

B136

Tiina Tiilikka, Hilikka Majasaari &
Silja Saarikoski (toim.)

Yhteistyössä toimien: Käsityksiä monialaisuudesta ja moniammatillisuudesta sosiaali- ja terveysalalla

SeAMK 

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja
B. Raportteja ja selvityksiä 136

Tiina Tiilikka, Hilkka Majasaari &
Silja Saarikoski (toim.)

Yhteistyössä toimien: Käsityksiä monialaisuudesta ja moniammatillisuudesta sosiaali- ja terveysalalla

SeAMK 

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Seinäjoki 2018

Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja
Publications of Seinäjoki University of Applied Sciences

A

Tutkimuksia
Research reports

B

Raportteja ja selvityksiä
Reports

C

Oppimateriaaleja
Teaching materials

SeAMK julkaisut:

Seinäjoen ammattikorkeakoulun kirjasto
Kalevankatu 35
60100 Seinäjoki
p. 020 124 5040
kirjasto@seamk.fi

ISBN 978-952-7109-97-7 (verkkojulkaisu)
ISSN 1797-5573 (verkkojulkaisu)

SeAMK 

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SISÄLTÖ

Tiina Tiilikka, Hilikka Majasaari, Silja Saarikoski

Tavoitteena monialainen ja moniammatillinen yhteistyö 7

Marjut Asunmaa

Kansainvälisyys Seinäjoen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajan (AMK) tutkinto-ohjelmassa..... 11

Susanna Hiirikoski, Eveliina Salmenoksa,

Niina Herttua, Katri Hemminki, Hilikka Majasaari

Perheen osallistuminen aikuisen tehohoitopotilaan hoitoon sairaanhoitajan näkökulmasta 22

Elisa Kannasto, Hilikka Majasaari

Tiimiohjaus oppimista syventämässä 33

Mira Karvonen, Minna Zechner

Ammattilaisten erilaiset oikeudet ja vastuut: kehitysvammaisten asumispalveluissa käytetyt rajoitustoimenpiteet..... 41

Tiina Kohtamäki

Hyvinvointia edistävä Kohtaamistaide®..... 51

Eija Kyrölähti, Maria Laine

Viestinnän dialoginen kehittäminen lastensuojelulaitoksessa..... 58

Kaija Loppela, Helena Kahre

Työn ilolla tuottavuutta ja kilpailukykyä -hanke..... 67

Helinä Mesiäislehto-Soukka, Reetta-Maija Luhta

Moniammatillisuus terveyden edistämässä, esimerkkinä Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju..... 82

Mari Salminen-Tuomaala, Marja-Terttu Viitala

Moniammatillista yhteistyötä edistävä simulaatiovalmennus sosiaali- ja terveysalan pk-yritysten henkilökunnalle..... 90

Tiina Tiilikka

Käsityksiä sosiaali- ja terveysalan monialaisesta kokemusasiantuntijuudesta..... 100

TAVOITTEENA MONIALAINEN JA MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

Sosiaali- ja terveysalan rakenteet ovat muutoksessa. Hyvinvointiyhteiskunnan palvelujärjestelmää ollaan uudistamassa ja kansalaisten hyvinvointia mahdollistavia tekijöitä arvioidaan. Väestön ikääntyessä ja kilpailutalouden myötä palvelujärjestelmän kustannukset ovat kasvaneet, mutta samaan aikaan niiden kasvua tulisi rajoittaa. Monialaisuutta ja moniammatillisuutta kehittämällä voidaan pyrkiä vastaamaan muutoksessa olevan sosiaali- ja terveysalan haasteisiin. Monialaiset ja moniammatilliset sosiaali- ja terveystalvet voivat olla yksi ratkaisu nousevien kustannusten hallinnassa. Tulevaisuudessa tarvitaan entistä monialaisempaa ja moniammatillisen yhteistyön mahdollistavaa otetta sosiaali- ja terveysalan työssä ja koulutuksessa. Rakennemuutoksen yhtenä tehtävänä on, että sosiaali- ja terveysalalla toimivat avaavat ammatillisia rajojaan monialaista ja moniammatillista yhteistyötä tehden.

Monialaisuus ja moniammatillisuus voivat vastata asiakkaiden tukemisen ja hoitamisen tapojen muutokseen. Asiakkaiden hoitamisessa, tukemisessa ja auttamisessa painottuu entistä enemmän ohjaava ote. Sosiaali- ja terveystalvetjärjestelmä tarvitsee tulevaisuudessa asiakkaita, jotka ovat kykeneviä ottamaan vastuun erilaisissa tilanteissa omasta elämästään. Toisaalta monialaisuuteen ja moniammatillisuuteen pyrkiminen voivat tuottaa myös ammattilaisia, jotka osaavat kohdata haavoittuvat ja paljon tukea tarvitsevat asiakkaat. Asiakkuuden laajeneminen yksilöstä perheeseen on tärkeää nyt ja tulevaisuudessa. Parhaimmillaan asiakkaana olevan yksilön perhe voi olla henkilökunnan kumppani, joka osallistuu ja on tukena hoidossa. Toimiva yhteistyö ja kumppanuus perheen kanssa vaatii henkilökunnalta aikaa, aitoa läsnäoloa ja asiakkaan kohtaamista perheen jäsenet tasa-arvoisesti huomioiden.

Haasteena on, miten palvelujärjestelmän muutoksessa sosiaali- ja terveysalan vaativissa tehtävissä voidaan riittävästi huomioida ammattilaisten työhyvinvointia ja työyhteisöjen kehittämistä. Tavoitteena on yhteistyön osaavat sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset, jotka kehittävät työyhteisöjä ammatillisia rajoja luovasti ylitäten. Työyhteisöjen monialaisessa ja moniammatillisessa kehittämisessä koulutus, monialainen tiimiohjaus ja kansainvälisyys ovat merkityksellisiä ulottuvuuksia. Moniammatillinen ja monialainen yhteistyö edellyttävät oman substanssin osaamista, sitoutumista sekä tasa-arvoista ja keskinäiseen kunnioitukseen perustuvaa vuorovaikutusta. Tiimiohjausudessa hyödynnetään monialaista osaamista ja toisaalta ohjaajan toiminta kansainvälisten opiskelijoiden kanssa edellyttää opiskelijoiden osaamisen kunnioittamista sekä samanaikaisesti valmiutta jakaa tietoa erilaisten järjestelmien ja kulttuurien palveluista.

Tämän julkaisun teemana on “monialainen ja moniammatillinen sosiaali- ja terveysala”. Julkaisu on kolmas Seinäjoen ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveysalan toimintaa ja asiantuntijuutta esiin tuova kokoomateos. Julkaisun sisältönä on kymmenen artikkelia, joiden kirjoittajat ovat sosiaali- ja terveysalan kouluttajia, opiskelijoita ja ammattilaisia. Artikkeleissa kuvataan, mitä monialaisuuden ja -ammatillisuuden näkökulmilla voidaan sosiaali- ja terveysalalla tarkoittaa. Julkaisun tarkastelun keskiössä ovat erilaiset tavat ja käsitykset siitä, miten monialaisuus nivoutuu osaksi sosiaali- ja terveysalan koulutusta, hankkeita ja käytännön työelämää. Julkaisu on tarkoitettu sosiaali- ja terveysalan asiakkaille, opiskelijoille ja ammattilaisille sekä kaikille artikkeleiden aiheista kiinnostuneille lukijoille.

Julkaisun ensimmäisessä artikkelissa Marjut Asunmaa tarkastelee sairaanhoitajan (AMK) tutkinto-ohjelman vaihto-opiskelijoiden kokemuksia harjoittelusta. Vaihto-opiskelijat kuvasivat harjoittelussa oppineensa sairaanhoitajan osaamisen kehittymistä, itsetuntemuksen tunnistamista sekä harjoittelun aikana tarvitsemaansa tukea.

Toisessa artikkelissa Susanna Hiirikoski, Eveliina Salmenoksa, Niina Herttuala, Katri Hemminki ja Hilikka Majasaari kuvaavat sairaanhoitajan näkemyksiä tehohoitopotilaan perheen hoitoon osallistumista edistävistä ja estävistä tekijöistä potilaan ollessa sairaalassa teho-osastolla.

Elisa Kannaston ja Hilikka Majasaaren artikkelissa tarkastellaan tiimiopettajuutta sairaanhoitajaopiskelijoiden (AMK) ja terveydenhoitajaopiskelijoiden (AMK) tutkinto-ohjelmassa toteutettujen integroitujen opintojaksojen casen avulla. Tiimiopettajuus näkyy opiskelijalle verkostojen rakentamisena ja yhteisöllisyyden korostamisena opetuksessa ja syventää osaltaan oppimista.

Neljännessä artikkelissa Mira Karvonen ja Minna Zechner tarkastelevat kehitysvammaisten henkilöiden itsemääräämisoikeutta sekä sitä, miten ammattilaisten oikeudet ja velvollisuudet ovat suhteessa itsemääräämisoikeuteen.

Tiina Kohtamäki luo julkaisun viidennessä artikkelissa näkökulman Kohtaamistaiteseen®, jota toteutetaan kuvallista ilmaisua käyttäen. Kohtaamistaide soveltuu kaikille sosiaali- ja terveysalan asiakasryhmille ja myös työntekijöille.

Eija Kyrönlahden ja Maria Laineen julkaisun kuudes artikkeli tuo esille kehittämistyötä yhteistoiminnallisen kehittämisen ja monialaisuuden näkökulmista.

Tarkastelun kohteena on yksityisessä lastensuojelulaitoksessa tehty kehittämistyö. Julkaisun seitsemäs artikkeli esittelee Työn ilolla tuottavuutta ja kilpailukykyä -hanketta, jonka tarkoituksena oli tukea ja edistää yritysten ja yhdistysten työhyvinvointia sekä tuottavuutta. Kaija Loppelan ja Helena Kahren artikkelissa tuodaan esille dialogista kehittämistä vanhuspalveluyrityksissä, johon sisältyy moniammatillisuuden näkökulma.

Helinä Mesiäislehto-Soukka ja Reetta-Maija Luhta tuovat julkaisun kahdeksannes-
sa artikkelissa esiin moniammatillisuutta kuvatessaan Savuton raskaus ja vanhemmuus -hoitoketjun käyttöönottoa Etelä-Pohjanmaalla. Kuvattu hoitoketju sitouttaa ehkäisyneuvolat, äitiys- ja lastenneuvolat sekä lapsiperheiden parissa työskentelevät terveyden edistämistyöhön savuttomuuteen kannustamisessa.

Mari Salminen-Tuomaala ja Marja-Terttu Viitala kuvaavat artikkelissaan Etelä-Pohjanmaan sosiaali- ja terveysalan pk-yrityksten henkilökunnalle suunnattua simulaatiovalmennusta moniammatillisen yhteistyön kehittämismenetelmänä. Taitoja hyvinvointipalveluja tuottaville sosiaali- ja terveysalan pk-yrityksille simulaation keinon -hankkeessa moniammatillista yhteistyötä kehitetään osaamistarpeista lähtevän simulaatiovalmennuksen ja yhteisten koulutuspäivien avulla.

Julkaisun päättää Tiina Tiilikan artikkeli, jossa tuodaan esiin, millaisia käsityksiä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilla on kokemusasiantuntijuuden roolista osana asiakkaiden kanssa tehtävää työtä. Kokemusasiantuntijuus ymmärretään artikkelissa monialaisen yhteistyön mahdollistajana.

Seinäjoella marraskuussa 2018,

Tiina Tiilikka
YTT, yliopettaja

Hilkka Majasaari
THM, lehtori

Silja Saarikoski
YTM, informaattikko

KANSAINVÄLISYYS SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULUN SAIRAAHOITAJAN (AMK) TUTKINTO-OHJELMASSA

Marjut Asunmaa, TtM, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

1 JOHDANTO

Ihmisten liikkuvuus eri maiden välillä on lisääntynyt ja syyt siihen ovat moninaisia. Ihmiset voivat lähteä kotimaastaan joko pakotettuna esimerkiksi nälänhädän tai sotien takia tai vapaaehtoisesti esimerkiksi opiskelun tai työn vuoksi. (Leite ym. 2016.) Eri kulttuureista tulevat ihmiset tekevät ympäristöstä monikulttuurisen (multi-culturality) ja monimuotoisen (diversity) tuodessaan mukanaan omat tavat, uskonnon, uskomukset, kielen, sekä historialliset, eettiset, moraaliset, poliittiset ja taloudelliset näkökulmat. Tämä asettaa haasteita hoitotyölle. (Almutairi ym. 2017; Debiasi & Selleck 2017; Curtis ym. 2016.)

Jokaiselle potilaalle tulee tarjota tasa-arvoista ja yksilöllistä hoitoa hänen koti- maastaan, kielestään tai uskonnostaan riippumatta (Truong ym. 2017). Kulttuurikompetenssi (cultural competence) on mainittu yhtenä osa-alueena sairaanhoitajatutkinnon vähimmäisosaamisen vaatimuksissa, joten on tärkeää, että kansainvälisyys on osa sairaanhoitajan koulutusta Suomessa (Eriksson ym. 2015). Kulttuurikompetenssilla tarkoitetaan kykyä tunnistaa, arvostaa ja vastata kunnioittavilla teoilla eri kulttuurista tulevien potilaiden tarpeisiin tai työskennellessä eri kulttuurista tulevan kollegan kanssa. (Stough-Hunter ym. 2016.) Long (2012) toteaa, että sairaanhoitajat eivät osaa kuvailla omaa kulttuurikompetenssiaan, mikä saattaa kertoa siitä, että sairaanhoitajakoulutuksen aikana mahdollisuuksia kulttuurikompetenssin kehittämiseen ei ole ollut tarjolla. Toisaalta Nairn ym. (2012) toteavat hoitotyön opettajien ottavan kulttuurilliset asiat ja rasmin puheeksi sairaanhoitajaopiskelijoiden kanssa, mutta opettajilla ei ole riittävää kulttuurikompetenssia käsitellä esiin nousevia asioita. Suomalaisilla valmistuvilla sairaanhoitajaopiskelijoilla on oman käsityksensä mukaan keskitasoinen kulttuurikompetenssi (Repo ym. 2017), mutta tämäkin kompetenssi kehittyy työuran aikana kokemuksen karttuessa (Repo ym. 2017; Smith 2017; Utley-Smith 2017; Leite ym. 2016).

Tässä artikkelissa keskitytään Seinäjoen ammattikorkeakoulun terveystalan vaihto-opiskelijoiden kokemuksiin harjoittelujaksostaan Seinäjoen keskussairaalan erikoissairaanhoidon poliklinikoilla. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla kansainvälisen sairaanhoitajaopiskelijan vaihto-opiskelua Seinäjoen ammattikorkeakoulussa voidaan kehittää.

2 KANSAINVÄLISET SAIRANHOITAJAOPISKELIJAT SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULUSSA

Tässä artikkelissa vaihto-opiskelijalla tarkoitetaan kansainvälistä sairaanhoitajaopiskelijaa, joka tekee osan opinnoistaan Seinäjoen ammattikorkeakoulussa, jossa terveystalalla kansainvälisyys näkyy useilla tavoilla. Syksyllä 2017 aloitettiin uudelleen englanninkielinen sairaanhoitajan (AMK) tutkinto-ohjelma (Bachelor of Nursing) (SeAMK 2017), johon hakeutuu opiskelijoiksi sekä kantasuomalaisia, että Suomeen ulkomailta muuttaneita henkilöitä. Opiskelijaryhmän kulttuuritausta voi olla hyvin monimuotoinen. Lisäksi kansainvälisyyttä lisää Seinäjoen ammattikorkeakoulun hoitotyön vaihto-opiskelumahdollisuus. Yhä enemmän Seinäjoen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat lähtevät vaihto-opiskelijoiksi ja sinne hakee vuosittain vaihto-opiskelijoita enemmän, kuin pystytään ottamaan vastaan. Lukuvuonna 2017 - 2018 terveystalalla oli 15 kansainvälistä sairaanhoitajaopiskelijaa vaihto-opiskelijoina ulkomailta. Tällä hetkellä haasteena vaihto-opiskelijoiden ottamiselle on heille sopivien kliinisen hoitotyön harjoittelupaikkojen puuttuminen. Tärkeä yhteistyökumppani Seinäjoen ammattikorkeakoulun vaihto-opiskelijoiden ohjatussa harjoittelussa on Seinäjoen keskussairaala ja siellä erityisesti erikoissairaanhoidon poliklinikat. Harjoittelun onnistumiselle on erittäin tärkeää, että vaihto-opiskelijalla on hyvä alkuperähdytys vaihdon kohteena olevan maan kulttuuriin ja tapoihin. Terveystieteiden harjoittelujaksolla korostuu ohjauksen laatu ja tukena olevan hoitotyön opettajan rooli ohjauksessa. (Chan ym. 2018.)

Vaihto-opiskelijat kohtaavat useita haasteita ulkomailla tapahtuvien opintojensa aikana, joista kaikkiin he eivät osaa varautua (Mitchell 2017). Tullessaan opiskelemaan tai harjoittelujaksolle vieraaseen maahan, he voivat kohdata kulttuurishokin, jonka käsittelemiseksi vaihto-opiskelijat tarvitsevat tukea hoitotyön opettajalta. Tähän tuen tarpeeseen hoitotyön opettajat eivät osaa välttämättä varautua, vaan ajatellaan, että opiskelijat voivat tukea toinen toistaan. (Fuller & Mott-Smith 2017; Maginnis & Anderson 2017; Mikkonen ym. 2017; Newton ym. 2016.) Lisäksi vaihto-opiskelijat tarvitsevat tuekseen natiiveja sairaanhoitajaopiskelijoita, jotka pystyvät auttamaan heitä arjen haasteissa (Chan ym. 2018). Vaihto-opiskelijat kokevat suurimpana haasteenaan ihmissuhteet liittyen opiskelijatovereihinsa,

kun taas hoitotyön opettajat uskovat kielitaidon olevan suurin haaste (Fuller & Mott-Smith 2017).

Tulevaisuudessa vaihto-opiskelijoiden määrä lisääntyy eri puolilla maailmaa (Mackay ym. 2011) eivätkä kielelliset ongelmat ole ainoa haaste, jonka he kohtaavat klinisen hoitotyön harjoittelussa. Harjoittelupaikkojen ohjaajina toimivat sairaanhoitajat ja potilaat saattavat käyttäytyä syrjivästi tai jopa rasisestisesti heitä kohtaan. Hoitotyön ammattilaisten keskuudessa heidän osaamistaan voidaan vähätellä ja heidän pelätään olevan uhka potilasturvallisuudelle. (Mitchell ym. 2017.) Osaamisen väheksymistä perustellaan usein puutteellisella kielitaidolla, vaikka todistetta tällaiselle oletukselle ei ole olemassa (Zheng ym. 2014). Tilanne on haastava hoitotyön opettajalle, joka ohjaa vaihto-opiskelijan harjoittelua, mikäli opettajan oma kulttuurikompetenssi ei ole riittävällä tasolla (Fuller & Mott-Smith 2017). Hoitotyön opettajan tulisi pystyä toimimaan tukena sekä harjoittelun ohjaajalle että vaihto-opiskelijalle (Maginnis & Andersson 2017). Toisaalta vaihto-opiskelijat saavat tukea natiivi-suomalaisilta sairaanhoitajaopiskelijoilta, koska kansainvälisyys näkyy nykysukupolven sairaanhoitajaopiskelijoiden keskuudessa enemmän ja se on luonnollisempaa kuin aiemmin. Natiivi-suomalaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteet eri kulttuureista tulevia sairaanhoitajaopiskelijoita kohtaan ovat muuttuneet positiivisemmiksi. (Gover ym. 2017.)

Miksi vaihto-opiskelu on sitten haluttua sairaanhoitajaopiskelijoiden keskuudessa, kun opiskelujaksolle saattaa liittyä useita haasteita? Chan ym. (2018) ovat tutkineet vaihto-opiskelusta olevia hyötyjä ja tulleet tulokseen, että vaihdon jälkeen sairaanhoitajaopiskelijan kulttuurituntemus on selkeästi korkeammalla tasolla. Lisäksi vaihtokokemus laajentaa käsitystä terveydenhuollosta, koska harjoittelukokemukset eivät rajoitu pelkästään kotimaan käytäntöihin. Vaihto-opiskelu laajentaa maailmankuvaa ja monesti vaihdossa olleille sairaanhoitajaopiskelijoille tarjoutuu myöhemmässä elämässä mahdollisuus työskennellä ulkomailla. Eliav (2018) toteaa vaihto-opiskelun lisäävän maiden ja yliopistojen välistä yhteistyötä, avaavan mahdollisuuksia tutkimusyhteistyöhön sekä antavan mahdollisuuden vertailla klinisiä käytäntöjä. Näistä syistä kansainvälisyyden toteuttaminen on tärkeää SeAMKissa terveysalalla.

3 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSIÄ

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla Seinäjoen ammattikorkeakoulun terveysalan vaihto-opiskelijoiden kokemuksia harjoittelusta Seinäjoen keskussairaalan erikoissairaanhoidon poliklinikoilla. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla kansainvälisen sairaanhoitajaopiskelijan vaihto-opiskeluaikaa voidaan kehittää.

Tutkimuskysymys:

Millaisia kokemuksia Seinäjoen ammattikorkeakoulun terveysalan vaihto-opiskelijoilla on harjoittelustaan?

4 AINEISTO JA MENETELMÄT

4.1 Aineiston keruu ja osallistujat

Laadullinen aineisto kerättiin Seinäjoen ammattikorkeakoulussa syksyllä 2017 ja keväällä 2018 vaihto-opiskelijoina olleilta sairaanhoitajaopiskelijoilta puolistrukturoidulla kyselylomakkeella sekä ryhmäkeskustelulla. Ryhmäkeskustelua ei nauhoitettu, vaan opettaja teki keskustelun aikana muistiinpanoja, joita hyödynnettiin osana aineiston analyysia. Aineiston keräsi harjoittelua ohjannut opettaja. Osallistujiksi rekrytoitiin vaihto-opiskelijoita, jotka olivat tehneet osan harjoittelustaan jollakin Seinäjoen keskussairaalan erikoissairaanhoidon poliklinikalla. Poliklinikoita ei eritellä tuloksissa, jotta vastaajia ei voida tunnistaa, koska joillakin poliklinikoilla oli harjoittelussa vain yksi vaihto-opiskelija. Lukuvuoden 2017 - 2018 aikana terveysalalla teki harjoittelun 15 (N=15) sairaanhoitajaopiskelijaa, joista 13 oli harjoittelussa jollakin keskussairaalan poliklinikalla. Näistä 11 (n=11) osallistui tähän tutkimukseen. Osallistujien harjoittelujaksot erikoissairaanhoidon poliklinikoilla kestivät 3 - 8 viikkoa, kaikki osallistujat olivat naisia ja iältään 20 - 27 vuotiaita.

Terveysalalla vaihto-opiskelijoita oli useasta eri maasta. Pääosin vaihto-opiskelijat tulivat jostakin Euroopan maasta. Vaihto-opiskelijoiden jakauma on kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Vaihto-opiskelijoiden kotimaa, opiskelijoiden lukumäärä ja äidinkieli.

Kotimaa	Opiskelijoiden lukumäärä	Äidinkieli
Iso-Britannia	1	englanti
Belgia	4	ranska
Italia	6	italia (5), saksa (1)
Tsekki	1	tsekki
Namibia	1	ei vastattu
Saksa	2	saksa

Eniten terveysalan vaihto-opiskelijoita tuli Italiasta ja Belgiasta. Yksittäisiä vaihto-opiskelijoita oli Isosta-Britanniasta, Tsekestä ja Namibiasta. Saksasta tuli kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa.

4.2 Tutkimusmenetelmät

Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Litterointivaihe jäi lähes kokonaan pois, koska aineisto oli jo valmiiksi sähköisenä Word-tiedostona. Sen sijaan tutkijan täytyi kääntää vastaukset englannin kielestä suomen kielelle. (Kylmä & Juvakka 2007.) Aineistoa muodostui 54 sivua fontilla 12 ja rivivälillä 1. Tämän jälkeen aineistosta poimittiin tutkimuskysymykseen vastaavat alkuperäisilmaisut ja ne pelkistettiin. Alkuperäisilmaisuja tuli 124 ja pelkistyyksiä 185. Pelkistykset ryhmiteltiin alaluokkiin, joita muodostui 10 kappaletta ja yläluokkiin, joita muodostui 3 kappaletta.

5 TULOKSET

Seuraavaksi esitellään tutkimuksen tuloksia, jotka kuvaavat kansainvälisten sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemuksia harjoittelustaan Seinäjoen keskussairaalan poliklinikoilla. Aluksi tuodaan esiin, millaista tuen tarvetta kansainvälisillä opiskelijoilla on harjoittelunsa aikana. Tuen tarve voi olla konkreettista, ohjauksellista tai vertaistuen tarvetta. Toiseksi kuvataan sairaanhoitajan kompetenssien kehittymistä. Esiteltävät kehittyvät kompetenssit liittyvät kliiniseen, ohjaus-, kulttuuri- ja organisaatio-osaamiseen. Kolmanneksi tuodaan esiin sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemuksia itsestään oppimisesta, jolla tarkoitetaan tunnetaitojen ja itsenäistymisen oppimista sekä ammatillisten vahvuuksien tunnistamista.

5.1 Tuen tarve ohjatun harjoittelun aikana

Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että vaihto-opiskelijat tarvitsevat tukea ohjatun harjoittelunsa aikana. Tuen tarve harjoittelun aikana ilmeni konkreettisena tuen tarpeena, ohjauksellisena tuen tarpeena sekä vertaistuen tarpeena.

Konkreettista tukea kaivattiin sekä Seinäjoen ammattikorkeakoulun hoitotyön opettajalta että kotimaan hoitotyön opettajalta. Seinäjoen ammattikorkeakoulun hoitotyön opettajan vaihto-opiskelijat pystyivät tavoittamaan mielestään melko hyvin sähköpostitse tai puhelimitse. Lisäksi opiskelijat pitivät siitä, että opettaja tapasi heitä säännöllisesti. Sen sijaan kotimaansa opettajaan heidän oli vaikea pitää yhteyttä, johtuen internet-yhteydestä, kotimaan aikaeroista tai muista haasteista. Kotimaansa hoitotyön opettajalta vaihto-opiskelijat olisivat tarvinneet tietoa muun muassa vaihdossa tehtävien tuntien määrästä, vaihto-opiskeluun liittyvistä asiakirjoista ja kotimaan yliopiston tehtävistä. Seinäjoen ammattikorkeakoulun hoitotyön opettajalta kaivattiin tietoa harjoittelupaikasta ja siitä, miten kotiyliopiston tavoitteiden on mahdollista täyttyä ohjatun harjoittelun aikana kyseessä

olevalla poliklinikalla. Tavoitteiden asettamisen harjoittelujaksolleen opiskelijat kokivat vaikeana, koska eivät tunteneet suomalaista hoitotyön organisaatiota, eikä heillä ollut etukäteen tarkkaa käsitystä siitä mitkä ovat sairaanhoitajan tehtäviä Suomessa. Lisäksi hoitotyön opettajan apua kaivattiin sairastumisten tai muiden äkillisten poissaoloa vaativien tilanteiden aikana.

Ohjauksellisen tuen tarve kohdistui harjoittelupaikan erikoissairaanhoidon poliklinikan sairaanhoitajiin. Lähes kaikki vaihto-opiskelijat kokivat saavansa hyvää ohjausta harjoittelunsa aikana. Kovinkaan monen vaihto-opiskelijan äidinkieli ei ollut englanti, mikä osaltaan hankaloitti ohjauksen ymmärtämistä. Lisäksi ammattisanasto tuntui osan mielestä hankalalta ymmärtää englanniksi. Vaihto-opiskelijat kiittelivät Seinäjoen keskussairaalan poliklinikoiden henkilökuntaa siitä, että he olivat iloisia ja myönteisiä vaihto-opiskelijoita kohtaan. Heille tarjottiin mahdollisuuksia oppimiseen ja heidän ammatillisesta kasvustaan oltiin selkeästi kiinnostuneita.

Vertaistuen tarve korostui vaihto-opiskelijoilla, jotka tulivat Seinäjoen ammattikorkeakouluun ainoana opiskelijoina kotimaastaan. Tällöin yksinäisyyden tunne ja koti-ikävä lisäsivät vaihto-opiskelijan taakkaa harjoittelun aikana. Vaihto-opiskelijasta saattoi tuntua, ettei hänellä ole samalla tasolla olevaa henkilöä tukena. Tämä tunne korostui, mikäli vaihto-opiskelija kohtasi vaikeuksia harjoittelupaikoissaan tai jos hän sairastui. Tällaisissa haastavissa tilanteissa oman äidinkielen puhumisen sekä oman kulttuurin kokemisen tarve korostui harjoittelun aikana ja mikäli siihen ei ollut mahdollisuutta, koti-ikävä voimistui.

5.2 Sairaanhoitajan kompetenssien kehittyminen

Sairaanhoitajan kompetenssien kehittymiseen sisältyivät *kliininen osaaminen, ohjausosaaminen, kulttuuriosaaminen ja organisaatio-osaaminen*.

Kliinisen osaamisen kehittyminen harjoittelujakson aikana oli vaihto-opiskelijoiden mielestä selkeimmin tunnistettava kehittymisen kohde. Kotimaasta riippuen sairaanhoitajaopiskelijoilla oli erilaisia valmiuksia tehdä kädentaitoihin liittyviä asioita. Esimerkiksi Suomessa sairaanhoitajaopiskelija saa kanyloida potilaan ohjatuksi ja aloittaa suonensisäisen neste- ja lääkehoidon. Kaikissa maissa tämä ei ole mahdollista opiskelijana, joten vaihto-opiskelijoista tuntui hienolta, kun he pääsivät harjoittelemaan kanylointia potilaalle. Kanyloinnin lisäksi lääkehoito korostui kliinisiä taitoja arvioidessa. Kielimuurin vuoksi vaihto-opiskelijat eivät pystyneet tekemään hoitotyön suunnitelmia niin hyvin, kuin he olisivat halunneet. Kuitenkin harjoittelun ohjaajien ja hoitotyön opettajan avulla he selviytyivät tehtävästään ja kokivat oppivansa myös hoitosuunnitelmista. Osa vaihto-opiskelijoista oli yllättyneitä suomalaisen sairaanhoidon tasosta, käytettävissä olevasta teknologiasta,

sairaalan siisteydestä ja sairaanhoitajien aseptisestä osaamisesta. Esimerkiksi teknologian käyttö sairaaloissa ja korkea hygienian taso mainittiin syiksi, miksi vaihto-opiskelija oli valinnut kohdemaakseen Suomen harjoittelujaksolleen. Useissa kotimaissa hoitotyön kirjaaminen tehtiin vielä paperille, kun taas Seinäjoen keskussairaalassa on kaikilla poliklinikoilla käytössä Effica potilastietojärjestelmä.

Ohjausosaamisen kehittymisen harjoittelujaksonsa aikana vaihto-opiskelijat kokivat heikoimpana. Useat potilaista olivat iäkkäitä, eivätkä puhuneet englantia, jotta vaihto-opiskelija olisi voinut jutella suoraan potilaan kanssa. Tästä syystä vaihto-opiskelijat eivät pystyneet toteuttamaan potilasohjausta tavoitteidensa mukaisesti. Kuitenkin vaihto-opiskelijat kertoivat, että keskusteltuaan harjoittelua ohjaavan sairaanhoitajan kanssa he oppivat paljon potilasohjauksesta. Lisäksi erikoissairaanhoidon poliklinikoilla työskentely opetti heille suomalaisista kansansairauksista ja suomalaisesta kulttuurista ja sairauden ja terveyden kokemisen eroista kulttuurien välillä.

Kulttuuriosaamisen kehittymisen vaihto-opiskelijat kuvailivat korkeaksi. Toki useassa Euroopan maassa on samankaltaisuutta kulttuureissa Suomen kanssa. Erityisesti suomalaisten sairaanhoitajien työetiikkaa ja -moraalia vaihto-opiskelijat ihailivat ja kertoivat, että kotimaassaan sairaanhoitajat voivat olla paljon pienemmistä syistä poissa työstään, mutta suomalaiset sairaanhoitajat näyttävät tulevan töihin hieman sairainakin. Myös suomalaisten sairaanhoitajien tiimityöskentely ja sairaanhoitajien ja lääkärien välinen yhteistyö saivat vaihto-opiskelijoilta kiitosta. Potilaat olivat kohdanneet vaihto-opiskelijat pääsääntöisesti ystävällisesti. Rasismia ei oltu kohdattu ja potilaat olivat antaneet vaihto-opiskelijoiden tehdä pieniä toimenpiteitä. Jotkut vaihto-opiskelijoista eivät eronneet ulkonäöllisesti paljoakaan suomalaisista hoitajista ja he kokivat, että tämä on helpottanut potilaiden suhtautumista heihin.

Organisaatio-osaaminen jäi vaihto-opiskelijoilla heikoksi. He olisivat tarvinneet enemmän perehdytystä organisaatioon ja siihen millä tasolla erikoissairaanhoidon poliklinikat ovat suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä ja miten potilaat hakeutuvat niille hoidettaviksi. Erityisesti tulevan sote-rakenneuudistuksen osalta vaihto-opiskelijat olivat ymmällään eivätkä oikein ymmärtäneet suomalaista terveydenhuoltoa, hoidon tarpeen arviointi tai lähetekäytäntöä. Valinnanvapaudesta keskusteltaessa osa vaihto-opiskelijoista kertoi vastaavan systeemin olevan jo käytössä kotimaassaan. Monet kuvasivat myös sitä, miten potilaan taloudellinen tilanne saattoi vaikuttaa hoitoon pääsyyn. Vaihto-opiskelijat ihailivat suomalaista sosiaaliturvaa ja sitä, miten valtio avustaa hoitoon pääsyssä, eikä taloudellinen tilanne estä hoidon saamista Suomessa. Potilaiden välisen tasa-arvon vaihto-opiskelijat kokivat toteutuvan Suomessa paremmin kuin kotimaassaan.

5.3 Itsestään oppiminen

Harjoittelujaksonsa aikana vaihto-opiskelijat oppivat paljon itsestään. Itsestään oppimiseen sisältyivät *tunnetaitojen oppiminen, itsenäistyminen ja ammatillisten vahvuuksien tunnistaminen*

Tunnetaitojen oppiminen käsitti kansainvälisillä sairaanhoitajaopiskelijoilla stressin hallintaa, epämukavien asioiden käsittelyä ja epävarmuuden sietämistä. Vaihto-opiskelijat kuvasivat olleensa ajoittain erittäin stressaantuneita joutuessaan kommunikoidaan vieraalla kielellä päivittäin. Toisaalta vaihto-opiskelijat olivat iloisia siitä, että oppivat samalla englannin kieltä. He olivat tyytyväisiä, että Seinäjoen keskussairaalan henkilökunta puhui niin hyvää englantia, mistä johtuen potilastilanteissa vaihto-opiskelijoilla oli mahdollisuus oppia paljon uutta. Kuitenkin stressitasoa nosti ajoittainen kokemus ulkopuolisuudesta työyhteisössä, mikä tapahtui lähinnä taukokuoneessa. Tähän vaikutti se, että henkilökunta puhui keskenään suomea ja vaihto-opiskelija oli tästä syystä ulkona keskustelusta. Epämukavien asioiden käsittely koski lähinnä opiskelijan omia paperitöitä ja niistä ahdistumista. Monelle vaihto-opiskelijalle tuli yllätyksenä, että vaihto-opiskeluun ulkomailla liittyy niin paljon sopimuksia ja allekirjoitettavia papereita. Tässä vaihto-opiskelijat kokivat tarvitsevansa avukseen hoitotyön opettajaa. Epävarmuuden sietäminen liittyi siihen, että monet vaihto-opiskelijoista saivat tietää harjoittelupaikkansa kovin myöhään. Organisaatioista, joihin vaihto-opiskelijoita oli sovittu sijoitettavaksi, tulikin sairastumisia, mistä johtuen osalta vaihto-opiskelijoita peruuntui sovittu harjoittelupaikka vähäisellä varoajalla. Tämän vaihto-opiskelijat kokivat kuitenkin itseään kehittävänä seikkana ja huomasivat, että asioiden sujumiseen pystyi luottamaan.

Useat vaihto-opiskelijat *itsenäistyivät* vaihto-opiskelunsa aikana. Jotkut heistä asuivat ensimmäistä kertaa yksin ilman vanhempiaan. Tämä opetti heille itsenäistymistä ja omista asioistaan huolehtimista. Monet vaihto-opiskelijoista kuvasivat itseään perhekeskeisiksi ja kokeneensa kovaa koti-ikävää, mutta selviytyivät hyvin erossa vanhemmistaan noin 4 kuukauden ajan ulkomailla. Lisäksi he kertoivat oppineensa huolehtimaan päivittäisistä toiminnoistaan, kantamaan vastuun itsestään ja hallitsemaan omaa talouttaan. Kotiinsa vaihto-opiskelijat pitivät yhteyttä Skypellä, puhelimitse sekä viesteillä.

Ammatillisten vahvuuksien tunnistaminen mainittiin tärkeimpänä seikkana, minkä vaihto-opiskelijat olivat oppineet itsestään Suomessa vietetyn ajanjakson aikana. Kliinisten taitojen oppiminen ja sellaisten harjoittelumahdollisuuksien kokeminen mihin heillä ei kotimaassaan ollut mahdollisuuksia vahvistivat ammatti-identiteettiä ja toivat varmuutta oikean alan valinnasta. Joillakin vaihto-opiskelijoilla oli toiveita päästä joihinkin erikoisyksikköihin päiväksi tutustumaan ja nämä yksiköt toteuttivat vaihto-opiskelijoiden toiveita niin hyvin kuin pystyivät. Harjoittelujak-

sojen positiiviset kokemukset vahvistivat vaihto-opiskelijoiden halua syventää osaamistaan ja mahdollisesti tulevaisuudessa työskennellä kyseessä olevalla erikoisalalla. Vaihto-opiskelijat huomasivat pystyvänsä kohtaamaan potilaan empaattisesti ja lämmöllä huolimatta kielimuurista. Tämä osaltaan vahvisti heidän käsitystään oikean ammatin valinnasta.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen eettiset näkökulmat ja luotettavuus

Tutkimuksessa noudatettiin hyviä tieteellisiä käytäntöjä ja se toteutettiin eettisiä periaatteita kunnioittaen. Vastaajien anonymiteetti varmistettiin ja heidän suostumuksensa tutkimukseen osallistumiseen kysyttiin. Harjoittelupaikkoina toimineita erikoissairaanhoidon poliklinikoita ei eritellä tässä artikkelissa, jotta vastaajia ei voida tunnistaa, koska joillakin poliklinikoilla oli harjoittelussa vain yksi vaihto-opiskelija. Kaikilta osallistujilta kysyttiin lupa tulosten julkistamiseen tässä artikkelissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereiden mukaan, joita ovat uskottavuus, refleksiivisyys, vahvistettavuus ja siirrettävyys (Kyngäs ym. 2011; Elo & Kyngäs 2008). Tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa se, että aineisto on kerätty henkilöiltä, joilla on siitä tietoa. Refleksiivisyyden osalta on otettava huomioon, että aineiston on kerännyt ja analysoinut opettaja, joka on ohjannut vaihto-opiskelijoiden harjoittelua. Opettaja on kuitenkin onnistunut säilyttämään objektiivisuuden tutkittavaan asiaan, eikä tämä ole vaikuttanut analyysiin, eikä tutkimuksen kulkuun. Vahvistettavuutta on arvioitu vertaamalla tuloksia aikaisempiin tutkimuksiin, sekä artikkelin analyysistä on keskusteltu muiden vaihto-opiskelijoiden harjoittelua ohjanneiden opettajien ja harjoittelupaikkojen ohjaajien kanssa. Tulokset sellaisenaan eivät ole siirrettävissä esimerkiksi suomalaisten opiskelijoiden kokemuksiin, sillä kulttuuriset seikat ja kieli vaikuttavat vaihto-opiskelijoiden kokemuksiin harjoittelujaksoistaan. Tuloksia voidaan kuitenkin hyödyntää kansainvälisten sairaanhoitajaopiskelijoiden harjoittelujaksoja kehitettäessä. (Kyngäs ym. 2011.)

6.2 Johtopäätökset

Joissakin maissa näyttää olevan tarkat ja strukturoidut hyvin yksityiskohtaiset tavoitteet harjoittelujaksoille. Usein nämä tavoitteet koskivat kliinisiä taitoja. SeAMKissa opetetaan sairaanhoitajaopiskelijoita potilaan kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön, johon kliiniset taidot kuuluvat yhtenä osana. Yksityiskohtainen lista hallittavista kädentaidoista näytti stressaavan vaihto-opiskelijoita ja ne korostuivat harjoittelujakson aikana liikaa. Osa vaihto-opiskelijoista ei ymmärtänyt

riittävän hyvin kokonaisvaltaisen hoitotyön merkitystä potilaan hyvinvoinnille ja kotimaan opintojakson tavoitteet otettiin liian kirjaimellisesti, mikä hankaloitti sekä harjoittelupaikan ohjaajien työtä ja opiskelijan oppimista harjoittelujaksonsa aikana. Tuloksista on nähtävissä, että Seinäjoen ammattikorkeakoulun terveysalan sairaanhoitajaopiskelijoiden vaihto-opiskelua tulee kehittää siten, että kansainväliselle sairaanhoitajaopiskelijalle muodostuu laaja-alaisempi käsitys Suomen terveydenhuoltojärjestelmästä, hoitopoluista sekä sairaanhoitajan tehtävistä. Tällä hetkellä tämä on liikaa harjoitteluorganisaatioiden vastuulla, ja jatkossa tästä on tarjottava vaihto-opiskelijoille mieluisa opintokokonaisuus terveysalan opintotarjonnassa. Johtopäätöksinä esitetään, että kansainvälisten sairaanhoitajaopiskelijoiden opintojaksoa Seinäjoen ammattikorkeakoulussa on kehitettävä kokonaisvaltaisesti. Toiseksi, vaihto-opiskeijoille on mahdollistettava riittävä tuki harjoittelujakson ajalle, joka sisältää konkreettisen tuen, ohjauksellisen tuen ja vertaistuen. Kolmas johtopäätös on, että vaihto-opiskelijoiden integrointia Seinäjoen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden opintoihin tulisi kehittää ja tehdä tehokkaammin, jotta myös omien sairaanhoitajaopiskelijoiden kulttuurikompetenssi kehittyisi.

LÄHTEET

Almutairi, A. F., Adlan, A. A. & Nasim, M. 2017. Perceptions of the critical cultural competence of registered nurses in Canada. *BMC Nursing* 16 (47), 3 - 9.

Chan, E. A., Yat Wa Liu, J., Hin Kee Fung, K., Lik Tsang, P. & Yuen J. 2018. Pre-departure preparation and co-curricular activities for student's intercultural exchange: A mixed-methods study. *Nurse education today* 63, 43 - 49.

Curtis, M. P., Bultas, M. W. & Green, L. 2016. Enhancing cultural competency. [Verkkolehtiartikkeli]. *Online journal of cultural competence in nursing & health care* 6 (1), 1-13. [Viitattu 21.11.2018]. Saatavana: DOI:<http://www.ojccnh.org/pdf/v6n1a1.pdf>

Debiasi, L. B. & Selleck, C. S. 2017. Cultural competence training for primary care nurse practitioners: An intervention to increase culturally competent care. *Journal of cultural diversity* 24 (2), 39 - 45.

Eliav, E. 2018. The importance of faculty and student international exchange programs. *Quintesse international* 49 (6), 435.

Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing* 62 (1), 107-115.

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E.-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen: Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. [Verkkójulkaisu]. *Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto : Suomen sairaanhoidajaliitto*. [Viitattu 22.10.2018]. Saatavana: <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

Fuller, B. & Mott-Smith, J. A. 2017. Issues influencing success: Comparing the perspectives of nurse educators and diverse nursing students. *Journal of nursing education* 56 (7), 389 - 396.

Gover, S., Duggan, R., Dantas, J. A. R. & Duncan, B. 2017. Something has shifted: Nursing students' global perspective following international clinical placements. *Journal of advanced nursing* 73 (10), 2359 - 2406.

- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2), 138 - 148.
- Leite, B. S., Alves dos Santos, W., Valente, G. S. C., Leite, A. C., Camacho, F. & dos Santos Claro Fuly, P. 2016. Nursing consultations for elderly in primary care in international student exchange: Experience report. *Journal of Nursing UFPE On Line* 10 (4), 3710 - 3715.
- Long, T. B. 2012. Overview of teaching strategies for cultural competence in nursing students. *Journal of cultural diversity* 19 (3), 102 - 108.
- Mackay, B., Harding, T., Jurlina, L., Scobie, N. & Khan, R. 2011. Utilising the hand model to promote culturally safe environment for international nursing students. *Nursing praxis in New Zealand* 27 (1), 13 - 24.
- Maginnis, C. & Anderson, J. 2017. A discussion of nursing students' experiences of culture shock during an international clinical placement and the clinical facilitator's role. *Contemporary nurse* 53 (3), 348 - 354.
- Mikkonen, K., Elo, S., Miettunen, J., Saarikoski, M. & Kääriäinen, M. 2017. Clinical learning environment and supervision of international nursing students: A cross-sectional study. *Nurse education today* 52, 73 - 80
- Mitchell, C., Del Fabbro, L. & Shaw, J. 2017. The acculturation, language and learning experiences of international nursing students: Implications for nursing education. *Nurse education today* 56, 16 - 22.
- Nairn, S., Hardy, C., Harling, M., Parumal, L. & Narayanasamy, M. 2012. Diversity and ethnicity in nursing education: The perspective of nurse lecturers. *Nurse education today* 32, 203 - 207.
- Newton, L., Pront, L. & Giles, T. M. 2016. Experiences of registered nurses who supervise international nursing students in the clinical and classroom setting: an integrative literature review. *Journal of clinical nursing* 25 (11-12), 1486 - 1500.
- Repo, H., Vahlberg, T., Salminen, L., Papdopoulos, I. & Leino-Kilpi, H. 2017. The cultural competence of graduating nursing students. *Journal of transcultural nursing* 28 (1), 98 - 107.
- SeAMK. 2017. Opinto-opas. Degree Programme in Nursing. [Verkkosivu]. [Viitattu 22.10.2018]. Saatavana: <https://opinto-opas.seamk.fi/index.php/en/21/en/78>
- Smith, L. S. 2017. Cultural competence: A nurse educator's guide. *Nursing* 47 (9), 18 - 21.
- Stough-Hunter, A., Guinan, J. & Hart, J. P. 2016. A comparison of teaching methods building cultural competency informed by contact theory. *Journal of cultural diversity* 23 (3), 91 - 98.
- Truong, M., Gibbs, L., Paradies, Y. & Priest, N. 2017. "Just treat everybody with respect": Health service providers' perspectives on the role of cultural competence in community health service provision. *The ABNF journal* 28 (2), 34 - 43.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [Verkojulkaisu]. [Viitattu 26.10.2018]. Saatavana: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Utley-Smith, Q. E. 2017. Meeting a growing need: An online approach to cultural competence education for health professionals. *Nursing education perspectives* 38 (3), 159 - 161.
- Zheng, R. X., Everett, B., Glew, P. & Salamonson, Y. 2014. Unravelling the differences in attrition and academic performance of international and domestic nursing students with English as an additional language. *Nurse education today* 34 (12), 1455 - 1459.

PERHEEN OSALLISTUMINEN AIKUISEN TEHOHOITOPOTILAAN HOITOON SAIRAANHOITAJAN NÄKÖKULMASTA

Susanna Hiirikoski, sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Eveliina Salmenoksa, sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Niina Herttuala, TtM, ylihoitaja
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Katri Hemminki, THM, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Hilkka Majasaari, THM, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

1 JOHDANTO

Tämä artikkeli perustuu Susanna Hiirikosken ja Eveliina Salmenoksan (2018) opinnäytetyöhön, jonka aiheena oli perheen osallistuminen aikuisen tehohoitopotilaan hoitoon. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tehostetun hoidon yksikkö. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin yhtenä toiminnan painopisteenä on, että potilas ja hänen perheensä tulevat hyvin kohdatuiksi (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, [viitattu 6.5.2018]). Artikkelissa esitellään opinnäytetyötä, jonka tulokset toimivat yhtenä työelämän kehittämisvälineenä ja vastaavat ammattikorkeakoululain (L 14.11.2014/932) määrittämään ammattikorkeakoulun tehtävään.

Perhekeskeisessä hoitotyössä huomioidaan potilas yksilönä sekä osana hänen perhettään (Larivaara, Lindroos & Heikkilä 2009, 19). Potilaan perhe voi parhaimmillaan olla henkilökunnan kumppani, joka on tukena potilaalle ja osallistuu hoitoon sopivassa määrin (Åstedt-Kurki ym. 2008, 59). Hoitoon osallistuminen merkitsee perheille läsnäoloa, potilaan auttamista, hoitoon liittyvän tiedon

saamista ja päätöksenteossa mukana olemista (Nikki & Paavilainen 2010, 312; Olding ym. 2015, 1189). Perheen osallistuminen on tärkeää asiakaslähtöisyyden kehittämisessä (Holopainen, Korhonen & Korhonen 2016). Palveluiden muokkaaminen asiakaslähtöisiksi on myös Sipilän hallitusohjelman yhtenä painopisteinä. Tärkeänä pidetään työelämän toimijoiden kumppanuutta. (Valtioneuvoston kanslia 2015, 20 - 21.)

Nikin ja Paavilaisen (2010, 318) mukaan hoitajien ja perheen välistä yhteistyötä ovat toimiva vuorovaikutus, perheen tarpeiden huomioiminen sekä perheen ottaminen hoitoon mukaan. Yhteistyön onnistumiseen vaikuttaa suurelta osin hoitajien arvomaailma, työpaikan käytännöt, avoin ilmapiiri ja hoitajan myönteinen suhtautuminen perheeseen (Nikki & Paavilainen 2010, 319). Aikuisen potilaan hoitotyö nähdään kuitenkin perhekeskeisen sijaan vahvasti yksilökeskeisenä (Strann, Rantanen & Suominen 2013, 7 - 9).

2 PERHEEN OSALLISTUMINEN AIKUISEN TEHOHOITOPOTILAAN HOITOON

Tehohoitopotilaat ovat kriittisesti sairaita ja heillä on äkillinen, tilapäinen, henkeä uhkaava yhden tai useamman elintoiminnan häiriö (Tampereen yliopistollinen sairaala 2018). Tehohoito sekä tehohoitoympäristö saavat aikaan potilaassa fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kuormittumista, jonka vaikutukset voivat kestää kuukausista vuosiin tai olla ohimeneviä. Potilas saattaa kärsiä esimerkiksi kivuista, liikkumisrajoituksista, muistamattomuudesta, sekavuudesta ja ahdistuneisuudesta. Potilas joutuu oman sosiaalisen verkostonsa ulkopuolelle. (Meriläinen & Lundgrén-Laine 2017.)

Akuutti sairastuminen muuttaa koko perheen elämää siten, että potilaan voinnissa tapahtuvista muutoksista tulee kaiken keskipiste (Koponen ym. 2008, 7; Nikki & Paavilainen 2010, 320 - 321; Lehto 2015, 51 - 56). Perheenjäsenet tuntevat olonsa hämmentyneiksi ja avuttomiksi jouduttuaan keskelle äkillistä kriisitilannetta (Koponen ym. 2008, 7; Lehto 2015, 52). Tehohoitoon liittyvän välineistön käyttö voi myös järkyttää perhettä (Koponen ym. 2008, 7). Perheen käyttäytyminen voi olla kontrolloimatonta, koska selkeä ajattelu ja asioiden käsitteleminen ei onnistu järkytyksen vuoksi (Lehto 2015, 52). Tilanne voi aiheuttaa perheelle myös nukkumis- ja syömisvaikeuksia (Koponen ym. 2008, 7; Nikki & Paavilainen 2010, 319; Lehto 2015, 56). Perheet kokevat toisaalta kiitollisuutta potilaan tehohoidon aikana, mikä auttaa perhettä jaksamaan (Koponen ym. 2008, 7).

Koposen ym. (2008, 7 - 8) mukaan tehohoitopotilaiden perheillä on hoitoon osallistumisen tarve. Perheet haluavat osallistua hoitoon ja pitävät tärkeänä, että heille tarjotaan mahdollisuus tähän (Nikki & Paavilainen 2010, 312; Strann ym. 2013, 7). Hoitoon osallistuminen merkitsee perheille läsnäoloa, potilaan auttamista, hoitoon liittyvän tiedon saamista ja päätöksenteossa mukana olemista (Nikki & Paavilainen 2010, 312; Olding ym. 2015, 1189).

Perheenjäsenten läsnäolemisella tarkoitetaan konkreettista potilaan vuoteen vierellä istumista (Koponen ym. 2008, 7 - 9; Nikki & Paavilainen 2010, 320; Olding ym. 2015, 1189). Perheelle on tärkeää pitää yllä kontaktia tehohoitopotilaaseen ja päästä näkemään hänet mahdollisimman usein (Koponen ym. 2008, 7 - 9). Hoitoon osallistuminen merkitsee perheille myös potilaan auttamista, kuten epämiellyttävän toimenpiteen aikana rauhoittelemista (Koponen ym. 2008, 7 - 8; Nikki & Paavilainen 2010, 317; Olding ym. 2015, 1189). Perheenjäsenet haluavat auttamisellaan edistää potilaan hyvää oloa (Nikki & Paavilainen 2010, 317). Perheet vastaanottavat hoitajilta tietoa sekä kokevat ohjauksen edistävän hoitoon osallistumista (Salminen-Tuomaala ym. 2008, 262; Nikki & Paavilainen 2010, 317; Olding ym. 2015, 1189). Saatu tieto auttaa rakentamaan käsitystä potilaan tilanteesta ja vastaavasti tietoa vaille jääminen voi lisätä perheen tyytymättömyyttä hoitoon (Åstedt-Kurki ym. 2008, 130; Nikki & Paavilainen 2010, 318). Kriittisessä tilassa oleva potilas ei välttämättä itse pysty osallistumaan päätöksentekoon, minkä vuoksi perheen vastuu päätöksenteosta kasvaa (Suomen tehohoitoyhdistys 1997; Åstedt-Kurki ym. 2008, 127; Olding ym. 2015, 1191).

Perheen osallistumisesta hoitoon on hyötyä sekä potilaalle että muille perheenjäsenille (Al-Mutair ym. 2013, 1814). Päivittäisiin hoitotoimenpiteisiin osallistuminen lisää perheenjäsenten tyytyväisyyttä, antaa heille mahdollisuuden osoittaa välittämistään potilaalle ja vähentää perheen kokemaa ahdistusta (Al-Mutair ym. 2013, 1809 - 1810; Kean & Mitchell 2014, 667). Nikin ja Paavilaisen (2010, 317) mukaan perheen läsnäolon mahdollistaminen auttaa myös kestävämpään kriittiseen sairastumiseen liittyviä negatiivisia tunteita, kuten tuskaa. Perhe on tehohoitopotilaalle tärkeä tuki ja lohdun tuoja (Baumgarten & Poulsen 2015, 210). Nikki ja Paavilainen (2010, 318) näkevät perheen myös potilaan asioiden ajajana, jolla on tärkeää tietoa potilaan tilanteeseen liittyen. Perheen osallistuminen hoitoon voi jopa edistää potilaan paranemista (Nikki & Paavilainen 2010, 319).

3 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TARKOITUS

Artikkelissa esitellään opinnäytetyötä, jonka tavoitteena oli tuottaa tietoa aikuisen tehohoitopotilaan perheen osallistumisesta hoitoon sairaanhoitajan näkökulmas-

ta (Hiirikoski & Salmenoksa 2018). Tätä tietoa voidaan hyödyntää tehohoitotyön kehittämisessä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien näkemyksiä perheen osallistumisesta aikuisen tehohoitopotilaan hoitoon.

Tutkimustehtävät olivat:

1. Mitkä tekijät sairaanhoitajan näkökulmasta edistävät perheen osallistumista aikuisen tehohoitopotilaan hoitoon?
2. Mitkä tekijät sairaanhoitajan näkökulmasta estävät perheen osallistumista aikuisen tehohoitopotilaan hoitoon?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksena, jonka lähestymistapa oli kvalitatiivinen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49). Aineiston keräämistä varten saatiin tutkimuslupa opinnäytetyöhön osallistuneen keskussairaalan johdolta. Aineisto kerättiin keskussairaalan teho-osaston sairaanhoitajilta (n=6) teemahaastattelulla, joka toteutettiin ryhmässä. Haastateltavilla oli työkokemusta aikuisten tehohoidosta 1,5 - yli 20 vuotta. Ryhmähaastattelu toteutettiin sairaanhoitajien työvuoron aikana keskussairaalan tiloissa ja se kesti noin yhden tunnin ajan. Haastattelu nauhoitettiin.

Haastattelijat esittivät kysymyksiä koko ryhmälle sekä suuntasivat välillä tarkentavia kysymyksiä yksittäisille haastateltaville. Johdattelevia kysymyksiä vältettiin. Saatu aineisto analysoitiin sisällönanalysillä, jota ohjasi alusta lähtien tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122 - 123).

Aineiston analyysi toteutettiin siten, että molemmat opiskelijat analysoivat aineiston ensin itsenäisesti. Tämän jälkeen opiskelijat vertailivat luokituksia keskenään ja muodostivat keskustellen yksimielisyyden lopullisista luokituksista. Tutkimustehtäviin saatiin lopulta pelkistettyjä ilmaisuja yhteensä 323 kappaletta, alaluokkia 49 kappaletta, yläluokkia kahdeksan kappaletta ja pääluokkia kaksi.

5 TULOKSET

5.1 Perheen osallistumista aikuisen tehohoitopotilaan hoitoon edistävät tekijät

Sairaanhoitajat kuvasivat perheen osallistumista edistävän potilaasta, perheestä, hoitohenkilökunnasta ja teho-osastosta johtuvat tekijät. Tässä artikkelissa kuvataan vain sairaanhoitajasta ja teho-osastosta johtuvia edistäviä tekijöitä.

Sairaanhoitajat kuvasivat perheen osallistumista hoitoon edistäneen hoitohenkilökunnasta johtuvat tekijät, kuten sairaanhoitajan työkokemus, mahdollisuus keskustella hoitohenkilökunnan kanssa ja tiedon antaminen. Arkisten asioiden huomioiminen tehohoidossa, kannustaminen ja sairaanhoitajan antama vaikutelma edistivät myös perheen osallistumista. Sairaanhoitajien mukaan huolenpito, myönteinen suhtautuminen ja osallistumisen pitäminen riittävänä edisti perheen osallistumista.

Sairaanhoitajien mukaan työkokemus helpotti tiedon antamista perheelle. Kokeineella sairaanhoitajilla oli heidän mukaansa osaamista sairauden etenemisen ja sairaudesta toipumisen kertomisessa perheelle. Sairaanhoitajat pitivät tärkeänä, että perheillä oli mahdollisuus keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Perheiden kanssa keskusteltiin aina heidän tullessaan katsomaan potilasta. Keskustelun mahdollisuus tarjottiin kaikille perheille. Sairaanhoitajat kertoivat tiedustelevansa perheen halukkuutta keskustella lääkärin kanssa ja saattoivat ehdottaa perheelle lääkärin kanssa keskustelua. Perhe keskusteli lääkärin kanssa esimerkiksi isoista hoitolinjauksista ja hoitolinjauusten perusteluista. Perheeltä tiedusteltiin myös näkökulmaa potilaan hoitolinjauksista.

Sairaanhoitajien mukaan perheille annettiin tietoa. Perheitä informoitiin potilaan kuulumisista, päivän tapahtumista ja potilaan voinnista. Sairaanhoitajat kuvasivat perheiden epätietoisuuden helpottuvan ja olevan paremmin tilanteen tasalla saadun informaation ansiosta. Sairaanhoitajat kuvasivat antavansa perheelle realistista ja ymmärrettävää tietoa. Realistisen tiedon antaminen tarkoitti asioiden kertomista kaunistelematta sekä suoraan myös potilaan huonontuneesta tilanteesta. Ymmärrettävä tieto oli puolestaan asioiden kertomista perheelle arkikielellä ja välttämällä ammattikieltä.

Arkiset asiat huomioitiin tehohoidossa. Perhe huomioitiin tehohoidon kannalta arkisissa asioissa, esimerkiksi kysymällä perheen mielipidettä villasukkien pukeemisesta potilaalle. Perheitä myös kannustettiin. Sairaanhoitajat kuvasivat per-

heiden tarvitsevan kannustusta hoitoon osallistumiseen. Perhettä kannustettiin osallistumaan tarjoten tilaa potilaan lähelle, tuoden tuoleja potilaan vuoteen lähelle sekä laskemalla potilaan vuoteen laitoja. Lisäksi perhettä kannustettiin potilaan koskettamiseen ja rohkaistiin puhumaan tajuttomana olevalle potilaalle.

Sairaanhoitajan antamaan vaikutelmaan kiinnitettiin huomiota. Sairaanhoitajat pyrkivät antamaan perheelle vaikutelman potilaan hyvästä huolenpidosta, mikä loi myös turvallisuuden tunnetta perheelle. Sairaanhoitaja kuvasi perheen kohtaamisen tapaan kuuluvan perheiden tervehtiminen, perheelle esittäytyminen sekä perheen lämmin vastaanotto. Myös sairaanhoitajan empaattisuus ja lähestyttävyyden helppous helpottivat perheen osallistumista hoitoon. Tätä kuvattiin esimerkiksi seuraavasti:

”Jos mä on niinku sellaanen, yritän olla niinku empaattinen ja niinku että mulle on helppo puhua ja multa on helppo kysyä niin mä uskon, että se helepottaa sitä osallistumista”. (Sairaanhoitaja 3.)

Sairaanhoitajat huolehtivat perheistä. Perheenjäsenistä huolehdittiin, jotta heillä olisi hyvä olo. Sairaanhoitajat sekä huolehtivat perheistä että kehottivat perheitä myös huolehtimaan itsestään. Sairaanhoitajan mukaan perheestä huolehtimiseen kuului esimerkiksi kehoitus pitää vapaapäivä hoitoon osallistumisesta. Sairaanhoitajat suhtautuivat perheisiin myönteisesti. He kuvasivat perheiden olevan aina tervetulleita osastolle eivätkä he kokeneet olevansa ”omaisnegatiivisia”. Sairaanhoitajat kuvasivat pitävänsä perheen osallistumista riittävänä. Perheelle ei asetettu tällöin isoja vaatimuksia.

Sairaanhoitajat kuvasivat perheen osallistumista edistäviä tekijöitä. Tekijät liittyivät teho-osastoon, kuten olevan yhteydenpidon mahdollistaminen teho-osastoon, teho-osaston rauhallisuuteen, jälkipoliklinikkaan ja yhden hengen potilashuoneeseen. Sairaanhoitajat toivat esiin perheen yhteydenpidon mahdollistamiseen teho-osastolle kuuluvan luvan soittaa yöaikaan sekä joustamisen perheen vierailuajoista. Perheen vierailuajoista joustettiin esimerkiksi potilaan kriittisessä tilanteessa, potilaan yöaikaisessa sairaalaan tulossa sekä perheen omien työaikojen rajoissa. Vierailuajat eivät olleet tällöin ehdottomia. Teho-osaston rauhallisuus mahdollisti sairaanhoitajan antamaan aikaa enemmän perheelle ja he pystyivät keskustelemaan perheen kanssa rauhassa.

Jälkipoliklinikalla perhe otettiin mukaan, perheeltä kyseltiin tuntemuksista ja he pääsivät keskustelemaan kokemuksistaan jälkeenpäin. Sairaanhoitajien mukaan jälkipoliklinikka oli joskus antoisampi perheelle kuin itse potilaalle. Potilaalla oli yhden hengen huone. Perheen yhdessäoloa yhden hengen huoneessa kuvattiin seuraavasti:

”Kun on niinku omat huoneet potilailla, että sit siellä verhon takana ei oookkaan ketään muuta. Et sit koko perhe saa olla siinä niinku keskenänsä.” (Sairaanhoitaja 5.)

Koko perhe sai yksityisyyttä potilaan omassa huoneessa. Ympäristön tapahtumat eivät häirinneet perheen yhdessäoloa.

5.2 Perheen osallistumista aikuisen tehohoitopotilaan hoitoon estävät tekijät

Sairaanhoitajat kuvasivat perheen osallistumista aikuisen tehohoitopotilaan hoitoon estävän potilaasta, perheestä, hoitohenkilökunnasta ja teho-osastosta johtuvat tekijät. Tässä artikkelissa kuvataan potilaasta ja perheestä johtuvat estävät tekijät.

Sairaanhoitajien mukaan potilaasta johtuvia estäviä tekijöitä olivat potilaan tarvitsemat hoitolaitteet, potilaan hoidon vaarantuminen, potilaan huono yleistila ja potilaan stressaantuminen. Lisäksi sairaanhoitajat pitivät estävinä tekijöinä potilaan väsymistä, potilaan häiriintymistä, potilaan valituksen lisääntymistä ja potilaan toivetta yksinoloon.

Potilas tarvitsee paljon hoitolaitteita. Sairaanhoitajat kuvasivat potilaan hoitolaitteiden ja letkujen paljouden estävän hoitoon osallistumista. Potilaan hoito voi vaarantua, jos hoitolaitteita ei osata varoa. Omatoimisesti osallistuva perhe ei sairaanhoitajien mukaan osannut varoa hoitolaitteita ja perheen osallistuminen aiheutti suuria riskejä. Potilaan hoito saattoi kärsiä perheen jatkuvasta läsnäolosta. Potilaan yleistila on tehohoidossa huono. Sairaanhoitajien mukaan perheen osallistumista ja läsnäolon aikaa estivät potilaan kivuliaisuus, huono yleistila ja huono vointi.

Potilas voi stressaantua perheen osallistumisesta. Perhe stressasi sairaanhoitajan mukaan potilasta seuraamalla vitaaliarvoja sekä kyselemällä jatkuvasti tulevista tapahtumista ja äänistä. Potilas saattoi myös stressaantua perheen kosketellessa jatkuvasti potilasta. Potilaan stressaantumista kuvattiin esimerkiksi seuraavasti:

”Jotkut omaiset, kun ne tulee, ne stressaa sen potilaan niinkun aivan älyttömästi, ne koko ajan hokee pulssia, verenpainetta, arvoja, mikä tuo ääni oli, mitä nyt tapahtuu.” (Sairaanhoitaja 2.)

Potilas voi myös väsyä. Sairaanhoitajan mukaan potilas väsyi perheen vierailuihin, jos hän ei saanut riittävästi lepoa. Sairaanhoitajat kuvasivat potilaan häiriintyvän

ja unen estyvän jatkuvasta koskettelusta, perheen jatkuvasta läsnäolosta sekä ääneen puhumisesta. Sairaanhoidajan mukaan perheen saavuttua teho-osastolle potilas saattoi myös valittaa aikaisempaa enemmän. Potilas voi toivoa yksinoloa. Sairaanhoidajat toivat esiin potilaan toiveen yksinolosta, koska potilas ei aina kokenut perheen vierailua tarpeelliseksi pyytäen läheisiään poistumaan teho-osastolta.

Sairaanhoidajien mukaan perheen asema, perheen ominaisuudet, perheen tunnetilat ja perheen väsyminen olivat perheen hoitoon osallistumisesta estäviä tekijöitä. Perheen jättäytyminen hoitoon osallistumisesta, perheen ohjeiden noudattamatta jättäminen sekä perheen asuinpaikan ja sairaalan välimatka olivat osallistumisesta estäviä tekijöitä.

Perhe on vierailijan asemassa. Hoitajat kuvasivat perheiden olevan vierailijoita, jolloin esimerkiksi potilaan perushoidon ei koettu kuuluvan perheelle. Sairaanhoidajien mukaan perheenjäsenten erilaiset persoonalliset ominaisuudet heijastuivat siihen, miten he voivat osallistua potilaan hoitoon. Niin sanotut ”hermoheikot perheet” eivät osanneet asettua potilaalle virkistystä tuovaan asemaan. Tätä kuvattiin esimerkiksi seuraavasti:

”Niin paljon riippuu, minkälaiset ihmiset sieltä ovesta on tullut, minkälaisia tälle!” (Sairaanhoidaja 6.)

Sairaanhoidajan mukaan perheen tunteet estivät potilaan hoitoon osallistumiseen. Perhe eli raskasta aikaa ja heillä oli kestämistä omassa elämäntilanteessaan ollessaan potilaan luona. Perhe saattoi olla hermostunut, huolestunut tai tilanteesta hämmennyksissä. Sairaanhoidajan mukaan perheet myös väsyivät sairaalassa vierailuihin eivätkä jaksaneet osallistua. Perhe voi pidättäytyä hoitoon osallistumisesta. Sairaanhoidajan mukaan perheen hoitoon osallistumisessa oli iso kynnyks, perhe ei uskaltanut koskettaa potilasta kädestä eikä uskaltanut tehdä mitään ilman lupaa pyytäen sairaanhoidajaa tekemään puolestaan. Hoitajat kuvasivat perheen myös jättäytyvän pois potilaan hoitoon osallistumisesta.

Perhe voi olla noudattamatta annettuja ohjeita. Sairaanhoidajan mukaan perheet eivät noudattaneet vierailuaikoja tai sairaanhoidajien ohjeita osallistumisesta. Perheiden tottuneisuus vierailuaikojen joustamiseen näkyi siinä, että he viipyivät potilaan luona pidempään kuin sairaanhoidaja oli ohjeistanut. Perhe voi myös asua kaukana teho-osastosta. Sairaanhoidajat kuvasivat perheen etäisen asuinpaikan estävän potilaan hoitoon osallistumista, jolloin perheen olivat harvemmin läsnä teho-osastolla.

6 POHDINTA JA KEHITTÄMISEHDOTUKSIA KÄYTÄNNÖN HOITOTYÖHÖN

Opinnäytetyön eettisyyttä varmistettiin noudattamalla hyvää tieteellistä käytäntöä kaikissa työn vaiheissa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6 - 7). Opinnäytetyöhön osallistuminen perustui haastateltavien tietoiseen suostumukseen ja he allekirjoittivat suostumuslomakkeen. Osallistuneiden sairaanhoitajien yksityisyyden suoja huomioitiin koko opinnäytetyöprosessin ajan pitämällä heidän henkilöllisyytensä salassa. Haastateltavien anonymiteetti varmistettiin muun muassa tulosten raportoinnissa siten, että heistä käytettiin alkuperäislainauksissa yhteisnimitystä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179 - 180.)

Artikkelissa esitellyn opinnäytetyön luotettavuutta arvioitiin koko prosessin ajan (Hiirikoski & Salmenoksa 2018). Opinnäytetyön luotettavuuden tarkastelussa käytettiin kvalitatiivisen tutkimuksen arviointikriteereitä, joita ovat uskottavuus, siirrettävyys, refleksiivisyys ja vahvistettavuus (Kylmä & Juvakka 2007, 127).

Artikkelissa kuvattujen opinnäytetyön tulosten perusteella perheen osallistumista hoitoon edistävät ja estävät potilaasta, perheestä, hoitohenkilökunnasta ja teho-osastosta johtuvat tekijät. Sairaanhoitajien kuvauksen mukaan nämä perheen osallistumista edistävät ja estävät tekijät ovat hyvin monimuotoisia, vaikka ne ovat peräisin samoista lähteistä.

Käytännön hoitotyön kannalta huomattavaa on, että sairaanhoitaja voi edistää tai estää perheen osallistumista aikuisen tehohoitopotilaan hoitoon. Sairaanhoitaja voi edistää perheen osallistumista omalla työkokemuksellaan, antamalla perheelle mahdollisuuden vuorovaikutukseen ja antamalla perheelle tietoa. Lisäksi sairaanhoitaja voi edistää perheen osallistumista huomioimalla arkisia asioita tehohoidossa, kannustamalla perhettä ja huolenpidolla. Perheen osallistumista voi edistää myös sairaanhoitajan antama vaikutelma, sairaanhoitajan myönteinen suhtautuminen perheeseen ja perheen osallistumisen pitäminen riittävänä. Vastaavasti sairaanhoitaja saattaa estää perheen hoitoon osallistumista jättämällä perheen huomiotta ja omalla päätösvalloillaan. Myös sairaanhoitajan rooli, hoitotoimenpiteiden tekeminen ja sairaanhoitajan ominaisuudet voivat vaikuttaa perheen osallistumiseen estävästi. Näiden lisäksi sairaanhoitajan kuormittuminen ja lääkärin tavoittamattomuus ovat perheen osallistumista estäviä tekijöitä.

Hiirikosken ja Salmenoksan (2018) opinnäytetyö vahvisti aiempia tutkimustuloksia sekä tuotti uudenlaista tietoa. Opinnäytetyö vahvisti muun muassa aiemman päivystyspoliklinikalle sijoittuneen tutkimuksen tuloksia, joissa on perusteltu

perhekeskeisen hoitotyön puuttumista potilaasta, perheestä ja hoitoympäristöstä johtuvilla syillä (Strann ym. 2013, 8). Toisaalta opinnäytetyö toi uudenlaisen näkökulman perheestä, johon potilas voi väsyä. Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus toteutuivat, sillä työ onnistui kuvaamaan sairaanhoitajien näkemyksiä sekä tuotti hyödynnettävissä olevaa tietoa perheen osallistumisesta hoitoon. (Hiirikoski & Salmenoksa 2018.)

Tulokset perheen osallistumisesta edistävästä ja estävästä tekijöistä on hyvä ottaa huomioon aikuisen tehohoitopotilaan hoitotyössä. Näitä tuloksia voidaan hyödyntää aikuisten tehohoitotyön kehittämisessä perhekeskeisempään suuntaan. Tehohoitotyön lisäksi opinnäytetyötä voidaan hyödyntää soveltuvin osin myös muualla hoitotyössä. Tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi teho-osaston sairaanhoitajia ja muita perheiden kanssa työskenteleviä sairaanhoitajia koulutettaessa. Perheen osallistumista edistävät ja estävät tekijät tunnistamalla pystytään tukemaan entistä paremmin perheen osallistumista aikuisen tehohoitopotilaan hoitoon.

LÄHTEET

Al-Mutair, A., Plummer, V., O'Brien, A. & Clerehan, R. 2013. Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review. [Verkkolehtiartikkeli]. *Journal of clinical nursing* 22 (13 - 14), 1805 - 1817. [Viitattu 8.2.2018]. Saatavana Cinahl with fulltext -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Baumgarten, M. & Poulsen, I. 2015. Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. [Verkkolehtiartikkeli]. *Scandinavian journal of caring sciences* 29 (2), 205-214. [Viitattu 11.2.2018]. Saatavana Cinahl with fulltext -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (EPSHP). Ei päiväystä. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia 2013 - 2020. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 6.5.2018]. Saatavana: http://www.epsHP.fi/files/6270/Etela-Pohjanmaan_sairaanhoitopiirin_strategia_2013-2020.pdf

Hiirikoski, S. & Salmenoksa, E. 2018. Perheen osallistuminen aikuisen tehohoitopotilaan hoitoon sairaanhoitajan näkökulmasta. [Verkkojulkaisu]. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Sairaanhoitaja (AMK) -tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 15.10.2018]. Saatavana: <http://www.theseus.fi/handle/10024/149192>

Holopainen, A., Korhonen, T. & Korhonen, A. 2016. SOTE-uudistuksen haasteet - selvitys hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. [Verkkojulkaisu]. Hoitotyön tutkimussäätiö. [Viitattu 22.10.2017]. Saatavana: http://www.hotus.fi/system/files/HOTUSRAPORTTI_13_6_2016_NETTI.pdf

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.

Kean, S. & Mitchell, M. 2014. How do intensive care nurses perceive families in intensive care? Insights from the United Kingdom and Australia. [Verkkolehtiartikkeli]. *Journal of clinical nursing* 23 (5 - 6), 663 - 672. [Viitattu 9.2.2018]. Saatavana: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12195/epdf>

Koponen, L., Mattila, L.-R. & Häggman-Laitila, A. 2008. Perheenjäsenen tehohoito omaisen näkökulmasta: katsaus hoitotieteelliseen tutkimustietoon. *Hoitotiede* 20 (1), 3 - 13.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. [Verkkokirja]. Helsinki: Edita. [Viitattu 5.5.2018]. Saatavana Ellibs-e-kirjakokoelmasta. Vaatii käyttöoikeuden.

L 14.11.2014/932. Ammattikorkeakoululaki.

Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. 2009. Perhekeskeisen työn teoreettiset perusteet. Teoksessa: P. Larivaara, S. Lindroos & T. Heikkilä (toim.) *Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto*. Helsinki: Duodecim, 18 - 33.

Lehto, B. 2015. Huolehtiva kanssakäyminen: Substantiivinen teoria työikäisen aivohalvauspotilaan perheenjäsenen emotionaalista tukemisesta sairastumisen akuutissa vaiheessa. [Verkkojulkaisu]. Tampere: Tampereen yliopisto. Väitösk. [Viitattu 12.1.2018]. Saatavana: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98153/978-951-44-9952-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Meriläinen, M. & Lundgrén-Laine. 2.10.2017. Sairauden ja tehohoidon aiheuttamat terveysongelmat. [Verkkoartikkeli]. Teoksessa: Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 19.10.2017]. Saatavana *Terveysportin Sairaanhoidajan tietokannoista*. Vaatii käyttöoikeuden.

Nikki, L. & Paavilainen, E. 2010. Läheisten hoitoon osallistuminen päivystyspoliklinikalla: kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 22 (4), 312–323.

Olding, M., McMillan, S., Reeves, S., Schmitt, M., Puntillo, K. & Kitto, S. 2015. Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review. [Verkkolehtiartikkeli]. *Health expectations* 19 (6), 1183 - 1202. [Viitattu 11.2.2018]. Saatavana Cinahl with fulltext-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Salminen-Tuomaala, M., Kurikka, S., Korkiamäki, K. & Paavilainen, E. 2008. Potilaan saattajien ohjauksen tarve päivystyspoliklinikalla. *Hoitotiede* 20 (5), 258 - 266.

Strann, P., Rantanen, A. & Suominen, T. 2013. Perhekeskeinen hoitotyö päivystyspoliklinikan työpaikkakulttuurissa. *Tutkiva hoitotyö* 11 (4), 4 - 12.

Suomen tehohoitoyhdistys. 1997. Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 10.2.2018]. Saatavana: https://sthy.fi/wp-content/uploads/2017/07/STHY_eettiset_ohjeet.pdf

Tampereen yliopistollinen sairaala (TAYS). 8.2.2018. Tehohoito. [Verkkosivu]. [Viitattu 11.2.2018]. Saatavana: <http://www.pshp.fi/fi-FI/Palvelut/Tehohoito>

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

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 14.11.2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa: Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 7.2.2018]. Saatavana: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valtioneuvoston kanslia. 29.5.2015. Ratkaisujen Suomi: Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 21.9.2017]. Saatavana: http://valtio-neuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FL_YHDISTETTY_netsti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82

Åstedt-Kurki, P., Jussila, A.-L., Koponen, L., Lehto, P., Majjala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

TIIMIOPETTAJUUS OPPIMISTA SYVENTÄMÄSSÄ

*Elisa Kannasto, FM, lehtori
SeAMK Liiketoiminta ja kulttuuri*

*Hilkka Majasaari, THM, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala*

1 JOHDANTO

Korkeakouluissa on pitkään keskusteltu tiimiopettajuuden mahdollisuuksista ja sen lisäämisestä pedagogiikkaan. Jaettu osaaminen ja toteutuksen mielekkyys sekä opiskelijan että opettajan näkökulmasta nähdään vahvimpina argumentteina tiimiopettajuuden puolesta.

Artikkelissa kuvataan tiimiopettajuutta yhdessä kirjoittajien opettaman Eettisyys hoitotyössä ja Viestintätaitojen opintojaksojen integroidun osuuden case-näkökulmasta. Opintojaksoja on toteutettu osittain integroituna kolme vuotta, artikkelin kirjoittajilla on kokemusta kolmesta lukukaudesta, eli yhteensä kymmenestä opiskelijaryhmästä. Opiskelijat ovat olleet monimuoto-, päivätoteutus- ja Silta-opintojen ryhmistä, eniten ryhmiä sairaanhoitajan tutkinto-ohjelmasta ja muutama ryhmä on ollut myös terveydenhoitajan tutkinto-ohjelmasta. Tekstissä tuodaan esille käytännön tasolla todettuja tiimiopettajuuden näkökulmia ja suhteutetaan niitä jo aiheesta kirjoitettuun materiaaliin. Tällä tavalla avataan keskustelua integroidun monialaisen opetuksen kehittämistyöhön, joka soveltuu jokaiselle alalle ja eri koulutustasoille, vaikka sen voi erityisesti nähdä palvelevan juuri tulevaisuudessa monialaisissa tiimeissä toimivia sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita.

2 TIIMIOPETTAJUUS OPPIMISEN EDISTÄJÄNÄ

Hellströmin (2008) mukaan team-teaching -termi suomennettiin alkuun yhdysopetukseksi, rinnalla nähtiin myös termejä työryhmäopetus ja ryväsopetus. Tästä on edetty tiimiopetuksesta ja yhteisopetuksesta puhumiseen. Jyrhämä ym. (2016) määrittävät yhteisopettamisen samanaikaisopetukseksi mutta erottavat kahden

ihmisen yhteisopettajuuden terminä pariopettamiseksi. He nostavat myös jaetun opettajuuden termin keskusteluun. Hellström (2008, 344 - 345) käsittää tiimiopettajuuden 2 - 10 opettajan yhteistoiminnallisuutena, jossa myös opiskelijat työskentelevät tehokkaasti. Opiskelijoilla on vastuu opiskelustaan, ja he tekevät yhdessä työtä sekä päätöksiä, pohtivat ja toimivat luovasti. Opetuksen tavoitteet ovat tiimiopettajuudessa sekä yksilöllisiä että sosiaalisia.

Yhteisopettamisessa on kyse pedagogiikasta, jossa opettajat jakavat vastuun suunnittelusta, opettamisesta ja arvioinnista yhteisten tuntien osalta. Näin opettajilla on jatkuva vuorovaikutteisuus työssään. Edellytyksenä tämän onnistumiselle on tasa-arvoisuus, vastavuoroinen kunnioitus, jaettu vastuu ja resurssit sekä tarkat yhteiset tavoitteet. (Jyrhämä ym. 2016, 120 - 122.)

Opiskelijan kannalta arvokasta on, että pariopettajuus tuo mukaan kahden ihmisen tiedot ja taidot. Opetus monipuolistuu ja syvenee, koska ratkaisut tulee perusteltua kollegalle. Pariopettajuus tuo iloa myös opettajille, koska suunnittelu yhdessä on mielekkäämpää. Opettaja oppii kollegaltaan, oma pedagoginen ajattelu kehittyy, ongelmia on helpompi ratkaista yhdessä, kun asioissa on kaksi näkemystä. Erkkilän ja Perunkan (2016) mukaan tiimiopettajuus on palkitsevaa, koska siinä voidaan jakaa osaamista, onnistumisia sekä epäonnistumisia. Pohjana pariopettajuudessa on halu tehdä yhteistyötä toisen kanssa. Lisäksi onnistunut pariopettajuus edellyttää opettajien persoonien yhteensopivuutta. (Jyrhämä ym. 2016, 123 - 124.)

3 AMMATTIKORKEAKOULUOPETTAJUUS MUUTOKSESSA

Ammattikorkeakouluopettajuus on muutoksessa. Ammattikorkeakouluopettajat ovat asennoituneet myönteisesti työhönsä, mutta haastavaksi alueeksi on todettu opetusmenetelmien kehittäminen, edellytysten luominen tutkimus- ja kehittämis-työlle sekä työelämäyhteyksien kehittäminen (Viitala & Lehtelä 2006). Pysyvien ja rajattujen ammattien asiantuntijarooleista on siirrytty yhä monimutkaisempien toimintaympäristöjen toimijoiksi, joissa opettajan tehtävänä on elinikäisen oppimisen edistäminen. Ammattikorkeakoulun opettaja on moniammatillisuuden oppimisessa opiskelijan resurssi ja oppimisympäristön rakentaja, oppimisen ohjaaja sekä arvioija (vrt. Katajamäki 2010). Samalla opetuksen resurssikysymykset sekä muutokset odotuksissa pedagogisia ratkaisuja kohtaan nousevat jatkuvasti esiin sekä opettajien koulutuksissa että kahvipöytäkeskusteluissa.

Eri tutkimuksissa on kuvattu, mitä ammattikorkeakouluopettaja korostaa työssään. Mäki (2012) käsitteellisti ammattikorkeakouluopettajan työn amk-opettajan työrooliksi ja toisaalta opetuskeskeiseksi ja luokkahuonemaiseksi työksi. Sonninen (2006) puolestaan kuvasi opettajuutta ammattikorkeakoulussa vanhaksi amk-opettajuudeksi ja uudeksi amk-opettajuudeksi. Vanhassa amk-opettajuudessa korostui pedagoginen tehtävä ja perinteinen opettajuus ja opettavassa opettajuudessa korostui oma substanssiaine sekä ammattitaidon siirtyminen opiskelijoille. Molempien huomioista jää ulos ammattikorkeakouluopettajan rooli oman alansa kehittäjänä ja haaste pysyä alansa kehityksen mukana. Vanhanen-Nuutinen ym. (2013) totesivat ammattikorkeakoulujen opetushenkilöstön identiteettien hahmottuvan opettavaksi opettajaksi ja TKI-opettajaksi. Kuva opetuskeskeisestä opettajuudesta (Mäki, Vanhanen-Nuutinen & Töytäri-Nyrhinen 2013) on piirteiltään yhtenevä vanhan amk-opettajuuden ja opettavan opettajan kanssa, joille perusopetus ja luokkahuoneopetus ovat tärkeitä muun toiminnan pirstoessa työnkuvaa.

Uusi amk-opettajuus on verkostomaista toimintaa, jossa toiminta ulottuu opettajan perinteisen reviiirin ulkopuolelle ja opiskelija on opettajan kumppani (Sonninen 2006). Vanhanen-Nuutisen ym. (2013) mukaan TKI-opettaja on kehittämismyönteinen ja haluaa toimia työelämäläheisissä työmuodoissa. Holopainen ja Tossavainen (2003) ovat kuvanneet hoitotyön opettajuutta ja todenneet substanssiorientoituneen ja pedagogisesti orientoituneen opettajan lisäksi tasapainottelija-opettajan. Tasapainoilija-opettaja vaatii itseltään muita laajempaa osaamista ja yhteistyötä muiden alojen opettajien kanssa (Holopainen 2007). Marttilan (2010) tutkimuksessa tuodaan esiin neljä erilaista opettajuutta, jotka vaikuttavat ammattikorkeakoulussa. Hänen mukaansa perinteistä opettajuutta edustivat opiskelijan ammatillisen kasvun tukija ja kasvattaja. Korkeakouluopettaja ja palveluntuottaja-opettaja olivat uudempia ammattikorkeakouluopettajuuden muotoja. Siirtyminen perinteisestä opettajuudesta projektimaisesti työskentelevään yhteisölliseen TKI-opettajuuteen nähdään haasteena.

Tulevaisuudessa opettajalta vaaditaan yhä enemmän toimimista oppimisen ohjaajana, verkostojen luojana sekä oppimisympäristöjen rakentajana (Lumme, Sarajärvi & Paavilainen 2009). Tutkimus- ja kehitystyön tulosten siirtymistä hyötykäyttöön edistää monialaisuus ja hyvä työelämäyhteistyö. Kun toimitaan moniammatillisissa ja monitieteisissä tiimeissä, ei riitä, että on oman alansa asiantuntija, vaan tulee olla myös muiden osaamisen täydentäjä. Moniammatillisen yhteistyön perusta luodaan koulutuksessa ja moniammatillisessa harjoittelussa: opiskelija oppii ymmärtämään ja kunnioittamaan muita ammattiryhmiä, jakamaan tietoa toinen toisilleen, ymmärtämään roolejaan ja vastuualueitaan työyhteisössä (Salminen ym. 2014). Osaamisen syntyminen vaatii tasa-arvoista ja keskinäiseen

kunnioitukseen perustuvaa vuorovaikutusta yhteistoimintaverkostoissa (Katisko, Kolkka & Vuokila-Oikkonen 2014). Pedagogisen kehittämisen yhtenä kohteena ammattikorkeakouluissa on ollut tiimiopettajuus, muun muassa Vaasan ammattikorkeakoulussa (Nurmi ym. 2009) sekä Oulun ammattikorkeakoulussa (Kamula ym. 2018.)

Tiimiopetuksella viitataan (Jyrhämä ym. 2016) opetukseen, jossa opettajat jakavat vastuun suunnittelusta, opettamisesta ja arvioinnista yhteisten tuntien osalta. Parhaimmillaan tiimiopetuksessa opettaminen sujuu saumattomasti. Tiimiopettajuus voidaan luokitella Sandholzin (2000) mukaan kolmeen luokkaan. Ensimmäisessä luokassa kaksi (tai useampi) opettaja jakaa yhteistyössä jossain määrin opettajuuden vastuuta. Toisessa luokassa opetuksen toteutusta suunnitellaan yhdessä, mutta opettajat noudattavat omia, erillisiä ohjeita ja toimintatapoja. Kolmannessa luokassa yhdistyy jaettu yhteistyö kaikilla opettajuuden osa-alueilla suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Nurmen ym. (2009) mukaan tiimioppiminen on nopeampaa ja tehokkaampaa kuin yksittäisen ihmisen oppiminen. Koiviston, Koskelan ja Hennerin (2015) mukaan opettajat pitivät tiimiopettajuutta mielekkäänä tapana toteuttaa opetusta. Tiimiopettajuudessa osaamisen on todettu kehittyvän sekä substanssiosaamisen että pedagogiikan alueella (Kamula ym. 2018).

Oppimisen kohteena olevaa asiaa tulisi määritellä sisällöllisesti jokaisen tiimissä työskentelevän asiantuntijuusosaamisen näkökulmasta. Monialainen tiimiopettajuus on lisännyt opettajien välistä yhteistyötä ja osaamista. Tiimiopettajuuden erityisenä etuna pidettiin sitä, että vastuuta voitiin jakaa ja opettajat saattoivat tukeutua toisiinsa ongelman ilmetessä. Tiimiopettajuudessa kollegat ovat toistensa voimavarana ja kollegan yksilöllisyyden hyväksyminen, ymmärtäminen sekä keskinäinen tuki ovat tärkeitä periaatteita (vrt. Opettajan ammattietiikka ja eettiset periaatteet 2014).

4 TIIMIOPETTAJUUS KÄYTÄNNÖSSÄ

Case-opintojaksojen integroidussa osassa toteutetaan seminaaritehtävä. Tehtävässä laaditaan parityönä kirjallinen työ hoitotyön eettisestä ongelmasta tai eettisestä periaatteesta. Seminaarityö esitetään suullisesti opintojakson lopussa muulle ryhmälle. Esitysten yhteydessä toimitaan myös vertaisarvioijana toiselle työparille sekä osallistutaan aktiiviseen ryhmäkeskusteluun. Työn sisällöllisen arvioinnin päävastuu on aineen substanssiosaajalla, eli hoitotyön etiikan opettajalla. Esiintymistaitoa, vuorovaikutuskykyä keskusteluissa ja kirjallisen työn teknistä toteutusta arvioi viestinnän opettaja. Lopullinen kokonaisarviointi ja opiskelijapalaute rakentuu opettajaparin kokonaisvaltaisesta yhteistyöstä. Tässä

keskiöön nousee toisen asiantuntijuuden kunnioittaminen, kuunteleminen sekä yhteisen näkemyksen rakentaminen jo ennen kurssin aloitusta. Prosessina tämä ei pysähdy. Toteutettujen kurssien myötä yhteistyö hioutuu ja kokonaisvaltainen näkemys parantuu sekä uusia ideoita tulee esille.

Verkostojen rakentamisen ja yhteisöllisyyden korostaminen opetuksessa näkyy oppijalle käytännössä parhaiten tiimiopettajuutena. Tiimiopettajuudessa opettaja jakaa omaa osaamistaan, täydentää kollegaansa, oppii tältä ja kunnioittaa toisen osaamista. Näin myös opiskelija näkee, ettei työelämässä oma asiantuntijuus aina rakennu pelkästään omista tiedoista ja taidoista vaan kyvystä rakentaa paras mahdollinen tiimi ja hyödyntää sitä ongelmanratkaisussa. Holopaisen (2007) tasapainoilija-opettajaksi nimeämä pedadogi kehittyy jatkuvasti ja voi nähdä myös tiimiopettajuuden yhtenä kanavana oman osaamisensa kehittämiseen. TKI-opettajuuteen siirtyminen haastaa monialaisten projektien muodossa asiantuntijuuden jakamista entisestään ja tiimiopettajuus voi edistää luontevaa siirtymistä monialaisiin projektitiimeihin. Tämä ei johdu vain siitä, että toimintaympäristö on luotu vaan myös siitä, että yhteisten opetushetkien ja niiden suunnittelun yhteydessä nousee keskusteluja uusista ideoista ja uudenlaisista yhteistyömuodoista. Näistä hyvänä esimerkkinä voidaan mainita tämä artikkeli sekä muut kirjoittajien yhteistyön aikana jo toteutuneet ja tulevaisuudessa toteutuvat yhteiset tekstit ja projektit.

Kirjoittajat ovat viimeisen kolmen lukukauden aikana opettaneet kymmenen ryhmää, sekä päivä- että monimuotototeutuksen puolella. Mitä useampi opintojakso on yhdessä saatettu loppuun, sitä suurempi varmuus on kasvanut siitä, että opintojaksojen integrointi on paras mahdollinen toteutustapa sekä opiskelijoille että opettajille. Viestinnän opintojaksoon ja sen tekstintuotannon sekä esiintymistaidon arviointiin antaa vahvistusta mahdollisuus arvioida sitä opiskelijan oman ammatillisen tehtävänannon kautta. Opiskelija saa kerrankin palautetta monipuolisesti sekä tehtävän teknisen toteutuksen että asiasisällön näkökulmasta.

5 OPISKELIJAN JA OPETTAJAN PARHAAKSI

Erkkilän ja Perunkan (2016) mukaan tiimiopettajuuden onnistumisen avain on yhteinen suunnittelu. Artikkelissa kuvatussa casessa yhteiseen suunnitteluun on kuulunut yhteisen osaamistavoitteen asettaminen integroituun tehtävään, seminaarien toteutuksen suunnittelu sekä yhteisten arviointikriteerien määrittäminen. Kullakin seminaariryhmän työparilla oli eri eettinen aihe tehtävään, mutta jokaisella oli mahdollisuus oppia toisiltaan sekä osallistua yhteiseen keskusteluun. Arviointi pohjautui konkreettisiin esityksiin ja opiskelijan kykyyn osallistua oma-

kohtaiseen eettiseen pohdintaan sekä kykyyn osallistua yhteiseen keskusteluun. Kurssipalautteessa opiskelijat kertoivat keskittyneensä paremmin sekä tekstin tuottamiseen että itse esityksen laatimiseen, koska he tiesivät näiden olevan arvioinnin kohteena sisällön lisäksi. Tämä taas vahvisti sisällön sisäistämistä, kun työtä tehtiin enemmän laadukkaan toteutuksen varmistamiseksi. Opiskelijaparin eettistä pohdintaa sisältävän esseen esittäminen sekä suullisesti että kirjallisesti toisille opiskelijoille edisti eettisten kysymysten käsittelemistä. He oppivat myös perustelevaan vertaisarvioijaparille sekä muulle ryhmälle esitykseensä liittyviä sisältöjä ja ratkaisuja oppien ja ilmaisten samalla opiskelijaparina keskinäistä kollegiaalisuutta. Myös opettajien yhteistoiminta kannusti opiskelijoiden yhteistoimintaa ja antoi roolimallia kollegiaalisuuteen. Sekä opiskelijoiden että opettajien kommunikaatio oli avointa, luottamuksellista, empaattista ja dialogista sekä toista arvostavaa, mikä osin vastaa Kangasniemen ym. (2015) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan laatimaa kollegiaalisuuden kuvausta.

Eettinen osaaminen on terveydenhuoltoalan ammatillisen toiminnan perusta, joka kehittyy läpileikkaavana teemana koko koulutuksen ajan. Etiikan oppimisen kannalta keskeistä on edistää opiskelijan omakohtaista pohdintaa, kriittistä reflektiota sekä kykyä osallistua yleiseen eettiseen keskusteluun. Yhteisessä keskustelussa opiskelijat ja opettajat olivat tasavertaisia kumppaneita ja keskustelussa totuttiin kuuntelemaan aktiivisesti toinen toistaan sekä arvostamaan erilaisia perusteltuja näkökulmia. Opiskelijoilla oli lisäksi mahdollisuus saada joustavasti lisätietoa ja erilaisia näkökulmia, kun opettajapari oli paikalla yhdessä. Tiimiopettajuudessa toteutui kollegiaalisuuden lisäksi aktiivinen osallisuus sekä jaettu asiantuntemus.

Jatkon kannalta olisi tärkeää lisätä mahdollisuuksia opettajien yhteistyöhön. Tiimiopettajuus lisää mahdollisuuksia kurssien toteutustapoihin, varioi opetuksen ja oppimisen prosessia. Parhaimmillaan se lisää myös opettajien työhyvinvointia sekä tukee osaamisen kehittämistä. Yhteistyö ei kehity itsestään. Ops-työskentelylle ja ideoinnille tarvitaan aikaa. Tiukka aikataulu ja kehittämistyö ilman lisä-resurssointia vaikuttavat henkilöstön mahdollisuuksiin osallistua pedagogiseen kehittämiseen (vrt. Kamula ym. 2018). Mahdollisuuksia uusille avauksille voidaan edistää vain mahdollistamalla kollegojen, jopa yksiköiden, välinen vuorovaikutus.

LÄHTEET

Erkkilä, R. & Perunka, S. 2016. Näkökulmia tiimiopettajuuteen. [Verkkoartikkeli]. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 28. [Viitattu 11.10.2018]. Saatavana: <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2016092824453>

Hellström, M. 2008. Sata sanaa opetuksesta. Jyväskylä: PS-kustannus.

Holopainen, A. 2007. Changes in meanings of teacherhood among Finnish nurse teachers: A substantive theory of nurse teacherhood. Kuopio: Kuopio University. Publications E. Social Sciences 143.

Holopainen, A. & Tossavainen, K. 2003. Hoitotyön opettajien kokemuksia opettajuudestaan. *Hoitotiede* 15 (1), 38 - 46.

Jyrhämä, R., Hellström, M., Uusikylä, K. & Kansanen, P. 2016. Opettajan didaktiikka. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kamula, M., Mustakangas, T., Rajakangas, E. & Siltavirta, K. 2018. Tiimiopettajuuden vieminen teoriasta käytäntöön. [Verkkoartikkeli]. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistyön julkaisut 6. [Viitattu 11.10.2018]. Saatavana: <http://urn:nbn:fi-fe201801091168>

Kangasniemi, M., Suutarla, A., Tilander, E., Knuutila, M., Haapa, T. & Arala, K. 2015. Sairaanhoidajien kollegiaalisuus: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva hoitotyö* 13 (1), 35 - 43.

Katajamäki, E. 2010. Moniammatillisuus ja sen oppiminen: Tapaustutkimus ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalta. Tampere: Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tampereensis 1537. Väitösk.

Katisko, M., Kolkka, M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2014. Moniammatillinen ja monialainen osaaminen sosiaali-, terveys-, kuntoutus- ja liikunta-alojen koulutuksessa. Helsinki: Opetushallitus. Raportit ja selvitykset 2014:2.

Koivisto, K., Koskela, M. & Henner, A. 2015. Opettajien kokemuksia tiimiopettajuudesta masterkoulutuksessa. [Verkkoartikkeli]. Teoksessa: L. Kiviniemi, K. Koivisto & K. Koivunen (toim.) Yhteistyössä koulutusta, työelämää ja aluetta kehittämässä. EPooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistyön julkaisut 29. [Viitattu 11.10.2018]. Saatavana: <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2015102815074>

Lumme, R., Sarajärvi, A. & Paavilainen, R. 2009. T&K-työn ja opetuksen integraatiolla kohti työelämälaheistä oppimista. [Verkkoartikkeli]. *KeVer* 8 (4). [Viitattu 16.11.2018]. Saatavana: https://arkisto.uasjournal.fi/kever_2009-4/Integraatioartikkeli11.12.pdf

Marttila, L. 2010. Mistä ammattikorkeakouluopettajuus on tehty? [Verkkojulkaisu]. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteen laitos. Tampereen opettajankoulutuslaitos. Lisensiaatintutkielma. [Viitattu 27.11.2018]. Saatavana: <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-20309>

Mäki, K. 2012. Opetustyön ammatillaiset ja mosaiikin mestarit: Työkulttuurit ammattikorkeakouluopettajan toiminnan kontekstina. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. *Jyväskylä studies in business and economics* 109. Väitösk.

Mäki, K., Vanhanen-Nuutinen, L. & Töytäri-Nyrhinen, A. 2013. Pohjimmaiset oletukset ja muutostsunamit ammattikorkeakoulutyössä. Teoksessa: L. Vanhanen-Nuutinen, K. Mäki, A. Töytäri, V. Ilves & V. Farin. Kiviä ja keitaita -Ammattikorkeakoulutyö muutoksessa. Helsinki: Haaga-Helia ammattikorkeakoulu. Tutkimuksia 1/2013, 80 - 102.

Nurmi, R., Honkanen, V.-M., Saarikoski, L., Norrgård, K., Hyttälä-Huhta, T. & Waltermann, M. 2009. Tiimiopettajuuden kehittäminen Vaasan ammattikorkeakoulussa. Teoksessa: A. Töytäri-Nyrhinen (toim.) Suunnanäyttäjät: Uusia avauksia ammattikorkeakouluopettajan työhön. Helsinki: Haaga-Helia ammattikorkeakoulu. Kehittämisasiaportteja 4.

Opettajan ammattietiikka ja eettiset periaatteet. 2014. [Verkkojulkaisu]. Opetusalan ammattijärjestö OAJ. [Viitattu 26.10.2018]. Saatavana: http://content.oaj.fi/cs/idcplg?IdcService=GET_FILE&dDocName=UCM_CLUSTER1-004988&RevisionSelectionMethod=LatestReleased

Sandholtz, J. H. 2000. Interdisciplinary team teaching as a form of professional development. *Teacher education quarterly* Summer, 39 - 54.

Salminen, L., Leino, H.-M., Korpelainen, O., Heikkinen, K. & Kääpä, P. 2014. Oppimassa moniammatillista yhteistyötä - esimerkkinä sairaanhoitaja- ja lääkäriopiskelijoiden yhteinen harjoittelu. *Pro Terveys* 3, 32 - 34.

Sonninen, J. 2006. Ammattikorkeakoulujen uudistuva asiantuntijuus. Teoksessa: M. Erkamo, S. Haapa, M.-L. Kukkonen, L. Lepistö & T. Rinne (toim.) *Uudistuvaa opettajuutta etsimässä*. Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea-ammattikorkeakoulun julkaisusarja B 11, 110 - 119.

Vanhanen-Nuutinen, L., Mäki, K., Töytäri, A., Ilves, V. & Farin, V. 2013. Kiviä ja keitaita - Ammattikorkeakoulutyö muutoksessa. Helsinki: Haaga-Helia ammattikorkeakoulu. *Tutkimuksia* 1/2013.

Viitala, T. & Lehtelä, P.-L. 2006. Ammattikorkeakouluopettajan työ ja pedagogisen ajattelun taustanäkemykset: kyselytutkimus Oulun seudun ammattikorkeakoulun opettajille. [Verkkoleh-tiartikkeli]. *KeVer* 5 (4). [Viitattu 16.11.2018]. Saatavana: https://arkisto.uasjournal.fi/kever_2006-4/9b9d1ea5c3e378bfc2257236004ae3b2.htm

AMMATTILAISTEN ERILAISET OIKEUDET JA VASTUUT: KEHITYSVAMMAISTEN ASUMISPALVELUISSA KÄYTETYT RAJOITUSTOIMENPITEET

Mira Karvonen, sosionomi (ylempi AMK), vammaispalvelujen sosiaaliohjaaja Kuntayhtymä Kaksineuvoinen, Kauhavan perusturvatoimisto

Minna Zechner, YTT, yliopettaja SeAMK Sosiaali- ja terveysala

1 KEHITYSVAMMAISTEN PALVELUT JA ITSEMÄÄRÄMISOIKEUS

Tämän artikkelin keskiössä ovat kehitysvammaisten henkilöiden itsemääräämisoikeus, sekä ammattilaisten oikeudet ja velvollisuudet suhteessa tähän itsemääräämisoikeuteen. Kehitysvammaisuutta voi määritellä eri tavoin, esimerkiksi toimintakyvyn, sosiaalisuuden tai lääketieteen näkökulmasta. Toimintakykyä arvioidessa keskitytään siihen, mitä kehitysvammaisen henkilö kykenee tekemään, oli kyse sitten älyllisestä toiminnasta, fyysisestä suoriutumisesta, kehon hallinnasta tai vaikkapa erilaisissa ympäristössä toimimisesta (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF). Sosiaalisesti painottuneessa kehitysvammaisuuden määritelmässä keskiössä on ihmisten väliset suhteet ja etenkin se, miten kehitysvammaisen henkilö kykenee toimimaan sosiaalisessa kontekstissa, esimerkiksi yhteiskunnassa. Lähtökohtana eivät silloin ole kehitysvammaisen henkilön vajavuudet, vaan ne yhteiskunnan olosuhteet, jotka vaikeuttavat hänen arkipäiväistä selviytymistään (Shakespeare & Watson 2001). Lääketieteen näkökulmasta kehitysvammaisuus on mielen kesken jäänyttä kehitystä, jolloin älyllinen, kielellinen, motorinen ja sosiaalinen kehitys jää matalalle tasolle (Tautiluokitus ICD-19, 2011).

Koska itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan yksilön yhdenvertaista oikeutta tehdä päätöksiä itseään koskevista asioista muodostavat heikko toimintakyky ja matala älyllinen kehitysaste itsemääräämisoikeuden kanssa ristiriitaisen suhteen. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen edellyttää jossain määrin kyvykkyyttä, tie-

toa, päätöksentekoa ja mahdollisuuksia, sekä voimavaroja toteuttaa päätöksiä. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2018, 6). Kehitysvammaisen henkilön itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava ja samalla häntä on tuettava sen toteuttamisessa, sekä varmistettava että hän ei aseta itseään liian suureen vaaraan. Jokainen ihminen, oli hän terve, sairas, vammainen tai vammaton, tekee toisinaan päätöksiä, jotka eivät välttämättä edistä hänen etuaan. Kehitysvammaisten henkilöiden valintoja ja päätöksiä saatetaan seurata tarkemmin kuin monien muiden ihmisten, sillä he usein käyttävät julkisrahoitteisia palveluita sekä etuuksia ja ovat sitä kautta tekemisissä erityisesti sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kanssa. Sosiaali- ja terveyspalveluiden tavoitteena on tuottaa hyvinvointia ja tarpeen vaatiessa myös suojella asiakkaita, jotta he eivät vahingoita itseään tai muita, tai muut eivät vahingoita heitä.

Kehitysvammaisten parissa työskentelevien ammattilaisten tavoitteena, palveluissa työskennellessään, on vastata kehitysvammaisten henkilöiden toimintakyvyn rajoitteisiin sekä mahdollistaa yhdenvertainen kansalaisuus ehkäisten ja poistaen vammaisuudesta johtuvia esteitä. Kehitysvammaisten palveluita ovat esimerkiksi erilaiset asumispalvelut, työ- ja päivätoiminta, henkilökohtainen apu sekä tarpeen mukaan käytettävät terveyspalvelut. Kehitysvammaisten hoitoa ja huolenpitoa määrittää erityisesti laki kehitysvammaisten erityishuollosta eli Kehitysvammalaki (L 23.6.1977/519). Laki määrittää palveluita, jotka edistävät kehitysvammaisen henkilön suoriutumista päivittäisistä toiminnoista ja tukevat itsenäistä toimeentuloa ja sopeutumista yhteiskuntaan. Toisinaan kehitysvammaisen henkilön itsemääräämisoikeutta joudutaan kuitenkin rajoittamaan, jos hän ei kykene tekemään elämäänsä koskevia turvallisia ratkaisuja.

Kehitysvammalakiin (L 23.6.1977/519) on tehty muutoksia itsemääräämisoikeuden rajoitustoimenpiteiden osalta ja muutettu laki astui voimaan 10.6.2016. Kehitysvammalakiin lisättiin säännökset koskien kehitysvammaisten itsemääräämisoikeuden vahvistamista ja sen rajoittamista: millä tavalla voidaan rajoittaa ja kuka näitä rajoitustoimenpiteitä saa tehdä. Kehitysvammaisten itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa tehostetussa palveluasumisessa, laitosasumisessa ja niitä vastaavissa yksityisissä palveluissa sekä joiltain osin myös työ- ja päivätoiminnan yksiköissä (L 23.6.1977/519). Uudet säännökset määrittelevät myös rajoitustoimenpiteiden käyttämisen edellytyksiä ja menettelyä, jota rajoitustoimenpiteestä päätettäessä tulee noudattaa. Kehitysvammalaki määrittelee lisäksi sen, miten rajoitustoimenpiteiden käyttö kirjataan ja minkälaiset jälkiselvittelyt niistä on tehtävä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 1.)

Tämä artikkeli perustuu Mira Karvosen (2018) sosiaalialan ylemmän AMK-tutkinnon opinnäytetyöhön, jossa luotiin Kuntayhtymä Kaksineuvoisen kehitys-

vammaisten toimintayksiköille yhtenäinen Kehitysvammalain mukainen käytäntö toimenpiteisiin, jotka rajoittavat asiakkaiden itsemääräämisoikeutta. Lisäksi työssä selvitettiin sitä, millaisia haasteita työntekijät toivat esille lain soveltamisessa käytännön työssä. Tässä artikkelissa esitellään ja pohditaan niitä seikkoja, joita itsemääräämisoikeuden vahvistaminen sekä rajoittamistoimenpiteiden uudet ohjeistukset toivat esiin eri ammattilaisten oikeuksina ja vastuina. Kuka saa tehdä ja mitä, silloin kun kyse on kehitysvammaisen henkilön itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta? Emme käytä tässä suoria aineistolainauksia, koska opinnäytetyötä varten haastatelluilta työntekijöiltä pyydettiin lupa aineiston käyttöön vain opinnäytetyötä varten. Tässä artikkelissa nostamme esiin opinnäytetyön tuloksia ja pohdimme niitä ammattilaisten vastuiden ja velvollisuuksia näkökulmasta.

2 TAVOITTEENA ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS

Vuoden 2017 elokuusta lähtien on sosiaali- ja terveysministeriössä työskennellyt työryhmä, jonka tehtävänä oli uudistaa sosiaali- ja terveyspalveluiden lainsäädäntöä siten, että asiakkaiden ja potilaiden itsemääräämisoikeutta voidaan palveluissa vahvistaa. Edellä kerroimme, että kehitysvammalain (L 23.6.1977/519) itsemääräämisoikeutta käsitteleviä seikkoja on jo uudistettu, mutta somaattisissa terveyspalveluissa ja vanhuspalveluissa itsemääräämisoikeutta määritteleviä säännöksiä ei vielä ole ollut lainkaan ja päihde- ja mielenterveyspalveluiden säännökset kaipasivat uudistamista. Tarkoituksena on säätää uusi asiakas- ja potilaslaki, joka korvaisi sosiaalihuollon asiakaslain (L 22.9.2000/812) ja potilaslain (L 17.8.1992/785) (Hämeen-Anttila 2018.) Uudesta laista on tehty huhtikuussa 2018 julkaistu luonnos, joka heinäkuun 2018 alussa meni lausuntokierrokselle ja hallituksen esitys oli tarkoitus antaa eduskunnalle syksyllä 2018 (Itsemääräämisoikeutta koskevia lakeja lausunnolle 2018). Sosiaali- ja terveysministeriö on kuitenkin päättänyt, että laki ei mene Sipilän hallituksen aikana eteenpäin. Syynä tähän on se, että palaute oli niin kriittistä, että lakia ei ehditä valmistella riittävästi ennen kevään 2019 eduskuntavaaleja (Teittinen 2018). Kehitysvammalaki on tässä itsemääräämisoikeutta tukemaan pyrkivässä lakiuudistusten rypäässä siis ensimmäinen ja lain täytäntöönpano käytännössä ja konkreettisesti nostaa esiin erilaisia seikkoja, jotka voivat monin tavoin muuttaa ammattilaisten työtä. Tärkein tavoite on lisätä ja turvata asiakkaiden ja potilaiden itsemääräämisoikeutta. Tässä artikkelissa emme kuitenkaan keskity sääntelyn muutoksiin asiakkaiden ja potilaiden, vaan yksinomaan työntekijöiden näkökulmasta.

3 AMMATTILAISTEN OIKEUDET JA VASTUUT

Sosiaali- ja terveystalveluihin turvaudutaan silloin, kun omassa terveydessä, toimintakyvyssä, mielialassa tai elämänhallinnassa on haasteita, joita ei itse tai epävirallisen tuen avulla pysty ratkaisemaan. Sosiaali- ja terveystalvelut perustuvat tutkimus- ja asiantuntijatietoon sekä koulutettuihin ammattilaisiin, joiden toiminta on sovitettu yhteen talveluksi. Talvelun luonteeseen kuuluu se, että talvelun käyttäjä osallistuu talvelun tuottamiseen (Valokivi & Zechner 2009, 145) – ei ole mahdollista käyttää vaikkapa hierontatalvelua ellei itse ole läsnä sitä saamassa.

Toisinaan sosiaali- ja terveystalveluita annetaan vastoin asiakkaan tahtoa. Tällöin kyseessä on yleensä tilanne, jolloin henkilö on vaaraksi itselleen tai muille. Henkilö voi myös olla alaikäinen eivätkä hänen huoltajansa kykene hänestä huolehtimaan riittäväällä tavalla, tai henkilö on muuten kyvytön huolehtimaan itsestään. Vastoin tahtoa annetussa talvelussa on ammattilaisen toiminta erityisen haastavaa ja lainsäädännön ja ohjeistusten avulla pyritään siihen, että asiakkaiden ihmisarvoa kunnioitetaan ja heidän itsemääräämisoikeuttaan rajoitetaan mahdollisimman vähän. Itsemääräämisoikeus perustuu Yhdistyneiden Kansakuntien ihmisoikeuksien julistukseen (Amnesty International), mutta samalla sen korostaminen heijastaa tämän hetken yhteiskunnan ilmapiiiriä, jossa kansalaisten on oltava vastuullisia toimijoita ja tehtävä viisaita päätöksiä. Viisaiksi päätöksiksi on määritelty etenkin sellaiset, joista ei aiheudu yhteiskunnalle kustannuksia etuuksien tai talveluiden tarpeena (ks. Juhila 2005).

Talveluita kuitenkin tarvitaan ja niissä työskentelevien ammattilaisten on tasapainoiltava asiakkaiden ja potilaiden itsemääräämisoikeuden ja heidän suojelemisensa välillä. Ammattilaisen vastuulla on, silloin kun henkilö käyttää sitä talvelua, jossa hän työskentelee, vastata asiakkaan tai potilaan hyvinvoinnista. Kehitysvammalain mukaisesti asiakas saa tehdä huonoja ratkaisuja oman itsensä kannalta, mutta työntekijän tulee ottaa huomioon lain säädös siitä, että asiakkaan hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta on edistettävä. Asiakas ei saa aiheuttaa itselleen vahinkoa, vaan tätä vahinkoa tulisi estää työntekijän tuella ja ohjauksella sekä tarvittaessa rajoittamalla asiakkaan toimintaa. (L 23.6.1977/519.) Asiakkaan kanssa tulee keskustella asiasta ja selvittää hänelle miksi asia on haitallinen. Itsemääräämisoikeuden lisääntyminen antaa kehitysvammaiselle henkilölle vastuun omasta itsestään, mutta samalla lisää ohjauksen ja tuen tarvetta. Tuetun päätöksenteon avulla kehitysvammaisen kyky päättää omista asioistaan parhaimmillaan kasvaa. Tuettu päätöksenteko on pitkälti sitä, että kehitysvammainen ja talvelussa työskentelevä ammattilainen käyvät keskustelua päätöksistä. (Kuusamo 2017.)

4 AMMATTILAISTEN TEHTÄVÄT RAJOITTAMISTOIMENPITEISSÄ

Kehitysvammalain mukaisesti kehitysvammaisen henkilön itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa tehostetussa palveluasumisessa, laitosasumisessa ja niitä vastaavissa yksityisissä palveluissa sekä joiltain osin myös työ- ja päivätoiminnan yksiköissä. (L 23.6.1977/519.) Aina, kun itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan, se on vahvaa puuttumista ihmisen koskemattomuuteen ja henkilökohtaiseen vapauteen eikä sitä voida tehdä ilman laissa olevaa perustetta (Itsemääräämisoikeus 2017).

Asiakkaan tietoihin tulee olla kirjattuna ne toimenpiteet, joita palveluissa todennäköisesti joudutaan käyttämään. Myös ne keinot, joilla voidaan estää rajoitustoimenpiteen käyttäminen, tulee olla kirjattuna. Rajoitustoimenpiteitä voidaan käyttää ainoastaan silloin, kun kehitysvammaisen henkilö ei pysty itse tekemään ratkaisuja, jotka koskevat hänen hoitoaan ja huolenpitoaan eikä hän ymmärrä oman käyttäytymisensä seurauksia, rajoitustoimenpiteen käyttö on välttämättömästä kyseisen henkilön tai muiden turvallisuuden tai terveyden vuoksi ja muita lievempiä keinoja ei ole. (L 23.6.1977/519.) Kehitysvammalaissa on määritelty eri palveluissa sallitut rajoitustoimenpiteet, joita ovat kiinnipitäminen, aineiden ja esineiden haltuunotto, henkilöntarkastus, rajoittavien välineiden tai asusteiden käyttäminen päivittäisissä toiminnoissa, lyhytaikainen erillään pitäminen, välttämättömän terveydenhuollon antaminen vastustuksesta riippumatta, valvottu liikkuminen, poistumisen estäminen ja rajoittavien välineiden tai asusteiden käyttö vakavissa vaaratilanteissa. Laissa määritellään myös se, kuka tekee asiasta ratkaisun eli käyttää rajoitustoimenpidettä (L 23.6.1977/519.) Mitä vakavampi rajoitustoimenpide, niin sitä ylempi taho tekee asiasta kirjallisen päätöksen. Päätöksen voi tehdä, tilanteesta riippuen, yksikön henkilökuntaan kuuluva sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö, yksikön vastaava johtaja, virkasuhteessa oleva sosiaalityöntekijä tai lääkäri.

Nostamme tässä esiin muutamia eri työntekijöiden vastuisiin liittyviä seikkoja, joita opinnäytetyön tutkimukseen osallistuvissa toimintakeskuksissa ja asumis- palveluissa työskentelevät sosiaali- ja terveystalouden ammattilaiset nostivat esiin lain soveltamista käsittelevässä ryhmäkeskustelussa. Keskustelussa mainittuja ammattikuntia ovat poliisi, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt ja henkilökohtaiset avustajat. Kehitysvammalain mukaisesti toimintayksikön henkilökuntaan kuuluva sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö voi noutaa asiakkaan takaisin toimintayksikköön, jos asiakas tavoitetaan yksikön välittömästä läheisyydestä. Työntekijä ei saa noutaessaan käyttää voimakeinoja, vaan hänen

on pyrittävä saamaan asiakas takaisin yksikköön muilla keinoilla. Voimakeinoja voi käyttää, jos ne ovat välttämättömiä ja vastustuksen laatu ja voimakkuus tulee huomioida sekä tilanteen uhkaavuus ja muut olosuhteet. Jos asiakas poistuu toimintayksiköstä ja on syytä epäillä hänen terveytensä tai turvallisuutensa olevan vaarassa, tulee työntekijän ilmoittaa asiasta poliisille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 24, 25.)

Mikäli palveluasunnossa asuva kehitysvammainen henkilö lähtee vaikkapa kävelylle yksikön alueen ulkopuolelle ja henkilökunta arvioi, että hän on vaarassa jäädä auton alle, on heidän kutsuttava paikalle poliisi saattamaan asukas takaisin kotiinsa. Poliisien määrää on vähennetty viime vuosina (Suomen Poliisijärjestöjen Liitto 2018) ja uutiset kertovat, että poliiseilla on usein hankaluuksia hoitaa heille lain mukaan määrättyjä tehtäviä (ks. esim. Gråsten 2018). Kotoaan lähteneiden ja vaarassa olevien kehitysvammaisten henkilöiden turvaaminen ei tule ainakaan vähentämään poliisin työn kuormitusta. Sosiaali- ja terveysalan ammattilainen ei saa pakottaa vastentahtoista asukasta palaamaan vaaralliselta matkaltaan. Siitä huolimatta henkilökunnalla on vastuu hänen turvallisuudestaan. Samaan aikaan poliisin saapuminen voi kestää pitkään, etenkin maaseudulla.

Ammattien väliset vastuiden ja oikeuksien rajat asettuvat myös palveluiden sisään. Kehitysvammaisille suunnatuissa asumispalveluissa, jotka ovat sosiaalihuollon yksiköitä, voi työskennellä sekä sosiaalialan, että terveysalan ammattilaisia. Terveystieteiden ammattihenkilöllä on kuitenkin sosiaalihuollon ammattihenkilöihin verrattuna laajemmat oikeudet toteuttaa rajoitustoimenpiteitä. Sosiaalihuollon ammattihenkilö ei voi antaa välttämättömiä terveydenhuoltoa vastoin asiakkaan tahtoa, ei suorittaa henkilöntarkastusta vastakkaiselle sukupuolelle kuin välttämättömässä tilanteessa, eikä seurata asiakkaan vointia silloin, kun asiakas on jouduttu vakavissa vaaratilanteissa sitomaan.

Jos kehitysvammainen henkilö on jouduttu sitomaan, tulee terveydenhuollon ammattihenkilön seurata hänen tilaansa jatkuvasti, sekä oltava häneen näkö- ja kuulo-yhteydessä (L 23.6.1977/519). Välttämättömään terveydenhuollon antamiseen kuuluvat vastustuksesta riippumatta lääkkeiden ja välttämättömän nesteytyksen ja ravinnon antaminen, sekä pakonomaisten juomien tai syömien rajoittaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 19). Näin ollen, esimerkiksi yksiköissä työskentelevät sosionomit eivät voi sosiaalihuollon ammattihenkilöinä antaa väkisin elintärkeitä lääkkeitä tai estää pakonomaista juomista tai syömistä. Tällainen säännös vaikuttaa sosiaalialan yksikön henkilöstörakenteeseen ja työaikojen suunnitteluun, koska on huolehdittava, että joka vuorossa on terveydenhuollon ammattihenkilöitä siltä varalta, että tällaiselle rajoittamiselle on tarvetta.

Kehitysvammaisten asumisyksiköissä ja toimintakeskuksissa työskentelee sosiaali- huollon ammattihenkilöistä sosionomeja ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä lähihoitajia, sairaanhoitajia ja fysioterapeutteja. Vaikka sosionomi ei voi toteuttaa kaikkia rajoittamistoimenpiteitä, hän voi kuitenkin toimia yksikön vastaavana johtajana ja tehdä rajoitustoimenpiteitä koskevia päätöksiä. Sosionomin toimivalta ei tässä tapauksessa niinkään juonnu koulutukseen, vaan tehtävään organisaatiossa.

Sosionomin oikeuksia verrattuna terveydenhuollon ammattilaisiin on rajattu myös henkilöntarkastuksissa. Sosiaalihuollon ammattihenkilö ei voi tehdä henkilöntarkastusta eri sukupuolta olevalle henkilölle, ellei tarkastuksen tekeminen ole välttämätöntä asiakkaan tai toisen henkilön terveyden tai turvallisuuden varmistamiseksi (L 23.6.1977/519). Tämä on kiinnostavaa erityisesti siksi, että sosiaalihuollon ammattihenkilöt yhtä lailla kuin terveydenhuollonkin huolehtivat asiakkaiden henkilökohtaisen hygienian hoidosta. Sosionomi voi siis peseytymistilanteessa avustaa tai pestä eri sukupuolta olevan asiakkaan, mutta sosionomi ei saa tehdä henkilöntarkastusta, jos on epäily siitä, että henkilöllä olisi joko yllään tai vaatteissaan itseään tai muita henkilöitä vaarantavia aineita tai esineitä. Sosionomi voi tehdä henkilöntarkastuksen vastakkaiselle sukupuolelle, jos sen tekeminen on välittömästi välttämätöntä. Tällä turvataan asiakkaan yksityisyyttä. Peseytymistilanteessa henkilö on alasti, mutta henkilöntarkastuksessa ei häntä saa riisuttaa.

Kehitysvammaisten palveluissa työskentelee usein myös henkilökohtaisia avustajia, joilta ei yleensä vaadita sosiaali- tai terveydenhuollon koulutusta. Kehitysvammalain mukaan henkilökohtainen avustaja ei voi toteuttaa rajoitustoimenpiteitä, ellei ole koulutettu sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö ja erityishuoltoa järjestävän toimintayksikön henkilökuntaan kuuluva työntekijä. (L 23.6.1977/519.) Henkilökohtaiset avustajat voivat olla joko asiakkaan itsensä palkkaamia tai henkilökohtaisen avun keskuksen kautta välitettyjä työntekijöitä, eivätkä siten ole toimintayksikön henkilökuntaan kuuluvia työntekijöitä. Henkilökohtaisen avustajan työtehtäviin kuuluu joskus asiakkaan henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimista ja vapaa-ajan toimissa avustamista (Henkilökohtainen apu 2017). Joskus asiakkaan pyörätuolissa on käytettävä lukittavaa turvavyötä, jotta asiakas ei putoaisi pyörätuolista esimerkiksi ulkoillessa tai saatuaan epilepsiahoitoa. Epilepsiaa sairastaa noin 6% lievästi kehitysvammaisista ja 24-50% vaikeammin kehitysvammaisista (Gaily 2006). Henkilökohtainen avustaja ei lain mukaan saa kiinnittää avustettavan henkilön pyörätuolin turvavyötä ellei avustettava henkilö itse anna siihen lupaa.

5 LAIN NOUDATTAMISEN SEURAAMUKSIA

Kehitysvammalain mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöillä on erilaiset oikeudet toteuttaa rajoitustoimenpiteitä. Rajoitustoimenpiteitä saavat toteuttaa vain ammattiin valmistuneet henkilöt, joten yksiköissä yleensä sijaisina toimivat alan opiskelijat eivät voi osallistua rajoitustoimenpiteisiin. Se voi aiheuttaa työpaikoilla haasteita, koska alan opiskelijan työskennellessä sijaisena hän ei voi tehdä rajoitustoimenpiteitä, eikä esimerkiksi kiinnittää pyörätuolin turvavyötä, jos asiakas ei sitä halua ja hänen turvallisuutensa vuoksi sitä tulisi käyttää. Siinä tilanteessa on pyydettävä sosiaali- tai terveysalan ammattilainen kiinnittämään turvavyö. Tämä voi vaikuttaa siihen, että kehitysvamma-alalle ei välttämättä palkata esimerkiksi äkillisten sairastumisten tapahtuessa sijaista, jolla ei ole loppuun saatettua alan koulutusta. Vaarana on, että kehitysvamma-ala ei tulisi alan opiskelijoille opiskeluaikana tutuksi. Opiskelijoille olisi kuitenkin hyödyksi kerryttää arvokasta työkokemusta opiskeluajalta. Mikäli yksikköön ei saada sijaisia paikkaamaan äkillisiä työntekijätarpeita, on vaarana, että yksikön henkilökunta kuormittuu.

Kehitysvammaisten asumispalveluyksiköissä on tärkeä olla myös sosiaalialan ammattilaisia terveydenhuollon ammattilaisten rinnalla. Osaaminen on silloin monipuolista ja asiakas pystytään huomioimaan kokonaisvaltaisesti siten, että keskitytään asiakkaan voimavaroihin ja toimintakykyyn toimia omassa arjessa. Kun sosiaalialan ammattilaiset eivät kaikkia rajoitustoimenpiteitä saa toteuttaa, niin vaarana voi olla, että yksiköihin palkataan aiempaa vähemmän sosionomeja. Kun yksikössä on pääosin terveydenhuollon henkilökuntaa, ei työvuorolistalla tarvitse huomioida sitä, että sosionomien kanssa on lähihoitajia tai sairaanhoitajia yhtä aikaa työvuorossa. Tämä voi siis johtaa siihen, että sosionomeja ei tulevaisuudessa palkata yhtä paljon kehitysvamma-alalle kuin nykyisin. Kehitysvammaisten palvelut kuitenkin työllistävät paljon myös sosionomeja tällä hetkellä. Vuosina 2015 ja 2016 valmistuneista Talentian jäsenilleen suunnattuun kyselyyn vastanneista sosionomeista (307 vastaajaa) 4 prosenttia työskenteli kehitysvammaisten ohjaajina ja asumispalveluyksikön ohjaajina 6 prosenttia ja asumispalveluyksikön vastaavana ohjaajana 2 prosenttia. Vuonna 2017 sosionomitutkintoja suoritettiin 2170 ja jos heistä kymmenen prosenttia työllistyy vammaispalveluihin, se on lähes 220 henkilöä (Suomen virallinen tilasto). Kehitysvammalain mukaisesti erityishuoltoa antavissa yksiköissä tulee olla riittävä määrä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä sekä muuta henkilökuntaa. Henkilöstörakenteessa tulee huomioida erityishuollossa olevien henkilöiden erityistarpeet. (L 23.6.1977/519.) Sosiaali- ja terveysministeriön tehtävärakennesuositus ja kelpoisuuslaki huomioiden tulisi hoitohenkilöstöstä vähintään kolmasosalla olla soveltuva opisto- tai ammattikorkeakoulutasoinen sosiaali- tai terveysalan tutkinto. Kahdella kolmasosalla tulee olla sosiaali- tai terveysalan ammattitutkinto. (Valvira 2012, 19.)

Henkilökohtaisilta avustajilta ei vaadita sosiaali- tai terveysalan koulutusta. Tehostetun asumispalvelun toimintayksiköissä on harvemmin henkilökohtaisia avustajia, mutta esimerkiksi toimintakeskuksissa heitä voi työskennellä. Tulisiko heiltä edellyttää joko sosiaali- tai terveysalan koulutus, jotta myös he voivat tilanteen vaatiessa toteuttaa yksiköissä rajoitustoimenpiteitä? Toisaalta taas asiakkaalla tulee olla mahdollisuus vaikuttaa omaan henkilökohtaiseen avustajaansa, eikä asiakkaalle avustajan koulutus välttämättä ole keskeinen kriteeri valinnassa, vaan esimerkiksi avustajan persoona voi olla ratkaiseva seikka. Henkilökohtaisten avustajien koulutuksesta on erilaisia näkemyksiä, osa vammaisista henkilöistä haluaa koulutettuja avustajia ja osa taas ei. Koulutetun työntekijän ammatti-identiteetti voidaan nähdä uhkana vammaisen henkilön itsemääräämiselle. (Heiskanen 2008, 98.)

Kehitysvammalain mukaisesti toimintayksikön henkilökunnan tulee edistää asiakkaan hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta, mutta kuitenkin sallia asiakkaan tekemät huonot ratkaisut itsensä kannalta (L 23.6.1977/519). Asiakas ei saa kuitenkaan tehdä itselleen vahinkoa ja sitä on pyrittävä estämään työntekijän tuella ja ohjaamisella (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016). Millaiset itselle epäedulliset ratkaisut ovat kehitysvammaisille henkilöille sallittuja? Millainen eettinen ohjeistus sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille on tarjolla tämän ristiriitaisen tilanteen hallitsemiseksi ja eettisen toiminnan tueksi?

LÄHTEET

- Amnesty International. Ihmisoikeuksien julistus. [Viitattu 31.8.2018]. Saatavana: <https://www.amnesty.fi/tyomme/ihmisoikeudet/ihmisoikeuksien-julistus/>
- Gaily, E. 2006. Kuinka hoidan kehitysvammaisen epilepsiaa? Duodecim 122, 1917–1921.
- Gråsten, H. 2018. Poliisien hätähuuto: Hälytyksiä ei ehditä hoitaa, uusi alkoholilaki kuormittaa vielä lisää: "Kansalaiset pettyvät". [Verkkoartikkeli]. Iltalehti 31.8.2018. [Viitattu 31.8.2018]. Saatavana: https://www.iltalehti.fi/kotimaa/201803162200816151_u0.shtml
- Heiskanen, M. 2008. Henkilökohtaisen avustajajärjestelmän kaksi vuosikymmentä suomalaisessa vammaispolitiikassa. Helsinki: Stakes. Raportteja 10/2008. [Viitattu 3.10.2018]. Saatavana: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77630/R10-2008-VERKKO.pdf>
- Henkilökohtainen apu. 10.5.2017. Vammaispalvelujen käsikirja. [Verkkosivusto]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 31.3.2018]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elaman-tuki/henkilo-kohtainen-apu>
- Hämeen-Anttila, L. 2018. Uusi asiakas- ja potilaslaki. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 26.7.2018]. Saatavana: <https://stm.fi/documents/1271139/7852886/Asiakas-+ja+potilaslaki.pdf/5dcc0425-a69b-4e65-98c2-839e32319f8d/Asiakas-+ja+potilaslaki.pdf.pdf>
- International classification of functioning, disability and health. [Verkkosivu]. Geneva: World Health Organisation. [Viitattu 26.7.2018]. Saatavana: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- Itsemääräämisoikeus. Päivitetty 16.8.2017. Vammaispalvelujen käsikirja. [Verkkosivusto]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 31.8.2018]. Saatavana: <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elaman-tuki/it-semaaraamisoikeus>

Itsemääräämisoikeutta koskevia lakeja lausunnolle. 6.7.2018. Tiedote. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 26.7.2018]. Saatavana: https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/itsemaaramisoikeutta-seka-mielenterveys-ja-paihdepalveluja-koskeva-laaja-lakipaketti-lausunnolle

Juhila, K. 2005. Sosiaalityö, yrittäjyys ja riippuvuus: Oikeuksista velvollisuuksiin, tuesta kontrolliin? *Janus* 13 (2), 179 - 186.

Karvonen, M. 2018. Rajoitustoimenpiteiden käyttäminen ja niiden kirjaaminen Kehitysvammalain edellyttämällä tavalla. [Verkkojulkaisu]. Seinäjoen ammattikorkeakoulu, sosiaalialan ylempi AMK-tutkinto. Opinnäytetyö. [Viitattu 26.7.2018]. Saatavana: <https://www.theseus.fi/handle/10024/148295>

Kuusamo, E. 24.2.2017. Vapaus ja vastuu. [Verkkoartikkeli]. Ketju 1. [Viitattu 31.8.2018]. Saatavana: <http://ketju-lehti.fi/aiheet/itsemaaraminen/vapaus-ja-vastuu/>

L 23.6.1977/519. Laki kehitysvammaisten erityishuollosta.

L 22.9.2000/812. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista.

L 17.8.1992/785 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2018. Päämies rationaalisen toimijana - teoriaa ja käytäntöä edunvalvonnassa olevan ihmisen itsemääräämisoikeudesta. [Verkkolehtiartikkeli]. *Lakimies* 1, 3 - 28. [Viitattu 26.7.2018]. Saatavana Elektra-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Shakespeare, T. & Watson, N. 2001. The social model of disability: An outdated ideology? Teoksessa: S. N. Barnartt & B. M. Altman (eds.) *Exploring theories and expanding methodologies: Where we are and where we need to go. Research in social science and disability 2*. Bingley: Emerald Group Publishing, 9 - 28.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 26.5.2016. Kuntainfo. Kehitysvammalakiin on lisätty itsemääräämisoikeuden vahvistamista ja sen rajoittamisen edellytyksiä koskevat säännökset. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 16.2.2018]. Saatavana: http://stm.fi/documents/1271139/2044491/Kuntainfo_3-2016+26.5.2016.pdf/a111d84f-2afa-4cfa-a21c-38c6d7a6149e

Suomen Poliisijärjestöjen Liitto. 2018. SPJL:n jäsenet ovat kuin kansa pienoisuudessa. [Verkkosivu]. [Viitattu 31.8.2018]. Saatavana: <https://www.spjl.fi/viestinta/mediapankki/tilastoja>

Suomen virallinen tilasto. 2017. Ammattikorkeakoulukoulutus. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus. [Viitattu: 3.10.2018]. Saatavana: http://www.stat.fi/til/akop/2017/akop_2017_2018-04-18_tie_001_fi.html

Tautiluokitus ICD-19. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. 2011. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 26.7.2018]. Saatavana: <https://thl.fi/documents/10531/1449887/ICD-10.pdf/8091c7cc-fda6-4e86-8ef9-7790d8d6a1a2>

Teittinen, P. 2018. Potilaiden oikeusturvaa parantava laki tyssäsi. [Verkkoartikkeli]. *Helsingin Sanomat* 12.10.2018, A18-19. [Viitattu 15.10.2018]. Saatavana: <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000005861182.html>

Valokivi, H. & Zechner, M. 2009. Ristiriitainen omaishoiva - Läheisen auttamisesta kunnan palveluksi. Teoksessa: A. Anttonen, H. Valokivi & M. Zechner (toim.) *Hoiva - Tutkimus, politiikka ja arki*. Tampere: Vastapaino, 126 - 53.

Valvira. 2012. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Vammaisten henkilöiden ympärivuorokautiset asumispalvelut: valtakunnallinen valvontaohjelma 2012 - 2014. [Verkkojulkaisu]. Valvontaohjelmia 6:2012. [Viitattu 11.10.2018]. Saatavana: http://www.v-suomenehp.fi/ajankoh-taista/Documents/valviran_valtakunnallinen_valvontaohjelma.pdf

HYVINVOINTIA EDISTÄVÄ KOHTAAMISTAIDE®

*Tiina Kohtamäki, KM, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala*

1 JOHDANTOA

Kohtaamistaide® (jatkossa Kohtaamistaide) on monipuolista, yllätyksellistä ja ohjattua taidetyöskentelyä, jota toteutetaan kuvallista ilmaisua käyttäen. Menetelmä tarjoaa iloa, elämyksiä ja kokemisen riemua. Kohtaamistaide moniaistillisena menetelmänä herättää ryhmämuotoisena osallistujissa luovuutta ja antaa jokaiselle mahdollisuuden ilmaista itseään taidetyöskentelyn keinoin erilaisia materiaaleja ja välineitä hyödyntäen. Kohtaamistaiteessa olennaista ovat havainnot, kokeminen, kohtaaminen, ilo ja arvostus. Tavoitteellisessa ryhmämuotoisessa kuvataidetyöskentelyssä teos muokkautuu valintojen ja yllätyksellisyyden kautta esteettisesti laadukkaaksi taideteokseksi tarjoten aidon kohtaamisen ihmisten välillä.

Kohtaamistaiteen juuret ovat japanilaisessa Clinical Art -systeemissä ja se on kehitetty siellä moniammatillisen yhteistyön tuloksena palvelemaan muistisairaiden ikääntyneiden tarpeita. Japanissa puhutaan systeemistä metodin sijaan ja näin se mielletään heillä lähestymistapana. Japanissa moniammatillista systeemiä on sovellettu ikääntyneiden ohella myös lastensuojelussa ja peliriippuvuuksien kuntoutuksessa (Pusa 2010, 10).

Yhtymäkohtia Kohtaamistaiteeseen löytyy Linda Levine Madorin (2010) kehittämästä TTAP™ -menetelmästä. Se on kehitetty Yhdysvalloissa muistisairaiden ikääntyneiden ryhmämuotoiseksi menetelmäksi ja se perustuu kuntoutuksen, elämänkaariteorian, aistien ja eri lahjakkuuden lajien hyödyntämiseen. Siinä ryhmän työskentelyä ohjaa tavoitteet, teema ja monipuolinen taidetyöskentely. Miina Savolaisen kehittämä Voimauttavan valokuvan menetelmässä yhteneväisyydet ovat arvostuksessa, kohtaamisessa ja hyvän näkemisessä jokaisessa (Voimauttava valokuva, [viitattu 27.11.2017]).

Tässä artikkelissa kuvataan Kohtaamistaiteen periaatteita keskittyen Kohtaamistaiteen taustaan, menetelmään, ryhmäprosessiin ja työskentelyn vaihteellisuuteen. Kohtaamistaiteen ohjaajakoulutuksen (Laurea-ammattikorkeakoulu 2017 - 2019) aikana kuullun, nähdyn ja koetun perusteella näihin periaatteisiin on joutunut paneutumaan myös käytännössä.

2 MENETELMÄN TAUSTA

Kohtaamistaide ei ole suora kopio japanilaisesta Clinical Art -systeemistä vaan suomalaiseen kulttuuriin ja palvelujärjestelmään sopeutettu sovellus (Rankanen & Pusa 2017, 6). Perustana siinä on japanilaiset käsitteet Bigaku, Mitate ja Kansei:

”Bigagu on perusta Kohtaamistaiteelle ja on eräänlaista moniulotteita esteettisyyttä. Kohtaamistaiteessa on tarkoitus nauttia taiteen esteettisyydestä.

Mitate on kokonaisvaltaista arvostavaa kohtaamista kuvaava käsite.

Kansei on hyvinvoinnin käsite. Henkilö, jolla on ”paljon kanseita”, on aisteiltaan valpas ja herkkä. Hän osaa vaalia omaa ja muiden hyvää. Kansei on kykyä tehdä aistivaraista havaintoja ja toimia eettisesti havaintojen pohjalta. Eettinen ja esteettinen kietoutuvat erityisellä tavalla yhteen.” (emt. 6).

Kohtaamistaiteella on yhteinen jaettu perusta kuten kaikilla menetelmillä, jotka käyttävät kuvataidetta sairauksien ja hyvinvoinnin edistämiseen. Näitä ovat Rankasen ja Pusan (2017, 10) mukaan taidepsykoterapia ja taideterapia. Sieltä he erityisesti rajaavat yhteiseksi taiteen tekemisessä tapahtuvan taideterapeuttisen vuorovaikutuksen ja sen vertautumisen Kohtaamistaiteeseen. Rankanen ja Pusa (2017, 13) viittaavat Vija Bergs Lusebrinkin 1990 luvulla julkaistuun kehitystyöhön koskien ilmaisullisten terapioiden jatkumoa, ITJ (englanniksi ”Expressive Therapies Continuum, ETC”). Malli perustuu kolmelle erilaiselle kehitykselliselle tasolle, jotka ovat läsnä kaikessa taiteellisessa työskentelyssä ja prosessissa. Nämä tasot ovat: Kinesteettis-sensorinen taso (aistit, kosketus, liike); Havainnollis-affektiivinen taso (havainnot, tunteet) ja Kognitiivis-symbolinen taso (ajattelu).

Nämä eri tasot ovat erityisen hyödyllisiä taideterapian tavoitteiden asettamisessa ja taidemateriaalien käytön terapeuttisten ominaisuuksien ja vaikutusten jäsentämisessä. Rankanen & Pusa (2017, 14) lisäävät hyötyihin vielä ryhmän osallistujien välisen vuorovaikutusilmapiirin. Taidemateriaalit ja tehtävät ovat konkreettisia, vaikka toimivatkin eri tavoin kuin tekijä itse etukäteen suunnittelee. Ne oikuttelevat ja siten luovat tilaa uusille ajatuksille ja oivalluksille. Taidemateriaalit myös konkretisoivat käsiteltyjä asioita ja dokumentoivat koettuja tunteita sekä ajatuksia. Taidetyöskentelyn kehollista ja materiaalista luonnetta pidetään sekä taideterapiassa että Kohtaamistaiteessa keskeisenä ja vaikuttavimpana elementtinä. Taideterapiassa keskitytään taiteen symbolisten sisältöjen tutkimiseen ja tulkittamiseen, kun kohtaamistaiteessa taide on kohtaamisen, arvostuksen ja ulkoisen kauneuden näkemisessä ja kokemisessa.

Kohtaamistaitteessa ei ole vain ihmisten keskinäistä kohtaamista vaan myös materiaalin ja ympärillä olevan maailman kohtaamista. Keskeistä materiaalien suhteen on se, että ne kiinnittävät tekijänsä tähän hetkeen konkreettisesti. Kohtaamistaidetta ohjaa aina koulutuksen saanut ohjaaja, näin ylläpidetään laatua ja säilytetään kohtaamistaitteen erityispiirteet. Taidetyöskentelyssä tyypillinen oma kokemus työskentelystä, teoria perusteista ja struktuurista sekä oman ryhmän ohjaamisharjoittelu takaavat ohjaajan osaamisen.

Kohtaamistaitteessa ilo ja mielihyvä syntyvät esteettisistä kokemuksista (emt. 15) ja tätä kokemusta voidaan verrata flow-kokemukseen. Flow on psykologi Mihály Csíkszentmihályin (2005, 68 - 72) mukaan tila, jossa ihminen paneutuu koko kapasiteetillaan ja keskittyneesti tavoitteelliseen toimintaan sulkien kaiken muun tietoisuudestaan. Flow-kokemus syntyy, kun ihmisen taidot vastaavat käsillä olevaa haastetta ja hän on paneutunut tekemiseen. Csíkszentmihályi on tutkimuksissaan todennut ihmisten olevan onnellisimmillaan juuri tällaisina hetkinä elämässään ja listaa kahdeksan osatekijää, joita flow-kokemukseen voi liittyä. Flow-kokemukseen kuuluu, että tehtävällä on selvä päämäärä ja se on itsessään palkitsevaa. Kokemuksessa tehtävän etenemisestä saa välitöntä palautetta, ajantaju katoaa ja oman minän arviointi vähenee. Ihmisen keskittyminen on täydellistä ja tunne tilanteen kontrolloinnista vahvistuu. Flow-kokemus vaatii häiriöttömän ympäristön (Csíkszentmihályi (2005, 68 - 72). Mielenkiintoisella tavalla nämä kaikki tuntuvat toteutuvan Kohtaamistaitteen taidetyöskentelyssä, jossa ohjaaja seuraa ryhmän edistymistä ja ohjauksellaan varmistaa, että ryhmälle asetetut tavoitteet toteutuvat.

3 TAVOITTEELLINEN RYHMÄPROSESSI

Keskeisenä periaatteena Kohtaamistaitteessa on toiminnan rakenne, virittäytyminen, ohjattu taidetyöskentely ja arvostuskierros. Ohjaajajohtoisuus ja -vetoisuus (ohjausteot) sekä ryhmän tavoitteellisuus ovat tärkeitä ja merkittäviä koko prosessissa ja sen onnistumisessa. Vahvasta ohjauksesta ja työn vaihteellisuudesta voisi olettaa tuotoksista syntyvän toisensa kopioita. Näin ei kuitenkaan tapahdu vaan omien valintojen kautta jokaisen työstä tulee yksilöllinen ja erilainen. Kohtaamistaitteessa jokaiselle ryhmälle määritellään tavoitteet. Ryhmän kokoontumiskerroille luodaan osatavoitteet, kuten tärkeä ryhmäytyminen ja ryhmäläisten tutustuminen sekä jokaiselle jäsenelle omat yksilötavoitteet. Kun kokonaistavoite ryhmälle on määritetty, niin suunnitellaan prosessin tavoitteet. Työskentelyn ohjaaja suunnittelee jokaisen tuokion erikseen huomioiden nämä tavoitteet ja ryhmän muotoutumisen vaiheen (Niiniö 2017, 20). Kohtaamistaitteen prosessi koostuu kahdeksasta taidetyöskentelykerrasta, joista kukin on 1,5 - 2 tuntia kerrallaan.

Riitta Ahoksen ja Tiina Pusan (2017, 16) mukaan kohtaamistaitteen etiikkaa kuuluu, että tuetaan aktiivista kansalaisuutta, tasa-arvoisuutta ja kaikkien ihmisarvon kunnioittamista. Eettinen perusta tässä lähtee ajatuksesta, että taide kuuluu kaikille ja kulttuuri ei ole harvojen oikeus, vaan elämän perusrakenne. Kohtaamistaitteen ryhmien tulee perustua työpaikkojen ja organisaatioiden omiin eettisiin ohjeisiin. Ammatillisessa auttamissuhteessa tulee olla sopimus toiminnan tavoitteesta, sisällöstä ja kestosta sekä raportoinnista yhteistyötahoille. Kohtaamistaitteen koulutetut ohjaajat noudattavat aina lakia salassapitovelvollisuudesta.

4 TAIDETYÖSKENTELYN KOLME VAIHETTA

Kohtaamistaitteessa taidetyöskentelykerta muodostuu kolmesta vaiheesta. Se etenee koko ajan ohjaajan antamien ohjeiden, vihjeiden ja esimerkin mukaan. Ohjaaja itse näyttää, miten työskentelyn eri vaiheet etenevät, jolloin ohjeiden seuraaminen helpottaa työskentelyä. Ohjaaja on valmistellut tilan huolella etukäteen niin, että materiaalit ja välineet ovat ohjattavien saatavilla ja ympäristö on viihtyisiä ja siisti (Leinonen & Koistinen 2017, 51). Virittäytyminen on toiminnan ensimmäinen vaihe, jossa Ahavan ja Vuorion (2017, 44 - 46) mukaan hyödynnetään aisteja, rauhoitutaan ja keskitytään omaan itseen sekä ryhmään. Virittäytymisen aikana osallistujien motivaatio kasvaa ja luottamus lisääntyy sekä antaa aikaa tulevaan taidetyöskentelyyn keskittymiseen. Virittäytyminen vahvistaa ryhmän kiinteyttä ja herkistää kohtaamaan muita ryhmään osallistuvia (Blatner 1997, 57 - 62).

Arvostava suhtautuminen näkyy siinä, että esteettinen kokemus pyritään saamaan aikaan valitsemalla mahdollisimman laadukkaita, mutta yksinkertaisia välineitä, taidetarvikkeita ja materiaaleja (Rankanen & Pusa 2017, 14). Ohjaajan vahva rooli työskentelyn etenemisessä sekä ohjattavista huolehtiminen liittyy myös ajankäyttöön. Ohjaajan tehtävänä on ohjausteoillaan varmistua jokaisen työn etenemisestä ja valmistumisesta annetussa ajassa. Taidetyöskentelyn tuotos viimeistellään kehystämällä ja aina tekijänsä omalla työn signeerauksella asianmukaisesti. Töiden huolellinen viimeistely on osa oman työskentelyn ja tuotoksen arvostamista. Taidetyöskentely on luovuudesta voimansa ammentava kokemus. Kun kohtaamistaitte perustuu virittäytymiseen, taidetyöskentelyyn ja arvostukseen, se tukee ohjattavan mahdollisuuksia tuottaa vapaasti ajatuksia ja tunnetiloja. Arvostaminen on tärkeä vaihe ja merkittävä osa prosessia, sillä luovuus on parhaimmillaan ja voimakkaimmillaan flow-kokemus. Siinä minätietoisuus katoaa ja taidetuotos ja tekijä ovat hetken aikaa yhtä. (Mantere 2007, 16 - 17.)

Arvostus, arvostaminen ei Caven-Pöysän (2017, 54 - 57) mukaan ole arvostelua. Ensinnäkin ohjaajan tehtävänä on tuottaa ohjattavalle taidetyöskentelyssä es-

teettinen kokemus ja synnyttää tekijässään mielihyvää. Ennen arvostuskierrosta jokainen saa tilaisuuden ihastella vapaasti omaa ja ryhmäläisten tuotoksia. Arvostuskierrosta varten taidetuotokset asetetaan esille. Arvostamisessa kunkin työssä keskitytään ulkoiseen, valoon ja väreihin, sommitteluun, aiheeseen, viivaan ja pintaan. Terapioista poiketen töitä ja siinä nähtyä ei tulkita eikä siitä haeta mielikuvia. Omien ja toisten töiden katsominen ja arvostuksen saaminen ja kuuleminen ryhmässä on voimaannuttava kokemus. Kun kuulee puhuttavan arvostavasti omasta taidetyöstään, on se samalla yksilölle hyväksytyksi tulemisen kokemus ja auttaa hyvän näkemisessä itsessä ja toisissa. Arvostaminen johdattaa näkemään kauneutta, auttaa näkemään ryhmän muut jäsenet arvostavasti ja vie nauttimaan taiteen esteettisyydestä. Näin suomalainen Kohtaamistaide palaa juurilleen japanilaiseen Clinical Art -perustalle Bigagun, Mitaten ja Kansein käsitteisiin.

5 YHTEENVETO

Ohjattu ja hyvin suunniteltu työskentely soveltuu kaikille sosiaali- ja terveysalan asiakasryhmille sekä lisäksi jokaiselle työhyvinvointia tukemaan ja työnohjaukseen. Kohtaamistaiteessa työskentely perustuu siihen, että ryhmässä jokaisen työ saa osakseen huomiota ja positiivista arvostusta. Ryhmään osallistuminen ei edellytä aikaisempaa kokemusta tai osaamista taidetyöskentelystä. Lähtökohtana on, että jokainen osaa ja kykenee. Hyvinvointi ja erityisesti taidetyöskentelyn tuoma hyvinvointi – flow, vahvistaa itsetuntoa, itseluottamusta ja auttaa kauneuden näkemisessä ei vain taidetuotoksissa vaan ryhmän jäsenissä ja elämässä yleensä. Kohtaamistaide on hieno menetelmä, jossa voidaan kohdata ympäröivä yhteiskunta, toinen ihminen ja oma itsensä kunnioittavasti ja arvostavasti.

Kohtaamistaiteen ryhmiä on Suomessa pääkaupunkiseudulla varhaiskasvatuksen, mielenterveys- ja päihdetyön sekä ikääntyneiden ryhmille. Kohtaamistaiteen juurilla Japanissa se on kehitetty muistisairaiden vanhustyöhön systeemiseksi työmenetelmäksi. Vanhustyössä menetelmä on Suomessa käytössä esimerkiksi Espoon kaupungilla (Kohtaamistaiteen Hyvinvointiryhmät, [viitattu 29.10.2018]) ja Vanhustyön keskusliiton toiminnassa, josta esimerkkinä sukupolvityö (Sukupolvien kohtaamistaide 2017). Lastensuojelussa toteutettu ryhmämuotoinen opinnäytetyö (Pekka & Lumila 2011) "Ole sä hiljaa, mä kirjotan!" Kohtaamistaide® vuorovaikutuksen tukena lastensuojelun vanhempi - lapsi -ryhmässä esittelee menetelmän monipuolisuutta.

Kohtaamistaiteen ryhmät ovat ennaltaehkäiseviä, hyvinvointia tukevia, kuntouttavia ja toimintakykyä edistäviä. Kaikissa ryhmissä Niiniön (2017, 22) mukaan tavoitteena on jokaisen yksilön arvostus, vuorovaikutuksen edistäminen, valintojen

mahdollistaminen, osallistujien voimavarojen etsiminen sekä ilon ja monipuolisten moniaististen kokemusten tuottaminen. Ryhmistä riippuen tavoitteena voi näiden lisäksi olla myös vertaistuki ja kokemusten jakaminen. Poikelan (2010) tutkimusten mukaan Kohtaamistaidetta voidaan sisällyttää asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelmaan tai esimerkiksi peruskoulun jälkeiseen valmentavaan koulutukseen, Valmaan, Helsingin Luovin yksikössä ryhmänohjaaja Susanna Vesakon (Luento 16.11.2017) esittelemänä erityisammattikoulun opetussuunnitelmatyöhön ryhmäytymisen tueksi. Laurea-ammattikorkeakoulu on kouluttanut vuodesta 2007 Kohtaamistaitteen ohjaajia sosiaali-, terveys- ja kasvatustalouden työaloille Suomessa. Ensimmäinen ohjaajien kouluttajakoulutus 2018 - 19 tuo mahdollisuuden Kohtaamistaideryhmien ohjaajakoulutuksiin jatkossa myös Seinäjoen ammattikorkeakoulussa.

LÄHTEET

Ahava, R. & Vuorio, S. 2017. Virittäytyminen ryhmään ja taidetyöskentelyyn. Teoksessa T. Pusa (toim.) Kohtaamistaide: Käsikirja ohjaajille. 2. p. Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea Julkaisut 22, 44 - 46.

Ahos, R. & Pusa, T. 2017. Valossa ja varjossa: Kohtaamistaitteen etiikasta. Teoksessa: T. Pusa (toim.) Kohtaamistaide: Käsikirja ohjaajille. 2. p. Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea Julkaisut 22, 16-19.

Blatner, A. 1997. Toiminnalliset menetelmät terapiassa ja koulutuksessa: Psykodraaman ja sosiodraaman tekniikat käytäntöön sovellettuna. Naantali: Resurssi.

Caven-Pöysä, O. 2017. Arvostuksen osoittaminen. Teoksessa: T. Pusa (toim.) Kohtaamistaide: Käsikirja ohjaajille. 2. p. Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea Julkaisut 22, 54-57.

Csikszentmihályi, M. 2005. Flow - elämän virta: tutkimuksia onnesta, siitä kun kaikki sujuu. Suomentanut Ritva Hellsten. Helsinki: Rasalas.

Kohtaamistaitteen hyvinvointiryhmät, Espoo. Kohtaamistaide – Iloa elämään taiteen kautta®. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Espoo: Espoon kaupunki. [Viitattu 29.10.2018] Saatavana: https://www.espool.fi/fi-Seniorit/Monenlaista_toimintaa/Hyvinvointiryhmat/Kohtaamistaide

Laurea-ammattikorkeakoulu. 2017 – 2019. Kohtaamistaitteen ohjaaja. [Verkkosivu]. [Viitattu 30.10.2018]. Saatavana: <https://www.laurea.fi/palvelut/palvelut-tyoelamalle/taydennyskoulutus/hyvinvointi-ja-terveys/kohtaamistaitteen-ohjaajakoulutus>

Leinonen, A. & Koistinen, K. 2017. Taidetyöskentelyn ohjaaminen. Teoksessa: T. Pusa (toim.) Kohtaamistaide: Käsikirja ohjaajille. 2. p. Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea Julkaisut 22, 48-53.

Levine Madori, L. 2010. Therapeutic Thematic Arts Programming -menetelmä ikääntyneiden aikuisten hoidossa ja kuntoutuksessa. Hämeenlinna: Hämeen ammattikorkeakoulu.

Mantere, M.-H. 2007. Taiteen ja terapian yhteinen kuva. Teoksessa: M. Rankanen, H. Hentinen & M.-H. Mantere. Taideterapian perusteet. Helsinki: Duodecim, 11-19.

Niiniö, H., 2017. Tavoitteellisuus ja työnohjaus Kohtaamistaitteessa. Teoksessa: T. Pusa (toim.) Kohtaamistaide: Käsikirja ohjaajille. 2. p. Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea Julkaisut 22, 20-23.

Pekka, P. & Lumila, K. 2011. "Ole sä hiljaa, mä kirjotan!" Kohtaamistaide® vuorovaikutuksen tukena lastensuojelun vanhempi-lapsi -ryhmässä. [Verkkajulkaisu]. Laurea-ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 28.10.2018]. Saatavana: <http://www.theseus.fi/handle/10024/33766>

Poikela, R., 2010. Asiakassuunnitelma asiakaslähtöistä auttamista tavoittelemassa. Kohteen rakentumisen moniääninen menetelmä. Helsinki: Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2010:5. Väitösk.

Pusa, T. 2010. Taidelähtöinen vuorovaikutuksellisuus Active Art -työskentelyssä. Teoksessa: T. Pusa (toim.) Kohtaamisen iloa! Active Art -pilotoinnista Kohtaamistaide-erikoistumisopintoihin. [Verkkajulkaisu]. Espoo: Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea Ammattikorkeakoulun Julkaisusarja C-15, 10-17. [Viitattu 26.10.2018] Saatavana: <https://www.laurea.fi/dokumentit/Documents/C15.pdf>

Rankanen, M. & Pusa, T. 2017. Taideterapia ja Kohtaamistaide Suomessa. Teoksessa: T. Pusa (toim.) Kohtaamistaide: Käsikirja ohjaajille. 2. p. Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea Julkaisut 22, 10-15.

Sukupolvien kohtaamistaide. 2017. [Verkkosivu]. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto. [Viitattu 27.10.2018]. Saatavana: <https://www.vtkl.fi/fin/toimimme/ajankohtaista/2017/01/sukupolvien-kohtaamistaide-2017/>

Vesakko, S. 16.11.2017. Kohtaamistaiteen ohjaajakoulutus. Laurea AMK, Tikkurila. Luento.

Voimauttava valokuva. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Helsinki: Miina Savolainen. [Viitattu 17.10.2017]. Saatavana: <http://www.voimauttavavalokuva.net/menetelma.htm>

VIESTINNÄN DIALOGINEN KEHITTÄMINEN LASTENSUOJELULAITOKSESSA

*Eija Kyrönlahti, FT, vastuuyliopettaja
SeAMK Sosiaali- ja terveysala*

*Maria Laine, sairaanhoitaja (ylempi AMK), projektiohjaaja
Perhekeskus Harjula Oy*

1 LÄHTÖKOHDAT

Tässä artikkelissa käsitellään yksityisessä lastensuojelulaitoksessa tehtyä kehittämistyötä, joka toteutettiin sosiaali- ja terveysalan ylemmän AMK-tutkinnon kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelman opinnäytetyönä. Kehittämistyö perustui tutkimukselliseen kehittämistoimintaan. Aiheen valinta toteutettiin yhteistoiminnallisesti pyramidimenetelmää hyödyntäen. Kehittämistyön kantavana ajatuksena oli koko työyhteisön (ohjaajat, johto, yrittäjät) osallistuminen kehittämiseen, dialogisia ja osallistavia menetelmiä käyttämällä. Kehittämistyön tavoitteena oli työyhteisön viestinnän parantuminen. Tarkoituksena oli arvioida työyhteisön sisäistä ja ulkoista viestintää sekä löytää keinoja viestinnän parantamiseen. Kehittämistyön lopputuotoksena laadittiin toimintasuunnitelma, jonka avulla viestintää kehitetään arjessa suunnitelmallisesti.

Työyhteisön viestinnän kehittäminen on aiheena laaja ja moniulotteinen. Työyhteisön viestintää kehittämällä voidaan vaikuttaa samanaikaisesti moniin asioihin, kuten tehokkuuteen, kilpailukykyyn ja työhyvinvointiin (Puro 2004, 105; ProCom-Viestinnän ammattilaiset ry 2012; Pekkola, Pedak & Aula 2013, 111). Näiden näkökulmien lisäksi viestinnän kehittämisellä voi olla vaikutusta myös työn laadun parantamiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen liittyvän lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelman (LAPE-hanke) puitteissa on tuotettu terapeutin laitospalveluiden mallinnus, jolla pyritään luomaan sijaishuollon laitoshoidon yhteneväisiä ja tietoon perustuvia käytäntöjä ja toimintatapoja. Terapeutin laitospalveluiden mallinnus tarjoaa lapsilähtöisen viitekehyksen sijaishuollon laadun kehittämiseen. (Timonen-Kallio, Yliruka & Närhi 2017, 5.) Sijaishuollossa laitostyön kehittämisessä tulevaisuuden suuntana nähdään terapeutin toimintakulttuurin vahvistaminen. Terapeutin toimintakulttuuri edellyttää työyhteisöltä dialogisuutta ja reflektiivisyyttä, jota voidaan edistää kehittämällä työyhteisön viestintää. Viestintä on prosessina vuorovaikutteista ja toimivalla viestinnällä on

erityinen merkitys sijaishuollossa, jossa työ perustuu vuorovaikutukseen (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 289).

Artikkelissa käsitellään kehittämistyön toteutusta yhteistoiminnallisen kehittämisen ja monialaisuuden näkökulmista. Opinnäytetyö on luettavissa Theseus-verkkokirjastossa nimellä Viestinnän dialoginen kehittäminen lastensuojelulaitoksessa. (Laine 2018.)

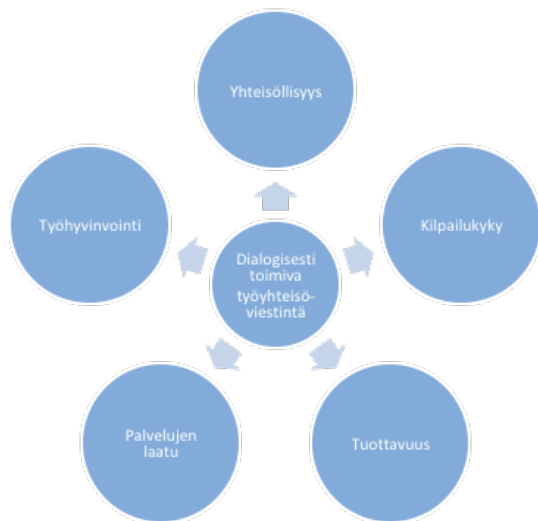
2 DIALOGINEN TYÖYHTEISÖVIESTINTÄ

Työelämässä yksi keskeinen tekijä on viestintä. Hyvin toimiessaan se mahdollistaa yhteisen työskentelyn ja pyrkimisen kohti samaa päämäärää. Hyvä työyhteisöviestintä näkyy yhteisöllisyytenä ja toiminnan laadun parantumisena. Työyhteisöviestintää tapahtuu sekä työyhteisön sisällä, että ulkona. Verkosto- ja tiimityö asiakkaiden, työntekijöiden ja eri sidosryhmien kanssa on lisääntynyt ja se edellyttää myös toimivaa työyhteisöviestintää. (Juholin 2013, 23; Roivas & Karjalainen 2013, 7.)

Työyhteisön viestintä näkyy myös työhyvinvointina. Tällöin keskeisiä asioita ovat osallistuminen, yhteisöllisyys, kannustaminen ja luottamus. Toimivalla työyhteisöviestinnällä on vaikutuksia myös toiminnan tehokkuuteen ja kilpailukykyyn. (Pekkola, Pedak & Aula 2013, 111; Puro 2004, 105.) Juholinin (2013) mukaan ilman viestintää ei ole organisaatiotakaan. Järvisen (2014) mukaan työyhteisöviestinnän tulee olla välitöntä, suoraa ja rehellistä. Se ylläpitää yhteistyötä, joka mahdollistaa yhteisten tavoitteiden saavuttamisen.

Dialoginen osaaminen

Dialoginen osaaminen on keskeinen vuorovaikutusosaamiseen liittyvä taito, jossa tavoitellaan merkitysten etsimistä. Heikkilän ja Heikkilän (2001) mukaan dialogisuudessa korostuu yhteistoiminnallisuus ja kyselevä ote. Tällöin tarvitaan vuorovaikutus- ja reflektointitaitoja. Raunion (2009) mukaan dialoginen osaaminen edellyttää taitoa asettua samalle tasolle asiakkaan kanssa. Seikkula ja Arnkil (2014) puhuvat dialogisesta tilasta, jolloin keskustelu rakentuu asiakkaan kuuntelemisen ympärille. Tämä mahdollistaa myös moniäänisyyden esille tulemisen. Isaacsin (2001) mukaan keskiössä ovat erilaisten valintamahdollisuuksien etsiminen ja ennakkokäsityksistä luopuminen sekä uudella tavalla ajattelemisen. Dialoginen vuorovaikutus näkyy asiakkaan kohtaamisen toimivuutena, jolloin toimivuus ei ole työntekijän ansiota. (Mönkkönen 2002, 87.) Dialogisella työyhteisöviestinnällä on useita vaikutuksia työyhteisön toimintaan. Kuvio 1 havainnollistaa, millaisia vaikutuksia dialogisesti toimiva työyhteisöviestintä voi aikaansaada.



Kuvio 1. Dialogisesti toimivan työyhteisön vaikutuksia.

Heikkilä ja Heikkilä (2001) korostavat kuuntelemisen merkitystä dialogissa. Tavoitteena voidaan pitää kollektiivista kuuntelemista, jolloin löydetään asioille uudenlaisia näkökulmia. Puro (2010) puhuu kuuntelevasta organisaatiosta, jossa pyritään toisten työyhteisön jäsenten ymmärtämiseen, mutta ei tavoitella yksimielisyyttä. Onnistuakseen tarvitaan hyviä vuorovaikutustaitoja.

Åbergin (2006) mukaan vuorovaikutus mahdollistaa yhteisen ymmärryksen rakentamisen ja toisen ihmisen kohtaamisen. Dialoginen toiminta on vuorovaikutusta parhaimmillaan. Esimiehiltä odotetaan vuorovaikutusosaamista, joka toteutuu muun muassa palautteen antamisena ja työntekijöiden motivoimisena. (Juholin 2010, 147.)

Syvänen ym. (2015) tarkastelevat dialogista johtamista, jossa toteutuu yhteistoiminnallisuus, osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet sekä työmotivaatio. Myös Åberg (2006) tuo esiin dialogisen johtamisen, joka näkyy tuottavuutena ja työhyvinvointina. Työyhteisön dialoginen kehittäminen edellyttää aikaa, jotta kaikkien mielipiteiden esille tuleminen mahdollistuu. Kaikille työntekijöille pitää antaa mahdollisuus osallistua. Esimiehillä on merkittävä rooli dialogisen kehittämisen mahdollistajana. (Syvänen ym. 2015, 195-196.)

3 KEHITTÄMISEN PROSESSI

Kehittämistyö toteutettiin yhteistoiminnallisena kehittämisenä yksityisessä lastensuojelulaitoksessa, Perhekeskus Harjulassa. Kehittämistyön aihe nousi työyhteisön tarpeista ja kehittämiseen osallistui 15 hengen monialainen työ-

yhteisö. Kehittämisessä tuli esille laajasti eri näkökulmia, sillä kehittämiseen osallistuvat kaikki ohjaajat erilaisine työnkuvineen, vastaava ohjaaja, johtaja, yrittäjät ja kehittämisprosessin vetäjä. Kehittämiseen osallistujilla on erilaisia koulutustaustoja sekä työkokemusta eri työtehtävistä, työpaikoista ja eri aloilta ennen nykyistä työyhteisöä. Kaikilla työyhteisön jäsenillä on sosiaali-, terveys- tai kasvatustutkimusta. Monilla työyhteisön jäsenillä on useampi kuin yksi koulutus, joko samalta tai eri alalta. Esimerkkeinä koulutuksista: sosiaalityöntekijä, lasten ja nuorten sairaanhoitaja, sosionomi (AMK), sairaanhoitaja (ylempi AMK), lähihoitaja, lastenohjaaja, nuoriso- ja vapaa-ajan ohjaaja, lasten ja nuorten erityisohjaaja, kokki, rakennusmies jne. Monialaisista näkökulmista riippumatta työyhteisön toiminta tähtää aina samaan päämäärään: asiakkaan hyvään kohtamiseen ja hoitoon sekä kasvatukseen.

Kehittämistyössä hyödynnettiin tutkimuksellisen kehittämistoiminnan periaatteita, joka näkyi työyhteisön osallistamisena ja kriittisenä kehittämisen tarpeiden, tavoitteiden ja keinojen pohdintana. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa pääpaino on kehittämisessä, jonka tukena käytetään tutkimuksellisia periaatteita. Tutkimuksellisessa kehittämisessä tavoitellaan yleensä käytäntöjen parantamista ja uusia ratkaisuja sekä uuden tiedon tuottamista käytännöstä. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 19-20.) Tutkimuksellisuus ilmenee kehittämisprosessissa tiedonkeruun systemaattisuutena, huolellisena dokumentointina ja analysointina sekä johtopäätösten läpinäkyvänä perustelemisena (Toikko & Rantanen 2009, 22-23, 157).

Kehittämisprosessi alkoi aiheen valinnasta, joka tehtiin yhteistoiminnallisesti pyramidimenetelmää (Hemminki & Kyrölahti 2016) hyödyntäen. Prosessi eteni aiheen valinnan jälkeen vaiheittain vuoden 2017 aikana. Alla on kuvattu yhteenvedo kehittämisprosessista, menetelmistä ja aineistoista (Kuvio 2).



Kuvio 2. Yhteenvedo kehittämisprosessista, menetelmistä ja aineistoista (mukaillen Laine 2018, 37, 48).

Kehittämisen alussa tehtiin nykytilanteen kartoitus SWOT-nelikenttä (Heikkinen 2013; Opetushallitus 2017) ja aivoriihimenetelmiä (Ojasalo ym. 2014, 160 - 161) hyödyntäen. Kehittämiskohteet priorisoitiin pyramidimenetelmän (Hemminki & Kyrölahti 2016) avulla ja kehittämisen keinoja ideoitiin oppimiskahvilassa (Innokylä 2017). Oppimiskahvilan tuotoksia käsiteltiin kuudessa työkonferenssissa (Lehtonen 2004, 15 - 16), joissa laadittiin teemakohtaiset toimintasuunnitelmat. Aineistot analysoitiin teemoittelemalla, aineistolähtöistä sisällönanalyysia mukailleen SWOT-nelikenttä, aivoriihi ja oppimiskahvila aineistojen osalta. Pyramidiaineistoja ei analysoitu, koska aiheen valinta tehtiin äänestämällä ja kehittämiskohteet priorisoitiin dialogiseen keskusteluun perustuen.

4 TOIMINTASUUNNITELMA TYÖYHTEISÖVIESTINNÄN KEHITTÄMISEN JA ARVIOINNIN APUNA

Kehittämisprosessin lopullisena tuotoksena laadittiin toimintasuunnitelma viestinnän kehittämisen välineeksi. Sen tavoitteena on tukea suunnitelmallista ja jatkuvaa kehittämistä, joka antaa tilaa myös muutokselle. Toimintasuunnitelmassa on sekä lyhyen että pitkän ajan tavoitteita ja keinoja niiden saavuttamiseksi. Toimintasuunnitelmaan on koottu työkonferensseissa laaditut toimintasuunnitelmat siellä käsitellyistä kuudesta teemasta. Nämä yhdistyvät työyhteisön sisäiseen tiedonkuluun ja vuorovaikutukseen, lasten ja nuorten yhteisökokoukseen sekä yhteistyöhön vanhempien kanssa.

Sisäisen tiedonkulun osalta on tavoitteeksi asetettu, että ajantasainen tieto saavuttaa kaikki työyhteisön jäsenet. Suullisen raportoinnin ajankäytön osalta priorisoitiin asiakkaiden kanssa päivittäin toteutuva iltahetki yhteistä suullista raporttia tärkeämmäksi pyrittäessä hyvään asiakkaan kohtaamiseen. Toimintasuunnitelmaan kirjattiin myös tavoitteet koskien kokouksia ja foorumeita, jotka toteutetaan avoimen dialogin periaatteiden kautta.

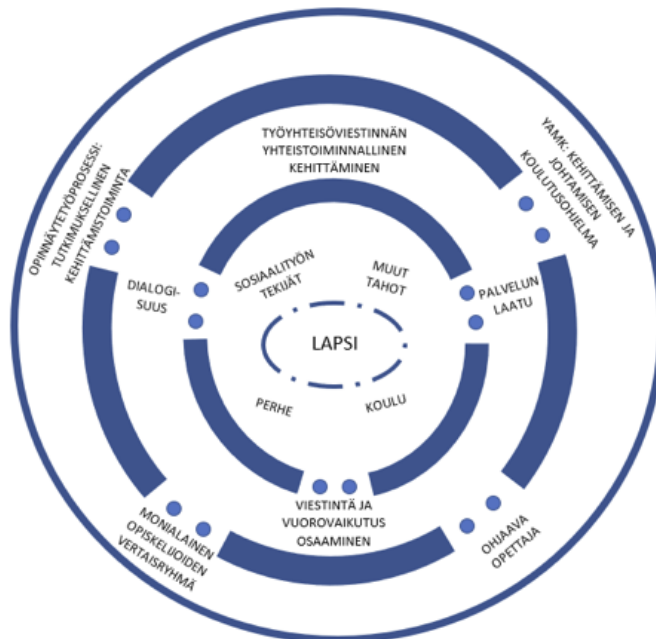
Infovihon käytön yhtenäistäminen ja selkeyttäminen kirjattiin myös toimintasuunnitelmaan. Tiedonkulun kehittämisessä tavoitellaan joustavampia toimintalinjoja, joissa näkökulmana on dialogisuus. Joustavuus edellyttää työyhteisön jäseniltä monialaista ammattitaitoa. Dialogiseen toimintatapaan sisältyvä avoimen vuorovaikutuksen lisääminen on kirjattu myös toimintasuunnitelmaan.

Tavoitteeksi toimintasuunnitelmaan on kirjattu myös asiakkaiden osallisuuden lisääminen ja foorumin sisällöllinen kehittäminen. Päämääräksi asetettiin lasten

kuuleminen ja vähitellen myös vastuun lisääminen foorumin vetämisestä lasten ja aikuisten yhteistyönä. Pyrkimyksenä on, että lasten ja nuorten yhteisökokous toimisi kuten työyhteisön jäsenten vastaava foorumi. Kehittämisen prosessin aikana lasten ja nuorten osallistuminen ja aktiivisuus foorumeissa on lisääntynyt. Läheisverkoston kanssa tehtävässä yhteistyössä tavoitteena on arvostava kohtaaminen.

5 POHDINTA

Työyhteisöviestinnän kehittämisessä haasteena oli aiheen laajuus ja näkökulmien moninaisuus. Kehittämistyössä aiheen rajaaminen on tärkeää, jotta kehittämisellä säily selkeä suunta eikä toimijoita ole liian suuri määrä. Työyhteisön lisäksi tämän kehittämistyön taustalla on toiminut monialainen vertaisryhmä sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita, joiden kanssa opinnäytetyötä on käsitelty useissa eri vaiheissa. Kehittämistyön ohjaavana opettajana toimi kehittämistyön kohdeorganisaatiosta poiketen terveydenhuollon ja koulutuksen näkökulmaa edustava FT Eija Kyrönlähti. Seuraavassa kuviossa kuvataan monialainen työyhteisöviestinnän yhteistoiminnallinen kehittämisprosessi (Kuvio 3).



Kuvio 3. Monialainen työyhteisöviestinnän yhteistoiminnallinen kehittämisprosessi opinnäytetyössä (kts. myös Laura Ylirukan kuvio ja vrt. Fattore ym. 2009 Timonen-Kallion ym. mukaan 2017, 39).

Kehittämisessä käytetyt yhteistoiminnalliset ja dialogiset menetelmät ovat motivoivia ja niiden avulla voidaan lisätä työyhteisön sitoutumista kehittämiseen. Kehittämisprosessin aikana tehtiin suullinen arviointi jokaisen menetelmällisen osuuden jälkeen, mikä auttoi prosessin suuntaamisessa. Toimintasuunnitelmien laatimisessa käytetystä työkonferenssimenetelmästä tehtiin erillinen kirjallinen arviointi. Työyhteisö koki kehittämisprosessissa yhdessä tekemisen ja monipuolisten näkökulmien esillä olemisen tärkeänä asiana. Työyhteisön näkemyksen mukaan sitoutuminen ja motivaatio kehittämiseen oli hyvää koko prosessin ajan. Demokraattisen dialogin periaatteita harjoiteltiin työkonferensseissa ja näiden periaatteiden toteutuminen tuli esille kokemuksena tasavertaisesta osallistumisesta ja kuulluksi tulemisesta.

Kehittämisprosessi oli pitkäkestoinen ja tavoitteiden saavuttamisen arviointi jäi opinnäytetyön jälkeiseen aikaan. Arviointi toteutettiin toukokuussa 2018 työyhteisön kehittämispäivässä. Arvioinnissa sovellettiin näyttelykävelymenetelmää (Kupias 2011) ja pohdittiin miten tavoitteet ovat toteutuneet, onko keinoja käytetty ja mihin asioihin olisi hyvä jatkossa keskittyä. Yhteenvetona kehittämispäivästä voidaan todeta, että kehittäminen on mennyt eteenpäin kaikkien laadittujen tavoitteiden osalta ja suurin osa keinoista on joko toteutunut tai on parhaillaan toteutuksen alla. Erityisenä huomiona joustavuuden lisääntyminen, joka näkyy lapsille ja nuorille esimerkiksi kasvatuksellisten keskustelujen lisääntymisenä ja asioiden perustelemisen monipuolistumisena. Työyhteisön vuorovaikutus ja palaute on kehittynyt, samoin kuin tiedonkulku, jota iltatärppien käyttöönotto on edistänyt. Kohtaaminen vanhempien kanssa on sovittu aiempaa selkeämmin työnjaossa, joka edistää kohtaamisten toteutumista ja onnistumista. Kehittämistä suunnattiin uudelleen valitsemalla kolme tärkeintä teemaa oppimiskahvilassa tehtävään jatkokäsittelyyn. Kehittäminen painottuu jatkossa dialogisen keskustelun, henkilökuntapalaverin sisällön ja itsenäistyvän nuoren palvelujen kehittämiseen ja sitä jatketaan osana henkilökuntapalavereita ja johtoryhmätyöskentelyä. Työpaikan ulkopuolelle järjestetyt kehittämispäivät koettiin toimiviksi ja niiden jatkaminen vuotuisena toimintana on hyvä lisä arjessa tapahtuvan kehittämisen rinnalla.

Lopuksi voidaan todeta, että yhteistoiminnalliset ja dialogiset menetelmät tuovat vaihtelevuutta työyhteisön keskusteluihin ja kannustavat aktiiviseen osallistumiseen, joka mahdollistaa uusien näkökulmien esille tulemisen ja työyhteisön keskustelujen rikastumisen. Kehittämistyön tavoitteena ei ollut dialogisuuden lisääntyminen, mutta se lisääntyi prosessin aikana. Yhteistoiminnallisella kehittämisprosessilla ja toimintatapojen juurtumisella työyhteisön arkeen voi olla vaikutusta sekä työyhteisön että asiakastyön dialogisuuden kehittymiseen. Työyhteisön viestinnän kehittäminen ei tule koskaan valmiiksi, mutta kehittämistä on tärkeä jatkaa, sillä työyhteisön dialogisuutta lisäämällä, vaikutetaan myös sijaishuoltotyön

laatuun. (Laine 2018, 74.) Kuten terapeuttisen laitospalvelun mallinnuksessa todetaan, dialogisesti hyvin kehittynyt työyhteisö jakaa osaamista ja kokemuksia tehokkaasti, jolloin syntyy asiakkaita paremmin palvelevia toimintatapoja (Timonen-Kallio ym. 2017, 34). Tärkeintä on kuitenkin muistaa, että dialogisuuden kehittäminen lähtee liikkeelle itsensä kehittämisestä (Heinonen ym. 2012, 46).

LÄHTEET

Aivoriihi. Espoo: Tevere: työ elämä valmennus. [Verkkosivusto]. [Viitattu 10.3.2017]. Saatavana: <https://tevere.fi/metodit/aivoriihi/>

Fattore, T., Mason, J. & Watson, E. 2009. When children are asked about their wellbeing: Towards a framework for guiding policy. Child indicators research 2, 55-57.

Heikkilä, J & Heikkilä, K. 2001. Dialogi - avain innovatiivisuuteen. Helsinki: WSOY.

Heikkinen, H. Päivitetty 6.8.2013. Swot-analyysi. Innokylä. [Verkkosivu]. [Viitattu 2.3.2017]. Saatavana: <https://www.innokyla.fi/web/malli111751>

Heinonen, S., Klingberg, R. & Pentti, P. 2012. Kaikkien aivot käyttöön. 2. p. Helsinki: Sanoma Pro.

Hemminki, A. & Kyrölahti, E. 2016. Pyramidimenetelmä. Luentomuistiinpano. 7.10.2016. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan yksikkö, sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen. Julkaisematon materiaali.

Innokylä. 2017. Learning-café eli oppimiskahvila. [Verkkosivu]. Päivitetty 3.2.2017. [Viitattu 7.8.2017]. Saatavana: <https://www.innokyla.fi/web/malli2825539>

Isaacs, W. 2001. Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito. Suom. Maarit Tillman. Helsinki: Kauppakaari.

Juholin, E. 2010. Arvioi ja paranna! Viestinnän mittaamisen opas. Helsinki: Infor.

Juholin, E. 2013. Communicare! Kasva viestinnän ammattilaiseksi. Helsinki: MIF Management Institute of Finland.

Kupias, P. 2011. Kouluttajana kehittyminen. 3. p. Helsinki: Gaudeamus.

Laine, M. 2018. Viestinnän dialoginen kehittäminen lastensuojelulaitoksessa. [Verkkajulkaisu]. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, ylempi AMK. Opinnäytetyö. [Viitattu 19.11.2018]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201804024006>

Lehtonen, J. (toim.) 2004. Työkonferenssi Suomessa. Vuoropuheluun perustuva kehittämismetodi. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Työturvallisuuskeskus. Raporttisarja 2004/1. [Viitattu 7.8.2017]. Saatavana: https://ttk.fi/files/3473/Tyokonferenssi_Suomessa_2004.pdf

Mönkkönen, K. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena: Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. [Verkkajulkaisu]. Kuopio: Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 94. Väitösk. [Viitattu 25.1.2018]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:951-781-933-1>

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät: Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro.

Opetushallitus. Swot-analyysi. [Verkkosivu]. [Viitattu 2.3.2017]. Saatavana: http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi

Pekkola, P., Pedak, M. & Aula, P. 2013. Hyvinvointiviestintä. Osallistava sisäisen viestintä kuntaorganisaation työhyvinvointia rakentamassa. [Verkkajulkaisu]. Viestinnän tutkimusraportteja 1/2013. Viestinnän tutkimuskeskus CRC. [Viitattu 24.1.2018]. Saatavana: http://www.helsinki.fi/crc/Julkaisut/OSVI_raportti.pdf

ProCom - Viestinnän ammattilaiset ry. 2012. Kohti vuotta 2020- strategista viestintää ja leimahtavia julkisuuksia. Yhteisöviestinnän periaatteet. Hyväksytty ProComin vuosikokouksessa 21.11.2012 [Verkkosivu]. [Viitattu 30.11.2017]. Saatavana: <http://procom.fi/viestintaala/ohjeet-ja-periaatteet/yhteisoviestinnan-periaatteet/>

Puro, J.-P. 2004. Onnistu viestinnässä. Helsinki: WSOY.

Puro, J.-P. 2010. Kuunteleva organisaatio. Helsinki: Infor.

Raunio, K. 2009. Olennainen sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus.

Roivas, M. & Karjalainen, A.-L. 2013. Sosiaali- ja terveysalan viestintä. Helsinki: Edita.

Seikkula, J. & Arnkil, T. E. 2014. Open dialogues and anticipations: Respecting otherness in the present moment. Helsinki: National Institute for Health and Welfare.

Syvänen, S., Tikkamäki, K., Loppela, K., Tappura, S., Kasvio, A. & Toikko, T. 2015. Dialoginen johtaminen: Avain tuloksellisuuteen, työelämän laatuun ja innovatiivisuuteen. Tampere: Tampere University Press.

Timonen-Kallio, E., Yliruka, L. & Närhi, P. 2017. Lastensuojelun terapeuttisen laitospäivätoiminnan mallinnus. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpöytä 23/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 18.11.2017]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-866-1>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korj. p. Tampere: Tampere University Press.

Åberg, L. 2006. Johtamisviestintää! Esimiehen ja asiantuntijan viestintäkirja. Helsinki: Infoviestintä.

TYÖN ILOLLA TUOTTAVUUTTA JA KILPAILUKYKYÄ -HANKE

*Kaija Loppela, KT, ft, yliopettaja
SeAMK Sosiaali- ja terveysala*

*Helena Kahre, sosionomi, vastuuhenkilö
Karoliinakoti, Alavus*

1 JOHDANTO

Tässä artikkelissa kerrotaan maaliskuussa 2018 päättyneestä ESR-rahoitteisesta, valtakunnallisesta Työn ilolla tuottavuutta ja kilpailukykyä -hankkeesta. Hanketta kuvataan yleisesti, kerrotaan sen tavoitteista ja siinä tehdystä kehittämistyöstä. Myös kehittämistyön tuloksien arvioinneista kerrotaan sekä kuvataan toimintaa yhden Etelä-Pohjanmaalla ja SeAMKin toiminta-alueella toimivan niin kutsutun pilottiyrityksen kehittämistyötä ja sen arviointia.

Työhyvinvointi on ollut useiden vuosien ajan SeAMKin Sosiaali- ja terveysalan yksi kärkialueista tutkimus- ja kehittämistoiminnassa. Työhyvinvointiin liittyviä hankkeita ja täydennyskoulutuksia on toteutettu vuosien aikana mittava määrä. Myös erilaisia rahoitustahoja on ollut mukana mahdollistamassa hankkeiden toteuttamisen. (Kts. myös Loppela 2017a, 232-241.)

2 TAUSTAA

Työn ilolla tuottavuutta ja kilpailukykyä -hankkeen tarkoituksena ja tavoitteena oli tukea ja edistää siihen osallistuneiden mikro-, pienten ja keskisuurten yritysten ja yhdistysten työhyvinvointia ja tuottavuutta ja niiden kautta syntyvää kokonaistuloksellisuutta. Hanke toteutettiin 1.1.2016. - 31.3.2018. Hankkeen päärahoittajana toimi Hämeen ELY-keskus / valtakunnallinen ESR-ohjelma. Kyseessä oli toimintalinja 3. Työllisyys ja työvoiman liikkuvuus, erityistavoite 7.1 Tuottavuuden ja työhyvinvoinnin parantaminen. Hanke oli valtakunnallinen ja se toteutettiin kolmella maantieteellisellä alueella - Pirkanmaalla, Pohjois-Savossa ja Etelä-Pohjanmaalla. Hankkeessa vastattiin sekä yrityskohtaisiin että yleisempiin kohdejoukkoon ja niiden toimialoja koskeviin kehittämishaasteisiin ja -tarpeisiin. Kehittämisk rakenne muodostui yrityskohtaisesta, alueellisesta ja kaikkien hank-

keeseen osallistuvien yritysten verkostomaisesta tuottavuuden ja työhyvinvoinnin ilmiöihin liittyvästä temaattisesta kehittämisestä.

Hankkeeseen osallistui yhteensä 64 yritystä tai yhdistystä eri toimialoilta. Niistä 12 oli pilottiyrityksiä, joiden kanssa tehtiin yritys kohtaista kehittämistyötä koko hankkeen ajan. Pilotit saivat hankkeen toteuttajilta ja heidän asiantuntijoiltaan monipuolista ja pitkäkestoista tukea. Toteuttajia olivat Seinäjoen ammattikorkeakoulun lisäksi Savonia ammattikorkeakoulu ja Onnenpari Oy. Tampereen ammattikorkeakoulu ja Tampereen yliopiston Työelämän tutkimuskeskus. Tampereen yliopisto toimi hankkeen päätoteuttajana ja koordinaattorina.

Hankkeen tavoitteena oli parantaa yrityksissä johdon, esimiesten ja työntekijöiden välistä yhteistoimintaa, yritysten toimintatapoja ja rakenteita, kehittää osaamista, luoda halukkuutta ja sitoutumista kehittämiseen, joilla on vaikutusta sekä henkilöstön työhyvinvointiin että toiminnan kokonaistuloksellisuuteen. Sen osa-alueita ovat taloudellisuus, tuottavuus, tehokkuus sekä vaikuttavuus ja laatu. Hankkeessa paikannettiin yhdessä yritysten henkilöstön kanssa tuloksellisuuden ja työhyvinvoinnin tekijöitä, joiden kautta tavoiteltiin työhyvinvoinnin, kasvun ja kilpailukyvyn paranemista. Keskeinen tavoite oli saada yhteistoiminnallisen kehittämisen toimintamalli, dialogisuus, yhteistoiminnallisuus ja työntekijöiden vaikutus- ja osallistumismahdollisuudet jäämään yritysten toimintatavaksi ja arksiksi käytännöiksi myös hankkeen jälkeen. Tässä onnistuttiin hyvin, sillä lähes jokaisessa yrityksessä yhteistoiminnallinen kehittämistapa, työhyvinvoinnin ja tuottavuuden samanaikainen kehittäminen juurtuivat osaksi yrityksen arkipäivää sekä johtamis- ja yhteistoimintakulttuuria. (Työn ilolla tuottavuutta ja kilpailukykyä -hankkeen loppuraportti Hämeen ELY-keskukselle.)

Tarve hankkeelle nousi aikaisemmista tutkimuksista ja selvityksistä, erityisesti Tekesin rahoittamasta Dialoginen johtaminen innovatiivisuuden tekijänä (www.dinno.fi) -tutkimushankkeesta, joka toteutettiin vuosina 2012 - 2014. Hankkeessa olivat mukana Tampereen yliopisto, Tampereen teknillinen yliopisto, Työterveyslaitos ja Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Tutkimushankkeessa luotiin dialogisen johtamisen ja kehittämisen viitekehys ja rakennuspuut. Nykyisin puhutaan yhä enemmän dialogisuuteen perustuvan, arvostavan, osallistavan ja jaetun johtajuuden tärkeydestä. Dialogisuuden lisääntymisellä oli myös Dinno-tutkimuksen tulosten mukaan suuri merkitys työpaikkojen tuloksellisuuden, työhyvinvoinnin, työmotivaation, luovuuden ja uudistumisen tekijöinä ja mahdollistajina. Läsnäolo, kuunteleminen ja keskinäisen ymmärryksen löytyminen on yhä vaikeampaa kiireen ja monenlaisten paineiden keskellä. Dialogisuus ja dialoginen kehittäminen jäävätkin valitettavan usein toteutumatta myös sellaisissa työelämän tilanteissa, joissa niitä olisi mahdollista toteuttaa, kuten palaverissa, kokouksissa ja erilaisissa kehittämistilaisuuksissa. (kts. myös Syvänen ym. 2012; 2018.)

Myös niissä aikaisemmissa kehittämishankkeissa ja mukana olevissa työyhteisöissä, joissa dialogista johtamista ja kehittämistä on systemaattisesti lähde-työpettelemään ja haluttu ottaa dialogisuus kehittämistä ohjaavaksi periaatteeksi on aikaansaatu hyviä tuloksia. Ulkopuolisen tutkijan tai kehittäjän avustuksella on pystytty parantamaan kaikkien työntekijöiden osallistumista yhteiseen kehittämistyöhön. Parannuksia on aikaansaatu dialogisuuden, dialogisen kehittämisen ja johtamisen myötä monilla työelämän laadun kannalta keskeisillä osa-alueilla (Loppela 2017a, 232 - 241; Syvänen ym. 2015). Dialoginen kehittäminen sisältää itsessään moniammatillisuuden näkökulman, koska jokaisen työyhteisön työntekijän mielipiteet ovat yhtä tärkeitä ja hyvä työn laatu syntyy hyvästä ja saumattomasta eri ammattiryhmien yhteistyöstä ja tarkoituksenmukaisesta työnjaosta. Myös toisten työkuvaan tunteminen ja työn arvostaminen on keskeistä.

2.1 Dialogista kehittämistä osana työhyvinvointi-kärkeä

Etelä-Pohjanmaan alueella Työn ilolla tuottavuutta ja kilpailukykyä -hankkeeseen osallistui kolme vanhuspalveluita tuottavaa yritystä, joiden työn tuottavuutta, työhyvinvointia ja vanhusten saamaa hoidon laatua kehitettiin yhteistyössä koko yrityksen henkilöstön kesken. Kehittämiskohteet nostettiin esille jokaisen yrityksen yksilöllisistä tarpeista. Yrityksessä tehtävä kehittämistyö perustui dialogiseen, yhteistoiminnalliseen kehittämiseen ja siinä sovellettiin ”Keskustellen työkuuntoon” -toimintamallia (Loppela 2004). Toimintamalli perustuu demokraattiseen dialogiin, yhteistoiminnalliseen ja tutkimusavusteiseen kehittämiseen, missä yhdistyvät toimintatutkimuksellisuus ja arviointitutkimuksen periaatteet. Malli on syntynyt monitieteisen väitöskirjatyön myötä.

Malli sisältää alkukartoituksen, missä sovelletaan demokraattista dialogia ja konkreettiset kehittämiskohteet nostetaan pienryhmissä esiin, analysoidaan ja priorisoidaan. Myös positiiviset, hyvin toimivat asiat huomioidaan voimavaratekijöinä. Alkukartoituksen jälkeen laaditaan yhteistyössä esimiesten ja työntekijöiden kanssa kehittämistavoitteet, niihin konkreettiset kehittämistoimenpiteet, toteutetaan erilaisia kokeiluja sekä laaditaan arviointisuunnitelma. Kehittämistyö sisältää prosessiarvioinnin ja työntekijöiden itsearvioinnin. Kyse on prosessimaisesta, reflektiivisestä kehittämisestä, ns. jatkuvan parantamisen mallista ja yhtäältä myös organisaation oppimisesta ja uudistumisesta. Mallin tukena on lomakkeisto, johon kehittämistyön eri vaiheet dokumentoidaan huolellisesti. Näin myös kehittämistyön arviointi helpottuu. Arviointiin liittyy myös esimerkiksi palaverikäytäntöjen systemaattinen arviointi sekä kehittämistyön vaikutuksien arviointia. Kehittämistyössä huomioidaan aina samanaikaisesti työntekijöiden, työnantajan ja asiakkaiden näkökulmat (Loppela 2004).

”Keskustellen työkuuntoon” -toimintamallia on toteutettu ja sovellettu useilla eri toimialoilla useiden vuosien ajan ja kehittämistyön tuloksia on arvioitu systemaattisesti. Saadut tulokset osoittavat mallin toimineen hyvin kehittämistyön välineenä ja tukena. Kehittämistavoitteita on saavutettu hyvin, työyhteisön toiminnan, avoimuuden ja yhteisen oppimisen on todettu kehittyneen yleisesti konkreettisten kehittämistavoitteiden saavuttamisen lisäksi. Työyhteisöissä on opittu keskustelemaan avoimesti, ottamaan vaikeatkin asiat avoimeen käsittelyyn ja opittu myös ratkaisemaan niitä. Työntekijät ovat kokeneet työilmapiirin parantuneen ja työmotivaation lisääntyneen (Loppela 2017b, 157 - 171). Esimiehet ovat kokeneet, että myös aikaisemmin hiljaiset työntekijät ovat osallistuneet yhteiseen keskusteluun ja kehittämiseen aikaisempaa enemmän. On opittu dialogitaitoja. Esimiehet ja johtajat ovat saaneet uusia konkreettisia työkaluja kehittämistyön ja johtamisen tueksi ”Keskustellen työkuuntoon” -toimintamallin toteuttamisen myötä (Loppela 2004; Loppela 2014a; 2014b).

Mallin avulla on mahdollista myös nostaa kehittämisen kohteeksi jo aikaisemmin toteutettujen kyselyjen ja selvitysten tulokset ja lähteä käsittelemään ja konkretisoimaan niitä yhteisen dialogin ja toimintamallin kautta. Näin työntekijät kokevat, että tehdyillä selvityksillä ja kyselyllä on merkitystä, kun niiden tuomiin tuloksiin palataan konkreettisesti ja systemaattisesti. Näin on toimittu myös Työn ilolla tuottavuutta ja kilpailukykyä -hankkeessa.

2.2 Dialogista kehittämistä vanhuspalveluyrityksissä Etelä-Pohjanmaalla

Etelä-Pohjanmaan vanhuspalveluyrityksissä aktiivinen kehittämistyö käynnistyi helmikuussa 2016. Kaikissa hankkeeseen osallistuvissa yrityksissä oli tehty monipuolisesti henkilöstön työhyvinvointia selvittäviä kyselyitä ja selvityksiä, ja näitä käytettiin lähtötilanteiden kartoituksen tukena. Tehdyistä kyselyistä nousi esiin monia kehittämiskohteita, joihin hankkeen aikana haluttiin kiinnitettävän huomiota. Monessa yrityksessä koettiin, että työhyvinvointiin liittyviä selvityksiä on tehty, mutta niiden tuloksia voisi hyödyntää enemmän kehittämistyössä. Tähän toivottiin hankkeen avulla saatavan uusia työkaluja.

Yritysten aiemmista kyselyistä nousivat esiin mm. vanhustyöhön liittyvä kiire ja riittämättömyyden tunne, jotka heijastuivat koettuun työhyvinvointiin. Vanhuspalveluiden asiakkaiden hoitoisuus on kasvanut viimeisten vuosien aikana, mikä kuormittaa työntekijöitä ja asettaa vaatimuksia työn uudelleen organisoimiselle. Työturvallisuuteen oli yrityksissä kiinnitetty huomiota, mutta sekä fyysisen että psyykkisen kuormittavuuden takia myös turvallisuuteen ja erityisesti työergonomiaan toivottiin löytyvän edelleen parannusta. Lisäksi sairauspoissaolot olivat tehtyjen kyselyjen mukaan yleisiä ja poissaolot liittyivät usein läheisesti juuri vanhustyön fyysiseen ja psyykkiseen kuormittavuuteen.

Hankkeeseen mukaan lähteneissä yrityksissä myös koettiin, että parannettavaa on työntekijöiden mukaan ottamisessa moniammatilliseen kehittämistyöhön. Lisäksi positiivisen palautteen antamista ja saamista toivottiin lisättävän ja rakentavan kritiikin antamiseen ja vastaanottamiseen toivottiin työkaluja. Lisäksi kehitettävää todettiin olevan tiedonkulussa ja työilmapiiriin edelleen parantamisessa. Useat kehitettävät asiat olivat pääpiireissään samankaltaisia myös muilla toimialoilla valtakunnallisesti tässä hankkeessa. Jo aikaisemmista tutkimus- ja kehittämissankkeista on tullut esille työyhteisöjen kehittämistarpeiden samankaltaisuus toimialasta riippumatta.

Yhteisiksi kehittämiskohteiksi ovat esimerkiksi nousseet tiedonkulun kehittäminen sekä työntekijöiden kesken että työntekijöiden ja esimiesten välillä. Tämä haaste on noussut kehittämiskohteeksi useammassa yrityksessä, mutta ratkaisut ovat yksilöllisiä. Tiedonkulun rakenteita ja digitaalisia järjestelmiä on selkeytetty ja vaihtoehtoisia tiedonkulun väyliä on kehitetty. Moniammatillisuutta on pyritty lisäämään ja kehittämistapaamisiin on kutsuttu eri ammattiryhmien edustajia pohtimaan yhdessä sitä, miten yhteinen tavoite vanhuksen paremmasta hoidosta ja hoidon jatkuvuudesta toteutetaan eri ammattiryhmien sujuvalla ja suunnitellulla, hyvin koordinoitulla yhteistyöllä ja toisaalta myös tarkoituksenmukaisella työn jaolla.

Kaikessa kehittämistyössä työntekijät ovat kokeneet tärkeäksi kehittämistyötä ohjaavaksi tekijäksi sen, että vanhus ja vanhuksen entistä parempi hoito ja kohtaaminen pysyvät työtä ohjaavana tekijänä. Hankkeen aikana on kehitetty monipuolisia ratkaisuja vanhuksen ja usein myös muistisairaahan asukkaan kohtaamisen tueksi ja hyvän elämänlaadun takaamiseksi. Yrityskohtaiset ratkaisut vanhuksen paremman hoidon laadun lisäämiseksi ovat liittyneet muun muassa viriketoiminnan monipuolistamiseen, vanhuksen parempaan tuntemiseen esimerkiksi elämänhistoriaa kartoittamalla ja kiireen tunnun vähentämiseen erilaisilla työsuunnitteluun liittyvillä kokeiluilla.

Muistiliiton kehittämään ”Muistisairaahan hyvän hoidon kriteeristöön” (Muistiliitto 2016) sekä siihen liittyvään työkirjaan tutustuttiin myös laajemmin. Tarkoituksena oli löytää työvälineitä entistä asiakaslähtöisemmän työn kehittämiseen ja saada ideoita vanhusten arjen ja hoidon parantamiseksi. Kriteeristöä voi hyödyntää muistisairaahan elämänhistorian tuntemisen tukena. Lisäksi kriteeristön avulla pohdittiin hoitotahtoa ja sen toteutumista arkipäivän toiminnoissa. Yhdessä pohdittiin, mitä tunteita asukkaan toiveet herättävät, millaisia toiveita voi ehkä tulla esiin ja miten niitä voisi toteuttaa kuntouttava työote huomioiden.

Kehittämiskohteena pohdittiin myös työyhteisön pelisääntöjä ja sitä, miksi ne eivät kaikilta osin aina toteudu arjessa. Dialogin myötä todettiin, että jotkut pelisäännöt ovat ehdottomia ja selkeitä, jotkut taas sellaisia, että niiden toteuttaminen vaatii

tilannekohtaista harkintaa ja harkintamahdollisuus tulee olla kullakin työntekijällä huomioiden päivien vaihtelut mukaan lukien myös asukkaan kunnan vaihtelut. Myös uusia pelisääntöjä laadittiin merkittäviksi koettuihin työpaikan toimintatapoihin liittyen.

Yrityksissä on myös ideoitu menetelmiä työn ilon lisäämiseksi. Tarkoituksena on ollut tehdä hyvin toimivat sekä positiiviset ja hyvää mieltä tuottavat asiat näkyviksi. Työntekijät ovat halunneet lähteä yhteistoimin muokkaamaan asenteita positiivisemmaksi ja vahvistamaan niitä asioita, jotka omassa työyhteisössä ovat hyvin. Kaikissa Etelä-Pohjanmaan alueen yrityksissä yritysکوhtainen dialoginen kehittäminen on edennyt hyvin yhdessä laaditun kehittämissuunnitelman pohjalta. Henkilöstö on ollut aidosti sitoutunut yhteiseen kehittämiseen. Myöhemmissä luvuissa esitellään yhden Etelä-Pohjanmaalla toimivan, mukana olleen yrityksen kehittämistoimintaa sekä siihen liittyvää arviointia.

3 ALUEELLISET JA VALTAKUNNALLISET TYÖPAJAT SEKÄ OHJAUSRYHMÄ

Yrityskohtaisen kehittämistyön lisäksi hankkeessa on toteutettu sekä alueellisia että valtakunnallisia työpajoja. Alueellisiin työpajoihin osallistuivat kaikki alueen yritykset. Joihinkin pajoista kutsuttiin myös muita yrityksiä paikalle saamaan uutta tietoa ja kokemuksia dialogisesta kehittämistyöstä sekä jakamaan osaamistaan ja verkostoitumaan hankkeen yritysten ja toistensa kanssa.

Lisäksi on toteutettu kolme valtakunnallista työpajaa, joihin on osallistunut yrityksiä kaikilta kolmelta maantieteelliseltä alueelta (Etelä-Pohjanmaa, Pirkanmaa, Savo). Valtakunnallisissa pajoissa eri alojen yrityksen kohtasivat.

3.1 Alueelliset työpajat

Etelä-Pohjanmaan alueella pidettiin kuusi alueellista kehittämispajaa. Pajojen asiantuntijaosuuksista vastasivat niin hankkeen asiantuntijat SeAMKin Sosiaali- ja terveysalalta kuin myös muutama ulkopuolinen asiantuntija sekä Tampereen yliopiston ja Tampereen ammattikorkeakoulun asiantuntijat. Maaliskuussa 2016 teemana oli hankkeen esittely ja yritysten välinen tutustuminen sekä haettiin vastausta kysymykseen ”Miksi työssä kannattaa voida hyvin?” Syyskuussa 2016 pajan teemana oli alkukartoituksen tulokset. Marraskuussa 2016 teemana oli haastavan (usein muistisairaana) asiakkaan kohtaaminen. Neljännessä kehittämispajassa teemana oli LEAN-johtaminen sekä digitaalinen markkinointi. Toukokuussa 2017 paja toteutettiin yhteistyössä Työpaikkojen työhyvinvointiverkoston Etelä-

Pohjanmaan ydinryhmän ja Työelämä 2020 Etelä-Pohjanmaan alueverkoston kanssa teemalla ”Työhyvinvoinnilla tuottavuutta”. Marraskuussa 2017 pajassa teemana oli stressin vaikutus työhyvinvointiin. Pajoihin osallistui 18-31 osallistujaa. Toukokuussa 2017 yhteistyöverkostossa järjestetyssä työpajassa osallistujia oli yli sata yli kymmenestä yrityksestä.

Hankkeen toimintatapojen juurruttamiseksi ja yritysten välisen yhteistyön jatkamiseksi järjestettiin lisäksi alueellinen Etelä-Pohjanmaan oma päätöstapaaminen 25.1.2018. Yritykset arvioivat kehittymistään ja oppimisestaan, jakoivat hyviä käytänteitä sekä päättivät yhteistyön jatkamisesta ja muiden alueella toimivien alan yritysten mukaan pyytämistä yhteistoimintaan.

3.2 Valtakunnalliset työpajat ja ulkoinen viestintä

Ulkoista viestintää toteutettiin valtakunnallisella kehittämistoiminnalla ja levittämällä hankkeen teemoja, tuloksia ja menetelmiä. Valtakunnallista kehittämistasoa edustivat päätoteuttajan vastuulla olleet valtakunnalliset työpajat, jotka pidettiin Tampereella.

Valtakunnallisia työpajoja toteutettiin kolme: Kohtaaminen I: Yhteinen aloituspaja lokakuussa 2016 Tampereella, Kohtaaminen II: Työn ilon tekijät, huhtikuussa 2017 Tampereella, Kohtaaminen III: Päätöspaja - mitä hankkeessa saatiin aikaan, helmikuussa 2018 Tampereella. Pajoihin osallistui n. 20 - 40 henkilöä / tilaisuus. Toista pajaa varten haastateltiin eri alojen asiantuntijoita (ammattijärjestö, menestyneet ja palkitut yritykset, tutkijat/kehittäjät) ja laajennettiin tällä tavalla hankkeen näkyvyyttä ja tulokulmaa valtakunnallisesti edelleen.

”Työn ilolla” -hanke osallistui myös erilaisiin kampanjoihin ja tapahtumiin sekä alueellisesti että valtakunnallisesti. Valtakunnallisia kampanjoita ja tapahtumia, joihin osallistuttiin olivat mm. seuraavat: Vuonna 2017 toteutettiin hankkeen menetelmien ja tulosten julkistamiseksi ja uusien yrityskontaktien luomiseksi Työn ilon lähettiläiden yrityskäyntejä ja 100 työn ilon tekoa -haastekampanja, jota levitettiin sosiaalisessa mediassa ja Tullintorilla Tampereella pidetyssä tapahtumassa, osallistuvissa yrityksissä, WGH -tilaisuuksissa (Work Goes Happy -konsepti) ja Tampere Business Campuksen jäsentilaisuuksissa. Kampanja tuotti yhteensä 120 työn ilon tekoa. Tilaisuuksissa kerrottiin hankkeesta ja keskusteltiin hankkeen teemoista, tehtiin yhdessä osallistujien kanssa ”Työn ilolla” -rintanappeja ja kerättiin työn ilon reseptejä. Kampanjan yhteydessä kerättyjä työn ilon reseptejä hyödynnettiin hankkeen lopputuotoksen (Työn ilon kalenteri) sisältönä. Alueellisesti Etelä-Pohjanmaalla osallistuttiin useisiin hanketilaisuuksiin ja seminaareihin esitellen ”Työn ilolla” -hanketta.

4 KEHITTÄMISTOIMINNAN ARVIOINTIA

Hankkeen loppuvaiheessa kerättiin kaikilta osallistujilta, jokaiselta yritykseltä vapaaehtoista arviointia kehittämistyöstä. Myös systemaattinen webropol-kysely tehtiin hankkeen alussa ja lopussa. Sen tuloksia ei käsitellä varsinaisesti tässä artikkelissa. Ns. johtamisen peilin mukaisesti kuitenkin voi todeta, että esimiesten ja työntekijöiden vastauksissa oli suuria eroja. Usein esimiehet arvioivat monia johtamiseen liittyviä tekijöitä positiivisemmin kuin työntekijät. Niin oli myös tämän hankkeen alkumittauksessa. Kehittämishankkeen lopussa tämä ero oli kuitenkin monien muuttujien kohdalla kaventunut. Näistä tuloksista voidaan päätellä, että muutosta johtamisessa on todennäköisesti tapahtunut positiiviseen suuntaan ja toisaalta esimiesten arviointi on muuttunut kenties kriittisemmäksi omaa toimintaa kohtaan. Monia kyseisiä asioita on käsitelty yhdessä ja niiden kehittämiseksi on asetettu yhteisiä tavoitteita ja erilaisia uusia toimintatapoja on kokeiltu ja konkreettisia keinoja otettu käyttöön.

Reflektiivisellä, dialogisella, laadullisella ”Keskustellen työkuuntoon” -toimintamalliin kuuluvalla prosessiarvioinnilla saatiin tärkeää tietoa kehittämistoiminnan vaikutuksista. Tarkempia tuloksia kehittämistyön sisällöistä ja sen vaikutusten arvioinnista esimerkkiyrityksessä kerrotaan luvussa 5.

4.1 Yleistä arviointia kehittämishankkeeseen osallistumisesta esimerkkiyrityksessä

Hankkeen lopussa kerättiin jokaisessa yrityksessä yleisiä kokemuksia ja arviointeja hankkeeseen osallistumisesta. Erikseen pyydettiin arviointia kehittämistoiminnan eduista ja hyödyistä, haasteista ja pullonkauloista, kehittämisestä saaduista opeista ja oivalluksista sekä kysyttiin mahdollisia terveisiä hankeväelle. Seuraavassa Taulukossa 1 esitetään esimerkkiyrityksen kokemuksia ja arviointeja kehittämishankkeeseen osallistumisesta yleisellä tasolla. Esimerkkiyritys on Karoliinakoti Alavudelta. Kyseisen yrityksen kehittämistyötä kuvataan tarkemmin seuraavassa luvussa, missä yrityksen vastuuhenkilö, esimies kertoo kokemuksistaan kehittämistyöstä.

Taulukko 1. Esimerkkiyrityksen kokemuksia ja arviointeja kehittämishankkeeseen osallistumisesta.

<p>KEHITTÄMISEN EDUT JA HYÖDYT</p> <p>Ergonomia-ohjaus ollut tärkeää Raportin kirjoittamiseen tullut uusia asioita -> tiedottaminen Kaikki oppineet puhumaan ajatuksistaan Olemme kokeilleet uudenlaista, uskallamme toimia eri tavalla, ja suunnitella ja toteuttaa uutta Parityöskentely Vastuun ottaminen Pohditaan työn tekemistä ja ajankäyttöä Huoneentaulut tiedonkulku ja kirjaaminen Hyvät kahvikastamiset!</p>	<p>KEHITTÄMISEN HAASTEET/PULLONKAULAT</p> <p>Kirjaaminen Työnkierto Moduulijako hyvä asia -> kehitettävää on vielä Omahoitajuuden kehittäminen kesken Pitkään olleiden työtapojen muuttaminen ja sisäistäminen vaatii aikaa Aika, kun opetellaan uutta, aikaa tarvitaan enemmän</p>
<p>KEHITTÄMISESTÄ SAADUT OPIT JA OIVALLUKSET</p> <p>Ergonomia Asioiden miettiminen uudelleen ja uudelleen Parityöskentely, ei tarvitse yksin jaksaa raskaiden asukkaiden kanssa Pähkinäpallo Parityöskentely tuli arkeen moduulijaon myötä > Hyvä asia! aikaisemmin ei ollut ollenkaan Ergonomia, pienillä asioilla saa hyvää kuntoutusta asukkaille samalla kun olet asukkaana kanssa Opittu se, että vaikka uudet työtavat eivät heti toimitakaan voimme kehittää sitä eteenpäin, niin kauan kun olemme tyytyväisiä</p>	<p>TERVEISET HANKEVÄELLE JA KEHITTÄJILLE</p> <p>Ollaan saatu tietoa mitä haluttu Kiitos pitkämielisyydestä Ergonomiapäivä oli hyvä, voisi olla vielä enemmän jalkautumista käytännön töihin Hyvää joulua ja onnea ja iloa uusiin haasteisiin tulevana vuonna ja KIITOS! Kiitos hienoista opeista, kannustamisesta</p>

Taulukossa 1 kuvatut palautteet ovat kauttaaltaan positiivisia. Monia kehittämistavoitteita on jo saavutettu, osan kehittäminen vielä jatkuu, mikä on luonnollista prosessimaisessa, jatkuvan parantamisen periaatteessa. Myös sen tiedostaminen, että uudet toimintatavat vaativat aikaa ja niihin tulee palata usein uudelleen ja uudelleen, on tärkeä ja positiivinen tulos.

4.2 Hankkeen ohjausryhmän arviointia hankkeen päättyessä

Hankkeen viimeisessä ohjausryhmässä kerättiin tietoa osallistujilta heidän kokemuksistaan hankkeen onnistumisesta. Menetelmänä käytettiin ns. lumipallomenetelmää. Seuraavassa kerrotaan tiivistetysti menetelmän avulla esille nostettuja kokemuksia hankkeen vaikutuksista.

Vastusten luokittelussa tuli esille seuraavia ohjausryhmän näkemyksiä hankkeesta ja sen vaikutuksista otsikkotasolla ilmaistuna: työn ilon merkityksen tiedostaminen ja levittäminen, kehittämiseen tullut systemaattisuus, hyvä fiilis, hyvän mielen merkitys tulokselle, luovat ja monipuoliset tulosten levittämistavat, dialogin oppiminen ja kannatettavat ja kannattelevat dialogitilat.

Edellä kuvattujen otsikoiden alla esitettiin esimerkiksi seuraavia kommentteja: Dialogisuuden rakenteita saatu vakiinnutettua, on oivallettu se, että dialogi on oikeasti tuottavuus tekijä, työn iloa löytyy entistä enemmän, yritykset ovat saaneet oikeasti apua, konkreettisia, positiivisia tuloksia paljon, hankkeessa on ollut hyvä henki. Todettiin, että hanketoimijat ovat olleet asiantuntevia ja yhteistyö eri osapuolten kesken on ollut toimivaa ja hyvää. Todettiin myös, että hyviä käytänteitä on jaettu kattavasti, valtakunnallisuus ja toisilta oppiminen on toteutunut muun muassa erilaisten työpajojen kautta.

Lisäksi todettiin positiivisina asioina budjetissa pysyminen ja se, että rahoittajan kanssa on syntynyt hyvä yhteistyösuhde. Myös valvoja pysynyt hyvin ”kärryillä”. Ohjausryhmässä myös todettiin, että Etelä-Pohjanmaalla on ollut erityisen osallistuvat porukat alueellisiin pajoihin. Ja osallistujajoukko on ollut moniammatillinen.

5 TYÖN KEHITTÄMISTÄ JA KEHITYMISTÄ KAROLIINAKODISSA

Etelä-Pohjanmaalla, esimerkkiyrityksessä - Karoliinakodissa Alavudella opeteltiin aluksi dialogisuutta, tutustuttiin ”Keskustellen työkuuntoon” -toimintamalliin, sen periaatteisiin ja siihen, miten dialogisuus ilmenee silloin, kun yhdessä, saman pöydän ääressä ideoidaan uudenlaisia toteutustapoja eri työprosesseille, joissa todetaan tarvittavan moniammatillista kehittämistä. Yhteinen dialogin oppiminen on matka avoimuuteen, tasavertaisuuteen, toisten kunnioittamiseen, suoraan puheeseen, aitoon kuuntelemiseen, ja toisaalta odottamiseen ja oman suunnan vaihtamiseen. (Isaacs 1999.) Dialogissa pyritään luomaan yhteisiä näkemyksiä ja ajatuksia, joita kukaan ei ole yksinään tuottanut ja joihin kaikki voivat sitoutua. Konkreettisesti päästään kokeilemaan työkäytäntöjen muuttamista arkityössä. Kokeilut arvioidaan ja päätetään jatketaanko uuden toimintamallin mukaisesti, vai palataanko kenties aiempaan tapaan toimia tai jalostetaanko hiukan pidemmälle uutta toimintatapaa.

Myös Karoliinakodin vastuuhenkilön Helena Kahren kertomana hankkeeseen oltiin monestakin syystä tyytyväisiä. Tämän luvun seuraavissa kappaleissa tuodaan esiin hänen omia sekä koko työyhteisön kokemuksia hankkeesta sen avulla aikaansaaduista tuloksista.

Karoliinakoti on yksityinen vanhusten tehostetun asumisen yksikkö Alavudella, ja se on toiminut vuodesta 1993. Tällä hetkellä vakituisia työntekijöitä on yrittäjä mukaan lukien 13. Hanke toi meille kaipaamaamme uutta näkökulmaa tutun työn tekemiseen. Yksi tärkeimmistä syistä hankkeeseen lähtemiseen oli asukkaiden hoitoisuuden lisääntyminen ja siitä syntynyt tarve kehittää työtapojamme.

Hankkeessa meitä kiinnosti sen perusidea, että työtapojamme kehittämällä parannamme myös omaa työhyvinvointiamme. Myös työntekijöistä lähtevä kehittämiskohteen ideointi ja toteutus innosti meidät mukaan hankkeeseen.

Hankkeen aluksi meille tehtiin alkukartoitus, missä arvioitiin kehittämistarpeitamme. Niiden pohjalta nostimme yhdessä muutaman mielestämme tärkeimmän kohteen kehitettäväksi. Hankkeen aikana Karoliinakodissa pidetyt työpajat olivat kehittämistyön kannalta kaikista tärkeimpiä. Niissä arvioimme, mitä olemme edellisen työpajan jälkeen saaneet aikaan, päätimme mihin suuntaan jatkamme ja sovimme tavoitteet seuraavaa kertaa varten. Näihin työpajoihin osallistuivat hankkeen asiantuntijan lisäksi kaikki Karoliinakodin työntekijät. Hankkeen asiantuntija johti keskustelua ja sopi vastuuhenkilöt ja aikataulun sekä kirjasi sovitut asiat ylös. Kokeilimme palavereissa sovittuja uusia käytäntöjä arjessa, ja arvioinnin jälkeen yhdessä sovimme jääkö uusi asia käytäntöön vai hylätäänkö se. Joka tapauksessa suunnitelmat eivät jääneet vain paperille.

Toinen tärkeä anti hankkeesta oli verkostoituminen. Hankkeessa oli mukana Etelä-Pohjanmaalta kaksi muuta yksityistä vanhusten hoivayksikköä sekä valtakunnallisesti eri alojen yrityksiä. Alueellisissa ja valtakunnallisissa pajoissa saimme ideoita ja kehittää työkäytäntöjämme yhdessä. Saimme toisilta mukana olevilta yrityksiltä paljon kullaan arvoisia vinkkejä työmme kehittämiseen sekä kannustusta ja rohkaisua jatkaa työtämme.

5.1 Hankkeen aikana tapahtui paljon

Asukkaiden hoitoisuuden lisääntyminen luo haasteita toteuttaa kuntouttavaa työtettä. Hankkeen työpajoissa teimme muutamille asukkaille kuntoutussuunnitelmia. Ne olivat yksityiskohtaisia ja toteuttamiskelpoisia, ja suunnitelmien avulla toteutimme yksilöllistä kuntoutusta asukkaille. Suunnitelmat toimivat mallina, joita voimme hyödyntää jatkossa muidenkin asukkaiden kohdalla.

Toinen ratkaisu asukkaiden hoitoisuuden lisääntymisen haasteeseen on ollut parityöskentelyn juurruttaminen työkäytännöksi. Se parantaa sekä hoitajan työergonomiata että potilasturvallisuutta. Parityöskentely on kehittänyt myös paljon hoitotyötä hoitajien nähdessä ja jakaessa erilaisia toimintatapoja ja käytäntöjä asukkaiden hoivaan liittyen.

Hankkeen aikana ergonomian asiantuntija fysioterapian lehtori oli mukana käytännön hoitotyössä seuraamassa asukkaiden siirtoja, ja antamassa käytännön vinkkejä niihin. Kysyessämme työntekijöiltä hankkeen tärkeintä asiaa, jokainen hoitaja nosti ergonomian kehittämisen yhdeksi tärkeimmistä asioista. Esimerkkinä ergonomian lisäämiseksi on apuvälineeksi hankittu pähkinäpallo. Kun asukas

kaatuu lattialle, on pallolla nostaminen nopea, helppo ja edullinen tapa saada hänet parin hoitajan avustuksella kivuttomasti ja turvallisesti ylös. Pohdimme lisäksi asukassiirotojen toteutusta sekä omia tapojamme toteuttaa hoitotyötä ergonomian näkökulmasta useissa työpajoissa sekä työpajojen välissä.

Asiakaslähtöisyyden lisäämisen tukemiseen tarvitsimme asukkaiden parempaa tuntemista. Siksi olemme hankkeen aikana tehneet asukkaiden huoneisiin taulut, joissa hoitajat ja omaiset ovat asukkaan avulla kirjanneet ylös asioita, joista asukas pitää. Näiden taulujen avulla on kokoonnuttu myös pienryhmiin omahoitajien johdolla, jolloin asukkaat ovat esitelleet taulujen avulla itseään toisille asukkaille. Asiakaslähtöisyyttä olemme kehittäneet muutenkin pohtimalla, mitkä toimintatavoitamme ovat hoitajalähtöisiä ja mitkä asukaslähtöisiä ja miksi? Tämän pohdinnan kautta työhömmä on tullut entistä enemmän asiakaslähtöisyyttä. Esimerkkinä tästä kirjaamme nykyisin asukkaiden nähtävälle aulan ilmoitustaululle päivän suunnitelman, kuten ulkopuoliset esiintyjät. Ennen suunnitelma luki vain hoitajien kalenterissa.

Moduulijako tarkoittaa sitä, että yksi hoitaja hoivaa tietyt nimetyt asukkaat koko vuoronsa ajan. Idean juurruttaminen käytännöksi ja sen kehittäminen on ollut yksi suurimmista muutoksista, mitä olemme hankkeen aikana kehittäneet. Moduulijako tuo ratkaisun moneen arjen haasteeseen, kuten työn tasapuolinen jakautuminen hoitajien kesken, asiakaslähtöisyys, työn parempi suunniteltavuus tai parempi mahdollisuus oman työn organisointiin. Tämä lisää joustavuutta, koska hoitaja voi toteuttaa vastuulleen kuuluvat työt vuoronsa aikana mihin aikaan hänelle ja asukkaalle parhaiten käy. Idea on tullut olennaiseksi osaksi työkäytäntöämme, ja sitä on rohkeasti muutettu useaan kertaan. Ja kehittäminen jatkuu edelleen. Hankkeen kautta nostimme oman palkitsemisjärjestelmämme kehitettäväksi. Pohdimme palaverissa, mitä palkitsemista meillä on, mistä emme halua luopua tai mistä voisimme luopua. Näiden pohjalta kirjasimme ylös oman palkitsemisjärjestelmämme.

Hankkeen kautta saatu paljon apuvälineitä ja tukea johtamiseen. Näitä ovat esimerkiksi konkreettiset mallit, miten kerättyä palautetta voi paremmin käyttää toiminnan kehittämiseen. Tästä yksi esimerkki on henkilökunnan kuvien taulu. Saimme palautetta omaisilta ja asukkailta, että he tuntevat huonosti asukkaan omahoitajan. Hankkeen työpajassa päätimme laittaa työntekijöiden kuvat seinälle tauluksi, ja omahoitajan nimen asukkaan huoneentauluun.

Meillä oli hankkeen kautta mahdollisuus päästä kuulemaan luentoa Lean-johdamisesta. Tätä mallia hyödynsimme esimerkiksi lääkehuoneen siivoamisessa: siellä tavarat ovat nyt siististi laatikoissaan ja niihin on asiallisesti kirjattu mitä

mikäkin laatikko sisältää. Lean-koulutus toi paljon ajateltavaa työn organisointiin ja selkeyden tärkeyteen.

Hankkeen kautta olemme saaneet paljon käytännön työvälineitä toteuttaa dialogisuutta kaikissa neuvottelutilanteissa. Dialogisuutta pohdittiin valtakunnallisissa, alueellisissa ja Karoliinakodin omissa työpajoissa. Rohkeus puhua palaverissa on lisääntynyt merkittävästi. Dialogisuus näkyy myös siinä, että nykyisin on helpompi esitellä keskeneräisiä ajatuksia pelkäämättä, että puhujan ajatuksia ei huomioida. Tästä syystä myös vaikeita asioita on helpompi nostaa keskustelun alle. Uskomme dialogisuuden lisääntymisen johtuvan osaltaan siitä, että hankkeen työpajoissa jokaisen työntekijän mielipidettä kysyttiin aina erikseen, ja jokaista puhujaa kohdeltiin tasavertaisena. Kaikkien mielipide kuunneltiin loppuun ja huomioitiin. Paljon muutakin kehitystä kuin mainitut esimerkit kahden vuoden hankkeen aikana tapahtui. Hankkeen aluksi kirjaamistamme epäkohdista jokainen kohta nostettiin hankkeen aikana esille ja käsiteltiin. Vielä jäi kuitenkin kohteita, joita ei kahden vuoden aikana ehditty kehittää, mutta hankkeen kautta saatujen työvälineiden kautta työ jatkuu, vaikka hanke päättyy.

5.2 Tunnelmia hankkeen päättymisen jälkeen

Nyt, kun hankkeen päättymisestä on kulunut joitakin kuukausia, työntekijät päivittävät keskenään työkäytäntöjä huomatessaan, että jokin aiemmin toiminut työkäytäntö ei enää toimi. Henkilöstöpalaverit toteutuvat kuukausittain, ja jokaisessa palaverissa on yhtenä teemana työn kehittäminen. Kehittämisessä muutostarpeen tuo palaveriin yleensä työntekijä, ja usein hänellä onkin jo muutosidea mielessä. Kokeilemme uusia työkäytäntöjä matalalla kynnyksellä ja kehitämme niitä yhdessä. Kokeilun jälkeen päätämme yhdessä, otammeko uuden työkäytännön tavaksi vai hylkäämmekö sen. Jokainen palaveri alkaa palaveriin osallistujien kuulumisten kysymisellä. Usein hyödynnämme siinä Työn ilolla -korttisarjaa, jonka SeAMKin osatoteuttajat tuottivat hankkeen aikana. Palavereista on siis tullut suunnitelmallisempia kuin ennen, ja niille annetaan aikaa ja arvoa. Työntekijät saattavat tulla jopa vapaapäivältään mukaan palaveriin omasta tahdostaan.

Hankkeen päättymisen jälkeen olemme huomanneet, että muutosvistarinta kehitystä kohtaan on vähentynyt. Lisäksi muutosvistarinta on entistä aktiivisempaa: työntekijät sanovat ääneen esimerkiksi palaverissa, jos jokin ei toimi. Ennen hanketta muutoksista ei niinkään valitettu, mutta työntekijät eivät myöskään sitouneet niihin. Entistä enemmän henkilökunta nostaa kehitettäviä asioita esille, ja myös uskaltaa puhua ääneen keskeneräisiä ajatuksia. Tiedostamme muutoksen välttämättömyyden sekä siihen liittyvät erityisesti negatiiviset tunteet. Tiedämme, että muutosta ei tarvitse pelätä.

Asiakaslähtöisyys on lisääntynyt, ja pohdimme aina muutoksen edessä, onko muutos tarpeen asukkaan vai hoitajan näkökulmasta. Olemme huomanneet, että olemme kaikki lujasti kiinni perustehtävässä, ja meillä on samanlainen arvopohja tehdä työtä vanhusten parissa. Myös työhyvinvointi on meille ensiarvoisen tärkeää, ja meille hankkeen aikana kirkastui hankkeen perusajatus, jonka mukaan työoloja kehittämällä lisäämme samalla työhyvinvointia. Tämä on lisännyt työmotivaatiota ja työhön sitoutumista entistä enemmän.

Olemme tyytyväisiä siihen, että lähdimme hankkeeseen mukaan. Hankkeeseen osallistuneet asiantuntijat olivat todellisia asiansa osajia, joiden aito kiinnostus työpaikkamme asioiden kehittämiseen, avoin ja määrätietoinen asenne sekä luovuus eri tilanteiden ratkaisemisessa olivat yksi suurimmista syistä kehitystyön onnistumiselle Karoliinakodissa. Tämän rinnalla hankkeen tärkeä oppi oli se, että vaikka ulkopuolinen voi antaa arvokkaita vinkkejä ja ohjata työyhteisöä muutoksessa, todellinen kehittäminen tapahtuu kuitenkin työpaikan sisällä. Kehittäminen ei onnistu ilman työyhteisön sitoutumista muutokseen. Hankkeen kautta saimme Karoliinakotiin entistä enemmän Työn iloa!

6 DIALOGINEN KEHITTÄMINEN JATKUU

Työn ilolla tuottavuutta ja kilpailukykyä -hanke on jälleen kerran osoittanut dialogisen kehittämisen ja johtamisen voiman. Oppeja on viety työpaikkojen arkeen siten, että samanaikaisesti ovat hyötäneet työntekijät, työnantaja ja asiakkaat eli Etelä-Pohjanmaalla vanhuspalveluyritysten asukkaat. Tästä on hyvä jatkaa. Seuraavaksi dialogisen kehittämisen osaamista viedään systemaattisesti vanhuspalvelujen pariin julkiselle sektorille STM:n ESR-rahoituksen turvin v. 2019 alussa käynnistyvässä SoteDialogit muutoksessa -johtaminen, työhyvinvointi ja tuloksellisuus -hankkeessa.

LÄHTEET

Isaacs, W. 1999. Dialogue: The art of thinking together. New York: Crown Business.

Loppela, K. 2004. Ihminen ja työ – keskustellen työkuuntoon. Työyhteisön kehittäminen työkykyä ylläpitävän toiminnan viitekehyksessä. Tampere: Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tampereensis 1003. Väitösk. .

Loppela, K. 2014a. Työyhteisön innovatiivinen kehittäminen perustuen työntekijöiden itsearviointiin ja demokraattiseen dialogiin. Työelämän tutkimuspäivät. Työn tulevaisuus. Työelämän tutkimuspäivien konferenssijulkaisuja 5/2014. Työelämän tutkimuskeskus. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampere: Tampereen yliopisto.

Loppela, K. 2014b. Innovativeworking community development through self-evaluation and democratic dialogue. Teoksessa: O. Broberg, P. Fallentin, P. L. Hasle, A. Jensen, M. Kabel, E. Larsen & T. Weller (eds.), Human factors in organizational design and management: XI & Nordic Ergonomics Society Annual Conference 46. Selected and peer reviewed papers from ODAM / NES Conference, Copenhagen, Denmark, August 17-20, 2014. Santa Monica CA, IEA Press, 407 - 411.

Loppela, K. 2017a. Työhyvinvoinnin ja työelämän laadun kehittäminen SeAMKin sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämistoiminnassa. Teoksessa: E. Varamäki, P. Junell, S. Päällysaho, S. Saarikoski & S. Uusimäki (toim.): Kansainvälinen, yrittäjähenkkinen SeAMK – paras korkeakoulu opiskelijalle: Seinäjoki: Seinänoen ammattikorkeakoulu. Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja A. Tutkimuksia 26, 232 - 241.

Loppela, K. 2017b. Työmotivaation tukeminen dialogisen johtamisen keinoin. Teoksessa: J. Kulumala (toim.) Parempi vanhustyö. Menetelmiä johtamisen kehittämiseen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Muistiliitto. 2016. Hyvän hoidon kriteeristö. [Verkkojulkaisu]. 4. uud. p. [Viitattu 19.11.2018]. Saatavana: https://www.muistiliitto.fi/application/files/3814/8666/3659/Hyvan_hoidon_kriteeristo_diasarja_2016_kriteeritB.pdf

Syvänen, S., Kasvio, A., Loppela, K., Lundell, S., Tappura, S. & Tikkamäki, K. 2012. Dialoginen johtaminen innovatiivisuuden tekijänä: Tutkimusohjelman teoreettiset lähtökohdat, tutkimuskysymykset ja toteutus. Helsinki: Työterveyslaitos.

Syvänen, S., Tikkamäki, K., Loppela, K., Tappura, S., Kasvio, A. ja Toikko, T. 2015. Dialoginen johtaminen: Avain tuloksellisuuteen, työelämän laatuun ja innovatiivisuuteen. Tampere: Tampere University Press.

Työn ilolla tuottavuutta ja kilpailukykyä -hankkeen julkaisematon loppuraportti Hämeen ELY-keskukselle 2018.

MONIAMMATILLISUUS TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ, ESIMERKKINÄ SAVUTON ODOTUS JA VANHEMMUUS -HOITOKETJU

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

*Reetta-Maija Luhta, terveydenhoitaja, kehittämissuunnittelija
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Perusterveydenhuollon ja terveyden
edistämisen yksikkö Aksila*

1 JOHDANTO

Moniammatillisuus on äitiyshuollossa terveyden edistämisen edellytys, koska se mahdollistaa monen eri asiantuntijan osallistumisen terveyden edistämisen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Tikkasen (2008) mukaan valistuksesta huolimatta 15 % suomalaisäideistä tupakoi raskauden alussa, jonka seurauksena he altistavat itsensä raskaushäiriöille (Uotila & Tuimala 2011, 472 - 473) ja vaarantavat lapsensa myöhemmän kehityksen (Ekblad ym. 2015). Perustelut Savuttoman odotuksen ja vanhemmuuden hoitoketjulle on osoitettu tutkimuksin Käypä hoito -suosituksessa (Nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito 2018).

Odotusaika sisältää yhdeksän kuukauden mittaisen raskauden ajan, jota seuraa synnytys, lapsivuodeaika ja elämänmittainen vanhemmuus. Perheenisäyksen ajankohta on herkkää aikaa. Erityisen herkäsi ajankohdan tekee se, että vastaanotoilla ei tiedetä raskauden alussa tähän elämänvaiheeseen liittyviä, yksilöllisiä sosiaalisia ja psyykkisiä yksityiskohtia, eikä meillä sellaiseen ole edes oikeutta. Sitä huolimatta terveydenhuollossa on eettinen vastuu tupakoinnin puheeksi ottamiseen. Äitiysneuvolan terveydenhoitajan vastuu ulottuu tupakoivan äidin savuttomuuteen ohjaamiseen. Kyse on sekä äidin että sikiön suojelemisesta. Isän mukaan ottaminen on välttämätöntä, koska sillä on merkittävä vaikutus (Nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito 2018). Usein on tullut julki uskomus, että tupakoivan odottavan äidin ei pidä lopettaa kerralla tupakointia sikiölle aiheutuvan stressin vuoksi. Tieteellistä näyttöä tälle ei ole olemassa. Ilmeistä on, että tämän uskomuksen esille nouseminen on askarruttanut terveydenhuollon ammattilaisia. Äitien raskaudenaikaisen tupakoinnin vakavuutta ei ole aina ymmärretty. Savu-

ton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun suunnittelu käynnistyi konkreettisesti monen asiantuntijan pitkäaikaisen harkinnan tuloksena. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon ja terveyden edistämisen yksikkö, Aksila, käynnisti tammikuussa 2016 Savuton odotus ja vanhemmuus -työryhmän, jonka puheenjohtajaksi kutsuttiin tämän artikkelin ensimmäinen kirjoittaja ja sihteeriksi toinen kirjoittaja.

Tässä artikkelissa käsitellään moniammatillisuutta, savutonta odotusta ja vanhemmuutta sekä prosessia, jonka avulla eteläpohjalaisiin äitiysneuvoloihin lanseerattiin ja otettiin käyttöön Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju, ensimmäisten joukossa Suomessa.

2 MONIAMMATILLISUUS TERVEYDEN EDISTÄMISEN EDELLYTYKSENÄ

Moniammatillisuus on yhteistyötä kuvaava käsite, monenlaisten yhteistyötapojen kuvauksessa käytetty termi. Isoherrasen (2005, 13 - 15) mukaan sitä voidaan pitää sateenvarjokäsitteenä, jonka alle sopii monenlaisia ja -tasoisia ilmiöitä. Peruslähtökohta on eri asiantuntijoiden yhteistyö niin strategisessa suunnittelussa, hallinnollisissa ratkaisuisissa kuin asiakkaiden päivittäisten ongelmien ratkaisemisessa. Vasta kun asiasta on keskusteltu ja asenteet muokkautuneet, voidaan ryhtyä tarkastelemaan asiaa samalta tasolta. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta on eriytynyttä ja lokeroitunutta. Jokainen pyrkii hoitamaan reviirinsä hyvin ja pääasiassa siten, kuten on aina aiemminkin tottunut toimimaan. Tupakointi, ”jokaisen henkilökohtainen asia”, ei pidäkään paikkaansa raskauden aikana. On jouduttu tilanteeseen, jossa tarkastelun kohteena on puolustuskyvytön ihmisen alku. Tästä huolimatta on ilmennyt vastarintaa niin terveydenhuollon työyhteisöissä, eri tasoisissa kouluissa ja yliopistoissa, mutta myös kodeissa. Arnkil, Eriksson ja Arnkil (2003) kuvailee sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa hankalasti hahmotettavaksi. Erityisesti sitä on vaikea hahmottaa laajempaa yhteiskunnalliseen kokonaisuuteen liittyvänä järjestelmänä, jota terveyden edistäminen ja päihteistä luopuminenkin osaltaan edustaa.

Savuttomuus on ollut terveyden edistämässä esillä vahvasti koko 2000-luvun. Asenteet savuttomuuteen ovat myönteiset ja vastarinta häipymässä. Moniammatillisuus ja asiantuntemus liittyvät yhteen. Asiantuntemukseen kuuluu kyky toimia yhteistyössä ja luoda laajenevaa asiantuntemusta eri ammattialojen välillä. Isoherrasen (2005, 14) mukaan moniammatillisessa yhteistyössä korostuvat asiakaslähtöisyys, tiedon ja eri näkökulmien kokoaminen yhteen, vuorovaiku-

tustietoinen yhteistyö, rajojen ylitykset ja verkostojen huomioiminen. Synergia, joka suunnattiin kohti asiakasta, odottavaa perhettä, oli toiminnan ydin. Tällöin ryhmän yhteinen suoritus, tässä moniammatillisen työryhmän systemaattinen, olemassa olevan tutkitun tiedon hakeminen, työstäminen ja maakunnan kouluttaminen, osoittautuivat välttämättömiksi. Saatiin varmuutta siihen, miten savuton odotus on mahdollista saavuttaa. Pohdittiin käytännön tasolla millaisia vahvuuksia ja heikkouksia, uhkia ja onnistumisen mahdollisuuksia työryhmällä ja koko maakunnan terveydenhoitajilla ja kättilöillä on tässä tehtävässä. Isoheranen (2005, 15) kuvaa tätä yhteiseksi, jaetuksi merkitykseksi, jossa oleellisen tiedon kokoaminen, keskustelu ja sen kautta muotoutunut, yhteinen sopimus saadaan käytännön tasolle. Tämän työryhmän käynnistämistä edelsi vuosien määrätietoinen moniammatillisen työn koordinointi ja tiimityö (Payne 2000, 36 - 43) niin naistentautien, synnytysten kuin lastentautienkin toimintayksiköissä. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin vauvamyönteisyyssertifikaatin (2017) hakuprosessi ja siinä onnistuminen virittivät osaltaan savuton odotus ja vanhemmuus-hoitoketjun eteenpäin viemistä.

Sirviön (2010, 144) mukaan moniammatillista yhteistyötä ei lueta terveyden edistämisen normaaliin työnkuvaan. Tässä tilanteessa moniammatillinen yhteistyö edusti sekä mahdollisuuksia asiakkaan osallisuuden vahvistumisesta, että erityisesti varhaista mukaan tuloa tukevan terveyttä edistävän työmenetelmän kehittämistä. Savuttomuuteen ohjaamisessa terveydenhoitajat olivat yrittäneet parhaansa jo vuosia hyödyntämällä puheeksi ottamisen mallia. Sirviön (2010, 145) mukaan työntekijä ei ole aina vakuuttunut asiantuntemuksestaan ja tuntee epävarmuutta. Savuton raskaus ja vanhemmuus -hoitoketjun aikaansaamiseksi oli aika laajentaa työmenetelmää moniammatillisen yhteistyöryhmän asiantuntijuutta hyödyntämällä. Työryhmä kokoontui vuoden 2016 alusta alkaen yhteensä neljä kertaa. Työryhmään kutsuttiin edustajiksi erikoissairaanhoidosta kättilöitä, perusterveydenhuollosta terveydenhoitajia ja kättilöitä ja ammattikorkeakoulusta terveyden edistämistä opettava lehtori. Työryhmän suosituksesta terveyskeskukset ja erikoissairaanhoidon osastot hankkivat käyttöönsä häkämittarit. Työryhmä päätti yhteistyössä hoitoketjun valmistuttua organisoida koulutustilaisuudet, joissa käsiteltiin sekä tupakoinnin että passiivisen tupakoinnin vaikutuksia äidin ja sikiön terveyteen. Tilaisuuksissa nostettiin esille selkeästi isän osuus perheen savuttomuudessa ja näin ollen koko perheen savuttomuuden hyödyt. Yksi tärkeä elementti koulutuksissa oli häkämittarin käytön opastus ja tuloksen tulkinta. Moniammatillisuus ja eri tahojen asiantuntemus nostettiin esille koulutustilaisuuksissa, joissa keskustelu oli runsasta, mutta koko ajan tärkeää asiaa eteenpäin vievää. Koulutustilaisuuksia järjestettiin vuoden 2017 aikana erikoissairaanhoitossa ja seitsemässä terveyskeskuksessa, joihin tilaisuuksiin osallistui yhteensä 58 hoitotyön asiantuntijaa, joista 10 oli lääketieteen edustajia, loput 48 kättilöitä ja terveydenhoitajia.

3 LÄHTÖKOHDAT SAVUTTOMALLE ODOTUKSELLE JA VANHEMMUUELLE

Tiedetään, että tupakoinnin lopettamisen edut näkyvät ihmisen terveydessä nopeasti. Verenkierron paraneminen välittömästi, keuhkojen toiminnan normalisoituminen merkittävästi jo kahden - kolmen kuukauden kuluessa, stressin väheneminen ja unen laadun korjaantuminen ovat myönteisiä vaikutuksia. Sydäninfarktin vaara puolittuu vuodessa ja keuhkosyövän kymmenessä vuodessa lopettamisen jälkeen. (Heloma ym. 2017.) Tupakoinnin lopettaminen lisää hedelmällisyyttä. Raskauden mahdollisuus on yksi tärkeä tupakoinnin lopettamisen etu. On todettu, että jopa 13 % hedelmättömyydestä saattaa johtua tupakoinnista. Sikiön kehityksen turvaamiseksi ja istukkakomplikaatioiden estämiseksi tupakointi pitäisi lopettaa jo kolme kuukautta ennen raskauden alkamista. (Ekblad ym. 2015). Raskauksista 15 % päättyy keisarileikkausynnytykseen, joista noin puolet on suunniteltuja ja puolet päivystyksenä tapahtuvia. Tupakoivan äidin kohdalla se saattaa merkitä leikkauskomplikaatiota. (Saisto & Halmesmäki 2003; Vääräsmäki & Raudaskoski 2017.)

Sikiön kannalta tupakoinnilla on monia haittavaikutuksia. Istukka läpäisee runsaasti tupakan haitallisia kemiallisia aineita ja ne pääsevät vaikuttamaan suoraan sikiöön. Nikotiini- ja hiilimonoksidipitoisuudet sikiön veressä ovat 15 prosenttia suuremmat kuin äidin ja kestävät pidempään sikiön veressä hitaamman aineenvaihdon vuoksi. Lapsiveden nikotiinipitoisuus on 88 prosenttia äidin plasman pitoisuutta suurempi. Istukan toiminta on heikentynyt ja tämä aiheuttaa sikiölle hapen ja ravinnon puutetta. Sikiölle aiheutuvat kasvuhäiriöt, kuten pienipainoisuus ja aivojen pienempi tilavuus, ovat tästä vakavia seurauksia. On olemassa raskauden aikaisten komplikaatioiden vaara, joka on yhteydessä tupakoitsijan pienempään foolihappopitoisuuteen, verrattuna tupakoimattomaan odottavaan äitiin. Myös ennenaikaisen syntymän vaara on ilmeinen. Tutkimusten (Tikkanen 2008; Ekblad 2015) mukaan tupakointi lisää kätkykuolemia ja aiheuttaa myöhemmin lapselle riskin sairastua astmaan, ylipainoon ja tyypin kaksi diabetekseen. Oppimishäiriöitä ja ylivilkkautta todetaan useammin kuin ei tupakoivien lapsilla. Merkittävää on myös se, että poikalasten hedelmällisyyden on todettu heikentyneen äidin tupakoinnin seurauksena. (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito 2018.)

Äitiyshuollossa Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju on perusteltua, koska Suomessa naisten raskaudenaikainen tupakointi on 1980-luvun alusta saakka pysynyt noin 15 %:n tasolla. Huolimatta tupakoinnin puheeksi ottamisesta ja tupakoinnin vähentymisestä väestötasolla, odottavien äitien tupakointi ole ei ole vähentynyt. Raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana yhä useampi nainen lopettaa tupakoinnin, mutta silti noin 10 % raskaana olevista tupakoi koko raskauden ajan. Raskauden aikana tupakoivista suurin osa on alle 20-vuotiaita,

ilman parisuhdetta eläviä. He kuuluvat alempaan sosiaaliluokkaan ja heillä on matalampi koulutustaso. (Ekblad ym. 2015.) Koulutusryhmien välillä on todettu olevan selkeitä eroja mm. raskauden ajan tupakoinnissa. Jopa 16 % vähemmän koulutusta saaneista äideistä tupakoi raskauden aikana, kun taas korkeasti koulutetuista vastaava osuus on alle neljä prosenttia. Tupakointi lisää osaltaan terveyseroja (Kaikkonen ym. 2009) ja voidaan myös väittää, että se on taloudellinen rasite pienituloisille perheille, joissa usein molemmat puoliset tupakoivat.

Toimiva hoitoketju sisältää sosiaali- ja terveydenhuoltoalan, rajapinnat ylittävät suunnitelmalliset ja yksilölliset hoitoon liittyvät toiminnot ja edistää asiakkaan ja hänen perheensä hyvän, sujuvan ja laadukkaan hoidon toteutumista. Hoitoketju toimeenpannaan siten, että se ohjaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon moniammatillista yhteistyötä. (Nuutinen 2000; 2017.) Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella tämä tarkoittaa sitä, että käyttöön otettu hoitoketju toteutuu yhteistyössä äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajien sekä äitiyspoliklinikan huume-, alkoholi- ja lääkeriippuvuuksiin erikoistuneiden kättilöiden (HAL-kättilö), kättilöiden ja lääkäreiden välillä. Hoitoketjun toimivuutta voidaan tehostaa ottamalla mukaan mahdollisimman moni odottavien ja pikkulapsiperheiden kanssa työskentelevää sosiaalialan asiantuntijaa. Hoitoketjun toimivuuden edellytys on toiminnan seuranta ja arviointi. Syksyllä 2018 on käynnistetty hoitoketjun toimivuutta ja tehostamista ylläpitävän työryhmän seurantakäynnit perusterveydenhuollon yksiköihin.

4 SAVUTTOMUUTEEN OHJAAMISEN TOIMINTAPERIAATTEET

Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun toimintaperiaatteet saatettiin tunnetuksi kouluttamalla raskautta suunnittelevien ja odottavien äitien kanssa päivittäin tekemisissä olevat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon asiantuntijat. Lähtökohtana pidettiin sitä, että tupakoinnin lopettaminen missä raskauden vaiheessa tahansa on sikiölle turvallisempaa kuin tupakoinnin jatkaminen. Ehkäisyneuvolassa tapahtuvaa tupakoinnin puheeksi ottamista korostettiin ja myös isän savuttomuuden myönteinen merkitys tuotiin esiin hoitoketjun yhtenä periaatteena. Äitiysneuvolan toimintaperiaatteena on kysyä ja kirjata tupakkatuotteiden, kuten tupakan, nuuskan ja sähkösavukkeen käyttö äidiltä ensimmäisellä neuvolakäynnillä, mutta myös jokaisella myöhemmällä neuvolakäynnillä. Uloshengityksen häikäpitoisuusmittausta tarjotaan ensimmäisellä neuvolakäynnillä sekä odottavalle äidille että kumppanille. Näin kiinnitetään huomio myös passiiviselle tupakoinnille altistumiseen. Sekä odottavan äidin että isän savukkeiden lukumäärä kirjataan dokumentteihin alku-, keski-, ja loppuraskauden aikana. Parille tarjotaan

ohjausta käymällä sovittujen oppaiden sisältö läpi myönteisessä hengessä. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2017.)

Tupakoivalle parille annetaan ylimääräinen vastaanottoaika neuvolaan kahden viikon sisällä ensikäynnistä. Mikäli äidillä on vahva nikotiiniriippuvuus, mutta hän ei pysty lopettamaan tupakointia vieroitusoireiden vuoksi, ohjataan hänet varhaisessa vaiheessa neuvolalääkärille keskustelemaan sikiölle koituvista vaaroista ja nikotiinikorvaushoidon mahdollisuudesta. Neuvolalääkärin vastaanotolla, raskausviikolla 18, tuetaan äitiä ja isää savuttomuuteen. Tupakkariippuvuuden ollessa voimakas, voidaan tehdä äidin kanssa yhteistyössä lähete jatkohoitoon äitiyspoliklinikan kättilölle. Mikäli odottava, tupakoiva äiti on sairaalahoidossa, häntä ja lapsen isää tuetaan savuttomuuteen. Erityisen tärkeää tupakoinnin lopettaminen on ennen mahdollista keisarileikkausta. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2017.)

Motivoivan keskustelun käyttö ja kannustava työote (Miller & Rollnick 2013) ovat savuttomuuteen ohjaamisen peruseriaatteita. Asiakkaan kunnioittava kohtaaminen ja tutkittuun tietoon perustuva ohjaus ovat laadukkaan ohjauksen onnistumisen edellytyksiä ja tae Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun onnistumiselle.

5 POHDINTA

Savuton raskaus ja vanhemmuus -hoitoketjun käyttöönotto Etelä-Pohjanmaalla on tärkeimpiä perheiden terveyden edistämiseen liittyviä, alueellisia terveystoimittaisia toimia. Raskauden ajan sikiöön kohdistuvat altistukset ovat merkityksellisiä, yksi merkittävimmistä on sikiön altistuminen nikotiinille ja tuhansille haitallisille myrkyille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Tupakkatilaston 2015 (Vuori & Gissler 2016, 5) mukaan yhä useampi tupakoivista äideistä, jopa 49 %, ilmoitti lopettaneensa tupakoinnin raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana. Kymmenen vuotta aikaisemmin tupakoinnin raskauden aikana lopetti vain 22 % odottavaista äideistä. Edellä esitetyt prosenttiluvut vaikuttavat suurilta, mutta silti lähes yli kahdeksan prosenttia odottavista suomalaisäideistä tupakoi raskauden lopussa, joka määrä on puolta suurempi kuin esim. Ruotsissa ja Norjassa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016). Huolimatta odottavien perheiden aktiivisesta halukkuudesta lopettaa tupakointi raskauden aikana, sen onnistuminen käytännössä edellyttää ohjausta ja tukea. Haasteeksi Savuton raskaus ja vanhemmuus -hoitoketjun onnistumiselle Etelä-Pohjanmaalla on koettu sen yhdistäminen käytännön terveydenhoitoyöhön. Vuorenmäen (2018) tekemän tuoreen tutkimuksen mukaan terveydenhoitajat ottivat hoitoketjun erittäin hyvin vastaan, mutta he kokivat tarvitsevansa edelleen

lisäkoulutusta tupakoinnin hoitoon riippuvuutena. Häkämittäreiden määrän lisäämistä neuvoloihin toivottiin ja ohjausta häkämittäustulosten tulkintaan. Vastaanottoaikojen keston pidentämistä pidettiin haasteena työskennellessään tupakoivien perheiden parissa. Päihteiden ja erityisesti tupakkatuotteiden kirjaamiseen kannustaa uudistunut äitiysnevolakortti ja erikoissairaanhoidon ohjeet.

Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju sitoo laajuudessaan mukaansa sekä ehkäisyneuvoloiden, äitiys- ja lastenneuvoloiden että kaikkien lapsiperheiden parissa työskentelevien terveyden edistämistyön yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. Lastenneuvoloiden aktiivisempi rooli savuttomuuteen kannustamisessa saattaisi Vuorenmäen (2018, 72) mukaan parantaa tuloksia. Näin myös molemmin puolinen kollegiaalinen tuki olisi käytössä. Moniammatillisuus on todellisuutta terveyden edistämisen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Moniammatillinen toiminta edellyttää sitoutumista yhteiseen tavoitteeseen perheiden tukemisessa odotusajan savuttomuuteen. Ehkäisyneuvolan, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon osuutta savuttomuuteen ohjaamisessa tulee edelleen korostaa. Mitä aikaisemmin savuttomuuteen kannustava prosessi saadaan käynnistymään, sitä terveempiä vauvoja, äitejä ja isiä maakunnassamme elää ja vaikuttaa.

LÄHTEET

Arnkil, T. E., Eriksson, E. & Arnkil, R. 2003. Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa: Sektori-keskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavan verkostointiin. Helsinki: Stakes. Raportteja 253.

Ekblad, M., Gissler, M., Korkeila, J. & Lehtonen, L. 2015. Sikiön tupakka-altistuksen vaikutukset lapsen terveyteen. [Verkkojulkaisu]. Suomen lääkärilehti 70 (10), 629-634. [Viitattu 3.10.2018]. Saatavana Terveysportti -palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2017. Seinäjoen keskussairaala. Naistentautien ja synnytysten toimintayksikkö. Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju Etelä-Pohjanmaalla. [Verkkosivu]. [Viitattu 23.10.2018]. Saatavana Intranet-sivuilta. Vaatii käyttöoikeuden.

Heloma, A., Kiiänmaa, K., Korhonen, T. & Winell, K. (toim.). 2017. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus. Helsinki: Duodecim.

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

Kaikkonen, R., Kesitlä, L., Kostianen, E. & Mustonen, N. 2009. Terveyserot kulkevat kohdusta hautaan. Tesso 1 (8), 36-37.

Miller, W. R. & Rollnick, S. 2013. Motivational interviewing: Helping people change. 3rd ed. New York: The Guilford Press.

Nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. 2018. Käypä hoito -suositus. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 23.10.2018]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi40020>

Nuutinen, M. 2000. Hoitoketju. Duodecim 116, 1821 - 1828.

Nuutinen, M. 2017. Sote-uudistus haastaa hoitoketjut. Duodecim 133 (13), 1283 - 1290.

Payne, M. 2000. Teamwork in multiprofessional care. Basingstoke: Palgrave.

Saisto, T. & Halmesmäki, E. 2003. Keisarileikkauksen riskit. Duodecim 119 (7), 593 - 598.

Sirviö, K. 2010. Lapsiperheiden terveyden edistäminen – osallistamista ja ennakoitua. Teoksessa: A.-M. Pietilä (toim.) Terveyden edistäminen: Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro, 130 - 150.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Pohjoismaiset perinataalitulostat 2014. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 23.10.2018]. Saatavana: <https://thl.fi/en/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet/pohjoismaiset-perinataalitulostat>

Tikkanen, M. 2008. Tupakointi ja raskaus. Raskausajan tupakointi altistaa raskaushäiriöille ja vaarantaa lapsen myöhemmän terveyden. Duodecim 124, 124-129.

Uotila, J. & Tuimala, R. 2011. Synnytysoperaatiot. Teoksessa: O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim, 472 - 473.

Vuorenmäki, M. 2018. Savuton odotus ja vanhemmuus - hoitoketju Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. [Verkkajulkaisu]. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK -tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 19.11.2018]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201803203591>

Vuori, E. & Gissler, M. 2016. Perinataalitulasto: synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2015. [Verkkosivu]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 23.10.2018]. Saatavana: <https://thl.fi/en/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet/perinataalitulasto-synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet>

Vääräsmäki, M. & Raudaskoski, T. 2017. Raskaus ja synnytys keisarileikkauksen jälkeen. Duodecim 133 (4), 345.

MONIAMMATILLISTA YHTEISTYÖTÄ EDISTÄVÄ SIMULAATIO-VALMENNUS SOSIAALI- JA TERVEYSALAN PK- YRITYSTEN HENKILÖKUNNALLE

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

*Marja-Terttu Viitala, TtM, lehtori
Seinäjoen koulutuskuntayhtymä Sedu*

1 JOHDANTO

Moniammatillisen yhteistyön edistäminen on välttämätöntä hahmoteltaessa sosiaali- ja terveysalan pk-yritysten kehittämisen suuntaviivoja ja pohdittaessa niiden mahdollisuuksia selvitä tulevaisuuden haasteista suurempien yritysten rinnalla. Sosiaali- ja terveysalan pk-yritysten asiakkailla ilmenee arjen selviytymishaasteita usealla eri alueella, eikä pelkästään sosiaalityön tai hoitotyön osaamisalueen hallinta riitä niiden ratkaisemiseen. Osaamisvaatimukset ovat lisääntyneet eri aloilla niin paljon, ettei sosiaalityön tai hoitotyön asiantuntija enää yksin voi hallita kokonaisuutta. Pk-yritysten asiakkaat ja heidän läheisensä haluavat myös vaikuttaa enemmän heitä itseään koskeviin ratkaisuihin. Moniammatillinen sosiaalityön ja hoitotyön asiantuntijoiden yhteistyö voidaan nähdä optimaalisena ratkaisukeinona, jossa asiakaslähtöisesti yhdistetään eri asiantuntijoiden tieto ja osaaminen sekä muodostetaan yhteinen tavoite toiminnalle. (Meads & Aschcroft 2005; Eloranta & Kuusela 2011.)

Perinteiset palvelujen johtamisen, kehittämisen ja tuottamisen periaatteet ovat osoittautuneet riittämättömiksi, palveluihin liittyy nykyisin kiinteästi moniammatillisuus. Palvelujen johtamisen näkökulmasta on kuitenkin edelleen tavallista hahmottaa palveluita yksittäisten ammattiryhmien kautta, koska pk-yritysten henkilökunnalle ei ole tarjottu riittävästi moniammatillista yhteistyötä edistävä koulutusta aikaisemmin. (Rannisto & Tuurnas 2015.) Kaste 2008 - 2011 -ohjelma korosti hoito- ja ohjauspalvelujen tuottamista asiakaslähtöisesti eri ammattiryhmien välisenä yhteistyönä (Kaste 2008 - 2011). Moniammatillisen yhteistyön

kehittäminen sosiaali- ja terveysalalla nähdään WHO:n ja OECD:n julkilausumien mukaan olennaisena myös globaalilla tasolla. (Meads & Ashcroft 2005; Payne 2000; Petri 2010.)

Sosiaali- ja terveysalan rakennemuutos eli sote-uudistus ja väestön ikääntyminen aiheuttavat haasteita hyvinvointi- ja hoivapalveluita tuottaville pk-yrityksille. Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalan pk-yritysten henkilökunnan osaamistarpeet moninaistuvat. Aikaisemmat toimintatavat eivät enää ole riittävän tehokkaita, koska pk-yritysten ikääntyvillä asiakkaila ilmenee samanaikaisesti useita terveysongelmia ja sosiaalisia ongelmia sekä toimintakyvyn eri osa-alueiden yhtäaikaista vajeita, joiden hoitamisessa tarvitaan moniammatillista yhteistyötä. Moniammatillisen yhteistyön tarvetta lisäävät väestön ikääntymisen lisäksi yhteiskunnan eriarvoistuminen, syrjäytymisvaarassa olevien kansalaisten määrän lisääntyminen, lasten ja perheiden kanssa tehtävän työn muuttuminen vaativammaksi sekä mielenterveysongelmien ennaltaehkäisy (Eriksson ym. 2005; Rekola 2008).

Taitoja hyvinvointipalveluita tuottaville pk-yrityksille simulaatiovalmennuksen keinoin -hanke on Seinäjoen ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikön sekä Seinäjoen koulutuskuntayhtymä Sedun opettajien ja Etelä-Pohjanmaan Terveysteknologian Kehittämiskeskus Eptek ry:n asiantuntijoiden yhteinen tutkimus- ja kehittämishanke, jolle on saatu Euroopan sosiaalirahaston (ESR) rahoitus ajalle 1.8.2017 - 31.12.2019. Hankekumppaneiden tavoitteena on vastata sote-uudistuksen haasteisiin kehittämällä hyvinvointipalveluja tuottavien yritysten henkilökunnalle heidän tarpeisiinsa pohjautuva simulaatiovalmennuskokonaisuus. Simulaatiovalmennushankkeen kohderyhmänä on 20 vanhuksille, kehitysvammaisille ja mielenterveyskuntoutujille tuki-, hoito-, kuntoutus- ja asumispalveluja tuottavaa pk-yritystä sekä lastensuojelun sijaishuoltoa tarjoavaa pk-yritystä.

Moniammatillisessa hankkeessa tuotetaan toiminnallista simulaatiovalmennusta sosiaali- ja terveysalan pk-yritysten henkilökunnan osaamistarpeiden pohjalta. Hyvinvointipalveluita tuottaville yrityksille suunnattava simulaatiovalmennus on uutta ja ainutlaatuista sekä alueellisella että kansallisella tasolla. Innovatiivista on simulaatiovalmennuksen suunnittelu pk-yritysten osaamistarpeista käsin ja simulaatioharjoitusten toteuttaminen hankekumppaneiden simulaatio-oppimisympäristöjen lisäksi pk-yritysten aidossa ympäristössä.

2 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

Yhteistyö voidaan määritellä siten, että ihmisillä on yhteinen työ tai tehtävä, joka heidän tulee suorittaa. Se voi sisältää ongelmien ratkaisemista ja päätösten teke-

mistä tai uusien näkökulmien etsimistä yhdessä keskustellen. Moniammatillisuus tuo yhteistyöhön mukaan useita eri tiedon ja osaamisen näkökulmia. Keskeistä moniammatillisessa yhteistyössä on se, kuinka tieto ja osaaminen voidaan koota yhteen niin, että siitä saadaan kokonaisvaltainen ymmärrys. (Isoherranen 2005.)

Moniammatillisuudella tarkoitetaan yhteistyötä, jossa on mukana eri alojen ammattilaisia. Tällöin toimintaan osallistuvat muodostavat eri ammatti- ja koulutustaustan omaavan, yhteistyötä tekevän asiantuntijaryhmän. Moniammatillisen ryhmän päämäärä on sellainen, johon ihminen ei pysty yksin, vaan hän tarvitsee toimiakseen ympärilleen moniammatillisen tiimin. (Katajamäki 2012.) Moniammatillinen toiminta edellyttää hyviä vuorovaikutustaitoja sekä avointa ja luottamuksellista ilmapiiriä tiimin jäsenten välillä. Moniammatillisen tiimin toiminnalle on tärkeää, että jokainen ryhmänjäsen huolehtii omasta osaamisestaan ja arvostaa toisen osaamista. Omalla asenteella pystytään vaikuttamaan moniammatillisuuteen. Kun jokainen ryhmänjäsen toimii yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi, päästään hyvään lopputulokseen. Onnistuakseen moniammatillinen toiminta tarvitsee yhteiset suunnitelmat ja tavoitteet. Lisäksi on tärkeä tunnistaa oman osaamisen rajat ja tiedostaa, mihin asiantuntijuus riittää. (Karila & Nummenmaa 2001.)

Isoherranen (2012) mukaan moniammatillista yhteistyötä on määritelty sosiaali- ja terveysalalla erityisesti organisaatioteorioiden, professioteorioiden, työn sosiologian ja tiimityön näkökulmasta sekä erilaisten teoreettiskäytännöllisten mallien avulla. Niiden pohjalta moniammatillinen yhteistyö, sen vaatimukset ja muodot voidaan nähdä kontekstisidonnaisina. Payne (2000) on määritellyt, että ”moniammatillinen, monitieteinen ja monitoimijainen työ tarkoittaa sitä, että useat ammattiryhmät sopeuttavat roolejaan ja ottavat huomioon toiset ammattiryhmät, joiden kanssa he ovat vuorovaikutuksessa.” Samalla he yhdistävät tietojaan ja taitojaan sekä toimijavastuitaan. Lockhart- Wood (2000) on määritellyt moniammatillisen yhteistyön prosessina, jossa kaksi tai useampi ammattilainen käsittelevät yhteistä ongelmaa. Olennaista hänen mukaansa on, että ammattilaiset ovat valmiita jakamaan tietämyksensä tasavertaisesti ja että he kunnioittavat toistensa mielipiteitä. Moniammatillisen toiminnan keskiössä ovat asiakkaan tarpeet ja ammattilaisten suunnitelmallinen yhteistoiminta.

Sosiaali- ja terveysalalla tiimipohjaista, asiakaslähtöistä ja yhteisöllistä asiantuntijatyötä kutsutaan moniammatilliseksi yhteistyöksi. Se voidaan kuvata eri koulutuksen omaavien asiantuntijoiden työskentelyinä, jossa pyritään ottamaan huomioon kokonaisuus. Moniammatillisessa toiminnassa korostuvat asiakaslähtöisyys, tiedon ja taidon kokoaminen yhteen, rajojen ylitykset sekä verkostojen huomioiminen. (Isoherranen 2005.) Moniammatillisessa työssä eri ammattiryhmät

yhdistävät tietoaan, taitojaan ja toimijavastuitaan. Eri ammattiryhmien sitoutuminen yhteistyöhön ja valmius työskennellä yhdessä yli eri organisaatorajojen korostuu.

D´Amourin ym. (2005) ja Isoherrasen (2012) mukaan moniammatillisen yhteistyön keskeisiä käsitteitä ovat jakaminen, kumppanuus, keskinäinen riippuvuus ja valta. Moniammatillinen yhteistyö sisältää jaettua vastuuta, suunnittelua ja päätöksentekoa. Lisäksi sille on tyypillistä arvojen, tiedon, tavoitteiden ja terveysfilosofian jakaminen. Kumppanuuden määrittelyssä sisältyy avointa ja rehellistä kommunikaatiota, keskinäistä luottamusta ja toisten osaamisen kunnioittamista. Keskinäinen riippuvuus tarkoittaa tietoisuutta ja ymmärrystä yhteistyön merkityksestä vastattaessa asiakkaiden tarpeisiin. Valta perustuu tiimin jäsenten tietoon ja osaamiseen enemmän kuin ammattinimikkeisiin. Yhteistyötä voidaan kuvata dynaamisena vuorovaikutusprosessina, joka etenee neuvotteluista ja kompromisseista yhteiseen suunnitteluun ja toteutukseen. Moniammatillisesti hyvin toimiville ammattiryhmille on ominaista asiantuntijoiden keskinäinen tuki ja luottamus. Yhteisen toiminnan myötä voidaan kehittää myös sosiaalista pääomaa, joka auttaa työssä jaksamista. (Isoherranen 2005.)

3 MONIAMMATILLISEN YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN PK-YRITYKSISSÄ

Sengen (1990) luomaa oppivan organisaation mallia pidetään erinomaisesti sosiaaliryhmien ja hoitotyön moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen soveltuvana. Sen keskeiset osiot ovat systeeminen ajattelu, itsensä jatkuva kehittäminen omien mentaalisten mallien tunnistamisen kautta, yhteinen visio ja tiimiksi oppiminen. Yhteistyötä pyritään edistämään siten, että työ ei olisi hajanaista ja byrokraattista, vaan joustavasti, yhteistoiminnallisesti ja asiakaslähtöisesti organisoitua. Oppivan organisaation mallissa keskeisiä painopisteitä ovat yhteistyön ja yhteisen tiedonmuodostuksen jatkuva kehittäminen, uusien toimintatapojen yhdessä oppiminen sekä oppimisen esteiden tunnistaminen yksilö- ja yhteisötasolla. Sengen ym. (1999) mukaan moniammatillista yhteistyötä voidaan edistää hyödyntäen luovaa dialogia, joka tuo arjen keskusteluun mukaan erilaiset näkökulmat sekä hiljaisen tiedon.

Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sosiaali- ja terveysalan pk-yrityksissä on tärkeää, koska asiantuntijat työskentelevät ympäristössä, jossa kohdataan päivittäin elämän peruskysymyksiä ja niiden herättämiä tunteita ja emotionaalisia kokemuksia sekä asiakkaissa että heidän läheisissään. (Drinka 1994; Drinka &

Clarks 2000; Temkin-Greener ym. 2004; Körner 2008; Isoherranen 2012). Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen on pohjimmiltaan tiimityön kehittämistä. Sosiaali- ja terveysalan pk-yritykset tarvitsevat yhteistä ajattelutapaa ja käsitystä yhteistyöstä kehittyäkseen moniammatillisesti hyvin toimiviksi. Lisäksi tarvitaan yhteistyöorientoitunutta johtajuutta, kommunikaatioharjoituksia, asenteiden muutosta tiimityötä kohtaan, harjoitusta tiimin sosiaalisuuteen sekä organisaation tukea. (Miller & Freeman 2003; Lingard ym. 2004; Kvarnström 2008; Körner 2008.)

Thompsonin ja Finen (1999) mukaan moniammatillisessa yhteistyössä tapahtuu tiimin yhteisten merkitysten luomista sekä tiimiä koskevien mentaalisten mallien rakentumista. Yhteiset merkitykset ja mallit auttavat organisoimaan työtä joustavasti. Mentaaliset mallit sisältävät käsityksiä rooleista, vastuista, menettelytavoista ja tehtävien vaatimuksista sekä pitkään yhdessä työskennelleessä tiimissä myös tietoa toisten henkilökohtaisesta osaamisesta. Tiimin jäsenten mentaalisten mallien samanlaisuus ja tarkkuus ovat positiivisessa yhteydessä tiimin suoriutumiseen (Lim & Klein 2006; Reeves ym. 2010).

Moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä on olennaista ottaa huomioon, että tiimin eri ammattilaisilla on erilaista tietoa asiakkaasta, koska he kohtaavat hänet omista ammatillisista näkökulmistaan. Sosiaalityön ja hoitotyön ammattilaisilla on oma asiantuntijuusalueensa. Strasserin, Stewartin ja Wittenbaumin (1995) mukaan yhteisen tiedon soveltamista vähentää se, että tunnistetaan toista ammattia edustavien työntekijöiden erikoisosaaminen. Työntekijöiden moniammatillisen toiminnan kannalta on tärkeää, että he tietävät, keneltä voi saada tilanteessa tarvittavaa tietoa. Jos asiakkaan arjessa selviytymistä edistävät tehtävät ovat haasteellisia, on olennaista tunnistaa työntekijöiden toisiaan täydentävät osaamisalueet. (Isoherranen 2012.)

Sosiaali- ja terveysalan asiantuntijoiden moniammatillisen yhteistyön kehittäminen edellyttää myös reflektiivisen asiantuntijuuden kehittämistä. Drinka ja Clark (2000) määrittelevät reflektiivisen asiantuntijan sosiaali- ja terveysalan ammattilaisena, joka kykenee huomioimaan moninäkökulmaisuuksien merkityksen työskentelyssään. Heidän mukaansa reflektiivinen asiantuntija kykenee tunnistamaan ja ottamaan huomioon eri alojen asiantuntijoiden erilaisen tietopohjan sekä arvot. Hänellä on käytössään kehittynyt kognitiivinen kartta ja arvokartta. Asiantuntijan kognitiivinen kartta merkitsee tietoisuutta omasta koulutuksesta, tietopohjasta, osaamisesta ja kokemuksista. Asiantuntijan arvokartta sisältää tietoisuuden omista arvoista. Tietoisuus omista arvoista, osaamisesta ja kokemuksista auttaa tunnistamaan eri alojen asiantuntijoiden "karttoja." Drinkan ja Clarkin (2000) mukaan reflektiivinen asiantuntijuus on tulevaisuuden sosiaali- ja terveysalan asiantuntijan välttämätön ominaisuus. Thompson ja Thompson (2008) näkevät,

että reflektiivinen asiantuntija tarvitsee analyttisen ajattelun lisäksi myös kyvyn tunnistaa tunteita ja päätöksiin liittyviä moraalisia seikkoja.

Yhteisellä kehittämistoiminnalla voidaan parantaa pk-yrityksen toimintaprosesseja ja yhteisellä, moniammatillisella koulutuksella voidaan kehittää henkilökunnan osaamistasoja ja edistää asiakaspalveluiden laatua. Osaaminen ei siis merkitse pelkästään yksilön tietoja ja taitoja, vaan monien henkilöiden uuden oppimista sekä tietämyksen lisäämistä. (Hirsso ym. 2010.)

Moniammatillisessa tiimissä hyväksytään asiantuntijuuden erot ja työskennellään yhteisen päämäärän saavuttamiseksi (Opetushallitus 2010 - 2011). Erilainen ammatillinen koulutustausta ja työtehtävien luonne voivat kuitenkin ylläpitää ammattiryhmien välisiä eroja. Tällöin kunkin ammatin edustaja suorittaa vain tiettyjä tehtäviä ja ammatillinen työnjako on selkeä. Puutteelliset tiedot toisen ammatin edustajan työnkuvasta sekä erilaiset ammatilliset toimintamallit, ajattelutavat ja käsitteet voivat jarruttaa moniammatillista yhteistyötä. (Isoherranen ym. 2008.) Moniammatillisuus tuottaa kompleksisuutta organisaatioihin ja haastaa johtamisen monella tavalla (Rannisto ja Tuurnas 2015). Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen edellyttää innovatiivista johtamista. Johtajan tulisi saada koko pk-yrityksen henkilökunta sitoutumaan yhteistyön kehittämiseen ja soveltamaan tieteellisiä arviointimenetelmiä uudelleen suunnitteluun ja tekemiseen niin, että kaikki osallistuisivat ja tuottaisivat parempaa palvelua asiakkaalle. Johdon tulisi luoda avoin, kannustava ilmapiiri ja organisaatiokulttuuri, joka tukee oppimista ja kehittämistä. Johdon tulisi myös suunnata oppiminen organisaation tavoitteiden suuntaiseksi sekä näyttää omalla toiminnallaan esimerkkiä. (Hirsso ym. 2010.)

4 SIMULAATIOVALMENNUS MONIAMMATILLISEN YHTEISTYÖN KEHITTÄMISEN MENETELMÄNÄ

Taitoja hyvinvointipalveluja tuottaville sosiaali- ja terveysalan pk-yrityksille simulaation keinoin -hankkeen tavoitteena on vastata Etelä-Pohjanmaan sosiaali- ja terveysalan pk-yritysten osaamistarpeisiin ja edistää niiden kilpailukykyä ja vetovoimaisuutta markkinoilla kehittämällä yritysten henkilökunnan tiedollista ja taidollista osaamista sekä moniammatillista yhteistyötä simulaatiovalmennuksen avulla.

Sosiaali- ja terveysalan pk- ja mikroyritysten henkilökunnan tiedollisten ja taidollisten valmiuksien lisääntyessä ja moniammatillisen osaamisen parantuessa

asiakasturvallisuus ja -tyytyväisyys lisääntyy. Hankkeessa pyritään kehittämään pk- ja mikroyritysten moniammatillista yhteistyötä edistämällä vertaismentorointia, jolla tarkoitetaan pk- ja mikroyritysten henkilökunnan keskinäistä tiedon jakamista. Moniammatilliselle vertaismentoroinnille on keskeistä kollegiaalisuus, yhteistoiminnallisuus ja vuorovaikutteisuus.

Moniammatillista yhteistyötä kehitetään toteuttamalla asiakkaiden osaamistarpeista lähtevää simulaatiovalmennusta sekä yhteisinä koulutuspäivinä Seinäjoen ammattikorkeakoulun ja Koulutuskuntayhtymä Sedun simulaatioympäristöissä että myös pk-yritysten tiloissa. Lähellä toisiaan sijaitsevien pk-yritysten henkilökunnalle järjestetään yhteisiä simulaatiovalmennuksia, joissa he voivat jakaa kollegiaalisesti kokemuksiaan. Kokoontuminen eri pk-yritysten tiloihin mahdollistaa myös moniammatillisen benchmarking-toiminnan.

Simulaatiovalmennus perustuu simulaatiopedagogiseen ajatteluun. Se mahdollistaa moniammatillisen, interaktiivisen ja toiminnallisen oppimisen ja edistää yhteistyötaitojen kehittämistä (Boyd & Jackson 2004; Jacobs 2008). Simulaatiovalmennus perustuu selkeisiin, aikuisen, jo ammatissa toimivan oppimistapoja tukeviin oppimistavoitteisiin. Pedagogisena menetelmänä simulaatiovalmennus luo mahdollisuuden oppimiskokemusten saamiseen mahdollisimman aidossa kontekstissa. Simulaatiovalmennuksen tavoitteena onkin kokemuksellinen ja toiminnallinen oppiminen sekä erilaisten kompetenssien kehittyminen. (Hansen & Bratt 2015.) Simulaatiovalmennus mahdollistaa yhdessä oppimisen, toinen toiseltaan oppimisen ja toisen ammatillisen tehtävän paremman tunnistamisen. Se auttaa ymmärtämään paremmin erilaisia ajattelutapoja ja yhdistämään tietoja ja taitoja asiakkaita hyödyttävällä tavalla. (Opie 2000.)

Hyvien tulosten saavuttaminen pk-yritysten asiakkaiden ohjaamisessa ja auttamisessa edellyttää tietoisuutta asiantuntijoiden yhteisestä tavoitteesta, hyvää tiimijohtajuutta, laadukasta vuorovaikutusta, keskinäisen suorituksen tarkkailua ja tilanteen hallinnan varmistamista. Simulaatiovalmennuksella voidaan parantaa sekä asennoitumista moniammatilliseen tiimitoimintaan että myös tiimin jäsenenä toimimisen taitoja (Beaubien & Baker 2004).

Simulaatiovalmennuksen menetelmin voidaan harjoitella myös dialogista johtamista ja esimies-alaistaitoja sekä erilaisten tilanteiden hallintaa. Dialoginen, valmentava ja kannustava johtaminen luo mahdollisuuksia luovuuden ja osaamisen johtamiseen (Syvänen ym. 2012). Esimiehen vuorovaikutusosaamista edistävä simulaatiovalmennus sisältää moniammatillisia harjoitteita sekä henkilökunnan yksilöllisten että organisaation kontekstuaalisten luovuustekijöiden huomioimiseen ja edistämiseen. Viime kädessä johtajan luovuutta edistävä ja turvallisuutta

lisäävä vuorovaikutusosaaminen edistää henkilökunnan työmotivaatiota (Amabile 1997; George & Chou 2007). Dialoginen johtaminen ja yhteistoiminnallinen kehittäminen edistävät myös henkilökunnan arjesta selviytymistä ja työyhteisön toiminnan uudistamista (Syvänen ym. 2012; Syvänen ym. 2015).

LÄHTEET

Amabile, T. M. 1997. Motivating creativity in organizations: On doing what you love and loving what you do. *California management review* 40, 39 - 58.

Baker, D., Gustafson, F., Beaubien, J., Salas, E. & Baraach, P. 2005. Medical teamwork and patient safety: The Evidence-based relation. Rockville: Agency for Health Care Research and Quality.

Beaubien, J. M. & Baker, D. P. 2004. The use of simulation for training teamwork skills in health care: how low can you go? *Quality & safety in health care* 13 (1), i51 - i56.

Boyd, A. M. & Jackson, M. L. 2004. An effective model for rapid skills acquisition through a simulation-based integrated learning environment. *Journal of educational computing research* 30 (1&2), 1 - 21.

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., Rodrigues, L. & Beaulieu, M. D. 2005. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional care* 19, 116 - 131.

Drinka, T. J. K. 1994. Interdisciplinary geriatric teams: Approaches to conflict as indicators of potential to model teamwork. *Educational gerontology* 20, 87 - 103.

Drinka, T. J. K. & Clark, P. G. 2000. Health care teamwork: Interdisciplinary practice and teaching. Westport: Auburn House.

Eloranta, S. & Kuusela, M. 2011. Moniammatillinen yhteistyö: katsaus suomalaisiin hoitotieteellisiin opinnäytetöihin. *Tutkiva hoitotyö* 3, 5 - 13.

Eriksson, E., Virtanen-Vaaranmaa, H., Björkrooth, R.-M., Laitinen, R., Mattila, L.-R., Rekola, L., Ruotsalainen, S. & Sarajärvi, A. 2005. Hoitotyön koulutuksen kehittämishaasteet: Hoitotyön johtajien, opettajien ja hoitotyöntekijöiden näkemykset. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A 47/2005.

George, J. M. & Chou, J. 2007. Dual tuning in a supportive context: Joint contributions of positive mood, negative mood, and supervisory behaviours to employee creativity. *Academy of Management journal* 50, 605 - 622.

Hansen, J. & Bratt, M. 2015. Competence acquisition using simulated learning experiences: A concept analysis. *Nursing education perspectives* 36 (2), 102 - 107.

Hirsso, P., Holmberg-Marttila, D., Koivuniemi, K. & Mattelmäki, U. 2010. Terveystieteiden kompassi: Avain asiakkuuteen. Helsinki: Duodecim.

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä: moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus: moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsinki: Helsingin yliopisto, Sosiaalitieteiden laitos. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012:18. Väitösk.

Jacobs, B. L. 2008. Teaching and learning negotiation in a simulated environment. *Wideren law journal* 18, 91 - 112.

Karila, K. & Nummenmaa, A.-M. 2001. *Matkalla moniammatillisuuteen: Kuvauskohteena päivä-koti*. Helsinki: WSOY.

Kaste 2008 - 2011. 2008. *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:6.

Katajamäki, E. 2012. Arvot moniammatilliseen toimintaan oppimisessa. Teoksessa: I. Ranta (toim.) *Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto, 25 - 28.

Kvarnström, S. 2008. Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of interprofessional care* 22, 191 - 203.

Körner, M. 2008. Analysis and development of multiprofessional teams in medical rehabilitation. *GMS Psychosocial medicine* 3 (5), 1 - 13.

Lim, B. C. & Klein, K. J. 2006. Team mental models and team performance: A field study of effects of mental model similarity and accuracy. *Journal of organizational behavior* 27, 403 - 418.

Lingard, L., Espin, S., Evans, C. & Hawryluck, L. 2004. The rules of the game: interprofessional collaboration on the intensive care unit team. *Critical care* 8, 403 - 408.

Lockhart-Wood, K. 2000. Collaboration between nurses and doctors in clinical practice. *British journal of nursing* 9 (5), 276-280.

Meads, G. & Aschcroft, J. (eds.) 2005. *The case for interprofessional collaboration in health and social care*. Oxford: Blackwell Publishing.

Miller, C. & Freeman, M. 2003. *Clinical teamwork: The impact of policy on collaborative practice*. Teoksessa: A. Leathard (ed.) *Interprofessional collaboration: From policy to practice in health and care*. Sussex: Brunner-Routledge.

Opetushallitus. 2010 - 2011. *Osaava lähihoitaja 2020 -hanke*. [Verkkosivusto]. [Viitattu 22.9.2018]. Saatavana: <https://osaavalahioitaja2020.wikispaces.com/Tiimity%C3%B6+ja+moniammatillinen+yhteisty%C3%B6>

Opie, A. 2000. *Thinking teams/thinking clients: knowledge based teamwork*. New York: Columbia Press.

Payne, M. 2000. *Teamwork in multiprofessional care*. New York: Palgrave.

Petri, L. 2010. Concept analysis of interdisciplinary collaboration. *Nursing forum* 45 (2), 73 - 76.

Rannisto, P.-H. & Tuurnas, S. 2015. *Moniammatillinen yhteistyö julkisten palvelujen tuottamisessa ja johtamisessa*. [Verkkootikkeli]. Teoksessa: K. af Ursin, E. Pekkola & J. Stenvall (toim.) *Felix byrokraatia?: Julkinen hallinto kaiken huomioimisen taitona*. Tampere: Tampere University Press, 263-282. [Viitattu 20.11.2018]. Saatavana: https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/101420/moniammatillinen_yhteistyö_julkisten_palvelujen.pdf?sequence=1

Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. & Zwarenstein, M. 2010. *Interprofessional teamwork for health and social care*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Rekola, L. 2008. *Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamiseen vaikuttavia kehityssuuntia*. Teoksessa: K. Isoherranen, L. Rekola & R. Nurmi (toim.) *Enemmän yhdessä: moniammatillinen yhteistyö*. Helsinki: WSOY.

Senge, P. M. 1990. *The fifth discipline: The art and practice of learning organization*. New York: Doubleday.

Senge, P. M., Ross, R., Kleiner, A., Robert, S. C. & Smith, B. 1999. The fifth discipline fieldbook: Strategies and tools for building a learning organization. London: Nicolas Bealey.

Strasser, G., Stewart, D. D. & Wittenbaum, G. M. 1995. Expert roles and information exchange during discussion: The importance of knowing who knows what. *Journal of experimental social psychology* 31, 244 - 265.

Syvänen, S., Kasvio, A., Loppela, K., Lundell, S., Tappura, S. & Tikkamäki, K. 2012. Dialoginen johtaminen innovatiivisuuden tekijänä. Helsinki: Työterveyslaitos.

Syvänen, S., Tikkamäki, K., Loppela, K., Tappura, S., Kasvio, A. & Toikko, T. 2015. Dialoginen johtaminen: Avain tuloksellisuuteen, työelämän laatuun ja innovatiivisuuteen. Tampere: Tampere University Press.

Temkin-Greener, H., Gross, D. Kunitz, S. & Mukamel, D. 2004. Measuring interdisciplinary team performance in long term care setting. *Medical care* 5, 472 - 481.

Thompson, L. & Fine, G. A. 1999. Socially shared cognition, affect, and behavior: A review and integration. *Personality and social psychology review* 4, 278 - 302.

Thompson, S. & Thompson, N. 2008. The critically reflective practitioner. Hampshire: Palgrave Macmillan.

KÄSITYKSIÄ SOSIAALI- JA TERVEYSALAN MONIALAISESTA KOKEMUSASIAANTUNTIJUUDESTA

*Tiina Tiilikka, YTT, yliopettaja
SeAMK Sosiaali- ja terveystala*

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveystalan työssä korostetaan nykyisin pyrkimystä monialaisuuden ja moniammatillisuuden toteuttamiseen. Moniammatillisuus voi olla erilaisten ammattilaisten välistä yhteistyötä esimerkiksi yhden organisaation sisällä. Monialaisuus on moniammatillisuutta laajempi käsite. Monialaisella yhteistyöllä tarkoitetaan eri hallinnon- ja tieteenalojen yhteen kokoavaa ja niiden rajat ylittävää toimintaa. Monialaisuudessa on kyse taidoista ja työtavoista, jotka eivät ole siirrettävissä ja omaksuttavissa esimerkiksi perinteisen koulutuksen keinoin. Monialaisuus voi tarkoittaa joustavaa tiimi- ja verkostotyötä työntekijälle. Asiakkaalle monialainen työskentely tarkoittaa osallisuutta toimintaan, mahdollisuutta vaikuttaa häntä koskevien asioiden kulkuun. (Pukkila & Helander 2016.) Monialaisuus ei synny itsestään, se tarvitsee toteutuakseen uudenlaista ajattelua ja irtiottoa perinteisistä tietämisen ja tekemisen tavoista.

Monialainen yhteistyö on siirtymistä perinteisestä, itsenäisestä asiantuntijatyöstä ja vakiintuneista verkostoista kohti itsenäisen ja yhteisöllisen työn yhdistelmää. Monialaisuutta voi oppia asiakastyössä, mutta monialaisen oppimista voi opetella myös ilman asiakkaan läsnäoloa. Tämä mahdollistaa monialaisen yhteistyön, asiantuntijaroolien, vastuun sekä erilaisten vuorovaikutus- ja tiimityötaitoja koskevien kysymysten käsittelyn. (Pukkila & Helander 2016.)

Sosiaali- ja terveystalopalvelujärjestelmää ohjaavissa dokumenteissa monialaisuus esitetään eri toimijoiden välisenä yhteistyönä ja asiakaslähtöisyyden korostamisena. Sosiaali- terveydenhuoltoon koskevilla laeilla monialaisuutta korostetaan lain tarkoituksen kuvauksissa. Esimerkiksi sosiaalihuoltolain mukaan tarkoituksena on parantaa yhteistyötä sosiaalihuollon ja kunnan eri toimialojen sekä muiden toimijoiden välillä (L 30.12.2014/1301). Terveystalolain tarkoituksena on myös vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen välistä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä jär-

jestämisessä (L 30.12.2010/1326). Nykyisessä hallitusohjelmassa monialaisuus mainitaan kerran uusien työpaikkojen ja maaseudun monialaisen yrittäjyyden yhteydessä. Monialaisuus ilmenee hallitusohjelmassa asiakaslähtöisyyden korostamisena. Hallitusohjelmassa on asetettu tavoitteiksi, että painotetaan varhaista tukea, ennaltaehkäisevää työtettä ja vaikuttavia asiakaslähtöisiä palveluketjuja yli hallinnonrajojen. Tavoitteena on myös vahvistaa palveluissa kokemusasiantuntemuksen käyttöä ja ihmisten osallisuutta. Muutoksen perustana pidetään kumppanuutta valtion, kuntien, järjestöjen, yksityisen sektorin, seurakuntien sekä työelämän toimijoiden kesken. (Ratkaisujen Suomi 2015, 20 - 23.)

Sosiaali- ja terveysalan ammattialat eivät ole pysyviä sopimuksia, vaan jatkuvasti muuttuvia (Lilja-Viherlampi 2018, 13). Monialaisen työn haasteena voi pitää sosiaali- ja terveydenhuollon rakennetta, joka kyllä on muutoksessa, mutta ensisijaisesti rajoittuen sosiaali- ja terveysalan uudistukseen. Esimerkiksi kulttuuri- ja taidelähtöinen toiminta ei löydä helposti paikkaansa uudistuvan sosiaali- ja terveysalan osana. Monialaisen sosiaali- ja terveysalan haasteena on, miten kulttuuriset ulottuvuudet saataisiin linkitettyä sosiaali- ja terveyssektorin rakenteisiin ja miten monialaista työtä tuotettaisiin sekä laadullisesti että taloudellisesti kestäväällä tavalla (Hautio 2015).

Kokemukseen perustuva tieto on yksi monialaisuutta yhdistävä ulottuvuus. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysalan moniammatillisella tiimillä voi olla yhteinen kokemus yhdestä asiakkaasta, jonka elämäntilannetta pyritään tukemaan monialaisessa yhteistyössä. Asiakkaalla on elämäntilanteeseensa liittyviä kokemuksia, joihin hän hakee ratkaisuja useilta erilaisilta ammattilaisilta. Ratkaisujen ja tuen löytymiseen voi merkittävästi vaikuttaa se, että asiakasta tukevat ammattilaiset tekevät yhteistyötä huomioiden asiakasta koskevan tiedon kokemuksellisen ulottuvuuden.

Tässä artikkelissa sosiaali- ja terveysalan monialaisuus ymmärretään ammatillisena yhteistyönä erilaisten toimijoiden kanssa, jotka voivat olla yksityisiä, julkisia tai kolmannen sektorin toimijoita. Monialaisuus on tapa toimia yhteistyössä erilaisissa verkostoissa, harjoittaa omaa ammattia ja kehittyä siinä omaksuen uutta tietoa ja kokemuksia. Monialaisuuden ymmärretään rakentuvan ajatukselle siitä, että tuen ja avun tarpeessa olevilla asiakkailla on tilannettaan koskevaa kokemusasiantuntijuutta. Ammattilaisten on ymmärrettävä asiakkaiden kokemuksia voidakseen tukea heitä ja myös viedäkseen sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisen prosesseja eteenpäin.

Artikkelissa kysytään, millaisia käsityksiä kokemusasiantuntijuuden esteistä ja mahdollisuuksista sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilla on. Aluksi tuodaan esiin,

mitä kokemuksella ja kokemusasiantuntijuudella sosiaali- ja terveysalalla tarkoitetaan. Seuraavaksi artikkelissa esitetään aineisto ja kahden sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen kokemuksia kokemusasiantuntijuudesta osana ammatillista työtä. Artikkelin lopussa pohditaan, miten kokemusasiantuntijuus ja monialainen asiakkaan auttaminen voivat liittyä yhteen.

2 KOKEMUSASIAANTUNTIJUUS SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA

Kokemuksen määrittely ei ole yksiselitteistä ja kokemuksen käsite on hyvin vaikea määriteltävä. Kokemuksen käsite on luonteeltaan kokonaisvaltainen. Kokemukseen liitetään tunteet, tietoisuus, havainnot, intuitio ja tiedostaminen, mutta yksikään näistä ei tavoita kokemuksen kaikkia puolia. Kokemus on asioita, jotka syntyvät yksilön kyvystä tiedostaa, hänen kyvystään olla tietoinen ja reagoida. Kysymys on yksilön sisäisestä kokemuksesta itsestä, jota kukaan muu ei voi täysin ymmärtää. (Rissanen 2015, 15; Broom 2010.)

Kokemus voidaan ymmärtää diskursiivisena konstruktiona, joka tarkoittaa, että kokemus ei ole puheen ulkopuolella. Ainoastaan diskurssin kautta voidaan ymmärtää kokemuksia ja niihin liittyviä merkityksiä. Ihmiset omaavat ja käyttävät erilaisia diskursseja kokemuksista (Barker 2016). Toisaalta voidaan ajatella, että sisäisen kokemuksen sanoittaminen voi tapahtua vasta jälkeen päin. Kokemus on sitä, mitä ihmisille tapahtuu tässä ja nyt. Tapahtuneet asiat luovat uutta tietoa, joka voidaan sanoittaa vasta tapahtumisen kokemusten jälkeen. Esimerkiksi mielenterveyttä horjuttavat traumaattiset tilanteet voidaan kokea ilman, että niistä voisi tapahtumahetkellä puhua tai sanoittaa toiselle.

Kokemuksesta ei ole yhtä oikeaa määritelmää, vaan jokaisen kokemus ja tulkinnat niistä ovat yhtä kompetentteja. Kokemuksen kesto voi olla eri pituinen; voimme kokea jotain akuutisti tai kokemus voi kestää pitkän aikaa. Joskus kokemus muuttaa ihmistä perustavalla tavalla, toisinaan kokemusten merkitys voi olla vähäisempi. Kokemus voi olla jokin tapahtuma tai esimerkiksi sairaus, joka voi "opettaa meitä". (Beresford 2008, 39; 51.)

Kokemukset ovat yksilön omia ja kokemukset koetaan yksilöllisesti. Kokemukset ovat yksilöllistä tietoa, joka voi liittyä esimerkiksi sairauteen, vammaisuuteen ja johonkin riippuvuuteen. Vaikka kokemus on yksilöllistä tietoa, siitä on myös mahdollista siirtyä yhteiseen ja ajettuun tietoon. Kokemuksia voi jakaa kertomalla ja keskustelemalla niistä, jolloin niistä tulee kollektiivisia. Kokemukseen liittyvä

jakamisen mahdollisuus tekee siitä tietoa, jota on mahdollista hyödyntää monialaisessa sosiaali- ja terveysalan työssä.

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisessä asiakkaan kokemukseen perustuvaa asiantuntemusta voidaan pitää tärkeänä tekijänä työntekijän opintoihin tai työkokemukseen perustuvan osaamisen rinnalla (Meriluoto & Marila-Penttinen 2015, 19). Kokemukseen perustuva asiantuntemus voi liittyä moniin erilaisiin asioihin, kuten esimerkiksi mielenterveyteen liittyviin haasteisiin tai päihteiden ongelmalliseen käyttöön.

Kokemusasiantuntijaksi voi mieltää itsensä eri tavoin ja hyvin väljästikin. Kokemusasiantuntijuuden voi liittää johonkin elämänvaiheeseen, kuten tiettyyn ikään. Esimerkiksi iäkäs henkilö voi määritellä itsensä ”vanhuuden kokemusasiantuntijaksi” (Eskola 2016). Sosiaali- ja terveysalalla kokemusasiantuntijuus voidaan ymmärtää henkilökohtaisena yksilön prosessina, yhteisöllisenä vertaisyhteisöön kuulumisena ja rakenteistuneena eli organisoituneena yhteisöllisenä asiantuntijuutena. Kokemusasiantuntijuus laajentaa käsitystä sosiaali- ja terveysalan asiantuntijuudesta ja sen sisällöstä. (Hokkanen & Nikupeteri 2015, 33.)

3 AINEISTONA SOSIAALI- JA TERVEYSALAN TYÖNTEKIJÖIDEN HAASTATTELUT

Artikkelin aineistoon kuuluu sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen yksilöhaastatteluja. Haastattelut oli rekrytoitu A-Klinikkasäätiön Verkottaja-hankkeen osallistujien joukosta. Kaikilta haastateltavilta pyydettiin tutkimussuostumukset ja heille kerrottiin tutkimuksen tavoitteista ja tarkoituksesta.

Haastatteluaineistoon kuuluu sekä kokemusasiantuntijoiden (N=6) että sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten yksilöhaastatteluja (N=3). Aineisto kerättiin ja kenttätyö suoritettiin osana Koneen Säätiön rahoittamaa, vuosina 2013 - 2016 toteutettua tutkimushanketta ”Kolmas sektori, valtio ja politiikka: analyysi suomalaisen yhteiskunnan muutoksesta 1970-luvun alusta nykypäivään”.

Sosiaali ja terveysalan ammattilaisten haastattelut etenivät kysymysten varassa, jotka käsittelivät sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten suhdetta kokemusasiantuntijoihin sekä asiakkaisiin, sekä ammattilaisen, kokemusasiantuntijan ja asiakkaan välistä yhteistyötä. Haastattelussa kysyttiin, millaiset ovat toimivan yhteistyön edellytykset tai esteet sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Lisäksi kysyttiin, millaisena antina ammattilaiset pitävät kokemusasiantuntijuutta

osana ammatillisuuttaan ja sen tulevaisuutta. Yksilöhaastattelut litteroitiin ja analysoitiin teemoittelemalla. Haastatteluiden sisällöstä jäsennettiin monialaisuuden, kokemusasiantuntijan ja ammattilaisen yhteistyön, kokemustiedon ja asiakaslähtöisyyden teemat.

Tässä artikkelissa on mukana kaksi ammattilaisen haastattelua. Haastateltavista toinen toimi haastatteluhetkellä sosiaalityöntekijänä nuorten mielenterveyspalveluissa ja toinen sairaanhoitajana hoitaen päihde- ja huumeriippuvaisia asiakkaita. Haastattelujen kesto oli noin yksi tunti. Haastattelut toteutettiin kahden sosiaali- ja terveysaseman työtiloissa. Haastattelijoina toimi tämän artikkelin kirjoittaja. Haastatteluihin viitataan aineistoesimerkkien esittämisen yhteydessä tunnisteilla (Haastattelu 1) ja (Haastattelu 2). Seuraavaksi esitetään haastatteluaineistoon perustuvia tuloksia ja tulkintoja monialaisesta kokemusasiantuntijuudesta.

4 MONIALAISEN KOKEMUSASIA NTUNTIJUUDEN ESTEITÄ JA MAHDOLLISUUKSIA

4.1 Monialainen yhteistyö ja asiakkaan tieto

Sosiaali- ja terveysalan palvelujärjestelmässä asiakkaiden hoitamista koskeva tieto on usein pirstaloitunutta, eikä kokonaiskuvia ole helppo hahmottaa. Työntekijät eivät ole aina motivoituneita tekemään työtä moniongelmaisten asiakkaiden kanssa. Esimerkiksi huumeriippuvaiselle asiakkaalle saatetaan sanoa, että

”meillä on täällä muitakin hoidettavia.” (Haastattelu 2.)

Molempien haastateltujen työhön sisältyi moniammatillista yhteistyötä erilaisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. He tekivät yhteistyötä esimerkiksi lastensuojelun työntekijöiden, opettajien, psykologien ja lääkäreiden kanssa. Toisen haastateltavan työssä korostui verkostokeskeisen ote. Molemmat olivat kiinnostuneita asiakastyön kehittämisestä ja yhteistyöstä erilaisten asiakkaiden kanssa.

*”Yhteistyö motivoi asiakkaita. He sitoutuvat omaan hoitoonsa.”
(Haastattelu 1.)*

Yhteistyön nähtiin edistävän asiakkaiden toipumista. Yhteistyön asiakkaan kanssa nähtiin tapahtuvan siten, että ammattilainen voi asettua rooliin, jossa hän oppii

asiakkaalta. Työntekijällä ei ole valmiita vastauksia ja tietoa siitä, mikä asiakasta vaivaa tai miten häntä voidaan auttaa.

*"Kyselemällä, kyselen asiakkaalta, mitä tämä on, miksi teet näin?"
(Haastattelu 2.)*

Ammattilainen voi kysyä asiakasta koskevia tietoja ja toimintaohjeita toiselta ammattilaiselta. Moniammatillisessa tiimissä tämä toteutuu, kun ammattilaiset auttavat toinen toisiaan selvittämään asiakkaiden tilanteita ja arvioivat, mikä olisi paras mahdollinen asiakkaan hoitamisen tapa. Samaan tapaan ammattilainen voi kysyä asiakkaan kokemuksia ja saada tietoa, miten hänen hoitamisessaan kannattaisi edetä.

4.2 Monialaisen kokemusasiantuntemuksen käytön esteitä

Haastatellut kertoivat työyhteisöissä tehtävästä moniammatillisesta yhteistyöstä. Haastatellut toivat esiin, että heidän edustamissaan sosiaali- ja terveysalan työyhteisöissä ammattilaisen ja kokemusasiantuntijan välinen yhteistyö ei välttämättä kiinnosta muita työntekijöitä. Molemmat haastatellut olivat työyhteisöissään ainoita ammattilaisia, jotka olivat innostuneita kokemusasiantuntijuudesta ja tekivät yhteistyötä kokemusasiantuntijoiden kanssa. Haastateltu sosiaalialan työntekijä oli toteuttanut nuorille mielenterveysasiakkaille suunnattua ryhmätoimintaa kokemusasiantuntijan kanssa. Hänelle oli "itsestään selvää" lähteä ohjaamaan kokemusasiantuntijan kanssa yhteistyössä nuorten ryhmää (Haastattelu 1).

Haastateltu terveysalan työntekijä vasta suunnitteli ryhmätoimintaa kokemusasiantuntijoiden kanssa. Hän kertoi tutustuneensa päihdepalveluiden asiakkaisiin ja pyrki syvällisesti ymmärtämään heidän kokemusmaailmaansa päihde- ja huumeriippuvaisina. Kaikki ammattilaiset eivät näin tee, haastateltavan työyhteisössä ilmeni tietämättömyyttä ja ymmärtämättömyyttä.

*"Työntekijöiden pelot ja asenteet voisi jättää vähemmälle. (..) Ei ymmärretä, ettei kukaan tahallaan retkahda, kyse on riippuvuudesta."
(Haastattelu 2.)*

Haastateltu työntekijä piti työntekijöiden asenteita ja pelkoja asiakkaiden auttamisen ja tukemisen esteinä. Kokemusasiantuntija voisi tuoda tietämystään ja ymmärrystään ammattilaiselle siitä, missä asiakkaiden tilanteissa on kysymys.

”Perusterveydenhuollossa puuttuu tietoa siitä, miten vaikea riippuvuutta aiheuttavista aineista tai lääkkeistä on vaikea päästä eroon. (...) Ymmärrystä siitä, miten iso ongelma se on, puuttuu.” (Haastattelu 2.)

Jos ymmärrystä asiakkaiden ongelmista ei ole, ei myöskään hoito ole tuloksetta. Asiakkaat eivät ole aina tyytyväisiä heitä koskeviin palveluihin. Niiden saatetaan kokea erkaantuneen ihmisten tarpeista, eikä palveluissa toteudu asiakaslähtöisyys. Palveluita on kehitetty kaukana asiakkaiden arjesta ilman, että kehittämisessä olisi huomioitu asiakkaiden elämäntilanteita koskevaa monialaista ja kokemusperäistä tietoa. Lisäksi ammattilaiset saattavat käyttää kieltä, joka ei avaudu asiakkaalle.

”Asiakkaan äänen tulisi kuulua. On turha tehdä ohjeita ja kirjoja, jos ne ovat kaukana siitä, mistä asiakkaat elävät. (...) Työntekijän tulee olla kiinnostunut asiakkaasta, että voidaan puhua samaa kieltä.” (Haastattelu 2.)

Asiakaslähtöisyyden este voi olla se, että työntekijän omaama tieto on liian kaukana asiakkaan elämästä. Asiakas ja ammattilainen eivät silloin voi ymmärtää toisiaan, eikä asiakkaan tukeminen tai hoito etene.

4.3 Asiakaslähtöisyys ja kokemusasiantuntijuuden tulevaisuus

Haastateltavat olivat sitä mieltä, että kokemusasiantuntijoiden kanssa tehtävään yhteistyöhön liittyy monia mahdollisuuksia. Kokemustiedon huomioiminen sosiaali- ja terveysalan työssä voisi esimerkiksi antaa työntekijälle välineitä auttaa asiakasta. Asiakas voi tietää työntekijää paremmin, miten hänen hoitoaan olisi parasta viedä eteenpäin.

”Asiakas on usein pitemmällä kuin työntekijä. Asiakas voi sanoa saamastaan lääkkeestä työntekijälle, että voinhan mä vaikka myydä huomenna tämän lääkkeen. (...) Asiakas voi neuvoa ja antaa ohjeita työntekijälle. Asiakkaalta oppii, jos haluaa kuunnella ja oppia. (...) En voisi tehdä tätä työtä, jos en saisi asiakkailta tätä oppia.” (Haastattelu 2.)

Asiakas voi auttaa omaa hoitoaan sillä tavalla, että hän yksinkertaisesti ilmaisee ammattilaiselle, että miten tämä voisi auttaa asiakasta. Asiakas voi tietää, mitä pitäisi tehdä ja miten tilanteessa pitäisi edetä, jotta hän toipuisi. Hoitamiseen on todennäköisesti välineetkin jo olemassa. Valmis hoidon malli tai hoitopolku ei aina ole vastaus asiakkaan onnistuneeseen auttamiseen, vaan siihen tarvitaan asiakkaan tilannetta vastaavaa tukea. Asiakas voi sanoa esimerkiksi sairaanhoitajalle ohjeen, miten hänen hoitamisensa suhteen voitaisiin menetellä.

"Niin, ehkä asiakas on aktiivisempi, jos se huomaa, että työntekijä ei, tai ammattilainen ei tiedäkään kaikkea eikä osaa, niin hän joutuu sitten vähän itte ponnistelemaan jollain tavalla, etteivät täältä ammattilainen kaada jotakin asiakkaalle jotain semmosta tietämystä jostain ylempää, joka niin kun sitten parantaa kenet tahansa, kun vaan näkeekin ammattilaisen vilaukselta." (Haastattelu 1.)

Molemmat haastatellut olivat sitä mieltä, että kokemusasiantuntijuutta tulisi tulevaisuuden sosiaali- ja terveysalan palveluissa hyödyntää nykyistä enemmän.

"Kokemusasiantuntijat voisivat vetää erilaisia ryhmiä. (...) Ryhmiä voisi olla erilaisia ryhmiä eri kuntoutusvaiheissa oleville. Henkilökuntaa voisi kouluttaa, mutta se pitäisi olla vapaaehtoista. (...) Asiakkaiden ääni saisi kuulua. (...) Sen pitäisi lähteä siitä, että kenenkään työntekijän ei pitäisi hoitaa vastentahtoisesti mitään ryhmää." (Haastattelu 2.)

Haastateltava toi esiin, että kokemusasiantuntijuus voi olla käytännössä sitä, että kokemusasiantuntijat toimivat erilaisten kuntoutusryhmien vetäjinä. Ammattilaisten tulisi olla mukana ryhmien toiminnassa, mutta ammattilaisten osallistumisen tulisi perustua vapaaehtoisuuteen. Toivottavia tuloksia ei synny, jos ammattilaisia veloitetaan kouluttautumaan kokemusasiantuntijoiden kanssa tehtävään yhteistyöhön. Toinen haastateltu oli jo toiminut ryhmänvetäjänä yhteistyössä kokemusasiantuntijan kanssa.

"Kokemusasiantuntija toimi sellasena hyvänä esimerkkinä näille ryhmäläisille, he oli tosi kiinnostuneita siitä, kun hän kerto näille ryhmäläisille. (...) Se motivoi tosi paljon näitä nuoria hakemaan apua ja sitoutumaan hoitoon. (...) Kokemusasiantuntija hyödyttää ja siitä on apua ja nuori pääsee eteenpäin." (Haastattelu 1.)

Haastateltu työntekijä antoi kokemusasiantuntijalle mahdollisuuden vetää nuorten mielenterveyspalveluiden ryhmää. Kokemusasiantuntija toimi esimerkkinä asiakkaille motivoiden heitä sitoutumaan omaan hoitoonsa. Haastateltu piti tällaisen toiminnan kehittämistä tärkeänä. Palveluiden kehittäminen on vuoropuhelua asiakkaiden ja palvelujärjestelmän edustajien kanssa.

"Palvelujärjestelmän edustajien pitää vähän nöyremmällä mielellä olla, eikä ajatella sitä, että tää on nyt ainoa oikee tapa toimia ja toteuttaa jotain hoitoa, vaan pitäis aina olla vuoropuhelussa kehittäminen niitten ihmisten kanssa, jotka on sen palvelujärjestelmän piirissä, ei voida kehittää pelkästään työntekijöitten tai jonkun johtotason kautta." (Haastattelu 1.)

Kehittämisen tulisi palvella työntekijöiden jaksamista ja asiakasta. Palveluiden kehittäminen ei saisi olla ”suunniteltu jossain kabinetissa irrallaan ihmisen elämästä” (Haastattelu 1.). Tulevaisuudessa palveluiden kehittämisessä on huomioitava myös resurssien riittävyys. Monialainen työ, jossa erilaiset asiantuntemukset yhdistyvät, voisi olla kustannustehokasta.

”Resurssit eivät riitä sosiaali- ja terveydenhuollossa enempään. (...) Kokemusasiantuntemukselle on ihan selkeä tilaus.” (Haastattelu 2.)

Olemassa olevat rakenteet eivät kuitenkaan vielä tue riittävästi kokemusasiantuntemuutta ja tunnista monialaisuutta mahdollistavaa kokemusasiantuntemuutta. Molemmat haastatellut työntekijät olivat sitä mieltä, että sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän tulisi tässä suhteessa muuttua.

5 LOPUKSI

Monialainen yhteistyö ei aina ole tarkoituksenmukaista, vaan se voi joskus olla haitallista. Näin voi käydä, jos moniammatillisen yhteistyön harjoittajat keskittyvät voimakkaasti yhteistoimintaan kadottaen kosketuksen asiakkaaseen, jonka hyväksi oli tarkoitus työskennellä. Moniammatillisuus voi myös hämärtää ammatillisuutta ja herättää pelkoa ammatillisen pätevyuden katoamisesta. (Lilja-Viherlampi 2018, 13.) Yhteisen kielen puuttuminen nähdään suurimpana moniammatillisuuden esteenä. Jotkut ammattiryhmät voivat nähdä moniammatillisuuden uhkana omalle ammatti-identiteetille. (Koskela 2013.) Myös kokemusasiantuntemuus voidaan nähdä uhkana. Sitä voidaan pitää sosiaali- ja terveysalan ammatillisuuteen kuulumattomana ulottuvuutena, toisin sanoen epäammattillisena asiana.

Monialaisuutta ja uudistumista tarvitaan sosiaali- ja terveysalan palveluissa (Salo 2015). Kokemusasiantuntemuus on tietoa ja toimintaa, joka liikkuu palvelujärjestelmän rajoilla samalla muuttaen sitä ja haastaen ammatillisuutta. Kokemusasiantuntemuus voisi olla monialaisen yhteistyön perusta. Jos sekä ammattilaiset että asiakkaat voivat jakaa ihmisyyden kokemusmaailmaansa, mahdollistuu myös monialainen asiakkaan auttaminen. Yksi ratkaisu sosiaali- ja terveysalan kehittämisessä voi olla monialainen sosiaali- ja terveysalan työ, jossa ovat mukana kokemusasiantuntemijat. Uudenlaiset asiakkaan auttamisen tavat mahdollistuvat, kun erilaisia monialaisia ja kokemustietoon perustuvia yhteistyösuhteita syntyy palvelujärjestelmän toimijoiden välille. Todennäköisesti ammattilaisen rooli asiakkaan kuuntelijana ja tilanteiden myötäeläjänä korostuu tulevaisuudessa yhä enemmän. Monialaisen auttamisen tarkoituksena on, että asiakasta ohjataan tarttumaan oman elämän ohjaksiin.

LÄHTEET

Barker, C. 2016. Cultural studies: Theory and practice. London: Sage Publications.

Beresford, P. 2008. Meidänhän tämä elämä on. Teoksessa: P. Beresford & M. Salo Kokemuksen muodonmuutos: Kohti palveluiden käyttäjien omaa tutkimustoimintaa. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.

Broom, B. 2010. Sairaus täynnä merkityksiä: Kokemukset ja merkitykset fyysisen sairauden aiheuttajina. Tampere: PT-kustannus.

Eskola, A. 2016. Vanhuus: Helpottava, huolestuttava, kiinnostava. Tampere: Vastapaino.

Hautio, M. (toim.) 2015. Tavoittaako taide? Kokemuksia kunta- ja aluetaiteilija sekä lähiöhankeista. [Verkkojulkaisu]. Humanistinen ammattikorkeakoulu. Julkaisuja 25. [Viitattu 31.10.2018]. Saatavana: <https://www.humak.fi/wp-content/uploads/2017/02/tavoittaako-taide-minna-hautio-verkkojulkaisu.pdf>

Hokkanen, L. & Nikupeteri, A. 2015. Miten osallisuus tukee selviytymistä haavoittavista kokemuksista? Teoksessa: T. Meriluoto, L. Marila-Penttinen & E. Lehtinen (toim.) Osallisuus: Osallisuuden ja kokemusasiantuntijuuden käsikirja. [Verkkojulkaisu]. Ensi- ja turvakotien liitto. [Viitattu 31.10.2018]. Saatavana: http://www.e-julkaisu.fi/ensi_ja_turvakotien_liitto/osallisuus_kasikirja/

Koskela, S. 28.3.2013. Tarkastelussa moniammatillinen yhteistyö ja sen edellytykset. [Verkkoartikkeli]. Elinikäisen ohjauksen verkkolehti. [Viitattu 31.10.2018]. Saatavana: <https://verkkolehdet.jamk.fi/elo/2013/03/28/tarkastelussa-moniammatillinen-yhteistyö-ja-sen-edellytykset/>

L 30.12.2014/1301 Sosiaalihuoltolaki.

L 30.12.2010/1326 Terveydenhuoltolaki.

Lilja-Viherlampi, M.-L. 2018. Osa 1: Johdatus moniammatillisen yhteistyön käsitteistöön. Teoksessa: S. Kivelä, M.-L. Lilja-Viherlampi, M. Susi, A. Syvälahti & O. Linnossuo (toim.) MOMU mowing towards multiprofessional work: moniammatillisen yhteistyön opas. [Verkkojulkaisu]. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 112. [Viitattu 23.11.2018]. Saatavana: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166821.pdf>

Meriluoto, T. & Marila-Penttinen, L. 2015. Osallisuus. Teoksessa: T. Meriluoto, L. Marila-Penttinen & E. Lehtinen (toim.) Osallisuus: Osallisuuden ja kokemusasiantuntijuuden käsikirja. [Verkkojulkaisu]. Ensi- ja turvakotien liitto. [Viitattu 31.10.2018]. Saatavana: http://www.e-julkaisu.fi/ensi_ja_turvakotien_liitto/osallisuus_kasikirja/

Pukkila, P. & Helander, J. 16.12. 2016. Miten monialainen yhteistyö rakentuu? [Verkkolehtiartikkeli]. HAMK Unlimited Professional. [Viitattu 19.10.2018]. Saatavana: <https://unlimited.hamk.fi/ammattillinen-osaaminen-ja-opetus/miten-monialainen-yhteistyö-rakentuu/>

Ratkaisujen Suomi. 27.5.2015. Neuvottelutulos strategisesta hallitusohjelmasta. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 31.10.2018]. Saatavana: https://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Hallitusohjelma_27052015.pdf/75d94d8d-15c9-405a-8a9b-eca4987b635e

Rissanen, P. 2015. Toivoton tapaus: Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Helsinki: Kuntoutussäätiö. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 88.

Salonen, M. 2015. Monialaisuuden kehittäminen osaksi Seinäjoen ammattikorkeakoulun ylempiä ammattikorkeakoulututkintoja. [Verkkojulkaisu]. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Liiketoiminta ja kulttuuri. Liiketalouden koulutus. Opinnäytetyö. [Viitattu 19.10.2018]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2015060912913>

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULUN JULKAISUSARJA – PUBLICATIONS OF SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

- A. TUTKIMUKSIA - RESEARCH REPORTS
- B. RAPORTTEJA JA SELVITYKSIÄ - REPORTS
- C. OPPIMATERIAALEJA - TEACHING MATERIALS

Seinäjoen ammattikorkeakoulun aiemmin ilmestyneet julkaisut löytyvät SeAMKin Julkaisut-verkkosivuilta <https://www.seamk.fi/yrityksille/julkaisut/> ja Theseus-verkkokirjastosta <http://theseus.fi>

SeAMK Julkaisut:
Seinäjoen ammattikorkeakoulun kirjasto
Kalevankatu 35, 60100 Seinäjoki
puh. 020 124 5040
kirjasto@seamk.fi

ISBN 978-952-7109-97-7 (verkkojulkaisu)
ISSN 1797-5573 (verkkojulkaisu)

SeAMK 
SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES