Evaluation Display, ”vaikuttavuuden arviointilomaketta” käytetään apuna arvioitaessa tavoitteiden saavuttamista. Lomakkeeseen merkitään rinnakkain alkuarvioinnin ja väli- tai loppuarvioinnin tulokset tavoitteiden sekä niiden kuvauskohteiden osalta, joihin kuntoutuksella pyrittiin vaikuttamaan. Näin lomakkeesta saa nopeasti käsityksen kuntoutujan toimintakyvyn muutoksista ja tavoitteiden saavuttamisesta. (Rauch ym. 2008.)

## Käytännön kokemuksia ICF-luokituksesta ja siihen pohjautuvien työkalujen käytöstä

Jo vuonna 2003 sveitsiläinen Lucernen neurologinen kuntoutuskeskus raportoi toteuttamastaan projektista ”ICF-luokituksen käyttöönotto päivittäisessä kuntoutustyössä”. Projektin aikana kuntoutujan toimintakyvyn arviointi muuttui systemaattisemmaksi ja tavoitekeskeisemmäksi. Kuntoutuskokoukset muuttuivat aiempaa tehokkaammiksi: niihin tuli selkeä rakenne ja työntekijöiden välinen kommunikaatio muuttui intensiivisemmäksi. Moniammatillisen työryhmän jäsenet eivät kertoneet enää vuorotellen omista arvioinneistaan ja tavoitteistaan vaan kuntoutujan toimintakykyä käsiteltiin ICF-luokituksen alueiden mukaisina kokonaisuuksina. Kuntoutusjakson alkukokouksessa arviointitulokset vedettiin yhteen ja niiden perusteella asetettiin kuntoutujan pitkän tähtäimen osallistumisen tavoitteet. Tavoitteiden perusteella tehtiin kuntoutusjakson suunnitelma, sovittiin työntekijöiden keskinäisestä tehtäväjaosta sekä asetettiin mitattavat välitavoitteet. Jatkokokouksissa painottuivat erityisesti kuntoutujan tavoitteet ja niissä edistymisen seuranta. (Rentsch ym. 2003.)

ICF-projektin aikana moniammatillinen työryhmä oppi paremmin huomioimaan kuntoutujan osallistumisen tavoitteet ja integroimaan ne terapiasuunnitelmaan ja käytännön terapiatilanteisiin. Tämä vahvisti kuntoutujakeskeistä työskentelyä ja tavoitteiden asettelua. Lisäksi yksilöllisten ja ympäristötekijöiden huomioiminen lisääntyi jo kuntoutusjakson alkuvaiheessa. Kaiken kaikkiaan ICF-luokituksen käyttöönotto lisäsi sekä kuntoutuspalveluiden laatua että moniammatillisen työryhmän työskentelyä. Myös dokumentointi muuttui systemaattisemmaksi. (Rentsch ym. 2003.)

Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskuksessa toteutettiin vuonna 2010 ICF-pilotointi osittain Lucernen mallin mukaisesti. Taustalla oli kuntoutuskeskuksen osallistuminen ydinlistojen kansainväliseen kehittämistyöhön sekä kokemukset ICF-luokituksen hyödyntämisestä tuotteistamisessa. Nyt haluttiin kokeilla luokituksen käyttöä käytännön kuntoutustyössä. Ajan kohta sovittiin keväälle 2010 heti sen jälkeen, kun traumaattisen aivovaurion ydinlistat oli hyväksytty ja julkaistu. Pilottikuntoutujina oli kaksi henkilöä, joista toisella oli traumaattinen aivovaurio (aivovamma) ja toisella selkäydinvaurio. (Koskinen 2012.)

Pilotoinnissa käytettiin vauriokohtaisia suppeita ydinlistoja kuntoutujien alkuhaastatteluiden, muun arvioinnin ja kuntoutustavoitteiden asettamisen pohjana. Jokaisen aihealueen osalta oli sovittu, mikä ammattiryhmä (lääkäri, hoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, (neuro)psykologi,

puheterapeutti tai sosiaalityöntekijä) on ensisijaisesti vastuussa kyseisen alueen arvioinnista. Luettelot toimivat minimipohjana, jota sai vapaasti laajentaa kuntoutujan ja kunkin ammattiryhmän kokemien tarpeiden mukaan. Kuntoutussuunnittelija teki kuntoutujille kattavat alkuhaastattelut, jotka kirjattiin mahdollisimman pian. (Koskinen 2012.) Näin toimien vältettiin turhaa päällekkäisyyttä alkuarvioinnissa, säästettiin muiden työntekijöiden aikaa ja vähennettiin kuntoutujien kuormittumista kuntoutusjakson ensimmäisinä päivinä.

Pilotoinnin aikana hyödynnettiin ICF Categorical Profile (toimintakyvyn profiili) -lomaketta, johon laitettiin valmiiksi kummankin vamma-ryhmän suppean ydinlistan aihealueet. Lomaketta käytettiin sekä kuntoutussuunnitelmakokouksessa että loppukokouksessa. Suunnitelma-kokouksessa edettiin toimintakyvyn aihealueiden mukaisesti: kuntoutuja ja kyseisestä aihealueesta arviointivastuussa ollut työntekijä kertoivat ensin omat näkemyksensä, jonka jälkeen muut työntekijät antoivat kommentteja niin halutessaan. Lomakkeen avulla saatiin helposti ja havainnollisesti näkyviin toiminnan ongelmat sekä kuntoutujan toimintakyvyn kannalta tärkeät ympäristö- ja yksilötekijät. Loppukokouksessa lomaketta käytettiin lähinnä tavoitteiden saavuttamisen arvioimiseksi. (Koskinen 2012.)

Kuntoutujat antoivat kokeilusta hyvää palautetta, ja myös moniammatillisen työryhmän jäsenet kokivat työskentelyn mielekkäänä, vaikkakin outoudeltaan haastavana. Erityisesti aivovamman saaneen pilottikuntoutujan työntekijät kokivat kokoukset tavallista ”keskustelevampina”. (Hokkinen 2010; Koskinen 2012.) Asioita käsiteltiin aihealueittain ehjempinä kokonaisuuksina ja enemmän tasavertaisena vuoropuheluna kuin työntekijöiden peräkkäisinä, ehkä irrallisinakin puheenvuoroina. Asioiden käsittely jäsentyi ja välttyttiin turhalta samaan asiaan palaamiselta ja toistamiselta. Tällaisella etenemistavalla voi etenkin aivovaurion saaneen kuntoutujan olla helpompi ymmärtää ja muistaa kuulemaansa ja osallistua tasavertaisemmin keskusteluun.

ICF arviointilomakkeet on rakennettu ICF-luokituksen mukaiseen järjestykseen alkaen ruumiin/kehon toiminnoista ja ruumiin rakenteista. Käytännön kuntoutustyössä voimavara- ja lähtöisyyden ja kuntoutujan kuntoutumisen tukemisen kannalta tuntuisi paremmalta aloittaa arviointi ja keskustelu suoritusten ja osallistumisen alueesta. Lomakkeiden käytön helpottamiseksi ne tulisi saada osaksi sähköistä potilastietojärjestelmää koneella täytettäviksi.

Pilottikokeilussa työntekijät opettelivat käyttämään ICF-luokituksen rakennetta ja sanastoa kirjaamisessa. Yhteisenä tavoitteena oli saada kuvattua

kuntoutujien toimintakyky kokonaisuudessaan kuntoutusyhteenvetoon. Jokaisten työntekijän haasteena oli kirjata kuvailevasti ja laajasti, mutta mahdollisimman lyhyesti. Kokemuksena oli, että ICF-luokituksen oppiminen vie aikaa, mutta sen käyttäminen selkeyttää ja tarkentaa kirjaamista. (Hokkinen 2010; Koskinen 2012.)

## **Kehittämisenäkymiä ja -tarpeita**

Maailman terveysjärjestön WHO:n ja ICF Research Branchin verkkosivuilla on paljon materiaalia ICF-luokitukseen ja sen käyttöön liittyen. Lokakuussa 2013 julkaistiin luonnos ICF Practical Manual -oppaasta, ja itseopiskelua varten on tehty ICF eLearning Tool -verkkopohjainen materiaali. Suomenkielistä koulutusta ja materiaalia ICF-luokituksen käytöstä on ollut toistaiseksi vähän. Tilanne on kuitenkin muuttumassa parempaan suuntaan.

Suomessa alkoi elokuussa 2012 tutkimushanke ”ICF-luokituksen juurruttaminen lääkinnälliseen kuntoutukseen: suosituksista pysyviin ja kehitettyihin käytäntöihin”. Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida ICF-luokituksen käytön juurtumiseen liittyviä haasteita ja luoda suomenkielisiä menetelmiä käyttöönoton helpottamiseksi. Tutkimusta hallinnoi Jyväskylän ammattikorkeakoulun (JAMK) hyvinvointiyksikkö ja muina toimijoina ovat Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitos sekä kolme kuntoutuskeskusta (Kuntoutus Peurunka, Kuntoutuskeskus Kankaanpää ja Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus). Rahoittajina ovat Kela, Suomen Fysioterapeutit ja Suomen Toimintaterapeuttiliitto. Hankkeen yhtenä tavoitteena on saada suomenkielinen verkkopohjainen itseopiskelumateriaali käyttöön. Tarkoituksena on suomentaa myös WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) -toimintakyvyn arviointimittari. (Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2013a, 2013b; Palta 2012, 2013.)

Jo useamman vuoden ajan on järjestetty ICF Workshop -koulutuksia pääasiassa Sveitsissä. Ensimmäiset samansisältöiset ICF-koulutukset järjestetään Suomessa yhteistyössä ICF Research Branchin kanssa. Koulutukset ovat kaksipäiväisiä ja niiden tavoitteena on antaa osallistujalle monipuolinen ymmärrys ICF-luokituksesta ja sen erilaisista käyttösovelluksista. Kaksi ensimmäistä koulutusta järjestetään englannin kielellä ICF Research Branchin oman kouluttajan toteuttamana. Kolmas koulutus järjestetään suomalaisin voimin ja suomen kielellä. Järjestäjinä ovat Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) sekä Kela.

THL:n Innokylän vammaisasioiden oppimisverkostoon on perustettu kansallinen ICF-verkosto, jonka sähköpostilistalle voi halutessaan liittyä. Sen tarkoituksena on yhdistää toimijoita, joiden kiinnostuksena on ICF-luokituksen oppiminen, kehittäminen, tutkimus ja käyttöönotto. (ICF-verkosto 2014.)

Monissa ICF-koulutuksissa ja perehdytyksissä eri alojen ammattihenkilöt ovat tuoneet esille sekä kiinnostusta että ahdistusta luokituksen käyttöä kohtaan. ICF on monille tuttu kirjainyhdistelmä, mutta sen sisällöstä, viitekehyksestä tai käyttötarkoituksesta ei ole useinkaan riittävästi tietoa. Sama tilanne on toisen kuntoutuksessa käytettävän kirjainyhdistelmän, GAS:n (Goal Attainment Scaling, tavoitteiden laatimisen ja arvioinnin menetelmä) kanssa. Uusien asioiden omaksumisen helpottamiseksi työntekijöiden olisi tärkeää saada käsitys siitä, miten nämä liittyvät toisiinsa eli miten ICF-luokitusta voi hyödyntää tavoitteiden asettelussa ja GAS-menetelmän käytössä. Työntekijät toivovat mahdollisimman konkreettista opastusta ja käytännön esimerkkejä siitä, miten ICF-luokitusta voi ”oikeasti” käyttää omassa työssään, esimerkiksi kirjaamisessa. ICF-luokituksen käyttöönoton onnistuminen vaatineekin työpaikoilla paljon panostusta koulutukseen ja opastamiseen. Myös ”ICF-tukihenkilöiden” käyttäminen voisi olla hyvä idea.

ICF-luokituksen mukainen työskentely antaa hyvän pohjan kuntoutujakeskeiselle moniammatilliselle yhteistyölle. ICF-viitekehysten sisäistäminen auttaa työntekijöitä hahmottamaan toimintakykyä sen koko laajuudessa ja syvyydessä. Jo tällä hetkellä ja erityisesti lähitulevaisuudessa on mahdollista kouluttautua, verkostoitua ja olla mukana kokeilemassa ja kehittämässä luokituksen käyttöä Suomessa. Tarvitaan kuitenkin vielä paljon lisää käytännön kokemusta sekä konkreettisten työvälineiden käyttöönottoa ja kehittämistä, jotta ICF-luokituksen viitekehys alkaa elää ja näkyä jokapäiväisessä kuntoutustyössä ja kirjaamisessa laajemmin.

## Lähteet

- Alaranta, H. – Lindberg, H. – Holma, T. 2008. Hyvä kuntoutuskäytäntö. Teoksessa Rissanen, P. – Kallanranta, T. – Suikkanen, A. (toim.): Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Duodecim. 647–657.
- Hokkinen, E.-M. 2010. Aivovauriokuntoutuslinjan ICF-pilotoinnin arviointi. Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus.
- ICF Checklist 2003. Version 2.1a, Clinician Form. World Health Organization. Saatavissa osoitteessa: <<http://www.who.int/classifications/icf/training/icfchecklist.pdf>>. Luettu 21.2.2014.

- ICF Core Sets 2013. ICF Research Branch. Saatavissa osoitteessa: <<http://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects-sp-1641024398>>. Luettu 21.2.2014.
- ICF-kuvauslomakkeen luominen 2012. ICF Research Branch. Saatavissa osoitteessa: <<http://www.icf-core-sets.org/fi/page0.php>>. Luettu 21.2.2014.
- ICF Practical Manual 2014. World Health Organization. Saatavissa osoitteessa: <<http://www.who.int/classifications/icf/en>>. Luettu 21.2.2014.
- ICF-verkosto 2014. Innokylä. <<https://www.innokyla.fi/web/verkosto567246>>. Luettu 21.2.2014.
- Invalidiliitto 2013. Hyvä kuntoutumiskäytäntö. Invalidiliiton kuntoutuspalvelut. Helsinki: Invalidiliitto. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa: <[http://www.invalidiliitto.fi/files/attachments/kuntoutus/hyva\\_kuntoutumiskaytanto\\_2013\\_lowres.pdf](http://www.invalidiliitto.fi/files/attachments/kuntoutus/hyva_kuntoutumiskaytanto_2013_lowres.pdf)>.
- Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.
- Isoherranen, K. – Rekola, L. – Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2013a. ICF-luokituksen juurruttaminen lääkinnälliseen kuntoutukseen: suosituksista pysyviin ja kehittyviin käytäntöihin. Projektin esite.
- Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2013b. ICF-luokituksen juurruttaminen lääkinnälliseen kuntoutukseen: suosituksista pysyviin ja kehittyviin käytäntöihin. Tutkimushanke. Saatavissa osoitteessa: <<http://www.jamk.fi/projektit/1314>>. Luettu 2.11.2013.
- Järvikoski, A. 2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkimus. Teoksessa Mäkitalo, J. – Turunen, J. – Vilkkumaa, I. (toim.): Vaikuttavuus muutoksessa. Oulu: Verve. 49–59.
- Järvikoski, A. – Hokkanen, L. – Härkäpää, K. (toim.) 2009. Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 80/2009. Helsinki: Kuntoutussäätiö. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa: <[http://www.kuntoutussaatio.fi/files/161/Asiakkaan\\_aanella.pdf](http://www.kuntoutussaatio.fi/files/161/Asiakkaan_aanella.pdf)>.
- Järvikoski, A. – Härkäpää, K. 2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Teoksessa Rissanen, P. – Kallanranta, T. – Suikkanen, A. (toim.): Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Duodecim. 51–62.
- Järvikoski, A. – Karjalainen, V. 2008. Kuntoutus monitieteisenä ja -alaisena prosessina. Teoksessa Rissanen, P. – Kallanranta, T. – Suikkanen, A. (toim.): Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Duodecim. 80–93.
- Kettunen, R. – Kähäri-Wiik, K. – Vuori-Kemilä, A. – Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. 4., uudistettu painos. Helsinki: WSOY pro.



- Koskinen, S. 2012. ICF kuntoutuskäytännöissä. Luento 22.11.2012.  
Kuntoutusohjaushanke 2011–2012, yhteistyöpäivät.
- Paltamaa, J. 2013. Erikoissuunnittelija. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.  
Kirjallinen tiedonanto 11.11.
- Paltamaa, J. 2012. ICF-luokituksen juurruttaminen lääkinnälliseen kuntoutukseen: projektin avulla suosituksista pysyviin ja kehittyviin käytäntöihin. Saatavissa osoitteessa: <<https://wiki.innokyla.fi/innowiki/download/attachments/6783454/Paltamaa+esitys+Innopa+13.12.2012.pdf>>. Luettu 2.11.2013.
- Paltamaa, J. – Karhula, M. – Suomela-Markkanen, T. – Autti-Rämö, I. (toim.) 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kela. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa: <<https://helda.helsinki.fi/handle/10138/24581>>.
- Piirainen, K. – Kallanranta, T. 2008. Kuntoutuspalvelut kuntoutumisen ja muutoksen tukena. Teoksessa Rissanen, P. – Kallanranta, T. – Suikkanen, A. (toim.): Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Duodecim. 94–110.
- Rauch, A. – Cieza, A. – Stucki, G. 2008. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* 44 (3). 329–341.
- Rentsch, H. P. – Bucher, P. – Dommen Nyffeler, I. – Wolf, C. – Hefti, H. – Fluri, E. – Wenger, U. – Wälti, C. – Boyer, I. 2003. The implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in daily practice of neurorehabilitation: an interdisciplinary project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland. *Disability and Rehabilitation* 25 (8). 411–421.
- Rissanen, P. 2008. Terapiaa vai kuntoutusta? Teoksessa Rissanen, P. – Kallanranta, T. – Suikkanen, A. (toim.): Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Duodecim. 673–682.
- Sipari, S. – Mäkinen, E. 2012. Yhdessä rakentuva kuntoutusosaaminen. AATOS-artikkelit 6/2012. Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisusarja. Saatavissa osoitteessa: <[http://www.metropolia.fi/fileadmin/user\\_upload/Julkaisutoiminta/Julkaisusarjat/AATOS/PDF/Metropolia\\_AATOS\\_6-12.pdf](http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/Julkaisutoiminta/Julkaisusarjat/AATOS/PDF/Metropolia_AATOS_6-12.pdf)>. Luettu 2.11.2013.
- Stakes 2007. ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Ohjeita ja luokituksia 2004: 4. Helsinki: Gummerus.
- WHO Disability Assessment Schedule, WHODAS 2.0. 2014. World Health Organization. Saatavissa osoitteessa: <<http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/index.html>>. Luettu 21.2.2014.

# Anna palaa savuttomasti -hanke

## ANNE VIRKKUNEN

Tässä artikkelissa käsittelen suuressa suomalaisessa yrityksessä toteutettua savuttomuushanketta. Hanke toteutettiin vuosien 2012 ja 2013 aikana. Siihen osallistui yli 80 yrityksen työntekijää. Yrityksen tavoitteena oli lisätä työntekijöiden työhyvinvointia ja auttaa henkilöstöä henkilökohtaisen terveyden edistämisessä.

Kovinkaan monessa suomalaisessa yrityksessä ei ole tiedossa, kuinka moni työntekijöistä tupakoi. Se, miten paljon tupakointi yritykselle maksaa, ei myöskään ole kovin monessa yrityksessä tiedossa. Suuren suomalaisen ympäristöalan yrityksen johto havahtui muutama vuosi sitten yrityksen työterveyshuollon tekemien lukujen ja laskelmien vuoksi pohtimaan näitä kysymyksiä. Tukena lukuihin ja laskelmiin oli yrityksen työntekijöille suoritettu laaja Terveyskysely. Yrityksen työntekijöistä tupakoi noin 40 %, kun tyypillisesti suomalaisissa työpaikoissa henkilöstöstä tupakoi 20 %. (Varis 2012: 1.) Yrityksen johto halusi ehdottomasti tehdä asialle jotakin.

Tupakoinnin yritykselle aiheuttamat kustannukset olivat huomattavat. Yrityksen, työterveyshuollon ja eläkevakuutusyhtiön yhteistyönä päätettiin toteuttaa Anna palaa savuttomasti -hanke. Hankkeen myötä tarjottiin sadalle yrityksen työntekijälle mahdollisuus savuttomuuteen erityisen ohjelman avulla. Hankkeen tarkoituksena on edistää savuttomuutta ja terveellisiä elämäntapoja yrityksessä. Sen tavoitteena on auttaa yrityksen työntekijöitä pysyvään savuttomuuteen. Lisäksi tavoitteena on vähentää yrityksen tupakoivien työntekijöiden poissaoloja ja lisätä kaikkien työviihtyvyyttä. Hankkeen tukimuotoina olivat työterveyshuollon tarjoama tuki savuttomuuteen ja tupakanvieroituslääkkeen osittainen korvaaminen henkilöstölle.

## Tutkittua tietoa tupakasta

Tupakkalaki eli laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi säädettiin ensimmäisen kerran vuonna 1976 (693/1976). Tämän jälkeen sitä on täydennetty useita kertoja, ja viimeisin muutos siihen tehtiin 2010. Sen

tavoitteena on tupakkatuotteiden käytön asteittainen lopettaminen Suomessa. Tavoitteen toivotaan toteutuvan vuonna 2040. (Laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi 13.8.1976/693.)

Suomi on allekirjoittanut maailman terveysjärjestö WHO:n tupakka-puitesopimuksen vuonna 2005. Sopimuksessa sitoudutaan vähentämään maailmanlaajuisesti tupakointia, tupakkatuotteiden käyttöä ja tupakoinnista aiheutuvia haittoja. Sopimus velvoittaa suojelemaan tupakansavun haitoilta. Suomi on valtiona toteuttanut monia sopimuksessa mainittuja tupakoinnin vähentämiseen tähtääviä hankkeita. Tupakointi on meillä kielletty esimerkiksi julkisissa liikennevälineissä ja julkisissa tiloissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011: 8.)

Tupakka luokitellaan päihteeksi, joka vaikuttaa keskushermostoon. Suomessa arvioidaan olevan noin miljoona tupakoitsijaa. Työikäisistä miehistä tupakoi 22 % ja naisista 15 % päivittäin. Tupakkasairauksiin kuolee vuosittain Suomessa noin 4000–6000 ihmistä. Tupakoinnin vuoksi käydään noin 600 000 kertaa lääkärissä, ja tupakointi aiheuttaa noin 1,2 miljoonaa sairauspoissaolopäivää vuosittain. Tupakointi aiheuttaa yli 50 sairautta, joista 20 on kuolemaan johtavia. (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus 2012.)

Tupakointi maksaa askin päivässä polttavalle reilut 1800 euroa vuodessa. Tupakoinnin on todettu laskevan työn tuottavuutta, ja laskelmissa yhden tupakoivan työntekijän hinta yritykselle on keskimäärin 2000 euroa vuodessa. Summa kertyy työn tuottavuuden laskusta, sairauspoissaoloista ja sosiaaliturvamennoista. Askin päivässä polttava työntekijä viipyy keskimäärin 17 työpäivää vuodessa tupakalla. Kun lasketaan yhteen kaikkien työpaikoilla tupakoivien tupakkataukojen hinta, summa on kansantaloudellisesti jo merkittävä. (Reijula 2004.)

Tupakoinnin lopettamisen hyödyt ovat kiistattomat. Verenkierto alkaa parantua joidenkin viikkojen kuluttua. Keuhkojen toiminta paranee merkittävästi 2–3 kuukaudessa. Vuosi tupakoimattomuutta pienentää sepelvaltimotaudin riskiä puoleen, ja noin 20 vuoden tupakoimattomuus pienentää riskin tupakoimattoman tasolle. Lopettaminen parantaa myös unen laatua ja vähentää koettua stressiä. (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus 2012.)

Tupakoinnin lopettaminen on selkeästi suurin ja tärkein terveysteko, jonka tupakoitsija voi tehdä itselleen. Se ehkäisee sairauksia ja pidentää elämää. Työympäristön tupakansavu luokitellaan Suomessa syöpävaaralliseksi aineeksi ja ”tupakkalaki” velvoittaa työnantajaa suojaamaan

työntekijöitä sen vaikutukselta. (Laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi 13.8.1976/693.)

## Käytännön toimet

Hankkeen aloitustapaaminen pidettiin syyskuussa 2012 Helsingissä yrityksen pääkonttorilla. Siihen osallistuivat yrityksen henkilöstöhallinnon edustajat, työterveyshuollosta alueen työterveyshoitajat ja eläkevakuutusyhtiön edustajat. Tapaamisessa sovittiin pääpiirteittäin hankkeen aikataulutus ja ohjelma sekä sovittiin yhteistyön muodot ja seuranta. Hankkeen etenemistä, ohjaamista ja seuraamista varten perustettiin ohjausryhmä, jossa olivat mukana yrityksen henkilöstöosaston edustajan lisäksi jäsenet työterveyshuollosta ja eläkevakuutusyhtiöstä.

Savuttomuushanke lanseerattiin yrityksen viidessä esimiestapahtumassa syyskuussa 2012. Tarkoituksena oli välittää tietoa hankkeesta mahdollisimman laajalle. Koska yritys toimii valtakunnallisesti, nähtiin erityisen tärkeänä, että tietoisuus hankkeesta leviää kaikkiin yrityksen toimipaikkoihin. Kaikille yrityksen tupakoiville työntekijöille haluttiin tarjota mahdollisuus osallistua hankkeeseen.

Aloituspuheenvuorossaan yrityksen strategiapäivillä yrityksen toimitusjohtaja otti hankkeen esille ja korosti ylimmän johdon olevan siihen vahvasti sitoutunut. Hankkeen rahoitus tuli sekä yritykseltä että yrityksen eläkevakuutusyhtiöltä. Yrityksen henkilöstölehdessä, jonka kaikki työntekijät saavat, julkaistiin hankkeesta kertova artikkeli. Artikkelissa haastateltiin yrityksen työntekijää, joka oli onnistunut lopettamaan tupakoinnin työterveyshuollon savuttomuusohjelman ja lääkehoidon avulla. Samassa yhteydessä haastateltiin myös yrityksen henkilöstöjohtajaa, joka totesi savuttomuuteen kannustamisen olevan yrityksen painoalueena, ennaltaehkäisevänä työkykytoimintana. Se on sijoitus yrityksen työntekijöiden terveyteen ja hyvinvointiin.

Viidessä eri esimiestapahtumassa työterveyshuolto oli paikalla yhdessä lääkeyritysten kanssa levittämässä tietoa savuttomuudesta ja yrityksen savuttomuushankkeesta. Samassa yhteydessä osallistujilla oli mahdollisuus testauttaa keuhkojensa toiminta yksinkertaisella puhalluskokeella, mikrospirometrialla. Työterveyshuollon paikallaolo mahdollisti tarvittavat yksilölliset jatkotoimenpiteet joustavasti. Tapahtumista kerätty palaute oli lähes pelkästään positiivista. Esimiehet kertoivat palautteessa, että he joka tapauksessa käyvät henkilöstönsä kanssa läpi esimiestapahtumien ohjelmaa,

joten savuttomuushankkeestakin voi samalla kertoa työntekijöille ja kenties näin auttaa yrityksen työntekijää lopettamaan tupakointi. Toisaalta yrityksessä eivät sauhuttele ainoastaan tuotannon työntekijät, vaan esimiesten tupakointi on samaa luokkaa työntekijöiden kanssa.

Työterveyshuollon henkilöstöä muistuteltiin hankkeesta säännöllisillä sisäisillä tiedotteilla. Jokaisen vastaanotto- ja terveystarkastustyötä tekevän työterveyshuollon henkilön toivottiin ottavan tupakoinnin puheeksi tavatessaan kyseisen yrityksen työntekijöitä. Samassa yhteydessä heillä oli mahdollisuus kertoa yrityksen tuesta tupakoinnin lopettamisesta ja työterveyshuollon savuttomuusohjelmasta. Työterveyshuollon koko valtakunnalliselle toimintakentälle pyrittiin jakamaan sähköistä materiaalia ja tiedotteita hankkeesta.

Työterveyshuollon savuttomuusohjelma on asiakasyritykselle räätälöity malli, jonka tavoitteena on tukea yrityksen henkilöstöä tupakoinnin lopettamisessa. Se toteutettiin tässä yrityksessä yksilöohjausmallina. Ohjelman toteutukseen kuuluvat yksilötapaukset niin työterveyshoitajan kuin työterveyslääkärinkin kanssa. Yhteyttä pidetään myös sähköpostilla, puhelimitse ja kirjeitse. Prosessi kestää vuoden, ja seuranta-ajan päättymisen jälkeen yritykselle raportoidaan hoitojen onnistumisesta ryhmäraporttina.

## **Innolla mukaan**

Hankkeeseen osallistujien tiedot keräsi keskitetysti yrityksen vastaava työterveyshoitaja. Alkuvuokkoina osallistujia ilmoittautui mukaan useita kymmeniä, ja ilmoittautumisen yhteydessä heille annettiin ohjeet jatkotoimenpiteistä. Yli kahdeksankymmentä yrityksen työntekijää ja toimihenkilöä halusi lopettaa tupakoinnin. Osallistujien tuli alkuyhteydenoton jälkeen hakeutua lääkärin vastaanotolle, koska matkalla savuttomuuteen käytetään tupakoinninvieroituslääkettä. Kysymyksessä on reseptilääke, joten se vaatii lääkärin arvion tuotteen sopivuudesta osallistujille. Vain kolmelle henkilölle halukkaista ei voitu lääkitystä käyttää hankkeen aikana.

Suureksi haasteeksi muodostui osallistujien jatkotoimenpiteiden itsenäinen suorittaminen, mikä käytännössä tarkoitti lääkärin vastaanotolle hakeutumista. Kahdeksastakymmenestä henkilöstä putosi pois tässä vaiheessa kolmekymmentä henkilöä. Tupakoinnin lopettaminen ilman apua ja tukea on todettu vaikeaksi. Tarvitaan päätös lopettamisesta, edessä olevien vaikeuksien, erityisesti tupakan vieroitusoireiden ennakointi ja motivaatiota päätöksen ylläpitämiseen.

Tupakka aiheuttaa nikotiiniriippuvuutta. Tämä riippuvuus on suurin syy, miksi tupakointia jatketaan vastoin tahtoa. Tupakka ja nikotiiniriippuvuutta voidaan pitää vakavana sairautena. Nikotiiniriippuvuus kehittyy nopeasti erityisesti nuorilla. Toisaalta riippuvuuden kehittymisessä voi olla yksilöllisiä eroja. Nikotiiniriippuvuutta voidaan testata Fagerströmin kahden kysymyksen testillä. (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus 2012.) Hankkeeseen osallistuneille tai siihen ilmoittautuneille pyrittiin tekemään kyseinen testi alkuvaiheessa. Suurimman osan riippuvuustaso oli vahva riippuvuus.

Savuttomuushanke jatkui nyt käytännön vastaanotto- ja terveystarkastustoiminnassa työterveyshuollossa. Innokkuus osallistumiseen laimentui, ja vain muutamia yksittäisiä uusia henkilöitä tuli mukaan hankkeeseen. Siitä toki muistuteltiin yrityksen intranetissä ja henkilöstölehdessä, mutta innostus osallistua hankkeeseen oli lopahtanut lähes kokonaan.

Henkilöt jotka, hankkivat reseptin ja noutivat lääkkeet apteekista, saivat neljän viikon omakustannusosuuden jälkeen noutaa yrityksen tukeman jatkohoitolääkityksen omalta työterveyshoitajaltaan. Tässä vaiheessa osallistujat edelleen harvenivat. Moni siis nouti reseptin, mutta ei hakenutkaan lääkkeitä apteekista. Tyypillisin syy oli motivaation loppuminen ja työ- tai elämäntilanteen muutos. Toki lääkityksen hintakin oli osalla syynä siihen, ettei lääkkeitä tullut noudettua.

Kahdentoista viikon lääkeannoksen hankkineiden ja käyttäneiden määrä oli noin puoli vuotta hankkeen aloituksesta 40 henkilöä. Moni jatkolääkityksen noutaneista näki tärkeänä sen, että yritys tuki taloudellisesti erityisesti jatkolääkitystä. Toukokuussa 2013 24 henkilöä oli edelleen tupakoimatta. Syyskuun 2013 alussa, vuosi hankkeen aloittamisesta, 12 henkilöä oli edelleen pysynyt savuttomana. Kaikki olivat käyttäneet lääkehoitoa. Kahdeksastakymmenestä mukaan lähteneestä putosi vuoden varrella 68 henkilöä. Joukossa oli monia, jotka kokeilivat lopettamista ensimmäistä kertaa. Tutkimusten mukaan lopettamista yritetään useita kertoja ennen kuin onnistutaan. Toivottavasti nämä ensikertalaiset yrittävät nopeasti uudelleen.

## **Palautetta**

Yritystä hoitavat työterveyshoitajat keräsivät hankkeeseen osallistuvien palautetta terveystarkastuksissa, vastaanotoilla, sähköpostitse ja puhelimitse. Palaute kirjattiin asiakkaan työterveyshuollon kertomusteksteihin.

Luonnollisesti palautetta ja kokemuksia kerättiin myös savuttomuusohjelman tapaamisissa.

Monilla motivaatio loppui alkuinnostukseen. Yleisesti pidettiin hyvänä sitä, että yritys osallistui savuttomuuden tukemiseen taloudellisesti. Taloudellinen tukeminen innosti monia ilmoittautumaan mukaan hankkeeseen, mutta kun tuli aika noutaa reseptilääkityksen alkupakkaus omalla kustannuksella, innostus ja motivaatio loppui. Useat yritykset tukevat työntekijöiden savuttomuuteen käytettävää lääkehoitoa tai nikotiinituotteiden kustannuksia. Tämän hankkeen osalta osoittautui hyväksi valinnaksi tukea lääkehoidon jatkopakkausta. Monet osallistujat pitivät hyvänä sitä, että jatkopakkauksen sai yrityksen tukemana. He uskoivat, etteivät olisi noutaneet itse omalla kustannuksella jatkolääkitystä, mikäli yritys olisi tukenut aloituspakkausta.

Taloudellinen tuki lääkehoitoon tuntui toimineen monelle motivoivana tekijänä. Yrityksessä työskentelee paljon matalapalkkaisia työntekijöitä. Heistä lääkepakkausten noin 200 euron hinta on suuri rahamäärä, ja tuki haluttiin ehdottomasti hyödyntää.

Lääkehoitoon ja lääkkeen sivuvaikutuksiin liittyi paljon ennakkoluuloja ja uskomuksia. Moni osallistuja oli huolestunut lääkkeen mahdollisista vaikutuksista psyykkiseen hyvinvointiin. Useat toivat esille lääkkeen olevan mielialalääke. Suurin osa lääkehoidon lopettaneista teki sen lääkkeen sivuvaikutusten vuoksi. Vaikka työterveyshenkilöstö pyrki korostamaan että kyseessä on reseptilääke, jolla voi olla sivuvaikutuksia, ne tulivat osalle hankkeeseen osallistuneille täytenä yllätyksenä.

Erityisesti naiset pelkäsivät tupakoinnin lopettamisen aiheuttavan painonnousua. Niin monelle kävikin. Osa aloitti tupakoinnin uudelleen tästä syystä. Koettiin, että ylipaino olisi suurempi terveyshaitta kuin tupakointi. Toisaalta naiset kokivat tupakoinnin lopettamisen parantaneen hajuainin ennalleen, ja osa kauhisteli sitä, kuinka epämiellyttävältä tupakoiva haisee.

Monelle repsahdus tapahtui ensimmäisen kerran alkoholin nauttimisen yhteydessä. Koettiin, että alkoholin vaikutuksen alaisena tupakkaa teki mieli kokeilla ja samalla arveltiin, ettei muutama savuke koko projektia vaaranna. Valitettavasti monella savuttomuus päättyi juuri tähän kokeiluun.

Työkiireet, vaikea elämäntilanne ja yleensä stressi sekä ”hermojen kiireys” saivat monen lopettamaan hyvin alkaneen savuttomuuden. Koettiin, että tupakka rentouttaa ja auttaa jaksamaan työelämässä paremmin. Tupakkapaikalla kuulee perinteisesti yrityksen parhaimmat jutut.

Ystävien, perheen ja erityisesti työkavereiden tuki koettiin tärkeäksi. Yhden onnistuneen lopettajan koko työtiimi tuki hyvää päätöstä ja kannusti vaikeilla hetkillä. Tiimissä oli toki kaksi jo aiemmin tupakoinnin lopettanutta, joten vertaistuellalla oli kokemustaustaa.

Ylivoimaisesti suurin syy siihen, että tupakkaa sorruttiin polttamaan, oli se, ettei haluttu luopua tupakoinnin aiheuttamasta mielihyvän tunteesta. Vieroituslääkkeen ohjeen mukaan alussa voi polttaa tupakkaa ja sitten lopettaa. Moni söi lääkettä, muttei pystynyt lopettamaan tupakointia. Tupakka tuottaa nautinnon nykyhetkessä. Monikaan ei jaksanut sen mielihyvän tunteen keskellä ajatella kaukaista tulevaisuuttaan, jossa tupakoinnin terveyshaitat mahdollisesti vaikeuttavat elämää.

Myös sillä oli merkitystä lopputulokseen, miten osallistujat kuvailivat lopettamispäätöstä. Osa kertoi päättäneensä lopettaa tupakoinnin, osa kertoi yrittävänsä ja osa oli tupakkalakossa. ”Vain lakossa” olleet ryhtyivät lähes kaikki uudelleen polttamaan. Melko helposti keskusteluissa tuotiin esille itsemääräämisoikeus ja se, että ”pitää jokaisella joku paha tapa olla”.

Ne, jotka lopettivat hankkeen avulla tupakoinnin, kuvailivat taivalta raskaaksi, tahdonlujuutta vaativaksi ja ajoittain taisteluksi. Tupakanvieroituslääkkeen koettiin auttaneen paljon matkalle savuttomuuteen. Moni uskoi, ettei olisi pystynyt lopettamaan ilman lääkitystä. Terveys ja raha olivat selkeästi tärkeimmät syyt, miksi tupakointi haluttiin lopettaa. Onneksi osa onnistui tavoitteessaan.

## Pohdintaa

Tupakoinnin aiheuttamat terveysvaikutukset ovat kiistattomat. Moni kuolee tupakoinnin aiheuttamiin terveyshaittoihin. Vaikka suurimmalla osalla tupakoivista nämä melko järkyttävätkin tilastolliset tosiseikat ovat tiedossa, ei tupakointia pystytä siltikään lopettamaan. Nikotiiniriippuvuus on sairaus, jota moni tupakoitsija ei tunnusta sairastavansa. Terveys on tärkeä arvo monen ihmisen elämässä, mutta se ei kuitenkaan ohjaile kovinkaan monen jokapäiväistä elämää ja tekemistä. Vahvaakaan riippuvuutta tupakasta ei koeta sairaudeksi, vaan vasta, kun tupakointi aiheuttaa oikean sairauden, se tunnustetaan. Toisaalta esimerkiksi keuhkoahtaumatautia sairastaa moni tupakoitsija tietämättään.

Tutkimuksissa on todettu, että alemmissa sosiaaliryhmissä ja fyysisesti kuormittavia työtehtäviä suorittavien työntekijöiden keskuudessa tupakoidaan enemmän kuin esimerkiksi akateemisesti koulutettujen keskuudessa.





(Katainen 2011: 25.) Tähän hankkeeseen osallistuneen yrityksen työteki-  
jöistä suurin osa on matalapalkkaisia ja matalasti koulutettuja. Ehkä tämä  
selittää osittain yrityksen suurta tupakoimisprosenttia. Toisaalta tutkimuk-  
set osoittavat sen, että jos tupakoinnille luodaan hyvät edellytykset ja siitä  
ei työaikana mitenkään rajoiteta, koetaan se saavutetuksi eduksi, josta ei  
millään haluta luopua.

Moni osallistunut koki tupakoinnin ”pahaksi tavaksi”. Näin ilmaistu-  
na se kuulostaa melko neutraalilta ilmaisulta, eikä juurikaan suurelta ter-  
veysuhkalta. Kun yritys halusi, että työntekijöillä olisi vähemmän näitä  
”pahoja tapoja”, saattoi moni kokea yrityksen puuttuvan työntekijän hen-  
kilökohtaiseen elämään ja itsemääräämisoikeuteen. Yrityksen tavoitteena  
oli kuitenkin työhyvinvoinnin lisääminen kustannussäästöjen ohella. Tä-  
tä näkökantaa monen osallistujan oli vaikea ymmärtää. Ei tiedetty tupa-  
koinnin aiheuttamista kustannuksista yritykselle tai niiden ei arveltu ole-  
van kovin suuria.

Monissa tupakkakampanjoissa on käytetty usein lausetta ”tupakoin-  
nin lopettaminen kannattaa aina”. Jokaisen tupakoitsijan henkilökohtai-  
sen terveyden kannalta lause pitää ehdottomasti paikkansa. Se pitää paik-  
kansa myös, kun tarkastellaan yritysten tupakoivia työntekijöitä. Tämän  
hankkeen avulla pääsi tupakasta eroon kaksitoista henkilöä. Se on kaksi-  
toista terveydellistä lottovoittoa. Voittajia ovat sekä yritys että tupakoin-  
nin lopettaneet.

## Lähteet

- Katainen, A. 2011. Tupakka, luokka ja terveyskäyttäytymisen ongelma.  
Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos.
- Laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi 13.8.1976/693.
- Reijula, K. 2004. Mitä säästöjä koituu, jos työpaikalla ei tupakoida. Helsinki:  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Tupakkasopimus tutuksi. Sosiaali- ja  
terveysministeriön julkaisuja 2011/3. Tupakoinnin torjuntaa koskeva  
puitesopimus.
- Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus 2012. Käypä hoito -suositus.  
Suomalaisen Lääkäriseuran ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen  
asettama työryhmä. Saatavissa osoitteessa <[www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentnaytaartikkeli/.../hoi40020](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentnaytaartikkeli/.../hoi40020)>.
- Varis, T. (toim.) 2013. Tupakkatilasto 2012. Tilastoraportti. Terveyden ja  
hyvinvoinnin laitos. Saatavissa osoitteessa: <[www.thl.fi/tilasto/tupakkatilasto](http://www.thl.fi/tilasto/tupakkatilasto)>.

# Terveyspalvelut näkyväksi

## ANITA LINDEVALL

Tässä artikkelissa tavoitteena on kuvata terveyttä edistävästä toiminnasta koottua toimintaohjelmaa, sen kokoamisprosessia ja sisältöä. Artikkelissa kuvataan äitiys- ja lastenneuvoloiden palvelujen sisältöä ja sivutaan myös koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa sekä lasten ja nuorten ehkäisevää suun terveydenhuoltoa kunnissa. Perheiden ympärillä on lukuisia toimijoita, joiden keskinäinen yhteistyö on tärkeää, jotta asiakas saa mahdollisimman hyvää palvelua terveydenhuollossa.

Ajantasaisen, näyttöön perustuvan ja asiakkaiden vaatimuksiin vastaavan palvelun mahdollistavat riittävä henkilöstömäärä ja osaamisen jatkuva kehittäminen. Työ on vaativaa ja edellyttää moniammatillista työotetta – varsinkin lääkäreistä moni ei valitettavasti näe riittävästi arvoa ehkäisevällä työllä. Lääkäri on oleellinen terveydenhoitajan työpari ja tuki: ilman lääkärin osuutta eivät esimerkiksi neuvolan tai kouluterveydenhuollon laajat terveystarkastukset täytyä edellytettyä laajuuttaan, vaikka terveydenhoitaja tekisi kaikkensa perheen terveyden ja hyvinvoinnin kartoittamiseksi ja edistämiseksi. (Hakulinen-Viitanen ym. 2012; Valvira 2012.)

Lapsiperheiden pahoinvoinnin polarisoituminen näkyy arjessa, ja kunnissa onkin todettu tarvetta puuttua siihen. Poliittiset päätöksentekijät ovat huolissaan kasvavista lastensuojelun kustannuksista kuntatalouden ollessa muutoinkin nyt vaikeuksissa. Kaikissa kunnissa ei ole saatu palkattua riittävästi terveydenhoitajia suhteessa asiakasmäärään ja siihen, mitä terveystarkastuksilta ja -tapaamisilta odotetaan. Tilanne on kuitenkin merkittävästi parantunut vuodesta 2009. (Wiss ym. 2012.)

Lasten ja nuorten terveyspalveluja tulee siirtää enemmän ehkäisevän ja ennakkoivan toiminnan sekä varhaisen tuen järjestämisen suuntaan nykyisin painottuvan korjaavan työn sijaan. Tällä hillitään myös korjaavan työn kustannusten jatkuvaa lisääntymistä – ehkäisevään työhön panostamalla säästetään. Vaikuttavien ja kustannusvaikuttaviksi todettujen toimien merkityksen ymmärtäminen koko kansanterveyden ja julkisen talouden näkökulmasta vaatii valtakunnallisten ja kuntakohtaisten strategioiden perusteellista ja kokonaisvaltaista suunnittelua ja arviointia. Lähtökohtana terveyden edistämiseksi ovat kuitenkin asiakkaan oma motivaatio ja kiinnostus kohentaa kuntoa, syödä terveellisesti ja pitää huolta

psykososiaalisesta terveydestään – terveyden edistäminen perustuu yksilön vapaaehtoisen käyttäytymismuutoksen tukemiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008: 1; Valvira 2012.)

Yksittäisen työntekijän harkinnan ja oman työotteen varaan jää, miten samansisältöisen ja tasapuolisen palvelun yksittäinen perhe kokee saavansa vertaiseensa nähden saman kunnan sisällä. Terveydenhoitotyötä tehdään omalla persoonalla, mikä on myös rikkaus. Työmoraali on merkittävässä roolissa siinä, saako jokainen perhe yksilöllisen, tarpeitaan vastaavan ja riittävän kattavan palvelun asioidessaan neuvolassa, koulu- tai opiskelu-terveydenhuollossa tai suun terveydenhuollon yksikössä. Työhyvinvointi kärsii, mikäli pyritään liian pienin resurssein tekemään kaikki, mitä työntekijältä tänä päivänä vaaditaan; tämä voi heijastua suoraan asiakkaan kokemaan palveluun. Jokaiselle lapselle, nuorelle tai perheelle pitäisi tarjota samanlainen palvelu, mikä ei mahdollista sitä, että terveydenhoitaja tai lääkäri voisi panostaa työssään heihin, joilla on suurempi tuen tarve. Henkilöstöllä tulee olla lupa toimia priorisoiden enemmän tukea tarvitseviin ja hoitaen kevyemmällä otteella heitä, joilla elämä sujuu ja terveys ja hyvinvointi ovat riittävän hyvällä tasolla.

Kunnissa kootaan johtamisen ja palvelujen kehittämistyön tueksi laajoja asukkaiden terveydestä ja hyvinvoinnista sekä niihin vaikuttavista tekijöistä kertovia hyvinvointikertomuksia, joiden pohjalta saadaan tietoa muun muassa niistä mahdollisista epäkohdista, joihin seuraavaksi täytyy paneutua. Näiden dokumenttien pohjalta tehdään myös valtakunnallista terveydenedistämistyötä. (Salmela ym. 2013.) Tästä esimerkkinä voi mainita opetus- ja kulttuuriministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön laatimat uudet terveyttä edistävän liikunnan linjaukset, jotka ulottuvat vuoteen 2020. Linjausten visiona on, että suomalaiset istuvat vähemmän ja liikkuvat enemmän. (Miettinen 2013.)

## **Perhe lähtökohtana**

### **Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta**

Useimpien merkittävien kansanterveysongelmien yleisyyttä ja niistä aiheutuvia haittoja voidaan vähentää vaikuttamalla elämäntapoihin ja terveystottumuksiin. Merkittävä hyöty saadaan varhaisella ohjauksella ja tuella silloin, kun esimerkiksi lasta odottava vanhempi on motivoitunut muuttamaan elämäntapojaan suodakseen syntyvälle lapselle parhaan mahdollisen

kehittymisen perustan. Vanhemmat ovat pikkulapsivaiheessa motivoituneita pohtimaan ja tarvittaessa muuttamaan perheensä elintapoja ja -tottumuksia terveyttä edistävään suuntaan – hyvinvointia tukevat, lapsuudessa juurtuneet tottumukset luovat usein pohjan koko elämälle. Raskauden seurannassa sekä eri-ikäisten lasten kasvun ja kehityksen seurannassa pyritään myös havaitsemaan poikkeavuudet ja sairauksien riskitekijät mahdollisimman varhain sekä ohjaamaan asiakas jatkotutkimuksiin tai hoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008: 1.)

Neuvoloissa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveystarkastuksissa kohdataan lähes kaikki lapset, nuoret ja lapsiperheet. Koko perheen hyvinvointia tarkastellaan määräraikaistarkastuksen lisäksi erityisesti laajoissa terveystarkastuksissa kerran raskauden aikana, lapsen ollessa neljän kuukauden ikäinen, puolitoistavuotias ja neljävuotias sekä kouluterveydenhuollossa ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella tai yhdeksännellä luokalla. Laajan terveystarkastuksen onnistuneen toteutumisen edellytys on luottamuksellinen ja keskusteleva ilmapiiri perheen ja työntekijän välillä. Tapaamisen aikana kootaan yhteistyössä asiakkaan kanssa yhteinen käsitys, kokonaisarviointi, lapsen, vanhempien ja koko perheen hyvinvoinnista ja terveydentilasta. Periaatteina ovat yksilölliset tuen tarpeet, osallisuus ja huolien puheeksi ottaminen. Osallisuutta mahdollistaa tuttu työntekijä, jonka kanssa perheelle muodostuu luottamuksellinen hoitosuhde ja avoin keskusteleva ilmapiiri. Kuviossa 1 on kuvattu kaaviona perheen terveydentilan arvioinnin moniportaisuutta äitiysneivolakäynnillä. (Hakulinen-Viitanen ym. 2012; Wiss ym. 2012.)



Kuvio 1. Kokonaisarviointi perheen terveydestä (Hakulinen-Viitanen ym. 2012)

Erilaisia terveyttä ja hyvinvointia kartoittavia ja puheeksi ottoa helpottavia seuloja on toistuvasti raskausaikana ja eri-ikäisen lapsen terveystarkastuksiin liittyen. (Hakulinen-Viitanen ym. 2012.) Seulojen avulla kootaan tietoa perheenjäsenten arjen voimavaroista, mielen hyvinvoinnista, päihteiden käytöstä ja mahdollisista parisuhdeväkivallan kokemuksista. Perheenjäsenten motivaation ja aktiivisuuden varaan jää, kuinka huolellisesti ja paneutuen seulontalomakkeet täytetään. Hoitajan aktiivisuudesta puolestaan riippuu, käydäänkö lomakkeiden pohjalta riittävä keskustelu ja nostetaanko tarkasteluun asiat, joissa perhe kokee tarvitsevansa erityistä tukea. Oleellista seulontalomakkeiden käyttöönotossa on tarvittavista jatko-toimista ja hoitopoluista sopiminen yhteistyökumppaneiden kanssa, jotta asiakas saa tarpeen mukaista palvelua, jos seulassa nousee esille erityisen tuen tai jatkotutkimusten tarvetta. Yhteistyötä tehdään muun muassa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013a.)

Erityisen tuen tarvetta kartoitetaan jo aiemmin mainituilla terveystotumusten ja hyvinvoinnin seulonnoilla ja niihin nivoutuvalla keskustelulla. Terveystietäjät kartoittavat syitä terveystarkastuksista poissaoluihin, jos asiakas ei tule sovituille käynneille, siirtää niitä toistuvasti tai jos häneen ei saada yhteyttä kutsukirjeillä tai puhelimitse. Päivähoitoikäisten lasten kohdalla tärkeä yhteistyökumppani on lasta hoitava lastentarhanopettaja

tai perhepäivähoitaja, jolta neuvolatyöntekijä voi kysellä perheen kuulumisia. Lastensuojeluilmoituksen tekemisen kynnyks madaltui vuonna 2008 uusitun lastensuojelulain myötä – entistä enemmän lähdetään tekemään yhteistyötä myös sosiaalitoimen työntekijöiden kanssa, jotta perhe saisi tarvitsemansa avun ja tuen mahdollisimman varhain ennen ongelmien monimutkaistumista ja pitkittymistä. (Hakulinen-Viitanen ym. 2012.)

## **Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto**

Kouluterveydenhuollossa lapsi ja mahdollisuuksien mukaan myös lapsen huoltajat tavataan vuosittain. Määräaikaistarkastuksissa seurataan lapsen kasvua ja kehitystä sekä kartoitetaan koko perheen hyvinvointia. Ensimmäinen perheen kontakti kouluterveydenhuoltoon on kouluuntulotarkastuksessa, johon lähes sataprosenttisesti osallistuvat lapsen lisäksi huoltajatkin tai ainakin toinen huoltajista. Tapaaminen on yksi laajoista tarkastuksista, koska terveystarkastuksen ohella keskustellaan ja kootaan tietoa koko perhettä koskevista asioista. Laajojen terveystarkastusten toteutumisen kriteerinä kouluterveydenhuollossa on huoltajan tapaaminen joko terveydenhoitajan tai koululääkärin vastaanotolla, mikä on haaste lapsen kasvaessa. Viidennellä luokalla noin puolet huoltajista osallistuu joko terveydenhoitajan tai lääkärin tarkastukseen, kahdeksannella luokalla enää vajaa kymmenen prosenttia.

Myös kouluterveydenhuollossa on erilaisia seulontoja, joilla lapsen tai nuoren ja hänen perheensä hyvinvointia selvitetään. Laajojen tarkastusten yhteydessä niin lapsi tai nuori itse kuin hänen huoltajiansakin täyttävät terveyskyselyt, jotka käydään keskustellen läpi terveystarkastuksen yhteydessä. Seulontaan on vuoden 2013 kuluessa saatu valtakunnalliset samansisältöiset lomakkeet, jotka Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on tuottanut. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013a.)

Opettajien näkökulmaa kartoitetaan omalla lomakkeellaan, joka tuli käyttöön syksyllä 2013. Monet opettajat kokevat lomakkeiden käytön hankalana ja työmäärää lisäävänä – opettaja voi myös vaihtua usein, jolloin on vaikeaa tarkastella luokan oppilaiden kouluhyvinvointia ja oppimiseen liittyviä asioita. Muutos tähän vielä uuteen monitoimijaiseen työskentelytapaan vie aikaa ja oman prosessinsa koulukentällä, jotta se nähdään tärkeänä yhteisenä asiana ja lapsen tai nuoren hyväksi tehtävänä yhteistyön muotona. Kouluterveydenhoitaja tekee yhteenvedon oppilaiden hyvinvoinnista luokkatarkastusten jälkeen. Tämäkin toimintamuoto on uusi ja edellyttää

paikallistason keskustelua sekä yhteistyön prosessista päättämistä. (Hakulinen-Viitanen ym. 2012; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013a.)

Opiskeluterveydenhuollossa ensimmäisenä opiskeluvuonna terveydenhoitaja kutsuu terveystapaamiseen joko automaattisesti tai terveystarkastuksen pohjalta kaikki opiskelijat. Toisen lukuvuoden aikana terveydenhoitaja ja lääkäri tapaavat kutsuntaikäiset nuoret kutsuntatarkastuksessa. Kutsuntojen ulkopuolelle jäävät nuoret kutsutaan opiskeluterveydenhuollon lääkärin tarkastukseen. Myöhempien lukuvuosien aikana tapaamisia järjestetään tarpeen mukaan. Myös opintotukeen oikeuttavassa koulutuksessa olevat aikuisopiskelijat kuuluvat opiskeluterveydenhuollon piiriin ja heille tarjotaan terveystapaamisia. Kunta järjestää opiskeluterveydenhuollon osana myös kiireellisen sairaanhoidon paikkakunnalla opiskeleville nuorille. (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011.)

Lapsen ja nuoren hyvinvointiin vaikuttavat oleellisesti myös elin- ja oppimisympäristön terveys ja turvallisuus. Kouluissa on jo totuttu tekemään poikkeustilanteisiin liittyvä kriisisuunnitelma sekä työterveyshuollon ja työsuojelun organisoimat työpaikkaselvitykset. Toistaiseksi monessa kunnassa on vasta kehitteillä laajempi yhteistyö, jossa myös koulu- tai opiskeluterveydenhuollon, huoltajien ja oppilaiden tai opiskelijoiden edustajat ovat mukana. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.) Oma haasteensa ovat moniammatillisena yhteistyönä tehdyn selvityksen perusteella esille nousseet toimitilojen korjaamis- ja kehittämistarpeet: korjausvelkaa ja remonttitarpeita on paljon Suomen kouluissa ja oppilaitoksissa.

## **Lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto**

Alle vuoden ikäisen lapsen suun terveystarkastuksesta huolehtii neuvolan terveydenhoitaja, jolta perhe saa myös tarvittavan neuvonnan. Hammashoitaja tai suuhygienisti kutsuu alle kouluikäisen lapsen huoltajineen suun määräaikaistarkastukseen keskimäärin joka toinen vuosi tai yksilöllisen tarpeen mukaan. Hammaslääkäri hoitaa lapsen suun tarkastuksen, jos siihen on erityistä tarvetta. Kouluikäisen lapsen suun terveydenhuollon tarkastukset ovat ensimmäisellä, kolmannella, viidennellä ja kahdeksannella luokalla – niistä huolehtii joko suuhygienisti tai hammaslääkäri. Tarkastuksissa selvitetään hampaiston kehitys, suun terveydentila ja hoidon tarve sekä tehdään tarvittaessa henkilökohtainen hoitosuunnitelma. Edellä



kuvatusta palvelutarjonnasta ja monitoimijaisesta yhteistyöstä on koottu kuntaan yhteinen kuvaus, terveyden edistämisen toimintaohjelma. (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011.)

## **Terveyden edistämisen toimintaohjelma**

Kunnissa kehitetään lasten, nuorten ja perheiden terveystalvuuja entistä määrätietoisemmin ja tasapuolisemmin, pyritään edistämään mielen-terveyttä ja muuta terveyttä sekä tukemaan psykososiaalista hyvinvointia. Erityisinä tavoitteina ovat syrjäytymisen ehkäiseminen ja terveyserojen kaventaminen. Kokonaissuunnitelma lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi auttaa tässä tehtävässä. Suunnitelma laaditaan yhdessä sosiaali- ja sivistystoimen kanssa. Tavoitteena on, että kunnan eri toimialojen palvelut täydentävät toisiaan ja näyttäytyvät asiakkaan näkökulmasta eri ikävaiheet kattavana, sujuvana kokonaisuutena, joka vastaa muuttuviin tarpeisiin. Näitä tavoitteita ei saavuteta kuitenkaan pelkästään rakennemuutoksilla, vaan tarvitaan myös taitavaa muutosjohtamista, jonka avulla uudet toimintatavat saadaan juurrutettua arjen toimintaan. (Perälä ym. 2012; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010; Valvira 2012.)

Vanhemmilla on ensisijainen vastuu lastensa ja nuortensa hyvinvoinnista ja kehityksen tukemisesta. Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen tavoitteena on tukea vanhemmuutta ja vanhempien mahdollisuutta toimia lastensa kasvattajina ja huoltajina. Tarpeellinen apu ja tuki on kyettävä tarjoamaan riittävän varhain. Tuki jakautuu kaikille suunnattuun ja kohdennettuun, tarvittaessa tarjolla olevaan tukeen. Voimavarat niukentuvat eri aloilla, mutta kuntien, järjestöjen ja seurakuntien palvelujen yhteensovittaminen ja palvelujen tehokkaampi hyödyntäminen antavat mahdollisuuden selviytyä palvelujen tasokkaasta tuottamisesta. Useissa kunnissa toimii lasten, nuorten ja perheiden palveluja suunnitteleva, seuraava ja arvioiva hallinnonalat ylittävä monialainen tiimi, jossa tietoja ja kehittämistavoitteita voidaan helposti jakaa. (Perälä ym. 2012.)

## **Toimintaohjelman kokoamisen prosessikuvaus**

Terveyden edistämisen toimintaohjelman tavoitteena on avata lukijalle edellä kuvattua tehtäväkenttää. Työhön perehtyvä opiskelija tai uusi

työntekijä hyötyy kirjallisesta työn ja siihen liittyvien erilaisten prosessien kuvauksesta, mutta myös kuntalainen saa siitä tietoa kunnan tarjoamista terveystalv palveluista. Toimintaohjelmassa sovitaan toimijoiden välisestä yhteistyöstä, työnjaosta ja vastuuhenkilöistä. Poliittiselle päättäjälle tai kunnan eri toimialojen viranhaltijoille toimintaohjelma antaa tietoa resursoinnista ja tarkimmillaan eri alueiden asiakasmääristä yksittäistä työntekijää kohden. Toimintojen järjestämistä ja lakisääteisten palvelujen toteutumista seurataan myös valtakunnallisin järjestelmin. (Wiss ym. 2012.)

Esimerkkikunnassa terveyden edistämisen toimintaohjelman kokosi terveyden edistämisen yksikön osastonhoitaja, mutta se on mahdollista tehdä myös hanketyöntekijän tai nimetyn työryhmän tuotoksena. Neuvolatoiminnan, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon sekä lasten ja nuorten suun ehkäisevän terveydenhuollon toimintaohjelmia löytyi internethaulla, ja niitä lukemalla selvisi, miten eri tavoin teksti voidaan koota. Kokonaisprosessi on kuitenkin lähes poikkeuksetta samankaltainen työn toteuttajasta riippumatta.

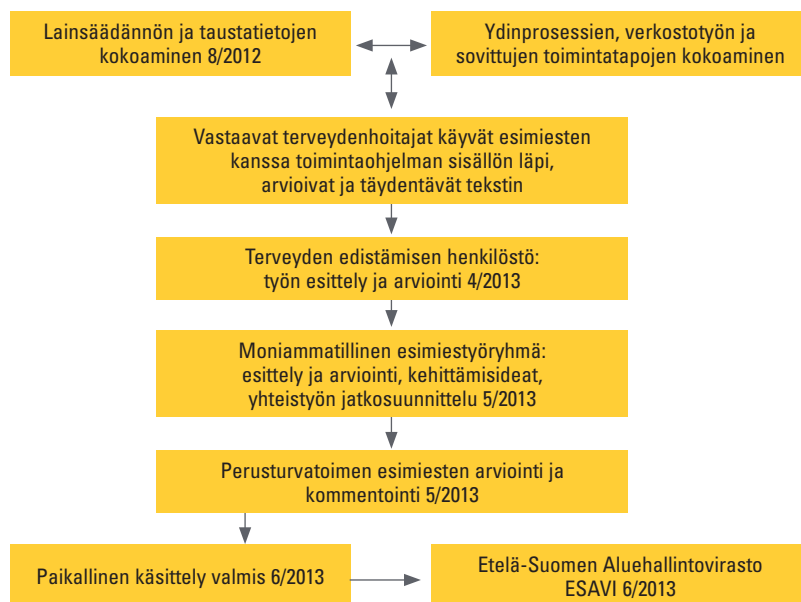
Ensimmäisessä vaiheessa kartoitettiin erään kunnan toimintatapoja keskustelujen ja haastattelujen avulla, jotta toimintaohjelmaa varten saatiin kuva kunnan eri sektoreiden työskentelytavoista. Useissa kunnissa on koottu työtä ohjaavat hoitotyön prosessikuvaukset, joihin on kirjattu ydinkohdat eri tapaamiskerroilla neuvolassa tai koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa tehtävistä toimenpiteistä, keskustelun aiheista ja terveysneuvonnasta. Havainnollistamiseen käytettiin taulukoita ja muita tietoa kokoavia, helposti silmäiltävissä olevia kuvioita, ja niitä koottiin myös liitteiksi. Yhteistyötä tehtiin terveydenhoitajien, suun terveydenhuollon sekä sosiaali- ja sivistystoimen edustajien kanssa, jotta asiakkaan kohtaamat eri palveluprosessien kuvaukset saatiin nivoutumaan toimintaohjelmassa mahdollisimman saumattomaksi kokonaisuudeksi. Monitoimijaisen yhteistyön prosessikuvaukset toivat lisätietoa siitä, miten asiakas tarvittaessa ohjautuu perusterveydenhuollon tarjoamiin jatkotutkimuksiin tai erikoissairaanhoidon piiriin. Yhteiset keskustelut nostivat myös esille joidenkin prosessien kehittämistarpeita. Terveyden edistämisen toimintaohjelman alussa kuvattiin avoterveydenhuollon ehkäisevän työn järjestämistapoja. Tekstiin koottiin perustiedot tarjolla olevista palveluista, jotka ovat kuntalaiselle maksuttomia ja kaikkien tavoitettavissa.

Toisessa vaiheessa yleisemmän palvelujen järjestämistä kuvaavan osuuden jälkeen avattiin tarkemmin neuvolatoiminnan ja kouluterveydenhuollon määräraikaistarkastusten ja laajojen terveystarkastusten sisältöä, terveysneuvonnan painopistealueita sekä esiin tulevan erityisen tuen tarpeen

kartoittamista ja tukitoimien järjestämistapoja. Toiminnan järjestämisestä kerrottaessa huomioitiin lasten, nuorten ja vanhempien oikeus osallistua ja saada tukea itseään koskeissa tilanteissa. Koulu- ja opiskeluympäristön terveellisyys ja turvallisuus olivat osana terveyden edistämisen toimintaohjelmaa: tekstissä kuvattiin, miten kunnassa tämä tehtävä toteutuu ja miten sitä seurataan.

Kolmannessa vaiheessa arvioitiin, täydennettiin ja korjattiin terveyden edistämisen toimintaohjelman sisältöä. Terveydenhoitajat ja neuvolan perhetyöntekijät antoivat palautteen toimintaohjelmasta. Monitoimijainen työryhmä pohti, miten työstää edelleen nivelvaiheita, joista sovittu toimintatapa vielä puuttui. Yhteisen valmistelun tarkoituksena oli, että työntekijät verkostoituvat entistä paremmin ja yhteistyö kehittyy.

Neljännessä vaiheessa toimintaohjelma vietiin perusturvalautakunnan kokoukseen hyväksyttäväksi. Perusturvalautakunnassa käytiin keskustelu esityksen pohjalta ja terveyden edistämisen toimintaohjelma merkittiin tiedoksi ja hyväksytyksi. Kuviossa 2 esitetään prosessin aikataulu ja sen eri vaiheet. Taustatiedon kokoamiseen paneutuminen on tärkeää, jotta toimintaohjelma avaa perusterveydenhuollon ehkäisevien palvelujen sisältöä riittävästi, minkä takia ensimmäinen vaihe kesti ajallisesti pisimpään.



Kuvio 2. Toimintaohjelma-prosessin eteneminen (Lindevall 2013)

Terveyden edistämisen toimintaohjelma on myös osa kunnan lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmaa ja lastensuojelusuunnitelmaa. Tekstisisältöä päivitetään hyvinvointisuunnitelman tavoin vuosittain tai vähintään valtuustokausittain, koska toimintoja ja yhteistyömalleja kehitetään jatkuvasti ja säännöllisin väliajoin tulee uusia ohjeistuksia kunnille. Esimerkiksi lokakuussa 2013 julkaistiin äitiyshuollolle uudet suositukset, joita soveltaen tehdään kuntakohtaisesti suosituksen mukaisia muutoksia äitiyshuoltotyön sisältöön ja näin ollen myös toimintaohjelmaan. (THL 2013a.)

## Seuranta ja raportointi

Terveyden edistämisen toimintaohjelman mukaista toimintaa seurataan AvoHILMO:n, perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitusjärjestelmän, avulla. Sitä kautta saadut seurantatiedot mahdollistavat entistä tarkemman seurannan ja valvonnan, jos järjestelmä on kunnassa riittävällä laajuudella otettu käyttöön. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL antoi ohjeet tilastoinnista avoterveydenhuollon puolella vuonna 2011, ja niitä lähdettiin soveltamaan kunnissa vuonna 2012. Jälkeenpäin on todettu, että tilastoinnin ohjeistuksen olisi pitänyt olla täsmällisempää ja ohjaavampaa, jotta haluttua tietoa kerätään varmasti joka paikassa samalla tavalla. Myös hyväksi koettujen toimintatapojen jakamista pitäisi toteuttaa nykyistä enemmän ja kehittää siihen toimivia tiedonvälityskanavia. (Rautiainen ym. 2012.)

Seurannassa hyödynnetään myös Terveyden edistämisen vertailutietojärjestelmää TEA-viisaria, jossa julkaistaan kuntakohtaisia tietoja terveydenedistämiskiivisuudesta perusterveydenhuollossa, kouluissa ja oppilaitoksissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tekee myös omia erillis-seurantakyselyjä. Valvira ohjaa sosiaali- ja terveystieteiden alaisena aluehallintovirastojen toimintaa, jotka osaltaan tekevät kunnille kyselyjä palvelujen järjestämisestä ja kokoavat siitä tilastotietoa. Kunnissa pitää myös itse seurata tuotettuja palveluita ja varmistaa, että jokainen kuntalainen saa tarvitsemiaan laadukkaita terveydenhuollon palveluja. Tätä kutsutaan omavalvonnaksi: palvelujen tuottaja seuraa, arvioi ja valvoo toimintaansa, sen laatua ja riittävyyttä. (Valvira 2012.)

## Kooste ja kehittämishaasteita

Terveyden edistämisen toimintaohjelma antaa tietoa kunnan terveystalveluista ja lähtökohdat kehittämistyölle. Esimiesten tehtävänä on tukea ja auttaa työntekijöitä sisäistämään asiakaskeskeinen työote ja toteuttamaan sitä riittävällä tasolla osaamistaan jatkuvasti kehittäen ja uudistaen. Motivoitunut työntekijä kehittää asiantuntijuuttaan, toimintatapojaan ja itseään, mutta jatkuvasti lisääntyvien vaatimusten paine voi myös koitua ongelmaksi työhyvinvoinnille – ei voi unohtaa työntekijänkään terveyttä ja hyvinvointia. Määräaikaistarkastukset ja laajat terveystarkastukset toteutuvat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen selvityksen mukaan määrällisesti hyvin: keskimäärin 80 prosenttia kunnista toteuttaa määräaika- ja laajat terveystarkastukset ja on koonnut terveyden edistämisen toimintaohjelman. Jatkokesymyksenä voidaankin esittää, miten laatu toteutuu määrällisesti hyvin toteutuneissa tarkastuksissa. Seuraavaksi onkin paneuduttava sisällön tarkasteluun ja mahdollisten epäkohtien korjaamiseen. (Wiss ym. 2012).

Terveyttä ja hyvinvointia tulee edistää maassamme kaikin tavoin ja pyrkiä terveyserojen kaventamiseen. Viime kädessä on kuitenkin yksilöstä itsestään kiinni, miten hän huolehtii omasta terveydestään ja lähimmäisistään elinympäristöään unohtamatta. Terveydenhuollon henkilöstön on tarjottava asiakkailleen parhaita mahdollisia palveluita ja viimeisintä tutkittua, näyttöön perustuvaa tietoa. Näyttöön perustuvan toiminnan edellytyksiä ovat hoitokulttuurin uudistamistarpeen tunnistaminen, muutoksen johtamisen ja kehittämisen osaaminen, myönteinen asenne kehittämistoimintaan ja tieteellisen tiedon merkityksen ymmärtäminen unohtamatta asiakaslähtöistä toimintatapaa. (Sarajärvi 2008). Esimiehillä on haasteellinen tehtävä heidän johtaessaan työntekijöitä ottamaan haltuun uudenlaisia toimintatapoja ja tukemaan vanhoista tavoista luopumista. Esimiehellä on myös vastuu monitoimijaisen yhteistyön suunnittelusta ja toteuttamisesta yhdessä eri yhteistyökumppaneitten kanssa. Yhteensovittava johtaminen edellyttää niin johdolta kuin työntekijöiltäkin sitoutumista lasten, nuorten ja perheiden tarpeita vastaavien palvelujen pitkäjänteiseen kehittämiseen, asiakaslähtöiseen osallistavaan johtamiseen ja aitoon eri hallinnonalojen yhteistyöhön. (Perälä ym. 2012.)

Kouluterveyskyselyn tuloksista saadaan hyvää tietoa siitä, miten lapsi tai nuori itse kokee oman terveytensä ja hyvinvointinsa. Esimerkkikunnassa tehtiin hankkeena kouluterveyskyselyn jalkauttamissuunnitelma osana laajempaa oppilashuollon kehittämishanketta. Sovitun käytännön mukaan tuloksia käsitellään koulujen oppilashuoltoryhmissä, vanhempainilloissa ja

oppilaskuntien keskuudessa. Käsittelyiden tuotoksena tehdään koulukoh-  
taiset kehittämissuunnitelmat seuraavalle kaudelle ennen uutta kysely-  
vuotta. Tulosten jalkauttaminen ja sovitusta käytänteistä kiinni pitäminen  
vaativat keskustelua ja pohdintaa, jotta ne jäisi elämään – se on yhteinen  
kehittämishaaste. Syksyllä 2013 julkaistujen kouluterveyskyselyn tulosten  
käsittely on käynnistymässä kunnissa. Se edellyttää määrätietoista johta-  
mista ja poikkihallinnollista tulosten tarkastelua. Hyviä käytänteitä tulee  
etsiä ja jakaa, koska pyörää ei kannata keksiä aina uudelleen. (Terveyden  
ja hyvinvoinnin laitos 2013b.)

Suomen kuntapolitiikassa pitäisi nähdä tärkeänä ehkäisevään tervey-  
denhuoltoon panostaminen huomioiden riittävät resurssit, terveellinen ja  
turvallinen toimintaympäristö sekä moniammatillinen yhteistyö. Pitkällä  
aikavälillä panostus tuo säästöä kustannuksissa, joista nyt kuluu suuri osa  
korjaavaan työhön, oli kyse sitten ihmisistä, rakennuksista tai liikenne-  
järjestelystä. Terveyden edistämisen paikallinen toimintaohjelma antaa  
kunnalle eväitä tähän työhön. Toimintaohjelman pitää kulua työntekijöi-  
den käsissä, elää työn sisällössä ja pysyä myös tiedoiltaan päivitettynä eikä  
jäädy yhdeksi kansioksi lukuisten muiden vastaavien ohjelmien joukkoon.

## Lähteet

- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja  
opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun  
terveydenhuollosta 338/2011.
- Hakulinen-Viitanen, T. – Hietanen-Peltola, M. – Hastrup, A. – Wallin,  
M. – Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja  
lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Opas 22.  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kiiskinen, U. – Vehko, T. – Matikainen, K. – Natunen, S. – Aromaa, A.  
2008. Terveyden edistä-misen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja  
kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2008: 1.
- Miettinen, M. 2013. Suomalaisten pitäisi istua vähemmän ja liikkua  
enemmän. Sosiaali- ja terveysministeriö, tiedote 181/2013.  
Saatavissa osoitteessa: <<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1864786#fi>>. Luettu 6.10.2013.
- Perälä, M.-L. – Halme, N. – Nykänen, S. 2012. Lasten, nuorten ja perheiden  
palveluja yhteensovittava johtaminen. Opas 19/2012. Helsinki:  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2013. Sähköinen hyvinvointikertomus.  
Terveempi Pohjois-Suomi -hanke. Saatavissa osoitteessa: <<http://www.hyvinvointikertomus.fi>>. Luettu 6.10.2013.

- Rautiainen, H. – Saukkonen, S.-M. 2012. AvoHILMO. Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2013. Määrittelyt ja ohjeistus. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 6/2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Salmela, S. – Helanen, S. – Renfors, A. – Sormunen A. 2013. Valtuustokausittaisen hyvinvointikertomuksen ja vuosittaisen raportin valmistelu kunnassa. Ohjeita sähköisen hyvinvointikertomuksen käyttöön. Terveempi Pohjois-Suomi 2 -hanke/Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Saatavissa osoitteessa: <[http://164.215.37.52/ci/files/fin/Sahkoinen%20hvk\\_Ohjekirja\\_%2019092013.pdf](http://164.215.37.52/ci/files/fin/Sahkoinen%20hvk_Ohjekirja_%2019092013.pdf)>. Luettu 6.10.2013.
- Sarajärvi, A. 2008. Näyttöön perustuva hoitotyö – kuvaus toimintamallin kehittämisestä. Kunnat.net. Saatavissa osoitteessa: <<http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/hyvakas/hyakastietopankki/nayttoon-perustuvan-hoitotyon-vahvistaminen-terveydenhuollossa-helsinki/Documents/N%C3%A4ytt%C3%B6%C3%B6n%20perustuva%20hoitoty%C3%B6.pdf>>. Luettu 6.10.2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 20. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Terveiden edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön internet-sivusto. Saatavissa osoitteessa: <<http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen>>. Luettu 6.10.2013.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013a. Kasvunkumppanit. Lasten hyvinvointia vahvistamassa. Saatavissa osoitteessa: <[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/kasvunkumppanit-fi](http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi)>. Luettu 6.10.2013.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013b. Kouluterveyskysely 2013. Saatavissa osoitteessa: <[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely)>. Luettu 6.10.2013.
- Valvira 2012. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. Valvontaohjelmia 1: 2012.
- Wiss, K. – Frantsi-Lankia, M. – Koskinen, H. – Saaristo, V. 2012. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto.
- Vuokko, R. – Mäkelä, M. – Komulainen, J. – Meriläinen, O. 2011. Terveidenhuollon toimintaprosessit. Terveidenhuollon yleiset prosessit ja niiden tarkennukset. Raportti 53/2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

# Laatua lapsen ja vanhemman välisiin valvottuihin tapaamisiin

## KIRSI LANKINEN

Artikkelissa kuvataan tapaamispaikkatoimintaa yhdessä Ensi- ja turvakotien liittoon kuuluvassa sosiaalialan yhdistyksessä. Toimintaa on ryhdytty dokumenttoimaan käsikirjan muotoon tavoitteena laadukkaan palvelun turvaaminen.

Paljon tietoa, paljon esitteitä ja lomakkeita, paljon taitoa ja osaamista – miten tämän kaiken saisi koottua hyödyllisesti näkyväksi ja yhteen niin, että koosteesta hyötyvät sekä asiakkaat että työryhmä? Yhdessä Ensi- ja turvakotien liittoon kuuluvassa sosiaalialan yhdistyksessä käytiin ennakkoluvottomasti kohti tätä haasteellista tehtävää. Artikkelissa kuvataan organisaation valvottujen tapaamisten toimintamuodossa toteutettua työelämän kehittämistehtävää. Toimintamuodosta käytetään myös nimeä tapaamispaikka. Vaikkei toiminnalla ole lain suomaa turvaa, voi sitä kuitenkin järjestää laadukkaasti ja suurella ammattitaidolla.

Tapaamispaikkatoiminta on ammatillinen palvelu, joka mahdollistaa lapsen ja hänestä erossa asuvan vanhemman turvallisen tapaamisen. Lapsen ja vanhemman välisiä valvottuja tapaamisia voidaan järjestää silloin, jos lapsen ja vanhemman väliseen tapaamiseen liittyy lapseen kohdistuvaa uhkaa ja erityistä huolta. Huolta voi aiheuttaa esimerkiksi se, että tapaava vanhempi ei kykene hoitamaan lasta tai kohtelee lasta hänen etunsa vastaisella tavalla. Valvotussa tapaamisessa tapaamista seurataan jatkuvasti. Työntekijä on lapsen edusta huolehtiva turvallinen aikuinen. Valvonnan tarve on viranomaisen määrittelemä. Valvotun tapaamisen avulla ehkäistään niitä uhkia, joiden vuoksi tapaaminen on määrätty valvotuksi. Tapaamiset järjestetään yhdessä lapsen, perheen ja yhteistyöverkoston kanssa sopien ja tilannetta tarkastellaan erityisesti lapsen näkökulmasta. (Sosiaaliportti 2013; Ensi- ja turvakotien liitto/Tapaamispaikka 2013.)

Artikkelin taustalla olevan kehittämistehtävän tarkoituksena oli vahvistaa työntekijöiden, sosionomien (AMK), kehittämisosaamista, innostaa heitä tarkkailemaan ja arvioimaan omaa työtään, turvata asiakkaille laadukas palvelu sekä tehdä toimintaa näkyväksi muille. Tavoitteena oli valvottujen tapaamisten toimintamuodon käsikirjan sisällysluettelon ja



myöhemmin koko käsikirjan tekeminen. Kun työelämäosaamista vahvistetaan, tulee hyöty myös suoraan asiakkaille.

## **Lapsen oikeus tavata vanhempansa vain valvotusti**

Lapsi tarvitsee aina yhteyttä vanhempiinsa, ja yhteyden katkeaminen on hänelle menetys. Tapaamiset, joita kontrolloidaan, ovat pienempi paha lapsen ja vanhemman kokemusmaailmassa kuin se, että tapaamiset puuttuisivat kokonaan. Lapsen kasvulle on parempi, että hän kuvitellun vanhemman sijaan tuntee ja tietää oman vanhempansa. (Kaivosoja 2004; Kalavainen 2004; Kalavainen 2006.) Biologinen vanhemmuus nähdään lapsen identiteetin perustavanlaatuisena kasvualustana. Ajatellaan, että lapsen on hyvä tietää alkuperästään ja taustastaan. Lapsella on oikeus tavata vanhempansa, jonka luona hän ei asu, myös siksi, että lapsen identiteettikehityksen kannalta side omaan biologiseen vanhempaan on tärkeä. (Forsberg – Pösö 2004.)

Oikeuden tuomarit ja lastensuojelun sosiaalityöntekijät voivat tehdä päätöksen valvotuista tapaamisista lapsen edun nimissä silloin, kun lapsen on muutoin mahdotonta tai vaarallista tavata sitä vanhempansa, kenen luona hän ei asu. Tämä liittyy eroperheiden ja huostaan otettujen lasten vanhemmuussuhteiden ylläpitoon. Suomessa ei ole lainsäädäntöä siitä, kenen tehtävänä on huolehtia tapaamisten järjestämisestä. Käytännössä jotkut kunnat järjestävät toimintaa itse, mutta suuri osa tapaamisista järjestetään Ensi- ja turvakotien liiton tapaamispaikoissa ympäri maata.

Ensi- ja turvakotien liitto on valtakunnallinen lastensuojelujärjestö. Liiton tarkoituksena on tukea turvattomissa ja vaikeissa oloissa eläviä lapsia ja perheitä sekä ehkäistä perhe- ja lähisuhdeväkivaltaa. Liitto toimii 29 jäsenyhdistyksensä keskusjärjestönä. (Ensi- ja turvakotien liitto 2013.) Liiton jäsenyhdistykset järjestävät tapaamispaikkatoimintaa 18 paikkakunnalla eri puolella Suomea, ja vuosittain yli 1100 lasta saa mahdollisuuden tавata vanhempansa. Tapaamispaikkapalveluja tarvitsevia lapsia ja vanhempia on vuosi vuodelta enemmän. (Niemi – Lehtinen 2013.)

Lapsen ja vanhemman väliset valvotut tapaamiset ovat instituutiona varsin tuore ilmiö, joka liittyy yhteiskunnan tehtävien ja perhesuhteiden muutoksiin sekä kasvaneeseen riskitietoisuuteen. Myös perhearvot ovat liberalisoituneet ja moninaistuneet. Monissa Euroopan maissa valvottujen tapaamisten tarve on kasvanut 1990-luvun loppupuolta lähtien. Tähän kehitykseen ovat vaikuttaneet eroavien vanhempien keskinäisten riitojen

lisääntyminen, isien aktivoituminen vanhempina ja ylipäättään biologisen vanhemmuuden arvon nousu. (Forsberg – Pösö 2009.)

Suomessa on järjestetty lapsen ja vanhemman välisiä valvottuja tapaamisia ainakin vuodesta 1982 lähtien, mutta toiminta ei ole vieläkään lailla säädeltyä. Suomessa ei ole myöskään yhtenäistä, julkisesti säädeltyä tapaa tuottaa tapaamispalveluja. (Kalavainen 2004; Kalavainen 2006; Forsberg – Pösö 2009.) Valvotut tapaamiset ovat lapsen oikeus rakentaa ja ylläpitää suhdetta sellaiseen vanhempaan, jonka kanssa lapsi ei jaa arkeaan ja kotiaan ja jota hän ei voi tavata ilman erillisjärjestelyitä (Forsberg – Pösö 2004). Korkeimman oikeuden päätöksen mukaan tapaamisoikeutta ei voida evätä sen tähden, että sosiaaliviranomaiset eivät katso voivansa järjestää tapaamisten valvontaa tai koska lapsen kanssa asuva huoltaja kieltäytyi myötävaikuttamasta tapaamisten järjestämiseen (Ali-Keskikylä 2008).

## **Perusteet valvotuille tapaamisille**

Huostaan otettujen ja eroperheiden lasten vanhemmuussuhteiden ylläpitoon voidaan käyttää valvottuja tapaamisia silloin, kun tapaamisiin liittyy turvallisuusriski. Riski voi johtua esimerkiksi vanhemman vakavasta mielenterveyshäiriöstä, alkoholi- tai huumeongelmasta tai väkivaltaisuudesta. Valvotulle tapaamiselle voivat olla perusteena myös toteennäytetty maastaviennin riski, vanhemman kykenemättömyys vastata lapsen hoidosta ja huollosta sekä vanhempien välinen väkivalta, lapseen itseensä kohdistunut väkivalta tai se, että lapsi ja vanhempi eivät ole tavanneet pitkään aikaan tai tapaamiset ovat keskeytyneet kokonaan. Tuomioistuimien voi määrätä lapsen ja vanhemman tapaamiset valvotuiksi, mikäli tapaamisten epäillään olevan uhka lapsen turvallisuudelle ero- ja huoltajuustilanteissa. Tapaamiset voidaan määrätä valvotuiksi myös määrääjäksi, ja näin saadaan tietoa siitä, miten lapsen ja tapaaja-vanhemman suhde toimii. Myös sosiaalilautakunta tai sijaishuoltoyksikön johtaja voivat rajoittaa lastensuojelun sijaishuollossa olevien lasten ja näiden vanhempien välistä yhteydenpitoa, jolloin tapaamisten yhtenä muotona voivat olla valvotut tapaamiset. (Forsberg – Pösö 2004; Aaltonen 2004; Mäntylä 2004; Forsberg – Pösö 2009; Lastensuojelulaki 13.4.2007/417.)

Käräjäoikeuden päätökset valvotuista tapaamisista liittyvät päätöksen tekoon lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta tai ovat huoltoriitojen väliaikaismääräyksiä. Käräjäoikeuden väliaikaismääräyksillä on kaksi tavoitetta: toisissa tilanteissa valvottu tapaaminen on lapsen suoja ja toisissa

tilanteissa pyritään tämän avulla saamaan tapaamiset turvallisesti alkuun. Kummassakin tapauksessa tärkeää on tiedonsaanti tapaamisista. (Mäntylä 2004.)

Lapsen ja vanhemman välisiä valvottuja tapaamisia voidaan käyttää myös silloin, kun tapaajavanhemmalla on lähestymiskielto lähivanhemmaa kohtaan. Perheissä, joissa on ollut perheväkivaltaa, lasten huolto- ja tapaamisjärjestelyt ovat eron jälkeen usein hyvinkin pulmallisia. Väkivallan seuraukset vaikuttavat usein vuosia eron jälkeen, ja pelko saattaa rajoittaa ja varjostaa myös lasten elämää. Yksi keino saada selkeitä rajoja tapaamisiin ja lisätä lasten turvallisuuden tunnetta, ovat valvotut tapaamiset. (Kallavainen 2006.) Käytännössä valvottuja tapaamisia käytetään myös silloin, kun lapsesta erossa asuvalla vanhemmalla on lähestymiskielto omaan lapseensa. Tällöin lähestymiskielto ei ole voimassa valvotun tapaamisen aikana. Valvottuja tapaamisia voidaan käyttää myös silloin, kun lapsi ja tapaajavanhempi eivät tunne toisiaan. Tapaamispaikoissa käy lapsia, jotka eivät ole koskaan aikaisemmin tavanneet toista vanhempaansa.

## **Lapsen tapaamisoikeuden järjestäminen**

Lapsen ja vanhemman väliset tapaamiset on mahdollista määrätä valvottuiksi, mutta laissa ei ole määritelty, kenen tehtävänä on huolehtia tapaamisten järjestämisestä ja valvonnasta. Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluja tulee kehittää asiakaslähtöisinä palvelukokonaisuuksina, ja keskeistä on vahvistaa hyvinvointia edistävää ja ongelmia ehkäisevää toimintaa. Erityisenä tavoitteena on eriarvoisuuden vähentäminen ja lasten ja nuorten syrjäytymisen estäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Oikeusministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäälliköt asettivat jo vuonna 2005 työparin selvittämään lainsäädännön kehittämistarpeita koskien lasten ja vanhempien välisten valvottujen tapaamisten järjestämistä. Lakimuutoksien sosiaalihuoltolakiin, sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettuun lakiin sekä lakiin lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta oli tarkoitus tulla voimaan vuonna 2007, mutta näin ei ole tapahtunut. Tavoiteaikatauluksi oli merkitty, että valvottuja tapaamisia koskevat säännökset olisivat hallituksen esityksessä syksyllä 2010 ja kunnan velvollisuudeksi tulisi järjestää tukea ja valvontaa lapsen huollosta sekä tapaamisoikeudesta annetussa laissa tarkoitettuihin lapsen ja vanhemman välisiin tapaamisiin. Tapaamisten tukemisen ja valvonnan tulisi myös olla maksuton sosiaalipalvelu. Esityksessä ehdotettiin myös, että lakiin

otettaisiin säännökset siitä, millä edellytyksillä lapsen ja vanhemman väliset tapaamiset voidaan määrätä toteutettavaksi valvottuina tai tuettuina. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008; Antila – Kølhi 2006.)

Lapsen tapaamisoikeutta ja huoltoa säätelee edelleen vuoden 1984 laki, jonka mukaan tapaamisoikeuden tarkoituksena on turvata lapselle oikeus pitää yhteyttä ja tavata sitä vanhempaa, jonka luona hän ei asu. Tapaamisoikeuden tarkoituksena on palvella lapsen etua ja mahdollistaa se, että lapsi voi säilyttää molemmat vanhempansa avioerosta huolimatta. Tapaamisoikeus on lapsen eikä vanhemman oikeus, ja se on mahdollista vahvistaa vain lapsen ja vanhemman välille, koska laki ei anna suojaa lapsen suhteelle muuhun läheisverkostoon tai lapsen ja ei-biologisen vanhemman välille. Vanhemmille asetetaan yhteistoimintavelvoite, joka lapsen edun kannalta tarkoittaa sitä, että lähivanhemman tulee omalta osaltaan myötävaikuttaa tapaamisten toteutumisiin ja tapaajavanhemman tulee toteuttaa lapsen tapaamisoikeutta. (Aaltonen 2004; Mäntylä 2004; Laki lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta 1983.)

Kunnan tulee järjestää tarpeelliseksi katsomansa sosiaalipalvelut asukkaalleen. Kunta voi harkita, kuuluuko tapaamisten valvonta tähän, mutta lakisääteistä velvoitetta ei vielä ole. Valvotut tapaamiset voidaan ymmärtää myös lastensuojelulaissa tarkoitetuksi avohuollon tukitoimeksi, jossa tuetaan lapsen oikeutta tavata sitä vanhempansa, jonka luona hän ei asu. Koska asiaa ei laissa säädellä, tuomioistuin ei voi velvoittaa mitään tahoa huolehtimaan tapaamisten valvonnasta. (Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710; Ali-Keskikylä 2008; Sosiaaliportti 2013; Lastensuojelulaki 2007.)

Uuden sosiaalihuoltolain lähtökohdaksi on otettu yksilön ja perheen tarpeet, ja sen on tarkoitus tulla voimaan vuonna 2015. Lakiehdotuksen mukaan lapsen kasvu, kehitys ja hyvinvointi tulee turvata perheessä ilmenneiden ristiriitojen ja muutostilanteiden vuoksi. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamisen yksi kokonaisuus on sosiaalihuollon ja sosiaalihuoltolain rajapintojen sääntelyn tarkistaminen. Työryhmä on esittänyt, että lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta annettua lakia uudistetaan niin, että lapsen ja vanhemman välisten valvottujen tapaamisten järjestäminen turvataan ja kunnan tulee vastata myös sosiaalihuollon toimista, joista säädetään lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta annetussa laissa. Jatkossa kuntien tulisi myös järjestää tapaamispaikkapalveluja asukkaalleen, jos toiminta tulisi sosiaalihuoltolaissa mainituksi lapsiperheille tarkoitetuksi palveluksi. (Iivonen 2012; Niemi – Lehtinen 2013.)

Lapsen huoltaja voidaan tuomita tapaamisoikeuden toteutumisen tahallisuudesta estämisestä sakkoon tai vankeuteen enintään kuudeksi kuukaudeksi.

Lakialoite vieraannuttamiskiellon lisäämisestä lakiin lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta on vielä eduskunnan lakivaliokunnan käsittelyssä. Lapsen oikeuksien ja tasapainoisen kehityksen kannalta on tärkeää, että lapsella säilyy säännöllinen ja hyvä suhde myös siihen vanhempaan, jonka luona hän ei asu. (Lakialoite 28/2012; Lakialoite 27/2012; Eduskunta 2013.)

Vieraannuttamisesta ja tapaamisoikeuden tahallisuudesta ja toistuvasta estämisestä johtuen osa lapsista menettää yhteyden toiseen vanhempansa sekä samalla myös isovanhempiinsa. Tapaamispaikoissa tulee esiin vieraannuttaminen eli lähivanhempi pyrkii tietoisesti estämään lapsen ja toisen vanhemman väliset tapaamiset tavoitteenaan lapsen vieraantumisen täysin siitä vanhemmasta, jonka luona hän ei asu.

Lapsen ja vanhemman välisiä valvottuja tapaamisia koskevien säännösten ottaminen lakiin on erittäin tärkeää etenkin ihmisten yhdenvertaisen kohtelun vuoksi riippumatta heidän asuinkunnastaan tai asian ratkaisevasta tuomioistuimesta. Toiseksi lapsen etu edellyttää, että tapaamiset järjestetään valvottuina, jos hänen terveytensä tai turvallisuutensa muuten vaarantuisi. Ongelmaksi on muodostunut se, että joillakin paikkakunnilla kunta saattaa huolehtia kustannuksista ja toisaalla vanhemmat joutuvat itse maksamaan. Jos vanhemmat saisivat toteutettua tapaamisoikeuden lapsen edun mukaisesti maksuttomana sosiaalipalveluna puolueettoman ja ulkopuolisen tarkkailijan avulla, saattaisi tämä myös lievittää vanhempien välisen konfliktin syvyyttä. (Ali-Keskikylä 2008.)

## **Kehittämistyön tarkoitus ja tavoite**

Kehittämistyön tarkoituksena oli vahvistaa työntekijöiden, sosionomien (AMK) kehittämisosaamista, innostaa heitä tarkkailemaan ja arvioimaan omaa työtään, turvata asiakkaille laadukas palvelu sekä tehdä toimintaa näkyväksi muille. Tavoitteena on valvottujen tapaamisten toimintamuodon käsikirjan sisällysluettelon ja myöhemmin koko käsikirjan tekeminen. Kun työelämäosaamista vahvistetaan, tulee hyöty myös suoraan asiakkaille, koska laadukas palvelu voi toteutua työntekijästä riippumatta ja myös esimerkiksi sijaisilla on mahdollisuus saada kaikki työryhmällä oleva tieto käyttöönsä.

Jos henkilöstö on tyytyväinen ja omaa hyvän työkyvyn, työn laatu paranee, asiakastyytyväisyys lisääntyy ja organisaation tuloksellisuus kasvaa. Yksi lähiesimiehen tehtävistä on työyhteisön kehittämistyön mahdollistaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Työelämän kehittämistyö toteutettiin Ensi- ja turvakotien liiton jäsenyhdistyksessä ja siihen osallistui valvotut tapaamiset -toimintamuodon koko työryhmä, yhteensä neljä henkilöä. Työryhmään kuuluu kaksi koordinaattoria, joista toinen vastaa toiminnasta ja on artikkelin kirjoittaja. Toinen koordinaattoreista on vastaavan koordinaattorin työpari ja samalla yksi valvojista. Lisäksi tapaamisten valvontaa suorittavat kaksi tuntipalkkaista valvojaa. Kaikkien työntekijöiden koulutus on sosionomi (AMK). Työntekijät tapaavat koko työryhmänä ainoastaan kerran kuukaudessa, jolloin on työryhmäkokous ja työnohjaus.

Kehittämistyötä toteutettavassa organisaatiossa valvottujen tapaamisten järjestämisen päämääränä on lasten turvallisuudesta huolehtiminen hankalissa tapaamistilanteissa. Toiminta luo lapselle mahdollisuuden tavata toista vanhempaa silloin, kun sitä ei perheeseen liittyvistä turvallisuussyistä voida toteuttaa ilman ulkopuolista valvontaa. Tapaamisten valvonta perustuu oikeuden tai sosiaaliviranomaisen päätöksiin. Tapaamisia valvoivat sosiaalialan ammattilaiset. (Toimintasuunnitelma 2013.)

Kehittämisen tarkoituksena on vastata paitsi yhteiskunnallisiin, myös alueellisiin tarpeisiin. Tapaamispaikoissa toteutetaan muiden tekemiä päätöksiä. Käytännössä tämä tarkoittaa käräjäoikeuksien väliaikaismääräysten ja päätösten, sosiaalityöntekijöiden läheteiden tai heidän vahvistamien, vanhempien itse tekemien, tapaamissopimusten käytännön toteutusta tai sijaishuollossa olevien lasten ja heidän vanhempien välisten tapaamisten järjestämistä. Tapaamispaikan käytänteitä koskevan tiedon saaminen päätävälle taholle on suurissa kaupungeissa joskus varsin haasteellista.

Osaamisen tietoista vaalimista tukevassa organisaatiokulttuurissa osaamisen johtaminen on osa yrityksen normaalia johtamistoimintaa. Osaaminen ja sen edistäminen on huomioitu palkitsemisjärjestelmässä, ja osaaminen on samanlaisen huomion ja tarkastelun kohteena kuin muutkin yrityksen menestymisen perustekijät. Yrityksessä on ammattitaitoa osaamisasioiden hoitamisessa, yrityksen rakenteet ja järjestelmät tukevat osaamisen kehittymistä ja kaikki esimiesasemassa toimivat henkilöt on valmennettu osaamisen johtamiseen ja se on luonnollinen osa heidän työtään. (Viitala 2005.)

## **Kehittämistyön eteneminen ja toteutus**

Organisaation kehittämisen ydin on olemassa olevan tilanteen tunnistaminen. Nykytilan arvioinnin avulla voidaan tarkastella organisaation

osaamisen johtamisen suhdetta strategiaan ja arkitoimintaan. Yhteisen osaamisen kehittämisessä on asetettava tavoitteet, jota kohti ryhmän on pyrittävä. (Tuomi – Sumkin 2012.)

Parasta henkilöstön kehittämistä on se, että tulevaisuudessa tarvittava osaaminen ja arkityön tekeminen yhdistetään toiminnalliseksi kokonaisuudeksi. Tärkeää on luoda organisaatioon osaamista kehittäviä, arkeen liittyviä toimintamalleja ja -tapoja. Tärkein osaamisen kehittämisen muoto on kuitenkin aito kiinnostus ihmisiin ja uuden osaamisen kehittäminen. (Tuomi – Sumkin 2012.)

Asiakkuus valvotuttujen tapaamisten toimintamuodossa alkaa niin, että saatuaan päätöksen valvotuista tapaamisista asiakkaat varaavat ajan alkuhaastatteluun ja allekirjoittavat toiminnan säännöt. Lapsi, lähivanhempi ja tapaajavanhempi haastatellaan erikseen, ja samalla kaikki osapuolet voivat tutustua tapaamispaikkaan. Tämän jälkeen lapsen ja hänestä erossa asuvan vanhemman välisiä tapaamisia voidaan järjestää. Asiakkuus alkaa aina valvotuilla tapaamisilla, mikä tarkoittaa sitä, että valvoja kuulee ja näkee kaiken, mitä tapaamisessa tapahtuu. Myöhemmin asiakkuus voi jatkua tuetuilla tapaamisilla, mikäli oikeus tai sosiaaliviranomainen näin päättää. Tuettu tapaaminen tarkoittaa sitä, että valvoja ei valvo puheita eikä ole tapaamisessa läsnä koko aikaa. Valvoja voi tarvittaessa tukea lasta, tapaajavanhempaa tai yleensä tapaamisen kulkua. Yksi tapaaminen kestää tunnin tai kaksi tuntia, ja tapaamisesta huolehtii yksi valvoja, jolla on tarvittaessa käytettävissään työpari. Valvotuista ja tuetuista tapaamisesta kirjoitetaan aina virallinen tapaamisraportti, jonka molemmat vanhemmat halutessaan saavat itselleen. Oikeudet ja sosiaaliviranomaiset voivat käyttää tapaamisraportteja apunaan tehdessään uusia päätöksiä. Toimintaa säätelevät Ensi- ja turvakotien liiton tapaamispaikkatoiminnan laatukriteerit.

Valvotut tapaamiset -toimintamuotoa tuotetaan monenlaisten odotusten ristipaineessa. Tapaajavanhempi odottaa, että hän saa nähdä lastaan sovitun ajan, lapsi tulee tapaamiseen ja lähivanhempi on huolehtinut lapsen tarpeista niin, että lapsi jaksaa olla tapaamisessa. Tapaajavanhempi odottaa henkilökunnan olevan sosiaalialan ammattilaisia, jotka ymmärtävät hänen tilanteensa ja osaavat auttaa tarvittaessa lapsen hoidossa ja tarpeiden ymmärtämisessä. Lähivanhempi odottaa myös sosiaalialan ammattilaisten palvelua: henkilökunnan tulee ymmärtää perheen tilannetta ja henkilökunnan on myös osattava olla lapsen tukena tapaamisessa. Lähivanhempi saattaa odottaa lisäksi tukea itselleen ja tietoa valvotun tapaamisen sisällöstä.

Palvelun ostaja, kunta, odottaa, että laadukasta tapaamispaikkatoimintaa tuotetaan mahdollisimman pienillä kustannuksilla. He myös odottavat, että tapaamispaikan käyttöaste on mahdollisimman korkea. Lisäksi päätöksiä tekevät tahot, oikeudet ja sosiaaliviranomaiset, odottavat, että palvelu on laadukasta ja asiakasta arvostavaa ja että yhteistyö sujuu niin, että he saavat tarvitessaan ajantasaista tietoa omien asiakkaittensa valvottujen tapaamisten sujumisen yksityiskohdista. Toiset tapaamispaikat ympäri Suomea odottavat kumppanuutta ja keskustelua näkyvistä ilmiöistä.

Tärkeintä ovat kuitenkin lapsen odotukset. Lapsi odottaa, että valvoja huolehtii hänestä tapaamisen aikana, jos tapaajavanhempi ei siihen pysty. Lapsi odottaa näkevänsä äidin/isän ja saavansa olla hänen kanssaan sovittun ajan. Lapsi odottaa, että hän saa nauttia ajasta toisen vanhempansa kanssa. Lapsi toivoo, että hän saa olla lapsi ilman aikuisten murheita ja että valvoja pitää huolen, että hän saa olla lapsi ilman vastuuta valvotun tapaamisen sujumisesta.

Toimintamuodon kehittämiskohteita pohdittaessa todettiin, että hillaista ja hajallaan olevaa tietoa tulisi koota yhteen, jotta toimintamuoto ei olisi niin riippuvainen nykyisistä tekijöistään. Valvotut tapaamiset -toimintamuotoon tulee paljon puheluita ympäri Suomea niin sosiaalityöntekijöiltä kuin palvelua tarvitsevilta asiakkailtakin, koska he eivät löydä ajantasaista tietoa valvottujen tapaamisten järjestämisestä. Perustehtävä – valvottujen tapaamisten järjestäminen ja lasten turvallisuudesta huolehtiminen – toteutuisivat entistä laadukkaammin ja asiakkaat hyötyisivät paremmin työntekijöiden osaamisesta, jos toiminnasta saatavilla oleva tieto koottaisi yhteen käsikirjaksi.

Kehittämistehtävän idea käytiin läpi tammikuun 2013 työryhmäkokouksessa. Paljon tietoa on hajallaan, osa on lomakkeissa ja osa on vain työntekijöiden omassa tiedossa. Miten saataisiin kaikkien tietoon ja haluttuun esimerkiksi se, miten valvoja toimii vaativan perheen kanssa yksin työtä tehdessään tai mitä koordinaattori sanoo asiakkaille alkuhaastattelussa? Miten kaiken hajallaan olevan materiaalin saisi koottua yhteen paikkaan? Esimerkiksi koordinaattoreilla menee liian paljon työaika oikean tiedon löytymiseen oikeasta tiedostosta.

Kehittämistyössä päätettiin käyttää Delfoi-tekniikkaa. Työryhmä, neljä tapaamispaikkatoiminnan ammattilaista, pohti yhdessä, miten toimintaa voi saada näkyväksi käsikirjan muotoon. Työryhmä kokoontui kuukauden välein työryhmäkokouksissa ja aineisto kerättiin tiimissä keskustellen. Kehittämistehtävälle ei varattu mitään erillistä työaika, vaan työryhmäkokouksien yhdeksi aiheeksi tuli tästä lähtien ”kehittäminen”.



Delfoi-tekniikassa käytetään asiantuntijoiden kannanottoja ja näkemyksiä, ja sen avulla pyritään arvioimaan tulevan kehityksen mahdollisuuksia. Asiantuntijat voivat vastata kyselyihin tai he voivat hioa yhteistä kannanottoaan useissa kokouksissa. (Opetushallitus 2013; Moisio – Huuhtanen 2007.)

Osaamisen ja tietämyksen kehittämisessä ja luomisessa parhaan perustan antaa oppiva organisaatio. Se on organisaatio, jossa tietoa luodaan, hankitaan ja jaetaan tehokkaasti. Oppivassa organisaatiossa jokaisella on mahdollisuus kehittyä ja ihmiset oppivat yhdessä yhteisten tavoitteiden mukaisesti. Organisaation jäsenet kyseenalaistavat toimintaansa ja korjaavat virheitään uusimalla omia toimintojaan.

Organisaatiossa oppimista edistävä johtajuus (knowledge leadership) on johtamista, jossa esimies yhdessä henkilöstön kanssa selkiyttää osaamisen kehittymisen suuntaa, luo oppimista edistävää ilmapiiriä yhteisönsään ja tukee ryhmä- ja yksilötason oppimisprosesseja. Esimies innostaa henkilöstöä jatkuvaan omaehtoiseen kehittymiseen omalla esimerkillään ja luo reflektiivistä keskustelua ja jatkuvaa oppimista tukevia järjestelmiä sekä toimintamalleja yhdessä henkilöstön kanssa. (Viitala 2005.)

Oppivassa organisaatiossa osaaminen on keskiössä ja ihmiset tunnistavat oman toimintansa sekä sen merkityksen kokonaisuudessa. Organisaation ilmapiiri mahdollistaa osaamisen ja tietämyksen kehittämisen. Tietämystä ja osaamista voidaan jakaa ulkopuolisiin sidosryhmiin saakka. (Virtainlahti 2009.) Taulukossa 1 kuvataan kehittämistyön etenemistä.

Taulukko 1. Kehittämistyön eteneminen kohti tapaamispaikan käsikirjan otsikoita

| Ensimmäinen työryhmäkokous | Kehittämistyön idean esittely   | Kehittämistyön aloituksesta päätös  |
|----------------------------|---|---|
| Työryhmäkokous             | Käsikirjan sisällöin ideointi   | Ehdotukset koottiin pääotsikoiden alle:<br>1. yleistä,<br>2. koordinaattori<br>3. valvoja<br>4. valvottu tapaaminen<br>5. tuettu tapaaminen.  |
| Työryhmäkokous             | Pääotsikoiden nimeäminen ja niihin alaotsikot   | Pääotsikot:<br>1. yleistä<br>2. prosessikuvaus ja käytössä olevat lomakkeet<br>3. työryhmä<br>4. koordinaattori<br>5. valvoja,<br>6. valvottu tapaaminen<br>7. tuettu tapaaminen<br>Alaotsikot kohtaan 1.   |
| Työryhmäkokous             | Prosessikuvauksen päivitys<br>Lomakkeiden tarkistus   | Valmis ja päivitetty prosessikuvaus sekä alaotsikot kohtaan 2.  |
| Työryhmäkokous             | Alaotsikoiden nimeäminen kohtiin valvoja, valvottu tapaaminen ja tuettu tapaaminen alle         | Käsikirjassa ovat nyt valmiina pääotsikoiden alle tulevat alaotsikot kohtien 1, 2, 5, 6 ja 7 osalta.  |
| Koordinaattoreiden kokous  | Koordinaattorit tekivät omassa kokouksessaan koordinaattori-pääotsikon alle tulevat alaotsikot. | Alaotsikot kohtaan 4  |
| Kehittämispäivä            | Valvotut tapaamiset - toimintamuodon työryhmän kehittämispäivä                                  | Alaotsikot kohtaan 3 tarkistettu ja käyty läpi muut käsikirjan otsikot.<br>Todettu, että vuoden 2013 tavoite – otsikkotason käsikirja – oli nyt saavutettu ja käsikirjan sisällön työstöä voi aloittaa etuajassa.<br>Tavoitteena on aikaansaada valmis käsikirja vuonna 2014. |

Vuoden 2013 tavoitteena oli otsikkotasojen työstäminen käsikirjaan. Kehittämispäivänä saatiin todeta, että nyt valmiina olivat myös pääotsikoiden alle tulevat kaikki alaotsikot. Kehittämistyö jatkuu niin, että seuraava tavoite on saada valmiiksi koko käsikirjan sisältö vuonna 2014. Otsikkotasojen avaaminen sisällöksi on jo käynnissä työryhmäkokouksissa.

## Kehittämistyön hyödyt

Uusi tieto alkaa aina yksilöistä. Organisaatiotasolla uutta tietoa ei voida luoda ilman yksilöiden välistä vuorovaikutusta. Jaettu tietämys on parasta

tietämystä ja lisää kaikkien työyhteisön jäsenten osaamista. Kun osaaminen kehittyy, mahdollisuudet vastata toimintaympäristön haasteisiin paranevat. Tietämyksen jakaminen muille tekee oman tietämyksen näkyväksi myös henkilölle itselleen ja helpottaa sitä kautta työn syventämistä ja kehittämistä. Jaetun tietämyksen kautta lisätään moniosaamista ja varmistetaan reagointikyky mahdollisiin yllättäviin tilanteisiin. Henkilön osaaminen ja tietämys eivät vähene niitä jaettaessa, ja kun kaikki työyhteisön jäsenet jakavat omaa tietämystään, avoimuus ja vuorovaikutus lisääntyvät. Tämän päivän työyhteisöissä arvokkaimpia työntekijöitä ovat ne, jotka jakavat ja kehittävät omaa tietämystään, eivät ne, jotka panttaavat tietoa. Tietämyksen jakaminen lisää läpinäkyvyyttä ja parantaa ennakoitavuutta. (Virtainlahti 2009.)

Organisaatiot, joissa kyetään jatkuvasti oppimaan uutta ja kehittämään toimintaa, ovat kilpailussa vahvoilla. Tiimissä tarvitaan yhdessä oppimisen mahdollisuuksia. Yhdessä tekemällä tietämys välittyy tekijältä toiselle. Jokaisen työntekijän vastuulla on jakaa omaa tietämystään eteenpäin sekä olla avoin uusille ajatuksille. (Virtainlahti 2009.)

Käytäntöön sitoutuneissa kehittämishankkeissa ovat keskeisessä asemassa niihin osallistuvat ihmiset. He ovat ideoiden, toteutuksen ja tiedon tuottamisen ja muokkaamisen takana. Se, mitä hankkeesta loppujen lopuksi tulee, on osallistujien luomaa. Tutkijan tehtävänä on hankkeen erittely ja kuvaaminen, tavalla tai toisella osallistujien kanssa. Tekemisen prosesseissa karttuu valtava määrä kokemuksia ja havaintoja, joiden tutkimuksellinen ”pyydystäminen” voi parhaimmillaankin onnistua vain osittain. (Bardy – Känkänen 2005.)

Kehittämistyön toteutuksessa suuri hyötyjä on koko työryhmä. Työryhmä on tehnyt merkittävää yhteistyötä koko vuoden ajan, ja prosessi jatkuu edelleen. Työryhmä on kirkastanut omaa perustehtäväänsä, ja valmiista käsikirjasta saadaan tulevaisuudessa suuri apu perehdyttämiseen.

Organisaatio hyötyy niin prosessista kuin valmiista käsikirjastakin. Muut organisaation toimintamuodot saavat arvokasta tietoa siitä, miten on menetelty, mikä on onnistunut ja mitä voisi tehdä toisin. Tehty työ voi olla myös mallina kaikille tapaamispaikkatoimijoille ympäri Suomen. Ensi- ja turvakotien liitossa on käynnissä tapaamispaikkatoiminnan valtakunnallisten laatukriteerien päivitys. Edelliset yhteiset laatukriteerit, joita noudatetaan Ensi- ja turvakotien liiton jäsenyhdistyksissä, ovat vuodelta 2004.

Päätöksiä valvotuista tapaamisista tekevät oikeuksien tuomarit, ja lastensuojelun sosiaalityöntekijät voivat halutessaan saada valvotut tapaamiset -toimintamuodon käsikirjan avulla enemmän tietoa itselleen

tapaamispaikkakäytänteistä. Tällöin he voivat antaa omille asiakkailleen oikeaa ja totuuden mukaista tietoa. Dokumentoidun tiedon avulla he pystyvät myös tekemään paremmin lapsen edun mukaisia päätöksiä. Tällä hetkellä ongelmana on, että suuressa kaupungissa tieto ei kulje, työntekijät vaihtuvat ja eroperheet eivät saa etukäteen oikeanlaista tietoa tapaamispaikkakäytänteistä. Kunta ostaa palvelun tapaamispaikasta omille kuntalaisilleen. Käsikirjan avulla voidaan osoittaa työn laatua, jotta kunta ostaisi edelleen palvelua juuri tältä palveluntuottajalta.

Kehittämistehtävän suurin hyötyjä on asiakaskunta, ennen kaikkea lapsi, joka tapaa vanhempansa valvotuissa tapaamisissa. Lapsen etu ja turvallisuus pääsevät toteutumaan parhaalla mahdollisella tavalla, kun valvottujen tapaamisten rakenteet on selkeästi dokumentoitu ja toimintatavat jokaisen työtä tekevän saatavilla. Lapsi hyötyy, kun työntekijät tuntevat ammattitaitonsa ja varmuutta omasta osaamisestaan ja tahtovat jatkuvasti kehittää ja parantaa toiminnan laatua.

## **Yhteenveto, kehittämishaasteita ja jatkosuunnitelmia**

Tilastokeskuksen mukaan 2000-luvulla joka vuosi yli 13000 avioliittoa päättyi eroon. Tämä tarkoittaa, että vuosittain noin 30000 lasta kokee vanhempiensa eron. Erot ovat aikamme ilmiö, ja ne liittyvät käytännöllisesti meidän kaikkien suomalaisten elämään, joko välillisesti tai välittömästi. (Tilastokeskus 2013; Väestöliitto 2013; Kääriäinen – Hämäläinen – Pölki 2009.)

Yhteiskunnassamme ei välttämättä ymmärretä sitä, että vanhempi voisi vahingoittaa omaa lastaan. Joissain tapauksissa viranomaiset kuitenkin arvioivat, että vanhemman tapaaminen ilman ulkopuolista valvojaa ei ole turvallista. Laadukkaita tapaamispaikkapalveluita tarvitaan lapsen edun toteutumisen vuoksi. Valvotut tapaamiset -toimintamuodon tulee vastata esimerkiksi lapsen, vanhempien, palvelua ostavan kunnan ja päätöksiä tekevien viranomaisten odotuksiin sekä lähettää dokumentoitua tietoa sosiaalityöntekijöiden pyynnöstä asiakkaiden valvottujen tapaamisten tilanteesta. Oman työn dokumentointi nostaa palvelun laatua ja auttaa myös asiakastyöndokumentoinnissa.

Kun palvelua tuottaa työryhmä, joka on innostunut työstään, tahtoo kehittää sitä, jakaa osaamistaan myös muille ja päästä yhdessä yhä vaativampiin tavoitteisiin, myös lapsen etu toteutuu parhaalla mahdollisella tavalla ja kaikki osapuolet voivat olla tyytyväisiä. Työryhmä sai huomata, että

oman osaamisen avaaminen kirjalliseen muotoon ei ole helppoa. Tieto ei ikään kuin lopu koskaan, ja sitä syntyy koko ajan lisää. Koko ajan joudutaan valitsemaan, mitä tietoa dokumentoidaan ja mikä on välttämätöntä ja riittävää halutun kuvauksen aikaansaamiseksi.

Asiakastyytyväisyys oletettavasti lisääntyy, kun toimintamuoto ei ole enää henkilöön sidottua, vaan tarvittava tieto on kaikkien työntekijöiden käytössä eli organisaation tasolla pystytään helpommin reagoimaan yllättäviinkin tilanteisiin.

Paitsi, että lomakkeita ja esitteitä saatiin järjestykseen, samalla myös pystyttiin päivittämään niitä. Vuorovaikutus työryhmän sisällä vahvistui ja voidaan todeta, että suuriin haasteisiin voi ja kannattaa tarttua, ja kehittämiseen varattu työaika tuottaa hedelmää, pitää innostusta ja ammatitylpeyttä yllä sekä nostaa palvelun laatua.

#### Lähteet

- Aaltonen, A.-K. 2004. Lapsen tapaamisoikeus tuomioistuinten todellisuudessa. Teoksessa Kalavainen, S. (toim.): Valvotut tapaamiset lapsen turvana. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto. 58–75.
- Ali-Keskikylä, E. 2008. Lapsen tapaamisoikeus ja sen toteuttamisen ongelmakohtia. Turku: Turun yliopiston oikeustieteellisen tiedekunnan julkaisuja.
- Antila, T. – Kölhi, V. 2006. Lasten tuetut ja valvotut tapaamiset. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Bardy, M. – Känkänen, P. 2005. Tarinat yksilön ja yhteisön suhteissa. Teoksessa Satka, M. – Karvinen-Niinikoski, S. – Nylund, M. – Hoikkala, S. (toim.): Sosiaalityön käytäntötutkimus. Helsinki: Helsingin yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia. 201–217.
- Eduskunta 2013. LA 27/12 vp. laiksi lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta annetun lain 2 §:n muuttamisesta (Juho Eerola/ps ym.). Saatavissa osoitteessa: <<http://www.eduskunta.fi/triphone/bin/vkx3000.sh?TUNNISTE=LA+27/2012>>. Luettu 20.10.2013.
- Ensi- ja turvakotien liitto 2013. Ensi- ja turvakotien liitto. Saatavissa osoitteessa: <<http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/>>. Luettu 25.8.2013.
- Ensi- ja turvakotien liitto 2013. Tapaamispaikka. Saatavissa osoitteessa: <<http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/tyomuodot/lasten-hyvinvointia-ja-perheita-tapaamispaikka/>>. Luettu 25.8.2013.
- Forsberg, H. – Pösö, T. 2004. Pelkoa, hämmennystä, iloa – lapsen asema valvotuissa tapaamisissa. Teoksessa Kalavainen, S. (toim.): Valvotut tapaamiset lapsen turvana. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto. 31–55.

- Forsberg, H. – Pösö, T. 2009. Valvottujen tapaamisten näyttäjä. Vieraan ja perhesidoksen rajankäyntiä. Teoksessa Jallinoja, R. (toim.): Vieras perheessä. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press. 146–161.
- Iivonen, E. 2012. Sosiaalihuoltolain uudistus eron näkökulmasta. Luento 21.11.2012 seminaarissa: Neljäs suomalainen erofoorumi. Eroauttamisen nykytila Suomessa – tulevaisuuden näkymät! Helsinki: Neuvokeskus, Ensi- ja turvakotien liitto.
- Kaivosoja, M. 2004. Mahdollisen salliminen ja ei-sallitun estäminen. Teoksessa Kalavainen, S. (toim.): Valvotut tapaamiset lapsen turvana. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto. 79–85.
- Kalavainen, S. (toim.) 2004. Valvotut tapaamiset lapsen turvana. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto.
- Kalavainen, S. 2006. Valvotut tapaamiset ja lapsen edun toteutuminen. Teoksessa Kainulainen, H. ym. (toim.): Perhe- ja lähisuhdeväkivalta. Auttamisen käytäntöjä. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto ry. 84–92.
- Kuusisto-Niemi, S. – Kääriäinen, A. 2005. Hiljaisen tiedon vallasta näkyvän tiedon valtaan –puheenvuoro tiedon näkyväksi tekemisen puolesta. Janus 13: 4. 452–460. Saatavissa osoitteessa: <[http://www.sosiaalipoliittinenyhdistys.fi/janus/0405/puheenvuoro3\\_0405.pdf](http://www.sosiaalipoliittinenyhdistys.fi/janus/0405/puheenvuoro3_0405.pdf)>. Luettu 18.8.2013.
- Kääriäinen, A. – Hämäläinen, J. – Pölkki, P. (toim.) 2009. Ero, vanhemmuus ja tukeminen. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto/Neuvo-projekti.
- Lakialoite 27/2012. Laki lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta annetun lain 2§:n muuttamisesta. Saatavissa osoitteessa: <[http://www.eduskunta.fi/faktatmp/utatmp/akxtmp/la\\_27\\_2012\\_p.shtml](http://www.eduskunta.fi/faktatmp/utatmp/akxtmp/la_27_2012_p.shtml)>. Luettu 28.8.2013.
- Lakialoite 28/2012. Laki rikoslain 25 luvun muuttamisesta. Saatavissa osoitteessa: <[http://www.eduskunta.fi/faktatmp/utatmp/akxtmp/la\\_28\\_2012\\_p.shtml](http://www.eduskunta.fi/faktatmp/utatmp/akxtmp/la_28_2012_p.shtml)>. Luettu 28.8.2013. Laki lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta 8.4.1983/361.
- Lastensuojelulaki 13.4.2007/417.
- Moisio, E. – Huuhtanen, H. 2007. Arki hallussa? Suomalaisten asiantuntijoiden näkemyksiä työstä, perheestä ja vapaa-ajasta vuonna 2015. Delfoi-paneelin tuloksia. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Mäntylä, E. 2004. Valvotut tapaamiset sosiaalityön näkökulmasta – kokemuksia Tampereelta. Teoksessa Kalavainen, S. (toim.): Valvotut tapaamiset lapsen turvana. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto. 89–99.
- Niemi, H. – Lehtinen, E. 2013. Määrittely selkiyttäisi vaativaa työtä. Ensi- ja turvakotien liiton jäsenlehti Enska 3/2013. 14–16.
- Opetushallitus 2013. Delfoi-menetelmä. Saatavissa osoitteessa: <[http://www.oph.fi/tietopalvelut/ennakointi/ennakoinnin\\_sahkoinen\\_tietopalvelu\\_ensti/menetelmat/delfoi/menetelma](http://www.oph.fi/tietopalvelut/ennakointi/ennakoinnin_sahkoinen_tietopalvelu_ensti/menetelmat/delfoi/menetelma)>. Luettu 25.8.2013.
- Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.

- Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008: 6. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, KASTE 2008–2011. Saatavissa sähköisesti: <[http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/\\_julkaisu/1063225](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1063225)>. Luettu 4.10.2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 17. Johtamisella laatua ja työhyvinvointia sosiaalialalle. Saatavissa osoitteessa: <[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-10778.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10778.pdf)>. Luettu 4.10.2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012: 1. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Kaste 2012–2015. Saatavissa osoitteessa: <[http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/\\_julkaisu/1833881](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1833881)>. Luettu 4.10.2013.
- Sosiaaliportti 2013. Valvotut tapaamiset. Saatavissa osoitteessa: <<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelukasikirja/tyoprosessi/erityiskysymykset/erotilanne/valvotuttapaamiset/>>. Luettu 25.8.2013.
- Tilastokeskus 2013. Liitetaulukko 1. Avioliittojen ja avioerojen määrä vuosina 1965–2012. Saatavissa osoitteessa: <[http://www.stat.fi/til/ssaaty/2012/ssaaty\\_2012\\_2013-04-19\\_tau\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ssaaty/2012/ssaaty_2012_2013-04-19_tau_001_fi.html)>. Luettu 14.10.2013.
- Toimintasuunnitelma 2013. Helsinki: Pääkaupungin turvakoti ry.
- Tuomi, L. – Sumkin, T. 2012. Osaamisen ja työn johtaminen, organisaation oppimisen oivalluksia. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Viitala, R. 2005. Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Helsinki: Riitta Viitala ja Inforviestintä Oy.
- Virtainlahti, S. 2009. Hiljaisen tietämyksen johtaminen. Helsinki: Talentum.
- Väestöliitto 2013. Vanhempien ero. Saatavissa osoitteessa: <[http://www.vaestoliitto.fi/vanhemmuus/tietoa\\_vanhemmille/murrosikaisten-vanhemmat/tietoa/vanhemmuus\\_ja\\_koti2/vanhemmuus/vanhempien\\_](http://www.vaestoliitto.fi/vanhemmuus/tietoa_vanhemmille/murrosikaisten-vanhemmat/tietoa/vanhemmuus_ja_koti2/vanhemmuus/vanhempien_)>. Luettu 4.10.2013.

# Tiedonkulun kehittämistarpeiden kartoitus työyhteisössä

**Leena Nykänen**

Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvata sisäisen viestinnän kehittämistarpeita moniammatillisessa laboratorioyksikössä. Kyseessä olevassa laboratoriossa vuosittain tehtävässä työolobarometrissä nousi esiin kehittämistarve viestinnässä. Tulosten mukaan toivottiin nopeampaa viestintää muutoksista, avoimuutta ja läpinäkyvyyttä johtamiseen sekä julkista tietoa erityistehtävistä ja niiden jaosta. Hyvän ja toimivan viestinnän on todettu edistävän yrityksen kehitystä, lisäävän työhyvinvointia ja parantavan välillisesti myös potilasturvallisuutta.

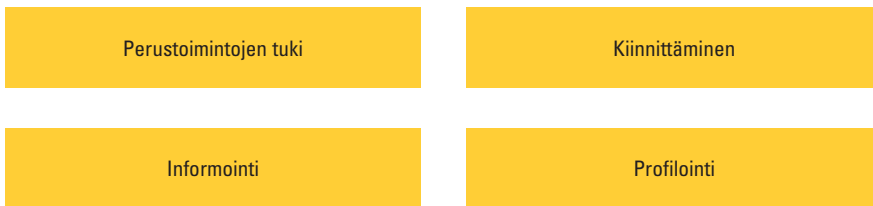
Viestintä on työyhteisön voimavara, joka tukee päämäärien saavuttamista ja tulosta. Työyhteisö ei voi toimia ilman viestintää, sillä työyhteisön jäsenet eivät tiedä tavoitteita, työnjakoa tai edes menestymistä, ellei niistä tiedoteta. Sisäisellä tiedottamisella pyritään varmistamaan, että kaikki saavat riittävän tiedon tehtäviensä hallintaa varten. Tavoitteena on se, että työntekijä mieltää oman työnsä merkityksen ja pystyy ymmärtämään sen osana yrityksen kokonaisuutta. Toimiva päivittäisviestintä takaa sen, että työt tulevat tehdyiksi, kuten on ollut tarkoitus. (Juholin 2009; Kortetjärvi-Nurmi – Kuronen – Ollikainen 2008; Åberg 2006.) Leif Åberg kuvaa tiedottamisen perustaa seuraavasti:

*Ei mökkiäkään rakenneta niin, että rakennuttajilla on piirustukset päässään, mutta niistä ei kerrota tekijöille. Vuorovaikutuksen ja yhteisen pohdinnan kautta syntyy parhain kokonaisuus, jossa on otettu huomioon sekä rakennuttajan visiot siitä, millainen mökin tulisi olla, että asiantuntijoiden – kirvesmiesten, muurareiden ja muiden – näkemykset siitä, miten mökki pitäisi tehdä. (Aula 2008.)*

Sitouttaminen, avoimeen vuorovaikutukseen pyrkiminen ja me-hengen luominen ovat toinen sisäisen viestinnän tavoite. Viestinnän tulisi olla kaksisuuntaista, johdolta alaisille ja alaisilta johdolle suuntautuvaa. Myös eri toimipisteiden, työryhmien ja henkilöiden välinen viestintä kuuluu avoimuuteen. Vuorovaikutustilanteita ovat sekä viralliset että epäviralliset keskustelut.



Kolmantena tiedottamisen tehtävänä on tukea yrityksen visiota, strategiaa ja arvoja ja välittää niistä työntekijöille mahdollisimman oikean kuvan (Aula 2008). Vision toteutuminen edellyttää, että se ymmärretään, siihen uskotaan ja siihen halutaan pyrkiä. Muutoksista tulisi tiedottaa niin aikaisessa vaiheessa kuin se on mahdollista, ja virallisen sisäisen tiedottamisen tulisi ehtiä ”puskaradion” edelle. Erilaisissa muutostilanteissa viestintää tarvitaan enemmän kuin normaalitilanteessa, sillä silloin tiedon tarve kasvaa. Avoin ja rehellinen viestintä muutoksessa saattaa helpottaa muutoksen aiheuttamia ongelmia. Mikäli muutostilanteessa ei anneta riittävästi tietoa, se kiristää työpaikan ilmapiiriä ja heikentää työmotivaatiota. Olisikin tärkeää tiedottaa jopa siitä, ettei uutta tiedotettavaa ole! Muutoksen hyväksyminenkin on helpompaa, mikäli tietää siihen johtaneet syyt ja tietää siitä aiheutuvat seuraukset. (Kortetjärvi – Nurmi ym. 2008.)



Kuvio 1. Viestinnän tehtävät (Juholin 2008)

Viestintä rakentaa yrityksen kulttuuria, asioiden tuominen toistuvasti esille tekee asioista tuttuja ja vähentää ennakkoluuloja. Sosiokonstruktivistisen väittämän mukaan asiat puhutaan todeksi, eli niitä asioita, joita halutaan vahvistaa, tulee pitää esillä ja prosessoida yhdessä. (Viitala 2009.)

## Tiedonkulun merkitys työyhteisössä

Microsoftin teettämän tutkimuksen mukaan terveydenhoitoalalla ollaan erityisesti tyytymättömiä tiedonkulkuun. Huono tiedonkulku heikentää yrityksen kehitystä ja huonontaa työn laatua. Yrityksen tulisi antaa työntekijöille kaikki tieto, mikä ei ole välttämätöntä salata. Saman Microsoftin teettämän tutkimuksen mukaan kaksi kolmasosaa työntekijöistä ei saa mielestään riittävästi tietoa. Työntekijöitten lisäksi huono tiedonkulku ulottuu aina asiakkaaseen asti tavalla tai toisella. (Microsoft 2010.) Laki määrittelee työnantajan tiedotusvelvollisuuden. Lain mukaan yrityksen on tiedotettava muun muassa tilinpäätöksestä ja taloudellisesta tilasta,

henkilöstösuunnitelmasta ja palkkatilastoista, henkilöstöasioiden hoidon yleisperiaatteista ja toimintaorganisaatiosta sekä muutoksista edellä mainituissa asioissa. Laissa on määritelty tiedottamisen minimimäärä. Sisäinen viestintä on hyvin hoidettuna tehokas johtamisen väline, joka tukee tuloksen saavuttamista. (Laki yhteistoiminnasta yrityksissä 2007/334; Kortetjärvi-Nurmi ym. 2008.)

Tyytyväisyys työhön ja työyhteisön viestintään ovat yhteydessä toisiinsa. Ongelmaksi yrityksen sisäisessä viestinnässä nähdään tiedon määrä. Mikäli tietoa tulee liikaa, sitä ei ehdi tai osata hyödyntää, ja tiedon määrästä huolimatta koetaan, ettei tietoa saada siitä, mitä halutaan tietää. (Kortetjärvi-Nurmi ym. 2008.) Viestintä alkaa syntyvästä ideasta tai ajatuksesta, joka halutaan saattaa muidenkin tietoon. Idea, joka jää viestin lähettäjän päähän, ei saa aikaan tulosta. Se on puettava sanomaksi, joka lähetetään vastaanottajalle. Vastaanottaja tekee oman tulkintansa omien kokemustensa ja tietämyksensä pohjalta. Tästä syystä alkuperäinen idea ja vastaanottajan mielikuva ideasta ovat harvoin samanlaisia. Onnistunut viestintä edellyttää sitä, että sanoma on muotoiltu ymmärrettäväksi. Viestintä ei ole pelkästään informaation välittämistä, eikä se pääty siihen, että sanoma on lähetetty. Vuorovaikutus viestijän ja vastaanottajan välillä tuottaa yleensä vielä kehittyneemmän idean. (Åberg 2006.)

Viestintä voi epäonnistua monestakin syystä, eikä syy läheskään aina ole viestin lähettäjän viestintätaitoissa. Aina viestiä ei ymmärretä, se ei ehkä kiinnosta vastaanottajaa, ja joskus se halutaan tietoisesti torjua. Viestin väärin ymmärtäminen tai torjuminen voi esimerkiksi terveydenhoitoalalla johtaa vahinkoihin, jopa ihmishenkien menetykseen. Viestinnän onnistuminen on siis tärkeää myös potilasturvallisuuden kannalta. HaiPro-tietokantaan ilmoitetuissa haittatapahtumissa myötävaikuttavana tekijänä oli usein tiedonkulku. (Juholin 2009; Ruuhilehto – Kaila ym. 2011.)

## Viestintäkanavat

Tehokkain ja arvostetuin viestintä tapahtuu henkilökohtaisella tasolla. Esi miehen tulisi käydä säännöllisesti palaute- ja kehityskeskusteluja alaisten kanssa. Henkilökohtaista viestintää ovat myös erilaiset yksikkö- ja osastokokoukset. Näissä kokouksissa käsitellään yleensä ajankohtaisia asioita, ja niitä tulee olla riittävän usein, jottei ehtisi syntyä tietovajetta. Tiedotustilaisuudet ovat hyviä viestintäkeinoja, kun viestittävää on koko henkilöstölle tai useammalle yksikölle yhteisesti. Tiedotustilaisuudessa on hyvä varata

aikaa myös keskustelulle ja kysymyksille. Joissakin yrityksissä järjestetään epämuodollisia tilaisuuksia ylimmän johdon tapaamiseen. Sisäistä tiedottamista tapahtuu myös koulutustilaisuuksien ja virkistystapahtumien yhteydessä. Epävirallisessa tilaisuudessa tutustuminen on helpompaa, ja arkirutiineissakin on helppo ottaa yhteyttä jo valmiiksi tuttuun henkilöön. (Kortetjärvi-Nurmi ym. 2008.)

Tiedotteet ja keskusturadiot ovat nykyisin korvautuneet sähköpostilla ja tekstiviesteillä sekä intranet-viestinnällä. Intranet on yrityksen sisäinen tietoverkko. Siinä sähköisessä muodossa oleva tieto on helposti ja nopeasti päivitettävissä ajantasaiseksi. Intranetissä on mahdollisuus myös vuorovaikutteiseen online-keskusteluun, jolloin kysymykset ja vastaukset ovat kaikkien nähtävillä. (Kortetjärvi-Nurmi ym. 2008.) Ilmoitustauluja käytetään viestintään niissä työpaikoissa, joissa ei ole sähköisen viestinnän mahdollisuutta. Myös henkilöstö- ja tiedotuslehtiä on mahdollista käyttää viestintään, ja nykyisin nekin ovat usein sähköisessä muodossa. (Kortetjärvi-Nurmi ym. 2008.) Viestintää tapahtuu myös sosiaalisen kanssakäymisen kautta. Tätä lähiverkkoa ei ole mahdollista hallita, vaan se toimii omilla ehdoillaan. Tämä puskaradion ja viidakkorummun olemassaolo on kuitenkin syytä muistaa ja ottaa huomioon puhuttaessa työyhteisön tiedonkulusta. (Åberg 2006.)

## Kartoituksen toteutus

Laboratorio, jossa kartoitus tehtiin, on moniammatillinen työyhteisö, jossa työskentelee vastuuyksikön päällikkö, erikoislääkäreitä, kemistejä, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, laboratoriohoitaja, laborantti ja tutkimusapulainen sekä osastonsihtööri. Kehittämistehtävän kysely ja haastatteluvaihe toteutettiin kesän 2013 aikana. Koko henkilökunnalle (N=38) lähetettiin sähköpostitse kysely laboratorion viestinnästä ja siinä koetuista puutteista sekä parannusehdotuksista. Kyselyyn oli mahdollista vastata sähköpostin välityksellä tai anonyymisti palauttamalla lomake vastauslaatikoon. Vastauksia palautettiin yhteensä 13 kappaletta. Kyselyn pohjalta laadittiin teemat ryhmähaastatteluja varten.

Kaksi nelihenkistä ryhmää, joissa oli yksi henkilö jokaisesta tiimistä, arvottiin henkilökunnan joukosta. Arvottavien ulkopuolelle jätettiin kemistit, erikoislääkärit ja osastonhoitaja. Kolmas ryhmä muodostettiin sairaalassa päivystysaikana työskentelevistä toisen laboratorion työntekijöistä. Ryhmään pyydettiin vapaaehtoisia henkilöitä, jotka sattumanvaraisesti

olivat työssä haastatteluun sovittuna päivänä. Sähköpostitse tehdyn kyselyn pohjalta laaditut haastatteluteemat lähetettiin ennen sovittua haastattelukertaa ryhmien jäsenille tutustuttaviksi ja alustavasti pohdittaviksi. Haastattelut tehtiin elo–syyskuun vaihteessa. Itse haastattelutilanteessa keskusteltiin eri ammattiryhmiin heidän rooliensa pohjalta kohdistuvista odotuksista tiedonkulun kannalta. Toisena haastattelun teemana olivat nykyiset kokouskäytännöt ja niiden kehittämistarpeet. Kaksi ensimmäistä haastattelua nauhoitettiin. Osa kolmannen ryhmän osallistujista ei halunnut haastattelua nauhoitettavan, joten se kirjattiin haastattelutilanteessa paperille. Kirjaamisen jälkeen kirjoitettu teksti luettiin ääneen ja varmistettiin haastattelussa mukana olevilta, että asiat oli kirjattu heidän mielestään oikein. Haastattelussa käytiin läpi nykyiset tiedotuskäytännöt ja kehittämistarpeet niissä.

Nauhoitettu haastattelumateriaali analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tavoitteena oli luoda aineistosta esiin nouseva teoriasisältö ilman ennalta mietittyjä analyysiyksiköitä. (Tuomi – Sarajärvi 2009.) Tämmäntyyppinen lähtökohta on kuitenkin haasteellinen, etenkin kun haastattelija kuuluu saman työyhteisön henkilökuntaan. Työtä tehdessäni pyrin pitäytymään kaikista kommenteista ja kannanotoista. Haastattelutilanteessa pyrin korostamaan sitä, että tarkoituksena on miettiä odotuksia, jotka kohdistuvat tiettyyn ammattiryhmään heidän työroolinsa pohjalta.

## Kartoituksen tulokset

Laboratoriossa hallintoa edustavat vastuuyksikön päällikkö, osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja. Haastatteluiden pohjalta kaikille jatkossa mainituille ammattiryhmille löytyi kolme kehittämiskohdetta. Ensimmäisessä vaiheessa tehdyn kirjallisen kyselyn mukaan henkilökunta on suhteellisen tyytyväinen tiedonkulkuun. Suurin osa henkilökunnasta koki saavansa kaiken tarvitsemansa tiedon. Ajoittain puutteelliseksi tiedonkulun koki kuitenkin 85 % vastaajista. Suuria puutteita tiedonkulussa koki kolme (23 %) vastaajista. Koska niinkin suuri osa vastaajista koki ajoittain puutteita tiedonkulussa, on varsin tärkeää lähteä miettimään tapoja kehittää viestintää.

Tässä haastattelussa kartoitettiin myös nykyisiä kokouskäytäntöjä. Ne koettiin melko hyviksi ja toimiviksi. Päivystävällä työyhteisöllä on käytössään tutkittavasta laboratoriosta poiketen myös aamuraportti-käytäntö. Aamuraportin muistio kirjoitetaan välittömästi, ja se on kaikkien luettavissa

heti aamusta alkaen. Tämä käytäntö koettiin päivystävän ja useammassa kuin yhdessä toimipisteessä työskentelevän työyhteisön kannalta ensiarvoisen tärkeänä. Tärkeänä tiedonkulun kannalta pidettiin myös ”Apilapostia”, laboratorion sisäisen Multilab-tietoverkon postijärjestelmää. Apilapostin etuna pidettiin sitä, että viestit olivat luettavissa yleisillä tunnuksilla kirjautuneenakin toisin kuin sähköpostiviestit, joiden lukeminen vaatii henkilökohtaisen sisäänkirjautumisen.

## **Vastuuyksikön päällikkö**

Vastuuyksikön päälliköllä on työyhteisössä sekä asiantuntijarooli että rooli hallinnon edustajana. Hänen rooliinsa kohdistuvia tiedonkulkuun liittyviä odotuksia henkilökunnan taholta olivat:

- tiedottaminen vastuualueen tulevaisuuden suunnitelmista ja muutoksista
- tulevista projekteista tiedottaminen ja resurssien arviointi yhteistyössä henkilökunnan kanssa etukäteen
- poissa- ja paikallaolosta ilmoittaminen.

Vastuuyksikön päälliköltä toivottiin muun muassa osallistumista ajoittain viikkoraportteihin ja tiedottamista organisaatiomuutoksista. Toivottiin myös tilaisuuksia, joissa voi esittää suoria kysymyksiä organisaatioon liittyvissä asioissa. Päivittäiseen työhön vaikuttavista tutkimusprojekteista toivottaisiin tietoa ajoissa niihin työpisteisiin, joiden toimintaan projektin alkaminen vaikuttaa. Toivottiin myös, että työntekijät otettaisiin mukaan suunnittelemaan projektisopimuksia.

## **Osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja**

Osastonhoitajalta ja apulaisosastonhoitajalta odotettuja asioita tiedonjakamisen kannalta olivat:

- osastoilta tulevan tiedon välittäminen laboratorioon
- sisäisen, tiimien käytännön työhön vaikuttavan tiedon tasapuolinen välittäminen
- muualta tulevan tiedon suodattaminen ja omaa yksikköä koskevan tiedon poimiminen tietotulvasta.

Osastonhoitaja tai apulaisosastonhoitaja on yhteydessä sidosryhmiin, ja sieltä tulevat suunnitelmat tai odotukset toivotaan tulevan välitetyiksi laboratorioon. Useimmissa kommentteissa tuli esiin toive siitä, että osastonhoitaja toimisi ulkoapäin tulevan tiedon suodattimena, sillä koetaan turhana lukea linkkejä, jotka eivät välttämättä koske millään tavalla omaa työpistettä. Toive olisi, että osastonhoitaja seulois laboratoriot koskevan tiedon ja välittäisi tiedon ytimen henkilökunnalle. Raportin liitteinä tulevat linkit koettiin hankaliksi lukea ja toivottiin, että kaikki raporttimuistioon tulevat asiat käsiteltäisiin osastokokouksessa, jotta olisi mahdollisuus kysymyksiin ja keskusteluun. Tämän vuorovaikutteisuuden uskottiin ehkäisevän väärinymmärryksiä ja huhujen syntymistä. Käytännön työhön vaikuttava sisäinen tieto, kuten tieto poissaolijoista, työpistemuutoksista tai vastaavista asioista, tarvitaan työpisteessä töiden suunnittelua varten. Myös uutta työntekijää koskevaa tietoa, kuten hänen varalleen tehtyjä suunnitelmia, odotetaan mahdollisimman aikaisessa vaiheessa.

## Asiantuntijat

Erikoislääkäriltä ja kemisteiltä odotetaan

- työhön vaikuttavista muutoksista, työohjeista, laitehuolloista ym. tiedottamista
- laatu ja asiantuntijatiedon välittämistä työntekijöille
- poissa- ja paikallaolosta sekä tehtäviä hoitavasta sijaisesta tiedottamista.

Asiantuntijoilta, kemisteiltä ja lääkäreiltä, odotetaan lähinnä käytännön työhön liittyvää tietoa. Tärkeänä pidetään sitä, että tieto kaikista muutoksista ja laitteiden huolloista tai säädöistä tulisi rutiinityöntekijöille. Laboratorion työnkuvan takia työntekijät kokevat tärkeäksi sen, että heillä on tieto asiantuntijoiden paikalla- tai poissaoloista ja siitä, kuka heidän sijaisenaan toimii poissaolon aikana.

## Tiimivastaavat

Tiimivastaavien roolin selkiyttäminen nousi esiin yllättävimpänä asiana. Tiimivastaavaa ei koeta tärkeäksi tiedon välittämisessä. Kirjallisessa ensimmäisessä kyselyssä kuitenkin toivottiin tiedottamista linjassa, jolloin

tiimivastaavalla on tärkeä rooli tiedottaa asioista kaikille tiimin jäsenille, myös heille, jotka työskentelevät useissa työpisteissä. Odotuksina haastattelussa nousivat kuitenkin esiin seuraavat asiat:

- asiantuntijoilta saadun tiedon välittäminen tiimille
- tiedon välittäminen niille tiimin jäsenille, jotka työskentelevät useissa työpisteissä
- tiedon välittäminen tiimien välillä.

## **Yhteenveto ja kehittämissuunnitelmia**

Haastatteluissa ei noussut esille uusia kehittämistarpeita. Kuten yksi haastateltavista sanoi: ”Joskus vaan tulee mieleen, että paljon melua tyhjästä. Totta kai joka asiassa on aina parantamisen varaa, mutta huonomminkin voisi olla.” Asiat, joihin toivotaan parannuksia, ovat pieniä, mutta usein pienet joka päivä toistuvat haitat aiheuttavat suhteettoman paljon ärsyyntymistä. Lähes kaikkien ammattiryhmien kohdalla esille tuli toive siitä, että poissaoloista ja siitä, milloin on taas tavattavissa, ilmoitettaisiin. Vaikka asia tuntuu pieneltä ja vähäpätöiseltä, sillä kuitenkin on töiden etenemisen kannalta usein iso merkitys. On turhauttavaa käydä useita kertoja katsomassa, onko joku henkilö paikalla vai ei. Ajoittain se varmasti aiheuttaa myös vastausviivettä ja odottelua asiakkaille.

Kiinnostava esille tullut asia oli tiimivastaavien roolin epäselvyys. Jatkossa onkin syytä selkiyttää tiimivastaavien asemaa, sillä viestinnässä johdonmukainen linja on tärkeä. Kaikilla tulee olla selvä käsitys siitä, mitkä asiat kuuluvat kenenkin vastuualueeseen. Ristiriitaista oli myös se, että kirjallisissa vastauksissa toivottiin tiedottamista linjassa, ja haastatteluissa tiimivastaavilla ei koettu olevan merkitystä.

Haastattelussa kokouskäytäntöjä kartoitettiin yleisellä tasolla, ja ne koettiin melko hyviksi ja toimiviksi. Aamuraporttia ja siihen liittyvää välittömästi kirjoitettua ”raporttivihko”-käytäntöä pidettiin hyvänä ja toimivana päivystävässä työyksikössä. Kyseisen käytännön käyttöönottoa olisi ehkä syytä harkita myös kyselyn kartoituksen kohteena olevassa työyksikössä.

Kehittämishanke jatkuu työyhteisössä. Ryhmissä mietitään uusia, entistä paremmin toimivia viestintätapoja. Mikäli ryhmissä syntyy uusia innovatiivisia kehittämis ehdotuksia, niitä on tarkoitus ottaa niitä käyttöön ja tehdä uusi kysely jonkin ajan kuluttua. Käyttöön on otettu uusi sisäinen internetsivusto, joka mahdollistaa kotisivujen luomisen. Tarkoituksena on yhteisesti pohtia niiden toimivuutta sisäisessä viestinnässä. Uusi moderni

teknologia on tärkeä ottaa käytäntöön mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, ja sen jalkauttamisessa työyhteisön oma ideointi parantaa tuloksia.

### Lähteet

- Aula, P. (toim.) 2008. Kivi vai katedraali organisaatioviestintä teoriasta käytäntöön. Porvoo: Infor Oy.
- Juholin, E. 2009. Communicare! Viestintä strategiasta käytäntöön. Porvoo: Infor Oy
- Kortetjärvi-Nurmi, S. – Kuronen, M.-L. – Ollikainen, M. 2008. Yrityksen viestintä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laki yhteistoiminnasta yrityksissä 30.3.2007/334.
- Microsoft 2010. Työpaikkojen tiedonkulku hiertää. Tiedotearkisto. Saatavissa osoitteessa: <[http://www.microsoft.com/finland/pr/tiedotearkisto/tiedonkulku\\_0310.html](http://www.microsoft.com/finland/pr/tiedotearkisto/tiedonkulku_0310.html)>. Luettu 13.10.2012.
- Ruuhilehto, K. – Kaila, M. – Keistinen, T. – Kinnunen, M. – Vuorenkoski, L. – Wallenius, J. 2011. HaiPro – millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007 – 2009? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2011; 127 (10). 1033–40.
- Tuomi, J. – Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Viitala, R. 2009. Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Åberg, L. 2006. Johtamisviestintää! Esimiehen ja asiantuntijan viestintäkirja. Jyväskylä: Infor Oy.



# Sisäinen viestintä hammaslääkärin vastaanotolla

## Anu Väänänen

Tässä artikkelissa kuvataan sisäisen viestinnän ilmenemistä yksityisellä hammaslääkärin vastaanotolla. Se, miten saavutetaan yhteisymmärrys viestinnän tasolla vastaanoton henkilöstön piirissä, vaikuttaa sekä henkilökuntaan että asiakkaaseen ja potilaaseen. Vastaanotolla kartoitettiin henkilökunnan kokemuksia viestinnästä puoliavoimilla kysymyksillä. Tulosten mukaan esille nousi kaksi pääluokkaa: viestintä henkilökunnan hyvinvointia tukevana toimintana ja viestintä asiakkaan ja potilaan hyvinvointia tukevana toimintana.

Viestinnän tavoitteena on tukea yhteisön toimintaa ja olla mukana tuottamassa tulosta. Viestinnän tarkoituksena on luoda organisaatioissa toimintaedellytyksiä sekä ylläpitää, vahvistaa ja kehittää koko työyhteisöä. Viestinnän avulla edistetään sekä yksilöllistä että yhteistä oppimista ja kehittämistä. Viestintä on aiempaa tärkeämpi osa johtamista ja töiden organisointia, johon kiinnitetään tulevaisuudessa huomiota. Yritysstrategia tulee näkyväksi henkilökunnalle juuri viestinnän avulla. (Rissa 2009; Juholin 2011.)

Viestintää on eri lähteissä jaoteltu hyvin erilaisin perustein muun muassa ulkoiseen, sisäiseen, sanattomaan ja sanalliseen tai epäviralliseen ja viralliseen viestintään. Viestintää on myös jaoteltu sillä perusteella, liittyykö viestintä varsinaiseen tehtävään, yhteisön ylläpitämiseen tai ihmissuhteisiin. Viestinnän tehtäviä voidaan määritellä eri tavoin viestinnän suunnittelussa ja toteutuksessa. Leif Åbergin pizzamallissa viestintä jakautuu neljään ulottuvuuteen, jotka ovat perustoimintojen tuki, kiinnittäminen, informointi ja profilointi (Juholin 2011).

Sisäisen viestinnän tärkein tehtävä on olla kanavana työyhteisön jäsenten välillä. Hyvän päivittäisviestinnän kriteeri on työn sujuminen ongelmitta (Juholin 2011). Hammaslääkärin vastaanotolla henkilökunnan sisäinen ja keskinäinen viestintä koostuu yleensä potilaan hoitamiseen liittyvästä viestinnästä, töiden sujumiseen liittyvästä viestinnästä sekä muusta keskinäisestä viestinnästä.

Päivittäisviestintää on päivittäin tai säännöllisesti tapahtuvaa tiedon ja kokemustiedon vaihdantaa sekä johtopäätösten ja päätösten tekemistä kollegojen ja työkavereiden kanssa työyhteisössä ja yhteistyökumppanien

kesken. Siihen liittyy ohjeita, sopimuksia, pelisääntöjä ja toimintatapoja. Hyvällä toimivalla päivittäisviestinnällä varmistetaan, että vastaanotolla hoitotoimenpiteet tehdään turvallisesti ja asiakaslähtöisesti ja että palaute toimii. Jokaisella on työyhteisössä oma roolinsa ja vastuunsa. On oltava aktiivinen ja tuotava työyhteisön tietoon omat havaintonsa ja kokemuksensa. Toimivan päivittäisviestinnän ansiosta niin henkilöstö kuin yhteistyötahot ja sidosryhmätkin tietävät, missä mennään ja mitä on tulossa. Päivittäisviestinnän sujuvuutta lisäävät avoimuus ja yhteishenki, kun taas salailu ja kilpailuhenkisyys vaikeuttavat sitä. (Juholin 2011.)

### **Sisäinen viestintä asiakkaan ja potilaan näkökulmasta**

Asiakas- ja potilaslähtöinen toimintatapa ottaa huomioon asiakkaan tarpeet, toiveet ja odotukset. Asiakaskeskeisyys korostaa asiakkaan etua, joustavia toimintamalleja ja luovuutta sekä uusien ideoiden oivaltamista. Asiakaslähtöisyydessä on keskeistä asiakkaan omien, yksilöllisten näkemysten kunnioittaminen ja oman päätöksenteon tukeminen. Asiakassuuntautunut toiminta näkyy asiakastyytyväisyytenä, joka on ilmentymä hyvin toimivasta organisaatiosta. (Kesti 2005: 17; Sarajärvi 2009; Laaksonen – Niskanen – Ollila 2012.)

Potilaille laadukas ja turvallinen hoito tarkoittaa sitä, että hän saa oikeaa hoitoa oikeaan aikaan oikealla tavalla annettuna. Potilasturvallisuusosaamisella tarkoitetaan työntekijän tietoisuutta potilasturvallisuutta vaarantavista riskeistä ja niiden hallintaan liittyvistä käytännöistä omassa toimintayksikössä sekä kykyä soveltaa niitä työssä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013.) Eettinen osaaminen ja terveydenhuollon arvoperustaan sitoutuminen kuuluvat potilasturvallisuusosaamiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012).

### **Sisäinen viestintä henkilökunnan näkökulmasta**

Organisaation inhimilliset menestystekijät, kuten esimiestoiminta, sitoutuminen, toimintakulttuuri, osaaminen ja sisäinen viestintä, vaikuttavat organisaation tuottavuuteen ja tavoitteiden saavuttamiseen. Kun inhimillinen menestystekijä on tunnistettu, sen kehittämiseen voidaan tietoisesti panostaa. Näin inhimillisestä menestystekijästä tulee osa organisaation

kyvykkyyttä eli kompetenssia. Sisäinen viestintä nähdään ratkaisuna ohjata organisaation toimintaa. (Kesti 2005.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste 2012–2015) korostaa henkilöstön osaamista ja palveluiden toimivuuden ja vaikuttavuuden kehittämistä. Henkilöstön osaamista ja vuorovaikutusta tuodaan esiin myös potilasturvallisuuden johtamiseen kehitetyssä potilasturvallisuuden adaptiivisen johtamisen mallissa. Näyttöön perustuvan hoitotyön soveltaminen ja käypä hoito -suositusten noudattaminen ovat nykypäivän henkilökunnan osaamisaluetta myös hammashoidossa. (Sarajärvi 2009; 2010.)

Näyttöön perustuvalla toiminnalla (EBP, Evidence-Based Practice), näyttöön perustuvalla hoitotyöllä (EBN, Evidence-Based Nursing) ja näyttöön perustuvalla johtamisella (EBM, Evidence-Based Management tai Evidence-Based Leadership) tarkoitetaan parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tiedon käyttöä asiakkaan tai potilaan hoidossa ja terveyden edistämisessä sekä hänen läheistensä huomioimisessa. Tavoitteena on vastata hoidon tarpeeseen käyttämällä vaikuttaviksi tunnistettuja menetelmiä ja hoitokäytäntöjä. (Sarajärvi 2009; 2010.)

Näyttöön perustuva hoitotyö (EBN) voidaan määritellä toiminnaksi, jossa yhdistyvät tieteellinen tutkimusnäyttö, hoitotyöntekijän hyväksi havaittu toimintanäyttö, potilaan omaan tietoon ja kokemukseen perustuva näyttö sekä käytettävissä oleviin resursseihin pohjautuva toiminta. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä yhdistyvät eheäksi kokonaisuudeksi paras saatavilla oleva tieto, hoitotyöntekijän kliininen asiantuntemus, tieto potilaan tarpeista ja toiveista sekä organisaation voimavarat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009; Sarajärvi 2009; 2010.)

## **Henkilökunnan työtyytyväisyys**

Hyvä ja toimiva viestintä on yksi tekijä hyvän työyhteisön rakentumisessa. Asiakaskeskeinen palveluorganisaatio pitää huolta myös henkilöstöstään ja osoittaa arvostavansa sitä. (Laaksonen ym. 2012.) Juholinin (2011) mukaan arvostavassa viestintäilmapiirissä työyhteisön jäsenet oppivat toisiltaan. Tiedon ja osaamisen avoin jakaminen yhteisöllisesti palkitsee, ja yhteiset oppimisen ja uuden löytämisen oivallukset koetaan työn huippuhetkinä. Hyvässä työyhteisössä jäsenet antavat toisilleen energiaa ja inspiroivat toisiaan. Työhyvinvointiin liittyvä viestintä on tärkeä osa työyhteisön normaalia päivittäistä viestintää. Se kuuluu sekä johdon edustajille, esimiehille että

koko henkilöstölle. Vuorovaikutteisessa työyhteisössä henkilöstö osallistuu itse aktiivisesti tiedon tuotantoon ja välitykseen. Viestinnän on oltava osa työyhteisön työhyvinvointiin tähtäävää toimintaa ja mukana alusta alkaen esimerkiksi erilaisissa kehityshankkeissa. (Rissa 2009.)

Tämän artikkelin taustalla olevan kehittämistyön tarkoituksena oli kuvata henkilökunnan sisäisen viestinnän ilmenemistä yksityisellä hammaslääkärin vastaanotolla. Tavoitteena oli saada henkilökunnalta tietoa sisäisen viestinnän tilasta, jotta siellä esiintyviä viestintään kuuluvia ilmiöitä ja osa-alueita voidaan paremmin ymmärtää ja kehittää. Tavoitteena oli myös osallistaa henkilökuntaa kehittämistyöhön yhdessä tekemällä. Kehittämistehtävässä kysyttiin, millaista on sisäinen viestintä hammaslääkärin vastaanotolla.

Kehittämistyön aineisto kerättiin sähköpostikyselyllä yksityiseltä hammaslääkärivastaanotolta hammaslääkäreiltä, suuhygienisteilta ja hammashoitajilta. Vastaamiseen osallistui kuusi henkilöä. Sähköpostikyselyn kysymykset olivat puoliavoimia, koska kyselyllä haluttiin laaja-alaisesti tietoa sisäisen viestinnän tilasta.

Aineisto analysoitiin teorialähtöisellä sisällönanalyysillä. Tällöin analyysiä ohjaa teema tai käsitekartta. Teorialähtöisessä analyysissä päättelyn logiikka yhdistetään usein deduktiiviseen päättelyyn. (Tuomi – Sarajärvi 2009.) Analyysin ensimmäisessä vaiheessa perehdyttiin sisältöön ja alleviivattiin pelkistettyjä ilmauksia. Tämän jälkeen ryhmiteltiin pelkistetyt ilmaukset etukäteen teemoitetun yläluokkajaottelun alle. Sisällön analyysi eteni aineiston redusoinnista eli pelkistämisestä klusterointiin eli ryhmitelyyn ja siitä edelleen abstrahointiin eli teoretisointiin. Pelkistämistä ohjasi kehittämistehtävä, jonka mukaan aineistoa pelkistettiin koodaamalla kehittämistehtävälle olennaiset ilmaukset. Ryhmittelyssä etsittiin ilmausten erilaisuutta ja yhtäläisyyttä. Samaa tarkoittavat ilmaisut koodattiin kategorioiksi, joille annettiin nimi sisällön mukaan. Aineiston abstrahoinnilla tarkoitetaan kehittämiskohteen kuvaamista yleiskäsitteiden avulla. Aineistosta erotettiin tehtävän kannalta olennainen tieto, ja valikoidun tiedon perusteella muodostettiin käsitteitä. Abstrahoinnissa edettiin osallistujien käyttämistä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. (Tuomi – Sarajärvi 2009.)

Vastauksista voitiin muodostaa analyysin jälkeen kaksi pääluokkaa: viestintä henkilökunnan hyvinvointia tukevana toimintana ja viestintä asiakkaan hyvinvointia tukevana toimintana. Viestintä henkilökunnan hyvinvointia tukevana toimintana sisälsi kaksi yläluokkaa: 1) Viestintä työssä osaamisen tukena ja 2) viestintä työssä jaksamisen tukena. Viestintä

asiakkaan hyvinvointia tukevana toimintana sisälsi kaksi yläluokkaa: 1) Viestintä potilasturvallisuuden tukena ja 2) viestintä asiakaslähtöisyyden tukena.

Viestinnän työssä osaamisen tukeen sisältyi alaluokka, vastaanoton perustoimintojen tukeminen. Tähän kuuluu yleinen ajantasainen tieto, jota tarvitaan vastaanoton työn organisoinnista, vastaanoton käytänteistä, toimintaohjeista, materiaaleista ja laitteista. Lisäksi siihen kuuluu potilastietohallintoon liittyvä asiatieto hoitoketjun eri vaiheissa, kuten esimerkiksi hoitoonkutsu- ja laskutusjärjestelmässä. Näyttöön perustuvan toiminnan tukeminen toisena alaluokkana sisältää hammashoidon kliiniseen potilastyöhön liittyvää tietoa ja tiedonvaihdantaa, joka pohjautuu käypä hoito-suositukseen. Tärkeänä pidettiin myös hoitotyön perusteluiden tukea esimerkiksi hygieniassa ja potilaan ohjauksessa.

Kolmas alaluokka, toimiva rakenne arkiviestinnän tukena, sisältää ne tekijät, jotka edesauttavat vastaanotolla tarvittavan viestinnän onnistumisesta. Sovitut selkeät yhteiset pelisäännöt selkeyttävät rakennetta eli sitä, miten viestitään normaalitapauksissa eri tilanteissa ja miten voidaan ongelmatilanteissa nopealla reagoinnilla ennakoida mahdollisia ongelmia. Tärkeää on saada nopeaa ja ajantasaista tietoa, jolloin nimettyjen yhteys- ja vastuuhenkilöiden ja toimivien viestintäkanavien merkitys kasvaa. Viestinnän kanavina koettiin tärkeäksi sekä suullinen, henkilökohtainen kontakti (myös puhelimitse) että kirjallinen viestintä, kuten sähköposti, riippuen asian kiireellisyydestä ja laadusta. Muistilaput ovat myös edelleen käytössä, mutta niiden käytöstä olisi hyvä sopia tarkoin. Säännölliset kokoukset toimivat hyvin kiireettömämpien asioiden viestintäkanavana, jolloin voidaan henkilökohtaisesti käydä läpi asioita ja myös kirjata niitä. Oleellista on mitoittaa tiedon määrä riittäväksi välttämällä turhaa tiedottamista ja välttää työn keskeytymistä löytämällä sopiva ajankohta ja sopiva viestinnän väylä. Tärkeää on kohdistaa viestit niille henkilöille, joita asia koskee ja tavoittaa kaikki viestin asianosaiset ajallaan täsmällisesti.

Viestintä työssä jaksamisen tukena sisälsi alaluokan viestinnän kehittämisen ja johtamisen. Johtaminen kuuluu esimiehelle. Esimiehellä on yleisvastuu seurata, että viestintä sujuu kaikkien osalta. Yhteisissä kokouksissa ja henkilökohtaisissa kehityskeskusteluissa voidaan käsitellä myös viestintään liittyviä asioita ja sitä, miten viestintää voidaan kehittää. Jokaisella työyhteisössä työskentelevällä on myös vastuu kehittää taitoaan viestiä ymmärrettävästi ja selkeästi siten, että riittävä tieto siirtyy sitä tarvitsevalle joko suullisesti tai kirjallisesti. Kokonaisuuden onnistumisessa tarvitaan aktiivisuutta kirjaamisessa ja kommunikoinnissa sekä viestijänä että viestin

vastaanottajana. Yhdessä tekeminen sisältää työkavereiden ja kollegojen välisen sujuvan ja mutkattoman yhteistyön ja konsultaation. Tämä vaatii toteutuakseen myönteistä asennetta ja halua toimia yhteistyössä, mutta myös toimintamahdollisuuksia. Hoitopäätösten suunnittelu hyvässä vuorovaikutuksessa auttaa henkilökuntaa jaksamaan ja säästää myös potilasta turhilta käynneiltä. Työilmapiiri vaikuttaa viestinnän kannalta merkittävästi työssä jaksamiseen. Luottamus, avoimuus ja palautteen antaminen ja saaminen koettiin tärkeäksi. On tärkeää keskustella myös epäkohdista ja suvaita erilaisia mielipiteitä. Koettiin, että asioista pitäisi herkästi puhua sekä pyytää että antaa apua. Positiivinen avoin viestintä ja kiittäminen motivoivat yrittämään parhaansa.

Viestintä potilasturvallisuuden tukena sisälsi tekijöitä, joita henkilökunta pohti potilaan näkökulmasta. Potilaan tietosuojaturvallisuudesta huolehtiminen koettiin ehdottoman tärkeäksi tekijäksi. Potilaan hoitotiedot, anamneesitiedot sairauksista, lääkityksistä ja muista potilaaseen liittyvistä asioista, tulee suojata hyvin. Potilaita koskevia tietoja ei pidä jättää näkyville, vaan käyttää viestinnässä apuna esimerkiksi potilastietojärjestelmän muistilappua, jonka näkevät vain potilasta hoitavat henkilöt. Toisena tärkeänä tekijänä viestinnässä koettiin lääke- ja hoitoturvallisuus. Hoitoturvallisuuteen kuuluu, että potilastietoihin kirjataan tarkasti potilaan oireet, tehdyt toimenpiteet ja käytetyt materiaalit käynneittäin hoidon edistymisen seuranta varten. Tärkeää on myös viestittää jatkohoitoa varten tarpeelliset tiedot seuraavalle tekijälle. Turvallinen hammashoito eri sairauksien yhteydessä vaatii jatkuvaa tietopäivitystä usein muuttuvien ohjeistusten vuoksi sekä tarvittaessa lääkäri- tai erikoislääkärikonsultaatiota.

Viestintä asiakaslähtöisyyden tukena sisälsi tekijöitä, joita henkilökunta pohti asiakkaan tai potilaan näkökulmasta. Potilaan näkökulmasta tärkeäksi asiaksi koettiin vastaanoton tunnelma, joka pitää sisällään levollisen ilmapiirin, sopuisan yhteistoiminnan henkilökunnan kesken sekä ystävällisen ja rennon vuorovaikutuksen. Potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen sisältää tekijöitä, jotka liittyvät potilaan hoitamistilanteisiin. Viestinnän avulla voidaan välittää potilaalle turvallista olotilaa ja empaattisuutta. Tärkeää on myös kuunnella ja rauhoittaa aika potilaalle. Viestinnän tulee olla neutraalia, asiallista ja kohdistua ensisijaisesti potilaaseen ja hänen asiansa. Potilaan ehdoilla voi olla rennompaakin. Tiimityössä potilaan kokonaisuhoitoon kuuluu ja aikataulu ovat kaikkien hoitavien henkilöiden tiedossa ja hallinnassa, joten myös potilas saa tarvitsemaansa tietoa halutessaan.

## Kooste ja pohdinta

### Tulosten tarkastelua

Tulosten perusteella sisäisen viestinnän merkitys on hammaslääkärin vastaanotolla sekä henkilökunnalle että asiakkaalle tärkeä. Viestinnän onnistuminen vaikuttaa kokonaisvaltaisesti kaikkeen toimintaan. Tulosten mukaan viestinnän merkitys näkyi osaamisen mahdollistajana ja tukena vastaanoton perustoiminnoissa, näyttöön perustuvassa toiminnassa ja arkiviestinnässä. Rissan (2009) mukaan viestinnän tarkoitus on luoda toimintaedellytyksiä sekä ylläpitää, vahvistaa ja kehittää koko työyhteisöä ja tukea organisaation toimintaa. Kuten tuloksista ilmenee, viestinnän merkitys näkyi myös henkilökunnan jaksamisen tukena, joka käsitti viestinnän johtamisen ja kehittämisen, yhdessä tekemisen ja työilmapiirin.

Rissan (2009) mukaan viestintä on nykyisin aiempaa tärkeämpi osa johtamista ja töiden organisointia. Viestinnän avulla voidaan myös edistää sekä yksilöllistä että yhteistä oppimista. Organisaatiot kiinnittävät enemmän huomiota ulkoiseen viestintään ja mainontaan. Sisäisen ja ulkoisen viestinnän raja ei kuitenkaan ole selvä. Sisäisen viestinnän huomioiminen organisaation strategiassa ja sen ottaminen mukaan kehittämistyöhön tukee henkilöstön hyvinvointia sekä osaamisen että jaksamisen näkökulmasta. Samalla se luo tietynlaista kuvaa organisaatiosta ulospäin. Kun henkilökunta on mieltänyt sisäisen keskinäisen viestintänsä vaikuttavan myös asiakkaan hyvinvointiin, saa potilas todennäköisesti osakseen hoitoa, jossa on otettu huomioon potilasturvallisuus tietosuoja-, lääke- ja hoitoturvallisuutena sekä asiakaslähtöisyys potilaan kokonaisvaltaisena huomioimisena, vastaanoton tunnelman vaikutusta unohtamatta.

### Luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelua

Luotettavuuden arviointi kohdistuu projektin aikana käytettyyn aineiston keruumenetelmään, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen. Analyysiprosessi tulee esittää niin selkeästi että lukijalla on mahdollisuus ymmärtää sen perusteella, miten tuloksiin on päästy. Luotettavuutta voidaan vahvistaa face to face -validiteetilla siten, että tulokset viedään projektiin osallistuvien tarkistettavaksi analyysin eri vaiheissa. Luotettavuutta tarkastellaan vastaavuuden, siirrettävyyden, pysyvyyden ja vahvistettavuuden näkökulmasta. (Tuomi – Sarajärvi 2009.)

Aineisto oli melko pieni sähköpostikyselyn tekemiseen, mutta vastaajien kyky kirjoittaa puoliavoiimiin kysymyksiin oli hyvä. Sähköpostikyselyyn

sai rauhassa keskittyä ja palauttaa sen noin kahdessa viikossa. Aineiston luotettavuutta lisää, että vastaajat toimivat myös muualla aktiivisesti, muun muassa opiskellen tai työskennellen eri toimipisteissä. Aineistossa on näin ollen kokemuksia sisäisen viestinnän tilasta yleisesti hammaslääkärin vastaanotoilta. Face to face -validiteettia ei aikataulun takia ehditty tehdä.

Kehittämistyön eettiset lähtökohdat tässä työskentelyssä huomioitiin siten, että kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista, siihen osallistujilta kysyttiin lupa eikä yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa tuloksista. Projektiin osallistuvien yksityisyyden loukkaamattomuus otettiin huomioon myös aineiston keruun aikana. Luottamuksellisuus ryhmän kesken ja projektiin osallistuvien vahingoittumattomuus ovat tärkeä huomioitava tekijä. Projektiin osallistuvat saivat tietoa projektin tarkoituksesta ja siitä, miten tuloksia käytetään. Tulokset on esitetty sellaisessa muodossa, että ne ovat kontrolloitavissa. Tulokset on esitetty kaunistelematta ja muuttamatta, ja projektissa ilmenneet puutteet ja rajoitukset raportoitu. (Tuomi – Sarajärvi 2009.)

## Johtopäätökset ja kehittämishaasteet

Kehittämistyöstä hyötyvät potilaat ja asiakkaat sekä vastaanoton tämänhetkinen henkilökunta, kuten myös mahdolliset tulevat uudet työntekijät. Kehittämisprojekti lähensi henkilökuntaa, ja viestintään kiinnitetään nyt enemmän huomiota kaikilla tasoilla. Työskenteleminen yhteisössä, jossa on käyty luottamuksellista ja avointa vuoropuhelua esimerkiksi kehittämistyön kautta, luo työhyvinvointia. Kehittämisprojektista saadaan hyötyä myös oppimisen näkökulmasta, kun miten opitaan työskentelemään yhteisen hyvän eteen. Tuloksista saadaan työkaluja muun muassa uusien työntekijöiden perehdyttämiseen ja jo työssä olevien työntekijöiden osaamisen kehittämiseen. Työntekijät voivat hyödyntää projektia ja sen tuloksia myös omissa kehityskeskusteluissaan ja ottaa esille havaitsemiaan puutteita tai kehittämisen aiheita. Tuloksista voidaan ottaa esille osa-alue, jota tarkastellaan syvällisemmin työyhteisössä tai josta tehdään uusi kehittämistehtävä. Potilas ja asiakas hyötyvät projektista parantuneena palveluna ja parempana huomioimisena koko hoitoketjussa. Henkilökunnan osaamisen terävöityminen parantaa potilasturvallisuutta, kuten myös henkilökunnan työturvallisuutta.

Tässä kehittämistehtävässä teemat muotoutuivat osaamisen ja näyttöön perustuvan toiminnan, työssä jaksamisen, potilasturvallisuuden, asiakaslähtöisyyden ja viestinnän ympärille. Tuloksista voi ottaa jatkokehittämisaikaa joko henkilökunnan tai potilaan ja asiakkaan näkökulmasta ja



syventää valittua aihetta. Toinen hyvä vaihtoehto olisi tarkastella vastaanottoa näyttöön perustuvan toiminnan viitekehystä laajemmassa merkityksessä. Olisi toivottavaa saada näyttöön perustuvaa toimintaa ja hoitotyötä enemmän esille ja tietoisuuteen myös suun terveydenhuoltoon sekä hammaslääkäri-hoitajaparin että suuhygienistin työhön.

## Lähteet

- Juholin, E. 2011. *Communicare! Viestintä strategiasta käytäntöön*. Helsinki: Inforviestintä Oy.
- Kesti, M. 2005. *Hiljaiset signaalit – avain organisaation kehittämiseen*. Helsinki: Edita
- Laaksonen, H. – Niskanen, J. – Ollila, S. 2012. *Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Rissa, K. 2009. *Työyhteisöviestinnällä hyvinvointia*. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.
- Sarajärvi, A. 2010. *Hoitotyöntekijöiden kokemuksia näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisestä ja toimintamallin käytäntöön soveltamisesta*. *Pro Terveys – Terveystieteiden akateemiset johtajat ja asiantuntijat -lehti* 5 (87). 12–14.
- Sarajärvi, A. 2009. *Näyttöön perustuva hoitotyö – kuvaus toimintamallin kehittämisestä*. *Pro Terveys – Terveystieteiden akateemiset johtajat ja asiantuntijat -lehti* 6 (37). 10–14.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. *Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011*. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. *Koulutuksella osaamista asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin*. Helsinki.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. *Potilasturvallisuus*. Helsinki.
- Tuomi, J. – Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi*. Helsinki: Tammi.

# Tiimikehityskeskustelumalli Sipoon kotihoidossa

**Piia-Sisko Grek-Stjernberg**

Sipoon kunnan kotihoidossa viime vuosien aikana tapahtuneet muutokset toivat esiin tarpeen kehittää kotihoidon työntekijöiden tiimityöskentelyä. Kehittämisen työvälineeksi päätettiin luoda tiimikehityskeskustelumalli. Tässä artikkelissa kuvataan tiimikehityskeskustelumallin prosessi, joka sisältää tiimikehityskeskustelulomakkeen taustan ja suunnittelun, valmiin lomakkeen esittelyn sekä tiimikehityskeskustelujen käyttöönoton valmistelun.

Tiimit voivat olla erikokoisia ja erimuotoisia sekä vastuualueiltaan eroavaisia. Tiimi toimii tavoitteellisesti ja edellytykset työn laadun parantamiseksi näin ollen lisääntyvät. Tiimien toiminta on joustavaa, ja kehittyminen on tiimitoiminnalle ominaista. Tiimin toimintaa ohjaa joko sisäinen tai ulkoinen asiakas. Tiimin johtajuudesta vastaavat asiakkaiden tarpeet, joihin tiimin pitäisi pystyä vastaamaan ja joiden toteuttamiseksi tiimi työskentelee. (Skyttä 2005; Helin 2006; Spiik 2007; Jutila ym. 1999; Nikkilä – Paasivaara 2008; Koivukoski – Palomäki 2009.)

Tiimikehityskeskustelussa tarkastellaan tiimin jäsenten kanssa muun muassa tiimin perustehtävää ja tavoitteita, työnjakoa ja työtehtävien organisoimista, toimintatapoja ja ilmapiiriä, edellisen kauden tuloksia ja onnistumisia, toiminnan kehitysalueita ja vahvuuksia sekä tiimin seuraavan kauden tavoitteita ja tehtäviä. Tiimikehityskeskustelussa myös arvioidaan tiimin toimintaa ja arvoja suhteessa organisaation tavoitteisiin, arvoihin ja toimintasuunnitelmaan. Näin saadaan kirkastettua tiimin jäsenille organisaatio- ja tiimitason visio, strategia, arvot ja tavoitteet. Tiimikehityskeskustelu ei korvaa yksilökehityskeskustelua. Tiimikehityskeskustelu käydään yleensä yksilökehityskeskustelun jälkeen, jolloin yksilökehityskeskustelussa mahdollisesti esille nousseet tiimityöskentelyyn liittyvät asiat voidaan käydä läpi tiimin kesken. Tiimikehityskeskustelun yksi tarkoitus on kehittää tiimiä vahvistamalla tiimihenkeä ja yhteisen asian vuoksi työskentelemisen tunnetta. (Ronthy-Östberg – Rosendahl 1998; Valpola 2003; Piili 2006; Nikkilä – Paasivaara 2008; Koivukoski – Palomäki 2009; Aarnikoivu 2010; Havunen – Lavikkala 2010; Aarnikoivu 2011.)

Sipoon kotihoito oli ennen muutoksia jaettu kolmeen alueeseen, joista kahden toimipisteet sijaitsivat yhdessä Sipoon keskiosassa ja kolmannen

toimipiste Etelä-Sipoossa. Kotihoidossa tapahtui koko työyhteisöä koskettava suuri muutos, kun kaksi yhdessä toimipisteessä sijainnutta aluetta yhdistettiin vuoden 2011 lokakuussa yhdeksi isoksi alueeksi ja jaettiin neljään tiimiin. Tarve kyseiselle muutokselle syntyi vuosien kuluessa työyhteisössä toistuvasti esiintyneiden avunsaantiin liittyvien ongelmien vuoksi: kahden alueen välillä oli näkymätön kuilu, ja toisen alueen tarvitessa apua työn tekemisessä esimerkiksi työntekijän sairauspoissaolon vuoksi oli avun saanti toisen alueen työntekijöiltä haastavaa ja joskus jopa mahdotonta. Lisäksi toisen alueen työntekijöillä oli enemmän töitä, vaikka henkilöstömäärä alueilla oli melko sama.

Alueiden yhdistämiseen vaikutti myös toisen lähiesimiehen työn muuttuminen palvelupäällikön työksi, eli yhdelle lähiesimiehelle olisi jäänyt kaksi suurehkoa aluetta, joiden lähiesimiehenä hän olisi toiminut yksin. Kahden lähiesimiehen johtamien alueiden välisten ongelmien vuoksi ongelmien koettiin olevan vielä haastavampia yhdelle lähiesimiehelle, joten alueiden yhdistäminen ja jakaminen pienemmiksi tiimeiksi oli ratkaisumallina kokeilemisen arvoinen. Alueiden yhdistäminen ja jakaminen tiimeiksi nähtiin myös ratkaisuna työn tasapuolisempaan jakautumiseen ja avunsaannin yhdenmukaistamiseen. Tiimityöskentelyn käynnistyessä tiedettiin, että tiimien työskentelyä, työtapoja ja toimintaa tulee kehittää. Kotihoidossa pohdittiin, miten tiimien työskentelyä ja toimintaa voisi kehittää siten, että tiimien työntekijät osallistuisivat kehittämistyöhön ja työntekijät saataisiin sitoutettua tiimien kehittämiseen. Tiimityöskentelyn kehittämisen työvälineeksi päätettiin pohdintojen ja keskustelujen perusteella toteuttaa tiimikehityskeskustelumalli, joka sisältää tiimikehityskeskustelulomakkeen suunnittelun sekä tiimikehityskeskustelujen käyttöön-oton valmistelun.

## **Tiimikehityskeskustelulomakkeen tausta ja suunnittelu**

Kotihoidon kaksi isompaa aluetta, Paippisen ja Nikkilän alueet, yhdistettiin vuoden 2011 syksyllä yhdeksi isoksi kotihoidon alueeksi, jonka nimeksi tuli Pohjoinen kotihoito. Pohjoinen kotihoito -alue jaettiin neljään moniammatilliseen tiimiin, joissa jokaisessa työskentelee perushoitajia, lähihoitajia, kodinhoitajia tai kotiavustajia ja sairaanhoitaja. Suurin osa työntekijöistä oli kokenut työskennelleensä tiimissä jo kahden alueen toiminnan aikana. Työntekijät kokivat sisäistäneensä tiimityöskentelymallin

ja osaavansa tiimityöskentelyn perusteet. Moni työntekijöistä myös ihmetteli, miten neljässä tiimissä työskentely eroaa kahdella alueella työskentelystä juuri sen vuoksi, että he kokivat jo alueiden toimineen tiimeinä. Kotihoidon lähiesimies painotti tiimityön olevan rajatun pienen työntekijäjoukon työskentelemistä itseohjautuvasti tiettyjen työtehtävien hoitamiseksi ja huomautti, ettei alueissa työskentelemistä voida kutsua tiimissä työskentelyksi alueiden suuren työntekijämäärän vuoksi.

Moniammatilliset tiimit aloittivat työskentelynsä syksyllä 2011. Sovittiin, että tiimityöskentelystä pidetään arviointikeskustelu noin puolen vuoden kuluttua tiimityöskentelyn käyttöönotosta, koska osa työntekijöistä vastusti muutosta. Alusta asti oli selvää, että tiimien työskentelyä, työtapoja ja toimintaa tulisi alkaa kehittää heti, kun tiimityöskentely on saatu kunnolla käyntiin. Kotihoidossa huomattiin kuitenkin nopeasti, että työntekijät eivät oikeasti tienneet, kuinka tiimien tulisi toimia muun muassa itseohjautuvasti ja mitä tiimissä työskenteleminen käytännössä tarkoittaa. Tiimien jäsenistä osa koki tiimityöskentelyn vaikeaksi, vaikka he olivat pääosin samoja henkilöitä, jotka olivat kertoneet kokeneensa työskennelleensä tiimissä jo kahdella isommalla alueella.

Tiimityöskentelyn ensimmäinen arviointi tiimityöskentelyn käynnistymisestä ja uudesta tiimijaosta pidettiin huhtikuussa 2012. Kuluneen puolen vuoden aikana työyhteisössä oli ollut useita pitkiä sairauspoissaoloja, joiden vuoksi tiimien työntekijät eivät pystyneet käynnistämään tiimityöskentelyä täysipainoisesti. Arviointikeskustelussa nousi esiin useiden työntekijöiden vastustus tiimityöskentelyä kohtaan, ja syyksi vastustukselle ilmoitettiin työntekijöiden työvoimaresursseista johtuva ajanpuute tiimityöskentelyn täysipainoiseen käynnistämiseen. Tiimityöskentelyä päätettiin kuitenkin jatkaa. Työntekijöitä motivoitiin tiimityöskentelyn täysipainoiseen käynnistämiseen työvoimaresurssien ollessa jo paremmat kuin tiimityöskentelyn aloittamisajankohtana. Seurantakokouksen ajankohdaksi määriteltiin lokakuu 2012, jolloin tiimityöskentely olisi ollut käytössä noin vuoden ajan.

Syksyllä 2012 kotihoidon lähiesimies mietti yhdessä ikääntyneiden palvelujen palvelupäällikön ja vanhustyön päällikön kanssa apuvälinettä tiimityöskentelyn kehittämiseksi. Vaihtoehdoksi nousi tiimikehityskeskustelu, jonka avulla tiimin kaikki jäsenet osallistuvat ja sitoutuvat tiimin kehittämiseen. Jokainen tiimin jäsen käy yksilökehityskeskustelun lähiesimiehen kanssa ennen tiimikehityskeskustelua. Kotihoidossa on käytössä henkilökohtaisia kehityskeskusteluja varten lomake, mutta kyseistä lomaketta ei voida käyttää tiimikehityskeskustelussa lomakkeen painoutuessa

liikaa yksilöön sekä yksilön kehittämistarpeisiin ja -tavoitteisiin, jotka eroavat tiimin kehittymisestä ja kehittämistarpeista oleellisesti. Tiimissä on useampia yksilöitä, tiiminjäseniä, joista jokainen tuo tiimiin erilaista osaamista, työskentelytapoja ja kehittämisehdotuksia. Nämä kaikki pitää pystyä käymään läpi yhdessä tiimin kanssa ja hyödyntää tiimin, tiimityön ja tiimin toimintatapojen kehittämisessä. Käytössä olevassa yksilökehityskeskustelulomakkeessa arvioidaan yksilön osallistumista erilaisiin verkostoihin ja yksilön yhteistyökykyä ja -halua. Tässä kohdassa työntekijät voivat arvioida osallistumistaan tiiminsä toimintaan sekä tiimin kehittämiseen. Tiimikehityskeskustelussa voidaan palata näihin asioihin, jolloin koko tiimi keskustelee yhdessä yksilökehityskeskusteluissa mahdollisesti esille nousseista asioista. Näiden edellä mainittujen seikkojen vuoksi tiimikehityskeskusteluja varten haluttiin luoda oma lomake. Tiimikehityskeskustelulomake luotiin työyhteisössä jo käytössä olevaa yksilökehityskeskustelulomaketta ja muissa organisaatioissa käytössä olevia tiimikehityskeskustelulomakkeita hyödyntäen. (Ks. Ronthy-Östberg – Rosendahl 1998; Jutila ym. 1999; Koivukoski – Palomäki 2009.)

## **Tiimikehityskeskustelulomakkeen esittely**

Tiimikehityskeskustelulomake on luotu Sipoon kunnan kotihoidon tiimien työskentelyä ja tiimityön kehittämistä ajatellen. Tiimikehityskeskustelulomake on kuitenkin muokattavissa myös muiden Sipoon kunnan ikääntyneiden palveluihin kuuluvien yksiköiden käyttöön. Tiimikehityskeskustelulomakkeen alussa on varattu kohdat tiimin ja tiiminjäsenten nimille. Tiimikehityskeskustelulomake koostuu neljästä osiosta (A–D) sekä kolmesta kohdasta, joissa käsitellään kyseiselle vuodelle sovittuja tavoitteita ja niiden saavuttamisesta, tiimikehityskeskustelussa sovittuja tavoitteita ja toimenpiteitä sekä kirjataan yhteenveto tiimikehityskeskustelusta.

Tiimikehityskeskustelulomake on neljäisivuinen. Lomakkeen osioissa on kahdesta neljään kysymystä, joissa käsitellään muun muassa tiimin tehtävää, arvoja ja tavoitteita, tiimin työn kehittämistä, tiimityöskentelyä, tiiminjäsenten välistä työskentelyä sekä tiimien välistä työskentelyä. Tiimikehityskeskustelulomakkeen allekirjoittavat kaikki tiimin jäsenet ja kehityskeskustelun vetänyt vastaava sairaanhoitaja. Allekirjoitusten yhteyteen tulee myös tiimikehityskeskustelun päivämäärä. Allekirjoitettu tiimikehityskeskustelulomake toimitetaan kotihoidon esimiehelle nähtäväksi ja

säilytettäväksi seuraavan vuoden tiimikehityskeskustelua varten. Tiimikehityskeskustelulomake on esitetty liitteissä 1–4.

## Tiimikehityskeskustelujen käyttöönoton valmistelu

Artikkelissa on tähän mennessä kuvattu tiimikehityskeskustelumallin prosessista vain osa eli tiimikehityskeskustelulomakkeen suunnittelu ja suunnittelun tausta sekä luotu lomake on esitelty. Lopuksi käydään läpi tiimikehityskeskustelumallin viimeinen osa eli tiimikehityskeskustelujen käyttöönoton valmistelu.

Tiimikehityskeskustelut otetaan käyttöön aluksi vain toisella kotihoidon alueista. Käyttöönoton valmistelu tapahtuu kyseisen kotihoidon alueen lähiesimiehen ja vastaavan sairaanhoitajan toimesta. Käyttöönoton valmisteluna lähiesimies ja vastaava sairaanhoitaja käyvät yhdessä läpi tiimikehityskeskustelulomakkeen ja sopivat tiimikehityskeskusteluihin liittyvistä käytännön asioista, kuten tiimikehityskeskustelujen pitopaikasta, ajallisesta pituudesta ja tiimikehityskeskustelulomakkeen toimittamisesta tiimien jäsenille ennen tiimikehityskeskustelua. Käyttöönoton valmistelu on suunniteltu tehtäväksi ennen tiimien jäsenten seuraavia henkilökoh-  
taisia kehityskeskusteluja. Tiimikehityskeskustelujen vetäjänä tulee toimimaan vastaava sairaanhoitaja ja tiimikehityskeskustelut aloitetaan kaikkien tiimien jäsenten käytyä henkilökohtaisen kehityskeskustelunsa lähiesimiehen kanssa.

### Lähteet

- Aarnikoivu, H. 2010. Aidosti hyödyllinen kehityskeskustelu. Helsinki: Kauppakamari.
- Aarnikoivu, H. 2011. Aidosti hyödyllinen kehityskeskustelu. Helsinki: Kauppakamari.
- Havunen, R. – Lavikkala, A. 2010. Ongelmia ratkaiseva esimies. Helsinki: Talentum.
- Helin, K. 2006 Yhdessä menestymisen taito. Helsinki: Talentum.
- Jutila, V. – Järvelin, K. – Kilpi, E. – Kvist, H.-H. – Paavilainen, K. 1999. Valtuutuksen aika. Tiimeillä parannuksia prosesseihin. Jyväskylä: Sedecon Consulting.
- Koivukoski, S. – Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tiimikirja. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

- 
- Nikkilä, J. – Paasivaara, L. 2008. Arjen johtajuus – rutiinijohtamisesta tulkintataitoon. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Piili, M. 2006. Esimiestyön avaimet. Helsinki: Tietosanoma.
- Ronthy-Östberg, M. – Rosendahl, S. 1998. Keskustelu kehittää. Suom. Kyrö, M. Helsinki: Tietosanoma.
- Skyttä, A. 2005. Tiimitys ja sen läpivienti. Helsinki: Otava.
- Spiik, K.-M. 2007. Tulokseen tiimityöllä. Helsinki: WSOY.
- Valpola, A. 2003. Onnistu kehityskeskustelussa. Helsinki: WSOY.

## Liite 1. Tiimikehityskeskustelulomakkeen ensimmäinen sivu



Sosiaali- ja terveysosasto  
Ikäntyneiden palvelut

1 (4)

Luottamuksellinen

## Tiimikehityskeskustelu

Tiimi \_\_\_\_\_

Tiimin jäsenet \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### TÄLLE VUODELLE SOVITUT TAVOITTEET JA NIIDEN SAAVUTTAMINEN:

### A. YLEISKUVAUS TIIMIN TEHTÄVÄSTÄ

Mitkä ovat mielestänne tiiminne tärkeimmät tehtävät, tavoitteet ja arvot?

Mitkä ovat mielestänne tiimityön tärkeimmät pelisäännöt?

SIPOON KUNTA  
SIBBO KOMMUN

Iso Kylätie 18, PL 7, 04131 Sipoo, [www.sipoo.fi](http://www.sipoo.fi)  
Stora Byvägen 18, PB 7, 04131 Sibbo, [www.sibbo.fi](http://www.sibbo.fi)

Vaihe 09 23531 Faksi 09 2353 6259  
Växel 09 23531 Fax 09 2353 6259



## Liite 2. Tiimikehityskeskustelulomakkeen toinen sivu



Sosiaali- ja terveysosasto  
Ikäntyneiden palvelut

2 (4)

Luottamuksellinen

**B. TIIMITYÖSSÄ ONNISTUMINEN**

Oletteko mielestänne voineet käyttää tietojanne ja taitojanne tiimityöskentelyssä? Miten olette jakaneet erityisosaamistanne tiiminne jäsenille?

Kuinka tiiminjäsenten välinen työskentely on mielestänne onnistunut?

Mitä tiiminjäsenten välisessä työskentelyssä voisi mielestänne parantaa?

**C. TULEVA KAUSI, SEN TAVOITTEET JA KEHITTÄMISKOHTEET**

Miten haluaisitte kehittää tiiminne työtä ja työsuorituksia? omahoitajuus, kirjaaminen, kokonaisvaltainen asiakkaan kuntoutus, itseohjautuvuus

Miten ikäntyneiden palveluiden sitovat tavoitteet näkyvät tiiminne työskentelytavoissa? Vuonna 2013 kuntoutussuunnitelma, hoitotarvikejakelu (mm. vaippojen käyttö suhteessa kuntouttavaan näkökulmaan rakon kuntoutusohjelma käytössä )

## Liite 3. Tiimikehityskeskustelulomakkeen kolmas sivu



Sosiaali- ja terveysosasto  
Ikäntyneiden palvelut

3 (4)

Luottamuksellinen

**D. YHTEISTYÖ**

Miten tiimien välinen yhteistyö mielestänne sujuu?

Miten olette itse aktiivisesti parantaneet yhteistyötä?

Miten olette jakaneet tiiminjäsentenne erityisosaamista muille tiimeille?

Mitä tiimien välisessä työskentelyssä voisi mielestänne parantaa ja miten?

**SOVITUT TAVOITTEET JA TOIMENPITEET**

SIPPOON KUNTA  
SIBBO KOMMUN

Iso Kylätie 18, PL 7, 04131 Sipoo, [www.sipoo.fi](http://www.sipoo.fi)  
Stora Byvägen 18, PB 7, 04131 Sibbo, [www.sibbo.fi](http://www.sibbo.fi)

Puh 09 23531 Faksi 09 2353 6259  
Växel 09 23531 Fax 09 2353 6259

## Liite 4. Tiimikehityskeskustelulomakkeen viimeinen sivu



Sosiaali- ja terveysosasto  
Ikääntyneiden palvelut

4 (4)

**Luottamuksellinen**

## YHTEENVETO

Pvm:

Allekirjoitukset

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

# Istumisen vähentäminen työpäivän aikana

**Jenni Tuomela**

Tähän artikkeliin on koottu tieteellistä näyttöä erilaisten työpäivän aikaisen istumisen vähentämiseen tai yhtäjaksoisen istumisen katkaisemiseen tähdänneiden interventioiden tuloksellisuudesta. Istumisen terveyshaitoista on vahvaa kansainvälistä näyttöä. Suomalaisten tulisi paitsi liikkua enemmän, myös istua vähemmän. Yhteiskunnan toimintojen ja työelämän muutos ohjaa yksilöitä yhä istuvampaan elämäntyyliin, eikä päivittäinen liikunta riitä useinkaan kompensoimaan pitkäkestoisten istumisjaksojen haittoja terveydelle. Moni meistä istuu työpäivästään suurimman osan.

Liikkumaton elämäntapa lisää monia kansansairauksia, ikääntymisestä aiheutuvia ongelmia ja kansantalouden kustannuksia sekä heikentää työelämän tuottavuutta ja kilpailukykyä. Lisäksi se on yhteydessä myös väestöryhmien välisiin terveys- ja hyvinvointieroihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.) Nykyään suuri osa valveillaoloajasta vietetään istuen (Owen – Healy – Matthew – Dunstan 2010). Suomalaiset istuvat ikäryhmästä riippumatta liian paljon. Jo päivähoitossa lapset ovat paikallaan noin 60 % ajasta, ja tilanne vain huononee vanhempia ikäryhmiä tarkasteltaessa. Aikuisväestö viettää noin 80 % valveillaoloajastaan paikoillaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

Istumisen itsenäisistä haitallisista terveysvaikutuksista on vahva näyttö. Istuminen aiheuttaa muun muassa haitallisia muutoksia sydän- ja verenkiertoelimistön toiminnassa sekä aineenvaihdunnassa (Healy – Matthews – Dunstan – Winkler – Owen 2011). Istumisen on todettu lisäävän myös ennenaikaisen kuoleman vaaraa (Owen ym. 2010), ja sillä on todettu olevan myös oma itsenäinen, fyysisen aktiivisuuden määrästä riippumaton vaikutuksensa kokonaiskuolleisuuteen (van der Ploeg – Chey – Korda – Banks 2012).

Työntekijöiden ennenaikainen poistuminen työmarkkinoilta on varsin ajankohtainen aihe, johon hyvin monella taholla pyritään löytämään ratkaisuja. Ratkaisuja työssä jaksamiseen ja työhyvinvoinnin parantamiseen kaivataan. Yksi jaksamisen osa-alue on istumatyötä tekevien vähäinen fyysinen aktiivisuus, runsas yhtäjaksoisen istumisen määrä sekä lisäksi tiettyjen kehonosien ylikuormittuminen. Merkittävimmät syyt

työkyvyttömyyseläkkeelle jäämiselle ovat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, masennus ja verenkiertoelinten sairaudet (Aromaa – Gould – Hytti – Koskinen 2005). Useissa tutkimuksissa on kuitenkin huomattu, että istumisen aiheuttamia terveyshaittoja voidaan vähentää sekä istumisaikaa vähentämällä että istumisen säännöllisellä katkaisemisella (Dunstan ym. 2011; Owen ym. 2010; Healy – Dunstan – Salmon – Cerin – Shaw – Zimmet – Owen 2008).

Työpäivän aikana kertyneen istumisen määrän vähentämisen on esitetty olevan keskeisessä osassa fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä ja liikkumattomuuden vähentämisessä (Thorp ym. 2012). Päivittäisen istumisen määrä on korkea, keskimäärin 11 tuntia päivässä, usein juuri istumatyötä tekevillä. Tällöin vuorokaudessa jää hyvin vähän aikaa saavuttaa edes terveyden kannalta riittävä määrä fyysistä aktiivisuutta. (Tudor-Locke – Leonardi – Johnson – Katzmarzyk 2011.) Usein työpäivän aikana pitkäkestoisimmin ja määrällisesti eniten istuvat korkeammin koulutetut, kokopäiväisissä työsuhteessa olevat henkilöt (van Uffelen – Heesch – Brown 2012). Myös työntekijät itse kokevat pitkäkestoisen istumisen terveytensä kannalta haitalliseksi (Gilson – Burtin – van Uffelen – Brown 2012).

Liikkumattomuuden hinta on yhteiskunnalle huomattava. Liikkumattomuus aiheuttaa suoria kustannuksia terveydenhuollolle ja epäsuoria kustannuksia esimerkiksi työnantajille lisäämällä sairauspoissaoloja ja vähentämällä työn tuottavuutta. Kustannusten ennustetaan kasvavan lähitulevaisuudessa. Tarve erilaisille keinoille eri-ikäisten ihmisten pitkäjäkeisen istumisen määrän vähentämiselle on siis selkeä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013).

## Tarkoitus ja tavoitteet

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kerätä tutkimustietoa erilaisista istumisen käytännön interventioista, joilla istumisen määrää työpäivän aikana on pyritty vähentämään istumatyötä tekevillä työntekijöillä. Tämän artikkelin tavoitteena on koota yhteen keinoja yhtäjaksoisen istumisen määrän vähentämiseen työpäivän aikana.

Tulokset palvelevat työyhteisöjä, jotka ovat halukkaita parantamaan työntekijöidensä työhyvinvointia sekä muita aiheesta kiinnostuneita. Tulosten on tarkoitus tarjota yhteisöille valmiita esimerkkejä interventioista, joiden avulla istumisen määrää on mahdollista vähentää työyhteisöissä, joissa suuri osa työtehtävistä toteutetaan istuallaan. Lisäksi tarkoituksena

on ylläpitää yleistä keskustelua istumisen vaikutuksista paitsi terveyden edistämisen, myös kansantalouden näkökulmasta.

## Kirjallisuuskatsaus

Työ toteutettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita noudattaen. Aineiston haku suoritettiin elokuussa 2013. Tutkimuksia haettiin seuraavista tietokannoista: PubMed, Cochrane, Medline, Google Scholar ja PeDro. Hakusanoina käytettiin sanayhdistelmiä ”sitting” tai ”sedentary behavior” ja ”work”, ”sitting” tai ”sedentary” ja ”reduce” ja ”work”. Lisäksi löydettyjen tutkimusten lähdeluettelot käytiin läpi. Etukäteen määritellyillä tutkimusten valintakriteereillä pyrittiin varmistamaan se, että kaikilla kriteerit täyttävillä tutkimuksilla on yhtäläinen mahdollisuus tulla valituiksi aineistoon. Kriteereitä olivat:

1. Interventio; tutkimuksen tuli sisältää interventio, jonka tarkoituksena oli vähentää istumisen määrää.
2. Intervention tuli kohdistua työpäivään tai työssä käytettyyn aikaan.
3. Istumisen määrän tai energiankulutuksen tulee olla mitattava muuttuja.
4. Artikkelin kielenä tuli olla englanti tai suomi.

Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Analyysin tarkoituksena oli tiivistää ja koota aineiston jo olemassa oleva tutkimustieto. Aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin kuuluu aineiston pelkistäminen eli redusointi, aineiston ryhmittely eli klusterointi ja aineiston teorisointi eli abstrahointi (Tuomi – Sarajärvi 2009). Aineiston pelkistämisen tarkoituksena oli karsia aineistosta tutkimuksen kannalta epäolennainen pois. Tässä tutkimuksessa aineiston pelkistäminen tapahtui siten, että aineistoon hyväksyttiin mukaan vain interventiotutkimukset, joissa vähintään yhtenä intervention tavoitteista oli ollut istumisen määrän vähentäminen työpäivän aikana. Tämän jälkeen vastaukset ryhmiteltiin. Ryhmittelyssä pelkistetystä aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia ja muodostettiin niiden perusteella interventiorhymiä. Ryhmittelyn tarkoituksena oli luoda alustavia kuvauksia tutkimuskohteesta, ja se toimii apukeinona tutkimustiedon tiivistämiseen. (Tuomi – Sarajärvi 2009.) Tässä tapauksessa ryhmittely toteutettiin interventoiden sisällön mukaan, sillä se oli tarkoituksenmukaisin tapa kuvata erilaisia keinoja istumisen määrän vähentämiseksi. Aineisto ryhmiteltiin kolmeen eri ryhmään.

Kirjallisuuskatsauksen tulokset syntyivät luokittelun avulla tapahtuneella teorisoinnilla, jolla tarkoitetaan tutkimuskohteen kuvaamista yleiskäsitteiden avulla. (Tuomi – Sarajärvi 2009.)

## **Ideoita istumisen vähentämiseen**

Yhteensä yhdeksän tutkimusta täytti kriteerit, joilla tutkimukset valittiin tähän katsaukseen. Tutkimusten ydinasiat on esitetty oheisessa taulukossa (ks. taulukko 1). Tutkimukset voidaan jakaa ryhmiin interventioiden sisällön mukaan siten, että yhden ryhmän muodostavat interventiot, joissa työpistettä tai toimitiloja muutettiin istumista aktiivisempia työskentelyasentoja mahdollistaviksi. Toisessa ryhmässä interventiot perustuivat tietokoneohjelmiin, jotka pyrkivät lisäämään tietokoneen käyttäjän fyysistä aktiivisuutta säännöllisin väliajoin. Kolmannessa ryhmässä interventio perustui pääasiallisesti terveysneuvontaan. Seuraavassa on esitetty lyhyesti keskeisimmät asiat kunkin tutkimuksen interventioiden sisällöistä sekä tuloksista.

Taulukko 1. Kooste työpäivän aikaisen istumisen vähentämiseen tähdänneistä interventioista tehdyistä tutkimuksista, joita löytyi yhteensä yhdeksän

| TUTKIJAT JA VUOSI   | INTERVENTIO   | TULOS   |
|---|---|---|
| <b>Työtilojen tai toimipisteen muutoksiin perustuvat interventiot</b>   |   |   |
| Grunseit, A. – Chau, J. – van der Ploeg, H. – Bauman, A. 2013   | Työntekijöille seisomisen mahdollistavat työpisteet   | ka. 23 % (1,7 h) vähemmän istumista työpäivän aikana                              |
| Alkhajah, T. – Reeves, M. – Eakin, E. – Winkler, E. – Owen, N. – Healy, GN. 2012  | Työntekijöille seisomisen mahdollistavat työpisteet   | 143 min vähemmän istumista työpäivän aikana                                       |
| Thompson, J. – Raynor, H. – Bielak, K. – Rider, B. – Bassett, D. 2012.  | Työpisteisiin mahdollisuus työskennellä myös kävelymatolla kävellen   | Seisomisen, kävelyn ja askelten määrä kasvoi, istumisen määrä väheni/työpäivä     |
| Pronk, N. – Katz, A. – Lowry, M. – Payfer, J. 2012.   | Interventoryhmän työpisteisiin seisaaltaan työskentelymahdollisuus  | 224 % (66 min/työpäivä) vähemmän istumista, myös yläselkä ja niskakivut vähenivät |
| Carr, L. – Walaska, K. – Marcus, B. 2012.   | Siirrettävä polkemislaite työpisteeseen   | Työpäivän aikaisen istumisen määrä väheni   |
| <b>Tietokoneohjelmiin perustuvat interventiot</b>   |   |   |
| Pedersen, S. – Cooley, P. – Mainsbridge, C. 2013.   | Tietokoneohjelma, joka muistutti ylösnousemisesta ja kevyestä liikunnasta 45 min välein   | Päivittäinen energiankulutus nousi interventoryhmässä                             |
| Evans, R. – Fawole, H. – She-riff, S. – Dall, P. – Grant, M. – Ryan, C. 2012.   | Tietokoneohjelma, joka muistutti ylösnousemisesta 30 min välein   | Istumisaika pysyi samana, mutta pitkien istumisjaksojen määrä ja kesto vähenivät  |
| <b>Neuvontaan perustuvat interventiot</b>   |   |   |
| Healy, G. – Eakin, E. – Lamontagne, A. – Owen, N. – Winkler, E. – Wiesner, G. – Gunning, L. – Neuhaus, M. – Lawler, S. – Fjeldsoe, B. – Dunstan, D. 2013. | Terveysneuvontaa ja keskustelua työpajatyypisesti, "vinkkiviestejä" sähköpostitse, työpisteet mahdollistivat seisomisen, ergonomia-ohjausta | 125 minuuttia vähemmän istumista työpäivässä                                      |
| Verweij, L. – Proper, K. – Weel, A. – Hulshof, C. – van Mechelen, W. 2012.  | Työterveyslääkärin neuvonta viisi kertaa  | Ka. 29 min vähemmän istumista työpäivässä   |

Grunseit, Chaun, van der Ploegin ja Baumanin (2013) tekemän tutkimuksen mukaan itse raportoidun istumisen määrä väheni tilastollisesti merkitsevästi niillä työntekijöillä, joiden työpiste muokattiin mahdollistamaan työnteko myös seisaallaan. Tutkimushaastattelujen perusteella todettiin, että tutkittavia motivoivat istumisen vähentämiseen itse koetut tai odotetut terveyshyödyt, kiinnostus uuden kokeiluun sekä ulkoapain tulleet muistutukset. Sekä istuallaan että seisaallaan työskentelyn mahdollistavat työpisteet todettiin käyttökelpoisiksi ja tehokkaiksi välineiksi istumisen määrän vähentämiseen työpäivän aikana.



Myös Alkhajah ym. (2012) tutkivat seisomisen mahdollistavien työpisteiden vaikutuksia työntekijöiden istumisen määrään. Ainut toimenpide, joka interventioryhmän työntekijöiden työpisteissä toteutettiin, oli työpisteiden muuttaminen siten, että työnteke oli mahdollista sekä istuen että seisten. Interventioryhmässä tutkittavia oli yhteensä 18 henkilöä, ja he vertasivat intervention vaikutuksia sekä interventioryhmäläisten lähtötilanteeseen että verrokkiryhmään. Työntekijät käyttivät aktiviteettimonitoria, joka rekisteröi seuranta-ajalta fyysisen aktiivisuuden määrän. Työntekijöiden istumisaika väheni merkittävästi työpäivän aikana verrattuna sekä lähtötilanteeseen että verrokkiryhmään.

Thompsonin, Raynorin, Bielakin, Riderin ja Bassettin (2012) tutkimuksessa toteutettiin yhdeksän kuukauden mittainen interventio, jossa toimistotiloihin sijoitettiin kävelymattoon integroituja työpisteitä. Interventioon osallistui 12 työntekijää, joiden työskentelyasentoa ja päivän aikana kertyneiden askelten määrää mitattiin aktiviteettimonitorin avulla. Työntekijöiden energiankulutus, pystyasennossa työskentelyn määrä sekä päivän aikana kertyneiden askelten määrä lisääntyivät tilastollisesti merkitsevästi. Työntekijöillä todettiin yhdeksän kuukautta kestäneen intervention jälkeen lisäksi myönteisiä terveysvaikutuksia, sillä tutkittavien vyötärön ympärys ja lantion ympärysmitta pienenevät ja LDL- sekä kokonaiskolesterolasot laskivat.

Pronkin, Katzin, Lowryn ja Payferin (2012) interventioryhmä koostui 24 työntekijästä, joiden työpisteet muokattiin sekä istumisen että seisomisen mahdollistaviksi. Istumisen määrää kartoitettiin kyselyllä, ja intervention vaikutuksia verrattiin alkutilanteeseen. Istumisen määrä väheni interventioryhmässä 224 % (66 minuuttia päivässä) ja lisäksi yläselkä- ja niskakipujen määrä väheni 54 %. Interventioryhmäläiset kokivat myös mielialassaan positiivisia muutoksia. Siirtyminen takaisin entiseen työpisteeseen ja pelkkään istualtaan tehtyyn työhön häivytti positiiviset muutokset kahden viikon seurannan aikana. Carr, Walaska ja Marcus (2012) tutkivat siirreltävien poljinlaitteiden käyttökelpoisuutta työpäivän aikaisen istumismäärän vähentämisessä. Heidän interventioryhmänsä koostui 18 työntekijästä, joiden istumisen määrää arvioitiin kyselyn avulla. Tutkittavat raportoivat istumismääriensä vähentyneet ja kokivat siirreltävien poljinlaitteiden käytön helpoksi ja toimivaksi.

Tietokoneohjelmiin perustuvia interventioita löytyi kaksi kappaletta. Pedersen, Cooley ja Mainsbridge (2013) tutkivat työntekijöiden työkonella käytettävän liikkumisesta muistuttavan tietokoneohjelman vaikutuksia työntekijöiden energiankulutukseen työpäivän aikana. Interventioon

osallistuneita työntekijöitä oli 17 henkilöä, ja muutoksia istumismäärässä arvioitiin kyselyn avulla. Interventioryhmän tuloksia verrattiin sekä alkutilanteeseen että verrokkiryhmään. Tutkittavilla käytössä ollut tietokoneohjelma muistutti heitä nousemaan seisomaan ja tekemään lyhyen ja kevyen, ohjelman ohjeistavan harjoitteen aina 45 minuutin välein. Työntekijät itse päättivät, noudattivatko kehotusta vai jättivätkö sen huomiotta. Tutkittavien ryhmässä energiankulutus lisääntyi kohtalaisesti, kun taas kontrolliryhmässä energiankulutus itse asiassa laski seuranta-aikana. Tutkimuksen perusteella siis pelkkä tietokoneen näytölle ilmestyvä passiivinen muistutus ylös noususta ja keveyestä liikkumisesta lisää energiankulutusta tilastollisesti merkitsevästi. Se ennen kaikkea myös katkaisee yhtäjaksoista istumista. Tietokonesovelluksen käyttö liikkumisen muistutukseen on edullinen tapa aktivoida työntekijöitä katkaisemaan pitkät istumisjaksot ja lisäämään kevyttä fyysistä aktiivisuutta sisältävää toimintaa työpäivän aikana.

Myös Evans ym. tutkivat (2012) tietokonepohjaisen seisomaan noususta muistuttavan ohjelman käyttöä. Heidän tutkimuksessaan interventioon osallistui 14 työntekijää, jotka itse raportoivat omasta istumisen määrästänsä. Tutkimuksessa käytettiin myös verrokkiryhmää. Muistutus ylösnoususta tuli heidän tutkimuksessaan 30 minuutin välein. Tietokoneohjelman yhdistettynä istumisen haitallisiin terveysvaikutuksiin liittyvään ohjeistukseen todettiin olevan ylivoimaisesti tehokkaampi keino vähentää yhtäjaksoisen istumisen määrää verrattuna pelkkään ohjeistuksen ja terveysneuvonnan antamiseen.

Myös neuvontaan perustuvia interventioita löytyi kaksi kappaletta. Healyn ym. (2013) tutkimuksessa selvitettiin moniosaisen intervention vaikutuksia istumismäärän vähentämiseen 18 työntekijällä. Heidän tutkimusinterventionsa sisälsi terveysneuvontaa yhdistettynä työpajatyypin aseiden käsittelyyn interventiorhmaläisten kanssa pienryhmissä. Fyysisen aktiivisuuden määrää mitattiin aktiviteettimittarilla. Interventiorhmaläisten työpisteet muokattiin seisaaltaan työskentelyn mahdollistaviksi, ja he saivat myös sähköpostitse muistutuksia ja vinkkejä seisaallaan tapahtuvaan työskentelyyn. Interventiorhman työpäivän aikainen istumismäärä väheni 125 minuuttia verrattuna kontrolliryhmään.

Verweij, Proper, Weel, Hulshof ja van Mechelen (2012) tutkimuksessa tarkasteltiin kohdistetun terveysneuvonnan vaikutuksia työntekijöiden fyysiseen aktiivisuuteen, istumisen määrään, ravitsemustottumuksiin sekä kehonpainoon liittyviin muuttujiin. Heillä interventiorhman koostui 523 työntekijästä. Intervention aikana työterveyslääkärit antoivat viisi kertaa terveysneuvontaa ylipainoa aiheuttavista tekijöistä. Kuuden kuukauden

seurannan jälkeen interventioryhmässä työssä istumisen määrä väheni keskimäärin 28 minuuttia päivässä. Istumisen määrää arvioitiin kyselyn avulla. Fyysisessä aktiivisuudessa ja vapaa-ajan istumisessa, välipalojen syömisessä tai kehonpainoon liittyvissä muuttujissa ei tapahtunut merkitsevää muutosta.

## Koontaa ja kehittämisehdotuksia

Tämän työn tarkoituksena oli kerätä yhteen olemassa oleva tutkimusnäyttö erilaisista työpäivän aikaisen istumisen määrän vähentämiseen tähdänneistä interventioista. Kaikissa löytyneissä tutkimuksissa intervention avulla oli pystytty vähentämään istumisen määrää. Yleisin toimenpide istumisen vähentämiseksi oli säädettävä pöytätaaso tai muu ratkaisu, joka mahdollisti työskentelyn välillä seisaaltaan. Myös tietokoneohjelmiin perustuvia ratkaisuja oli tutkittu, ja niissä etuna on usein edullinen hinta. Terveysneuvonta osoitettiin myös tehokkaaksi, joskin muihin interventioihin verrattuna sen avulla saatu istumisajan vähentyminen oli vähäisempää. Tutkimusnäyttöä on kertynyt jonkin verran aivan viime vuosien aikana, mutta aihe on vielä varsin vähän tutkittu. Tästä hyvänä esimerkkinä on Chaun ym. (2010) tekemä systemaattinen kirjallisuuskatsaus istumisen vähentämiseen tähdättyjen interventioiden vaikuttavuudesta. Katsauksen perusteella todettiin tuolloin vuonna 2010, että istumisen vähentämiseen suunniteltujen interventioiden vaikuttavuudesta ei juurikaan ole näyttöä ja tarve uusille sekä vaikuttaville interventioille on merkittävä. Asialle on viime vuosina herätty, ja on odotettavissa, että lähivuosina näyttöä uusista ja erilaisista interventioista ja toimintamalleista on saatavilla.

Työpäivän aikana tapahtuvan istumisen vähentämiseen tai ainakin pitkäkestoisen istumisen katkaisemiseen on siis olemassa kohtuullisen edullisia keinoja. Näyttö pitkäkestoisen ja määrällisesti runsaan istumisen aiheuttamista terveyshaitoista on vakuuttava. Näin ollen taloudellisesti suuremmatkin panostukset istumisen vähentämiseen ja terveyshaittojen ennaltaehkäisyyn ovat pitkällä tähtäimellä todennäköisesti merkittävästi kannattavampia kuin terveyshaittojen hoitaminen niiden jo synnyttyä. Ongelma on kuitenkin paljolti sama kuin muissakin ennaltaehkäisevissä toimenpiteissä. Taloudellisen hyödyn määrää on haastavaa osoittaa ilman riittävän pitkällä seuranta-ajalla toteutettua verrokkitutkimusta. Tällaista näyttöä ei tällä hetkellä ole, vaikka lyhyemmällä seurannalla toteutettujen tutkimusten tulokset puhuvat vahvasti ennaltaehkäisyn hyötyjen puolesta.

Laadukasta useamman vuoden seurannalla toteutettua verrokkitutkimusta tarvitaan, jotta interventtioiden todellinen vaikutus saadaan näkyville.

Uusia innovaatioita istumisen vähentämiseen tai pitkäkestoisen istumisen katkaisuun tarvitaan. Nyt jo hyväksi todetut työpisteiden muokkaukset seisoma- tai kävelytyöskentelyn salliviksi, tietokoneohjelmien muistutukseen perustuvat istumista katkaisevat toimintatavat sekä terveysneuvonnan tarjonta ovat vaihtelevasti käytössä eri organisaatioissa. Vanhojen keinojen täysimittaisempi hyödyntäminen ja täysin uusien innovaatioiden kehittäminen ovat varmasti kasvava alue tulevaisuudessa. Monesti liikkeelle on lähdettävä kuitenkin organisaation toimintakulttuurista. Fyysiseen aktiivisuuteen kannustava ja esimerkiksi työpisteiden suunnittelulla seisaallaan tai liikkeessä työskentelyn mahdollistava organisaatio antaa työntekijöilleen selkeän viestin arvoista, joille organisaation toiminta perustuu. Työhyvinvointi koostuu monista erilaisista osatekijöistä. Yksi tärkeä osatekijä on se, että organisaation toimintakäytännöt viestivät työntekijöille, että heidän terveytensä on myös työnantajalle tärkeää. Yksilötasolla ja inhimillisenä tekijänä työntekijöiden terveydestä huolehtimisen perusteet ovat varmasti itsestään selvät. Onneksi terveiden ja hyvinvoivien työntekijöiden merkitys aletaan ymmärtää kuitenkin jo myös taloudellisesta näkökulmasta parempana tuottavuutena ja pienempinä sairaskustannuksina, sillä taloudellisen hyödyn osoittaminen on usein tärkein päätöksiä ohjaava tekijä.

Tässä kirjallisuuskatsauksessa on noudatettu pääosin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Työn tekijöitä on vain yksi, joten tätä perinteisesti systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vahvuutena pidettyä konsensusta tutkijoiden itsenäisen työskentelyn tuloksista ei ole voitu tehdä. Työn luotettavuutta lisää se, että kaikki kriteerit täyttävät tutkimukset on otettu katsaukseen mukaan, sillä tutkimusten vähäisestä määrästä johtuen tämä oli mahdollista. Katsaukseen otetut tutkimukset on tehty länsimaisissa väestöissä ja samantyyppisissä yhteiskunnissa työelämän näkökulmasta. Näin ollen niiden tulokset ovat kohtuullisen hyvin sovellettavissa myös suomalaisiin työntekijöihin. Koska aineistolähtöisen sisällysanalyysin luotettavuutta arvioitaessa korostuu tutkijan toiminta ja tutkija itse, on tässä työssä pyritty kuvaamaan tutkimusvaiheet tarkkaan sekä tehtyjen ratkaisujen perustelut sekä luotettavuutta heikentävien seikkojen raportointiin. Tutkimuksen raportoinnissa on pyritty sellaiseen tarkkuuteen, että jokainen lukija pystyy myös itse arvioimaan sen luotettavuutta.

## Lopuksi

Suomalainen yhteiskunta kannustaa istumiseen lapsuudesta saakka. Työskentelymuodot koulusta ja joskus jopa päivähoidosta lähtien kannustavat paikoillaan istumiseen ja vähäiseen fyysiseen aktiivisuuteen. Tekniikan ja teknologian kehityksen myötä myös työelämässä suomalaiset istuvat yhä enemmän. Työpäivän aikaisen istumisen määrän vähentämiselle on olemassa selkeä yhteiskunnallinen ja kansanterveydellinen tarve. Tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan todeta, että istumisen määrän vähentämiselle on olemassa myös näyttöön perustuvia keinoja. Lisäksi tutkimusnäytön perusteella yksilötasolla istumisen määrän vähentämiseen suhtaudutaan myönteisesti ja kokeiluihin lähdetään mukaan. Suuri osa päivittäin paljon istuvista olisi siis valmis vähentämään työpäivän aikaisista istumistaan, mikäli se oli käytännössä mahdollista. Tämä antaa meille tärkeän viestin siitä, että tahtoa ja keinoja muutokseen löytyy.

## Lähteet

- Alkhajah, T. A. – Reeves, M. M. – Eakin, E. G. – Winkler, E. A. – Owen, N. – Healy, G. N. 2012. Sit-stand workstation: a pilot intervention to reduce office sitting time. *Am. J. Prev. Med.* 43 (3). 298–303.
- Aromaa, A. – Gould, R. – Hytti, H. – Koskinen, S. 2005. Toimintakyky, työkyky ja sairauden sosiaaliset seuraukset. Duodecim Terveyskirjasto. Saatavissa osoitteessa: <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00023#s4](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00023#s4)>. Luettu 4.11.2012.
- Carr, L. J. – Walaska, K. A. – Marcus, B. H. 2012. Feasibility of a portable pedal exercise machine for reducing sedentary time in the workplace. *Br. J. Sports Med.* 46 (2). 430–435.
- Chau, J. – van der Ploeg, H. – van Uffelen, J. – Wong, J. – Riphagen, I. – Healy, G. – Gilson, N. – Dunstan, D. – Bauman, A. – Owen, N. – Brown, W. 2010. Are workplace interventions to reduce sitting effective? A systematic review. *Prev. Med.* 51. 352–356.
- Dunstan, D. W. – Larsen, R. N. – Healy, G. N. – Kingwell, B. A. – Cerin, E. – Salmon, J. – Shaw, J. E. – Zimmet, PZ. – Hamilton, M. T. – Owen, N. 2011. The acute metabolic effects of “breaking-up” prolonged sitting in adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 43 (5), 540.
- Evans, R. – Fawole, H. – Sheriff, S. – Dall, P. – Grant, M. – Ryan, C. 2012. Point of Choice Prompts to reduce Sitting Time at Work: A randomized Trial. *Am. J. Prev. Med.* 43 (3). 293–297.
- Gilson, N. D. – Burton, N. W. – van Uffelen, J. G. – Brown, W. J. 2012. Occupational sitting time: employees’ perceptions of health risks and intervention strategies. *Br. J. Sports Med.* 46 (6). 430–435.

- Grunseit, A. C. – Chau, J.Y.-Y. – van der Ploeg, H. P. – Bauman, A. 2013. "Thinkin on your feet": A waulitative evaluation of sit-stand desks in an Australian workplace. *BMC Public Health* 13: 365. Open Access.
- Healy, G. N. – Eakin, E. G. – Lamontagne, A. D. – Owen, N. – Winkler, E. A. – Wiesner, G. – Gunning, L. – Neuhaus, M. – Lawler, S. – Fjeldsoe, B. S. – Dunstan, D. W. 2013. Reducing sitting time in office workers: short-term efficacy of a multicomponent intervention. *Prev. Med.* 57 (1). 43–48.
- Healy, G. N. – Dunstan, D. W. – Salmon, J. – Cerin, E. – Shaw, J. E. – Zimmet, P. Z. – Owen, N. 2008. Breaks in sedentary time: beneficial associations with metabolic risk. *Diabetes Care* 31 (4). 661–666.
- Healy, G. N. – Matthews, C. E. – Dunstan, D. W. – Winkler, E. A. – Owen, N. 2011. Sedentary time and cardio-metabolic biomarkers in US adults: NHANES 2003–06. *Eur. Heart J.* 32 (5). 590–597.
- Owen, Neville – Healy, Genevieve N. – Matthews, Charles E. – Dunstan, David W. 2010. Too Much Sitting: the Population-Health Science of Sedentary Behavior. *Exerc. Sport Sci. Rev.* 38 (3). 105–113.
- Pedersen S. J. – Cooley P. D. – Mainsbridge C. 2013. An e-health intervention designed to increase workday energy expenditure by reducing prolonged occupational sitting habits. *Prev. Med.* 57 (1). 43–48.
- Pronk, N. – Katz, A. – Lowry, M. – Payfer, J. 2012. Reducing Occupational Sitting Time and Improving Worker Health: The Take-a-Stand Project, 2011. *Prev Chronic Dis* 9: E154.
- Sosiaali- ja terveystministeriö 2013. Muutosta liikkeellä! Valtakunnalliset yhteiset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan 2020. Sosiaali- ja terveystministeriön julkaisuja 2013:10.
- Thompson, J. – Raynor, H. – Bielak, K. – Rider, B. – Bassett, D. R. 2012. Treadmill workstations: a worksite physical activity intervention in overweight and obese office workers. *Am. J. Prev. Med.* 43 (3). 293–297.
- Thorpe, A. A. – Healy, G. N. – Winkler, E. – Clark, B. K. – Gardiner, P. A. – Owen, N. – Dunstan, D. W. 2012. Prolonged sedentary time and physical activity in workplace and non-work. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.* 26 (9). 128.
- Tudor-Locke, C. – Leonardi, C. – Johnson, W. D. – Katzmarzyk, P. T. 2011. Time spent in physical activity and sedentary behaviors on the working day: the American time use survey. *J. Occup. Environ. Med.* 53 (12). 1382–1387.
- Tuomi, J. – Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- van der Ploeg, H. P. – Chey, T. – Korda, R. J. – Banks, E. – Bauman, A. 2012. Sitting time and all-cause mortality risk in 222 497 Australian adults. *Abstract. Arch. Intern. Med.* 172 (6). 494–500.

- 
- van Uffelen, J. G. – Wong, J. – Chau, J.Y. – van der Ploeg, H. P. – Riphagen, I. – Gilson, N. D. – Burton, N. W. – Healy, G. N – Thorp, A. A. – Clark, B. K. – Gardiner, P. A. Dunstan, D. W. – Bauman, A. – Owen, N. – Brown, W. J. 2010. Occupational sitting and health risks: a systematic review. *American journal of preventive medicine*, 39(4). 379–388.
- Verweij, L. – Proper, K. – Weel, A. – Hulshof, C. – van Mechelen, W. The application of an occupational health guideline reduces sedentary behaviour and increases fruit intake at work: results from an RCT. *Occup Environ Med* 69. 500–507.

# Monikipuinen työelämässä

## Eija Haukka

Liikuntaelimistön monikipuisuus, mitä sillä oikein tarkoitetaan? Onko monikipuisuus yleistä? Mistä se johtuu? Miten monikipuisuus vaikuttaa työkykyyn? Miten monikipuista voidaan tarvittaessa tukea selviytymään työssä? Mitä tiedetään interventioiden vaikuttavuudesta? Tässä artikkelissa pyritään vastaamaan näihin kysymyksiin sen tutkimustiedon ja näytön varassa, mitä tällä hetkellä on olemassa.

Liikuntaelimistön monikipuisuus on tutkimusalueena uusi. Aihetta on lähestytty aikaisemmin muun muassa kliinisesti määriteltyjen fibromyalgian ja kroonisen laaja-alaisen kivun (chronic widespread pain, CWP) käsitteiden kautta. Molemmissa edellytetään, että kipua on esiintynyt vähintään kolmen kuukauden ajan, kehon oikealla ja vasemmalla puolella, sekä vyötärön ylä- että alapuolella (Wolfe ym. 2010; Wolfe ym. 1990). Toisaalta kivulla, jota esiintyy usealla kehon alueella samanaikaisesti mutta joka ei täytä näitä kriteereitä, voi olla jopa suurempi vaikutus mielenterveyteen, elämänlaatuun ja terveyspalvelujen käyttöön kuin yksittäisillä kivuilla (Carnes ym. 2007; Davies ym. 1998). On myös havaittu, että kipualueiden lukumäärä ennustaa vahvemmin toimintakykyä kuin se, miten pitkään kipua on ollut tai missä kipu sijaitsee (Saastamoinen ym. 2006). Esiin on noussut uusi lähestymistapa, joka perustuu kipualueiden lukumäärään – puhutaan monikipuisuudesta (multisite pain) (Croft 2009). Kipualueiden lukumäärä on merkittävä tekijä kipupotilaan prognoosin kannalta (Grotle – Croft 2010). Kun kiinnostuksen kohteena on työkyky, olennaista on tarkastella henkilön kipujen kokonaisuutta.

Monikipuisuus käsitteenä ei ole selkeästi määritelty, ja sen mittauskäytäntö on vielä vakiintumatonta. Eroavaisuuksia löytyy siinä, miten monelta anatomiselta alueelta kivusta on olemassa tietoja ja millaisilta aikajaksoilta kipujen esiintymistä tiedustellaan. Tutkimuksissa nämä vaihtelevat, mikä aiheuttaa ongelmia monikipuisuuden esiintyvyyden tunnuslukujen esittämiseen ja vertailuun. Entä kuinka monella alueella kipua tulee esiintyä, että voidaan puhua monikipuisuudesta: kahdella, kolmella vai vielä useammalla alueella?



## Onko monikipaisuus yleistä?

Usealla kehon alueella samanaikaisesti esiintyvä kipu on tavallisempaa kuin yhdelle alueelle paikantuva kipu, esimerkiksi niska- tai selkäkipu. Tämä on havaittu useissa Euroopan maissa, muun muassa Hollannissa (Picavet – Schouten 2003), Isossa-Britanniassa (Carnes ym. 2007), Saksassa (Schmidt – Baumeister 2007) ja Norjassa (Kamaleri ym. 2008a) tehdyissä epidemiologisissa väestötutkimuksissa. Hollantilaisessa aineistossa viimeksi kuluneen vuoden aikana yhden kehonalueen kipua oli kokenut 25 %, kun 29 % raportoi kipua 2–3 alueella ja 21 % neljällä tai useammalla alueella (Picavet – Schouten 2003). Vastaavat luvut norjalaisessa väestössä viimeksi kuluneiden seitsemän päivän aikana koetusta kivusta olivat 17 %, 27 % ja 27 % (Kamaleri ym. 2008c).

Monikipaisuus on tavallista myös työssä olevilla ja eri ammattiryhmissä. Terveys 2000 -aineistoon perustuen suomalaisista 30 vuotta täyttäneistä, työssä olevista runsas kolmannes ilmoitti kipua vähintään kahdella alueella neljästä edeltävän kuukauden aikana (Haukka ym. 2013a; Miranda ym. 2010). Norjalaisista työntekijöistä 62 %:lla oli kipua vähintään kolmella (Kamaleri ym. 2008b) ja Hong Kongissa nostotyötä tekevistä miehistä 64 %:lla vähintään kahdella anatomisella alueella kymmenestä (Yeung ym. 2002). Neljän suuren suomalaiskunnan keittiötyöntekijöistä 73 % raportoi kipua vähintään kahdella alueella seitsemästä edeltäneiden kolmen kuukauden aikana (Haukka ym. 2006). Kreikkalaisista hammaslääkäreistä 35 % raportoi kipua ainakin kahdella alueella neljästä (Alexopoulos ym. 2004) ja sairaanhoitajista, postitoimihenkilöistä ja toimistotyöntekijöistä 66 % vähintään kahdella alueella kuudesta edeltäneen vuoden aikana (Solidaki ym. 2010).

Monikipaisuuden on havaittu olevan yleistä jo teini-iässä. Pohjois-Suomen 15–16-vuotiaiden nuorten syntymäkohortissa 23 % pojista ja 40 % tytöistä raportoi kipua vähintään kolmella alueella seitsemästä edeltäneen puolen vuoden aikana (Paananen ym. 2010).

## Mistä monikipaisuus johtuu?

Monikipaisuuden riskitekijät tunnetaan toistaiseksi puutteellisesti. Naisilla monikipaisuus on yleisempää kuin miehillä (Kamaleri ym. 2008a; Picavet – Schouten 2003) ja esiintyvyys nousee iän mukana (Haukka ym. 2006; Picavet – Schouten 2003).

Norjalaisessa normaaliväestössä tupakointi, ylipaino ja vähäinen liikunta-aktiivisuus olivat yhteydessä kipualueiden lukumäärään (Kamaleri ym. 2008a). Suomalaisessa kunnallisen alan naiskeittiötyöntekijöihin kohdistuneessa kahden vuoden seurantatutkimuksessa havaittiin, että ylipaino ennusti monikipuisuuden lisääntymistä ja toisaalta normaalipainoisuus sen vähenemistä. Vähäinen vapaa-ajan liikunta-aktiivisuus ennusti monikipuisuuden pysyvyyttä (Haukka ym. 2012).

Fyysisellä ja psyykkisellä työkuormituksella on havaittu olevan yhteyttä monikipaisuuteen. Hammaslääkäreillä korkea fyysinen työkuormitus ja vähäiset vaikutusmahdollisuudet työhön olivat yhteydessä kipualueiden lukumäärään (Alexopoulos ym. 2004). Kreikkalaisten sairaanhoitajien sekä posti- ja toimistotyöntekijöiden tutkimuksessa fyysinen työkuormitus, kuten raskaat nostot, työskentely kädet hartiatason yläpuolella, ranteen, käden ja kyynärnivelen toistoliikkeet, portaiden nousu ja polvillaan työskentely, oli selvästi yhteydessä etenkin haittaavien ja toistuvien kipujen lukumäärään. Psykososiaalisilla työolotekijöillä oli vähemmän merkitystä, mutta hyvä työtyytyväisyys oli haittaavilta kivuilta suojaava tekijä (Solidaki ym. 2010). Naiskeittiötyöntekijöillä korkea fyysinen työkuormitus ennusti monikipuisuuden esiintyvyyttä ja pysyvyyttä (Haukka ym. 2012), lisäksi työhön liittyvien psykososiaalisten tekijöiden (työn vaatimukset, vaikutusmahdollisuudet työhön, esimiestuki, työtoverien väliset suhteet, kiire ja stressi) muutokset huonompaan ennustivat monikipuisuuden lisääntymistä ja pysyvyyttä kahden vuoden aikana. Toisaalta myös monikipuisuus lisäsi stressin ja heikkojen vaikutusmahdollisuuksien todennäköisyyttä (Haukka ym. 2011). Monikipuisuus ja psykososiaaliset työolotekijät näyttävät siis olevan vahvasti toisiinsa yhteydessä molempiin suuntiin vaikuttavin yhteyksin.

Gureje ym. (2008) havaitsivat laajaa, 17 maata koskenutta yhdistettyä normaaliväestön kyselyaineistoa tutkiessaan, että ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöt olivat yhteydessä monikipaisuuteen. Kivuttomiin verrattuna kahden tai useamman alueen kipu yli kolminkertaisti kyseisten mielen-terveyden ongelmien esiintyvyyden riskin. Myös suomalaisessa edustavassa väestötöksessä kipualueiden lukumäärän lisääntymisellä oli selvä yhteys työssäkäyvien masentuneisuuteen sekä miehillä että naisilla (Miranda ym. 2011).

Tuoreessa poikkileikkaustutkimuksessa, jossa oli mukana 18 maata ja edustettuna 47 eri ammattia, havaittiin, että kipualueiden lukumäärän kasvaessa vahvistuivat yhteydet sellaisiin riskitekijöihin kuin ikä,

naissukupuoli, psyykkinen hyvinvointi, muut hankalat somaattiset oireet ja fyysisesti kuormittavat työtehtävät (Coggon ym. 2013).

Tunne-elämän ongelmien, käytöshäiriöiden, lyhyen nukkumisajan, korkean fyysisen aktiivisuuden, runsaan istumisen ja tytöillä ylipainon on havaittu olevan yhteydessä teini-ikäisten monikipuisuuteen (Paananen ym. 2010).

## **Miten monikipaisuus vaikuttaa työkykyyn?**

Työkyvyn käsitteelle ei ole olemassa yhtä yksiselitteistä määritelmää. Työkyvyn käsite on myös muuttunut ajan ja tutkimuksen myötä. Mitä enemmän työkykyä ja sen ulottuvuuksia on tutkittu, sen moniulotteisemmaksi kuva työkyvystä on muodostunut. Lääketieteellisesti painottuvasta työkyvyn määrittelystä on siirrytty tarkastelemaan yksilön voimavarojen ja työn vaatimusten tasapainoa (Gould ym. 2006: 17–21).

Yksilön työkyky tai työkyvyttömyys on kokonaisuus, joka muodostuu useasta tekijästä, kuten sairaudesta tai terveydestä, toimintakyvystä ja kunnosta, motivaatiosta ja työn hallinnasta. Työkyky tai työkyvyttömyys yhdistetään tavallisesti käsitteinä sairauten tai terveyteen. Tapaturma- ja sairausperusteisessa sosiaaliturvassa näin tehdään, koska etuuksien saaminen, kuten sairausajan palkka, sairauspäivärahat ja työkyvyttömyyseläkkeet, perustuu tapaturmasta tai sairaudesta aiheutuvaan työkyvyn heikkenemiseen (Elinkeinoelämän keskusliitto 2009: 12).

Tuki- ja liikuntaelinten (tule) sairaudet ovat keskeinen työikäisten sairauspoissaoloja ja erityisesti ikääntyvien työntekijöiden työkyvyttömyyseläkkeitä aiheuttava sairausryhmä. Vuonna 2011 noin kolmannes kaikista Kansaneläkelaitoksen korvaamista eli vähintään 10 arkipäivää kestäneistä sairauslomista sekä työkyvyttömyyseläkkeistä johtui tule-sairauksista. Sairauspoissaoloista arvioitiin aiheutuneen noin 300 miljoonan euron kustannukset (Kansaneläkelaitos 2012: 177, 179–181).

Tutkimuskirjallisuus on aikaisemmin keskittynyt tarkastelemaan pääasiassa tietyn alueen – yleisimmin niska-hartiaseudun tai alaselän – kipujen vaikutuksia työkykyyn. Sen sijaan monikipaisuuden vaikutuksia työkykyyn on tutkittu vähän. Olemassa oleva tieto perustuu pääasiassa koettuun työkykyyn ja itse raportoituihin sairauslomiin.

## Koettu työkyky ja itseraportoidut sairauspoissaolot

Kipualueiden lukumäärällä on havaittu olevan vahva vaikutus koettuun työkykyyn. Tutkimuksessa, joka perustui edustavaan otokseen suomalaisia työkäisiä henkilöitä, havaittiin, että vaikka sosiodemografiset tekijät, fyysinen työkuormitus, ylipaino ja lääkärin kliinisessä tarkastuksessa toteumat sairaudet oli huomioitu, kolme kipualuetta neljästä ilmoittaneilla oli kivuttomiin verrattuna nelinkertainen riski kokea, että he eivät pysty jatkossa selviämään työelämässä; neljä kipualuetta ilmoittaneiden vastaava riski oli viisinkertainen (Miranda ym. 2010). Suomalaisten elintarvikealan työntekijöiden neljävuotis seurannassa monikipuisuus ennusti työkyvyn heikkenemistä jopa voimakkaammin kuin korkea fyysinen kuormitus tai epäedulliset psykososiaaliset työolot (Neupane ym. 2012). Tutkijat havaitsivat selkeän annos-vastesuhteen: mitä useampi kipualue, sitä suurempi heikentyneen työkyvyn riski (Neupane ym. 2011).

Norjalaistutkimuksessa kipualueiden lukumäärä ennusti itse ilmoitettua työkyvyttömyyseläkettä 14 vuoden seurannassa (Kamaleri ym. 2009). Morken ym. (2003) tutkivat kipualueiden lukumäärän vaikutusta itse ilmoitettujen, yli 12 päivää kestäneiden sairauslomien ennustajana. Kun yhden alueen kipu noin kaksinkertaisti poissaoloriskin kivuttomiin verrattuna, kaksi tai useampia kipualueita ilmoittaneilla riski oli yli nelinkertainen. Samaan suuntaan viittaavia tuloksia on saatu tutkimuksissa, joissa on havaittu, että alaselkäkipujen ohella esiintyvä muu liikuntaelinvaiva voimistaa selkäkivun vaikutusta sairauspoissaoloihin (Kääriä ym. 2012; Nyman ym. 2007). Toisaalta samanaikainen niska- ja selkäkivun esiintyminen ei lisännyt selkävaivoista johtuvien sairauslomien määrää eri teollisuuden alojen työntekijöillä (Ijzelenberg – Burdorf 2004).

## Rekisteritietoihin perustuvat sairauspoissaolot ja työkyvyttömyyseläkkeet

Itseraportoituja tietoja ei voida pitää yhtä luotettavina kuin rekisteritietoihin perustuvaa informaatiota. Monikipuisuuden osalta tällaisia rekisteripohjaisia tutkimuksia on toistaiseksi vähän. Tuoreessa Terveys 2000 -aineistoon perustuvassa tutkimuksessa selvitettiin työssäkäyvien suomalaisten (n=3420) kipuja niska-hartiaseudussa, yläraajoissa, alaselässä ja alaraajoissa ja seurattiin heidän sairauspoissaolojensa kehitystä seitsemän vuoden ajan. Verrattaessa henkilöihin, joilla ei ollut kipuja, yksi tai kaksi

kipualuetta kaksinkertaisti, kolme kipualuetta kolminkertaisti ja neljä kipualuetta nelinkertaisti riskin kuulua ryhmään, jolla oli runsaasti Kelan korvaamia, vähintään kymmenen arkipäivää kestäneitä sairauspoissaoloja seuranta-aikana. Sairauspoissaoloja ennustivat myös lisääntyvä ikä, lääkärin toteamat liikuntaelinsairaudet, mielenterveysongelmat, fyysinen työkuormitus ja huonot vaikutusmahdollisuudet työhön sekä unihäiriöt ja lihavuus. Kipujen vaikutus työstä poissaoloihin säilyi kuitenkin, vaikka muut tekijät otettiin huomioon (Haukka ym. 2013a).

Tutkijaryhmä on analysoinut vastaavassa aineistossa myös kyseisten kipualueiden lukumäärän vaikutuksia rekisteriperusteisiin työkyvyttömyyseläkkeisiin, ja tulokset ovat samansuuntaiset monikipuisuuden ennustaessa itsenäisesti ja vahvasti vuosina 2000–2011 ilmaantuneita työkyvyttömyyseläkkeitä diagnoosista riippumatta. Monikipuisuus ennusti vahvimmin tule-sairauksista johtuvaa työkyvyttömyyttä, mutta miesten joukossa se liittyi myös muista somaattista sairauksista johtuvaan eläkkeelle siirtymiseen. Naisilla neljän alueen kipu ennusti mielenterveysongelmista johtuvaa työkyvyttömyyttä (Haukka ym. 2013b).

Norjalaiset tutkijat ovat tehneet samanlaisen havainnon: laaja-alainen kipu oli vahvasti yhteydessä, paitsi työkyvyttömyyseläkkeisiin ylipäättään, myös erityisesti tule-diagnooseista, mutta myös mielenterveyden häiriöistä ja muista diagnooseista johtuviin työkyvyttömyyseläkkeisiin (Øverland ym. 2012).

## **Minkälaiset interventiot soveltuvat monikipuisille?**

Monikipuisille soveltuvista interventioista ja niiden vaikuttavuudesta ei löydy näyttöä. Hakusanoilla ”multisite (tai ”multiple-site”) musculoskeletal pain” & ”intervention” ei löytynyt yhtään osumaa. Sen sijaan kaksi systemaattista Cochrane-kirjallisuuskatsausta kognitiivis-behavioraalisen lähestymistavan sekä liikunnan vaikuttavuudesta fibromyalgian hoidossa oli saatavilla.

Kognitiivis-behavioraalista terapiaa (CBT, cognitive behavioural therapy) verrattiin tavanomaiseen hoitoon (treatment as usual) tai muihin hoitoihin. Katsauksessa oli mukana 23 tutkimusta ja yhteensä 2031 potilasta. Tutkijat toteavat, että kahta tutkimusta lukuun ottamatta tutkimukset olivat heikkolaatuisia. Hoidon loputtua ja noin kuuden kuukauden seurantaajan jälkeen CBT:sta todettiin olevan pientä lisähyötyä verrattuna muihin terapioihin, kun arvioitiin kivun vähentymistä, negatiivista mielialaa ja

toiminnan vaikeutta. CBT:aa on laajasti käytetty erilaisten terveysongelmien, kuten kroonisen kivun hoidossa. Terapian tavoite on muuttaa negatiiviset, pessimistiset ja ongelmaa ylläpitävät ajatukset, kuten esimerkiksi käsitykset, suhtautumistavat, kokemukset, mielikuvat ja odotukset, ja tukea potilaan voimavaroja, kykyä hallita kipuongelmaansa ja tulla toimeen kivun kanssa (Bernardy ym. 2013). Kipukäyttäytymisen muuttamiseen voidaan käyttää esimerkiksi rentoutumista, mielikuvaharjoituksia ja biopalautea (Kalso ym. 2009: 245–251).

Toisessa katsauksessa selvitettiin aerobisen eli kestävyystyyppisen liikunnan, lihasvoimaharjoittelun ja/tai liikkuvuusharjoitusten vaikuttavuutta. Mukana oli 34 tutkimusta ja 2276 henkilöä. Tutkimuksista menetelmällisesti tasokkaiksi luokiteltiin neljä, laadultaan kelvollisiksi 15 ja heikoiksi 14. Loppupäätelmä oli, että kestävyystyyppinen liikuntaharjoittelu, joka on toteutettu American College of Sports Medicinen (ACSM) liikuntasuosituksen mukaisesti, parantaa fibromyalgiapotilaiden kestävyyskuntoa ja yleistä hyvinvointia ainakin lyhytaikaisesti sekä saattaa vähentää kipua ja kipupisteiden paineluarkuutta (Busch ym. 2007).

Käypä hoito -suositus lisää, että yksilöllisenä kotiharjoitteluna kestävyystyyppinen liikunta vähentää ylävartalon kipuilua ja saattaa vähentää ahdistuneisuutta, väsymystä ja jäykkyyden tunnetta. Lihasvoimaharjoittelu saattaa vähentää kipua ja kipupisteiden määrää, kohentaa toimintakykyä ja yleistä hyvinvointia sekä vähentää masentuneisuutta. Liikuntaharjoittelu tulisi toteuttaa nousujohteisesti, tavoitteena kohtuullisesti kuormittava liikunta. Myös moniammatillinen kuntoutus, joka sisältää liikuntaharjoittelua, voi vähentää kipua, väsymystä ja masennusoireita ainakin lyhytaikaisesti (Liikunta: Käypä hoito -suositus, 2012: 12).

## **Työhön paluun edistäminen tule-sairauksissa**

Työhön paluun edistämisestä tule-sairauksiin liittyen on toistaiseksi interventiotutkimuksiin perustuvaa näyttöä kaiken kaikkiaan niukasti. Suurin osa tutkimuksista on kohdistunut selän kiputiloihin. Palmerin ynnä muiden (2012) katsauksessa oli mukana yhteensä 42 tutkimusta, joista 34 oli satunnaistettua interventiotutkimusta (15 hyvälaatuista) ja 8 seurantatutkimusta (2 hyvälaatuisia), joissa kohteena oli työntekijä, työpaikka tai palvelujen järjestäminen. Interventiot sisälsivät liikuntaharjoittelua, fysioterapiaa, käyttäytymisterapiaa, työhön kohdistuvia muokkauksia ja palvelujen järjestämistä. Yleisin yhdistelmä oli harjoittelu ja käyttäytymisterapia (28

tutkimusta), ja 12 tutkimuksessa oli näiden lisäksi mukana myös työhön kohdistuva interventio. Suurin osa katsauksen tutkimusten toimenpiteistä oli siis erilaisia yksilöön kohdistuneita hoitoja. Sairauspoissaoloihin ja työhön paluuseen näillä erityyppisillä toimenpiteillä saatiin vain vähäinen vaikutus.

Työhön kohdistuvilla interventioilla on saatu vaikutuksia sekä yksinään että yhdistettynä yksilöön kohdistuviin toimenpiteisiin. Kanadalaiset tutkijat osoittivat ensimmäisen kerran, että työhön paluuta voitiin edistää vaikuttamalla lääketieteellisen hoidon lisäksi työhön liittyviin tekijöihin (Loisel ym. 1997). Varhaisvaiheessa tehty työhön kohdistuva interventio, kuten työkuormituksen arviointi ja työhön tehdyt muutokset, oli yksinään vaikuttava selkäkipupotilailla (Anema ym. 2007). Lambeekin ynnä muiden (2010) tutkimuksessa verrattiin integroitua hoitoa tavanomaiseen hoitoon kroonisesta selkäkivusta kärsivillä potilailla. Integroitu hoito sisälsi työterveyslääkärin koordinoinnin ja yhteydenpidon muihin terveydenhuollon toimijoihin, työpaikkaintervention (työn havainnointi, työhön paluun esteiden arviointi, priorisointi ja ratkaisujen etsintä; potilas, esimies, toimintaterapeutti) ja asteittaisen aktivoinnin (yksilöllinen, asteittain lisääntyvä harjoitusohjelma, opettaen potilaalle, että kivusta huolimatta aktiivisuuden lisääminen on turvallista). Integroituun hoitoon osallistuneet palasivat vakiintuneeseen työhön nopeammin kuin perinteisen hoidon ryhmässä olleet.

Työterveyslaitoksen tutkimuksessa varhaisella osasairausvapaalla voitiin nopeuttaa työhön paluuta ja vähentää tule-sairauksista johtuvaa työkyvyttömyyttä myös pitkällä aikavälillä. Osasairausvapaalla olleet palasivat 12 päivän kuluttua kokoaikatyöhön, kun tavanomaiselta sairauslomalta palattiin 20 päivän kuluttua. Osasairausvapaalla olleilla oli myös seuraavan vuoden aikana 20 % vähemmän työkyvyttömyyspäiviä ja hieman parempi koettu terveys sekä toimintakyky kuin sairauslomaryhmässä (Shiri ym. 2013; Viikari-Juntura ym. 2012).

## Lopuksi

Tuki- ja liikuntaelimistön monikipaisuus on siis hyvin yleistä. Se näyttää ennustavan itsenäisesti sekä itse ilmoitettuja sairauspoissaoloja ja koettua työkykyä että rekisteritietoihin perustuvia sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyseläkkeitä.

Työkyvyn ennusteen kannalta monikipuiset työntekijät muodostavat selkeästi riskiryhmän. Siksi heidän tavoittamisensa mahdollisimman varhain on tärkeää hoidon, kuntoutuksen ja työkyvyn ylläpitoon tähtäävien toimenpiteiden suunnittelemiseksi ja toteuttamiseksi. Kipualueiden lukumäärän arviointi voisi olla yksinkertainen käytännön työväline työkyvyn heikkenemisen riskin arviointiin esimerkiksi työterveyshuollossa.

Monikipuisille soveltuvien interventtioiden suunnittelu ja vaikuttavuuden arviointi ovat tärkeä tulevaisuuden tutkimuskohde, koska näyttöä monikipuisille soveltuvista interventioista työkyvyn tukemiseksi ei ole. Monikipuisuuden riskitekijätkin tunnetaan vielä puutteellisesti, mutta vaikuttaisi siltä, että monikipuisuutta voitaisiin pyrkiä vähentämään parantamalla elintapoja, kuten välttämällä ylipainoa, lisäämällä liikunta-aktiivisuutta ja huolehtimalla riittävästä unesta. Näyttö kestävyystyyppisen liikuntaharjoittelun ja lihasvoimaharjoittelun vaikuttavuudesta fibromyalgiapotilailla tukee ajatusta, että myös monikipuiset voisivat niistä hyötyä. Työhön liittyviin fyysisiin ja psyykkisiin kuormitustekijöihin tulisi myös kiinnittää huomiota.

Muiden tule-sairauksiin liittyvien interventiotutkimusten perusteella näyttäisi siltä, että pelkästään yksilöön kohdistuvat toimenpiteet eivät ole riittäviä työkyvyn tukemiseksi, vaan tarvitaan toimenpiteitä, jotka kohdistuvat myös työhön. Kaikki monikipuiset eivät kuitenkaan käytä sairauslomia tai päädy työkyvyttömyyseläkkeelle. Ilmiön ymmärtämiseksi ja työkykyä tukevien interventtioiden suunnittelemiseksi tarvitaan tietoa myös siitä, mitkä tekijät suojaavat monikipuisen työkykyä ja mitkä tekijät ovat tärkeitä monikipuisen henkilön työssä selviytymisen kannalta.

## Lähteet

- Alexopoulos, E. C. – Stathi, I. C. – Charizani, F. 2004. Prevalence of musculoskeletal disorders in dentists. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 5, 16.
- Anema, J. R. – Steenstra, I. A. – Bongers, P. M. – de Vet, H. C. – Knol, D. L. – Loisel, P. – van Mechelen, W. 2007. Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial. *Spine*, 32, 291–218; discussion 299–300.
- Bernardy, K. – Klose, P. – Busch, A. J. – Choy, E. H. S. – Hauser, W. 2013. Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.



- Busch, A. – Barber, K. – Overend, T. – Peloso, P. – Schachter, C. 2007. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Carnes, D. – Parsons, S. – Ashby, D. – Breen, A. – Foster, N. E. – Pincus, T. – Vogel, S. – Underwood, M. 2007. Chronic musculoskeletal pain rarely presents in a single body site: results from a UK population study. *Rheumatology (Oxford)*, 46, 1168–1170.
- Coggon, D. – Ntani, G. – Palmer, K. T. – Felli, V. E. – Harari, R. – Barrero, L. H. – Felknor, S. A. – Gimeno, D. – Cattrell, A. – Vargas-Prada, S. – Bonzini, M. – Solidaki, E. – Merisalu, E. – Habib, R. R. – Sadeghian, F. – Masood Kadir, M. ym. 2013. Patterns of multisite pain and associations with risk factors. *Pain*, 154, 1769–1777.
- Croft, P. 2009. The question is not "have you got it"? But "how much of it have you got"? *Pain*, 141, 6–7.
- Davies, H. T. – Crombie, I. K. – Macrae, W. A. 1998. Where does it hurt? Describing the body locations of chronic pain. *Eur J Pain*, 2, 69–80.
- Elinkeinoelämän keskusliitto. 2009. Sairauspoissolojen hallinta. Työkykyä ja työhyvointia. Opas työpaikoille. Saatavissa osoitteesta: <[http://pda.ek.fi/www/fi/tutkimukset\\_julkaisut/2009/SPopas\\_yrityksille.pdf](http://pda.ek.fi/www/fi/tutkimukset_julkaisut/2009/SPopas_yrityksille.pdf)>. (Luettu 25.11.2013.)
- Gould, R. – Ilmarinen, J. – Järvisalo, J. – Koskinen, S. 2006. (toim.). Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus (ETK), Kansaneläkelaitos (KELA), Kansanterveyslaitos (KTL), Työterveyslaitos (TTL).
- Grotle, M. – Croft, P. 2010. More pain, less gain. *Occup Environ Med*, 67, 434–435.
- Gureje, O. – Von Korff, M. – Kola, L. – Demyttenaere, K. V – He, Y. V – Posada-Villa, J. – Lepine, J. P. – Angermeyer, M. C. – Levinson, D. – de Girolamo, G. – Iwata, N. – Karam, A. – Guimaraes Borges, G. L. – de Graaf, R. – Browne, M. O. – Stein, D. J. ym. 2008. The relation between multiple pains and mental disorders: results from the World Mental Health Surveys. *Pain*, 135, 82–91.
- Haukka, E. – Kaila-Kangas, L. – Ojajarvi, A. – Miranda, H. – Karppinen, J. – Viikari-Juntura, E. – Heliövaara, M. – Leino-Arjas, P. 2013a. Pain in multiple sites and sickness absence trajectories: A prospective study among Finns. *Pain*, 154, 306–312.
- Haukka, E. – Kaila-Kangas, L. – Ojajarvi, A. – Saastamoinen, P. – Holtermann, A. – Birk Jørgensen, M. – Heliövaara, M. – Leino-Arjas, P. 2013b. Multisite musculoskeletal pain and disability retirement among Finns. Helsinki. Finnish Institute of Occupational Health. Unpublished.
- Haukka, E. – Leino-Arjas, P. – Ojajarvi, A. – Takala, E. P. – Viikari-Juntura, E. – Riihimäki, H. 2011. Mental stress and psychosocial factors at work in

- relation to multiple-site musculoskeletal pain: A longitudinal study of kitchen workers. *Eur J Pain*, 15, 432–438.
- Haukka, E. – Leino-Arjas, P. – Solovieva, S. – Ranta, R. – Viikari-Juntura, E. – Riihimäki, H. 2006. Co-occurrence of musculoskeletal pain among female kitchen workers. *Int Arch Occup Environ Health*, 80, 141–148.
- Haukka, E. – Ojajärvi, A. – Takala, E. P. – Viikari-Juntura, E. – Leino-Arjas, P. 2012. Physical workload, leisure-time physical activity, obesity and smoking as predictors of multisite musculoskeletal pain. A 2-year prospective study of kitchen workers. *Occup Environ Med*, 69, 485–492.
- Ijzelenberg, W. – Burdorf, A. 2004. Impact of musculoskeletal co-morbidity of neck and upper extremities on healthcare utilisation and sickness absence for low back pain. *Occup Environ Med*, 61, 806–810.
- Kalso, E. – Haanpää, M. – Vainio, A. (toim). 2009. *Kipu*. Helsinki: Duodecim.
- Kamaleri, Y. – Natvig, B. – Ihlebaek, C. M. – Benth, J. S. – Bruusgaard, D. 2008a. Number of pain sites is associated with demographic, lifestyle, and health-related factors in the general population. *Eur J Pain*, 12, 742–748.
- Kamaleri, Y. – Natvig, B. – Ihlebaek, C. M. – Bruusgaard, D. 2008b. Does the number of musculoskeletal pain sites predict work disability? A 14-year prospective study. *Eur J Pain*.
- Kamaleri, Y. – Natvig, B. – Ihlebaek, C. M. – Bruusgaard, D. 2008c. Localized or widespread musculoskeletal pain: does it matter? *Pain*, 138, 41–46.
- Kamaleri, Y. – Natvig, B. – Ihlebaek, C. M. – Bruusgaard, D. 2009. Does the number of musculoskeletal pain sites predict work disability? A 14-year prospective study. *Eur J Pain*, 13, 426–430.
- Kansaneläkelaitos. 2012. *Kelan tilastollinen vuosikirja 2011*. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Kansaneläkelaitos (KELA).
- Liikunta (online). Käypä hoito -suositus. 2012. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysioteri yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavissa osoitteessa: <[www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi)>. Luettu 25.11.2013.
- Kääriä, S. – Laaksonen, M. – Leino-Arjas, P. – Saastamoinen, P. – Lahelma, E. 2012. Low back pain and neck pain as predictors of sickness absence among municipal employees. *Scand J Public Health*, 40(2), 150–156.
- Lambeek, L. C. – van Mechelen, W. – Knol, D. L. – Loisel, P. – Anema, J. R. 2010. Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ*, 340, c1035.
- Loisel, P. – Abenhaim, L. – Durand, P. – Esdaile, J. M. – Suissa, S. – Gosselin, L. – Simard, R. – Turcotte, J. – Lemaire, J. 1997. A population-based,

- randomized clinical trial on back pain management. *Spine*, 22, 2911–2818.
- Miranda, H. – Kaila-Kangas, L. – Ahola, K. 2011. Särkyä ja alakulua – tuki- ja liikuntaelinten kivun ja masennuksen yhteisesiintyvyys Suomessa. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Miranda, H. – Kaila-Kangas, L. – Heliövaara, M. – Leino-Arjas, P. – Haukka, E. – Liira, J. – Viikari-Juntura, E. 2010. Musculoskeletal pain at multiple sites and its effects on work ability in a general working population. *Occup Environ Med*, 67, 449–455.
- Morken, T. – Riise, T. – Moen, B. – Hauge, S. H. – Holien, S. – Langedrag, A. – Pedersen, S. – Saue, I. L. – Seljebø G.M – Thoppil, V. 2003. Low back pain and widespread pain predict sickness absence among industrial workers. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 4, 21.
- Neupane, S. – Miranda, H. – Virtanen, P. –, Siukola, A. – Nygard, C. H. 2011. Multi-site pain and work ability among an industrial population. *Occup Med (Lond)*.
- Neupane, S. – Virtanen, P. – Leino-Arjas, P. – Miranda, H. – Siukola, A. – Nygard, C. H. 2012. Multi-site pain and working conditions as predictors of work ability in a 4-year follow-up among food industry employees. *European journal of pain*.
- Nyman, T. – Grooten, W. J. – Wiktorin, C. – Liwing, J. – Norrman, L. 2007. Sickness absence and concurrent low back and neck-shoulder pain: results from the MUSIC-Norrtälje study. *Eur Spine J*, 16, 631–618.
- Paananen, M. V. – Auvinen, J. P. – Taimela, S. P. – Tammelin, T. H. – Kantomaa, M. T. – Ebeling, H. E. – Taanila, A. M. – Zitting, P. J. – Karppinen, J. I. 2010. Psychosocial, mechanical, and metabolic factors in adolescents' musculoskeletal pain in multiple locations: a cross-sectional study. *Eur J Pain*, 14, 395–401.
- Palmer, K. T. – Harris, E. C. – Linaker, C. – Barker, M. – Lawrence, W. – Cooper, C. – Coggon, D. 2012. Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review. *Rheumatology*, 51, 230–242.
- Picavet, H. S. – Schouten, J. S. 2003. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC(3)-study. *Pain*, 102, 167–178.
- Saastamoinen, P. – Leino-Arjas, P. – Laaksonen, M. – Martikainen, P. – Lahelma, E. 2006. Pain and health related functioning among employees. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 793–798.
- Schmidt, C. O. – Baumeister, S. E. 2007. Simple patterns behind complex spatial pain reporting? Assessing a classification of multisite pain reporting in the general population. *Pain*, 133, 174–182.

- Shiri, R. – Kausto, J. – Martimo, K. P. – Kaila-Kangas, L. – Takala, E. P. – Viikari-Juntura, E. 2013. Health-related effects of early part-time sick leave due to musculoskeletal disorders: a randomized controlled trial. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 39, 37–45.
- Solidaki, E. – Chatzi, L. – Bitsios, P. – Markatzi, I. – Plana, E. – Castro, F. – Palmer, K. – Coggon, D. – Kogevinas, M. 2010. Work-related and psychological determinants of multisite musculoskeletal pain. *Scand J Work Environ Health*, 36, 54–61.
- Viikari-Juntura, E. – Kausto, J. – Shiri, R. – Kaila-Kangas, L. – Takala, E. P. – Karppinen, J. – Miranda, H. – Luukkonen, R. – Martimo, K. P. 2012. Return to work after early part-time sick leave due to musculoskeletal disorders: a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 38, 134–143.
- Wolfe, F. – Clauw, D. J. – Fitzcharles, M. A. – Goldenberg, D. L. – Katz, R. S. – Mease, P. – Russell, A. S. – Russell, I. J. – Winfield, J. B. – Yunus, M. B. 2010. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis care & research*, 62, 600–610.
- Wolfe, F. – Smythe, H. A. – Yunus, M. B. – Bennett, R. M. – Bombardier, C. – Goldenberg, D. L. – Tugwell, P. – Campbell, S. M. – Abeles, M. – Clark, P. ym. 1990. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*, 33, 160–172.
- Yeung, S. S. – Genaidy, A. – Deddens, J. – Alhemood, A. – Leung, P. C. 2002. Prevalence of musculoskeletal symptoms in single and multiple body regions and effects of perceived risk of injury among manual handling workers. *Spine*, 27, 2166–2172.
- Øverland, S. – Harvey, S. B. – Knudsen, A. K. – Mykletun, A. – Hotopf, M. 2012. Widespread pain and medically certified disability pension in the Hordaland Health Study. *European Journal of Pain*, 16, 611–620.

# Omavalvontasuunnitelman kehittämisen tehos-tetun palveluasumisen yksikköön

**Sanna-Mari Koistinen**

Tässä artikkelissa käsitellään erään kunnan ympärivuorokautista hoivaa tarjoavan yksikön ikääntyvien omavalvontasuunnitelman kehittämistä ja sen merkitystä. Omavalvonnalla tarkoitetaan palveluntuottajan itsensä tekemää palvelun ja laadun tarkkailua. Artikkelissa pohditaan myös valvonnan suhdetta palvelujen laatuun.

Lainsäädäntö ohjaa ikääntyneiden palveluita ja velvoittaa kuntia järjestämään asukkailleen riittävät palvelut ja huolenpidon niille, jotka sitä tarvitsevat. Alati kasvavan palveluntarpeen johdosta palveluiden laatuun ja saatavuuteen on alettu kiinnittää huomiota. Väestön ikääntyessä yhä suurempi joukko tarvitsee kunnan järjestämiä lakisääteisiä palveluita, muun muassa ympärivuorokautista hoivaa. Suurin tehostettua palveluasumista tarvitseva ryhmä ovat muistisairaat ikäihmiset. Tästä johtuen hoidon ja palveluiden asiakaslähtöisyyden ja laadun arviointi voi olla haastavaa asiakkaiden heikentyneen kognition takia. Siksi on tärkeää, että valvontavälineitä ja laadunhallintamittareita on kehitetty turvaamaan heidän oikeutensa laadukkaaseen palveluun.

Ikääntyneiden palveluita säädellään ja valvotaan sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön (STM), Valviran ja aluehallintovirastojen (AVI) toimesta. Valviran tehtävänä on myöntää sosiaali- ja terveydenhuollon lupia ja ohjata aluehallintovirastoja. Toiminnan tavoitteena ovat yhdenmukaiset lupa-, ohjaus- ja valvontakäytännöt koko maassa. Yleisestä ohjauksesta ja valvonnasta vastaa STM. Kunnilla on myös oma valvontavastuunsa. Kunnan vastuulla on oman kunnan alueella sijaitsevien yksityisten palveluntuottajien toiminnanvalvonta (L922/2001: 33–35). Kunnalla on myös velvollisuus valvoa omaa toimintaansa. Kunta voi parhaiten täyttää seuranta- ja valvontavaatimukset tehokkaalla ja asianmukaisella omavalvonnalla. STM ja kuntaliitto antoivat ensimmäisen ikäihmisten palveluita koskevan laatusuosituksen vuonna 2001, joka oli informaatio-ohjauksen väline. Vuonna 2008 annettiin toinen laatusuositus, jonka tavoitteet olivat paljon konkreettisemmat, ja seurannan ja arvioinnin tueksi kehitettiin indikaattoreita. Suosituksessa

esitettiin myös määrällisiä tavoitteita esimerkiksi henkilöstömäärästä. Laatusuosituksen kokonaistavoitteena on turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen koko ikääntyneelle väestölle sekä laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville iäkkäille henkilöille (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013: 10).

Kesällä 2013 voimaan tullutta vanhuspalvelulakia odotettiin korkein toivein. Uskottiin, että lain myötä sosiaalipalveluiden tuottajille tulisi konkreettisia määräyksiä ja velvoitteita, joilla taattaisiin kaikille ikäihmisille tasavertaiset mahdollisuudet saada laadukkaita palveluita. Lain tavoitteena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia ja terveyttä ja lisätä mahdollisuuksia vaikuttaa palvelujen kehittämiseen kunnassa. Lain tavoitteena on myös parantaa iäkkäiden henkilöiden mahdollisuutta saada laadukkaita palveluja sekä vaikuttaa saamansa palvelun sisältöön ja toteuttamiseen. Laissa painotetaan muun muassa ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnin, asiakaslähtöisyyden ja valvonnan merkitystä. Vanhuspalvelulaki velvoittaa palvelutuottajia laatimaan omavalvontasuunnitelman ja toteuttamaan omatoimista valvontaa (L2012/980 1§, 23§).

## **Omatoiminen valvonta**

Omavalvontasuunnitelman laatiminen on ajankohtaista monessa kunnassa. Vanhuspalvelulaki (L2012/980) painottaa sitä, että jokaisen sosiaalipalveluita tuottavan yksikön on laadittava omavalvontasuunnitelma ja myös suoritettava omavalvontaa. Omavalvonta on ollut pakollista yksityisille palvelun tuottajille jo vuodesta 2012, ja vuoden 2015 alusta se on sitä myös kunnille.

Omavalvonnalla tarkoitetaan palvelun tuottajan omatoimista valvontaa, jota varten toimintayksikön tulee tehdä kirjallinen suunnitelma. Omavalvontaa tehdään, jotta mahdolliset asiakkaan arjessa näkyvät epäkohdat ja palvelun onnistumisen kannalta epävarmat ja riskiä aiheuttavat tilanteet kyetään tunnistamaan, ehkäisemään ja korjaamaan. Omavalvontasuunnitelmalla tarkoitetaan menettelytapojen kirjallista kuvausta ja siinä käytettäviä asiakirjoja. (Valvira 2012: 13.)

Omavalvontasuunnitelmalla on useita eri funktioita, se ei ole vain valvontaväline. Se toimii myös informaationa asiakkaille ja heidän läheisilleen palvelun sisällöstä ja laadusta. Sen tavoitteena on kuvata organisaation ja toimintayksikön toiminta ja käytännöt, joilla itse valvotaan, että toiminta täyttää sille asetetut vaatimukset. Omavalvontasuunnitelma on julkinen

asiakirja, ja sen on oltava asiakkaan saatavissa. Omavalvontasuunnitelman sisällön tulee noudattaa Valviran asiasta antamaa ohjeistusta.

## **Omavalvontasuunnitelman sisältö**

Omavalvontasuunnitelman tulee sisältää kaikki tärkeä tieto palvelun sisällöstä ja turvallisuudesta, vastuuhenkilöistä sekä siitä, miten eri asioita valvotaan ja miten poikkeamiin reagoidaan. Suunnitelman sisältö voidaan jakaa kolmeen osaan:

- omavalvonnan toteuttamiseen
- palvelun sisällön valvontaan ja
- omavalvonnan asiakirjoihin.

Omavalvonnan toteuttaminen pitää sisällään toimintayksikön ja sen johdon perustiedot, toiminta-ajatuksen, arvot ja toimintaperiaatteet. On tärkeää, että omavalvontasuunnitelmassa on huolellisesti kuvattu toimintayksikön arvot ja toimintaperiaatteet, koska ne ovat perusta koko toiminnalle ja sen laadulle. Vastuuhenkilöiden nimeäminen on olennaista valvontatyön kannalta, jotta henkilöstö ja asiakkaat tietävät kenen vastuulla eri osa-alueiden valvonta on (Valvira 2012: 8–11).

Palvelun sisällön valvonta sisältää kuvaukset siitä, kuinka toimitilojen, henkilöstön osaamisen, laitteiden, hoitotyön ja asiakasturvallisuuden omavalvonta on järjestetty. Esimerkiksi toimitiloista kirjataan tarkasti, millaisia tiloja on käytössä, kenelle ne on tarkoitettu sekä miten ja kuka huolehtii niiden turvallisuudesta. Tärkeää on pohtia eri toimintoja ja palveluita asiakkaan näkökulmasta. Tärkeää on esimerkiksi kuvata, kuinka toimitilat mahdollistavat asiakkaan osallistumisen arjen toimintoihin ja miten asiakas voi itse vaikuttaa ympäristöönsä. Henkilöstöä koskien tehdään kattava kuvaus siitä, millaista asiantuntemusta ja osaamista toimintayksikössä tarvitaan ja kuinka paljon henkilökuntaa tarvitaan, jotta lain vaatima henkilöstömitoitus taataan. Suunnitelmassa myös kuvataan ne käytänteet, joilla taataan korkea ammattitaito, ja kuvataan, miten työhyvinvoinnista huolehditaan ja miten sitä valvotaan (Valvira 2012: 11–17).

Suurin kokonaisuus on asiakastyön sisällön valvonta. Tämä kokonaisuus sisältää selvitykset siitä, kuinka asiakkaan hyvinvointi, ravitsemus, sairaanhoito, lääkehoito ja päivittäinen toiminta sekä virikkeet taataan ja miten näitä osa-alueita valvotaan. Tarkoituksena on siis kuvata toimintayksikön todellista tilannetta ja toimintatapoja eikä kirjata korulauseita

siitä, kuinka asiat tulisi tehdä (Valvira 2012: 17–20). Oma-valvonnan asiakirjoilla tarkoitetaan valvontasuunnitelman liitteitä, joita ovat toimintaohjeet ja erilliset suunnitelmat. Omavalvontasuunnitelmaan tulee liittää muun muassa turvallisuus- ja koulutussuunnitelma ja toimintaohjeet siitä, kuinka toimitaan, kun asiakas sairastuu äkillisesti. Alla olevasta taulukosta käy ilmi omavalvontasuunnitelman sisältö kokonaisuudessaan (Valvira 2012: 21).

| Omavalvontasuunnitelman sisältö                 |  |
|---|--|
| <i>Omavalvonnan toteuttaminen</i>               | <i>Palvelun sisällön valvonta</i>      |
| Palvelun tuottajan tiedot                       | Henkilöstö                             |
| Toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet   | Toimitilat                             |
| Omavalvonnan organisointi ja johtaminen         | Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet |
| Henkilöstön osallistaminen ja perehdytys        | Asiakasturvallisuus                    |
| Asiakkaan ja omaisten osallistuminen            | Asiakkaan asema ja oikeudet            |
| Riskien tunnistaminen ja korjaavat toimenpiteet | Asiakastyön sisällön omavalvonta       |
|   | Asiakastietojen käsittely              |
| + Asiakirjat ja ohjeet                          |  |

Kuvio 1. Omavalvontasuunnitelman sisältö (Valvira 2012: 8–12)

## Omavalvonnalla laatua palveluihin

Laatu on moniulotteinen käsite, jonka määrittelemine ja mittaaminen erilaisissa palveluissa on vaikeaa. Laadukkaan palvelun kriteerit riippuvat siitä, kenen näkökulmasta laatua tarkastellaan. Laadulle ei myöskään ole olemassa yhtä objektiivista mittaria (Laine 2005: 25).

Holman (2003: 13) mukaan laadulla ei ole itsenäistä sisältöä, vaan se on abstraktio henkilön ajatuksissa. Hänen mukaan laatu mielletään positiiviseksi arvoksi ja tavoitteeksi. Siitä johtuen eri tahojen määritelmät ja kokemukset laadusta voivat poiketa toistaan. Siksi onkin tärkeää, että ennen kuin palvelujen laatua tarkastellaan ja kriteerit niille luodaan, on mietitty, mistä näkökulmasta asiaa tarkastellaan. Valviran mukaan sosiaalihuollon laadunhallinnalla tarkoitetaan toiminnan johtamista, suunnittelua ja arviointia sekä toiminnan kehittämistä siten, että sille asetetut laatutavoitteet saavutetaan. Sosiaalihuollossa palvelujen laatua on määritelty lainsäädännössä, laatusuosituksissa sekä Valviran ja aluehallintovirastojen yhteistyössä laatimissa valtakunnallisissa valvontaohjelmissa. Tämän lisäksi palvelujen tuottaja voi itse asettaa omalle toiminnalleen yksityiskohtaisemmat



laatutavoitteet, jotka perustuvat asiakkaiden odotuksiin ja tarpeisiin, toimintaympäristön asettamiin vaatimuksiin ja käytössä oleviin resursseihin. (Valvira 2012: 6.) Vuonna 2013 julkaistussa laatusuosituksessa korostetaan palvelujen laatua hyvän elämänlaadun lisäksi. Siinä palvelujen laadulla tarkoitetaan palvelun kykyä vastata asiakkaiden selvitettyihin palvelutarpeisiin järjestelmällisesti ja vaikuttavasti. Laadukas palvelu näin ollen ylläpitää tai parantaa asiakkaan toimintakykyä ja turvaa hyvän elämänlaadun. Hyvän laatuinen palvelu on oikea-aikainen, vaikuttava ja asiakaslähtöinen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013: 10).

Palveluasumisyksikössä ikääntyneiden palveluiden laatua voidaan tarkastella monesta näkökulmasta. Henkilöstön näkökulmasta laatua voidaan arvioida tutkimalla, miten asiakkaat saavat tarpeitaan vastaavia palveluja. Palvelujen järjestäjän näkökulmasta voidaan arvioida, pystytäänkö asiakkaiden tarpeisiin vastaamaan käyttäen mahdollisimman optimaalisesti voimavaroja. Asiakkaan näkökulmasta laatua arvioidaan henkilökohtaisen kokemuksen (Laine 2005: 33).

Asiakkaan kokemaa laatua voidaan mitata asiakastyytyväisyyskyselyin. Mittarina voidaan myös käyttää valitusten määrää. Asiakastyytyväisyyden mittaaminen voi olla haasteellista yksiköissä, joissa asiakkaina on muistisairaita. Tällöin on hyvä suorittaa omaistyytyväisyyskysely, jotta saadaan toiminnan ulkopuolisen henkilön mielipide julki. Osaamisen laatua voidaan arvioida henkilöstön osaamisen kehittämistä ja ylläpitoa tarkastelemalla. Mittarina voidaan käyttää muun muassa koulutussuunnitelmaa ja toteutuneita koulutuspäiviä sekä henkilöstön pysyvyyttä. Teknistä laatua (työnlaatua) voidaan tarkastella erilaisten prosessikuvausten avulla, joilla voidaan todentaa kaikki prosessin vaiheet ja huomata sekä ennakoita ongelmatilanteet. On havaittu, että valvonta lisää palveluiden laatua ja tietoisuutta laadusta. Valvontatyön kautta, oli se omavalvontaa tai ulkopuolisen tahon tekemää auditointia, voidaan huomata epäkohdat toiminnassa ja korjata ne. Siksi omavalvontasuunnitelma on hyödyllinen laadunvarmistuksen työkalu palvelujen tuottajalle. Samalla se antaa myös laatulupauksen asiakkaalle palvelujen sisällöstä ja laadusta.

## **Omaevalvontasuunnitelman toteutus kuntasektorin ympärivuorokautisen hoivan toimintayksikköön**

Seuraavaksi käsitellään erään kunnan 36 asukaspaikkaisen ikääntyneiden tehostetun palveluasumisyksikön omaevalvontasuunnitelman kehittämistä.

Palveluyksikössä asuu eri-ikäisiä ikäihmisiä, joilla on keskivaikkea tai vaikea muistisairaus ja/tai alentunut toimintakyky.

Omaavontasuunnitelman suunnittelu ja toteutus aloitettiin vuoden 2013 huhtikuussa kehittämiskokouksella, johon osallistuivat ikääntyneiden palvelualueen johtaja, palveluasumisyksikön esimiehet ja projektipäällikkö. Tämän kokouksen aiheena oli omaavontasuunnitelman kokonaisaikataulu, henkilö- ja muut resurssit ja suunnitelman tekninen toteutus. Kokouksessa sovittiin, että ensimmäisen luonnoksen tuli olla valmis kesäkuun loppuun mennessä. Kun kehittämistyön aikataulu oli sovittu, jäi pohdittavaksi kehittämistyöryhmän kokoonpano. Asiaa pohdittiin pitkään, koska toiveena oli, että työntekijät kyseisessä toimintayksikössä voisivat olla itse mukana työstämässä omaavontasuunnitelmaa. Tämä olisi ollut tärkeää työntekijöiden osallistamisen ja omaavontaidean tarkoituksen juurruttamiseksi toimintayksikköön. Valitettavasti tätä ideaa ei pystytty täysin toteuttamaan muun muassa tulevan lomakauden takia. Kehittämistyöryhmä päätyi yksimielisesti siihen, että ensimmäinen luonnos tehtäisiin pääosin kehittämisryhmän jäsenien kesken ja projektipäälliköllä olisi vastuu suunnitelman laatimisesta.

Kehittämistyöryhmän toiveena omaavontasuunnitelman teknisestä toteutuksesta oli helppokäyttöisyys. Tärkeimpänä pidettiin, että suunnitelma olisi helppo päivittää. Yhtenäinen mielipide oli siitä, että omaavontasuunnitelman tulee olla sähköisessä muodossa. Keskustelua käytiin muun muassa sähköisen laatukäsikirjan toteuttamista, jonka yksi osa omaavontasuunnitelma olisi. Ehdotus sai enemmistön kannatuksen, mutta koska toteutusaikataulun koettiin olevan niukka näin mittavaan projektiin, tästä ehdotuksesta luovuttiin. Työryhmä päätyi siihen, että paras tapa tässä toimintayksikössä oli tehdä omaavontasuunnitelma PDF-muotoiseksi omaksi asiakirjaksi. Tässä muodossa omaavontasuunnitelma olisi helppo päivittää ja sen voisi myös lisätä organisaation kotisivuille ja intranettiin. Myös tarvittava tekninen osaaminen löytyi omasta yksiköstä, joten lisäkustannuksia teknisestä toteutuksesta ei syntynyt.

## **Kehittämisen vaiheet olivat seuraavat:**

**VAIHE I.** Kehittämissuunnitelman laatiminen. Kehittämissuunnitelmasa kiteytettiin omaavontasuunnitelman tarkoitus ja tavoitteet sekä vaikutukset. Projektisuunnitelmaan laadittiin myös tarkka aikataulu ja koottiin kaikki sähköisessä muodossa oleva ajantasainen tieto. Ensimmäiseksi

omavalvontasuunnitelman luonnokseen määritettiin organisaation ja toimintayksikön vastuuhenkilöt ja heidän tehtävänsä sekä toimintayksikön toimintaperiaatteet ja arvot. Sen jälkeen edettiin loogisesti valmiin valvontaohjelman rungon mukaan, jolla taattiin että kaikki tarpeellinen tieto kirjataan ylös.

VAIHE II. Ensimmäinen luonnos omavalvontasuunnitelmasta laadittiin touko-kesäkuun aikana 2013. Sisältö mukaili hyvin Valviran valmista runkoa, jossa oli huomioitu asiakkaan, hoitotyön ja palveluiden johtamisen näkökulmat. Omavalvontasuunnitelmaan kuvattiin tarkasti palveluyksikön toiminta ja palvelut sekä niiden valvonta. Omavalvontasuunnitelman luonnos, tarvittavat liitteet ja ohjeet ladattiin organisaation intranettiin, jossa ne olivat johdon, esimiesten ja tiimivastaavien nähtävissä. Edellä mainituilla henkilöillä oli mahdollista tehdä kehittämis ehdotuksia luonnokseen, jonka pohjalta luonnosta korjattiin.

VAIHE III. Luonnoksen tarkistaminen ja kehittäminen. Kehittämistyöryhmä koki luonnoksen rakenteen liian rikkonaisena ja toivoi, että asiakokonaisuuksia yhdistettäisiin toisiinsa. Myös asiavirheitä löytyi, jotka vaativat oikaisua.

VAIHE IV. Omavalvontasuunnitelman toinen luonnos. Suunnitelman toinen luonnos tehtiin lokakuussa 2013. Saatu palaute auttoi ja ohjasi työskentelyä. Palautteeseen omavalvontasuunnitelman jäykkyydestä ja kaavamaisuudesta vastattiin järjestämällä suunnitelman sisältöä uudestaan. Asiakokonaisuuksia muun muassa yhdistettiin, jolloin saatiin kokonaisuudesta ehyt.

VAIHE V. Omavalvontasuunnitelman toinen luonnos liitteineen ladattiin organisaation intranettiin lokakuussa 2013 kommentointia varten. Joulukuussa 2013 luonnosta muokattiin vielä. Omavalvontasuunnitelma julkaistaan kyseisen kunnan internetsivuilla, kun se on hyväksytty.

## Lopuksi

Tässä artikkelissa on käsitelty ajankohtaista velvoitetta laatia omavalvontasuunnitelma ikääntyneiden ympärivuorokautista hoivaa tarjoavalle yksikölle. Omavalvontasuunnitelman laatiminen oli antoisa ja opettavainen

projekti. Se vaati syvällistä perehtymistä ympärivuorokautisen hoivan laatuun, oman organisaation palvelujärjestelmään ja valvontamenettelyihin.

Laadittu omavalvontasuunnitelma mukaili tarkasti Valviran antamia määräyksiä ja ohjeistuksia, kuitenkin siten, että se palveli parhaalla mahdollisella tavalla toimintayksikköä. Suunnitelmassa nostettiin vahvasti esiin asiakkaan näkökulma. Kaikkia ratkaisuja laatuun ja palveluihin liittyen pohdittiin asiakkaan kokemana ja näkemänä. Lisäksi pohdittiin, kuinka asiakas osallistetaan toimintaan. Suunnitelmasta pyrittiin tekemään hyvin seikkaperäinen ja toimintaa tarkasti kuvaileva, jotta asiakkaat ja heidän omaisensa pystyisivät hyödyntämään omavalvontasuunnitelmaa palvelulupauksen muodossa. Suunnitelmassa painotettiin myös toimintayksikön arvoja ja toimintaperiaatteita, joihin hoiva ja kuntoutus perustuvat.

Sosiaalialan omavalvonnasta ei ole saatavilla muita kuin valvontaviranomaisten julkaisuja. Yleisesti sosiaalipalveluiden valvonnasta on saatavilla jonkin verran kirjallisuutta, joten omavalvontasuunnitelma kehitettiin ja luotiin Valviran määräysten ja ohjeistuksen mukaisesti. Uskon, että mikäli omavalvontasuunnitelman laatimisesta löytyisi kirjallisuutta ja kokemustietoa enemmän, olisi suunnitelman luominen ollut vaivattomampaa ja turhilta virheiltä olisi säästytty. Suurimmat haasteet laadintatyössä olivat kiireinen aikataulu, valmiiden ohjeiden paikkaansa pitämättömyys sekä laadintatyöhön osallistuneiden pieni määrä. On hyvä muistaa, että laajamittaiseen projektiin tulee osoittaa riittävät ajalliset resurssit. Ihanteellista olisi myös ollut, että toimintayksikön henkilökunta olisi voinut osallistua suunnitelman laadintaan, jotta valvontaidea olisi juurtunut jo hyvissä ajoin toimintayksikön käytäntöihin.

Omavalvontasuunnitelman sisällöstä laajimman asiakokonaisuuden muodostavat hoitotyön toteuttaminen ja sen valvontaa sekä henkilöstöä koskevat aiheet. Näiden kirjaaminen oli myös kaikkein työläin vaihe, sillä kaikki osa-alueet tuli kirjata hyvin yksityiskohtaisesti. Laadintatyötä hidsativat muun muassa valmiiden ohjeiden virheellisyydet sekä puutokset. Tästä oli tosin se hyöty, että kaikki olemassa olevat ohjeet, määräykset, seurantakaavakkeet ja listat käytiin läpi, osa niistä päivitettiin ja osa poistettiin käytöstä. Toisin sanoen jo omavalvontasuunnitelman tekovaiheessa pystyttiin tekemään tärkeää laadunhallintatyötä.

Projektin läpiviemisessä yhtenä suurimpana haasteena oli aikataulujen yhteensovittaminen projektiryhmän kanssa. Lisäksi kehittämishankkeen ajankohdaksi valikoitui juuri lomakausi. Tämä aiheutti sen, että vain osa toimintayksikön henkilökunnasta pystyi osallistumaan projektin suunnitteluun ja toteuttamiseen. Tärkeää olisi, että koko henkilöstö olisi voinut

osallistua kehittämään omavalvontasuunnitelmaa. Jos henkilökunta olisi pystynyt osallistumaan kehittämisprojektiin, se olisi ehkä innostanut heitä paremmin omavalvonnan suorittamiseen. Pelkona on, että omavalvonnasta ja sen toteuttamisesta tulee heille vain ohjeistettu ja pakollinen työväline ja sen perimmäinen syy unohtuu.

Yleisesti valvonta nähdään merkitykselliseksi laadunvarmistuksen tekijäksi, oli kyseessä sitten omavalvonta tai ulkopuolisen tekemä valvonta. Tärkeää on myös se, että asiakasryhmä kykenisi osallistumaan hoitonsa suunnitteluun. Toistaiseksi näyttää siltä, että vie aikaa, ennen kuin omavalvonta juurruttaa oman paikkansa valvontavälineenä ja laadunmittarina, mutta hyvään alkuun on jo päästy. Ehkä valvonta koetaan edelleen negatiivisena asiana, välttämättömänä pahana, eikä nähdä sen varsinaista tarkoitusta eli laadun edistämistä. Omavalvonta voisi olla neutraalimpi muoto tehdä valvonta ja laatutyötä, koska silloin siitä vastaa palveluntuottaja itse eikä valvontaviranomainen.

Omavalvontasuunnitelman kehittäminen toimintayksikköön edesauttoi jo luomisvaiheessa poistamaan virheellisiä dokumentteja ja hyödynytti toimintayksikköä suoraan siten. Vasta tulevaisuudessa saamme nähdä, onko omavalvonnasta tullut osa henkilöstön ajattelu- ja toimintatapoja sekä parantuvatko palvelujen laatu ja asiakastyytyväisyys valvonnan myötä.

## Lähteet

- Holma, T. 2003. Laatu vanhustyön arkeen – suunta ja välineet kehittämistyöhön. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Laine, J. 2005. Laatu ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. Helsinki: STAKES.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980.
- Laki yksityisistä sosiaalipalveluista 922/2011.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Tampere: Yliopistopaino.
- Valvira 2012. Omavalvonta yksityisissä sosiaalipalveluissa. Saatavissa osoitteessa: <[http://www.valvira.fi/files/tiedostot/v/a/Valvira\\_ohje\\_7\\_2012\\_.pdf](http://www.valvira.fi/files/tiedostot/v/a/Valvira_ohje_7_2012_.pdf)>. Luettu 24.10.2013.
- Valvira 2012. Yksityisten sosiaalipalvelujen tuottajien omavalvontasuunnitelman laatimista, sisältöä ja seuranta koskevat määräykset. Saatavissa osoitteessa: <[http://www.valvira.fi/files/tiedostot/m/a/Maarys\\_%20omavalvontasuunnitelmasta.pdf](http://www.valvira.fi/files/tiedostot/m/a/Maarys_%20omavalvontasuunnitelmasta.pdf)>. Luettu 24.10.2013.

# Aulaemäntätoiminnan tausta ja kehittäminen hoivakodissa

## TIINA SUOSOLA

Tässä artikkelissa käsitellään hoivakodin aulaemäntätoimintaa ja sen tulevaisuutta. Seniorien määrä ja hoitoalan työvoimapula ovat tulevaisuuden haasteita, joita kunnat pyrkivät ratkaisemaan. Kasvavasta työttömyydestä huolimatta sosiaali- ja terveysalalle on ollut vaikeuksia saada pätevää työvoimaa. Yksi työllisyyden hoidon väline on sosiaalisten hankintojen ja palveluinnovaatioiden kehittäminen.

Vanhusten hoidossa tapahtuva aulaemäntätoiminta voidaan nähdä sosiaalisena innovaationa. Aulaemäntätoimintaan työllistetään työ kuntoutuksessa olevia henkilöitä, jotka ovat jonkin terveydellisen rajoitteen vuoksi joutuneet luopumaan palkkatyöstä. Aulaemännät ovat työttömiä työnhakijoita kuntouttavassa työtoiminnassa, he eivät siis ole työsuhteessa hoivakotiin tai kaupunkiin. He saavat työttömyyskorvausta ja ylläpitokorvausta. (Karjalainen 2012.) Kuntoutujat työllistetään tehtäviin, joissa ei vaadita hoitoalan koulutusta.

Tässä artikkelissa tarkasteltavassa hoivakodissa työn muoto on aulaemäntätoiminta, jossa aulaemännän tehtävänä on ideoida ja toteuttaa asukkaiden viihtymistä lisäävää aktiviteettia. Aulaemännät eivät korvaa viriketoiminnan ohjaajia vaan tuottavat yksikköön arkisia ohjelmia, kuten lehden lukua, spontaania muistelua ja ruoanvalmistushetkiä, eli tuovat kodinomaista toimintaa hoivakotiin. Hoivakodissa aulaemäntien työ on asukkaiden elämänlaadun, viihtyvyyden ja turvallisuuden parantamista. Heidän toiminnalleen on lähiesimiehen ja henkilöstön vahva tuki. Heillä on tunnistettu paikka henkilöstön joukossa sekä lupa toteuttaa omaa tehtäväänsä ja työtään vapaasti. (Kattainen 2012.)

## Aulaemäntätoiminnan taustaa

Sosiaali- ja terveysministeriön (2012) laatusuositus tukee kuntia kehittämään ikäihmisten palveluja paikallisista tarpeista ja voimavaroista lähtien. Suosituksessa linjataan hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen palvelurakenteen kehittämisessä suhteessa henkilöstömäärään ja osaamiseen sekä

asumishoivaympäristöön. (Sosiaali- ja terveysministeriö 235/2012.) Palvelutarpeen kasvu ja ikääntyvän hoitohenkilöstön aiheuttaman poistuma lähivuosina aiheuttavat vaikeuksia rekrytoinnissa. Jotta ammattitaitoisen ja riittävän hoitohenkilöstön saatavuus voitaisiin varmistaa, on lisäksi kehitettävä henkilöstörakennetta sekä työoloja ja -ehtoja niin, että ala olisi mahdollisimman houkutteleva. Tällöin palvelut voitaisiin turvata alueellisesti. Suunnitelma työvoiman käytöstä ja liikkumisesta on myös tehtävä alueellisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Vanhustenpalvelujärjestelmän uudistumisessa on tavoitteena asiakkaan ja omaisten näkökulmasta eheä palvelukokonaisuus. Hoidossa ja kuntoutuksessa on tavoitteena oikea-aikaisuus, sujuvuus ja tehokkuus. Pitkäaikaishoidossa tavoitellaan yksiportaista kodinomaista asumista ja elämistä. (Espoon kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi 2009.) Kaupungin vanhustenpalveluja kehitetään pitkäaikaishoidon työntekijöiden kehittämisen asiakaskonseptin mukaisesti. Jotta vanhustenpalvelujen asiakkaat voisivat elää täyttää elämää, hoito- ja asumisyhteisöjen tulee olla täynnä elämää. Uudessa palvelukonseptissa asiakas on aktiivinen toimija. (Espoon kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi 2009.)

Aulaemäntätoiminta vaikuttaa myös ikääntyneiden elämään turvallisuuden kannalta. Asukasturvallisuus ikääntyneiden laitoshoidossa on oleellinen laatutekijä (Salmi 2011). Sosiaali- ja terveysministeriö linjaa turvallisuuskulttuurin keskeiseksi vahvistamisen tehtäväksi asukas- ja potilasturvallisuuden (Idänpää – Heikkilä 2005; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009: 3). Turvallisuus koostuu sisäisestä ja ulkoisesta turvallisuudesta. Sisäinen turvallisuus perustuu omaan itseen ja luottamukseen toisiin ihmisiin. Pelko, uhka ja ahdistus vähentävät sisäistä turvallisuuden tunnetta. Hoitoympäristön asianmukaisuus ja vaarattomuus taas ovat ulkoista turvallisuutta. Nämä kaksi, sisäinen ja ulkoinen turvallisuus, nivoutuvat tiiviisti toisiinsa. Hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevan on pystyttävä luottamaan henkilökunnan ammattitaitoon ja hoitoympäristön turvallisuuteen. (Anttila ym. 2011.)

Aulaemäntätoiminta sopii työyhteiskunnan jatkuvaan muutokseen. Suuret ikäpolvet ikääntyvät kovaa vauhtia, ja on mietittävä keinoja, kuinka heidät saadaan jaksamaan työelämässä mahdollisimman pitkään. Samalla on pystyttävä tarjoamaan nuorille mahdollisuus päästä työelämään kiinni. Toisaalta ikääntyvä Suomi tarvitsee paljon lisää auttavia käsiä suurten ikäluokkien hoivapalveluissa, jossa jo tällä hetkellä on pula eriasteisista hoitoalan koulutetuista työntekijöistä.

Aulaemäntätoiminnasta voisi kehittyä jopa oma ammattiryhmänsä. Työ ei vaadi hoitoalan pitkää koulutusta. Aulaemäntätoiminta voidaan nähdä esiasteena sosiaaliselle yrittäjyydelle, jonka kaltaista tarvittaisiin muuttuvassa työyhteiskunnassa. Tällä hetkellä toiminnalla ei ole vakiintunutta asemaa työnä. Aulaemäntätoiminta voisi toimia ponnahduslautana uranvaihtajille niin hoiva-avustaja koulutukseen kuin lähi- tai sairaanhoitajakoulutukseenkin. (Kattainen ym. 2012.)

Hoivakodin osastojen hoitajamitoituksen ollessa 0.59 hoitajaa/asiakas on huomion kiinnittäminen turvallisuuteen tärkeää. Kataisen (2012) mukaan asiakkaat joutuvat viettämään päivänsä päiväsalissa vain televisiota katsellessa ilman aulaemäntätoimintaa. Levottomuus päiväsalissa on selkeästi vähentynyt aulaemäntätoiminnan alettua vuonna 2007. Tämä on luonut turvallisuutta asiakkaiden ja omaisten keskuudessa jonkin verran, nyt olisikin hyvä lähteä miettimään, miten toiminnalla voitaisiin vielä lisätä asukkaiden turvallisuutta ja viihtyvyyttä.

Osastolla voidaan arvioida olevan erilainen ilmapiiri silloin, kun aulaemännät ovat paikalla. Hoitajien on helpompi viedä asiakas päiväsaliiin viettämään aikaa, kun tietää, että siellä on joku vastassa ja että asiakkaille on muutakin tekemistä kuin TV:n seuraaminen vierivieressä. (Kattainen 2012.)

## **Muuttuva toimintaympäristö**

Toimintaympäristöä kartoitetaan muuttujilla, jotka tulevat PESTE-analyysin kautta. Niillä kuvataan toimintaympäristöön vaikuttavia poliittisia, ekonomisia, sosiaalisia, taloudellisia ja ekologisia asioita, kuten esimerkiksi lakeja tai asenteita ja arvoja. Kartoituksen kohteena ovat kaikki tekijät, jotka voivat jollain tasolla, kuitenkin oleellisesti, vaikuttaa toimintaympäristöön sekä toimintaan nyt ja tulevaisuudessa. Muuttujien avulla pyritään etsimään heikkoja signaaleja, ja näitä signaaleja käyttämällä pyritään muodostamaan mahdollisia tulevaisuudenskenaarioita.

Tiihosen (2008) mukaan skenaariot ovat oletuksiin perustuvia, toisaan seuraavien tapahtumien kuvauksia. Niissä hyödynnetään monia tieteenaloja ja niistä tulevia tekniikoita. Ne on laadittu, jotta voitaisiin kiinnittää huomiota syy-yhteydellisiin prosesseihin sekä päätöksentekohetkiin. Skenaariot ovat perusteltuja tarinoita tulevaisuudesta. Ne ovat selkeitä ja johdonmukaisia, keskenään sisäisesti loogisia ja erilaisia sekä olennaisia asioita käsitteleviä. Skenaariot ovat strategiaan peruskysymyksiin liittyviä,



haastavia ja mielekkäitä kuvauksia tulevaisuudesta. Niitä voidaan laatia esimerkiksi mahdollisuuden näkökulmasta: mikä on uskottavaa, mikä on toivottavaa tai mikä meitä uhkaa?

Heikko signaali on vihje tulevaisuudessa viriävästä uhkasta tai mahdollisuudesta. Se on ilmiö, se voi vaikuttaa laajetessaan merkittäväksi toimintaan. Ne ovat ohittamaton mahdollisuus kehittää toimintaa ylihuomisen toiveisiin ja tarpeisiin – uhkiin ja mahdollisuuksiin. (Silván 2006.)

Poliittisina muuttujina aulaemäntätoiminnalle voidaan pitää lakia 28.12.2012/980 ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Lain tulisi taata, että iäkkäät ihmiset saisivat laadukasta ja yksilölähtöistä hoitoa ja hoivaa yhdenvertaisesti koko Suomessa. 1.7.2013 voimaan astunut laki velvoittaa ”palveluntarjoajat toteuttamaan pitkäaikaista hoitoa ja huolenpitoa turvaavat sosiaali- ja terveyspalvelut niin, että iäkäs henkilö voi kokea elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi ja että hän voi ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta sekä osallistua mielekkääseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan.” (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.)

Laki kuntouttavasta työtoiminnasta on niin poliittinen, ekonominen kuin sosiaalinenkin muuttuja. Valtio maksaa kunnille avustusta järjestettyä kuntouttavasta työtoiminnasta suoritettujen päivien perusteella, mutta samalla se velvoittaa kuntia järjestämään kuntouttavaa työtoimintaa valtion tuella. Henkilö, joka on kuntouttavan työtoiminnan piirissä, ei ole työ tai virkasuhteessa työtoiminnan järjestäjään. Sosiaalisesti muuttujaksi sen tekee työtoimintaan osallistuvan henkilön syrjäytymisen ehkäiseminen, ja sen on tarkoitus parantaa henkilön elämänhallintaa sekä luoda edellytyksiä työllistymiselle. (Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 2.3.2001/189.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut useita suosituksia koskien ikäihmisten palveluita ja hoitoa. Laajin näistä on ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus (2001). Kyseisessä oppaassa käsitellään laajasti niin palveluiden järjestämistä, toteuttamista, henkilöstömitoitusta kuin johtamista. Lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut suosituksia niin ravitsemuksesta, saattohoidosta kuin kuntouttavasta työotteesta ikääntyneiden parissa. Sosiaali- ja terveysministeriön lisäksi Valvira (2008) asettaa vaatimuksia hoivalaitosten toiminnalle, omavalvontasuunnitelman on tarkoituksena olla laadun valvonnan ja kehittämisen päivittäinen väline.

Ekonomisiksi muuttujiksi kuntouttavan työtoiminnan ohella voidaan katsoa valtion rahoituksen kuntaosuus. Valtionosuus on valtionosuuslain

(1147/1996) ja asetuksen kuntien valtionosuudesta (1271/1996) nojalla Suomen valtion ja kunnan väliseen kustannustenjakoon säädetty tulojentasausrjestelmä. Valtionosuudet ovat laskennallisia ja määräytyvät esimerkiksi kunnan väestön ikärakenteen tai opetuksen oppilasmäärien ja eri palveluiden yksikkökustannusten perusteella. Valtionosuuksien tarkoituksena on turvata kuntien vastuulla olevien julkisten palvelujen järjestäminen koko maassa. Kuntien tärkeimpiä tulolähteitä ovat verotulot ja valtionosuudet. Vuonna 2013 kuntien valtionosuus peruspalveluissa sisältää muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon laskennalliset kustannukset (VM 2013).

Suomen ikärakenne muuttuu suurien ikäluokkien ikääntyessä, ja näin ollen myös ikääntyneiden määrä lisääntyy. Tämä aiheuttaa paineita vanhustenhuoltoon joka puolella Suomea. Espoo on Suomen toiseksi suurin kaupunki (Väestörekisterikeskus 2011), ja sen haasteena on väestön nopea ikääntyminen. Väestöennusteen mukaan 75 vuotta täyttäneiden osuus kasvaa 6000:llä vuoteen 2020 mennessä. Työttömyyslukuista huolimatta on Espoolla ollut haasteita pätevän työvoiman saamisessa sosiaali- ja terveysalalle. Aulaemäntätoiminta vapauttaa hoitohenkilökuntaa viriketoimien järjestämisestä heidän perustehtävänsä, hyvän ja turvallisen hoivan antamiseen.

Arvot ja asenteet vanhustyötä kohtaan ovat muuttumassa. Julkisuudessaakin puhutaan paljon siitä, onko vanhustenhoito vain elämän ylläpitoa vai voiko hoivaosastoilla elämä olla elämisen arvoista ja rikasta. Yksi elämänlaadun tärkeimmistä osa-alueista laitoksessa asuvalle vanhukselle on aktiviteettien tarjonta (Räsänen 2011.) Myös kaupunki omalla palveluperiaatteellaan – ”Täynnä elämää, täyttä elämää pitkäaikaishoidossa” – haluaa vaikuttaa tähän asenne- ja hoitokulttuurien muutokseen. Tällä palveluperiaatteella tarkoitetaan, että asukas on oman elämänsä asiantuntija ja että hänen toiveensa ovat osa arkea. (Espoon kaupunki 2013.) Palveluperiaate on havainnollistettu seuraavanlaisesti:



Kuvio 1. Pitkäaikaishoidon palvelulupaus

Teknologisiksi muuttujiksi voidaan katsoa kaikki tekijät, mitkä voivat helpottaa toimintaa hoivakodissa ja joilla on arvoa asukkaana elämän laadun kannalta. Teknologian ja tietokoneiden käyttö on yleistynyt nopeasti, ja trendiksi on muodostunut tiedon ja palveluiden jakaminen tietoteknologisin keinoin. Kovin kattavasti ei iäkkäintä väestöä tutkittu. Intosalmi ynnä muut (2013) selvittivät kyselytutkimuksella 75–89-vuotiaiden tietoteknologian käyttöä sekä siihen vaikuttavia asioita ja asenteita teknologiaa kohtaan. Tutkimuksesta käy ilmi, että iäkkäät suomalaiset eivät pääse samalla tavalla osallisiksi tietoyhteiskunnan palveluista kuin muu väestö. (Intosalmi ym. 2013.) Tilanteen parantamiseksi on kehitetty erilaisia palveluja.

Hyvinvointi-TV on virtuaalinen hyvinvointipalvelu, jonka on tarkoitus auttaa ikääntyvää ja hänen läheisiään. Sen tarkoituksena on tuoda turvaa, virkistystä ja osallistumisen mahdollisuutta ikääntyvälle, joka tarvitsee apua ja tukea selviytyäkseen itsenäisesti kotona. Se on saanut alkunsa EE-VA-hankkeen osaprojektina 2005–2007 aktiivisen kuntalaisen aloitteesta. Hyvinvointi-TV:n alkuperäisenä tavoitteena oli edistää iäkkään omaishoitajan hyvinvointia ja elämänlaatua vahvistaen hänen voimavarojaan, tietojaan ja taitojaan sekä kartuttaa hänen sosiaalisia suhteitaan.

Vuosina 2006–2007 korkeakoulut, kunnat, yritykset ja kolmannen sektorin toimijat kehittivät yhdessä ikääntyvien kanssa KOTIIN-hankkeessa

interaktiivisen hyvinvointi-TV:n virtuaalisia palveluja. Hyvinvointi-TV:tä käytetään myös hoivakodeissa virkistykseen ja osallistamisen apuvälineenä. Hyvinvointi-TV toimii omaan televisioon liitettävällä kosketusnäytöllä ja pienellä kameralla. Hyvinvointi-TV on kaksisuuntainen laajakaistayhteys, jolla ikääntynyt voi olla reaaliaikaisessa yhteydessä Hyvinvointi-TV:n henkilökuntaan. Hyvinvointi-TV:n tekniikkaa jatkokehitettiin omassa projektissaan vuonna 2010. Ikäihmisiä haastatteleamalla kartoitettiin tällöin kokemuksia ja mielipiteitä siitä, millaisena he olivat palvelun kokeneet, mitä siihen tarvitaan lisää tai mitä tulisi muuttaa. (Mäki 2011.)

Ropponen (2012) puolestaan on kehittänyt ELSI (electric sensor with intelligence) -älylattian tunnistamaan liikettä. Lattian on tarkoitus helpottaa hoitajien työskentelyä palvelutaloissa ja hoivakodeissa. Järjestelmä toimii lattian alle asennettujen sensoreiden avulla.

Robottiteknologiasta ehkä eniten julkisuutta on saanut Paro-hyljerobotti. Paro on alun perin Japanista lähtöisin. Sitä ohjaa kaksi sisäänrakennettua tietokonetta. Ne reagoivat useiden anturien lähettämiin viesteihin tietyssä rytmissä. Lopputuloksena robotti ikään kuin reagoi puheeseen, kosketteluun tai valoihin. Nopeasti katsoen Paroa voi luulla leluksi, mutta sen käytöstä on hyviä kokemuksia erilaisista laitoksista. (PARO-hyljerobotti 2013.) PARO ei kuitenkaan ole mikään lelu vaan terapiaväline. Monet muistisairaavat reagoivat PAROn voimakkaasti niin hyvässä kuin pahassa. Toisissa se aiheuttaa vihastusta, kun taas toisissa ihastusta. Robottihylkeen nähdessään vanhus voi alkaa huutaa sille, hyväillä sitä tai jutella omia huoliaan sellaisella avoimuudella, jota ei osoita hoitajia kohtaan. (PARO-hyljerobotti 2013.)

Elä ja asu -konsepti on Espoossa luotu malli yksiportaiseen hoivaan. Se tarkoittaa seniorikeskuksia, josta ikääntynyt voi saada palveluita jo kotona asuessaan. Muun muassa ruokala on kaikille avoin ja edullinen. Seniorikeskuksessa voivat kokoontua erilaiset ikääntyneiden ryhmät ja tukiverkostot, ja tarjolla on liikuntatiloja alueen ikääntyville. Seniorikeskuksessa on myös ohjattua päivätoimintaa sekä kursseja. Kun ikääntynyt ei enää kotihoidonkaan turvin pärjää kotona, hän voi muuttaa seniorikeskuksen asuntoon, jossa hänelle tarjotaan ne palvelut, joita hän kulloinkin tarvitsee eikä hänen enää tarvitse muuttaa. Asunnon, pienen yksion, voi sisustaa mieleisellään tavalla, ja asunnossa on myös keittomahdollisuus. Tämä on siis asukkaan koti. Ovessa lukee hänen nimensä, ja hänellä on oma postilaatikko siinä kerroksessa, missä asunto sijaitsee. Näillä ratkaisuilla pyritään siihen, että ikääntynyt voi asua kodin omaisessa ympäristössä tuttujen

esineiden ympäröimänä, aktiivista ja elämän täyteistä elämää aina elämän viimeisiin hetkiin asti. (Espoon kaupunki 2013.)

Muuttuva toimintaympäristö ja teknologian tuomat mahdollisuudet tukevat aulaemäntätoimintaa ja sen sisältöä antaen keinoja ja puitteita toiminnalle.

## Kehittämistyön kulku

Tämän artikkelin taustana olevassa kehittämistyössä kuvattiin aulaemäntätoimintaa kuntouttavan työtoiminnan muotona hoivakotiosastoilla. Taavoitteena oli kehittää aulaemäntätoimintaa kaupungin vanhustenpalveluissa. Ydinkysymykset olivat:

- Millainen on aulaemäntätoiminnan tulevaisuus? Miten se muokkautuu, jotta asukkaat hyötyisivät siitä tulevaisuudessa vielä enemmän palvelukonseptin täynnä elämää, täyttä elämää mukaisesti?
- Onko mahdollista, että aulaemännät voisivat muodostua omaksi ammatti-ryhmäkseen?

Kehittämistyössä tarkasteltiin aulaemäntätoimintaa suhteessa vanhusten pitkäaikaishoitoon. Pitkäaikaishuollon piiriin kaupungissa kuuluvat kaikki yli 65-vuotiaat ikääntyneet kaupunkilaiset, jotka eivät enää selviä kotona tai palveluasumisessa kotihoidon turvin. (Espoon kaupunki 2013.) Lähtökohtana oli aulaemäntätoiminnan tulevaisuuden näkymien kuvaaminen hoivakodin osastojen viidelle esimiehelle sekä pitkäaikaishoidon hoivakodin aluepäällikölle tehdyn teemahaastattelun pohjalta. Haastattelut rajattiin tarkoituksenmukaisesti esimiehiin, jotta voitiin kartoittaa heidän asenteitaan, ajatuksiaan ja sitoutumistaan aulaemäntätoiminnan kehittämiseen. Näin pystyttiin myös luomaan tulevaisuuskuva aulaemäntätoiminnalle.

Kehittämistyö toteutettiin erään kaupungin hoivakodissa. Hoivakoti on pitkäaikaishoidon yksikkö, jossa on perinteisten vanhusten pitkäaikaishoidon osastojen lisäksi psykiatrasta hoitoa tarjoava osasto sekä ruotsinkielisten vanhusten hoivaosasto lisäksi muistisairaiden osasto. Yksikkönä hoivakoti on iso, sairaalamainen ympäristö suuren puiston keskellä. Tutkimus toteutetaan hoivakodin viiden osaston esimiehille tehtävän teemahaastattelun pohjalta. Haastattelut toteutettiin kesän 2013 aikana esimiesten omissa työyksiköissä. He saivat haastattelun teemat tiedokseen noin viikon etukäteen, jotta heillä oli mahdollisuus valmistautua haastatteluun. Kaikilla esimiehillä oli jonkinlainen kokemus entuudestaan

aulaemäntätöinnistä, ja heidän kokemuksensa siitä olivat pääsääntöisesti positiivisia. Kehittämistyön etenemisen vaiheet olivat:

1. vaihe. Valmisteluvaihe. Toimintaympäristön kartoittaminen PES-TE-analyysimenetelmää käyttäen. PESTE-analyysi on menetelmä, jolla selvitetään ilmiön tai organisaation poliittista, ekonomista, sosiaalista, teknistä ja ekologista tilaa ja tulevaisuutta.
2. vaihe: Teemahaastatteluiden suorittaminen ja aineiston analysointi. Kaupungin pitkäaikaishoidon hoivakodin esimiehille (5 kpl) sekä aluepäällikölle (1 kpl) tehdyn teemahaastattelun pohjalta aineisto analysoitiin ja tämän pohjalta luotiin kuvaa aulaemäntätöinnin tulevaisuudesta. He saivat jokainen etukäteen haastatteluteemat.
3. vaihe: Lopullisen analyysin tekeminen teemahaastatteluiden pohjalta.

## **Ammattina aulaemäntä**

Kehittämistyössä haastatteluiden kautta tuli ilmi, että aulaemäntätöintä on vakiinnuttanut paikkansa hoivakodin arjessa. Aikaisemmin ilmenneet ongelmat aulaemäntien pysyvyydessä on onnistuttu ratkaisemaan. Aulaemäntätöintään tullaan edelleen kuntouttavan työtoiminnan kautta. Mikäli aulaemäntä ja hoivakotiosasto niin haluavat, voidaan aulaemännälle tarjota osa-aikaista mutta vakituista vakanssia osastolta. Aulaemännän vakansseja on jokaiselle osastolle luotu kaksi, ja ne on tarkoitus täyttää niin, että saadaan työllistettyä yhteensä neljä henkilöä, eli jokaiselle vakitukselle aulaemännälle tarjotaan 50 % työaika. Työaika on räätälöity aulaemännille osa-aikaiseksi, koska heillä on ollut aikaisemmin vaikeuksia esimerkiksi omien sairauksiensa takia työllistyä kokopäiväisiin tehtäviin. Aulaemännältä ei edelleenkään vaadita koulutusta vaan riittää, että on ihminen ihmiselle.

Aulaemännän työnkuvaa on selkiytetty, ja siihen on muodostunut kaksi suuntausta, joista aulaemäntä voi valita itselleen paremmin soveltuvan vaihtoehdon. Ensimmäinen vaihtoehto pohjautuu viriketoimintaan ja vaatii aulaemännältä luovuutta ja innovatiivisuutta. Tarkoituksena on järjestää osastolle yhteisöllisiä toimintahetkiä, lehdenlukua, kokkikerhoja, elokuvatuokioita, kasvien hoitoa yhdessä asukkaiden kanssa sekä ulkoilua. Aulaemännällä on apunaan Hyvinvointi-TV, jonka ohjelmistoa hän hyödyntää työssään vaikka ei itse ohjelmia teekään.

Toinen vaihtoehto ei vaadi aulaemännältä niin paljon sosiaalisia taitoja. Tehtävä koostuu reunatöiden tekemisestä, esimerkiksi kaappien täytöstä. Tarkoitus on, että tässäkin vaihtoehdossa toimittaisiin yhteisöllisesti asukkaiden kanssa. Aulaemäntä toimii asukkaan saattajana tarpeen mukaan esimerkiksi hammaslääkäri- tai silmälääkärikäynneillä, ja lisäksi hän ulkoiluttaa asukkaita aina töissä ollessaan. Aulaemännät eivät korvaa hoivakotien virikeohjaajia vaan toimivat heidän apunaan osastojen asukkaiden asiantuntijoina. Vastuu aktiivisesta viriketoiminnasta hoivakodissa on edelleen virallisten ja kokopäiväisten viriketoiminnan ohjaajien harteilla.

Asukkaat hyötyvät säännöllisestä toiminnasta monella tavalla. Päiväsalissa on aina joku, jonka kanssa voi halutessaan keskustella ja joka voi tarvittaessa auttaa pienissä asioissa, kuten janon helpottamisessa tai vaikka vain olemalla läsnä. Päiväsalissa on rauhallista, koska siellä on joku, joka voi kontrolloida tapahtumia. Näin konflikteihin esimerkiksi muistisairaiden välillä pystytään puuttumaan jo ennen kuin ne kunnolla pääsevät alkamaan, ja tarvittaessa aulaemäntä pystyy hälyttämään hoitajia avuksi.

Yhteiset kävelyhetket aulaemännän kanssa auttavat asukkaiden kävelykyvyn säilymisessä ja tasapainon säilymisessä. Vaikka varsinainen kuntouttavan hoitotyön vastuu onkin hoitajilla, on aulaemännistä siinä suuri apu. Aulaemännät ovat täysin asukkaita varten ja vastaavat heidän vaateisiinsa, ja toki aulaemännistä on myös apua hoitohenkilöstölle. Hoitohenkilöstö voi keskittyä omaan perustehtäväänsä paremmin, ilman huolta siitä, kuinka asukkaat pärjäävät päiväsalissa. Kun aulaemännät ovat pysyvämmässä työsuhteessa, on mahdollisuus myös tukea heitä jaksamaan työssään sekä auttaa heitä kehittämään itseään, kouluttautumaan uudelleen sekä työllistymään hoiva-avustajina tai jopa lähihoitajina vanhusten hoitoon. Tämä vaatii kuitenkin esimieheltä aktiivisuutta ja toki aulaemännältä halua.

Aulaemäntätoiminta on lisännyt vetovoimaisuuttaan sekä nostanut vanhustyön arvostusta. Aulaemännäksi on useita hakijoita. Vaikka kaikkia ei pystytäkään vakinaistamaan, kuntouttavan työtoiminnan kautta heitä on määräaikaikaisina vakituisten aula-emäntien rinnalla kokoajan. Tämä tuo elämänsisältöä asukkaille, kun osasto on täynnä tapahtumia ympäri vuoden.

## Koonti ja pohdinta

Hoitoala on suurien haasteiden edessä. Laki ikääntyneen väestön tukemisesta sekä ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluista määrittää puitteet, kuinka ikääntyneiden hoidon tulisi toimia ja millaisella

henkilöstömitoituksella. Tarvitsemmekin aula-emäntätoiminnan kaltaisia toimintamuotoja avuksemme yhdessä kolmannen sektorin kanssa.

Aulaemäntätoiminta perustuu kuntouttavaan työtoimintaan, josta aulaemännät saavat nimellisen korvauksen mutta ovat oikeutettuja muihin sosiaalisiin avustuksiin ja tukiin, kuten työmatka-avustukseen. Aulaemäntätoiminnan muuttamisella palkkatyöksi on sekä positiivisia että haasteellisia seurauksia. Positiivista olisi, että toiminnasta saataisiin vakinaisempia. Haasteellista taas on se, mitä tapahtuisi niille aula-emännille, jotka eivät pysty työskentelemään 19 tuntia viikossa esimerkiksi oman terveydentilansa takia mutta jotka olisivat kuitenkin motivoituneet tekemään aula-emännän työtä. Olisiko realistista kuljettaa rinnakkain vakituisia aulaemäntiä tuettuna kuntouttavan työtoiminnan kautta tulevilla aulaemännillä ja olisivatko he samanarvoisessa asemassa?

Aulaemäntätoiminnalla on kysyntää ja toimijoita on tarjolla. Voimme ko tällä toiminnalla vaikuttaa nyt taantuman aikana työttömiksi jääneiden henkilöiden työllistymiseen ja mahdolliseen uranvaihtoprosessiin ennen työllistymistä? Aulaemäntätoiminta on hyvä tapa päästä tutustumaan matalla kynnyksellä hoiva-alaan.

Aulaemäntä toiminnan hyödyt myös hoivakodin asukkaille ovat selkeitä. Aukkaat viihtyvät päiväsalissa paremmin silloin, kun siellä on mielekästä tekemistä pelkän television katselun sijasta. Yksinäisyys asukkaiden keskuudessa on vähentynyt, ja toiminnan myötä myös joitain ystävyys-suhteita on muodostunut asukkaiden välille. ”On helpompi tutustua toisiin ihmisiin tekemisen ohella”, kertoi eräs tyytyväinen asukas hoitajalleen kokkikerhon jälkeen. Voi havaita myös asukkaiden turvallisuuden tunteen.

Hoitohenkilökunnalle aulaemäntätoiminta tuo huojennusta viriketoiminnan ja päivittäisen aktiviteettien suunnittelun ja toteutuksen poisjäännin osalta. Toki viriketoiminta ja aktiviteettien järjestäminen ovat edelleen hoitajien arkea, mutta heillä on siinä työparinaan aulaemännät, jotka vastaavat pääsääntöisesti toteutuksesta. Myös hoitajien on helpompi motivoida asukkaita nousemaan ylös vuoteesta, kun toimintaa on tarjolla. Tämä edistää myös kuntouttavan hoitotyön toteutumista ja asukkaiden toimintakyvyn säilymistä pidempään. Hoitohenkilökunnan mitoitusten ollessa pienet on tärkeää pystyä keskittymään perustehtävään huolellisesti ja kustannustehokkaasti. Aula-emäntien huolehtiessa päivittäisestä toiminnasta päiväsalista ja virikkeellisyydestä hoitohenkilökunnan jäsenet voivat keskittyä perustehtäväänsä tehokkaasti.

Kunnalle tällainen toiminta voi mahdollistaa pitkällä tähtäimellä säästöjä. Hoito-henkilökunnan perustehtävän kustannustehokas hoito



ja järkevä työnjako aula-emäntien kanssa tekevät tehtävästä helpommin hallittavan ja oman päivittäisen työnsuunnittelu helpottuu ja stressiteki-  
jät vähenevät. Näin uskovat ainakin hoivakodin esimiehet. He uskovat  
myös, että tällaisella toiminnalla saataisiin hoitohenkilökunnan sairaus-  
lomien määrä laskuun, ja joitain tämän suuntaisia viitteitä he ovat jo nyt  
havainnoineet.

Jos mietitään aulaemäntätoimintaa koko Suomen tasolla, voitaisiin toi-  
mintaa laajentaa vanhusten huollosta ja hoivakodeista aina kotihoidon pii-  
riin, sairaaloihin ja palvelutaloihin, vammaispalveluihin ja heidän asumis-  
palveluihinsa. Myös sosiaali- ja terveystoimen ulkopuoleltakin voisi löytyä  
paikkoja ja yhteisöjä, jotka hyötyisivät tämän kaltaisesta toiminnasta? Näin  
saataisiin myös estettyä syrjäytymistä sekä aktivoitua pitkäaikaistyöttömiä  
takaisin työelämään.

#### Lähteet

- Anttila, K. – Kaila-Mattila, T. – Kan, S. – Puska, E.-L. – Vihunen, R. 2010.  
Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki: WSOY.
- Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009. Suomalainen  
potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön  
julkaisuja 2009: 3.
- Espoon kaupungin ja TE-toimiston työllisyyden raportti vuodelta 2010.  
Saatavissa osoitteessa: <[http://espoo04.hosting.documenta.fi/  
kokous/2011200046-3-2.PDF](http://espoo04.hosting.documenta.fi/kokous/2011200046-3-2.PDF)>. Luettu 30.11.2011.
- Espoon ikääntymispoliittinen ohjelma 2009–2015 2009. Täyttä elämää  
ikäntyneenä. Sosiaali- ja terveystoimen julkaisusarja 2.
- Espoon kaupunki 2013. Elä ja asu -seniorikeskus 2013. Saatavissa  
osoitteessa: <[http://www.espoo.fi/fi-FI/Sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/  
Senioripalvelut/Aktiiviseen\\_elamaan/Kauklahden\\_ela\\_ja\\_asu\\_  
seniorikeskus](http://www.espoo.fi/fi-FI/Sosiaali_ja_terveyspalvelut/Senioripalvelut/Aktiiviseen_elamaan/Kauklahden_ela_ja_asu_seniorikeskus)>. Luettu 15.5.2013.
- Idänpää-Heikkilä, U. 2005. Turvallinen hoito on yhteinen asia. Ehdotus  
potilasturvallisuuden valtakunnallisiksi linjauksiksi ja toimenpiteiksi.  
Sosiaali- ja terveysministeriön muistio. Helsinki: Sosiaali- ja  
terveysministeriö.
- Intosalmi, H. – Nykänen, J. – Stenberg, L. 2013. Teknologian käyttö ja  
asenteet 75–89-vuotiailla – Raportti kyselytutkimuksesta. Käkäte-  
projekti. Helsinki.
- Karjalainen, J. (toim.) 2012. Kuntouttavantyötoiminnan käsikirja. Saatavissa  
osoitteessa: <[http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/kuntouttavan-  
tyotoiminnan-kasikirja/](http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/kuntouttavan-tyotoiminnan-kasikirja/)>. Luettu 4.5.2013

- Kattainen, E. – Kinnunen, H. 2012. Hoivan tuki – Oppia hyvistä kokemuksista. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsinki.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluis-ta 28.12.2012/980.
- Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 2.3.2001/189.
- Mulgan, G. 2007. Social Innovation- What is it, why it is matters and how it can be accelerated. Saatavissa osoitteessa: <<http://www.sbs.ox.ac.uk/centres/skoll/research/Documents/Social%20Innovation.pdf>>. Luettu 10.4.2013.
- Mäki, O. 2011. Ikäteknologian kokeilut Suomessa. Käkäte-raportteja 1/2011. KÄKÄTE-projekti. Helsinki.
- PARO-hyljerobotti 2013. Ikäteknologia.fi. Saatavissa osoitteessa: <<http://www.ikateknologia.fi/hankkeita-ja-julkaisuja/julkaisuja/85-robottihylje-saapui-suomeen-ensivierailulle.html>>. Luettu 10.4.2013.
- Ropponen, A. 2012. An Arrangement to Locate and Identify People with Dual-Frequency Tags Providing Context-Related Information (suomeksi ”Kontekstipohjaiseen dataan perustuva järjestely ihmisten tunnistamiseen ja paikantamiseen kaksitaajuustunnisteella”). Aalto-yliopisto, sähkötekniikan korkeakoulu.
- Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu – ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiede-kunta.
- Salmi, K. 2011. Asukasturvallisuuskulttuuri ikäihmisten laitoshoidossa. Kysely hoitohenkilöstölle ja hoitotyön johtajille. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Silvan, S. 2006. Valppaus on valttia. Heikot signaalit löytyvät läheltä. Tampere: Talentum.
- Tie hyvään vanhuuteen 2007. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007: 8.
- Tiihonen, A. 2008. Signaaleja, Suomalaisen terveydenhuollon kolme skenaariota. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia, sosiaali- ja terveysala, sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma.
- Valtoinvarainministeriö 2013. Kuntien peruspalveluiden valtoinosuus. Saatavissa osoitteessa: <[http://www.vm.fi/vm/fi/15\\_kunta\\_asiat/01\\_kuntatalous/01\\_valtionosuudet/index.jsp](http://www.vm.fi/vm/fi/15_kunta_asiat/01_kuntatalous/01_valtionosuudet/index.jsp)>.
- Valtionvarainministeriö 2013. Vuoden 2013 valtionosuuspäätökset ja niihin liittyvät laskentatiedot. Saatavissa osoitteessa: <[http://www.vm.fi/vm/fi/04\\_julkaisut\\_asiakirjat/03\\_muut\\_asiakirjat/20130102Vuoden39675/name.jsp](http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_asiakirjat/03_muut_asiakirjat/20130102Vuoden39675/name.jsp)>. Luettu 4.5.2013.

Väestörekisterikeskus 2011. Kuntien asukasluvut aakkosjärjestyksessä.

Saatavissa osoitteessa: <<http://vrk.fi/default.aspx?docid=4258&site=3&id=0>>. Luettu 1.11.2012.

Kirjoittajat ja toimittajat

Taina Airikainen, sairaanhoitaja (ylempi AMK), palveluvastaava (osastonhoitaja), Uudenmaan Seniorikodit, Hoitokoti Kuninkaanhovi

Alajoki-Nyholm, Leena, toimintaterapeutti YAMK (kuntoutuksen koulutusohjelma), johtava toimintaterapeutti, Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus

Grek-Stjernberg, Piia-Sisko, sairaanhoitaja (AMK), vastaava sairaanhoitaja, Sipoon kunta, kotihoito

Haukka, Eija, FT, erikoistutkija, Työterveyslaitos

Kaivonen, Päivi, hygieniahoitaja, Vantaa

Koistinen, Sanna-Mari, röntgenhoitaja, yksikön päällikkö, Esperi care oy

Konkola, Anne-Maria, laboratoriohoitaja (AMK), apulaisosastonhoitaja, HUS

Lankinen, Kirsi, sosionomi (AMK), vastaava koordinaattori, Valvotut tapaamiset -toimintamuoto, Pääkaupungin turvakoti ry

Lindevall, Anita, terveydenhoitaja, osastonhoitaja, Lohjan kaupunki/terveyden edistäminen

Manninen, Kirsi, bioanalyttikko (AMK), laboratoriohoitaja, HUSLAB, HUS

Nihtilä, Pirjo, erikoissairaanhoitaja, sairaanhoitaja (AMK), osastonhoitaja, HUS

Nykänen, Leena, bioanalyttikko (AMK), laboratoriohoitaja, HUSLAB, Naistenklinikan laboratorio

Riska, Minna, perioperatiivinen sairaanhoitaja (AMK), HUS Kirurginen sairaala, Leikkaus- ja anestesiaosasto

Roivas, Marianne, FT, lehtori, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sarajärvi, Anneli, TtT, yliopettaja, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Suosola, Tiina, sairaanhoitaja, varaesimies, Espoon kaupunki, Vanhustenpalvelut, pitkäaikaishoito

Tuomela, Jenni, terveystieteiden maisteri (liikuntalääketiede), fysioterapeutti (AMK), projektipäällikkö, Suomen Luustoliitto ry

Virkkunen, Anne, työterveyshoitaja, Terveystalo

Väänänen, Anu, suuhygienisti (AMK)

