

SeAMK

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

B157

**Mari Salminen-Tuomaala, Jaakko Hallila,
Silja Saarikoski & Tarja Tapio (toim.)**

**Tietoa, taitoa ja teknologiaa –
kehittämispolkuja
sosiaali- ja terveysalalla**



Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja
B. Raportteja ja selvityksiä 157

Mari Salminen-Tuomaala, Jaakko Hallila,
Silja Saarikoski & Tarja Tapio (toim.)

**Tietoa, taitoa ja teknologiaa –
kehittämispolkuja
sosiaali- ja terveysalalla**

SeAMK 

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Seinäjoki 2020

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. 040 830 0410
kirjasto@seamk.fi

ISBN 978-952-7317-28-0
ISBN 978-952-7317-29-7 (verkkojulkaisu)

ISSN 1456-1743
ISSN 1797-5573 (verkkojulkaisu)

SeAMK 

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SISÄLLYS

Mari Salminen-Tuomaala, Jaakko Hallila, Silja Saarikoski, Tarja Tapio Tietoa, taitoa ja teknologisia innovaatioita poikkeusoloissa	9
--	----------

ILMIÖITÄ ARJESSA

Ari Haasio Hikikomorit - vaiettu vähemmistö	23
Jaakko Hallila Väestön ikääntymisessä muhii kompleksinen talouden aikapommi	37
Tarja Tapio Ikääntyvien digitoimijuus rakentuu elämänkulun ja elämäntavan puitteissa	51
Anu Aalto, Pia-Maria Haapala & Salla Kettunen Tulevaisuuden sote-yrittäjän tiedot ja taidot digitalisoituvassa yhteiskunnassa - millaista osaamista tarvitaan?	65

KEHITTÄMISEN POLKUJA

Kosti Tuokkola & Mari Salminen-Tuomaala Ensihoitajille enemmän keinoja havainnoida ikäihmisten terveystarpeita - olisiko helppokäyttöisistä mittareista apua ensihoitotehtävillä?	83
Raila Kärnä & Mari Salminen-Tuomaala Laadukkaan traumapotilaan tukemista koskevan toimintamallin laatiminen erilaisia kehittämismenetelmiä hyödyntäen	99

Elina Määttä, Hanna Rantala & Mari Salminen-Tuomaala Teho- ja tehovalvontapotilaan siirtoprosessiin liittyvät haasteet ja kehittämistarpeet potilasturvallisuuden ja hoidon laadun parantamiseksi.....	116
Laura Ojanperä & Mari Salminen-Tuomaala Yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan näkemyksiä potilasturvallisuudesta	130
Suvi Aromäki & Marja Toukola Työhyvinvoinnin kehittäminen - kehittämismenetelmien hyödyntäminen foresight framework -prosessimallin mukaan	142
Anna-Kaarina Koivula Kulttuurihyvinvointia ikääntyneille analogisesti ja digitaalisesti	160
Jaana Vainionpää, Pia-Maria Haapala & Jouko Lakaniemi Etelä-Pohjanmaan hyteAI -hanke innostaa maakunnan hyvinvointialan pk-yrityksiä hyvinvointiteknologioiden käyttöönottoon	171
Sanna Valkosalo & Merja Hoffrén-Mikkola Baltcityprevention – yhteiskehittäminen - yhteinen etu	187
Virpi Maijala & Jaana-Maija Koivisto Monitoimijuusosaaminen opetussuunnitelmien ilmentämänä sosiaali- ja terveysalalla.....	209
Anu Aalto & Marika Toivonen Palvelumuotoilu sote-palveluiden kehittämisessä	227
Mari Salminen-Tuomaala, Elina Leppäkangas & Sami Perälä Akuuttihoitotyön simulaatio-opetuksen autenttisuuden edistäminen sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemana	242

NÄKÖKULMIA MENETELMIIN

Helena Sarvikas

Asiakas kohdataan kuuntelemalla.....259

Maiju Kinossalo, Paula Kuusipalo,
Henna Jousmäki, Tiina Hautamäki & Jaakko Sihto

**Ajallisuus ja aineistojen keräämisen taito –
kokemuksia kasvatustieteiden kentältä274**

Kirsi Kivistö-Rahnasto & Virpi Salo

**Diabetesohjauksen tietotaidon syventäminen
terveysalan opiskelijoiden verkko-opinnoissa295**

Tiina Koskela & Marjut Asunmaa

**Digitaalisen interaktiivisen 360°-oppimisympäristön
käyttö akuuttihoitotyön opetuksessa315**

Meri Matala-aho

**Sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden
sydänsähkökäyrän rytmin tunnistamisen oppiminen
teoriaopetuksen, itseopiskelumateriaalin sekä
simulaation keinoin329**

Kaija Loppela & Merja Hoffrén-Mikkola

**Hyvinvointiteknologiset mittaukset
hyvinvoinnin tukena - miksi ja miten?.....344**

Jaana Vainionpää & Merja Hoffrén-Mikkola

**Living lab -toiminta tiedon ja taidon kehittäjänä
ja levittäjänä hyvinvointi-, sosiaali- ja terveysaloilla366**

TIETOA, TAITOA JA TEKNOLOGISIA INNOVAATIOITA POIKKEUSOLOISSA

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

Jaakko Hallila, HTT, toimitusjohtaja, rehtori
SeAMK Toimisto

Silja Saarikoski, YTM, AmO, informaatikko
SeAMK Kirjasto

Tarja Tapio, YTT, yliopettaja
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Tammikuussa 2020 uusi vuosikymmen näyttäytyi sekä kansallisissa että kansainvälisissä visioissa tiedon, taidon ja teknologian dynaamisena ja innovatiivisena aikakautena. Digitalisaatio ja globalisaatio olivat tuoneet koko maailman lähelle. Elämä tarjosi monenlaisia mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja. Kehittyneissä maissa taloudellisesta kasvusta oli saatu nauttia 1990-luvun lamavuosien ja vuoden 2008 finanssikriisin aiheuttaman kansainvälisen laman jälkeen, ja useimmat kansalaiset kokivat elämänsä turvalliseksi ja seesteiseksi. Arjessa ei ilmennyt suuria uhkakuvia. Sosiaali- ja terveysalalla hyvinvointiteknologian sekä digitaalisuuden ja tekoälyn hyödyntäminen kehittyivät nopeasti. Kukaan ei osannut ennakoida COVID-19-viruksen kaltaista väliin tulevaa muuttujaa, joka muutamassa viikossa sai koko maailman polvilleen. Tämän kokoomateoksen artikkelit on kirjoitettu koronapandemian aiheuttaman poikkeustilanteen aikana yksilöllisissä etätyöolosuhteissa.

1 KORONAVIRUSPANDEMIA – MONENLAISIA YKSILÖLLISIÄ JA YHTEISKUNNALLISIA UHKIA AIHEUTTAVA ILMIÖ

Koronaviruksen aiheuttama epidemia alkoi Kiinassa vuoden 2020 alussa, mutta ajatus sen leviämisestä ei vielä siinä vaiheessa huolestuttanut suomalaisia. Pandemian mahdollisuudesta huolestuttiin vasta, kun Pohjois-Italian hiihtokeskuksista alkoi maaliskuussa levitä eurooppalainen koronaepidemia. Pelkoa herätti se, että COVID-19-tauti oli epätavallisen voimakas virustauti, johon liittyi erityisesti iäkkäiden ja monisairaiden kuolleisuusriski. Sairastuminen koettiin pelottavana, koska virusta vastaan ei ollut olemassa rokotetta eikä parantavaa täsmähoitoa. Ei myöskään tiedetty, millaisia pitkäaikaisia terveysuhkia ja elinmuutoksia COVID19-sairauteen voi liittyä.

WHO (World Health Organization) ohjeisti kaikkia maita ryhtymään koronaviruksen leviämistä ehkäiseviin rajoitustoimiin maaliskuun puolivälissä. Myös Suomessa otettiin käyttöön kansalaisten perusoikeuksia rajoittavia toimia väestön terveyden ja terveydenhuollon kantokyvyn turvaamiseksi. Rajoitustoimilla onnistuttiin hidastamaan pandemian leviämistä ja suojaamaan riskiryhmiä. Kansalaisia suojelemaan tarkoitetuilla ohjeilla ja rajoitustoimilla oli kuitenkin vakavia sosiaalisia ja taloudellisia vaikutuksia. Kokoontumisrajoitusten seurauksena merkittävä osa palveluelinkeinojen toiminnasta jouduttiin keskeyttämään. Moni joutui lomautetuksi tai työttömäksi, mikä altisti yksinäisyydelle, sosiaaliselle eristäytymiselle, mielenterveysongelmille ja päih-teiden käytölle. Lisäksi pandemia kuormitti perhedynamiikkaa siten, että avioero- ja perheväkivaltatapausten määrä lisääntyi merkittävästi. Koulujen ja päiväkotien toimintarajoitusten vuoksi useat vanhemmat joutuivat tasapainoilemaan oman työn, lasten hoidon sekä heidän etäopetuksensa tukemisen välillä. Yli 70-vuo-

tiaat kärsivät yksinäisyydestä joutuessaan karanteeniin. Lisäksi monien palveluiden keskeyttäminen väliaikaisesti saattoi merkitä kuntoutujille sekä vammaisille heikentyntä elämänlaatua ja ongelmia arkisten asioiden hoitamisessa. (Hyvinvoinnin ja tasa-arvon vahvistaminen 2020.)

Mielenterveysongelmat olivat lisääntyneet Suomessa jo ennen koronapandemiaa ollen merkittävä syy sairauspoissaoloihin ja työkyvyttömyyseläkkeisiin vuodesta 2017 alkaen. Pandemia keskeytti monia tukipalveluja ja mielenterveysongelmista kärsivät saattoivat jäädä yksin ongelmiensa kanssa. Tämä näkyi itsemurhien määrän lisääntymisenä 15 %:lla tammi - huhtikuun osalta edellisvuoteen verrattuna. Koronapandemian aiheuttama työttömyys ja epävarmuus lisäsivät myös sellaisten ihmisten huolikuormaa ja ahdistuneisuutta, joilla ei aikaisemmin ollut ollut mielenterveysongelmia.

2 KORONAPANDEMIA HAASTEENA JA MAHDOLLISUUTENA

Koronapandemian aiheuttama epävarmuus testaa yksilöiden koherenssin tunnetta ja resilienssiä sekä koko yhteiskunnan eettisen perustan lujuuutta. Koronakriisi luo mahdollisuuden sekä yhteiskunnan eheyden vahvistumiseen että jo olemassa olevien murtumien syvenemiseen ja uusien syntymiseen. Poikkeuksellinen epävarmuuden aika voi luoda kuitenkin uudistumismahdollisuuksia, jotka eivät normaalioloissa ole mahdollisia tai joita ei osata tunnistaa. (Hyvinvoinnin ja tasa-arvon vahvistaminen 2020.) Yhteiskunnan uudistamiseksi tarvitaan panostusta aineettoman pääoman edistämiseen.

Eryteisesti hoitotyön laadun kehittämiseksi on tärkeää tarkastella, miten hoitotyössä tunnistetaan, huomioidaan ja edistetään heikoimmassa tilanteessa elävien ihmisten asemaa. Heidän kohte-

luaan voidaan pitää keskeisenä mittarina arvioitaessa sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ammattitaitoa. (Etiikan tila 2012.) Suomessa COVID-19-tautiin sairastuneiden, tehohoidettujen ja menehtyneiden määrä on ollut pieni moniin muihin maihin verrattuna. Voidaan todeta, että Suomen julkinen terveydenhoitojärjestelmä on toiminut tehokkaasti, mutta valitettavasti ikääntyneiden hoivakodeissa ei ole onnistuttu estämään tartuntoja riittävästi. (Hyvinvoinnin ja tasa-arvon vahvistuminen 2020.)

On tärkeää pohtia, millaiseen fyysisten pitkäaikaissairauksien sekä mielenterveyden ongelmien jälkihoitoon yhteiskunta kykenee koronakriisin jälkeen. On vaikeaa ennakoida, kuinka pitkäkestoisia seurauksia koronapandemiasta on ihmisten hyvinvointiin ja mielenterveyteen. ”Eriytyistä panostusta kriisissä ja siitä palautumisessa on suunnattava sinne, missä poikkeustilanteen aiheuttamat inhimilliset, sosiaaliset ja taloudelliset murtumat ovat suurimmat.” Kriisi on voinut aiheuttaa vaikeuksia erityisesti niille yksilöille, joiden henkiset ja sosiaaliset voimavarat ovat olleet heikot jo aikaisemmin. (Hyvinvoinnin ja tasa-arvon vahvistuminen 2020.)

Koska Suomen väestö vanhenee ja työvoimasta tulee olemaan lähivuosina pulaa monilla aloilla, työttömiksi joutuneiden työllistämistä ja mahdollisesta uudelleen kouluttamisesta on tärkeä huolehtia tehokkaasti. Myös sosiaalisesti vetäytyneiden ja eristäytyneiden kansalaisten elämänhallintaa tulisi tukea siten, että he pystyisivät kouluttautumaan ja työllistymään. Kaikkien työikäisten työkyvyn edistäminen on tärkeää yhteiskunnan taloudellisen, sosiaalisen ja inhimillisen kantokyvyn kannalta pitkällä tähtäimellä. Panostettaessa yhteiskunnan taloudelliseen elpymiseen on huolehdittava myös yksilöiden emotionaalisesta ja sosiaalisesta eheytymisestä sekä heidän resilienssinsä tukemisesta, koska ne ovat sidoksissa toisiinsa. Yhteiskunta voidaan nähdä niin vahvana kuin on sen heikoin lenkki ja yhteiskunnan tilaa on tarkasteltava aina heikoimpien näkökulmasta. (Hyvinvoinnin ja tasa-arvon vahvistuminen 2020.)

Koronaviruspandemian rajoitustoimilla on ollut suuria taloudellisia vaikutuksia Suomessa. Talous ei palaudu koronakriisin jälkeententiselle kasvu-uralleen pitkään aikaan ja taloudelliset kokonaisvaikutukset riippuvat siitä, kuinka pitkäaikaiseksi koronakriisi lieveilmiöineen osoittautuu. Koronakriisi on vahingoittanut kolmea neljäsosaa suomalaisista yrityksistä. Julkisen talouden kestävyysvajeen edellyttämiä sopeutustoimia suunniteltaessa ja organisoitaessa olisi huomioitava, että niillä ei heikennettäisi haavoittuvien ryhmien elämisen edellytyksiä ja mahdollisuuksia. On tärkeää pitää kiinni yhteisestä eetoksesta, muuten kriisi voi johtaa vahvempien etujen turvaamiseen heikompien kustannuksella sekä sosioekonomisten erojen kasvamiseen. Yhdessä jaettu kriisi haasteellisine ulottuvuuksineen voi vahvistaa yhteisvastuuta ja tahtoa toimia yhteisen hyvän eteen. Se voi olla mahdollisuus löytää tasa-arvoa rakentavia ratkaisuja yhteiskunnassa. (Hyvinvoinnin ja tasa-arvon vahvistuminen 2020.)

Koronapandemia on muistutus siitä, että elämään kuuluu myös kärsimystä, ennakoimattomuutta ja epävarmuutta. Ne ovat osa elämää ja ratkaisevaa on, miten niiden kanssa eletään. Korona opettaa nöyryyttä ja maanläheisyyttä, mikä nykyajan ihmisiltä on saattanut unohtua, kun on saatu elää taloudellisen hyvinvoinnin ja kansainvälisen yhteistyön kulta-aikaa. Koronakriisin aikana eri valtiot ovat kilpailleet suojarusteista, ja toisaalta käynnistelleet myös omaa tuotantoaan. Poikkeustilanne aiheuttaa epä-tietoisuutta ja turvattomuutta. On tärkeää muistaa, että jokaisen henkiset voimavarat tarvitsevat aktiivista ylläpitämistä. Ketään ei saa jättää yksin. Henkisten voimavarojen tukeminen koskee yksilöiden lisäksi koko yhteiskuntaa, jossa mielen kuormittuneisuus poikkeuksellisen tilanteen keskellä vähitellen lisääntyy. (Hyvinvoinnin ja tasa-arvon vahvistuminen 2020.)

Tätä kokoomateosta toimitettaessa elämme koronan suhteen suvantoaikaa, tosin eräiden ennusteiden mukaan tautihuippu olisi vasta tulossa. Tässä ajassa tarvitaankin pitkäjänteisyyttä ja levollisuutta, pitkää perspektiiviä sekä taaksepäin että eteenpäin

elämässä, ja luottamusta siihen, että vaikeina aikoina voidaan rakentaa vahvan yhteisen eetoksen ja asioiden jakamisen varaan. Uutta osaamista ja palveluiden kehittämistä tarvitaan myös talouden haasteiden ja julkisyhteisöjen velkaantumisen näkökulmasta.

Koronapandemia voidaan nähdä myös mahdollisuutena kehittää tiedollista ja taidollista osaamista. Etätö on pakottanut jokaisen ammattikorkeakoulun työntekijän ja opiskelijan digiloikkaan, jopa melkoiseen digipölytykseen. Muutamassa kuukaudessa jokainen on oppinut lisää uusia digitaalisia työkaluja ja -ohjelmia sekä virtuaalisia taitoja. Samalla on opittu vaihtoehtoisia toimintatapoja, jotka voivat olla jopa tehokkaampia ja taloudellisempia kuin perinteinen kontaktiopetus. Uusien etäopetusmuotojen kautta on pohdittu myös digitaalisen opetuksen eettisiä kysymyksiä ja opiskelijoiden tasa-arvoista tukemista virtuaalisia kanavia hyödyntäen. On onnistuttu toteuttamaan menestyksellisesti etävalintakokeet Teamsiä ja Webropolia hyödyntäen.

Osa opettajista kokee tehneensä hyviä oivalluksia myös elämän asioiden tärkeysjärjestyksestä. He eivät haluaisi palata aikaisempaan ”normaaliin ” arkeen, virran vietäväksi ja oravanpyörässä mukana kipittäväksi. Etätö on avannut silmät näkemään uusia mahdollisuuksia, kun on voinut pysähtyä miettimään erilaisia arjen ratkaisuja. On opittu olemaan syvällisemmin läsnä ja kuulolla. Toisaalta tärkeänä on koettu virtuaalikalvit, joiden aikana on Teamsissä voitu jakaa kokemuksia, kollegoita on alettu arvostaa eri tavalla. Toisaalta on opittu uusi, itsenäinen arki, jossa yksin työskentely ei tunnu enää kummalliselta, eikä yksin viihtymistä enää pidetä vikana. On tunnistettu sekä itsenäisen työskentelyn että yhteisöllisyyden arvo.

Opiskelijat ovat jakaantuneet niihin, jolle etäoppiminen sopii hyvin ja niihin, jotka olisivat kaivanneet enemmän henkilökohtaista kontaktia tai tukea. Seinäjoen ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistoiminta on pääosin jatkanut toimintaansa etätöön

kautta. Tiettyjen kohderyhmien fyysinen tavoittaminen on kuitenkin ollut mahdotonta, mikä on osaltaan muuttanut esimerkiksi tutkimuksen luonnetta.

3 TIETOA, TAITOA JA TEKNOLOGIAA KORONAPANDEMIAN KONTEKSTISSA

Tämän viidennen Seinäjoen ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikön henkilökunnan asiantuntijuutta esittelevän kokoomateoksen teemana on ”Tietoa, taitoa ja teknologiaa - kehittämisspolkuja sosiaali- ja terveysalalla.” Opetus- ja TKI-henkilökunnalla sekä ylemmän AMK-tutkinnon suorittaneilla sairaanhoitajilla oli mahdollisuus kuvata artikkeleissaan ajankohtaisia ilmiöitä ja innovaatioita sekä kehittämismenetelmiä, tuotoksia ja tuloksia. Julkaisun artikkeleissa kuvataan sosiaali- ja terveysalan asiantuntijoiden tarvitsemaa tiedollista ja taidollista osaamista sekä kehitettyjä uusia menetelmiä, mittareita ja toimintamalleja. Lisäksi artikkeleissa esitellään uusia digitaalisia opetusmenetelmiä ja oppimista, tutkimista ja kehittämistä mahdollistavia oppimisympäristöjä. Artikkeleissa kuvataan myös hankkeissa kehitettyjä tai sovellettuja uusia menetelmiä sekä hankkeiden aikana syntyneitä tuotteita. Julkaisussa on johdantoartikkelin lisäksi 22 artikkelia, jotka on jaettu kolmen seuraavan teeman alle: Ilmiöitä ajassa, Kehittämisen polkuja ja Näkökulmia menetelmiin.

Teema ”Ilmiöitä ajassa” sisältää neljä artikkelia, joissa kuvataan 2020-luvun keskeisiä ilmiöitä. Ari Haasio ja Jaakko Hallila kuvaavat artikkeleissaan sellaisia väestöryhmiä, joiden osallistuminen yhteiskunnan toimintaan on rajallista. Ari Haasio kuvaa artikkeleissaan sosiaalisesti vetäytyneiden, hikikomorien, arjen keskeisiä piirteitä. Jaakko Hallila puolestaan kuvaa väestön ikääntymistä kompleksisen talouden aikapommina. Molemmat väestöryhmät luovat haasteita sosiaali- ja terveysalan toimijoille tulevaisuu-

nessa, koska he tarvitsevat arkielämässä selviytyäkseen paljon konkreettista, emotionaalista, sosiaalista ja taloudellista tukea. Tarja Tapio pohtii artikkelissaan uusyhteisöllisyyttä sekä ikään-tyvän väestön asemaa ja arkea suhteessa tietoteknologiaan. Palveluiden digitalisoituminen on haaste erityisesti ikääntyville. Myös Anu Aalto, Pia-Maria Haapala ja Salla Kettunen kuvaavat artikkelissaan tulevaisuuden sote-yrittäjän tietoja ja taitoja digitalisoituvassa yhteiskunnassa ja pohtivat, millaista osaamista tarvitaan.

Teema ”Kehittämisen polkuja” koostuu 11 artikkelista, joissa kuvataan kehittämistarpeita ja -prosesseja sekä sosiaali- ja terveysalan asiakkaiden, työntekijöiden että opiskelijoiden näkökulmasta. Osa artikkeleista kuvaa kehittämistä yksilöllisenä ja osa yhteisöllisenä ilmiönä. Asiakkaiden saaman hoidon ja palvelun laatu ja turvallisuus ovat keskeisiä kehittämistyön lähtökohtia sosiaali- ja terveysalalla. Kosti Tuokkola ja Mari Salminen-Tuomaala kuvaavat artikkelissaan, millaista mittaria hyödyntäen yli 75-vuotiaiden tai muuten vajaakuntoisten kaatumis- ja vajaa-ravitsemusriskejä voitaisiin havainnoida kiireettömällä ensihoidototehtävillä. Kaatumis- ja vajaaravitsemusriskin tunnistaminen ennaltaehkäisee asiakkaan inhimillistä kärsimystä sekä vähentää hoitokustannuksia. Raila Kärnä ja Mari Salminen-Tuomaala esittelevät laadukkaan traumapotilaan tukemista koskevan toimintamallin laatimisen erilaisia kehittämismenetelmiä hyödyntäen. Traumapotilaan tukemisen toimintamalli otetaan käyttöön erään sairaanhoitopiirin ensihoidossa. Elina Määttä, Hanna Rantala ja Mari Salminen-Tuomaala kuvaavat teho- ja tehovalvontapotilaan siirtoprosessiin liittyviä haasteita ja kehittämistarpeita potilasturvallisuuden ja hoidon laadun edistämiseksi. Laura Ojanperän ja Mari Salminen-Tuomaalan artikkelissa tarkastellaan yhteis-päivystyksen potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä.

Työntekijöiden hyvinvoinnin ja jaksamisen edistäminen on tärkeää. Suvi Aromäki ja Marja Toukola esittelevät työhyvinvoinnin kehittämistä erilaisia kehittämismenetelmiä ja Foresight Frame-

work -viitekehystä hyödyntäen. Anna-Kaarina Koivula tarkastelee artikkelissaan kulttuurihyvinvointia analogisesti ja digitaalisesti. Jaana Vainionpää, Pia-Maria Haapala ja Jouko Lakaniemi kuvaavat hyteAI-hankkeen mahdollisuuksia maakunnan hyvinvointialan pk-yritysten innostamisessa hyvinvointiteknologioiden käyttöön. Moniammatillisuus, monitoimijuus ja verkostoituminen ovat 2020-luvun keskeisiä ilmiöitä. Sanna Valkosalo ja Merja Hoffrén-Mikkola esittelevät BaltCityPrevention-hankkeessa hyödynnettyjä uusia verkostoitumisen ja yhteistyön menetelmiä. Virpi Maijala ja Jaana-Maija Koivisto puolestaan tarkastelevat, miten monitoimijuusosaaminen ilmenee sosiaali- ja terveysalan opetus-suunnitelmissa.

Kehittämisessä on tärkeää huomioida myös asiakaskeskeisyys ja käyttäjälähtöisyys. Anu Aalto ja Marika Toivonen kuvaavat artikkelissaan palvelumuotoilua sosiaali- ja terveysalan palveluiden kehittämisessä. Mari Salminen-Tuomaala, Elina Leppäkangas ja Sami Perälä esittelevät ProvaHealth-hankkeen osana toteutetun kyselytutkimuksen tuloksia valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemuksista akuuttihoitotyön simulaatio-opetuksen autenttisuuden kehittämisestä. Sairaanhoitajaopiskelijat tarvitsevat mahdollisimman autenttisia oppimiskokemuksia ja hoitotyön opettajat pyrkivät toteuttamaan opetusta mahdollisimman aidontuntuisesti.

Teema ”Näkökulmia menetelmiin” koostuu seitsemästä artikkelista, joissa tarkastellaan erilaisia menetelmiä ja innovatiivisia kehittämis- ja oppimisympäristöjä sekä sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden että työntekijöiden näkökulmasta. Helena Sarvikas kuvaa aktiivista ja empaattista kuuntelemista asiakkaan kohtaamisessa. Ajallisuus on ulottuvuus, joka muovautuu eri tavoin erilaisissa konteksteissa ja instituutioissa. Maiju Kinossalo, Paula Kuusipalo, Henna Jousmäki, Tiina Hautamäki ja Jaakko Sihto kuvaavat ajallisuutta ja aineistojen keräämisen taitoa kasvatus-instituutioissa.

Uusien virtuaalisten opetusmenetelmien kehittäminen on tärkeää. Kirsi Kivistö-Rahnasto ja Virpi Salo esittelevät sairaanhoitajaopiskelijoiden diabetesohjauksen tietotaidon syventämistä verkko-opintojen avulla. Tiina Koskela ja Marjut Asunmaa kuvaavat digitaalisen 360°-oppimisympäristön käyttöä tehohoitotyön opetuksessa. Meri Matala-aho esittelee sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoille tekemänsä kyselytutkimuksen tuloksia sydänsähkökäyrän rytmien tunnistamisen oppimisesta teoriaopetuksen, itseopiskelumateriaalin sekä simulaatio-opetuksen keinoin.

Hyvinvointiteknologian hyödyntäminen on olennaista sekä asiakkaan hyvinvoinnin edistämisessä että myös uusien tuotteiden ja palveluiden kehittämisessä. Kaija Loppela ja Merja Hoffrén-Mikkola kuvaavat hyvinvointiteknologisia mittauksia asiakkaiden hyvinvoinnin edistäjinä. Jaana Vainionpää ja Merja Hoffrén-Mikkola esittelevät Living Lab -toiminnan mahdollisuuksia tietojen ja taitojen sekä erilaisten tuotteiden kehittämisessä.

Kehittämisen tavoitteena on edistää jotakin hyvää ja positiiviseksi määriteltyä asiaa, asiakkaiden ja työntekijöiden hyvinvointia sekä turvallista ja laadukasta toimintaa. Merkityksellinen ja mielekäs tekeminen ovat parasta arkea ja hyvällä yhteistyöllä sekä luovalla ja innovatiivisella otteella voidaan vastata tulevaisuuden haasteisiin rohkeasti. Ajan hermolla voidaan pysyä tilannetietoisuutta ja tiimiälyä sekä positiivista uteliaisuutta ruokkien. Luovat ideat ja ketterät ratkaisut syntyvät useimmiten koulutuksen ja työelämän rajapinnoilla - osaamista jakaen.

4 LUKIJALLE

Tämä artikkeliteos on syntynyt artikkeleiden kirjoittajien ja toimittajien yhteistyönä. Taustalla on ollut myös luonnollisesti SeAMKin opiskelijoita sekä SeAMKin ja sen yhteistyötahojen henkilöstöä.

Merkittävä rooli on myös ollut SeAMKin toimintaa rahoittaneilla tahoilla. Kokoomateoksen toimituskunta haluaa kiittää lämpimästi kaikkia edellä mainittuja ja toivottaa lukijoille antoisia ja virikkeitä antavia lukuhetkiä.

LÄHTEET

Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla. 2012. [Verkkójulkaisu]. Helsinki: Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Etene-julkaisuja 35. [Viitattu 10.6.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3263-0>

Hyvinvoinnin ja tasa-arvon vahvistaminen koronakriisin aikana ja sen jälkeen. 2020. [Verkkójulkaisu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja työ- ja elinkeinoministeriö. Valtioneuvoston julkaisuja 2020:19. [Viitattu 10.6.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-875-5>



ILMIÖITÄ ARJESSA

HIKIKOMORIT - VAIETTU VÄHEMMISTÖ

Ari Haasio, FT, yliopettaja
SeAMK Liiketoiminta ja kulttuuri

1 JOHDANTO

Japanissa on arvioitu olevan 500 000 - 1 000 000 sosiaalisesti vetäytyneitä henkilöä eli hikikomoria. Pääosa heistä on 16 - 35 -vuotiaita miehiä. Nämä henkilöt pyrkivät pidättäytymään kaikista sosiaalisista kontakteista ja lukkiutuvat kotiinsa. Ongelma ei ole tuntematon Suomessakaan. Yhä useampi nuori keskeyttää opintonsa, jää kotiin ja viettää aikaansa lähinnä netin ja pelien parissa. Monilla heistä on myös erilaisia mielenterveysongelmia. Nämä nuoret ovat sosiaalisesti vetäytyneitä, suomalaisia hikikomoreita eli hikkyjä, kuten he itse itseään kutsuvat verkkokeskusteluissa. (Haasio 2015; Haasio 2018).

Hikikomori on japania ja tarkoittaa sisäänpäin kääntynyttä (jap. hikikomorou). Se kuvaa Japanissa jo 1980-luvulla ensimmäisen kerran havaittua ilmiötä, jossa nuori lukkiutuu kotiinsa ja sillä voidaan viitata henkilöön tai olotilaan (Krysinska 2006; Ohashi 2008).

Hikikomoriksi luokiteltava nuori katkaisee siteet ulkomaailmaan. Aika kuluu video- ja tietokonepelien sekä mangan ja animen parissa. Opinnot keskeytyvät tai niihin ei hakeuduta ja työelämään ei pystytä osallistumaan. Ilmiö on havaittu myös Suomessa ja se on lisääntynyt vuosi vuodelta koko 2010-luvun ajan. (Haasio 2018.) Kotimaisessa tutkimuksessa (esim. Haasio & Zechner 2014; Haasio 2015; Zechner & Haasio 2016; Haasio 2018) ilmiötä on kuvattu myös termillä sosiaalinen vetäytyminen.

Me-säätiön selvityksen mukaan Suomessa oli vuonna 2018 yli 65 000 syrjäytynyttä 15 - 29 -vuotiasta (mesaatio.fi 2020). Osa näistä nuorista on hikikomoreita, lähes kokonaan tai osin sosiaalisesti vetäytyviä nuoria, jotka pyrkivät pidättäytymään kaikista sosiaalisista kontakteista, osa muutoin yhteiskunnan rakenteista ja toiminnoista pudonneita.

Tässä artikkelissa käsitellään sosiaalisesti vetäytyneiden suomalaisnuorten arkea, sen tunnusomaisia piirteitä sekä hikikomori-kulttuuria viitekehystenä, johon sosiaalisesti vetäytyneet nuoret samaistuvat. Artikkelin perustuu kirjoittajan väitöskirjassaan (Haasio 2015) esittämiin tutkimustuloksiin, Haasion ja Nakan (2019a; 2019b) japanilaisten ja suomalaisten hikikomoreiden informaatioskäytänteiden vertailevaan tutkimukseen, aihetta käsitteleviin artikkeleihin (esim. Haasio & Zechner 2014; Zechner & Haasio 2016; Haasio 2020) sekä kirjoittajan aihepiiristä kirjoittamaan kirjaan *Hikikomorit* (Haasio 2018).

2 HIKIKOMORI-ILMIÖN TAUSTAA

2.1 Hikikomorin määritelmä

Vaikka sosiaalisesti vetäytyneet hikikomorit mielletään usein kokonaan yhteiskunnasta eristäytyneiksi, näin ei aina ole. Eristäytymisen aste voi vaihdella (vrt. Haasio 2018), mutta esimerkiksi Japanissa hikikomori -diagnoosin edellytyksenä on kuuden kuukauden mittainen eristäytyminen perheen ulkopuolisista kontakteista (esim. Saito 1998; Japanese Ministry of Health, Labour & Welfare 2003; Teo 2010).

Teo (2010) on kiteyttänyt hikikomorin tunnuspiirteet seuraavasti:

- Kotikeskeinen elämäntapa
- Ei halua eikä mielenkiintoa tehdä töitä tai opiskella
- Oireet ovat jatkuneet vähintään kuusi kuukautta
- Mielen terveyden häiriöt eivät selitä käyttäytymistä
- Henkilökohtaiset kontaktit ovat kadonneet

Japanin valtioneuvoston kanslia selvitti vuonna 2016 hikikomorien määrää. Tässä tutkimuksessa vastaajat jaoteltiin kokonaan sosiaalisesti vetäytyviin hikikomoreihin (kyōgi no hikikomori) ja kvasi-hikikomoreihin (jun hikikomori), joilla on vielä jossain määrin yhteyksiä ympäröivään yhteiskuntaan. He pyrkivät kuitenkin vetäytymään sosiaalisesti mahdollisimman paljon. (Tajan, Yukiko & Pionnié-Sax 2017.)

Suomalaiset sosiaalisesti vetäytyneet puhuvat omalla Ylilaudan Hikikomero-keskustelupastalla itsestään ”hikkyinä” ja ”semihikkyinä”. Identifikaatio ”hikkyksi” edellyttää lähes täydellistä eristäytymistä Ylilaudan keskustelujen mukaan, kun taas ”semihikky” saattaa osallistua esimerkiksi kuntouttavaan työtoimintaan tai opiskella satunnaisesti oman jaksamisen ja motivaation mukaan. (vrt. Haasio 2018) Valtaosa Ylilaudan, josta Haasion (2015) tutkimusmateriaali on koottu, keskustelijoista on semi-hikkyjä, joita voidaan verrata em. kvasi-hikikomoreihin elämäntavaltaan.

Vaikka hikikomori-ilmiö on alun perin japanilainen, siitä on tullut maailmanlaajuinen ongelma. Esimerkiksi Hong Kongissa, Yhdysvalloissa, Britanniassa, Espanjassa, Italiassa ja monissa muissa maissa ilmiö on saanut huolestuttavia piirteitä ja kasvanut jatkuvasti (esim. Ranieri 2015; Sarchione ym. 2015; Kato, Kanba & Teo 2018). Valitettavan usein sitä ei kuitenkaan tunnisteta ja sen oletetaan liittyvän johonkin mielen terveyden häiriöön.

Hikikomori-ilmiötä ja hikikomoreja yksilöinä ja ryhmänä on yleensä käsitelty lähinnä psykiatrian näkökulmasta (vrt. Haasio 2014). Läheskään kaikki tutkijat (esim. Ogino 2004; Krysinska 2007)

eivät pidä hikikomoriutta sairautena, osa taas katsoo sen olevan mielenterveyden ongelma. Esimerkiksi Kondo ym. (2011/2013) katsovat hikikomori-ilmiön olevan ilmentymä jostain jo diagnosoitusta sairaudesta.

2.2 Hikikomorikulttuurin tunnuspiirteet

Koska ilmiö on japanilainen, on myös ei-japanilaisten hikikomorien puheenvuoroissa havaittavissa keskimääräistä suurempaa kiinnostusta japanilaiseen populaarikulttuuriin. Myös kotimaisten sosiaalisesti vetäytyneiden mielenkiinto kohdistuu usein mangaan ja animeen. Lisäksi animepornografia on myös monen hikikomorin mielenkiinnon kohteena. (Haasio 2015; 2018.) Ei kuitenkaan pidä ajatella, että japanilainen populaarikulttuuri olisi automaattisesti kaikkien sosiaalisesti vetäytyneiden suomalaisten mielenkiinnon kohteena. Valaskivi (2012) on määritellyt hikikomorin olevan kotiinsa sulkeutunut otaku. Otakulla tarkoitetaan henkilöä, jolla on äärimmilleen viety mielenkiinto johonkin aihepiiriin, Japanissa usein mangaan tai animeen (Zechner & Haasio 2016). Yhtä lailla tämä mielenkiinto voi kohdistua esimerkiksi pelaamiseen ja johonkin tiettyyn peliin.

Valaskivi ja Hoikkala (2006) ovat verranneet hikikomoreja kotimaisiin ”peräkammarin poikiin”. Jos kyse ei ole mielenterveydellisen häiriön aiheuttamasta ongelmasta, niin joissain tapauksissa tämä rinnastus on varsin osuva. Hikikomorit ovat eräänlaisia digiajan peräkammarin poikia. Siinä, missä entisajan peräkammarin poikien elämänpiiri rajoittui ensisijaisesti kotikylään, digiajan hikikomorien elämän keskiössä on internet.

Sosiaalisesti vetäytyneiden nuorten elämä keskittyy internetiin. Mahdolliset sosiaaliset suhteet ovat siellä. Yksi keskeinen erityispiirre hikikomorien kulttuurissa on anonymiteetti. Hikikomoreiden keskustelupalstoilla ei viestitä edes nimimerkin turvin vaan kaikki perustuu nimettömyyteen. Se luo turvallisuutta ja madaltaa

kynnystä avautua ja keskustella vaikeistakin asioista. Toki muissa verkkopalveluissa saatetaan käyttää nimimerkkiä – esimerkiksi pelimaailmoissa jokaisella pelaajalla on oma avattarensa, jolla hän pelaa. Olisi helppo ajatella, että internet on syy sosiaaliseen vetäytymiseen, mutta näin asia ei välttämättä ole (Haasio 2015). Monille sosiaalisesti vetäytyneille henkilöille internet on henkireikä - lähes ainoa yhteys ulkomaailmaan.

Iso osa hikikomoreista on 16 - 30 -vuotiaita. Japanissa tosin tavataan jo keski-ikäisiä hikikomoreita, joista vanhimmat ovat jo lähempänä 60 vuotta. Joissain tapauksissa tiedetään myös jonkin isomman elämänmullistuksen johtaneen sosiaaliseen vetäytymiseen, kuten kävi japanilaiselle 43-vuotiaalle yrittäjälle Shoku Uiborille. Konkurssin jälkeen hän on elänyt seitsemän vuotta eristyksissä omasta vapaasta tahdostaan. (Haasio 2018.)

Tekijän analysoimien Hikikomero-keskusteluryhmän verkkokeskustelujen perusteella kotimaiset hikikomorit ovat enimmäkseen 16 - 30 -vuotiaita ja enemmistö heistä on miehiä. Jos ongelmaan ei pystytä puuttumaan, yhteiskunnassamme tulee olemaan jatkuvasti laajeneva, ikääntyvien hikikomorien joukko.

Hikikomorien elämäntavassa on havaittavissa yhteneväisyyksiä, joita voidaan pitää tämän alakulttuurin tyypillisinä piirteinä. Vertailtaessa japanilaisia ja suomalaisia hikikomoreita (Haasio & Naka 2019a; 2019b), yhtäläisyydet elämäntavassa olivat hyvin samankaltaisia. Toki erojakin on, kuten se, että japanilaiset asuvat yleensä vanhempiensa kanssa, Suomessa iso osa taas asuu omassa ”komerossaan”. Kummassakin kulttuuripiirissä voitiin havaita seuraavat yhtenevät, hikikomorikulttuurille tyypilliset piirteet (vrt. Haasio 2018):

- Sosiaalinen vetäytyminen
- Tietokoneen ja netin merkitys ainoana tai lähes ainoana kommunikointivälineenä
- Pelien ja pelaamisen iso rooli elämässä
- Japanilaisen kulttuurin (manga, anime) harrastus
- Seksuaalinen kokemattomuus
- Yksinäisyys

Sosiaalinen vetäytyminen voi olla myös tietoinen valinta, ei välttämätön pakko. Usein taustalla on kuitenkin historia koulukiussattuna pienestä pitäen ja nuoruus ilman ystävyssuhteita. Sama tausta on havaittavissa niin Japanissa kuin Suomessa hikikomoreiden omien kertomusten perusteella. (Haasio & Naka 2019b.)

Monet keskustelijat kertovat Hikikomero-palstalla omista sairauksistaan, joista keskeisimpiä ovat masennus, Asperger ja monet mielenterveyden ongelmat. Keskustelijoiden itsetunto on heikko ja he pitävät itseään usein rumina ja vastenmielisinä luusereina ja ovat luopuneet toivosta. Elämä kulkee eteenpäin vaillo päämäärää päivä kerrallaan. (Haasio 2015.)

Oman lukunsa japanilaisessa hikikomorikulttuurissa muodostaa vahva äitisuhde. Perinteisesti lapset muuttavat pois vanhempiensa luota vasta avioiduttuaan, mikä tarkoittaa käytännössä sitä, että suurin osa japanilaisista hikikomoreista asuu lapsuudenkodissaan. Äidin velvollisuutena on pitää huolta, vaikka ikää kertyisi enemmänkin. Suomessa sen sijaan moni sosiaalisesti vetäytynyt kertoo verkkokeskusteluissa asuvansa yksin esimerkiksi opiskelija-asunnossa tai vuokralla. Tällöin sosiaaliturva huolehtii heidän toimeentulostaan.

3 HIKIKOMORIN ARKI

Arjen rutiinit määräytyvät pitkälti sen mukaan, mikä on sosiaalisesti vetäytyneen henkilön eristäytymisen aste. Osalla arkeen mahtuu joissain tapauksissa opintoja tai jopa töissä käyntiä, mutta suurin osa sosiaalisesti vetäytyneistä henkilöistä viettää aikansa kotona, neljän seinän sisällä.

Internet ja pelit ovat keskeisimmässä roolissa sosiaalisesti vetäytyneiden maailmassa. Verkko tarjoaa myös mahdollisuuden purkaa omia tunteja vertaisille: esimerkiksi kotimainen Ylilauta-sivuston Hikikomero (<https://ylilauta.org/hikky/>) ja japanilainen hikikomori-foorumi Futaba Channel eli 2chan (<https://www.2chan.net/>) ovat tästä hyviä esimerkkejä. Kotimaisella Hikikomero-palstalla keskustellaan runsaasti terveyteen, omaan arkeen ja siinä selviytymiseen sekä mielenkiinnon kohteisiin liittyvistä kysymyksistä. Palstalla on myös iso rooli niin vertaistiedon kuin vertaistuenkin antajana. (Haasio 2015.)

Mistä sosiaalisesti vetäytyneen arki sitten koostuu ja miten hän kuluttaa aikaansa päivästä toiseen?

Monissa Ylilaudan keskusteluketjuissa osallistujat ovat avanneet omia päivärutiinejaan. Tyypillistä on, että vuorokausirytmistö poikkeaa keskiverron kansalaisen rytmistä: yöt valvotaan ja päivisin nukutaan pitkään. Eräs Hikikomeron keskustelija kuvasi arkirutiinejaan seuraavasti:

- herää
- tietokone
- nukkumaan

tuossa välissä sit muutaman kerran jotain syötävää sekä ainakin yksi suihku.

Ne ”hikkyt”, kuten he itseään kutsuvat, jotka käyvät esimerkiksi kuntouttavassa työtoiminnassa tai yrittävät opiskella, saattavat yrittää pitää kiinni perinteisemmästä päivärytmistä. Täysin kotiinsa eristäytyneet, vailla työtä tai opiskelupaikkaa olevat sosiaalisesti vetäytyneet nuoret sen sijaan noudattavat aivan omaa rytmiään, koska mikään aamuhämmäsen pakko ei koske heitä.

Anime, itselle mieluisat nettipalvelut, masturbointi, elokuvat ja pelaaminen toistuvat aktiviteetteina kirjoittajien keskustelupalstalle lähettämässä teksteissä. Moni myöntää, että henkilökohtainen hygienia, asunnon siivous ja kotitaloustyöt jäävät helposti vähälle. Jaksaminen ei riitä, sillä moni hikikomori sairastaa esimerkiksi keskivaikeaa masennusta.

Seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset ja seksuaalisten halujen purkaminen ovat yksi keskeisistä keskustelunaiheista. Seksuaalinen kokemattomuus yhdistyy voimakkaisiin seksuaalisiin haluihin, jotka purkautuvat nettipornon katsomisella ja masturbaatiolla. (Zechner & Haasio 2016.) Parisuhde tai edes satunnainen seksi ovat haaveita, joita useimmat pitävät utopistisina. Heikkoon itsetuntoon yhdistyy pahimmillaan ajatus itsestä rumana ja vastenmielisenä, etovana ihmissaastana, joka ei kelpaa edes prostituoidun asiakkaaksi. Moni pitää jopa tavoitteena ”velhoutumista”, jolla tarkoitetaan sitä, että henkilöllä ei ole lainkaan seksikokemuksia toisen henkilön kanssa.

Seksuaaliset fantasiat ja haaveet ovat usein kaukana, saavuttamattomissa. Tyttöystäväksi haluttaisiin animetyttöjen kaltaisia, sarjakuvahahmomaisia naisia. Naisista puhutaan myös osin halveksuvaan sävyyn - siiderivalaat eivät kelpaa vaan naisen tulee olla kaunis, mukava, älykäs ja sopia siihen ideaaliin, jonka hikikomori on päässään rakentanut. Oikeassa elämässä naisia ei kuitenkaan uskalleta lähestyä - ajatuskin ”kuumottaa” liikaa.

Kun verrataan japanilaisten ja suomalaisten hikikomorien päivärytmiä ja arjen etenemistä, niin merkillepantavaa on yhtäältä se,

että äiti huolehtii ruoasta ja toisaalta se, että seksuaalisuutta ei käsitellä maan kulttuurista johtuvista syistä avoimesti keskustelupalstoilla. Siksi sen osalta emme tiedä japanilaisten hikikomorien tapoja. (Haasio & Naka 2019b.) Toisaalta Teo (2010) on kuvannut tyyppillisen, harvoin huoneestaan poistuvan hikikomorin arkea. Hänen mukaansa se koostuu lähinnä verkkosurffailusta, chattailusta, mangan lukemisesta ja tietokonepelien pelaamisesta, joka on hyvin samankaltaista ajan kuluttamista kuin suomalaisilla sosiaalisesti vetäytyneillä nuorilla.

Pelaaminen vie monelta sosiaalisesti vetäytyneeltä nuorelta ison osan päivästä. Toisaalta pelit ovat koukuttavia ja niihin voi syntyä riippuvuussuhde, mutta asialla on kääntöpuolensa. Moni hikikomori on kirjoittanut keskustelupalstoilla, että hän ei ole koskaan saanut keneltäkään tai mistään hyväksyntää. Pelimaailmat tarjoavat siihen oivan mahdollisuuden: taitava pelaaja saa ennen pitkää peliyhteisössä arvostusta ja mainetta. Ja jos pelaaminen nostaa itsetuntoa ja se on se maailma, josta saa positiivista palautetta, on luonnollista, että siellä vietetään runsaasti aikaa. Runsas pelaaminen, niin kauan kuin se ei ole elämän ainoa sisältö, ei kuitenkaan tee nuoresta sosiaalisesti vetäytyneitä - päinvastoin pelaaminen on usein varsin sosiaalista puuhaa.

Kun puhumme kotiseudusta, tarkoitamme perinteisesti meille tärkeitä ja rakkaita fyysisiä paikkoja, kuten kesämökkiä, lapsuudenkotiä, kotitaloamme ja niin edelleen. Mikä sitten on hikikomoreiden kotiseutua? Voimme puhua niin kutsutusta virtuaalisesta kotiseudusta, joka muodostuu meille tärkeistä ja mielekkäistä paikoista virtuaalisessa maailmassa: pelimaailmoista, sosiaalisen median sivustoista ja niin edelleen. Sosiaalisesti vetäytyneiden maailmassa erityisesti virtuaalinen kotiseutu saa ison roolin: siellä viihdytään, siellä vietetään aikaa. (Haasio 2020.)

Jos ja kun arjen askareita, kuten kaupassa käyntejä, on pakko tehdä, pyritään ne ajoittamaan tiettyyn aikaan ja suunnittelemaan huolella etukäteen. Esimerkiksi 24/7 auki olevat kaupat ja lii-

kenneasemat ovat sosiaalisesti vetäytyneiden pelastus ja heidän suosiossaan. Aamuyöllä ei juuri törmää muihin ostoksilla oleviin henkilöihin. (Haasio 2018.) Lähes kaikki sosiaalisesti vetäytyneet henkilöt kärsivätkin sosiaalisten tilanteiden pelosta. Yksinkertaiset, arkiset asiat pelottavat ja ihmisten kanssa kommunikointi on vastenmielistä - se ”kuumottaa”.

4 LOPUKSI

Sosiaalinen vetäytyminen on kasvava ongelma, mutta sitä ei välttämättä tunnisteta ja siihen ei reagoida ajoissa. Monet nuorten ja nuorten aikuisten kanssa työskentelevät ammattilaiset tunnistavat oireet; ongelma on siinä, miten asiaan voisi puuttua. Japanissa on perustettu hikikomoreille hoitolaitoksia, joissa he sosiaalistuvat. Näissä paikoissa esimerkiksi internet ja pelaaminen on kielletty. Hikikomoreille ja heidän vanhemmilleen on perustettu myös omia tukiryhmiä. (Masangkay 2016.)

Ennaltaehkäisyyn näkökulmasta varhainen puuttuminen ja ongelman havaitseminen ajoissa on avainasemassa. Tietoutta ilmiöstä tulisi lisätä muun muassa nuorisotyöntekijöiden, terveydenhoitoalan ammattilaisten, sosiaalityöntekijöiden ja muiden nuorten parissa toimivien henkilöiden keskuudessa. Koska koulukiusaaminen ja yksinäisyys ovat lähes aina sosiaalisen vetäytymisen mainittuja syitä, tulisi myös näiden seikkojen ennaltaehkäisyyn kiinnittää huomiota jo hyvin varhaisessa vaiheessa. Moni sosiaalisesti vetäytynyt nuori on kertonut olleensa kiusattu jo päiväkodista ja alakoulun ensimmäisestä luokasta alkaen.

Ensisijaista on aktivoida näitä sosiaalisesti vetäytyneitä nuoria pikkuhiljaa. Monella opinnot ovat keskeytyneet ja esimerkiksi oppilaitosten tarjoamat verkkokurssit saattavat olla yksi tapa päästä takaisin opiskelun rytmiin kiinni. Tätä on kokeilu hyvin

tuloksin Japanissa. Tärkeintä kuitenkin on, ettei näitä nuoria jätetä yksin komeroonsa vaan tuetaan heidän sosiaalistumistaan kaikin mahdollisin tavoin. Ongelmallista kuitenkin on se, mistä heidät löytää. Hikikomorit ovat maan hiljaisia ja siksi se asettaa esimerkiksi etsivälle nuorisotyölle isoja haasteita.

LÄHTEET

Haasio, A. 2014. Hikikomori-ilmiö: ominaispiirteet ja siihen kohdistunut tutkimus. Teoksessa: A. Viljamaa, S. Päällysaho & R. Lauhanen (toim.) Opetuksen ja tutkimuksen näkökulmia. Seinäjoki: Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja A. Tutkimuksia 17, 235 - 246.

Haasio, A. 2015. Toiseus, tiedontarpeet ja tiedon jakaminen tietoverkon ”pienessä maailmassa”: tutkimus sosiaalisesti vetäytyneiden henkilöiden informaatiokäyttäytymisestä. [Verkkojulkaisu]. Tampere: Tampere University Press. Acta Universitatis Tamperensis 2082. Väitösk. [Viitattu 6.5.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9878-7>

Haasio, A. 2018. Hikikomorit. Helsinki: Avain.

Haasio, A. 2020. Sosiaalisesti vetäytyneet ja internetin pieni maailma. Teoksessa S. Riukulehto & A. Haasio (toim.) Virtuaalinen kotiseutu. Helsinki: SKS. Ilmestyy vuoden 2020 aikana.

Haasio, A. & Naka, H. 2019a: The impact of cultural differences on information needs of the Finnish and Japanese Hikikomori: A comparative study. Teoksessa: A. Katsirikou (ed.) 11th Qualitative and Quantitative Methods in Libraries: QQML 2019: International conference: Book of abstracts. [Verkkojulkaisu]. Florence: European University Institute, 81 - 82. [Viitattu 6.5.2020]. Saatavana: http://qqml.org/wp-content/uploads/2017/09/Book-of-Abstracts_Final_AfterConf_v1.pdf

Haasio, A., & Naka, H. 2019b. Information needs of the Finnish and Japanese hikikomori: a comparative study. [Verkkolehtiartikkeli]. *Qualitative and quantitative methods in libraries* 8 (4), 509 - 523. [Viitattu 6.5.2020]. Saatavana: <http://www.qqml-journal.net/index.php/qqml/article/view/533>

Haasio, A. & Zechner, M. 2014. Identiteettipuhetta Hikikomero-keskustelufoorumilla. Teoksessa: M. Gissler, M. Kekkonen, P. Känkänen, P. Muranen & M. Wrede-Jäntti (toim.) *Nuoruus toisin sanoen: Nuorten elinolot -vuosikirja 2014*. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, 51 - 62.

Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare. 2003. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 6.5.2020]. Saatavana: <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/04/dl/h0404-2a3.pdf> [Käännös Dorota Krysinska].

Kato, T. A., Kanba, S. & Teo, A. R. 2018. Hikikomori: experience in Japan and international relevance. [Verkkolehtiartikkeli]. *World psychiatry* 17 (1), 105. [Viitattu 6.5.2020]. Saatavana: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5775123/>

Kondo, N., Sakai, M., Kuroda, Y., Kiyota, Y., Kitabata, Y. & Kurosawa, M. 2011/2013. General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan: Psychiatric diagnosis and outcome in mental health welfare centres. *International Journal of social psychiatry* 59 (1), 79 - 86.

Krysinska, D. 2007. Hikikomori (social withdrawal) in Japan: Discourses of media and scholars; Multicausal explanations of the phenomenon. [Verkkojulkaisu]. University of Pittsburgh. Thesis. [Viitattu 6.5.2020]. Saatavana: http://d-scholarship.pitt.edu/9520/1/Krysinska_Dorota_October_2006.pdf

Masangkay, M. 2016. Support groups emerge to help female recluses. [Verkkoartikkeli]. *Japan Times* 19.10.2016. [Viitattu 6.5.2020]. Saatavana: <https://www.japantimes.co.jp/news/2016/10/19/national/social-issues/support-groups-emerge-help-female-recluses/#.W3q-ma8J9jX4>

mesaatio.fi. 2020. [Verkkosivusto]. [Viitattu 6.5.2020]. Saatavana: <https://www.mesaatio.fi/>

Ogino, T. 2004. Managing categorization and social withdrawal in Japan: Rehabilitation process in a private support group for hikikomori. *International journal of Japanese sociology* 13 (1), 120 - 133.

Ohashi, N. 2008. Exploring the psychic roots of Hikikomori in Japan. Ann Arbor: Pro Quest, UMI Dissertation Publishing.

Ranieri, F. 2015. When social withdrawal in adolescence becomes extreme: the "hikikomori" phenomenon in Italy. *Psichiatria i psychologia kliniczna* 15 (3), 148 - 151.

Saito, T. 1998. Social withdrawal (Shakaiteki Hikikomori). Tokyo: PHP Shinsho. [japaniksi].

Sarchione, F., Santacroce, R., Acciavatti, T., Cinosi, E., Lupi, M., & Di Giannantonio, M. 2015. Hikikomori, clinical and psychopathological issues. [Verkkolehtiartikkeli]. *Research and advances in psychiatry* 2 (1), 21 - 7. [Viitattu 6.5.2020]. Saatavana: http://www.academia.edu/download/45255076/Hikikomori_clinical_and_psychopathologic20160501-618-e640p1.pdf

Tajan, N., Yukiko, H., & Pionnié-Dax, N. 2017. Hikikomori: the Japanese Cabinet Office's 2016 survey of acute social withdrawal. *The Asia Pacific journal* 15 (5).

Teo, A. R. 2010. A new form of social withdrawal in Japan: a review of hikikomori. [Verkkolehtiartikkeli]. *International journal of social psychiatry* 56 (2), 178 - 185 [Viitattu 6.5.2020]. Saatavana: <https://doi.org/10.1177%2F0020764008100629>

Valaskivi, K. 2012. Autenttisuutta osmoosilla: japanilainen populaarikulttuuri osana elämää. Teoksessa: M. Salasuo, J. Poikolainen & P. Komonen (toim.) *Katukulttuuri: Nuorisoesiintymiä 2000-luvun Suomessa*. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto/

Nuorisotutkimusseura. Julkaisuja 124, 33 - 63.

Valaskivi, K. & Hoikkala, T. 2006. Vauraat vanhemmat ja kuluttajalapset: Sukupolvien muuttuvat suhteet Suomessa ja Japanissa. Teoksessa K. Valaskivi (toim.) Vaurauden lapset: Näkökulmia japanilaiseen ja suomalaiseseen nykyculttuuriin. Tampere: Vastapaino, 211 - 232.

Zechner, M. & Haasio, A. 2016. Seksuaalisuus sosiaalisesti vetäytyneiden nuorten verkkopuheessa. Seksologinen aikakauskirja 2 (1), 3 - 16.

VÄESTÖN IKÄÄNTYMISESSÄ MUHII KOMPLEKSIINEN TALouden AIKAPOMMI

Jaakko Hallila, HTT, toimitusjohtaja, rehtori
SeAMK Toimisto

1 JOHDANTO

Väestön ikääntyminen ja siitä aiheutuvat ongelmat ovat olleet tiedossa jo pitkään. Ongelma on luonteeltaan kompleksinen ja hankala. Sen siirtäminen tulevien päätöksentekijöiden ratkaistavaksi on lyhytnäköisesti helpoin vaihtoehto. Läpi viime vuosikymmenten on myös varoiteltu pandemian mahdollisuudesta, samoin kuin viime aikoina ilmastonmuutoksesta. Kuitenkin halu tehdä ennakoivia, mahdollisesti kipeitäkin ennakoivia päätöksiä on alhainen tilanteessa, jossa vielä ei ole aivan pakko.

Tämän artikkelin tarkoituksena on tarkastella väestön ikääntymisestä aiheutuvien ongelmien taloudellisia vaikutuksia ja pohtia, mitä voitaisiin tehdä paremmin, jotta ongelmiin varauduttaisiin. Artikkelissa luodaan katsaus väestöennusteeseen ja ikääntymisen kustannuksiin, pohditaan yhtälön kompleksisuutta, etsitään onnistuneita kokeiluja ja tehdään suosituksia tilanteeseen valmistautumiseksi.

2 IKÄÄNTYNEIDEN MÄÄRÄ JA IKÄÄNTYMISEN KUSTANNUKSET

Suomessa oli vuonna 2015 noin 136 000 yli 85-vuotiasta, ja tämän ikäryhmän määrän on ennakoitu 2,6-kertaistuvan 360 000

henkilöön vuoteen 2040 mennessä (Kauppi ym. 2015). Tilanne on vähintäänkin haastava, koska kyseisestä ikäryhmästä oli vuonna 2013 peräti 20,2 % pitkäaikaissairaanhoidossa joko vanhainkohteissa, terveyskeskuksissa, sairaaloissa tai tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Lisäksi säännöllisen kotihoidon palveluita tarvitsi myös 22,1 % kyseisestä ikäryhmästä. (Kauppi ym. 2015.) Vuonna 2018 vanhuspalveluiden piirissä oli noin 93 000 asiakasta, joista 43 % tarvitsi ympärivuorokautista hoitoa 57 %:n pärjätessä kotihoidossa. Vanhuspalveluiden asukkaista suurin osa on muistisairaita, paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden määrä on jatkuvassa kasvussa, ja asiakkaat kotihoidossa ovat entistä huonokuntoisempia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.)

Väestöennusteet ovat ennakoineet tilannetta jo pitkään, joten tilanne ei varsinaisesti ole yllätys. Kauppinen totesi jo vuonna 2005 vähenevän väestön kunnissa kuntajohtajien ja päättäjien kohtaavan lähes ratkaisemattomissa olevia ongelmia (Kauppinen 2005). Ongelman mittakaava ei kuitenkaan ole saanut sitä huomiota, jonka se ansaitsisi. Suomen virallisen tilaston (2020) mukaan julkisyhteisöjen vuoden 2018 kokonaismenoista (124,4 miljardia euroa) peräti lähes 32 miljardia kohdentui vanhuudesta aiheutuviin sosiaaliturvamenoihin. Luku ei sisällä terveydenhuoltomenoja, jotka kokonaisuudessaan kaikki ikäryhmät huomioon ottaen olivat samana vuonna noin 16,4 miljardia euroa. Julkisyhteisöjen kokonaismenojen ollessa yhteensä 124,4 miljardia euroa kului sosiaaliturvaan kokonaisuutena lähes 56,6 miljardin euroa. (Suomen virallinen tilasto 2020.)

Mikäli hoivan kysyntä ikäryhmien perusteella säilyisi nykyisellään eikä työn tuottavuus paranisi, hoivapaikkojen ja henkilökunnan määrää täytyisi kasvattaa suoraan lineaarisessa suhteessa väestön vanhentumiseen (Kauppi ym. 2015). Honkamaa (2015) on arvioinut henkilöstökustannusten osuutta iäkkäiden hoivapalveluiden kokonaistuotanto-kustannuksista ja todennut, että kotihoidon käynnin kustannuksista 85 % on henkilöstökustannuksia

ja tehostetun palveluasumisen vuorokausihinnasta vastaavasti 78 % muodostuu henkilöstökustannuksista.

Voidaan siis todeta, että hoivakustannuksista merkittävä osa muodostuu hoitohenkilöstön palkoista. Samanaikaisesti iäkkäiden henkilöiden tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien vanhusten hoitohenkilökunnan mitoitus nostetaan 0,7 työntekijään asiakasta kohti viimeistään 1.4.2023 mennessä (HE 2020/4). Nykyinen hoitajamitoitus on 0,5 työntekijää asukasta kohden. Esitysluonnoksen arvioissa vuonna 2025 lisähenkilöstön tarve olisi 5 300 henkilöä (HE 2020/4). Tämä tulee luonnollisesti aiheuttamaan lisäkustannuksia.

Mikäli pelkästään vanhuudesta johtuvat sosiaalimenot olisivat olleet vuonna 2018 ainoastaan kaksinkertaiset, olisi siitä aiheutunut yhteiskunnalle 64 miljardin euron kuluerä. Luku on valtava, ja esimerkiksi vuoden 2018 yhteenlasketuista julkisyhteisöjen menoista se olisi vienyt yli puolet. Summa ei myöskään pidä vielä sisällään terveydenhuoltomenoja, jotka nekin kasvavat väestön ikääntyessä. Mittasuhteista kertoo se, että vuoden 2018 bruttokansantuote oli Suomessa 232 miljardia euroa, ja esimerkiksi viennin arvo 91 miljardia euroa. (Suomen virallinen tilasto 2018b.)

Ikääntymisestä aiheutuvien menojen arviointi ei ole kuitenkaan aivan näin suoraviivaista. OECD (de la Maissonneuve & Oliveira Martins 2013) ennakoi pitkäaikaishoidon julkisten kustannusten kehittymistä demografian, tulojen, tuottavuuden ja epävirallisen hoivan ennusteita hyödyntäen. Euroopan Komissio (European Commission 2011) puolestaan ennustaa hoivan tarvetta ikä- ja sukupuolikohtaisella arviolla. Valtiovarainministeriö (2014) toteuttaa ikäsidonnaisen menojen laskennan SOME-mallin avulla, jossa menot on luokiteltu 120 luokkaan keskimääräisen ikäsidonnaisuuden mukaan. Kauppi ym. (2015) toteavat erilaisten ennusteiden erojen johtuvan muun muassa siitä, että monikan-salliset organisaatiot pyrkivät sovittamaan maat samanlaiseen

vertailuasetelmaan kansallisista eroista huolimatta. Yhteistä kuitenkin eri tavoin saaduille arvioille on se, että ikääntymisestä aiheutuvien menojen ennustetaan Suomessa kasvavan laskentatavasta riippumatta.

3 YHTÄLÖN ONGELMALLISUUS

Väestön ikääntymisen tärkein vaikutus talouden kasvun näkökulmasta on työvoiman kasvun hidastuminen ja väheneminen (Lassila, Määttänen & Valkonen 2007). Toisin sanoen mahdollinen kasvu täytyy luoda entistä pienemmällä työntekijämäärällä. Vaikka veroa maksavien työllisten lisääminen on tärkein keino, täytyy myös palvelujärjestelmän tehokkuuden kasvaa ja kalliiden palveluiden käytön vähentyä ennaltaehkäisevää työtä lisäämällä (Pitkäniemi & Rantanen 2019).

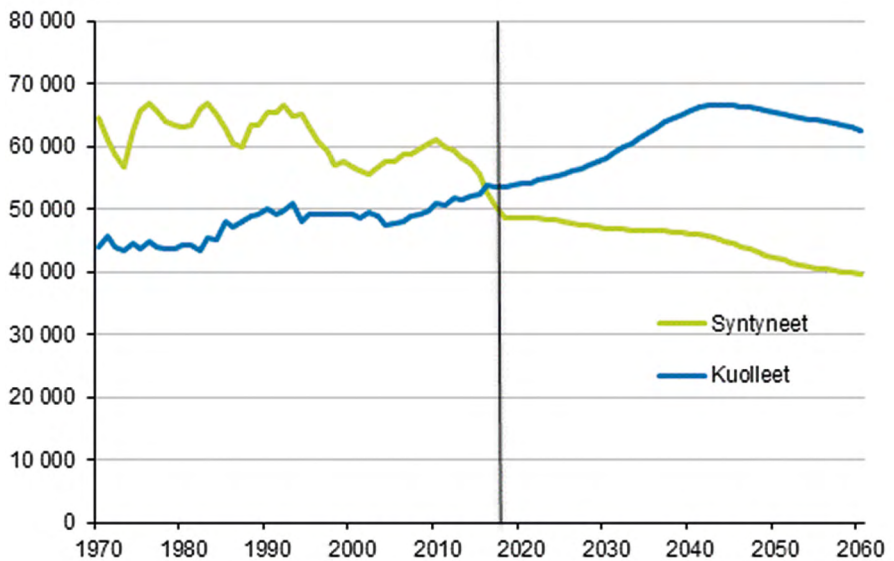
Ongelmaa monimutkaistaa se, että terveysmenot ja väestömuutokset ovat suuria maan sisällä (Kauppi ym. 2015). Ikääntymisen lisäksi suurta osaa maata kuormittaa muuttotappio, joka vie veropohjaa. Kun monien kuntien asukasluku pienentyy, niissä on entistä vähemmän nuoria ja entistä enemmän ikääntyneitä palveluntarvitsijoita. (Lassila ym. 2007.)

3.1 Henkilöstön riittävyys

Oman haasteensa tilanteeseen tuo myös henkilöstön riittävyys. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysalan perustutkinto on nopeasti menettänyt suosiotaan nuorten keskuudessa, ja keväällä 2019 tutkintoa ilman ensihoidon hakijoita haki suorittamaan 8 600 opiskelijaa, mikä oli lähes 4 600 vähemmän kuin viisi vuotta aikaisemmin (Vipunen 2020). Lyhyemmälläkin tähtäimellä hoivapalveluhenkilöstön tarve tulee kasvamaan voimakkaasti, ja esimerkiksi Toiminen (2017) on arvioinut työvoiman lisäämistarpeen olevan

vuoteen 2026 mennessä 20 %. Tuolloin ei hoitajamitoituksen nosto ollut vielä tiedossa.

Pidemmän aikavälin tilannetta eivät myöskään helpota viime vuosina julkaistut entistä synkemmät syntyvyysennusteet (Pitkäniemi & Rantanen 2019). Uudet syntyvät ikäluokat ovat systemaattisesti olleet viime vuosina kuolleita ikäluokkia pienempiä (kts. Kuvio 1) (Suomen virallinen tilasto 2018a). Tämä tulee aiheuttamaan sen, että hoivalle on suhteellisesti entistä enemmän tarvetta, ja toisaalta potentiaalisia uusia opiskelijoita hoiva-alalle on entistä vähemmän. Ikärakenteeseen liittyvä toinen haaste on se, että kaikista hoivamenoista peräti puolet liittyy Suomessa kuoleman läheisyyteen (Lassila & Valkonen 2011; Kauppi ym. 2015).



Kuvio 1. Syntyneiden ja kuolleiden määrä 1970 - 2017 ja ennustettu määrä 2018 - 2060 (Suomen virallinen tilasto 2018a).

3.2 Hyvinvointiteknologiasta pelastaja?

Viimeaikaisessa keskustelussa on kohdistettu runsaasti toiveita työn tehostumiseen ja hyvinvointiteknologiaan. Kaikkein optimistisimpien näkemysten mukaan nykyisestä sairaanhoitajien ja lähihoitajien työstä pystyttäisiin jo tekemään viidennes robottien avulla (Kangasniemi & Andersson 2016). Optimistisimmankaan näkemysten mukaan lähi- ja sairaanhoitajien työtehtävien osittaisella korvaamisella robotiikalla ei tulla saavuttamaan hoitohenkilöstön kokonaismäärän vähentämistä, koska ikärakenteesta johtuva väestön vanheneminen aiheuttaa toimialan työvoiman tarvetta voimakkaasti (emt.).

Tällä hetkellä hyvinvointiteknologiaa hyödynnetään kotona asuvien ikääntyvien hoidossa lähinnä kulunvalvontalaitteiden ja erilaisten ovivahtien avulla. Sen sijaan uloshälyttävien palohälytyslaitteiden, kognitiivisten toimintakykyä tukevien ratkaisuiden tai robottien käyttö on vielä vähäistä (Hammar, Mielikäinen & Alastalo 2018). Ongelmana on lisäksi Suomessa ollut määrittellä, kenen tulisi maksaa kotihoidon teknologiasta aiheutuvat kustannukset (emt). Erityisen paljon potentiaalia esimerkiksi roboteille on välillisissä potilastöissä, kuten lääkkeiden käsittelyssä, kuljetustehtävissä ja erityyppisissä muissa huoltotehtävissä (Kangasniemi & Andersson 2016, 39 - 40). Kotihoidon osalta merkittävää digiloikkaa tuskin otetaan ennen kuin vähintään laitteiston kustannuskysymys on saatu ratkaistua.

3.3 Kotihoito vai palveluasuminen?

Suomessa vallitseva paradigma on ollut tuottaa palveluita mahdollisimman runsaasti asiakkaiden koteihin ja välttää kalliina pidettyä palveluasumista. Iäkkäiden palveluiden strateginen tavoite on ollut, että vanhusten toimintakykyä parantamalla lasketaan ikääntymisen palveluista koituvia menoja (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018). Samanaikaisesti ikääntyvän väestön

toimintakyvyn ylläpitoon tarkoitetut määrärahat riittävät aikaisempaa huonommin ja entistä useampi vanhuspalveluista vastaava kantaa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kyselyn (2018) mukaan huolta myös kotihoidon riittävydestä. Vanhuspalveluissa työskentelevistä ammattilaisista 35 % työskentelee kotihoidossa, ja loput ympärivuorokautisessa hoidossa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019). Kotihoidossa olevat asiakkaat ovat jatkuvasti entistä huonokuntoisempia, ja runsaasti palveluita tarvitsevien asiakkaiden määrä on ollut kasvusuunnassa (emt.). Ympärivuorokautisen hoidon asiakkaista peräti 80 %:lla oli vuonna 2013 muistisairaus, ja 85 % muistisairaiden hoidon kustannuksista tuli ympärivuorokautisesta hoidosta (Linna ym. 2019).

Rissanen (2018) korostaa, että kotihoidon kustannuskokonaisuus riippuu voimakkaasti ikäihmisten tarpeista, ja esimerkiksi Sitran toteuttamassa Tampereen tutkimuksessa kaksi kotihoidon kustannuskertaa riittivät ylittämään perinteisen vanhainkotihoidon kustannustason. Kun lisättiin kolmas käynti, saavutettiin pitkäaikaisen sairaalahoidon kustannustaso. E erityisen tärkeää tilanteessa on siis pohtia myös eri tavoin tuotettujen palveluiden kustannuksia ja rahoitusta. Tampereen yliopistossa on parhaillaan käynnissä vertailututkimus, jossa kotihoidon, tehostetun palveluasumisen ja omaishoidon kustannuksia arvioidaan ottaen huomioon yhteiskunnallisesti kaikkien eri rahoittajatahojen maksamat kustannukset (Tampereen yliopisto 2020).

3.4 Onnistumisia ja mahdollisuuksia

Suomesta löytyy myös onnistuneita kokeiluja, joiden ansiosta on paitsi parannettu vanhusten hoidon kustannustehokkuutta myös sen laatua. Porvoon kaupunki purki laitoshoidon lisäksi samalla kotihoidon geriatriasta osaamista ja muutti lääkäreiden tavoitettavuuden ympärivuotiseksi. Vuonna 2013 menettelyllä saatiin 1,2 miljoonan euron säästöt ja siitä huolimatta kotihoidon laatu parani. Edellytyksenä tälle oli se, että kotihoitoon lisättiin

geriatriasta asiantuntemusta ja hoitajien osaamiseen panostettiin. Lääketieteellisen hoidon kehittämisen lisäksi onnistumisen taustalla vaikutti voimakkaasti myös kokonaisvaltaisesti toteutettu omaishoidon tuki. (Finne-Soveri ym. 2014.) Asiakasohjauksen tarpeen mukaisten palveluiden varmistamisen sekä kulurakenteen seuranta ovat keskiössä myös Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2019) suosituksessa, jossa painotetaan myös gerontologisen sosiaalityön osaajien nykyistä suurempaa kouluttamista.

Muistisairauksiin sairastuneiden suuri määrä on kansantaloudellinen haaste ja erityisesti ympärivuorokautinen hoito aiheuttaa merkittäviä kustannuksia. Muistisairauksien ennaltaehkäisy, varhainen tunnistaminen ja tehokas kuntoutus voisivat kustannusten hillitsemisen lisäksi parantaa yksilöiden elämänlaatua. Tukea tarvitsevat myös muistisairaiden omaiset, joiden jaksamista edistämällä voidaan vaikuttaa ympärivuorokautisen hoidon tarpeeseen. (Linna ym. 2019.)

Esimerkiksi Filippiineillä koulutetaan sairaanhoitajia koko ajan enemmän kuin mitä maassa on tarjota koulutusta vastaavia työpaikkoja. Filippiiniläisiä hoitajia on rekrytoitu Suomeen erityisesti henkilöstövälytysyritysten kautta ja he ovat useimmiten työllistyneet avustaviin tehtäviin, vaikka heidän koulutustasonsa mahdollistaisi myös työskentelyn vaativammissa tehtävissä. Poikkeuksen muodostavat vuosina 2008 - 2011 Valviran erityisluvalla toimineen pilottiprojektin aikana Helsingin yliopistolliseen sairaalaan sekä Tampereelle Hatanpään sairaalaan rekrytoidut hoitajat, ja heidän tutkintojensa tunnustaminen. Pilottia voidaan pitää onnistuneena, mutta mallin laajempi käyttöönotto jäi toteuttamatta talouden laskusuhdanteesta aiheutuneen työvoiman kysynnän vähentyessä. (Vartiainen 2019.)

4 RATKAISUEHDOTUKSIA

Väestön ikääntymisestä aiheutuviin ongelmiin on kuitenkin löydettävissä ratkaisuja. Lassilan ym. (2007) esiin nostamaa työvoiman vähenemiseen ja sitä kautta talouden supistumiseen liittyvää problematiikkaa voidaan korjata rekrytoimalla työvoimaa ulkomailta. Vuonna 2020 käynnissä oleva koronaepidemia ja sen laukaisema taantuma tulee aiheuttamaan työmarkkinaongelmia ja työttömyyttä. Se ei kuitenkaan poista demografiaan liittyviä haasteita, jotka Suomessa liittyvät väestön vanhenemiseen. Talouden toipuessa täytyy Suomeen saada työvoimaa ulkomailta sekä hoitotyöhön että myös muihin ammatteihin. Ei voida lähteä siitä oletuksesta, että koko yhteiskunta toimii verovaroin tuotettujen hoivapalveluiden ympärillä ja lainarahalla. Tuloverojen ja pakollisten sosiaaliturvamaksujen muodostaessa 63 % verokertymästä (Suomen virallinen tilasto 2020), tarvitaan uusia veronmaksajia eri toimialoille. Erityisiä rekrytointitoimenpiteitä tulisi kohdentaa hoitoalalle, varsinkin vanhustenhoitoon, joka ei nykyisin houkuttele kotimaisia opiskelijoita.

Kansainvälinen rekrytointi olisi järkevintä tehdä suunnitelmallisesti vasta sitten, kun on aivan pakko. Ulkomaille voitaisiin luoda esimerkiksi sellainen kumppanuussuhde, jossa ulkomaisessa oppilaitoksessa opetettaisiin suomen kieltä jo lähtömaassa. Filippiinien kaltaisiin maihin, joissa kielitaitoisia nuoria on runsaasti, ja työvoimaa koulutetaan systemaattisesti ulkomaille lähetettäväksi yli omien tarpeiden, olisi järkevä rakentaa yhteistyösuhteita. Tutkinto ja kielikoulutus voitaisiin hyvin aloittaa kotimaassa, ja hyvin kieltä oppineet nuoret siirtyisivät Suomeen viimeistelemään suomalaisen tutkinnon.

Hyvinvointiteknologian käyttöönottoon tulisi panostaa voimakkaasti. Suomeen tarvitaan kansallinen malli, jossa määritellään laitteistojen hankinnasta aiheutuvien kustannusten kattaminen. Hankinnoissa on pienten sirpaleisten hankintojen sijaan suosit-

tava suurempia kokonaisuuksia edullisemmän kappalehinnan ja yhteensopivuuden turvaamiseksi. Näiden rinnalle tarvitaan runsaasti pienempiä pilotteja, joiden avulla eri laitteiden käytettävyyttä ja niistä saatavia sosioekonomisia hyötyjä evaluoidaan. Suomi tarvitsee osajia, joilla on näkemystä paitsi teknologiasta myös hoitoalasta. Ammattikorkeakouluihin tarvitaan tutkinto-ohjelmia, joissa yhdistyvät nämä kaksi koulutusala. Tulevaisuuden Suomessa tulisi olla täysin uudentyypisiä ammatteja, jossa ikääntyvien turvallisuutta ja hyvinvointia tuetaan erilaista sensoridataa yhdistelevisissä valvomoissa, ja joista myös hoitohenkilökunnan apu on aina saatavilla.

Kotihoidon ja omaishoidon määrää on välttämätöntä pystyä lisäämään tulevaisuudessa. Samalla tarvitaan geriatrisen osaamisen voimakasta lisäämistä esimerkiksi Porvoon mallin mukaisesti. Omaishoitajat tarvitsevat ammattimaista tukea, arviointia ja koko yhteiskunta ajattelutavan muutoksen. Tulevaisuuden yhteiskunnassa ajatus siitä, että oma vanhempi on esimerkiksi perheessä hoidossa, ja kotihoito käy paikalla omaishoitajien ollessa töissä, on otettava uuteen tarkasteluun. Japanilainen yhteiskunta on ikääntymisongelmansa kanssa Suomea edellä ja siellä omaishoito on merkittävässä roolissa. Japanissa usein perheen vanhin poika vaimoineen huolehtii ikääntyneistä vanhemmista (Campbell 2014). Omaishoitajien ja kotihoidon taakkaa täytyy pyrkiä helpottamaan hyvinvointiteknologiaa hyödyntämällä.

LÄHTEET

Campbell, R. 2014. Changes in family and informal care in Japan. Teoksessa: J. C. Campbell, U. Edvarsen, P. Midford & Y. Saito (eds.). Elderccare policies in Japan and Scandinavia. New York: Palgrave Macmillan.

European Commission. 2011. The 2012 Ageing report: Underlying assumptions and projection methodologies. [Verkkajulkaisu]. European Economy 4/2011. [Viitattu 4.5.2020]. Saatavana: https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2011/pdf/ee-2011-4_en.pdf

Finne-Soveri, H., Mäkelä, M., Noro, A., Nurme, P. & Partanen, S. 2014. Vanhusten hoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa. Suomen lääkärilehti 69 (50 – 52), 3467 – 3471.

Hammar, T., Mielikäinen, L. & Alastalo, H. 2018. Teknologia tukee kotihoidon asiakkaan omatoimisuutta ja turvallisuutta - eroja käyttöönotossa on maakuntien välillä. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 44. [Viitattu 4.5.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-252-9>

HE 2020/4. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudesta annetun lain muuttamisesta.

Honkamaa, S. 2015. Kustannusten muodostuminen iäkkäiden hoivapalveluissa. Aalto-yliopisto. Tieto- ja palvelutalouden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Kangasniemi, M. & Andersson, C. 12.9.2016. Enemmän inhimillistä hoivaa. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: EVA Elinkeinoelämän Valtuuskunta. [Viitattu 11.4.2020]. Saatavana: <https://www.eva.fi/wp-content/uploads/2016/09/Enemm%C3%A4n-inhimillist%C3%A4-hoivaa.pdf>

Kauppi, E., Määttä, N., Salminen, T. & Valkonen, T. 2015. Vanhusten pitkäaikaishoidon tarve vuoteen 2040. KAKS Kunnallissalan kehittämiskeskus. Tutkimusjulkaisu 90. [Viitattu 15.4.2020]. Saatavana: <https://kaks.fi/wp-content/uploads/2015/08/Vanhusten-pitk%C3%A4aikaishoidon-tarve-vuoteen-2040.pdf>

Kauppinen, M. 2005. Miten käy palvelukyvyyn? Kuntien valmistautuminen väestömuutoksen vaikutuksiin: Yhteistyö, uudistuvat palvelurakenteet ja työhyvinvointi kuntastrategioiden ytimiksi. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 33 (4), 368 - 374.

Lassila, J., Määttänen, N. & Valkonen, T. 2007. Ikääntymisen taloudelliset vaikutukset ja niihin varautuminen. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 10/2007. [Viitattu 4.7.2020]. Saatavana: <https://vnk.fi/julkaisu?pubid=5612>

Lassila, J. & Valkonen, T. 2011. Julkisen talouden rahoituksellinen kestävyys Suomessa. Helsinki: ETLA Elinkeinoelämän tutkimuslaitos. Keskusteluaiheita 1237.

Linna, M., Silander, K., Hörhammer, I., Koivuranta, P., Mikkola, T., Virta, L. & Mikkola, H. 2019. Iäkkäiden muistisairaiden sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö ja kustannukset. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Kuntaliitto. [Viitattu 4.5.2020]. Saatavana: http://shop.kuntaliitto.fi/product_details.php?p=3564

de la Maissoneuve, C. & Oliveira Martins, J. 2013. A projection method of public health and long-term care expenditures. OECD Economic Department Working papers 1048. [Viitattu 4.5.2020]. Saatavana: <https://dx.doi.org/10.1787/5k44v53w5w47-en>

Pitkäniemi, J. & Rantanen, T. 2019. Ikääntyminen ja muuttoliike iskevät kuntatalouteen monella eri tavalla. [Verkkoartikkeli]. Kuntarahoitus 22.11.2019. [Viitattu 4.5.2020]. Saatavana: <https://www.kuntarahoitus.fi/ajankohtaista/ikaantyminen-ja-muuttoliike-iskevät-kuntatalouteen-monella-eri-tavalla/>

Rissanen, P. 12.11.2018. Ikäihmisten hoiva: säästääkö kotihoito kunnille? [Ppt-esitys]. Helsinki. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 4.5.2020]. Saatavana: <https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2018/11/Ik%C3%A4-verkosto-14.11.2018-Pekka-Rissanen-S%C3%A4st%C3%A4st%C3%A4k%C3%B6-kotihoito-kunnille.pdf>

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2018a. Väestöennuste. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus. [Viitattu: 15.4.2020]. Saatavana: http://www.stat.fi/til/vaenn/2018/vaenn_2018_2018-11-16_tie_001_fi.html

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2018b. Kansantalouden tilinpito. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus. [Viitattu: 1.4.2020]. Saatavana: http://www.stat.fi/til/vtp/2018/vtp_2018_2019-06-20_tie_001_fi.html

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2020. Julkisyhteisöjen menot tehtävittäin. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus. [Viitattu: 1.4.2020]. Saatavana: <http://www.stat.fi/til/jmete/index.html>

Tampereen yliopisto. 2020. Ikääntyneiden hoidon kustannukset ja rahoitus: pilottitutkimus. [Verkkosivu]. [Viitattu 11.4.2020]. Saatavana: <https://www.tuni.fi/fi/tutkimus/ikaantyneiden-hoidon-kustannukset-ja-rahoitus-pilottitutkimus-1>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 13.12. 2018. Entistä useampi kuntien vanhuspalveluista vastaava kanta huolta kotihoitoon riittävydestä. [Verkkosivu]. [Viitattu 14.4.2020]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/-/entista-useampi-kuntien-vanhuspalveluista-vastaava-kantaa-huolta-kotihoitoon-riittavydesta>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 3.1.2019. Kahdeksan faktaa vanhuspalvelujen tilasta. [Verkkosivu]. [Viitattu 14.4.2020]. Saatavana: https://thl.fi/fi/-/8-faktaa-vanhuspalvelujen-tilasta?redirect=https%3A%2F%2Fthl.fi%2Ffi%2Fetusivu%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_tcsSJTqcGl0N%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-2-1-3%26p_p_col_pos%3D1%26p_p_col_count%3D2

Toiminen, M. 2017. Välähdyksiä tulevaisuudesta: Kymmenen teesiä uuden työn syntymisestä, yritysten muutoksesta ja yksilön mahdollisuuksista työn murroksessa. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Mindmill Network. [Viitattu 4.5.2020]. Saatavana: https://www.tela.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/tela/embeds/telawwwstructure/21108_Valahdyksia_tulevaisuudesta.pdf

Valtiovarainministeriö. 2014. Suomen vakausohjelma 2014. [Verkkojulkaisu]. Valtiovarainministeriön julkaisuja 17a/2014. [Viitattu 4.5.2020]. Saatavana: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/sp2014_finland_fi_0.pdf

Vartiainen, P. 2019. Filippiiniläisten sairaanhoitajien polut Suomeen. [Verkkajulkaisu]. Tampere: Tampereen yliopisto. Tampereen yliopiston väitöskirjat 18. [Viitattu 4.5.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0937-4>

Vipunen. 2020. Opetushallinnon tilastopalvelu. Haku ja valinta. [Verkkosivu]. [Viitattu 1.4.2020]. Saatavana: <https://vipunen.fi/fi-fi/yhteiset/Sivut/Hakeneet-ja-hyv%C3%A4ksytyt.aspx>

IKÄÄNTYVIEN DIGITOIMIJUUS RAKENTUU ELÄMÄNKULUN JA ELÄMÄNTAVAN PUITTEISSA

Tarja Tapio, YTT, yliopettaja
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

1 JOHDANTO

Viimeistään koronaepidemia herätti huomaamaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisessä asiointissa ja palvelualustoilla iältään vanhimmat käyttäjät ovat usein aliedustettuina. Aliedustus tarkoittaa tässä sitä, että suuri osa heistä, jotka palvelua tarvitsevat ja jotka palveluista hyötyisivät, ei jostakin syystä kuitenkaan käytä sähköistä asiointia tai tietoverkkojen palvelualustoja. Kysymystä ikääntyvien tietoteknologian ja verkkopohjaisen asioinnin nuorempia alhaisemmasta käyttöönotosta tulisi kuitenkin käsitellä laajemmasta näkökulmasta kuin esimerkiksi tarkastelemalla yksilövalintoja, taitoja tai käyttöönoton haluttomuutta. Tällöin myös vastuu digitaalisten ratkaisujen käyttämisestä oman hyvinvoinnin ylläpitämiseksi ja edistämiseksi laajenee pelkästään ikääntyvältä yksilöltä itseltään myös yhteisöille, organisaatioille ja yhteiskunnille.

Jos tarkastelemme käyttöönottoa ja käyttämistä keskittymällä henkilökohtaisiin valintoihin, yksilötekijät korostuvat. Tällöin keskitymme tarkastelemaan ikääntyvän taitoihin ja tahtoon tai oppimiseen, muistiin ja muistamiseen liittyviä kysymyksiä. Tarkastelussa ohitetaan ne näkökulmat, joiden perusteella käyttöönotto ei riipu pelkästään yksilön omista valinnoista. Esimerkiksi, elämäntavallisten ja elämäntavallisten tekijöiden vaikutukset toimijuuteen eli siihen, millaisia valintoja ja päätöksiä teemme

ylläpitääksemme tavallista arkeamme ja edistääksemme hyvinvointiamme, jäävät tarkastelun ulkopuolelle. Seurauksena on se, että vastuu siirretään ikääntyville yksilöille itselleen, vaikka tietoteknologian käytön tai käyttämättä jättämisen syyt olisivatkin laajempia ja rakenteellisia elementtejä sisältäviä kysymyksiä.

Yksilövalintoihin liittyvää oppimista, muistamista tai haluttomuutta käyttöön otossa korostavien lähestymistapojen rinnalle tarvitaankin ikäihmisistä itsestään nousevia näkökulmia sekä yhteiskunnallisempia lähestymistapoja. Tämä on tärkeää erityisesti siksi, että palvelualustoja suunnitellaan sen varaan, että sähköistä asiointia ja tietoteknologisia sovelluksia sosiaali- ja terveyspalveluissa lisätään. Ikäihmisiä koskevien näkökulmien monipuolistaminen ja syventäminen vahvistavat lähtökohtaa, jossa kaikki yhteiskunnan jäsenet pyritään pitämään kehityskulkujen mukana. Tämä vahvistaa ajatusta sosiaalisesti inklusiivisesta yhteiskunnasta, jossa kaikki kansalaiset; myös ikääntyvät, pidetään mukana.

Tämä artikkeli on yhteiskuntatieteellinen puheenvuoro, jossa pohditaan tietoteknologian paikkaa ihmisten jokapäiväisessä arjessa. Lähtökohtana on teknologian tarkasteleminen sosiaaligerontologisesta näkökulmasta, jolloin katse tarkentuu erityisesti vanhimpien sukupolvien arkeen ja oman arjen hyväksi kokemiseen. Ikääntyvän arkea ja teknologian paikkaa siinä lähestytään elämänkulun ja elämäntavan yhteydessä. Lisäksi tärkeän näkökulman muodostaa yhteisöllisyys, jossa erityisesti sosiaalinen inkluusio verkkopohjaisen, uuden yhteisöllisyyden mahdollistamana ja vahvistamana nähdään tärkeänä ikääntyvän arjen voimavarana.

Elämäntapaa ja elämänkulkua lähestytään tässä rakenteellisesta näkökulmasta. Tällöin ne muodostavat oleellisen osan niitä arjen puitteita, joiden luomia mahdollisuuksia ikääntyvät hyödyntävät arkielämää koskevissa valinnoissa ja toiminnoissa. Rakenteet

sekä edistävät mutta myös rajoittavat mahdollisuuksia. Tämä koskee esimerkiksi uusien tietoteknologisten sovellutusten tai verkkopohjaisten alustojen hyödyntämistä arkipäivän toiminnassa ja asioinnissa silloin, kun ne koetaan itselle vieraksi, epämieluisiksi, hyödyttömiksi tai peräti arkea haittaaviksi. Vastaavasti käyttämällä tietoteknologisia ratkaisuja arjessaan ikääntyvät itse muodostavat omaa elämäänsä puitteistavaa elämäntapaa ja elämänkulkua. Tällöin ikäihmistä lähestytään toimijuuden näkökulmasta.

Näkökulmat liittyvät myös Seinäjoen ammattikorkeakoulun sosionomi- ja geronomitutkintojen oppiperustaan ikääntyvien kanssa tehtävässä työssä. Osaaminen edustaa ikääntyvien elämäntapojen ja elämänkulun yksilöllisten ja universaalien seikkojen ymmärtämistä ja erottamista myös tietoteknologisten sovellusten suunnitteluun, kehittämiseen ja käyttöönottoon liittyvissä kysymyksissä osana ikääntyvän hyvää elämää ja hyvää arkea.

2 INTERNETIN KÄYTTÖ IKÄIHMISTEN ARJESSA

Ikääntyvät käyttävät muita sukupolvia selvästi vähemmän verkkopohjaisia palveluja. He myös ottavat verkkopalveluja käyttöönsä ratkaisevasti myöhäisemmässä elämänvaiheessa kuin nuoret sukupolvet. Vastaavasti ikääntyvät myös asioivat muita väestönosia vähemmän sähköisen asioinnin tai verkkopohjaisten alustojen kautta. Edelliset seikat perustuvat kansallisiin ja kansainvälisiin tilastoihin internetin käytöstä. Internet puolestaan on tavallisin käytössä oleva tietoverkko. Tilastotiedot internetin käytöstä antavat hyödyllistä taustatietoa sovellettavaksi myös laajemmin vanhimpien sukupolvien tietoteknologian, sähköisen asioinnin ja palvelualustojen käyttöä ja käyttöönottoa koskeviin kysymyksiin.

Tilastojen mukaan Suomessa tietoverkossa saatavilla olevia palveluja käytetään ja otetaan käyttöön sitä vähemmän, mitä vanhemmasta ikäryhmästä on kysymys. Tämä käy ilmi esimerkiksi Tilastokeskuksen virallisesta tilastosta (Suomen virallinen tilasto (SVT) 2019). Kun tarkastellaan vanhinta ikäryhmää, eli 75 - 89-vuotiaita, vain 41 % oli käyttänyt internetiä. Käyttöä katsottiin se, että oli käyttänyt internetiä viimeisen kolmen kuukauden aikana. Tässä ikäluokassa vain noin joka viides eli 23 % käytti internetiä päivittäin. Vastaavasti nuorista ja nuorista aikuisista eli alle 45-vuotiaista mutta yli 16-vuotiaista lähes kaikki käyttivät internetiä päivittäin. Kaikissa ikäluokissa yleisin internetin käyttö tapahtui matkapuhelimella. (Suomen virallinen tilasto (SVT) 2019.) Vertailun vuoksi Yhdistyneissä Kuningaskunnissa yli 75-vuotiaista 47 % oli käyttänyt internetiä vuonna 2019, kun vastaava luku 16 - 44-vuotiaissa oli jo 99 %. (Internet users, UK: 2019.)

On todennäköistä, että osa siitä yli 75-vuotiaiden muodostamasta 60 %:sta, joka ei ole vielä käyttänyt lainkaan internetiä, ei tule koskaan myöskään verkkopohjaisia palveluja käyttämään. Internetin päivittäinen käyttö kuitenkin yleistyy, kun siirrytään tarkastelemaan nuorempia ikäluokkia. 65 - 74-vuotiaista internetiä käytti päivittäin vähän yli puolet, eli 54 %. Alle 55-vuotiaista internetiä päivittäin käytti jo yli 90 %. (Suomen virallinen tilasto (SVT) 2019.)

Internetin käyttö siis yleistyy tulevaisuudessa myös vanhimmissa ikäluokissa. Tämän johtopäätöksen voi tehdä vertaamalla 65 - 74-vuotiaiden osuuksia vuosina 2011 ja 2019. Vuonna 2011 65 - 74-vuotiaista vain noin 20 % oli käyttänyt internetiä, kun vastaava luku vuonna 2019 oli jo 54 %. (Suomen virallinen tilasto (SVT) 2011; 2019.) Myös tässä ryhmässä on kuitenkin heitä, jotka eivät käytä verkkoa asioinnissaan koskaan elämänsä aikana mutta muodostavat merkittävän asiakasryhmän esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalveluissa, vaikka palveluja suunnitellaan ja ohjataan yhä enemmän verkkoon. Onkin tärkeää perehtyä käyttöönoton tai käyttöön ottamattomuuden syvempiin, rakenteellisiin syihin.

3 KUILUT, VIIVEET JA RESURSSIT TEKNOLOGIAN KÄYTTÖNOTOSSA

Tulevaisuudessa yhä enemmän sosiaali- ja terveyspalveluja toteutetaan verkossa tai niihin pääsy edellyttää verkossa asiointia. Tästäkin lähtökohdasta on muistettava, että vanhimmassa sukupolvessa asioinnin edellyttämiä taitoja ei ole omaksuttu osana jokapäiväistä elämää, kuten nuoremmissa sukupolvisissa. Tärkeää seikka tässä on se, että vaikka esimerkiksi internetin käyttö yleistyy tulevaisuudessa myös vanhimmassa sukupolvessa, otetaan verkkopohjaiset palvelut käyttöön yleisimmin täysin uusina asioina vanhemmalla iällä.

Eroa nuoremman sukupolven jäsenille on se, että nuoret ovat omaksuneet verkon käytön ja sen edellyttämät taidot elämäntyylinsä ohessa sosiaalisen kanssakäymisen siirryttyä yhä enemmän sosiaaliseen mediaan. Lisäksi he omaksuvat tarvittavat taidot osana peruskoulua, opiskelua ja työelämää. Nuorisokulttuurin osana uusyhteisöllisyys nähdään elämäntyilien kokonaisuutena, jossa osallisuus ja osallistuminen eivät edellytä samanaikaisuutta ja samapaikkaisuutta kuten kasvokkain tapahtuvassa vuorovaikutuksessa ja perinteisesti ymmärretyssä yhteisöllisyydessä. Tänä päivänä verkon käyttö alkaa jo lapsena leikin ja varhaiskasvatuksen yhteydessä.

Teknologian käyttöönotto ja käyttäminen ovat sukupolvisidonnaisia ja juurtuvat sukupolven elämäntapaan, elämäntyyleihin sekä elämänkulkuun. Tästä näkökulmasta teknologia liittyy sen edustamaan yhteiskunnalliseen ja kulttuuriseen muutokseen, joka vaikuttaa elämäntapaamme ja elämänkulkuumme; ja päinvastoin. Teknologian edustama muutos koskettaa eri sukupolvia eriaikaisesti ja erilaisella muutosvoimalla. Muutoksen kohtaaminen ja siihen sopeutuminen edellyttävät erityyppisiä resursseja.

Esimerkiksi teknologiaa ja siihen liittyvää muutosta ikääntyvien näkökulmasta pohtinut Stephen Cutler (2008) jäsentelee teknologisessa muutoksessa kolme ulottuvuutta: *"lag"*, *"gap"* ja *"digital division"*. "Lag" viittaa viiveeseen, jolla vanhimmat ikäpolvet ottavat tietoteknologiaa käyttöönsä suhteessa nuorempiin sukupolviin, ja jota tilastoilla tässä perusteltiin. "Gap" viittaa puolestaan kuiluun, joka muodostuu vanhimpien ja nuorempien sukupolvien välille suhteessa teknologian käyttöönotossa. Myös tämä viive tulee esille hyvin internetin käyttöä koskevissa tilastoissa. Sekä "lagissa" että "gapissa" on keskeistä se, että digitaalisia ratkaisuja suunnittelevat ja toteuttavat erityisesti ne, jotka myös ottavat niitä nopeammin käyttöön. Tämän varhaisen käyttöönoton kautta nuoremmat sukupolvet myös sopeutuvat niiden edustamiin muutoksiin. (ks. myös McCreadie 2010.)

Cutler (2006, 258 - 259) näkee teknologian käyttöönoton myös resurssikysymyksenä. Hänen mukaansa "digital division" viittaa siihen, että tietoteknologiset välineet ovat paremmin saatavilla nuorille ja työssäkäyville kuin jo eläkkeelle siirtyneille sukupolville. Tämä johtuu erityisesti koulutuksesta ja työelämästä, joka sekä edellyttää, mutta myös tarjoaa sekä välineet että niiden käytön edellyttämän osaamisen. Teknologian käyttöönotto edellyttää aineellisia resursseja mutta myös taitoa ja tietoa.

Arjen kanssakäymisessä muodostuu sosiaalisia suhteita, joiden ylläpito ja vahvistaminen voivat poiketa hyvinkin paljon eri sukupolvien välillä heidän suhteessaan tietoteknologiaan. Eri elämäntavan piirissä ja eri elämäntavan vaiheissa sosiaalista pääomaa kertyy eri tavalla erityisesti suhteessa sosiaalisen median käyttäjiin. Uudet yhteisöllisyyden muodot ja mahdollisuudet, joihin aikaisemmin viittasin, eivät välttämättä ole kaikkien sukupolvien ulottuvilla.

Myös Charness ja Czaja (2003, 664) korostavat merkittävänä seikkana sitä, että ikäihmiset ovat nuorempia vähemmän teke-

misissä uuden teknologian kanssa omassa kotiympäristössään ja omissa yhteisöissään osana tavallista arkea. Uuden opetteluun ei välttämättä ole resursseja eikä mahdollisuuksia. Edelliseen näkökulmaan liittyy myös se, että siirryttäessä niin sanottuun neljänteen ikään, tullaan riippuvaisiksi palveluista tai siirrytään palveluasumisen piiriin. Tällöin soveltuvaa teknologiaa on yhä vähemmän saatavilla. Charness ja Czaja (2003, 664) korostavat, että teknologian käytön edellyttämät taidot edellyttävät soveltuvaa opetusta, ohjausta ja harjoittelua, johon ei välttämättä ole mahdollisuutta neljännessä iässä.

Charness ja Czaja (2003, 664) nostavat esiin myös ikääntyvien varallisuuserot hankkia itselleen välineitä ja ylläpitää verkkoyhteyksiä, joita tietoteknologian ja vaikka internetin käyttö edellyttää. Tässä mielessä verkkoympäristön saatavuus toteutuu joiltakin osin tasa-arvoisemmin nuorten ja työssäkäyvien kohdalla. Tavallisesti koulut ja työpaikat tarjoavat paremmat mahdollisuudet verkkoon ja tietoteknologian käyttöön kuin jo työelämästä siirtyneille. Cutlerin (2006) sekä Charnessin ja Czajan (2003) näkökulmissa on tärkeää se, että yleensäkin uuden teknologian käyttöönottoa tarkastellaan myös resurssien näkökulmasta, ei pelkästään ikääntyvän mieltymysten perusteella.

4 AJOPUUTEORIASTA AKTIIVISEEN DIGITOIMIJUUTEEN

Aikaisemmin on havainnollistettu sitä seikkaa, että tietoteknologian hyödyntäminen ei perustu pelkästään yksittäisten ikäihmisten tekemille valinnoille ja mieltymyksille. Teknologisia innovaatioita suunniteltaessa, kehitettäessä, sovellettaessa ja levitettäessä ikääntyville tuleekin ottaa huomioon elämäntavalliset ja elämänkululliset seikat. Tämä on tärkeää, jotta vastuuta ei siirretä ylikorostuneesti ikääntyville itselleen heidän tekemistään valinnoista liittyen omasta arjesta selviytymiseen ja hyvinvointiin.

Ikääntyvää ei tulisi lähestyä myöskään ajopuun kaltaisena, tietoteknologian käyttöön automaattisesti ajautuvana tai ajettavana objektina, vaan arjessa valintoja ja toimintapäätöksiä tekevänä toimijana. Ikääntymisen yhteydessä toimijuutta käytetään usein synonyyminä autonomialle eli itsemääräämiselle. Toimijana hän orientoituu arkitoiminnassaan siten, että valitsee toimintatavoikseen itselleen mielekkäät ja omasta mielestään hyödylliset vaihtoehdot. Ja päinvastoin, hän hylkää vaihtoehdot, joihin ei ole motivoitunut tai joita ei pidä itselleen mielekkäänä. Nämä valinnat ja toimintapäätökset liittyvät olennaisesti yksilön toimijuuteen eli kyvykkyyteen tehdä valintoja ja toimintapäätöksiä.

On huomioitava, että vaikka artikkelin näkökulma korostaa elämäntavan ja elämänkulun tyyppisiä, rakenteellisia seikkoja, ikääntyvien verkon käyttöön vaikuttavat myös muut ikääntymisen mukanaan tuomat vaikutukset. Tästä esimerkkinä aisteihin, kuten kuuloon ja näköön sekä hahmottamiskykyyn ja muistiin liittyvät ikääntymisen tuomat muutokset. Toisaalta, kun teknologiaa on otettu käyttöön, sen käyttöä yleensä jatketaan ikääntymisen tuomista muutoksista huolimatta sopeuttamalla toimintaa. Ikääntyvien kokemuksia teknologian käyttöönotosta muistisairauden yhteydessä on tutkinut väitöstutkimuksessaan esimerkiksi Merja Riikonen (2018).

Toimijuuden ulottuvuus tulisi pitää mukana myös silloin, kun lähestymme syvänkin dementian kanssa elävien ihmisten arkea. Esimerkiksi Elisa Virkola (2014) toteaa väitöstutkimuksensa abstraktissa seuraavasti:

”The life situation and everyday life with dementia means ongoing negotiations between the fractured skills and abilities and the demands and possibilities of the living environment. For people with dementia, it is important to maintain a sense of agency, which means having the control of their everyday lives.”

Esimerkiksi ajatus onnistuneesta vanhenemisestä (successful ageing) on saanut osakseen ansaittua kritiikkiä (esim. Hendricks & Hatch, 2006, 311). Se edustaa näkökulmaa, jossa yksilö voi omien valintojensa kautta vaikuttaa ratkaisevasti siihen, millaisen vanhuuden hän valintojensa kautta muodostaa. Näkökulmassa elämäntapaan ja elämäntapaan liittyvät rajaukset jätetään huomiotta ja keskitytään tarkastelemaan ikääntyvää ikään kuin menneisyydestään ja elämäntavan puitteistamasta elämäntilanteestaan vapaana yksilönä. Tällöin myös teknologian käyttöönoton yksilövalintana voidaan nähdä joko edistävän hyvää elämää, ja vastaavasti sen käyttämättä jättäminen on valinta, joka ei tue yksilön pyrkimyksiä onnistuneeseen vanhenemiseen.

Yhdysvaltalaisen tutkija Richard Setterstenin (2008, 4, 8 - 9) mukaan elämäntavan huomioiminen toimii vastapainona sille, että emme laita liikaa painoa ihmisten omille valinnoille liittyen elämään ja hyvinvointiin. Emme ikään kuin vastuuta ihmisiä omasta kohtalostaan. Settersten (2008) lähestyykin ihmisen elämäntavan rakenteen tyypisenä puitteena, joka mahdollistaa, mutta myös rajaa valintojamme. Elämäntavamme myös määrittelee sitä, mitä pidämme omassa elämässämme toivottavana ja mitä vastaavasti vältettävänä. Ikääntymistä ja elämäntapaa tutkineet Hendrick ja Hatchin (2008, 316) korostavat sitä, että se, miten ikäännyimme, ei myöskään ole rakenteellisten seikkojen kuten elämäntavan ja eletyn elämän etukäteen määräämä kohtalo. Ihminen toimii refleksiivisessä suhteessa omien valintojen ja toiminnan sekä niitä puitteistavien sosiaalisten olosuhteiden välillä.

Myös kirjoittaja on pohtinut väitöstutkimuksessaan elämäntavan ja elämäntavan merkitystä ikäihmisten tämän päivän arjessa (Tapio 2010). Tutkimuksessa tarkasteltiin neljän teeman kautta sitä, miten paikallisyhteisö muodostaa myös *paikallissukupolven* (Jyrkämä 1995, 211), jonka keskeinen kokemusmaailma ja merkittävät ajanjaksot ovat muotoutuneet samaan aikaan samassa paikassa. Paikallissukupolvi on näin ollen sukupolvea (ks. esim.

Saarenheimo ym. 2014) rajatumpi tarkastelun kohde. Väitös-
tutkimuksessa tarkastellaan erityisesti sitä, kuinka Ruotsin
Tornionlaaksoon sijoittuva meänkielinen aapulainen paikallis-
yhteisö orientoituu tähän päivään ja tulevaisuuteen yhteisöllisen
ja paikallisuuteen juurtuvan elämäntapansa ja tornionlaaksolaisen
elämäntapansa kautta.

Paikallissukupolven näkökulmasta tärkeät teemat muodostuivat
yhteisöllisyyden, kuluttamisen, luonnon sekä äidinkielen ja tor-
nionlaaksolaisen identiteetin teemoihin. Keskeinen tulos oli se,
että se, mitä ikäihmiset pitävät tärkeänä hyvälle elämälle tänään
ja mitä hyvään elämään katsotaan kuuluvaksi tulevaisuudessa,
ovat pitkälle sidoksissa perinteiseen elämäntapaan ja elämän-
kulkuun. Ihmiset eivät kuitenkaan elä pelkän menneisyyden ja
elämäntapansa puitteissa, vaan pohtivat niiden asemaa osana
arkeaan ja tulevaisuuttaan ja niiden kanssa eletään refleksiivi-
sessä suhteessa. (Tapio 2010, 145 – 178; ks. myös Tapio 2016.)

Onkin hyödyllistä tarkastella ihmisten valintoja myös teknologian
käyttöönoton yhteydessä toimijuuden näkökulmasta yksittäisissä
toiminta- tai valintatilanteissa. Jyrki Jyrkämä (2007, 203 - 204)
määrittelee toimijuutta siten, että ikääntyvät ihmiset tarkkaile-
vat, pohtivat ja rakentavat elämäntapansa, elämäntilanteitaan
ja vanhenemistaan toimien ja tehden valintoja niissä yhteiskun-
nallisissa, ajallis-paikallisissa puitteissa, joissa he elämänsä
ikäntyessään elävät.

Tästä näkökulmasta koemme tärkeiksi ja sovellamme arjes-
sa mielellämme tietoisesti niitä ratkaisuja, joiden vaikutukset
näemme kokemustemme perusteella hyvinä ja tärkeinä. Näin
tarkasteltuna toimijuus on myös tilanteellista, ja sitä määrittä-
vät yksilön valinnanmahdollisuudet, myös hänen motivaationsa,
kykynsä ja kokemuksensa valintojen mielekkyydestä itselleen.
Kuitenkin mennyt elämä ja ennakoitu tuleva toimivat tärkeinä
toimintapäätösten sekä valintojen puitteena, vaikka valinnat ja

päätökset olisivatkin näennäisesti tilannesidonnaisia, ja tässä ja nyt tapahtuvia. (ks. Jyrkämä 2007, 206 - 207; ks. myös Jyrkämä 2016.)

5 LOPUKSI

Verkossa toimiminen, asioiminen ja kanssakäyminen muodostuu yhä olennaisemmaksi osaksi arkeamme. Verkkopohjaiset ratkaisut ja tietoteknologia ovat tärkeä ja yhä tärkeämmäksi muodostuva osa-alue myös ikääntyvien arjessa. Tärkeys näyttäytyy esimerkiksi 1) hyvinvointiin ja terveyteen liittyvissä kysymyksissä sosiaali- ja terveystalvvelujen yhteydessä, 2) kansalaisoikeuksien ja -velvollisuuksien käyttämisessä ja täyttämässä sähköisen asioinnin kautta, 3) kuluttamiseen ja vapaa-aikaan liittyvien harrastusten ja hankintojen toteuttamisessa palvelualustoilla sekä 4) uusien yhteisöllisyyden muotojen, sosiaalisen kanssakäymisen, osallistumisen ja osallisuuden mahdollistumisessa sosiaalisen median kautta tietoverkoissa.

Ikääntyessä sähköisen asioinnin ja tietoteknologian käyttöönotossa on olennaista se, että ihmiset tekevät arjen tueksi valintoja, joita he pitävät kokemustensa ja näkemystensä pohjalta itselleen mielekkäinä ja tarpeellisina. Toisaalta verkkopalvelujen tulee ylipäättään perustua inklusiivisuuteen eli siihen, että kaikki väestönosat ovat mukana, eli vaihtoehdot ovat tosiasiallisesti kaikkien valittavissa. Tällöin välttään sekä yksilövastuun korostamiselta valinnoista, jotka käytännössä eivät ole yksilön valittavissa esimerkiksi siksi, että ne koetaan vaikeaselkoisiksi tai vieraiksi. Näin välttään tahattoman vammaisuuden tuottamiselta sitä kautta, että kehitetään sovelluksia ja teknologiaa, jotka jo lähtökohtaisesti sulkevat kokonaisia väestönosia ulkopuolelle.

Kun lähestymme ikääntyviä ihmisiä yhteisöissämme erityisesti teknologian käyttöönoton näkökulmasta, olisi hyvä pi-

tää mielessä ainakin seuraavat kolme elementtiä. Ensinnäkin ikäihmisten mukana pitäminen tietoteknologisissa uudistuksissa edellyttää ajattelutavan muutosta. Ikäihmisiä ei voi enää lähestyä ajopuina, jotka ohjautuvat tai jotka ohjataan ränniin, josta avautuvat tiet digiosaamiselle. Ikäihmisiä on sen sijaan lähestyttävä valintoja ja toimintapäätöksiä elämäntilanteissa elämänkulkunsa ja elämäntapansa yhteydessä tekevinä, sukupolvensa ja elämäntyylinsä edustajina, joille digitaltoja, verkkoympäristöjä ja sovelluksia sekä tietoteknologiaa on tuotava tarjolle heidän omista lähtökohdistaan.

Toiseksi tietoteknologisten taitojen omaksuminen, ylläpito ja kehittäminen edellyttävät sitä, että sähköisiä palveluja ja alustoja otetaan käyttöön ja niitä käytetään oman arjen yhteydessä. Tietotekniset opetussessiot ilman käyttöyhteyttä eivät ehkä motivoi ikääntyvää. Tietojen omaksuminen edellyttää sekin ikäihmisen toimijuutta, sitä että hän kokee itsensä kyvykkääksi ja motivoituksi tekemään mielekkäitä valintoja ja edistämään hyödyllisiä taitoja. Tässä asetelmassa taitojen opettaminen edellyttää myös elämäntavallisten ja elämänkulullisten seikkojen huomioimista; ei pelkästään teknisiä taitoja

On kuitenkin todennäköistä, että tulevaisuudessakin meillä tulee olemaan osa ikääntyneistä niitä, jotka eivät yksinkertaisesti käytä eivätkä tule käyttämään tietoteknologiaa tai sähköisiä palveluita. Osittain tämä voi johtua osaamisesta ja resurssien puutteesta, mutta myös siitä, että itselle vieras asiointi tai kanssakäyminen verkon välityksellä ei muodostu osaksi mielekkästä arkea. Tämän vuoksi erityisesti sosiaali- ja terveysalan sähköisille palveluille mutta myös muulle kansalaisuutta ja vapaa-aikaa tukevalle palvelulle ja osallistumiselle tulee säilyttää vaihtoehtona kasvokkain asioinnin ja kasvokkain kokoontumisen mahdollisuus.

LÄHTEET

Charness, N. & Czaja S. J. 2005. Adaptation to new technologies. Teoksessa: M. L. Johnson (ed.) The Cambridge handbook of age and ageing. New York: Cambridge University Press, 662- 669.

Cutler, S. J. 2006. Technological change and ageing. Teoksessa: R. H. Binstock & L- G. George (eds.) Handbook of aging and the social sciences. 6th ed. Amsterdam: Academic Press, 258 - 270.

Hendricks, J. & Hatch, R. 2006. Lifestyle and aging. Teoksessa: R. H. Binstock & L- G. George (eds.) Handbook of aging and the social sciences. 6th ed. Amsterdam: Academic Press, 303 - 319.

Internet users, UK: 2019. [Verkkosivu] Office for National Statistics. [Viitattu 27.3.2020]. Saatavana:<https://www.ons.gov.uk/businessindustryandtrade/itandinternetindustry/bulletins/internetusers/2019>

Jyrkämä, J. 1995. "Rauhaisesti alas illan lepoon?": tutkimus vanhenemisestä neljässä paikallisyhteisössä. Tampere: Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis. Ser. A. 449. Väitösk.

Jyrkämä, J. 2007. Toimijuus ja toimintatilanteet: aineksia ikääntymisen arjen tarkasteluun. Teoksessa M. Seppänen & A. Karito & T. Kröger (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö: sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus, 195 - 217.

Jyrkämä, J. 2016. Vanheneminen, arkitilanteet ja toimijuus. Teoksessa: E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. p. Helsinki: Duodecim, 421 - 425.

McCreadie, C. 2010. Technology and older people. Teoksessa: D. Dannefer & C. Philipson (eds.) The Sage handbook of social gerontology. London: Sage, 607 - 617.

Riikonen, M. 2018. Muistisairaana ihmisen kokemukset teknologiasta osana arkea - turvaa vai tunkeilevuutta. [Verkköjulkaisu]. Jyväskylän yliopisto. Väitösk. [Viitattu 11.6.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7568-5>

Saarenheimo, M., Pietilä, M., Maununaho, S., Tiihonen, A. & Pohjolainen, P. 2014. Ikäpolvien taju: elämänkulku ja ikäpolvet muuttuvassa maailmassa. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto. [Viitattu 4.6.2020]. Saatavana: https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/artikkelikokoelma_webreso.pdf

Settersten, R. A. Jr. 2006. Aging and the life course. Teoksessa: R. H. Binstock & L. G. George (eds.) Handbook of aging and the social sciences. 6th ed. Amsterdam: Academic Press, 3 - 19.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön tieto- ja viestintätekniiikan käyttö. 2019. [Verkkojulkaisu]. Suomalaisten internetin käyttö 2019. Helsinki: Tilastokeskus. [Viitattu: 27.3.2020]. Saatavana: http://www.stat.fi/til/sutivi/2019/sutivi_2019_2019-11-07_kat_001_fi.html

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön tieto- ja viestintätekniiikan käyttö. 2011. [Verkkojulkaisu]. Internetyhteydet ja internetin käyttö. Helsinki: Tilastokeskus. [Viitattu: 27.3.2020]. Saatavana: http://www.stat.fi/til/sutivi/2011/sutivi_2011_2011-11-02_kat_001_fi.html

Tapio, T. 2010. "Meilä on kaikila samanlaiset tarinat": tarinankerrontatutkimus tornionlaaksolaisuudesta vanhimpien aapulaisten arejssa ja tulevaisuudessa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 395. Väitösk.

Tapio, T. 2016. Our forest: age, agency and connection with nature in rural Tornedalen, northern Sweden. Teoksessa: P. Naskali, M. Sepänen & S. Begum (eds). Ageing, wellbeing and climate change: An interdisciplinary analysis. London: Routledge, 196 - 212.

Virkola, E. 2014. Toimijuutta, refleksiivisyyttä ja neuvotteluja: muistisairaus yksinasuvan naisen arjessa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 491. Väitösk.

TULEVAISUUDEN SOTE- YRITTÄJÄN TIEDOT JA TAIDOT DIGITALISOITUVASSA YHTEISKUNNASSA - MILLAISTA OSAAMISTA TARVITAAN?

Anu Aalto, YTM, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

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

Salla Kettunen, YTM, HTM, asiantuntija, TKI
SeAMK Liiketoiminta ja kulttuuri

1 JOHDANTOA

Tässä artikkelissa kuvataan, millaisia osaamistarpeita sote-alan yrityksissä tarvitaan joko yrittäjänä tai työntekijänä toimiessa. Millaisia yrittäjämäisiä taitoja tulisi vahvistaa koulutuksessa, jotta voidaan paremmin vastata tulevaisuuden osaamistarpeisiin? Artikkelissa tarkastellaan osaamistarpeita erityisesti digitaalisten ja teknologisten taitojen sekä liiketoimintaosaamisen näkökulmista. Artikkelissa hyödynnetään Pk-yritykset SOTE-polulla kasvuun -hankkeessa tehtyjä kyselyjä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon alalla yksityisen palvelutuotannon osuus kasvaa jatkuvasti. Yrittäjyysopinnot ovat olennaisia myös sosiaali- ja terveydenhuollon alan opiskelijoille, sillä yhä useammalle yrittäjyys tai yrityksessä toimiminen on yksi uravaihtoehto. Jotta yrittäjyysopinnoissa voidaan antaa mahdollisimman hyvät

eväät alan yrittäjänä toimimiselle, täytyy tuntea sote-alan pienten ja keski suurten yritysten (pk-yritykset) haasteet. Kaikkiin haasteisiin ei voida opintojen avulla vaikuttaa, mutta toisaalta on monia asioita, joita pystytään edesauttamaan opetussuunnitelmaa kehittämällä ja sopivilla opetusmenetelmillä.

Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollosta puhutaan usein yhdessä, ovat ne kaksi eri alaa, joita koskee omat lainsäädäntönsä. Yritystoiminnassa lainsäädännön tunteminen on yksi tärkeistä asioista näillä aloilla. Asiakasta suojaa vahva lainsäädäntö, sillä molemmilla aloilla asiakas tai potilas on keskiössä, mutta usein hänen tilanteensa ja mahdollisuutensa omasta edusta ja oikeuksista huolehtimiseen ovat heikentyneet. Sekä sosiaali- että terveydenhuoltoala on yritystoiminnan kannalta katsottuna erittäin dynaamisessa vaiheessa. 1990-luvulla luotiin perustaa sosiaali- ja terveystalouden ulkoistamiselle (Kröger 2011) ja siitä lähtien alan yritysten määrä on ollut kasvava (Tevameri 2018). Yritysten kannalta tämä tarkoittaa, että joillakin toimialoilla muutama suuri yritys on vallannut markkinoita. Niiden toiminta kiristää kilpailua, ja usein ne ostavat kilpailevia pieniä yrityksiä markkinoilta. Pk-yrittäjän näkökulmasta katsottuna tarvitaan vahvaa liiketoimintaosaamista, eikä sitä useinkaan sosiaali- tai terveydenhuollon ammatin harjoittajilla alansa koulutuksen puolesta ole.

Vaikka ihmisten perustarpeet sairauden ja terveyden suhteen pysyvätkin melkoisen samanlaisina, ympäröivän yhteiskunnan ja ihmisten käyttäytymisen muutokset vaikuttavat palveluiden tarjontaan ja hankkimiseen. Yksittäisten palveluiden digitaaliseen muotoon vieminen on alku, lisäksi prosessit digitalisoituvat, jolloin koko toimintatapaa pitää usein uudistaa. Palveluja kuitenkin halutaan digitalisoida. Syitä ovat niin saatavuus, toiveissa siintävät kustannussäästöt kuin kysyntä. Samanaikaisesti joudutaan kuitenkin tasapainoilemaan, jotta saatavuus säilyy myös niille, joilla ei ole syystä tai toisesta mahdollisuutta tai taitoja käyttää digitaalisia välineitä ja palveluja. Palvelut on saatava kehitettyä

sellaisiksi, että niiden käyttäminen on asiakkaan kannalta joutavaa, helppoa ja luotettavaa (Meier 2017).

Nämä toimintaympäristössä tapahtuvat muutokset välittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon alan palveluihin. Sosiaalialaa ajatellen asiointitarpeissa auttaminen on yksi tyypillinen tehtävä. Kun asioiden hoitaminen on muuttunut sähköiseksi, tulee henkilökunnalle uusia vaatimuksia osata neuvoa eri järjestelmien ja laitteiden käyttöä. Lisäksi on hoidettava käyttäjätunnuksia ja luvat kuntoon. Toisena esimerkkinä voidaan ajatella kuntoutusta. Paikan päällä tapahtuvan aloituskäynnin lisäksi voidaan tehdä etäkuntoutusta, jolloin voidaan pitää lyhyitä kuntoutuskertoja useammin. Jos kuntoutettava ei esimerkiksi karanteenisyistä voi poistua kotoaan tai ottaa ketään vastaan, tilanne muuttuu. Kotona mahdollisesti oleva auttaja osallistuu kuntoutukseen paikalla olevina apukäsinä. Tämä voi muuttaa sitoutumista kuntoutukseen ja tuoda uutta näkemystä siihen, millaisiin arjen toimintoihin kuntoutuksesta voi saada apua ja mitä tavoitteita näin ollen asetetaan. Näiden esimerkkien perusteella jo nähdään, kuinka työnkuva muuttuu asiakaskäyttäjämisen muuttuessa.

Artikkelissa keskitytään tarkastelemaan seuraavia kysymyksiä:

- Mitä ovat tämän hetken yrittäjyyden osaamistarpeet pk-yritysten näkökulmasta?
- Mitä asioita opiskelijat opiskelevat yrittäjyysopinnoissaan ja kohtaavatko ne yritysten tarpeet?

2 AINEISTON KERÄÄMINEN ERI MENETELMIN

Tässä artikkelissa tarkastellaan, tapaustutkimuksen omaisesti, Etelä-Pohjanmaan sote-yritysten tarpeita ja SeAMKin opetus- ja tutkimuskeskitysten antamia valmiuksia niihin. Lisäksi artikkelissa tarkas-

tellaan SeAMKin yrittäjyysopetusta sekä sosiaali- ja terveysalan opintojen yrittäjyyspolkuja samoin kuin digitaalisuuteen liittyviä opintoja. Tarkastelun avulla selvitetään, kohtaavatko tarve ja opetussisällöt toisensa.

Artikkelissa hyödynnetään eteläpohjalaisilta yrityksiltä kerättyä kyselyaineistoa. Aineisto on kerätty Etelä-Pohjanmaan liiton rahoittamassa Pk-yritykset SOTE-polulla kasvuun -hankkeessa. Eteläpohjalaisten sote-yritysten tilanteen kartoittamista varten toteutettiin Webropol-kysely keväällä 2018. Kyselyssä keskityttiin tarkastelemaan strategista johtamista, markkinointia, palveluinnovaatiokyvykkyyttä, teknologiaorientaatiota sekä yrityksen menestymistä ja kasvustrategioita. (Joensuu-Salo ym. 2019.)

SeAMKin opetussuunnitelmia tarkasteltiin sekä yrittäjyyden että digitaalisuuden suhteen kuvaamalla Liiketoiminta- ja yrittäjyysosaamisen kokonaisuuteen liittyvät opinnot osaamistavoitteiden kautta. Lisäksi käytiin läpi sosiaali- ja terveysalan tutkinto-ohjelmien kompetensseja hakemalla sieltä aukikirjoitettuja yhteyksiä yrittäjyyteen ja digitaalisuuteen. Näiden avulla pyrittiin tuomaan esiin, että millaista osaamista sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden odotetaan omaavan yrittäjyyteen ja digitaalisuuteen liittyen. Kompetenssit kuvaavat osaamistavoitteita valtakunnallisella tasolla ja SeAMKin opetussuunnitelma yksittäisine opintojaksoineen kuvaa sitä, miten kompetenssit on huomioitu OPS-kuvausten tasolla SeAMKissa.

3 TULOSTEN TARKASTELUA

Tässä luvussa tarkastellaan kyselystä saatuja tietoja siitä, millaisia tarpeita pk-yrityksillä on digitaalisuuden, teknologian ja liiketoiminnan osalta. Tuloksista selviää, missä heillä on tarvetta parempaan osaamiseen. Opetussuunnitelmien ja osaamisvaati-

musten tarkastelun avulla halutaan selvittää, miten hyvin yritysten tarpeet ja opetukselle asetetut tavoitteet vastaavat toisiaan.

3.1 Kyselystä nousseet tarpeet

Kyselyn tulokset on raportoitu kokonaisuudessaan Joensuu-Salon ym. (2019) Sote-alan pk-yritysten liiketaloudellisen osaamisen nykytila Etelä-Pohjanmaalla -raportissa. Kyselyyn vastasi 46 yritystä. 72 % vastaajista oli naisia. Vastanneista yrityksistä puolella liikevaihto oli yli ja toisella puolella alle 250 000 euroa.

Kotisivut, jokin sosiaalisen median kanavista ja sähköposti tai tekstiviestit asiakkaille, ovat käytössä valtaosassa yrityksistä. Älypuhelimella käytettäviä sovelluksia oli käytössä 41 %:lla ja virtuaalitapaamisia 27 %:lla vastaajista. Alle 10 vuotta toimineilla yrityksillä on hieman useampi väline käytössä kuin sitä vanhemmilla yrityksillä. Samoin yli kymmenen henkilöä työllistävillä yrityksillä on enemmän välineitä käytössä kuin sitä pienemmillä.

Digitaalisen osaamisen osalta tiedonhankinnan, perusohjelmistojen (esim. MS Office) käytön ja tietoturvan koetaan olevan hallussa hyvin. Sen sijaan tyydyttävästi osataan oman alan digitaalisten palvelujen ja ratkaisujen käyttöä, sähköistä asiakassuhteiden hallintaa ja sosiaalisen median käyttöä markkinointiviestinnässä. Näillä osa-alueilla alle 10 vuotta toimineet yritykset pärjäävät vanhempia paremmin.

Ainakin puolet vastaajista tunnisti digitaalisuuden hyödyntämisen esteitä olevan ulkopuolisen asiantuntija-avun kalleus, hyvän asiantuntijan löytäminen, ylläpitokustannukset, hankintojen kustannukset ja henkilöstön koulutuskustannukset. Esteiksi mainittiin myös se, ettei ole aikaa ottaa digivälineitä käyttöön. Lisäksi esteinä mainittiin henkilökunnan vaihteleva lähtötaso ja runsaudenpula vaihtoehtoista.

Markkinoinnin näkökulmasta tarkasteltuna voidaan sanoa, että yritykset ymmärtävät asiakastiedon merkityksen ja pohtivat aktiivisesti ympäristön muutosten vaikutuksia asiakastarpeisiin. Toisaalta markkinointiosaaminen on yrityksissä melko heikkoa. Markkinointiosaamiseen sisältyy useita osa-alueita, joihin kuuluu myös markkinatiedon hankkimista asiakkaiden nykyisistä ja tulevista tarpeista; sen jakamista yrityksen sisällä henkilökunnan kesken, sekä omalla tuote- ja palvelukehityksellä asiakkaiden nykyisiin ja tuleviin tarpeisiin vastaamista (Kohli & Jaworski 1990). Vaikka asiakastietoa kerätään, sitä ei käytetä asiakaskunnan segmentointiin tai markkinointiviestintään. Markkinointiin liittyy myös yrityksen menestymisen arviointi. Sen arvioimiseksi yritykset ilmoittavatkin käyttävänsä tärkeimpinä tietolähteinä oman yrityksen imagoa sekä toisena laatukysymyksiä.

Kyselyn tulosten mukaan viimeisimmän teknologian käyttöönotossa tuote- ja palvelukehityksessä on haasteita. Puolet yrityksistä vastasi, ettei käytä kehittynyttä teknologiaa uusien tuotteiden tai palvelujen kehittämisessä. Terveystieteiden keskiarvo oli 2,7 ja sosiaalialan 2,1 (asteikolla 1= ei lainkaan, 5 = erittäin paljon). Yritykset kehittävät enemmän olemassa olevaa kuin jotakin kokonaan uutta. Yritykset eivät aktiivisesti ole teknologian avulla rakentamassa uusia sovelluksia ja vain harvoilla on palveluja, jotka hyödyntävät viimeisimpiä teknologisia ratkaisuja.

Markkinoiden ja teknologian kehityksen monipuolinen seuraminen ovat avainasemassa uusien palvelujen kehittämisessä. Yritysten tulisi kerätä ja hyödyntää asiakastietoja, seurata uusia teknologioita ja teknisiä ratkaisuja, mikäli haluavat onnistua palveluiden kehittämisessä. Vaikka teknologiat eivät olisi hallussa juuri nyt, suuri merkitys on sillä, kuinka niihin suhtaudutaan. Olisi hyvä, että löydettäisiin aktiivista uusien tuulten seuraamista ja rohkeutta tarttua uuden kehittämiseen silloin, kun omalle kohdalle tulee hyvä mahdollisuus. Toisin sanoen, vaikka jokaista esiin nousevaa teknologista vaihetta ei käy lävitse, on hyvä pitää valmiudet sillä tasolla, että tarvittaessa on mahdollisuus tarttua

uuden idean kehittämiseen myös digitaalisesti ja eri teknologioiden avulla.

Yritykset tunnistivat kehittämiskohteita toiminnassaan. Yksi keskeisimmistä on markkinoinnin digitalisoiminen. Digitaalista markkinointia ja myyntiä halutaan kehittää yleisellä tasolla, mutta etenkin liittyen sosiaalisen median alustoihin ja palveluihin sekä kotisivuihin. Toinen kehittämiskohde on sähköisen asiakasjärjestelmän käyttöönotto. Kolmas tunnistettu kehittämiskohde on teknisten palvelujen, sovellusten ja työkalujen hyödyntäminen perustyössä. Keskeistä tälle kehittämisalueelle on se, että tekniset tai digitaaliset työkalut toimivat apuna perustoiminnassa. Neljäs kehittämiskohde on digitaalisuuden ymmärtäminen. Osalle yrittäjistä koko digitaalisuusajattelun siirtäminen sote-kontekstiin tuntuu haastavalta. Se, mihin tai miten digitaalisuutta voisi hyödyntää omassa toiminnassa, ei ollut selkiytynyt. Digitaalisuuden vieminen asiakkaiden kanssa käytävään vuorovaikutukseen on viides tunnistettu kehittämiskohde. Yrittäjät mainitsivat erityisesti kehittämiskohteeksi asiakkaiden etä- ja virtuaalitapaamisten järjestämisen. Kuudes aineistosta tunnistettu kehittämiskohde on henkilöstön digiosaamisen kehittäminen. Kehitettävää on oman henkilöstön yleisessä digiosaamisessa sekä myös yrityksen sisäisissä prosesseissa kuten henkilöstön sisäisessä viestinnässä ja pilvipalvelujen käytössä.

Yritysten taloudellinen osaaminen koettiin tyydyttäväksi. Neljännes vastaajista kokee epävarmuutta taloudellisessa suunnittelussa. Kyselyn tulosten analyysin mukaan yrityksen kannattaa kehittää asiakas- ja kilpailijatiedon keräämistä ja hyödyntämistä toiminnassaan. Näin yritys tuntee asiakkaansa ja markkinaympäristönsä sekä pystyy innovoimaan uusia palveluja asiakkailleen. Teknologian edelläkävijänä ja kehityksen seuraajana yrityksillä on paremmat mahdollisuudet reagoida. Äärimmäinen esimerkki tästä saatiin keväällä 2020 koronaviruksen aiheuttamien rajoitusten aikana.

3.2 Sosiaali- ja terveysalan ammatillinen osaaminen yrittäjyyden ja digitalisaation näkökulmasta

Sosiaali- ja terveysalan tutkinto-ohjelmien opetussuunnitelmissa tuodaan esiin SeAMKin yrittäjyysjuonne, jonka mukaisilla opinnoilla autetaan opiskelijaa ymmärtämään yrittäjyyden ja yritystoiminnan keskeinen ja kasvava osuus yhteiskunnassa. Yrittäjyysjuonetta paikannetaan tarkastelemalla, miten yrittäjyyteen liittyvät näkökulmat tulevat esiin kompetensseissa. Eri tutkinto-ohjelmissa puhutaan joko kompetensseista, osaamisvaatimuksista tai ydinosaamisalueista. Lisäksi käydään läpi otsikkotasolla sosiaali- ja terveysalan tutkinto-ohjelmat sen suhteen, miten ne liittyvät yrittäjyyteen ja digitaalisuuteen. Sosiaali- ja terveydenhuollon eri ammattilaisten tulee olla jatkuvassa vuorovaikutuksessa kaikille yhteisillä osaamisalueilla, joita ovat liiketoiminta-, yrittäjyys-, innovaatio-, johtamis-, verkosto-, monikulttuurisuus-, työelämä-, kansainvälistymis-, kehittämis- ja tutkimusosaaminen.

3.2.1 Kompetenssit, osaamisvaatimukset ja ydinosaamisalueet

Geronomien kompetenssien osalta digitaalisuuteen ja teknologiaan liittyvää osaamista kuvataan gerontologisen *hoiva-, hoito- ja kuntoutusosaamisen* kohdalla. Tavoitteena tässä kompetenssissa nähdään se, että opiskelija osaa hyödyntää informaatio- ja hyvinvointiteknologiaa toimintaympäristön toimivuuden ja turvallisuuden edistämiseksi. Geronomien *palvelujärjestelmäosaamisessa* tulee esiin viittaus yrittäjyyteen, kun todetaan geronomiopintojen yhtenä tavoitteena olevan vanhuspalvelujen toimintaympäristön ja palvelurakenteen (julkinen, yksityinen ja kolmas sektori) hallinta sekä kyky soveltaa tietojaan palvelujen järjestämisessä, tuottamisessa ja kehittämisessä. Lisäksi

johtamis-, kehittämis- ja laadunhallintaosaamisessa viitataan yrittäjyyteen edellyttämällä yrittäjämäistä toimintatapaa sekä kykenevyyttä toimia esimiestehtävissä ja tuntea talousosaamisen ja markkinoinnin perusteet. (SeAMK Opinto-opas 2019.)

Sosionomin kompetensseista *eettisessä osaamisessa* kuvataan digitaalisuuteen liittyvää osaamista seuraavasti: “opiskelija osaa tehdä ohjaustyötä erilaisissa sähköisissä toimintaympäristöissä ja ohjata asiakkaita e-palvelujen käytössä”. *Työyhteisö-, johtamis- ja yrittäjyysosaamisen* kompetenssissa puolestaan kuvataan opiskelijan osaamista seuraavasti: “opiskelija tuntee talouden ja strategisen johtamisen merkityksen omassa työssään sekä sosiaalialan yrittäjätoiminnan perusedellytykset.” Lisäksi *palvelujärjestelmäosaamisen* kompetenssissa viitataan myös yksityisen sektorin roolin ymmärtämiseen osana palvelujärjestelmää. (SeAMK...Opinto-opas 2019.)

Sairaanhoitajien opinoissa löytyy yrittäjyyteen ja digitalisaatioon liittyviä osaamisvaatimuksia (vastaa geronomien ja sosionomien kompetensseja) osa-alueissa *johtaminen ja yrittäjyys* sekä *sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö*. Molemmista korostetaan oman toiminnan johtamista ja sisäisen yrittäjyyden merkityksen ymmärtämistä. Kustannustietoisuuden ja taloudellisen toiminnan huomioimista korostetaan. Osaamisvaatimuksena on myös *teknologian ja digitaalisuuden hyödyntäminen* sosiaali- ja terveystalouden toimintaympäristöissä, joihin lukeutuvat mm. palvelujärjestelmät, terveydenhuollon virtuaaliympäristöt ja potilaan hoito. *Näyttöön perustuva toiminta* sisältää osallistumista kehittämis-, innovaatio- ja tutkimusprojekteihin. (Eriksson ym. 2015.)

Fysioterapeutin ydinosaa-alueista *yhteiskunta-, teknologia-, ohjaus- ja neuvontaosaamisen* alueet keskittyvät eniten yrittäjyys-, teknologia- ja digitaalisiin taitoihin. Asiakkaan, ryhmien ja yhteisöjen neuvomisen tulee onnistua myös digitaalisin ja tek-

nologiaa hyödyntävin menetelmin. Oman alan talousosaaminen näkyy markkinatuntemuksena, kustannus- ja tuloksellisuustietoisuutena sekä liiketoimintaprosessien tuntemisena. (Fysioterapeutin ydinosaaminen 2016.)

3.2.2 Opetussuunnitelmat tavoitteiden toteutuksessa

Nykyisissä opetussuunnitelmissa on olemassa kaksi pakollista *Liiketoiminta- ja yrittäjyysosaaminen* -opintokokonaisuuteen liittyvää opintojaksoa, riippumatta opiskelijan tutkinto-ohjelmasta. Ensimmäisenä vuonna toteutuvan SeAMK-innovaatioviikon (2 op) aikana ratkotaan todellisia työelämän ongelmia monialaisissa opiskelijaryhmissä. Design Thinking -menetelmän avulla perehdytään asiakas- ja liiketoimintanäkökulmiin. Ensimmäisenä tai toisena vuonna opiskelijat suorittavat opintojakson Yritystoiminta ja yrittäjyys (3 op), jolla käsitellään sosiaalisen, kulttuurisen ja taloudellisen arvon luomista sekä niiden merkitystä yritystoiminnassa ja yhteiskunnassa. Liiketoiminnan peruskäsitteet ja kannattavan liiketoiminnan edellytykset tulevat myös tutuiksi. (SeAMK... Opetussuunnitelma 2019-2020.) Arviointikriteerien kuvausten kautta voidaan nähdä, millaista osaamista opiskelijalta odotetaan opintojakson suoritettuaan.

Näiden opintojaksojen toteuttamisessa ensimmäisen vuoden opintojen aikana on omat haasteensa, sillä opiskelijoille ei vielä ole ennättänyt kehittyä substanssiosaamista ja ammatti-identiteettiä, jota he voisivat hyödyntää viedessään yrittäjyysajatuksia eteenpäin. On kuitenkin tärkeää, että opintojaksot toteutuvat opintojen alkuvaiheessa, jotta on mahdollista rakentaa opintojen aikaista yrittäjyyspolkua siitä kiinnostuneille. Yritystoiminta ja yrittäjyys -opintojakson toteutuessa vasta toisena opiskeluvuonna on opiskelijalle ehtinyt syntyä paremmat ammatilliset ja tiedolliset valmiudet. Tällöin puolestaan mahdollinen yrittäjyyspolku jää melko lyhyeksi.

Sosiaali- ja terveysalan opetussuunnitelmista löytyy digitalisaatioon ja teknologiaan liittyviä yksittäisiä 2 - 3 opintopisteen opintojaksoja. Näitä tarjoavat eri tutkinto-ohjelmat. Yksittäinen opiskelija voi suorittaa tarjonnasta yhden 2 - 3 op:n laajuisen opintojakson valintansa mukaan. Yhteistä opintojaksoille on niihin kirjattu tavoite tunnistaa digitaalisuuden ja teknologian tuomia mahdollisuuksia ja rajoitteita erilaisille asiakasryhmille, samoin kuin niihin liittyviä eettisiä ja tietoturvan kysymyksiä. On ymmärrettävää, että 2 -3 opintopisteen laajuinen opintojakso ei voi mennä kovin syvälle aihepiirissään, jos alkeista lähdetään liikkeelle.

4 POHDINTA

Tärkeimmät liiketoiminnan taidot sosiaali- ja terveysalojen pk-yrityksissä vaikuttavat liittyvän strategiseen johtamiseen sekä tiedon hyödyntämiseen yrityksen tuloksellisuuden arvioinnissa. Uusia palveluja kehitettäessä olennaisen tärkeitä tekijöitä ovat markkinoiden tunteminen sekä markkinatiedon kerääminen ja hyödyntäminen. Lisäksi uuden teknologian seuraaminen ja soveltuvin osin sen hyödyntäminen ensimmäisten joukossa on tärkeää.

Sosiaali- ja terveydenhuollon alan opiskelijoiden tulisi siis saada tietoja ja taitoja strategisesta johtamisesta sekä siitä, miten hankitaan markkinaymmärrystä. Yrittäjyyskykyjä ajatellen tärkeitä ovat taidot, jotka liittyvät mahdollisuuksien havaitsemiseen sekä luovien ja tarkoituksenmukaisten ideoiden aikaansaamiseen, suunnitteluun ja johtamiseen. Yrittäjyyskykyihin liittyvää osaamista vahvistetaan molemmilla SeAMKin Liiketoiminta ja yrittäjyys -opintokokonaisuuksien opintojaksoilla. Strateginen johtaminen sen sijaan tulee enemmän esiin muilla alakohtaisilla opintojaksoilla, joissa tarkastellaan palvelujärjestelmää laajemmin yksityisen, julkisen ja kolmannen sektorin muodostamana

kokonaisuutena. Markkinointiosaamiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota erilaisten opintojaksojen sisällä. Erilaisten asiakasryhmien ja -tarpeiden ymmärtämistä tarvitaan myös oman ammattiosaamisen markkinoinnissa yhteiskunnan eri toimijoille.

Yritystoiminta ja yrittäjyys -opintojaksossa opiskelijoiden tulisi päästä pohtimaan oman substanssiosaamisen kautta sosiaali- ja terveysalan ja hyvinvointialan yrittäjyyteen liittyviä liiketoiminnan mahdollisuuksia. Näissä opinnoissa tulisi huomioida sosiaali- ja terveysalan sekä hyvinvointialan yrittäjyyteen liittyviä lupa- ja lakiasioita, jotka säätelevät alan yritystoimintaa laaja-alaisesti. Sosiaali- ja terveysalan yrittäjyys erilaisten palvelujen tuottajana on vielä melko pienimuotoista ja uutta, mutta lisääntyy koko ajan palvelutarpeen kasvaessa.

Opetussuunnitelmissa tulisi olla jonkin verran liikkumavaraa eri tutkinto-ohjelmien välillä, jolloin yrittäjyyden opinnot voisi suunnitella joustavasti eri lukukausille. Tähän vaikuttaa yhtenä suurena osana opiskelijan ammatillisen kasvun vaihe ja oman ammattialan mahdollisuuksien laaja-alainen ymmärtäminen. Opiskelijat työskentelevät ensimmäisenä lukuvuonna innovaatioviikolla moniammatillisesti erilaisten toimeksiantojen parissa. Samalla harjoitellaan erilaisten palvelumuotoilun ja innovaatiotyöskentelyn työkalujen käyttöä yrityksille tehtävien toimeksiantojen tuotteistamisessa. Näiden työkalujen käyttöä olisi hyvä harjoitella myös myöhemmissä opinnoissa, etteivät ne jäisi vain kertaluonteisiksi.

SeAMKin opiskelijoiden on mahdollista vahvistaa yrittäjyyspolkuaan SeAMKPro:n ja SeAMK Y-Zonen tarjoamien toimintojen kautta. SeAMKPro:ssa opiskelija voi osallistua käytännön projektityöhön erilaisten toimeksiantojen parissa. Opinnot ovat valinnaisia ja niitä voi suorittaa 5 - 25 op. Sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden liiketoimintaosaamisen kehittymisen kannalta olisi tärkeää, että SeAMKPro:ssa olisi enemmän toimeksiantoja juuri

sosiaali- ja terveysalan organisaatioilta tai yrityksiltä. SeAMK Y-Zone kokoaa yrittäjyyteen liittyvät palvelut yhteen ja tarjoaa tukea yrittäjyydestä kiinnostuneille opiskelijoille. Lisäksi opiskelija voi kehittää omaa yritysideaansa tai kehittää jo nykyisen yrityksensä liiketoimintaa Business Hubissa. Näitä vapaasti valittavia yritysideoita ja yrityksen kehittämiseen liittyviä opintoja tulisi markkinoida vielä aktiivisemmin ja kannustaa sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita osallistumaan näihin.

Vaikka opetussuunnitelmista ei kovin paljoa löydy digitaalisuuteen liittyviä opintoja, opiskelijat käyttävät kuitenkin jo omassa arjessaan runsaasti esimerkiksi sosiaalisen median sovelluksia. Monella kommunikointi erilaista teknologiaa hyödyntäen on jo sujuvaa. Digitaalisten mahdollisuuksien hyödyntämisessä sosiaali- ja terveysalan opetuksessa tarvitaan monipuolisuutta ja rohkeutta uusien toimintatapojen käyttöönotossa. Nykysukupolven aktiivinen teknologian ja digitaalisuuden käyttö tulisi rohkeasti ohjata myös mukaan ammatillisiin toimintoihin, koska peruskäytön osaamista jo löytyy. Näin uudet käytänteet jalkautuisivat myös yrityksiin esimerkiksi opiskelijoiden käytännön harjoittelujen ja ammattikorkeakoulujen opetuksen kautta edistäen digitalisatiota pk-yrityksissä.

Kevään 2020 koronaepidemia haastaa sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset toteuttamaan asiakastyötään etänä. Tarvitaan riittävä teknologinen välineistö ja digitaalista osaamista, jotta etätyöskentely mahdollistuu. Esimerkiksi teknologiaa hyödyntäen kotiin tuodun etäkuntoutuksen voi liittää tukemaan päivittäisiä arjen toimintoja läheisen tai avustajan kanssa toimien. Näin kuntouttavat toiminnot on helpompi liittää osaksi päivittäistä rytmiä, arkielämää tai yhteisiä harrastuksia, kun erillisiä terapiatuokioita ei välttämättä pystytä toteuttamaan näissä poikkeusolosuhteissa.

Koronakriisi jää toivottavasti äärimmäiseksi esimerkiksi siitä, kuinka nopeasti ulkopuolelta tuleva syy voi vaatia paljon toi-

mintaan vaikuttavaa reagoitua - jopa kokonaan uusia toimintatapoja. Tällaisessa tilanteessa pärjäävät parhaiten ne, jotka ovat seuranneet teknologian kehitystä ja pystyvät nopeasti sitä hyödyntämään. Tosin sosiaali- ja terveysalalle mahtuu hyvin erilaisia yrityksiä. Perushoivaa ei voi digitalisoida, kun taas vaikkapa kuntoutusta voidaan monin tavoin ohjeistaa ja neuvoa etäyhteyksien avullakin. Sosiaalialalla työskennellään usein yhteiskunnassa haastavimmassa asemassa olevien kanssa. Tuen antaminen verkkovälitteisesti on mahdotonta, jos vastapuolella ei ole vaadittavaa taitoa, yhteyksiä tai laitteita. Sosiaalialan työntekijöiden tehtävänä ja osaamisen haasteena on miettiä myös digisyrjäytymisen ehkäisyä.

Digitaalisuus ja kehittyvä teknologia sekä haastaa kaikki sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla työskentelevät ammattilaiset kehittämään toimintaansa että mahdollistaa kehittämistä uudella tavalla. Kiristyvässä taloustilanteessa ja toimintaympäristön muutoksissa tulee palvelujen olla yhä laadukkaampia, vaikuttavampia ja kustannustehokkaammin tuotettuja. Myös palvelujen monipuolinen markkinointi tulee huomioida. Digitalisaatio ja teknologia mahdollistavat palvelujen siirtymisen yhä lähemmäksi asiakasta. Asiakas pystyy myös itse aktiivisemmin osallistumaan päätöksentekoon sekä lisäämään omatoimisuuttaan, omahoitoaan ja autonomisuuttaan. Koulutusorganisaation tehtävänä on ohjata ja opettaa opiskelijat digikansalaisiksi, jotta heillä olisi vahvaa osaamista siirtyä työelämän erilaisiin digitaalisiin haasteisiin (Auvinen & Jaakkola 2018).

LÄHTEET

Auvinen, T. & Jaakkola, M. 2018. Käsikirja tulevaisuuden kuntien digitalisaatioon. [Verkkojulkaisu]. Kuopio: Pohjois-Savon liitto. Julkaisu A:83. [Viitattu 17.4.2020]. Saatavana: <http://esitteet.luode.fi/kuntien-digitalisaatio/>

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E.-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen: Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. [Verkkojulkaisu]. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoidajaliitto ry. [Viitattu 17.4.2020]. Saatavana: <https://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

Fysioterapeutin ydinosaminen. 2016. Suomen Fysioterapeutit. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 17.4.2020]. Saatavana: <http://www.suomenfysioterapeutit.com/ydinosaminen/FysioterapeutinYdinosaminen.pdf>

Joensuu-Salo, S., Kettunen, S., Kangas, E., Sorama, K., Teittinen, H., Aalto, A., Mäntysaari, P.-P. & Katajavirta, M. 2019. Sote-alan pk-yritysten liiketaloudellisen osaamisen nykytila Etelä-Pohjanmaalla. [Verkkojulkaisu]. Seinäjoki: Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Raportteja ja selvityksiä 143. [Viitattu 17.3.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019061119928>

Kohli, A. & Jaworski, B. 1990. Market orientation: The construct, research propositions, and managerial implications. *Journal of marketing* 54, 1 - 18.

Kröger, T. 2011. Returning the Nordic welfare municipality: Central regulation of social care under change in Finland. *International journal of sociology and social policy* 31 (3/4), 148 - 159.

Meier, C. 2017. Managing digitalization: Challenges and opportunities for business. *Management* 12 (2), 111 - 113.

SeAMK Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Opinto-opas 2019. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 16.4.2020]. Saatavana: <https://newops.seamk.fi/fi/>

SeAMK Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Opetussuunnitelma 2019-2020. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 16.4.2020]. Saatavana: <https://newops.seamk.fi/fi/opetussuunnitelmat/>

Tevameri, T. 2018. Toimialaraportit: Sosiaali- ja terveyspalvelualan yritykset - epävarmoista tulevaisuuden näkymistä hyvinvoinnin kasvuun? [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö. Julkaisuja 38. [Viitattu 7.4.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-351-1>



KEHITTÄMISEN POLKUJA

ENSIHOITAJILLE ENEMMÄN KEINOJA HAVAINNOIDA IKÄIHMISTEN TERVEYSRISKEJÄ - OLISIKO HELPPOKÄYTTÖISISTÄ MITTAREISTA APUA ENSIHOITOTEHTÄVILLÄ?

Kosti Tuokkola, sairaanhoitaja (ylempi AMK)
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

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

1 JOHDANTOA

Aihe tähän artikkeliin saatiin Seinäjoen ammattikorkeakoulussa keväällä 2020 valmistuneesta kliinisen asiantuntijuuden ylempään AMK-tutkinnon opinnäytetyöstä. Opinnäytetyön aiheena oli moniammatillisen yhteistyön kehittäminen ensihoidossa ja vajaan vitsemuksen sekä kaatumisen riskien tunnistaminen kiireettömällä ensihoitotehtävillä. Kyseisessä opinnäytetyössä kehitettiin kahden pitkään käytössä olleen tunnetun mittarin pohjalta yksi helppokäyttöinen mittari ensihoitajien käytettäväksi kiireettömille ensihoitotehtäville, jotka kohdistuvat tutkimuksen kohderyhmään. Kohderyhmää edustivat yli 75-vuotiaat kotona asuvat tai vajaakuntoiset kotona asuvat ihmiset. Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheita koskevassa pohdinnassa nostettiin esiin ajatus kehittää muitakin havaintoja avustavia työkaluja, joilla ensihoito voisi viestittää havaintoja eteenpäin. Tämän katsottiin lisäävän verkostomaista yhteistyötä ja antavan uutta tietoa kentällä vallitsevista olosuhteista niitä tarvitseville yhteistyötahoille. (Tuokkola 2020.)

Motivaatio pohtia tätä teemaa syntyi ympäröivästä maailmastamme. Yhteiskuntamme on etenemässä kohti tilannetta, missä ikäihmisten määrä lisääntyy suurten ikäluokkien vanhetessa. Väestöennusteen mukaan suomalaisista 25 % tulee olemaan yli 65-vuotiaita vuonna 2030 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019a). Tämä tarkoittaa kotona asuvien ikäihmisten määrän lisääntymistä huomattavasti. Jo nyt on nähtävissä, miten muutos ympärillämme tapahtuu. Sosiaali- ja terveydenhuollon menot ovat vuositasolla 20,6 miljardia euroa. Suomen virallisessa tilastossa (2018) mainitaan laitoshoitokustannusten vähentyneen 16,5 % ja ympärivuorokautisen hoivan sisältävien asumispalveluiden kustannusten lisääntyneen 5,1 %. Tästä voidaan tehdä johtopäätös, että kotona asuvien ikäihmisten määrä on jo nyt lisääntynyt. Uusia resursseja ei ole näköpiirissä, koska valtionvarainministeriön (2018, 84) laskelmien mukaan pitkällä aikavälillä kestävyysvaje tulee olemaan 3 % luokkaa. Myös muut tekijät vaikuttavat tähän, esimerkiksi keväällä 2020 maailmalla ja Suomessa leviävän COVID-19-pandemian johdosta edellä mainitut taloudelliset luvut ovat todennäköisesti auttamatta alimitoitettut. Valtiovalta on jo nyt joutunut ottamaan useita miljardeja uutta lainaa samalla, kun bruttokansantuotteen kehitys tulee todennäköisesti olemaan lähitulevaisuudessa aleneva.

Olemme ajautuneet yhteiskuntana tilanteeseen, jossa on kyettävä vähäisillä resursseilla turvaamaan ikäihmisten kotona pärjäämistä. Tässä tilanteessa on syytä ottaa käyttöön ensilinjassa toimivien ensihoitajien kyky luoda tilannekuvaa yhteistyökumppaneille ja eri instansseille. Eri toimijat voivat näin ollen keskittää sopivia interventioita heille, jotka niitä eniten kaipaavat. Tästä seuraisi ideaalitalanteessa resurssien tarkoituksenmukainen kohdentuminen, mikä toivon mukaan vähentäisi hukkaan heitetyn työn määrää.

2 IKÄIHMISTEN VAJAARAVITSEMUKSEN JA KAATUMISRISKIN TAUSTATEKIJÄT

Taustalla on olemassa useita merkittäviä tekijöitä, joihin vaikuttamalla voidaan vajaaravitsemus- ja kaatumisriskejä pienentää. Geriatri Nuotion (2018) mukaan vajaaravitsemukseen liittyy energian ja proteiinin saannin väheneminen. Tämä voi seurata ikäihmisen ruoansaannin muutoksista, kehittyvästä muistisairaudesta sekä ruoan laadun muutoksista. Lisäksi on tekijöitä, jotka vaikuttavat suoraan ruokahalun alenemiseen. Tällainen on esimerkiksi liikuntakyvyn heikentyminen sarkopenian ja gerasteenian johdosta. Lisäksi ikäihmiset kärsivät usein kroonisista sairauksista, joihin käytetään useita eri lääkkeitä. Monilääkitysisyys altistaa vajaaravitsemuksen kehittymiselle. Vajaaravitsemuksen riskiä akuutisti kasvattavia tilanteita ovat erilaiset infektiot, sairaalahoitoon joutuminen, liikkumattomuus sekä neurologiset tapahtumat.

Kaatumisen osalta taustalla on Saarelman (2019) mukaan erottavissa lukuisia eri tekijöitä. Hänen mukaansa syiden tarkempi selvittely on tärkeää, mikäli kaatuilu toistuu usein. Tilastojen valossa yli 65-vuotiaista kerran vuodessa kaatuu noin 30 - 40 %, joista 1/7 kaatuu useamman kerran vuoden aikana. Vakavampaan vammaan kaatumisista johtaa noin 10 % tapauksista. Näistä esimerkkiseurauksena on reisuun murtuma. Kaatumiseen johtavia syitä tavallisten kompastumisten tai liukastumisten lisäksi voivat olla esimerkiksi aistien heikentyminen, tasapainoon ja liikkumiseen liittyvät ongelmat, pääasiassa keskushermostoon vaikuttava lääkitys ja äkillinen verenpaineen laskusta johtuva aivojen verenkierron hetkellinen heikentyminen. Verenpaineen alenemisen taustalta saattaa löytyä esimerkiksi sydänperäinen syy, joka voi olla rytmihäiriö. Valitettavasti ikäihmisten kohdalla on myös muistettava alkoholin liiallisen käytön mahdollisuus. Ikäihmisten kohdalla ei kuitenkaan aina kyetä löytämään syytä

kaatuiluun. Näissä tilanteissa on usein kyseessä elintoimintojen heikentyminen iästä johtuen. Tällöin korostuu kaatumiseen liittyvien seurausten ehkäisy.

3 IKÄIHMISTEN VAJAARAVITSEMUKSEN JA KAATUMISRISKIN TUNNISTAMISEN MERKITYS

Merkityksellisyys aiheelle löytyy ennen kaikkea ennaltaehkäisyn näkökulmasta. Kotona pärjäämisen parantumisella sekä laitoshoidoaikojen vähentämisellä saavutetaan taloudellisia säästöjä yksilön ja yhteiskunnan näkökulmasta, inhimillisen kärsimyksen vähentymistä unohtamatta. Kehittämistyön tekijälle työn merkitys on kiteytynyt ajatukseen ”hiljaisten ihmisten puolustaja”.

Vajaaravitsemuksen tunnistamisen merkityksellisyyden näkökulmasta Nuotio, Hartikainen ja Nykänen (2019) painottavat, että vajaaravitsemuksen säännöllinen seulonta on vanhuksilla tärkeää ja se kuuluu osana kokonaisuhoitoon. Seulonnan toteuttamiseen tulee osallistua jokaisen hoitavan tahon. Yksilöllisellä, laadukkaalla ja kokonaisvaltaisella vajaaravitsemuksen ehkäisyllä sekä ravitsemushoidolla kyetään ylläpitämään ikäihmisen toimintakykyä ja mahdollistamaan kotona asuminen. Näin toimimalla edistetään yksilön hyvinvointia sekä elämänlaatua elämän loppuun asti.

Kaatumisen osalta merkityksellisyys korostuu Tilviksen ym. (2016) mukaan seurausten ennaltaehkäisyn osalta. Kaatumisesta voi vakavimmillaan seurata luunmurtumia sekä päävammoja. Lisäksi kaatuileminen aiheuttaa pelkoa uudesta kaatumisesta ja näin ollen kaventaa elämänpiiriä. Lisäksi kaatuminen alentaa toimintakykyä sekä itsenäisen selviytymisen edellytyksiä. Mikäli kaatumista alkaa ilmaantua ikäihmisen elämässä, se ennustaa

viisinkertaista laitoshoitoon joutumisen riskiä. Riski voi nousta jopa 20-kertaiseksi, jos kaatumisesta on seurannut vammautuminen. Voidaan siis pitää selvänä, että jokainen ennaltaehkäisevä toimenpide on tärkeä. Merkityksellisyyttä voidaan havaita niin yksilön itsensä kannalta parantuneena elämänlaatuna kuin yhteiskunnan kannalta vähentyneinä kustannuksina, kun hoitopäivät laitoksessa vähentyvät. Ja tietysti hoitotyön sekä lääketieteen kannalta terveempinä ja itsenäisempinä ikäihmisinä. Tässäkin näkökulmassa korostuu vähäisten resurssien säästyminen.

4 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyönä toteutetun kehittämistyön tarkoituksena oli luoda uutta yhteistyötä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja Seinäjoen kaupungin Ikäkeskuksen välille ikäihmisten kotona pärjäämisen parantamiseksi. Kiinnostuksen kohteena oli yli 75-vuotiaiden tai muuten vajaakuntoisten kaatumisriskien tunnistaminen sekä vajaaravitsemuksen havainnoiminen kiireettömillä ensihoitotehtävillä. Tämä tapahtuisi ensihoitajien kannalta helpon ja nopeakäyttöisen mittarin avulla. Saadut tiedot riskien kasvusta välitettäisiin uudessa yhteistyössä Ikäkeskukselle. Ikäkeskus kykenisi näin ollen kohdentamaan resursseja sinne, missä niitä todennetusti kulloinkin tarvitaan.

Kehittämistyöllä tavoiteltiin yksittäisten kotona asuvien kohderyhmään kuuluvien henkilöiden pärjäämisen parantamista omassa luonnollisessa ympäristössään. Ensihoito valikoitui havaintojen tekijäksi siitä syystä, että Seinäjoella oli vuonna 2018 kaikkiaan 267 ensihoitotehtävää 1 000 asukasta kohden (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2019). Kyseiset tehtävät koostuivat suurelta osalta kehittämistyön kohderyhmään kuuluvien henkilöiden tapaamisista heidän omilla kodeissaan. Usein hätäkeskukseen

soittamista edeltävät tuntemukset erilaisista yleistilan laskuista tai muista kotona pärjäämisen ongelmista aiheutuneista haasteista. Tämänkaltaisten tehtävien kohdalla käy usein niin, että ensihoidon osalta ei tarvita kuljetusta päivystykseen. Ensihoitajille kohderyhmä on näin ollen ennestään verrattain tuttu, joten uudenlaisen spesifin mittarin käyttöönotto oli perusteltua.

5 TAUSTAA MITTARIN LUOMISELLE

Kehittämistehtävä lähti liikkeelle ajatuksesta löytää ensihoidossa käytössä olevien havainnointitapojen lisäksi keinoja havaita ravitsemuksen tilaa ja kaatumisen riskin lisääntymistä. Kaikilla tehtävillä ensihoitajien tulee selvittää potilaan tila ja hoidon tarve. Tähän on käytössä ABCDE-protokolla. Tämän protokollan ideana on se, että jokainen ensihoidon kohtaama potilas tutkitaan aina samassa järjestyksessä. (Alanen ym. 2017.) Voidaan siis puhua strukturoidusta mallista ja tarkoituksena on näin ollen välttää unohdukset ja muut inhimilliset virheet potilaskontaktin aikana.

Potilaan yleisvoinnilla ei ole merkitystä protokollan käyttämiseen, sillä sitä käytetään niin kiireellisillä kuin kiireettömilläkin ensihoitotehtävillä. Vaikka ABCDE-protokolla on loistava apuväline jokaisella ensihoidon suorittamalla tehtävällä, ei se kuitenkaan kerro kovinkaan laajasti somatiikan ulkopuolisia seikkoja. Somatiikan osaltakin protokolla kertoo karkeasti sen, mikä taktiikka olisi hyvä valita. Ensihoidossa pallorellaan yleensä tehtävän alkuvaiheessa kahden erilaisen taktiikan välillä, joita ovat ”stay and play” sekä ”load and go”. Mikäli tehtävällä päädytään tulokseen, että kyseessä on rauhallinen tilanne, niin siinä yleisesti ottaen aukeaa oivallinen mahdollisuus laajempaan havainnointiin.

Airway
Breathing
Circulation
Disability
Exposure

Laajempaa havainnointia tapahtuu tälläkin hetkellä useisiin erilaisiin seikkoihin. Näitä ovat esimerkiksi asumiseen liittyvät sekä fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin ulottuvuuksiin liittyvät seikat. Karkeasti voidaan kärjistää, että huomioitavat asiat nousevat herkästi esille, jos hyvin käy. On tunnettu tosiasia, että koti on ihmiselle hyvin intiimi paikka ja siellä tapahtuvia ikäviä asioita pyritään piilottelemaan viimeiseen asti. Havainnointiin vaikuttavia tekijöitä on muitakin, kuten ensihoitajan kokemus, vuorokauden aika ja tilanne, missä ollaan. Tällöin ennalta sovitulla tavalla spesifisiä haasteita havainnoiva mittari olisi käyttökelpoinen, koska sillä voitaisiin vähentää inhimillisen tekijän vaikutusta lopulliseen tulokseen.

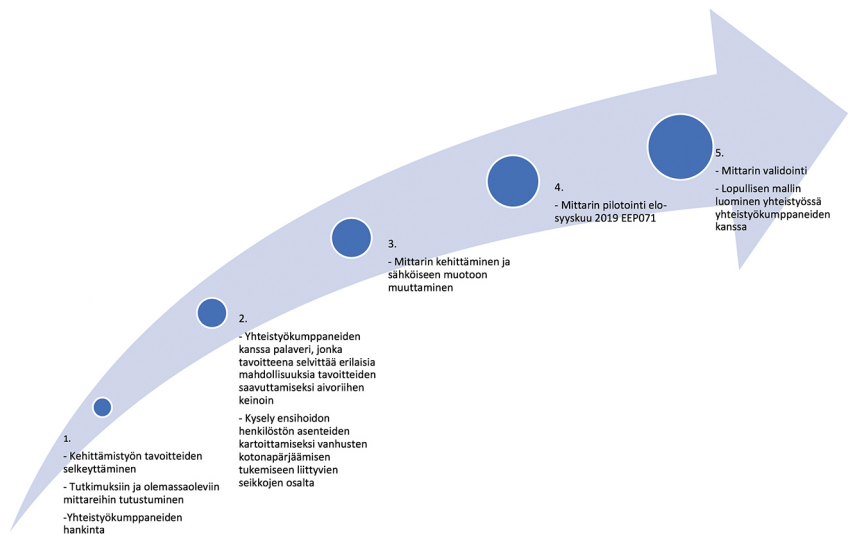
Alanen ym. (2017, 254) ovat kiinnittäneet huomiota ensihoitajien toimintaan vanhuksiin kohdistuvilla tehtävillä kotona pärjäämisen näkökulmasta. Merkkejä, joista voidaan päätellä kotona selviytymisen heikentyneen, ovat esimerkiksi jalkojen kantamattomuus, sekavuus ja muistamattomuus. Ensihoitajien tulisikin kartoittaa päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Tästä olisi hyötyä arvioitaessa sen hetkistä toimintakykyä. Helposti havaittavia seikkoja ovat kyky huolehtia henkilökohtaisesta hygieniasta sekä erittämiin liittyvät seikat. Ensihoitajat kiinnittävät huomiota myös ravitsemukseen sekä nesteytykseen ja antavatkin vinkkejä tarkkailla suun limakalvojen kuivuutta. Liikkumisen osalta apuvälineiden käyttö kotona liikkumisessa on olennaista. Tarkempia taustojen selvittelyjä tehtäessä on syytä pyrkiä keskusteluyhteyteen omaisten ja mahdollisen kotihoidon kanssa.

Uuden mittarin luominen tapahtui opinnäytetyössä tarkastelemalla käytössä olevia hyväksi havaittuja mittareita. Lopullinen valinta tapahtui prosessin aikana moniammatillisessa tiimissä, missä oman alansa asiantuntijat kertoivat omat näkemyksensä toimivimmiksi ratkaisuksi. Asiantuntijoiden joukkoon kuuluivat muun muassa geriatrian poliklinikan ylilääkäri sekä ikäihmisten asiakasohjausyksikön asiantuntijat, kuten sosionomit ja geronomit, sekä fysioterapeutti. Käytännön kokemusta sekä aivoriihimenetelmää hyödyntämällä löytyi osapuolia tyydyttävä ratkaisu. Prosessissa olennaisena osana oli löytää jo olemassa oleville mittareille uutta soveltamisen kohdetta. Tästä johtuen kehittämismenetelmäksi valikoitui kokeilukulttuuri. Kokeilukulttuuria kuvailee Poskela ym. (2015, 12) siten, että toiminnan tarkoituksena voi olla kehittää tuotteita, palveluita tai esimerkiksi poliittisia toimenpiteitä. Tyypillistä tämän kaltaiselle kehittämiselle on se, että kehittäminen tapahtuu prosessin aikana. Prosessinaikaisesta kehittämisestä esimerkkinä voidaan pitää erilaisten yksittäisten asioiden pilotointia ja saatujen tulosten vaikutusten arviointia lopullisesta mallista päätettäessä. Näin tapahtui ensihoitajille suunnatun mittarinkin kehittämistyössä.

6 KEHITTÄMISPROSESSIN KVAUS FORESIGHT FRAMEWORK -VIITEKEHYKSEN MUKAAN

Kehittämistyöprosessi eteni hyödyntäen Foresight Framework -viitekehystä (esim. Carleton, Cockayne & Tahvanainen 2013). Tämä loi alusta asti nimensä mukaisesti kehyksen ja aikataulutuksen kehittämistyölle. Salminen-Tuomaalan (2018) mukaan Foresight Framework mahdollistaa kehittämistyökaluna kehittämisen vaiheiden osittaisen visuaalisenkin havainnoinnin. Kokonaisuuteen liittyy viisi erillistä vaihetta, jotka ovat perspektiivin hahmottaminen, mahdollisuuksien tunnistaminen, ratkaisujen

hahmottaminen, uudenlaisen toimintamallin luominen sekä visiointi ja selkeiden linjojen luominen. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Kehittämisen prosessi Foresight Framework-viitekehityksen avulla.

Tässä mittarin luomisprosessissa eteneminen tapahtui mallin mukaisesti siten, että ensin hahmotettiin perspektiiviä selkeyttämällä tavoitteita koko kehittämiselle ja sen tarpeellisuudelle. Tietoa kerättiin olemassa olevasta tutkitusta tiedosta sekä mittareista. Samalla myös hahmotettiin tarkempaa tulokulmaa kehittämistyön tarpeellisuudelle. Alusta asti oli myös selvää se, että työhön tarvitaan asiantuntijoita, joiden kartoittaminen sekä mukaan valjastaminen aloitettiin seuraavaksi. Toisena kohtana pyrittiin tunnistamaan niitä mahdollisuuksia, joita voitaisiin yhteistyöllä ja kehittämisellä saavuttaa. Tässä auttoivat yhteistyökumppaneiden kanssa pidetyt alustavat tapaamiset erikseen ja vielä yhteisesti isommissa kokoonpanoissa. Kokouksissa hyödynnettiin aivoriihi -menetelmää, jolla saatiin eri alojen asiantuntijuus valjastettua tehokkaasti kehittämistehtävän käyttöön. Kuvion kohdassa kaksi mainitaan myös kysely ensihoitajille, mutta aikajänällisesti se toteutui vasta myöhemmässä ajankoh-

dassa. Mittari kehitettiin kohdassa kolme, kohdassa kaksi saadun asiantuntijayhteistyön perusteella. Valitettavaa oli se, että ICT-vastuuhenkilön työkiireiden vuoksi muuntaminen digitaaliseen muotoon ei onnistunut. Mittari pilotoitiin suunnitellusti kohdan neljä mukaisesti. Pilotoinnin jälkeen saatu aineisto analysoitiin tutkijan toimesta. Viimeisessä vaiheessa toteutettiin tapaamiset yhteistyötahojen kanssa. Tapaamisten yhteydessä hyödynnettiin SWOT-analyysiä kartoittamaan kehittämistyöllä saadut ja tulevaisuudessa saatavat hyödyt. Lisäksi pyrittiin kartoittamaan ne mahdolliset uhat, joita yleisesti kehittämiseen liittyy. Foresight Framework toimi kehittämistehtävän aikana suunnannäyttäjänä ja se oli reilun vuoden kestäneelle työlle ensiarvoisen tärkeä elementti.

7 KEHITTÄMISPROSESSIN KESKEISET TULOKSET

Kehittämisen keskeisimmät tulokset koostuvat KARA-mittarin kehittämisestä sekä sen pilotoinnista. Lisäksi kehittämistyön osana oli ensihoitajille toteutettu kyselytutkimus. Ensihoitajille tehdyn kyselyn keskeisenä tavoitteena oli kartoittaa ensihoitajien kiinnostusta sekä taitoja havaita vajaaravitsemuksen uhkaa sekä kaatumisriskin kasvua. Kohderyhmänä olivat yli 75-vuotiaat tai muuten vajaakuntoiset, vielä omassa kodissaan asuvat ihmiset.

Kehitetty mittari, jolle tutkija antoi nimeksi KARA-mittari, luotiin yhdistämällä kaksi tunnettua ja pitkään käytössä ollutta mittaria. Näitä olivat MNA (Mini Nutritional Assessment)- ja FROP-Com screen (Falls risk for older people) -mittarit (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010; Hill ym. 2016). Molemmissa mittareissa tilannetta kartoittavien kysymysten määrä on vähäinen, joten niiden käyttäminen ei vie ensihoitotehtävällä liikaa aikaa. Tämä on

hyvä ottaa huomioon sen vuoksi, että ensihoitoyksiköiden määrä on rajallinen ja ensihoitotehtäviä ei tule tasaisesti. Normaalisessa tilanteessakin olisi useiden minuuttien lisääminen tehtävän keston kohteessa kyseenalaista. Mittariin lisättiin myös tilaa vapaalle sanalle, jonka tarkoituksena on mahdollistaa tilanteen tarkempi kuvaaminen vajaan ravitsemuksen sekä kaatumisen riskien osalta. Tällaisia voivat olla esimerkiksi tieto ruokailutottumuksista tai ikäihmisen liikuntakyvystä suhteutettuna asuntoon, missä hän asuu.

Pilotoinnin aikana kertyi kokemusta kaikkiaan seitsemän (N=7) täytetyn KARA-mittarin verran. Tulosta voidaan pitää määrällisesti alhaisena, mutta saatujen esimerkkien valossa lupaavana. Kaksi lomakkeista eivät johtaneet huoleen asiakkaan kohdalla. Kaksi lomaketta nostivat esiin selkeän huolen, joista toinen ravitsemuksen ja toinen kaatumisen riskin osalta. Molemmissa esimerkkitapauksissa huolestuttava riski olisi suurella todennäköisyydellä jäänyt muuten tehtävän yhteydessä havainnoimatta. Lisäksi kolmella tehtävällä KARA-mittarin varsinainen ilmoituskyky ei ylittynyt. Tutkijalle heräsi kuitenkin mittarin täyttämisen yhteydessä tunne siitä, että kaikki ei ole kunnossa. Siitä seurasi vapaan sanan kohtaan selventävää tekstiä ja lomakkeen toimittaminen Ikäkeskukseen. Viimeisen tapaamisen yhteydessä tilanteet käytiin läpi yhteistyökumppaneiden kanssa. Positiivisena asiana nousi esiin se, että mittarin havaintojen perusteella käynnistyneiden prosessien tuloksena kyseiset ikäihmiset olivat saaneet kohdennettua tukea kotona pärjäämiseensä. Voidaankin todeta, että vähäisestä tutkimukseen soveltuvien asiakkaiden määrästä huolimatta saadut tulokset olivat lupaavia tulevaisuutta ajatellen.

Tulevaisuudesta puhuttaessa mielenkiinto kohdistuu ensihoitajille tehdyn kyselyn keskeisiin havaintoihin. Tuloksista nousee kirkkaana esiin kolme seikkaa, jotka luovat uskoa erilaisten havainnointimenetelmien juurruttamisen mahdollisuuksiin ensihoitajien keskuudessa. Ensinnäkin 90 % (n=9) 30 - 34 -vuotiaista

ensihoitajista kertoi tiedustelewansa vähintäänkin ”melko paljon” ikäihmisten syömisestä ja juomisesta ensihoitotehtävillä. Toiseksi nuoret ensihoitajat kunnioittavat tulevaisuutta ja ikäihmisten määrän lisääntymistä hoitolaitosten ulkopuolella. Tämä käy ilmi kysymyksessä, jossa kartoitettiin suoraan ”pelkoa” olemassa olevaa ilmiötä, ikäihmisten lisääntymistä, kohtaan. Vastanneista 24 - 34-vuotiaista ensihoitajista 83 % (n=20) koki pelkoa tulevaisuutta kohtaan vähintäänkin ”paljon”. Kolmannessa kysymyksessä kysyttiin ensihoitajien mielipidettä ensihoitopalvelun kehittämisen tarpeesta liittyen ikäihmisten tai muuten vajaakuntoisten kotona selviytymiseen. Tämä suhteutettiin yleiseen työkokemukseen hoitoalalta. Tässä kysymyksessä korrelaation ydin kietoutuu siihen, että työkokemuksen lisääntyminen avartaa myös näkökantaa siihen, mitä olisi syytä kehittää. Vastaajat jaettiin kolmeen ryhmään työurien pituuden perusteella siten, että työkokemusta oli kertynyt alalta alle 10 vuotta, 11 - 20 vuotta tai yli 21 vuotta. Vähiten työkokemusta omaavien ensihoitajien osalta kehittämisen koki vähintäänkin ”melko paljon” tarpeelliseksi 46 % (n=13) vastaajista vastaavan luvun ollessa 11 - 20 vuoden työkokemuksen omaavilla 73 % (n=8) ja ylimmässä luokassa jo 100 % (n=2).

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda mittari, jota ensihoitajan on helppo käyttää kiireettömällä ensihoitotehtävillä, jotka kohdistuvat ikäihmisten luo. Tavoitteena oli löytää vajaan arvitsemuksesta tai sen uhasta sekä kaatumisen riskin lisääntymisestä kärsivät kotona asuvat ihmiset ja välittää saatu tieto terveydenhuollon ensilinjan toimijalta sosiaalipuolella toimivalle Ikäkeskukselle. Näin toimimalla tieto siirtyisi ammattilaisten käsiin, joilla on kyky tukea tehokkaasti ja kohdennetusti tätä haasteista kärsivää ihmistä.

Resurssien ollessa epäsuhdassa ikäihmisten määrän kanssa on kohdennettuun palveluun panostettava. Terveyden ja hyvin-

voinnin laitoksen (2019b) tilastojen mukaan toukokuussa 2018 oli vanhuspalvelujen piirissä 93 000 ihmistä. Heistä 57 % kuului kotihoidon asiakkaisiin. Nousua oli tapahtunut edeltävän kahden vuoden aikana 4 000 henkilöllä. Henkilökuntaa vanhuspalveluissa on 45 000, joista 35 % kotihoidon työntekijöitä. Tutkimukset osoittavatkin, että kaikkialla Suomessa eivät kotihoidon palvelut ole riittävällä tasolla. Vanhuspalvelujen johtajille tehdystä kyselyssä 46 % vastanneista piti oman alueensa kotihoitoa riittämättömänä. Näin ollen apu kohdennettujen interventioiden toteuttamiselle on perusteltua. Edellä mainittu vaatii moniammatillisen yhteistyön tiivistämistä, mistä on havaittu olevan apua yleisemminkin päivystyksellisessä terveydenhuollossa. Esimerkiksi Mylläri, Kirsi & Valvanne (2014, 33) ovat tutkineet ikäihmisten hakeutumista päivystyspalveluiden piiriin. He totesivat, että ammattihenkilöt ovat avainasemassa erilaisten palveluiden tarkoituksenmukaisessa kohdentamisessa, sillä päivystys on tarkoitettu vain kiireellisille välitöntä apua tarvitseville potilaille. Muut päivystykseen joutuvat luovat vain turhia kustannuksia. Tutkimuksessa mainitaan erityisesti terveydenhuollon sekä kotihoidon henkilökunnan osaamisen lisääminen asiakkaiden päivystystarpeen määrittämisessä. Moniammatillisuuden korostaminen samojen ihmisten hoidossa tulisikin olla kehittämisen kohteena myös tulevaisuudessa.

Kehittämistyössä lähdettiin siitä, että uutta mittaria käyttämässä ja havaintoja tekemässä ovat ensihoitajat. Tällöin voidaan puhua reviiirin laajentamisesta konkreettisesti terveyden edistämisen sekä ennaltaehkäisyn suuntaan. Onko ensihoitajista siihen? Riittävätkö ensihoidon resurssit toiminnan laajentamiseen? Nykyaikainen ensihoitajien koulutus Suomessa antaa tähän hyvän pohjan. Yhdysvalloissa tehdystä tutkimuksesta Brydges, Denton & Agarwal (2016) kartoittivat asiakkaiden käsityksiä ensihoitajien erilaisista rooleista. Tutkimuksessa kävi ilmi, että ensihoitajilla oli kyky luoda välittävä ja luotettava suhde potilaaseen. Toiseksi vastaajien näkemyksen mukaan ensihoitajat osasivat toimia terveyden edistäjinä ammatillisen taustansa johdosta. Kolmantena löydöksenä oli se, että akuutin ongelman osuessa kohdalle

on ensihoitajilla kykyä vastata siihen välittömästi. Todettakoon, että ensihoitajista voidaan saada enemmän irti tulevaisuuden haasteisiin vastattaessa.

Jatkotutkimushaasteeksi tarjoutui tehdyssä kehittämistehtävässä se, millaisia mahdollisuuksia erilaisten havaintojen tekoon ensihoidolla voisi tulevaisuudessa olla. Tätä kysymystä ei voi ratkaista mikään taho itsenäisesti, vaan tarvitaan moniammatillisia verkostoja tutkimaan erilaisia mahdollisuuksia. Ensihoito ei voi tietää, mitä jokin muu taho olisi halukas tietämään heidän kohtamistaan potilaista parantaakseen esimerkiksi ennaltaehkäisevää toimintaa omalla sektorillaan. Vastaavasti muutkaan tahot eivät voi ennakoita tiedostaa kaikkea sitä, mitä ensihoito omilla tehtävillään kohtaa. Vanha totuus on, että tieto on valtaa. Sitä oikein käytettäessä voidaan sosiaali- ja terveystaloudissa kohdentaa palvelut niitä tarvitseville silloin, kun he niitä eniten tarvitsevat ja näin ollen alentaa yhteiskuntamme kustannuspaineita.

LÄHTEET

Alanen, P., Jormakka, J., Kosonen, A. & Saikko, S. 2017. Oireista työdiagnoosiin. Helsinki: Sanoma Pro.

Brydges, M., Denton, M. & Agarwal, G. 2016. The CHAP-EMS health promotion program: a qualitative study on participants' views of the role of paramedics. [Verkkolehtiartikkeli]. BMC health services research 16, 435. [Viitattu 19.2.2020]. Saatavana: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1687-9>

Carleton, T., Cockayne, W. & Tahvanainen, A.-J. 2013. Playbook for strategic foresight and innovation. [Verkkojulkaisu]. LUT University. [Viitattu 5.6.2020]. Saatavana: <https://www.lut.fi/web/en/playbook-for-strategic-foresight-and-innovation>

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2019. Ensihoito, tehtävät alueen kohdekuuntiin jäsenkuntien alueella tammi-joulukuu 2018. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 25.02.2019]. Saatavana : <http://www.epshp.fi/files/8156/enh6.pdf>

Hill, K. D., Flicker, L., LoGiudice, D., Smith, K., Atkinson, D., Hyde, Z., Fenner, S., Skeaf, L., Malay, R. & Boyle, E. 2016. Falls risk assessment outcomes and factors associated with falls for older Indigenous Australians. *Australian and New Zealand journal of public health* 40 (6), 553 - 558.

Mylläri, E., Kirsi, T., & Valvanne, J. 2014. Miksi iäkäs ihminen lähtee päivystykseen? Laadullinen tutkimus kotona asuvien ikäihmisten päivystykseen lähtemispäätökseen vaikuttavista tekijöistä. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Kuntaliitto. [Viitattu 17.02.2020]. Saatavana: http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=3032

Nuotio, M. 2018. Iäkkään ihmisen yleistilan heikkeneminen: geriatriset oireyhtymät ja virtsainfektioiden osaava hoito. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Ensihoitopalvelu. Ensihoidon päivystysyksikön perehdytys. Luentomateriaali. 9.4.2018. Julkaisematon.

Nuotio, M., Hartikainen, S. & Nykänen I. 2019. Vanhuksen vajaaravitsemuksen arviointi, ehkäisy ja hoito. *Suomen Lääkärilehti* 74, 1268 - 1272.

Poskela, J., Kutinlahti, P., Hanhike, T., Martikainen, M. & Urjankangas, H.-M. 2015. Kokeileva kehittäminen. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö. TEM raportteja 67/2015. [Viitattu 3.3.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-061-9>

Saarelma, O. 2019. Kaatuileva vanhus. [Verkkoartikkeli]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 1.4.2020]. Saatavana: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00760

Salminen-Tuomaala, M. 2018. Foresight Framework – konkreettinen väline kliinisen toiminnan kehittämiseen. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan yksikkö, kliinisen asiantuntijuuden koulutusohjelma. Luentoesitys. 26.10.2018. Julkaisematon.

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2018. Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2017. [Verkkosivu]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 21.02.2019]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-talous/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 11.1.2019a. Elintavat ja ravitsemus – iäkkäät. [Verkkosivu]. [Viitattu 15.1.2020]. Saatavana: <https://thl.fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/suomalalaisten-ravitsemus-ja-ruokailu/iakkaat>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 17.10.2019b. Vanhuspalvelujen tila. [Verkkosivu]. [Viitattu 17.2.2020]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/vanhuspalvelujen-tila>

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. 2016. Geriatria. Helsinki: Duodecim.

Tuokkola, K. 2020. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen ensihoidossa: vajaaravitsemuksen sekä kaatumisen riskien tunnistaminen kiireettömällä ensihoitotehtävillä. [Verkkajulkaisu]. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan yksikkö. Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK, Kliininen asiantuntijuus. Opinnäytetyö. [Viitattu 5.6.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202004235701>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. [Verkkajulkaisu]. Viitattu 5.6.2020]. Saatavana: <https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus--ja-ruokasuositukset/ikaantyneet.suositus-3.pdf>

Valtionvarainministeriö. 2018. Taloudellinen katsaus: syksy 2018. [Verkkajulkaisu]. Valtiovarainministeriön julkaisu 24a/2018. [Viitattu 21.02.2019]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-251-960-3>

LAADUKKAAN TRAUMAPOTILAAN TUKEMISTA KOSKEVAN TOIMINTAMALLIN LAATIMINEN ERILAISIA KEHITTÄMISMENETELMIÄ HYÖDYNTÄEN

Raila Kärnä, sairaanhoitaja (ylempi AMK)
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

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

1 JOHDANTO

Tässä artikkelissa käsitellään kehittämistehtävää, joka toteutettiin sosiaali- ja terveysalan ylemmän AMK-tutkinnon kliinisen asiantuntijuuden tutkinto-ohjelman opinnäytetyönä. Kehittämistyön aiheena oli korkeaenergisien traumapotilaan ensihoidon laadun kehittäminen erään sairaanhoitopiirin alueella. Tarkoituksena oli selvittää, millaista kyseisen potilasryhmän ensihoidon laatu tällä hetkellä on ja löytää kehityskohteet. Tavoitteena oli kehittää korkeaenergisien traumapotilaan ensihoitoa ja parantaa potilaan hoidon ennustetta. Tutkimustehtävänä oli selvittää, miten *korkeaenergisien traumapotilaan ensihoidon laatua voidaan kehittää*. Siihen haettiin vastausta tutkimuskysymysten avulla: millaisia asioita korkeaenergisien traumapotilaan ensihoidossa tulee ottaa huomioon sekä millaisia ongelmakohtia ja vahvuuksia korkeaenergisien traumapotilaan ensihoidossa erään sairaanhoitopiirin alueella on? Kehittämistyön lopputuotoksena kehittämisen kohteena olevan sairaanhoitopiirin ensihoitopalvelulle tehtiin

uusi hoito-ohjeistus vammaan tukemisen toteuttamisesta. Lisäksi hoito-ohje jalkautettiin käytäntöön koulutuksen ja simulaation keinoin. (Kärnä 2020.)

Ensihoito on haastava kenttä sekä työntekijöiden että potilaiden osalta. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää, että potilaalla on oikeus hyvään ja laadukkaaseen hoitoon (L 17.8.1992/785). Ensihoidolle ei ole kuitenkaan laissa määritetty velvoitetta omaan laadunhallintasuunnitelmaan. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) mukaan ensihoidon osalta vaatimus voidaan kuitenkin katsoa olevan osa terveydenhuoltolain 8 §:n yleistä vaatimusta suunnitelman olemassaolosta (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2014, 19). Sosiaali- ja terveysministeriö (2014) on antanut suosituksen päivystyksen ja ensihoidon laadun kehittämisestä. Sen mukaan ensihoitoa tulisi arvioida seitsemän eri hoitoprosessin kautta. Nämä ovat aivoverenkiertohäiriö, sydänpysähdys, rintakipu, kouristelu, hypoglykemia, hengitysvaikeus ja korkeaenerginen trauma. Opinnäytetyön kohteena olevassa sairaanhoitopiirissä korkeaenergisien traumapotilaan hoitotyön prosessin auditointi vielä puuttui.

Korkeaenergistien traumapotilaiden selviytymisen ratkaisevat usein tehtävään kulunut aika, tehdyt toimenpiteet ja nopea pääsy oikeaan sairaalaan. Traumatotehtävillä tilanne on usein kaottinen, joten hallitulla strukturoidulla toiminnalla tilanne saadaan rauhoittumaan. Ensihoidossa ei ole oleellista pyrkiä sairaalatasoiseen toimintaan, vaan tärkeintä on tehdä välttämättömät, henkeä pelastavat toimenpiteet. (Ångerman 2017.) Laadukas ensihoito edellyttää, että ensihoitohenkilöstö tietää oikeat toimintatavat tehtävillä.

2 KORKEAENERGISEN TRAUMAPOTILAAN ENSIHOITO KEHITTÄMISEN KOHTEENA

Korkeaenerginen trauma syntyy, kun potilaalle kehittyy tapaturmaisesti mekaanisen voiman seurauksena kudonvaurio esimerkiksi liikenneonnettomuuden tai korkealta putoamisen seurauksena. Korkeaenerginen trauma on sitä laajempi, mitä suuremmaksi liike-energian massa ja nopeus kasvavat. Traumat jaetaan tyypillisesti korkea- ja pienienergiisiin vaurioihin, mutta yksiselitteistä jakoa näiden välillä ei voida tehdä. Tilanne tulee määritellä aina tapauskohtaisesti vertaamalla ihmisen ja mahdollisen kulkuneuvon, alustan tai käytetyn aseiden tyyppiä, liikettä ja ominaisuuksia, eli kokonaisuudessaan vammaenergiaa. (Handolin, [viitattu 5.3.2020].) Vammamekaniikaltaan erilaisia ovat tylpät ja lävistävät vammat. Tyypillisiä tylppiä vammoja ovat erilaiset liikenneonnettomuudet, putoamiset ja kaatumiset. Tällöin vammaenergia kohdistuu suurelle alueelle kehoa, jolloin vammoja saattaa löytyä laajoilta alueilta. Vammojen vakavuus riippuu siitä, mille alueelle isku kohdistuu (vrt. putoaminen pää edellä - jalat edellä). Terävillä vammoilla sen sijaan tarkoitetaan lävistäviä vammoja, kuten ampumisia ja puukotuksia. Tällöin vammaenergia kohdistuu vain tiettyyn osaan kehoa. (Peräjoki, Taskinen & Hiltunen 2013, 514, 517.)

Vammaenergia tulee pitää mielessä aina potilasta tutkittaessa, sillä se vaikuttaa suuresti potilaan ennusteeseen. Mitä suurempi vammaenergia, sitä laajemmat kudonvauriot potilaalla on odotettavissa. Vaikka tilanne näyttäisi alkuun vakaalta, suuret energiat ovat saattaneet aiheuttaa potilaalle piileviä vammoja, joiden havaitseminen alkuvaiheessa on mahdotonta. Vammaenergiaa arvioitaessa tylppien vammojen kohdalla tulee huomioida myös pysähtymisnopeus, eli kuinka nopeasti liike-energia pysähtyy. Mikäli potilaan vauhti hidastuu äkillisesti, hänelle saattaa ilmaan-

tua epäsuoria repeämisiä ja kudolvammoja useisiin sisäelimiin. Myös aivot sietävät iskuja heikosti verrattuna kovaan luustoon. Potilaan ikä ja fyysinen kunto vaikuttavat merkittävästi ennusteeseen. (Peräjoki ym. 2013, 514.) Korkeaenergisessä traumassa vammaenergiat määritellään aina suureksi ja tämä vaikuttaa paljon toimintaan tapahtumapaikalla. (Handolin, [viitattu 5.3.2020].)

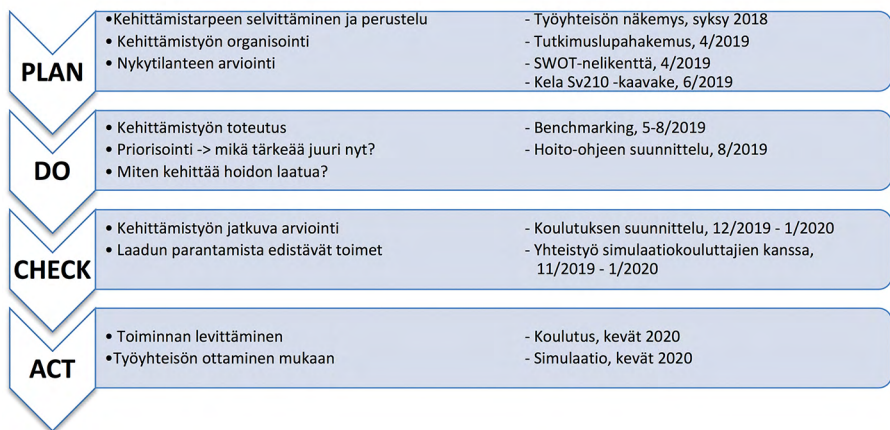
Korkeaenergisien traumapotilaan hoidossa yksi tärkeimmistä asioista on rankavamman hoito. Ensihoidossa potilaan hoito keskittyy sekundaaristen vammojen ehkäisyyn, jolloin rankavammaepäilyssä traumapotilaan liikuttelu tulee olla mahdollisimman varovaista, suunnitelmallista ja rangan suuntaista. (Myers ym. 2013, 76, 79.) Ensihoidossa potilas tulee tukea rankavammaepäilyssä. Tähän on käytössä useita välineitä, kuten kauhapaarit, tyhjiöpatja, kovakauluri, raajalastat, rankalauta ja lantiovyö. (O'Meara, Porter & Nutbeam 2013, 84 - 85; Sparke, Voss & Bengger 2013; Karason ym. 2014; Moss, Porter & Greaves. 2015, 71; Wampler ym. 2016.) Traumapotilaan tukemista on ennen pidetty automaattisena toimenpiteenä jokaiselle potilaalle rankavamman pelossa. Nykytutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että tukemisesta saattaa olla potilaille jopa haittaa. Tukeminen ja pitkäaikainen immobilisaatio saattavat lisätä potilaan kokemaa kipua ja aiheuttaa hengityslamaa. (Esim. Hood & Considine 2015; Paterek ym. 2015.)

Ensihoitajien päätöksenteon tueksi on kehitetty ohjeita, joiden avulla he voivat tunnistaa rangan tukemisesta hyötyvät potilaat. Eräs malli on NEXUS-kriteeristö (National Emergency X-Radiography Utilization Study), jonka avulla voidaan luotettavasti vahvistaa tai sulkea pois kaularankavammapotilaat. Positiivinen NEXUS-löydös havaitsee luotettavasti kaikki kaularankavammapotilaat, mutta kriteeristön ongelmana on sen epävarmuus negatiivisissa löydöksissä (Morrison & Jeanmonod 2013; Ala ym. 2018.). NEXUS-kriteeristö ei ole luotettava iäkkäillä potilailla, sillä heillä vanhenemisen tuomat muutokset lisäävät riskiä vammau-

tumiselle (Paykin ym. 2017). Lapsilla NEXUS-kriteeristöön tulee suhtautua varauksella. Cuin ym. (2016) tutkimuksen mukaan kriteeristö kyllä löysi tarkasti tukemisesta hyötyvät potilaat, mutta etenkin pienten lasten kohdalla väärin negatiivisten tulosten riski oli olemassa. Tämän vuoksi NEXUS-kriteeristö tulee rajoittua koskemaan yli kouluikäisiä potilaita.

3 KEHITTÄMISEN PROSESSI

Kehittämistyö pohjautui tutkimukselliseen kehittämistoimintaan. Tämä on menetelmä, jossa pääpaino on muutostarpeella. Lähtökohtana on usein organisaation tai esimerkiksi työyhteisön keskuudessa herännyt tarve kehittämiselle. (Toikko & Rantanen 2009, 14 - 19.) Kehittämistyössä tutkimuksellisen kehittämistoiminnan perustelu, organisointi, toiminta, arviointi ja levittäminen yhdistettiin Demingin laatusyklin eli PDCA-syklin eri vaiheisiin (Plan, Do, Check, Act) (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 9). Demingin laatusyklin avulla kehittämistyön prosessi saatiin loogisesti mallinnettua, jolloin prosessin kulku oli selkeämpää. Kehittämistyön prosessi on havainnollistettu kuviossa 1.



Kuvio 1. Kehittämistyön prosessikuvaus.

Suunnitteluvaihe. Suunnitteluvaihe alkoi aiheen valinnalla ja organisoinnilla. Kehittämistyön aiheen valinnassa hyödynnettiin työyhteisön tarpeita ja kiinnostuksen kohteita. Laadun kehittäminen vaatii aina nykytilan eli sen hetkisen laadun selvittämistä. Kehittämistyössä nykytilan arvio aloitettiin selvittämällä ensihoitopalvelun henkilöstön näkemys korkeaenergisestä traumapotilaan ensihoidon tilasta SWOT-nelikentän avulla. SWOT-nelikenttä analysoitiin laadullisen aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin. Tavoitteena oli selvittää ensihoitopalvelun henkilökunnan näkemykset siitä, millaista korkeaenergisestä traumapotilaan ensihoidon laatu tällä hetkellä on, eli mitkä ovat vahvuudet ja heikkoudet. Lisäksi haluttiin saada selville, millaiseksi he kokevat tulevaisuuden mahdollisuudet ja uhat.

Nykytilan arviointia jatkettiin Kela Sv210 -ensihoitokaavakkeiden (selvitys ja korvaushakemus sairaankuljetuksesta) avulla. Niiden perusteella selvitettiin todellinen nykytila sen perusteella, mitä korkeaenergisestä traumapotilaan ensihoidossa on tehty. Kaavakkeiden arkistosta haettiin SQL-tietokantahauulla ajanjaksolta toukokuu-elokuu 2018 kaikki ne korkeaenergisistä traumatehtävät, joissa kuljetuskoodina on A- tai B-kuljetus eli kiireellinen kuljetus. Tähän kehittämistyöhön rajattiin ensihoidon tehtäväkoodit 200 (tieliikenneonnettomuus: muu tai uhka), 202, 203, 204 (tieliikenneonnettomuus pieni, keski- ja suuri), 741 (putoaminen), 746 (isku) ja 747 (puristuminen/muu vamma). (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005). Kehittämistyöhön valittiin mukaan 94 (n=94) ensihoitokaavaketta ajanjaksolta toukokuu-elokuu 2018. Näistä koodilla 200 oli 26 kaavaketta, 202 oli 42 kaavaketta, 203 oli 15 kaavaketta, 741 seitsemän kaavaketta ja 747 neljä kaavaketta. Koodilla 204 ei löytynyt kyseiseltä ajanjaksolta yhtään tehtävää ja koodilla 746 olevista tehtävistä yksikään ei täyttänyt korkeaenergisestä tehtävän piirteitä.

Kela Sv210 -ensihoitokaavakkeiden analyysissä hyödynnettiin kvantitatiivista, eli määrällistä tutkimusotetta. Kela Sv210 -en-

sihoitokaavakkeista tarkasteltiin ensihoitajien kohteessa oloaika, lääkärin tuen hyödyntämistä, tehtyjä hoitotoimenpiteitä ja käytettyjä tuenta- ja siirtovälineitä sekä kirjaamista.

Toteutusvaihe. Toteutusvaihe aloitettiin keskustelemalla suunnitteluvaiheen tuloksista ensihoidon vs. ylilääkärin kanssa. Tällöin selvitettiin hänen näkemyksiään ensihoidon kehittämisen tarpeista. Tapaamisen perusteella kehittämistyön rajautui koskemaan korkeaenergisien traumapotilaan tukemista tavoitteena luoda uusi hoito-ohje ensihoitajille.

Kehittämistyön toteutusvaiheessa sovellettiin ajatusta benchmarkingista. Benchmarkingin avulla voidaan löytää sellaisia toimintamalleja, jotka on jo todettu toimiviksi ja joita voidaan hyödyntää myös omissa kehittämistarpeissa (Ojasalo ym. 2014, 186). Tarkoituksena ei ole sellaisenaan kopioida muilta, vaan soveltaa toimintamalli sopimaan omaan organisaatioon (Sotarauta & Viljamaa 2003, 94). Benchmarkingia hyödynnettiin olemassa olevien traumapotilaan tukemiseen liittyviin hoito-ohjeisiin tutustumisella. Lisäksi uuden hoito-ohjeen tueksi haettiin hoitotyön tietokannoista ajantasaista tietoa traumapotilaan tukemisestä. Tietokannoiksi valittiin ulkomaisista tietokannoista Cinahl ja PubMed sekä suomalaisista tietokannoista Medic. Tämän lisäksi tehtiin kohdennettua hakua halutuista, tarkennusta vaativista aiheista hyödyntäen yleisesti eri tietokantoja.

Arviointivaihe. Arviointivaihe käynnistyi välittömästi vammapotilaan hoito-ohjeen julkaisun jälkeen. Hoito-ohjeesta saadun palautteen perusteella päätettiin jatkaa ohjeen jalkauttamista käyttöön koulutuksen ja simulaation avulla. Kehittämistyön tekijä oli osana kyseisen sairaanhoitopiirin ensihoidon simulaatiokouluttajaryhmää, ja syksyn 2019 simulaatiokoulutuksissa pyydettiin koulutukseen osallistujilta palautetta ja toiveita seuraavien koulutusten aiheiksi. Palautteita saatiin yhteensä 161, joista 45:ssä toiveessa mainittiin jollain tapaa trauma tai vammapotilas.

Asiasta keskusteltiin ensihoidon vs. ylilääkärin ja koulutushoitajan kanssa, minkä yhteydessä sovittiin aiheen kouluttamisesta ensihoitajille. Kevään 2020 koulutusaiheeksi sovittiin kouluttajien ja esimiesten yhteisessä palaverissa vammaan tutkimaan, tukeminen ja lämpöhoito. Kouluttajien tehtäväksi tuli suunnitella ja toteuttaa annetun aiheen kouluttaminen.

Käyttöönotto vaihe. Kehittämistyö jatkui PDCA-syklin mukaisesti käyttöönotto vaiheeseen tammikuussa 2020, jolloin ensihoidon simulaatiokoulutukset alkoivat. Aamupäivästä koulutettiin teoriaa ja iltapäivästä järjestettiin kolme erilaista rastikoulutusta. Vammaan lämpöhoitoon liittyvä rasti järjestettiin ulkona vara-autona toimivassa ambulanssissa perinteisenä simulaationa, vammaan tutkimiseen liittyvä rasti toteutettiin case-tyyppisenä tehtävänä ja vammaan tukemiseen liittyvä rasti käytännön harjoitteluna. Tuennan aiheena oli raskaana olevan traumapotilaan tukeminen ja potilaan tukeminen kylkiasentoon.

COVID-19-pandemian vuoksi loppukevään koulutuspäivät jouduttiin perumaan maaliskuusta alkaen, joten koulutuksia tullaan jatkamaan myöhemmin syksyllä 2020. Tämän vuoksi käyttöönotto vaiheen tarkempaa analyysia ei voida toteuttaa tässä artikkelissa.

4 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Kehittämistyön tuloksien kuvaamisessa hyödynnettiin tulevaisuuskolmiota. Sen avulla voidaan tarkastella aiempaa tietoa ja analysoida tulevaisuuteen vaikuttavia tekijöitä. Samaa ajatusta voidaan soveltaa kehitykseen: mitkä tekijät työntävät kohti kehitystä, mitkä tekijät vetävät kohti kehitystä ja mitkä asiat jarruttavat kehitystä. (Talvela & Stenman 2012, 21; Dufva 2018.)

Kehitystä kohti työntävät tekijät. Korkeaenergisien traumapotilaan ensihoidon kehittämistä kohti työntävät tekijät ovat yksilön sisäisiä intressejä, joihin hän voi vaikuttaa omalla toiminnallaan. Tärkeimpänä näistä on työntekijän oma sisäinen halu edistää osaamistaan ja kehittää toimintaansa. Oma ammattitaito voidaan jakaa teknisiin ja ei-teknisiin taitoihin. Teknisillä taidoilla tarkoitetaan kädentaitoja, kun taas ei-tekniset taidot sisältävät muun muassa tilanteen hallintaa, päätöksentekoa ja tiimityötä (Nyström 2013). SWOT-nelikenttäanalyysin mukaan työntekijöillä on vahva motivaatio jatkuvaan oppimiseen ja ensihoidon laadun parantamiseen. Oleellista onkin kehittää sekä teknisiä että ei-teknisiä taitoja. Teknisissä taidoissa ilmenee nopeasti puutteita, mikäli harjoittelua ja toistoja ei tule riittävästi (Jäntti 2010; Virkkunen, Hoppu & Kämäräinen 2011).

Ensihoitajien kokemia korkeaenergisien traumapotilaan ensihoidon vahvuuksia korostetaan suuntaamalla huomio siihen, mikä on hyvin. Ensihoitaja antaa työlleen täyden osaamisensa silloin, kun hän kokee työn imua. Työn imulla tarkoitetaan omistautuneisuutta ja nautintoa työnteosta, johon sisältyy energisyyden kokemus. Tämän ansiosta työntekijä on onnellisempi ja aloitteellisempi sekä innostuneempi työstään. Työntekijälle työn imu tarkoittaa hyvinvointia, joka työnantajan näkökulmasta johtaa parempiin tuloksiin (Hakanen 2011). Työssään hyvinvoiva työntekijä on tuottelias ja hyvinvointi työntää kohti kehitystä. Työhyvinvointia lisää työkavereiden tuki ja sujuva yhteistoiminta. Ensihoitajien välinen kommunikaatio on tärkeässä roolissa ensihoitotehtävillä, jolloin jokainen minuutti saattaa vaikuttaa potilaan ennusteeseen. Toimintaa helpottaa, kun työkaverit tukevat toisiaan ja kommunikoivat selkeästi. (Murtonen & Toivonen 2006, 17.) Tämän vuoksi ensihoitajien väliseen kommunikaatioon tulee kiinnittää huomiota.

Kehitystä kohti vetävät tekijät. Korkeaenergisien traumapotilaan ensihoidon kehittämistä kohti vetävät tekijät voidaan määritellä

ulkoisiksi osa-alueiksi, joihin yksittäinen työntekijä ei voi suuremmin vaikuttaa. Sen sijaan työnantajan ja organisaation rooli on merkittävässä asemassa. Työnantaja järjestää työpaikalle sellaisen ilmapiirin, mikä onnistuessaan vetää kohti kehitystä. Kehittämistä tuetaan ja uusille ideoille annetaan tilaa. Kannustava ja osallistava johtaminen sekä kehitysmuuntoinen ilmapiiri ovat merkittävä osa työhyvinvointia (Manka, Heikkilä-Tammi & Vauhkonen 2012, 13).

Kehitystä kohti vetää jatkuvasti kehittyvä näyttöön perustuva tieto korkeaenergisestä traumapotilaan ensihoidosta. Kehittämistyön tulosten mukaan ensihoitajilla on käsitys siitä, että toimintaa ollaan viemässä kohti laadukasta ja ajantasaista ensihoitoa. Ensihoito on jatkuvasti muuttuva ja kehittyvä ala, jossa ajantasainen tieto on tärkeää. Tämä vaatii jatkuvaa näyttöön perustuvan tiedon etsimistä ja tutkimista sekä niiden perusteelta tehtyjä muutoksia toimintaan (Määttä 2013, 29). Työnantajan vastuulla on järjestää laadukkaat välineet, ohjeet ja koulutukset. Nämä tukevat työntekijöiden osaamista ja motivoivat jatkuvaan kehittämiseen. Koulutusten ja simulaatioiden hyöty on todettu useammassa tutkimuksessa (esim. McCaughey & Traynor 2010; Sahu & Lata 2010). Tärkeää koulutusten järjestämisessä on, että ensihoitajille järjestetään tasa-arvoinen mahdollisuus niihin osallistumiseen.

Korkeaenergisestä traumapotilaan ensihoidon laatua voidaan parantaa kehittämällä hoitoprosesseja. Tällöin luodaan yhtenäinen ja systemaattinen toimintatapa, mikä mahdollistaa potilaan kuljettamisen mahdollisimman nopeasti vastaanottavaan sairaalaan. Laadukkaat hoito-ohjeet ja toimintatavat mahdollistavat näyttöön perustuvan hoidon toteuttamisen. Uudet ohjeet tulee aina jalkauttaa kentälle esimerkiksi koulutusten ja simulaatioiden voimin (Helovuo ym. 2011). Ensihoidon kohtaamat potilaat ovat erilaisia ja yksilöllisiä, jolloin hoidon eri variaatiot tulee miettiä jokaiselle potilasryhmälle erikseen. Hoito-ohjeiden ja toiminnan suunnittelussa on hyvä ottaa mallia jo hyväksi havaituista käytän-

nöistä ja mahdollisuuksien mukaan yhdistää toimintatapoja eri alueiden kesken. Tämä edesauttaa toimintaa eri puolella Suomea, sillä uuden Erica-järjestelmän vuoksi ensihoitotehtäville lähetetään aluerajoista riippumatta aina nopeimmin potilaan tavoitettava yksikkö (Hätäkeskuslaitos 2020).

Kehitystä jarruttavat tekijät. Korkeaenergisien traumapotilaan ensihoidon laatua voidaan kehittää myös tuomalla esiin ongelmakohtia ja puuttamalla niihin. Ensihoitajien kokemusten mukaan toiminta kentällä koettiin vaihtelevaksi ja yksittäisten työntekijöiden asenne toimintaa kohtaan vähätteleväksi. Mikäli työntekijä ei ole motivoitunut kehittämään itseään ja työtään, hän juuttuu kiinni menneeseen. Ilmapiiri tarttuu helposti, jolloin koko työyhteisö voi huonosti. Yksittäisen ensihoitajan hyvinvointia ja motivaatiota voidaan lisätä huolehtimalla työhyvinvoinnista ja tukemalla voimavaroja (Manka ym. 2012, 13). Työnantajan vastuulla onkin huomioida ensihoitajien fyysinen ja psyykkinen hyvinvointi sekä osaamisen ja ammatillisen kasvun edellytykset (Määttä 2013, 15).

Ongelmat yhteistyökumppaneiden kanssa ovat omiaan jarruttamaan kehitystä. Tämän vuoksi oleellista olisikin, että asioita mietittäisiin monesta eri näkökulmasta moniammatillisesti. Ensihoitajat kokivat yhteistyön hankalaksi etenkin vastaanottavan sairaalan kanssa. Vastaavia tuloksia on saanut esimerkiksi Mikkonen (2014) omassa tutkimuksessaan. Kummallakin taholla on omia ohjeita, mitkä eivät ole jalkautuneet toisille asti. Korkeaenergisien traumapotilaan ensihoidon kehittämistä jarruttaa, mikäli tietoa ja ohjeita ei jaeta eri yhteistyökumppaneiden kesken. Ensihoito tekee paljon yhteistyötä etenkin sairaaloiden ja pelastuslaitosten kanssa. Tämän vuoksi on tärkeää, että koulutuksia järjestetään puolin ja toisin.

Kehitystä jarruttavat erilaiset vaihtelevat toimintatavat kentällä. Kela Sv210 -kaavakkeiden ja ensihoitajien kokemusten perusteel-

la ensihoidon ongelmakohtina olivat vaihtelevat toimintatavat ja kirjaamisen epätarkkuus. Myös Tiainen (2018) havaitsi omassa tutkimuksessaan epätarkkuutta ensihoitajien kirjaamisessa. Etenkin kirjaamisen osalta korkeaenergiset potilaat ovat kiireellisesti hoidettavia potilaita, joiden kohdalla kirjaaminen on aina toisarvoista. Tämän vuoksi ensihoitajat täydentävät kirjaamisia paljon jälkikäteen potilaan luovuttamisen jälkeen. Loppujen lopuksi ensihoitajakin on vain ihminen ja ihmisen muisti on rajallista (Helovuori ym. 2011, 76 - 77).

Tehtävillä viivytettiin kohteessa suhteellisten pitkiäkin aikoja, vaikka tavoitteena on sujuva ja nopea toiminta. Myös Hiltunen (2016) on havainnut tutkimuksessaan vastaavaa. Hänen tutkimuksensa mukaan ensihoitajat viipyivät tehtävillä keskimäärin 21 - 25 minuuttia, kun tämän kehittämistyön mukaan keskiarvo oli 24 minuuttia. Koska vain muutamassa Kela Sv210 -ensihoidokaavakkeessa oli mainittu hoitotoimenpiteiden kellonaika, ei voida vetää johtopäätöstä siitä, kuinka paljon hoitotoimenpiteet kohteessa viivästyttivät kuljetuksen aloittamista. Osassa tehtävistä mainittiin syy sille, miksi kuljetuksen aloittaminen viivästyi (esim. irrotus autosta).

Ensihoitotehtävillä tapahtuu kuitenkin paljon sellaista, mitä ensihoidokaavakkeisiin ei kirjata. Monipotilastehtävillä hoidetaan useampia potilaita, liikenneonnettomuuksissa poliisit jututtavat potilaita ja välillä kuljettavaa yksikköä joudutaan odottamaan pitkienkin välimatkojen päästä. Tämän vuoksi oleellista on muistaa, että määritelmä ”liian kauan” ei ole aina niin yksiselitteistä. Oleellista sen sijaan on havaita se, että kehitys on mahdollista. Muokkaamalla prosessit sellaisiksi, että toiminta kentällä on sujuvaa ja selkeää, voidaan kuljetus päästä aloittamaan jo paljon nopeammin. Tärkeintä on tehdä se, mikä on potilaan hoidon kannalta tärkeintä.

Kehittämistyön tavoitteena oli selvittää, miten korkeaenergisien traumapotilaan ensihoitoa voidaan kehittää. Yhteenvetona voi-

daan todeta, että tämä onnistuu korostamalla olemassa olevia vahvuuksia ja tukemalla niitä sekä tuomalla esiin ongelmakohtat, jotta niihin voidaan puuttua. Lisäksi kehitys vaatii ajantasaista tietoa, jatkuvaa koulutusta ja hyviä toimintaohjeita sekä loppuun asti hiottuja prosesseja. Tutkimustiedot muuttuvat jatkuvasti, joten paikoilleen ei voi jäädä.

LÄHTEET

Ala, A., Shams, V. S., Ghaffarzas, A., Mousavi, H. & Mirza-Aghazadeh-Attari, M. 2018. National emergency X-radiography utilization study guidelines versus Canadian C-Spine guidelines on trauma patients, a prospective analytical study. [Verkkolehtiartikkeli]. PLoS ONE 13 (11), e0206283 [Viitattu 14.5.2020]. Saatavana: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206283>

Cui, L. W., Probst, M. A., Hoffman, J. R. & Mower, W. R. 2016. Sensitivity of plain radiography for pediatric cervical spine injury. [Verkkolehtiartikkeli]. American Society of Emergency Radiology 23 (5), 443 - 448. [Viitattu 5.3.2020]. Saatavana CINAHL-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Dufva, M. 2018. Tulevaisuususkkoa ahdistuksen kautta. [Verkkoartikkeli]. Helsinki: Sitra. [Viitattu 5.3.2020]. Saatavana: <https://www.sitra.fi/blogit/tulevaisuususkkoa-ahdistuksen-kautta/>

Hakanen, J. 2011. Työn imu. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Työterveyslaitos. [Viitattu 13.1.2020]. Saatavana: https://www.ttl.fi/wp-content/uploads/2018/09/TTL_tyonimu.pdf

Handolin, L. Ei päiväystä. Traumaresuskitaatio. [Verkkojulkaisu]. Suomen Traumatologiyhdistys. [Viitattu 5.3.2020]. Saatavana: <https://www.traumasurgery.fi/tietopankki/traumaresuskitaatio/#2>

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus: Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca.

Hiltunen, V. 2016. Ensihoitopalvelun keskeisten prosessien arviointi: rekisterianalyysi. [Verkkójulkaisu]. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos. Hoitotiede. Pro gradu -työ. [Viitattu 14.1.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20161116>

Hood, N. & Considine, J. 2015. Spinal immobilisation in pre-hospital and emergency care: A systematic review of the literature. [Verkkolehtiartikkeli]. *Australasian emergency nursing journal* 18 (3), 118 - 137. [Viitattu 5.3.2020]. Saatavana: <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2015.03.003>

Hätäkeskuslaitos. 2020. Erica. [Verkkosivu]. [Viitattu 13.1.2020]. Saatavana: https://www.112.fi/hatakeskusuudistus/uusi_tietojarjestelma

Jääntti, H. 2010. Cardiopulmonary resuscitation (CRP) quality and education. [Verkkójulkaisu]. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in health sciences 28. [Viitattu 14.1.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0206-1>

Karason, S., Reynisson, K., Sigvaldason, K. & Sigurdsson, G.H. 2014. Evaluation of clinical, efficacy and safety of cervical trauma collars: differences in immobilization, effect on jugular venous pressure and patient comfort. [Verkkolehtiartikkeli]. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine* 22 (37). [Viitattu 5.3.2020]. Saatavana: <https://dx.doi.org/10.1186%2F1757-7241-22-37>

Kärnä, R. 2020. Korkeaenergisien traumapotilaan ensihoidon laadun kehittäminen: kehittämisen kohteena traumapotilaan tukeminen. [Verkkójulkaisu]. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö, Kliininen asiantuntijuus. Ylempi AMK-opinnäytetyö. [Viitattu 5.3.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202002122349>

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

Manka, M.-L., Heikkilä-Tammi, K. & Vauhkonen, A. 2012. Työhyvinvointi ja tuloksellisuus: Henkilöstön arvoa kuvaavat tunnusluvut johtamisen tukena kunnissa. Tampere: Tampereen yliopisto.

McCaughey, C. S. & Traynor, M. K. 2010. The role of simulation in nurse education. [Verkkolehtiartikkeli]. *Nurse education today* 30 (8), 827 - 832. [Viitattu 14.1.2020]. Saatavana: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.03.005> Vaatii käyttöoikeuden.

Mikkonen, S. 2014. Potilaan luovutusprosessi ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä. [Verkkójulkaisu]. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö, hoitotiede. Pro gradu -työ. [Viitattu 14.1.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201408292092>

Morrison, J. & Jeanmonod, R. 2013. Imaging in the NEXUS-negative patient: when we break the rule. [Verkkolehtiartikkeli]. The American journal of emergency medicine 32 (1), 67 - 70. [Viitattu 5.3.2020]. Saatavana CINAHL-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Moss, R., Porter, K. & Greaves, I. 2015. Minimal patient handling: a faculty of pre-hospital care consensus statement. [Verkkolehtiartikkeli]. Trauma 17 (1), 70 - 72. [Viitattu 5.3.2020]. Saatavana CINAHL-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Murtonen, M. & Toivonen, S. 2006. Sairaankuljetuksen turvallisuus on johtamista: Terveystieteiden yksikkö, hoitotiede. Helsinki: Lääkelaitos. Lääkelaitoksen julkaisusarja 3/2006.

Myers, L. A., Russi, C. S., Boylan, M. & Nutbeam, T. 2013. Trauma: Spinal injuries. Teoksessa: T. Nutbeam & M. Boylan (eds.) ABC of prehospital emergency medicine. Oxford: Wiley-Blackwell, 75 - 80.

Määttä, T. 2013. Ensihoitopalvelun organisointi. Teoksessa: M. Kuisma, P. Holmström, J. Nurmi, K. Porthan & T. Taskinen (toim.) Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro, 14 - 30.

Nyström, P. 2013. CRM ja ei-tekniset taidot ensihoidossa. Teoksessa: M. Kuisma, P. Holmström, J. Nurmi, K. Porthan & T. Taskinen (toim.) Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro, 101 - 107.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät: uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro.

O'Meara, M., Porter, K. & Nutbeam, M. 2013. Trauma: Pelvic injury. Teoksessa: T. Nutbeam & M. Boylan (toim.) ABC of prehospital emergency medicine. Oxford: Wiley-Blackwell, 84 - 86.

Paterek, E., Isenberg, D. L., Salinski, E., Schiffer, H. & Nisbet, B. 2015. Characteristics of trauma patients overimmobilized by prehospital providers. [Verkkolehtiartikkeli]. *American Journal of Emergency Medicine* 33 (1), 121–122. [Viitattu 5.3.2020]. Saatavana CINAHL-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Paykin, G., O'Reilly, G., Ackland, H. M. & Mitra, B. 2017. The NEXUS criteria are insufficient to exclude cervical spine fractures in older blunt trauma patients. [Verkkolehtiartikkeli]. *Injury* 48 (5), 1020 - 1024. [Viitattu 5.3.2020]. Saatavana: <https://doi.org/10.1016/j.injury.2017.02.013> Vaatii käyttöoikeuden.

Peräjoki, K., Taskinen, T. & Hiltunen, T. 2013. Vammamekaniikka. Teoksessa: M. Kuisma, P. Holmström, J. Nurmi, K. Porthan & T. Taskinen (toim.) *Ensihoito*. Helsinki: Sanoma Pro, 514 - 519.

Sahu, S. & Lata, I. 2010. Simulation in resuscitation teaching and training, an evidence based practice review. [Verkkolehtiartikkeli]. *Journal of emergencies, Trauma and shock* 3(4), 378 - 384. [Viitattu 14.1.2020]. Saatavana: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2966571/>

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2014. Valtakunnallinen selvitys ensihoidosta. [Verkkójulkaisu]. *Selvityksiä* 2:2014. [Viitattu 17.12.2018]. Saatavana: https://www.valvira.fi/documents/14444/42787/Valtakunnallinen_selvitys_ensihoidosta.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Sairaankuljetus- ja ensihoitopalvelu: Opas hälytysohjeen laatimiseksi. [Verkkójulkaisu]. *Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita* 2005:23. [Viitattu 5.3.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504223989>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä: suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. [Verkkójulkaisu]. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja* 2014:7. [Viitattu 17.12.2018]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3489-4>

Sotarauta, M. & Viljamaa, K. 2003. Tulkintoja kaupunkiseutujen kehityksestä ja kehittämisestä. Tampere: Tekniikan Akateemisten Liitto TEK.

Sparke, A., Voss, S. & Bengner, J. 2013. The measurement of tissue interface pressures and changes in jugular venous parameters associated with cervical immobilization devices: a systematic review. [Verkkolehtiartikkeli]. Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine 21 (81). [Viitattu 5.3.2020]. Saatavana: <https://doi.org/10.1186/1757-7241-21-81>

Talvela, J. & Stenman, K. 2012. Tulevaisuudentutkimuksen menetelmiä. [Verkkojulkaisu]. Kotka: Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun julkaisuja Sarja A 35. [Viitattu 5.3.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-5963-37-3>

Tiainen, J. 2018. Hoitotyön kirjaaminen sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. [Verkkojulkaisu]. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede. Pro gradu -työ. [Viitattu 14.1.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201803221437>

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

Wampler, D.A., Pineda, C., Polk, J., Kidd, E., Leboeuf, D., Flores, M., Shown, M., Kharod, C., Steward, R. M. & Cooley, C. 2016. The long spine board does not reduce lateral motion during transport: a randomized healthy volunteer crossover trial. [Verkkolehtiartikkeli]. The American journal of emergency medicine 34 (4), 717 - 721. [Viitattu 5.3.2020]. Saatavana: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2015.12.078> Vaatii käyttöoikeuden.

Virkkunen, I., Hoppu, S. & Kämäräinen, A. 2011. Sydämenpysähdys sairaalan ulkopuolella. [Verkkolehtiartikkeli]. Duodecim 127, 2287 - 2293. [Viitattu 14.1.2020]. Saatavana: <https://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo99876.pdf>

Ångerman, S. 2017. Vammapotilaan ensihoito. [Verkkolehtiartikkeli]. Finnanest 50 (2), 115 - 121. [Viitattu 5.3.2020]. Saatavana: http://www.finnanest.fi/files/angerman_vammapotilaan_ensihoito.pdf

TEHO- JA TEHOVALVONTA- POTILAAN SIIRTOPROSESSIIN LIITTYVÄT HAASTEET JA KEHITTÄMISTARPEET POTILASTURVALLISUUDEN JA HOIDON LAADUN PARANTAMISEKSI

Elina Määttä, sairaanhoitaja (ylempi AMK)
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Hanna Rantala, sairaanhoitaja (ylempi AMK)
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

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

1 JOHDANTO

Potilaan siirto teho-osastolta jatkohoitoon vuodeosastolle on vaativa hoitotyön prosessi, jossa vakavasti sairas potilas siirretään intensiivisemmästä hoitoympäristöstä yksikköön, jossa hoitotyön resurssit ovat vähäisemmät. Tämän prosessin sujuvuus vaatii hyvää yhteistyötä eri toimijoiden kesken, jotta voidaan parantaa potilaan hoidon tuloksia ja ehkäistä häneen kohdistuvia haittatahtumia, kuten joutumista uudelleen tehohoitoon. (Elliott, Worrall-Carter & Page 2014, 133; Kauppi, Proos & Olausson 2018, 127.)

Vuodeosastoilla tapahtuva potilaan voinnin huononemisen riittävän varhainen tunnistaminen, esimerkiksi erilaisten jälki-

seurantatoimintamallien avulla, parantaa potilasturvallisuutta, on kustannustehokasta ja vähentää potilaaseen kohdistuvia haittatapahtumia (Hoppu & Alanen 2012, 18; Alanen, Karjalainen & Suoninen 2017). Tunnistamalla ajoissa peruselintoimintojen häiriöt ja aloittamalla niiden hoito voitaisiin lähes kolmannes sairaalakuolemista välttää (Karhu & Rautiainen 2016).

Tämä artikkeli pohjautuu Elina Määtän ja Hanna Rantalan (2020) opinnäytetyönä tekemään kehittämistyöhön. Kehittämistyön tarkoituksena oli selvittää, miten Seinäjoen keskussairaalan vuodeosastojen hoitajat kokevat tehostetun hoidon toimintayksiköstä jatkohoitoon siirtyneen potilaan tarkkailun ja hoidon, mitkä asiat tarkkailussa ja hoidossa aiheuttavat haasteita ja kuinka potilaan siirtoprosessia vuodeosastolle voitaisiin kehittää vastaamaan paremmin näihin haasteisiin. Tavoitteena oli tuoda esiin vuodeosastolle jatkohoitoon siirtyvän teho- ja tehovalvontapotilaan siirtoprosessiin liittyviä haasteita ja kehittämistarpeita hoitotyön laadun ja turvallisuuden parantamiseksi. Potilaan siirtoprosessin kehittäminen lisää potilasturvallisuutta ja parantaa hoidon laatua. Lisäksi se parantaa yhteistyötä teho-osaston ja vuodeosastojen henkilökunnan välillä sekä tukee vuodeosastoilla tapahtuvaa kriittisesti sairaan potilaan hoitotyötä.

2 TEHOHOIDOSTA VUODEOSASTOLLE SIIRTYNEEN POTILAAN HOIDON HAASTEET

Teho-osastolla hoidettavilla potilailla on yleensä useita tilapäisiä elintoimintahäiriöitä esimerkiksi akuutista sairaudesta, vammasta tai vaativasta kirurgisesta toimenpiteestä johtuen (Karlsson ym. 2017, 7). Tehovalvonnassa seurataan suuren riskin potilaita tehohoitoa kevyemmällä resursseilla ja se tarjoaa vuodeosastoa paremmat mahdollisuudet havaita nopeammin potilaan tilassa tapahtuvat muutokset ja mahdollinen tehohoidon tarve. Lisäksi

tehovalvonta toimii jatkohoitopaikkana sellaisille tehohoitopotilaille, jotka ovat liian sairaita siirrettäväksi suoraan vuodeosastolle. (Karlsson ym. 2017, 9 - 10.)

Tehohoidon keskimääräinen kustannus on noin 3 000 euroa yhtä hoitopäivää kohden. Kustannusten ja hoidon laadun kannalta keskeistä on potilaan kriittisen tilan tunnistaminen ajoissa ja riittävän nopeasti aloitettu tehokas hoito oikeassa hoitopaikassa. Hoitoketjun toimivuudella on suuri vaikutus hoidon tuloksiin ja potilaan selviytymismahdollisuuksia parantaa tehohoidon jälkeinen asiantunteva hoito. (Karlsson ym. 2017, 7 - 8.)

Sydänpysähdystä edeltävien tuntien aikana suurimmalla osalla potilaista on häiriöitä peruselintoiminnoissa. Vuodeosastoilla tuleekin potilaskohtaisesti laatia arvioitua riskiä vastaava suunnitelma siitä, kuinka usein ja mitä peruselintoimintoja havainnoidaan ja mitataan. Potilaan voinnin havainnointi esimerkiksi NEWS-pisteytyksen avulla (National Early Warning Score) on hyvä keino seurata vuodeosastoilla potilaan tilan muuttumista. (Elvytys 2016, 10.) NEWS-pisteitä käyttämällä voidaan myös turvata potilaan voinnin seurannan jatkuvuus potilaan siirtyessä hoitavasta yksiköstä toiseen (NEWS-työryhmä 2018, 34). NEWS-pisteytys antaa luotettavan kuvan potilaan peruselintoimintojen tilasta ja se ennustaa tarkasti potilaaseen kohdistuvia erilaisia haittapahtumia, kuten sydänpysähdystä, tehohoitoon joutumista tai kuolemaa seuraavan vuorokauden aikana (Smith ym. 2013, 465).

Vuodeosastojen hoitajille kriittisesti sairaan, epävakaan potilaan hoitaminen on haaste, sillä suuri työmäärä, ajan ja tietämyksen puute sekä potilassiirron riittämätön valmistelu voivat vaarantaa potilasturvallisuuden vuodeosastoilla. Hyvin suunniteltu siirtoprosessi yhteistyössä teho-osaston ja vuodeosaston hoitohenkilökunnan kesken onkin hoitohenkilökunnan sekä potilaiden edun mukaista. (Kauppi ym. 2018, 127 - 128.)

Teho-osaston ja vuodeosastojen välinen yhteistyö on välttämättömyyksiä tehohoidon jälkeiselle laadukkaalle hoitotyölle. Potilaan tehohoitojakson jälkeisen strukturoidun seurannan toteuttaminen lisää tehohoitajien ja vuodeosastojen hoitajien välistä vuorovaikutusta ja yhteistyötä sekä vahvistaa vuodeosastoilla tapahtuvaa kriittisesti sairaan potilaan hoitoa, mikä on olennaista parannettaessa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. (Hägström ym. 2018, 21.)

3 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

Kehittämistyö eteni The Foresight Framework -mallin mukaisesti. Tämä malli soveltuu hoitotyön käytäntöjen uudistamiseen ja kehittämiseen hyvin, sillä sen avulla voidaan tunnistaa ja kuvata sellaisia hoitotyön toiminta-alueita, joihin voi liittyä muutoshäasteitä. The Foresight Framework -mallin avulla voidaan parantaa potilasturvallisuutta sekä hoitotyön laatua. (Salminen-Tuomaala 2016, 97.)

Kehittämistyön tutkimus- ja kehittämismenetelminä käytettiin benchmarkingia, vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle suunnattua kyselyä sekä pyramidiharjoitusta. Benchmarkingin avulla selvitettiin, miten muissa sairaaloissa toteutetaan tehohoidosta vuodeosastolle jatkohoitoon siirtyneen potilaan jälkiseurantaa.

Kyselyn tarkoituksena oli selvittää vuodeosastojen hoitohenkilökunnan kokemuksia Seinäjoen keskussairaalan tehostetun hoidon toimintayksiköstä vuodeosastolle jatkohoitoon siirtyneen potilaan tarkkailusta ja hoidosta sekä kartoittaa heidän ajatuksiaan siitä, kuinka näiden potilaiden hoitoa voitaisiin kehittää. Kyselylomakkeita jaettiin viidelle eri vuodeosastolle yhteensä 100 kappaletta ja vastausprosentti kyselyssä oli 74 %. Kysely sisälsi sekä monivalinta- että avoimia kysymyksiä. Monivalinta-

kysymykset analysoitiin SPSS-ohjelmalla ja avoimet kysymykset induktiivisella sisällönanalyysilla.

Pyramidiharjoitusta voidaan käyttää apuna laatiessa toiminnan periaatteita. Harjoitukseen osallistujat joutuvat neuvottelemaan toisten kanssa ja yhdistämään tärkeiksi kokemiaan asioita yhteisiksi kokonaisuuksiksi. Ryhmätyöskentelyn pohjalta laaditaan pyramidi, jonka huipulle tulee harjoitukseen osallistuneiden mielestä tärkein asia, keskimmaiselle tasolle kaksi seuraavaksi tärkeintä ja alimmalle tasolle kolme seuraavaa. (Öystilä 2019, 158, 160.)

Tässä kehittämistyössä pyramidiharjoitusta käytettiin soveltaen. Vuodeosastojen hoitajille suunnatun kyselyn tuloksista nostettiin esiin 15 tärkeintä kehittämistarvetta, jotka lähetettiin 27 esimies- tai asiantuntija-asemassa olevalle Seinäjoen keskussairaalan työntekijälle. Heitä pyydettiin lukemaan kehittämistarpeet läpi ja valitsemaan niistä mielestään kolme tärkeintä kehitettävää asiaa. Vastausten perusteella kehittämistarpeet pisteytettiin ja sijoitettiin pyramidiin. Näin saatiin selville vastaajien mielestä tärkeimmät kehittämiskohteet teho- ja tehovalvontapotilaan siirtoprosessissa vuodeosastolle.

4 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

Kehittämistyön tulosten mukaan vuodeosastojen hoitajat kokevat NEWS-pisteiden laskemisen ja niiden käyttämisen potilaan voinnin muutosten seurannassa helpoksi. NEWS-hälytyskriteerit koetaan selkeiksi ja MET-ryhmä ottaa hoitajien kokemuksen mukaan tarvittaessa riittävän nopeasti kantaa potilaan hoitoon.

Eri hoitotyön osa-alueista helpoimmiksi koetaan perushoidon toteuttaminen, potilaan ravitsemukseen liittyvien asioiden hoitaminen sekä erittämiseen, hengitykseen ja verenkiertoon

liittyvien asioiden tarkkailu ja hoitaminen. Potilaan läheisten huomioimisen ja tukemisen kokee vaikeaksi tai melko vaikeaksi neljännes vastaajista (26 %) ja kuntouttamisen 29 % vastaajista. Potilaan neurologisten asioiden tarkkailun ja hoidon kokee melko vaikeaksi kolmannes vastanneista (33 %). Potilaan psyykkisten tarpeiden tunnistamisen ja hoidon kokee melko vaikeaksi 42 % vastanneista. Selvästi vaikeimmaksi hoitotyön osa-alueeksi koetaan potilaan lääke- ja nestehoidon toteuttaminen, sillä yli puolet vastaajista (65 %) on sitä mieltä, että se on melko vaikeaa tai vaikeaa.

Hoitotyön eri osa-alueiden haasteista muodostui pääluokkia, joista suurimpia olivat ”Vuodeosastoilla tapahtuvaan potilaan tarkkailuun sekä hoidon suunnitteluun ja toteutukseen liittyvät haasteet”, ”Vuodeosastojen puutteelliset resurssit”, ”Tehostetun hoidon ja vuodeosastojen eri potilastietojärjestelmistä aiheutuvat haasteet”, ”Potilaan terveydentilasta johtuvat tarkkailun ja hoidon haasteet” sekä ”Riittämätön ohjeistus”. Potilaan tarkkailussa sekä hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa haasteita vuodeosastojen hoitajille aiheuttavat riittävän vasteen antaminen omaisten tiedon ja tuen tarpeeseen sekä potilaan neurologisen tilanteen arviointi ja hoitaminen. Lisäksi haastavaksi koetaan potilaan intensiivisemmän seurannan toteuttaminen sekä psyykkisten tarpeiden tunnistaminen ja hoitaminen. Potilaan hengityksen riittävä tarkkailu sekä hoidon suunnittelu ja toteutus koetaan myös haastavaksi.

Vuodeosastojen puutteelliset resurssit, joita ovat aika-, henkilö- kunta- sekä välineresurssit, korostuvat erityisesti perushoidon toteuttamisen ja potilaan kuntouttamisen osa-alueilla. Lisäksi potilaan läheisten ohjaamiseen ja tukemiseen tarvittavien tiedollisten ja taidollisten resurssien koetaan olevan riittämättömiä.

Tehostetun hoidon toimintayksikön ja vuodeosastojen erilaiset potilastietojärjestelmät aiheuttavat haasteita erityisesti turval-

lisen lääke- ja nestehoidon toteuttamisessa. Lääke- ja nestehoidon toteuttamisen osa-alueella korostuu myös tehostetun hoidon toimintayksikön uloskirjausraportin vaikeaselkoisuus. Potilastietojärjestelmien erilaisuus aiheuttaa haasteita useilla eri hoitotyön osa-alueilla, joita ovat erittäminen, ravitseminen, neurologia, hengitys, verenkierto ja perushoito.

Vuodeosastojen hoitajista 41 % on sitä mieltä, että potilaan siirto tehostetun hoidon toimintayksiköstä vuodeosastolle on potilasturvallisuusriski. Lähes kaikki vastaajat (93 %) olivat havainneet potilasturvallisuuteen liittyviä riskejä potilaan siirtyessä jatko- hoitoon vuodeosastolle. Eniten siirtotilanteeseen liittyviä riskejä tuli esiin potilaan lääkehoidon epäselvyyksiin liittyen. Myös huonokuntoisen potilaan liian varhainen siirto vuodeosastolle koetaan potilasturvallisuusriskiksi. Muita siirtovaiheeseen liittyviä potilasturvallisuutta heikentäviä tekijöitä ovat raportointiin ja ohjeistuksiin liittyvät puutteet sekä tehostetun hoidon ja vuodeosastojen erilaisista potilastietojärjestelmistä aiheutuvat riskit.

Kyselyn tulosten mukaan MET-ryhmän toteuttamat jälkiseurantakäynnit ovat tarpeellisia ja niiden koetaan parantavan sekä potilasturvallisuutta että hoidon laatua. MET-ryhmän asiantuntemus, hyvät hoito-ohjeet ja toimiva vuorovaikutus potilaan hoitoon osallistuvien kesken koetaan hoidon laatua ja potilasturvallisuutta parantavaksi asiaksi jälkiseurantakäynneillä. Kehittämideoina vastaajat toivat esiin jälkiseurantatoimintamallin kehittämisen sekä MET-ryhmän ja vuodeosastojen henkilökunnan välisen vuorovaikutuksen parantamisen.

Kehittämistyön tulosten mukaan tärkeimmät kehittämiskohteet teho- ja tehovalvontapotilaan siirtoprosessissa ovat lääke- ja nestehoidon toteuttamiseen liittyvät haasteet vuodeosastoilla sekä tehostetun hoidon ja vuodeosastojen henkilökunnan välisen yhteistyön kehittäminen. Tärkeiksi koetaan myös tehostetun hoidon uloskirjausraportin kehittäminen sekä tehostetun hoidon ja

vuodeosastojen erilaisten potilastietojärjestelmien aiheuttamien haasteiden ratkaiseminen. Kuviossa 1 esitetään tuloksista esiin nousseet tärkeimmät kehittämiskohteet.



Kuvio 1. Tärkeimmät kehittämiskohteet potilaan siirto-prosessissa.

5 POHDINTA

Kehittämistyön tulosten mukaan vuodeosastojen hoitajat kokevat tehostetun hoidon toimintayksiköstä siirtyneen potilaan peruselintoimintojen tarkkailun ja niissä tapahtuvien muutosten havaitsemisen NEWS-pisteytyksen avulla helpoksi. NEWS-pisteytyksen on todettu olevan luotettava mittari arvioitaessa potilaan vointia ja siinä tapahtuvia muutoksia. (Smith ym. 2013, 465.)

Kehittämistyössä tuli ilmi, että vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle eniten haasteita aiheuttavat potilaan tarkkailu sekä hoidon suunnittelu ja toteutus, vuodeosastojen riittämättömät resurssit sekä yksiköiden erilaiset potilastietojärjestelmät. Potilaan hoidon suunnittelun yhtenä osa-alueena nousivat esiin potilaan läheisten tukemisen haasteet. Kehittämistyön tuloksissa kävi ilmi, että vuodeosastojen hoitajat kohtaavat läheisten pelkoa, turvattomuutta, epäilyksiä ja jopa syyllistämistä siitä, että vuodeosastoilla ei ole mahdollisuutta yhtä intensiiviseen hoitoon kuin tehostetun hoidon toimintayksikössä. Hoitajat kokevat, ettei heillä ole riittävästi aikaa huomioida, ohjata ja tukea potilaan läheisiä. Samankaltaisia kokemuksia tulee esiin Kaupin ym. (2018, 130 - 131) tutkimuksessa, jossa vuodeosastojen hoitajat kuvaavat, miten potilaan läheisillä on epärealistisia odotuksia ja vaatimuksia vuodeosastohoidon suhteen. Hyvin suunniteltu siirtoprosessi lisää myös potilaan läheisten hyvinvointia ja näin vähentää heidän kokemaansa ahdistusta potilaan siirtyessä tehohoidosta jatkohoitoon vuodeosastolle.

Haasteita vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle aiheuttavat myös potilaan intensiivisemmän seurannan toteuttamisen ongelmat sekä liian huonokuntoisten potilaiden siirtäminen tehohoidosta jatkohoitoon vuodeosastolle vähemmän valvottuihin olosuhteisiin. Kaupin ym. (2018, 129) mukaan huonokuntoisen potilaan hoitaminen vuodeosastolla vaatii hoitajalta jatkuvaa läsnäoloa potilaan vierellä. Muihin vuodeosaston potilaisiin verrattuna juuri tehosasastolta siirtynyt potilas voi vaatia intensiivisempää seurantaa. Tämä voi aiheuttaa hoitajalle epäoikeudenmukaisuuden tunnetta ja eettistä ahdinkoa hänen joutuessaan valitsemaan kriittisesti sairaan potilaan hoitamisen, jolloin muut potilaat jäävät vaille tarvitsemaansa hoitoa. Vuodeosaston hoitaja voi myös pelätä potilasturvallisuuden vaarantuvan, mistä voi seurata hänelle sekä riittämättömyyden tunnetta että moraalista stressiä.

Vuodeosastojen puutteelliset resurssit aiheuttavat haasteita vuodeosastojen hoitajille. Hoitajat kokevat toisinaan hoitohenkilökun-

taa olevan liian vähän, jotta hoitotyötä voi toteuttaa laadukkaasti. Aikaa ei aina ole riittävästi yhtä potilasta kohden kiireestä ja useasta hoidettavasta johtuen. Toisinaan potilaan hoitotyö vaatisi kahden hoitajan työpanoksen, mutta tämä ei aina ole mahdollista johtuen yksikön toimintatavoista, esimerkiksi yksilövastuisesta hoitotyöstä, sekä riittämättömistä resursseista. Erityisesti puutteelliset resurssit korostuvat perushoidon toteuttamisessa ja potilaan kuntouttamisessa.

Tehostetun hoidon toimintayksikön ja vuodeosastojen erilaiset potilastietojärjestelmät sekä tehostetun hoidon vaikeaselkoinen uloskirjausraportti koetaan haasteeksi erityisesti turvallisen lääke- ja nestehoidon toteuttamisessa. Myös Kasasen ym. (2019, 141 - 142) tekemässä tutkimuksessa vuodeosastojen henkilökunnan mielestä lääke- ja nestehoidon raportointia tulisi kehittää potilaan siirtyessä tehohoidosta jatkohoitoon vuodeosastolle. Leskisen (2018, 46) tutkimuksen tulosten mukaan vuodeosastojen hoitajat kokevat erilaisten potilastietojärjestelmien olevan riski potilasturvallisuudelle. Heidän mielestään tehotietojärjestelmän uloskirjausraportti on vaikealukuinen ja sen ymmärtämiseen tarvittaisiin lisäkoulutusta.

Suurin osa vuodeosastojen hoitajista kokee MET-ryhmän toteuttamat jälkiseurantakäynnit tarpeellisiksi sekä potilasturvallisuutta ja hoidon laatua parantaviksi. MET-ryhmän asiantuntemus, hyvät hoito-ohjeet ja toimiva vuorovaikutus potilaan hoitoon osallistuvien kesken koetaan hoidon laatua ja potilasturvallisuutta parantavaksi asiaksi jälkiseurantakäynneillä. Häggströmin ym. (2018, 24 - 25) tutkimuksen mukaan hoitajat kokevat, että potilaita siirretään liian aikaisin teholta vuodeosastolle. Tämän vuoksi jälkiseurantakäyntien koetaan vahvistavan osastoilla tapahtuvaa kriittisesti sairaan potilaan hoitotyötä. Tämä on oleellista potilasturvallisuuden kannalta.

Kehittämistyön tulosten mukaan myös muille kuin pitkään tehohoidossa olleille potilaille voidaan tehdä jälkiseurantakäyntejä.

Seurannan aloittamisen kriteerinä voi olla esimerkiksi potilaan voinnissa oleva yksittäinen seurattava asia, jonka heikkenemisen vaarana on, että potilas joutuu takaisin tehohoitoon. Myös potilaan liian aikaista siirtoa vuodeosastolle, esimerkiksi tehon paikkapulan vuoksi, voidaan tukea jälkiseurantakäynneillä. Seurantakäynnejä voidaan tehdä myös potilaille, jotka ovat vaarassa ajautua tehohoitoon, mikäli vointi vuodeosastolla heikkenee.

Vuodeosastojen hoitajat kokevat olonsa turvallisemmaksi, kun he saavat jälkiseurantaa toteuttavalta ryhmältä vastauksia mieltään askarruttaviin kysymyksiin ja tarvittaessa ohjausta eri hoitotyön toimenpiteissä. Jälkiseurantatoiminta lisää vuodeosastojen hoitajien mielestä potilaiden ja heidän läheistensä luottamusta hoitoon ja vähentää heidän ahdistustaan. Organisaation toimiva sisäinen yhteistyö vahvistaa tiedonvaihtoa potilaan parhaaksi. Jälkiseurantaa toteuttava ryhmä voi auttaa vuodeosastojen hoitajia tilanteissa, jossa heillä ei ole riittävästi resursseja tai osaamista. (Häggström ym. 2018, 24-25.)

Esimiesasemassa ja asiantuntijatehtävissä toimivat henkilöt toivat esiin tärkeimpinä potilaan siirtoprosessiin liittyvinä kehittämistarpeina lääke- ja nestehoidon toteuttamiseen liittyvät asiat sekä yhteistyön kehittämisen tehostetun hoidon toimintayksikön ja vuodeosastojen välillä. Tärkeiksi kehittämiskohteiksi koetaan myös tehostetun hoidon uloskirjausraportti sekä yksiköiden erilaisista potilastietojärjestelmistä aiheutuvat haasteet.

Kehittämistyön tulosten pohjalta nousi esiin useita kehittämistarpeita potilaan siirtoprosessiin liittyen sekä potilaan jälkiseurantaan vuodeosastolla. Tulosten mukaan yksiköiden välisen yhteistyön ja vuorovaikutuksen kehittäminen on tärkeää. Yhteistyötä ja vuorovaikutusta voidaan parantaa järjestämällä yhteisiä koulutuksia, lisäämällä työkiertoa yksiköiden välillä sekä kehittämällä yhteistyössä potilaan siirtoprosessiin ja jälkiseurantaan liittyviä asioita.

Lääke- ja nestehoidon toteuttamiseen liittyvät epäselvyydet koetaan haastaviksi ja potilasturvallisuutta vaarantaviksi tekijöiksi. Tehostetun hoidon ja vuodeosastojen erilaiset potilastietojärjestelmät sekä tehostetun hoidon vaikeaselkoinen uloskirjausraportti koetaan tärkeimmiksi yksittäisiksi tekijöiksi, jotka aiheuttavat haasteita potilaan lääke- ja nestehoidon toteuttamisessa. Näihin asioihin voidaan vaikuttaa kehittämällä siirtovaiheen suullista ja kirjallista raportointia sekä parantamalla yhteistyötä ja vuorovaikutusta yksiköiden henkilökunnan välillä.

LÄHTEET

Alanen, P., Karjalainen, M. & Suoninen, E. 2.10.2017. MET-toiminta. Teoksessa: A. Kaarlola, M. Larmila, H. Lundgren-Laine, A. Pyykkö, T. Rantalainen & M. Ritmala-Castrén (toim) Teho- ja valvontahoitotyön opas. [Verkkokirja]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 8.2.2019]. Saatavana Terveysportti-palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.

Elliott, M., Worrall-Carter, L. & Page, K. 2014. Intensive care readmission: A contemporary review of the literature. *Intensive and critical care nursing* 30, 121 - 137.

Elvytys. 2016. Käypä hoito -suositus [Verkkojulkaisu]. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Elvytysneuvoston, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Punaisen Ristin asettama työryhmä. [Viitattu 18.2.2019]. Saatavana: <https://www.kaypahoito.fi/hoi17010>

Hoppu, S. & Alanen, P. 2012. Onko sairaalassa tapahtuva sydänpysähdys ehkäistävissä?: kokemuksia TAYS:ta. *Tehohoito* 30 (1) 13 - 19.

Hägström, M., Fjellner, C., Öhman, M. & Holmström, M.R. 2018. Ward visits - one essential step in intensive care follow-up: An interview study with critical care nurses' and ward nurses'. *Intensive & critical care nursing* 49, 21 - 27.

Karhu, J. & Rautiainen, H. 2016. Potilaan seuranta ja uhkaavan peruselintoimintahäiriön tunnistaminen. Teoksessa: S. Alahuhta, T. Ala-Kokko, K. Kiviluoma, E. Ruokonen & T. Silfvast (toim) Peruselintoimintojen häiriöt ja niiden hoito. [Verkkokirja]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 8.2.2019]. Saatavana Terveysportti-palvelusta. Vaatii käyttöoikeiden.

Karlsson, S., Ala-Kokko, T., Pettilä, V., Tallgren, M. & Valtonen, M. 2017. Vaikuttavampaa tehohoitoa. Teoksessa: S. Karlsson, T. Ala-Kokko, V. Pettilä, M. Tallgren & M. Valtonen (toim) Tehohoito-opas. Helsinki: Duodecim, 7 - 12.

Kasanen, A., Kesti, U., Koistinen, T., & Naumanen, T. 2019. Tehohoidon osaston ja sairaalan vuodeosastojen välisen yhteistyön kehittäminen. Tehohoito 37 (2), 140 - 143.

Kauppi, W., Proos, M. & Olausson, S. 2018. Ward nurses' experiences of discharge process between intensive care unit and general ward. British Association of Critical Care Nurses 23 (3), 127 - 133.

Leskinen, S. 2018. Potilaan siirtyminen teho-osastolta jatkohoitoon vuodeosastolle: Tutkimuksellinen kehittämistyö. Oulun ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Tutkimuksellinen kehittämistyö.

Määttä, E. & Rantala, H. 2020. Teho- ja tehovalvontapotilaan siirtoprosessi vuodeosastolle: Haasteet ja kehittämistarpeet potilasturvallisuuden ja hoidon laadun parantamiseksi. [Verkkajulkaisu]. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Ylempi AMK-opinnäytetyö. [Viitattu 18.5.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202005046892>

NEWS-työryhmä. 2018. Näin toimii NEWS-pisteytys. Sairaanhoitaja 91 (3), 34.

Salminen-Tuomaala, M. 2016. The Foresight Framework –malli yhteistoiminnallisen workshop-työskentelyn menetelmänä. Teoksessa: A. Heikkilä & J. Kulmala (toim.). Uusia työmenetelmiä ja innovaatioita hyvinvoinnin edistämiseen: SeAMK Sosiaali- ja terveysala tutkii ja kehittää. [Verkkajulkaisu]. Seinäjoki: Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Raportteja ja selvityksiä 120, 93 - 101. [Viitattu 18.5.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-7109-56-4>

Smith, G. B., Prytherch, D. R., Meredith, P., Schmidt, P. E. & Featherstone, P. I. 2013. The ability of the National Early Warning Score (NEWS) to discriminate patients at risk of early cardiac arrest, unanticipated intensive care unit admission, and death. *Resuscitation* 84, 465 - 470.

Öystilä, S. 2017. Draaman mahdollisuudet ohjaustyössä. Teoksessa: A. L. Karjalainen (toim.) Luovan toiminnan työtavat: Käsikirja sosiaali- ja terveysalalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 141 - 195.

YHTEISPÄIVYSTYKSEN HOITOHENKILÖKUNNAN NÄKEMYKSIÄ POTILASTURVALLISUUDESTA

Laura Ojanperä, sairaanhoitaja (ylempi AMK)
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

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

1 JOHDANTOA

Yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan näkemyksiä potilasturvallisuudesta kuvataan tässä artikkelissa Seinäjoen ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan ylemmän AMK-tutkinnon, Kliininen asiantuntijuus, kehittämistyön pohjalta. Kehittämistyön tarkoituksena oli kuvata potilasturvallisuutta edistäviä ja heikentäviä tekijöitä yhteispäivystyksessä. Tavoitteena oli luoda potilasturvallisuutta ja hoitotyön toiminnan sujuvuutta edistävä hoitotyön työnjakomalli yhteispäivystykseen. Kehittämistyön kehittämiskysymykset olivat: Mikä on potilasturvallisuuden nykytila yhteispäivystyksessä, miten modulaarinen, tehtäväkeskeinen tiimityön työnjako vaarantaa potilasturvallisuuden, miten omahoitajamalli voisi parantaa potilasturvallisuutta ja mitä keinoja voitaisiin käyttää potilasturvallisuuden parantamiseksi. Kehittämistyössä käytettiin kehittämismenetelminä laadullista kyselyä, PDCA-sykliä, SWOT-analyysiä, aivoriiheä ja ryhmähaastattelua. Kehittämistyössä suunniteltiin uusi toimintamalli PDCA-sykliä mukailleen, mutta valmista toimintamallia ei voitu ottaa käyttöön vielä keväällä 2020 koronaviruspandemian vuoksi. Kehittämistyön tuotoksena valmistui uusi hoitotyön työnjakomalli ja

sille arviointisuunnitelma Suunta-työkalua käyttäen. Tämä uusi toimintamalli otetaan käyttöön yhteispäivystyksessä pandemian jälkeen, kun aika on sopiva. (Ojanperä 2020.)

2 KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT

Tarve hoitotyön työnjaon kehittämiseen nousi sekä esimiehiltä että hoitohenkilökunnalta. Osa henkilökunnasta oli tyytymättömiä hoitotyön työnjakoon. Yhteispäivystyksen nykyinen hoitotyön työnjako on modulaarista, tehtäväkeskeistä tiimityötä. Yleisesti hoitajat kutsuvat työnjakoa ”kaikki hoitavat kaikkia” -malliksi, jossa kaikki moduulin hoitajat hoitavat jokaista moduulin potilasta. Tehtäväkeskeinen hoitotyö on nopeaa ja tehokasta. Vuosisadan alkupuolella keksitty työnjakomalli on otettu hoitotyöhön liikkeenjohdosta, jossa oli huomattu, että työn jakaminen pienempiin osiin on tehokasta ja tuottavaa (Voutilainen & Laaksonen 1994, 70 - 72). Hoitotyössä tämä toimintamalli on nopea, mutta voidaan pohtia, onko se mielekäs, laadukas ja turvallinen. Momen hoitajan osallistuminen yhden potilaan hoitoon ilman hyvää kommunikaatiota voi tehdä hoitotyön sekavaksi ja pirstaleiseksi ja tiedonkulussa voi olla ongelmia. Hoitotyön työnjaon kehittämisellä pyritään parantamaan hoidon laatua ja turvallisuutta.

3 POTILASTURVALLISUUS YHTEISPÄIVYSTYKSESSÄ

Yhteispäivystyksen perustehtävänä on äkillisen, potilaan henkeä ja terveyttä uhkaavan vaaran torjuminen. Päivystyksessä potilaat hoidetaan kiireellisyysjärjestyksessä. Potilaat hoidetaan moniammatillisesti ja yhteinen tavoite on potilaan hyvä hoito. Päivystystyö on haasteellista, kiireistä ja vaativaa, koska tilanteet muuttuvat nopeasti ja tiimityö on olennainen osa työtä.

(Aalto ym. 2008, 63.) Päivystyksen ruuhkautuminen johtuu usein muiden organisaatioiden ruuhkautumisesta, jonojen kasvaessa kokonaisuuden hallinta muuttuu haasteelliseksi (Welling 2019). Päivystyksen hoitajille pelkoa aiheuttavat potilasturvallisuus, kiire, henkilökunnan vähäisyys, kokematon kollega, väkivaltatilanteet, elvyttäminen sekä lapsipotilaiden hoitaminen (Rasimus 2002, 70 - 71; Mikkola 2013, 33). Päivystykseen on vaikeaa löytää työntekijöitä, sillä työtahti on kova ja työn hallinnan tunne voi kadota (Welling 2019). Päivystystyössä potilasturvallisuusongelmat korostuvat, sillä työ on ennakoimatonta ja yllätyksellistä. Potilastapauksien ja -määrien vaihtelevuus voi olla suurta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.) Päivystyksen sairaanhoitajan työn ydin on nähdä päivystyksen kokonaistilanne ja osata huomioida yksittäisten potilaiden riskit. Päivystyksen sairaanhoitajan työ edellyttää eri aloilta laajaa erikoisosaamista. (Paakkonen 2008.)

4 MITEN POTILASTURVALLISUUTTA VOISI PARANTAA?

”Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.” (L 30.12.2010/1326.) Potilasturvallisuutta tulee aktiivisesti kehittää ja varmistaa, että toimintatavat ovat turvallisia ja suojaavat potilasta vaaratapah- tumilta (Kuisma ym. 2019, 11). Potilasturvallisuutta voidaan parantaa myös yksinkertaisin keinoin. Sopimalla järjestelmällisiä toimintatapoja ja varmistusrutiineja voidaan ehkäistä inhimillisten virheiden ja haasteellisten olosuhteiden vaikutus potilasturvallisuuteen. Hoitoprosessien sujuvuus, osaava ja riittävä henkilöstö, työhyvinvointi, lääkehoidon turvallisuus sekä hoitolaitteet ja niiden toiminnan osaaminen parantavat potilastur- vallisuutta. Moniammatillinen yhteistyö, turvallinen tiedonkulku, sujuva kommunikaatio ja vastuunottaminen ovat tärkeitä. (Olin &

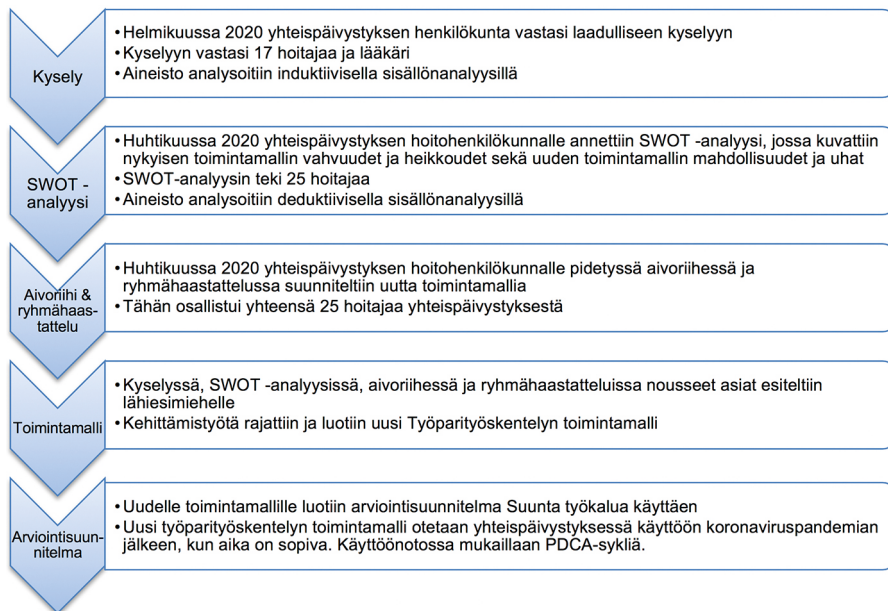
Terävä 2017.) Kuviossa 1 kuvataan potilasturvallisuutta edistäviä ja heikentäviä tekijöitä.

POTILASTURVALLISUUTTA EDISTÄVIÄ TEKIJÖITÄ	POTILASTURVALLISUUTTA HEIKENTÄVIÄ TEKIJÖITÄ
<ul style="list-style-type: none">• osaava, pätevä, ammattitaitoinen henkilöstö• henkilöstön riittävä määrä, perehdytys ja koulutus• työhyvinvointi• hyvä tiedonkulku ja kommunikaatio• perustietojen ja taitojen hallinta• lääkehoidon osaaminen• laitteiden käyttökoulutus• infektioiden torjunta• koulutus mahdollisuudet• yksinkertaiset, selkeät prosessit• selkeät toimintaohjeet• selkeä työn- ja vastuunjako• seurantaraportit ja virheistä oppiminen• näyttöön perustuva hoitotyö	<ul style="list-style-type: none">• suuri työmäärä ja kiire• työnkuormittavuus• henkilökunnan nopea vaihtuminen• henkilöstön riittämätön mitoitus• työhyvinvoinnin ongelmat• yhteistyön toimimattomuus• tiedonkulun ongelmat• epäselvät, monimutkaiset prosessit• epäselvyydet työnjaossa, vastuussa, rooleissa ja tehtävissä• työympäristö ja hoitotyön välineet• inhimilliset tekijät, kuten stressi, väsymys ja monta muistettavaa asiaa

Kuvio 1. Potilasturvallisuutta edistäviä ja heikentäviä tekijöitä.

5 KEHITTÄMISTYÖN ETENEMINEN

Kehittämistyö alkoi laadullisella kyselyllä yhteispäivystyksen henkilökunnalle. Kyselyssä haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin: Mitä ovat nykyisen hoitotyön työnjaon hyvät ja huonot puolet, mitä omahoitajamalli tarkoittaa, mitä hyvää olisi omahoitajamallissa ja miten sen haasteita voitaisiin ennakoida sekä miten potilasturvallisuutta voisi parantaa. Kyselyyn vastanneiden määrä jäi pieneksi, joten SWOT-analyysillä haluttiin varmistaa, tuoko uusi aineisto lisätietoa. Yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnalle toteutettiin kolmena iltapäivänä kehittämistuokioita, joissa suunniteltiin yhdessä uutta hoitotyön työnjakomallia. Näihin kehittämistuokioihin osallistui yhteensä 25 hoitajaa. Kehittämismenetelmien tulokset esitettiin lähiesimiehelle ja kehittämistyö rajattiin toimintamallin käytännön toteuttamiseen moduulissa sekä arviointisuunnitelman luomiseen toimintamallille. Kuviossa 2 kuvataan tämän kehittämistyön eteneminen.



Kuvio 2. Kehittämistyön eteneminen.

6 HOITAJIEN NÄKEMYKSIÄ POTILASTURVALLISUUDESTA

Kehittämistyön tuloksina saatiin selville nykyisen hoitotyön työnjaon hyviä ja huonoja puolia. Hyviä puolia ovat hoitotyön nopeus ja tehokkuus sekä mahdollisuus siirtyä joustavasti omalle vastuualueelle; esimerkiksi traumahoitajan on helppo irrottautua hoitamaan traumahälytyksenä tulevaa potilasta. Nykyisessä työnjakomallissa työ ja hoitajien kokemus jakaantuvat tasaisesti, hoitajilla on tietoa jokaisesta moduulin potilaasta ja heillä on yhteinen vastuu hoidosta. Yhteistyö koetaan nykyisen työnjaon parhaana puolena.

Nykyisen hoitotyön työnjaon huonot puolet kuvaavat myös potilasturvallisuuden riskitekijöitä. Kiireisenä päivänä moduulin kokonaistilanteen hallitseminen on haasteellista ja hoitotyö voi olla sekavaa. Virheiden mahdollisuus kasvaa, saattaa olla päällekkäisiä toimintoja ja työt voivat jakaantua epätasaisesti hoitajien välillä. Virallisen hoitovastuun jakamattomuus ja ongelmat

tiedonkulussa vaikuttavat oleellisesti potilasturvallisuuteen. Yhtenä suurena potilasturvallisuuteen vaikuttavana asiana koetaan se, että nykyisellä työnjaolla potilaan tilan heikkeneminen tai paraneminen saattaa jäädä kokonaan ottamatta huomioon, sillä hoitotyössä ei ole jatkuvuutta. Jos potilaan tulotilanteen nähnyt hoitaja ei jatka potilaan hoitoa, uusi hoitaja on potilaan itse kertoman tiedon ja hoitotyön kirjausten varassa. Merkittävänä potilasturvallisuutta heikentävänä tekijänä kuvataan työvuorojen vaihtelevuus. Yhteispäivystyksessä on aamu-, ilta- ja yövuorojen lisäksi välivuoroja, jotka tukevat päivystyksen ruuhkaisinta aikaa. Välivuorojen työntekijät ovat arvokasta lisäapua ruuhkatilanteessa, mutta eri aikoihin tulevat ja menevät hoitajat aiheuttavat myös sekavuutta hoitotyöhön. Jos välivuorolainen liikkuu moduulista toiseen toteuttamassa määräyksiä, hoitotyössä ei ole jatkuvuutta, ja kokonaisuuden hallinta on mahdotonta. Sopimalla selkeät säännöt ja avaamalla välivuorolaisten työnkuvat voidaan hoitotyötä selkeyttää.

Kehittämistyön alkuperäisenä ajatuksena oli luoda omahoitajamalli yhteispäivystykseen. Oletuksena oli, että omahoitajamallilla voitaisiin parantaa potilasturvallisuutta. Yhteispäivystyksen hoitajat kuvasivat omahoitajuutta siten, että yksi hoitaja vastaa potilaan hoidosta alusta loppuun saakka. Tällä hoitajalla on vastuu potilaan hoidosta, hoidon kokonaisuudesta ja tiedonkulusta. Näin parannettaisiin hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Nykyisen toimintamallin parhaana puolena pidetään yhteistyötä, jota ei kuitenkaan unohdettaisi omahoitajuudessa. Vastaajat korostivat, että omahoitajamalli ei tarkoita yksin hoitamista.

Yksilövastuisen hoitotyön ja omahoitajuuden haaste on sen toteuttaminen käytännössä (Voutilainen & Laaksonen 1994, 81). Yhteispäivystyksen hoitajat kuvaavat omahoitajamallin haasteita; miten jakaa potilaat tasapuolisesti, sillä päivystyspotilaiden numeerinen määrä ei kuvaa potilaiden hoidettavuutta. Nykyisellä toimintamallilla apua saa aina pyydettäessä, mutta pelkona on, että omahoitajamallissa ei enää saisi apua. Vastaajat kokevat uhkana, että hoitaja voi jäädä yksin ja ilman apua, kun kaikki

keskittyvät omiin potilaisiinsa. Uhkana koetaan se, että toimintamallista puuttuisi yhteistyö. Nykyisellä toimintamallilla akuutin potilaan hoito on sujuvaa, sillä siihen osallistuu monta moduulin hoitajaa. Omahoitajuuden haasteena on akuutin potilaan hoidon onnistuminen omahoitajamallin mukaisesti. Pelkoa aiheuttaa, miten muut omat potilaat pärjäävät sen aikaa, jos itse on kiinni kuormittavan ja haasteellisen potilaan hoidossa.

Yhteispäivyyksen hoitohenkilökunnan vaihtuvuus on suurta. Huolta vastaajissa aiheuttaa se, että riittääkö jokaisen hoitajan osaaminen potilaan hoidosta vastaamiseen yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden mukaisesti. Vastavalmistunut tai akuutihoidossa kokematon hoitaja saattaa jopa vaarantaa potilasturvallisuuden, jos kokemusta ja osaamista ei ole riittävästi. Työn sisällön ja teknologian muuttuminen haasteellisemmaksi edellyttää moniammatillista osaamista, yhden hoitajan osaaminen ei välttämättä enää riitä (Koivukoski & Palomäki 2009, 9). Yhteispäivystyksen henkilöstöresurssit eivät välttämättä riittäisi vielä omahoitajamallin toteuttamiseen.

Uuden toimintamallin haasteita voidaan ennakoida hyvällä suunnittelulla ja selkeillä ohjeilla. Hoitajat tulee perehdyttää ja kouluttaa siihen sekä jokaiselle tulee avata, mitä toimintamalli käytännössä tarkoittaa. Erityistä huomiota tulee kiinnittää siihen, miten potilaat jaetaan tasapuolisesti hoitajien välillä. Lähiesimieheltä halutaan tukea. Työvuorosuunnittelulla tulisi mahdollistaa uuden toimintamallin henkilöstön riittävyys ja osaaminen.

Potilasturvallisuutta voisi parantaa lisäämällä hoitohenkilökuntaa sekä lääkäreitä. Yleinen käsitys on, että henkilökunnan lisääminen ja useamman työntekijän työpanos lisäisi potilasturvallisuutta. Toisaalta tehtävien ja roolien epäselvyydet aiheuttavat helposti vaaratilanteen, jossa asioita jää tekemättä, sillä kaikki olettavat, että joku toinen hoitaja huolehtii tehtävästä. (Helovuom. 2011, 84.) Selkeä kommunikaatio, ääneen ajatteleminen ja puhuminen, parempi kirjaaminen sekä avoin vuorovaikutus parantavat potilasturvallisuutta. Hoitajat kaipaavat enemmän

koulutusta, erityisesti akuuttihoidon simulaatiokoulutusta. Uusille hoitajille tulisi antaa pidempi perehdytys. Potilasturvallisuutta voitaisiin parantaa korostamalla vastuun merkitystä. Hyvän potilasturvallisuuskulttuurin luomiseen kuuluu selkeästi vastuun ottaminen. Tulee ymmärtää, että jokainen työntekijä on osa hyvää ja toimivaa turvallisuuskulttuuria. Tulee tarttua myös sellaisiin asioihin, jotka eivät välttämättä kuulu työnkuvaan. Yhteispäivystyksen työympäristö vaikuttaa oleellisesti potilasturvallisuuteen. Erityisesti työssä ilmenevä sekavuus, kaoottisuus, hälinä, moduulissa kuljeskelevat omaiset, hälyttävät laitteet ja viranomaisverkon vilkas keskustelu häiritsevät keskittymistä ja vaarantavat potilasturvallisuutta. Työrauha tulee turvata keskittymistä vaativissa tilanteissa (Olin & Terävä 2017).

7 OMAHOITAJA-MALLIN HAASTEISTA TYÖPARITYÖSKENTELYYN

Omahoitaja-mallin toteuttaminen koetaan liian haasteelliseksi yhteispäivystyksessä. Haasteena ovat huoli hoitajien osaamisen riittävydestä, henkilökuntaresursseista sekä muutosvastarinta ja haluttomuus kokeilla toimintamallia. Yhteispäivystys on ollut jatkuvien muutosten alla, henkilöstö kaipaisi aikaa totuttautua uusiin muutoksiin ja niiden vakiinnuttamiseen. Työparityöskentelyyn hoitajilla löytyi enemmän halukkuutta. Työparityöskentelyllä turvataan vastavalmistuneen ja akuuttihoidossa kokemattoman hoitajan työssä pärjääminen, työpari tukee työssä jaksamista ja ergonomiaa. Ensihoidossa työparityöskentelyllä on pitkät perinteet ja siellä se on huomattu toimivaksi ja turvalliseksi työskentelymalliksi (Alanen ym. 2017, 15). Työparityöskentelyssä voidaan suunnitella selkeä työnjako ja työn hallinnan tunne kasvaa. Työtä tehdään yhdessä, tietoa ja osaamista jaetaan. (Rahko 2010.)

Työparityöskentelyssä pyritään luomaan työpari yhdistämällä kokematon ja kokenut hoitaja. Haasteena on estää kokeneemman hoitajan kuormittuminen. Työparityöskentelylle on tehty toimin-

tamalli, joka otetaan yhteispäivystyksessä käyttöön koronaviruspandemian jälkeen, kun aika siihen on sopiva. Työparityöskentelymallille on tehty myös arviointisuunnitelma Suunta-työkalua käyttäen. Arviointisuunnitelmaa käyttämällä voidaan tarkastella, miten muutoksessa onnistutaan, miten uusi toimintamalli toimii, mitä muutoksesta opitaan ja mitä jatkokehittämissideoita ilmenee (Kallankari 2019).

8 POHDINTAA

Tulevaisuudessa yhteispäivystyksen haasteet korostuvat. Potilasmäärät lisääntyvät, mutta jatkohoitopaikat suhteessa potilasmääriin eivät lisäänty. Uhkakuvana on päivystysten laaja kuormittuminen. Haasteena on vastata ikääntyvien potilaiden runsaaseen päivystyspalveluiden kysyntään. (Aalto ym. 2008, 76; Paakkonen 2008.) Hoidon laadun ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi on tärkeää, että ammattiryhmien työnjakoa ja osaamista kehitetään (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 5). Kehittämällä hoitotyön työnjakoa voidaan parantaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Työn sujuvuus, selkeät ohjeet, määritelty työnkuva ja hyvä tiedonkulku ovat oleellisia tekijöitä potilasturvallisuudessa. Työhyvinvoinnin merkitys on kasvanut kiireisessä ja jatkuvasti muuttuvassa terveydenhuollossa. Työhyvinvointia voidaan parantaa esimerkiksi selkeällä työnjaolla.

Henkilökunnan osallistamisella toiminnan kehittämiseen voidaan motivoida ja sitouttaa henkilöstöä. Henkilökunnan jäsenet ovat asiantuntijoita omassa työssään ja tämä voimavara tulee hyödyntää. Onnistuneessa muutoksessa vuorovaikutuksen ja inhimillisyyden ymmärtäminen on tärkeää. (Kallankari 2019.) Alkuperäinen ajatus kehittää omahoitaja -malli on ideaali, mutta käytännön haasteet estävät sitä. Työparityöskentely olisi ensimmäinen askel kohti yksilövastuista hoitotyötä. Hoitohenkilökunnan mielipiteitä tulee kunnioittaa ja tulee pyrkiä luomaan toimintamalli, johon jokainen pystyisi osaltaan sitoutumaan. Kehittäjänä tulee olla nöyrä ja osata itse mukautua muuttuviin tilanteisiin.

Työ yhteispäivystyksessä on haasteellista jo työvuorojen puolesta, työ painottuu iltaan ja alkuyöhön. Haasteita lisäävät suuret potilasmäärät, erityisesti iäkkäät potilaat, jotka tulevat monesti suoraan päivystykseen ja joutuvat odottamaan siellä useita tunteja, jos heidän tilansa ei vaadi välittömiä toimenpiteitä. Päivystyksen resursseja kuluttavat ei-päivystykselliset potilaat, jotka tulevat sinne oman hoitopaikan ollessa ruuhkautunut, esimerkiksi työterveys tai terveyskeskus. Päivystyksen läpimenoajat ovat pitkiä, siihen vaikuttavat lääkäreiden kokemattomuus ja epävarmuus, jatkohoitopaikan odottaminen sekä päivystyksellisten tutkimusten odottaminen. (Nordic Healthcare Group 2020.)

Yhteispäivystyksen sairaanhoitajalta vaaditaan laajaa osaamista, tietoa ja taitoja. Päivystyksessä hoidetaan potilaita lapsista ikäihmisiin, akuuttihoidon osaamisen lisäksi tulee olla tietämystä monesta eri erikoisalasta. Kehittämistyön aineistosta nouseekin esiin kokeneiden sairaanhoitajien asiantuntijuus, laaja erikoisosaaminen ja näkemys, miten eri asiat vaikuttavat toisiinsa. Yhteispäivystyksessä on paljon osaamista ja taitoa. Kokeneilla hoitajilla on paljon hiljaista tietoa ja tämä tieto tulisi saada näkyväksi ja sitä tulisi arvostaa. Työhyvinvointiin tulisi panostaa, että tämä arvokas voimavara pysyisi päivystyksessä. Yhteispäivystyksessä on vahva kulttuuri ja työilmapiiri on ainutlaatuinen. Yhdessä selviydytään vaikeistakin tilanteista. Henkilökunnan mukaan työssä parasta ovat hyvät työkaverit, jotka auttavat jaksamaan haasteellisessa työssä.

LÄHTEET

Aalto, S., Castren, M., Rantala, E., Sopanen, P. & Westergård, A. 2008. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY.

Alanen, P., Jormakka, J., Kosonen, A. & Saikko, S. 2017. Oireista työdiagnoosiin: Ensihoitopotilaan tutkiminen ja arviointi. Helsinki: Sanoma Pro.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus: Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Edita.

Kallankari, S. 2019. Muutoksen johtaminen arjessa: Opas sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Duodecim. [Verkkokirja]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 15.5.2020]. Saatavana Oppiporssi-palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.

Koivukoski, S. & Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tiimikirja. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.

Kuisma M., Järvelin, J., Kilpiäinen, E., Tuukkanen, J., Pöllänen, R., Saarinen, M., Vaula, E., Wilen, S. & Etelälahti, T. 2019. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa päivystyksessä: suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:23. [Viitattu 7.5.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4108-3>

L 30.12.2010/1326. Terveydenhuoltolaki.

Mikkola, R. 2013. Henkilökunnan kokema pelko ja selviytymiskeinot ensiapupoliklinikoilla: Malli pelosta selviytymiseen. [Verkkajulkaisu]. Tampere: Tampereen yliopisto. Acta Electronica Universitatis Tampereensis 1307. Väitösk. [Viitattu 18.1.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9137-5>

Nordic Healthcare Group. 2020. Päivystyksen kehittäminen: Loppuraportti. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Jaettu yhteispäivystyksen henkilökunnalle. Julkaisematon.

Ojanperä, L. 2020. Yhteispäivystyksen hoitotyön työnjaon kehittäminen potilasturvallisuuden parantamiseksi. [Verkkajulkaisu]. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan yksikkö. Ylempi AMK-opinnäytetyö. [Viitattu 11.6.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2020051511621>

Olin, K. & Terävä, V. 2.10.2017. Potilasturvallisuus teho- ja valvontahoitotyössä. [Verkkokirja]. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 8.3.2020]. Saatavana Terveysporssi-palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.

Paakkonen, H. 2008. The contemporary and future clinical skills of emergency department nurses: Experts' perceptions using Delphi-technique. [Verkkajulkaisu]. Kuopio: Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 163. Diss. [Viitattu 5.4.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-27-1073-7>

Rahko, E. 2010. Samassa veneessä sosiaalialalla: tutkimus sosiaalityöntekijöiden ja sosiaaliohjaajien kokemuksista työparityöstä. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.

Rasimus, M. 2002. Turvattomuus työoverina: Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikoilla. [Verkkajulkaisu]. Kuopio: Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 98. Väitösk. [Viitattu 5.4.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:951-781-937-4>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Uusia käytäntöjä ja rakenteita näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen kehittämiseen: Ehdotukset työelämälle ja koulutukselle. [Verkkajulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:3. [Viitattu 7.5.2020]. Helsinki. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4145-8>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017 – 2021: Valtioneuvoston periaatepäätös. [Verkkajulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:9. [Viitattu 7.5.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3963-9>

Welling, M. 4.3.2019. Mitä päivystyspeilistä näkyy? [Blogikirjoitus]. Helsinki: Potilasvakuutuskeskus. [Viitattu 9.3.2020]. Saatavana: <https://www.pvk.fi/fi/potilasvakuutuskeskus/blogi/mita-paivystyspeilista-nakyy/>

Voutilainen P. & Laaksonen, K. (toim.) 1994. Potilaskeskeinen hoitotyö: Askel eteenpäin. Helsinki: Kirjayhtymä.

TYÖHYVINVOINNIN KEHITTÄMINEN - KEHITTÄMISMENETELMIEN HYÖDYNTÄMINEN FORESIGHT FRAMEWORK -PROSESSIMALLIN MUKAAN

Suvi Aromäki, terveydenhoitaja (ylempi AMK)
Kuntayhtymä Kaksineuvoinen

Marja Toukola, THM, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

1 JOHDANTOA

Tämä artikkeli pohjautuu Suvi Aromäen (2020) työhyvinvointia koskevaan, sosiaali- ja terveysalan ylemmän AMK-tutkinnon, Kliininen asiantuntijuus -tutkinto-ohjelman opinnäytetyönä toteutettuun kehittämistyöhön.

Työhyvinvointia on tutkittu aikaisemmin eri näkökulmista. Sosiaali- ja terveysministeriön työhyvinvointitutkimukseen liittyvässä Mäkinien ym. (2014) julkaisussa suositeltiin kehittämään monipuolisempia tutkimustapoja, jotka kohdistuisivat esimerkiksi työyhteisön vuorovaikutuksen luonteeseen tai työpaikan arkisiin käytäntöihin sekä työhyvinvointiin vaikuttaviin rakenteellisiin tekijöihin. Voidaanko myös työhyvinvoinnin tutkimusmenetelmiä kehittää jo sinällään voimavaroja tukeviksi ja edistäviksi?

Kehittämistyö toteutettiin tutkimuksellisena kehittämistoimintana. Kehittämistyön prosessi eteni Foresight framework -viiteke-

hyksen pathfinders-polun mukaisesti eri kehittämismenetelmiä hyödyntäen (Carleton, Cockayne & Tahvanainen 2013, 11, 230). Kehittämistyön tarkoituksena oli selvittää erään hoitotyön yksikön työyhteisön keskinäistä vuorovaikutusta ja työilmapiiriä sekä keinoja vahvistaa niitä. Kehittämistyön tavoitteena oli kehittää kohdeyksikön henkilökunnan työhyvinvointia.

Kehittämismenetelmiä sovellettiin aikataulutuksen tai ryhmäkoon mukaan, jotta saataisiin valittua paras mahdollinen keino. Käytetyt menetelmät toivat työyhteisölle tutuksi erilaisia työhyvinvointia ja osallisuutta lisääviä kehittämismenetelmiä. Suurimpana yksittäisenä kehittämismenetelmänä oli kehittämistyön loppuvaiheessa toteutettu käytännönläheistä oppimista edistävä simulaatio, jonka avulla voidaan kehittää vuorovaikutus-, yhteistyö- ja tiimityötaitoja. Yhteistyötä lisäävällä toiminnalla parannetaan työyhteisön jäsenten työhyvinvointia.

2 TYÖHYVINVOINTI TYÖN ARJESSA

Työhyvinvointi syntyy pääasiassa työn arjessa. Työhyvinvoinnilla on myönteinen yhteys yrityksen tuloksellisuuteen, asiakastyytyväisyyteen sekä työntekijöiden vähäisempään vaihtuvuuteen ja sairauspoissaoloihin. (Työterveyslaitos, [viitattu 5.4.2020].) Työhyvinvoinnin merkitys organisaation menestykselle korostuu entisestään, kun ympärillä oleva maailma muuttuu yhä kiivaamassa tahdissa ja työelämään astuvat uudet sukupolvet. Työstämällä nykyisiä toimintatapoja voidaan myös kasvattaa innostusta ja aikaansaamista. Työhyvinvoinnin toimenpiteiden toteuttamisen avainasemassa on esimies. Myös työntekijä on vastuussa työyhteisön toimivuudesta ja oman itsensä johtamisesta. (Manka & Manka 2016, 8 - 9.)

Tiimityöllä voidaan tukea työntekijäpysyvyyttä ja työpaikan hyvinvointia. Tiimiälytaidot eivät ole persoonallisuustekijöitä vaan

taitoja, joita asemasta riippumatta voi jokainen kehittää ja tuoda tiimiin. Tiimin toiminnan perustana on jäsenten kykyjen tunnistaminen ja tukeminen. Yhteinen suunta on määritelty tiimin tavoitteiden saavuttamiseksi. Salliva ilmapiiri luo luottamuksen ilmapiiriä, jolloin kaikkien mielipide on tärkeä ja arvokas. Rikas-tava vuorovaikutus koostuu avoimesta, vapaasta ja tarkoituk-senmukaisesta tiimin vuorovaikutuksesta. Jaetun tietoisuuden myötä tiimi etenee vaiheesta toiseen yhteistä tavoitetta kohti itseohjautuvasti ja tarkoituksenmukaisesti. (Hiila, Tukiainen & Hakola 2019, 67 - 69, 77 - 79.)

Työelämässä on noussut keskeiseksi ihmisten välinen vuorovai-kutus. Työpaikkojen keskeiset ammatilliset kipukohdat löytyvät ihmisten keskinäisestä kanssakäymisestä, yhteistyöstä ja kom-munikaatiosta. Jokaisen tiimin jäsenen käytös, eleitä ja ilmeitä myöten, vaikuttaa toisten tunnelmaan ja sitä kautta työssä viih-tymiseen. Työyhteisössä tunteet tarttuvat siten, että myönteiset tunteet synnyttävät hyvää oloa ja huonot ruokkivat negatiivista henkeä. Menestyvimät ja tunnelmaltaan parhaat tiimit ovat ne, joissa käyttäytyään ammatillisista rooleista ja suhteista käsin. Sen seurauksena syntyvät hyvät, avoimet ja luottamukselliset ihmissuhteet. (Järvinen 2018, 120 - 125.)

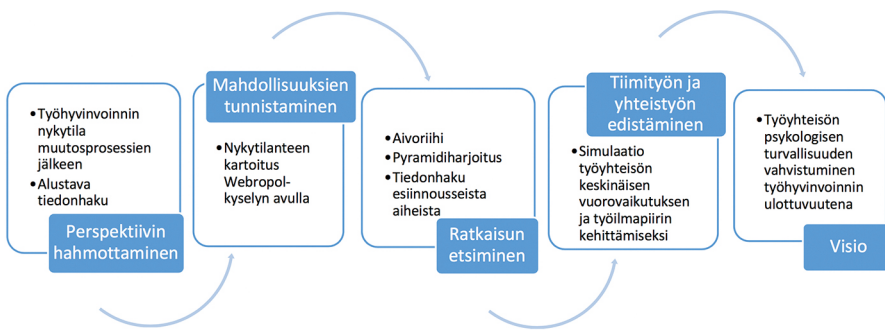
Hyvän työilmapiirin perustana voidaan pitää työpaikan sujuvaa arkea. Hyvässä työilmapiirissä arvostetaan osaamista ja annetaan tilaa oppia. (Bagh 2019, 114 - 115.) Hyvällä työilmapiirillä kuvail-laan olevan lukuisia etuja, kuten tuloksellisuuden parantuminen, innovatiivisuus ja tuottavuus. Hyvä työilmapiiri lisää terveyttä ja hyvinvointia työssä. Hyvä työilmapiiri vähentää stressin koke-mista, työuupumista, kyynisyyttä ja yhteistyöongelmia. Kaikkia työyhteisön jäseniä tarvitaan hyvän työilmapiirin luomiseen ja säilyttämiseen. Hyvä ilmapiiri luodaan joka päivä uudelleen. (Aro 2018, 25.)

3 KEHITTÄMISTYÖN PROSESSIN VAIHEET

Kehittäminen tähtää muutokseen. Kehittämisellä tavoitellaan jotain parempaa ja tehokkaampaa kuin aikaisemmat toimintatavat. Kehittämisen keskeinen elementti on tavoitteellisuus. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta kohdentuu tutkimuksen ja kehittämistoiminnan risteyspaikkaan. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa käytännön kysymykset nousevat käytännön toiminnasta ja rakenteista. Tällöin tavoitellaan konkreettista muutosta. Tutkimusprosessia ei voida tarkoin ennalta suunnitella, sillä kehittämisprosessin aikaiset havainnot ohjaavat prosessin etenemistä. (Toikko & Rantanen 2009, 16, 21 - 23, 30.)

Tässä kehittämistyössä käytettiin sekä laadullista että määrällistä tutkimusmenetelmää. Mixed methods research -lähestymistapa (MMR) tarkoittaa laadullisen ja määrällisen tutkimuksen yhdistämistä. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen yhdistämisellä luodaan parempaa ymmärrystä tutkimusongelmiin kuin vain toisella menetelmällä saavutettaisiin. Lähestymistapa mahdollistaa sellaisten tutkimusongelmien asettamisen, mihin laadullinen tai määrällinen lähestymistapa ei yksinään kykene vastaamaan. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 78.)

Foresight Framework -viitekehyksen avulla voidaan kuvata kehittämisprosessia. Foresight Framework on konkreettinen kehittämisen työkalu, johon kuuluu viisi suunnitelman vaihetta: perspektiivin hahmottaminen, mahdollisuuksien tunnistaminen, ratkaisun etsiminen, tiimityön ja yhteistyön edistäminen sekä visio toimintaa ohjaavana tavoitteena. Pathfindersin avulla saadaan luotua menestyksekkään toiminnan polun visuaalinen ideakartta. (Carleton ym. 2013, 11, 230.) Kehittämistyön pathfinders-polku esitetään kuviossa 1.



Kuvio 1. Foresight framework: Pathfinders-polku kehittämistyön prosessissa.

3.1 Perspektiivin hahmottaminen

Perspektiivin hahmottamisen vaiheessa muodostetaan selkeä näkemys siitä, mitkä ovat kehittämiskohteelle tärkeät tekijät (Salminen-Tuomaala 2018). Kehittämisasiheeksi lähdettiin miettimään työhyvinvoinnin kehittämistä organisaation eläessä jatkuvaa muutostilaa. Tiedonhaun avulla etsittiin materiaalia työhyvinvointiin liittyvistä asioista. Tietoa haettiin eri tietokannoista kohdennettuja hakuja hyödyntäen. Aiheen painopisteeksi muodostui työyhteisön keskinäinen vuorovaikutus ja työilmapiiri.

3.2 Mahdollisuuksien tunnistaminen

Mahdollisuuksien tunnistamisen vaiheessa hahmotetaan uusia mahdollisuuksia kehittämiskohteelle. Aikaisemmat hyvät toiminnot pyritään säilyttämään (Salminen-Tuomaala 2018). Tässä vaiheessa haluttiin löytää vastaus tutkimuskysymykseen: *Millainen on työyhteisön keskinäinen vuorovaikutus ja työilmapiiri?*

Työhyvinvoinnin nykytilaa lähdettiin selvittämään alkukartoituksen avulla. Webropol-pohjainen kysely liittyi työntekijöiden koettuun työhyvinvointiin, painottuen työyhteisön keskinäiseen vuorovaikutukseen ja työilmapiiriin. Kyselyyn vastattiin anonyy-

misti ja vapaaehtoisesti. Kyselytutkimus koostui sekä laadullisesta että määrällisestä osuudesta.

Kyselyn vastausten antamisessa käytettiin liukujanaa, jolloin vastaajat valitsivat vaihtoehdon asteikon 0 - 10 välillä (esimerkiksi 0=huonoin mahdollinen työilmapiiri, 10=paras mahdollinen työilmapiiri). Kyselyssä esitettiin myös väittämiä ja ominaisuuksia työyhteisön keskinäiseen vuorovaikutukseen ja työilmapiiriin liittyen. Kokemuksia voitiin kuvata asteikolla 1 - 4 (ei kuvaa ollenkaan, kuvaa vähän, kuvaa paljon, kuvaa täysin). Osa kyselyn määrällisen osuuden vastauksista oli valmiiksi analysoitu Webropol-ohjelman raportoinnin toimintona, osa analysoitiin IBM SPSS Statistics 25.0 -ohjelman avulla. Ohjelman avulla muodostettiin tulosten tulkinnan tueksi erilaisia taulukoita.

Kyselyssä oli myös avoimia kysymyksiä, joiden avulla etsittiin syvällisempiä vastauksia työyhteisön keskinäisen vuorovaikutuksen ja työilmapiirin kokemisesta. Laadullisen aineiston analyysissä päästiin kuvailemaan tutkittavaa ilmiötä. Kehittämistyön aineiston mukaan työyhteisön keskinäiseen vuorovaikutukseen ja työilmapiiriin vaikuttavat sekä yksilö- että yhteisötekijät. Yksilötekijöitä ovat ammattitaito, asenne, ajan hallinta, työn hallinta, käytöstavat, motivaatio ja koulutus. Yhteisötekijöitä puolestaan ovat tasa-arvo, avoimuus, työpanoksen arvostus, kunnioitus, kannustava esimies, työn/työpisteen vaihtelu, tiedonkulku, yhteistyö ja muutokset. Yhteenvetona voidaan todeta, että kyselyn vastauksissa heijastui yhtäältä suuren hajonnan vuoksi työyhteisön jakautuneisuus, toisaalta yhdistävinä tekijöinä halu avoimuuden ja yhteistyön lisäämiseen.

Analyysin tulokset esitettiin kohderyhmään kuuluville kehittämisprosessin edetessä, eri työryhmien kokoontumisten yhteydessä.

3.3 Ratkaisun etsiminen

Ratkaisun etsimisen vaiheessa määritellään uuden toiminnan keskeisiä osia kehittämiskohteelle. Hyvälle kehittämistoiminnalle luodaan alustava malli. Tulevaa kehittämistoimintaa aletaan konkreettisesti valmistella. (Salminen-Tuomaala 2018.) Tässä vaiheessa haluttiin löytää vastaus tutkimuskysymykseen: *Mitkä tekijät vaikuttavat työyhteisön keskinäiseen vuorovaikutukseen ja työilmapiiriin?*

Kehitettäviä kohteita lähdettiin tarkemmin pohtimaan soveltamalla aivoriihi –menetelmää. Aivoriihi on menetelmä, jota käytetään luovaan ongelmanratkaisuun. Aivoriihen tavoitteena on kehittää luovia ideoita turvallisessa ympäristössä, jossa kaikki ryhmän jäsenet osallistuvat. Aivoriihtä käytetään ideoiden tuottamisen ohella myös jäsenten osallistamiseen. Aivoriihessä sallitaan lennokkaatkin ideat, jotta ryhmä irtaantuisi totutuista ratkaisuista ja ajattelumalleista. Tunnelman rentouttajana toimii huumori. (Innokylä, [viitattu 27.2.2020].)

Aivoriihen alussa kerrottiin sovellettavasta menetelmästä ja käytiin läpi työyhteisön kyselyn tuloksia, joiden pohjalta lähdettiin pohtimaan tarkemmin kehitettäviä kohteita. Ryhmän osallistujat saivat tuoda omia ajatuksiaan esille, ja ideoida niiden pohjalta työyhteisön keskinäiseen vuorovaikutukseen ja työilmapiiriin vaikuttavien asioiden kehittämistä. Työhyvinvointiin liittyen ilmeni sekä negatiivisia että positiivisia asioita. Positiivisia asioita on syytä ylläpitää ja vahvistaa. Osallistujat saivat kirjoittaa post-it-lapuille kehittämisessä huomioitavia asioita. Ideoinnin jatkokäsittelyssä ryhmiteltiin aiheita post-it-lappujen avulla. Aivoriihen ideoita arvioitiin ja valittiin soveltuvat ideat.

Aivoriihessä teemoiksi nostettiin tasa-arvo, ammattitaito, avoimuus ja tiedonkulku. Aivoriihtä käytettiin kehittämistyössä, jotta päästäisiin aiheessa vielä syvemmälle tasolle. Täten onnistuttiin

saamaan yksityiskohtaisempaa näkökulmaa työyhteisön toimivuudesta kyselyn tuloksien myötä esille tulleiden asioiden osalta. Tämä selkeytti kehittämistyön etenemisen suuntaa.

Kehittämistarpeita priorisoitiin käyttämällä pyramidi -menetelmää. Aluksi käytiin läpi työyhteisön kyselyn tuloksia, joiden pohjalta lähdettiin pohtimaan tarkemmin kehitettäviä kohteita. Teemat oli valittu alkukartoituksessa esiinnousseista työyhteisön keskinäiseen vuorovaikutukseen ja työilmapiiriin vaikuttavista tekijöistä. Yhteistoiminnallista pyramidia lähdettiin luomaan otsikolla *Kohti unelmien työilmapiiriä*.

Öystilän (2019) mukaan pyramidi -harjoituksessa jaetaan osanottajalle A4-paperi, jossa on tyhjä pyramidipohja. Tällöin ylimmäksi kirjataan tärkein, keskelle kaksi seuraavaksi tärkeintä ja alimmaksi kolme seuraavaksi tärkeintä asiaa riippuen kehittämiskohteesta. Pyramidin osioihin voidaan kirjata sanoja, lauseita tai sloganeita. Kehittämistyössä sovellettiin pyramidi -harjoitusta muodostamalla neljä eri ryhmää, joissa lähdettiin ryhmäkohtaisesti pyramidia luomaan. Kun ryhmät olivat valmiita, sanat, lauseet ja sloganit kiinnitettiin seinälle. Jokainen työryhmään kuuluva sai käydä tutustumassa kaikkien ryhmien pyramideihin ja tukkimiehen kirjanpidolla jakamassa viisi pistettä haluamalleen kohteelle. Lopuksi luotiin yksi ryhmän yhteinen pyramidi eniten ääniä saaneista kohdista.

Ylimmäksi pyramidissa muodostui eniten pisteitä saanut kehittämiskohde eli *yhteistyö*. Keskelle muodostui kaksi seuraavaksi eniten pisteitä saanutta kehittämiskohdetta eli *”oma huono päivä ei ole muiden huono päivä”* ja *”huumori.”* Alimmaksi muodostui kolme seuraavaksi eniten pisteitä saanutta kehittämiskohdetta, jotka olivat *”tiedonkulku”*, *”toisen työn arvostus”* ja *”positiivinen asenne.”* Ryhmän yhteinen pyramidi kiinnitettiin seinälle muistuttamaan yhteisesti sovituista kehittämistarpeista *Kohti unelmien työilmapiiriä*. Pyramidin avulla toteutetusta kehittämistyön priorisoinnista saatiin kehittämistyölle uutta etenemissuuntaa.

3.4 Tiimityön ja yhteistyön edistäminen

Tiimityön ja yhteistyön edistämisen vaiheessa rakennetaan uusi kehittämistoimintamalli, jossa jokaisen kokemusta pidetään tärkeänä. Kollegiaalisuus ja tuki ovat edistäviä tekijöitä. Yhteistyössä korostuu yhteen hiileen puhaltaminen. (Salminen-Tuomaala 2018.) Tässä vaiheessa haluttiin löytää vastaus tutkimuskysymykseen: *Miten voidaan vahvistaa työyhteisön keskinäistä vuorovaikutusta ja työilmapiiriä?*

Työhyvinvoinnin kehittämismenetelmänä päädyttiin käyttämään simulaatiota työyhteisön keskinäisen vuorovaikutuksen ja työilmapiirin kehittämiseksi. Kehittämistyön simulaatiossa hyödynnettiin roolijaottelussa 6 hats -menetelmää. Six thinking hats on Edward de Bonon hattumetafora -menetelmä, jolla voidaan tehostaa ryhmätyöskentelyä. Menetelmässä voidaan erivärisillä hatuilla kuvata erilaisia ajattelutapoja, joita voidaan vaihdella tarpeen mukaan. (Innokylä, [viitattu 10.3.2020]; Hämäläinen, [viitattu 10.3.2020].) De Bonon hattujen värejä hyödynnettiin simulaation roolijaottelussa osoittamaan työyhteisön jäsenten erilaisia ajattelumalleja, joita voidaan hyödyntää yhteistyön kehittämisessä.

Kuuden hatun menetelmässä roolien omaksuminen ryhmätyöskentelyssä on tehokasta, koska ihmiset kertovat eri rooleissa helpommin oman mielipiteensä. Tällöin aihetta käydään läpi eri näkökulmista. Hattu -metodia voidaan toteuttaa eri tavoin. Koko ryhmälle voidaan antaa samanvärisen hattu (=rooli) tai ryhmässä voidaan jakaa kaikille eriväriset hatut. Hattu -metodia voidaan hyödyntää myös yksin työskennellessä, jolloin se helpottaa asian ymmärtämistä eri näkökulmista. (Innokylä, [viitattu 10.3.2020].)

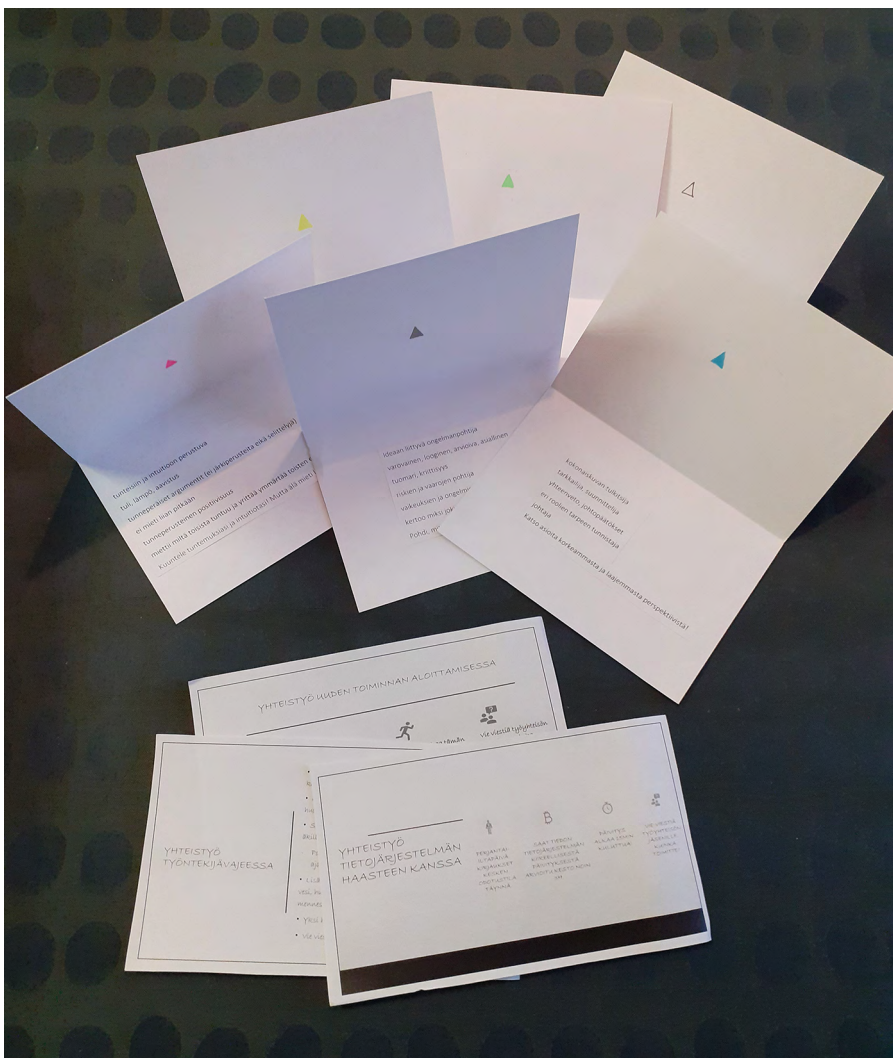
Innokylän ([viitattu 10.3.2020]) ja Hämäläisen ([viitattu 10.3.2020]) mukaan De Bonon hattujen värit ovat valkoinen, punainen, musta, keltainen, vihreä ja sininen. *Valkoinen* on faktoihin perustuva, joka kuvastuu neutraalina ja objektiivisena suhtautumisena.

Punainen on tunteisiin ja intuitioon perustuva, joka kuvastuu tulena, lämpönä ja tunneperusteisena positiivisuutena. Punainen ei kaipaa järkiperustelua eikä selittelyä. Punainen ei mieti liian pitkään. *Musta* on ideaan liittyvä ongelman pohtija, jota voidaan luonnehtia tuomarina, kriitikkona, riskien ja vaarojen pohtijana. Musta voidaan mieltää negatiivisena, mutta suoranaisesti sitä se kuitenkin ei ole. *Keltainen* on optimistisen toiveikas. Tällainen henkilö voidaan kokea optimistisena. Keltaisuus ilmenee loogisena positiivisuutena, energisyytenä ja tehokkuutena. *Vihreä* on luova ideoitsija. Tämä väri kuvastaa kekseliäisyyttä sekä vaihtoehtojen ja mahdollisuuksien etsimistä. *Sininen* on kokonaiskuvan tulkitsija. Sininen väri kuvastaa korkeampaa ajattelutasoa, meta-ajattelua, ”ajattelun ajattelua”. Sininen henkilö voidaan kuvata tarkkailijana, suunnittelijana sekä yhteenvedon ja johtopäätösten tekijänä. Sininen on myös johtaja, joka on eri värien tarpeen tunnistaja. (Hämäläinen, [[viitattu 10.3.2020].])

Simulaatiopäivänä Seinäjoen ammattikorkeakoulun kampuksen projektitalon projektitalaan oli asetettu audiovisuaaliset välineet simulaation toteuttamista varten. Seinäjoen ammattikorkeakoulun IT-asiantuntijan avulla käytiin ennalta läpi käytettävät laitteistot. Simulaatioryhmään osallistui työyhteisön jäseniä kohdeyksikön eri toimipisteistä ja eri toimenkuvien perusteella, jotta saatiin kokoon monipuolinen tiimi.

Simulaatiopäivän alustukseksi käytiin yhteisesti läpi kehittämistyön lähtökohtia. Tiedolla kehittämisen ajatuksella käytiin läpi aiheeseen liittyvää teoriataustaa liittyen työhyvinvointiin, työilmapiiriin, vuorovaikutukseen ja ammatilliseen käyttäytymiseen työyhteisössä. Käytiin lyhyesti läpi nykytilan kartoituksena tehdyn Webropol-kyselyn ja aivoriihen tuloksia sekä kehittämiskohteiden priorisointiin liittynyttä pyramidia. Osallistujille kerrottiin simulaatio-opetuksesta menetelmänä sekä pohdittiin yhdessä työyhteisön roolien moninaisuutta.

Simulaation oppimistilanteita varten suunniteltiin mahdollisimman tarkoin todellisuutta jäljitteleviä tilanteita. Simulaatiot toteutettiin vapaaehtoisilla jaoilla. Osa ryhmän jäsenistä osallistui simulaatiotilanteeseen (4 - 6 henkilöä) ja osa havainnoi simulaatiota jälkipuintitilassa. Ryhmiä vaihdettiin skenaarioiden myötä ja näin saatiin vaihtelevia kokoonpanoja. Simulaatiotilanteiden esittely käytiin läpi skenaario kerrallaan. Muistilappu skenaarion aiheesta annettiin tueksi. Ryhmässä käytiin läpi kolme eri skenaariota: *Yhteistyö työntekijävajeessa*, *Yhteistyö uuden toiminnan aloittamisessa* ja *Yhteistyö tietojärjestelmän haasteen kanssa*. Skenaariot olivat esimerkkejä tilanteista, joita voi esiintyä kehittämistyön kohteen työyksikössä. Ideoita skenaarion aiheisiin saatiin myös kyselyn, aivoriihen ja pyramidiharjoituksen aikana tulleista yksityiskohdista. Simulaatioskenaarioissa korostui yhteistyö, joka pohjautui pyramidiharjoituksen ylimpään kohtaan. Kehittämistyössä käytettiin roolijaottelussa taitettavia kortteja, joihin oli sisäpuolelle tehty värinmukainen kolmio ja kirjoitettu selitys, mitä väri De Bonon ajattelumallien mukaan kuvaa. Roolikortteja ja skenaarion muistilappuja havainnollistetaan kuvassa 1.



Kuva 1. Simulaatiossa jaetut roolikortit ja skenaariot (kuva: Suvi Aromäki 2020).

Simulaatiorooleihin heittäydyttiin rohkeasti, tilanteisiin eläytyen. Jokaisen skenaarion jälkeen käytiin tilanne jälkipuintina läpi simulaation osallistuneiden kanssa, ja tarkkailijoiden havainnoinnit kuunneltiin. Kolmannen skenaarion jälkeen huomattiin, että aikaa on vielä jäljellä. Päädyttiin toteuttamaan vielä yksi skenaario, jonka osallistujat saivat itse suunnitella. Aiheeksi muodostui *Yhteistyö taloudellisesti haastavassa tilanteessa*.

Simulaation jälkeen keskusteltiin päivän aikana nousseista ajatuksista sekä niiden hyödynnettävyydestä työyhteisön keskinäisen vuorovaikutuksen ja työilmapiirin kannalta. Simulaatiopäivästä koettiin ajatuksia myös vapaamuotoisen kirjallisen palautteen avulla, jonka kaikki simulaatioon osallistujat palauttivat. Palautteiden mukaan simulaation koettiin olevan opettavainen kokemus. Simulaation koettiin herättävän paljon ajatuksia sekä omasta että työyhteisön jäsenten käyttäytymisestä. Simulaatio koettiin hyvin järjestetyksi. Koettiin tärkeänä saada kaikkien mielipide kuuluville. Palautteessa pohdittiin, että saatiin ymmärrystä, miten vaikeaa on kertoa työyhteisön jäsenille haastavasta tilanteesta. Tällöin saatiin myös ymmärrystä esimiestä kohtaan, joka useimmiten tuo tiedon työyhteisön kuuluville.

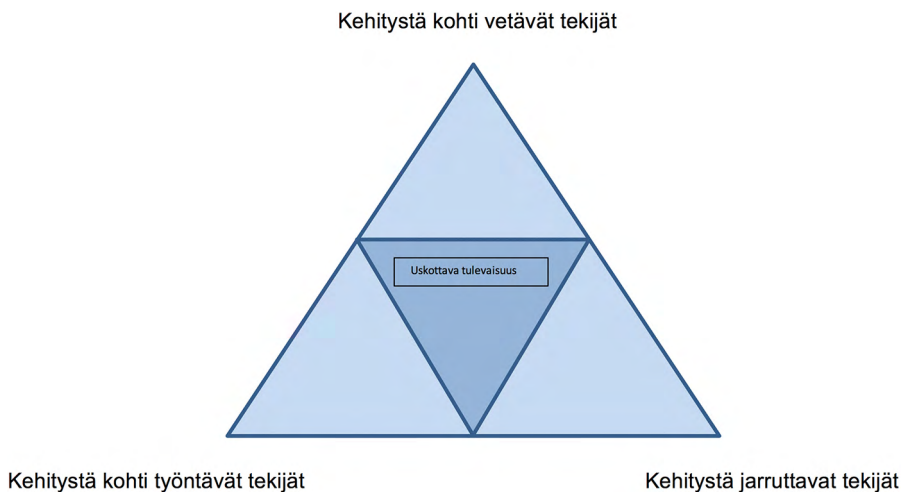
Skenaariotilanteiden koettiin olevan todentuntuksia. Niissä koettiin, että yhteistyöllä päästiin eteenpäin. Koettiin, että avointa työyhteisön jäsentä on helpompi lähestyä. Yhteistyöllä ja toinen toisensa tuella saadaan työhyvinvointia paremmaksi. Muiden mielipiteiden koettiin tarttuvan, sekä positiivisten että negatiivisten. Erityisesti negatiivisuuden koettiin tarttuvan, jolloin on haastavaa olla itse positiivinen työyhteisössä. Asioiden esilletuomisessa koettiin tärkeänä, miten asiat esitetään sekä miten niihin suhtaudutaan.

Osa simulaatioihin osallistujista koki helpoksi heittäytyä eri rooleihin. Osa koki haasteena asettua sellaiseen rooliin, joka ei ole itselle tyyppinen rooli, erityisesti osalle negatiivisten asioiden esittäminen oli haastavaa. Muutama kertoi, että oikeassa tilanteessa olisi reagoanut eri tavoin, mutta simulaatiossa heittäytyi kuitenkin roolin mukaiseksi. Simulaation avulla saatiin harjoiteltua yhteistyötä ja siten lisättyä työyhteisön jäsenten työhyvinvointia.

3.5 Visio

Visiossa luodaan selkeät linjat kehittämistoiminnalle. Visiossa jokaisen toimintaa ohjaa yhteenveto keskeisistä kehittämiskoh-teista. (Salminen-Tuomaala 2018.)

Kehittämistyön tuloksien kuvaamisessa hyödynnettiin tule-vaisuuskolmiota liittyen työyhteisön keskinäiseen vuorovaiku-tukseen ja työilmapiiriin vaikuttaviin tekijöihin. Inayatullahin tulevaisuuskolmiossa otetaan huomioon kolme tulevaisuuteen vaikuttavaa asiaa: kehitystä kohti vetävät tekijät, kehitystä kohti työntävät tekijät ja kehitystä jarruttavat tekijät (Talvela & Stenman 2012, 21; Dufva 2018). Tulevaisuuskolmio on työkalu, jonka avulla voidaan hahmottaa tulevaisuuteen liittyviä avainasioita. Se auttaa löytämään tulevaisuuden voimavektorit. (Talvela & Stenman 2012, 21.) Tulevaisuuskolmio esitetään kuviossa 2.



Kuvio 2. Tulevaisuuskolmio: Kehitykseen vaikuttavat tekijät (mukailten Talvela & Stenman 2012 & Dufva 2018).

Kehittämistyössä työyhteisön keskinäisen vuorovaikutuksen ja työilmapiiriin kehitystä kohti vetäviin tekijöihin voitiin luokitella jatkuvat työelämän muutokset, esimiehen kannustavuus, henki-

lökunnan ammattitaidon ylläpitämisen mahdollistaminen ja tasa-arvon kehittyminen. Kehittämistyössä työyhteisön keskinäisen vuorovaikutuksen ja työilmapiirin kehitystä kohti työntäviin tekijöihin luokiteltiin yhteistyön lisääntyminen, oman ammattitaidon ylläpitäminen ja positiivisen asenteen korostaminen. Hyvinvoiva työntekijä on avainasemassa kehityksen kulussa. Kehittämistyössä työyhteisön keskinäisen vuorovaikutuksen ja työilmapiirin kehitystä jarruttaviin tekijöihin luokiteltiin ongelmakohtien esilletuominen, negatiivisen asenteen tarttuvuus, muutosten tuomat kiireet, tasa-arvon ja tiedonkulun haasteet.

4 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Työyhteisön keskinäisen vuorovaikutuksen ja työilmapiirin kehittämisellä on vahva yhteys koettuun työhyvinvointiin. Mankan & Mankan (2016) mukaan työhyvinvointi ei synny kerran vuodessa järjestettävillä tyky-päivillä. Työhyvinvoinnin kehittäminen on prosessinomaista toimintaa, parhaimmillaan koko henkilökuntaa osallistavaa. Kun tällöin henkilöstö luo yhdessä tavoitteita ja ottaa suunnan, tavoitteisiin todennäköisemmin päästään ja suunta pysyy. Työhyvinvointia saadaan lisättyä kuulemalla ja tulemalla kuulluksi.

Työyhteisön keskinäisessä vuorovaikutuksessa ja työilmapiirissä havaittiin sekä toimivia että kehitettäviä puolia. Toimivia osalualueita on ylläpidettävä hyvinä. Kehitettäviä asioita on tuotava esille, jotta niihin voidaan puuttua. Yhteistyön lisäämisen koettiin parantavan työyhteisön keskinäistä vuorovaikutusta ja työilmapiiriä. Erilaisten roolien ymmärtämisellä ja tasa-arvon lisäämisellä saadaan parannettua työyhteisön jäsenten työhyvinvointia.

Kehittämistyön simulaatioilla saatiin lisättyä yhteistyötä. Tasa-arvoa saatiin lisäämällä ymmärrystä työyhteisön jäsenten erilai-

sista rooleista. Simulaatiossa opitun toiminnan toivotaan siirtyvän käytännön toimintatavaksi.

Yhteenvetona kehittämisprosessin vaiheista voidaan todeta, että avoimuuden vahvistamisella, yhteistyön lisäämisellä ja työyhteisön jäsenten erilaisuuden ymmärtämisellä voidaan vahvistaa työyhteisön keskinäistä vuorovaikutusta ja työilmapiiriä. Työyhteisön kaikkien jäsenten mielipiteet on huomioitava. Työyhteisön jäsenten tuki, positiivinen asenne ja käyttäytyminen vahvistavat työyhteisön jäsenten keskinäistä vuorovaikutusta ja työilmapiiriä. Tuloksena saatiin parannettua työyhteisön keskinäistä vuorovaikutusta ja työilmapiiriä ja sen myötä kehitettyä työhyvinvointia. Lopullinen arviointi työhyvinvoinnin kehittymisestä on jatkuva prosessi, joka jää tehdyn kehittämistehtävän ulkopuolelle. Työhyvinvointia ei vain ylläpidetä, vaan työhyvinvoinnin kehittäminen on työn arjessa tapahtuva jatkuva kehä.

LÄHTEET

Aro, A. 2018. Työilmapiiri kuntoon. Helsinki: Alma Talent.

Aromäki, S. 2020. Työyhteisön keskinäinen vuorovaikutus ja työilmapiiri: Työhyvinvoinnin kehittäminen simulaation avulla. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan yksikkö. Ylempi AMK-opinnäytetyö.

Bagh, M. von 2019. Mistä rakentuu yhteenkuuluvuuden tunne. Teoksessa: H. Laaksonen & S. Salin (toim.) Iloa ja intoa johtamiseen: Käytännön eväitä sosiaali- ja terveysalan esimiestyöhön. Helsinki: Oppian, 113 - 118.

Carleton, T., Cockayne, W. & Tahvanainen, A. 2013. Playbook for strategic foresight and innovation. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 14.6.2019]. Saatavana: <https://www.thegeniusworks.com/wp-content/uploads/2016/01/Playbook-forStrategic-Foresight-and-Innovation-A4.pdf>

Dufva, M. 2018. Tulevaisuususkkoa ahdistuksen kautta. [Blogikirjoitus]. Helsinki: Sitra. [Viitattu 5.4.2020]. Saatavana: <https://www.sitra.fi/blogit/tulevaisuususkkoa-ahdistuksen-kautta/>

Hiila, I., Tukiainen, M. & Hakola, I. 2019. Tiimiäly: Opas muuttuvaan työelämään. Jyväskylä: Tuuma.

Hämäläinen, W. Ei päiväystä. Kuuden hatun menetelmä ryhmätöissä. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 10.3.2020]. Saatavana: <http://www.cs.joensuu.fi/pages/whamalai/yoped/hatut.pdf>

Innokylä. Ei päiväystä. Aivoriihi. [Verkkosivu]. [Viitattu 27.2.2020]. Saatavana: <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/aivoriihi>

Innokylä. Ei päiväystä. Kuusi hattua (Six hats). [Verkkosivu]. [Viitattu 10.3.2020]. Saatavana: <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/kuusi-hattua-six-hats>

Järvinen, P. 2018. Ammatillinen käyttäytyminen: Tie onnistumiseen. Helsinki: Alma Talent.

Manka, M.-L. & Manka, M. 2016. Työhyvinvointi. Helsinki: Talentum Pro.

Mäkinieniemi, J.-P, Heikkilä-Tammi, K. & Manka, M.-L. 2015. Miten kuntaesimies voi parantaa työhyvinvointia? KAKS Kunnallisan kehittämissätiö. Tutkimusjulkaisu 92. [Viitattu 26.2.2020]. Saatavana: <https://kaks.fi/wp-content/uploads/2015/10/miten-kuntaesimies-voiparantaa-tyohyvinvointia.pdf>

Salminen-Tuomaala, M. 2018. Foresight framework – Konkreettinen väline klinisen toiminnan kehittämiseen. [Ppt-esitys]. Seinäjoki: Seinäjoen ammattikorkeakoulu. [Viitattu: 1.3.2020]. Saatavana Moodleoppimisympäristöstä. Vaatii käyttöoikeuden.

Talvela, J. & Stenman, K. 2012. Tulevaisuudentutkimuksen menetelmiä. [Verkkajulkaisu]. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun julkaisuja Sarja A 35. [Viitattu 5.4.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-5963-37-3>

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

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

Työterveyslaitos. Ei päiväystä. Työhyvinvointi. [Verkkosivu]. [Viitattu 5.4.2020]. Saatavana: <https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/tyohyvinvointi/>

Öystilä, S. 2019. Draaman mahdollisuudet ohjaustyössä. Teoksessa: A.-L- Karjalainen (toim.) Luovan toiminnan työtavat: Käsikirja sosiaali- ja terveysalalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 141 - 195.

KULTTUURIHYVINVOINTIA IKÄÄNTYNEILLE ANALOGISESTI JA DIGITAALISESTI

Anna-Kaarina Koivula, YTL, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

1 JOHDANTO

Artikkelin tarkoituksena on kuvata, mitä kulttuurihyvinvoinnin käsitteellä tarkoitetaan sekä millaisia toteutusmuotoja ja menetelmiä on käytössä tai voitaisiin käyttää. Otsikon termi analoginen viittaa kasvokkain kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen. Se toimii vastakohtana digitaaliseen kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen, jolloin toiminta ja kohtaaminen tapahtuvat internetin tai jonkin laitteen välityksellä. Tutkimustietoa taiteen ja kulttuurin vaikutavuudesta hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen on jo paljon olemassa. Nämä tutkimukset luovat pohjaa artikkelille. Artikkeleissa pohditaan myös mahdollisuuksia vaikuttaa kulttuuritoiminnan avulla yhteiskunnalliseen rakenteelliseen muutokseen sekä kriittisen ajattelun kasvuun.

2 KULTTUURIHYVINVOINNIN KÄSITE

Arjessa sanoja taide ja kulttuuri voidaan joskus pitää kovin kaukaisina teemoina. Tällöin niitä lähestytään teemoina, jotka eivät juurikaan kuulu omaan elinpiiriin ja joihin osallistuminen edellyttää erityisiä taitoja. Tällöin merkitys tulkitaan korkeakulttuurin kautta. Arjen kulttuuri, kuten esimerkiksi musiikin kuuntelu, lukeminen, saunominen, oma elinympäristö, on kuitenkin osa jokaisen taide- ja kulttuurielämää. Maailmanlaajuinen pyrkimys on

ollut saattaa taiteen ja kulttuurin hyvinvointivaikutukset kaikkien saataville. Kielitoimiston sanakirjassa **taide** määritellään seuraavasti: *”merkityksellisinä pidettäviin aistipohjaisiin elämyksiin tähtäävä luova toiminta ja sen tulokset”* (Kielitoimiston sanakirja 2020). **Kulttuuri** määritellään puolestaan seuraavasti: *”yhteisön tai koko ihmiskunnan henkisten ja aineellisten saavutusten kokonaisuus tai yksilön tai yhteisön henkisten tai ruumiillisten kykyjen kehittäminen tai kehittyneisyys, ajattelu- tai toimintatapojen kehittyneisyys, vakiintuneet toimintatavat”* (Kielitoimiston sanakirja 2020).

Monet kulttuurihyvinvoinnin alan käsitteistä ovat vielä uusia ja vakiintumattomia ja siksi on paikallaan aluksi kuvata käsitteitä. Yleensäkin kulttuurihyvinvoinnilla, *cultural wellbeing*, viitataan ihmisen omaan kokemukseen siitä, että kulttuuri ja taide lisäävät hänen hyvinvointiaan, tai että ne ovat yhteydessä hyvinvointiin. Etäkulttuuri puolestaan tarkoittaa etähoidon kanavien käyttämistä taiteen ja kulttuurin tarjoamiseen kotihoidon asiakkaille. Tästä esimerkkinä ovat helppokäyttöiset tabletit. (Käsitteet 2019.) Kulttuurihyvinvointipalveluilla (cultural welfare services) tarkoitetaan asiakas- ja tarvelähtöisiä, matalan kynnyksen räätälöitäviä palveluita, joilla on terveyttä ja hyvinvointia edistäviä tavoitteita. Näitä tavoitteita voivat olla esimerkiksi toimintakyvyn, elämänhallinnan tunteen ja koetun terveyden lisääminen, yksinäisyyden ja sosiaalisen eriytymisen ehkäisy sekä osallisuuden ja itseilmaisun oikeuden lisääminen. (Käsitteet 2019.)

Yhteisötaide (community art) viittaa monenlaiseen vuorovaikutteeseen taiteeseen, jonka materiaalina, välineenä tai toimintakenttänä ovat ihmisten väliset suhteet. Yhteisötaideprojekteissa taiteilijat tekevät taidetta ei-taiteilijoista koostuvien ryhmien kanssa erilaisissa ympäristöissä, usein perinteisesti taiteelle rajattujen tilojen ja näyttelypaikkojen ulkopuolella. Taidetta tehdään ryhmän tai yhteisön kanssa, heidän ehdoillaan ja heitä varten. Yhteistyön osapuolet usein haluavat työskentelyllään kiinnittää

huomiota ja käydä keskustelua jostakin tärkeänä pitämästään aiheesta. Taiteen tekemisen prosessiin liittyy tässä mielessä usein poliittinen ulottuvuus. Yhteisötaiteen lähikäsitteitä ovat mm. uusi julkinen taide, sosiaalisesti sitoutunut taide, poliittinen taide ja aktivistitaide. (Käsitteet 2019.)

Soveltava taide (applied art) käsittää puolestaan valtaosin taide- ja kulttuurilaitosten ulkopuolella, erilaisissa yhteisöissä tai toimintaympäristöissä tapahtuvaa toimintaa. Toiminnan kautta pyritään muutokseen yksilön tai yhteisön ajattelussa, toiminnassa, tilanteessa ja asenteissa. Taiteellisen toiminnan keskiössä ovat yhteisön jäsenet ja/tai yhteisö haasteineen ja muutostarpeineen. Osallistujat otetaan mukaan taiteelliseen toimintaan tutkimaan, tekemään valintoja ja muodostamaan asioista merkityksellisiä tulkintoja. Toiminnan lähtökohta sopii myös koko yhteiskunnan kehittämiseen siten, että hyödynnetään monipuolisesti luovuutta ja otetaan huomioon ihmisen kokonaisvaltaisuus eli tiedon, taidon, tunteen ja tahdon liittyminen toisiinsa. (Käsitteet 2019.)

Osallistava taide (inclusive art) on nimensä mukaisesti osallistujalähtöinen, toimijuuteen ja aktiiviseen taidetoimintaan perustuva toiminnan muoto, jonka keskiössä on vuorovaikutuksellinen tilanne. Tässä lähtökohdassa keskeistä on osallistujien tarpeista lähtevä osallistuminen, oppiminen tai taiteellinen toiminta sekä merkitykselliset kokemukset ja niiden jakaminen. Tavoitteena on usein osallistujien valtauttaminen ja taiteellinen tasa-arvo osaamistasosta riippumatta. Toiminnassa taiteellisen prosessin ja opetustilanteen rajat hämärtyvät ja osallistujat jakavat parhaimmillaan syvällisen yhteisöllisen ja taiteellisen kokemuksen. Myös yleisön kokemukset ja niiden purku voivat olla olennainen osa esityksen kokonaisuutta. Tällöin puhutaan osallistuvasta esityksestä. Osallistava taide luo dialogisen suhteen ympäröivään maailmaan. (Käsitteet 2019.)

Taulukko 1. Kulttuurihyvinvoinnin kirjo (mukaillen Lilja-Viherlampi & Rosenlöf 2019; Haapalainen 2019).

Muoto	Toimijat	Tavoitteet
ARJEN KULTTUURI <ul style="list-style-type: none"> • lukeminen • musiikin kuuntelu • ruokakulttuuri • saunominen • juhlapäivät • elokuvat, TV • pelit, retket • kodinomaisuus 	<ul style="list-style-type: none"> • työntekijät • omaiset • asiakas itse • vapaaehtoiset 	<ul style="list-style-type: none"> • hyvä ja mielekäs arki
OMA ILMAISU <ul style="list-style-type: none"> • piirtäminen • maalaaminen • soittaminen • kädentaidot, näytteleminen ym. omaehtoisesti tai ryhmässä ohjattuna 	<ul style="list-style-type: none"> • asiakas itse • taiteen ja kulttuurin ammattilaiset • taidepedagogit • vertaisohjaus 	<ul style="list-style-type: none"> • saavutettavat kulttuuripalvelut • kulttuuriset oikeudet • elämykset • kokemukset
TAITEEN KOKEMINEN <ul style="list-style-type: none"> • museo- ja näyttelyvierailut • teatteriesitykset • konsertit • taide osana rakentamista ja viihtyisiä ympäristöjä 	<ul style="list-style-type: none"> • taiteen ja kulttuurin ammattilaiset (ja harrastajat) 	<ul style="list-style-type: none"> • tavoitteelliset hyvinvointia lisäävät palvelut, joissa myös osaamisen siirtymistä ja kehittymistä, toimijuus, osallisuus
KULTTUURIHYVINVOINTI-PALVELUT <ul style="list-style-type: none"> • sosiaalinen sirkus • hoivamusikko palvelutalossa • tanssikummi kotihoidossa • kirjoittajaryhmä syrjäytyneille 	<ul style="list-style-type: none"> • taiteen ja kulttuurin ammattilaiset • asiakas itse • taidepedagogit • moniammatilliset työparit (taide ja sosiaalityö, hoitotyö, kasvat/etus) 	<ul style="list-style-type: none"> • taiteelliset tavoitteet ja/tai hyvinvointitavoitteet, toimijuus, osallisuus, näkyväksi tuleminen
YHTEISÖLLINEN/ OSALLISTAVA TAIDE-TOIMINTA, YHTEISÖTAIDE <ul style="list-style-type: none"> • osallistava teatteriesitys • yhteisötaiteelliset projektit 	<ul style="list-style-type: none"> • taiteen ja kulttuurin ammattilaiset • asiakas itse • taidepedagogit • moniammatilliset työparit (taide ja sosiaalityö, hoitotyö, kasvat/etus) 	<ul style="list-style-type: none"> • fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien hoito ja kuntoutus
TAIDETERAPIAT <ul style="list-style-type: none"> • musiikki-, tanssiliike-, kuvataideterapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Koulutetut taideterapeutit 	

3 KULTTUURINEN VANHUSTYÖ

Taide- ja kulttuurilähtöiset työmenetelmät alkoivat yleistyä suomalaisessa vanhustyössä 1980-luvulla ja työote vahvistui merkittävästi 2000-luvun alussa. Alussa teoriaperustaa haettiin erityisesti sosiokulttuurisesta innostamisesta, joka on toisen maailmansodan jälkeen yleistynyt sosiaalipedagogiikan suuntaus. Suuntauksessa yhdistyvät sosiaalinen, kulttuurinen ja kasvatuksellinen toiminta. (ks. esim. Kurki 2000; Huhtinen-Hilden 2013.) Nykyisin käytetään yleisemmin käsitettä kulttuurinen vanhustyö (Aholainen 2019), jolloin kulttuuri- ja taidetoiminta ymmärretään perustarpeena ja oikeutena, johon myös lainsäädäntö, esimerkiksi vanhuspalvelulaki (L 28.12.2012/980), velvoittaa.

Kulttuurista vanhustyötä voidaan tarkastella monista näkökulmista, esimerkiksi työmenetelmänä, mallina tai arvoina ja asenteina, jotka arvostavat kulttuuria ja luovuutta. Käytännössä työ toteutetaan yleensä moniammatillisena yhteistyönä (Huhtinen-Hilden 2013). Toiminnasta on käytetty paljon kritisoitua termiä viriketoiminta. Käyttökelpoisempi termi on virkistystoiminta, jolloin tekemisen merkityksellisyys ja toimijuus sisältyvät paremmin käsitteeseen.

Toimintamuotoja ja ryhmiä on olemassa paljon ja uusia on kehitteillä parhaillaan. Pääosa muodoista on löytynyt internetistä aiheen hakusanoilla sosiaalisen median ryhmistä ja esimerkiksi Facebookista. Tällaisia ovat esimerkiksi ”Aili kulttuurisen seniori- ja vanhustyön verkosto”, ”Kulttuurihyvinvointia ilman rajoja”, ”geroartist”, ”Taikusydän”, ”Unelmatehdas”, ”Kortteleihin kulttuuria”, ”Kylille kulttuuria”, ”Proud age”, ”Hoivakoti kuntoon” ja ”Terveyttä kulttuurista ry”. Yksilöidysti toimintamuotoja löytyy artikkelin lopussa olevista kuvioista 1 ja 2.

4 TAITEEN JA KULTTUURIN VAIKUTTAVUUS

Vaikuttavuus on haastava termi ja eri alojen tutkijat voivat käyttää sanaa toisistaan hyvinkin poikkeavasti. Vaikutuksia voidaan kuvata tavoitteiden mukaisten muutosten tapahtumiseksi. Vaikuttavuus taas on laajempi ketju ja siinä pyritään ymmärtämään tulosten ja vaikutusten lisäksi myös se prosessi, jonka kautta tulokset ja vaikutukset syntyvät (Jansson 2014,12). Laitinen (2017a) on määritellyt kulttuurihyvinvoinnin vaikutukset välittöminä ja kokemuksellisina tapahtumina.

Sosiaalityössä käytetään laajan näytön käsitettä (Raunio 2010, 390). Tuolloin työssä Raunion mukaan *”integroidaan paras saatavilla oleva tieteellinen tieto toimenpiteiden vaikutuksista, käyttäjän kokemukset ja odotukset, paikallinen tilanne ja olosuhteet sekä ammatillinen asiantuntemus.”* Suppeaan näyttöön perustuvissa tutkimuksissa puhutaan empiristisesti tuetuista käsittelyistä (empirically supported treatments). Tällöin kiinnitetään huomiota pelkästään tutkimusevidenssiin intervention perusteena. Evidenssiä tuottavien tutkimusmenetelmien kesken valitsee hierarkkinen järjestys. Satunnaistettuja kontrolloituja kokeita pidetään parhaan evidenssin tuottajina. Monilla aloilla tällaisia tutkimusasetelmia on vaikea rakentaa.

Maailman terveysjärjestön WHO:n julkaisema vahvaan näyttöön perustuva taiteen, terveyden ja hyvinvoinnin yhteyksiä kartoittava raportti on toistaiseksi maailman laajin kirjallisuuskatsaus aiheesta (Fancourt & Finn 2019). Raportin keskeisin johtopäätös on, että taiteella voi olla positiivista merkitystä useiden sairauksien, kuten esimerkiksi Parkinsonin taudin, Alzheimerin taudin, masennuksen tai aivovamman hoitamisessa, hallitsemisessa ja ehkäisemisessä niin fyysisen kuin psyykkisen hyvinvoinnin osalta (Laitinen 2017b).

Taide- ja kulttuuritoimintaa kannattaa tarkastella myös taloudellisesta näkökulmasta. On todennäköistä, että tutkimuksissa osoitetut myönteiset vaikutukset heijastuvat myös talouteen yksilö-, yhteisö- ja yhteiskunnallisella tasolla, mutta tästäkin tarvitaan näyttöä. Yksinkertaisimmillaan voidaan vertailla erilaisten ehkäisevien ja korjaavien palveluitten hintoja, esim. osallistuminen ryhmätoimintaan, käynti sosiaalityöntekijällä tai erikoislääkärillä, hoito vuodeosastolla.

Vaativampaan taloudelliseen arviointiin on käytetty SROI-menetelmää (social return on investment). Menetelmän avulla voidaan arvioida rahamääräisesti toiminnan sosiaalisia, terveydellisiä ja ympäristöllisiä vaikutuksia. Menetelmä soveltuu käyttöön sekä julkisella, yksityisellä että järjestösektorilla. Menetelmässä lasketaan SROI-lukuarvo, joka on organisaation tuottamien rahamääräisten hyötyjen ja investointien osamäärä eli suhde (Klemelä 2016).

Hounin (2019, 19) mukaan kulttuuriin sijoitetun euron tuotto-odotus vaihtelee 1,31 eurosta 5,6 euroon. Hyypän (2013) mukaan kulttuurin panos-tuotos-suhde on jopa suurempi kuin viisinkertainen. Tuotos näkyy hyvinvointina, terveytenä ja pitempänä elämänkaarena.

Taiteen ja kulttuurin lisääminen hoito- ja hoivatyössä edellyttää johdon aloitteellisuutta, työaikaa ja tukea työntekijöille, usein myös yhteistyötä kulttuurialan ammattilaisten kanssa sekä näyttöä siitä, että työaikaa kannattaa käyttää muuhunkin kuin perushoitoon. Kulttuurikirjaaminen on yksi keino näytön keräämiseen. Kulttuurikirjaamisella tarkoitetaan taide- ja kulttuuritoiminnan ja asiakaskohtaisen havainnoinnin kirjaamista potilas- ja asiakastietokantoihin. RAI-järjestelmä (resident assesement instrument) on yleisesti käytössä hoivayksiköissä ja kotihoidossa. Tämä voi helpottaa toiminnan suunnittelua ja vaikutusten arviointia. Kirjaamiskäytäntöjen edistämiseksi on Helsingissä

perustettu Raili-verkosto. Käytön helpottamiseksi on myös YAMK-opinnäytetyönä laadittu profiililuonnos (Siponkoski 2017).

5 TAIDE JA KULTTUURI RAKENTEELLISESSA TYÖSSÄ

Taide ja kulttuuri ovat kautta aikojen olleet välineitä, joilla halutaan ravistella olemassa olevaa asiaintilaa. Tästä esimerkkinä poliittiset laulut, punk, graffitit, radikaalit ristipistot, pilakuvat, sarjakuvat, korallivirkkaus, kirjallisuus, tarinateatteri, foorumteatteri, sorrettujen teatteri, elokuvat, digitaaliset pelit, valokuvat, photo voice, voimauttava valokuvaus, muraalit, uskonnollinen kuvasto ja nykyään sosiaalisen median lukemattomat kanavat. Taide on yhteiskunnallista vaikuttamistyötä. Se auttaa ajattelemaan asioita eri näkökulmista, herättää tunteita ja kasvattaa omaa kriittistä tietoisuutta. Muutos lähtee yksilöistä ja voi laajeta yhteisöllisen, osallistavan ja soveltavan taiteen kautta laajemmalle. Taide kuuluu ihmisen koko elämänkaareen. Saattohoidossakin on vielä elämää. Ars moriendi -festivaaleilla Helsingissä vuonna 2019 on tanssittu kuolemantanssia ja laulettu hautajaisvirsiä.

6 LOPUKSI

Voiko siis kitaraa soittamalla muuttaa maailmaa? En tiedä, onko näin, mutta ainakin tutkimukset ja omat kokemukset viittaavat siihen. Kaikki eivät välitä taiteesta ja kulttuurista eikä kaikille sovi samanlaiset kulttuurimuodot. Yksi haluaa virsiä, toinen rokkia. Yksi maalaa, toinen haluaa nojatuolimatkalle Pariisiin. On tärkeä kohdata ikääntynyt yksilönä ja löytää juuri hänelle parhaiten hyvinvointia tuottavat toimintamuodot. Kaikkein tärkeintä hyvinvointityötä on se, että ihmiset tunnustetaan persoonina.

LÄHTEET

Aholainen, M. 2019. Mitä ikääntyneiden kulttuuripalveluilla tarkoitetaan?: Käsitteiden analyysiä. *Gerontologia* 33 (4), 171 - 179.

Haapalainen, A. 2019. Luento Kulttuurisote II -hankkeen koulutuksessa 18.9., Kuntalaisten kulttuurihyvinvointi – Osa hyvää elämää. Seinäjoki: Etelä-Pohjanmaan liitto.

Fancout, D. & Finn, S. 2019. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. [Verkkojulkaisu]. Copenhagen: World Health Organization. WHO Health Evidence Network synthesis report 67. [Viitattu 29.4.2020]. Saatavana: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329834/9789289054553-eng.pdf>

Houni, P. 2019. Taidetoiminta talouden tukijana sosiaali- ja terveyssektorilla. [Verkkojulkaisu]. Taiteen edistämiskeskus. [Viitattu 29.4.2020]. Saatavana: https://storage.googleapis.com/turku-amk/2019/11/taide_talous_pia_houni_taike_raportti_web.pdf?fbclid=IwAR29XC-shCxEOlO5H1650V-jkEpt6KuH3Bl1I6PYKzV1VWH4Qp60mjrWEyl

Huhtinen-Hilden, L. 2013. Kulttuurisen vanhustyön moniammatillisia ulottuvuuksia. Teoksessa: L. Huhtinen-Hildén & A. Vilkuna (toim.) Kulttuurinen vanhustyö: taide kumppanina läpi elämän. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu, 17 - 21. [Viitattu 29.4.2020]. Saatavana: https://www.metropolia.fi/sites/default/files/publication/2019-11/2013_huhtinen_hilden_vilkuna_kulttuurinen_vanustyo_mikrokirja.pdf

Hyyppä, M. 2013. Kulttuuri pidentää ikää. Helsinki: Duodecim.

Jansson, S. 2014. Mittaamattoman arvokasta?: Taiteen ja kulttuurin vaikutustutkimuksia ja metodologioita. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Taideyliopisto. Kokos-julkaisusarja 2/2014. [Viitattu 15.4.2020]. Saatavana: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/135814>

Kielitoimiston sanakirja. 2020. Helsinki: Kotimaisten kielten keskus. [Viitattu 15.4.2020]. Saatavana: <https://www.kielitoimistonsanakirja.fi/#/>

Klemelä, J. 2016. Järjestöt, vaikuttavuus & raha: SROI-arviointimenetelmä. [Verkkójulkaisu]. Helsinki: SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. [Viitattu 29.4.2020]. Saatavana: <https://www.soste.fi/wp-content/uploads/2018/12/sroi-arviointimenetelma-soste.pdf>

Käsitteet.13.1.2019. Taikusydän. [Verkkosivu]. [Viitattu 15.4.2020] Saatavana: <https://taikusydan.turkuamk.fi/tietopankki/kasitteet/>

Kurki, L. 2000. Sosiokulttuurinen innostaminen. Tampere: Vastapaino.

L 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista.

Laitinen, L. 2017a. Vaikuttavaa?: Taiteen hyvinvointivaikutusten tarkastelua.[Verkkójulkaisu]. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Turun ammattikorkeakoulun tutkimuksia 46. [Viitattu 15.4.2020]. Saatavana: <https://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166166.pdf>

Laitinen, L. 2017b. Näkökulmia taiteen ja kulttuurin terveysvaikutuksista. Helsinki: Suomen itsenäisyyden juhlarahasto Sitra. [Verkköartikkeli]. [Viitattu 15.4.2020] Saatavana: <https://www.sitra.fi/artikkelit/nakokulmia-taiteen-ja-kulttuurin-terveysvaikutuksiin/>

Lilja-Viherlampi, L.-M. & Rosenlöf, A.-M.2019. Moninäkökulmainen kulttuurihyvinvointi. Teoksessa: I. Tanskanen (toim.) Taide töissä: Näkökulmia taiteen opetukseen sekä taiteilijan rooliin yhteisöissä. [Verkkójulkaisu]. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 256, 20 - 39. [Viitattu 15.4.2020] Saatavana: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522167170.pdf>

Raunio, K.2010. Onko näyttöön perustuvilla käytännöillä tulevaisuutta sosiaalityössä? Janus 18 (4), 387 - 395.

Siponkoski, S. 2017. Toimijuutta ja persoonaa tuetaan tiedolla, ei satumalla: RAI-LTC tietokannan hyödyntäminen kulttuurisen vanhusuuden suunnittelussa. [Verkkójulkaisu]. Hämeen ammattikorkeakoulu. Ylempi AMK-opinnäytetyö. [Viitattu 15.4.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2017102816371>

ETELÄ-POHJANMAAN hyteAI -HANKE INNOSTAA MAAKUNNAN HYVINVOINTIALAN PK- YRITYKSIÄ HYVINVOINTI- TEKNOLOGIOIDEN KÄYTTÖÖNOTTOON

Jaana Vainionpää, TtM, projektipäällikkö
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

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

Jouko Lakaniemi, insinööri (AMK, tietotekniikka),
TKI-asiantuntija
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

1 JOHDANTO

Suomella on vahvat lähtökohdat hyvinvointiteknologioiden laajamittaiseen hyödyntämiseen ja käyttöönottoon korkean osaamistason vuoksi. Myös terveydenhuolto on laajasti digitalisoitunut, mikä edistää omalta osaltaan hyvinvointiteknologioiden käyttöönottoa. (Lehto & Neittaanmäki 2017.) Hoitotyö nähdään lähes poikkeuksetta yhdeksi robotiikan lupaavimmista sovellusalueista (Liikenne- ja viestintäministeriö 2016) ja ainakin 20 % sairaan- ja lähihoitajien työtehtävistä pystyttäisiin korvaamaan jo olemassa olevilla robotiikan sovelluksilla (Kangasniemi & Andersson 2016, 37, 40, 42.) Asiantuntijat näkevät erityisesti robotiikalla ja tekoälyllä olevan vähintäänkin kohtalainen rooli sosiaali- ja terveysalalla tulevaisuudessa (Van Aerschot, Turja & Särkikoski

2017, 630) sekä teknologioilla myös laajemmin alan haasteiden ratkaisemisessa (Laiho 2015, 30).

Työelämässä robotteja on kuitenkin käytössä lähinnä logistiikan ja huoltotyön tehtävissä, joissa kuljetusrobotit ja etäläsnäölorobotit ovat yleisimpiä. Kehitteillä on avustavia ja sosiaalisia robotteja, joita odotetaan avuksi sosiaali- ja terveysalalle. (Turja 2020, 107.) Tekoäly ja sen sovellukset yleistyvät hiljalleen. Kotiympäristöissä tekoälyä voidaan käyttää poikkeavuuksien selvittämiseen asiakkaiden rutiineissa tai terveydentilassa, jotka viittaavat terveydentilan huonontumiseen tai tapaturmariskin suurenemiseen (Niemi & Sachinopoulou 2019, 45). Mobiilin terveysteknologian (mHealth) sovellukset puolestaan yleistyvät maailmalla nopeasti. Uusia sovelluksia kehitetään nopealla tahdilla ja esimerkiksi Suomessa pyritään ottamaan vuoden 2020 aikana käyttöön lääkärin määräämät mHealth-sovellukset terveyden hoitoon.

Kettusen ym. (2020) kyselystä Etelä-Pohjanmaan sosiaali- ja terveysalan pk-yrittäjille kävi ilmi, että 41 %:lla vastaajista oli käytössään älypuhelimella käytettäviä sovelluksia palvelunsa tukena ja 27 %:lla vastaajista oli käytössä virtuaalitapaamiset, kuten videopuhelut ja etäkonsultointi. Keväällä 2019 tehdystä kyselystä eteläpohjalaisille hyvinvointialan pk-yrittäjille selvisi myös, että kukaan kyselyyn vastanneista ei ollut koskaan käyttänyt palvelurobottia, tekoälyn tai mHealthin sovellusta. Edellä mainittujen teknologioiden käyttö ei siis ole kaikesta potentiaalistaan huolimatta vielä levinnyt kovinkaan laajalle Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialan pk-yrittäjien keskuudessa.

Etelä-Pohjanmaan hyteAI- hankkeen tavoitteena on luoda SeAM-Kin sosiaali- ja terveysalan yksikköön hyvinvointitekologioiden eli tekoälyn, mobiilin terveysteknologian ja robotiikan demonstraatioympäristö, Seinäjoki Home of Wellbeing - SeiHoW. Seinäjoki Home of Wellbeing mahdollistaa hyvinvointitekologioiden esittelemisen Etelä-Pohjamaan hyvinvointialan pk-yrittäjille. SeiHoW:n pyrkimys on nostaa eteläpohjalaisten hyvinvointialan

pk-yritysten osaaminen uudelle tasolle hyvinvointiteknologioiden aihepiirissä. Tavoitteena on myös parantaa SeAMKin asiantuntijoiden osaamista hyvinvointiteknologioiden osa-alueella.

Hankkeen pääasiallinen kohderyhmä on eteläpohjalaiset hyvinvointialan pk-yritykset. Hyvinvointialan yrityksiksi on määriteltä fysio-, toiminta- ja puheterapiayritykset, apteekit, sosiaalihuollon avo- ja laitospalvelut, päivähoito, kotihoito, kotipalvelu, kuntosalirytykset, jalkahoitolat, lääkärikeskukset ja hammaslääkärit. Välillisenä kohderyhmänä hankkeessa ovat eteläpohjalaiset hyvinvointialan teknologioita kehittävät yritykset, hyvinvointialan pk-yritysten nykyiset ja tulevat asiakkaat sekä heidän omaisensa ja SeAMKin henkilökunta ja opiskelijat.

Tässä artikkelissa hyvinvointiteknologialla tarkoitetaan tekoälyn ja mobiilin terveysteknologian (mHealth) sovelluksia, palvelurobotiikkaa sekä digitalisaation ratkaisuja, jotka edistävät itsenäistä kotona asumista (Lilja 2017,10).

2 HANKKEEN ENSIMMÄISEN VUODEN TOIMINTA

Ensimmäisen toimintavuoden hankkeessa on keskitytty Suomen hyvinvointiteknologian testiympäristöjen kartoittamiseen, Seinäjoki Home of Wellbeingin rakentamiseen, laitehankintoihin sekä asiantuntemuksen kasvattamiseen hyvinvointiteknologioiden aihepiirissä. SeiHoW:n rakentaminen on vaatinut tilan valinnan lisäksi tilan muokkaamista lähemmäksi kodinomaista ympäristöä tekstiileillä sekä huonekaluilla. Tilan muokkaamisessa on huomioitu myös tilassa jatkuva muu opetus- ja neuvottelukäyttö. Tilaan on hankittu verhot, mattoja ja tyynyjä. Huonekaluliike Kaluste Kaverit lahjoitti lainaksi makuuhuonekalustuksen eli sähkökäyttöisen seniorisängyn, yöpöydät sekä nojatuolin.

Hyvinvointiteknologian laitehankinnat ovat olleet ensimmäiselle vuodelle mittavin työllistäjä. Laitteita on hankittu suomalaisista ja ulkomaisista verkkokaupoista sekä suoraan valmistajilta Suomesta ja Euroopasta. Hankitun hyvinvointiteknologian laitteisto tukee kotona asumista useiden hyvinvointialojen yrittäjien asiakasryhmillä, kuten ikäihmisillä, kehitysvammaisilla tai kuntoutujilla. Laitteistoa hankittaessa on huomioitu EPTEKIn Nordic Telemedic Centerin (NTC) mukana SeAMKille siirtynyt laitteisto. Jonkin verran laitehankintoja on vielä tekemättä, sillä kaikkia investoitavaksi suunniteltuja laitteita ei vielä ole saatavilla Euroopan markkinoilla.

Hyvinvointiteknologian laitteita on hankittu kolmessa teemassa, jotka ovat:

1. Tekoälyä hyödyntävä esteettömän asumisen ympäristönhallintakokonaisuus katse- ja puheohjautuvana.
2. Kotona asumista tukeva hyvinvointiteknologia sisältäen mobiiliteknologiaan perustuvaa sensoritekniikkaa sekä mHealth- ja virtuaalitekniikkaa.
3. Hyvinvointiteknologian robotiikan ratkaisut sisältäen kaksi asiakkaan kanssa kommunikoivaa humanoidirobottia sekä henkilökuntaa asiakkaan hoidossa ja asiakkaita kotona asumisessa tukevia robotiikan ratkaisuja.

Lisäksi hankkeessa on tehty keväällä 2019 kysely yhteistyössä MixedRobo-hankkeen kanssa eteläpohjalaisille hyvinvointialan pk-yrittäjille. Kyselystä kävi ilmi, että vastaajat arvioivat tietonsa hyvinvointiteknologioista heikoiksi tai tyydyttäväiksi. Kyselyssä kävi myös ilmi, että 50 % vastaajista ilmoitti näkemyksensä robotiikasta ja tekoälystä olevan melko kielteinen. Tiedon tarpeita hyvinvointiteknologioiden osalta yrittäjillä oli runsaasti. Tietoa

kaivattiin muun muassa ihmisen ja robotin välisestä työnjaoista, kokemuksista robottien käytöstä, tekoälyn sovellusten käyttäjäkokemuksista sekä kaikkien hyvinvointiteknologioiden vaikutuksista ja vaikuttavuudesta. Lisäksi on arvioitu, että kyselyn vastausprosentti (N=6) jäi matalaksi, koska vastaamatta jättäneiden kiinnostus ja hyvinvointiteknologioita kohtaan sekä hyvinvointiteknologioiden tuntemus on vielä heikompaa kuin kyselyyn vastanneiden yrittäjien. (Toivonen & Vainionpää 2020.)

3 SEINÄJOKI HOME OF WELLBEING -HYVINVOINTITEKNOLOGIOIDEN KÄYTTÖTARKOITUKSET

Kaikki hankittu hyvinvointiteknologian laitteisto tukee mahdollisimman pitkää kotona asumisen aikaa hyvinvointialan pk-yrittäjien asiakasryhmillä laajasti. Hyvinvointiteknologioiden on tarkoitus pidentää kotona asumisen aikaa ikäihmisillä ennen laitoshoidon siirtymistä. Samalla hyvinvointiteknologioiden on tarkoitus tehdä kotona asumisen ajasta mahdollisimman laadukasta sekä turvallista asiakkaalle ja hänen omaisilleen. Hankitulla teknologialla on myös tarkoitus pidentää kotona asumisen aikaa sairauden tai vamman jälkeen, jolloin siirtyminen sairaala- tai laitoshoidosta kotiin olisi nopeampaa ja tapahtuisi laadukkaammin. Kuvassa yksi esitellään SeiHoW:n olohuoneena ja neuvottelutilana toimiva yleistila.



Kuva 1. SeiHow olohuone (kuva: Tuomas Rauhala 2020).

Hyvinvointiteknologian laitteistoja hankittaessa painotuksena on ollut kokonaisuus, jossa hankittavat laitteet tukevat toisiaan ja muodostavat näin tulevaisuuden kotiympäristöä muistuttavan kokonaisuuden. Teknologioilla on pyritty luomaan turvallisempi asumisympäristö, helppokäyttöinen ympäristönhallinta myös toimintakyvyn heikentyessä, luotettava terveyden omaseuranta kotioloissa, toimintakyvyn ylläpitämistä kotikuntoutuksen keinoin sekä esitellään robotiikan ratkaisuja, joita voidaan tulevaisuudessa hyödyntää kotiympäristössä joka sellaisenaan tai sovellettuna.

Kaikki hankittu hyvinvointiteknologia ei ole tarkoitettu yksityis- henkilöiden hankittavaksi kotiympäristöön, vaan teknologioilla on tarkoitus esitellä uusinta teknologiaa yrittäjille sekä havainnollistaa työelämän tulevaisuuden trendejä. Osa SeiHoW:n suurista laitteista on jo tällä hetkellä tai lähitulevaisuudessa hankittavissa kotiin pienemässä muodossa, kuten virtuaalitekniikka kuntoutuksessa tai ihmisen kanssa kommunikoiva robotti. Kuvassa 2 esitellään SeiHoW:n makuuhuone.



Kuva 2. SeiHow makuuhuone (kuva: Tuomas Rauhala 2020).

3.1 Turvallisuus ja ympäristöhallinta

Kodin turvallisuus ja ympäristöhallinta on toteutettu Amazon Alexa -puheohjauksen kautta. Amazon Alexaan on integroitavissa suuri määrä lisävarusteita, joilla useita kodin toimintoja pystytään ohjaamaan pelkällä puheella. Tällä hetkellä Amazon Alexan käyttökieli on englanti, mikä voi aiheuttaa haasteita puheohjauksen käytössä ikääntyvillä.

Katseohjaus toimii SeiHoW:ssa Tobii Dynavox PCeye plus -laitteen välityksellä. Tietokoneeseen kiinnitetty katseohjausyksikkö havainnoi silmän liikkeen ja tämä toimii hiiren tavoin tietokoneen näytöllä. Katseohjauksella pystytään näin hallitsemaan tietokoneen kaikkia kuvakkeita ja ohjelmistoja. Katseohjaus on saatavilla myös tablettitietokoneelle, mutta SeiHoW:ssa on katseohjauksesta tietokoneelle liitettävä versio.

Puheohjaus- ja katseohjauslaitteista varten on hankittu erilaisia kodin älytuotteita. Langattomaan verkkoon yhdistettäviä laitteita

voidaan ohjata sekä puheohjauksella että katseohjauksella. Älytuotteisiin kuuluu erilaisia valaisimia, kameroita, ilmanpuhdistin, robotti-imuri, vedenkeitin ja kahvinkeitin. Lisäksi laitteistoa täydentämään on hankittu mobiili- ja sensortechnologiaa hyödyntävää teknologiaa. Näitä ovat mm. liesivahti, häikävaroitin ja jääkaappi-pakastin.

Kotia ja sen kodinkoneita pystytään SeiHoW:ssa ohjaamaan laajasti pelkällä puheella. Tämä voi olla olennaista liikunta- ja toimintakyvyn heikentyessä, jolloin liikkuminen esimerkiksi valokatkaisijalle voi olla jopa mahdotonta. Katseohjaus mahdollistaa kodin ympäristön hallinnan henkilöltä, jolla sairaus tai vammautuminen on vienyt liikunta- tai puhekyvyn. Todennäköisesti on miellyttävämpää herätä kotona hämärään valaistukseen ja tuoreen kahvin tuoksuun kuin hoitajan saapumiseen ja täyteen työvalaistukseen hoitajan aloittaessa päivän avustustehtävänsä. Hyvinvointitekniologiain tarkoitus on näin ollen lisätä myös elämänlaatua ja oman elämän hallinnan tunnetta.

3.2 Kuntoutus uudistuu eri tahoilla

Kuntoutukseen on perinteisesti yhdistetty käden taidot sekä henkilökohtainen ohjaaminen ja neuvonta. Nyt ja tulevaisuudessa tulisi kuntoutusta tekeville henkilöillä olla valmius hyödyntää uusinta teknologiaa mahdollisimman tehokkaasti. Kuntoutuksen haasteena tulee olemaan säilyttää vaikuttavuuden hyvät käytännöt, mutta ottaa rohkeasti käyttöön myös uutta teknologiaa suhtautuen siihen avoimesti. Yksi uuden teknologian laite on Etelä-Pohjanmaalla kehitetty Mpower-kokonaisuus. Mpower mittaa antureiden avulla lihasten aktiivisuutta pinta-EMG:llä yhdistäen tulokset mobiilisovellukseen, josta voidaan analysoida erilaisten parametrien avulla muun muassa lihasten harjoitustulosta.

Laitteilla voidaan jo motivoida kuntoutujia toimimaan eri tavoilla kuntoutuksen eri vaiheissa, vaikka alussa saatetaan joutua

rohkaisemaan käyttäjiä näiden uudenlaisten laitteiden käyttöön. Yetitabletilta voidaan katsella Google Earthia, erilaisia maisemia, joissa kuntoutuja voi mielikuvissaan polkea pyörää, kävellä, meloa tai soutaa käyttämällä erilaisia välineitä apuna. Erilaiset musiikin ja pelien sovellukset Yetitabletilla tai taikalattialla innostavat käyttäjiä lapsista vanhuksiin. Näillä laitteilla olevilla valmiilla sovelluksilla säästetään aikaa päiväohjelman suunnittelusta ja organisoinnista, mutta käyttäjät pystyvät niitä suorittamaan myös melko itsenäisesti riippuen tietenkin toimintakyvyn tasosta. Samalta 65-tuumaiselta jättitabletilta voidaan esittää esimerkiksi sanomalehden lukua, sanaristikoiden täyttämistä, sunnuntaiaamun jumalanpalvelus halutusta kirkosta, liikunta-tuokio tai etäyhteys yhteiseen tuolijumppaan.

Peleihin ja erilaisiin sovelluksiin voidaan lisätä erilaisia kognitiivismotorisia taitoja harjoitettavia asioita, jolloin harjoitteita voidaan vaikeuttaa kuntoutujan toimintakyvyn taso huomioiden ja taitojen kehittyessä monipuolistaa harjoitteita tai virikkeitä. Tällöin voidaan luoda erilaisia sääntöjä, miten ja millä reagoidaan mihinkin ärsykkeeseen. Tällöin myös kuntoutuja joutuu reagoimaan oikein (multi-tasking tai vain dual-tasking). Kuntoutus tehostuu erilaisten teknologioiden tullessa avuksi ja samalla käyttäjä / kuntoutuja saa välittömän palautteen ”peliltä” reagoidessaan oikein kyseisessä tilanteessa. Samalla kehittyminen näkyy harjoittelijakohtaisesti eri harjoituksissa ja kehittymistä voidaan seurata tuloksista. Välitön palaute ja tulosten parantuminen motivoivat käyttäjiä suorittamaan harjoituksia yhä paremmin tai laadukkaammin riippuen pelistä.

RehabWall-kuntoutussovellus on suunniteltu käytettäväksi moniammatilliseen kuntoutukseen joko terapeutin kanssa tai yksin. Kuntoutukseen tarkoitettut harjoitukset terapeutin kanssa haastavat kuntoutujan käyttämään kosketusnäyttöä, virtuaalilaseja, tasapainolevyn tyyppistä pyörätuolisimulaattoria ja liiketunnistinkameraa. Näissä harjoitteissa pyritään hallitulla

liikkeenohjauksella suoriutumaan erilaisista tehtävistä. Yksin suoritettavissa peleissä on monia eri vaihtoehtoja, jolloin käyttäjä harjaannuttaa itsenäisesti esimerkiksi reaktionopeutta, silmäkäsikoordinaatiota, muistia ja hahmotuskykyä kosketusnäyttöä hyödyntäen.

3.3 Terveyden omaseurantalaitteet

Digitaalisten teknologioiden lisääntyessä terveyden seuranta kotona helpottuu ja virheiden määrä vähenee. Kaikki SeiHoW:n hankitut terveyden omaseurantalaitteet yhdistyvät mobiilisovellukseen. Näin mittaustulokset siirtyvät suoraan mobiilisovellukseen ja virheen mahdollisuus mittaustuloksia kirjatessa pienee. Lisäksi laitteilla on useita uusia ominaisuuksia vanhoihin ja perinteisiin mittareihin verrattuna.

SeiHoW:ssa sydän- ja verisuonisairauksia sairastava asiakas voi mitata verenpaineensa digitaalisesti, mutta samalla mittari myös kuuntelee sydämen ryhmin sekä lähettää sydänsähkökäyrän käyttäjänsä mobiililaitteelle. Verenpainemittaria nopeammin sydämen sykkeen voi rytmihäiriötilanteissa tarkistaa älykellosta, joka myös siirtää sydänsähkökäyrän suoraan käyttäjänsä mobiililaitteelle. Mobiililaitteelta lääkäri voi myöhemmin tarkistaa mistä rytmihäiriöstä oli mahdollisesti kyse ja määrätä tarvittaessa jatkotutkimuksia. Painoa ja kehon koostumusta voidaan seurata älykkään henkilövaan avulla, joka arvioi painon lisäksi myös muutosta kehon koostumuksessa. Nämä tiedot voivat olla hyvinkin tärkeitä sekä sydän- ja verisuonisairauksien että diabeteksen tai hengityselinsairauksien hoidossa.

Unen merkitystä terveydelle ja hyvinvoinnille on korostettu viime vuosina paljon. Emfit QS -unianturi antaa luotettavaa tietoa unesta, palautumisesta sekä ikäihmisten kohdalla siitä, vieteäänkö yö sängyssä tai kenties sohvalla torkkuen. Uniongelmien kohdalla älykäs valaistus voi lisätä nukahtamista, mutta myös

Somnox-unirobotti auttaa käyttäjänsä nukahtamaan. Somnox laajenee hengitysliikkeiden tapaan ja soittaa käyttäjänsä valitsemaa mielekästä musiikkia nukahtamisen helpottamiseksi. Älykello puolestaan voi ilmoittaa, jos riittämätön lepo on vaarassa aiheuttaa käyttäjälleen jonkin terveydellisen riskin.

Terveyden omaseurantalaitteet yhdistyvät toisiinsa. Jokaisella laitteella on olemassa oma mobiilisovelluksensa, mutta ne siirtävät tietonsa myös yhteen sovellukseen. Kaikki omat mittaus tulokset ovat siis luettavissa ja esitettävissä hoidosta vastaavalle taholle yhdestä sovelluksesta luotettavasti ja helposti.

3.4 Robottiikka osana tulevaisuuden hyvinvointialojen toimintaprosesseja

Seinäjoki Home of Wellbeing sisältää kaksi humanoidirobottia. Pepper on japanilaisen SoftBank Roboticsin ja Cruzr kiinalaisen Ubtechin valmistama. Molemmat robotit kykenevät kommunikoimaan ihmisten kanssa, liikehtimään ja tanssimaan sekä opastamaan ja viihdyttämään tabletin näytön avulla. Pepperiin pystyy ohjelmoimaan suomenkielistä kanssakäymistä, kun taas Cruzr on englanninkielinen. Pepperin mielekkäin sijainti on aulapalvelijan paikalla sen kevyen rakenteen takia, mutta se myös kykenee liikkumaan pienillä alueilla. Cruzr taas pystyy paremmin viemään asiakkaat perille asti omatoimisesti tai etäohjauksen avulla. Molemmille roboteille tullaan tutkimaan ja ohjelmoimaan käyttötarkoituksia hankkeen aikana.

SeiHoW sisältää myös muuta robotiikkaa. LEA muistuttaa perinteistä rollaattoria, mutta siihen on lisäksi tuotu mukaan robotiikkaa, sensoritekniikkaa ja androidiin pohjautuva tablettitietokone. LEA avustaa käyttäjää liikuttamalla rollaattoria kävelyn mukana. Sensoreiden avulla rollaattori tarkkailee käyttäjän kävelyä ja pysähtyy käyttäjän pysähtyttyä. Rollaattori huomaa myös eteen tulevat esteet ja varoittaa niistä. Tabletilta käyttäjä voi pitää

yhteyttä läheisiin, asettaa kalenteriin muistutuksia tai tehdä valmiiksi asennettuja liikunta tai tanssi harjoitteita. Rollaattorin pystyy myös lähettämään laturiin automaattisesti tai kutsumaan luokseen rannekkeen avulla.

Robottiikkaa käytetään myös kävelyn sekä ylä- ja alaraajan kuntoutuksessa. Kävelykuntoutuksessa exoskeletonin käyttö on yleistynyt myös Suomessa ja tulevana syksynä exoskeletonia on mahdollista koekäyttää myös SeiHoW:ssa. Kuntoutuksessa käytettäviä robotteja on tällä hetkellä käytössä lähinnä kuntoutuskeskuksissa ja sairaaloissa. Potilasryhmistä eniten robotteja käytetään aivovammojen, aivohalvauksien ja selkäydinvammojen kuntoutuksessa. Vähitellen kävelyä avustavat robotit siirtyvät myös kotikäyttöön.

SeiHoW:n humanoidirobotit eivät ole sellaisenaan tarkoitettu käyttöön kotiympäristössä. Sen sijaan kotikäyttöön on olemassa pienempiä, ihmisen kanssa kommunikoivia robotteja, aktivoivia robotteja sekä henkilökohtaisena avustajana toimivia robotteja. Voisikohan tulevaisuudessa humanoidirobotteja toimia meillä kaikilla kotiapuna?

4 hyteAI-HANKKEEN TOIMINNAN JATKUMINEN

Viimeisen toimintavuoden aikana hankkeessa pyritään lisäämään tietämystä pk-yrittäjien sekä heidän asiakasryhmiensä tarpeista hyvinvointiteknologioiden käyttöönottoa suunniteltaessa. Samalla pyritään parantamaan hankkeen kohderyhmien valmiuksia ottaa hyvinvointiteknologioita käyttöön. Tietämyksen lisäämiseen pyritään workshopeilla, yritysvierailuilla sekä pop up -tapahtumilla. Workshopeilla pyritään tarjoamaan käyttöönoton tueksi ennakkoluulotonta kokeilemistä sekä kehittämisen ja kehittymisen kulttuuria (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016,

29), tarjoamaan työn muutokseen valmistavaa koulutusta (Työ- ja elinkeinoministeriö 2017, 65) sekä osallistumaan monimuotoisesti hyvinvointialojen kehittämiseen hyvinvointiteknologioiden käyttöönoton näkökulmasta.

Hankkeen aikana SeAMKin sosiaali- ja terveysalan yksikköön rakentuu Living Lab -ympäristö, jossa on tulevaisuudessa mahdollista toteuttaa Living Lab -toimintoja. Hankkeessa rakennetaan ympäristö, jossa Living Lab -toimintoja voidaan toteuttaa sekä yritys- ja verkostoyhteistyössä että opetuksessa. Living Lab -toiminta käynnistyy kuitenkin vasta hankkeen jälkeen ja siitä tulee tehdä erilliset toimintasuunnitelmat.

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten, etenkin hiljattain valmistuneiden, tulisi osata hyödyntää teknologian hyödyt eri työpaikoilla paremmin kuin pitkään työssä olleiden. Tähän tulee myös tulevaisuuden korkeakoulutuksen vastata. Samanaikaisesti tarvitaan uutta tutkittua tietoa kuntoutuksen vaikuttavuudesta erilaisia menetelmiä käyttäen ja yhdistellen. Opiskelijoille on tärkeää huomioida opetuksessa erilaiset hyvinvointiteknologian uusimmat suuntaukset, jotta voimme vastata myös eri sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattien osaamisvaatimuksiin. Niissä korostetaan yhä enemmän teknologian ja digitalisaation osaamista erilaisissa palveluissa, ohjauksessa ja kehittämisessä. Hankkeiden ja opetuksen hyvän integraation kautta opiskelijat saavat uutta tietoa vietäväksi harjoittelupaikkoihin ja tuleviin työpaikkoihinsa.

Kevään 2020 poikkeustilanne herätti hyvinvointialan digitaalisten työvälineiden ja etäpalveluiden tarpeeseen sekä jo olemassa olevien hyvinvointiteknologioiden tehokkaaseen hyödyntämiseen. Palvelut täytyy pystyä tuomaan kotiin erilaisissa tilanteissa ja erilaisille asiakkaille. Palveluiden tulee olla edelleen laadukkaita ja toimivia myös etäyhteyksien kautta, jolloin erilaisia laitteita tulee myös osata käyttää asianmukaisesti.

Uuden teknologian myötä tulee haasteeksi myös tietotaidon ja laitteiston kunnan säilyttäminen. Laitteiston käytölle tullaan rakentamaan ohjeistusta. Mutta, kuten kaiken teknologian kanssa, on myös tärkeää säilyttää lähituki, jotta laitteiston käyttö olisi mahdollisimman sujuvaa. Teknologia itsessään vaatii myös säännöllistä huoltoa sekä päivitysten suorittamista ja laitteiston suuren määrän vuoksi inventaarion ylläpitäminen on tärkeää. Hankkeen aikana robottien kanssa tapahtuva tiedonkeruu ja ohjelmointi ovat teknisesti haastavaa työtä, joka antaa valmiuksia tuleville projekteille ja opetukselle. Hankkeen jälkeen suoritettavissa teknologiahankinnoissa on myös hyvä olla erikoisosaimista, jotta olemassa olevaa laitteistoa pystytään hyödyntämään mahdollisimman paljon.

5 LOPUKSI

Suomessa valmius käyttää robotteja apuna erilaisissa hoitoalan tehtävissä on riippuvainen työyhteisön robottimyönteisyydestä. Käyttöönottoon vaikuttaa myös näkemys robottien hyödyllisyydestä sekä yksilön omista arvoista ja näkemyksestä siitä, soveltuuko robotti ylipäättään hoitotyöhön. Myös näkemys robotista miellyttävänä tai hauskana käyttää vaikuttaa innostukseen käyttää robottia. (Turja 2020, 108.) Vaikka tieto koostuu pelkästään robottien käyttöönotosta, se voitaneen yleistää kaikkiin hyvinvointiteknologioihin. Työyhteisön on oltava teknologiamyönteinen, jotta hyvinvointiteknologioita voidaan ottaa käyttöön laajassa mittakaavassa. Samoin yksilön tulee kokea hyvinvointiteknologiat hyödyllisiksi, jotta niiden käyttö yleistyy.

Artikkeli on kirjoitettu osana Tekoäly, mHealth ja Robotiikka hyvinvointialojen uudistajana -hanketta (Etelä-Pohjanmaan hyteAI). Hanke toimii kehittämis- ja investointihankkeen hankeparina ja molempia hankkeita rahoittaa Etelä-Pohjanmaan liitto Euroopan aluekehitysrahastosta (EAKR). Etelä-Pohjanmaan hyteAI -hanke

luotiin vastaamaan eteläpohjalaisten hyvinvointialan pk-yrittäjien tiedon tarpeeseen hyvinvointiteknologioiden aihepiirissä. Hanke on käynnistynyt 1.1.2019 ja jatkuu aina 30.6.2021 saakka.

LÄHTEET

Kangasniemi, M. & Andersson, C. 2016. Enemmän inhimillistä hoivaa. Teoksessa: C. Andersson, I. Haavisto, M. Kangasniemi, A. Kauhanen, T. Tikka, L. Tähtinen & A. Törmänen Robotit töihin. Helsinki: Taloustieto. Eva-raportti 2/2016, 34 - 54.

Kettunen, S., Joensuu-Salo, S., Mäntysaari, P.-P., Aalto, A. & Katajavirta, M. 2020. Digitalisuus muuttaa sosiaali- ja terveysalaa: osaamisen taso eteläpohjalaisissa pk-yrityksissä sekä esimerkkejä uudesta liiketoiminnasta. [Verkkajulkaisu] Seinäjoki: Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Raportteja ja selvityksiä 150. [Viitattu 2.4.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202002125327>

Laiho, U.-M. 2015. Hoito- ja hoivapalvelualan tila ja tulevaisuuden näkymät. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö. TEM raportteja 3/2015. [Viitattu 2.4.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-227-937-8>

Lehto, M. & Neittaanmäki, P. 2017. Suomen terveysdataympäristö. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Informaatioteknologian tiedekunnan julkaisuja 35/2017.

Liikenne- ja viestintäministeriö. 2016. Luonnos valtioneuvoston periaatepäätökseksi automatisaatiosta ja robotiikasta. LVM/487/01/2016.

Lilja, K. K. 2017. Hyvinvointiteknologian määritelmää ja eettisiä perusteita etsimässä. [Verkkajulkaisu]. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 4.6.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2017081514351>

Niemelä, M. & Sachinopoulou, A. 2019. Hyvinvoinnin tekoäly ja robotiikka kotona – pilo-tointiympäristöjen kehittäminen. [Verkkajulkaisu]. VTT technology 355. [Viitattu 3.6.2020]. Saatavana: <https://www.vtt.fi/inf/pdf/technology/2019/T355.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena - Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 3.6.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3782-6>

Toivonen, M. & Vainionpää, J. 2020. Hyvinvointialan yrittäjien tiedot ja käsitykset hyvinvointiteknologiasta: Kysely etäläpohjalaisille yrittäjille. FinJeHew 12 (2).

Turja, T. 2020. Robottien hyväksyntä on monin tavoin arvolatautunutta. Yhteiskuntapolitiikka 85 (1), 107 - 111.

Työ- ja elinkeinoministeriö. 2017. Suomen tekoälyaika. Suomi tekoälyn soveltamisen kär-kimaaksi: Tavoite ja toimenpidesuosituksset. Julkaisu 41/2017. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 3.6.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-248-4>

Van Aerschot, L., Turja, T. & Särkikoski, T. 2017. Roboteista tehokkuutta ja helpotusta hoitotyöhön? Työntekijät empivät, mutta teknologia ei pelota. Yhteiskuntapolitiikka 82 (6), 630–640.

BALTCITYPREVENTION – YHTEISKEHITTÄMINEN – YHTEINEN ETU

Sanna Valkosalo, FM, projektipäällikkö
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Merja Hoffrén-Mikkola, LitT, yliopettaja
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

1 JOHDANTOA

“PHA (public health authorities) are much too slow to be involved in innovation processes. They often lack the needed creativity and openness for novel solutions. PHA are needed as supporters/ sponsors but not as part of technical innovations.” PHA (public health authorities) -termillä viitataan BaltCityPrevention-hankkeessa ja tässä yhteydessä terveydenhuollon ammattilaisiin.

Yllä mainittu sitaatti on poimittu BaltCityPrevention-hankkeessa ([viitattu 16.4.2020]) (myöhemmin BCP-hanke) toteutetun kyselytutkimuksen aineistosta. Kysely lähetettiin terveysteknologia-alalla ja sen rajapinnoilla toimiville pk-yrityksille Itämeren alueen maissa. Kyselyllä kartoitettiin yritysten kokemuksia ja näkemyksiä yhteistyöstä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. BCP-hankkeen yhtenä päätavoitteena on ollut lisätä juuri terveydenhuollon ammattilaisten ja asiantuntijoiden sekä pk-yritysten yhteistyötä. Vaikka kyselystä poimittu kommentti kuvastaa vain yhtä näkemystä, se voi heijastella laajemmin niitä käsityksiä, jotka hidastavat ja estävät yhteistyön syventämistä ja yhteiskehittämistä.

Tulisiko siis terveydenhuollon ammattilaisten suosiolla jättää teknisten innovaatioiden kehittäminen muille ja keskittyä vain konkreettiseen hoitotyöhön vai voitaisiinko ajatella, että myös terveydenhuollon ammattilaiset nähdään oman työnsä aktiivisina kehittäjinä, joilla on oman osaamisensa kautta annettavaa myös uusia teknisiä innovaatioita kehitettäessä ja suunniteltaessa? Tässä artikkelissa tarkastellaan terveydenhuollon ammattilaisten osaamisen kehittämistä tästä näkökulmasta ja tarjotaan muutamia ehdotuksia, kuinka tätä osaamista voitaisiin kehittää. Artikkelissa esitellään BCP-hankkeen verkostoitumistapahtumia case-esimerkkeinä siitä, kuinka moniammatillista verkostoitumista voidaan edistää ja kuinka yhteiskehittämisen menetelmiä soveltamalla voidaan tukea moniammatillista käyttäjälähtöistä yhteiskehittämistä.

2 PK-YRITYSTEN NÄKEMYKSIÄ VERKOSTOITUMISESTA

BCP-hankkeessa tehdyn kyselytutkimuksen (BaltCityPrevention, [viitattu 16.4.2020]) mukaan yli puolet (53 %) terveysteknologia-alalla toimivien yritysten edustajista haluaa löytää sopivia kumppaneita ja kontakteja terveydenhuoltoalan ammattilaisista. Yritysten näkemyksiä yhteistyöstä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa selvitettiin BCP-hankkeessa kyselytutkimuksella, joka lähetettiin terveysteknologia-alan pk-yrityksille Itämeren alueen maissa. Kaiken kaikkiaan kyselyyn vastasi 37 pk-yritystä (kahdeksan Suomesta, viisi Virosta, kuusi Latviasta, kahdeksan Liettuasta, yksi Puolasta, viisi Saksasta sekä neljä Tanskasta). Tässä kappaleessa tarkastellaan yhteistyötä ja sen uusia mahdollisuuksia sekä haasteita tämän kyselyn tulosten valossa.

Kyselytutkimuksen tulosten perusteella suurimmalla osalla yrityksistä (54 %) oli yhteistyötä terveydenhuollon ammattilaisten

kanssa. Yrityksistä 13 % oli toimittanut valmiin tuotteen tai palvelun asiakkaalle, kun taas 41 % oli joko kehittänyt tai muokannut tuotetta/palvelua ammattilaisten käyttöön paremmin sopivaksi. Niistä yrityksistä, joilla ei vielä ollut yhteistyötä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa, jopa 88 % oli kiinnostunut yhteistyöstä. Yrityksillä on siis selkeästi halua ja tarve yhteistyölle.

Maakohtaiset erot vastauksissa eivät olleet merkittäviä eivätkä näin ollen luo esteitä kansalliselle tai kansainväliselle yhteistyölle. Eroavaisuuksien ja erilaisten kokemusten jakaminen voisivat olla hyödyllisiä oppimiskokemuksia yrityksille, myös hyvien käytänteiden jakaminen ja onnistuneista kokemuksista oppiminen olisi hyvä tuoda laajemmin tukemaan yhteistyön kehittymistä. Osallistumiset paikallisiin ja kansainvälisiin tapahtumiin sekä työpajoihin, seminaareihin ja näyttelyihin voisivat auttaa yrityksiä verkostoitumaan paremmin terveydenhuollon ammattilaisten sekä muiden yritysten kanssa.

Kyselyyn vastanneet yritysten edustajat mainitsivat erityisesti kaksi tekijää, jotka heidän mielestään parantaisivat yhteistyötä. Ensinnäkin toivottiin avointa vuorovaikutusta ja viestintää sekä tarjousten tekijöiden ja päättäjien että eri kuntien ja alueiden kesken. Tähän liittyen ehdotettiin myös yhteisiä tapauskohtaisia kehittämissyrymiä. Toiseksi toivottiin lisää valmistelua ennen varsinaisia toimeksiantoja tai projekteja, esimerkiksi neuvotteluja jo ennen hankinta/kilpailutusprosessia, jos vain mahdollista. Toki osa pelkäsi tämän vääristävän kilpailua.

Vastaajien mielestä suurin haaste yhteistyölle oli hidaskesäntekoprosessi. Muina merkittävinä haasteina mainittiin erityisesti pk-yrityksille raskaat ja hankalat kilpailutusprosessit sekä oikeiden kontaktien tavoittaminen eri organisaatioista. Vastaajat toivoivat myös moniammatillista otetta suunnitteluun. Sekä käyttäjien että teknistä tukea antavien olisi hyvä olla mukana uusien ratkaisujen kehitettäessä.

Verkostoitumistapahtumat ja verkostoituminen terveydenhuollon ammattilaisten ja pk-yritysten kesken ovat tärkeitä. Ne voivat parhaimmillaan tukea rajat ylittävää moniammatillista yhteistyötä. Yhteistyö voi olla avaintekijä tuotteen tai palvelun menestykselle. On myös hyvä muistaa, että yritysten ja terveydenhuollon toimijoiden välinen yhteistyö koituu aina tulevien käyttäjien ja asiakkaiden hyödyksi. Vaikka tämän artikkelin alussa esitetyssä sitaatissa epäiltiin terveydenhuollon ammattilaisten kykyä ja mahdollisuutta osallistua tasavertaisina innovointiprosesseihin, myös päinvastainen käsitys nousi kyselyssä vahvasti esiin. Kuten alla oleva sitaatti kyselytutkimuksen ([BaltCityPrevention, [viitattu 16.4.2020]]) aineistosta muistuttaa, terveydenhuollon ammattilaiset tuntevat käyttäjät ja heidän tarpeensa parhaiten ja he pystyvät näin ollen osoittamaan myös kriittisimmät kehittämistarpeet. Jatkovaa vuoropuhelua tulisi siis tukea aktiivisesti.

“PHAs (public health authorities) know the end users way better, so they could help understanding their needs. Also, there could be more discussions between PHAs and IT sector. PHAs could indicate current issues whereas IT sector would provide possible solutions/technologies for those problems.”

3 BCP-HANKKEEN VERKOISTOITUMISTAPAHTUMAT

3.1 Tausta

Kyselytutkimuksessa ([BaltCityPrevention, [viitattu 16.4.2020]]) yhtenä tuloksena todettiin, että verkostoitumistapahtumille terveydenhuollon ammattilaisten ja yritysten välillä on selvä tarve. BCP-hankkeen tavoitteena on ollut järjestää näitä verkostoitumistapahtumia tukemaan paitsi terveydenhuollon ammattilaisten ja pk-yritysten verkottumista myös yritysten keskinäistä

verkottumista. Tämän vuoksi verkostoitumistapahtumien toteuttamistavoiksi on pyritty valitsemaan mahdollisimman avointa vuorovaikutusta tukevia toteutustapoja. Moniammatillisissa ja monikansallisissa verkostoitumistapahtumissa toteutustavan on hyvä tukea paitsi avointa vuorovaikutusta myös mahdollisuutta tasavertaiseen osallistumiseen. Hankkeeseen valittu BarCamp-metodi edesauttaa ja tukee juuri näitä tavoitteita.

BCP-hankkeen hankehakemuksessa on valittu verkostoitusmistapahtumien toteutustavaksi BarCamp-metodi. BarCampit ovat avointa tiedon välitystä varten. BarCampin peruseriaatteisiin kuuluu, että ne ovat kaikille avoimia, vailla etukäteen asetettua agenda ja ilman tarkkoja sääntöjä. Tarkoituksena on, että kaikki osallistujat osallistuvat työskentelyyn tasavertaisina, BarCamppeissa ei ole tarkkailijoita, vain osallistujia. (Dennerlein ym. 2015.)

3.2 Haasteet

BCP-hanke on Euroopan Unionin Itämeren Interreg -ohjelman rahoittama kansainvälinen hanke, jossa on mukana 14 hankkumppania kuudesta eri Itämeren alueen maasta (Suomi, Viro, Latvia, Liettua, Saksa ja Puola). Hankkeen tavoitteena on elintapasairauksien ennaltaehkäisyn parantaminen Itämeren alueella. Tarkoituksena on parantaa terveydenhuollon ammattilaisten valmiuksia toteuttaa terveydenedistämisenterventioita. Hankkeen verkostoitumistapahtumat päätettiin hankkeen alussa järjestää aina hanketapaamisten yhteydessä. Nämä reunaehdot ovat asettaneet omat haasteensa verkostoitumistapahtumien järjestämiseen. Eri maiden ja alueiden välillä on suuria eroja edelleen paitsi englannin kielen käytön myös verkostoitumisen valmiuksien suhteen. Näiden haasteiden vuoksi verkostoitumistapahtumia järjestettäessä ei ole pystytty soveltamaan aina täysin BarCamp-metodia vaan verkostoitumistapahtumissa on käytetty enemmän joko perinteistä seminaarimuotoa tai esim. Hackathon-metodia sovellettuna.

Kuten edellä todettiin BarCamp edellyttää avointa vuorovaikutusta ja tasavertaista osallistumista. Myös kulttuuri- ja organisaatioerot vaikuttavat kansainvälisessä hankkeessa lopputulokseen. BarCamp-metodilla tähdätään myös ongelmien ratkaisuun, hankkeessa oli kuitenkin välillä vaikea kehittää sopivia ongelmia ratkaistaviksi. Haasteena oli myös, että hankkeessa kaikki pilotit olivat eri teemoista ja myös kohderyhmissä oli vaihtelua. Näin ollen yhtenäisiä teemoja ja sopivia ratkaistavia ongelmia oli vaikea hankkeen aikana kehittää, pilotit käynnistyivät myös eri aikoina ja toteutustavat vaihtelivat. Hankkeen verkostoitumistapahtumien päätavoitteena oli myös tuoda pk-yrityksiä ja terveydenhuollon ammattilaisia yhteen. BarCamp-metodi osoittautui tässä suhteessa haasteelliseksi, sillä pk-yrityksillä ei ollut välttämättä resursseja osallistua tämänytyppisiin tapahtumiin.

Kuten jo edellisessä kappaleessa mainittiin, kyselytutkimuksen vastausten perusteella pk-yritykset näkivät verkostoitumistapahtumat hyvänä mahdollisuutena verkostoitua terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Kyselytutkimuksen perusteella koettiin myös erittäin tärkeäksi löytää juuri oikeita kontakteja organisaatioista. BCP-hankkeen tavoitteena on tiivistää pk-yritysten ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyötä ja yhteistä kehittämistyötä. Tähän tavoitteeseen on pyritty saattamalla ensin sopivia kumppaneita yhteen verkostoitumistapahtumien avulla ja tukemalla sitten yhteistä kehittämistyötä tuomalla esiin ja pilotoimalla yhteiskehittämisen menetelmiä. Näitä yhteiskehittämisen menetelmiä käsitellään tarkemmin seuraavassa kappaleessa.

4 BCP-HANKKEEN YHTEISKEHITTÄMISEN MENETELMÄT

4.1 Uusia menetelmiä terveyden edistämiseen

BCP-hankkeessa luotiin uusi interventiomalli terveydenhuollon ammattilaisille elintapasairauksien ennaltaehkäisyyn ja vähentämiseen liittyvien interventioiden suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Mallissa uutta on kohderyhmän mukaan ottaminen terveysterventioiden suunnitteluun ja heidän roolinsa korostaminen aktiivisena osapuolena eikä pelkästään interventioiden kohteena. Tämän uskotaan edistävän kohderyhmän interventioiden liittyvää hyväksyntää ja siten parantavan niiden vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta. Uutta mallissa on myös mobiilisovellusten hyödyntäminen osana terveyden edistämisen interventiota, millä voi olla etenkin nuoria motivoiva vaikutus. Luodun interventiomallin yhteyteen on rakennettu työkalupakki, joka sisältää hyviksi todettuja menetelmiä interventioiden eri vaiheiden suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Näitä vaiheita ovat kohderyhmän tarpeiden kartoitus, käyttäytymisen muutos ja uusien digitaalisten terveyden edistämisen sovellusten (e-tools) suunnittelu. Seuraavassa esitellään työkalupakin viimeistä osiota eli menetelmiä, joita voi käyttää tai soveltaa suunniteltaessa uusia digitaalisia terveyssovelluksia.

4.2 BetterPrevention-työkalupakki

Uusien terveyden edistämiseen liittyvien digisovellusten suunnittelu vaatii moniammatillista yhteistyötä sekä yhteissuunnittelua ja -kehittämistä, jotta ne soveltuisivat mahdollisimman hyvin käyttötarkoitukseen, vastaisivat kohderyhmän tarpeita ja olisivat teknisesti toimivia. Terveyden edistämiseen tähtäävän sovelluksen suunnittelussa tarvitaan niin terveydenhuollon ammattilaisten substanssiosaamista kuin teknologiayritysten

digi- ja palvelumuotoiluosaamistakin. Lisäksi tarvitaan tietoa sovellusten käyttäjäryhmän näkemyksistä ja mieltymyksistä. Suunnitteluvaihetta seuraa sovelluksen toteutusvaihe tai mahdollinen pilotointivaihe, jossa sisältöä ja teknistä toteutusta hiotaan edelleen moniammatillisesti. Lisäksi uusi sovellus on hyvä vielä arvioida yhdessä sekä teknisten toteuttajien että kohderyhmän ja mahdollisesti sovellusta käyttävien ammattilaisten näkökulmista. Tämän perusteella sovellusta on mahdollista kehittää edelleen.

Taulukossa 1 on esitetty BCP-hankkeen työkalupakki (suomennettuna) uusien digisovellusten suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin aikana hyviksi havaituista yhteiskehittämisen menetelmistä. Työkalupakki on julkaistu englanniksi BetterPrevention-verkostoitumisalustalla ([viitattu 16.4.2020]), jonne se jää hyödynnettäväksi myös hankkeen jälkeen. Työkalujen (menetelmien) nimet ovat suluissa myös englanniksi, sillä englanninkieliset termit ovat monissa tapauksissa vakiintuneet myös suomen kieleen.

Taulukko 1. BCP-hankkeessa kehitetty työkalupakki uusien digitaalisten terveyden edistämisen sovellusten suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin yhteiskehittämisen menetelmistä. Työkalupakki on julkaistu englanniksi hankkeen verkostoitumisalustalla (BetterPrevention.eu, [viitattu 16.4.2020]).

Suunnitteluvaihe	Toteutusvaihe	Arviointivaihe
Aivoriihi (Brainstorming)		Aivoriihi (Brainstorming)
Brainwriting (Vastaava kuin aivoriihi mutta kirjoittamalla)		Brainwriting (Vastaava kuin aivoriihi mutta kirjoittamalla)
Palvelumuotoilu / Muotoiluajattelu / Suunnitteluajattelu (Design thinking)	Palvelumuotoilu / Muotoiluajattelu / Suunnitteluajattelu (Design thinking)	Palvelumuotoilu / Muotoiluajattelu / Suunnitteluajattelu (Design thinking)
Käsitekartta (Mind map)		Käsitekartta (Mind map)
Ongelmapuu- menetelmä (Problem Tree Analysis)		
Scamper- menetelmä		Scamper- menetelmä
Kahvilatyöskentely (World Café)		

Jokainen työkalupakin menetelmistä on kuvattu tarkemmin BetterPrevention-alustalla (BetterPrevention.eu, [viitattu 16.4.2020]) siten, että työkalun nimestä avautuu tiedosto, josta selviävät menetelmän tavoite, kuvaus, suositeltu ryhmäkoko sekä vinkkejä onnistuneeseen työskentelyyn. Kuviossa 1 on esimerkkinä Palvelumuotoilu-menetelmän (Design thinking) kuvaus.

Group size:

5 to 6 persons with different backgrounds.

Aim of the Method:

"Design Thinking" is a way to approach a development phase.

Customer-oriented – the "design thinker" looks at the problem from a user's point of view.

Level of Participation:

High

Type of Method:

Holistic approach for development

DESCRIPTION

The "Design Thinking" process is an approach to structure the development process for a new technology. It consists of the following steps, which will be repeated from the beginning as needed:

- ▶ Understand: Get a grasp on the topic and the problem
- ▶ Observe: Conduct a needs assessment and research existing literature and research efforts.
- ▶ Synthesis: Collect ideas and present the results
- ▶ Generate ideas: Gather ideas, structure and visualize them.
- ▶ Prototyping: Create a prototype.
- ▶ Tests: Pilot phase and test of the prototype

TIPS FOR THE USERS

- ▶ The participants must try to assume the users' point of view and be open for new perspectives.
- ▶ Own expectations have to be put aside.
- ▶ A demanding approach, where a support from outside could be helpful

GOOD TO KNOW:

- ✓ Very creative method
- ✓ May quickly become chaotic.
- ✓ Can improve interdisciplinary networks

MORE ABOUT THE METHOD:
Lugmayr, A., Stockleben, B., Zou, Y. et al. *Multimed Tools Appl* (2014) 71: 119. <https://doi.org/10.1007/s11042-013-1361-8>
<https://hpi-academy.de/en/design-thinking/what-is-design-thinking.html>



EUROPEAN UNION
European Regional Development Fund

Kuvio 1. Palvelumuotoilu-menetelmän kuvaus BCP-hankkeen uusien digitaalisten terveyden edistämisen sovellusten kehittämisen työkalupakissa (BetterPrevention.eu, [viitattu 16.4.2020]).

Kuten työkalupakista havaitaan, useat menetelmistä soveltuvat moniin digisovellusten yhteiskehittämisen vaiheisiin. Moniammatillista ideointia, asioiden jäsentämistä, ongelmanratkaisua ja synteiesien muodostamista tarvitaan sekä sovellusten suunnittelu-, toteutus- että arviointivaiheissa. Menetelmän valinta riippuu mm. ryhmäkoosta, käytettävästä tilasta ja ajasta sekä saatavana olevista materiaaleista. Lisäksi on hyvä ottaa huomioon, tuntevatko kehittäjät toisiaan ennestään vai ovatko he toisilleen ennestään vieraita. Seuraavaksi kuvataan BCP-hankkeen Seinäjoen pilottia edeltävää suunnitteluvaihetta, jossa hyödynnettiin verkostoitumistapahtumia ja moniammatillista ideointia. Pilotissa suunniteltiin ja toteutettiin uusi mobiilisovellus tupakkatuotteiden käytön vähentämisen ja lopettamisen tueksi.

5 YHTEISKEHITTÄMISEN MENETELMÄT MOBIILISOVELLUKSEN IDEOINTIVAIHEEN TUKENA BCP-HANKKEESSA

BCP-hankkeen yhtenä päätavoitteena on tuoda uusia menetelmiä terveyden edistämiseen, ja hankkeen kohderyhmää ovat olleet 11 - 19 -vuotiaat nuoret. Etelä-Pohjanmaalla hankkeen toimijoita ovat olleet Seinäjoen ammattikorkeakoulu ja Seinäjoen sosiaali- ja terveyskeskus.

Kuten edellä on esitetty, on ensiarvoisen tärkeää ottaa käyttäjät ja asiakkaat mukaan tuotettaessa ja kehitettäessä tulevaisuuden työkaluja terveyden edistämisen työn tueksi. Hankkeessa kehitettiin yhteistyössä EiNi-sovellus, jonka tarkoitus on tukea tupakoinnin ja nuuskan käytön vähentämisessä ja lopettamisessa. Sovellusta kehittivät yhteistyössä Valakia Interactive, SeAMK, Seinäjoen terveyskeskus sekä Sedun opiskelijat. Sovelluksen ideointi oli pitkä ja polveileva prosessi. Ideointimenetelmiä esitellään seuraavissa luvuissa.

5.1 Case Minihack

BCP-hanke järjesti keväällä 2019 Healthy Kids Hack -tapahtuman Healthy Kids of Seinäjoki -konferenssin yhteydessä. Healthy Kids Hack -tapahtuman järjestämisellä oli BCP-hankkeen kannalta kaksi tavoitetta: toisaalta haluttiin saada hankkeelle näkyvyyttä ja toisaalta haluttiin saada ideoita ja ajatuksia suunnitteilla olevaa EiNi-mobiilisovellusta varten. Tapahtuma järjestettiin yhdessä Into Seinäjoen kanssa. Hackathon-metodilla on paljon yhtymäkohtia BarCampiin sillä myös Hackathon-tapahtumissa pyritään mahdollisimman tasavertaiseen yhteiskehittämiseen ja avoimeen vuorovaikutukseen. Hackathon eroaa kuitenkin BarCamp-metodista mm. siinä, että Hackathonissa voidaan an-

taa kaikille ryhmille yksi yhteinen kehittämistehtävä tai -haaste ja aikaa ratkaisujen hakemiseen on varattu enemmän. Yleensä Hackathon-tapahtumat kestävät koko viikonlopun mutta tässä tapauksessa järjestäjillä ei ollut mahdollisuuksia järjestää näin pitkää tapahtumaa, joten tapahtuma päätettiin järjestää Hackathon-metodia mukailleen.

Healthy Kids Hack -tapahtumassa käsiteltiin muutamaa haastetta. Tapahtumaan osallistui terveydenhuollon ammattilaisia, yritysten edustajia, muutama opiskelija ja muita kehittämistyön ammattilaisia. Yhteiskehittämisen menetelmäksi tilaisuuteen valittiin World Café -työskentelymenetelmä. World Café -työskentelyn ohjaajana/fasilitaattorina toimi ulkopuolinen ammattilainen (Lotta Hamari Turun yliopistosta.) Fasilitaattori piti ensin oman puheenvuoronsa, jolla virittäydettiin työskentelyyn ja teemoihin. BCP-hanke asetti tilaisuuteen haasteeksi kehittää ja ideoida uusia työkaluja ja ratkaisuja tukemaan lasten ja nuorten tupakkatuotteisiin (tupakka, sähkötupakka ja nuuska) liittyvää terveysneuvontaa ja ennaltaehkäisemään niiden käytön aloittamista.

Yhteiskehittämistilaisuuden tärkein anti hankkeen pilottisuunnitelman kannalta oli näkökulman laajeneminen. Yhteiskehittämisen työkalun avulla tupakointiin ja interventioon vaikuttavia asioita pystyttiin katsomaan laajemmasta näkökulmasta ja alkuperäistä suunnitelmaa pystyttiin tarkastelemaan näihin uusiin ideoihin peilaten. Tilaisuudessa nousi tärkeänä teemana esiin mm. itsetunnon vahvistamisen merkitys. Vahva itsetunto auttaa lasta ja/tai nuorta tekemään omiin arvoihinsa pohjautuvia ratkaisuja, ja tukee sitä kautta omien selviytymiskeinojen luomista mm. tupakkatuotteista kieltäytymiseen. Uusina näkökulmina nousivat myös esiin esimerkiksi tubettajien tai muiden mielipidevaikuttajien esiin nostaminen, ryhmään kuulumisen sekä oppilaitosten kulttuuri (tupakoivatko opettajat tai muut henkilökunnan jäsenet näkyvästi).

Healthy Kids Hack -tapahtumaan osallistumisesta oli hankkeen pilotin kannalta selvästi hyötyä, sillä se tuotti uusia ideoita ja näkökulmia, joista oli hyötyä varsinaisen sovelluksen prototyyppiä tehdessä. Voidaan todeta, että tämä valittu yhteiskehittämisen menetelmä tuki suunnitteluprosessia. Pilotin prototyyppi ei ollut vielä tuossa vaiheessa valmis, joten tilaisuudessa ei saatu kovinkaan konkreettisia ehdotuksia sovelluksen sisältöä ajatellen. Muutama uusi näkökulma sivusi sisältöä, ehdotettiin esimerkiksi, että interventioiden olisi hyvä olla sävyltään positiivisia eli sen sijaan, että pelotellaan negatiivisilla vaikutuksilla, olisi parempi korostaa nikotiinittomuuden positiivisia vaikutuksia ja palkita onnistumisista. Osallistujien mielestä myös tupakoinnin negatiivisia ympäristövaikutuksia kannattaa tuoda esiin, sillä ympäristönäkökulma on nykyään erityisen tärkeä monille nuorille.

Tulosten kannalta olisi ollut oleellista saada tilaisuuteen mukaan myös varsinaisia sovelluksen tulevia käyttäjiä tai muita kohderyhmän edustajia, se ei kuitenkaan valitettavasti onnistunut. Vastavantyyppisiä työpajoja suunnitellessa tulee pyrkiä huomioimaan käyttäjien ja kohderyhmän mukaan saaminen vielä paremmin. Opettajia ja/tai rehtoreita kannattaa pyytää projektiin mukaan jo tilaisuutta suunniteltaessa, jotta lasten/nuorten osallistuminen on mahdollista. Kehittämishaaste kannattaa myös pyrkiä muotoilemaan mahdollisimman selkeästi ja tarkasti, jotta osallistujat pystyvät siihen tarttumaan ja esittämään mahdollisimman konkreettisia kehittämissuhteita ja ideoita.



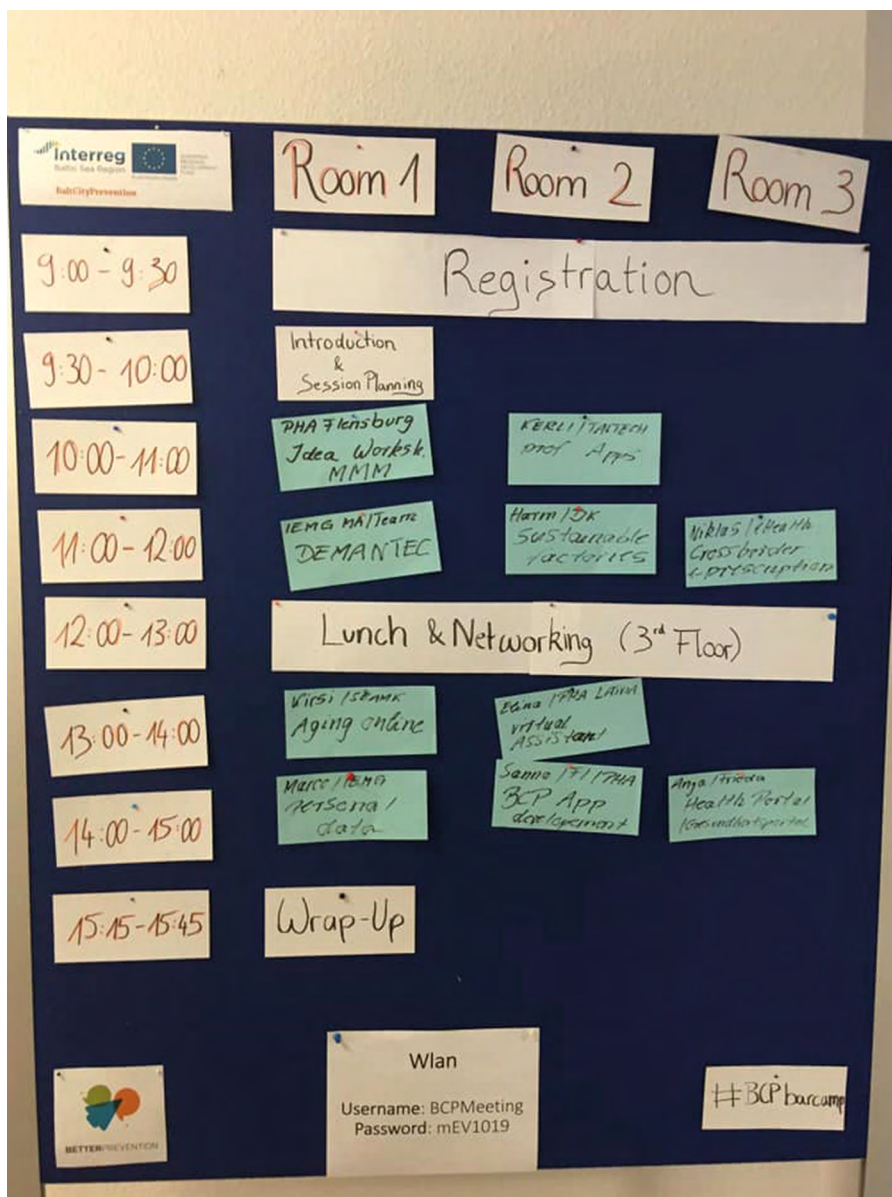
Kuva 1. Yhteistä kehittämistä Healthy Kids Minihack -tapahtumassa (kuva: Sanna Valkosalo 2019).

5.2 Case BarCamp Flensburg

BaltCityPrevention-hankkeen ensimmäinen varsinainen BarCamp-verkostoitumistapahtuma järjestettiin Flensburgissa Saksassa 16.10.2019. Tapahtuman järjestäjänä toimi koko hankkeen

pääpartneri Flensburg University of Applied Sciences. Tapahtumaa oli markkinoitu aktiivisesti eri kanavien kautta (sähköposti, sosiaalinen media jne.), myös SeAMK osallistui aktiivisesti markkinointiin Suomessa. Pääosin hankkeen ulkopuoliset edustajat olivat paikallisia; joko Flensburgin kaupungin työntekijöitä sekä sidosryhmien edustajia tai Flensburg University of Applied Sciences -oppilaitoksen työntekijöitä, opiskelijoita sekä heidän sidosryhmiään. Verkostoitumistapahtumaan osallistui vain yksi pk-yritys.

BarCampin alussa järjestäjä esitteli BarCamp-metodin työskentelytavat ja päivän ohjelman. Kuten aiemmin on todettu, BarCamp- metodiin kuuluu, että valmista ohjelmaa ei ole. BarCampia voisi luonnehtia itseohjautuvaksi tapahtumaksi. Aluksi osallistujat saavat esitellä omat aiheensa. Oma aihe voi olla vain yksi kysymys, keskustelualoite, jokin ongelma, johon kaivataan ratkaisua, työpaja tai mitä tahansa muuta. Osallistujat saavat äänestää tai osoittaa kiinnostusta esitettyyn aiheeseen ja jos kiinnostusta on tarpeeksi, aiheelle varataan oma ajankohta. Näiden ajankohtien perusteella muodostetaan tarkempi ohjelma tapahtumalle sen mukaan, miten osallistujat ja työpajojen järjestäjät haluavat osallistua eri aiheisiin.



Kuva 2. Flensburgin BarCampin valmis aikataulu (kuva: Sanna Valkosalo 2019).

Flensburgin BarCampin toteutuessa Seinäjoen EiNi-pilottia oli suunniteltu jo varsin pitkälle. BarCamp-verkostoitumismallia haluttiin kuitenkin testata käytännössä. Näin ollen päätettiin esittää yhdeksi aiheeksi EiNi-sovelluksen lyhyt esittely, johon pyydettiin osallistujilta ideoita ja kommentteja. Käytännössä BarCampin

työpajassa esiteltiin lyhyesti suunniteltu EiNi-mobiilisovellus ja seuraavaksi kaksi case-esimerkkiä, joita osallistujien toivottiin käyttävän hyödyksi ideoinnissaan. Case-esimerkeissä esiteltiin kaksi kuvitteellista henkilöä: ensimmäisessä 17-vuotias tyttö, joka oli tupakoinut neljä vuotta ja poltti 15-20 savuketta päivässä ja toisessa 15-vuotias poika, joka oli polttanut kolme vuotta ja alkanut tupakoida viimeisen vuoden aikana päivittäin. Näihin esimerkkeihin liittyen osallistujille esitettiin kaksi kysymystä: jos nämä esimerkkihenkilöt haluavat lopettaa tupakoinnin, niin 1) millaista tukea he tarvitsisivat ja keneltä sitä tulisi saada ja 2) jos lopettamisen tukena olisi (mobiili)sovellus, millaista sisältöä tuossa sovelluksessa tulisi olla. Varsinkin jälkimmäisen kysymyksen vastauksista toivottiin lisää ideoita kehitteillä olevaan EiNi-mobiilisovellukseen.

CASE 2. BOY, 15y
USED SNUS 3y, LAST 1y DAILY

I WHAT KIND OF SUPPORT,
FROM WHOM

Motivation from Idols/Heroes

Friends

Why is he using it? Getting to know his reasons.

Health Information, what damage does it cause?

Distraction ↳ What are the benefits of quitting?

Competition

II CONTENT OF THE APP (eTool)

Reminder (Pop-Up)

Money Counter - How much saved?

↳ competition example class

Video messages from lads, who are quitting as well

Videos with healthy girls, relationship related

Penalty function with friends

support, group network for quitting

Kuva 3. Case-esimerkkiin aivoriihessä kirjattuja ajatuksia ja ideoita (kuva: Terhi Kimpimäki 2019).

Osallistujat jaettiin ensin kahteen ryhmään ja molemmat saivat käsitellä ensin omaa case-esimerkkiään. Yhteiskehittämisen menetelmäksi valittiin tähän työpajaan aivoriihi (Brainstorming), sillä aikaa ei ollut tiedossa etukäteen, lisäksi haluttiin valita menetelmä, joka tukisi mahdollisimman vapaata ideointia. Lopuksi yhteenvetokeskustelussa molemmat ryhmät saivat vielä

kommentoida molempia tapauksia. Sisällön osalta molemmille tapauksille ehdotettiin laskuria, joka näyttäisi, kuinka paljon rahaa tupakkatuotteisiin kuluu tai kuinka paljon niitä käyttämättä voi säästää. Samoin molemmille ehdotettiin tukiryhmää tai tukea ystäviltä. Kuten jo aikaisemmin Healthy Kids Minihackissä myös täällä nostettiin esiin esikuvien merkitys, ja sovellukseen toivottiin esimerkiksi videoviestejä idoleilta.

Molempien esimerkkien kohdalla nousivat esiin myös tupakoinnin ulkonäkövaikutukset, tosin mielenkiintoisesti hieman eri näkökulmista; pojalle toivottiin “videos with healthy girls” kun taas tytön kohdalla mainittiin “personal affect (photo, ageing) eli ilmeisesti pojan kohdalla mietittiin enemmän sitä, että tupakointi vaikuttaa mahdollisuuksiin löytää tervehenkinen tyttöystävä, kun taas tytön kohdalla tärkeänä nähtiin tupakoinnin vaikutus omaan ulkonäköön. Molempien esimerkkien kohdalla nousi esiin myös mielenkiintoisia uusia avauksia sovelluksen sisällöksi kuten ilmoitustoiminto (muistutuksia tupakoimattomuuden tueksi), jonkinlainen “sakkotoiminto” ystävien kanssa sekä muuhun keskittyminen (esim. peliin.)

BarCamp-työskentelymetodi osoittautui myös hankkeen kannalta hyödylliseksi kokeiluksi, sitä kautta saatiin uusia näkökulmia ja ideoita. Työpajojen aiheet esiteltiin tilaisuuden alussa, joten työpajan osallistujat olivat motivoituneita ja valmiiksi virittäytyneitä teemaan. Varsinaisia käyttäjiä ja kohderyhmää ei kuitenkaan ollut osallistujien joukossa ja muutenkin ryhmän osallistujakunta olisi voinut olla taustoiltaan heterogeenisempää, osallistujat edustivat pääasiassa korkeakoulujen työntekijöitä ja opiskelijoita, olisi ollut hyvä saada mukaan myös erityisesti yrityspuolen edustajia, käyttäjiä ja muita kohderyhmää tuntevia asiantuntijoita.

6 LOPUKSI

Teknologisen kehityksen myötä uusia teknologioita hyödyntäville terveyden edistämisen menetelmille on entistä suurempi tarve. Uudet sukupolvet odottavat, että terveyden edistämisessä hyödynnetään kanavia, menetelmiä ja tapoja, joihin he ovat tottuneet ja joita he mielellään käyttävät. Sosiaali- ja terveysministeriön (2016) digitalisaatiolinjauksissa vuodelle 2025 todetaan seuraavaa: "Uusille sukupolville digitaalisuus on oletusarvo, ei vain lisä nykyisiin palveluihin". Terveydenhuollon resurssien tiukentumassa tarvitaan myös yhä enemmän matalan kynnyksen palveluja, joiden avulla pystytään tukemaan terveyden edistämistä käyttäjälähtöisesti. Näin ollen tulevat terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat hyviä tietoteknisiä valmiuksia ja kyvyn tehdä moniammatillista yhteistyötä. Toki tämä vaade ei koske vain terveydenhuollon ammattilaisia vaan laajemmin eri ammattikuntia. Mikkola (2018) korostaa, että tulevaisuuden ammattilaisilla digivälineiden hyötykäyttö, teknologia- ja tulevaisuusajattelu sekä luovuus- ja ideointitaidot tulevat korostumaan entisestään.

Verkostoitumis- ja yhteiskehittämisen menetelmiä, joilla voidaan saattaa esim. teknologiayrityksiä ja terveydenhuollon ammattilaisia yhteen ratkomaan ongelmia saman pöydän ääressä, on olemassa jo melko paljon, kuten edellä on kuvattu. Tapahtumille on tarvetta ja niistä oli ideoinnille myös selvästi hyötyä kokemusten perusteella. Haasteitakin verkostoitumisessa ja yhteiskehittämisessä kuitenkin edelleen riittää. Yksi merkittävimmistä haasteista on pk-yritysten mukaan saaminen. BCP-hankkeen kyselytutkimuksessa yritykset kokivat verkostoitumisen tärkeäksi, mutta toisaalta haluttiin löytää mahdollisimman sopivia kumppaneita yhteistyölle.

Verkostoituminen pitäisi nähdä selkeämmin ensimmäisenä askeleena yhteiseen kehittämiseen ja näin ollen tapahtumat olisi hyvä

suunnitella niin, että sinne löytyisi osapuolia, jotka pystyisivät vastaamaan toistensa tarpeisiin. Näin ollen olisi tärkeää, että terveydenhuollon ammattilaiset osaisivat omalta osaltaan määritellä tarpeensa uusille sovelluksille ja menetelmille. Kuten aiemmin on todettu, tämä vaatii myös terveydenhuollon ammattilaisilta valmiuksia oman työn kehittämiseen tästä näkökulmasta. Oman työn kehittämistarpeiden tunnistaminen ja niiden moniammatillinen kehittäminen ovat tulevaisuudessa yhä tärkeämpiä taitoja. Toki myös organisaatiotasolla tulee huomioida tämä näkökulma ja tukea aktiivisesti työntekijöitä oman työn kehittämisessä.

Kyselytutkimuksessa pk-yritykset nostivat esiin myös tuotekehityksen haasteen. Erityisesti pk-yritykset kaipaisivat tähän enemmän rahoitusta ja resurssia. Verkostoituminen ja uusien tuotteiden sekä palveluiden kehittäminen vievät sekä aikaa että rahaa. Kuka maksaa verkostoitumisajasta ja ajasta, jonka kehittäminen vie, varsinkin kun resurssit terveydenhuollon puolella ja COVID-19-kriisin myötä myös useilla pk-yrityksillä vain vähenevät koko ajan? Yksinkertaista vastausta tähän tuskin löytyy. Kyselytutkimuksessa esiin nostetut tapauskohtaiset kehittämisryhmät voisivat olla yksi mahdollisuus. Terveiden edistämistyössä myös käyttäjien osallistaminen on erittäin tärkeää onnistuneen lopputuloksen kannalta, joten ehkäpä verkostoitumistapahtumat voitaisiin suunnitella näiden tapauskohtaisen kehittämisryhmien matalan kynnyksen kick off -tapahtumiksi.

LÄHTEET

BaltCityPrevention. Project BaltCityPrevention WP4 GoA 4.2. Needs and requirement analysis of SMEs: Evaluation of the results. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 16.4.2020]. Saatavana: https://baltcityprevention.eu/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/WP4_GoA_4.2_Needs_and_requirement_analysis_of_SMEs_FINAL_120919.pdf

Betterprevention.eu. Toolbox. [Verkkosivu]. [Viitattu 16.4.2020]. Saatavana: <https://betterprevention.eu/toolbox.html>

Dennerlein, S., Gutounig, R.; Kaiser, R., Barreiros, R. & Rauter, R. 2015. Knowledge strategies in organisations: a case for the Barcamp Format: Conference paper. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 16.4.2020]. Saatavana: <https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.13140%2FRG.2.1.4145.5846>

Mikkola, M. 2018. Ajattelun aikakausi: Näkökulmia vol 1. [Verkkajulkaisu]. Pori: Satakunnan ammattikorkeakoulu. Sarja D. Muut julkaisut 3/2018. [Viitattu 14.5.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-633-260-7>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena: Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan digitalisaatiolinjaukset 2025. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 17.4.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3782-6>

MONITOIMIJUUSOSAAMINEN OPETUSSUUNNITELMIEN ILMENTÄMÄNÄ SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA

Virpi Maijala, TtT, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Jaana-Maija Koivisto, FT, tutkijayliopettaja
HAMK Smart-tutkimusyksikkö

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon (sote) ammattilaisten osaaminen on jatkuvassa muutoksessa. Tähän vaikuttavat väestön muutuneiden terveystarpeiden lisäksi sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamistarpeet. Uudistamistarpeet liittyvät sähköisten palvelujen kehittämiseen, palvelujen parempaan yhteensovittamiseen, saatavuuteen ja kustannusten kasvun hallintaan (Tutkintoon johtavan koulutuksen kehittäminen 2019). Nämä toimintaympäristöstä nousevat palvelujen uudistumistarpeet heijastuvat sote-ammattilaisten osaamistarpeisiin siten, että eri sote-ammattiryhmiltä vaaditaan vahvan ammattialakohtaisen substanssiosaamisen lisäksi generistä asiakastyöosaamista, palveluiden kehittämisoosaamista sekä työntekijyyden ja yhteistoiminnan muutososaamista.

Vaikka sote-alan ammattilaisten osaamisen uudistamistarpeet ovat olleet esillä ja useat tutkimukset puoltavat osaamisen uudistamista, niin siitä huolimatta osaamisen kehittäminen on keskittynyt yksilöihin ja yksittäisten ammattiryhmien osaamiseen. Jatkossa osaamisen uudistamista tulee tehdä painokkaammin

osaavan työyhteisön suuntaan. Näin voidaan muuttaa toimintakulttuuria osaamista arvostavaan, yhteistä päämäärää tavoittelevaan kollegiaaliseen suuntaan. (Kangasniemi ym. 2018.)

Tässä artikkelissa tarkoituksena on kuvata sitä, miten sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkintojen opetussuunnitelmat ilmentävät monitoimijuusosaamista ja sen kehittymistä sairaanhoitajan, terveydenhoitajan, sosionomin, fysioterapeutin ja geronomin tutkinto-ohjelmissa. Artikkelin kuuluu osaksi valtakunnallista SotePeda 24/7 -hanketta, jonka yhtenä kehittämisen kohteena on määritellä monitoimijuuteen liittyvää osaamista ja kehittää opetus- ja oppimismenetelmiä eri tutkinto-ohjelmiin sovellettaviksi.

2 MONITOIMIJUUSOSAAMINEN SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA

Terveysalan ammattilaisilta edellytetään monialaista ja monitieteistä osaamista. Tämä osaamisvaatimus on hyvin tunnistettu aikaisemmin esimerkiksi eri sairauksien hoitoon tai lääkehoitoon liittyen (Brulhart & Wermeille 2011; Grand, Caspar & Macdonald 2011). Tällä hetkellä ajankohtaista on monialaisen ja monitieteisen osaamisen vahvistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten palveluiden kehittämisessä (Ahonen, Kinnunen & Saranto 2020; Lehtoaro, Juujärvi & Sinervo 2019). Eri yhteiskuntasektoreiden välisen monitoimijaisen kehittämistyön vahvistaminen on keskiössä monissa kansallisissa, alueellisissa sekä paikallisissa strategioissa ja toimintaohjelmissa (Laurila 2020). Monitoimijuudella tarkoitetaan tässä artikkelissa julkisen, yksityisen, kolmannen sektorin sekä kansalaisten yhteistä toimintaa. Sen erottaa monialaisuus -käsitteestä se, että monitoimijuudessa edustettuina ovat ammattialojen lisäksi kolmas sektori ja kansalaiset (Nieminen ym. 2019).

Ammattikorkeakoulujen opettajat näkevät monialaisen opetuksen tärkeänä. Kiinnostavaa kuitenkin on, että opettajat kokevat riittäväksi osaamisen tasoksi sen, että opiskelija ymmärtää monialaisuuden merkityksen opinnoissaan (Ahonen ym. 2020). Nykypäivän digitalisoituvassa työelämässä tarvitaan kuitenkin monipuolista osaamista, joka liittyy yhteistyöhön eri ammattiryhmien kanssa. Erittymisen tärkeää on osata tunnistaa sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen liittyvät toimijat, jotta yhteistyö on aidosti monialaista ja jotta resurssit kohdistetaan asiakkaiden tarpeiden kannalta keskeisiin palveluihin (Laurila 2020). Ammattilaisten rinnalla nykypäivänä kehittämistyöhön osallistuu myös loppukäyttäjä eli kansalainen. Laaja-alaisesti katsottuna kehittämiseen vaikuttavia toimijoita ovat *'kaikki yksilöt, ryhmät ja organisaatiot, jotka ohjaavat, suunnittelevat, rahoittavat, järjestävät, tuottavat ja käyttävät ihmisten hyvinvointia edistäviä palveluja'* (Laurila 2020).

Osataksaan toimia monitoimijaisessa yhteistyössä eri ammattiryhmien ja kansalaisten kanssa opiskelijoilla tulee olla mahdollisuus vahvistaa monitoimijuusosaamistaan ammattikorkeakoulutuksen aikana. Tällä osaamisella tarkoitetaan sitä, että työskennellessään monitoimijaisesti ammattilainen huolehtii omalta osaltaan siitä, että kaikkien osapuolten tieto, valta ja osallisuus toteutuvat tasavertaisina (Nieminen ym. 2019). Erittymisestä aikaisemmin monialaiseen työskentelyyn liittyi erilaisia yhteistyötä estäviä tekijöitä, kuten erilaiset käsitykset yhteistyöstä, osallistujien erilaiset taidot työskennellä yhteistyössä sekä lääketieteen edustajien hallitsevuus yhteistyötilanteissa (Atwal & Caldwell 2006).

Nykypäivänä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten tulee ymmärtää asiantuntijuuden erilaisia muotoja sekä osata hyödyntää omaa substanssiomaamistaan monitoimijaisessa yhteistyössä. Sote-alan ammattilaisten substanssiosaamista tarvitaan esimerkiksi kehitettäessä uusia digitaalisuutta ja virtuaalitodellisuutta

hyödyntäviä menetelmiä, kuten hyötypelejä potilaiden hoitoon, kuntoutukseen tai terveyden edistämiseen. Toisaalta sote-alan osaajilta edellytetään osaamista toimia yhdessä pelisuunnittelijoiden, ohjelmoijien, käyttöliittymäsuunnittelijoiden sekä 3D-artistien kanssa samalla tuoden esiin omaa asiantuntijuuttaan. (Koivisto ym. 2018.) Yksi keskeinen osaamisalue onkin myös digitaalisten työkalujen, menetelmien ja alustojen hyödyntäminen monitoimijaisessa yhteistyössä. Kun esimerkiksi halutaan osallistaa nuoria heille kehitettävien palvelujen ideoinnissa, ammattilaisten tulee käyttää nuorille luontevia alustoja. Sellaisia ovat esimerkiksi YouTube, TikTok, Twitchtv ja Discord. Sosiaalinen media antaa nuorille oman tilan, jossa he saavat äänensä kuuluviin sekä mahdollisuuden vaikuttaa itseään koskeviin asioihin. Esimerkiksi Discordissa käyttäjä pääsee itse luomaan chat-tilan, jossa hän voi keskustella yksityisesti muiden sinne kutsuttujen käyttäjien kanssa.

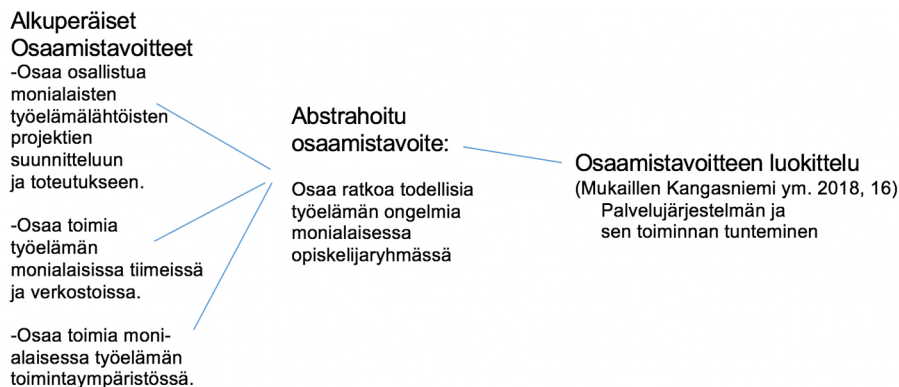
Monitoimijuusosaamisen ja -oppimisen taustalla on monialaisuuden ja moniammatillisuuden määrittely, jossa vähintään kahden tai useamman ammattialan opiskelijat ovat sitoutuneita oppimaan yhdessä, toisiltaan ja toisista (Bainbridge & Wood 2012). Tällöin oppimisessa tavoitellaan sitä, että opiskelijat ymmärtävät erilaisia ammatillisia rooleja ja harjoittelevat vuorovaikutustaitoja. Opiskelijat oppivat myönteisiä asenteita muita ammattialoja kohtaan, joka vähentää kielteisiä ennakkoluuloja muita ammattiryhmiä kohtaan (Oandasan & Reeves 2005). Monitoimijuusosaamista oppii parhaiten silloin, kun opiskelu tapahtuu aidossa yhteistyössä muiden alojen opiskelijoiden, työelämän ja asiakkaiden kanssa. Siksi ammattikorkeakoulussa on mahdollistettava monitoimijainen opiskelu sen eri vaiheissa opiskelua. Tämä koskee niin teoriaopintoja kuin käytännön harjoitteluakin.

3 TUTKIMUSAINEITO JA MENETELMÄT

Tutkimusaineiston muodostaa SotePeda 24/7 -hankkeessa mukana olevien ammattikorkeakoulujen neljä sosiaali- ja terveysalan tutkinnon opetussuunnitelmaa, jotka oli julkaistu ja saatavilla keväällä 2019. Ammattikorkeakoulututkinnoista (AMK) mukana olivat seuraavat: sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, sosionomi, fysioterapeutti ja geronomi. Tutkimusaineistoon valikoituneista opetussuunnitelmista etsittiin tutkimuskysymyksen perusteella vastausta siihen, miten monitoimijuus tai monialaisuus kuvataan sosiaali- ja terveysalan osaamistavoitteissa, opintojaksojen sisällöissä ja opetusmenetelmissä. Lisäksi oltiin kiinnostuneita siitä, miten monitoimijuus ja monialaisuus kehittyvät sosiaali- ja terveysalan 3,5-vuotisen AMK-koulutuksen aikana. Opetussuunnitelmien analysoimisessa sovellettiin deduktiivista eli aikaisempaan teorian tietoon ja käsitteellistämiseen pohjautuvaa sisällönanalyysiä (Graneheima, Lindgren & Lundman 2017). Analyysi eteni siten, että ensin aineisto ryhmiteltiin osaamisalueiden (tiedot, taidot ja asenteet) teoreettisen viitekehyksen mukaisiin kategorioihin.

Sisällönanalyysiprosessi jatkui siten, että kunkin osaamisalueen alle ryhmiteltyä aineistoa lähdettiin peilaamaan Kangasniemen ym. (2018, 16) esittämiin sote-uudistuksessa tarvittavan ammattiosaamisen alueisiin. Näitä alueita ovat asiakaslähtöisyys, palvelujärjestelmän ja sen toiminnan tunteminen, robotiikka ja digitalisaatio, moniammatillinen ja -tieteellinen yhteistyö, ohjaus ja neuvonta, tutkimus- ja kehittämisosaaminen, vaikuttavuus sekä kustannus- ja laatu-tietoisuus, sekä ammattialakohtainen substanssiosaaminen. Tässä analyysivaiheessa opetussuunnitelmien opintojen sisällöt jätettiin analyysin ulkopuolelle, koska ne eivät tuoneet mitään uutta materiaalia opintojakson tavoitteisiin ja opetusmenetelmiin nähden. Osaamistavoitteiden kuvaukset tiivistettiin tässä vaiheessa siten, että samankaltaiset osaamistavoitteet yhdistettiin ja ne muodostivat kukin aina yhtä asiaa

kuvaavan osaamistavoitteen. Kuviossa 1 on esitetty esimerkki analyysin etenemisestä.



Kuvio 1. Esimerkki analyysin etenemisestä.

4 TULOKSET JA NIIDEN TARKASTELU

Sosiaali- ja terveysalan opetussuunnitelmissa monialaisuus oli usein käytetty käsite, jolla kuvattiin yhteistyön oppimista eri ammattiryhmien sekä asiakkaiden ja heidän läheistensä kesken. Monitoimijuus ilmeni käsitteenä muutaman kerran, mutta se ei sisällöllisesti juurikaan eronnut monialaisuuden käsitteen saamasta sisällöstä. Lisäksi yleisesti havaittiin, että monialaisuuden opinnot painottuivat opintojen ensimmäisen (perusopintojen) ja viimeisen kolmannen vuoden ja syventävän vaiheen opintoihin. Sitä vastoin toisena vuotena (ammattiopinnot) monialaisuus tai monitoimijuus ei juurikaan esiintynyt opetussuunnitelmissa tavoitteina, sisältöinä tai opetus- ja oppimismenetelminä.

4.1 Asiakslähtöisyyden tiedollinen ja taidollinen monitoimijuusosaaminen

Tiedollinen monitoimijuusosaaminen ilmeni asiakslähtöisyyden osalta sosiaali- ja terveysalan opetussuunnitelmien ensimmäisen

vuoden osaamistavoitteissa siten, että osaamistavoitteiksi oli määritelty tieto eri säädöksistä, arvoista ja eettisistä periaatteista sekä tieto yksilön ja yhteisön hyvinvoinnista. Tämän tuloksen perusteella asiakaslähtöisyyden tiedollinen monitoimijuusosaaminen keskittyy lainsäädännön, eettisten periaatteiden ja hyvinvointiin liittyviin tekijöihin yksilön ja yhteisön tasolla. Taulukossa 1 on esitetty tulokset asiakaslähtöisyyden tiedollisen ja taidollisen monitoimijuusosaamisen osalta.

Taulukko 1. Asiakaslähtöisyyden tiedollinen ja taidollinen monitoimijuus-osaaminen sosiaali- ja terveysalan opetussuunnitelmissa vuosina 2019 - 2021.

Uudistuvassa sosiaali- ja terveyspalveluissa tarvittava ammattilaisten osaaminen (Mukaillen Kangasniemi ym. 2018, 16)	Tiedollisten osaamistavoitteiden kuvaus opetussuunnitelmissa (sairaanhoidtaja, terveydenhoitaja, sosionomi, fysioterapeutti, geronomi)	Lukuvuosi	Opetus- ja oppimismenetelmät
Asiakaslähtöisyys <ul style="list-style-type: none"> • Asiakkaan ja potilaan ihmisoikeuksien ja perusoikeuksien toteutuminen • Valinnanvapaus • Asiakkaan tarpeiden tunnistaminen • Asiakkaan osallisuus ja vaikutusmahdollisuuksien edistäminen 	Tietää keskeiset säädökset, arvot ja eettiset periaatteet sosiaali- ja terveydenhuollossa	1. vuosi	Verkkooppiminen, lähiopetus tiimioppiminen
	Tietää hyvinvoinnin osatekijöitä yksilö- ja yhteisötasolla	1. vuosi	Luennot, asiakas-case-työskentely monialaisissa ryhmissä
	Taidollisten osaamistavoitteiden kuvaus		
	Osaa kuvata hyvinvoinnin osatekijät yksilö- ja yhteisötasolla ja toimia hyvinvointia edistäen	1. vuosi	Kirjallisuus, verkko-opiskelu
	Harjaantuu asiakasvuorovaikutustaidoissa työskentelemään yksilöiden, perheiden ja ryhmien kanssa monialaisia verkostoja hyödyntäen	2. vuosi	Asiakasfoorumiin osallistuminen
	Osaa tunnistaa, millaisia muita kuin oman alan asiantuntijuuksia asiakas tarvitsee hyvinvointinsa tueksi	3. vuosi	Luennot, vierailut, oppimistehtävät
	Osaa kehittää osallistumisen uusia muotoja sekä luovia yhteiskehittämisen tiloja ja menetelmiä	4. vuosi	Monialainen pienryhmäopiskelu, tiimioppiminen

Asiakslähtöisyyden osaamisalueiksi uudistuviissa sosiaali- ja terveystalvuluissa on Kangasniemen ym. (2018, 16) mukaan määritelty esimerkiksi asiakkaan ja potilaan ihmisoikeuksien ja perusoikeuksien toteutuminen, valinnanvapaus, asiakkaan tarpeiden tunnistaminen sekä asiakkaan osallisuus ja vaikutusmahdollisuuksien edistäminen. Asiakslähtöisyyteen liittyvän tiedollisen monitoimijuuksosaamisen opetus- ja oppimismenetelmiksi opetussuunnitelmissa on kuvattu lähiovetus, luennot, verkko-oppiminen, tiimityöskentely, asiakascase-työskentely, erilaiset oppimistehtävät sekä ryhmässä että itsenäisesti. Opetusmenetelmissä ei selvästi kuvattu opiskelua monialaisissa opiskelijaryhmissä, vaikka monialaisen oppimisen ja tiedon jakamisen eri tieteenalojen välillä on todettu edistävän yhdessä opiskelua eri ammattiin opiskelevien kesken. (Tuomela ym. 2017.)

Asiakslähtöisyyden osalta taidollinen monitoimijuuksosaaminen ilmeni ensimmäisen vuoden tavoitteissa osaamisena kuvata yksilö- ja yhteisötasolla hyvinvoinnin osatekijöitä ja toimia hyvinvointia edistäen. Toisen vuoden osaamistavoitteissa asiakslähtöisyys näkyi monitoimijuuksosaamisen tavoitteissa siten, että opiskelija osaa tunnistaa, mitä muiden alojen asiantuntijuuksia tai verkostoja asiakas tarvitsee hyvinvointinsa tueksi. Kolmannen vuoden osaamistavoite painottui monitoimijaisten toimintamuotojen kehittämiseen. Asiakslähtöisyyden monitoimijuuksosaamisen opetus- ja oppimismenetelmiksi opetussuunnitelmissa kuvattiin luentoja, kirjallisuuden lukemista, oppimistehtäviä, asiakasfoorumiin osallistumista ja opiskelua monialaisissa pienryhmissä (Taulukko 1). Monialaisissa pienryhmissä opiskelu on todettu tehokkaaksi oppimismenetelmäksi, koska siinä harjoitellaan aidosti monialaisia yhteistyötaitoja, vuorovaikutusta ja opitaan arvostamaan sekä omaa että toisten alojen ammattitaitoa (Tuomela ym. 2017).

4.2 Palvelujärjestelmän ja sen toiminnan tunteminen tiedollisena ja taidollisena monitoimijuusosaamisena

Tiedollinen monitoimijuusosaaminen ilmeni palvelujärjestelmän ja sen toiminnan tuntemisen osalta sosiaali- ja terveysalan opetussuunnitelmissa ensimmäisen vuoden osaamistavoitteissa tietona muuttuvista toimintaympäristöistä ja oman alan merkityksestä näissä muutoksissa. Toisen vuoden osaamistavoitteissa kuvattiin tietämystä oman ammattialan tehtävistä hyvinvointialan erilaisissa organisaatioissa. Palvelujärjestelmän ja sen toiminnan tuntemiseen liittyvän tiedollisen monitoimijuusosaamisen opetus- ja oppimismenetelmiksi opetussuunnitelmissa oli kuvattu lähiopetus ja verkko-oppiminen. Taulukko 2 kuvaa tulokset palvelujärjestelmän ja sen toiminnan tuntemisen tiedollisen ja taidollisen monitoimijuusosaamisen osalta.

Taulukko 2. Palvelujärjestelmän ja sen toiminnan tuntemisen tiedollinen ja taidollinen monitoimijuuksosaaminen sosiaali- ja terveysalan opetussuunnitelmissa (vuosina 2019 - 2020 ja 2020 - 2021).

Uudistuvassa sosiaali- ja terveyspalveluissa tarvittava ammattilaisten osaaminen (Mukaillen Kangasniemi ym. 2018, 16)	Tiedollisten osaamistavoitteiden kuvaus opetussuunnitelmissa (sairaanhoidtaja, terveydenhoitaja, sosionomi, fysioterapeutti, geronomi)	Lukuvuosi	Opetus- ja oppimismenetelmät
Palvelujärjestelmän ja sen toiminnan tunteminen <ul style="list-style-type: none"> • Palvelujärjestelmän rakenne ja toiminta • Taito ohjata asiakas oikean hoidon ja palvelun piiriin • Muuttunut rakenne järjestämis- ja tuottamisvastuista • Toiminnan prosessin ohjaaminen • Yksityisen sektorin rooli palveluntuottajana 	Tietää monialaiset muuttuvat toimintaympäristöt ja oman alan merkityksen niissä	1. vuosi	Lähiopetus, verkkooppiminen
	Tunnistaa oman ammattialan tehtävät ja paikat erilaisissa hyvinvointialan ja rinnakkaisalojen organisaatioissa, joiden toimiala ei kohdistu suoraan omaan ammattialaan	2. vuosi	Luennot, tehtävät
	Taidollisten osaamistavoitteiden kuvaus		
	Osaa kuvata monialaiset muuttuvat toimintaympäristöt ja oman ammattialan merkityksen niissä	1. vuosi	Monialainen pienryhmäopiskelu
	Osaa ratkoa todellisia työelämän ongelmia monialaisessa opiskelijaryhmässä	1. vuosi	Monialainen pienryhmäopiskelu
	Osaa toimia kansainvälisissä toimintaympäristöissä ja hyödyntää kansainvälisiä monialaisia verkostoja	1. vuosi	Kansainvälisyys-viikko
	Osaa toimia monialaisessa ja moniammatillisessa sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuudessa ottaen huomioon toimintaympäristön kehitysstrategiat	3. vuosi	Monialainen pienryhmäopiskelu, ohjattu harjoittelu
	Hallitsee palvelukokonaisuuksia ja osaa suunnitella, koordinoida ja johtaa verkostoissa tapahtuvaa työtä ja monialaisten tiimien toimintaa	3. vuosi (syventävä vaihe)	Monialainen pienryhmäopiskelu, ohjattu harjoittelu
	Osaa osallistua palvelujen ja tuotteiden kehittämiseen yhteistyössä eri alojen asiantuntijoiden ja palvelun käyttäjien kanssa	3. vuosi (syventävä vaihe)	Monialainen pienryhmäopiskelu, ohjattu harjoittelu

Uudistuvissa sosiaali- ja terveystalvuuissa palvelujärjestelmään liittyyvää tiedollinen osaaminen kattaa Kangasniemen ym. (2018, 16) mukaan tietämyksen palvelujärjestelmän rakenteesta ja toiminnasta sekä mahdollisista muutoksista järjestämis- ja tuottamisvastuuissa. Lisäksi tiedollinen osaaminen kattaa yksityisen sektorin roolin palvelujen tuottajana.

Taidollinen monitoimijuuososaaminen ilmeni palvelujärjestelmän ja sen toiminnan tuntemisen osalta ensimmäisen vuoden osaa- mistavoitteissa siten, että opiskelija osaa kuvata monialaisten toimintaympäristöjen muutosta ja oman ammattialan merkitystä niissä. Lisäksi opiskelija osaa ratkoa monialaisissa opiskelija- ryhmissä työelämän aitoja ongelmia. Kansainvälisyys kuvattiin osaa- mistavoitteissa siten, että sosiaali- ja terveystalvun opiskeli- joiden tulee osata toimia kansainvälisissä toimintaympäristöissä hyödyntämällä monialaisia verkostoja. Palvelujärjestelmän toi- minnan ja sen tuntemuksen osaa- mistavoitteita ei ilmennyt toisen vuoden opetussuunnitelmien osaa- mistavoitteiden kuvauksissa lainkaan (Taulukko 2).

Sen sijaan kolmannen vuoden osaa- mistavoitteissa taidollinen monitoimijuuososaaminen ilmeni esimerkiksi siten, että opiskelija osaa toimia monialaisissa sosiaali- ja terveystalvun kokoi- naisuuksissa, hallitsee palvelukokonaisuuksia sekä osaa koor- dinoida ja johtaa monialaisten tiimien toimintaa. Lisäksi osaa- mistavoitteissa oli kuvattu opiskelijan osuutta osallistumisessa palvelujen kehittämiseen yhteistyössä eri alojen asiantuntijoiden ja palvelujen käyttäjien kanssa. Opetussuunnitelmissa opetus- ja oppimismenetelmiksi oli kuvattu pääasiassa monialaisissa ryh- missä opiskelu ja ohjattu harjoittelu (Taulukko 2). Tulevaisuuden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämisessä korostuu asiakaslähtöinen palvelujen kehittäminen ja asiakasosallisuus palvelujen suunnittelussa, kehittämisessä ja arvioinnissa (Tut- kintoon johtavan koulutuksen kehittäminen tukemaan sosiaali- ja terveystalvun uudistamista 2019). Tämän tutkimuksen perus-

teella sosiaali- ja terveysalan opetussuunnitelmat heijastelevat palvelujärjestelmän toiminnan tuntemuksessa ja sen kehittämisessä ennemminkin moniammatillista näkökulmaa. Sen sijaan osaamistavoitteet eivät selkeästi painota asiakasosallisuuteen oppimista.

4.3 Moniammatillinen ja -tieteinen yhteistyö tiedollisena ja taidollisena monitoimijuusosaamisena

Tiedollinen moniammatillisen ja -tieteisen yhteistyön osaaminen ilmeni sosiaali- ja terveysalan opetussuunnitelmissa ensimmäisen vuoden osaamistavoitteissa verkostojen merkityksen ymmärtämisenä. Toisen vuoden ammatillisissa opinnoissa monialaisuus ei ilmennyt tiedollisina osaamistavoitteina. Sen sijaan kolmannen vuoden osaamistavoitteissa monialaisuus ja monitieteellinen yhteistyö oli kuvattu sosiaali- ja terveystalouden monialaisten kehittämismallien ja -verkostojen ja rahoitusmuotojen tuntemisena. Lisäksi osaamistavoitteisiin oli kuvattu monialainen työskentely vision, tavoitteiden, perusteiden ja näihin liittyvien teoreettisten käsitteiden tuntemuksena. Monialainen tieteellinen yhteistyö ilmeni tulevaisuudentutkimuksen tuottaman kansallisen ja kansainvälisen materiaalin hyödyntämisenä omalla alalla. Taulukkoon 3 on koottu tulokset moniammatillinen ja -tieteinen yhteistyö tiedollisena ja taidollisena monitoimijuusosaamisena.

Taulukko 3. Moniammatillinen ja –tieteinen yhteistyö tiedollisena ja taidollisena monitoimijuus-osaamisena sosiaali- ja terveysalan opetussuunnitelmissa (vuosina 2019 - 2020 ja 2020 - 2021).

Uudistuvassa sosiaali- ja terveyspalveluissa tarvittava ammattilaisten osaaminen (Mukaillen Kangasniemi ym. 2018, 16)	Tiedollisten osaamistavoitteiden kuvaus opetussuunnitelmissa (sairaanhoidtaja, terveydenhoitaja, sosionomi, fysioterapeutti, geronomi)	Lukuvuosi	Opetus- ja oppimismenetelmät
Moniammatillinen ja –tieteinen yhteistyö <ul style="list-style-type: none"> • Asiakaslähtöisyys moniammatillisen työn lähtökohtana ja tavoitteena • Verkostomainen toimintatapa, poikkisektoraalinen työ • Ammattiryhmien osaamisen yhteensovittaminen • Moniammatillisen toiminnan johtaminen, tiedolla johtaminen, osaamisen johtaminen • Toiminnan prosessien ohjaamis- ja palveluohjausosaaminen • Tieteiden välisen osaamisen kehittäminen 	Tuntee sosiaali- ja terveyspalvelujen monialaisia kehittämiskäsitteitä, -verkostoja ja rahoitusmuotoja	1. vuosi	Luennot, tehtävät
	Tuntee monialaisen työskentelyn vision, tavoitteet, perusteet ja siihen liittyvät teoreettiset käsitteet	3. vuosi	Luennot, vierailut, oppimistehtävät
	Hyödyntää tulevaisuudentutkimuksen kansallisten ja kansainvälisten yhteisöjen tuottamaa materiaalia omalla alallaan	3. vuosi	Luennot, vierailut, oppimistehtävät
	Taidollisten osaamistavoitteiden kuvaus		
	Osaa käynnistää, toteuttaa ja arvioida yhteisöllisyyttä ja kansalaisten valtaistumista tukevaa ammatillista toimintaa yhteistyön menetelmiä soveltaen	3. vuosi	Monialainen pienryhmäopiskelu, ohjattu harjoittelu
	Osaa toimia monialaisessa ja moniammatillisessa työryhmässä, tiimissä ja verkostossa hoitotyön asiantuntijana. Osaa johtaa moniammatillista toimintaa.	3. vuosi (syventävä vaihe)	Luento-opetus, verkko-opiskelu, ohjattu harjoittelu
	Osaa yhdistää asiantuntijuuksia ja osaa arvioida ja kuvata oman osaamisen merkitystä. Osaa tuoda rakentavasti oman alansa erityisosaamisen ja asiantuntijuutensa verkostojen, tiimien ja asiakastyön yhteiseen käyttöön.	3. vuosi (syventävä vaihe)	Luento-opetus, verkko-opiskelu, ohjattu harjoittelu
	1) On sisäistänyt monitoimijaisen työn erilaiset ammattitaitoa arvostavat ja kunnioittavat eettiset periaatteet	3. vuosi (syventävä vaihe)	Luento-opetus, verkko-opiskelu, ohjattu harjoittelu

1) = asenteellisia osaamistavoitteita monialaisuuteen liittyen ilmeni opetussuunnitelmissa vain yhden kerran

Moniammatilliseen ja -tieteiseen yhteistyöhön liittyvän tiedollisen monitoimijuusosaamisen opetus- ja oppimismenetelmiksi oli opetussuunnitelmissa kuvattu lähiopetus, verkko-oppiminen, oppimistehtävät sekä yritysvierailut ja -yhteistyö (Taulukko 3). Yksilökeskeisten opetusmenetelmien painottuminen on yllättävää, koska tiedollisen monialaisuuden osaamisen, kuten oman ammatillisen roolin rajojen ymmärtäminen suhteessa muiden ammatillisten roolien rajoihin, on todettu kehittyvän tehokkaammin monialaisissa pienryhmissä opiskeltaessa (Tuomela ym. 2017; Bainbridge & Wood 2012).

Taidolliseen moniammatilliseen ja -tieteiseen yhteistyöhön liittyvät osaamistavoitteet ilmenivät kolmannen vuoden syventävän vaiheen opinnoissa erityisesti monialaisten ryhmien ja toiminnan johtamisena ja kehittämisenä. Toisaalta osaamistavoitteissa ilmeni myös oman asiantuntijuusalan osaamisen käyttö monialaisissa ryhmissä, verkostoissa ja asiakastyössä. Lisäksi esille tuli se, että opiskelija on sisäistänyt monitoimijaisen työn erilaiset ammattitaitoa arvostavat ja kunnioittavat periaatteet. Opetus- ja oppimismenetelmiksi oli kuvattu luento-opetus, verkko-opiskelu ja ohjattu harjoittelu (Taulukko 3). Monialaisen ja -tieteisen yhteistyön osaamisen tulee Kangasniemen ym. (2018, 16) mukaan sisältää tulevaisuuden uudistuvissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa myös monialaisten toimintojen prosessien ohjaamista ja palveluohjausosaamista monialaisen johtamisen ja palveluiden kehittämisen lisäksi.

5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA SUOSITUKSET

Monitoimijuuteen pohjautuva palvelujen kehittäminen on tulevaisuudessa yhä tärkeämpää, koska väestön ikääntymisestä ja epäterveellisistä elintavoista johtuvia kroonisia ja palvelujärjestelmää kuormittavia sairauksia on yhä enemmän. Tämä vaatii eri ammattiryhmiltä uudistuvaa osaamista, jotta palvelut vastaavat väestön muuttuviin tarpeisiin. Näyttää siltä, että monitoimijuus-

osaamisen kehittymistä tukevat opinnot painottuvat sosiaali- ja terveysalalla vasta kolmannen vuoden syventäviin opintoihin. Jotta tulevaisuudessa palvelujen monitoimijainen kehittäminen sosiaali- ja terveysalalla olisi sujuvaa, monialaisuuteen liittyvän oppimisen tulee olla läpileikkaavana koko koulutuksen ajan.

Tämän artikkelin kirjoittaminen kuuluu osaksi SotePeda 24/7 -hanketta, ja haluamme kiittää hankkeen ja tämän artikkelin rahoittamisesta opetus- ja kulttuuriministeriötä.

LÄHTEET

Ahonen, O. M., Kinnunen, U.-M., & Saranto, K. 2020. Health and social informatics and service design competences: Teachers' of university of applied sciences view of common competence. [Verkkolehtiartikkeli]. Finnish journal of eHealth and eWelfare 12 (1), 57 - 69. [Viitattu 8.5.2020]. Saatavana: <https://doi.org/10.23996/fjhw.83495>

Atwal, A. & Caldwell, K. 2006. Nurses' perceptions of multidisciplinary team work in acute health-care. [Verkkolehtiartikkeli]. International journal of nursing practice 12(6), 359 - 365. [Viitattu 8.5.2020]. Saatavana: <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00595.x> Vaatii käyttöoikeuden.

Bainbridge, L. & Wood, V.I. 2012. The power of prepositions: learning with, from and about others in a context of interprofessional education. Journal of interprofessional care 26 (6c), 452 - 458.

Brulhart, M. I. & Wermeille, J. P. 2011. Multidisciplinary medication review: evaluation of a pharmaceutical care model for nursing homes. International journal of clinical pharmacology and therapeutics, 33, 549 - 557.

Grand, J. H., Caspar, S., & Macdonald, S. W. 2011. Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care. [Verkkolehtiartikkeli]. Journal of multidisciplinary healthcare 4, 125 - 147. [Viitattu 8.5.2020]. Saatavana: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S17773>

Graneheima, U. H., Lindgrena, B. M. & Lundmana, B. 2017. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today* 56, 29 - 34.

Kangasniemi, M., Hipp, K., Häggman-Laitila, A., Kallio, H., Karki, S., Kinnunen, P., Pietilä, A.-M., Saarnio, R., Viinamäki, L., Voutilainen, A. & Walden, A. 2018. Optimoitu sote-ammattilaisten koulutus- ja osaamis-uudistu. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 39/2018. [Viitattu 3.4.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-545-7>

Koivisto, J.-M., Haavisto, E., Niemi, H., Haho, P., Nylund, S., & Multisilta, J. 2018. Design principles for simulation games for learning clinical reasoning: A design-based research approach. [Verkkolehtiartikkeli]. *Nurse education today* 60, 114 - 120. [Viitattu 8.5.2020]. Saatavana: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.10.002> Vaatii käyttöoikeuden.

Laurila, M. 2020. Monitoimijuskartta: Analyysityökalu toimijoiden tunnistamiseen sosiaali- ja terveystalvelujen monitoimijaisessa kehittämässä. [Verkkojulkaisu]. Vaasa: Design Centre MUOVA. MUOVA Design Research 1/2020. [Viitattu 14.4.2020]. Saatavana: http://www.muova.fi/en/yhteistyö/julkaisut/laurila_2020_monitoimijuskartta_final_17.1.2020.pdf

Lehtoaro, S., Juujärvi S. & Sinervo, T. 2019. Sähköiset palvelut ja palvelujen integraatio haastavat osaamisen: Sote-ammattilaisten näkemyksiä tulevaisuuden osaamistarpeista. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 3/2019. [Viitattu 17.4.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-266-6>

Nieminen, S., Maijala, V., Laurila, M., Ojala, K., Tamminen, P., Tolonen T. & Koivisto, J.-M. 2019. Sanoitetaan monitoimijuuuua: moniammatillisuus, monialaisuus ja monitoimijuuus toimialojen diskurssien pyörteessä. [Blogikirjoitus]. *SotePeda* 24/7. Blogi 17.4.2019. [Viitattu 8.5.2020]. Saatavana: <https://sotepeda247.fi/2019/04/17/sanoitetaan-monitoimijuuuta-moniammatillisuus-monialaisuus-ja-monitoimijuuus-toimialojen-diskurssien-pyorteessa/>

Oandasan, I. & Reevas, S. 2005. Key elements for interprofessional education: Part 1: The learner, the educator, the learning context. *Journal of interprofessional care Suppl.* 1, 21 - 38.

Tuomela, K., Heikkilä, K., Haapanen, H., Kortekangas-Savolainen, O. & Salminen, L. 2017. Moniammatillinen oppiminen yhteistyöosaamisen edistäjänä terveydenhuollossa. *Hoitotiede* 29 (4), 264 - 275.

Tutkintoon johtavan koulutuksen kehittäminen tukemaan sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamista. 6.6.2019. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö. Julkaisuja 2019:24. [Viitattu 3.4.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-263--650-8>

PALVELUMUOTOILU SOTE- PALVELUIDEN KEHITTÄMISESSÄ

Anu Aalto, YTM, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Marika Toivonen, TtM, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

1 JOHDANTO

Seinäjoen ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalla pilotoitiin keväällä 2020 valtakunnallisessa SotePeda 24/7 -hankkeessa kehitettyä palvelumuotoilun prosessia ja opetusmateriaalia. SotePeda 24/7 -hanke on opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittama hanke, johon osallistuu lukuisia korkeakouluja sekä laaja sote-alan yhteistyöverkosto. Hankkeen tavoitteena on muun muassa vahvistaa eri alojen opettajien, opiskelijoiden ja ammattilaisten osaamista soten digitaalisten palvelujen ja rakenteiden kehittämisessä sekä kehittää pedagogisia ratkaisuja ja malleja monialaisen digi-sote-osaamisen vahvistamiseksi. (SotePeda 24/7 2018 - 2020.)

SotePeda 24/7 -hankkeen Palvelumuotoilu - ihmislähtöinen ja innovatiivinen palvelukehitys -työpaketissa tuotettiin sote-alan palvelumuotoilun digitaalinen koulutuspaketti (laajuus 1op/24h) ja opettajia koulutettiin sen hyödyntämiseen mentorileireillä kevään ja syksyn 2019 aikana (SotePeda esittely 2019). Koulutuspaketin tavoitteena on, että opiskelija osaa kehittää asiakaslähtöisiä palveluja ja tuotteita sosiaali- ja terveysalalle soveltaen palvelumuotoilun prosessia ja menetelmiä eri alojen ja sidosryhmien kanssa (Harmoinen ym. 2019).

Sosiaali- ja terveysalan palvelut ovat välttämättömän muutoksen äärellä. Toimintaa pitää tehostaa, että rahat riittävät. Samalla pitää pystyä takaamaan, että kaikki saavat apua ja hoito on oikea-aikaista. Palvelumuotoiluosaamista pidetään tärkeänä asiakaslähtöisten palveluiden kehittämisessä. Prosessissa hankittava asiakasymmärrys tukeekin hyvin sosiaali- ja terveysalan vaatimaa eettistä palveluntuotantoa. (Ahonen 2017, 6 - 7, 23.)

Palvelumuotoilun prosessi on jaettu SotePeda 24/7 -hankkeessa kolmeen eri työskentelyvaiheeseen: asiakasymmärryksen lisäämiseen, konseptoinnin vaiheeseen ja lopulta prototypointiin. Artikkelin koostuu näiden vaiheiden tarkastelusta osana palvelumuotoiluprosessia ja opiskelijoiden työskentelyä. Kunkin vaiheen kuvauksen alussa on esitetty tiivistettynä vaiheeseen liittyneet menetelmät sekä siihen käytetty aika. Opiskelijoiden näkökulma perustuu opiskelijoiden havainnointiin prosessin aikana sekä opiskelijoiden tuottamiin loppuraportteihin. Niissä opiskelijoita pyydettiin kuvaamaan toteutettua prosessia sekä arvioimaan eri vaiheiden merkitystä kokonaisuuden kannalta. Artikkelin lopussa kuvataan vielä opiskelijoiden kuvaamia ajatuksia asiakaslähtöisyyden toteutumisesta tässä palvelumuotoiluprosessissa sekä opettajien näkemyksiä prosessista. Artikkelissa käytetyt lainaukset ovat opiskelijaryhmien loppuraporteista.

2 PALVELUMUOTOILU SOTE- PALVELUIDEN KEHITTÄMISESSÄ

Palvelut eroavat fyysisistä tuotteista siten, että ne ovat luonteeltaan kompleksisempia ja vuorovaikutteisempia. Ne tuotetaan usein monimutkaisissa palveluekosysteemeissä, jotka muodostuvat ympäristöistä, järjestelmistä ja ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta. Palveluiden tuottamiseen vaikuttavat olennaisesti asiakkaat, asiakaspalvelijat kuin erilaiset palveluun liittyvät

esineet ja ympäristötkin. (Tuulaniemi 2016, 66.) Muotoilemalla palveluita yhdessä palveluiden tarjoajien, tuottajien ja kuluttajien kanssa ympäristö huomioiden voidaan ymmärtää asiakkaiden tarpeita, toiveita ja tavoitteita paremmin (Ahonen 2017, 36).

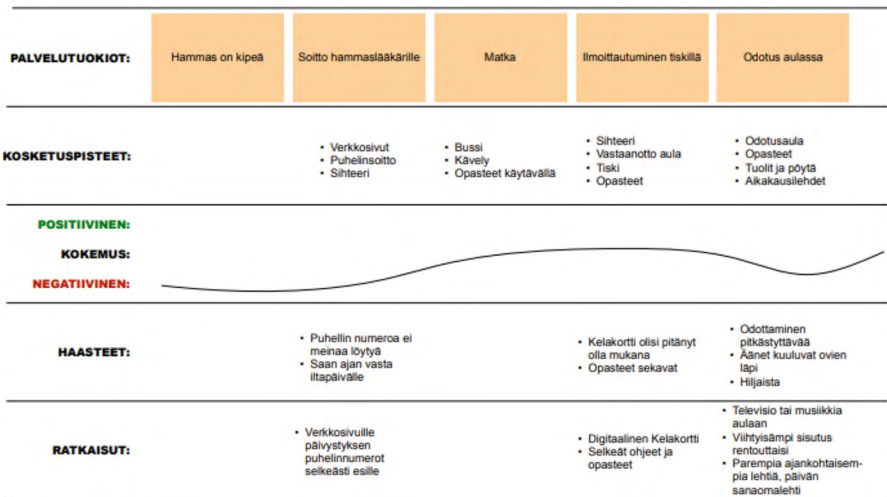
Palvelumuotoilu on prosessi, jossa käytetään monipuolisesti erilaisia menetelmiä määränpään saavuttamiseen. Sitä voidaan pitää myös yhteisenä jaettuna ajattelu- ja toimintatapana palveluiden kehittämisessä. Sen avulla palveluiden kehittäjä voi syventää omaa osaamistaan ja rakentaa omaan toimintaympäristöönsä paremmin sopivia työmenetelmiä ja -välineitä. (Tuulaniemi 2016, 58.) Asiakaskeskeisyys merkitsee palveluiden kehittämisessä käytännössä esimerkiksi käyttäjätutkimusta, jossa palveluiden asiakkaita haastatellaan tai havainnoidaan, tai erilaisia työpajoja, joissa yhdessä asiakkaiden ja palveluntarjoajien kanssa pyritään löytämään hyviä ratkaisuja. Lisäksi palvelumuotoilussa on tyypillistä käsitellä asioita erilaisin visuaalisin keinoin. Niiden kautta pyritään saamaan kokonaisvaltainen kuva esimerkiksi palveluprosessien vaiheista ja eri toimijoista sekä niiden vaikutuksista toisiinsa. (Mattelmäki 2015, 27.)

Sosiaali- ja terveysalaa sitovat vahvasti erilaiset lait ja asetukset. Näiden säännösten lisäksi palveluiden kehittämisessä tulee muistaa asiakkaan asema ja oikeudet, inhimillisyys, eettisyys sekä asiakkaan itsemääräämisoikeus. Asiakkaalla on suomalaisessa yhteiskunnassa oikeus osallistua ja vaikuttaa omien palveluidensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Palvelumuotoilu on kuin tehty sosiaali- ja terveysalan kehittämiseen, koska sen kokonaisvaltainen lähestymistapa, kaikkia osallistava kehittämisprosessi ja -kulttuuri sopivat erityisesti eettiseen ja inhimilliseen toimintaan perustuvalla alalla. (Ahonen 2017, 26, 48.)

3 PALVELUMUOTOILUKOULUTUKSEN PILOTOINTI SEAMKISSA

3.1 Ennakkotehtävä ja orientointi opintojaksolle

Palvelumuotoilun koulutuspaketti sisällytettiin sosionomiopiskelijoiden Käyttäjälähtöinen kehittäminen -opintojaksoon, joka on laajuudeltaan 3 op. Opintojaksoon osallistui 25 toisen vuoden sosionomiopiskelijaa. Ennen kurssin lähiopetuksen alkua opiskelijoille annettiin ennakkotehtäväksi tutustua palvelumuotoilun keskeisiin käsitteisiin ja prosessiin SotePeda-hankkeessa tuotetun materiaalin pohjalta. Lisäksi heidän tuli laatia palvelupolkukartta jostain heille itselleen entuudestaan tutusta palveluprosessista. Palvelupolkukartta on visuaalinen kuvaus siitä, mitä palvelutuokioita ja kosketuspisteitä palvelu sisältää sekä näiden herättämistä tunteista. Lisäksi siinä tuodaan esiin eri palvelutuokioihin liittyviä haasteita sekä ratkaisuja niihin. Alla olevassa kuviossa (Kuvio 1) on havainnollistettu asiakkaan palvelupolkua, palvelutuokioita ja kosketuspisteitä. Palvelupolku koostuu useista, toisiinsa liittyvistä palvelutuokioista. Palvelumuotoilussa tuokioita suunnitellaan niiden kontaktipisteiden kautta, jotka voivat koostua ympäristöistä, esineistä, toimintamalleista ja ihmisistä. (SotePeda esittely 2019.)

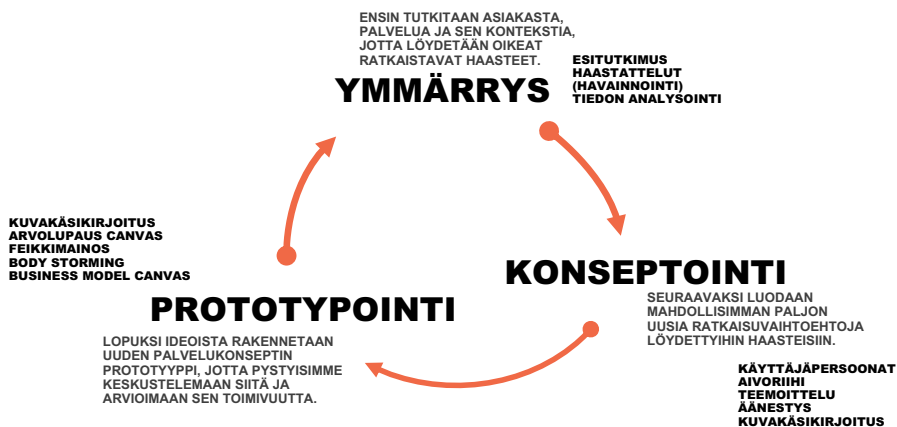


Kuvio 1. Esimerkki palvelupolkukartasta (Harmoinen ym. 2019).

Palvelumuotoilun prosessin toteuttaminen edellytti ulkopuolisen toimeksiantajan asettamaa kehittämistehtävää. Toimeksiantajana tässä casessa toimi Seinäjoen kansalaisopisto ja sieltä Ensisyntyneiden äitien voimavararyhmä Ensari. Toimeksiantona oli luoda uudistettu palvelukonsepti, jossa kuvataan äitien ohjautuminen Ensari -ryhmään tai ryhmän mahdollisuudet jatkaa ohjattua yhteistoimintaa kansalaisopistossa.

Opiskelijat työstivät toimeksiantoa viidessä pienryhmässä (5 opiskelijaa/ryhmä). Opintojaksosta ja palvelumuotoiluprosessin toteutuksesta vastasi kaksi opettajaa (kirjoittajat) sosiaali- ja terveysalan yksiköstä. Ennen opintojakson toteutusta opettajat olivat käyneet SotePeda 24/7 -hankkeen järjestämän kaksipäiväisen mentorileirin ammattikorkeakoulu Laureassa elokuussa 2019. Mentorileirillä käytiin palvelumuotoilun prosessi läpi opiskelijan roolissa todelliseen toimeksiantoon vastaten.

Toimeksiantoa lähdettiin viemään eteenpäin opetusmateriaalin avulla kolmivaiheisen palvelumuotoiluprosessin mukaisesti (Kuvio 2).



Kuvio 2. Palvelumuotoiluprosessin vaiheet ja esimerkkejä niissä käytettävistä työkaluista. (Harmoinen ym. 2019 mukaan muokattu).

3.2 Ymmärrysvaihe

Ymmärrys 2 x 4h

Toimeksiannon esittely

Aivoriihi tutkimuskysymyksistä, niiden teemoittelu ja keskeisten tutkimuskysymysten äänestys

Haastattelukysymysten laatiminen

Haastattelut

Taustatutkimus

Yhteenvedo haastatteluista ja löydetyistä taustamateriaalista

Haasteen kirkastus

Ymmärrysvaiheen tavoitteena on tutkia asiakasta ja toimintaympäristöä ja löytää työskentelyn avulla se haaste, jota prosessissa lähdetään ratkaisemaan. Ymmärryksen lisäämisessä hyödynnetään erilaisia tiedonkeruumenetelmiä. Taustatutkimusta toteutetaan esimerkiksi tutustumalla toimeksiantajaan, asiakkaaseen

sekä toimintaympäristöön olemassa olevan tiedon avulla mm. asiakaspalautteiden ja aiemman tutkimuksen avulla.

Ymmärrysvaihe käynnistyi toimeksiannon esittelyn jälkeen aivoriihellä, jossa ryhmät kirjasivat ylös toimeksiannon herättämiä kysymyksiä ja jatkoivat tuottamalla ajatuksia siitä, mikä toimeksiannossa olisi todellinen ratkaistava haaste (tutkimuskysymys). Opiskelijat kuvasivat aivoriihen merkitystä tässä työvaiheessa seuraavasti: *”Tutkimuskysymyksiensä pohdinta sen pohjalta, mitä jo tiedämme, mitä emme tiedä sekä mitä meidän tulee vielä selvittää, selkiytti ymmärrystämme ratkaistavan haasteen suhteen”* (r2).

Seuraavaksi opiskelijat laativat haastattelurungon valitsemistaan aihepiireistä. Jokainen ryhmä muotoili kysymyksiä, joiden avulla lähtisi lisäämään asiakasymmärrystään. Haastattelut toteutettiin seuraavien kontaktituntien aikana. Pienryhmä valitsi keskuudestaan ne henkilöt, jotka lähtisivät toteuttamaan haastatteluja toimeksiantajan tiloissa. Muu ryhmä jäi kartuttamaan asiakasymmärrystä taustatutkimuksen avulla. Ennen seuraavaan vaiheeseen siirtymistä ryhmät kävivät vielä kokonaiskuvan muodostamiseksi läpi kaiken sen tiedon, jonka olivat onnistuneet eri menetelmillä haasteesta keräämään. Opiskelijat kuvasivat vaiheen merkitystä muun muassa seuraavasti: *”Ilman toimeksiannon ymmärtämistä on mahdotonta lähteä eteenpäin kehittämisprosessissa. Ymmärrysvaiheessa tärkeää on ottaa selvää kohderyhmästä, toimeksiantajasta, kilpailijoista, sekä mahdollisista kehitysehdotuksista kohderyhmän palveluissa.”* (r3.)

Asiakasymmärryksen lisääntyminen prosessin edetessä sai opiskelijat oivaltamaan ymmärrysvaiheen merkityksen, mutta myös palvelujen tuottamiseen liittyviä haasteita. He kuvasivat sitä seuraavasti: *”Alustavasti yksinkertaiselta kuulostava ongelma ja sen purkaminen muotoutuikin kurssin edetessä odotettua monisyisemmäksi”* (r3).

3.3 Konseptointivaihe

Konseptointi 2 x 4h

Käyttäjäpersoonien laatiminen (2 kpl)

Ideointi (100 ideaa)

Ideoiden teemoittelu ja parhaiden ideoiden äänestäminen

Ideakortit (2 kpl)

Palvelupolku ideasta

Kuvakäsikirjoitus

Käyttäjäpersoonien ja kuvakäsikirjoitusten

esittely muille ryhmille

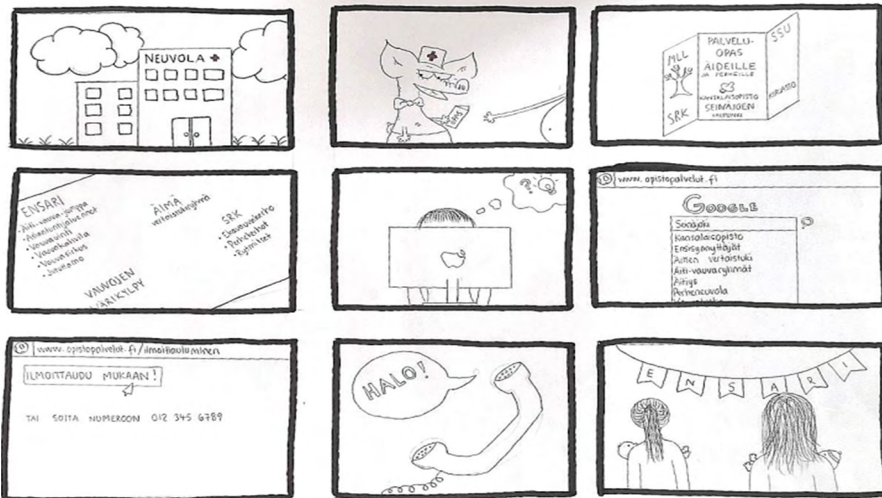
Konseptointivaiheen tavoitteena on luoda paljon uusia ideoita ja erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja edellisessä vaiheessa löydettyihin haasteisiin. Konseptointivaiheen alussa ryhmät saivat tehtäväkseen kehittää haastatteluista saamansa tiedon pohjalta kaksi erilaista käyttäjäpersoonaa. Käyttäjäpersoonien tuli edustaa kohderyhmää ja tuoda esiin muun muassa persoonien palvelutarpeita ja haasteita palvelun käyttämisessä. (Valmentajan käsikirja, [viitattu 4.5.2020]). Opiskelijat oivalsivat hienosti käyttäjäpersoonien laatimisen idean ja kuvasivat sitä seuraavasti: *”Käyttäjäprofiilien avulla selkeytyi asiakkaiden yksilöllisyys ja yksilölliset tarpeet, jotka täytyy huomioida palvelua kehitettäessä”* (r1).

Ideointivaiheen aivoriihi toteutettiin post-it-lapuilla ja kullekin ryhmälle annettiin tavoitteeksi keksiä 100 uutta ideaa. *”Aivoriihen avulla lähdimme kehittämään erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja”* (r1). Osa ryhmistä oli edennyt prosessissaan jo ohjeistettua pidemmälle, ja he kuvasivat tunnelmiaan tästä vaiheesta hiukan toisella tavalla: *”Post-it -lappujen teko tuntui hieman turhautavalta, koska meillä oli jo ajatus ideasta, joten uusien ideoiden keksiminen oli haastavaa”* (r5).

Ideoinnin jälkeen opiskelijat teemoittelivat ideansa ja äänestivät niiden joukosta kaksi ideaa, joita lähtivät työstämään edelleen. *”Teimme tunneilla kaksi ideakorttia, johon olimme sisällyttäneet meidän valitsemamme kaksi ideaa. Ideakortin tarkoituksena oli selkeyttää idean kuvausta, hyötyjä palveluntarjoajalle sekä asiakkaan ajatuksia.”* (r4.) Ideakorttien laatiminen herätti opiskelijat näkemään oman ideansa laajemmin eri toimijoiden näkökulmasta. Näin ideakorttien merkitystä kuvasi yksi ryhmistä: *”Ideakorttia tehdessä mietimme enemmän ratkaisujamme toimeksiantajan näkökulmasta”* (r1). Toinen ryhmä puolestaan näin: *”Ideakortti auttoi meitä näkemään suunnitelmamme hyvät ja huonot puolet”* (r4).

Ennen kuvakäsikirjoitusten tekemistä opiskelijat laativat omista kehitteillä olevista palvelukonsepti-ideoistaan palvelupolkukartat vastaavalla tavalla kuin ennakkotehtävässäänkin. Tämän ajateltiin helpottavan opiskelijoita hahmottamaan paremmin oman ideansa kosketuspisteet ja palvelutuokiot. Opettajien ajatus osoittautui oikeaksi, sillä eräs ryhmä kirjoitti raportissaan: *”Palvelupolkua tehdessämme pääsimme perehtymään kunnolla asian ytimeen”* (r1).

Palvelupolkukartan pohjalta laadittu kuvakäsikirjoitus (Kuva 1) on sarjakuvamainen visuaalinen kuvaus siitä, miten palveluprosessi etenee. Se auttaa hahmottamaan eri toimijoiden rooleja ja palvelutapahtuman vaiheita. (Harmoinen ym. 2019.) Tämän vaiheen lopuksi ryhmät esittelivät käyttäjäpersoonansa ja kuvakäsikirjoituksensa muille ja saivat palautetta ideoistaan vertaisiltaan ja opettajilta.



Kuva 1. Ryhmän 2 kuvakäsikirjoitus.

3.4 Prototypointivaihe

Prototypointi 8h + 4h

Arvolupaus canvas

Feikkimainos

Idean testaus koululla

Esitykseen valmistautuminen

Esitykset toimeksiantajalle

Loppuraportti

Kun konseptointivaihe oli hyvin tehty, oli helppo siirtyä prototypointivaiheeseen. *”Konseptointivaihe käyttäjäpersoonien tekemisen, palvelupolun kontaktipisteiden avulla sekä uuden palvelupolun luominen sarjakuvan kautta tekivät prototypointivaiheen aikana kokonaiskuvan konkreettisemmaksi ja vahvisti jo aiempaa suunnitelmaamme”* (r2).

Prototypoinnin tavoitetta opiskelijat kuvasivat seuraavasti: *”Palveluiden prototypoinnissa on kyse siitä, että ongelmaan keksittyä*

ideaa konkretisoidaan ja visualisoidaan erilaisten menetelmien avulla. Prototypointi helpottaa idean arvioimista ja toteutusmahdollisuuksia.” (r3.)

Eräs ryhmä tiivisti hyvin prototypointivaiheen merkityksen kokonaisuuden kannalta: *”...havainnollistimme, mitkä ovat asiakkaan tavoitteet ja päämäärät sekä tarjottava palvelu. Kartoitimme myös asiakkaan tarpeet ja toiveet, ongelmat ja huolet sekä miten organisaatio vastaa näihin. Kertasimme ideamme tuottamat hyödyt toimeksiantajalle ja asiakkaille. Tämän avulla päädyimme miettimään tarkemmin kummankin tahon näkökulmasta ratkaisumme. Prototyypin teko selkeytti ajatuksemme, joka hyödytti meitä loppuesitystä tehdessämme.” (r1.)*

Tässä vaiheessa käytettiin useita eri menetelmiä. Työskentely aloitettiin laatimalla arvolupaus-canvas, jossa avattiin asiakkaan tarpeita ja organisaation tarjoamaa ratkaisua ongelmaan sekä sen tuomia hyötyjä asiakkaalle. Feikkimainoksessa tiivistettiin idea mainoksen muotoon sekä esiteltiin se potentiaalisille asiakkaille. Lopuksi laadittiin ratkaisua kuvaava esitys, joka esitettiin toimeksiantajalle. Nämä vaiheet kirkastivat opiskelijoille heidän ratkaisuaan annettuun toimeksiantoon. Näin ryhmät kuvasivat vaiheen merkitystä: *”Konkreettisen esitteen tekeminen, esityksen laatiminen ja esittäminen toimeksiantajalle toivat esiin ratkaisumme haasteeseen konkreettisesti” (r2). ”Osa tehtävistä saattoi tuntua hieman turhalta, mutta lopuksi oivalsimme niiden muokanneen työtämme oikeaan suuntaan” (r5).*

4 ASIAKASLÄHTÖISYYDEN TOTEUTUMINEN

Palvelumuotoilun keskeinen idea on se, että asiakkaat otetaan mukaan palveluiden kehittämiseen. Opiskelijat kuvasivat asiakaslähtöisyyden toteutumista tässä palvelumuotoiluprosessissa

seuraavasti: *"Kehittäessämme palvelua asiakkaiden tarpeet olivat lähtökohta kehittämislle. Näihin tarpeisiin palattiin prosessin eri vaiheissa. Asiakaslähtöisyys oli siis mukana kaikissa kehittämisprosessin vaiheissa. Koemme siis asiakaslähtöisyyden toteutuneen hyvin."* (r2.)

Asiakkaiden ääntä kuultiin prosessiin ymmärrysvaiheessa, jolloin toimeksiantaja järjesti opiskelijoille mahdollisuuden haastatella entisiä Ensarin asiakkaita. Tilaisuus haastatella kohderyhmää koettiin opiskelijoiden keskuudessa erittäin tärkeäksi. *"Haastattelut lisäsivät asiakasymmärrystämme ja asiakkaat pääsivät mukaan vaikuttamaan kehitysprosessiin sekä saivat äänensä kuuluviin"* (r3). *"Koemme, että olemme pohtineet ideaamme asiakaslähtöisesti ja olemme yrittäneet kartoittaa asiakkaan tarpeita. Haastattelu auttoi meitä tarkastelemaan asiakkaiden tarpeita ja toiveita."* (r4.)

Opintojakson ja toimeksiantajan aikataulut mahdollistivat kohderyhmän tapaamisen vain kerran opintojakson aikana. Lopputuloksen kannalta ideaalia olisi, jos asiakkaita voitaisiin hyödyntää prosessin edetessä myöhemminkin. Eräs opiskelijaryhmä oli oivaltanut kohderyhmän merkityksen prosessissa ja kuvasikin sitä seuraavasti: *"Olisimme useaan eri otteeseen kaivanneet mahdollisuutta kysyä heiltä (kohderyhmältä) lisätietoja ja kohdennettumpia kysymyksiä. Emme osanneet muodostaa kysymyksiä siten, että ne olisivat olleet mahdollisimman paljon tietoa tuottavia kehittämistehtävän ideoinnin suhteen."* (r5.) Myös muut ryhmät kommentoivat tilannetta seuraavasti: *"Ideaalitalanteessa olisimme voineet haastatella asiakkaita useammin kuin kerran ja pyytää palautetta sekä kehitysideoita suunnitelmastamme prototyyppivaiheessa"* (r3). *"Asiakaslähtöisyys olisi toteutunut paremmin, mikäli olisimme voineet jossain vaiheessa esitellä suunnitelmaamme haastateltavillemme ja saaneet heiltä palautetta siitä, vastasimmeko heidän toiveisiinsa ja mitä voisimme vielä kehittää työssämme"* (r5).

Asiakkaiden tarpeisiin vastaamiseen liittyi myös haasteita, joihin opiskelijat yrittivät löytää ratkaisuja. *”Haasteena on ollut asiakkaiden erilaiset tarpeet, joita on kaikkia mahdoton ottaa huomioon. Päädyimme kehittämään jatkoryhmää, joka vastaisi mahdollisimman monen käyttäjän tarpeisiin ja toiveisiin.”* (r1.)

Vaikka asiakas onkin palvelumuotoiluprosessissa keskiössä, ei tule kuitenkaan unohtaa palvelun tarjoajan näkökulmaa. Yksi ryhmistä kiteytti asian raportissaan hienosti: *”Palvelumme kehitettiin kokonaisuudessaan asiakkaiden tarpeiden pohjalta, huomioiden myös toimeksiantajan toiveet ja käytettävissä olevat resurssit”* (r5).

5 LOPUKSI

Palvelumuotoiluprosessin läpivieminen lyhyen ja napakan koulutuksen jälkeen haastoi opettajia monin tavoin. Ensimmäisenä haasteena oli yhteistyökumppanin löytäminen. Palvelumuotoilu on käytännön kentällä vielä uutta ja mahdollisten toimeksiantojen hahmottaminen voi olla haasteellista. Onneksi toimeksiantaja kuitenkin löytyi ja yhdessä valittu ja muotoiltu toimeksianto innosti opiskelijoita työskentelemään aiheen parissa koko prosessin ajan. Käytettävien menetelmien valinta koulutuspaketissa esitetyistä menetelmistä ja niiden merkityksen hahmottaminen kokonaisuuden kannalta olivat prosessin suunnittelussa merkittävässä roolissa. Se koettiin myös haastavaksi. SotePeda 24/7 -hankkeessa tuotettu opintomateriaali tuki kuitenkin valintoja ja hankkeen työryhmältä sai tarvittaessa apua.

Toimeksiantaja oli hyvin tyytyväinen ryhmien tuottamiin ideoihin ja jatkaa omalta osaltaan niiden työstämistä oman toimintansa kehittämiseksi. SeAMKin sosiaali- ja terveystieteiden osastolla on puolestaan harkittava, miten tätä palvelumuotoilun kokonaisuutta tullaan toteuttamaan jatkossa. Kurssin toteutusta on suunniteltu esi-

merkiksi vapaasti valittaviin opintoihin tai liitettäväksi kursseihin, joiden sisältöihin liittyy keskeisesti asiakasnäkökulma tai palveluiden kehittäminen. Vielä ei kuitenkaan ole selkeää suunnitelmaa kurssin jatkosta. Päädytään jatkossa sitten mihin ratkaisuun hyvänsä, on tärkeää, että tätä SotePeda 24/7 -hankkeessa tuotettua osaamista ja sisältöä hyödynnetään kaikilla koulutusaloilla. Tulevaisuudessa tullaan tarvitsemaan asiakaslähtöistä palveluiden kehittämisosaamista kaikilta työtekijöiltä.

Eräs opiskelijaryhmistä arvioi loppuraportissaan prosessia kokonaisuudessaan seuraavasti: *”Prosessi oli polveileva ja tarjosi matkan varrella monta mutkaa ja päänvaivaa tuottavaa oheisongelmaa, mutta koemme silti saaneemme luotua prosessimme lopuksi toimivan kokonaisuuden, jota toimeksiantaja voi hyödyntää jatkossa parhaaksi katsomallaan tavalla. Matka oli pitkä ja vaivalloinen, mutta myös opettavainen ja palkitsi kaiken vaivan kokonaisuudessaan hyvin toteutuneella lopputuloksella.”* (r3.)

LÄHTEET

Ahonen, T. 2017. Palvelumuotoilu sotessa: Palvelumuotoilun käsikirja sosiaali- ja terveysalan palvelujen kehittämiseen. 2. painos. Espoo: Tarja Ahonen.

Harmoinen, P., Salminen, S., Sirviö, T. & Vuolas, M. 9.5.2019 Palvelumuotoilun työpaja. [Ppt-esitys]. Mentorileiri, Kuopio 16.-17.1.2020.

Mattelmäki, T. 2015. Johdanto. Teoksessa: A. Jyrämä & T. Mattelmäki (toim.) Palvelumuotoilu saapuu verkostojen kaupunkiin: Verkosto ja muotoilunäkökulmia kaupungin palvelujen kehittämiseen. Helsinki: Aalto-yliopisto. Aalto-yliopiston julkaisusarja TAIDE+MUOTOILU+ARKKITEHTUURI 1/2015.

SotePeda 24/7 2018 - 2020. [Verkkosivu]. [Viitattu 23.3.2020]. Saatavana: <http://sotepeda247.fi/hanke/>

SotePeda esittely. 2019. [Ppt-esitys]. Julkaisematon.

Tuulaniemi, J. 2016. Palvelumuotoilu. 3. painos. Helsinki: Talentum.

Valmentajan käsikirja: Palvelumuotoilu: Vaihe 2 Konseptointi 8h. [Verkojulkaisu]. SotePeda 24/7. [Viitattu 4.5.2020]. Vaatii käyttöoikeuden.

AKUUTTIHOITOTYÖN SIMULAATIO-OPETUKSEN AUTENTTISUUDEN EDISTÄMINEN SAIRAANHOITAJA- OPISKELIJOIDEN KOKEMANA

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

Elina Leppäkangas, projektipäällikkö
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sami Perälä, TtM, kehittämispäällikkö
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

1 JOHDANTOA

ProVaHealth oli Interreg Baltic Sea Region -rahoitteinen hanke (1.10.2017 - 31.3.2020), jonka tarkoituksena oli lisätä Itämeren alueen Living Labien tunnettuutta sekä parantaa yhteistyötä näiden välillä. Samalla pyrkimyksenä oli tukea Itämeren alueen pieniä ja keskisuuria yrityksiä helpottamalla niiden pääsyä terveydenhuolto- ja hyvinvointialan markkinoille. Hanke edisti tuotteiden kaupallistamista toimenpiteillä, jotka liittyivät yritysten tuotteiden laillistamiseen, yksilölliseen palautteen antoon ja tuotekehitykseen. Hankkeessa tutkittiin Living Labien toimintamalleja jakamalla hyviä käytäntöjä laboratorioden ja liiketoimintamallien parantamiseksi. Hankkeen tarkoituksena oli myös julkaista tutkimustietoa, että muutkin alueen Living Labit pystyisivät hyödyntämään saatuja tuloksia.

Living Labien keskeinen tarkoitus oli, yhteistyössä yrityksen kanssa, kehittää ja testata uusia tuotteita ja tekniikoita sekä laboratorioympäristössä että kokeellisesti tosielämässä. Samalla yrityksillä oli mahdollisuus saada suoraa palautetta asiakkailta tuotekehityksen näkökulmasta. Tällä tavalla Living Labit tukivat yrityksiä nopeasti kaupallistamaan ja laajentamaan innovaatioitaan ja tuotteitaan maailmanmarkkinoille. Itämeren alueella toimii useita Living Labeja terveys- ja hyvinvointialalla.

ProVaHealth-konsortiossa oli mukana 13 eri vaiheessa olevaa terveysalan Living Labia Itämeren alueelta ja hanke teki yhteistyötä ScanBaltin sekä Euroopan Living Lab -verkoston kanssa. Itämeren alueen maista hankkeessa mukana olivat Suomi, Ruotsi, Tanska, Viro, Latvia, Liettua ja Puola. Suomesta partnereita oli neljä, joista SeAMK oli yksi ja SeAMKin Telemedicine Center yksi mukana olevista Living Labeista.

Hankepartnerit haastattelivat 80 terveys- ja hyvinvointiteknologia-alalla toimivaa pk-yritystä Itämeren alueelta. Haastattelut tehtiin heti hankkeen alussa, ja tarkoituksena oli kartoittaa yritysten ajatuksia ja tarpeita. Jokaisesta mukana olevasta maasta haastateltiin kymmenen pk-yritystä sekä start-up-yrityksiä että tuotteidensa ja palvelujensa kanssa pidemmällä olevia yrityksiä. Jokainen Living Lab valitsi yhden yrityksen, jonka kanssa toteutettiin yrityksen tarpeisiin liittyvä pilotti. SeAMK teki sopimuksen ruotsalaisen HeroSight -yrityksen kanssa, joka suunnittelee AR-laseille ohjelmaa, jonka avulla voidaan harjoitella mm. triage- ja ensihoitotilanteita. Neuvottelujen jälkeen päätettiin toteuttaa kyselytutkimus yritykselle heidän tuotekehitystään auttamaan. Kyseinen yritys ja siihen liittyvä tuote sopii hyvin SeAMKin simulaatio-opetukseen, joten kysely saatiin helposti toteutettua valmistumassa olevien sairaanhoitajaopiskelijoiden keskuudessa.

2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Akuuttihoitotyön simulaatio-opetuksen käyttäjälähtöisessä kehittämisessä on tärkeää hyödyntää sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemuksia. Käyttäjälähtöisessä kehittämisprosessissa lähtökohtana ovat käyttäjien toiveet, tarpeet ja kokemukset. Kehittämisen avulla pyritään edistämään simulaatio-opetuksen autenttisuutta ja hyödyllisyyttä. Käyttäjälähtöisyys merkitsee myös käyttäjien kokemuksista inspiroitumista ja käyttäjien osallistamista (Koivunen, Vuorela & Haukkamaa 2014). Osallisuus on yhteydessä merkityksellisyyteen ja mahdollisuuksiin (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2016). Se voidaan määritellä mukaan ottamisena, osallistumisena, kuulumisena, vaikuttamisena ja toimintana (Isola, Kaartinen & Leemann ym. 2017).

Sairanhoitajaopiskelijat tarvitsevat mahdollisimman autenttisia oppimiskokemuksia ja hoitotyön opettajat pyrkivät toteuttamaan opetusta mahdollisimman aidontuntuisesti. Autenttisella oppimisella tarkoitetaan mahdollisuutta harjoitella kliinisissä tilanteissa sovellettavia menetelmiä konkreettisesti aitoja tilanteita jäljitellen (Leppisaari, Silander & Vainio 2006). Tällöin oppiminen sisältää merkityksellisiä kokemuksia ja tilaisuuksia harjoitella taitoja oppimisympäristössä, joka muistuttaa vahvasti kontekstia, jossa taitoja tullaan kliinisessä työssä käyttämään (Fågel & Terämä 2011).

2.1 Simulaatio-opetus autenttisen oppimiskokemuksen mahdollistajana

Simulaatio-opetus on validi, näyttöön perustuva menetelmä, joka mahdollistaa korkeatasoisia oppimiskokemuksia ja kehittää kriittistä ajattelua (Cant & Cooper 2010). Simulaatio-opetuksen tavoitteena on mahdollisimman autenttisen oppimiskokemuksen tuottaminen opiskelijoille. Simulaatio voidaan kuvata selkeät op-

pimistavoitteet sisältävänä, todellisuutta jäljittelevänä toimintana mahdollisimman aidossa kontekstissa. Simulaatio-opetus mahdollistaa kokonaisvaltaisen, kokemuksellisen ja toiminnallisen oppimisen sekä erilaisten kompetenssien kehittymisen. (Hansen & Bratt 2015.) Se lisää luottamusta akuuteissa tilanteissa tarvittaviin teknisiin ja ei-teknisiin taitoihin (Cooper ym. 2012; March ym. 2014). Simulaatio-opetuksen avulla voidaan parantaa potilasturvallisuutta (Issenberg ym. 2015; Jeffries 2015), koska simulaatioskenaarioiden avulla on mahdollista kehittää tilanneherkkyyttä sekä päätöksenteko- ja ongelmanratkaisutaitoja, jotka ovat tärkeitä läheltä piti -tilanteiden ennaltaehkäisemiseksi (Duff 2013; Forneris ym. 2015).

2.2 Lisätty todellisuus ja virtuaalitodellisuus autenttisuuden edistäjänä

Simulaatio-opetusta voidaan toteuttaa työpajoina, taitopajoina, full scale -simulaatioina ja virtuaalisina simulaatioina. Simulaatiotilanteiden aitoutta voidaan edistää hyödyntämällä sekä simulaattorinukkeä tietokoneella säädettävine ominaisuuksineen että myös erilaisia lisätyn todellisuuden (AR), yhdistetyn todellisuuden (MR) ja virtuaalitodellisuuden (VR) ratkaisuja mobiililaitteille, kuten älylaseja ja VR-laseja. Älylasit mahdollistavat uusia tapoja hyödyntää lisättyä todellisuutta simulaatioskenaarioissa. Niiden avulla on mahdollista sijoittaa lisätyn todellisuuden objekteja ympärillä olevaan reaali maailmaan. (Chatzopoulos ym. 2017.)

AR- ja VR-teknologisilla sovelluksilla on pedagogista arvoa, koska niiden avulla voidaan kehittää oppimisympäristöjä ja -menetelmiä. Niiden avulla voidaan tukea perinteistä akuuttihoitotyön opetusta (Khanal ym. 2014) ja rakentaa siltaa teorian ja käytännön välille (Zhu ym. 2015). Sovelluksia voidaan hyödyntää myös ei-teknisten taitojen, tiimityö-, kommunikaatio- ja päätöksentekotaitojen arvioinnissa erilaisissa tilanteissa (Watkins ym. 2016; Ardiny & Khanmirza 2018).

Aikaisempien tutkimusten mukaan lisätty todellisuus ja virtuaalitodellisuus ovat parantaneet opiskelijoiden tietoja ja taitoja. Tähän voi vaikuttaa se, että opetuksesta tulee houkuttelevampaa ja tehokkaampaa, kun siihen yhdistetään AR- ja VR-teknologiaa. (Ardiny & Khanmirza 2018). Lisätty todellisuus tuottaa opiskelijoille autenttisen kokemuksen, kun se yhdistyy todelliseen reaali maailman ympäristöön. Saatava informaatio on interaktiivista ja digitaalista. (Zhu ym. 2015.) Lisätty todellisuus yhdistää todelliset ja virtuaaliset objektit reaaliaikaisesti tuottaen älylaseilla tarkasteltavan näkymän, johon on lisätty keinoitekoista, tietokoneella tuotettua tietoa (kuva, ääni, video, teksti, GPS-informaatio) todellisesta ympäristöstä (Azuma 1997). Lisätty todellisuus muuttaa opiskelijan oppimiskokemusta. Digitaalisen ja fyysisen maailman rajat hämärtyvät, jolloin opiskelijalle avautuu uusia, autenttisen tuntuista oppimismahdollisuuksia eleitä, katsetta ja ääntä hyödyntäen. Virtuaalitodellisuuden vuorovaikutteisella, simuloitulla ympäristöllä välittyy keinoitekoisesti läsnäolon tunne esimerkiksi älylasien avulla. (Ardiny & Khanmirza 2018.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemuksia akuuttihoitotyön simulaatio-opetuksen autenttisuuden edistämisestä. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa akuuttihoitotyön simulaatio-opetuksen kehittämiseksi sekä HeroSight-yrityksen tuotekehitystarpeisiin.

4 TUTKIMUSMENETELMÄT

4.1 Aineistonkeruu

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat erään ammattikorkeakoulun valmistumisvaiheessa olevat, akuuttihoitotyöhön suuntautuvat

sairaanhoidajaopiskelijat. He saivat tietoa tutkimuksesta sekä suullisesti että kirjallisesti. Tutkimukseen saatiin mukaan 11 vapaaehtoista sairaanhoidajaopiskelijaa. Heiltä pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Aineisto kerättiin opiskelijoilta kyselylomakkeella akuuttihoitotyön viimeisellä oppitunnilla joulukuussa 2019. Kyselylomakkeen avoimilla kysymyksillä kartoitettiin sairaanhoidajaopiskelijoiden kokemuksia akuuttihoitotyön simulaatio-opetuksesta, simulaatiotilanteisiin valmistautumisesta sekä simulaatioissa käytetyistä simulaattoreista ja audiovisuaalisista välineistä.

4.2 Aineiston analysointi

Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Aineisto luettiin aluksi useaan kertaan. Litteroidusta aineistosta poimittiin erillisiin Word-tiedostoihin kaikki tutkimustehtäviin vastaavat lauseet ja ajatuskokonaisuudet. Sen jälkeen kirjoitettiin pelkistetyt ilmaukset alkuperäisen lauseen ydinajatus säilyttäen. Sisällöllisesti samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin saman alaluokan alle. Saman sisältöiset alaluokat yhdistettiin yläluokiksi ja ne edelleen pääluokiksi. Tulokinnan oikeellisuuden varmistamiseksi alkuperäisiin tutkimusaineistoihin palattiin useita kertoja aineiston analysoinnin aikana. (Kyngäs, Mikkonen & Kääriäinen 2020.)

5 TULOKSET

Sairaanhoidajaopiskelijat kokivat simulaatio-opetuksen tärkeänä osana akuuttihoitotyön opetusta. He toivoivat simulaatio-opetusta erityisesti trauma- ja monivammapotilaan hoitotyön oppimiseksi. He olisivat halunneet harjoitella simulaatioskenaarioiden avulla enemmän onnettomuustilanteissa ja lasten hätätilanteissa toimimista.

Kaikkiin simulaatiotilanteisiin liittyy haasteita. Heittäytyminen annettuun rooliin voi olla vaativaa, sillä ei ole helppoa eläytyä rooliin, jollaisesta ei ole kokemusta. Eläytymisen tekee haasteelliseksi kuviteltava tilanne ja konteksti. Haasteellista on myös hahmottaa, miltä kussakin tilanteessa potilaasta oikeasti tuntuu.

Haasteellisimpina simulaatiotilanteina koettiin trauma- ja kolaritilanteet sekä monipotilastilanteet, koska niissä piti pystyä hahmottamaan ja arvioimaan usean potilaan vointia samanaikaisesti sekä suunnittelemaan hoitojärjestystä hoidon kiireellisyyden mukaisesti. Lisäksi vaativina koettiin simulaatiot, joissa tehtävänä oli hoitaa tukehtumisillaan olevaa tai tajutonta potilasta. Myös lapsipotilaiden hätätilanteet koettiin vaikeina simuloida. Erityisen haasteellisena koettiin hoidon suunnittelu ja toteuttaminen haastavissa sääolosuhteissa, kylmässä ja pimeässä. Lisäksi haasteellisina koettiin myös hoitajille vaaralliset hoitotilanteet, esimerkiksi uhkaavan asiakkaan kohtaaminen.

5.1 Simulaatio-opetustilanteeseen valmistautuminen

Yläluokka *”Simulaatio-opetustilanteeseen valmistautuminen”* muodostui kolmesta alaluokasta, jotka olivat: *”Opettajien antama selkeä ohjeistus simulaatioihin”*, *”Henkilökohtainen valmistautuminen simulaatioskenaarioon”* ja *”Spontaani osallistuminen simulaatioskenaarioon.”*

Opettajien antama selkeä ohjeistus simulaatioihin

Moni sairaanhoitajaopiskelija toi esiin, että heidän valmistautumistaan simulaatio-opetustilanteeseen edisti simulaatiota ohjaavan opettajan antama selkeä ohjeistus simulaation oppimistavoitteista, kontekstista ja toimijarooleista sekä tarkkailutehtävistä. Simulaatio-opetukseen valmistautuminen koettiin pääsääntöisesti hyvin onnistuneena. Opiskelijat kokivat, että akuuttihoitotyön opettajat ovat oikeasti asiantuntijoita asiassaan

sekä pitävät ammattitaitoaan hyvin yllä. Tärkeänä koettiin selkeä palaute skenaarion jälkeen siitä, mikä meni hyvin ja missä ilmeni parannettavaa.

”Hyvä asioiden läpikäynti ja opettaminen tärkeää ennen simulaatiota.”

”Opiskelijoille jaetaan roolit ennen simulaatiota sekä jaetaan alkutilanteen tiedot.”

Henkilökohtainen valmistautuminen simulaatioskenaarioon

Henkilökohtainen valmistautuminen simulaatioskenaarioon koettiin tärkeänä ja vastuullisena tehtävänä, koska opiskelijat kokivat olevansa vastuussa oman oppimisensa lisäksi myös muiden opiskelijoiden oppimisesta. Moni opiskelija koki simulaatioon valmistautumisajan lyhyenä. Osa koki tarpeelliseksi kerrata erilaisia hoitoprotokollia ennen simulaatioskenaariota. Kaikki opiskelijat kokivat tärkeänä simulaatioissa käytettäviin välineisiin tutustumisen ennakolta.

”Roolin omaksuminen on haasteellista, siihen tarvitsisi enemmän aikaa.”

”Simuloitavaan ilmiöön ja välineisiin perehtyminen etukäteen.”

”Etukäteen kertoa aiheesta ja kehottaa lukemaan tilanteen hoidosta yms.”

Spontaani osallistuminen simulaatioskenaarioon

Osa sairaanhoitajaopiskelijoista koki hyvänä, että opettajat järjestivät myös sellaisia simulaatioita, että heille ei annettu etukäteen mahdollisuutta valmistautua, koska kliinisessä hoitotyössä akuutit tilanteet tulevat vastaan yllättäen. On pystyttävä tekemään nopea tilannearvio ja toimimaan johdonmukaisesti missä tahansa tilanteessa. Selviytyminen yllättävästä tilanteesta skenaariossa lisää luottamusta omaan osaamiseen.

”Simulaatiot on opitun harjoittelemista tositalanteessa, on hyvä, ettemme tiedä etukäteen, mitä on tulossa.”

”Joskus mennään ”sokkona” tilanteeseen, heittäytyen.”

5.2 Simulaatio-opetuksen autenttisuuden kehittämistarpeet

Yläluokka *”Simulaatio-opetuksen autenttisuuden kehittämistarpeet”* koostui alaluokista *”Todenmukaisemmat tilanteet”, ”Ympäristöolosuhteiden havainnollistamisen haasteet”, ”Maskeeraus- ja visualisointimahdollisuudet”* ja *”Aidot välineet.”*

Todenmukaisemmat tilanteet

Sairaanhoitajaopiskelijoiden mukaan skenaariotilanteiden tulisi olla todenmukaisempia ja hoitokontekstiltaan aidompia. Realistisuutta voitaisiin lisätä hyödyntämällä skenaarioissa aitoja potilaita tai vieraita ihmisiä, koska opettajan tai opiskelijatoverin eläytyessä potilaan rooliin tilanne ei tunnu riittävän aidolta.

”Aidot potilaat.”

”Vieraat näyttelijät ja kollegat, oman luokan kesken menee usein pelleilyksi, hihittelyksi.”

Simulaatioskenaarioita olisi hyvä kehittää siten, että kaikki hoitotoimenpiteet tehtäisiin aidosti. Tällöin simulaatioissa opittaisiin ei-teknisten taitojen lisäksi myös konkreettisia, teknisiä taitoja, jotka ovat tärkeä osa kliinistä osaamista.

”Asiat tehtäisiin oikeasti, eikä vain nopeasti sanota, että nyt jokin asia on tehty.”

”Tilanteen toimenpiteet tulisi saada tehdä kokonaan, vaikka se viekin aikaa, esim. kanylointi, verenpaineen mittaaminen ym.”

Ympäristöolosuhteiden havainnollistamisen haasteet

Ympäristöolosuhteiden havainnollistaminen on haasteellista simulaatio-opetuksessa. Sairaanhoidajaopiskelijat kokivat, että hoitoympäristön ulkopuolella tapahtuvia tilanteita on vaikea havainnollistaa luokkahuonesimulaatioissa. Haasteellisia tilanteita lavastaa ovat mm. suuronnettomuudet, kolarit, raajan irtoaminen ja tukehtuminen. Kontekstuaalisia havainnollistamishaasteita luovat sääolosuhteet, ohimenevät autot, savu, savun väri ja haju ja radioaktiivinen ympäristö. Jossain määrin haasteellisena koetaan myös välineiden rikkoutumisen havainnollistaminen.

”Savun luominen tulipaloskenaariossa.”

”Kemikaalionnettomuudet, hajut, maanjäristykset.”

Maskeeraus- ja visualisointimahdollisuudet

Opiskelijat kokevat, että erilaisten vammojen hoitaminen olisi todentuntuisempaa, jos potilaan roolissa olevan henkilön maskeeraamiseen satsattaisiin enemmän. Tilanteen vakavuudesta ei saa realistista käsitystä, jos osa tilanteesta täytyy kuvitella.

”Ei saa oikeaa käsitystä vammoista, jos leikisti vuotaa.”

”Rekvisiitta ja maskeeraus, todellisempia haavoja. Aitoja vuotoja.”

Sairaanhoidajaopiskelijat kokivat, että simulaatio-opetuksen autenttisuutta voitaisiin lisätä hyödyntämällä erilaisia visuaalisia ja audiovisuaalisia tehosteita. Simulaatioskenaarioiden todentuntuisuutta lisäisivät erilaiset tilanneäänet, kuvat ja valaistus-tehosteet.

”Tilanneäänet, vilkkuvalot pimeässä.”

”Ilmateiden tukkeutuminen, agonaalinen hengitys, ihon väri.”

Aidot välineet

Opiskelijat toivoisivat simulaatiotilanteissa käytettävän samantaisia välineitä kuin maakunnan hoitolaitoksissa ja ensihoidossa, että heidän olisi helpompaa osallistua aitoihin hoitotilanteisiin kliinisen hoitotyön harjoittelupaikoissa.

”Oikea defii, mikä käytössä kentällä.”

6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että akuuttihoitotyön simulaatio-opetuksen autenttisuutta voidaan edistää mahdollistamalla opiskelijoiden riittävä valmistautuminen simuloitavaan aiheeseen ennakolta sekä ohjeistamalla simulaatioon osallistujat selkeästi. Autenttisuuden edistämiseksi on tärkeää myös lisätä tilanteen realistisuutta aidoin laittein sekä kontekstin havainnollisuutta erilaisin digitaalisiin ja audiovisuaalisiin välinein. Jatkossa on tärkeää selvittää, miten älylaseilla voidaan lisätä simulaatiotilanteiden autenttisuutta.

LÄHTEET

Ardiny, H. & Khanmirza, E. 2018. The role of AR and VR technologies in education developments: Opportunities and challenges. [Verkkoartikkeli]. 6th RSI International Conference on Robotics and Mechatronics (ICRoM), Tehran, Iran, 482 - 487. [Viitattu 3.6.2020]. Saatavana: doi: 10.1109/ICRoM.2018.8657615.

Azuma, R. 1997. A survey of augmented reality. Presence: Teleoperators and virtual environments 6 (4), 355 - 385.

Cant, R. P. & Cooper, S. J. 2010. Simulation-based learning in nurse education: systematic review. Journal of advanced nursing 66 (1), 3 - 15.

Chatzopoulos, D., Bermejo, C., Huang, Z. & Hui, P. 2017. Mobile augmented reality survey: From where we are to where we go. *IEEE Access* 5, 6917 - 6950

Cooper, S., Cant, R., Porter, J., Bogossian, F., McKenna, L., Brady, S. & Fox-Young, S. 2012. Simulation based learning in midwifery education: A systematic review. *Women & Birth* 25 (2), 64 - 78.

Duff, B. 2013. Creating a culture of safety by coaching clinicians to competence. *Nurse education today* 33 (10), 1108 - 1111.

Forneris, S. G., Neal, D. O., Tiffany, J., Kuehn, M. B., Meyer, H. M., Blazovich, L. M., Holland, A. E. & Smerillo, M. 2015. Enhancing clinical reasoning through simulation debriefing: A multisite study. *Nursing education perspectives* 36 (5), 304 - 310.

Fågel, J. & Terämä, M. 2011. Autenttisen oppimiskokemuksen mahdollistaminen verkko-opetuksessa. [Verkkójulkaisu]. Tampereen ammattikorkeakoulu. Ammatillinen opettajakorkeakoulu. Kehittämishanke. [Viitattu 3.6.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2011121518498>

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

Isola, A.-M., Kaartinen, H., Leemann, L., Lääperi, R., Schneider, T., Valtari, S. & Keto-Tokoi, A. 2017. Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.

Issenberg, S. B., Mcgaghic, W. C., Petrusa, E. R., Gordon, D. J. & Scalese, R. J. 2005. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: A BEME systematic review. *Medical teacher* 27, 10 - 28.

Jeffries, P. R. 2015. Signs of maturity: Simulations are growing and getting more attention. *Nursing education perspectives* 36 (6), 358 - 359.

Khanal, P., Vankipuram. A., Ashby, A., Vamkipuram, M., Gupta, A., Drumm, D. A., Josey, K., Tinker, L. & Smith, M. 2014. Collaborative virtual reality based advanced cardiac life support training simulator using virtual reality principles. *Journal of biomedical informatics* 51, 49 -5 9.

Koivunen, K., Vuorela, T. & Haukkamaa, J. 2014. Käyttäjät ovat merkittävä, mutta vähän hyödynnetty mahdollisuus tutkimus- ja kehitystyössä. [Verkkoartikkeli]. ePooki: Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 25/2014. [Viitattu 3.6.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2014120246780>

Kyngäs, H., Mikkonen, K. & Kääriäinen, M. 2020. The application of content analysis in nursing science research. Cham: Springer International Publishing.

Leppisaari, I., Silander, P. & Vainio, L. 2006. Autenttinen oppiminen ammattikorkeakoulun virtuaaliopetuksen haasteena. Teoksessa: M. Ylikarjula (toim.) Ihmettelyä ja oppimista tutkimuksen äärellä: Opettaja oman työnsä tutkijana -symposiumin III artikkelit. Kokkola: Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu. A Tutkimusraportteja.

March, A. L., Adams, M. H. & Robinson, C. 2014. Student characteristics and perceptions of learning and confidence acquisition associated with simulation. *Nursing education perspectives* 35 (5), 335 - 336.

Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2016. Merkityksellinen Suomessa -toimintaohjelma: Ohjelma vihapuheen ja rasismien estämiseksi ja yhteiskunnallisen osallisuuden edistämiseksi.

Watkins, C., Roberts, D. A., Boulet, J., Mcevoy, M. D. & Weinger, M. B. 2016. Evaluation of a simpler tool to assess nontechnical skills during simulated critical events. *Simulation in Healthcare* 12 (2), 69 - 75.

Zhu, E. A., Lilienthal, A., Shluzas, L .A., Masiello, I. & Zary, N. 2015. Design of mobile augmented reality in health care education: a theory-driven framework. *JMIR medical education* 1 (2), 1 - 18



NÄKÖKULMIA MENETELMIIN

ASIAKAS KOHDATAAN KUUNTELEMALLA

Helena Sarvikas, FM, lehtori
SeAMK Liiketoiminta ja kulttuuri

1 JOHDANTO

Milloin viimeksi olet todella keskittynyt kuuntelemaan? Oletko löytänyt itsesi suunnittelemasta tulevan viikon tehtäviä, kun pitäisi keskittyä seminaaripuhujan aiheeseen? Jäikö keskustelun alussa jokin sanottu vaivaamaan niin, ettet pääse siitä yli? Keskitytkö kahdenkeskisessä ohjaustilanteessa asiakkaan ilmaisutapaan niin, ettet löytänyt sen takaa sitä, mitä hän yritti sinulle kertoa? Estikö ennakkoasenteesi kuulemasta kokonaisvaltaisesti asiakkaan omaa tarinaa? Kohtasivatko keskustelukulttuurinne? Jäikö puuttumaan tunne kuulluksi tulemisesta? Johdatko ja vaikutatko niin vahvasti, että valta vaientaa esille pyrkivän puheenvuoron?

Saatetaan helposti olettaa, että tehokas kuuntelukompetenssi käynnistyy kohtaamisessa automaattisesti tai että kuuntelijan rooli on passiivinen, tahdon tavoittamattomissa oleva tila. Asiakasta auttava ja vuorovaikutusta tukeva kuunteleminen on kuitenkin aktiivinen prosessi, keskittymistä vaativa ja monitasoinen taito, jota on mahdollista reflektoida ja kehittää. Se on ikään kuin alkuaine, jonka voimasta syntyy elävä vuorovaikutus.

Elämme meluisassa maailmassa, äänien ympäröiminä ja kyllästämisenä. Voi vaatia harjoitusta ja monien asioiden pois sulkemista, jotta kuulemme olennaisen. Nykyisin eri yhteyksissä muistutetaan kuuntelemaan lähimmäistä, luontoa, hiljaisuutta, itseäkin. Se saa miettimään, onko meiltä katoamassa jokin ikaikainen taito vai onko se vain hetkellisesti hukkunut sovellusten syövereihin ja armottomiin aikatauluihin.

Tämän artikkelin tarkoituksena on havahduttaa lukija tarkastelemaan kuuntelemistottumuksiaan ja näkemään vuorovaikutuksen monet tasot ja tavoitteet kuuntelemisen näkökulmasta. Päämääränä on myös kannustaa käyttämään aktiivisen kuuntelemisen mahdollisuuksia asiakastyössä. Teksti esittelee aihetta tutkimuksen ja teorioiden kautta, mutta tavoitteena on tähdentää ennen kaikkea pragmaattista lähestymistapaa.

Kirjoittajaa on aiheen käsittelyyn motivoinut opetustyö sosiaali- ja terveysalalla, mutta tässä esitettyjä näkökulmia voi soveltaa lähes kaikkien niiden alojen ammattitehtäviin, joissa vuorovaikutus toimii keskeisenä työvälteenä. Artikkelissa käsitellään kuuntelemista ja kuulijan roolia nimenomaan kasvokkain tapahtuvassa kahden- tai monenkeskisessä keskustelutilanteessa, joka on luonteeltaan lähinnä asiakkaan, opiskelijan tai työntekijän ohjausta, mutta jossa voi olla piirteitä neuvonnasta tai haastattelusta tai joka on terapeuttiluonteista.

2 JOKAISELLA ON OIKEUS TULLA KUULLUKSI

Eri tavoin saavutettu todellinen yhteys toiseen on kaikissa elämäntilanteissa tärkeää. Tämä yhteys on kahden tai useamman ihmisen ajatusten, tunteiden ja tarpeiden kohtaamista niin, että ihminen kokee tulleen ymmärretyksi ja parhaimmillaan saavansa toiselta ihmiseltä jotain sellaista ainutlaatuista tukea, jonka kuvaaminen on vaikeaa. Se on tunnetilojen ja ajatusten yhdessä jakamista, siis kuulluksi tulemista. Todellinen yhteys vaatii kuitenkin aikaa, joskus voi saavuttaa vain ripauksen kuulluksi tulemisesta. Kuulluksi tuleminen on tunne ennen kaikkea siitä, että toinen ymmärtää tai ainakin haluaa ymmärtää, mitä puhuja esimerkiksi toivoo, pohtii, pelkää tai ajattelee. Kuulluksi tuleminen antaa lohtua ja tuntuu turvalliselta. Siksi se voi olla

jonkun elämässä tärkeä parantava tekijä. Toisen kuunteleminen on pohjimmiltaan ihmisen itsemääräämisoikeuden huomioon ottamista. (Vilen, Leppämäki & Ekström 2008, 62.)

Kuulluksi tuleminen on kansalaisen tärkeä oikeus ja sen turvaavat useat lait. Monenlaisessa päätöksenteossa on syytä tarkasti kuunnella sidosryhmien näkemyksiä. Lisäksi vaikkapa säädösten valmistelun yhteydessä ja oikeudessa asianomistajina tai todistajina on oikeus tulla kuulluksi. Näin parannetaan tiedonkulkua, vähennetään väärinkäsityksiä, helpotetaan tai tuetaan päätöksentekoa ja saadaan ongelmia ratkottua. Tästä artikkelista on kuitenkin kuulluksi tuleminen institutionaalisesta näkökulmasta ja perustuslaillisena kysymyksenä rajattu pois. Tässä ei myöskään syvennytä heikkokuuloisten ja kuulovammaisten asemaan ja erityistilanteisiin ja -tarpeisiin. Silti on aina pidettävä mielessä, että tasa-arvo ja saavutettavuus ovat myös kuulemisessa ja kuulluksi tulemisessa ensiarvoisen tärkeitä periaatteita.

3 KUUNTELEMINEN ON AKTIIVISTA OSALLISTUMISTA

Sosiaaliseen kanssakäymiseen kuuluu olennaisena osana vuorovaikutteisuus. Tämän onnistuminen taas edellyttää, että osallistuvilla on kuuntelun taitoa. Kuuntelu on edellytys sanalliselle ilmaisulle ja itsensä edustamiselle sosiaalisissa tilanteissa. (Kauppila 2011, 182.) Myös Rollnick, Miller ja Butler (2008,19) pitävät kuuntelemista yhtenä kolmesta keskeisestä vuorovaikutustaidosta kysymisen ja tiedottamisen ohella. Heidän mukaansa kuuntelemista pitää vuorovaikutuksessa olla ainakin yhtä paljon kuin kertomista tai puhumista.

ILA (International Listening Association) on määritellyt kuuntelemisen affektiiviseksi ja kognitiiviseksi prosessiksi, jossa kie-

lellisiä ja/tai sanallisia viestejä otetaan vastaan ja rakennetaan niille merkityksiä, tehdään niistä yhteenvetoja ja arviointeja sekä vastataan viesteihin (ILA definition of listening 1995, 4). Roivas ja Karjalainen (2013, 108) näkevät termin aktiivinen kuunteleminen viittaavan sekä tietynlaiseen terapiatekniikkaan että yleisemmin tarkkaavaiseen ja keskittyneeseen kuuntelemiseen, jonka tavoitteena on se, että asiakas kokee tulevansa kuulluksi. Ala-Kortemaan (2015, 171) näkemyksen mukaan aktiivinen kuunteleminen eroaa dialogisesta kuuntelemisestä siinä, että dialogisesti kuuntelevan ei tarvitse pitää omia tunteitaan kokonaan sivussa, vaan hän saa tulkita puhujan viestiä oman näkemyksensä läpi.

Hyvä kuuntelija tukee keskustelukumppaniaan, tekee yhteenvetoja, kertaa kuulemaansa ja käyttää avoimia kysymyksiä, jotka samalla ilmaisevat, että hän on valmis kuuntelemaan niin pitkän vastauksen kuin toinen on halukas kertomaan. Kuunnellessaan hän toimii hienovaraisesti, tarkkaavaisesti ja luottamuksellisesti, tavoittaa mielikuvia sekä erottaa, kertooko puhuja esimerkiksi muista ihmisistä vai sittenkin itsestään, tuntemuksistaan vai toiveistaan. Hän pyrkii kaikin tavoin virittäytymään samalle tasolle puhujan kanssa. (Kauppila 2011, 182 - 185.)

Millaiseksi kuuntelemisprosessi lopulta muodostuu ja mistä tunnistaa aktiivisuuden tason? Asiaa voidaan havainnollistaa ja tutkia monien erilaisten mittareiden avulla, joista yksi tunnetuimmista lienee ns. HURIER-mittari. Nimi tulee englanninkielisistä sanoista *hearing, understanding, remembering, interpreting, evaluating, responding*. Mittari paljastaa, mikä kuuntelemisen osa-alue kulloinkin on vahvin. Ensiksi mainittu, kuuleminen, on huomion suuntaamista ja ärsykkeiden valitsemista. Toinen osa, ymmärtäminen, tapahtuu sanojen merkitysten tasolla. Tämä edellyttää, että kuulija ottaa huomioon omat ennako-oletuksensa ja kuuntelee informaatiokokonaisuuden ilman keskeytyksiä. Muistamista puolestaan tarvitaan, jotta henkilö pystyisi reagoimaan kuulemaansa.

Tulkinta yhdistää verbaaliset ja nonverbaaliset vihjeet, jolloin taitoina tulevat kysymykseen näiden vihjeiden havaintokyky ja oman ei-sanallisen viestintäkäyttäytymisen tarkkailu. Myös empatian osoittaminen kuuluu tähän taitokokonaisuuteen. Arvioinnin taitoja taas ovat kuullun analysoiminen, omien ennakoasenteiden tiedostaminen ja tunneperäisen suhtautumisen tunnistaminen. Viimeisenä mainitusta, vastaamisesta, tulee kuuntelemisen taito, jos kuuntelija ymmärtää vastauksensa vaikutuksen ja muutoinkin hallitsee tarkoituksenmukaisen tilannekohtaisen viestintäkäyttäytymisen. (Brownell 2010a, Välikosken 2014, 63 mukaan.)

Brownell (2010b, 147 - 151) osoittaa vielä yksityiskohtaisemmin HURIER-mallin kuuntelemisen lopputulokseen vaikuttavia tilannekohtaisia tekijöitä, joita ovat esimerkiksi henkilöiden välinen historia, vuorokauden aika, muiden läsnäolijoiden lukumäärä, fyysinen ympäristö ja tilanteen tarkoitus. Hän nimeää myös henkilökohtaiset kuuntelusuodattimet, joita ovat muun muassa rooli organisaatiossa, arvot, mielipiteet, motivaatio, kulttuuri ja aikaisemmat kokemukset. Hän korostaa, että joissakin tapauksissa tällaiset painotukset vaikuttavat ratkaisevasti siihen, millaista taitoa kulloinkin tehokkaaseen kuuntelemiseen tarvitaan. Jos tavoitteena on vaikkapa tukea vaikeuksissa olevaa ystävää, on tärkeää kiinnittää huomiota nonverbaalisiin vihjeisiin, kun taas ohjeiden kuuntelu vaatii etenkin mieleen painamisen kykyä ja nopeaa ymmärtämistä. Tilan valinnalla saattaa olla vaikutuksensa myös esimiehen kanssa käytyjen keskusteluiden luonteeseen ja lopputulokseen.

Välikoski (2014, 64) esittelee myös muita kuuntelemisen mittareita, kuten Barkerin ja Watsonin kuuntelemisen profiili -mittarin, jonka avulla selvitetään, keskittyykö henkilö kuunnellessaan ihmisiin, toimintaan, aikaan vai sisältöön. Vielä hän mainitsee uusimpana Imhofin ja Janusikin kuuntelemisen käsitteen mittarin, joka antaa tietoa siitä, miten henkilö itse ymmärtää kuuntelemisen. Tällä, kuten muillakin mittareilla, on rajoituksena muun

muassa, että ne eivät välttämättä kerro henkilöiden todellisesta kuuntelemisesta aidossa viestintätilanteessa, mutta suuntaa-antavina niitä voidaan pitää. (Mts. 64 - 65.)

Toimivaan kuuntelemiseen tarvitaan siis empatiataitoja ja monien erilaisten tilanteiden hahmottamisen kykyä, mutta toisaalta sitä, että pystyy tarvittaessa ottamaan etäisyyttä puhujaan ja asiaan. Tämä liittyy olennaisesti myös itsensä kuuntelemiseen; jokaisen on hyvä tunnistaa jaksamisensa rajat myös kuuntelijan roolissa. Kuuntelemiseen nimittäin väsyä kuten muuhunkin pitkäkestoiseen aktiiviseen tekemiseen, koska aivomme käsittelevät kielen kautta saatua tietoa toisella tavalla kuin vaikkapa kuvia. Kieltä on koko ajan aktiivisesti ymmärrettävä ja työstettävä. Siksi on monien auttamis-, ohjaus- ja yleensäkin keskustelutyössä toimivien mielestä järkevää rajoittaa intensiivisiä keskustelukohtaamisia esimerkiksi vain 3 - 5 tapaamiseen päivässä.

Kuuntelukapasiteettimme myös vaihtelee, koska se on sidoksissa työmuistin toimintaan. Se kognitiivisten merkitysten määrä, jonka yksilö kykenee pitämään aktiivisena muistissaan ja johon hän pystyy keskustelussa vastaamaan, pohjustaa pitkälle kykyä osallistua keskusteluun, hahmottaa kokonaisuutta ja johtaa keskustelua. (Välikoski 2014, 63.) Kaiken kaikkiaan kuunteleminen on myös yksilön sisäistä tietoisuutta omasta kuuntelemisen tehtävästään ja siinä tapahtuvasta prosessista.

4 KUUNTELEMISELLA ON MONTA TEHTÄVÄÄ

Kuunteleminen on kaikkialla kulttuurisesti syvälle juurtunutta. Sillä on aina osoitettu myötätuntoa, otettu vastaan ja siirretty tietoa sukupolvelta toiselle ja pohdittu kriittisesti puhujan sanoja. Kuunteleminen on keskeinen akateeminen ja henkilökohtainen

taito. Myös ammatillisesti kuuntelemistaidot ovat monta kertaa ratkaisevan tärkeässä asemassa. (Ala-Kortesmaa 2015,166.) Esimerkkeinä mainittakoon hoitajan, lääkärin, papin, tuomarin, sosiaalityön ja opetuksen tehtävät. Myös liike-elämä ja kaikki hallinnon alat tarvitsevat hyviä kuuntelijoita.

Aktiivista kuuntelemista tarvitaan monenlaisissa tilanteissa: ohjauksissa, haastatteluissa, neuvonnassa sekä kaikissa niissä keskusteluissa, joissa kohdataan toinen, arvioidaan, ratkotaan ongelmia, hoidetaan, hoivataan tai solmitaan kauppvoja ja sopimuksia. Aktiivinen kuunteleminen on tapahtuma, jossa ammatillinen ja dialoginen osaaminen yhdistyvät. Vaikka yleensä keskustelu määritellään puhumiseen osallistumisen kautta, keskusteluun voi osallistua myös ”ulkopuolisena”, vain kuuntelemalla.

Kauppilan (2011, 183) luettelo aktiivisen kuuntelun tehtävistä on moninainen: Aktiivisen kuuntelun avulla muun muassa viestitään hyväksyntää, ja se puolestaan lisää molemminpuolista ymmärtämystä. Kuuntelun avulla annetaan tilaa toisen esitykselle ja saadaan uusia näkökulmia. Aktiivisena tapahtumana kuuntelu on osallistuvaa ja intensiivistä eläytymistä toisen viestintään ja tilanteeseen. Siinä myös seurataan, miten sanallinen ja sanaton viestintä täydentävät toisiaan vai tarjoavatko ne keskenään ristiriitaisen viestin. Aktiivisen kuuntelun tavoitteena on Kauppilan mukaan lisäksi rohkaista suoraan, avoimeen ja rehelliseen viestintään. Näin saavutetaan jaettu ymmärrys ja molemminpuolinen hyväksyntä.

Lähtökohtina aktiivisen kuuntelun onnistumiselle Kauppila (2011, 182–183) pitää aistien avaamista, hengityksen, kehon liikkeiden, äänensävyjen ja taukojen huomioon ottamista. On keskityttävä vain siihen, mitä toinen viestittää, eliminoitava häiriötekijät ja osoitettava halukkuutensa kuunnella esimerkiksi katsekontaktilla. Tärkeää on myös pienikin palaute vaikkapa nyökkäämällä tai pikkusanoilla kuten ”niin”, ”aivan”.

Monissa tilanteissa on syytä valmistautua ottamaan vastaan myös tunneviestintää ja asioita, jotka eivät ole mieluisia. Silloin on tärkeää, että osoitetaan hyväksyntää henkilöä kohtaan ja valmiutta kuuntelemiseen, vaikka kerrottu poikkeaisikin merkittävästi kuuntelijan omien arvojen mukaisista ratkaisuista.

Eri ammattialoilla on luonnollisesti kuuntelemisellakin spesifioituneita tehtäviä. Kauppila eriyttää kuuntelemista myös tutkivaan kuunteluun, jonka keskiössä on ongelmien selvitys, tiedon tai yleiskuvan saaminen ja esimerkiksi taudin määrittely. Tämä on tuttua opetus- ja hoitotyöstä. (Kauppila 2011, 184.) Mäkisalo-Ropponen (2012, 168) täydentää, että hoitotyössä tavoitellaan kykyä tavoitteelliseen vuorovaikutukseen, jolloin hoitotyöntekijä havaitsee kaikkien tasojen viestintää. Hänen on opittava taito olla läsnä ja eläytyä, jolloin hän saa tietoa näkyvän käyttäytymisen takaa, todellisesta tarpeesta, viestistä tai tunteesta. Tavoitteena siis ihmisen auttaminen, josta Mäkisalo-Ropponen käyttää termiä terapeutin viestintä.

Arja Jokinen (2017, 191 - 207) on artikkelissaan tarkastellut sosiaalityöntekijöiden tavoiteltavia ominaisuuksia ja asiakasvuorovaikutusta siten kuin alan opiskelijat asian jäsentävät. Yksi artikkelin pohjana olleen tutkimuksen päätuloksista oli, että oli nähtävissä kaksi erilaista keskusteluformaattia: ensinnäkin haastatteluformaatti, jossa kysymällä ja vastaamalla saatiin kerättyä tietoa ja jossa kuuntelu toimi jatkokysymysten tekemisen ja tiedon varmistuksen apuvälineenä. Toiseksi formaatiksi eriytyi kerrontaformaatti, jossa sosiaalityöntekijä asettui ja antautui nimenomaan empaattiseksi, eteenpäin rohkaisevaksi, puhujalle tilaa antavaksi sensitiiviseksi kuuntelijaksi. Tässä vuorovaikutuksen tavassa pyritään tavoittamaan asiakkaan kokemusmaailma, toiveet ja oman elämän tarina. Jokinen ei opiskelijatutkimuksessaan tarkastellut kyseisessä aineistossa harvinaisempia tiedonjako- tai neuvontaformaatteja, vaikka yleensä auttamisammateissa myös nämä ovat tavallisia.

Huono kuunteleminen puolestaan voi aiheuttaa merkittäväkin henkistä ja materiaalista vahinkoa. Näin voi käydä niin sidosryhmäyhteyksissä, työohjeitten vastaanottamisessa kuin hoitotilanteessakin potilaan ja hoitajan välillä. (Välikoski 2014, 60.)

Kuuntelemisosaamista ja sen vaikutusta työhyvinvointiin on systemaattisesti tutkittu hyvin vähän. Yksi tähän teemaan pu-reutunut tarkastelu on Sanna Ala-Kortesmaan puheviestinnän väitöstutkimus vuodelta 2015. Hän on siinä pyrkinyt ymmärtämään kuuntelemista yksilöstä lähtevänä mutta viestintätekoina havaittavana ilmiönä sekä kuuntelijan vastuun kantamisena, jolla on edelleen yhteys yksilön kokemukseen omasta työssäjaksamisestaan. Tässä tutkimuksessa havainnoitiin vuorovaikutusta oikeudellisessa ympäristössä, tuomarin ja asianajajan työssä, sekä suomalaisessa että amerikkalaisessa kulttuurissa, mutta tuloksena syntyneen mallin todetaan olevan sovellettavissa missä tahansa ammattikontekstissa. Loppupäätelmänä tutkimuksessa esitetään, että kuuntelija pystyy omalla käyttäytymisellään, työn tavoitteiden huomioon ottamisella ja itsesäätelyn strategioilla huomattavasti parantamaan kuuntelemisensa tehokkuutta, työn tavoitteisiin yltyämistä, lisäämään minäpystyvyyden tunnetta ja sitä kautta kohentamaan omaa työhyvinvointiaan ja samalla työtyytyväisyyttään. (Ala-Kortesmaa 2015, 166 - 173.)

Tuloksista rakentui malli, joka käytännössä voisi toimia esimerkiksi siten, että henkilö selvittäisi ensin itselleen, mikä olisi optimaalista kuuntelua juuri hänen ammatissaan ja työtehtävissään. Sen jälkeen hän voisi miettiä ammatin vuorovaikutussuhteita ja niissä vallitsevia jännitteitä. Sitten hän omaa toimijuuttaan hyödyntäen valitsisi ne strategiat, joilla tuo kuuntelemistavoite saavutetaan ja jännitteitä hallitaan. Onnistuneen soveltamisen ja tavoitteiden saavuttamisen voimaannuttamana henkilön työhyvinvoinnin tunne vahvistuu. (Ala-Kortesmaa 2015, 166 - 173.)

5 MIELEN ESTEET HÄIRITSEVÄT KUUNTELEMISTA

Todellista kuuntelua häiritsee Tony Dunderfeltin (2016, 54 - 55) mukaan kaksi asiaa: kuuntelijan omien vastausten miettiminen ja toisen sanomisten arviointi samanaikaisesti toisen puhuessa ja se, että kuuntelija päästää ajatuksensa karkaamaan keskustelusta. Parempi olisi tarjota toiselle läsnäoloaan pysymällä itse sisäisesti hiljaa. Dunderfelt pitää tätä sisäisen kuuntelemisen tilaa, intuitiivisen kanavan aukaisemista, hyvin terapeuttisena, koska tällöin puhuja saa kokemuksen hyväksytyksi ja arvostetuksi tulemisesta. Päinvastaisessa tapauksessa, jos henkilö viestittää koko olemuksellaan olevansa muualla kuin kohtaamistilanteessa, luottamus vähitellen horjuu ja yhteistyö murenee (mts. 127).

Yleisesti ottaen kuuntelemisen epäonnistumiseen voivat vaikuttaa erilaiset kuuntelijan omat arviot puhujasta tai puheenaiheesta. Kuuntelija voi ärsyntyä, hän arvostelee, väheksyy tai esimerkiksi uhkailee, hiljaa mielessään tai ääneen lausuttuna. Hän voi myös vetäytyä tilanteesta johonkin keksittyyn tai todelliseen syyhyn vedoten. Hän saattaa tarjota ohjeita ja ratkaisuja liian nopeasti, moralisoida tai analysoida epäammattimaisesti. (Dunderfelt 2016, 131.)

Murphyn (2020, 73) mukaan ehkä tehokkain este toisen tarinan seuraamiselle ja ajatusten keskittämiseksi aitoon kuuntelemiseen on henkinen valmistautuminen siihen, mitä itse sanoisi seuraavaksi. Kuuntelijaa usein kalvaa huoli siitä, miten muotoilisi oman vastauksensa tai pelko väärin sanomisesta tai haparoinnista ilmaisuissa. Tästä häiriöstä on joskus aika vaikea päästä eroon.

Vastaanottavassa kuuntelemisessä ei yritetä vaikuttaa puhujan sisäiseen tuntemukseen eikä pyritä asettumaan hänen yläpuolelleen. Kuuntelija ei siis vastusta puhujaa millään tavalla. Sen sijaan hän tyhjentää oman mielensä ja avautuu vastaanottamaan toisen ainutlaatuisen kokemuksen. Toki kuuntelijan näkemyksille on myös sijansa ja aikansa. Kuuntelemisen tilassa oleminen

kestää tavallisesti vain hyvin lyhyen ajan, vaihdellen merkittävästi tilanteen vakavuuden ja osallistujien mukaan. Silti lyhytkin intensiivinen kuunteleminen on hyödyllisempää kuin mitkään sanalliset vakuuttelut, jos henkilö on aidosti läsnä. (Dunderfelt 2016, 128.)

6 KUUNTELEMINEN LUO TURVAA ERITYISIIN TILANTEISIIN

Kun keskustelukumppani on haavoittuvassa asemassa eli tarvitsee erityistä tukea kommunikaatiossaan ja keskustelussa vallitsee kielellinen epäsymmetria, on kuuntelijan erityisen tärkeää lukea herkästi tilannetta. On myös tärkeää joustaa tarpeen mukaan keskusteluun osallistumisessaan, muistuttaa Leelaura Leskelä (2019, 226) selkokieltä käsittelevässä oppaassaan. Hän myös toteaa, että sanaton viestintä ja ylipäättään palautteen antaminen on tällöin tavallistakin tärkeämpää.

Kun avun tarvitsija kohtaa hänelle vieraan henkilön, hänet valtaa helposti turvattomuuden tunne. Turvallista ilmapiiriä voi synnyttää ja epäsymmetriaa vähentää hyvällä kuuntelemisella. Todellinen ja paneutuva kuunteleminen rohkaisee esimerkiksi selkokieltä puhuvaa, koska hän saa näin tietää toimivansa oikein. Leskelä neuvoo osaavampaa osapuolta antamaan selkopuhujalle riittävästi tilaa ja aikaa turhaan holhoamatta, jotta keskustelukumppani saa rauhassa ilmaistua ajatuksensa. (Leskelä 2019, 226.)

Edellä mainitut periaatteet pätevät kaikissa tilanteissa, kun asiakkaalla on tarve puhetta tukevaan ja korvaavaan kommunikointiin. Tällaisia kohtaamisia ovat keskustelut esimerkiksi muistisairaiden, kehitysvammaisten ja autismin kirjon henkilöiden kanssa. Jokaisella on yhtäläinen oikeus kommunikaatioon ja vuorovaikutukseen huolimatta hänen toimintakyvystään tai diagnoosistaan. (Ks. esim. Laine 2016; Martikainen 2016.)

7 KUUNTELEMISEN TAITOA KANNATTA KEHITTÄÄ

Yhdysvaltalainen professori ja ILA:n entinen puheenjohtaja Judi Brownell (2010b, 150 - 151) visioi tulevaisuuden kommunikaatioympäristöä, maailmankylää ja erilaisuuden ja erilaisten ja erikulttuuristen viestintätilanteiden arkipäiväistymistä. Hän painottaa, että ainoa keino, jolla voimme rakentaa merkityksellisiä suhteita läheistemme, perheiden, yhteisöjen ja maapallon eri osien välillä, on tehokas kuunteleminen. Niin ikään amerikkalainen journalisti Kate Murphy (2020, 116) lisää, että mitä enemmän me toisiamme kuuntelemme, sitä monipuolisemmin me tunnistamme inhimillisiä näkökulmia ja sitä paremmaksi vaistomme tässä suhteessa kehittyvät. Myös viestinnän professori Marylandin yliopistosta, A. D. Wolvin (2010, 1) sanoo, että koskaan aikaisemmin ei ole ollut niin ilmeistä kuin nyt, että maailma tarvitsee hyviä kuuntelijoita, niin päättäjiä kuuntelemassa äänestäjiään kuin kansalaisetkin toisiaan rakentaakseen kansainvälistä yhteisymmärrystä, jotta maailma voisi paremmin.

Wolvinin mielestä se ei kuitenkaan toteudu helposti, koska kuunteleminen liian usein kuvitellaan passiiviseksi ja vain vähän ponnistuksia vaativaksi, vaikka se on yksi ihmisen monimutkaisimmista toiminnoista. Suomalainen psykologi ja tietokirjailija Tony Dunderfelt (2016, 177) puolestaan näkee, että ihmiskunnan historia on nyt tilanteessa, jossa itsenäiset ihmiset haluavat kohdata toisensa tasa-arvoisesti, pyrkiä toisen tarpeita huomioivaan kuuntelemiseen sekä rajoja ja kriisejä ylittävään rakentavaan vuorovaikutukseen. Hän uskoo, että vanhoihin malleihin ei ole paluuta.

Tämän luvun loppuun on olennaisimmat toimivan ja tuloksellisen kuuntelemisprosessin elementit koottu eräänlaiseksi huoneentauluksi kaikille, jotka haluavat kehittää kuuntelemistaan ja kohdata keskustelukumppaninsa entistä syvemmin, aktiivisemmin ja empaattisemmin. Mitään yhtä ainoaa kaavaa tai aina

toimivia muistisääntöjä on silti mahdoton antaa. On muistettava myös, että minkään ohjeistuksen ei saa antaa tulla aidon reagoinnin ja läsnäolon esteeksi. Tärkeintä on oivaltaa, että myös kuuntelemisessa voi jokainen kehittyä ja sitä kautta vahvistaa vuorovaikutustaitojaan.

1. Keskity kuuntelemaan. Siirrä häiritsevät ajatukset ja aikataulut syrjään, samoin turhat laitteet ja välineet. Vaikuta ympäristöön ja tilajärjestelyihin, jos voit.
2. Kohtaa kaikilla aisteilla. Äänensävyyistä voi päätellä paljon. Tavoittele myös tunneilmaisua, jonka kuvaamiseen ei ole sanoja.
3. Kuuntele katseella. Ystävällinen katsekontakti luo luottamusta.
4. Kuuntele koko keholla. Mahdollista kommunikaatio ja tue sitä myös kehosi asennoilla ja kasvojesi ilmeillä.
5. Huolehdi hyväksyvistä ilmapiiristä. Kuuntele ihmistä roolin, temperamentin ja diagnoosin takaa. Irrottaudu ennakkokäsityksistäsi ja ota avoimesti vastaan uusi yhteinen tarinanne, joka vuorovaikutuksessa muodostuu.
6. Vakuuta vastaamalla. Näytä ja ilmaise, että olet kuunnellut, kuulemasi on tärkeää ja haluat kuunnella lisää.
7. Anna äänitilaa. Pidättäydy käyttämästä omaa ”äänivaltaasi”.
8. Kertaa kuulemaasi. Yhteenvedot tasoittavat tietä yhteiselle ymmärrykselle.
9. Herkisty kuuntelemaan myös hiljaisuutta ja taukoja.
10. Mukauta omaa osallistumistasi tilanteen vaatimalla tavalla.

(Ks. myös Collins 2009, 32; Kauppila 2011, 185; Rollnick ym. 2008, 19; Välikoski 2014, 65.)

LÄHTEET

Ala-Korttesmaa, S. 2015. Ammatillinen kuunteleminen oikeudellisessa kontekstissa. *Lectio praecursoria. Prologi - Puheviestinnän vuosikirja*, 166 - 173.

Brownell, J. 2010a. *Listening: Attitudes, principles and skills*. Boston: Pearson.

Brownell, J. 2010b. The skills of listening-centered communication. Teoksessa: A. D. Wolvin, (ed.) *Listening and human communication in the 21st century*. Chichester: Wiley-Blackwell, 141 - 157.

Collins, S. 2009. *Effective communication: A workbook for social care workers: Health and social care (Adults): NVQ Level 3*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Dunderfelt, T. 2016. *Läsnäoleva kohtaaminen*. Jyväskylä: PS-kustannus.

A ILA definition of listening. 1995. *ILA listening post* 53 (1), 4.

Jokinen, A. 2017. Tavoiteltavat sosiaalityöntekijän ominaisuudet ja vuorovaikutusasetelmat asiakkaan kohtaamisessa opiskelijoiden tulkitsemina. *Janus* 25 (3), 191 - 207.

Kauppila, R. A. 2011. *Vuorovaikutus- ja sosiaaliset taidot: Vuorovaikutusopas opettajille ja opiskelijoille*. 3. p. Jyväskylä: PS-kustannus.

Laine, K. 2016. Jokaisessa hetkessä on onnistumisen mahdollisuus. Teoksessa: E. Pietiläinen (toim.) *Tiedosta teoksi ja takaisin: Puheen- vuoroja erityisen tuen käytännöistä*. [Verkkokirja]. Kehitysvammaliitto ry, 30–36. [Viitattu 11.2.2020]. Saatavana: https://www.opike.fi/files/products/product_435/Tiedosta_teoksi_VERKKOON.pdf

Leskelä, L. 2019. *Selkokieli: Saavutettavan kielen opas*. Helsinki: Kehitysvammaliitto ry.

Martikainen, K. 2016. Täydennystä vuorovaikutuksen työkalupakkiin. Teoksessa: E. Pietiläinen (toim.) Tiedosta teoksi ja takaisin: Puheen-
vuoroja erityisen tuen käytännöistä. [Verkojulkaisu]. Helsinki: Kehi-
tysvammaliitto, 37 - 47. [Viitattu 11.2.2020]. Saatavana: [https://www.
opike.fi/files/products/product_435/Tiedosta_teoiksi_VERKKOON.pdf](https://www.opike.fi/files/products/product_435/Tiedosta_teoiksi_VERKKOON.pdf)

Murphy, K. 2020. You're not listening: What you're missing and why it
matters. London: Harvill Secker.

Mäkisalo-Ropponen, M. 2012. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terve-
ysalalla. 1. - 2. p. Helsinki: Sanoma Pro.

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

Rollnick, S., Miller, W. R. & Butler C. C. 2008. Motivational interview-
ing in health care: Helping patients change behavior. New York: The
Guilford Press.

Vilen, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen
tukeminen. 3. uud. p. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Wolvin, A. D. 2010. Introduction: Perspectives on listening in the 21st
century. Teoksessa: A. D. Wolvin (ed.) Listening and human communi-
cation in the 21st century. Chichester: Wiley-Blackwell, 1 - 3.

Välikoski, T.-R. 2014. Kuuntelemisen taito. Teoksessa: V. Luoma-aho,
E. Karvonen, L. Louhiala-Salminen, E. Melgin, H. Nieminen & T.-R.
Välikoski (toim.) Särkymätön viestintä. [Verkojulkaisu]. Helsinki:
ProCom – Viestinnän ammattilaiset. ProComma Academic, 60 - 68.
[Viitattu 9.2.2020]. Saatavana: <http://hdl.handle.net/10138/286185>

AJALLISUUS JA AINEISTOJEN KERÄÄMISEN TAITO – KOKEMUKSIA KASVATUSINSTITUUTIOIDEN KENTÄLTÄ

Maiju Kinossalo, KM, projektipäällikkö
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Paula Kuusipalo, KM, väitöskirjatutkija
Tampereen yliopisto

Henna Jousmäki, FT, TKI-asiantuntija
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Tiina Hautamäki, YTT, yliopettaja
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Jaakko Sihto, opiskelija
SeAMK Liiketoiminta ja kulttuuri, Bachelor of Business Ad-
ministration -tutkinto-ohjelma

1 JOHDANTOA

Ajallisuus on ulottuvuus, joka on osa sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämistoimintaa eri tavoin. Aika ymmärretään ensisijaisesti resurssiksi, jota tarvitaan työtehtävien toteuttamiseksi. Ajallisuus on kuitenkin myös ulottuvuus, joka muovautuu eri tavoin niissä konteksteissa ja kasvatustutkimuksissa, joissa tutkijat toimivat. Ajallisuuden monipuolinen ymmärtäminen on keskeinen tutkimuksen ja kehittämistoiminnan toteuttamisen taito.

Tässä artikkelissa ajallisuutta lähestytään kysymällä, millainen rooli ajalla on osana lasten ja nuorten parissa tehtävää tutkimusta. Artikkelin pohjautuu päiväkirjahavaintoihin hankkeen kahdesta vaiheesta, joiden aikana ensin kerättiin kyselyaineistoa kouluissa sekä päiväkodeissa lapsilta, heidän huoltajiltaan ja opettajilta. Aineistoa kerättiin myös vastaanottokeskuksissa nuorilta ja sosiaalialan ammattilaisilta ja toisessa vaiheessa haastatteluaineistoa opettajilta sekä sosiaalialan ammattilaisilta.

Tässä artikkelissa on tehtävänä selvittää, millaisia tutkimuksen suunnittelun ja toteuttamisen vaiheita näissä kasvatusinstituutioissa on tärkeää huomioida sekä millaista ymmärrystä ajallisuudesta se vaatii. Artikkelissa tuodaan esille, millaisia taitoja tutkijalta aineiston kerääjänä vaaditaan, jotta aineistonkeruu saadaan toteutettua yhtäältä osana kasvatuksen institutionaalisia aikakäytänteitä ja toisaalta osana globaalia toimintaympäristöä yhteiskunnallisesti poikkeuksellisessa ajassa.

2 CHILD-UP - LASTEN JA NUORTEN OSALLISUUDEN PEDAGOGIIKKA

Tässä artikkelissa kuvataan Child-up - Lasten ja nuorten osallisuuden pedagogiikkaa kouluissa ja kasvatusyhteisöissä - moninaisen kotoutumisen tutkimus- ja innovaatioprojektissa toteutettua kysely- ja haastatteluaineiston keräämisen prosessia. Lähestymistapana on tutkijan taito ymmärtää ajallisuuden monisyisiä ilmentymiä tutkimuksen toteutuksessa suunnitteluvaiheessa ja kenttätöissä. Hanke on Euroopan Unionin Horisontti 2020 -ohjelman rahoittama (nro. 822400), ja sen kansainvälinen nimi on Children Hybrid Integration: Learning Dialogue as a Way of Upgrading Policies of Participation. SeAMKin sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö on yksi seitsemästä eurooppalaisesta tutkimuskumppanista.

Hankkeen tarkoituksena on löytää menetelmiä ja vuorovaikutuksen tapoja, jotka edistävät maahanmuuttajataustaisten lasten ja nuorten omaa toimijuutta aktiivisen osallistumisen sekä osallisuuden näkökulmista kouluissa (ks. esim. Baraldi & Iervese 2014). Hanke jakautuu kahtalaisiin tavoitteisiin, teoreettisiin ja käytännöllisiin.

Teoreettisena tavoitteena hankkeessa on lisätä ymmärrystä maahanmuuttajataustaisten lasten, nuorten ja heidän huoltajiensa kokemuksista oppilaitoksissa, varhaiskasvatuksessa ja kasvatusyhteisöissä sekä heidän kanssaan työskentelevien ammattilaisten toiminnasta. Tutkimuksessa kerätään monipuolista aineistoa (Clark 2004), josta tarkastellaan erityisesti sitä, millaiset käytännöt tukevat ja millainen vuorovaikutus edistää osallisuutta ja moninaista, lasten ja nuorten itse kokemaa ja toteuttamaa kotoutumista (ks. myös Puukko, Vuori & Kuukka 2019; Stenvall 2018; Taskinen 2017). Analyysissä löytyneiden havaintojen perusteella tuotetaan koulutusmateriaalia kasvatus- ja sosiaalialalle kansallisesti ja kansainvälisesti seitsemässä Euroopan maassa, jotka ovat Italia, Saksa, Belgia, Iso-Britannia, Puola, Ruotsi ja Suomi. Suomessa tutkimus toteutetaan Etelä-Pohjanmaan ja Pirkanmaan alueilla. Hankkeen työvaiheet esitellään kuviossa 1.



Kuvio 1. Child-up-tutkimuksen vaiheet.

SeAMKin erityinen vastuualue hankkeessa oli kyselyn suunnittelun ja toteutuksen ohjaus yhteistyössä hankekumppanien

kanssa. Tässä artikkelissa keskitytään kuvaamaan kokemuksia Suomen osatutkimuksen toteuttamisesta sekä sen jälkeen aloitetun, puolalaisen Jagellon yliopiston johtaman toisen työpaketin haastatteluaineistonkeruusta ajan näkökulmasta.

Kysely toteutettiin Etelä-Pohjanmaalla ja Pirkanmaalla syksyllä 2019. Se suunnattiin lapsille ja nuorille varhaiskasvatuksessa, perusopetuksen ala- ja yläluokilla sekä toisen asteen koulutuksessa. Lisäksi tehtiin erilliset kyselyt lasten huoltajille ja koulun ammattilaisille; opettajille, sosiaalityöntekijöille ja asioimistulkeille. **Haastattelut** toteutetaan ryhmähaastatteluina lapsille ja nuorille sekä lasten ja nuorten kanssa toimiville ammattilaisille, joita ovat opettajat, koulunkäyntiavustajat, ohjaajat, sosiaalialan ammattilaiset ja asioimistulkit. Haastatteluiden toteutus aloitettiin maaliskuussa 2020.

3 HANKKEEN AIKA AMMATTIKORKEAKOULUN OPETUKSESSA

Tutkimuksen tekemistä edeltää suunnitelman laatiminen. Jo suunnitelmavaiheessa arvioidaan ja kuvataan toteutukseen tarvittavia resursseja: aikaa ja työn määrää sekä rahoittamisen resursseja. Työmäärän arviointi ja aikatauluttaminen toteutetaan suhteessa tavoitteeseen. Tärkeitä kysymyksiä ovat esimerkiksi, kuinka monta haastattelua tai kyselyyn vastaajaa on tarkoitus tavoittaa. Suunnitelman tarkoitus on ohjata ja tukea tutkimuksen tekemistä. Suunnitelmavaiheessa määritellään yhteisesti sovittuja ennakoitavissa ja ennakoimattomissa olevia riskejä, jotka voivat vaikuttaa hankkeen toteutukseen ja aikataulussa pysymiseen.

Eurooppalaisen yhteistyöhankkeen toteutus vaatii hyvää suunnittelua, ja siinä tulee ottaa huomioon myös sellaisia näkökulmia,

joissa ymmärretään eri maiden kulttuurisia käytänteitä sekä hyviä tapoja lähestyä tutkimuksen tapauksia ja tutkittavia ilmiöitä. Tavoitteet ja resurssit määritellään yhteistyötahojen kesken tarkkaan jo hankehakemusta laadittaessa. Hakemusasiakirjaan määritellään kerättävät aineistot, niiden laajuus sekä tutkimuksen tekemiseen tarvittavat taloudelliset ja ajalliset resurssit. Työmäärä suunnitellaan kuukauden tarkkuudella jakautuen hankkeen keston mukaisesti, tässä tapauksessa 36 kuukauden aikajanelle.

Hankkeen toteutus kuvataan työpaketteina, joiden toteutukseen tarvittava työpanos ja ajallinen kesto määritellään. Toteutukseen tarvittavat työkuukaudet sekä työvaiheen alkamis- ja päättymisajankohdat kirjataan suunnitelmaan. Suunnitellun aikataulun noudattaminen on tärkeää, jotta tulokset ovat määräraikaan mennessä hyödynnettävissä tutkimuksen seuraavaa työpakettia tai toisin sanoen vaiheita varten. Lisäksi rahoittaja arvioi tutkimuksen etenemistä vertaamalla suunnitelmaa ja toteutumaa.

Ammattikorkeakoulun ajallisia käytäntöjä puolestaan ohjaavat ensisijaisesti opetukseen suunnattujen resurssien jakautuminen lukukausiksi ja periodeiksi. Tutkimusta ja kehittämistyötä tehdään hanketyönä, jota opettajat tekevät opetustyönsä ohessa. Opetus ja ohjaus vievät yleensä suurimman osan ammattikorkeakoulun opettajien työajasta. Tutkimuksen toteuttamiseen resursoidaan opettajien rinnalle TKI-asiantuntijoita eli alan kokeneita tutkijoita.

SeAMKissa tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminta (TKI) määritellään “pääosin aluetta palvelevaksi soveltavaksi tutkimukseksi”, jota toteutetaan yhteistyössä työelämän kanssa (SeAMK..., [viitattu 17.4.2020]). Esimerkiksi Child-up-hankkeessa uusien menetelmien kehittäminen pohjautuu koulujen ammatillaisten, tukiverkoston ja hankeasiantuntijoiden yhteistyöhön. Alueellisesti hanke lisää ymmärrystä siitä, millainen ilmiö on maahanmuuttajataustaisen lapsen ja nuoren hyvä osallisuus ja miten sitä voidaan alueen oppilaitoksissa parantaa.

Ammattikorkeakoulussa eräänä hanketyön tavoitteena on, että opiskelijoita innostetaan ja otetaan mukaan hankkeisiin. Hanketyön ja opetuksen ajallisuus kietoutuvat yhteen, jos esimerkiksi opiskelija tekee opinnäytetyötänsä hankkeen aihepiiristä. Hankkeessa toimiva opettaja voi käyttää tutkimustyössä kertyvää asiantuntemustaan toimiessaan opinnäytetyön ohjaajana.

Child-up-hanketta on sidottu osaksi sosiaali- ja terveystieteiden opetusta eri tavoin. Syksyllä 2019 toteutettiin opintojakso, jossa joukko opiskelijoita osallistui käyttäjälähtöisen kehittämisen näkökulmasta tutkimuksen toteuttamiseen varhaiskasvatuksen yksiköissä. Siinä opiskelijoiden keskeinen tehtävä oli tarkastella lasten osallisuutta hankkeen teemojen näkökulmasta. Opiskelijat haastattelivat lapsia ja keräsivät samalla aineistoa tutkimukseen sekä hyödynsivät teemoja opintojakson tehtävänannossa, jonka tehtävänä oli soveltaa hanketta ja käyttäjälähtöistä lähestymistapaa lapsia osallistavan menetelmän suunnittelussa. Lisäksi Child-up-hankkeeseen on valmistumassa kaksi ylemmän AMK-tutkinnon opinnäytetyötä sekä muita yksittäisiä opintosuorituksia.

Opiskelijoiden osallistuminen tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiohankkeeseen sen eri työpaketeissa on tärkeä työpanos, joka ensinnäkin lisää opiskelijan ymmärrystä yhteiskunnallisesti merkittävistä ilmiöistä, projektin etenemisestä ja tutkimuksellisesta lähestymistavasta. Toiseksi opiskelijan työ edistää hankkeen toteuttamista. Opiskelija pääsee tekemään opintojaan osana työelämää palvelevaa kehittämiskokonaisuutta, mikä tekee hanketyöhön osallistumisesta merkityksellistä. Tällainen osallistuminen lisää opiskelijan valmiuksia oman uran ja kehittymisen näkökulmista paitsi urasuuntautumisen, myös kokonaisuuden ymmärtämisen ja toteuttamisen puolesta. Hankkeeseen on osallistunut myös tutkimusavustajana harjoitteluaan suorittava kansainvälisen liiketalouden opiskelija sekä Tampereen yliopiston opettajaksi opiskeleva projektiopintojaan suorittava opiskelija.

4 KYSELYN LAATIMINEN

Kyselytutkimuksen muotoilu tapahtui SeAMKin johtamana kansainvälisenä yhteistyönä keväällä 2019. Kyselyn tarkoitus oli kartoittaa tukijärjestelmien toimivuutta sekä eri vastaajaryhmien näkemyksiä koulun käytännöistä sekä toimijuuden, osallisuuden ja moninaisuuden kokemuksista. Tutkimusasetelmassa ja Horisontti 2020 -teemassa on määritelty, että vastauksia tarkastellaan sukupuolen ja maahanmuuttotaustan sekä eri vastaajaryhmien mukaan. (Child-up 2019 - 2021.)

Kyselyn laadinnassa tutkijan aikaa vievin osuus on muotoilla kysymykset ja vastausvaihtoehdot siten, että ne tuottavat tietoa mittauksen kohteesta eli tarkasteltavasta ilmiöstä, kuten lasten ja nuorten aktiivisesta osallistumisesta ja osallisuutta edistävästä toimijuudesta sukupuolen ja maahanmuuttotaustan toimisessa taustamuuttujina. (Child-up 2019 - 2021.) Kyselylomakkeesta tehtiin paperille tulostettavat sekä sähköiset versiot.

Haastattelututkimuksen työtä johtaa Jagellon yliopisto Puolasta, ja ensimmäiset ehdotukset haastattelurungoiksi otettiin vastaan loppuvuodesta 2019. Sitä seurasi hankekumppaneiden kommenttikierros, ja viimeistellyt kysymykset saapuivat helmikuussa 2020. Tätä vaihetta seurasi haastattelukysymysten suomentaminen ja soveltaminen suomalaiseen kulttuuriin sekä tapaan, jolla huomioidaan kotimaisia kulttuurisia ja institutionaalisia käsitteitä. Haastattelututkimuksen tavoitteena on antaa ääni niille merkityksille, joita kyselyssä on mahdotonta saavuttaa ja saada syvää ymmärrystä niistä kokemuksista, jotka tukevat maahanmuuttajataustaisten lasten ja nuorten osallisuutta.

Kumppanuushankkeessa kyselyiden ja haastattelukysymysten suunnitteluun kuluu aikaa enemmän kuin yksittäisen tutkijan itsenäisesti toteuttamassa kansallisessa tutkimuksessa. Sisällöllisistä tulkinnoista ja sanamuodoista on neuvoteltava

kansainvälisten kumppaneiden kesken ja sovittava yhteisistä pelisäännöistä. Suomessa myös tutkimuksen monipaikkaisuus sekä useiden erilaisten vastaajaryhmien huomioiminen lisäsivät suunnittelutyötä ja työhön tarvittavaa aikaa.

5 EETTINEN LUPA- JA SUOSTUMUSPROSESSI

Tarkasti laaditun suunnitelman lisäksi tutkimuksen toteuttaminen ihmistieteissä vaatii eettisen suunnitelman ja tarkastelun, ja toimiin haetaan eettinen lausunto. Tutkimuksen eettisten periaatteiden noudattaminen edellyttää monenlaisia toimia ennen kyselyn tai haastattelun toteuttamisen aloittamista. Tutkimusluvat on haettava usealta taholta, joita tässä tapauksessa edustivat eri kunnat ja kunnissa eri hallinnonalat. Kyselylomakkeiden ja haastattelukysymysten laatiminen edellytti kysymysten soveltamista kunkin eri vastaajaryhmän tilanteeseen sopivaksi. Tutkimuslupaprosessi oli näin ollen ensimmäinen vaihe, ennen kuin voitiin aloittaa vastauksien kerääminen tai olla yhteydessä kuntien tutkimusyksiköihin. Eri kunnat ja hallinnonalat edellyttivät erilaisia prosesseja. Lupaprosessit käynnistettiin kuukausia ennen varsinaisen kyselyn toteuttamista.

Ennen kyselyn ohjaamista suoraan kyselyyn vastaajille ja ennen haastattelun aloittamista toteutettiin hyvien tieteellisten käytänteiden mukaan suostumusprosessi. Tässä hankkeessa suostumusprosessiin kuluva aika lisää hankkeen kokonaisaikaa sen koskettaessa jokaista tutkimukseen osallistuvaa. Hallinnosta saatu lupa tutkimukseen ei ole ennuste suostumukselle, mutta edeltää sitä ja suostumus on viime kädessä se, joka edeltää tutkimukseen osallistumista. Tämä tekee alaikäisten kohdalla suostumusprosessista kaksivaiheisen. Suostumusta pyydettiin alaikäisen huoltajalta sekä sen jälkeen alaikäiseltä itseltään. Asian esittäminen eri-ikäisille riittävän monipuolisesti ja ymmär-

rettävästi vaatii tutkijalta hyvää valmistautumista sekä ymmärrystä iänmukaisesta kehitysvaiheesta.

Monikulttuurisissa yhteisöissä suostumusprosessin ajankulua lisää käännösten teettäminen vastaajien omalle kielelle. On selvää, että suostumuksen kirjallinen dokumentti tietoineen tutkimuksesta, selostus tietosuojasta, tunnistetietojen poistamisesta ja aineiston säilyttämisestä ovat joskus vaikeaa luettavaa omalla äidinkielelläkin, ja siksi on tarpeen tarjota tietoa tarvittaessa usealla kielellä.

Monivaiheisen prosessin ja suostumuksen antamisen jälkeen vastaajan on mahdollista kuitenkin keskeyttää tutkimukseen osallistuminen vapaasti aina, kun haluaa. Ajankäytöllisesti tämä on otettava huomioon siinä, että aina ei ole helppo saavuttaa sellaista vastaajamäärää, joka on tavoitteena.

6 KYSELYN TOTEUTTAMINEN

Koska kyselyn tarkoitus oli kartoittaa lähtötilannetta kouluissa ennen hankkeen seuraavassa vaiheessa toteutettavia tutkimustoimia, kyselyaineiston keruu toteutettiin yhteistyössä koulujen ja muiden organisaatioiden kanssa. Kuntatason tutkimuslupien vahvistumisen jälkeen edettiin seuraavissa kappaleissa kuvatun mukaisesti. Lukukauden alussa tutkijat ottivat henkilökohtaisesti yhteyttä joko sähköpostitse tai puhelimitse useimmiten molempia kanavia käyttäen niihin yksiköihin, jotka kuntatasolla suositeltiin tutkimuksen kohteiksi. Yksiköihin saatiin yhteyshenkilöt, joiden kanssa sovittiin kyselyn toteuttamisen tavasta ja ajankohdasta.

Eri ikäisten vastaajien saavuttamiseen tarvittiin joustavia käytäntöjä. Toisella asteella ja yläkoulussa lähes kaikki vastasivat sähköiseen kyselyyn. Kyselystä vastasi luokan ohjaava opettaja tutkijan laatiman ohjeistuksen pohjalta. Perusopetuksen alalu-

killä tutkijat olivat paikalla oppitunnilla, kertoivat tutkimuksesta ja ohjeistivat sekä vastaanottivat henkilökohtaisesti oppilaiden suostumus- ja vastauslomakkeet.

Kaikkein nuorimpien vastaajien ei voitu olettaa vastaavan kirjallisesti, vaan tutkijat kirjasivat varhaiskasvatuksessa olevien lasten vastaukset henkilökohtaisesti lomakkeeseen. Näin tilanne sovellettiin hienovaraiseksi ja lapsilähtöiseksi haastatteluksi. Tutkijan työaika säätelivät erilaisten osallistujien ohjeistamiseen ja vastaamisessa avustamiseen tarvittavat resurssit: ammattilaisille voitiin lähettää sähköinen kysely ryhmäsähköpostina yhteyshenkilön välityksellä, ja he käyttivät omaa aikaansa vastaamiseen, kun taas nuorimpien vastaajien kanssa tutkija vietti lapsen kanssa kasvokkain keskimäärin puoli tuntia vuorovaikutteista aikaa.

7 INSTITUUTIOIDEN AIKA TUTKIMUKSELLE

Aika ja tila määrittelevät koulupäivän päivärutiineja (Billmayer 2019), ja niiden osuus on keskeinen koulutuksen jokapäiväisissä prosesseissa (Vuorisalo, Rutanen & Raittila 2015). Koulupäivän sisällä tekeminen on aikataulutettu 45 minuutin oppituntien, välituntien ja ruokailuajan pituuden mukaisiksi aikajaksoiksi, joka voi vaihdella viikon eri päivinä. Lukuvuosi on jaettu kahdeksi lukukaudeksi, joita lomajaksot ja viikonloput rytmittävät. Varhaiskasvatuksessa tietyt rutiinit seuraavat toisiaan päivän kulussa.

Se, miten arki on ajallisesti jäsennetty, merkitsee lapsille erilaisia näkökulmia sen mukaan, miten he mieltävät säännöt (Thornberg 2008). Aika on arvokas resurssi tutkijoille ja sitä samaa se on myös opettajille. Lasten ja nuorten kokemukset säätelevät sitä samaan aikaan, kun instituution lukujärjestys sanelee rytmiä ja eri tiloissa tapahtuvaa toimintaa. Hankkeen kyselytutkimuksen

vaiheessa liikuttiin monin tavoin lasten, nuorten sekä instituutioiden välittämän ajan ja toiminnan kentällä.

Kasvatusinstituutioissa toteutettava tutkimus ottaa aikaa tärkeästä kasvatustyöstä ja rutiineista, joiden väliaikaisessa muuttamisessa tutkijan on oltava nöyrä. Tutkijan on ymmärrettävä, että välitunti tai ruokatauko koskettavat myös tutkimusta. Aikaa ja tilaa ajatellen tutkijan on soveliasta havainnoida rutiinien kulkua ja ymmärtää niiden vaikutus lapsen osallistumiseen. On myös vastaamisinnokkuuden kannalta eri asia täyttää kysely luokahuoneessa oman pulpetin ääressä oppitunnin aikana kuin täyttää se välitunnin aikana käytävällä samalla, kun vertaiset ovat tauolla. Alaikäisten parissa tehtävä tutkimus edellyttää erityisiä eettisiä pohdintoja (Society for Research in Child Development 2007). Niihin sisältyy myös kysymykset lapsen oikeudesta opetukseen, taukoon, turvalliseen ympäristöön ja koskemattomuuteen sekä siihen, että tutkimukseen osallistuminen ei aseta lasta millään tavalla vahingoittuvaan tilaan. Ymmärrys alaikäisen iästä ja kehitysvaiheesta lisää varmuutta toimia tutkijana lasten kanssa. Tutkijan on pystyttävä tarkkailemaan lapsen sanallisia ja sanattomiakin vihteitä siitä, onko hän halukas osallistumaan tutkimustilanteeseen ja sen aikana.

Tutkimuksen toteuttaminen koulussa voidaan kokea myös virikkeelliseksi, arjesta poikkeavaksi, toiminnaksi, josta voi oppia tutkittavasta ilmiöistä tai yhteiskunnallisesta vaikuttamisesta. Tavallisesti opettajat ovat myönteisiä tutkijoiden vierailuille, mutta suomalaisen koulujärjestelmän runsas tutkiminen aiheuttaa kokemuksia projektitulvista, minkä vuoksi tutkimus- ja kehittämistoiminta ei ole aina tervetullutta. Tämä asettaa haasteita päätöksentekoon, koska on tunnistettava, millaiselle tutkimushankkeelle on hyödyllistä antaa lupa ja aikaa. Täytyy myös pohtia, että mikä hyödyttää paikallisesti tai yhteiskunnallisesti kehittämistyötä vaikuttavasti. On tavallista, että tutkimuksen tulosten hyödyntäminen vie aikaa, mikä ei aina motivoi tutkimukseen osallistumista. Lisäksi sitoutumisen aste ja opettajan tai

instituution mahdollisesti kuormittavaksi kokema ajankäyttö on syytä selventää konkreettisesti: kuinka paljon aikaa tutkimukseen tulee käyttää tai tutkimus tulee sitä viemään sekä mitä toimintoja siihen kuuluu.

8 AINEISTON KERÄÄMINEN JA KOKEMUKSET AJASTA KASVATUSINSTITUUTIOISSA

Hankkeen tutkimussuunnitelmassa kysely- ja haastatteluaineiston keräämisen määrälliset tavoitteet ovat korkeat, ja ne tulee suorittaa suunnitellun ajan sisällä (Child-up 2019 - 2021). Aineiston keräämiseen kului ja kuluu edelleen paljon aikaa. Kyselyaineisto kerättiin syksyllä 2019, ja sitä toteutti neljä tutkijaa sekä opiskelijoita. Oli tarpeen arvioida, miten paljon aikaa menee yhtä kyselyä kohti, jotta voitiin mitoittaa kyselyn toteuttamiseen kuluvan ajan yhtä koulua tai päiväkotia kohti. Tutkijan tuli lisäksi toimia kasvatusinstituution määrittelemän aikataulun mukaan, kuten edellä on esitetty.

Seuraavaksi tarkastellaan päiväkirjamerintöihimme liittyviä havaintoja ajan eri kokemuksista aineistonkeruun aikana. Kirjaimet aineistoesimerkkien jälkeen viittaavat tutkijoihin, jotka ovat olleet keräämässä aineistoa.

“Kaiken kaikkiaan tapasin kahdeksan lasta klo 9.15 - 14 välisenä aikana (mukana 30 minuutin tauko lasten lounas-aikaan). Tämä tarkoittaa, että minulla meni keskimäärin 20 - 30 minuuttia aikaa yhtä kyselyä kohti.” (PK, varhaiskasvatuksessa.)

Koululaisilla kyselyyn vastaamiseen kului vähemmän aikaa kuin lapsilla, joita tutkija haastatteli kyselyyn vastaamista varten päiväkodeissa. Jos koulun aikatauluun sopi, kyselyyn vastaamiseen

varattiin kaksi oppituntia, mutta tavallisesti kyselyyn toteuttamiseen saimme käyttöömmme noin yhden oppitunnin. Seuraavassa on esimerkki siitä, miten koululaiset saivat käyttää aikaa sen verran kuin tarvitsivat. Kun oppitunnit lähenivät loppua ja kyselyyn vastaamisen aika alkoi käydä vähiin, alkoi opettaja säädellä ajankäyttöä suhteessa instituution oman ajan jäsentymiseen ja opettajan velvollisuuteen.

“Oppilaat keskittyivät vastaamiseen todella hyvin, vaikka aikaa kului puolitoista tuntia. Opettaja ei halunnut pitää taukoa ja tilanteen lopussa hän otti itse ohjat käsiinsä. Hänellä oli kiire mennä välituntivalvontaan.” (MK, TT.)

Kyselyn vastaajina lapset olivat aluksi käytetyn ajan säätelijöitä ja käyttivät sen kyselyyn paneutuen ja välillä kysymyksiä tutkijoille esittäen. Koulun päivärytmi asetti rajat kyselyyn vastaamiselle, kun opettaja huomasi oppitunnin pian päättyvän ja välituntivalvonnan alkavan. Kyselyyn vastaaminen oli suoritettava nopeasti loppuun.

Kyselyyn vastaaminen oli kaikille lapsille vapaaehtoista ja suostumuslomakkeen täyttämiseen varattiin aikaa ennen kyselyyn vastaamista. Vastaamiseen sai käyttää aikaa sen verran kuin se koulun aikataulun puitteissa oli mahdollista. Jos kyselyyn vastaamiseen jäi aikaa alle puoli tuntia, voitiin erilaiset vastaamisen tavat siitä huolimatta ottaa huomioon ja lomakkeiden täyttämisessä tarvittaessa autettiin.

Koulun oppitunnin aikataulu saattoi yllättäen muuttua esimerkiksi keskusturadion kautta kaikkien kuunneltavaksi tarkoitettujen ilmoitusten vuoksi. Myös opettajilla saattoi olla ilmoitusasioita, jotka veivät aikaa kyselyyn varatusta ajasta. Seuraavassa esimerkissä tulee esille, miten ilmoitukset viivästyttävät suunnitellun kyselyyn vastaamisen aloitusta. Kyselyyn vastaaminen jäi joiltakin lapsilta kesken, koska yllättävät tilanteet muuttivat ajankulua.

“Opettaja ja oppilaat saapuivat luokkaan hieman myöhässä. Opettajalla oli luokkalaisille kolme ilmoitusasiaa, minkä jälkeen seurasi yleiskuulutus. Tämän seurauksena aineistonkeruuseen ja suostumuslomakkeen täyttöön jäi aikaa noin 27 minuuttia. Lomakkeen kanssa osa oppilaista eteni itse ja nopeasti omaan tahtiin. Toisille lomakkeen täyttäminen oli yhteisestä täyttämisestä huolimatta hyvin vaikeaa. Jokainen ei ehtinyt täyttää kokonaan lomaketta. Maahanmuuttajataustaiset lapset olivat ylpeitä saadessaan vastata heitä koskeviin kysymyksiin.” (MK.)

Päivärytmi vaikutti lasten kyselyyn vastaamiseen. Lounaan jälkeen monet lapset olivat väsyneitä eivätkä niin halukkaita vastaamaan kyselyyn kuin aamulla, jolloin vireystila on yleensä korkeampi. Tämä tuli hyvin selvästi esille päiväkodeissa, mutta näkyi myös kouluissa, kuten seuraavasta koulussa kyselyä toteuttaneen tutkijan päiväkirjamerkinnästä käy ilmi.

“Lounaan jälkeen huomasin, että lapset olivat väsyneitä ja hiljaisia. He vastasivat vain lyhyesti. Ennen lounasta lapset olivat hyvin kiinnostuneita ja halusivat puhua monista asioista.” (JS.)

Paras aika kyselyyn vastaamiseen oli lapsille päiväkodeissa ja kouluissa aamupäivällä ennen lounastaukoa. Tutkijat eivät kuitenkaan voineet vaikuttaa siihen, mihin aikaan kyselyyn vastattiin. Aikataulut sovittiin sen mukaan, miten ne kasvatusinstituutioiden aikatauluihin sopivat.

Lapsi orientoituu aikaan ja paikkaan hieman eri tavoin kuin aikuinen. Koululaisille kyselyn jotkin kysymykset herättivät ihmetystä tai ne eivät kiinnostaneet. Osa heistä ei keskittynyt kyselyyn tai haastatteluun ja huomio kiinnittyi helposti muihin asioihin. Tutkijaa tilanteissa haastoi se, että kyselyyn varattu aika oli loppumassa. Jos luokassa oli mukana avustaja, auttoi hän tutkijoiden ja opettajan kanssa lapsia kyselyyn vastaamisessa.

“Seuraava luokka oli xx, jossa oli nuorimmat lapset, joilla toteutin kyselyn. Koska oppilaat olivat niin nuoria, me kävimme kyselyn läpi kohta kohdalta. Tässä luokassa oli joitakin oppilaita, joilla oli vaikeuksia keskittyä tehtävään. Luokassa oli myös kouluavustaja, joka auttoi oppilaita, joten pystyimme toteuttamaan kyselyn aikataulussa.” (JS.)

Nuoret vastaajat eivät suhtautuneet haastatteluun siten, että se olisi päivän tavallisiin askareisiin kuuluva asia, johon myös opettaja toivoo lapsen vastaavan, vaan tavallisesti se herätti uteliasta suhtautumista uuteen tilanteeseen. Jotkut pienimmät vastaajat innostuivat tutkijan päiväkotiin tulemisesta ja esittelivät itselleen tärkeitä asioita, joita ei välttämättä kyselyssä lainkaan kysytty. Tutkijalla oli haasteena pysyä tilanteessa aikataulussa ja johdattaa lasta vastaamaan kyselyyn samalla, kun oli pysyttävä herkkänä tilanteen arvioimiselle.

Maahanmuuttajataustaisten nuorten kanssa keskustelua herätti perhekäsitteen eri tavoin koetut merkitykset eri kulttuureissa.

“He nostivat hyvin mielenkiintoisen kysymyksen käsitteestä `perhe`. Se voidaan ymmärtää eri tavoin eri kulttuureissa. Keskustelimme turkkilaisen ja suomalaisen perhekäsitteen merkityksestä.” (PK, MK.)

Tällaiset rikastuttavat keskustelut haastoivat tutkijat miettimään, miten eri tavoin perheestä, sukupuolesta ja koulunkäynnin hyvistä käytänteistä voisi kysyä niin, että eri kulttuureista tulevat vastaajat voidaan huomioida ja kyselyssä säilyy tarvittava avoimuus. Ne auttavat ymmärtämään kokemuksia runsaasti sekä asemoitumaan tutkijana erilaisiin näkökulmiin, joiden avulla eri vastaajaryhmiä on sopiva lähestyä.

Kyselyn kysymysten tulkitsijoita ja haastajia on aina yhtä monta kuin siihen on vastaajia. Kyselyyn vastaaminen on sidoksissa monin tavoin yksilöiden ja yhteisöjen elämään, joka on sidoksissa tutkimuksen toteuttamisen aikaan ja paikkaan (Jauhiainen 2016).

Moninaisen tulkintalähtökohdan tässä tutkimuksessa luovat paitsi vastaajaryhmien edustamat eri instituutiot myös vastaajien ikä sekä asema oppilaana, huoltajana tai ammattikunnan edustajana. Erityisesti huoltajien tavoittaminen kyselyyn motivoituneina vastaajina haastoi tutkijat: kysely saavutti huoltajia runsaasti, mutta suurin osa heistä jätti vastaamatta. Siitä syystä tutkijoiden on lisättävä ymmärrystä siitä, miten perheiden aikaa ja kiinnostusta voisi sovittaa yhteen silloin, kun toivotaan vastaajia huoltajista kotona.

9 HAASTATTELUAINEISTO JA GLOBAALIN TOIMINTAYMPÄRISTÖN MUUTOKSEN AIKA

Kyselytutkimusta seuranneen työvaiheen tavoite oli opettajien ja muiden ammattilaisten haastatteleminen heidän kokemustensa ja näkemyksiensä esilletuomiseksi. Haastateltavien opettajien rekrytointi alkoi helmikuussa 2020, vaikka tiedostettiin, että lähestyvä talviloma verottaa opettajien aikaa ja vastaamisinnokkuutta. Muutamaaan tiedusteluun saatiin vastaus, että ”palataan asiaan loman jälkeen”, ja hankkeen markkinointi ja rekrytointi jatkuivat edelleen maaliskuussa. Ensimmäiset haastattelut sovittiin kuukauden toisella viikolle - haastatteluajan sopimisessa ajankohta ja yhteisen tapaamisajan kesto ovat itsestään selvästi keskeisiä asioita. Tässä tutkimuksessa yksilöhaastatteluille varattiin koulun aikaa mukaileva oppitunnin mittainen 45 minuuttia, jonka lisäksi tutustumiseen ja suostumuslomakkeen esittelyyn ja allekirjoittamiseen meni 5 - 15 minuuttia.

Tutkimuksen tässä vaiheessa eurooppalainen tutkimusyhteistyö kohtasi ennennäkemättömän haasteen: Kiinasta liikkeelle lähtenyt koronaepidemia (COVID-19) oli rantautunut Italiaan ja sulkenut paikalliset yliopistot vaikeuttaen pääpartnerimme

(University of Modena and Reggio Emilia) toimintaa (esim. YLE 24.3.2020). Hyvin pian tämän jälkeen yliopistot ja koulut suljettiin Puolassa, jossa partnerimme Jagellon yliopisto puolestaan vastasi juuri käynnistyneen laadullisen vaiheen johtamisesta. Koulujen sulkeutuminen ja hankkeen tutkijoiden siirtyminen etätöihin vaikuttivat tutkimuksen tekemisen arkeen, ajankäyttöön ja viestintään. Tutkimussuunnitelman ja toteuttamisen kannalta haaste on sellainen, jota ei pystynyt kuvailemaan edes ennakoimattomaksi riskiksi.

Kotimaisessa toimintaympäristössä tilanne muuttui voimakkaasti ensimmäisten kolmen henkilökohtaisen haastattelukäynnin jälkeen. Ensin koulujen ja päiväkotien toiminta rajattiin niiden omien rakennusten ja pihapiirien alueelle, mikä tarkoitti, etteivät myöskään vierailijat, kuten tutkijat, olleet tervetulleita kouluihin. Tässä vaiheessa opettajien kanssa sovittiin jo sovittujen haastattelujen siirrosta tai toteuttamisesta puhelimitse (puhelinhaastatteluiden erityisyydestä ks. Ikonen 2017). Pian tämän jälkeen kouluissa siirryttiin etäopetukseen, mikä muutti kokemusta ajasta tämän hankkeen kannalta: yhtäältä tuntui, että poikkeusoloissa aika pysähtyi, kun työ ja muu elämä rajautuivat suositusten mukana kotiympäristöön. Tutkimuksen toteuttaminen suunnitelman mukaan pysähtyi myös; toisaalta haastatteluaineiston keräämistä ja muuta työtä tuli jatkaa poikkeusoloissakin. Tämä aiheutti hankkeessa sekä paikallisesti että kansainvälisesti monenlaista pohdintaa, ei vähiten siksi, että haastateltavien rekrytoiminen muuttui paitsi haasteelliseksi opettajien ajan kuluessa etäopetusrutiinien löytämiseen, myös röyhkeän tuntuiseksi, jopa eettisesti arveluttavaksi, tutkijoiden tunnistuessa opettajille poikkeusoloista aiheutuneen stressin määrään. Tätä kirjoittaessa pohdinta jatkuu yhteistyössä eri maiden partnereiden sekä rahoittajan kanssa; selvää on, että haastatteluja jatketaan etäyhteyksillä kenenkään terveyttä vaarantamatta.

10 LOPUKSI: TUTKIMUS- JA TYÖELÄMÄTAIDOT POIKKEUKSELLISESSA AJASSA

Tässä artikkelissa on esitelty ajallisuuden monipuolista ymmärtämistä tutkimus- ja kehittämistoiminnan toteuttamisen taitona. Lopuksi pohditaan poikkeuksellisen ajan asettamia erityisvaatimuksia työelämän sekä tutkijoiden tiedoille ja taidoille sekä heidän käyttämälleen teknologialle.

Kasvotusten tapahtuvien haastattelujen vaihtaminen etäyhteyksillä (puhelin, Skype, Zoom, Teams tms. kanava) toteutettaviin haastatteluihin ei ollut järisyttävä muutos, ellei tutkita nimenomaisesti ei-sanallista vuorovaikutusta, sillä puhelimesta tutkijan ulottumattomiin jäävät esimerkiksi ilmeet, eleet, katseen suunta ja muu kehollinen asemoituminen (embodiment). Tässä tutkimuksessa haastattelujen tavoite oli nimenomaan sanallisen asiasisällön talteen saaminen. Tutkijan on kuitenkin hyvä ymmärtää omien tutkimuskysymystensä vaatimukset aineistonkeruun ja aineiston analyysin menetelmille, ja näiden seuraukset tulosten tulkintaan.

Etähaastattelu vaatii tutkijalta tietoa omassa organisaatiossa sekä haastateltavalla käytettävissä olevista laitteista, ohjelmista ja sovelluksista ja näiden ominaisuuksien sopivuudesta tutkimuksen tavoitteisiin ja tutkimusetiikkaan. Haastattelua sopiessa tarvitaan hyviä kirjallisia ja/tai suullisia viestintätaitoja; erityisesti poikkeustilanteessa tarvitaan näiden lisäksi sosiaalisia ja tunne-elämän taitoja, jotta haastateltavassa herää luottamus haastattelijaa kohtaan ja halu vastata avoimesti hänen esittämiinsä kysymyksiin. Haastateltavien - ja kollegoiden - empaattinen kohtaaminen teknologiavälitteisesti fyysisen välimatkan päästä on taito, jota sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämistoiminnassa, ja laajemminkin ihmis- ja sosiaalitieteissä, tarvitaan maailman terveystilanteesta riippumatta.

Poikkeustilanteen vaikutukset Child-up-hankkeeseen liittyvät keskeisesti siihen, että ne ilmaantuivat hankkeen toisen toteutusvuoden käynnistyttyä juuri laadullisen aineistonkeruun alettua. Hankesuunnitelman riskiarvioissa ei millään mielikuvituksen määrällä ollut varauduttu pandemian tapaiseen force majeure-tilanteeseen. Tilanteen asteittainen eteneminen tutkimuksen eri toteuttajamaissa haastoi epävarmuuden ja paineiden sietoon, valmiuteen keskustella uusista, luovista ratkaisuista sekä empaattiseen, selkeään viestintään partnereiden kesken.

Myönteistä poikkeuksellisessa tilanteessa voi olla se, että kalenterista poisjäävät, liikkumista vaativat työtehtävät ja palaverit vapauttavat enemmän aikaa tutkimustyölle. Toisaalta aikaresursseja joudutaan suuntaamaan uudenlaiseen orientoitumiseen aineistonkeruun ja hankesuunnitelman toteuttamiseksi. Hankkeen aineistojen keräämistä joudutaan arvioimaan uudelleen ja määrällisistä tavoitteita jouduttaneen mukauttamaan, mikä voi tuoda lisää aikaa aineiston syvemmälle analyysille ja tulkinnalle. Hankeaika on rajallinen rahoittajan myöntämästä puolen vuoden lisäajasta (ei rahasta) huolimatta, ja aika näyttää, että millaisena Child-up-hankkeen kokonaisuus näyttäytyy poikkeustilanteessa tehtyjen toimien jälkeen ja hankkeen päättyessä.

Taidot, joita ajallisuuden ymmärtämiseen ja kulttuurienväliseen, globaaliin toimintaan ja empaattiseen kohtaamiseen, laitteiden ja sovellusten välittämään vuorovaikutukseen tarvitaan, ovat yhä keskeisempiä teknologiavälitteisessä yhteiskunnassa joka alalla ja arkipäivää kansainvälisessä yhteistoiminnassa. Opiskelijoita on suotavaa ohjata niiden omaksumiseen pedagogisesti, proaktiivisesti ja johdonmukaisesti, jotta he ovat paremmin valmistautuneita kuin aikamme organisaatiot tai tutkimuksen tekijät. Epäilemättä korona teki maailmastamme yhä ennustamattomamman, mikä vaatii sosiaali- ja terveysalan toimijoilta vahvaa ja ennakoivampaa toimintaotetta.

LÄHTEET

Baraldi, C., & Iervese, V. 2014. Observing children's capabilities as agency. Teoksessa: D. Stoecklin & J.-M. Bonvin (eds.) Children's rights and the capability approach: Challenges and prospects. Dodrecht: Springer, 43 - 66.

Billmeyer, J. 2019. Time and space in the classroom: lessons from Germany and Sweden. *Nordic journal of studies in educational policy* 5 (1), 8 - 18.

Child-up. 2019 - 2021. Child-up - Lasten ja nuorten osallisuuden pedagogiikkaa kouluissa ja kasvatusyhteisöissä - moninaisen kotoutumisen tutkimus- ja innovaatioprojekti. Children Hybrid Integration: Learning Dialogue as a Way of Upgrading Policies of Participation. Euroopan Unionin Horisontti 2020 tutkimus- ja innovaatio-ohjelma (nro. 822400).

Clark, A. 2004. The mosaic approach and research with young children. Teoksessa: V. Lewis, M. Kellett, C. Robinson, S. Fraser & S. Ding (eds.) *The reality of research with children and young people*. London: Sage, 142 - 161.

Ikonen, H.-M. 2017. Puhelinhaastattelu. Teoksessa: M. Hyvärinen, P. Nikander & J. Ruusuvoori (toim.) *Tutkimushaastattelun käsikirja*. Tampere: Vastapaino, 230 - 243.

Jauhiainen, A. 2016. Mihin sukupuolihistoriaa tarvitaan kasvatus- ja aikuiskasvatustieteissä. *Aikuiskasvatus* 36 (3), 215 - 219.

Puukko, M., Vuori, H. & Kuukka, K. (toim.) 2019. Tiellä parempaan: Maahanmuuttajien koulutukseen integroitumisen hyviä käytäntöjä -arviointiraportti. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Karvi Kansallinen koulutuksen arviointikeskus. [Viitattu 17.4.2020]. Saatavana: https://karvi.fi/app/uploads/2019/05/KARVI_1419.pdf

SeAMK Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Ei päiväystä. Tutkimus, kehittäminen ja innovointi. [Verkkosivu]. [Viitattu 17.4.2020]. Saatavana: <https://www.seamk.fi/yrityksille/tutkimus-kehittäminen-ja-innovointi-seamkissa/>

Society for Research in Child Development. 2007. Ethical standards for research with children. [Verkkosivu]. [Viitattu 17.4.2020]. Saatavana: <https://www.srcd.org/about-us/ethical-standards-research-children>

Stenvall, E. 2018. Yhteiskunnallinen osallisuus ja toimijuus: Lasten osallistuminen, kansalaisuus ja poliittisuus arjen käytäntöinä. [Verkkojulkaisu]. Tampere: Tampere University Press. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1917. Väitösk. [Viitattu 2.6.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0820-9>

Taskinen, S. 2017. "Ne voi opita toisilta": kasvatustieteellinen design-tutkimus maahanmuuttajaoppilaiden osallisuutta edistävästä luokkakäytänteistä. Rovaniemi: Lapin yliopisto. Acta Universitatis Lapponiensis 360. Väitösk.

Thornberg, R. 2008. School children´s reasoning about school rules. Research papers in education 23 (1), 37 - 52.

Vuorisalo, M., Rutanen, N. & Raittila, R. 2015. Constructing relational space in early childhood education. Early years 35 (1), 67 - 79.

YLE. 24.3.2020. Korona on vallannut Italian. [Verkkosivu]. [Viitattu 17.4.2020]. Saatavana: <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2020/03/24/korona-on-vallannut-italian-paavi-franciscus-rukoili-viruksen-uhrien-puolesta>

DIABETESOHJAUKSEN TIETOTAIDON SYVENTÄMINEN TERVEYSALAN OPISKELIJOIDEN VERKKO-OPINNOISSA

Kirsi Kivistö-Rahnasto, TtM, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Virpi Salo, KM, TtM, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

1 JOHDANTO

Diabetes on hyvin yleinen sairaus Suomessa. Yleisimpiä ovat tyypin 1 ja tyypin 2 diabetes. Laadukkaalla diabeetikon ja hänen läheistensä ohjaamisella tavoitellaan hyvää elämää sairauden kanssa ja riittävää hoitotasapainoa, jonka myötä pyritään ehkäisemään mahdollisia lisäsairauksia. Diabetes on hyvin kokonaisvaltainen sairaus, jossa tulee huomioida fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen näkökulma. Tämä tuo erityisen haasteen myös terveydenhuollon ammattilaisille ja alalle opiskeleville, jotka tarvitsevat paljon tietoa ja taitoa pystyäkseen ohjaamaan diabeetikkoa ja hänen läheisiään mahdollisimman hyvin. Erilaisilla koulutuksilla ja opetusmenetelmillä voidaan kehittää terveysalan ammattilaisten diabetesosaamista. Yhtenä hyvänä keinona nähdään erilaiset verkkopohjaiset oppimisympäristöt.

Terveysalan opiskelijat osallistuivat CampusOnline-verkko-opintojaksolle ”Syvennä 1 tyypin ja 2 tyypin diabeetikon ohjausosaamistasi.” Opintojakso toteutui syksyllä 2019. Verkko-opintojakso oli kahden opintopisteen kokonaisuus, joka koostui erilaisista diabetesohjaamiseen liittyvistä oppimistehtävistä. Artikkelin kir-

joittajilla on vahva työkokemus diabeteksen hoidosta eri hoitotyön ympäristöistä ja opetustyöstä terveysalalla, mikä tuo vahvuutta syventää terveysalan opiskelijoiden diabetesosaamista erilaisilla opetusmenetelmillä, kuten tässä artikkelissa kuvaamillamme CampusOnline-verkko-opinnoilla. Tämän artikkelin tutkimusaineiston keruu tapahtui opintojaksopalautteen yhteydessä olevilla avoimilla kysymyksillä, joissa kysyttiin muun muassa sitä, mitkä asiat koetaan haastavimmiksi asioiksi diabetespotilaan ohjaamisessa.

Terveysalan opiskelijat kokivat haasteelliseksi diabeetikon ja hänen läheisensä ohjaamisessa diabetestietouden jakamisen potilaalle, diabeetikon asenteen omahoitoon, diabeetikon omahoitoon vaikuttamisen, diabeetikon syvällisen ohjaamisen sairaudesta sekä diabeetikon perheen ohjauksen. Opiskelijoiden haasteet olivat siis yhteneviä aikaisempien tutkimustulosten kanssa, joita käsitellään tässä artikkelissa. Palautekyselyn tuloksia tullaan hyödyntämään terveysalan opiskelijoiden diabetesosaamisen kehittämisessä.

2 DIABETES SAIRAUTENA JA SEN OHJAAMISEN HAASTEISIIN VASTAAMINEN

2.1 Tyypin 1 ja tyypin 2 diabetes

Diabetes on yksi suomalaisista kansansairauksista, jota sairastaa noin puoli miljoonaa suomalaista. Diabetes jaetaan kahteen päämuotoon, joita ovat tyypin 1 ja tyypin 2 diabetes. Tyypin 1 diabetes johtuu haiman insuliinia erittävien solujen tuhoutumisesta ja sen hoitokeinona on insuliini. Tyypin 2 diabetes johtuu insuliinin vaikutuksen heikkenemisestä ja sen erityksen vähenemisestä. Tyypin 2 diabetes voi olla pitkään oireeton ja samalla esiintyy usein

veren rasva-arvojen häiriöitä, kohonnutta verenpainetta, maksan rasvoittumista ja vyötärölihavuutta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2020.) Elintapasairauksien esiintyvyys lisääntyy maailmanlaajuisesti ja tämän vuoksi on tarve löytää keinoja, joilla voidaan tehokkaasti lisätä terveyttä edistävää fyysistä aktiivisuutta (Wasenius 2014). Maailman terveysjärjestön WHO:n arvion mukaan yli 346 miljoonaa ihmistä sairastaa maailmanlaajuisesti diabetesta ja tämä määrä tulee todennäköisesti kaksinkertaistumaan tulevaisuudessa (Shrivastava, Shrivastava & Ramasamy 2013).

Tyypin 2 diabeteksen Käypä hoito -suosituksen tavoitteena on antaa keinoja diabeteksen ehkäisyyn, varhaiseen toteamiseen, hyvään hoitoon, elämänlaadun tukemiseen ja komplikaatioiden ehkäisyyn (Käypä hoito 2018). Saariston (2011) perusterveydenhuollossa tekemässä tyypin 2 diabetekseen liittyvässä tutkimuksessa havaittiin, että lihavuus, sokerihäiriöt ja tunnistamaton diabetes ovat yleisiä keski-ikäisessä väestössä. Elintapamuutos vaatii vaivannäköä ja voimavaroja, mutta siihen vaikuttamalla voidaan asiakkaan terveyttä ja toimintakykyä parantaa. Painonhallinnan onnistumiseen vaikuttavat asiakkaan oma toiminta, motivaatio ja voimavarat. Painonhallintaa vaikeuttavat sitoutumattomuus omaan toimintaan sekä tavoitteiden, itsekurin ja motivaation puuttuminen. (Alahuhta 2010.) Depressio-oireiden ja stressin lievittäminen sekä unen laadun parantaminen voivat ennaltaehkäistä tyypin 2 diabetesta (Pyykkönen 2012).

2.2 Tyypin 1 ja tyypin 2 diabeetikon kokonaisvaltainen hoidon ohjaaminen ja siihen liittyvät haasteet

Diabeetikon ohjauksessa tulee ottaa huomioon fyysinen, psykkinen ja sosiaalinen näkökulma. Tämä tarkoittaa potilaan kokonaisvaltaista hoidon ohjaamista huomioiden myös läheiset. Diabeetikon ja hänen läheisensä ohjaaminen ovat tärkeitä diabeteksen lisäsairauksien ehkäisyssä sekä hyvän hoitotasapai-

non saavuttamisessa (Rintala 2014). Elintavoissa huomioidaan potilaan ruokavalio, painonhallinta, liikunta, uni ja päihteet (Diabetesliitto 2019). Keskeistä on motivoiva, voimavaroja tukeva ja moniammatillinen ohjaaminen.

Omahoidon tavoitteena on, että diabeetikko saavuttaa mahdollisimman hyvän ja normaalipituisen elämän sekä välttyy komplikaatioilta. Hoidon tavoitteena on oireettomuus ja hyvän sokeritasapainon ylläpitäminen. Jokaiselle diabeetikolle tulisi tehdä hoitosuunnitelma, johon määritellään yksilölliset tavoitteet sekä huomioidaan potilaan elämäntilanne ja voimavarat. (Käypä hoito 2018; Saha 2019.) Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (L 17.8.1992/785) mukaan potilaan hoidon on oltava suunnitelmallista. Tyypin 2 diabetesta sairastavalle voidaan teettää omahoitolomake (Omahoitolomake), johon asiakas kirjoittaa arviointinsa voinnistaan ja pohtii, mitä voisi tehdä omahoitonsa tueksi.

Diabeteksen hoidossa tärkeää on hyvä hoidon ohjaus ja potilaan itsehoito. Diabetekseen sairastutaan yhä enemmän ja tämän vuoksi tulisi kehittää uusia ohjausmenetelmiä. Yhtenä toimintamuotona on kokeiltu tietoturvallista sähköpostia, joka tuo diabetesta sairastavalle potilaalle potilaslähtöisemmän sekä ajasta ja paikasta riippumattoman tavan olla yhteydessä diabeteshoitajaan. Myös diabeteshoitaja kokee sähköpostin saavansa työhönsä uuden toimintatavan, jonka avulla on mahdollista vastata potilaiden omahoitoon liittyviin haasteisiin. (Koivunen, Rautavirta & Asikainen 2016.) Sähköiset palvelut, kuten etävastaanotot, ovat lisääntyneet terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö (2015) on linjannut, että terveydenhuollon etäpalvelut rinnastetaan perinteisiin vastaanottokäynteihin. Seinäjoen keskussairaalassa toteutettiin vuonna 2016 etävastaanottopilotointi. Pilotissa hoitaja otti etäyhteyden potilaaseen ja ennen etävastaanottoa potilas kirjasi esitiedot ja verensokerilukemat. Etävastaanotolla käytiin läpi kaikki samanlaiset potilaan ongelmat diabeteksen hoidossa kuin normaalilla vastaanotolla. (Aisla 2017.)

Diabeteksen elintapamuutosten ohjaukseen on suunniteltu menetelmiä ja työkaluja, joita ovat muun muassa diabetesta sairastavien ryhmätapaamiset. Niiden sisältöinä on esimerkiksi omahoidon motivaation kehittäminen ja vahvistaminen. Lisäksi työkaluina käytetään liikunta- ja ruokapäiväkirjoja. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2011.) Potilaan ohjauksessa käytetään erilaisia testejä; esimerkiksi suola-, kuitu- ja rasvatestejä (Sydänliitto 2020; Mustajoki 2019). Hiilihydraattien laskeminen, verensokerin seuranta, liikunta sekä ravitsemusterapeutin ohjeet ovat tärkeitä diabeteksen hoidossa. Myös moniammatillinen yhteistyö lääkärin ja diabeteshoitajan kanssa on tärkeää. (Chester, Stanely & Geetha 2018.) Tutkimusten mukaan tulevaisuudessa sairaanhoitajien olisi hyvä käyttää verkkopohjaista ja digitaalista ohjausta tyyppin 2 diabeetikon ohjauksessa, koska tällaisesta ohjauksesta on ollut positiivista vaikutusta potilaan terveydentilaan ja hoidon ymmärtämiseen (Klösch ym. 2020). Verkkopohjaisella ohjauksella voidaan antaa lisätukea diabeteslasten vanhemmille, tukea diabeteslapsen fyysisen hyvinvoinnin seurantaa ja antaa erilaista ohjausta. Verkkoa voidaan hyödyntää vertaiskontaktien luomisessa, potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välisessä vuorovaikutuksessa ja tiedonvaihdossa. (Boogerd ym. 2017.)

Diabetes on läsnä aikuisen diabetesta sairastavan henkilön perheen arkielämässä joko näkyvästi tai näkymättömästi. Myös tunteet vaikuttavat perheen elämään, koska arkielämään sisältyy erilaisia pelkoja, esimerkiksi matalaan verensokeriin tai lisäsairauksiin liittyen. Diabeteksen hoidon ohjauksessa tulisi ottaa huomioon perheenjäsenten merkitys hoidossa. Hoidonohjauksessa tulisi keskustella perheen kanssa diabetekseen liittyvistä tunteista ja peloista. (Rintala 2014.) Pitkäaikaissairauden toteaminen aiheuttaa epätoivoa, kärsimystä ja ahdistusta kaikissa perheenjäsenissä (Pimentel ym. 2017).

2.3 Diabetesosaamisen kehittäminen terveysalalla

Sairaanhoitajat ovat suuri työntekijäjoukko terveydenhuollossa, siksi heillä on merkittävä rooli diabeteksen ennaltaehkäisyssä ja hoitotyön kehittämisessä. Diabeteshoidon kasvava kysyntä Euroopassa lisää haasteita diabetesosaamiselle. Elintapoihin liittyvät interventiot voivat vähentää diabetekseen liittyvää sairastumisriskiä 10 - 58 %. Interventioiden aiheita ovat: korkean riskin seulonta, liikunta- ja ruokavalio-ohjaukset, yksilölliset elintapaohjaukset, ruokapäiväkirjat, ilmaiset liikuntatunnit tai kuntosalivuorot, säännöllinen palautteen antaminen ja jatkuva seuranta. (Forbes 2011.)

Sairaanhoitajien tiedot ja taidot diabeteksen hoidon ohjauksessa ovat keskeisiä, jotta saavutetaan hyviä tuloksia terveydenhuollossa. Diabeteksen ohjaukseen ja neuvontaan liittyvää verkkopohjaista opetusmateriaalia on kehitetty yhteistyössä neljän eri maan kesken, joita ovat Viro, Suomi, Irlanti ja Liettua. Verkkomateriaali koostuu tietopankista, online-luennoista sekä interaktiivisista harjoituksista. Diabetes Education and Counseling (Dipra) -verkkomateriaali on tarkoitettu terveydenhuollon ammattilaisille ja opiskelijoille. Oppimissisältö perustuu aitoihin oppimistilanteisiin, joilla pyritään kehittämään pedagogisia ja didaktisia lähestymistapoja verkossa. Tätä verkko-opetusta toteutetaan Moodle-oppimisympäristössä. (Burton ym. 2011.) Sairaanhoitajille suunnatulla diabeteskoulutuksella, joka tapahtui lyhyellä läsnäolokurssilla yhdistettynä itsenäiseen verkko-opiskeluun, saatiin vahvistettua heidän ammattitaitoaan diabeteksen hoidossa (Phuangngoenmak ym. 2019). Diabetesosaamisen kehittämiseen suunnatuilla koulutusohjelmilla voidaan kehittää sairaanhoitajien ammatillista osaamista, päivittää tietoja ja edistää moniammatillisen työskentelyn mahdollisuuksia diabeteksen hoidossa (Hausken & Graue 2013).

”Syvennä tyypin 1 ja tyypin 2 diabeetikon ohjausosaamistasi” CampusOnlinen verkko-opinnot olivat kahden opintopisteen laajuiset. Opinnot koostuivat kuudesta tehtäväosioista, joita olivat diabetes sairautena, diabeteksen lääkehoito, diabeetikon oma-seuranta sisältäen hoitotasapainon, verensokerin vaihtelut eri tilanteissa sekä ketoasidoosin, diabeetikon ravitsemuksen, diabetekseen sopeutumisen ja diabetekseen liittyvät lisäsairaudet. Nämä osiot koostuivat erilaisista tehtävistä, joista jokaiseen liittyi ohjausnäkökulma. Osioissa sai valita oman mielenkiinnon mukaan tyypin 1 tai tyypin 2 diabeetikon ohjaukseen liittyvät tehtävät.

3 DIABEETIKON JA HÄNEN LÄHEISENSÄ OHJAAMISEN HAASTEET TERVEYSALAN OPISKELIJOIDEN KOKEMANA

3.1 Tiedonantajat ja aineistonkeruu

Tiedonantajina oli 65 terveystieteen opiskelijaa, jotka osallistuivat CampusOnline-verkko-opintoihin opintojaksolla ”Syvennä 1 tyypin ja 2 tyypin diabeetikon ohjausosaamistasi”. Opintojakso toteutui syksyllä 2019. Aineistonkeruu tapahtui opintojaksopäätteen yhteydessä olevilla avoimilla kysymyksillä ja niihin vastattiin anonymisti opintojakson päätyttyä. Opiskelijoilta kysyttiin, mitkä asiat he kokivat haastavimmiksi asioiksi diabetespotilaan ohjaamisessa. Lisäksi opiskelijoilta kysyttiin, millaisia asioita he oppivat ja mitkä asiat he kokivat hyödyllisimmiksi ja haastavimmiksi opintojaksolla. Avoimilla kysymyksillä haettiin vastausta opiskelijoiden kokemuksista diabeteksen ohjauksen haasteellisuudesta (Kylmä & Juvakka 2012). Laadullisessa tutkimuksessa tulkitaan ja ymmärretään tutkimusilmiötä ja aineistoa annettujen merkitysten kautta (Ronkainen ym. 2011), lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen (Hirsjärvi 2009).

3.2 Aineiston analyysi

Palautekyselyn muodostama tekstiaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Analyysin tavoitteena oli luoda luokat, jotka kuvaavat opiskelijoiden kokemuksia diabetespotilaan ohjauksen haasteista. (Metsämuuronen 2009.) Induktiivisen tutkimusotteen mukaisesti yksityisistä merkityksistä päädyttiin yleisiin merkityksiin (Sajavaara 2009). Analyysin alussa tekstiaineistoa luettiin ja aineistosta valittiin alkuperäisilmaisuja, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Alkuperäisilmaisut pelkistettiin. Analyysiprosessi jakautui kolmeen vaiheeseen. Aineisto pilkottiin, luokiteltiin ja järjestettiin. Lopuksi aineisto käsitteellistettiin hakemalla aineistosta yhtäläisyyksiä tai eroja. Samankaltaiset pelkistykset yhdisteltiin luokiksi ryhmitellen samaa asiaa tarkoittavat käsitteet yhden luokan alle. Luokittelussa aineisto tiivistyi alaluokiksi, joista voitiin muodostaa yläluokkia. Analyysin avulla pyrittiin kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa. (Ronkainen ym. 2011; Kylmä & Juvakka 2012; Tuomi & Sarajärvi 2013.) Analyysin avulla muodostui 91 pelkistettyä ilmaisuja, joista muodostui 25 alaluokkaa ja 5 yläluokkaa kuvaamaan terveysalan opiskelijoiden kokemuksia diabeteksen ohjauksen haasteista.

3.3 Palautekyselyn tulokset terveysalan opiskelijoiden kokemuksista diabeetikon ja hänen läheisensä ohjaamisen haasteista

Terveysalan opiskelijat kokivat haasteelliseksi diabeetikon ja hänen läheisensä ohjaamisessa seuraavat aiheet: diabetestiedon jakaminen potilaalle, diabeetikon asenne omahoitoon, diabeetikon omahoitoon vaikuttaminen, diabeetikon syvälinen ohjaaminen sairaudessa ja diabeetikon perheen ohjaus. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Diabeetikon ja hänen läheisensä ohjaamisen haasteet terveysalan opiskelijoiden näkökulmasta.

Diabetestietouden jakaminen potilaalle

Terveysalan opiskelijat kokivat diabeetikon ohjaamisessa haasteelliseksi diabetestietouden jakamisen potilaalle, mihin sisältyivät sairauden fysiologiasta kertominen, diabeteksen lääkehoidon haasteellisuus, hiilihydraattien ohjaamisen haastavuus, omahoidossa tukeminen ja liitännäissairauksista kertominen ymmärrettävästi. Sairauden fysiologiasta kertomiseen liittyi fysiologisten asioiden ohjaaminen. Diabeteksen lääkehoidon haasteellisuuteen liittyivät lääkehoito, insuliiniannosten määrittely ja oikeiden insuliiniannosten löytyminen. Lisäksi haaste lääkehoidossa oli lääkkeen vaikutusten selventäminen, erilaisten

insuliinien nimeäminen ja insuliiniannoksen laskeminen suhteutettuna hiilihydraatteihin.

Hiilihydraattien ohjaamisen haastavuuteen sisältyivät ravitsemusasiat, hiilihydraateista ohjaaminen ja hiilihydraattien laskeminen aterioille. Omahoidossa tukemiseen liittyivät kannustaminen hyvään omahoitoon, omahoidon toteuttaminen, hyvän verensokeritasapainon ylläpitäminen ja ohjeiden antaminen diabeteksen hoitotasapainon löytymiseen. Liitännäissairauksista kertominen ymmärrettävästi koettiin haastavaksi ja siihen liittyi se, että olisi osattava puhua liitännäissairauksista pelästyttämättä potilasta ja ohjata liitännäissairauksien ehkäisemisestä kokonaisvaltaisuus huomioiden sekä ohjata verensokeritasapainon merkityksestä lisäsairauksien ennaltaehkäisyssä.

”Lääkehoito on haasteellista, esim. perusinsuliiniannoksen titraus.”

”Jos joutuisin opettamaan hiilihydraattien laskemista asiakkaalle, se olisi vaikeaa.”

Diabeetikon asenne omahoitoon

Terveysalan opiskelijat kokivat diabeetikon ohjaamisessa haasteelliseksi diabeetikon asenteen omahoitoon, mihin sisältyivät diabeetikon motivaatio sairautensa hoitoon, diabeetikon sitoutuminen hoitoonsa, diabeetikon hoitoon sopeutuminen, elintapaohjauksen haasteellisuus, nuoren potilaan ohjaaminen ja diabetekseen liittyvien pelkojen huomioiminen. Diabeetikon motivaatioon sairautensa hoitamisessa liittyi potilaan motivaation puute ja motivaation löytäminen elämänmittaiseen hoitoon. Haasteeksi koettiin diabeetikon sitoutuminen hoitoonsa, mikä tarkoitti potilaan hoitoon sitoutumista ja omahoitoon sitoutumista loppuelämäksi.

Diabeetikon hoitoon sopeutumista edistävän ohjaamisen haasteena olivat asiakkaan sairauden hyväksyminen, psyykkinen sopeutuminen sekä se, miten sairauteen sopeutumisessa voi tukea potilasta. Haasteena oli myös asiakkaan oma suhtautuminen yksilölliseen hoitoon. Elintapaohjauksen haasteellisuuteen liittyi haitallisten elintapojen vaikutusten kertominen ylipainoiselle tyyppin 2 diabeetikolle, työikäisten tyyppin 2 diabeetikkojen ohjauksen haasteellisuus ja hyvien elämäntapojen opettaminen potilaalle. Nuorten potilaiden ohjaaminen koettiin haasteelliseksi ja siihen liittyvät nuorten haastavat vaiheet elämässä, nuorten vähättelevä suhtautuminen hoitoonsa, diabeteksen hoitamatta jättäminen ja nuorten 1 tyyppin diabeetikoiden ohjaus. Diabetekseen liittyvien pelkojen huomioimiseen sisältyivät pelot ja diabetekseen liittyvien pelkojen selättäminen.

”Haastavimmaksi koen ohjauksessa asiakkaan itsehyväksymisen sairauteen.”

”Sen, kuinka potilaan saa ”opetettua” hyvälle elämäntavoille.”

Diabeetikon omahoitoon vaikuttaminen

Terveysalan opiskelijat kokivat diabeetikon ohjaamisessa haasteelliseksi potilaan omahoitoon vaikuttamisen, mihin sisältyi diabeetikon motivointi, diabeetikon hoitoon sopeuttaminen ja tunteiden ymmärtäminen vastasairastuneen ohjauksessa, ohjaajan oma riittämättömyyden tunne ohjauksen riittävydestä ja sairauden vakavuudesta ohjaaminen. Diabeetikon motivointiin koettiin liittyvän motivointi sen elintärkeyden vuoksi, diabeetikon saaminen motivoitumaan hoitoonsa sekä diabeetikon mielenkiinnon ja aktiivisuuden herättäminen. Haaste oli myös diabeetikon pitäminen motivoituneena hoitoonsa ja motivointi itsenäiseen omahoitoon. Diabeetikon hoitoon sopeuttamiseen koettiin sisältyvän diabetekseen sopeutumisen ohjaus.

Haasteeksi ohjauksessa koettiin diabeetikon tunteiden ymmärtäminen, mihin liittyivät asettuminen asiakkaan asemaan, tietämättömyys sairastuneen tunteista ja haaste auttaa diabeetikkoa suhtautumaan sairauteensa. Vastasairastuneen diabeetikon ohjauksen haasteellisuuteen liittyi sairastuneen tukeminen, motivoivan keskustelun aloittaminen, voimakkaat tunnereaktiot ja alkuvaiheen ohjaus. Terveysalan opiskelijat tunnistivat ohjauksessa oman riittämättömyyden tunteensa ohjauksen riittävydestä, mihin liittyi pelko, ettei muista kertoa kaikkea oleellista tai ei muista kertoa asioista tarpeeksi selkeästi vasta sairastuneelle. Haasteellisena koettiin sellaisen potilaan ohjaaminen, jolla ei ollut vielä kokemusta oman sairautensa hoitamisesta. Sairauden vakavuudesta kertomiseen sisältyi diabeetikon ymmärrys sairauden vakavuudesta ja se, miten saada diabeetikko ymmärtämään, että diabeteksen kanssa voi elää samanlaista elämää kuin muutkin ihmiset.

”Potilaan oman motivaation löytäminen elämänmittaiseen hoitoon.”

”Haastava oli aloittaa motivoiva keskustelu asiakkaan kanssa, joka oli sairauden alkuvaiheessa ja tunnereaktiot ovat voimakkaita.”

Diabeetikon syvälinen ohjaaminen sairaudesta

Terveysalan opiskelijat kokivat diabeetikon ohjaamisessa haasteelliseksi diabeetikon syvälinen ohjaamisen sairaudessa, mihin sisältyi henkilökohtaisen ohjauksen antaminen potilaalle, määrällisesti suuren diabetestietomäärän ohjaaminen, potilaan ohjaaminen diabeteksen moninaisuuteen ja positiivinen ohjeiden antaminen. Henkilökohtaisen ohjauksen antamiseen diabeetikolle liittyi se, että jokaisen diabeetikon yksilöllisyys tulee huomioida. Haasteeksi koettiin yleisten ohjeiden soveltaminen yksilölliseen hoitoon ja yksilöllisten ohjeiden antaminen.

Määrällisesti suureen diabetestietomäärän ohjaamiseen sisältyivät ohjaamisen laaja-alaisuus, sisäistettävän informaation laajuus, potilaiden kysymyksiin vastaaminen ja ymmärrettävästi ohjaaminen. Monien asioiden muistaminen sairaudesta sekä hoitoon liittyvät asiat koettiin haasteeksi. Myös kerralla annettavan tietomäärän arvioiminen ohjattavalle oli haasteellista sekä diabeetikon ohjaaminen useista asioista häntä säikäyttämättä. Diabeetikon ohjaamiseen diabeteksen moninaisuudesta sisältyi yksinkertaisten ohjeiden antaminen kokonaisuuksien hallintaan ja ymmärtämiseen, ylipäättään sairauden moninaisuus ja tehtävien rajaamisen vaikeus. Kokonaisuuksien huomioiminen ja potilaan saaminen ymmärtämään sairaus kokonaisuutena oli haaste. Kattavan ohjauksen antamisen diabeteksestä tunnistettiin vaikuttavan diabeetikon olotilaan ja diabetesohjauksen vaikuttavan laajasti elämään. Potilaan ymmärrys hoidon kokonaisvaltaisuudesta tulisi saada esiin. Positiiviseen ohjeiden antamiseen liittyi ohjauksen antaminen mukavalla tavalla.

”Se kuinka laajasti on hyvä ohjata ja sen, että informaatiota on niin paljon sisäistettävänä.”

”Sen, että pitää muistaa niin paljon asioita sairauteen ja sen hoitoon liittyen.”

Diabeetikon perheen ohjaaminen

Terveysalan opiskelijat kokivat diabeetikon ohjaamisessa haasteelliseksi diabeetikon perheen ohjauksen, mihin sisältyi perheiden kohtaaminen sairauden alkuvaiheessa, perheen ohjaaminen, perheen yksilöllisyyden huomiointi ja diabeetikon läheisen hoitoon sitoutuminen. Koettu perheiden kohtaaminen sairauden alkuvaiheessa sisälsi lapsidiabeetikon säikähtäneiden vanhempien ohjaamisen vaikeuden ja lapselleen parasta haluavan vanhemman ohjaamisen. Siihen liittyi myös läheisen tunteiden huomioonottaminen, lapsipotilaan vanhempien kohtaaminen ja perheen kokonaisvaltainen tukeminen.

Ohjauksen haasteeksi koettu perheen ohjaaminen sisälsi perheen opastamisen sairaudesta ja lapsipotilaan vanhempien ohjaamisen. Haasteeksi koettiin, että miten saada läheiset ymmärtämään sairaus kokonaisuutena. Perheen yksilöllisyyden huomiointiin liittyivät ihmisten yksilölliset tarpeet ohjaamisessa ja erilaisten perheiden huomioiminen ohjaamisessa sekä perheiden taustojen huomioiminen. Haasteeksi koettiin diabeetikon läheisen hoitoon sitoutuminen, mihin liittyi diabeetikon läheisen sitoutuminen hoitoon.

”Ihmiset ja perheet ovat erilaisia, joten tulee tarkkaan miettiä mitä kenenkin kanssa voi puhua ja miten asioista keskustellaan.”

”Haastavimmiksi koen perheen kokonaisvaltaisen tukemisen ja opastamisen taudin kanssa.”

4 TULOSTEN POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

4.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimus toteutettiin hyviin tutkimuseettisiin käytäntöihin sitoutuen. Tutkimuslupa saatiin Seinäjoen ammattikorkeakoulun vararehtori Elina Varamäeltä. Aikaisempiin tutkimuksiin aiheesta tutustuttiin (Ronkainen ym. 2011). Tutkimusaineistoa käyttävät ainoastaan tutkimuksen tekijät ja sitä säilytetään asianmukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tiedonantajille kerrottiin, että tuloksia käytetään artikkeleiden kirjoittamisessa. Osallistujat antoivat vastauksensa anonymisti. Tulokset raportoitiin rehellisesti, avoimesti ja kriittisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009; Kylmä & Juvakka 2012.) Palautekyselyn avulla saatu tutkimusaineisto oli salasanojen takana Moodle-oppimisalustalla ja aineistoa käsiteltiin tietokoneilla, joiden käyttö oli salasanojen takana.

Luotettavuus on tärkeä osa tutkimusta. Sähköisellä palautekyselyllä kerätty aineisto oli valmiiksi sähköisessä muodossa, mikä lisäsi tutkimuksen luotettavuutta (Valli & Perkkilä 2015). Luotettavuuden lisäämiseksi pyrittiin mahdollisimman tarkkaan analyysin raportointiin (Kyngäs ym. 2011). Tutkimuksen tulosten kuvauksessa käytettiin suoria lainauksia, joiden avulla lukija pystyy arvioimaan analyysin luotettavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Tutkimustulosten luotettavuutta voitiin tarkastella laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerein.

Uskottavuutta vahvistaa se, että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden terveysalan opiskelijoiden käsityksiä diabeetikon ohjauksen haasteista ja vastausten analyysiin käytettiin riittävästi aikaa sekä aineiston analyysiin osallistuivat molemmat artikkelin kirjoittajat. Vahvistettavuus toteutui, koska koko tutkimusprosessi kuvattiin tarkasti. Aineiston analysoinnin tekijät tiedostavat oman lähtökohtansa tutkimuksen tekijöinä ja tekevät omia tulkintoja ilmiöstä, näin toteutui tutkimuksen reflektiivisyys. Artikkelin tekijöillä on pitkä kokemus diabetes-työstä, mikä lisää luotettavuutta. Siirrettävyyden toteutumiseksi tutkimuksen tiedonantajat kuvattiin, vaikka mitään tarkkoja taustatietoja ei kysytty. Tämä saattaa vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen, koska terveysalan opiskelijat voivat muodostua eri opiskelijaryhmistä CampusOnline -verkko-opintojen luonteen mukaisesti. (Kylmä & Juvakka 2012.)

4.2 Johtopäätökset

CampusOnline-verkko-opinnoissa oli mahdollisuus syventää terveysalan opiskelijoiden tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabeetikon ja hänen läheisensä ohjausosaamista. Terveysalan opiskelijat kokivat opintojakson hyödyllisenä. He kokivat haasteelliseksi diabetespotilaan ja hänen läheisensä ohjaamisessa diabetestietouden jakamisen potilaalle, diabeetikon asenteen omahoitoon, diabeetikon omahoitoon vaikuttamisen, diabeetikon syvällisen ohjaamisen sairaudesta ja diabeetikon perheen huomioimisen ohjauksessa.

Terveysalan opiskelijat kokevat diabeetikon ohjaamisessa samanlaisia haasteita kuin terveysalan ammattilaiset. Opiskelijat tunnistavat hyvin diabeetikon yksilöllisen ohjaamisen tarpeet ja kokonaisvaltaisen ohjauksen merkityksen hyvän hoitotasapainon saavuttamisessa sekä läheisten huomioimisen ohjauksessa.

Verkkopohjaisilla oppimisympäristöillä ja erilaisilla koulutusohjelmilla voidaan tuottaa tietoa ja taitoa terveystieteen opiskelijoille diabeetikon kokonaisvaltaisesta ohjaamisesta. Sen osoittavat aikaisemmat tutkimukset (Hausken & Graue 2013; Koivunen ym. 2016; Burton ym. 2019; Phuangngoenmak ym. 2019) kuten myös CampusOnline -verkko-opinnoista saadut palautteet terveystieteen opiskelijoilta. Terveystieteen opiskelijat kokivat opintojakson syventäneen heidän diabetesohjausosaamistaan. Opiskelijat kertoivat oppineensa opintojaksolta monia uusia asioita. Jakso oli syventänyt aikaisempaa tietämystä käytännönläheisempään suuntaan esimerkiksi seuraavissa asioissa: insuliinin antaminen hiilihydraattien mukaan, diabeteksen aiheuttamat lisäsairaudet, diabetesohjausosaaminen, diabetes sairautena, lääkehoito, verensokeriin vaikuttavat tekijät, diabeetikon ohjaaminen, ensi-tietoryhmän ohjaaminen, ravitseminen ja vertaistuki. Opiskelijoilta saatujen palautteiden perusteella ja kurssin saaman laajan kiinnostuksen vuoksi opintojaksoa kannattaa edelleen jatkaa ja kehittää, koska tällaisilla verkko-opinnoilla voidaan tuottaa tietoa ja taitoa terveystieteen opiskelijoille diabetesosaamisesta. Tutkimus tuotti hyödyllistä tietoa ja tuloksia tullaan hyödyntämään hoitotyön opiskelijoiden opetuksessa.

LÄHTEET

Aisla, T. 2017. Seinäjoen diabeteskeskus hoitaa koko maakunnan. [Verkkolehtiartikkeli]. Medi uutiset 27.1.2017. [Viitattu 27.3.2020]. Saatavana: <https://www.medi uutiset.fi/uutiset/seinajoen-diabeteskeskus-hoittaa-koko-maakunnan/d2d69570-e183-3a2f-9089-c5820321015f>

Alahuhta, M. 2010. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä. Oulu: Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis. D Medica 1081. Väitösk.

Burton, A., Mikkonen, I., Buckley, C., Beseckas, P., Creedon, S. Hynynen, M-A., Kiljako, M., Kuzminskiene, L., Leahy-Warren, P., Mikkonen, I., Mikutaviciene, I., Puputti, S., Rasteniene, V., Riikonen, R., Simm, P., Soovali, E-M., Tiainen, A-I. & Väistö, R. 2011. Developing diabetes nursing support programmes in Estonia, Finland, Ireland and Lithuania. European diabetes nursing EDN, 8 (1), 30 - 33.

Boogerd, E., Schaaijk, N. M. M. V., Sas, T. C., Clement-de Boers, A., Smallenbroek, M., Nuboer, R., Noordam, C. & Verhaak, C. M. 2017. Sugarsquare, a web-based patient portal for parents of a child with type 1 diabetes: Multicenter randomized controlled feasibility trial. [Verkkoartikkeli]. Journal of medical internet research 19 (8). [Viitattu 15.4.2020]. Saatavana CHINAL-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Chester, B., Stanely, W.G. & Geetha, T. 2018. Quick guide to type 2 diabetes self-management education: creating an interdisciplinary diabetes management team. [Verkkoartikkeli]. Diabetes, metabolic syndrome and obesity: Targets and therapy (11), 641 - 645. [Viitattu 1.4.2020]. Saatavana: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6199222/>

Diabetesliitto. 2019. Elintavat. [Verkkosivu]. [Viitattu 27.3.2020]. Saatavana: https://www.diabetes.fi/diabetes/tyypin_2_diabetes/elintavat_tyypin_2_diabeteksessa

Forbes, A. 2011. Progressing diabetes nursing in Europe: the next steps. European diabetes nursing EDN 8 (1), 8 - 10.

Hausken, M. F. & Graue, M. 2013. Developing, implementing and evaluating diabetes care training for nurses and nursing aides in nursing homes and municipal home-based services. [Verkkoartikkeli]. European diabetes nursing 10 (1), 19 - 24. [Viitattu 15.4.2020]. Saatavana CINAHL-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Hirsjärvi, S. 2009. Metodologiset ja teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa: S. Hirsjärvi, P. Remes & P. Sajavaara (toim.) Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi, 123 - 166.

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

Klösch, M., Klösch, C., Kundt, F.S., Zee-Neuen, A. & Dieplinger, A.M. 2020. eHealth systems for the optimised care of patients with type 2 diabetes [Verkkoartikkeli]. British journal of nursing 29 (5), 274 - 278. [Viitattu 8.4.2020]. Saatavana CHINAL-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Koivunen, M., Rautavirta, M. & Asikainen, P. 2016. Tietoturvallinen sähköposti tyypin 1 diabeetikon omahoidon ja diabeteshoitajan työn tukena: käyttökokeilun tuloksia. Finnish journal of eHealth and eWelfare 8 (2-3), 74 - 80.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kyngäs, H., Elo, S. Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 23 (2), 138 - 148.

Käypä hoito-suositus. 2018. Tyypin 2 diabetes. [Verkojulkaisu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 27.3.2020]. Saatavana: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50056>

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp.

Mustajoki, P. 23.10.2019. Ruokatestejä. [Verkkoartikkeli]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 31.3.2020]. Saatavana: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01026

Omahoitolomake. Ei päiväystä. [Verkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kaste. [Viitattu 27.3.2020]. Saatavana: https://www.hel.fi/static/sote/itsehoito/lomakkeet/omahoitolomake_N.pdf

Pimentel, R. R. S., Targa, T. & Scardeilli, M. G. C. 2017. From diagnosis to the unknown: Perceptions of parents of children and adolescents with diabetes mellitus. [Verkkolehtiartikkeli]. Journal of nursing UFPE online 11 (3), 1118 - 1126. [Viitattu 1.4.2020]. Saatavana CHINAL-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Phuangngoenmak, S., Keawpan, W., Pichayapinyo, P. & Hangwong, U. 2019. Effectiveness of the strengthening diabetes care program: A randomized controlled trial with Thai nurse practitioners. [Verkkoleh-tiartikkeli]. Pacific Rim international journal of nursing Research 23 (1), 18 - 31. [Viitattu 8.4.2020]. Saatavana CHINAL-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Pyykkönen, A.-J. 2012. Depression, poor sleep quality, and stress: Associations with insulin resistance, insulin secretion and the metabolic syndrome in individuals without type 2 diabetes. Helsinki: University of Helsinki. Diss.

Rintala, T.-M. 2014. Diabeteksen näkyvä ja näkymätön läsnäoleminen: Substantiivinen teoria aikuisen diabetesta sairastavan henkilön perheen arkielämästä. [Verkkojulkaisu]. Tampere: University of Tampere. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1371. Väitösk. [Viitattu 27.3.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9313-3>

Ronkainen, S. Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WsoyPro.

Saaristo, T. 2011. Assessment of risk and prevention of type 2 diabetes in primary health care. Oulu: Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis. D Medica 1144. Diss.

Saha, M.-T. 2019. Lasten ja nuorten verengluukoosin tavoitetasot. Teoksessa: P. Ilanne-Parikka, L. Niskanen, T. Rönnemaa & M.-T. Saha. (toim.). Diabetes. Helsinki: Duodecim.

Sajavaara, P. 2009. Tieteellisten kirjoitelmien rakenne. Teoksessa: S. Hirsjärvi, P. Remes & P. Sajavaara, P. (toim.) Tutki ja kirjoita. 15. uud. p.Helsinki: Tammi, 249 - 288.

Shrivastava, S. R., Shrivastava, P. S. & Ramasamy, J. 2013. Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of diabetes & metabolic disorders* 12:14. [Viitattu 27.3.2020]. Saatavana: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3599009/>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Uusi linjaus: Terveydenhuollon etäpalvelut rinnastetaan perinteisiin vastaanottokäynteihin. [Verkkosivu]. *Tiedote* 178/2015. [Viitattu 27.3.2020]. Saatavana: https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/uusi-linjaus-terveydenhuollon-etapalvelut-rinnastetaan-perinteisiin-vastaanottokaynteihin

Sydänliitto. 2020. Suolaa vain kohtuudella. [Verkkosivu]. [Viitattu 31.3.2020]. Saatavana: <https://sydan.fi/fakta/suolaa-vain-kohtuudella/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Tartu toimeen: ehkäise diabetes. [Verkkosivu]. [Viitattu 31.3.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085419>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020. Kansantaudit. [Verkkosivu]. [Viitattu 27.3.2020]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11. uud. p. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [Verkkosivu]. [Viitattu 5.3.2020]. Saatavana: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valli, R. & Perkkilä, P. 2015. Nettikyselyt ja sosiaalinen media aineistonkeruussa. Teoksessa: R. Valli & J. Aaltola (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1: Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. 4. uud. ja täyd. p. Jyväskylä: PS-kustannus, 109 - 120.

Wasenius, N. 2014. Influence of exercise training on daily physical activity and risk factors for type 2 diabetes. [Verkkosivu]. Helsinki: University of Helsinki. Diss. [Viitattu 27.3.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-0225-6>

DIGITAALISEN INTERAKTIIVISEN 360°-OPPIMISYMPÄRISTÖN KÄYTTÖ AKUUTTIHOITOTYÖN OPETUKSESSA

Tiina Koskela, TtM, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Marjut Asunmaa, TtM, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

1 JOHDANTOA

Akuuttihoitotyö on akuutisti ja kriittisesti sairastuneen potilaan hoitotyötä. Hoitotyön tavoitteena on turvata potilaan keskeiset elintoiminnot, ehkäistä lisäsairauksia ja -vammoja sekä turvata potilasturvallisuus. Akuuttihoitotyön tyypillisimpiä työskentelyympäristöjä ovat päivystyspolilinikat, päivystysosastot, akuuttivuodeosastot, tehovalvonnat tai teho-osastot. Hoitohenkilökunnalta akuuttihoitotyössä työskenteleminen edellyttää monipuolista osaamista, taitoa kohdata vakavasti sairastunut potilas ja hänen läheisensä sekä lääkehoidon ja kliinisen hoitotyön osaamista. Akuutisti sairastuneen potilaan kohdalla tilanteet voivat muuttua nopeasti ja hoitohenkilökunnan on osattava toimia ja tehdä päätöksiä potilaan voinnin turvaamiseksi. (Sternier ym. 2020.)

Tässä artikkelissa keskitytään akuuttihoitotyön osalta tehohoitoa koskevaan hoitotyöhön. Teho-osastoille on keskitetty kaikista kriittisimminkin sairastuneiden potilaiden hoito. Heillä on yhden tai useamman elimen toimintahäiriö tai vakava uhka sellaisen kehittymisestä. Tehohoidon tarkoitus on antaa elimistölle aikaa toipua, että potilas selviäisi vakavasta sairaudesta. Teho-osastolla

potilaan vointia on mahdollisuus tarkkailla tehokkaammin ja elimistön toimintahäiriöitä voidaan tukea erilaisen lääkehoidon tai hoitoteknologian avulla. Työpaikkana teho-osasto on niin vaativa, että perusosaamistason saavuttaminen vie uudelta sairaanhoitajalta ainakin kaksi vuotta. Sairaanhoitajaopintojen aikana akuuttihoitotyön osalta ehditään käydä läpi perusasiat ja osaamista syvennetään koko työuran ajan.

Sairaanhoitajan tutkinnon sisältöä ja osaamisvaatimuksia säädel­lään EU:n ammattipätevyysdirektiivin (Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/55/EU) avulla. Tänä vuonna päivitet­tyjen sairaanhoitajan osaamisvaatimusten mukaan jokaisen sai­raanhoitajan tulee hallita kiireellistä hoitoa tarvitsevan potilaan hoidon tarpeen arviointi ja osata toimia välitöntä hoitoa vaativissa ja hätätilanteissa (Laukkanen 2020). Sairaanhoitajan tutkinnon 210 opintopisteestä akuuttihoitotyötä on ammattikorkeakoulusta riippuen 2 - 5 opintopistettä teoriaopintoja ja 6 - 8 opintopistettä käytännön hoitotyössä tapahtuvaa harjoittelua. Tämän lisäksi akuuttihoitotyöstä kiinnostunut sairaanhoitajaopiskelija voi opintojen loppuvaiheessa syventää osaamistaan valitsemalla akuuttihoitotyön syventävän vaiheen opinnot.

Akuuttihoitotyön syventävän vaiheen opiskelijat sijoittuvat harjoit­teluun ja myöhemmin töihin pääsääntöisesti akuuttihoitotyön eri kentille; yhteispäivystykseen, teho-osastolle, päivystysosastolle, maakunnan terveyskeskusten kiirevastaanotoille tai akuuttivuo­deosastoille. Kaikilla opiskelijoilla ei ole mahdollisuutta päästä harjoitteluun teho-osastolle tai tehovalvontaan. Aiemmin tätä vajetta paikattiin vierailukäynnillä tehostetun valvonnan yksi­kössä, mutta kahteen opintopisteeseen tuo vierailu ei ole enää mahtunut. Siksi kehitettiin virtuaaliympäristöä hyödyntävä ope­tusmateriaali. Materiaali tarjoaa jokaiselle hoitotyön opiskelijalle mahdollisuuden kurkistaa, miltä teho-osaston ja tehovalvonnan potilashuoneissa näyttää.

Ammattikorkeakoulujen ohella myös työnantajat ovat alkaneet miettiä, miten he voisivat kouluttaa henkilökuntaansa tehokkaammin vaativiin akuuttihoitotyön tilanteisiin ja millä tavalla uusien työntekijöiden perehdyttämisestä saataisiin kustannustehokkaampaa (Ware 2018). Virtuaalinen perehdytysmateriaali helpottaa uusien työntekijöiden perehdytystä ja lisää heidän tietotasoaan (Herring ym. 2019). Virtuaalista opetusympäristöä voidaan hyödyntää henkilökunnan täydennyskoulutuksessa, jolloin se tarjoaa monipuolisen ja joustavasti mukautuvan oppimisympäristön oman osaamisen syventämiseen (Frutuoso ym. 2019). Opintojaksolla käytetty 360°-ympäristön materiaali on kuvattu yhteistyössä Seinäjoen keskussairaalan tehostetun hoidon toimintayksikön kanssa ja heillä on oikeus käyttää kuvattua materiaalia uusien työntekijöiden perehdytyksessä, mikä tuo perehdytykseen joustavuutta ja kustannustehokkuutta. Valitettavasti koronapandemia aiheutti aikataulullisesti hieman haasteita ja materiaalin jatkokuvaukset siirtyivät syksyyn 2021. Jatkossa tämä materiaali laajenee päivystykseen ja päivystysosastoon, jolloin se kattaa koko sairaalan sisäisen akuuttihoitotyön.

Tässä artikkelissa esitellään, miten virtuaaliympäristöä on hyödynnetty akuuttihoitotyön opetuksessa ja miten virtuaaliympäristö mahdollistaa opiskelijoiden oppimisen.

2 PEDAGOGISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Akuuttihoitotyön opetuksen integroiminen digitaaliseen verkko-opetukseen

Akuuttihoitotyössä tarvitaan paljon eri erikoisalojen osaamista. Sairaanhoidajan peruskoulutuksessa opetetaan potilaan yleisimpiä akuuttihoitotyön toimenpiteitä, kuten potilaan tarkkailua, hengitys- ja verenkiertovajauspotilaan hoitoa, lääke- ja nestehoitoa

ja potilaan kliinistä tutkimista. Lisäksi harjoitellaan potilaan ja hänen läheisensä kohtaamista sekä hoidon tarpeen arviointia. (SeAMK 2020.) On kuitenkin todettu, että näiden taitojen oppiminen ei riitä sairaanhoitajille (Gomersal, Lam & Joynt 2010). Hoitohenkilökunnalta puuttuu tarvittava osaaminen kriittisesti sairaiden potilaiden hoitamiseen ja potilasturvallisuuden säilyttämiseen. Näin on etenkin niiden sairaanhoitajien kohdalla, jotka eivät työskentele akuuttihoitotyön ympäristössä, vaan toteuttavat potilaiden kriittistä hoitoa harvemmin. (Lewis 2011.)

Akuuttihoitotyössä on tarvittu paljon kontaktiopetusta tarvittavien taitojen harjoittelemiseksi luokkahuonetilanteessa. On kuitenkin huomattu, että osa opiskelijoista tulee harjoitustilanteisiin valmistautumatta, eikä heillä ole tarvittavaa teoriaosaamista, jotta he voisivat harjoitella käytännön taitoja. Toiset opiskelijat ovat taas kokeneet, että he tarvitsevat teoriaopetuksen kertaamista ennen kädentaitojen opettelua tai niiden harjoittelun jälkeen. (Lewis 2011.) Aikataulusidonnainen, opettajajohtoinen opetus hankaloittaa opiskelijoiden itseohjautuvuutta. Tästä syystä on päädytty kehittämään verkko-opetusta, koska se on kustannustehokas ja aika- ja paikkavapaa tapa toteuttaa opetusta. (Gomersal ym. 2010.)

Verkko-opetusta on käytetty myös uusien työntekijöiden perehdytyksessä ja opetettaessa kokeneemmille sairaanhoitajille osastolle epätyypillisten potilaiden hoitoa (Ware 2018). Verkko-opetus parantaa oppimista, koska opiskelijalla on mahdollisuus tutustua etukäteen itselleen vieraisiin potilastapauksiin, sairauksiin tai hoitokäytänteisiin (Gormley ym. 2009; Hammarlund, Nilsson & Gummesson 2015). Verkkoluento tarjoaa opiskelijalle mahdollisuuden kuunnella sama asia tarvittaessa useamman kerran tai palata myöhemmin kuuntelemaan luentoa uudelleen (Gardner ym. 2016; Bal & Bicen 2017). Parhaat oppimistulokset ovat tulleet itseohjautuvissa verkkokursseissa, joissa opiskelija saa suorittaa tehtävät oman aikataulunsa mukaan ilman riippu-

vuutta muusta opiskelijaryhmästä. Opettaja voi pitää esimerkiksi verkkotutoriaaleja, joissa opiskelijat saavat esittää kysymyksiä opittavaan asiaan liittyen. Tällä tavalla varmistetaan vuorovai-
kutusta opettajan ja opiskelijoiden välillä. (Hartman ym. 2018.)

Verkko-opetuksessa opettajan tulee huolehtia siitä, että oppi-
minen varmistetaan ja opiskelija saa riittävästi kontaktia opet-
tajaan. Lisäksi opiskelijan tulee saada palautetta tehdyistä
tehtävistä ja tenteistä (Connor 2019; Nation-Grainger 2017). Yksi
hyvä keino on käyttää oppimisalustalla keskusteluosiota, jossa
voidaan esittää kysymyksiä opettajalle. Tätä voidaan hyödyntää
myös opiskelijoiden keskinäiseen kommunikaatioon ja vuorovai-
kutukseen. (Ware 2018.) Akuuttihoitotyön opetuksessa paras tapa
toteuttaa verkko-opetusta on jakaa opittava asia moduuleihin, ja
jokaisen moduulin suorittamisen jälkeen opiskelijan osaamista
testataan verkossa tehtävillä tenteillä tai kysymyspatteristoil-
la. Seuraavaan moduuliin pystyy etenemään vain, jos läpäisee
edelliseen moduuliin liittyvän tentin. Mikäli opiskelija ei läpäise
tenttiä, hänet ohjataan opiskelemaan kyseisen moduulin asiaa
uudelleen ja hän saa uusia tentin, kun kokee, että opittava asia
on hallussa. Tenteissäkin tulisi pääpaino säilyttää opiskelijan
oppimisessa. Moduulioppiminen on tärkeää opittavien asioiden
laajuuden vuoksi. (Hartman ym. 2018.)

Vaikka akuuttihoitotyön opetusta voidaan hyvin paljon siirtää
verkko-opetuksiksi, on varmistettava opiskelijoiden kliininen
osaaminen. Tästä syystä jokaiselle opiskelijaryhmälle tulee
tarjota taitopajat, joissa toteutetaan kliinisten kädentaitojen op-
piminen. (Donaghy 2016.) Lisäksi oppimista tukee simulaatioym-
päristössä opiskelu, jolloin opiskelija saa vahvistusta kliiniseen
päätoksentekoon, hoitotyön etiikkaan, hoitotyön johtamiseen ja
omien vahvuuksiensa tunnistamiseen. Simulaatioiden aikana
opiskelijat oppivat myös tiimityöskentelyä ja vertaispalautteen
antamista. (Warren ym. 2016.) Tulevaisuudessa simulaatiotkin
muodostuvat yhä enemmän verkossa tapahtuvaksi oppimiseksi,

mutta verkossa tapahtuva simulaatio ei voi syrjäyttää kokonaan luokkahuoneessa laboratorio- olosuhteissa tapahtuvaa simulaatiota, vaan sillä voidaan täydentää opiskelijan osaamista. (Warren ym. 2016; Carman ym. 2017.)

2.2 Digitaalisen 360°-ympäristön käyttö akuuttihoitotyön verkko-opetuksessa

Teknologian kehittyminen ja verkko-opetuksen tarjoamat uudet mahdollisuudet ovat luoneet kokonaan uuden pedagogisen kentän. Erilaisia virtuaalisia oppimisympäristöjä on viime vuosina hyödynnetty opetuksessa joko virtuaalilasien avulla, pelillistään tai osana teoriaopetusta. Virtuaalinen 360°-ympäristö mahdollistaa todentuntuisen mielikuvan yhdistämisen opiskeltavaan asiaan ja helpottaa teoriaopetuksen integroimista hoitotyön käytäntöön. Virtuaaliympäristössä opitut toimintamallit voivat siirtyä aidossa työympäristössä toteutettavaan työhön (Salakari 2007; Torrente, Moreno-Ger & Fernandez-Ortiz 2009; Regmi & Jones 2020). Erilaisten mobiililaitteiden ja virtuaalisen materiaalin hyödyntäminen opetuksessa lisää opiskelijoiden luovuutta ja kiinnostusta opiskeltavaan aineeseen (Hong ym. 2016), käytännön taitoja ja kliinistä osaamista (Clay 2011; Button, Harrington & Belan 2014) sekä mahdollistaa opiskeltavan materiaalin läpikäymisen omaan tahtiin (Frutoso ym. 2019). Virtuaaliympäristö mahdollistaa monipuolisesti opiskelijaa aktivoivan opetusmateriaalin suunnittelun eri tavoilla oppivia opiskelijoita tukien (Croghan, Phillips & Howson 2019).

Virtuaaliympäristössä oppimiseen on totuttu liittämään käsitteet lisätty todellisuus, laajennettu todellisuus ja virtuaalitodellisuus. Näiden käyttöön on liitetty VR-lasit, joita hyödyntämällä on saatu oppimistilanne virtuaalitodellisuudessa. Hoitotyön opetuksessa on käytetty esimerkiksi pelialustoja ja asetettu jokin hoitotyön toiminta tavoitteeksi oppimistilanteelle. Virtuaalitodellisuuden on koettu vielä toistaiseksi olevan kömpelö, hankala ja kallis

tapa oppia hoitotyötä, eikä ympäristö ole aina vastannut todellista hoitotyön ympäristöä. (Kobayashi ym. 2018.) Usean yhtäaikaisen käyttäjän virtuaaliympäristön on taas todettu luovan hyviä tiimioppimistilanteita ja lähestyvän yhteisöllistä oppimista. Virtuaaliopetusta olisikin hoitotyössä vietävä tähän suuntaan, eikä niinkään yhden opiskelijan oppimistilanteiksi. (Liaw ym. 2018.)

Teho-osasto hoitoympäristönä on uusi ja haastava hoitotyön opiskelijoille. Teorian yhteydessä ympäristön todenmukainen kuvaileminen sanallisesti ei ole mahdollista siten, että kuulija ymmärtäisi ympäristön ainutlaatuisuuden. Siksi sairaanhoitajaopiskelijoista on tuntunut kuin he tulisivat uuteen maailmaan tullessaan oppimaan teho-osastolle. Tuleekin miettiä, miten hoitotyön opetuksessa voidaan jo opintojen aikana mahdollistaa teho-osaston konkretisoituminen hoito- ja oppimisympäristönä opiskelijoille. Ympäristön konkretisoitumisella on suuri merkitys sille, miten nopeasti sairaanhoitajaopiskelija pääsee teho-osastolla varsinaiseen oppimiseen kiinni, eikä aika mene uuteen ympäristöön totuttelemiseen. (Muldowney & McKee 2011.) Teho-osasto hoitoympäristönä voi tuntua sairaanhoitajaopiskelijasta stressaavalta, varsinkin jos hän ei ole etukäteen osannut varautua siihen, millaista teho-osastolla työskentely on. Tämä voi muodostua jopa oppimisen esteeksi, mikä voi estää oppimista myös myöhemmässä opiskelun vaiheessa. (Williams & Palmer 2014.)

3 AKUUTTIHOITOTYÖN PERUSTEET -OPINTOJAKSON TOTEUTUS

Kirjoittajat, jotka toimivat opintojakson opettajina, suunnittelivat uuden akuuttihoitotyön perusteet -opintojakson tarjolle ammatikorkeakoulujen yhteiseen digitaaliseen oppimisportaali CampusOnlineen. Opintojakson toteutuksessa on hyödynnetty uudella tavalla interaktiivista, virtuaalista 360°-ympäristöä sekä video- ja

kuvamateriaalia, joka on kuvattu Seinäjoen keskussairaalan tehostetun hoidon toimintayksikössä. Tulevaisuudessa opintojakson materiaalia hyödynnetään myös Seinäjoen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajatutkinnon opetussuunnitelmaan kuuluvalla Hoitotyö akuuteissa ja kriittisissä tilanteissa -opintojaksolla. Tavoitteena on luoda 360°-ympäristöä hyödyntävä akuuttihoitotyön hoitopolku, joka osaltaan tukee ja vahvistaa akuuttihoitotyön teoriasisältöä.

Opintojaksoa suunniteltaessa mietittiin pitkään, mikä oli paras keino luoda oppimista tukeva ja mahdollisimman aidontuntuinen akuuttihoitotyön verkko-opetusmateriaali. Aluksi pohdittiin pelillistämisen ja VR-lasien mahdollisuuksia, mutta niiden todettiin olevan vielä liian vaikeasti saatavilla tämän hetken opetustarpeet ja käytettävissä olevat aika- ja taloudelliset resurssit huomioiden. Eri vaihtoehtojen jälkeen päädyttiin rakentamaan oppimismateriaalit teho-osaston interaktiiviseen 360° -ympäristöön.

360°-ympäristön alustana hyödynnettiin ThingLinkiä, joka toimii sujuvasti erilaisilla mobiililaitteilla eikä vaadi opiskelijoilta erillistä kirjautumista tai laajaa koulutusta käyttöönottoon. Sovelluksen käyttäjäystävällisyys tehostaa oppimista (Regmi & Jones 2020). ThingLinkissä oleva interaktiivinen virtuaalimateriaali sijoitettiin opintojakson Moodle-pohjalle ja opiskelijoilla on linkkien kautta pääsy materiaaliin opintojakson ajan. Työelämän yhteistyökumppani, Seinäjoen keskussairaalan tehostetun hoidon toimintayksikkö, hyödyntää materiaalia parhaaksi katsomallaan tavalla oman henkilökuntansa perehdytyksessä ja koulutuksessa.



Kuva 1. Seinäjoen keskussairaala, teho-osaston potilas- huone (kuva: Tiina Koskela 2020).

Tehostetun hoidon toimintayksikössä kuvattuun kuvamateriaaliin (Kuva 1.) sijoitettiin erilaisia opetusvideoita tehohoidon toimintakäytänteisiin liittyen, erilaista teoriamateriaalia, havainnollistavia kuvia, potilastapauksia sekä lisätietoa tarjoavia tutkimuslinkkejä. Tarkoituksena on, että visuaalisesti selkeään 360°-ympäristön hyödyntäminen auttaa opiskelijaa hahmottamaan, miltä ympäristö näyttää ja miten siellä toimitaan sekä kaventaa teoriaopetuksen ja käytännön hoitotyön välistä kuilua (Barisone ym. 2019). ThingLink mahdollistaa interaktiivisen oppimisen, jolloin opiskelija saa tutustua tehohoitoympäristöön ja opintojakson opetusmateriaaliin haluamassaan järjestyksessä ja käydä tarvittaessa useamman kerran läpi vaikeammaksi kokemansa asiat. ThingLinkissä olevan materiaalin lisäksi opiskelijalla on mahdollisuus Moodlessa testata omaa oppimistaan jokaisen opintojakson osa-alueen jälkeen.

Akuuttihoitotyön perusteet -opintojakson toteutuksessa virtuaalisen 360°-ympäristön hyödyntäminen auttoi havainnollistamaan aikaisempaa paremmin, millainen teho-osasto ja tehovalvonta ovat hoitoympäristöinä ja millaisia asioita akuuttihoitotyössä

pitää erityisesti huolehtia. Opintojaksolle koostettiin erilaisia tyyppillisimpiä tehohoitopotilaita koskevia teoriakokonaisuuksia, jotta opiskelijoiden olisi helpompi hahmottaa kyseisen potilasryhmän hoitoa koskevat asiat ja hoitopolku. Virtuaalinen ympäristö mahdollisti myös perusteellisen teho- ja tehovalvontaosaston esittelyn hoitoympäristönä. Sellainenkin opiskelija, joka ei ole aikaisemmin teho-osastolla käynyt, pystyi interaktiivisen kuvan kautta tutustumaan perusasioihin sekä käymään yksikön perusasioita läpi omaan tahtiinsa ja oman mielenkiintonsa mukaan.

Yhteistyö Seinäjoen keskussairaalan tehostetun hoidon toimintayksikön kanssa sujui saumattomasti ja materiaali ehdittiin osittain kuvata ennen sairaaloiden tiukkoja vierailurajoituksia. Jatkossa materiaalia kehitetään kuvaamalla erilaisiin potilastapauksiin liittyviä case-videoita.

4 JOHTOPÄÄTÖKSET

Interaktiivisen virtuaaliympäristön hyödyntäminen akuuttihoitotyön teoriaopetuksessa tarjosi kirjoittajille mielekkään mahdollisuuden oman opintojakson rakentamiseen ja opiskelijoiden oppimisen tehostamiseen. 360° -kameran ja ThingLinkin käyttöönotto sujui vaivattomasti ja sen todettiin toimivan todella hyvin tämän opintojakson tarpeisiin. Akuuttihoitotyön perusteet -opintojakso on ensimmäistä kertaa tarjolla CampusOnlinessa ja osallistujilta kerätään palaute opintojakson lopussa sisältöä koskien. Palaute analysoidaan ja siitä kirjoitetaan opintojaksoa kuvaava toinen artikkeli. Palautteen avulla opintojakson edelleen kehittäminen opiskelijoiden tarpeita paremmin vastaavaksi on helpompaa.

Tulevaisuudessa ThingLinkin tai vastaavien interaktiivisen toiminnan mahdollistavien verkkoalustojen tarjoamia mahdollisuuksia voisi hyödyntää monipuolisesti hoitotyön eri alueiden teoriaope-

tuksessa ainakin osana havainnollistamaan opeteltavaa teoriaa. Jatkossa opettajat miettivät, mille muille opintojaksoille tämän kaltainen virtuaalimallintaminen sopisi. Opiskelijoilta kerätyn palautteen mukaan tätä mallinnusta voidaan laajentaa muihin verkko-opintoihin.

LÄHTEET

Bal, E. & Bicen, H. 2017. The purpose of studentm' social media use and determining their perspectives on education. *Procedia computer Media* 120, 177 - 181.

Barisone, M., Bagnasco, A., Aleo, G., Catania, G., Bona, M., Scaglia, S. G., Zanini, M., Timmins, F. & Sasso, L. 2019. The effectiveness of web-based learning in supporting the development of nursing students' practical skills during clinical placements: A qualitative study. *Nurse education in practice* 37, 56 - 61.

Button, D., Harrington, A. & Belan, I., 2014. E-learning & information communication technology (ICT) in nursing education: a review of the literature. *Nurse education today* 34 (10), 1311 - 1323.

Carman, M., Xu, S., Rushton, S., Smallheer, B. A., Williams, D., Amarassekara, S. & Oerman, M. H. 2017. Use of virtual learning platform for distance-based simulation in an acute care nurse practitioner curriculum. *Dimensions of critical care nursing* 36 (5), 284 - 289.

Clay, C. A., 2011. Exploring the use of mobile technologies for the acquisition of clinical skills. *Nurse education today* 31 (6), 582 - 586.

Connor, C. M. 2019. Using technology and assessment to personalize instruction: Preventing reading problems. *Prevention science* 20 (1), 89 - 99.

Croghan, S. M., Phillips, C. & Howson, W. 2019. The operating theatre as a classroom: a literature review of medical student learning in the theatre environment. *International Journjl of medical education* 10, 75 - 87.

Donaghy, J. 2016. Skills development at a paramedic accident simulation centre. *Emergency nurse* 23 (9), 22 - 24.

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/55/EU. Ammatti-pätevyyden tunnistamisesta.

Frutuoso, I., Doimo, T., Marqui, R., Contrin, L., Ribeiro, R. & Werneck, A. 2019. Creation of a virtual learning environment in intensive care. *Journal of nursing UFPE On line* 13 (5), 1278 -1287.

Gardner, P., Slater, H., Jordan, J. E., Fary, R. E., Chu, J. & Briggs, A. M. 2016. Physiotherapy students' perspectives of online e-learning for interdisciplinary management of chronic health conditions: a qualitative study. *BMC medical education* 16 (62).

Gomersal, C. D., Lam, P. & Joynt, G. M. 2010. Electronic interactive learning to supplement acute care teaching. *Medical education* 44 (5), 526 - 527.

Gormley, G. J., Collins, K., Boohan, M., Bickle, I. C. & Stevenson, M. 2009. Is there a place for e-learning in clinical skills? A survey of undergraduate medical students' experiences and attitudes. *Medical teacher* 31, e6 - e12.

Hammarlund, C. S., Nilsson, M. H. & Gummesson, C. 2015. External and internal factors influencing self-directed online learning of physiotherapy undergraduate students in Sweden: a qualitative study. *Journal of educational evaluation for health professions* 12 (33).

Hartman, N. D., Harper, E. N., Leppert, L. M., Browning, B. M., Askew, K., Manthey, D. E. & Mahler, S. A. 2018. A Multidisciplinary self-directed learning module improves knowledge of a quality improvement instrument: The HEART pathway. *Journal for healthcare quality* 40 (1), e9 - e14.

Herring, C., Brown, S. K., Morgan, B. T., Thompson, J., Kullmar, A. & Blood-Siegfried, J. 2019. Virtual orientation of volunteer short-term international health teams to increase self-confidence and cultural and global health competence. *The journal of continuing education in nursing* 50 (1), 35 - 40.

Hong, J. C., Hwang, M. Y., Szeto, E., Tsai, C. R., Kuo, Y. C. & Hsu, W. Y. 2016. Internet cognitive failure relevant to self-efficacy, learning interest, and satisfaction with social media learning. *Computers in human behavior* 55 (A), 214 - 222.

Kobayashi, L., Xiao, C. Z., Collins, S. A., Karim, N. & Merck, D. L. 2018. Exploratory application of augmented reality/ mixed reality devices for acute care procedure training. *Western journal of emergency medicine* 19 (1), 158 - 164.

Laukkanen, A. 2020. Yleissairaanhoidajan (180 op) osaamisvaatimukset ja sisällöt. [Blogikirjoitus]. YleSHarvointi 2018 - 2020. Savonia Blogit 15.1.2020. [Viitattu 14.5.2020]. Saatavana: <https://blogi.savonia.fi/ylesharvointi/2019/01/31/yleissairaanhoidajan-180-op-osaamisvaatimuslauseet-ja-sisallot-julkaistu/>

Lewis, R. 2011. Learning the "SMART" way...: results from a pilot study evaluating an interprofessional acute care study day. *Nurse education today* 31 (1), 88 - 93.

Liaw, S. Y., Carpio, G. A. C., Lau, Y., Tan, S. C., Lim, W. S. & Goh, P. S. 2018. Multiuser virtual worlds in healthcare education: A systematic review. *Nurse education today* 65, 136 - 149.

Muldowney, Y. & McKee, G. 2011. Nurses new to intensive care: perceptions of their clinical learning environment. *Nursing in critical care* 16 (4), 201 - 209.

Nation-Grainger, S. 2017. 'It's just PE' till 'It felt like a computer game': using technology to improve motivation in physical education. *Research papers in education* 32 (4), 463 - 480.

Regmi, K. & Jones, L. 2020. A systematic review of the factors - enablers and barriers - affecting e-learning in health sciences education. *BMC medical education* 20 (91).

Salakari, H. 2007. Learning practical skills in a virtual environment. Tampere: Tampere University Press. Acta Universitatis Tamperensis 1230. Diss.

SeAMK. 2020. Opetussuunnitelma. Sairaanhoidaja. [Verkköjulkaisu]. [Viitattu 19.4.2020]. Saatavana:<https://opinto-opas.seamk.fi/index.php/fi/21/fi/77/SH20/year/2020>

Sterner, A., Säfström, E., Palmer, L., Ramstrand, N. & Hagiwara, M. A. 2020. Development and initial validation of an instrument to measure novice nurses' perceived ability to provide care in acute situations - PCAS. *BMC nursing* 19 (1), 1 - 9.

Torrente, J., Moreno-Ger, P. & Fernandez-Ortiz, I. 2009. Integration of educational games in e-learning environments: The learning object model meets educational gaming. *Journal of educational technology & society* 12 (4), 359 - 371.

Ware, N. P. 2018. Exploring nurses' knowledge and comfort as heart failure educators in a non-cardiac acute care environment prior to providing an online learning module. University of North Carolina at Charlotte. Diss.

Warren, J. N., Luctkar-Flude, M., Godfrey, C. & Lukewich, J. 2016. A systematic review of the effectiveness of simulation-based education on satisfaction and learning outcomes in nurse practitioner programs. *Nurse education today* 46, 99 - 108.

Williams, E. & Palmer, C. 2014. Student nurses in critical care: benefits and challenges of critical care as a learning environment for student nurses. *Nursing in critical care* 19 (6), 310 - 315.

SAIRAAHOITAJA- JA TERVEYDENHOITAJA- OPISKELIJOIDEN SYDÄNSÄHKÖKÄYRÄN RYTMIN TUNNISTAMISEN OPPIMINEN TEORIAOPETUKSEN, ITSEOPISKELUMATERIAALIN SEKÄ SIMULAATION KEINAIN

Meri Matala-aho, TtM, tuntiopettaja
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

1 JOHDANTOA

Seinäjoen ammattikorkeakoulussa AMK-tutkinnot voidaan suorittaa sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien osalta päivätoteutuksena sekä sairaanhoitajien osalta myös monimuotototeutuksena. Sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijat saavat SeAMKissa EKG-opetusta eri kurssien yhteydessä, kuten esimerkiksi Hoitotyö akuuteissa ja kriittisissä tilanteissa (2 op) -kurssilla (Opetussuunnitelmat 2019 - 2020, [viitattu 16.2.2020]). Opetusta annetaan eri opetusmenetelmiä käyttäen, joita ovat esimerkiksi perinteinen teoriaopetus, itseopiskelu perustuen annettavaan tai ohjattuun itseopiskelumateriaaliin sekä simulaatio-opetus, jossa voidaan hyödyntää tietoteknisiä laitteita, kuten ALSia, REALITYä sekä defibrillaattoria. Simulaatio-opetuksessa käytetään aidon tilanteen luomiseksi simulaationukkeja, jolle voidaan ohjelmoida eri rytmejä sekä säätää hengitystä, silmien liikettä ja ihon väriä. Simulaatiotilanteista pyritään luomaan mahdollisimman aidon-

tuntuksia siten, että toimintaympäristö vastaisi ikään kuin oikeaa käytännön tilannetta.

Elektrokardiogrammi (EKG) on testi, jonka avulla mitataan sydämen sähköistä toimintaa (American Heart Association 2015). EKG on ei-invasiivinen menetelmä kardiologisessa diagnosoinnissa (Garcia 2015), nopea tutkimus (Humphreys 2011, 31) ja se on yleisimmin käytetty alustava seulontakoe rintakipuisilla potilailla (Zhang & Hsu 2013). EKG-seurannan tarkoitus on teknisen kehityksen myötä laajentunut perusrytmien jäljittämisestä monimutkaisten rytmihäiriöiden tunnistamiseen sekä sydänlihaskemian havaitsemiseen (Zhou ym. 2012). EKG:n tulkinnassa keskeisin asia on tunnistaa rytmi (Humphreys 2011, 31) ja tulkinnassa on suotavaa tarkastella EKG:tä järjestelmällisesti (Mäkijärvi ym. 2011, 43). EKG:n tulkintaa voidaan parhaiten kehittää keskittymällä graafeihin (Woodrow 2010). Useat EKG-laitteet antavat diagnooseja, mutta nämä saattavat olla epämääräisiä tai vääriä eikä näiden pitäisi korvata ammattilaisen analyysia (Aro & Parikka 2015). EKG-löydösten tunnistaminen on tärkeä kyky sairaanhoitajilla (Peace ym. 2015). Holthaus & Wrightin (2017) mukaan hoitotyön opiskelijoilla on vaikeuksia EKG:n tunnistamisessa. Hoitotyön opiskelijoiden kliinisen teorian puuttuminen saattaa aiheuttaa hankaluuksia EKG-rytmien tunnistamisessa ja tällä voi olla vaikutuksia potilaan hoitoon. Oikealla EKG:n tulkinnalla ja informoinnilla on käytännössä merkittävä vaikutus. Ammatitaitoinen EKG:n tulkinta on tärkeää hoitotyössä. (Holthaus & Wright 2017.)

2 AIKAISEMPI TUTKIMUSTIETO HOITOTYÖN OPISKELIJOIDEN EKG-RYTMIEN TUNNISTAMISEN ERI MENETELMISTÄ

Sheilini & Devi (2014) ovat tutkineet EKG-monitoroinnin ja tulkin kinnan opetusohjelman tehokkuutta ja selvittäneet hoitotyön opiskelijoiden (n=40) tietämystä EKG-monitoroinnista ja tulkin nasta. Tutkimuksessa käytettiin strukturoitua kyselylomaketta ja EKG-työkalua tulkintataitojen arviointiin. Opetus annettiin samana päivänä esikokeen kanssa. Jälkikoe suoritettiin kuu kauden kuluttua interventiota. Tuloksista kävi ilmi, että taitotu loksissa sekä rytmihäiriöiden tulkinna alueella oli merkittäviä parannuksia intervention jälkeen. Tutkimustulos osoitti, että EKG-monitoroinnin ja tulkinna opetusohjelma toimi vahvis teena opiskelijoille. (Sheilini & Devi 2014.) Lankinen (2013) on väitöskirjassaan tutkinut päivystyshoitotyön osaamista valmis tuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden arvioimana. Tutkimuksessa kuvattiin eri osaamisen aloja, joista yksi oli kliininen osaaminen. Tutkimustuloksista käy ilmi, että sairaanhoitajaopiskelijoilla on itsearviointiin mukaan vähiten osaamista EKG:n tulkitsemisessä (ka 42,7). Sairaanhoitajaopiskelijoiden itsearvioitun kliinisen osaamisen keskiarvo oli 64,8, mikä oli alle tavoitellun kliinisen osaamisen tason (80). (Lankinen 2013.) Sairaanhoitajilla ja hoi totyön opiskelijoilla on puutteita tulkita ja tunnistaa eri rytmejä (Hernandez-Padilla ym. 2017). EKG-rytmien tunnistamiseen kehitettiin kolme osiota sisältävä työkalupakki, minkä avulla on mahdollista arvioida opiskelijoiden osaamista kokonaisvaltai sesti. Analyysi osoitti, että kolmen välineen työkalupakki auttoi EKG-rytmin tunnistamisessa. (Hernandez-Padilla ym. 2017.)

Zhang ja Hsu (2013) tutkivat koulutusohjelman vaikuttavuutta sairaanhoitajien EKG:n tunnistamiseen. Luentopohjainen opetus ja itseopiskeltu materiaali olivat tehokkaita keinoja parantaa

sairaanhoidajien EKG-osaamista. Heidän tutkimuksensa mukaan EKG-koulutuksella on vaikuttavuutta EKG-tietämykseen rytmien tunnistamisesta. (Zhang & Hsu 2013.) Holthaus & Wright (2017) ovat tutkineet 3D-sovellustekniikan tehokkuutta hoitotyön opiskelijoiden EKG:n tunnistamisen taidoissa. Teknologia voi tarjota vuorovaikutteisuutta EKG:n oppimisessa nykyisen opetuspedagogiikan rinnalla, mutta 3D-sovellustekniikalla ei ole tilastollisesti merkitsevää vaikutusta hoitotyön opiskelijoiden (n=50) EKG:n tietämykseen. (Holthaus & Wright 2017.)

Tubaishat & Tawalbeh (2015) ovat tutkineet simulaatiosovelluksen käyttämistä Jordaniassa hoitotyön opiskelijoiden EKG:n tunnistamisen parantamiseen sekä rytmihäiriöiden hallintaan. Henkeä uhkaavia rytmihäiriöitä voidaan simuloida tietokoneen avulla. Simulaatio on osoittautunut tehokkaaksi opetusmenetelmäksi. Erotus koeryhmän ja kontrolliryhmän välillä rytmihäiriötietoudessa on merkittävä. Tutkimustulos viittaa siihen, että sydämen rytmihäiriöiden tietämys paranee merkittävästi molempien opetusmenetelmien jälkeen simulaatio-kokeiluryhmässä sekä perinteisessä koulutus-kontrolliryhmässä. Tulosten mukaan simulaatioihin perustuva opetus on tehokkaampaa kuin perinteinen koulutusmenetelmä rytmihäiriöosaamisen kehittämisessä. (Tubaishat & Tawalbeh 2015.) Craffordin ym. (2019) tutkimustulosten mukaan hoitotyön opiskelijat kokevat simulaation käytön opetuksessa positiivisena asiana. Simulaatio koetaan tehokkaaksi opetus- ja oppimismenetelmäksi. Simulaatio mahdollistaa myös virheiden tekemisen ja niiden korjaamisen, mikä lisää opiskelijoiden varmuutta ja virheiden kautta oppimista. (Crafford ym. 2019.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvata SeAMKin sosiaali- ja terveysalan kolmannen ja neljännen vuoden sairaanhoitaja- ja

terveydenhoitajaopiskelijoiden saamaa EKG-rytmien opetusta eri opetusmenetelmin sekä niiden koettua tarpeellisuutta. Artikkelin tavoitteena on tuottaa tietoa sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden omakohtaisista kokemuksista EKG-opetuksen määrästä, tarpeellisuudesta ja EKG-rytmien tunnistamisesta eri opetusmenetelmin.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimuksen osallistujina olivat SeAMKin sosiaali- ja terveystieteiden kolmannen ja neljännen vuoden sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijat (n=47). Aineistonkeruu tapahtui sähköisellä lomakkeella (Webropol) 2 - 15.3.2020. Osallistujille lähetettiin sähköpostin välityksellä tiedote tutkimuksesta ja linkki tutkimuksen kyselylomakkeeseen. Kysely oli avoinna kaksi viikkoa julkaisupäivästä alkaen. Yksi muistutuskirje lähetettiin kyselyn aikana. Kyselyyn vastasi 47 sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijaa. Jatkossa osallistujista käytetään nimitystä vastaajat.

Kyselylomake sisälsi kolme kysymystä taustamuuttujista: sukupuoli, ikä ja opintosuunta. Näiden lisäksi kysyttiin seuraavia asioita:

- Mikä seuraavista kolmesta eri vastausvaihtoehdosta kuvaa parhaiten saamaasi EKG-rytmien opetuksen määrää koulussa?
- Koetko EKG-rytmien tunnistamisen tärkeäksi ajatellen sh/th-uraasi?
- Millä eri opetusmenetelmillä olet saanut opetusta EKG-rytmien tunnistamiseen?
- Tukeeko annettu EKG-rytmien tunnistamisen opetus omaa oppimistasi?

Lisäksi pyydettiin avoin palaute EKG-rytmien tunnistamisen opetuksesta.

Kysymyksissä ”Koetko EKG-rytmien tunnistamisen tärkeäksi ajatellen sh/th-uraasi?” ja ”Tukeeko annettu EKG-rytmien tunnistamisen opetus omaa oppimistasi?” arviointi tapahtui Likert-asteikolla 1 - 5. Likert-asteikko on yleisimmin käytetty asteikko, jossa on sekä positiivisia että negatiivisia lausekkeitä (Moule & Goodman 2009, 306 - 307, Parahoo 2014, 289). Tutkimuksen kyselylomake esitettiin ennen käyttöönottoa. Esitestaukseen osallistui seitsemän SeAMKin opettajaa. Esitestauksessa ei ilmennyt sellaisia seikkoja, joiden perusteella kyselylomaketta olisi pitänyt muuttaa. Kyselylomake toimi moitteettomasti.

Tutkimuksen aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Kuvailuun käytettiin frekvenssi- ja prosenttilukuja sekä keskiarvo ja -hajontalukuja. Avoimet palautteet analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Taustamuuttujista vastaajien ikä luokiteltiin kahteen luokkaan (alle 30 vuotta ja yli 30 vuotta).

5 TUTKIMUSTULOKSET

Vastaajista (n=47) suurin osa oli naisia (96 %). Heistä suurin osa (n=35) oli alle 30-vuotiaita. Vastaajien iän keskiarvo oli 27 vuotta (md=25, vaihteluväli 21 - 45 vuotta). Kaksi ei ilmoittanut ikäänsä. Vastaajista 77 % oli sh-opiskelijoita ja 23 % oli th-opiskelijoita. Kokemus saadun EKG-rytmien opetuksen määrästä vaihteli vastaajien kesken. Vastaajista lähes kaikki (87 %) olivat sitä mieltä, että EKG-rytmien opetusta on liian vähän ja vain pieni osa (15 %) vastaajista oli sitä mieltä, että EKG-rytmien opetusta on sopivasti. Yksi vastaaja oli antanut vastauksen kahteen vastausvaihtoehtoon. Kukaan vastaajista ei ollut sitä mieltä, että EKG-rytmien opetusta olisi liian paljon. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Saadun EKG-rytmien opetuksen määrä koululla.

Saatu EKG-rytmien opetuksen määrä	n	%
opetusta on liian vähän	41	87,23
opetusta on sopivasti	7	14,89
opetusta on liian paljon	-	-

EKG-rytmien tunnistamisen tärkeys ajatellen tulevaa sh/th-uraa koettiin suurimman osan mielestä (n=41) erittäin tärkeäksi (54 %) tai melko tärkeäksi (35 %). Vastaajista 4 % ei osannut sanoa, kokeeko EKG-rytmien tunnistamisen tärkeäksi ajatellen sh/th-uraa. Jonkun verran tärkeäksi EKG-rytmien tunnistamisen koki 7 % vastaajista. Kukaan vastaajista ei vastannut, että ei kokisi tärkeäksi EKG-rytmien tunnistamista. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. EKG-rytmien tunnistamisen tärkeys ajatellen sh/th-uraa.

EKG-rytmien tunnistamisen tärkeys sh/th-uralla	n	%
koen erittäin tärkeäksi	25	54,35
koen melko tärkeäksi	16	34,78
en osaa sanoa	2	4,35
koen jonkun verran tärkeäksi	3	6,52
en koe tärkeäksi	-	-

Vastaajat olivat saaneet opetusta EKG-rytmien tunnistamiseen eri opetusmenetelmillä. Tähän kysymykseen pystyi antamaan usean vastausvaihtoehdon siten, että jos oli saanut EKG-rytmien tunnistamiseen opetusta esimerkiksi itseopiskelumateriaalina sekä simulaatio-opetuksella, niin tällöin valitsi nämä vastausvaihtoehdot. Vastaajista suurin osa (81 %) oli saanut EKG-rytmien tunnistamiseen opetusta teoriaopetuksena. Simulaatio-opetuksen osuus oli 68 % saaduista opetusmenetelmistä. Itseopiskelumateriaalin

osuus, mikä sisälsi esim. Duodecimin verkkokurssin ja EKG-kansion, oli 66 % annetuista opetusmenetelmistä. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Millä eri opetusmenetelmillä olet saanut opetusta EKG-rytmien tunnistamiseen?

Eri opetusmenetelmillä saatu opetus rytmien tunnistamiseen	n	%
teoriaopetus	38	80,9
itseopiskelumateriaali	31	66,0
simulaatio-opetus	32	68,1

Kysymykseen ”Tukeeko annettu EKG-rytmien tunnistamisen opetus omaa oppimistasi?” tuli eniten hajontaa. Alle puolet vastaajista (n=18) olivat sitä mieltä, että annettu EKG-rytmien opetus tukee jonkun verran (41 %) omaa oppimista. Kun taas vastaajista 12 oli sitä mieltä, että annettu EKG-rytmien tunnistamisen opetus tukee melko paljon (27 %) omaa oppimista. Vastausvaihtoehtoon ”tukee erittäin paljon” (16 %) oli vastauksia yhteensä seitsemän, samoin kuin vastausvaihtoehtoon ”en osaa sanoa” oli samat prosenttiosuudet ja frekvenssit. Kukaan vastaajista ei ollut sitä mieltä, että EKG-rytmien tunnistamisen opetus ei tukisi omaa oppimista. Kolme ei vastannut tähän kysymykseen ollenkaan. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Tukeeko annettu EKG-rytmien tunnistamisen opetus omaa oppimistasi?

Tukeeko annettu opetus omaa oppimistasi	n	%
tukee erittäin paljon	7	15,9
tukee melko paljon	12	27,3
en osaa sanoa	7	15,9
tukee jonkun verran	18	40,9
ei tue	-	-

Avoimeen palautteeseen antoi vastauksen yhteensä 29 kyselyyn vastannutta sh/th-opiskelijaa. Avoimista vastauksista kävi ilmi, että suurin osa vastanneista sh/th-opiskelijoista piti EKG-rytmien tunnistamisen opetusta tärkeänä osana koulutusta ja he toivoivat EKG-opetusta lisää. Useasta vastauksesta kävi ilmi myös, että opetusta kaivattiin joko säännöllisesti tai koko kouluajalle tapahtuvaksi.

”Opetusta tulisi lisätä” (opiskelija 1).

”Mielenkiintoista opittavaa, johon tulisi olla riittävästi opetusta” (opiskelija 2).

”Lisää selkeää ja perusteellista opetusta” (opiskelija 4).

”Ehdottomasti lisää opetusta!” (opiskelija 5).

”Opetusta aiheesta on liian vähän” (opiskelija 27).

”Tärkeä osa hoitotyötä on muutamana hassuna verkkokurssina” (opiskelija 11).

”Tähän tarvitaan paljon kunnollista opettamista, tärkeitä asioita” (opiskelija 18).

”EKG-rytmien tunnistamista saisi olla pitkin koulua” (opiskelija 15).

”Voisi olla enemmän opetusta kyseisestä aiheesta” (opiskelija 19).

”Tarvitsisi vain useasti kertausta” (opiskelija 16).

”Tähän mennessä sitä ei ole ollut paljoa, mutta tiedän että sitä on vielä kevään aikana tulossa” (opiskelija 7).

Vastaajat toivat esille myös sen, että EKG-rytmien opetusta tulisi käydä maltillisella sekä rauhallisella tahdilla läpi. Osa koki, että

rytmien tunnistamiseen ei jäänyt tarpeeksi aikaa tai asiat käytiin läpi pintapuolisesti.

”Opettajat haluaisivat opettaa hyvin, mutta heillä on vähän läsnäolotunteja ja kovalla vauhdilla mentiin asioita läpi” (opiskelija 2).

”Maltillisemmalla tahdilla kiitos” (opiskelija 6).

”Asiat käytiin myös nopeasti lävitse, eikä rytmien tunnistamiseen jäänyt riittävästi aikaa” (opiskelija 9).

”Teoriatunneilla EKG asioita käydään hyvin pintapuolisesti läpi” (opiskelija 12).

”EKG-rytmien opetukseen voisi käyttää enemmän aikaa, koska sh:na olisi tärkeää osata tulkita niitä” (opiskelija 22).

EKG-rytmien tunnistaminen oli osalle vastaajista vaikeaa. He toivoivat etenkin opintojen alkuvaiheeseen lisää perusrytmien läpikäymistä. Lisäksi vastaajat toivat esille henkeä uhkaavien rytmien ja EKG:ssä tapahtuvien muutosten tärkeyden rytmien tunnistamisessa.

”EKG-rytmien tunnistaminen oli meidän luokkalaisille todella vaikeaa” (opiskelija 1).

”Lisäisin opetuksen alkuun enemmän perusrytmejä” (opiskelija 3).

”Vielä entistä enemmän voisi korostaa myös normaalin sinusrytmin ja henkeä uhkaavien välitöntä hoitoa vaativien rytmien tunnistamista” (opiskelija 9).

”Eryteisesti tärkeimmistä rytmeistä ja muutoksista olisi hyvä puhua enemmän” (opiskelija 12).

”Olisi hyvä, että tunneilla käytäisiin jokaisen rytmin tyyppisemmät tunnistamistavat selkeästi ja riittävän ajan kanssa” (opiskelija 17).

”Opetuksessa olisi hyvä konkreettinen opetus, jossa olisi ryhmitelty esim. flimmeri ja sen alla monta esimerkkiä miltä flimmeri voi näyttää ja tunnusmerkit mistä sen tunnistaa ja näin jokaisesta eri rytmihäiriöstä” (opiskelija 23).

”EKG-rytmien tunnistaminen perusvaiheen opetuksessa tulisi vastata sairaanhoitajan osaamisvaatimukseen työelämässä tarvittavaa tasoa” (opiskelija 26).

Vastaajat toivat esille simulaatio-opetuksen tärkeyden. Simulaatio-opetus koettiin hyväksi tavaksi oppia EKG-rytmejä, sillä simulaatiossa voitiin käyttää tunnistamisen apuna monitoreita. Tämä helpotti EKG-rytmien hahmottamista ja antoi kokonaisvaltaisen kuvan potilaan tilasta. Simulaatio-opetusta toivottiin lisää. Myös teoriaopetusta kommentoitiin hyväksi tavaksi oppia.

”Teoria- ja simulaatio-opetus mielestäni parhaat menetelmät oppimiseen” (opiskelija 24).

”Simulaatiossa enemmän monitoreista nähtävää EKG:n tulkintaa” (opiskelija 19).

”Enemmän simulaatioita ja oikeita rytmien kattomisia tilanteissa” (opiskelija 20).

”Enemmän saisi olla simulaatio-opetusta, jossa katsottaisiin eri rytmejä koneelta” (opiskelija 8).

”Simulaatio-opetusta ei ole ollut ollenkaan. Sitä olisin kaivannut” (opiskelija 10).

EKG-rytmien tunnistaminen itseopiskeluna koettiin opiskelijan kannalta raskaaksi ja kuormittavaksi eikä oppiminen ollut tällöin riittävää.

”Paljon täytyy itse opiskella ja sisäistää” (opiskelija 13).

”Nyt on jäänyt todella paljon itse opiskeltavaksi” (opiskelija 14).

”Nyt aika pitkälti opetus ollut opiskelijan omalla vastuulla” (opiskelija 21).

”Itsenäistä opiskelua käytetään paljon EKG-rytmien tunnistamisessa enkä itse koe sitä riittäväksi” (opiskelija 12).

”EKG:n opettelu tullut harjoitteluissa ja töissä tärkeäksi osaksi osaamista, ja koen, että siihen ei tarpeeksi tukea ja opetusta ole saanut” (opiskelija 25).

”Käytännössä en ole paljoa tarvinnut, tai harjoittelussa ohjaajani eivät ole osanneet tulkinnassa ohjata” (opiskelija 29).

Kehittämisehdotuksia tuli myös vastauksista esille. Näitä olivat muun muassa EKG-rytmien tunnistamisen pelin kehittäminen (esim. mobiilisovellus), rytmien tunnistamisen lisääminen lääkärin erityiskysymysten aiheeksi, EKG-rytmien lisääminen laboraatiopäiviin sekä EKG-opetuksen siirtäminen siten, että sitä tulisi tasaisesti opintojen edetessä. Lisäksi toivottiin EKG-rytmien opetusta monitorilta sekä yhdessä tarkistettavia ja tulkittavia tehtäviä. Lisäksi toivottiin tiivistä ja konkreettista EKG-pakettia opetukseen.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimustulokset osoittavat, että EKG-rytmien tunnistamisen opetus eri opetusmenetelmillä on tärkeää. EKG-rytmien tunnistaminen koetaan mielenkiintoiseksi ja tärkeäksi. Etenkin akuuttihoiton syventävät opinnot valitseville harjoittelujaksoille sekä käytännön työhön EKG-rytmien tunnistamisella uskotaan olevan merkitystä. Tulokset osoittavat selkeästi sen, että EKG-rytmien opetusta koululla on liian vähän. Opetusta kaivataan enemmän säännöllisesti tapahtuvaksi siten, että opiskelun alkuvaiheen EKG-osaaminen säilyisi hyvässä muistissa opiskelun

loppuvaiheessakin. Suuri osa vastaajista koki, että opintojen alussa käydyt EKG-rytmien tunnistamisen perusteet unohtuivat ja että oletettiin opiskelijoiden osaavan EKG-rytmit opintojen edetessä, vaikka edellisistä opetuskerroista saattoi olla pitkä aika. Vastauksissa tuotiin esiin se, että EKG-rytmeihin toivottiin kertausta opiskelujen aikana. Suurin osa vastaajista (41 %) oli sitä mieltä, että EKG-rytmien tunnistamisen opetus tukee jonkin verran omaa oppimista. Tämä tulos oli yllätyksellinen siinä mielessä, että EKG-rytmien tunnistamiseen annetaan opetusta usealla eri opetusmenetelmällä. Osalla vastaajista simulaatio-opetus oli vasta tulossa, kun kysely järjestettiin. Teoria- ja simulaatio-opetus koettiin hyvänä opetusmenetelmänä. Tämä tutkimustulos antaa arvokasta tietoa sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden mielipiteistä EKG-rytmien opetuksesta eri opetusmenetelmillä. Tulevaisuudessa on tärkeää huomioida opiskelijoiden toiveet ja kehittää niiden perusteella EKG-rytmien opetusta opiskelijaystävällisemmäksi. Esimerkiksi materiaalin kehittäminen, digitaalisten laitteiden hyödyntäminen opetustilanteissa sekä simulaatioiden monipuolisuus ovat hyviä keinoja parantaa oppimista.

LÄHTEET

American Heart Association. 2015. Electrocardiogram (ECG or EKG). [Verkkosivu]. [Viitattu 11.5.2020]. Saatavana: http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/SymptomsDiagnosisofHeartAttack/Electrocardiogram-ECG-or-EKG_UCM_309050_Article.jsp

Aro, A. & Parikka, H. 2015. EKG-poikkeavuuksien kliininen merkitys. Suomen lääkärilehti 70 (6), 307.

Crafford, I., Kilian, C., Moore-Saayman, R., Dreyer, J. & Rossouw, M. 2019. Learning in simulation: Ready? Steady? GO! [Verkkolehtiartikkeli]. Professional nursing today 23 (1), 35 - 41. [Viitattu 15.4.2020]. Saatavana CHINAL-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Garcia, T. 2015. Acquiring the 12-lead electrocardiogram: Doing it right every time. *Journal of emergency nursing* 41 (6), 474 - 475.

Hernandez-Padilla, J. M., Granero-Molina, J., Marquez-Hernandez, V. V., Suthers, F. Lopez-Entrambasaguas, O. M. & Fernandez-Sola, C. 2017. Design and validation of a three-instrument toolkit for the assessment of competence in electrocardiogram rhythm recognition. *European journal of cardiovascular nursing* 16 (5) 425 - 434.

Holthaus, A. & Wright, V. H. 2017. A 3D app for teaching nursing students ECG rhythm interpretation. *Nursing education perspective* 38 (3), 151 - 152.

Humphreys, M. 2011. *Nursing the cardiac patient*. Oxford: Wiley-Blackwell.

Lankinen, I. 2013. Päivystyshoitotyön osaaminen valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden arvioimana. Turku: Turun yliopisto. Väitösk.

Moule, P. & Goodman, M. 2009. *Nursing research: an introduction*. London: Sage.

Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. 2011. *Sydänsairaudet*. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim.

Opetussuunnitelmat 2019 - 2020. Ei päivystä. [Verkojulkaisu]. Seinäjoki: Seinäjoen ammattikorkeakoulu. [Viitattu 16.2.2020]. Saatavana: <https://newops.seamk.fi/fi/opetussuunnitelmat/>

Parahoo, K. 2014. *Nursing research: Principles, process and issues*. 3rd ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Peace, A., Ramsewak, A., Cairns, A., Finlay, D., Guldenring, D., Clifford, G. & Bond, R. 2015. Using computerized interactive response technology to assess electrocardiographer and for aggregating diagnose. *Journal of electrocardiology* 48 (6), 995 - 999.

Sheilini, M. & Devi, D.S. 2014. Effectiveness of educational intervention on ECG monitoring and interpretation among nursing students. *Journal of dental and medical sciences* 13 (12), 1 - 5.

Tubaishat, A. & Tawalbeh, L. I. 2015. Effect of cardiac arrhythmia simulation on nursing students' knowledge acquisition and retention. *Western journal of nursing research* 37 (9), 1160 - 1174.

Woodrow, P. 2010. Introduction to electrocardiogram interpretation: part 2. *Emergency nurse* 18 (2), 28 - 36.

Zhang, H. & Hsu, L. L. 2013. The effectiveness of an education program on nurses' knowledge of electrocardiogram interpretation. *International emergency nursing* 247 - 251.

Zhou, L., Tao, Z., Wu, Y., Wang, N., Chen, T., Song, Y., Deng, Y. & Zhang, Y. 2012. Individual and institutional factors affecting cardiac monitoring in coronary care units: A national survey of Chinese nurses. *International journal of nursing studies* 49 (5), 570 - 578.

HYVINVOINTITEKNOLOGISET MITTAUKSET HYVINVOINNIN TUKENA - MIKSI JA MITEN?

Kaija Loppela, KT, yliopettaja
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Merja Hoffrén-Mikkola, LitT, yliopettaja
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

1 ALUKSI

Tausta ja kimmoke tämän artikkelin kirjoittamiseen on muun muassa vuosina 2017 - 2019 toteutetussa ESR-rahoitteisessa DIDIVE-hankkeessa ja sen tuloksissa. Lisäksi motivaation tukeminen dialogisuuden keinoin on tärkeä tekijä niin työhyvinvointiin kuin ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin liittyen. Näitä asioita on tutkittu ja kehitetty useissa aikaisemmissa hankkeissa SeAMKin sosiaali- ja terveysalan yksikössä. Artikkelissa kuvataan mm. DIDIVE-hankkeeseen (Dialogia, digitalisaatiota ja verkostoyhteistyötä maaseutuyrittäjien työhyvinvoinnin ja tuloksellisuuden tueksi, 2017 - 2019) pohjautuen työntekijöiden ja yrittäjien työkyvyn ja työhyvinvoinnin tukemista hyvinvointiteknologisten mittausten avulla. DIDIVE-hankkeessa 84 % osallistujista koki mittausten tukeneen työhyvinvointiaan sekä yrityksen toimintaa ja madaltavan kynnyksiä terveyden edistämisen ja seurannan sovellusten käyttöönottoon. Artikkelissa käsitellään mittaustulosten dialogisen ja reflektiivisen tulkinnan merkitystä, missä asiantuntijalla on tärkeä rooli.

Artikkelissa tarkastellaan ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia ja siihen liittyviä tarpeita sekä esteitä sen toteutumiselle nyky-

yhteiskunnassa ja työelämässä. Asiaa lähestytään niin työhyvinvoinnin ja työssä tarpeellisten kehittämistoimenpiteiden kautta kuin myös ihmisten yksityiselämän, vapaa-ajan ja elämän kokonaisuuden näkökulmasta. Tällöin keskiössä ovat sekä kuormitus että siitä palautuminen ja tarvittaessa elämäntapamuutoksen toteuttaminen. Tarkastelussa on hyvä huomioida niin fyysiset, psykososiaaliset kuin tilannesidonnaiset tekijät mukaan lukien omat arvot tai mahdolliset arvoristiriidat.

2 KOKONAISVALTAINEN HYVINVOINTI

2.1 Työhyvinvointi

Työhyvinvointi on yhä enemmän esillä sekä työelämään että yleisemmin yhteiskunnalliseen keskusteluun liittyen. Työhyvinvointi on elinehto työssä ja siitä on tullut myös kilpailutekijä työntekijöiden rekrytoinnissa. Työhyvinvointi on oleellinen tekijä työntekijän työkyvyn, työmotivaation ja työssä jaksamisen kannalta. Niillä on vuorovaikutteinen suhde toisiinsa. Työhyvinvointi pitääkin sisällään laajasti työelämän laatuun vaikuttavia tekijöitä, kuten juuri edellä mainitun työmotivaation ja hyvän työkyvyn, mutta myös esimerkiksi osaamisen, luovuuden, innovatiivisuuden ja uudistumisen taitoja. Mikäli näitä asioita voidaan huomioida työpaikoilla ja työntekijöiden työhyvinvointia tuetaan aidosti, on se aina sekä työntekijöiden että työnantajan etu. (Loppela 2004.)

Työyhteisössä voidaan tukea paljon niin työkykyä kuin työhyvinvointiakin, mitkä ovatkin osittain samaa tarkoittavia asioista. Esimerkkejä tärkeistä työhyvinvointia tukevista tekijöistä ovat: työyhteisön hyvä ilmapiiri, yhteisöllisyys, avoin vuorovaikutus ja viestintä, hyvä työn organisointi, osaaminen, uudistuminen, arvostava, osallistava ja dialoginen johtaminen sekä työn kokeminen merkityksellisenä. Näiden ja monien muiden työelämän

hyvää laatua todentavien tekijöiden vaikutus on merkittävää myös työstressin vähentämiseksi, työn hallinnan kokemiseksi ja työssä jaksamiseksi. Nämä tekijät puolestaan tukevat ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia ja työmotivaatiota. Sekä työolosuhteilla että muun elämän tekijöillä on vaikutusta toinen toisiinsa sekä ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. (Syvänen ym. 2015.)

2.2 Työkuormitus

Työssä kuormittavia tekijöitä tunnetaan nykyään paljon. Karkeasti jaettuna kuormitusta voivat aiheuttaa niin fyysiset työolosuhteet, työturvallisuuden puutteet kuin myös psykososiaalinen ja eettinen kuormitus, jotka ovatkin kasvussa nykyisin monilla aloilla. Tästä kertoo myös se, että mielenterveyteen liittyvät ongelmat, kuten esim. masennus, ovat monien sairauslomien ja työkyvyttömyyseläkkeiden keskeisin syy. Tämä tosin voi olla osittain tilastoharhaa, sillä esimerkiksi työuupumukselle ei ole olemassa Suomessa omaa diagnoosiluokkaa, vaan diagnoosiksi kirjataan usein juuri esimerkiksi masennus, vaikka se ei olisikaan varsinainen pääoire eikä pääsyy työkyvyttömyyden aiheuttajana. Yhä useampi työkäinen saa sairauspäivärahaa mielenterveyden häiriön vuoksi. Kela maksoi vuonna 2018 sairauspäivärahaa mielenterveyden häiriöiden perusteella yhteensä 4,6 miljoonalta päivältä. Määrä kasvoi edellisvuoteen verrattuna puolella miljoonalla päivällä: vuonna 2017 määrä oli 4,1 miljoonaa päivää. Mielenterveyden häiriöt ovat nykyisin yleisin syy sairauspäivärahan saamiselle. Noin 74 300 työkäistä sai vuonna 2018 sairauspäivärahaa niiden perusteella. Vuodesta 2016 mielenterveyden häiriön perusteella päivärahaa saaneiden määrä on kasvanut yli neljänneksen (27 %). Toiseksi yleisin syy sairauspäivärahan saamiselle ovat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Niiden perusteella maksettujen päivien määrä pysyi vuonna 2018 ennallaan 4,3 miljoonassa päivässä. (Kela 2019.)

2.3 Työstä palautuminen

Olipa kuormitus sitten fyysistä tai psykososiaalista, tarvitaan työssä kokonaisvaltaista työ- ja toimintakykyä. Ihmisellä täytyy olla voimavaroja toteuttaa työnsä hyvin ja niin ikään voimavaroja selviytyä työpäivän jälkeen myös vapaa-ajasta, mikä sekin usein on hyvin täyteen ladattu erilaisin tehtävin, suorituksin ja odotuksin. Perheen ja työn yhteensovittamisesta on puhuttu jo ainakin parikymmentä vuotta. Nykyisin puhutaan paljon myös itselle varatun ajan löytämisestä, kuormituksesta palautumisesta ja rentoutumisesta sekä stressin vähentämisestä.

Nykyajan ihminen kohtaa stressiä elämässään vääjäämättömästi eikä stressiä ole mahdollista kokonaan välttää. Sitä voi kuitenkin oppia hallitsemaan ja jopa hyödyntämään. On hyvä myös muistaa, että kaikki stressi ei ole negatiivista, vaan on myös positiivista, toimintakykyä tukevaa stressiä, ns. eustressiä. Stressireaktio ja stressiä aiheuttavat tekijät ovat kaksi eri asiaa. Lyhyt stressireaktio usein parantaa toimintavalmiutta ja -kykyä. Pitkään jatkuvalla stressillä tai jatkuvalla stressireaktiolla on kielteisiä seuraamuksia ja siksi on hyvä oppia tunnistamaan stressiä ja siten opetella hallitsemaan ja lievittämään sitä. Etenkin pitkäaikaisesta rasituksesta palautuminen on tärkeää. Palautumiskeinot ovat yksilöllisiä. Pitkäaikaisen stressin syntymistä voi ennaltaehkäistä palautumalla rasituksen jälkeen riittävästi. Niin ikään hyvän ja laadukkaan unen merkitys on tärkeää palautumisessa. Stressin hallinta tapahtuu varsinaisessa stressitilanteessa ja palautuminen sen jälkeen. Ohjaajana ja tukijana on tärkeää tukea ihmisen olemassa olevia ja potentiaalisia psykologisia voimavaroja. (Ek 2019.)

2.4 Itsensä tunteminen, itsestä välittäminen ja huolehtiminen

Hyvinvoinnin ja työhyvinvoinnin saavuttamisessa ja ylläpitämisessä tarvitaan myös työntekijän omaehtoista itsestä huolehtimista, millä usein tavoitellaan kokonaisvaltaista hyvinvointia ja riittävän hyvää kuormituksesta palautumista. Jos vapaa-aikakin täytyy suorittamisesta, ei pelkkä työolosuhteiden parantuminen riitä hyvinvoinnin ylläpitämiseen ja riittävän elämän hallinnan tunteen saavuttamiseen. Itsensä tunteminen, omien voimavarojen arvioiminen, keinojen löytäminen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin ja jaksamiseen sekä terveyden edistämiseen vaatii myös omia ponnisteluja. Tällaisessa itsensä ja voimavarojensa tuntemisessa ja siinä kehittymisessä on avuksi kehitetty mm. teknologisia mittausmenetelmiä niin stressin kuin levon, kuormituksen ja palautumisen, ergonomian ja tänä päivänä paljon puhutun unen laadun arvioimiseen. Mittauksia tehdään niin henkilökohtaisesta halusta ja tarpeesta kuin myös yhä enemmän työnantajien ja työterveyshuollon taholta sekä terveyden edistämiseen ja kuntoutustoimintaan liittyen. Kyseisten mittausten tarkasteluun tulee mukaan varsinaisten tulosten mekaanisen analysoinnin lisäksi myös mm. eettisiä kysymyksiä, kuten ketä mittaukset palvelevat, mihin tietoja voidaan ja saa käyttää ja ylipäättään sen tarkastelu, mitä tapahtuu mittausten jälkeen. Miten mittaustulokset vaikuttavat itse mitattavaan syvällisemmin tarkasteltuna?

3 ELÄMÄNTAPAMUUTOKSEN TARVE, MAHDOLLISUUS JA MOTIVAATIO

Nykyään varmaankin lähes jokainen tiedostaa fyysisen aktiivisuuden merkityksen terveyden ylläpitämisessä ja edistämisessä. Kuitenkin on myös huomattu, että pelkkä tiedon jakaminen tai esimerkiksi liikunta- ja ravitsemussuositukset eivät ole riittäviä

keinoja saada esim. (liian) vähän liikkuvia lisäämään liikuntaa. Ihmiset eivät muuta tottumuksiaan asiantuntijan tai kenenkään muunkaan kehotuksesta tai käskystä. Liikunnan aloittamiseen, jatkamiseen ja yleensä liikunnalliseen elämäntapaan liittyy aina henkilökohtaisia asioita, arvoja, asenteita, näkemyksiä, uskomuksia, kokemuksia ja päätöksiä, joihin puolestaan vaikuttavat useat psykologiset ja psykososiaaliset sekä tilannekohtaiset tekijät. Näitä tekijöitä tulee ymmärtää ja ottaa huomioon silloin, kun pyritään muuttamaan tottumuksia ja ammattilaisen pyrkiessä tukemaan muutosta (kts. myös Lintunen 2019, 310.)

Kysymys onkin pitkälti yksilöllisestä motivaatiosta ja sen tukemisesta, ei toisen henkilön motivoinnista, koska toista ihmistä ei voi pelkästään ulkoapäin motivoida. Nykyään puhutaankin motivoivasta ohjauksesta tai keskustelusta, aikaisemmin käytettiin passiivisempaa ilmaisua ”motivoiva haastattelu,” mikä viittasi edelleenkin liikaa asiantuntijan ulkoapäin tekemään haastatteluun, kyselemiseen, opastamiseen - ei tasavertaiseen, dialogiseen keskusteluun kyseessä olevasta asiasta. Lähtökohtana ovat ohjattavan tai kohderyhmän yksilölliset tarpeet ja mahdolliset erityispiirteet. Liikuntaan liittyvä neuvonta ja ohjaus perustuvat kuitenkin usein liiaksi joko erilaisiin mittaustuloksiin (kuntotestit ja muut mittaukset) tai yleisiin liikuntasuosituksiin, jotka ovat asiantuntijalähtöisiä ja tällöin saattaa ihmisen yksilöllisyys ja valmius, toisin sanoen juuri motivaatio ja etenkin sisäinen motivaatio, jäädä liian vähäiselle huomiolle. (Lintunen 2019, 311.)

Tutkimuksella ja asiantuntemuksella on merkittävä rooli väestön terveyden edistämisessä. Terveys-, lääke-, ja liikuntatieteistä saatava tieto vastaa tiedollisiin kysymyksiin esim. liikunnan ja levon (uni mukaan lukien) laadusta ja määrästä. Sen sijaan tieto ja ymmärrys siitä, miten tukea yksilöllistä motivaatiota, ovat usein käyttäytymistieteellisiä haasteita. (Kts. myös Haukkala, Honkonen & Konttinen 2012.) Liikuntapsykologiassa voidaan keskittyä myös liikunnan ja psyykkisen hyvinvoinnin väliseen yhteyteen.

Tutkitaan esim. stressiin, tunteisiin ja itsearvostukseen liittyviä tekijöitä, kuten myös liikuntariippuvuuteen liittyviä ongelmia. Tiedetään, että fyysisellä aktiivisuudella, liikkumisella ja liikunnalla on positiivisia yhteyksiä myös kognitiivisiin suorituksiin. Liikunta- ja terveystieteitä tutkivat osaltaan samankaltaisia ilmiöitä, kuten juuri hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. (Lintunen 2019, 306.)

Käyttäytymistieteisiin perustuen on myös kehitetty edellä esitettyjä tietoja käytäntöön soveltava pysyvän terveystieteen muutosmalli. Siinä on keskeistä asiakkaan omien elämänarvojen ja tarpeiden tunnistaminen ja varmistaminen. Siinä pyritään tukemaan ohjattavan taitoja säädellä omaa käyttäytymistään sekä kykyä sovittaa ja linkittää terveyttä edistäviä toimintoja omaan elämään huolimatta mielen ja ympäristön muodostamista mahdollisista esteistä. Palkansaajien hyvinvointi ja terveys (PHT Ry) on lähtenyt kehittämään em. periaatteisiin nojaavaa aikuisten hyvinvoinnin edistämisen toimintamallia. Malli perustuu psykologian tohtori Anu Kangasniemen ja liikuntatieteen tohtori Kati Kauravaaran kanssa toteutettuun yhteistyöhön ja pohjautuu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. (Hietala & Somiska 2019, 24.)

Myös sisäisen motivaation tukeminen on mallin peruseriaatteita. Henkilön terveyttä tukevia valintoja pyritään tukemaan pitkällä aikavälillä. Pyrkimys on, että ohjattava itse oivaltaa ja löytää erilaisten kokeilujen ja toiminnallisten harjoitteiden, ts. omien kokemustensa kautta mielenkiinnon ja halun muutokseen. Omien arvojen pohtimisen ja myönteisten kokemusten kautta pyritään sisäisen motivaation heräämiseen ja sen tukemiseen. Toimintatapa on yksilöllisyyttä tukeva ja asiakkaan omaa valintaa ja päätöksiä korostava. Asiakas voi muodostaa omia konkreettisia, pieniin askelin eteneviä tavoitteita, joiden on hyvä olla sopusoinnussa omien arvojen, elämäntilanteen ja omien voimavarojen kanssa. (Hietala & Somiska 2019, 24.)

4 HYVINVOINTITEKNOLOGISET MITTAUKSET

Kun puhutaan erilaisten teknologioiden avulla tehtävistä ja terveyden tai hyvinvoinnin edistämiseen tähtäävistä mittauksista, käytetään yleisesti termejä itsensä mittaamisen teknologiat tai puettava teknologia. Nämä mittaukset kuuluvat hyvinvointitekнологia-termin alle, sillä ne ovat yleisimmin kuluttajille suunnattuja ratkaisuja, joilta ei edellytetä CE-merkintää. Yksinkertaisimmillaan kyse voi olla älypuhelimien terveyssovelluksesta, jonka kautta saadaan yksinkertaista ja summittaista tietoa mm. ihmisen liikkumisesta ja siten fyysisen aktiivisuuden määrästä. Puettava teknologia sisältää sormuksia, rannekkeita, kelloja, sykemittareita, vaatteita ja muita antureita, joihin on liitetty mitausanalytiikkaa ja joilla saadaan tietoa ihmisen kehon eri osien toiminnoista. Yleisimmin näillä teknologioilla mitataan sydämen sykettä, liikkeen määrää ja laatua (kiihtyvyyksiä) (Rauttola ym. 2019).

Juuri julkaistussa Työterveyslaitoksen selvityksessä tuotiin esille puettavan teknologian käytön nykytilannetta työterveyshuollossa, työpaikoilla ja vakuutusyhtiöissä Suomessa (Rauttola ym. 2019). Selvitystä varten teetettiin kysely työterveyshuollon edustajille (työterveyshoitajat, -lääkärit, -fysioterapeutit, johtajat, n=69) sekä haastateltiin teemahaastatteluin henkilöstöhallinnon, työterveyshuollon, vakuutusyhtiöiden sekä teknologiayritysten edustajia (n=24). Kyselyyn vastanneista 57 %:n työpaikka käytti puettavaa teknologiaa asiakkaillaan. Käyttökokemus vaihteli paljon, mutta yleisesti vastaajilla oli vain vähän kokemusta erilaisista teknologioista. 45 %:lla vastaajista oli kaksi vuotta tai vähemmän kokemusta mittauksista. Mitattavista signaaleista yleisimpiä olivat sykevälivaihtelu, kehon liike, hengitystaajuus, kehonkoostumus ja paino. Puettavaa teknologiaa käytettiin eniten terveyden arviointiin (85 %), elintapojen arviointiin (75 %), stressin mittaamiseen (64 %) sekä työ- ja toimintakyvyn arviointiin (23 %).

Mittauksista tunnistettiin olevan hyötyä yksilön muutokseen motivoimisessa, hyvinvoinnin arvioimisessa, kuormituksen ja palautumisen seurannassa, oman terveyden ja työkyvyn havainnoimisessa, ylläpidossa ja edistämisessä, fyysisen työn kuormittavuuden selvittämisessä, työn kehittämisessä sekä sairauspoissaolojen ehkäisemisessä. Kyselyssä suurimpina saatavina hyötyinä näistä hyvinvointiteknologisista mittauksista pidettiin oman tietoisuuden kasvamista terveydestä ja hyvinvoinnista (85 %), oman aikaansaamisen lisääntymistä (35 %), oman terveyden ja hyvinvoinnin parantumista (32 %) sekä terveydenhuollon ammattilaisen työn helpottamista (29 %). Vastaajista 88 % ilmoitti, että mittaamista tehdään sekä työ- että vapaa-ajalla, 20 % raportoi, että joissakin tapauksissa mittaaminen rajattiin työaikaan ja 15 %:n vastauksissa mittaaminen rajattiin vain vapaa-aikaan. Mittausten käytännön toteutuksesta sekä palautteen antamisesta mitattavalle vastasivat kyselyn mukaan useimmiten työfysioterapeutit (75 %) ja työterveyshoitajat (68 %). Valtaosa (90 %) tehdyistä mittauksista oli kertaluontoisia tai toistuvia kertaluontoisia mittauksia (seurantamittaukset, 43 %). Jatkuvaa mittaamista oli tehty ainoastaan pilottikokeiluina. (Rauttola ym. 2019.)

Hyvinvointiteknologisia mittauksia tehdään siis enenevässä määrin osana esim. työterveyshuollon asiakkaiden hyvinvoinnin edistämistoimia. Toiminta tulee todennäköisesti edelleen lisääntymään mittausmenetelmien ja -teknologioiden edelleen kehittyessä. Nyt tulisi kiinnittää erityistä huomiota ja lisätä keskustelua siitä, millä tavoin mittauksia ja niiden tuloksia tulisi hyödyntää osana hyvinvoinnin edistämistoimia ja kuinka mittaustuloksista tulisi kommunikoida, jotta niistä olisi mahdollista saada aitoa hyötyä ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin. Työterveyslaitoksen selvityksen mukaan (Rauttola ym. 2019), kun mittauksia tehdään osana työterveyshuollon toimintaa, missään paikassa ei jäädä kokonaan ilman ihmisen antamaa palautetta mittauksista, mikä on erityisen positiivista. Koska palautteen antajina ovat yleisimmin työterveyshoitajat ja -fysioterapeutit, tulisi kiinnittää erityistä huomiota näiden alojen koulutukseen, jotta heillä olisi osaaminen

tulkita mittauksia, tunnistaa virhelähteet ja antaa palaute niin, että se on yksilön omaksuttavissa ja hyödynnettävissä. Näin toimien mittauksilla voidaan tukea ihmisen oman sisäisen motivaation kasvamista elämäntapamuutosta kohtaan. Seuraavissa luvuissa käsitellään dialogisuuden merkitystä palautteenantoprosessissa ja kerrotaan esimerkki hankkeesta, jossa hyvinvointiteknologiset mittaukset ja dialoginen toimintatapa yhdistettiin maaseutuuyrittäjien hyvinvoinnin kehittämistyössä.

5 DIALOGISUUS MITTAUSTULOSTEN KÄSITTELYSSÄ - MOTIVAATIOTA TUKEVA KOHTAAMINEN

Sisäinen motivaatio liittyy ihmisen autonomian kokemukseen. Se on pidempikestoista kuin ulkoinen motivaatio ja siihen liittyy myös syvempi sitoutuminen. Sisäinen motivaatio voi syntyä omien kokemusten ja niiden reflektoinnin kautta. Keskeistä on itsereflektiivisyys ja reflektio myös toisen kanssa, jotka voivat olla asiantuntijan roolissa toimivia tai ns. vertaisia. Myös tottumukset saattavat tukea valintoja, jolloin tottumusten muuttaminen on keskeistä. Sinänsä rutiinit niin hyvässä kuin pahassa ovat ihmisen toimintaan ja hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä. Mielihyvän tunne, kokemuksellisuus sekä tunteet ohjaavat valintojamme ja sitä kautta myös tottumusten syntymistä.

Itsemääräämisteorian mukaisesti ihmisen täytyy voida itse valita ja päättää itseään koskevista asioista. Täytyy saada kokea osallisuutta ja vaikuttamismahdollisuuksia niin työelämässä kuin muussakin elämässä, myös elämäntavoissaan. Motivaatioon vaikuttavat mm. koettu autonomia ja pätevyys sekä sosiaalinen yhteenkuuluvuuden tunne. (Kts. myös Ryan & Deci 2017; Jaakkola & Liukkonen 2002.) Haaste asiantuntijalle on se, kuinka kommunikoida siten, että samaan aikaan tuodaan esille luotettava, tutki-

mukseen ja näyttöön perustuva tieto ja kuitenkin huomioidaan ja liitetään tämä tieto ihmisen omiin kokemuksiin ja sen hetkiseen tilanteeseen. Kokemuksia voi huomioida mm. eläytymällä ohjattavan tilanteeseen ja osoittamalla myötätuntoa ja empatiaa hänen kertomustaan kohtaan. (Kts myös Huovila 2019, 160.) Tärkeää on luottamus ja tasavertainen kohtaaminen. Vaikka ammattilainen kohtaa ohjattavan / autettavan, niin samalla kohtaa aina kaksi ihmistä, jolloin inhimillisen ja kunnioittavan vuorovaikutuksen syntyminen on tärkeää. Hyvässä vuorovaikutuksessa toteutuu dialogisuuden periaatteita ja myös reflektiivisyys on läsnä kaikkien osapuolten toiminnassa.

Pelkoihin vetoava viestintä ja vuorovaikutus voivat toimia lähinnä silloin, kun ohjattavan pystyvyyden tunne on erityisen vahva. Sen sijaan myönteinen viestintä on useimmiten toimivampaa. Myös räätelöidyn eli personoidun tiedon ja viestinnän on nykyisin todettu tukevan muutosta paremmin kuin yleinen, ns. vanhakanlainen terveyden edistäminen, tiedon jakaminen ja ohjaaminen. Motivaation kannalta itsemääräämisteoriat on tärkeä ja siinä tulee muistaa nimenomaan autonomian tunnetta tukeva ja lisäävä vuorovaikutus, mikä puolestaan sisältää myös muuta kuin sanallista viestintää, esim. ilmeet ja eleet kohtaamistilanteissa. (Kts. myös Hankonen 2017, 22.)

Dialogisen toimintatavan neljä keskeistä periaatetta ovat Isaacsin (1999) mukaan suora puhe, kuunteleminen, odottaminen/suunnan vaihtaminen ja kunnioittaminen. Nämä pätevät myös terveyden edistämiseen ja elintapamuutoksen tukemiseen. Suora puhe tarkoittaa molempien osapuolten avointa, omien rehellisten näkemysten esille tuomista arvostavassa hengessä. Asiantuntija toimii paitsi asiantuntijan roolissa, myös ihmisenä, joka on tasavertaisessa vuorovaikutuksessa toisen ihmisen kanssa. Tässä vuorovaikutuksessa on aina niin tunteet kuin myös tilannekohtaiset tekijät mukana. Kuunteleminen tarkoittaa syvää, aitoa toisen kuuntelemista, ei näennäistä kuuntelua. Odottaminen tarkoittaa

sitä, että odotetaan toisen näkemyksen esille tuomista, siten, että ei samaan aikaan mietitä ja valmistella jo omaa puheenvuoroa, usein myös vastakkaisen näkemyksen esittämistä, eräänlaista puolustautumista. Odottaminen mahdollistaa oman suunnan, omien ajatusten muokkaamisen ja tarvittaessa mielipiteen vaihtamisen, uudenlaisen näkökulman omaksumisen. Kunnioittaminen kuuluu koko prosessiin. Toisen ajatusten ja mielipiteiden aito kunnioittaminen on edellytys sille, että päästään keskustelemaan ja analysoimaan sekä refleктоimaan sitä tilannetta, missä nyt ollaan ja pohtimaan aidosti asiakkaan näkökulmat huomioiden mahdollisuutta ja halua muutokseen – elämäntapaohjauksen ollessa kyseessä. Empaattisuus, toisen asemaan asettuminen, kuuluu niin ikään tasavertaiseen vuorovaikutukseen, dialogiin. Dialogin päämääränä voi kuitenkin olla pyrkimys edetä johonkin yhteisesti luotuun suunnitelmaan, sopimukseen, johon voidaan arviointimielessä palata yhdessä sovitulla tavalla.

6 HYVINVOINTITEKNOLOGISET MITTAUKSET JA DIALOGINEN KEHITTÄMISTAPA MAASEUTUYRITTÄJIEN HYVINVOINNIN EDISTÄMISESSÄ DIDIVE-HANKKEESSA

Dialogia, digitalisaatiota ja verkostoyhteistyötä maaseutuyrittäjien työhyvinvoinnin ja tuloksellisuuden tueksi -hankkeen (2017 - 2019) tavoitteena oli tarttua aiemmissä selvityksissä esiin nostettuihin maaseutuyrittäjien arjen haasteisiin, joita ovat mm. stressi, yksinäisyys ja huono työstä palautuminen. Hankkeessa rekrytoitiin yhteensä 20 yritystä Etelä-Pohjanmaalta, Etelä-Savosta ja Satakunnasta intensiivisen kehittämisen pilottiyrityksiksi, joiden yrittäjien ja työntekijöiden työhyvinvointia ja yrityksen tuottavuutta kehitettiin systemaattisesti ja tarvelähtöisesti kahden

vuoden ajan. Noin puolet yrityksistä oli tuotantotiloja ja puolet muita maaseudulla toimivia luontoon ja maaseutuun liittyviä yrityksiä metsäsuunnittelusta maatilamatkailuun jne. Jokaiseen yritykseen tehtiin alkukartoituksen perusteella kehittämissuunnitelma, joka sisälsi yleensä sekä yrittäjien ja työntekijöiden henkilökohtaiseen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen että työhön ja yritykseen liittyviä kehittämiskohteita. Hankkeen julkaisussa on kuvattu tarkemmin yrityksille tehdyn hyvinvoinnin alkukartoituksen menetelmiä, kehittämistarpeita ja tuloksia. (Hoffrén-Mikkola & Haapala 2019.)

Pääsääntöisesti yritykset olivat hyvin sitoutuneita hankkeeseen. Jokaiseen yritykseen tehtiin keskimäärin kahdeksan yrityskäyntiä. Yrityskohtainen kehittäminen oli hankkeen asiantuntijoiden näkökulmasta maaseutuyrityksille sopiva kehittämismuoto. Tärkeää siinä oli se, että asiantuntijat liikkuvat yrittäjien luo eli tapaamisten järjestäminen oli yrittäjille mahdollisimman helppoa. Myös yrittäjät pitivät kehittämistavasta. Hankkeen loppukartoituskyselyssä 83 % yrittäjistä koki yrityskohtaisen kehittämisen tukeneen työhyvinvointiaan ja yrityksen toimintaa. Positiiviset kokemukset liittyivät kehittämisen suunnitelmallisuuteen, joka auttoi asioiden toteuttamisessa.

Kehittäminen yrityskäynneillä oli dialogista eli asiantuntijat ja yrittäjät jai työntekijät yhdessä miettivät eri näkökulmia yritysten kehittämiseen. Hankkeen lopussa 56 % yrittäjistä ja 86 % työntekijöistä raportoi hankkeessa toteutetun yhteistoiminnallisen, vuorovaikutteisen ja dialogisen kehittämisen tukeneen työhyvinvointiaan ja yrityksen toimintaa. Työntekijöiden yrittäjiä positiivisempi näkemys dialogisuuden merkityksestä yrityksen toimintaan liittyy todennäköisesti siihen, että isoimmissa yrityksissä, joissa oli työntekijöitä, dialogisuus otettiin erityiseksi kehittämiskohteeksi, jolloin saavutetut tuloksetkin olivat parempia.

6.1 Yrittäjien ja työntekijöiden kokemukset hyvinvointiteknologisista mittauksista

Intensiivisen kehittämisen pilottiyritysten yrittäjät ja työntekijät saivat DIDIVE-hankkeen aikana tarpeidensa ja toiveidensa mukaisesti kokeiltavakseen erilaisia hyvinvointiteknologisia mittauksia sekä asiantuntija-apua mittaustulosten tulkintaan ja reflektointiin omaan elämäänsä. Yhteensä hankkeen aikana tehtiin 195 hyvinvointiteknologista mittausta. Mittauksina käytettiin Firstbeat-hyvinvointianalyysiä, Emfit-unianalyysiä, Fibion-arkiaktiivisuusanalyysiä ja Moodmetric-stressimittausta. Palautekyselyn mukaan 84 % mittauksia kokeilleista yrittäjistä ja työntekijöistä koki mittausten tukeneen työhyvinvointiaan sekä yrityksen toimintaa ja madaltavan kynnyksiä muiden terveyden edistämisen ja seurannan sovellusten käyttöönottoon. Parasta palautetta osallistujat antoivat Emfit-unianalyysistä, sillä jokainen (100 %) unianalyysin tehneistä koki saaneensa siitä hyötyä oman hyvinvointinsa edistämiseen. Firstbeat-hyvinvointianalyysin koki hyödylliseksi 88 %, Fibion-arkiaktiivisuusanalyysin 55 % ja Moodmetric-stressimittauksen 27 % osallistujista.

Hankkeessa oli siis tarjolla monenlaisia hyvinvointiteknologisia mittauksia, jotka erosivat toisistaan paitsi siinä, että ne mittasivat hyvinvoinnin eri osa-alueita, myös siinä, että niiden tulosten tulkintaan kuului vaihteleva määrä asiantuntija-apua. Parhaat arviot saaneeseen Emfit-unianalyysiin kuului sähköisen mittausraportin lisäksi palveluntarjoajan pitämä puhelinkonsultaatio tuloksista ja nimenomaan tämä palvelu sai osallistujilta kiitosta ja vaikutti varmasti siihen, että mittaus koettiin hyödylliseksi. Toinen nimenomaan tuohon mittaukseen liittynyt positiivinen seikka oli se, että mittauksen aikana ihmiseen ei ole kiinnitettyä minkäänlaista laitetta tai anturia, jolloin mittaus koetaan vaivattomaksi ja mukavaksi toteuttaa. Firstbeat-hyvinvointianalyysin monet yrittäjät tekivät hankkeen aikana useamman kerran ja samoin kuin Emfit-unianalyysin kohdalla niin myös Firstbeat-

hyvinvointianalyysissä tuloksia tulkittiin asiantuntijaohjauksessa. Fibion-arkiaktiivisuusanalyysissä osallistujat saivat sähköisen tulosraportin mittauksesta ja Moodmetric-stressimittauksessa mittaustulokset piirtyivät reaaliaikaisesti käyttäjien puhelimen mobiilisovellukseen. Näistä kahdesta jälkimmäisestä mittauksesta ja niiden tuloksista ja annista keskusteltiin kyllä osallistujien kanssa yrityskäynneillä mutta tulosten läpikäyntiin ei käytetty niin paljon aikaa kuin kahteen ensin mainittuun analyysiin. Hankkeen asiantuntijoiden näkemyksen mukaan tällä oli vaikutusta osallistujien kokemuksiin mittausten hyödystä. Taulukkoon 1 on koottu yrittäjien antama sanallinen palaute siitä, mitä he kokivat saaneensa kokeilemistaan hyvinvointiteknologisista mittauksista ja miten he kokivat mittaukset.

Taulukko 1. DIDIVE-hankkeen maaseutuyrittäjien ja yritysten työntekijöiden kokemukset hyvinvointiteknologisten mittausten hyödyistä hyvinvoinnin kannalta.

<p style="text-align: center;">KYSYIMME: ”KOETKO SAANEESI HYÖTYÄ HYVINVOINTISI KANNALTA KO. MITTAUKSESTA? PERUSTELE VASTAUKSESI.”</p> <p style="text-align: center;">Vastaajina DIDIVE-hankkeen maaseutuyrittäjät ja yritysten työntekijät (n = 25)</p>	<p>FIRSTBEAT-HYVINVOINTIANALYYSI</p> <ul style="list-style-type: none"> • ”Antoi hyvää tietoa mm. liikunnan riittävydestä.” • ”Hyvää dataa ja toistettuna vertailukelpoinen.” • ”Tiesin jo entuudestaan olevani ihan hyvässä kunnossa ikäsekseni, joten asia vahvistui mittauksilla. Tuntemukseni katkonaisista yöunista sai vahvistuksen. Se, mikä yllätti oli, että jo pienikin lepohetki kiireisenä aikana oli palauttavaa.” • ”Tämä oli todella hyvä. Konkreettinen mittari.” • ”Hankala kun täytyy täyttää niin paljon päiväkirjaa, että saa hyödyn irti.” • ”Mielenkiintoista tietoa sai omasta elämästä.” • ”Siinä näki hyvin työn kuormittavuuden ja huonon palautumisen merkityksen.” • ”Osviittaa siitä, millainen on palautuminen ja muut osa alueet.” • ”Sain herätyksen, kun mittaus näytti punaista.” • ”Herätti kiinnostuksen mittauksiin. Uutta tietoa ko. asioista.” • ”Analyysin mukaan palautuminen heikkoa.” • ”Auttoi hahmottaan oman unirytmän ja siihen vaikuttavat tekijät.” • ”Huomasin, kuinka voipunut olen.” • ”Tietoa stressitasosta ja unen laadusta.” • ”Todettiin uniapnea ja saatu apua.” • ”Ihan ok mittaus. Oikeastaan pitkälti jo omista tunteuksista tiesi, miten palautuu. Mittaus vaan vahvensi tietämystä omasta jaksamisesta.” • ”Tietoa itsestäni.”
<p>EMFIT-UNIANALYYSI</p> <ul style="list-style-type: none"> • ”Näki, miten sekaisin uni ja palautuminen ovat”. • ”Riittävä ja laadukas yöni auttaa moneen vaivaan.” • ”Tässäkin mittauksessa tuntemukseni katkonaisista yöunista sai vahvistuksen. Selkeästi myös fyysisesti tosi rankka päivä näkyi yöunissa.” • ”Mielenkiintoista tehdä ristiinvertausta Firstbeatin kanssa. Tuloksissa ei varsinaisesti mitään uutta.” • ”Tosi hyvä ja helppo tutkimus!” • ”Oli mukava kuulla, että nukun sikeästi.” • ”Uutta tietoa aiheesta.” • ”Sain selville unenlaatuani.” • ”Huonot yöunet, levon merkitys jaksamiselle.” • ”Eryityisesti palautekeskustelu oli loistava.” • ”Tietoa uneni laadusta ja palautumisesta.” 	<p>FIBION-ARKIAKTIIVISUUSANALYYSI</p> <ul style="list-style-type: none"> • ”Analyysi oli helppo toteuttaa. Maatalousyrittäjänä on hankala toteuttaa istumisen vähentämistä esim. kiireaikana, kun on vaan pakko istua traktorissa. Ei ne työt tule muutoin tehtyä.” • ”Liikuntaa tulee ainakin työssä aika paljon.” • ”En ymmärtänyt raporttia.” • ”Ei kuvannut työtehtäviäni realistisesti.” • ”Tulokset olivat vaikeasti tulkittavissa.” • ”Hyödyllinen ja sai näkyviin liikuntasuoritusten rasittavuuden.” • ”Oli hankala käyttää. Unohtui aina toisien housujen taskuun, koska päivän aikana vaihdan usein housuja (työhousut, ratsastushousut, jumppahousut...).”
<p>MOODMETRIC-STRESSIMITTAUS</p> <ul style="list-style-type: none"> • ”Oli vaikea käyttää, en käyttänyt.” • ”Jatkuva seuranta (reaaliaikainen seuranta- mahdollisuus) helpotti tietämystä.” • ”Hauska ja nopea mittari, jonka kuviota oli helppo itse seurata. Vaikutukset näki heti.” • ”Sormusta oli hiukan hankala käyttää työssä, jossa on lähes aina suojakäsineet. Myös tässä ainut varteenotettava data oli ”stressaavat” yöunet.” • ”Sormusta oli vaikea pitää jatkuvan käsien pesun takia.” • ”Hankala käyttää, kun ei voinut kastella. Unohtui pois sormesta, kun jatkuvasti joutui ottamaan pois.” • ”Sen avulla huomasi, mitkä ovat vapaa-ajan stressaavia tekijöitä. Töissä ei voinut käyttää.” • ”Sormus oli meidän työssä todella hankala käyttää.” • ”Hankala laite käyttää. Keskeytin tutkimuksen.” • ”Hankala käyttää fyysisessä työssä.” 	

Yleisesti voidaan sanoa DIDIVE-hankkeen kokemusten pohjalta, että ne hyvinvointiteknologiset mittaukset, jotka olivat helppoja toteuttaa ja käyttää, saivat hyvät arviot, mutta opettelua ja aikaa vaativat mittaukset saivat heikommat arviot. Kokemus mittauksista oli myös sitä positiivisempi, mitä enemmän tuloksia ja niiden merkitystä oman hyvinvoinnin edistämässä käytiin läpi asiantuntijoiden kanssa. Huono käytettävyys (soveltumattomuus kohderyhmälle) ja tekniset ongelmat olivat hankkeen tulosten mukaan suurin uhka hyvinvointiteknologisten mittausten hyödyntämiselle hyvinvoinnin edistämässä. Asiantuntijoiden näkökulmasta mittaustuloksista keskusteleminen auttoi hahmottamaan osallistujien hyvinvointia ja siihen vaikuttavia tekijöitä syvällisemmin kuin mitä ilman mittauksia olisi ollut mahdollista. Hanke myös osoitti, että ilman selkeää ulkopuolisen kanssa käytyä reflektiota mittaukset jäivät pinnallisiksi eikä niistä ole hyötyä arkielämän kannalta.

6.2 Kehittämistyön vaikutuksia hyvinvoinnin eri osa-alueisiin

DIDIVE-hankkeen maaseutuyrittäjille ja yritysten henkilöstölle tehtiin hankkeen alussa ja lopussa kysely, jolla kartoitettiin heidän hyvinvointinsa tilaa liittyen terveyteen ja työkykyyn, osaamiseen, arvoihin, asenteisiin ja motivaatioon, työn organisointiin, työyhteisöön ja johtamiseen, vertaistukeen ja verkostoitumiseen sekä työn ja vapaa-ajan yhteensovittamiseen.

Loppukartoituskyselyssä osallistujat raportoivat seuraavaa:

- 83 % koki saaneensa hankkeesta hyötyä terveyteen ja työkykyyn.
- 78 % sai mielestään hankkeesta tukea työn ja vapaa-ajan hallintaan.
- 50 % koki työn organisoinnin, työyhteisön ja johtamisen kehittyneen hankkeen myötä.

- 44 % koki arvojensa, asenteensa ja motivaationsa parantuneen hankkeen aikana.
- 33 % koki hankkeen edistäneen vertaistukea ja verkostoitumistaan.
- 32 % raportoi yrityksen tuottavuuden ja tuloksellisuuden parantuneen hankkeen myötä.
- 22 % mielestä hanke paransi heidän osaamistaan.

Useimpien mukana olleiden yrittäjien hyvinvointi siis parani lähtötilanteesta hankkeen aikana. Hankkeen myötä tapahtuneita muutoksia olivat mm. työmäärän väheneminen työtä järkeistämällä, ajanhallinnan paraneminen sekä henkilökohtaisen hyvinvoinnin paraneminen (uni, ravinto, liikunta, työstä palautuminen). Muutama yrittäjä hakeutui terapiaan tai lääkärin vastaanotolle, jossa diagnosoitiin mm. uniapnea. Konkreettisia työtä ja etenkin yritykseen myöhempää tuloksellisuutta parantavia toimia olivat mm. nettisivujen ajantasaistaminen ja uusien sivujen rakentaminen, suoramyyntin paraneminen uusia myyntikanaviaideoimalla ja siihen liittyviä toimenpiteitä kehittämällä sekä navetan laajennus ja lypsykarusellin asennus helpottamaan työtä.

7 LOPUKSI

Kuten yllä on kuvattu, DIDIVE-hankkeen positiivisia tuloksia hyvinvointiteknologisiin mittauksiin liittyen selittänee pitkälti laitteiden käytettävyyden lisäksi se, että mittauksen jälkeen tuloksia käytiin läpi yhdessä keskustellen, dialogin periaatteita noudattaen. Tämä tarkoitti käytännössä tulosten yhteistä pohtimista. Pohdittavia asioita olivat muun muassa 1) mikä omasta mielestä vaikutti mittaustuloksiin, 2) mitä oli tapahtunut kyseisenä mittauspäivinä, 3) mitä kuormitustekijöitä oli ollut päivällä, 4) millainen oli ilta, 5) miten omien tuntemusten mukaan sujui yö, 6) millainen oli oma fiilis, 7) mitä erityistä tapahtui ja 8) oliko

oma elämäntilanne stabiili vai oliko elämässä tapahtunut viime aikoina suuria muutoksia jne.

Osassa mittauksia näitä asioita kirjattiin myös omaan päiväkirjaan mutta eniten hyötyä niiden läpikäymisestä todennäköisesti on juuri mittaustulosten analysoinnin yhteydessä mittausten jälkeen, kun ajatuksia voidaan suoraan peilata edessä olevaan mittausraporttiin. Näin opeteltiin oman toiminnan ja tunteiden sekä fysiologisten mittausten välistä yhteyttä eli oman kehon toiminnan tuntemista, analysointia, erilaisten kuormitusten ja tilannekohtaisten tekijöiden vaikutusta hyvinvointiin ja kokonaisvaltaiseen kuormitukseen sekä siitä palautumiseen.

Tulosten dialogisen ja reflektiivisen analysoinnin yhteydessä pohdittiin kehon ja mielen vuorovaikutusta ja sen heijastumista mittaustuloksiin. Näiden pohdintojen kautta mietittiin yhdessä myös mahdollisia toimenpiteitä, mitä itse kokisi tarpeelliseksi, mielekkääksi, motivoivaksi ja mahdolliseksi tehdä halutun muutoksen aikaansaamiseksi. Näin ruokittiin sisäistä motivaatiota toteuttaa mahdollisia muutoksia. Yhdessä pohdittiin erilaisia konkreettisia ja realistisia vaihtoehtoja muutosten toteuttamiseen - miten, milloin ja miksi, millaisia kokeiluja, kokemuksia ja elämyksiä olisi halukas toteuttamaan. Pohdittiin myös, mitä tukea kenties tarvitaan.

Kaikissa näissä keskusteluissa pyrittiin huomioimaan aikaisemmin kuvattua tietoa sisäisestä motivaatiosta, sen tukemisesta, muutoksen mahdollistumisesta ja ylipäätään omasta tarpeesta ja halusta muutokselle. Myös mahdollisia esteitä muutokselle mietittiin ja analysoitiin yhdessä. Näin yhdistyivät ns. asiakkaan ja asiantuntijan tiedot ja kokemukset jalostuen yhteisessä dialogissa joksikin sellaiseksi, mitä kumpikaan ei olisi yksin kenties osannut ideoida ja nostaa esille kokeiltavaksi toimintavaksi. Vallittua toimintatapaa voidaan edelleen arvioida kokeilun jälkeen ja tarvittaessa muokata keinoja tai vaihtaa tavoitteita. Hankkeessa palattiinkin myös henkilökohtaista hyvinvointia tukeviin suunnit-

telmiin samoin kuin yrityksen kehittämiseen liittyviin suunnitelmiin ja toimenpiteisiin.

DIDIVE-hankkeessa siis toteutettiin sekä yrityksen toimintojen että työntekijöiden henkilökohtaisten kehittämistoimenpiteiden osalta dialogisen kehittämisen periaatteita. Vaikutusten arviointien perusteella dialogi ja dialoginen kehittäminen tuottivat hyviä tuloksia molemmissa tilanteissa. Vastattaessa otsikossa esitettyyn kysymykseen: ”Hyvinvointiteknologiset mittaukset hyvinvoinnin tukena - miksi ja miten?”, voidaan tiivistäen todeta, että mittauksia voidaan käyttää kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tukemisen yhtenä keinona, jos niiden käsittelyssä huomioidaan ihmisten yksilöllisyys, elämäntilanne, omat tavoitteet, odotukset ja arvomaailma ja siten osataan yhdistää mittaukset ihmisen sisäisen motivaation tukemiseen. Tässä prosessissa tarvitaan asiakkaan ja asiantuntijan välistä dialogia. Hyvinvointiteknologisten mittausten yleistymisen myötä dialogin tarve ei siis vähene vaan pikemminkin lisääntyy.

LÄHTEET

Ek, E. 2019. Stressi ja sen hallinta. Teoksessa: S. Sinikallio (toim.) Terveiden psykologia. Jyväskylä: PS-kustannus, 172 - 193.

Hankonen, N. 2017. Miten motivoida kohti hyvinvointia? Käyttäytymismuutosinterventio terveyden edistämiseksi. Teoksessa: K. Salmela, J. Aro & E. Nurmi (toim.) Mikä meitä liikuttaa: Motivaatiopsykologian perusteet. Jyväskylä: PS-kustannus.

Haukkala, A., Hankonen, N. & Konttinen, H. 2012. Sosiaalipsykologia terveyskäyttäytymisen tutkimuksessa. *Psykologia* 47, 396 - 409.

Hietala, H. & Somiska, M. 2019. Pysyvän terveyskäyttäytymisen muutokseen uudella toimintamallilla. *Terveysliikuntautiset järjestöille* 2019, 24 - 25.

Hoffrén-Mikkola, M. & Haapala P.-M. Monipuolinen alkukartoitus tukee maaseutuyritysten kehittämistoimintaa. Teoksessa: M. Hoffrén-Mikkola (toim.). 2019. Työhyvinvoinnin, tuottavuuden ja verkostoyhteistyön kehittäminen maaseutuyrityksissä: DIDIVE-hanke 2017-2019. [Verkkójulkaisu]. Seinäjoki: Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Raportteja ja selvityksiä 140. [Viitattu 3.6.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-7317-03-7>

Huovila, J. 2019. Asiantuntija uskottavana terveystiedon välittäjänä: Kuinka terveystieteen ammattilaisena kehittää narratiivisia taitoja. Teoksessa: S. Sinikallio.(toim.) Terveystieteen psykologia. Jyväskylä: PS-kustannus, 153 - 170.

Isaacs, W. 1999. Dialogue and the art of thinking: A pioneering approach to communication in business and in life. New York: Currency.

Jaakkola, T. & Liukkonen, J. 2002. Miten motivaatio on ymmärretty historian saatossa. Teoksessa: J. Liukkonen, T. Jaakkola & A. Suvanto (toim.) Rahasta vai rakkaudesta työhön? Mikä meitä motivoi? Jyväskylä: Likes-työelämäpalvelut.

Kela. 19.6.2019. Mielenterveyden häiriöistä johtuvat sairauspoissaolot lisääntyivät puolella miljoonalla päivällä. [Verkkosivu]. [Viitattu 31.3.2020]. Saatavana: https://www.kela.fi/ajankohtaista-henkilöasiakkaat/-/asset_publisher/kg5xtoqDw6Wf/content/mielenterveyden-hairioista-johtuvat-sairauspoissaolot-lisaantyivat-puolella-miljoonalla-paivalla.

Lintunen, T. 2019. Liikunnan psykologia. Teoksessa: S. Sinikallio (toim.) Terveystieteen psykologia. Jyväskylä: PS-kustannus, 305 - 316.

Loppela, K. 2004. Ihminen ja työ - keskustellen työkuuntoon: Työhyvinvoinnin kehittäminen työkykyä ylläpitävän toiminnan viitekehyksessä. Tampere: Tampere University Press. Acta Universitatis Tamperensis 1003. Väitösk.

Rauttola, A.-P., Halonen, J., Lukander, K., Passi, T., Uusitalo, A., Rauhamaa, S. & Virkkala, J. 2019. Puettavan teknologian hyödyntäminen työterveyshuolloissa ja työpaikoilla. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Työterveyslaitos. [Viitattu 3.6.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:9789522619112>

Ryan, R. M. & Deci E. L. 2017. Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development and wellness. New York: Guildford.

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.

LIVING LAB -TOIMINTA TIEDON JA TAIDON KEHITTÄJÄNÄ JA LEVITTÄJÄNÄ HYVINVOINTI-, SOSIAALI- JA TERVEYSALOILLA

Jaana Vainionpää, TtM, projektipäällikkö
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Merja Hoffrén-Mikkola, LitT, yliopettaja
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

1 JOHDANTO

Eurooppa on parhaillaan neljännen teknologiavallankumouksen edessä (Schäfer 2018; Schwab 2016), joka tulee saavuttamaan myös hyvinvointialat (Turja 2019). Historia on osoittanut maailmanlaajuisten muutosten johtavan myös uusien innovaatioiden laajamittaiseen kehittämisen tarpeeseen (Tabisha & Nabil 2013). Innovaatioiden ja teknologioiden kehittäminen on kuitenkin haastavaa sirpaleisella (Hyrkäs ym. 2020) ja monimutkaisella sosiaali- ja terveysalalla (Niemelä & Sachonopoulou 2019, 58).

Innovaatioiden ja teknologioiden kehittämistä tulee tehdä yhdessä sidosryhmien kanssa, mutta erityisesti pienten teknologiatarjoajien on vaikea hahmottaa, mihin ongelmaan teknistä ratkaisua pystytään tarjoamaan. Tämän vuoksi tarjotut ratkaisut voivat olla irrallisia tai pistemäisiä (Niemelä & Sachonopoulou 2019, 58) eivätkä ratkaisut välttämättä kohdistu tarpeeseen. Jotta teknologia ja innovaatiot pystyvät saavuttamaan niille asetettuja tavoitteita sekä tuloksia, niitä täytyy hyödyntää tehokkaasti kiinteänä osana käytännön toimintaa. Tähän tarvitaan käyttäjien hyväksyntää, mikä saadaan parhaiten osallistamalla heidät

muutokseen ja tuotekehitykseen heti, kun se on mahdollista, mielellään jo tuotekehityksen alusta alkaen. Myös uusia toimijoita sekä uudentlaisia toimintatapoja tarvitaan välittämään ja juurruttamaan tietoa yhteiskunnassa. (Harjumaa ym. 2017, 10.) Lisäksi innovaatiotoiminnan ja kokeilukulttuurin tukeminen ja ylläpitäminen vaativat kansallisen tason palveluita sekä yhteisesti sovittuja toimintamalleja ja pelisääntöjä. Innovaatiota ja teknologioita kehittävien yritysten ja organisaatioiden näkökulmasta nämä toimintamallit ja pelisäännöt määrittelevät pilotoinnin ja innovaatiotoiminnan raamit. (Niemelä & Sachinopoulou 2019, 9.)

Tässä artikkelissa tarkastellaan hyvinvointi-, sosiaali- ja terveysalojen Living Lab -toimintaa, joka liittyy teknologioiden yleistymiseen näillä aloilla, uusien innovaatioiden syntyyn ja alan asiantuntijoiden osaamisen kehittymiseen. Aloilla on jo käytössä teknologisia ratkaisuja mutta ne tulevat edelleen lisääntymään runsaasti lähivuosien aikana. Artikkelissa käytämme termejä ”teknologia” ja ”innovaatio”. Teknologia-termi tarkoittaa olemassa olevia ja innovaatio-termi kehitteillä olevia ratkaisuja, jotka voivat olla sekä tuotteita että palveluja.

2 LIVING LAB

Living Lab -termi ja -toiminta ovat saaneet alkunsa 1990-luvulla Yhdysvalloista Massachusetts Institute of Technology (MIT) -tutkimusyliopistosta, jossa käsitteellä viitattiin asumisen tutkimuslaboratoriotoimintaan sekä MIT:n kampuksella sijaitsevaan House n -nimiseen koetaloon. House n -talossa vierailevia havainnoitiin kymmenien sensoreiden, antureiden ja kameroiden avulla. Suomessa Living Lab -ajattelu otettiin käyttöön 2000-luvun alkupuolella. Suoraan suomennettuna Living Lab on ”elävä laboratorio”, mutta tätä ei juurikaan käytetä, sillä Living Lab on vakiintunut myös suomenkieliseen termistöön.

Living Lab on käyttäjäkeskeinen, avoin innovaatioekosysteemi, joka toimii välittäjänä kansalaisten, tutkimusorganisaatioiden, yritysten, kaupunkien ja alueiden keskuudessa. Living Labien tavoitteena on edistää ja helpottaa avointa, yhteistyöhön perustuvaa innovaatiotoimintaa jonkin tietyn teeman ympärillä. Toimia tehdään yhteisen arvon luomiseksi, nopean prototyypin laatimiseksi tai validoimiseksi sekä innovaatioiden ja yritysten laajentamiseksi. Toiminta perustuu systemaattiseen käyttäjien yhteistoimintaan, joka integroi tutkimus- ja innovaatioprosessit todellisuuden kaltaisiin yhteisöihin ja ympäristöihin. Livingit Labit ovat näin ollen tosielämän ympäristöjä tai tosielämää muistuttavia ympäristöjä, joissa avointa innovaatiota sekä käyttäjien innovaatioprosesseja voidaan tutkia ja kokeilla. Lisäksi Living Labeissa kehitetään uusia ratkaisuja. (European Network of Living Labs, [viitattu 6.3.2020].) Living Labiksi voidaan kutsua sekä ympäristöä että työskentelytapaa eli metodologiaa.

Viimeisen kahden vuosikymmenen aikana Living Labeja on noussut ympäri maailmaa muutamia tuhansia. Virallisesti sertifioitujen Living Labien määrä on kasvanut sen jälkeen, kun European Network of Living Labs (ENoLL) perustettiin vuonna 2006 (Santonen 2018). ENoLL on kansainvälinen Living Labien kattojärjestö, johon tällä hetkellä kuuluu yli 150 aktiivista Living Lab -jäsentä (European Network of Living Labs, [viitattu 6.3.2020]).

CoreLabs-projektissa (Living Labs roadmap 2007) luotiin ENoLL-verkoston Living Lab toiminnalle viisi peruseriaa:

1. Jatkuvuus (continuity)

Monialainen ja rajat ylittävä yhteistyö vaatii luottamusta vahvistaakseen luovuutta ja innovatiivisuutta. Luottamus ei synny hetkessä, vaan vaatii aikaa ja jatkuvuutta.

2. Avoimuus (openness)

Avoimuus tukee käyttäjälähtöistä innovaatioprosessia. Avoin innovaatioprosessin tukee useiden käyttäjäkokemusten sekä riittävän voiman keräämistä nopean etenemisen saavuttamiseksi.

3. Realismi (realism)

Käyttötilanteiden tulee olla mahdollisimman realistisia, jotta testattavasta tuotteesta saadaan päteviä testituloksia markkinoilta varten. Periaate on merkityksellinen myös Living Lab -toiminnan erottamiseksi muista, avoimista yhteiskehittämissympäristöistä.

4. Käyttäjien vaikutusmahdollisuudet (empowerment of users)

Living Lab -toiminnan tehokkuus perustuu käyttäjäyhteisön luovuuteen. Tämän vuoksi käyttäjien sitoutuminen innovaatioprosessiin on välttämätöntä prosessin viemiseksi haluttuun suuntaan tarpeiden ja toiveiden perusteella.

5. Spontaanisuus (spontaneity)

Uusien innovaatioiden onnistumiseksi on tärkeää vastata henkilökohtaisiin toiveisiin, innostaa käyttöä, sopeutua yhteiskunnallisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin sekä myötävaikuttaa näihin. Kyky havaita, yhdistää ja analysoida käyttäjien spontaaneja reaktioita ja ideoita muodostuu tärkeäksi.

Näistä viidestä peruseriaatteesta nousee vahvasti esiin kolme Living Lab -toiminnan ydinperiaatetta: käyttäjien vaikutusmahdollisuudet, avoimuus sekä realismi.

2.1 Living Lab -ympäristö

Living Lab -ympäristössä olosuhteet ja toiminnot muistuttavat oikeaa, tosielämän ympäristöä, jossa innovatiivisia tuotteita ja

palveluita voidaan testata niiden oikeaa käyttöä muistuttavissa olosuhteissa. Usein nämä innovaatiot ovat tieto- ja viestintäteknologiaan liittyviä (Følstad 2008), sillä laitteita tulee ymmärtää, suunnitella ja parantaa siinä ympäristössä, jossa niitä tullaan käyttämään (Ratto 2000). Hyvinvointi-, sosiaali- ja terveysalalla nämä ympäristöt voivat olla tarkoitukseen rakennettuja sairaalahuoneita tai kotia muistuttavia tiloja laboratorioympäristössä. Living Lab -ympäristöt voivat sijaita myös reaali maailman ympäristössä, kuten kampuksella, toimitiloissa tai kaupunkialueilla. Kaikkia edellä mainittuja yhdistää kuitenkin elävä laboratorioympäristö, (ainutlaatuinen) kokonaisuus, joka mahdollistaa useiden käyttäjä- ja sidosryhmien yhteistyön innovaatioprosessin aikana. (Leminen, Westerlund & Nyström 2012.) Living Lab voi sisältää virtuaaliympäristöjä, malleja, simulaatioita tai muita todellista ympäristöä jäljitteleviä ympäristöjä (Leminen 2015).

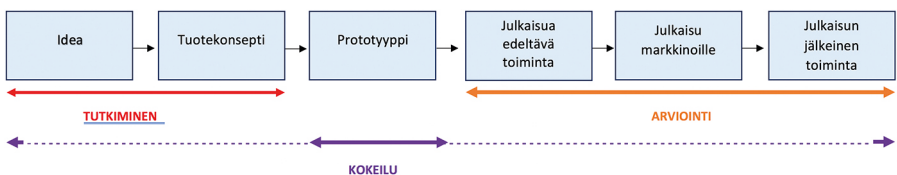
Useat Living Labit pyrkivät olemaan avoimia innovaatioalustoja, jotka tarjoavat luotettavan vuorovaikutusympäristön kaikkien tietyn innovaatiojoukon sidosryhmien välille. Toimintaa ohjaa ajatus sidosryhmien osallistumisesta hyvänä tapana yrityksille pysyä mukana nopeatempoisessa digitaalisessa innovaatioympäristössä. Sidosryhmiä voivat olla esimerkiksi eri alojen ammattilaiset, yritykset, yhteisöt, julkinen ja yksityinen sektori, innovaatiokonsortio sekä opettajat ja opiskelijat. (Ballon, Van Hoed & Schuurmann 2018.)

2.2 Living Lab -prosessi

Living Lab -prosessin tärkein sidosryhmä on loppukäyttäjät, eli henkilöt, jotka loppujen lopuksi käyttävät innovaatiotoiminnalla kehitettyjä uusia ratkaisuja (Santonen 2018). Living Lab -toiminnan tarkoitus on siis saada eri sidosryhmät mukaan innovaatioprosessin eri vaiheisiin, jotta loppukäyttäjien tarpeita vastaavia ratkaisuja voidaan kehittää (Leminen 2015). Living Labien toimintaa on tarkoitus hyödyntää tuotteen tai palvelun elinkaaren eri

vaiheissa, sillä jokaiseen vaiheeseen saadaan arvokasta tietoa käyttäjälähtöisestä testauksesta. Näitä vaiheita ovat tuotteen tai palvelun kehittäminen idea- tai kehitysvaiheessa, lanseerausvaiheessa sekä jo markkinoilla olevan tuotteen tai palvelun kehittäminen. (Orava 2009,12 - 13.)

Uuden tuotteen kehittäminen etenee Jespersenin (2008) mukaan kuudessa vaiheessa: 1) idea, 2) tuotekonsepti, 3) prototyyppi, 4) julkaisua edeltävä toiminta, 5) julkaisu markkinoille ja 6) julkaisun jälkeinen toiminta. Living Lab -prosessi etenee tuotteen kehitysvaiheiden mukaisesti kolmessa vaiheessa: 1) tutkiminen, 2) kokeilu ja 3) arviointi (Shuurman ym. 2016). Tuotekehityksen vaiheet sekä Living Lab -prosessin eteneminen on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. Living Lab -prosessin vaiheet ja eteneminen Schuurmanin ym. (2016) mukaan.

Tutkimusvaiheessa etsitään ja luodaan uutta tietoa uuden innovaation kehittämiseksi. Vaihe alkaa idean kehittämisestä ja päättyy tuotekonseptin ollessa valmis. Kokeiluvaiheessa keskitytään uuden innovaation testaamiseen prototyyppivaiheessa. Kolmas ja viimeinen vaihe, arviointi alkaa ennen tuotteen julkaisua markkinoille ja keskittyy innovaation arviointiin ja palautteeseen. (Shuurman ym. 2016.) Vaikka Living Lab -prosessi etenee perusperiaatteiden mukaan, jokaiselle innovaatiolle täytyy kuitenkin suunnitella oma ja erilainen lähestymistapansa (Davidsen 2020).

2.3 Living Lab -toiminnan haasteet ja ongelmat

Living Lab -toiminta on nyky-yhteiskunnassa suosittu, moderni ja tehokas tapa kehittää innovaatioita. Tässäkin toiminnassa on kuitenkin haasteensa. Living Labeilla on usein sama visio, mutta tutkimusten mukaan vision tulkinnessa ja toteutuksessa on epäjohtonmukaisuuksia teoreettisissa ja metodologisissa lähtökohdissa. Ne johtavat suuriinkin eroavaisuuksiin Living Labien -toiminnoissa. Nämä eroavaisuudet johtavat jopa pisteeseen, jossa eri Living Labien ja niiden prosessien kokemuksia on vaikea vartaila. (Ballon ym. 2018.) Schuurman ym. (2016) kuvaavatkin ongelmalliseksi empiiristen ja vertailevien tutkimusten puutteen, jolla kiinnitetään Living Lab -ilmiö teoreettisiin puitteisiin. Tällä hetkellä tutkimustieto keskittyy lähinnä kuvaamaan Living Lab -ilmiötä eri näkökulmista.

Living Labit voivat olla pysyviä rakenteita osana organisaatiorakennetta tai väliaikaisia hankkeita, jotka liittyvät esimerkiksi oppilaitoksiin, suuriin teknologiayrityksiin, kuntiin tai voittoa tavoittelemattomiin yrityksiin (Ballon ym. 2018). Tällainen taustaorganisaatioiden määrä tuo haasteeksi Living Labin -toiminnan jatkuvuuden ja ympärillä toimivan verkoston puutteellisuuden. Living Lab voidaan suunnitella ja rakentaa hankkeessa, mutta toiminnalle ei suunnitella jatkuvuutta tai tarpeeksi vahvaa verkostoa ja organisaatiota sen ympärille hankkeen päättyessä. EnoLL-verkoston Living Labien kuolleisuusasteen on mahdollisesti osin tästä syystä todettu olevan vähintään 40 % (Schuurman 2015).

Living Lab -käsitettä käytetään myös kuvaamaan monenlaista toimintaa ja organisaatioita, mikä johtaa käsitteen epäselvyyteen ja erilaisiin näkökulmiin teoreettiselta pohjalta (Leminen & Westerland 2016). Yhtenä haasteena Living Labien osalta on myös kilpailevien termien suuri määrä, joiden ominaisuudet ovat hyvin samankaltaiset kuin Living Labin määritelmällä. Termien sekaannusten vuoksi Living Labeista ja niissä suoritettavista aktivitee-

teista sekä Living Lab-toiminnoista on epäselvyyttä. Epäselvyyttä on myös siitä, miten Living Lab -termi liittyy toisiin, ehkä jopa kilpaileviin termeihin. Santonen (2018) tutki Living Labin kanssa kilpailevia termejä ja löysi tällaisia termejä kaiken kaikkiaan 17 kappaletta. Living Lab -termin kanssa kilpailevia termejä ovat mm. Urban (Living) Lab, Design Lab, Impact lab, Innovation Lab ja Testbed. Todetuista kilpailevista termistä TestBed oli yleisin. TestBed voidaan määritellä avoimen innovaation ympäristöksi, jossa tila on rakennettu kokeilu-ympäristö Living Labin ollessa aito käyttäjäympäristö. (Rönkä ym. 2007, 4.)

3 HYVINVOINTITEKNOLOGIAN LIVING LABIT SUOMESSA

Niemelä ja Sachinopoulou (2019, 10) ovat tehneet VTT:lle kattavan tiedonkeruun ja raportin Suomen hyvinvointiteknologian Living Labeista. Raportista käy ilmi, että Suomessa on käytössä erilaisia pilotointiympäristöjä, kuten TestBedejä ja Living Labeja sekä käynnissä erilaisia pilotointiprojekteja (Niemelä & Sachinopoulou 2019, 4). Test Bed -toimintoja löytyy yliopistosairaaloista ja sairaanhoitopiireiltä; HUS, Oulu WelfareLabs, Kuopio Living Lab sekä EKSOTE ovat tällaisia. Näissä terveysalan Test Bedeissä tutkitaan, kehitetään ja testataan terveysalan tuotteita ja palveluita. (Niemelä & Sachinopoulou 2019, 10 - 11.)

Sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksissa Living Labeja löytyy Tampereen ammattikorkeakoululta, Laurea ammattikorkeakoululta, Oulun ammattikorkeakoululta, Savonia ammattikorkeakoululta sekä Lahden ammattikorkeakoululta (nykyinen LAB-ammattikorkeakoulu). Näistä Oulu, Savonia, Lahti ja Tampere ovat osa kaupunkiansa Living Lab -verkostoa ja tekevät yhteistyötä suuremmissa verkostossa. (Niemelä & Sachinopoulou 2019, 16-18.)

Muita pilotointiympäristöjä Suomessa on useilla eri ammattikorkeakouluilla. Jatkuvaluonteisia pilotointiympäristöjä on Seinäjoen ammattikorkeakoulun lisäksi Metropolia ammattikorkeakoululla. Lisäksi pilotointiympäristöjä sekä hanketoimintaa pilotointiympäristöjen ympärillä löytyy Centria ammattikorkeakoululta, Hämeen ammattikorkeakoululta, Jyväskylän ammattikorkeakoululta, Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoululta, Karelia ammattikorkeakoululta, Lahden ammattikorkeakoululta, Lapin ammattikorkeakoululta, Saimaan ammattikorkeakoululta, Satakunnan ammattikorkeakoululta sekä Turun ammattikorkeakoululta. (Niemelä & Sachinopoulou 2019, 17 - 23.) Ammattikorkeakouluja on yhdistynyt Niemelän ja Sachinopouloun kartoituksen jälkeen, eikä kattavaa tietoa yhdistymisten vaikutuksista pilotointiympäristöihin ole tällä hetkellä saatavilla.

4 SOSIAALI- JA TERVEYSALAN OPPILAITOKSISSA TOIMIVIEN HYVINVOINTITEKNOLOGIAN LIVING LABIEN MERKITYS

Hyvinvointi-, sosiaali- ja terveydenhoitoaloilla puhutaan paljon siitä, miten teknologia tulee muuttamaan työtä. Vaikka teknologiaa on jo osittain integroitu työhön, ovat puheet teknologiamullistuksesta vielä tällä hetkellä suuremmat kuin mitä käytännössä on nähtävissä kentällä. Hektisessä työnteon arjessa ja pienenevien resurssien paineessa on vaikea omaksua uusia teknologioita, saati nähdä visioita siitä, miten edelleen kehittyvät teknologiat voisivat tulevaisuudessa konkreettisesti helpottaa palvelu-, hoito- ja hoivaprosesseja (myöhemmin työprosessit). Uusien innovaatioiden juurtuminen osaksi sosiaali- ja terveysalan työprosesseja vaatii niiden saumatonta toimimista yhdessä jo olemassa olevien työprosessien kanssa tai olemassa olevien työprosessien muuttamista. Sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksissa toimivat Living

Labit voivat osaltaan helpottaa innovaatioiden kehitystyötä ja niiden siirtymistä ideasta toimivaksi osaksi sosiaali- ja terveysalan (myöhemmin sote-ala) työprosesseja.

4.1 Hyvinvointiteknologian Living Labien merkitys sote-alan opetuksessa

Uusien innovaatioiden hyväksymiseen ja positiivisiin kokemuksiin niiden toimivuudesta vaikuttavat mm. aikaisemmat kokemukset teknologioista sekä minäpystyvyyden teknologioita kohtaan (Turja 2019). Minäpystyvyydellä tarkoitetaan ihmisen uskomuksia tai arvioita omista kyvyistään suoriutua erilaisista tehtävistä (Bandura 1986). Minäpystyvyyden ei ole pysyvä käsitys, vaan arviot omasta selviytymisestä voivat parantua esim. myönteisten kokemusten ja taitojen kehittymisen tuloksena (Bandura 1997). Turja (2019) toi esille väitöskirjassaan, miten koulutuksella pystytään parantamaan terveysalan ammattilaisten käsityksiä hoivaroboteista. Mitä varmempi hoitoalan ammattilainen on omasta kyvystään oppia työssään käyttämään ja ylläpitämään teknologioita, sitä todennäköisemmin hän hyväksyy ne osana työprosesseja.

Minäpystyvyyttä voidaan parantaa myös osallistamalla tulevat teknologian käyttäjät niiden suunnitteluun. Käyttäjryhmien ottaminen mukaan teknologioiden kehitystyöhön on järkevää myös sen vuoksi, että teknologioiden omaksuminen vie aikaa. Käyttäjryhmien osallistumien teknologioiden suunnittelutyöhön mahdollisimman varhaisessa vaiheessa edistää teknologioiden käyttöönottoa aidoissa käyttöympäristöissä ja työprosesseissa. Esimiehet ovat työntekijöitä enemmän mukana teknologisten muutosten suunnittelussa ja pilotoinneissa, mikä heijastuu esimiestason myönteisempiin asenteisiin teknologioita kohtaan toimialasta riippumatta. (Turja 2019.)

Sote-alan koulutusorganisaatioissa koulutetaan tulevaisuuden hoiva-alan ammattilaisia. Teknologioiden yleistymisen sote-

alalla ja sitä kautta muuttuvat työprosessit vaativat koulutusorganisaatioissa toimivilta lehtoreilta ja opettajilta jatkuvaa oman osaamisen ja tiedon päivittämistä. Opettajien ollessa mukana innovaatioiden kehittämisprosesseissa yhdessä opiskelijoiden kanssa pysyy opettajien ammattitaito alan teknologisen kehityksen suhteen yllä. Samalla tulevaisuuden teknologiat pystytään integroimaan osaksi alan substanssiopetusta ja substanssiopetus kehittyy. Tällöin teknologiat ja innovaatiot eivät enää ole erillinen osa-alue, vaan ne linkittyvät saumattomasti tulevaisuuden sote-alan ammattilaisten työhön.

4.2 Living Labien merkitys sote-alan tutkimuksessa ja alan koulutusorganisaatioiden TKI-toiminnassa

Tutkimuksen tekeminen on oleellinen osa Living Lab -toimintaa. Tarkoituksena on innovaatioiden kehitysprosessi, joka tuottaa tuotteiden ja palveluiden kehittämistä hyödyttävää tietoa. Tietoa tarvitaan mm. innovaation tutkimuksellisesta perustasta, eri sidosryhmiltä liittyen innovaation optimaaliseen käytettävyyteen suhteessa työprosesseihin sekä käytön merkityksellisyydestä, kustannusvaikutuksista ja vaikuttavuudesta. Merenvainio (2009) kuvaa opinnäytetyössään tuote- ja palvelukehitystä, joka elää maailman yleisen kehityksen mukana. Perinteisesti yrityksissä innovaatiot tuote- ja palvelukehityksen ympärillä ovat kuuluneet yrityksen tuote- ja palvelukehityksikölle. Tällöin innovaatioita saatetaan rakentaa hyvinkin kaukana niiden loppukäyttäjistä. Tuotteita kehitetään kuitenkin heterogeenisen käyttäjäkunnan tarpeisiin ja lopulta käyttäjät ostavat ja sitoutuvat käyttämään tuotteita, jotka he kokevat hyödyllisiksi ja miellyttäviksi. Menestyneet tuotteet ja palvelut vaativatkin syvällistä ymmärrystä käyttäjien toimista, tyyleistä ja haluista. Living Lab -toimintaan sisältyy avoimen innovaation periaatteiden täyttyminen ja siinä tähdätään innovatiivisuuteen kannustavaan ja innovaatiot ko-

tiuttavaan ympäristöön. Avoin innovaatioympäristö mahdollistaa innovaatiovirtojen avautumisen tuote- ja palvelukehityksen käyttöön. Living Lab -ympäristössä tuote- ja palvelukehitys tapahtuu lähempänä innovaatioiden loppukäyttäjää. (Merenvainio 2009.)

Hyvinvointi- ja sote-alaa palvelevien innovaatioiden optimaalisessa kehittämisessä vaaditaan laaja-alaisesti pieniä pilotteja aidoissa toimintaympäristöissä. Näin saadaan kokemuksia ja tietoa eri teknologioiden mahdollisuuksista ja ongelmakohtista. Tämä tieto auttaa innovaatioiden edelleen kehittämisessä. Pilottien tulee olla puolueettomia, joten teknologioiden kehittäjät eivät ole optimaalisia pilottien toteuttajia. Sote-alan koulutusorganisaatioilla on erinomainen mahdollisuus tehdä tämän kaltaista toimintaa Living Lab -ympäristöissä osana tutkimus-, kehitys- ja innovaatiotoimintaansa (TKI-toiminta). Osa näistä piloteista voi toteutua alan opiskelijoiden opinnäytteinä, mikä edelleen palvelee sekä kehittämistehtävää että alan koulutusta, ja säästää kustannuksia. Pilottikokeiluja seuraavat implementaatiotutkimukset, joita edelleen voidaan toteuttaa koulutusorganisaatioiden TKI-toimintana.

4.3 Living labien merkitys koulutusorganisaatioiden sidosryhmätyössä

Sote-alan oppilaitoksissa koulutetaan sekä tämän hetken että tulevaisuuden ammattilaisia, osaajia ja asiantuntijoita. Koulutusta ei voida toteuttaa ilman tietoa sekä tämän hetken että tulevaisuuden tarpeista sote-alan työkentällä. Tiedon saamiseksi koulutusorganisaatioiden tulee toimia jatkuvassa yhteistyössä yhteiskunnan eri toimijoiden kanssa. Näitä ovat sote-alan eri substanssialojen ammattilaiset ja yritykset, julkinen sektori sekä eri alojen yhdistykset ja yhteisöt. Yhä enenevässä määrin sote-alan oppilaitokset tulevat toimimaan myös yhteistyössä teknologia-alan yritysten kanssa. Tulevaisuuden työntekijöitä kouluttaessaan alan oppilaitokset toimivat nykyisyyden ja tulevaisuuden rajapinnassa.

Sote-alan koulutusorganisaatioiden sisällä toimivat hyvinvointiteknologian Living Labit ovat tärkeässä roolissa kokoamassa yhteen alan teknologisen kehittymisen ympärille rakentuvia tarpeita ja toiveita (sote-alan työntekijät, tuotteiden ja palvelujen loppukäyttäjät, päättäjät) sekä mahdollisuuksia (teknologiayritykset). Living Labit voivat tuoda yhteisen kehitysalustan äärelle tulevat teknologioiden käyttäjäryhmät sekä teknologioiden kehittäjät. Tämä vie eteenpäin sekä sote-alaa että teknologia- ja IT-alaa. Kun nykyisten sote-alan toimijoiden rinnalla kehitysprosessissa ovat mukana opiskelijat, tulevaisuuden ammattilaiset, varmistetaan tuotteiden ja palvelujen toimivuus todennäköisemmin paitsi nykyhetkessä, myös tulevaisuudessa. Mainittakoon, että tällaisesta yhteiskehittämisen mallista ollaan vielä tällä hetkellä kaukana suurimmassa osassa sote-alan koulutusorganisaatioiden Living Lab -toimintoja, joten kaikki sidosryhmät yhdistävä aito kehittämistyö on pikemminkin idealisointia ja tulevaisuuden tavoite.

5 SeAMKIN hyteAI-HANKKEEN SEINÄJOKI HOME OF WELLBEING

Etelä-Pohjanmaan hyteAI -hankkeessa luodaan SeAMKille tekoälyn, mobiilin terveysteknologian ja robotiikan demonstraatioympäristö, Seinäjoki Home of Wellbeing - SeiHoW. SeiHoW:lle on suunniteltu hankkeen jälkeen Living Lab -ympäristön toimintoja. SeiHoW täydentää Eptekin liiketoimintakaupan yhteydessä SeAMKin sosiaali- terveysalan yksikköön siirtyneen Nordic Telemedic Centerin (NTC) toimintoja. Tällä hetkellä SeiHoW koostuu tekoälyn, mobiilin terveysteknologian ja robotiikan laitteistoista, joita on hankittu kolmessa teemassa:

1. Tekoälyä hyödyntävä esteettömän asumisen ympäristönhallintakokonaisuus katse- ja puheohjautuvana.
2. Kotona asumista tukeva hyvinvointiteknologia sisältäen mobiiliteknologiaan perustuvaa sensoritekniikkaa sekä mHealth- ja virtuaalitekniologiaa.
3. Hyvinvointiteknologian robotiikan ratkaisut sisältäen kaksi asiakkaan kanssa kommunikoivaa humanoidirobottia sekä henkilökuntaa asiakkaan hoidossa ja asiakkaita kotona asumisessa tukevia robotiikan ratkaisuja.

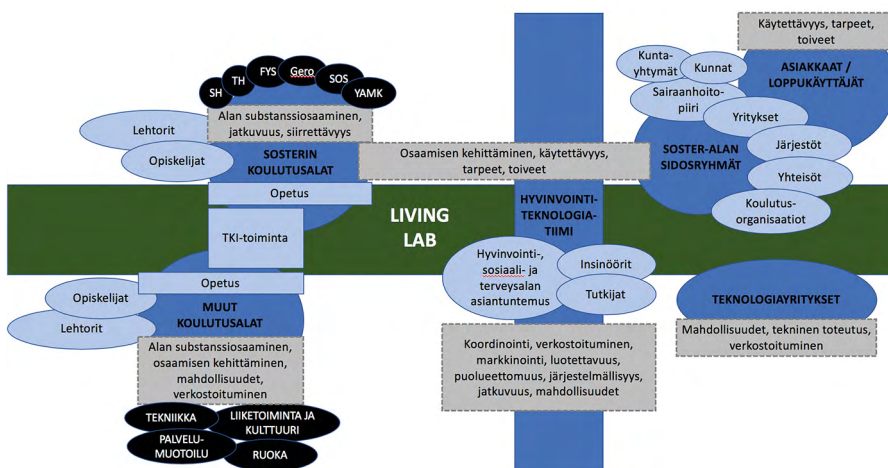
Hankitulla laitteistolla rakennetaan kodinomaista ympäristöä, jossa tulevaisuudessa pystytään testaamaan uusia innovaatioita ja teknologioita. Ympäristö on tarkoitettu myös opetuskäyttöön simulaatio- ja hyvinvointiteknologioiden opetuksessa. Living Lab -prosessi testaamiseen ja innovaatiotoimintaan tulee luoda SeiHoW:n toiminnan jatkumiseksi.

6 LIVING LABIEN KONKREETTINEN JA OPTIMAALIEN KÄYTTÖ

Hyvinvointi-, sosiaali- ja terveysaloja tukevien laite- ja palveluinnovaatioiden kehittäminen vaatii moniammatillista yhteistyötä. Tarvitaan tietoa alojen kehittämisen tarpeista ja toiveista sekä käytettävyydestä (monissa tapauksissa sekä ammattilais- että loppukäyttäjän näkökulmat) ja yhdistettävyydestä olemassa oleviin työprosesseihin. Edellä mainittuihin näkökulmiin tulee yhdistää mm. laitteiden ja palvelujen tekninen toimivuus, luotettavuus ja kustannustehokkuus. Kehittäminen voi lähteä joko hyvinvointi-, sosiaali- ja terveysalojen aloitteesta ja tarpeesta tai teknologia-yritysten ideasta tai teknologisesta mahdollisuudesta. Oleellista

on, että varsinaisessa kehittämisessä kaikki aiheeseen liittyvät pääsevät riittävän aikaisessa vaiheessa ääneen ja kehittäminen tapahtuu saman pöydän ympärillä. Sosiaali- ja terveystieteiden koulutusorganisaatioissa toimivat Living Lab -ympäristöt sopivat hyvin alaan liittyvien hyvinvointitekniologioiden yhteiskehittämisen alustoiksi mutta niiden optimaalinen käyttö vaatii strukturoidun rakenteen ja toiminnan järjestelmällisen rakentamisen.

Kuviossa 2 on ehdotettu koulutusorganisaation toimijoiden sekä sidosryhmien rooleja hyvinvointitekniologian Living Labin ympärillä.



Kuvio 2. Koulutusorganisaation Living Labin toimijoiden roolit hyvinvointitekniologioiden yhteiskehittämisessä. Mallissa on käytetty koulutusorganisaationa ammattikorkeakoulua. SH = sairaanhoitaja, TH = terveydenhoitaja, FYS = fysioterapeutti, Gero = geronomi, SOS = sosionomi, YAMK = ylempi AMK-tutkinto.

Vasemmalla ovat koulutusorganisaation koulutusohjelmat, joiden opetuksen ja TKI-toiminnan tulisi linkittyä Living Labiin. Tämä tehdään koulutusalojen lehtoreiden ja asiantuntijoiden, joilla on alan substanssiosaaminen, sekä hyvinvointitekniologia-tiimin yhteistyönä. Myös opetuksessa, mutta etenkin hanketoiminnassa,

tulisi tehdä moniammatillista yhteistyötä. Oikealla ovat sidosryhmät ja heidän kauttaan asiakkaat, jotka ovat usein kehitettyjen laitteiden ja palvelujen loppukäyttäjiä. Samoin oikealla ovat teknologiayritykset, jotka kehittävät alaan liittyviä innovaatioita ja joilla on teknologinen osaaminen toteuttaa tarpeita vastaavia tuotteita ja palveluja. Hyvinvointiteknologia-tiimi koordinoi Living Lab -toimintaa ja yhteistyötä sidosryhmien, teknologiayritysten ja koulutusalojen välillä. Näin innovaatioiden kehittäminen etenee tehokkaasti, ratkaisut vastaavat tarpeita ja ovat käytettäviä sekä kehittämisesä on systemaattinen luonne, jossa voidaan hyödyntää aikaisempaa oppia seuraavan innovaation kehittämisessä.

Living Lab -toiminnan tulisi olla pysyvä ja jatkuva osa ammattikorkeakoulun toimintaa. Menestyksestä Living Lab -toimintaa ei saada aikaan projektiluontoisesti ulkopuolisella projektirahoituksella toteutettuna. Tarvitaan toiminnan perustan kartoitus ja määrätietoinen suunnittelu hyvinvointiteknologioihin liittyvän opetuksen kehittämiseksi. Living Labin sisällä voidaan kuitenkin toteuttaa pilotteja sekä projektimuotoista toimintaa. Hyvinvointiteknologian hanketoiminnan on muotouduttava selkeästi Living Labin ympärille ja oltava yhteydessä opetukseen.

LÄHTEET

Ballon, P., Van Hoed, M. & Schuurmann, D. 2018. The effectiveness of involving users in digital innovation: Measuring the impact of living labs. *Telematics and informatics* 35 (5), 1201-1214.

Bandura, A. 1986. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. 1997. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.

Living Labbs roadmap 2007 - 2010. 2007. [Verkkajulkaisu]. Living Labs Portfolio Leadership Group : Corelabs Project. [Viitattu 24.3.2020]. Saatavana: <https://www.scribd.com/document/38953413/Living-Labs-Roadmap-2007-2010>

Davidson, E. 2020. Quatro Helix Collaboration in Baltic Sea Region. ProVa Health Summit 13.3.2020.

European Network of Living labs. Ei päivystä. What are living labs. [Verkkosivu]. [Viitattu 6.3.2020]. Saatavana: <https://enoll.org/about-us/>

Følstad, A. 2008. Living Labs for innovation and development of information and communication technology: a literature review. *Electronic journal of organizational virtualness* 10, 99 - 131.

Jespersen, K. R. 2008 *User driven product development: Creating a user-involving culture*. Copenhagen: Samfundslitteratur.

Harjumaa, M., Laukkanen, M.-L., Leväsluoto, J., Lähteenmäki, J., Nuutinen, M. & Talja, H. 2017. *Tekemällä oppii - kokeilukulttuurista vauhtia sosiaali- ja terveystalvveluiden uudistamiseen*. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 32/2017. [Viitattu 13.3.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-376-7>

Hyrkäs, P., Haukipuro, L., Väinämö, S., Iivari, M., Sachinopoulou, A. & Majava, J. 2020. Collaborative innovation in healthcare: a case study of hospitals as innovation platforms. *Value chain management* 11 (1), 24 - 41.

Leminen, S. 2015 *Living Labs as open innovation networks: Networks, roles and innovation outcomes*. Helsinki: Aalto University. Aalto University publication series, Doctoral dissertations 132/2015.

Leminen, S. & Westerlund, M., 2016. A framework for understanding the different research avenues of living labs. *International journal of technology marketing* 11 (4), 399 - 420.

Leminen, S., Westerlund, M. & Nyström, A.-G. 2012 Living Labs as Open-Innovation Networks. *Technology innovation management review* 2 (29), 6 - 11.

Merenvainio, A. 2009. Living Lab -innovaatioympäristöt. [Verkkajulkaisu]. Laurea-ammattikorkeakoulu. Palvelujen tuottamisen ja johtamisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 3.6.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200905293465>

Niemelä, M. & Sachinopoulou, A. 2019. Hyvinvoinnin tekoäly ja robotiikka kotona – pilotointiympäristöjen kehittämien. [Verkkajulkaisu]. VTT Technology 355. [Viitattu 12.3.2020]. Saatavana: <https://www.vtt.fi/inf/pdf/technology/2019/T355.pdf>

Orava, J. 2009. Living Lab toiminta Suomessa. [Verkkajulkaisu]. Seinäjoki: Seinäjoen teknologiakeskus. [Verkkajulkaisu]. Aluekeskusohjelman verkostojulkaisu 3/2009. [Viitattu 24.3.2020]. Saatavana: <https://docplayer.fi/3001386-Living-lab-toiminta-suomessa.html>

Ratto, M., 2000. Producing users, using producers. Teoksessa: Paper presented at the Participatory Design Conference, 26 nov 2000, New York.

Rönkä, K., Orava, J., Niitamo, V.P. & Mikkeli, K. 2007. Kehitysalustoilla neloskierteeseen: Tulevaisuuden kehitysalustat -hankkeen loppuraportti. Culminatum Ltd ja Tekes.

Santonen, T. 2018 Comparing Living Lab(s) and its' competing terms popularity. [Verkkoartikkeli]. Teoksessa: I. Bitran, S. Conn, K. R. E. Huizingh, O. Kokshagina, M. Torkkeli, M. Tynnhamar (Eds.) *The Proceedings of ISPIM Innovation Conference, Innovation, the Name of the Game*, 17.-20.6.2018. Stockholm. [Viitattu 10.6.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2018091014995>

Schuurman, D. 2015. Bridging the gap between open and user Innovation? Exploring the value of Living Labs as a means to structure user contribution and manage distributed innovation. [Verkkajulkaisu].

University of Ghent. Doctoral Thesis. [Viitattu 6.3.2020]. Saatavana: <http://hdl.handle.net/1854/LU-5931264>

Schuurman, D., De Marez, L. & Ballon, P. 2016. The impact of Living Lab methodology on open innovation contributions and outcomes. *Technology innovation management review* 1 (6), 7 - 16.

Tabish, S. A. & Nabil, S. 2013. Future of healthcare delivery: Strategies that will reshape the healthcare industry landscape. *International journal of science and research* 4 (2), 727 - 758.

Schwab, K. 2016. *The fourth industrial revolution*. New York, NY: Crown Business.

Schäfer, M. *The fourth industrial revolution: How the EU can lead it. European view* 17 (1), 5 - 12.

Turja, T. 2019. *Accepting robots as assistants: A social, personal, and principled matter*. [Verkköjulkaisu]. Tampere: Tampere University. Tampere University Dissertations 174. [Viitattu 3.6.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-1351-7>

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 julkaisusarjojen aiemmin ilmestyneet julkaisut löytyvät SeAMKin verkkosivuilta

<https://www.seamk.fi/yrityksille/julkaisut/>

ja Theseus-verkkokirjastosta **<https://www.theseus.fi>**

Seinäjoen ammattikorkeakoulun kirjasto

Kalevankatu 35, 60100 Seinäjoki

p. 040 830 0410

kirjasto@seamk.fi

ISBN 978-952-7317-28-0

ISBN 978-952-7317-29-7 (verkkojulkaisu)

ISSN 1456-1743

ISSN 1797-5573 (verkkojulkaisu)

SeAMK 

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES