

Saara Halonen, Terhi Malm, Susanne Saarniluoto

Imetysohjaussuositusten jalkautussuunnitelma

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Kätilö
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
15.4.2011

Tekijä(t) Otsikko	Saara Halonen, Terhi Malm, Susanne Saarniluoto Imetysohjaussuositusten jalkautussuunnitelma
Sivumäärä Aika	27 sivua + 2 liitettä 15.4.2011
Tutkinto	Kätilö AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Kätilötyö
Ohjaaja(t)	Lehtori Leena Hannula Lehtori Liisa Rytkönen
<p>Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö, joka tehtiin osana "Urbaani vanhemmuus" -projektia. Hankkeen tarkoituksena on edistää vauvaperheiden hyvinvointia ja tukea täysimetystä puoleen vuoteen asti. Hankkeen aikana valmistui ja julkaistiin uusi hoitotyön suositus imetysohjauksesta, 'Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus'. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli perehtyä jalkauttamismenetelmiin ja kehittää jalkauttamiskeino uudelle suositukselle.</p> <p>Työtämme varten tutustuimme eri lähteiden avulla hoitotyön suositusten jalkauttamiskeinoin ja jalkauttamistuloksiin. Valitsemiemme lähteiden perusteella pyrimme päättämään mitkä ovat toimivaksi todettuja keinoja uusien toimintatapojen jalkauttamisessa työyhteisöön. Teoriatiedon pohjalta kehitimme mallin, joka on suunnattu erityisesti äitiys- ja lastenneuvoloihin. Mallissa hyödynsimme lähteistä esiin tullutta tietoa siitä, että uusien toimintatapojen esittäminen työyhteisölle tulisi olla osallistavaa ja monimuotoista. Yksi keino ei tutkimusten mukaan riitä saamaan uusia tapoja riittävän tutuksi tai yhteisöä kiinnostumaan tarpeeksi muuttaakseen toimintaansa. Parhaiten toimivat eri menetelmien yhdistelmät, jossa yhteisö huomioidaan ja heidän mielipidettään kuunnellaan.</p> <p>Teimme neuvoloita varten valmiiksi mallin, jonka mukaisesti uudet imetysohjaussuositukset jalkautettaisiin. Mallin mukaan jalkauttaminen aloitetaan terveydenhoitajien yhteisellä kokouksella, jossa uudet suositukset esitellään ja sovitaan yhteinen paikka mistä suositukset on löydettävissä, esimerkiksi sähköisesti jokaisen terveydenhoitajan omalta tietokoneelta. Samalla pohditaan paikallaolijoiden kanssa heidän asenteitaan imetystä kohtaan sekä halukkuutta muutokseen. Jalkauttamisen toteuttamisesta vastaa alueen imetysvastaava tai imetyssasioissa yhteisössä ansioitunut kollega.</p> <p>Mallia on mahdollista hyödyntää myös muissa imetyksen parissa toimivissa työyhteisöissä. Malli on muokattavissa kunkin työyhteisön tapoihin sopivaksi ja suositusten esitleminen mallin mukaisesti voidaan tehdä niin kuin kyseissä toimipaikassa on toimivimmaksi koettu. Mallia tulisi käyttää myös muualla, sillä se perustuu tutkittuun tietoon.</p>	
Avainsanat	imetyk, hoitosuositukset, implementaatio

Author(s) Title	Saara Halonen, Terhi Malm, Susanne Saarniluoto An Implementation Plan for a Breastfeeding Support Guideline
Number of Pages Date	27 pages + 2 appendices 15 April 2011
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Midwifery
Instructor(s)	Leena Hannula, senior lecturer Liisa rytkönen, senior lecturer
<p>Our functional final project was a part of "the urban parenthood" project. The objective of the project was to advance the wellbeing of families with small children and support exclusive breastfeeding until the age of six months. During the project a new national nursing guideline on breast feeding counselling was written and published, 'Breastfeeding support for mothers and families during pregnancy and birth and after delivery'. The objective of our final project was to become familiar with different ways of implementing nursing guidelines into practise and then to create a tool customized to implement the breastfeeding counselling guideline.</p> <p>For our final project we looked at various articles written on the implementation of guidelines and studies evaluating the final outcomes. Based on the studies and articles selected, we were able to conclude the tools that have proven to be effective in implementing new nursing guidelines into work communities. We then created a model to be used specifically in maternity care and in child welfare clinics. In putting together this implementing tool, we utilised the knowledge gained from the studies saying that when new practises are being brought into a workplace, no one measure in itself is sufficient. To get the professionals and the work community excited and motivated to applying the new guidelines, presenting them should be versatile and inclusive. The best way to do this is to combine different methods so that the organisation and the opinions of those affected by the guidelines are taken into consideration.</p> <p>The model created suggestions that the implementation of the guidelines should begin with a meeting of the local public health nurses where the guidelines are introduced and the group concludes what is the best way to keep the guidelines available for everyday use in the wards. There should also be a moment dedicated for the participants to consider their own attitudes towards breastfeeding and change in practices. The person in charge of implementing the guidelines to a certain area should be the person responsible for breastfeeding related matters in the area or a colleague exemplary in the matter. The model was created so that it is adaptable to other organisations dealing with breastfeeding families and can be adjusted to meet the individual needs of each workplace. Extensive usage of the model is justified, as it means are proven succesful.</p>	
Keywords	breastfeeding, guidelines, implementation

Sisällys

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS	2
3	HOITOTYÖN SUOSITUKSET JA NIIDEN KÄYTTÖ	3
4	HOITOTYÖN SUOSITUKSET IMETYSOHJAUKSESSA	4
4.1	Imetysohjaus	4
4.2	Kohderyhmät	6
4.3	Imetysohjaussuosituks	8
5	HOITOTYÖN SUOSITUSTEN JALKAUTTAMISESTA	11
5.1	Kehityshankkeista	11
5.2	Hoitotyön uudistaminen	12
5.2.1	Uudistamiseen vaikuttavia tekijöitä	13
5.2.2	Sähköisen viestinnän merkitys	15
5.3	Koulutusmenetelmien valinnasta	16
5.4	Hoitotyön suositusten jalkauttamisessa käytettyjä menetelmiä	17
6	IMETYSOHJAUSSUOSITUSTEN JALKAUTTAMINEN NEUVOLATYÖHÖN	21
6.1	Käynnistäminen	22
6.2	Keskustelu, muutostarpeen kartoitus	22
6.3	Arviointia	23
6.4	Vuosittaiset koulutukset	23
7	POHDINTA	24

Liitteet

Liite 1. Jalkautusmalli

Liite 2. Esimerkki suositusten esittelystä

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme on osa moniammatillista "Urbaani vanhemmuus" –hanketta. Hankkeen tarkoituksena on vauvaperheiden hyvinvoinnin edistäminen ja täysimetyksen tukeminen puoleen vuoteen asti ja sen parissa ovat työskennelleet Metropolian Ammattikorkeakoulu, Tampereen yliopiston hoitotieteenlaitos, Tampereen yliopistollinen keskussairaala, HUS kuntayhtymä sekä Naistenklinikan ja Kätilöopiston sairaalat. Keskeinen väline projektissa on Vauvan kaa -verkkopalvelu jonka teknisestä toteutuksesta ja ylläpidosta vastaa Mindcom Oy. Verkkopalvelu tarjoaa monipuolista tietoa, vertaistukipalstan ja mahdollisuuden kysyä asiantuntijalta imetyksestä ja vauvanhoidosta (Kortelainen 2010.)

Vuonna 2010 julkaistiin uudet imetysohjaussuositukset (Suositus raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaukseen). Suosituksilla pyritään edistämään samoja tavoitteita jotka Urbaani vanhemmuus -hankkeessa ovat keskeisiä. Moniammatillisesti laadittujen, tieteelliseen tutkimukseen perustuvien suositusten avulla imetysohjausta pyritään yhtenäistämään ja sen jatkuvuus eri terveydenhuollon yksiköissä takaamaan.

Imetysohjauksen saatavuudessa on Suomessa suuria alueellisia eroja ja imetyksen edistäminen on koordinoimatonta. Imetys on muihin pohjoismaihin verrattuna huonolla tasolla. Vain yksi prosentti suomalaisista vauvoista on täysimetettyjä puolivuotiaina, kun Ruotsissa vastaava luku on 15 % (THL 2009a: 21-22.)

WHO:n ja UNICEF:in vuosina 1991-1992 käynnistämä Baby Friendly Hospital Initiative oli perustana Suomen Vauvamyönteisyys -ohjelmalle. Ohjelma pyrkii tukemaan sekä täys- että osittaisimetystä, ja sairaaloilla on mahdollisuus hakea vauvamyönteisyysertifikaattia kun se toteuttaa ohjelmaa ja sen kymmentä askelta kriteerit täyttäen. Vuonna 2005 Suomessa oli vain neljä sertifikaatin saanutta sairaala. Samana vuonna 75 % Norjan ja 100 % Ruotsin sairaaloista täytti vauvamyönteisyyskriteerit (Hasunen – Ryynänen 2006: 14.)

Uusien imetysohjaussuositusten jalkauttaminen antaa terveydenhuoltohenkilökunnalle yhtenäiset ohjeet imetyksen edistämiseksi. Suositus auttaa tunnistamaan ja huomioimaan äidit jotka tarvitsevat tehostettua ohjausta.

Opinnäytetyömme on imetysohjaussuositusten jalkautussuunnitelma erityisesti neuvoloiden terveydenhoitajille.

2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS

Opinnäytetyöprojektin alussa työmme aiheeksi annettiin ”uusien imetysohjaussuositusten jalkauttaminen”. Suositukset on laadittu imetyksen parissa työskenteleville henkilöille, jotta imetystä pystyttäisiin tukemaan entistä paremmin ja yhtenevämmiin, sekä takaamaan sen jatkuvuus eri terveydenhuollon yksiköissä (Hannula – Kaunonen – Koskinen – Tarkka 2010: 6.) Aiheen myötä lähdimme aluksi selvittämään teorian kautta tarkemmin mitä uudet imetysohjaussuositukset sisältävät, mitä tarkoittaa jalkauttaminen ja mitä vaatii toimintatapojen muuttaminen työyhteisössä. Sen jälkeen piti päättää mikä on työmme tarkoitus.

Opinnäytetyölle varatuilla resursseilla itse jalkauttaminen ei ollut mahdollista, mutta halusimme tehdä opinnäytetyönämme jotain mistä olisi konkreettista hyötyä niille jotka jalkauttamistyöhön ryhtyvät. Tavoitteenamme oli löytää keino, jolla uudet suositukset parhaiten saataisiin jalkautettua käytännön työhön.

Työmme tarkoituksena on luoda teorian perusteella toimintamalli, jonka avulla suositukset voidaan jalkauttaa imetyksen parissa työskenteleville. Alussa kartoitamme erilaisia tapoja, joilla työyhteisön toimintaa voidaan muuttaa. Tarkoituksena on selvittää, mitä tutkimukset osoittavat hyödyllisiksi keinoiksi uusien toimintamallien esittelyssä ja toimeenpanossa. Tutkimusten avulla käymme läpi myös sitä mitkä ovat vaikuttavimpia tapoja vastaanottaa ja omaksua uusia toimintatapoja työyhteisöissä ja mitkä puolestaan saattavat nousta estäviksi tekijöiksi. Näin voimme huomioida edellä mainitut asiat ja suunnitella mallin, jolla uudet suositukset saataisiin juurrutettua mahdollisimman hyvin osaksi käytäntöä. Vaikka tarkoituksenamme on suunnata malli

erityisesti äitiys- ja lastenneuvoloille, se olisi myös muokattavissa eri tahoille jossa imetyksen parissa toimitaan.

3 HOITOTYÖN SUOSITUKSET JA NIIDEN KÄYTTÖ

Hoitotyön suositukset ovat näyttöön perustuvia kannanottoja hoitotyön käytänteisiin (Sairaanhoitajaliitto 2010.) Suomessa Hoitotyön tutkimussäätiö valvoo hoitosuosituksien kehitysprosessia. Tarkoituksena on tunnistaa tärkeitä varsinaiseen hoitotyöhön liittyviä kysymyksiä ja laatia suosituksia silloin kun sellaisia ei kirjallisuuskatsauksen keinoin huomata jo olevan (Hoitotyön Tutkimussäätiö 2010.) Käypä hoito -suositukset ovat suunnattu erityisesti lääkäreille. Suositukset ovat tukena hoitajien ja lääkärin työssä ja päätöksenteossa tarjoamalla yhtenäisen, tutkittuun tietoon perustuvat toimintamallin. Hoitotyön suositusten voidaan myös odottaa olevan kustannustehokas vaihtoehto (Kaila – Mäkelä - Booth ym. 2008).

Hoitosuositus (clinical practise guideline) puolestaan tarkoittaa tieteelliseen näyttöön perustuvaa kannanottoa, joka on asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatima. Hoitosuosituksien avulla voidaan tehdä linjauksia potilasryhmien hoidosta, mutta sitä voi käyttää hoitopäätösten tukena myös yksittäinen lääkäri tai potilas ja sen tarkoituksena on kertoa perustellen mitä asioita kannattaa tehdä tietyn sairauden ehkäisemiseksi, toteamiseksi ja hoitamiseksi. Hoitosuosituksien ovat valtakunnallisia ja niiden tarkoituksena on kertoa mitä tehdään, miksi tehdään ja miten tehdään (Mäntyranta 2003: 5-7).

Hoitosuosituksien laatimisen syynä on ollut lisääntyvä tieto hoitokäytäntöjen alueellisesta vaihtelusta, kustannusten kasvu terveydenhuollossa, sekä terveydenhuollon ammattilaisten päätöksenteon ohjauksen tarve. Syynä on ollut myös lääketieteellisen tiedon nopea lisääntyminen ja terveydenhuollon ammattilaisten vaikeus pysyä ajan tasalla tiedon kanssa. Hoitosuosituksiin suhtautuminen on suomalaisten terveydenhuollon ammattilaisten parissa myönteistä. Positiivinen suhtautuminen on yleisempää esimiestasolla, hoitajista osa ei ole pitänyt suosituksia kovin hyödyllisinä. Erityisesti lääkärit pitävät suosituksia hyödyllisinä ja tärkeinä,

kuitenkin niiden käyttö on ollut melko vähäistä. Ongelmia on koettu yleensä suositusten saatavuudessa (Mäntyranta 2003: 5-11).

Uusien toimintamallien toimeenpanoa tutkitaan Suomessa tällä hetkellä ja käynnissä on erilaisia projekteja, joilla sitä kehitetään. Esimerkiksi Kuopion yliopistollisessa sairaalassa pilotoidaan kaatumistapaturmien ehkäisyyn tähtäävän suosituksen jalkautusmallia. Malli on otettu käyttöön tänä keväänä ja sen vaikuttavuutta selvitetään keväällä 2012 (Korhonen – Tervo – Heikkinen – Holopainen - Miettinen 2011: 5.)

4 HOITOTYÖN SUOSITUKSET IMETYSOHJAUKSESSA

4.1 Imetysohjaus

Tutkimusten mukaan jatkuva tuki raskausajasta vauva-aikaan vahvistaa äitien itsetuntoa, sekä auttaa heitä tuntemaan yhteenkuuluvuutta vauvan kanssa, sekä hoivaamaan tätä. Äitien saama tuki ja ohjaus hoitajilta, jotka ovat käyneet prosessimaisen imetysohjaajakoulutuksen, auttaa heitä ymmärtämään vauvaansa paremmin, kokemaan vauvan enemmän omakseen alusta alkaen, sekä nauttimaan imetyksestä ja olemisesta vauvan kanssa. Heidän varhainen vuorovaikutuksensa vauvan kanssa on vahvempaa ja he puhuvat vauvalleen enemmän. He myös tuntevat olonsa varmemmiksi vauvansa kanssa ja kokevat vauvan läheisemmäksi (Ekström – Nissen 2006: 309–310.) Imetysmyönteisyys ei takaa imetysohjauksen vaikuttavuutta. TAYS:ssa vuonna 2000 tehty tutkimus antaa viitteitä siihen että Vauvamyönteisyys-ohjelman toteutumisessa on ongelmia ja äidit ovat kokeneet saamansa imetysohjauksen »imetyskseen pakottamiseksi», »fanaattisuudeksi» ja »vouhotukseksi». Äidit toivoivat imetysohjaukseen positiivisempaa otetta, enemmän kehuja ja kannustusta (Mölsä – Tammela 2002: 1097-1098).

Prosessimainen imetysohjauskoulutus raskausajasta lastenneuvolaan yhdistettynä interventioon, joka takaa ohjauksen jatkuvuuden, antaa äideille tyydyttävämpää emotionaalista ja informatiivista tukea. Syynä tähän saattaa olla äitien vanhemmuuteen

liittyvän stressin lievittyminen hoitajan avulla. Hoitaja voi helpottaa äidin hermostuneisuutta vauvansa hyvinvoinnista tarjoamalla rauhoittavan ja ymmärtäväisen ilmapiiirin sekä olemalla aktiivinen kuuntelija ja antaa parhaita neuvoja hyvään imetykseen (Ekström – Nissen 2006: 310.)

Ohjauksen tulisi alkaa jo raskausaikana. Tutkimusten mukaan raskausaikana saatu tuki voi hälventää äidin stressiä ja edesauttaa äidin ja vauvan yhteenkuuluvuuden tunnetta. Stressi ehkäisee oksitosiinin vapautumista ja voi vaikeuttaa äidillisten tunteiden syntymistä. Rentoutunut äiti on valppaampi tulkitsemaan ja ymmärtämään vauvansa viestejä. Imetys itsessään auttaa äidin ja vauvan välisen siteen kehittymistä vapauttaessaan oksitosiinihormonia, tehden näin äidistä vähemmän hermostuneen ja rennomman. Hoitohenkilökunnalta saadulla tuella raskausaikana ja lapsen syntymän jälkeen on suuri ja pitkäaikainen vaikutus äidillisten tunteiden heräämiseen sekä äidilliseen käytökseen (Ekström – Nissen 2006: 312.)

Imetysohjauksen tulisi olla automaattisesti osa tarjottavia terveyspalveluita. Ammattimainen imetysohjaus edistää tutkitusti täysimetystä. WHO:n/UNICEF:n mukainen imetysohjauskurssi on todettu olevan tehokas malli ammattilaisten kouluttamiseen. Myös vertaistuki on tärkeää täysimetyksen ja yleensäkin imetyksen edistämisen kannalta. Ammattilaisten ja vertaisten yhdessä tarjoama tuki on tärkeää imetyksen onnistumiselle, erityisesti ensimmäisen kahden kuukauden aikana ja kasvokkain annettu ohjaus on todettu tehokkaammaksi kuin puhelimitse annettu (Britton – McCormick – Renfrew – Wade – King 2009: 9.)

Imetystä edistetään parhaiten turvaamalla äideille ja vauvoille ympärivuorokautinen vierihoito WHO:n/UNICEF:n kymmenen askeleen mukaisesti. On myös kiinnitettävä huomiota siihen, että annettava imetysohjaus toimii parhaiten aina parhaiten, kun se on ryhmälähtöistä. Hoitohenkilökunnan ja vertaistukijoiden yhdessä tarjoama ammattimainen ohjaus on todettu hyväksi, erityisesti silloin kun se on asiakaslähtöistä, henkilökohtaista sekä epävirallista ja se annetaan raskausaikana ja syntymän jälkeen (Dyson – McCormick – Renfrew 2008: 9-10.)

Imetysohjaukseen sopiva peruskoulutus on Vauvamyönteisyys-ohjelman mukainen 20 tunnin koulutus. Sen lisäksi kertauskoulutus on tarpeen niille, jotka ovat saaneet

imetysohjaajakoulutuksen aiemmin. Myös imetysohjauksen ongelmakohtiin keskittyvää koulutusta tarvitaan. Yhteisiä koulutustilaisuuksia olisi hyvä järjestää sairaala- ja neuvolahenkilökunnalle, jotta saadaan edistettyä samalla keskustelua osapuolten välillä ja yhteistyötä hoitoketjun eri osa-alueilta saadaan vahvistettua. Koulutuksen lisäksi on tärkeä järjestää osastotunteja ja muita yhteisiä tilaisuuksia, jossa voidaan keskustella tilanteen kehityksestä ja sen herättämistä tunteista. Henkilöstön voi olla vaikea muuttaa työskentelytapojaan sekä ajatusmalliaan ja on tärkeä huolehtia, etteivät tunteet muodostu muutoksen esteeksi. Kun toimintasuunnitelman tavoitteet on saavutettu, täytyy imetystiedot ja taidot pitää ajan tasalla päivittämällä ne vuosittain. Samalla on hyvä tehdä selvitys imetysohjauksen tilasta. Näin saadaan säilytettyä imetysohjauksen taso korkeana. (KTL 1994: 4-5.)

4.2 Kohderyhmät

Imetysohjaus teemana koskettaa suurta ryhmää terveydenhuollon ammattilaisia sekä vertaistukihenkilöitä ja kolmannen sektorin toimijoita. Jalkauttamista suunniteltaessa on nähtävä, keille suositukset on tarkoitettu ja keiden työhön ne ensisijaisesti vaikuttavat.

THL on huhtikuussa 2010 asettanut seurantaryhmän, joka valvoo imetyksen edistämishjelman toteutumista. Sama ryhmä myös auditoi vauvamyönteisyysertifikaatin toteutumisen sekä tarkastaa määräajoin sen. Ryhmä myös seuraa imetysohjaussuositusten toimeenpanoa, sillä ne ovat yhtenevät imetyksen edistämishjelman kanssa. (Rova – Pouta 2010).

Imetysohjaus synnytyssairaaloissa on kättilö- tai hoitajakohtaista. Synnytyssairaalan yhteys neuvolaan ei aina välttämättä ole toimiva, joten myös erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä tulisi parantaa. Suomessa on 34 synnytyssairaala ja valtaosa kättilöistä on saanut imetysohjaajakoulutuksen viimeistään työpaikalla (THL 2009a: liitetaulukko 2.) Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä esittää, että vuoden 2010 aikana jokaiseen 20 sairaanhoitopiiriin nimetään imetyskoordinaattori, joka edistää imetyksen myönteistä kehitystä omassa piirissään (THL 2009a: 101).

Neuvoloiden terveydenhoitajien koulutukseen ei sisälly pakollista imetysohjaajakoulutusta kaikkialla, vaikka se on sisältynyt opetusministeriön valtakunnallisiin osaamisvaatimuksiin vuodesta 2006. Terveydenhoitajia koulutetaan Suomessa 23:ssa terveydenhuoltoalan oppilaitoksessa joista yhdeksässä imetysohjauskoulutus on pakollisena koulutusohjelmassa, viidessä oppilaitoksessa tämän kokonaisuuden voi suorittaa vapaaehtoisina tai vaihtoehtoisina opintoina. (THL 2009a: 91.) Tutkimusten mukaan äidit hyötyvät eniten juuri ohjauksesta, joka on aloitettu jo raskausaikana ja sitä jatketaan koko imetysajan läpi. Imetys on myös nautinnollisempaa äideille, jos se on saanut alkaa heti alusta asti hyvin. Prosessimainen imetysohjaus, joka takaa hoidon jatkumon vahvistaa äitien tunnesidettä vastasyntyneitään kohtaan. (Ekström - Nissen, Eva 2006: 309 - 314.) Neuvolan rooli imetysohjauksen jatkuvuudessa on keskeinen. Synnytyssairaalan ja neuvolan yhteistyön tiivistämisellä voitaisiin varmistaa että tieto imetyksen ongelmista ja mahdollisista riskitekijöistä saavuttaisi ne joiden käsissä imetyksen tukeminen kulloinkin on (THL 2009a: 53).

Lääkärien koulutuksessa imetystä sivutaan sattumanvaraisesti muiden aiheiden yhteydessä, mutta sille ei sinällään ole omaa opintojaksoa. Lääkärit kuitenkin työskentelevät vauvojen kanssa neuvoloissa, synnytyssairaaloissa ja lastensairaaloissa. Imettävien äitien kysymykset esimerkiksi lääkkeisiin tai sairauksien hoitoon liittyen saattavat tulla vastaan millä hyvänsä kentällä toimivalle lääkärille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Imetyksen edistäminen Suomessa -toimintaohjelma suosittaa että lääkäreiden peruskoulutukseen sisällytettäisiin imetyksen fysiologia, imetyksen käytäntö sekä imetyssuosituksat. Lääketieteellisten tiedekuntien tulee huolehtia näiden asioiden sisällyttämisestä lääkäreiden peruskoulutukseen kaikissa lääketieteellisissä tiedekunnissa (THL 2009a: 93 - 94).

Kätilöopiskelijat ovat tulevaisuudessa tärkeässä asemassa imetystä tukemassa. Suomessa toimii 8 ammattikorkeakoulua, jotka kouluttavat kätilöitä. Seitsemässä näistä tarjotaan opintopisteen imetysohjaajakoulutus pakollisena opintojaksona. Yhtä ammattikorkeakoulua lukuun ottamatta imetysohjausta opettavilla opettajilla on itsellään joko imetysohjaaja- tai imetysohjaajakouluttajakoulutus, joissain tapauksissa molemmat (THL 2009a: 92).

Vertaistuen rooli imetyksen edistämisen ja jatkumisen kannalta on merkittävä (THL 2009a: 55), joten myös vapaaehtoisille toimijoille, järjestöille ja vertaisryhmille pitäisi saada tieto uusista suosituksista.

Suomessa toimiikin aktiivisesti Imetyksen tuki ry:n imetystukiryhmiä monilla paikkakunnilla. Ryhmien vetäjistä aina ainakin yksi on Imetyksen tuki ry:n jäsen.

Imetyksen tuki ry tekee tärkeää työtä imetyksen edistämiseksi, järjestää koulutusta, välittää tietoa ja tarjoaa mm. vapaaehtoisvoimin toteutettua imetystukea puhelimitse (Imetyksen tuki ry.)

Imetys voi olla ajankohtainen aihe esimerkiksi hammashuollossa, yksiköissä joissa hoidetaan sairaita imeväisikäisiä tai imettäviä äitejä, ja muissa yksiköissä joissa odottavat tai imettävät äidit ja perheet ovat asiakkaina (THL 2009a: 93.)

Suositukset on tehty terveen lapsen imetysohjauksen tukemiseksi eivätkä erityiskysymykset ja yksittäistapauksen pääse esiin. Terveysten ja hyvinvointilaitoksen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmän mukaan kuitenkin myös nämä osastot on osallistettava imetyksen tukemiseen (THL 2009a: 67.)

Suosittelun kohderyhmiin kuuluvat siis kaikki imettävien äitien ja perheiden kanssa työskentelevät, ja myös kouluttavat ja johtavat tahot. Näyttöön perustuvaa hoitotyötä kehitettäessä on tarpeen tehostaa näiden tahojen välistä yhteistyötä (Perälä – Toljamo – Vallimies-Patomäki – Pelkonen 2008: 11).

4.3 Imetysohjaussuositukset

Maailman terveysjärjestö WHO suosittelee täysimetystä puolen vuoden ikään asti. Samaa suositellaan Suomessa aiemmin julkaistuissa imetyssuosituksissa. Suomessa imetetään suosituksia lyhyemmän ajan. Pohjoismaista Suomessa imetetään vähiten. Erityisesti täysimetys on vähäistä, vain 1 % vauvoista on kuuden kuukauden iässä täysimetettyjä, kun vastaava luku on Ruotsissa 15 %. Yksinomaisen rintaruokinnan kesto on Suomessa keskimäärin 1,4 kuukautta. Imetyksen kokonaiskesto on kuitenkin pidentynyt Suomessa viimeisen vuosikymmenen aikana. Tilastoissa on myös nähtävissä suuria alueellisia eroja (Hannula – Kaunonen – Koskinen – Tarkka 2010: 4-5.)

THL on julkaissut ensimmäisen kansallisen toimintaohjelman imetyksen edistämiseksi vuonna 2009. Ohjelmassa keskeistä on näyttöön perustuvien imetysohjauskäytäntöjen edistäminen lapsia ja perheitä hoitavissa terveydenhuoltoalan yksiköissä, imetyksen edistämisen parissa työskentelevien osaamisen vahvistaminen, sekä tarvittavien paikallisten, alueellisten ja kansallisten rakenteiden luominen imetyksen edistämiseksi. Näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseksi suositeltiin myös imetystä tukevien hoitotyön suositusten laatimista. (Hannula ym. 2010: 5.) Suositusten luonne on ennaltaehkäisevä, toisin kuin esim. käypä hoito -suositukset, jotka pureutuvat olemassa oleviin ongelmiin.

Syksyllä 2010 ilmestyneet imetysohjaussuositukset perustuvat kirjallisuuskatsaukseen, johon etsittiin tutkimuksia useista tietokannoista. Katsauksesta suljettiin pois tutkimukset, jotka olivat kulttuurisesti kaukana Suomesta tai liittyivät suoraan sairaan lapsen imetykseen tai muuten poikkeukselliseen imetykseen. (Hannula ym. 2010: 7-8.)

Suositus raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjauksesta koostuu kahdesta osasta; a) yksilöllisen imetysohjauksen varmistaminen b) imetysohjaus raskauden, synnytyksen ja synnytyksen jälkeisenä aikana. (Hannula ym. 2010: 10.) Suosituksella pyritään yhtenäistämään imetykseen liittyviä ohjauskäytäntöjä ja parantamaan imetystuen laatua. Suositusta hyödyntämällä asiakkaille voidaan tarjota yksilöllistä, järjestelmälliseen kirjallisuuskatsaukseen perustuvaa ohjausta. Suositus antaa perheiden kanssa työskenteleville välineet joilla ohjauksen yhtenäistäminen on mahdollista ja ohjauksen jatkuvuus raskausajasta synnytyksen jälkeiseen aikaan on toteutettavissa. Syynä imetystavoitteiden toteutumattomuuteen on usein puutteellinen neuvonta (THL 2009a:22).

Suosituksessa korostetaan imetysohjauksen moninaisuutta; imetysohjausta ei ole vain neuvolassa tai synnytyssairaalassa annettu tieto, vaan parhaillaan imetysohjaus on vuorovaikutteista, asiakaslähtöistä ja jokaisen asiakkaan henkilökohtaiset voimavarat huomioivaa. Ammattilaisten antama tuki imetykseen korostuu heti synnytyksen jälkeen. Lapsen kasvaessa vertaistuesta tulee merkittävämpää. Täydentävää imetysohjausta on mahdollista saada vertaisryhmissä, ja siihen voi olla tarvetta myös muualla sairaanhoidossa. Ohjaustarpeeseen voidaan vastata esim. tukipuhelimessa tai internetissä, tietoa voidaan antaa kirjallisesti tai kasvokkain. Tapoja on monia ja

parhaat tulokset saadaan eri menetelmiä yhdistelemällä, pelkkä kirjallinen ohjaus ei riitä. Imetysohjaus on hyvä tapahtua moniammatillisena yhteistyönä, terveydenhuollon ammattilaisten ja vertaistukijoiden yhteistyö tukee imetystä. Suosituksissa korostetaan myös äidin puolisolta ja muulta lähipiiriltä, erityisesti omalta äidiltä saaman tuen merkitystä. Imetyksen aloitukseen vaikuttaa puolison, läheisten ja vertaisten asenteet. Sosiaalinen tuki ympäristöstä vaikuttaa myös imetyksen jatkumiseen. Siksi imetysohjaus on tärkeää ulottaa myös äidin lähipiiriin ja läheisten imetystietoutta voidaan lisätä esim. perhevalmennuksessa ja kotikäynneillä. (Hannula ym. 2010: 5 - 12.)

Imetysohjaussuositus auttaa tunnistamaan ne äidit, jotka tarvitsevat imetykseen erityistä tukea. Erityisesti riskiryhmät tulisi tunnistaa ja panostaa heidän tukemiseensa. Näin ollen ylimääräinen tai räätälöity tuki voidaan suunnata sitä eniten tarvitseville. Riskiryhmien tunnistaminen ja kohdennettu tuki lisäävät imetyksen kestoa. Suosituksissa on omat osionsa ohjaukseen raskausaikana, synnytyssairaalassa ja kotiutuksen jälkeen, ja se antaa eri sairaanhoidon kentillä työskenteleville hyvän mallin siitä, miten imetysohjausta tulisi toteuttaa. Suosituksissa painotetaan imetystuen jatkuvuutta raskausajasta vauva-aikaan äitiys- ja lastenneuvolassa, sekä synnytyssairaalassa ja imetystukiryhmissä. Raskausaikana aloitettu imetysohjaus vahvistaa imetystietoutta ja positiivisia asenteita. Synnytyssairaaloissa vauvamyönteisyys-ohjelman mukaisten imetystä tukevien käytäntöjen noudattaminen lisää täysimetystä ja imetyksen kestoa. Myös perhekeskeisyys synnytyssairaalassa lisää täysimetysten kestoa kotona. Ensimmäisten viikkojen aikana annetulla erityisesti terveydenhuollon ammattilaisilta tulevalla tuella voidaan ehkäistä imetysongelmia ja se on merkittävää imetyksen onnistumiselle. Tuen tulisi olla helposti saatavilla kotiutumisen jälkeen, sillä yksilöllisellä tuella varmistetaan imetyksen jatkuvuus. Imetyksen jatkuessa vertaistuen merkitys korostuu ja perheitä ohjataan vertaistuen pariin. (Hannula ym. 2010: 10 - 14.)

Yksittäinen ohjauskerta raskaus- tai vauva-aikana ei ole riittävää, vaan ohjauksen ja tuen tulee alkaa hyvissä ajoin vauvaa odotettaessa ja jatkua samankaltaisena imeväisikäisen kanssa. Suositus on tehty valtakunnalliseksi ohjeeksi ja se on tarkoitettu käyttöön otettavaksi käytännön hoitotyössä erityisesti perusterveydenhuollossa ja sairaaloissa. Johtajien eri sektoreilla tulisi mahdollistaa niiden käyttö. Suositukset ovat

samassa linjassa ”Imetyksen edistäminen Suomessa – Toimintaohjelma 2009–2010” kanssa. (Hannula ym. 2010: 11 - 15.)

5 HOITOTYÖN SUOSITUSTEN JALKAUTTAMISESTA

5.1 Kehityshankkeista

Kehittävässä hankkeessa hankepäälliköllä on suuri vastuu hankehenkilöstön ja sidosryhmien osallistamisessa ja sitouttamisessa hankkeeseen. Yleensä osallistujat ovat aluksi motivoituneita ja innostuneita työnsä kehittämisestä. Jos innostus saadaan säilymään, käy usein niin, että jokainen osallistuja ottaa vastuun tavoitteiden yhteisestä saavuttamisesta. Osallistujien on ymmärrettävä ja hyväksyttävä hankkeen tavoitteet voidakseen sitoutua kehittämiseen. Myös heidän kokemuksensa oman työpanoksensa merkityksellisyydestä vaikuttaa motivaation säilymiseen ja sitoutumiseen. Motivaatio hankkeessa toimimiseen vahvistuu, kun osallistujat saavat mielenkiintoisia tehtäviä. Joskus kuitenkin hankehenkilöstön motivaatio loppuu eivätkä he ole sitoutuneita. Tähän voi olla monia syitä, mm. epäselvyys hankkeen tai yksilön tehtävästä epäonnistumisen kokemukset tai vähäiset vaikuttamismahdollisuudet. Monet raskaat ja toisistaan irralliset hankkeet saattavat vaikeuttaa työyhteisön motivoimista. Motivaation ja sitoutumisen ylläpitämiseksi niitä heikentävät tekijät on tärkeää huomioida. Hankepäälliköllä on tässä suuri rooli ja hänen on helpompi luoda myönteinen ja luottavainen ilmapiiri mikäli hän on itse innostunut ja uskoo kehittämistyön onnistumiseen. (Heikkilä ym. 2008: 102 - 103.)

Yhteiskunnan kehityksen mukana muuttuvat myös terveydenhuollon organisaatiot. Tämä vaatii organisaatioilta oppimista. Oppivassa organisaatiossa rohkaistaan yhteisten tavoitteiden muodostamista ja ihmisten yhdessä oppimista. Oppimaan oppiminen on tärkeä tavoite, jolla voidaan kehittää kykyä vaikuttaa tulevaisuuteen sen sijaan että ainoastaan säilytettäisiin entiset toimintatavat. Henkilöstön osaamisen kehittämisen lähtökohtana voidaan pitää nykyisen osaamisen ja tavoitellun osaamisen välistä kuilua. Kuilun täyttämiseksi rakennetaan usein kehittämishankkeita joihin sitouttamisessa organisaation johdolla on tärkeä tehtävä. (Heikkilä ym. 2008: 39 - 41.)

Kun hoitoa halutaan kehittää ja henkilökunnan työtehtävissä ja toimintatavoissa tapahtuu muutoksia, korostuvat monenlaiset koulutustarpeet. Hankkeiden tutkimus- ja kehittämistoiminta voidaan saada palvelemaan terveydenhuollon henkilökunnan ja opiskelijoiden oppimista ja informaation saantia. Hyviä kanavia tiedon välitykseen ja keskusteluun voivat olla esim. yhteistyöseminaarit, joissa käsitellään pohjaselvityksiä, toiminnan seurantalutoksia ja uusia ideoita. Tutkimustieto ohjaa perehtymään lisää muuhun päteväksi osoitettuun tietoon, jota toiminnassa tarvitaan. Nyky-yhteiskunnassa koulutuksen merkitys on suuri, koska uutta tietoa tuotetaan aina vaan nopeammin. Oppijoita voidaan perehdyttää asioihin uudella tavalla koulutuksia monimuotoistamalla. Haaste uuden toiminnan luomisesta myös motivoi ja tuo uusia ulottuvuuksia työhön, jolloin työ voidaan saada tuntumaan entistä mielekkäämmältä. Myös ammattitaidon kehittyminen ja ajantasaisuus voidaan varmistaa koulutuksella. (Heikkilä ym. 2008: 41 - 43.) Koulutusten on myös todettu edistävän hoitosuositusten käyttöä hoitotyössä. Valtit -hankkeen yhteydessä huomattiin että hoitosuosituksia käsitteleviin koulutuksiin osallistuneet henkilöt käyttivät suosituksia aktiivisemmin ja jakoivat potilasmateriaalia enemmän kuin ne jotka eivät koulutuksiin osallistuneet. Huomattiin myös että mihin tahansa hoitosuosituskoulutukseen vuoden sisällä osallistuneilla hoitotyöntekijöillä hoitotyönsuosituksia käyttävien osuus oli suurempi (Patja – Jallinoja – Kuronen 2006).

Valtakunnallinen hoitosuositus saadaan vaikuttamaan hoitokäytäntöihin parhaiten laatimalla siitä alueellinen tai paikallinen sovellus, joka juurrutetaan aktiivisesti käytäntöön. Kaikista suosituksista ei voida laatia paikallista sovellusta, joka saadaan kaikkien toimijoiden käyttöön etenkin perusterveydenhuollossa. Jos toimipaikan käytännöt seuraavat pääosin suositusta, eikä työnjaossakaan ole ongelmia, riittää uuden suosituksen esille ottaminen yhteisissä kokouksissa. Jos ongelmia on havaittu, täytyy ryhtyä aktiiviseen soveltamiseen ja toimeenpanoon. Ongelmat voivat tulla esille ammattilaisten kokemusten kautta tai potilaiden ilmaisemina (Mäntyranta ym. 2003: 13.)

5.2 Hoitotyön uudistaminen

Hoitosuositusten toimeenpano edellyttää aktiivista toimintaa, sekä toimia jotka tukevat käytäntöjen muutosta. On tärkeää muodostaa ensin yleiskuva halukkuudesta siirtä uusiin käytäntöihin, erityisesti jos muutokset ovat suuria. Myös käyttöönoton esteiden

hahmottaminen on tärkeää. Muutosten suunnittelu riippuu siitä onko keskeisin ongelma esim. ajan tai henkilöstön puutteessa, ammattilaisten osaamisessa vai potilaiden voimakkaissa asenteissa.

Pelkkä uuden tiedon jakaminen ei riitä, vaan hoitotyön uudistamiseksi tarvitaan asenteiden ja toimintatapojen muutoksia. Vaikka monien muutosten aikaansaaminen vaatii resursseja joita voidaan järjestää vain päättäjien tai esimiesten toimesta, voidaan työntekijöiden motivaation kannalta pitää merkittävänä myös sitä että yksiköistä löytyy muutokseen motivoituneita ja siihen uskovia ihmisiä jotka osaltaan vievät asiaa eteenpäin (Kuronen 2007).

5.2.1 Uudistamiseen vaikuttavia tekijöitä

Useat aiheeseen liittyvät lähteet on pohjattu Mouldingin (1999) teorialle, joka on laadittu helpottamaan suositusten käyttöönottoa ja edistämään niiden hyödyntämistä käytännön työssä. Teoriassa painotetaan seuraavien asioiden huomioimista uusien suositusten jalkauttamisessa;

- Käytäntöjen muuttaminen on prosessi, jonka läpi työntekijät voivat kulkea oikeiden menetelmien avulla.
- Työntekijöiden huolet muutosprosessissa on huomioitava muutosta johtavien henkilöiden taholta.
- Arvio työntekijöiden muutoshalukkuudesta voi auttaa oikeiden jalkautusmenetelmien valinnassa.
- Mahdolliset käytön esteet on myös arvioitava muutosstrategiaa valittaessa.
- Jalkautusmenetelmissä on hyvä käyttää useita eri menetelmiä yhden menetelmän sijaan.
- Työntekijöitä on koulutettava uusien menetelmien käyttöönottoon kannustamiseksi.
- Koulutusmenetelmien tulisi olla aktivoivia ja osallistavia.
- Johtajien ja vertaisryhmän asenne voi olla voimakas vaikuttaja muutoshalukkuuteen.
- Ympäristön tuki on keskeistä muutokseen innostamisessa, sekä sen omaksumisessa (Moulding 1999: 181.)

Leila Lehtomäki jakaa jalkauttamisen onnistumiseen vaikuttavat tekijät Mouldingin pohjalta neljään osaan:

a.) Organisaatiosta johtuvia tekijöitä ovat kollegoiden tuki tai vastustus, johdon tuki, muiden ammattiryhmien mukaan saaminen, toimintakulttuuri sekä taloudelliset tekijät. (Lehtomäki 2009: 27)

b.) Hoitajien asenne uusiin suosituksiin on merkittävässä asemassa. Niihin vaikuttaa luonnollisesti myös suositusten laatu; mikäli suositukset tarjoavat käytännöllisiä toimintamalleja, jotka helpottavat päätöksentekoa työssä, niihin suhtaudutaan yleensä suopeasti. Mikäli hoitosuositukset muuttavat paljon aiemmasta käytännöstä, hoitajien on tärkeä tietää, mikä toiminnassa on olennaista muuttaa ja miksi. Hoitajien hyvä tietämys suosituksista ja niiden vaikutuksista edesauttavat suositusten omaksumista. (Lehtomäki 2009: 27)

c.) Potilasryhmästä johtuvia ongelmia voivat olla negatiivinen asenne, kyvyttömyys vastaanottaa tietoa tai epäluottamus hoitosuosituksiin. Sen, että potilas tuntee suositukset jo ennalta, on koettu edistävän suositusten täytäntöönpanoa. (Alanen – Välimäki – Kaila 2008: 2616.)

d.) Suosituksesta riippuvia tekijöitä ovat suosituksen tunnettuus, konkreettisuus ja sen noudattamisen vaatiman lisätyön määrä. Myös erilaisten suositusten suuri määrä voi vaikuttaa negatiivisesti, sillä sekä potilas että hoitaja voivat olla epävarmoja suosituksen pätevyydestä. (Lehtomäki 2009: 29.) Tämä saattaa olla ongelma imetysohjaussuositusten suhteen, sillä Suomessa on viime aikoina aktivoiduttu imetysasioissa ja monet tahot ovat mukana tukemassa ja kehittämässä imetysohjausta ja kulttuuria.

Kun hoitajia haastateltiin hypertension hoitosuositusten jalkauttamisesta tuloksista, voitiin todeta, että jalkauttamiseen vaikuttavat tekijät voidaan jakaa neljään (4): organisaatiosta, hoitajista, tuloksista ja potilasryhmästä johtuviin. (Alanen ym. 2008: 28) Tämä tutkimus tukee Mouldingin teoriaa.

Samankaltaisia tuloksia saatiin tutkimuksessa, jossa selvitettiin ammattikorkeakoulun ammatillisia erikoistumisopintoja suorittavien opiskelijoiden käsityksiä tutkitun tiedon käyttöä edistävästä ja estävästä tekijöistä hoitotyössä. Tutkimuksen mukaan tutkitun

tiedon käytön esteet liittyvät hoitajaan itseensä, organisaatioon, tutkittuun tietoon ja sen saatavuuteen. Organisaatioon liittyviä esteitä koettiin olevan enemmän. Niitä ovat mm. se, ettei hoitajilla ole aikaa lukea tutkittua tietoa, soveltaa sitä hoitotyöhön, eikä riittäviä valtuuksia muuttaa nykyisiä hoitokäytänteitä. Tutkitun tiedon käytön esteiksi koettiin myös hoitajien puutteellista koulutusta, sekä kirjastojen ja organisaatioissa olevien tietokantojen vähäisyyttä. Keskeisinä käyttöä edistävinä tekijöinä tutkimuksessa pidettiin tiedon helppoa saatavuutta ja käytännön läheisyyttä. Tutkittua tietoa olisi hyvä julkaista suomen kielellä ja hoitotyön ammattilehdissä. Edistäviksi tekijöiksi mainittiin myös esimiehen tuki ja hoitajan oma kiinnostus, sekä täydennyskoulutus (Hupli – Pakkonen – Salminen 2010: 30 - 35.)

Myös Arja Häggman-Laitila toteaa tutkimuksessaan, että henkilökunnan tietoisuus uuden asian oppimiseen varatusta resurssista on merkityksellistä omaksuttaessa uusia toimintatapoja sen lisäksi, että resursseja varataan (Häggman-Laitila 2009: 254). Yksi tärkeimmistä syistä, miksei suosituksia noudateta on se, ettei henkilökunnalla ole aikaa perehtyä suosituksiin (Renko 2003)

Miilunpalo kumppaneineen painottaa, että suositusten toimeenpanon kannalta olennaista on kunkin yksikön oma toiminta jalkauttamisessa. Suositukset on saatava koskettamaan kaikkia asian parissa työskenteleviä eikä ainoastaan eniten alansa uutisia seuraavia. (Miilunpalo – Toropainen – Mäkinen 2002: 617.)

Useassa lähteessä esiin nostetaan myös ansioituneen kollegan merkitys jalkauttamisessa (Mäntyranta ym. 2003: 16-18, Häggman-Laitila 2009: 253). Häggman-Laitila toteaa artikkelissaan, että ”fasilitaattori” toimiessaa ryhmän sisällä voi rohkaista henkilöstöä reflektioon, kriittiseen ajatteluun, tunnistaa heidän oppimistarpeitaan ja arvioi muutoksen kehitystä. Tällaisen fasilitaattorin tuen ja koulutuksen tarpeesta ei vielä ole tutkimusta. (Häggman-Laitila 2009: 253.) Tämän huomioiminen on johtavan portaan vastuulla jalkauttamistyössä.

5.2.2 Sähköisen viestinnän merkitys

Suomessa on hyödynnetty tietotekniikkaa hoitotyössä jo 1960-luvulta lähtien. Sen tavoitteena hoitotyössä tulisi olla hoitotyön kehittäminen ja tehostaminen, sekä palveluiden parantaminen. Tietotekniikka parantaa olemassa olevan tiedon

siirrettävyyttä henkilöiden ja organisaatioiden välillä ilman ajallista tai maantieteellistä etäisyyttä. Erilaiset tietojärjestelmät ovat tärkeitä työvälineitä kun kehitetään hoitohenkilökunnan tuottavuutta ja tehokkuutta, sekä toiminnan rationalisointia terveydenhuolto-organisaatioissa. (Lapveteläinen – Grönroos – Turunen – Perälä 2006: 10.)

Terveydenhuollossa on aikaisemmin ollut vaikeampi saada ajantasaista informaatiota, johon nykyinen tietotekniikka antaa paremman mahdollisuuden. Jotta tietotekniikan hyödyntäminen saataisiin toimivaksi, on käytettävä tiedostettuja prosesseja. Terveydenhuollossa on alettukin ottamaan käyttöön jo laajasti teollisuuden ja yrity maailman käytössä olevia toiminnanohjausjärjestelmiä prosessiorganisaatioon siirtymisen myötä. Tähän asti terveydenhuollon organisaatiot ovat toimineet pitkälti funktionalisen ohjausfilosofian mukaisesti, jossa erikoisosaamisen alueet on organisoitu omaksi yksiköksi. Käytännössä siis toimintoja on johdettu hierarkkisesti ylhäältä alaspäin erikoisalakohteisesti. HUS:in sisäinen tieto kulkee nykyään hyvin intranetin kautta eri ammattiryhmien ja erikoisalojen välillä, mutta yhteistyö synnytyssairaaloiden ja neuvoloiden välillä ei toimi vielä sähköisesti. Tämä siis osittain toteuttaa funktionalisen ohjausfilosofian vaihtoehdoksi on ehdotettua prosessiperustaista organisaatiota, jossa asiat ryhmitellään niiden prosessien ympärille, jotka tuottavat potilaille arvoa. Painopiste on silloin kokonaisuuden sujumisessa ja asiat voivat edetä yksi asia kerrallaan tai rinnakkaisesti kahta tai useampaa reittiä yhtä aikaa (Lundgren-Laine – Salanterä – Haapalainen-Suomi 2007: 59 - 60.)

5.3 Koulutusmenetelmien valinnasta

Menetelminä koulutuksien vaikuttavuudesta esiin nousevat työpaja- ja pienryhmätyyppiset koulutukset. (Melender – Häggman-Laitila 2010: 50, Jaatinen – Saxen – Aho 2007: 4134) Luentomaista koulutusta ei voida yksin pitää vaikuttavana, mutta se tarjoaa asianosaisille mahdollisuuden keskustella kokemuksistaan.

Suuressa organisaatiossa saattaisi olla hyvä kysyä suhtautumista uusiin hoitosuosituksiin esim. sähköpostilla. Hyvää tietoa haasteista voi antaa suositusten esitleminen työpaikan kokouksissa ja siellä esille tulevilla kommentteilla, kysymyksillä, vastaväitteillä tai hiljaisuudessa. (Mäntyranta ym. 2003: 14 - 15.) On todettu, että ne hoitajat, joiden omat taidot imetysohjauksessa eivät ole riittäviä,

omaavat myös huonoimman asenteen imetysohjaukseen eikä heidän osoittamansa tuki ole tuloksellista. Jatkuva reflektointi työyhteisössä on keino, joka tukee hoitajia äitien voimaannuttamisessa ja antaa heille varmuutta toimia tilanteen mukaan. (Ekström – Matthiesen – Widström – Nissen 2005: 357 – 358.)

Erilaisissa ympäristöissä kohdataan erilaisia ongelmia, jolloin jalkauttamisessa käytettyjen menetelmien suunnitteluvaiheen tärkeys korostuu. Myös kohderyhmän huolellinen määrittely on tärkeää, ja kohderyhmän ottaminen mukaan suunnitteluprosessiin on todettu suositusten käyttöön siirtymistä edistäväksi tekijäksi. yhden koulutusmenetelmän sijasta tulisi suosia erilaisten menetelmien yhdistämistä jolloin saavutetaan parhaat tulokset. Suositusten ilmestyminen alan julkaisuissa, verkostoituminen ja kollegoiden vertaistuki on kaikki todettu merkittäviksi tekijöiksi. Mahdollisiin vastoinkäymisiin ja jalkauttamisen esteisiin tulisi varautua jo suunnitelmavaiheessa ja menetelmiä valitessa olisi hyvä ottaa huomioon niiden mahdolliset heikkoudet. Myös valitun menetelmän testaus ennen sen laajempaa käyttöä on suositeltavaa (Grol 2001: 53).

5.4 Hoitotyön suositusten jalkauttamisessa käytettyjä menetelmiä

Erilaisten hoitokäytänteiden ja uuden tiedon viemistä osastoille on toteutettu erilaisin keinoin.

WHO:n vauvamyönteisyysohjelman eteenpäin vieminen on alkanut jo vuodesta 1990. Suomalaisista synnytyssairaaloista 4 on saavuttanut sertifikaatin, kun Ruotsin synnytyssairaaloista se on kaikilla (Hasunen - Ryyänen 2005). Syksyllä 2010 myös Kätilöopiston sairaala sai vauvamyönteisyysertifikaatin (THL 2010). Ruotsi asetettiin vuonna 1992 johtamaan vauvamyönteisyyden eteenpäin viemistä. 65 sairaalaan lähetettiin tietoa vauvamyönteisyysohjelmasta ja niitä pyydettiin siihen mukaan. Jokainen mukaan kutsuttu sairaala osallistui. Sairaaloissa toteutettiin itsearviointia ja todettiin, että noin 50 %:a ohjelman käytänteistä oli jo toiminnassa. Koulutus käynnistettiin, ja koolle kutsuttiin ensin 42 ryhmää joihin kuului synnytyssairaalan johtava lastenlääkäri, kätilö, sairaanhoitaja sekä imettävien äitien yhdistyksen edustaja. Näissä ryhmissä valtaosa osallistujista oli jo hyvin valistuneita, ja tarvitsivat lisätietoa lähinnä ohjelman käytänteistä. Tämän jälkeen ulkopuolinen taho arvioi

synnytyssairaaloissa annettua ohjausta. Arviointi tehtiin yleensä yhden päivän aikana, ja siinä haastateltiin 15 äitiä sekä 15 hoitajaa ja arvioitiin muu jaettu materiaali ja informaatio. Sairaaloista puolet hyväksyttiin suoraan ohjelmaan ja sai sertifikaatin. Muutaman vuoden kuluttua toteutettiin arviointi uudelleen. Tällöin osallistuvista sairaaloista (51) uuden diplomin sai 32 sairaalaa. (Hofvander 2005: 1012). Ruotsissa otettiin siis koulutettava kenttä sekä potilaat vahvasti mukaan uudistusprosessiin. Onkin todettu että jalkauttamisen kannalta sekä yksilön että organisaation huomioiminen jo suunnitteluvaiheessa on tärkeää. Hoitotyön kehittäminen ja käytäntöjen muuttaminen on hidasta pitkällä aikavälillä tehtävää työtä, jonka tulokset eivät ole heti nähtävissä. Osapuolten sitoutuminen prosessiin sekä oppiva ja kannustava työympäristö ovatkin tärkeitä tekijöitä hoitotyötä kehitettäessä. (Wallin 2003: 55.)

KTL:n jalkauttaessa rokotusohjelman muutoksia terveydenhuoltoon pidettiin olennaisena sitä, että tieto muutoksista saavuttaisi mahdollisimman nopeasti sekä kunnan päättäjät että käytännön työntekijät. Rokotusohjelman uudistamisproessin alussa KTL:n rokoteosasto pyysi kuntien johtavia lääkäreitä nimeämään yhteyshenkilöt kunnissaan, jotka vastaavat rokotusohjelman käytännön toteuttamisesta. Yhteyshenkilöiden nimeäminen koettiin tärkeäksi, jotta tieto rokotusohjelman muutoksista saataisiin KTL:sta nopeasti suoraan sinne missä rokotustyö tapahtuu. Jo muutosten ollessa valmisteilla yhteyshenkilöille jaettiin ajantasaista tietoa kirjein ja KTL:n verkkosivujen välityksellä. (Rapola 2007.)

KTL teki puoli vuotta rokotusohjelman muutosten jälkeen selvityksen yhteyshenkilöiltä heidän kokemuksistaan tiedonkulun sujuvuudesta. Rokottavan henkilöstön mukaan muutosta koskeva tiedotus oli tavoittanut heidät ja koulutussisältö oli vastannut henkilöstön tietotarpeita. Yhteyshenkilöt toivoivat viestinnän tapahtuvan ensisijaisesti sähköisesti kirjepostin sijaan. Lisäksi toivottiin laajempaa kohderyhmää tiedotukselle, jotta tieto saataisiin levitettyä nopeasti mahdollisimman monelle kentällä työtä tekeväille. Nykyään KTL lähettääkin sähköpostiviestin yhteyshenkilöille, kun rokotuksia koskeva uusi suositus tai ohje julkaistaan heidän verkkosivuillaan. Yhteyshenkilöiden aktiivista roolia tiedon välittäjänä ja lähikouluttajana pidetään uusien suositusten ja ohjeiden onnistuneen jalkauttamisen kulmakivenä. (Rapola 2007.) KTL on siis varmistanut tiedon kulun jatkuvuuden ja arvioi systemaattisesti sen toimivuutta.

Ruotsissa suositukset vastasyntyneiden sairaanhoidosta jalkautettiin esittelemällä ne seminaarissa, julkaisemalla ne alan lehdissä sekä lähettämällä ne tässä tutkimuksessa olleisiin yksiköihin. Tämän jälkeen oli osastoiden omalla vastuulla siirtää ne käytäntöön. Varsinaista jalkautustyötä ei siis ulkopuoliselta taholta tehty. Suositusten siirtymistä käytäntöön mitattiin kyselylomakkeella jonka osastot täyttivät tutkimuksen alussa ja uudelleen vuoden kuluttua (Wallin – Bostrom – Harvey – Wikblad - Ewald 2000:467). Tutkittuun tietoon perustuvia suosituksia oli kolmesta, ja jokaisen suosituksen yhteydessä oli esitelty jokin sen toteutumisen arviointiin soveltuva työkalu. Osastonhoitajat pitivät tätä erittäin tärkeänä ja tarpeellisena. Suositusten toteuttamisen esteinä pidettiin mm. ajanpuutetta, motivaation vähäisyyttä työyhteisössä sekä johtavan tason ja kollegoiden tuen puutetta. (Wallin ym. 2000: 468.) Resurssien vähäisyys ja muutokset työyhteisöissä vaikeuttivat suositusten käyttöönottoa. Terveystieteiden säästökuuri heijastuu ikävästi uudistuksiin joiden usein tulisi koskettaa isoa joukkoa ammattilaisia ja jotka saattavat vaatia ylimääräisiä resursseja jo valmiiksi kiireisillä osastoilla (Wallin ym. 2000: 471).

Suosituksia koettiin yksiköissä yleisesti hyödyllisiksi, ja niiden jalkauttamisessa erityisesti korostuu johtamisen merkitys. Jalkauttamisen onnistumista edisti kokenut osastonhoitaja (yli neljän vuoden työkokemus osastonhoitajana) hänen kokemuksensa hoitotyön tutkimustyöstä osastolla sekä positiivinen arvionsa työntekijöiden mahdollisuudesta toteuttaa laadukasta hoitotyötä. (Wallin ym. 2000: 467.) On huomionarvoista että suosituksista useammin toteutettiin niitä jotka perustuivat Ruotsissa hiljattain tehtyihin tutkimuksiin (Wallin ym. 2000: 470). Paikallinen, tuore tutkimustieto näyttäisi lisäävän suositusten käyttöä.

Jotta jalkauttaminen olisi mahdollisimman tehokasta, tulisi sitä tukea prosessin aikana myös yksiköiden ulkopuolelta. Suosituksia hyödynnettiin osastoilla monin tavoin, ja ne koettiin kaikkiaan hyödyllisiksi. Silti vain kahdeksan tutkimukseen osallistunutta yksikköä oli jalkauttanut jonkin suosituksista, ja vain neljä näistä oli dokumentoinut suositusten jalkauttamista keräämällä tietoa jolla toteutumista oli mahdollista arvioida (Wallin ym. 2003: 38).

Suomessa MIKSTRA-ohjelmalla pyrittiin infektioiden optimaaliseen diagnostiikkaan ja hoitoon avohoidossa (THL 2009b: 3). Ohjelmaan kuului MIKSTRA-terveyskeskuksissa toteutettu koulutusinterventio. Tavoitteena oli kouluttaa jokaiseen osallistuvaan terveyskeskukseen kouluttajalääkäri, joka toimi paikallisena muutosagenttina vastaten koulutuksen ja muun toiminnan paikallisesta järjestämisestä. Kouluttajalääkärit myös toimivat ohjelman yhdyshenkilöinä. Kouluttajalääkärit saivat koulutusta seitsemässä eri koulutustilaisuudessa joista osa keskittyi menetelmiin ja osa esimerkiksi vuorovaikutustaitoihin, esiintymiseen, ryhmädynamiikkaan ja itse suosituksiin joiden käyttöä ohjelmalla pyrittiin edistämään. Henkilökunnan koulutukseen valittiin kaksi mallia, ongelmalähtöinen oppiminen (problem based learning) jossa ryhmässä käsiteltiin potilastapausta tai käytännön ongelmaa, sekä asiantuntijan antama ohjaus tai palaute ja ohjaus (academic detailing) joka perustuu paikallisen toimintamallin luomiseen. Ongelmalähtöisessä oppimisessä fokus on oppimisprosessissa; tiedon arvioinnin ja uuden oppimisen katsotaan muuttavan myös käytäntöjä. Asiantuntijan antaman ohjauksen lähtökohtana on tieteellinen näyttö, käytännön toiminta ja konkreettinen ohjaus. Myös yhteisten menettelytapojen kirjaus kuului koulutuksiin. Koulutusmateriaalina käytettiin Käypä hoito -suosituksia. (THL 2009b: 34 - 37.)

Koulutuksien toteutumista vaikeuttivat yksiköiden erilaiset toimintakulttuurit, resurssi- ja aikapula sekä pedagogisen tuen puute. Myös avainhenkilön sairastuminen ja varahenkilöiden puuttuminen aiheuttivat ongelmia. Terveyskeskuksissa ongelmalliseksi koettiin erityisesti henkilökuntapula ja vaihtuvista sijaisista johtuva aikapula. Terveyskeskuksissa ja yksityisillä lääkäriasemilla toteutettavat vaihtelevat käytännöt koettiin haasteellisiksi, samoin ohjelman toteutusta vaikeuttivat kilpaileva koulutus- ja hanketarjonta. MIKSTRA -ohjelman vahvuutena nähtiin se että aihe oli läheinen ja tärkeä, ja yhteisiä pelisääntöjä oli yksiköissä kaivattu. Verkostoituminen, koulutus, moniammatillisuus ja ohjelmaan kuuluneet potilasohjeet koettiin arvokkaiksi. Ohjelman paikallista läpivientiä tuki sen näkyvyys ja valtakunnallisuus. Keskeisten toimijatahojen osallistuminen, organisaation sisäinen yhteistyö sekä vuoropuhelu käytännön toimijoiden ja tutkijoiden välillä nähtiin edistävinä tekijöinä. (THL 2009b: 42 – 45.)

6 IMETYSOHJAUSUOSITUSTEN JALKAUTTAMINEN NEUVOLATYÖHÖN

Tässä luvussa esitellään, miten uudet imetysohjaussuositukset tulisi jalkauttaa edellä esitellyn tiedon perusteella. Organisaation ja johdon motivaation on edellä todettu olevan merkittävässä roolissa jalkautumisen onnistumisen suhteen. Työssämme käsittelemme kuitenkin yhden yksikön sisällä tapahtuvaan jalkautusprosessia. Toteutuakseen siihen on oltava riittävästi resursseja, joista vastaa johtava elin. Tässä työssä emme kuitenkaan käsittele sitä. Terveystyöntekijöillä tulee olla riittävästi aikaa käytettävänä käyntiä kohden, jotta tarvittava keskustelu imetyksestä ehditään käydä. Lisäksi erityisesti imetysvastaavalla on oltava mahdollisuus käyttää aikaa koulutusten valmisteluun ja mahdollisen verkkokeskustelun ylläpitämiseen.

Seuraavat tekijät nousivat esiin aineistosta jalkauttamisesta tukevin tekijöinä, joiden pohjalta olemme rakentaneet mallimme:

- Imetysohjaussuosituksen jalkauttamisesta yksikössä vastaa imetysvastaava tai muu asiassa ansioitunut kollega (Mäntyranta 2003: 16 - 18, Ekström ym. 2005: 354, Häggman-Laitila 2009: 253).
- Asenteet ja omat kokemukset tuodaan esiin (Ekström – Nissen 2006: 312, Lehtomäki 2009: 27, Häggman-Laitila 2009: 254).
- Koulutus on sekä luentomaista että aktivoivaa (Mäntyranta ym. 2003: 16 - 18, Ekström ym. 2005: 358, THL 2009b: 42, 45).
- Suositukset helposti kaikkien saatavilla (Häggman-Laitila 2009: 254)
- Jalkautusmalli soveltuu yksiköihin riippumatta niiden tämänhetkisestä tilanteesta (Hannula ym. 2010: 4-5).
- Kehityskeskustelua on mahdollista käydä sähköisesti (Mäntyranta ym. 2003: 14-15, Häggman-Laitila 2009: 25).
- Koulutus jatkuva, tiedot päivitetään (Hupli ym. 2010: 30-35, Hannula ym. 2010: 5, Patja – Jallinoja – Kuronen 2006).
- Osa koulutuksesta pienryhmissä (Melender – Häggman-Laitila 2010: 50, Jaatinen ym. 2007: 4134, Häggman-Laitila 2009: 253).
- Yksikössä sovitaan yhteisistä käytännöistä (THL 2009b: 46) ja ne kirjataan systemaattisesti (Mäntyranta ym. 2003: 16)
- Strukturoitu malli jalkauttamisesta kaikkien nähtävillä (Häggman-Laitila 2009: 254).

Näiden päätelmien perusteella teimme jalkautusmallin äitiys- ja lastenneuvoloita varten (liite 1). Esittelimme jalkautusmallin Lohjan alueen terveydenhoitajien osastokokouksessa. Teimme tilaisuutta varten PowerPoint –esityksen (liite 2) suosituksista sekä kysymyksiä, joiden avulla pohtia suositusten merkitystä omassa työssään. Pyysimme tilaisuudesta palautetta ja saimmekin tilaisuudessa kiittävää palautetta. Jätimme kirjallisina yhteystietomme, mutta pyynnöstä huolimatta emme saaneet kirjallista palautetta.

6.1 Käynnistäminen

Koulutus aloitetaan omien asenteiden kartoituksella. Lyhyesti, omin sanoin kirjattuna terveydenhoitajat kuvaavat suhdettaan imetykseen. Nämä tekstit he saavat itse pitää. Terveydenhoitajille esitellään PowerPoint-esitys suosituksista. Tilaisuudessa sovitaan, missä muodossa suositukset ovat parhaiten kaikkien saatavilla; onko paperiversio tarpeellinen vai löytyykö tieto paremmin sähköisenä intranetistä. Terveydenhoitajille annetaan tehtäväksi tutustua suosituksiin ja miettiä valmiiksi annettujen kysymysten avulla, miten suositukset muuttavat omaa työtä. Muuttavatko suositukset toimintamalleja vai toteutuvatko ne jo käytännön työssä? Heitä myös kehoitetaan kirjaamaan ylös kaikki kokemansa vastoinkäymiset ja lähettämään ne imetysvastaavalle tai muulle koulutuksesta vastaavalle henkilölle.

6.2 Keskustelu, muutostarpeen kartoitus

Koulutuksen toinen osio on vaihtoehtoinen. Joko noin kahden - kolmen kuukauden kuluttua ensimmäisestä koulutuksesta keskustellaan aiheesta uudestaan. Pohditaan, miten suosituksen mukainen ohjaus sisällytetään äitiysneuvolatyön prosessiin. Tärkeää on kirjata uudet mallit henkilökunnan nähtäväksi sekä sopia yhtenäisestä kirjaamismuodosta ohjauksen arvioinnin ja mitattavuuden vuoksi. Ohjauksesta tulee myös systemaattista, mikäli se tulee kirjata.

Toinen vaihtoehto on sähköinen keskustelu, joka voi tapahtua yksikkökohtaisesti joko sähköpostin tai keskustelualustan välityksellä. Keskustelun alustaa imetysvastaava ja seuraa kommentointia varmistaen kaikkien osallistumisen.

Tämän tilaisuuden jälkeen esiin nousevat ongelmat ja palaute toimitetaan vastaavalle sähköpostitse tai muutoin kirjallisesti. Palautetta on hyvä kehottaa lähettämään matalalla kynnyksellä ja haastatella terveydenhoitajia aiheen tiimoilta yhteisissä tilaisuuksissa.

6.3 Arviointia

6-12 kk:n kuluttua ensimmäisestä koulutuksesta palataan aiheeseen koko työyhteisön voimin. Käydään läpi kirjaamisen menetelmän onnistuminen ja arvioidaan, onko ohjaus muuttunut, ovatko uudet mallit onnistuneet nousemaan käytännöksi vai onko entiseen palattu. Vastaava henkilö on ottanut vastaan ongelmatilanteita, joiden pohjalta rakennetaan "learning cafe" -tyyppinen pienryhmäkeskustelutilaisuus. Noin neljän hengen ryhmät käyvät läpi esimerkkitalanteita, jotka vastaava on palautteen pohjalta laatinut. Jokaiseen pöytään varataan aikaa 15 minuuttia.

Tämän tilaisuuden kesto on kokonaisuudessaan n. 2 tuntia, vaihdellen väkimäärän mukaan. Tilaisuuden lopuksi mietitään myös tulevaa imetysohjauksen arviointi. Onko olemassa oleva kirjaamiskäytäntö riittävä vai tarvitaanko kenties muutos tai jokin työkalu sen arviointiin?

6.4 Vuosittaiset koulutukset

On tärkeää, että imetysohjaus ei jää ainoastaan suositusprosessin jalkautusvaiheen teemaksi, vaan imetysohjauksen kehittämistä ja koulutuksia jatketaan edelleen suosituksen mukaisesti. Koulutustilaisuuksien luonnetta ei ole tarkoituksenmukaisesti määritelty jatkossa, jotta jokainen yhteisö voi valita sopivimman keinon. Koulutukset on kuitenkin tuotu kaaviossa esiin, jotta prosessilla ei ole päätöstä vaan imetysosaamista ylläpidetään säännöllisesti.

Yhdessä sovitut käytännöt tulee kirjata, jotta niitä ei unohdeta ja ne tulisi säilyttää kirjallisessa ja sähköisessä muodossa sovitussa paikassa. Jos kaikki työntekijät käyttävät tietokonetta, voi oman organisaation ohjeet olla esim. intranetistä saatavissa. Alueellisten ja omien ohjeiden paperiversiot voidaan tallentaa samanlaisiin kansiin ja kansioden päivityksestä on pidettävä erityistä huolta. Palautteen antaminen on

tärkeää, jotta jokainen voi muuttaa omia toimintatapojaan jos huomaa niiden eroavan muiden tavoista. Palautetta voidaan antaa henkilö- tai ryhmäkohtaisesti. Työtovereiden toimintatavat vaikuttavat paljon hoitokäytäntöihin, käsitykset muiden mielipiteistä ja halu mukautua niihin muokkaavat käytäntöjä. Vaikuttajat onkin syytä ottaa mukaan hoitosuositusten toimeenpanoon jo varhaisessa vaiheessa. Mielipidevaikuttaja on kliininen asiantuntija, jota arvostetaan ja hänellä on ajan tasalla olevat tiedot. (Mäntyranta ym. 2003: 16 - 18.) Toivottavaa on, että koulutuksista vastaa tällainen henkilö.

7 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessin alussa lähdimme avaamaan eri tutkimusten pohjalta käsitteitä kuten jalkauttaminen sekä hoitosuositus. Tämä auttoi meitä työmme etenemisessä. Eri lähteiden kautta saimme kuvan siitä mitä tarkoittaa uuden menetelmän jalkauttaminen työyhteisöön sekä siihen vaikuttavista tekijöistä. Pyrimme hyödyntämään myös erilaisiin olosuhteisiin tarkoitettuja jalkautusmenetelmiä soveltuvien osin.

Ryhtyessämme työhön meillä oli vaikeuksia työn tarkoituksen ja toteutuksen hahmottamisessa. Punnitsimme pitkään, onko työn luonne toiminnallinen vai tutkimuksellinen. Palasimme lähtöpisteeseen useita kertoja ja jouduimme tekemään samoja asioita uudestaan. Lopulta ratkaisu tehtiin ja päätimme lähteä luomaan yksinkertaista, sovellettavaa mallia imetysohjaussuositusten jalkauttamisesta äitiys- ja lastenneuvoloihin. Neuvolatyö oli alusta alkaen ollut mielestämme tärkeässä asemassa imetysohjauksessa ja löytämämme tutkimustieto tuki tätä. Tutkimusten mukaan imetysohjaus tulisi alkaa jo raskausaikana äitiysneuvolassa, jatkuen synnytyssairaalassa, sekä kotiutumisen jälkeen lastenneuvolassa (Hannula 2007.)

Nyky muodossaan neuvolat ovat varsinaisella näköalapaikalla perheiden elämään. Väestövastuullisessa terveydenhuollossa samassa yksikössä saatetaan hoitaa perhettä aina raskauden suunnittelusta eteenpäin. Imetysohjauksen jatkuvuuden kannalta neuvolatyö on avainasemassa. Vastuu imetysohjauksesta ja imetyksen tukemisesta ei kuitenkaan voi olla vain neuvolan harteilla, vaan suositukset tulisi tehdä

tutuiksi kaikissa niissä yksiköissä joissa hoidetaan imeväisikäisiä lapsia. Tämän vuoksi onkin tarkoituksenmukaista että tekemämme jalkautusmalli on sovellettavissa muihin ympäristöihin, kuten synnytyssairaaloihin. Lisäksi suosituksia tarvitaan esimerkiksi hammashuollon ja erikoissairaanhoidon piirissä.

Suosittelujen jalkauttamiseen tarvitaan resursseja joita voidaan tarjota vain päättäjien ja esimiesten toimesta. Monet koulutukset ja uudistuksen vievät henkilökunnalta arvokasta aikaa ja voimavaroja. Myös uusien imetysohjaussuosittelujen tekeminen tutuksi työyhteisössä tulee vaatimaan työaikaa, eikä niiden jalkauttaminen siksi tule onnistumaan yksinään ”ruohonjuuritasolta” käsin. Toisaalta henkilökunnan motivaation kannalta on tärkeää että muutokseen motivoituneita ja siihen kannustavia tahoja löytyy omasta yksiköstä, eikä jalkauttaminen tapahdu vain ylhäältä käsin.

Olimme yhteydessä Hyksin alueen imetyскоordinaattoreihin ja kävi ilmi, että heidän alueellaan jalkauttamisprojekti oli jo hyvällä mallilla. Äitiys- ja lastenneuvola oli hyvä kohde myös siksi, että on hyvin terveydenhoitajakohtaista kuinka hyvin imetykseen paneudutaan ja siihen ohjataan (Hannula 2007.) Työharjoittelukokemus neuvolasta syksyllä 2010 osoitti räikeästi tämän olevan totta. Tutkimusten mukaan suomalaiset äidit ovat hyvin motivoituneita imettämään, mutta imetystavoitteiden toteutumattomuus johtuu pääosin asiantuntevan ohjauksen ja tuen puutteesta (THL 2009a: 22.) Monet äidit kokevat neuvolassa saadun imetysohjauksen niukemmaksi kuin sairaalassa saadun ja kuitenkin ensisynnyttäjä-äidit kokevat imetyksen sujuvan sen paremmin, mitä konkreettisempaa apua he ovat terveydenhoitajaltaan saaneet (THL 2009a: 34.) WHO:n suositus on kuuden kuukauden täysimetus lapsen kasvun, kehityksen ja terveyden turvaamiseksi. Suosituksen toteutumiseksi on äitien imetysohjaukseen panostettava (THL 2009a: 34).

Jalkauttamismallissamme pyrimme huomioimaan ne asiat, jotka selvästi nousivat teoriapohjassa esille toimintatapojen muuttamisen mahdollistamiseksi. Mallin mukaan jalkauttaminen aloitettaisiin uusien suositusten esittelyllä terveydenhoitajien yhteisessä kokouksessa. Samalla jokaisen on tilaisuus pohtia omia imetysasenteitaan, sekä tunnustella halukkuutta muutokseen. Ammattihenkilöstön omilla asenteilla on vaikutusta heidän antamaansa imetysohjaukseen ja äitien tukemiseen. Siksi olisi tärkeää pysähtyä pohtimaan niitä ja tarpeita muutokseen. Teoriassa tuli myös useasti

esille työyhteisön osallistaminen ja huomioiminen koulutuksessa (Silfverberg 2007: 16 - 17). Siksi pyrimme omassa mallissammekin siihen, että tilaisuus olisi sellainen, jossa käytäisiin avointa keskustelua ja yhdessä sovittaisiin miten muutosta aletaan toteuttaa. Jalkautusmallin ensimmäisessä koulutustilaisuudessa työyhteisöllä on myös tilaisuus yhdessä sopia missä suosituksia yksikössä säilytetään, jotta omia tietojaan olisi tarpeen tullen helppo päivittää. Koulutusmalli tehtiin sellaiseksi, että tietyin väliajoin kokoonnuttaisiin uudestaan aiheen pariin ja päivitettäisiin missä mennään uusien suositusten käyttöönotossa omassa toimipisteessä. Seuraavaa koulutuskertaa varten osallistujilla olisi mahdollisuus antaa myös palautetta siitä mitä he toivoisivat tulevilta kokoonantumiskerroilta. Jalkauttaminen on oppiva prosessi, jossa tärkeää ei ole vain tietyn kaavan orjallinen seuraaminen, vaan yksikön tarpeiden ja kehityshaasteiden tunnistaminen ja niihin mukautuminen. Kaavioon on esimerkiksi sisällytetty vaihtoehto korvata toinen koulutustilaisuus sähköisellä keskustelulla. Keskustelun väline ja luonne on jätetty avoimeksi, sillä yksiköiden järjestelmissä on suuria eroja. Kukin yksikkö voi valita omiin tapoihinsa ja käytössä oleviin välineisiinsä sopivimman foorumin keskustelulle. Joustavuudestaan huolimatta koulutuksen on kuitenkin hyvä olla strukturoitu, jotta se toteutetaan kokonaisuudessaan ja sitä jatketaan.

Yleinen ongelma uusia toimintamalleja jalkauttaessa on henkilöstön vastustus (Lehtomäki 2009: 27). Kentältä saatu kokemus vahvisti tämän: Uusista suosituksista mainittaessa kokenut terveydenhoitaja kyseenalaisti sitä miksi uusia suosituksia pitää laatia. Hänen mielestään Suomessa ja kansainvälisesti on jo olemassa hyvät ja selkeät suositukset, joten hän ei käsittänyt keskustelusta huolimatta sitä miksi aina pitäisi opetella taas uusia tapoja toimia. Koulutuksessa tulisikin keskustella osallistujien mielipiteistä ja selvittää miksi toimintatapojen muuttaminen on tärkeää ja aiheellista. Luomassamme mallissa vetovastuu koulutuksista on annettu alueen imetysvastaavalle tai muulle imetysasioissa aktiivisesti toimivalle kollegalle. Näin siksi että koulutuksen jatkuvuus olisi taattu ja osastoilla olisi taho jonka puoleen ongelmatilanteissa voi kääntyä. Koulutuksista vastaavaa henkilöä valitessa tulisikin ottaa huomioon tehtävän kuormittavuus, ja varmistaa ettei hänen työmääränsä kohtuuttomasti lisäännä koulutuksien ja/tai sähköisen keskustelun johtamisen vuoksi. Koulutuksien ei kuitenkaan ole tarkoitus olla luentotyyppisiä, vaan esiin nousseita ongelmia voidaan käsitellä learning cafe -tyyppisellä menetelmällä, jolloin sen organisoiminen ei kuormita kohtuuttomasti koulutuksista vastaavaa henkilöä.

Metropolian kätilötyön koulutusohjelmassa uudet suositukset on otettu hyvin vastaan, ja niitä hyödynnetään jo monissa opintokokonaisuuksissa. Tulevaisuudessa valmistuvat kätilöt ovat varmasti tutustuneet suositukseen valmistuessaan ja osaltaan vievät uusi suosituksia eteenpäin myös käytännön työhön ja toimipaikkoihin. Suosituksia tulisikin laajasti hyödyntää kaikilla terveydenhoidon koulutusaloilla.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut haastava kokemus. Erityisesti alussa koimme suuria vaikeuksia saada punaista lankaa säilymään läpi työn. Aikatauluttaminen oli vaikeaa johtuen erilaisista perhetilanteista sekä koulutuksen eri vaiheista. Oppimisprosessin kannalta oli tärkeää, että lopulta ryhmänä teimme ratkaisun työn lopputuloksesta ja toteutuksesta. Työstä tuli omamme ja haimme työllemme palautetta esittelemällä melko valmiin kaavion LOST:n alueen äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajille. Saimme positiivista, mutta epäkonkreettista palautetta. Esittelytilanne itsessään oli havainnollistava, sillä se pakotti miettimään kuulijoiden mielteitä ja tarkensi, mitä käytännön muutoksia oli vielä tehtävä, jotta kaavio olisi riittävän tarkka ja antaisi selkeät ohjeet toiminnasta.

Lisäkysymyksiä herätti mahdollinen mittausjärjestelmä, jolla suositusten toteutumista voitaisiin arvioida. Koulutusten kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta on vaikea arvioida sillä muuttujia on monia eikä vakiintuneita arviointimenetelmiä ole (Brown – Belfield – Field 2002: 645). Yksi tapa arvioida koulutuksen tehoa on arvioida imetysohjauksen laatua. Esimerkiksi Ekström ym. ovat kehittäneet työvälineen, jossa arviointialueita ovat imetysohjauksen tiedonannon ajoitus, suositukset imetyksen ajoittamisesta, äitiyshuollon toimenpiteet imetysohjauksen saralla, äidin ja lapsen erottaminen, lisäravinnon anto ja imetyksen tukeminen. Lisäksi selvitetään myös henkilökunnan asenteet imetystä kohtaan VAS -asteikolla (Ekström ym. 2005). Soveltaen tämä lomake voisi auttaa mittaamaan myös imetysohjaussuositusten tuomia muutoksia.

Lähteet

- Alanen, Seija – Välimäki, Maritta – Kaila, Minna 2009. Nurses' experiences of guideline implementation: a focus group study. *Journal of clinical nursing* 2009:18
- Britton, C – McCormick, FM – Renfrew, MJ – Wade, A – King, SE 2009. Support for breastfeeding mothers (Review). Verkkodokumentti. <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD001141/pdf_standard_fs.html> Päivitetty 6.1.2010.
- Brown, CA – Belfield, CR – Field, SJ 2002. Cost effectiveness of continuing professional development in health care: a critical review of the evidence. *BMJ* 2002;324:652-5.
- Dyson, L - McCormick, FM – Renfrew, MJ 2008. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding (Review). Verkkodokumentti. <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD001688/pdf_standard_fs.html> Päivitetty 6.1.2010.
- Ekström, Anette – Matthieson, Ann-Sofi – Widström, Ann-Marie – Nissen, Eva 2005. breastfeeding attitudes among counselling health professionals – Development of an instrument to describe breastfeeding attitudes. *Scandinavian journal of public health* 2005, 33: 353-359.
- Ekström, Anette - Nissen, Eva 2006. A Mother's Feelings for Her Infant Are Strengthened by Excellent Breastfeeding Counseling and Continuity of Care. *PEDIATRICS* 118 (2) 2006: 309-314.
- Grol, Richard 2001. Successes and Failures in the Implementation of Evidence-Based Guidelines for Clinical Practice. *Medical Care* 2001;39:II-46-II-54.
- Hannula, Leena – Kaunonen, Marja – Koskinen, Katja – Tarkka, Marja-Terttu 2010. Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin imetysohjaus – hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Verkkodokumentti. <http://hotus-fi-bin.directo.fi/@Bin/dd307175e0d5b377d6482535cadb7d91/1290688088/application/pdf/131713/Imetysohjaus%20koko%20suositus.pdf>. Luettu 15.10.2010
- Hannula, Leena 2007. Imetyksen edistämällä parempaa kansanterveyttä. <http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2007/nro_1_2007/imetyksen_edistamisella_parempaa_kansanterveytta/>. Päivitetty 4.1.2007. Luettu 25.3.2011
- Hasunen, Kaija – Ryyänänen, Sanna 2006. Imeväisikäisen ruokinta Suomessa vuonna 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:19. Verkkodokumentti. <<http://pre20090115.stm.fi/pr1141806525190/passthru.pdf>>. Luettu 22.3.2010

Heikkilä, Asta - Jokinen, Pirkko - Nurmela, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. WSOY. Helsinki.

Hupli, Maija – Pakkonen, Mari – Salminen, Leena 2010.
Täydennyskoulutusopiskelijoiden käsityksiä tutkitun tiedon käytöstä
hoitotyössä – edistäviä ja estäviä tekijöitä. Tutkiva hoitotyö vol. 8 (3)
2010: 30-35.

Hofvander, Yngve 2005. Breastfeeding and the Baby Friendly Hospitals Initiative (BFHI): Organization, response and outcome in Sweden and other countries. Acta Pædiatrica 94 (8) 1012-1016.

Hoitotyön tutkimussäätiö 2010. Hoitotyön suositukset, Valmisteilla olevat hoitotyön suositukset. http://www.hotus.fi/hoitotyon_suositukset-nursing2/, http://www.hotus.fi/valmisteilla_olevat_hoitotyon_su/. Luettu: 17.11.2010

Häggman-Laitila, Arja 2009. Näyttöön perustuva hoitotyö: systemaattinen katsaus implementointiin. Hoitotiede 21(4), 243 - 258.

Imetyksen tuki ry. Verkkodokumentti. <http://www.imetys.fi>. Luettu 14.11.2010

Jaatinen, Pekka T. – Saxen, Ulla – Aho, Pirjo 2007. Täydennyskoulutuksen toteuttaminen -ei ihan yksinkertainen asia. Suomen lääkärilehti 62 (44): 4133 - 4136.

Kaila, Minna – Mäkelä, Marjukka – Booth, Neill – Aronen, Pasi – Jula, Antti – Kukkonen-Harjula, Katriina – Reunanen, Antti – Rissanen, Pekka – Sintonen, Harri 2008. Käypä hoito -suositusten juurruttaminen terveydenhuoltoon voi parantaa huomattavasti kustannusvaikuttavuutta. Suomen lääkärilehti 2008;63(15): 1423 – 1427.

Korhonen, Teija - Tervo-Heikkinen, Tarja - Holopainen, Arja – Miettinen, Merja 2011. Kaatumisten ehkäisy: suosituksesta toimintamalliksi Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. https://www.uef.fi/c/document_library/get_file?uuid=0535ff56-43e9-4cf8-9aaa-2d3ce719bc07&groupId=122710&p_l_id=1416470. Luettu 6.4.2011

Kortelainen, Hanna. Vauvaperheille tukea Urbaani vanhemmuus –hankkeesta. Verkkodokumentti. <<http://www.metropolia.fi/tutkimus-ja-kehitystoiminta/hankkeet/urbaani-vanhemmuus/>>. Luettu 7.10.2010

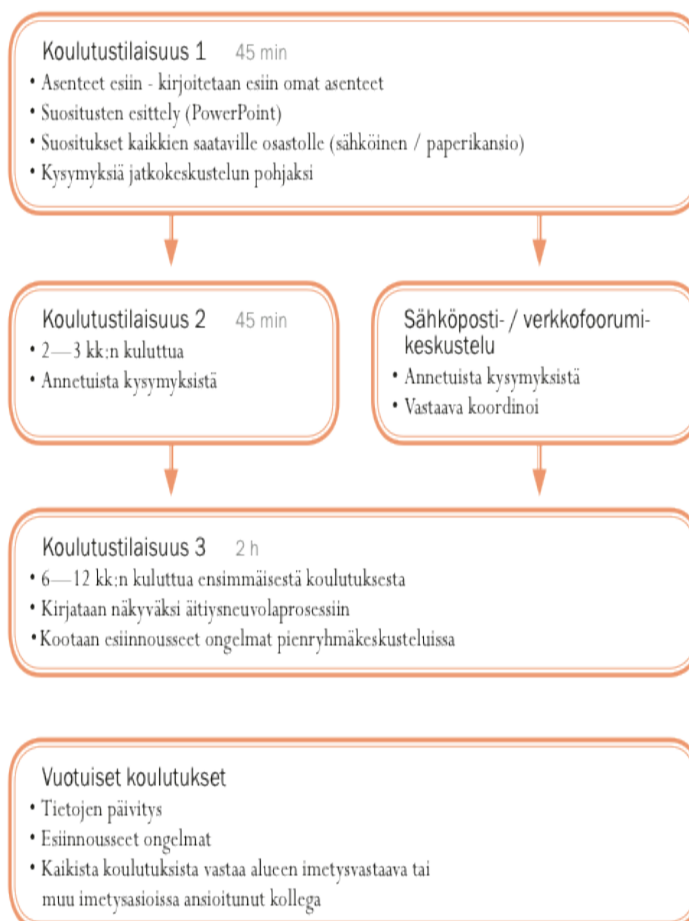
KTL 1994. Vauvamyönteisyys –ohjelma. Verkkodokumentti. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_c/vauvamyonteisyys.pdf Luettu 5.5.2010.

Kuronen, Maria 2007. Interventiot terveyskeskuksen arjessa. KTL. Verkkodokumentti. <<http://www.ktl.fi/portal/13040>> Luettu 12.4.2011

- Lehtomäki, Leila 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveystieteiden talon tavoiksi. Pro Gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Melender, Hanna-Leena – Häggman-Laitila, Arja 2010. Näyttöön perustuvan toiminnan edistäminen hoitotyössä: katsaus koulutusinterventtioiden vaikuttavuuteen. *Hoitotiede* 2010, 22(1): 36 – 53.
- Miilunpalo, Seppo – Toropainen, Erja – Mäkinen, Maiju 2002. miten valtakunnalliset suositukset tunnetaan terveystieteissä? Aikakauskirja *Duodecim* 2002;118(6).
- Moulding, NT – Silagy, CA – Weller, DP: 1999: A framework for effective management of change in clinical practise; dissemination and implementation of clinical practise guidelines. *Quality in health care* 8/181: 177-183
Verkkodokumentti.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2483658/pdf/v008p00177.pdf> Luettu: 25.8.2010.
- Mäntyranta, Taina – Kaila, Minna – Varonen, Helena - Mäkelä Marjukka – Roine, Risto P. – Lappalainen, Jarmo 2003a: Hoitosuosituksen toimeenpano. Vammalan kirjapaino.
- Roine, Risto - Kaila, Minna – Nuutinen, Matti – Mäntyranta, Taina – Nuutinen, Lauri – Auvinen, Ossi 2003. *Duodecim* 2003, 119(5): 399 – 406.
Verkkodokumentti:
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo93448&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=haku&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_hakusana=. Luettu 10.3.2011.
- Mölsä, Elina – Tammela, Outi 2002. Rintamaito ei aina riitä! *Duodecim* 2002;118(11):1097-1098
- Patja, Kristiina – Jallinoja, Piia – Kuronen, Risto 2006. Käyväksi hoidoksi käyvät terveet elintavat. *Kansanterveys -lehti* 2/2006: 8 – 9.
- Rova, Meri – Pouta, Anneli 2010. Verkkodokumentti.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/imetyksen_edistamisen_toimintaohjelma. Luettu 5.4.2011.
- Sairaanhoitajaliitto 2010. Näyttöön perustuva hoitotyö. Verkkodokumentti.
<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/hoitotyon_kehittaminen/nayttoon_perustuva_hoitotyö> Luettu 8.8.2010
- Silfverberg, Paul. Ideasta projektiksi - Projektinvetäjän käsikirja. Työministeriö 2007.
<http://www.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas.pdf>. Luettu 10.08.2010

- THL 2009a. Imetyksen edistäminen Suomessa. Toimintaohjelma 2009-2012.
Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä. Raportti 32/2009.
- THL 2009b. Infektiopotilaat terveystieteiden keskuksessa. MIKSTRA -ohjelman loppuraportti.
Rautakorpi, Ulla-Maija – Nyberg, Solja – Honkanen, Pekka – Klaukka,
Timo – Liira, Helena – Mäkelä, Marjukka – Palva, Erkki – Roine, Risto –
Sarkkinen, Hannu – Huovinen, Pentti. Raportti 35/2009.
- THL 2010. Kätilöopiston sairaalalle tunnustus vauvamyönteisyydestä.
verkkodokumentti. www.thl.fi/doc/fi/23528. Luettu 26.11.2010
- Wallin, Lars 2003. Knowledge Utilisation in Swedish Neonatal Nursing. Acta
universitatis upsaliensis. Verkkodokumentti. <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:162764/FULLTEXT01>. Luettu 25.2.2011.
- Wallin, Lars – Bostrom, Anne-Marie – Harvey, Gill – Wikblad, Karin – Ewald, Uwe 2000.
National guidelines for swedish neonatal care: evaluation of clinical
application. International Journal for Quality in Health Care. 12(6): 465-
74.

Jalkautusmalli



Jalkauttamiseen edistävästi vaikuttavat tekijät

- 1) **Johtava taso tarjoaa tarvittavat aikaresurssit** (Häggman-Laitila 2009: 252)
- 2) **Imetysohjaussuosituksen jalkauttamisesta yksikössä vastaa imetysvastaava tai muu asiassa ansioitunut kollega** (Mäntyranta 2003: 16-18, Ekström ym. 2005: 354, Häggman-Laitila 2009: 253).
- 3) **Asenteet ja omat kokemukset tuodaan esiin** (Ekström - Nissen 2006: 312, Lehtomäki 2009: 27, Häggman-Laitila 2009: 254).
- 4) **Koulutus on sekä luentomaista että aktivoivaa** (Mäntyranta ym. 2003: 16-18, Ekström ym. 2005: 358, THL 2009b: 42, 45).
- 5) **Suositukset helposti kaikkien saatavilla** (Häggman-Laitila 2009: 254)
- 6) **Jalkautusmalli soveltuu yksiköihin riippumatta niiden tämänhetkisestä tilanteesta** (Hannula ym. 2010: 4-5).
- 7) **Kehityskeskustelua on mahdollista käydä sähköisesti** (Mäntyranta ym. 2003: 14-15, Häggman-Laitila 2009: 25).
- 8) **Koulutus jatkuu, tiedot päivitetään** (Hupli ym. 2010: 30-35, Hannula ym. 2010: 5, Patja - Jallinoja - Kuronen 2006).
- 9) **Osa koulutuksesta pienryhmissä** (Melender - Häggman-Laitila 2010: 50, Jaatinen ym. 2007: 4134, Häggman-Laitila 2009: 253).
- 10) **Yksikössä sovitaan yhteisistä käytännöistä** (THL 2009b: 46)
- 11) **Strukturoitu malli jalkauttamisesta kaikkien nähtävillä** (Häggman-Laitila 2009: 254).

RASKAANA OLEVAN, SYNNYTTÄVÄN JA
SYNNYTTÄNEEN ÄIDIN SEKÄ PERHEEN
IMETYSOHJAUS

Hoitotyön suositus

Suosituksen tavoitteet

```
graph LR; A[Imetyksen laadun parantaminen] --> B[Ohjauksikäytäntöjen yhtenäistäminen]; B --> C[Tavoitteena yksilöllinen ja järjestelmällinen kirjallisuusohjeiden perustuva ohjaus];
```

2 Saura Halonen, Terhi Malm, Susanne Saarnihohto, Metropolia AMK

Taustaa

- Suomessa imetetään suosituksia lyhyemmän ajan - pohjoismaihin verrattuna vähiten
 - Kuuden kuukauden ikään täysimetettyjä meillä vain 1% (Esim. Ruotsissa 15%)
- Suomalaisvauvojen yksinomaisen rintaruokinnan kesto on n. 1,4 kk
- Suomessa imetyksen kokonaiskesto on pidentynyt viimeisen vuosikymmenen aikana, alueelliset erot ovat kuitenkin suuria

3 Saura Halonen, Terhi Malm, Susanne Saarnihohto, Metropolia AMK

Suositukses:

A. Yksilöllisen imetysohjauksen varmistaminen

- Raskaana olevien ja imeväisikäisen vanhempien kanssa työskentelevillä tulisi olla
 - yhtenäinen hyvä peruskoulutus
 - jatkuva täydennyskoulutus
- Ammattilaisten omat imetyssasenteet vaikuttavat äitien imetykäyttämiseen → *ammattilaisten tunnistettava asenteidensa merkitys*
- Imetysohjaus tulee toteuttaa yksilöllisesti perheen tarpeiden mukaan

4 Saura Halonen, Terhi Malm, Susanne Saarnihohto, Metropolia AMK

- Imetysohjaus on vaikuttavinta käytettäessä useita menetelmiä, esim.
 - Kasvokkain annettu ohjaus
 - Kotikäynnit
 - Puhelintuki
- Ammattilaisten ja vertaistukijoiden yhteistyössä toteuttama imetystuki lisää imetyksen aloitusta ja jatkumista

5 Saura Halonen, Terhi Malm, Susanne Saarnihohto, Metropolia AMK

Riskiryhmien huomiointi

- Imetyksen lopettamisen riskiryhmät tulee tunnistaa ja heille tulee tarjota kohdennettua tukea
 - yksilöllinen ohjaus
 - tiheät yhteydenotot
 - tarvittaessa kotikäynnit
 - räätälöidyt vertaistukiryhmät

6 Saura Halonen, Terhi Malm, Susanne Saarnihohto, Metropolia AMK

Riskiryhmät

- Nuoret äidit
- Äidit joilla alhainen koulutustaso ja heikko taloudellinen tilanne
- Eri kulttuuritaustasta tulevat
- Tupakoivat äidit
- Lyhyttä imetystä suunnittelevat äidit
- Keisarileikkauksella synnyttäneet
- Äidit joilla vaikea synnytyskokemus
- Äidit joilla imetysohgelmia synnytyssairaalassa
- Äidit joilla tunne riittämättömästä maitomäärästä
- Äidit jotka eivät koe saavansa tukea
- Äidit jotka palaavat varhain töihin tai opiskelemaan

7

Saara Halonen, Terhi Malm, Susanne Saarnihohto,
Metropolia AMK

Imetysohjaus lähipiirille

- Läheiset kuten lapsen isä tai äidin puoliso, sekä isoäidit huomioitava imetysohjauksessa
- Puolison ja isoäidin näkemykset vaikuttavat äitien imetyspäätöksiin
- Puolisoille kannattaa järjestää koulutusta jo raskausaikana
- Perheen arjessa mukana olevat läheiset hyötyvät konkreettisista ohjeista joilla tukea imettävää äitiä
- Läheisten imetystietoutta voidaan lisätä esim. perhevalmennuksessa ja kotikäynneillä

8

Saara Halonen, Terhi Malm, Susanne Saarnihohto,
Metropolia AMK

Suosituks: B. Imetysohjaus raskauden, synnytyksen ja synnytyksen jälkeisenä aikana

- Terveydenhoitajien antama imetysohjaus jo raskausaikana
 - lisää imetyksen aloitusta ja tukee täysimetystä
 - voidaan toteuttaa yksilö- ja kotikäynneillä tai interaktiivisissa pienryhmissä
- Synnytyssairaalassa vauvamyönteisyys-ohjelman mukaisten hoitokäytäntöjen noudattaminen sekä perhekesisyyden tukeminen lisää täysimetystä ja imetyksen kestoa
- Kotiutumisen jälkeen ensimmäisten viikkojen aikana annettu imetystuki ehkäisee imetysohgelmia ja on merkittävää imetyksen onnistumiselle

9

Saara Halonen, Terhi Malm, Susanne Saarnihohto,
Metropolia AMK

- Äidit tarvitsevat nopeaa ja ammattitaitoista apua imetysohgelmiin
 - Psykososiaalinen tuki ja käytännöllinen imetysohjaus kotikäynneillä tukevat täysimetystä ja imetyksen jatkumista
- Yhdenmukainen imetysohjaus aloitetaan äitiysneuvolassa ja sitä jatketaan synnytyssairaalassa sekä lastenneuvolassa
 - Jatkuvuus ja yhdenmukaisuus tärkeää
- Myös vertaistukea tulee olla saatavilla raskausajasta rinnasta vieroittamiseen saakka, sen merkitys korostuu erityisesti imetyksen jatkuessa > perheitä ohjataan vertaistuen pariin

10

Saara Halonen, Terhi Malm, Susanne Saarnihohto,
Metropolia AMK

Jalkauttaminen neuvoloihin



11

Saara Halonen, Terhi Malm, Susanne Saarnihohto,
Metropolia AMK

Keskustelun tueksi

- Millaisia ajatuksia uudet imetysohjaussuosituksot sinussa herättävät?
- Kuinka imetysohjaussuosituksot toteutuvat omassa työssäsi tällä hetkellä?
- Millaisia haasteita imetysohjaussuositusten toteuttaminen tuo työhösi?
- Minkälaista vertaistukea alueellasi on saatavilla ja kuinka ohjaat asiakkaasi sen pariin?

12

Saara Halonen, Terhi Malm, Susanne Saarnihohto,
Metropolia AMK