

OPPIMATERIAALEJA

PUHEENVUOROJA

RAPORTTEJA 102

TUTKIMUKSIA

Kaija Lind, Mikko Saarikoski &
Marjale von Schantz (toim.)

TUTKIEN TERVEYTTÄ 2009–2010



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPPIMATERIAALEJA

PUHEENVUOROJA

RAPORTTEJA 102

TUTKIMUKSIA

Kaija Lind, Mikko Saarikoski &
Marjale von Schantz (toim.)

TUTKIEN TERVEYTTÄ 2009–2010



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

TURUN AMMATTIKORKEAKOULUN
RAPORTTEJA 102

Turun ammattikorkeakoulu
Turku 2011

ISBN 978-952-216-174-1 (painettu)

ISSN 1457-7925 (painettu)

Painopaikka: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Tampere 2011

Myynti: <http://julkaisut.turkuamk.fi>

ISBN 978-952-216-175-8 (PDF)

ISSN 1459-7764 (elektroninen)

<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161758.pdf>



SISÄLTÖ

ESIPUHE	5
VIESTINTÄ TULOKSELLISEN TUTKIMUS- JA KEHITYS- TOIMINNAN KESKIÖSSÄ <i>Mikko Saarikoski</i>	6
STRATEGINEN TERVEYSOSAAMINEN	
LÄÄKEHOITO-OSAAMISEN ARVIOINTI- JA KEHITTÄMIS- KESKUS LOISTE <i>Kajja Lind</i>	15
OPINNÄYTETYÖT STRATEGIATYÖN OSANA <i>Sirkku Koivuniemi & Eeva Selinummi</i>	29
AMMATILLINEN TERVEYSOSAAMINEN	
LASTEN HOITOTYÖN LAATU LASTEN NÄKÖKULMASTA <i>Tiina Pelander</i>	43
IRTI INFEKTIOISTA -HANKE <i>Marjale von Schantz</i>	53
KASVU TERVEYSALAN YRITTÄJYYTEEN <i>Sari Asteljoki</i>	62
OPISKELIJAN TIETOTEKNISET VALMIUDET OPINTOJEN ALUSSA <i>Sirpa Envall, Riitta Aaltonen & Anu Havisto</i>	74
KANSALAISTEN TERVEYSOSAAMINEN	
TERVEYSPALVELUJA PITKÄAIKAISTYÖTTÖMILLE <i>Kristiina Viljanen & Anu Puodinketo-Wahlstén</i>	83
SAUVAKÄVELYLLÄ KUNTOON – NowaStep-HARJOITUSOHJELMA <i>Mika Venojärvi</i>	94
KIRJOITTAJAT	101

ESIPUHE

Turun ammattikorkeakoulun Terveysala-tulosalue esittelee käsillä olevassa *Tutkien terveyttä 2009–2010* -julkaisussa opetusta palvelevaa sekä työelämää ja aluekehitystä tukevaa soveltavaa tutkimus- ja kehitystyötään. Julkaisun jäsentely kuvastaa laaja-alaista lähestymistapaamme TKI-toimintaan. Julkaisun strateginen terveysosaaminen -osiossa tarkastellaan hanketoimintaa, jonka tavoitteena on eri organisaatioiden toiminnan kehittäminen esimerkiksi terveysosaamista vahvistamalla. Ammatillinen terveysosaaminen -osio antaa esimerkkejä syvemmän ammatillisen osaamisen kehittämiseen tähtäävistä tutkimus- ja kehittämishankkeista, jotka hyödyttävät sekä koulutusta että työelämän organisaatioita. Kansalaisten terveysosaamiseen fokuoituvassa osiossa esitellään hankkeita, jotka kohdentuvat yksilöiden ja myös yhteisöjen henkilökohtaisen terveysosaamisen vahvistamiseen.

Olennaista tutkimus- ja kehitystoiminnan näkökulmasta on tulosten ja koko kehittämisprosessin näkyväksi tekeminen. Mikko Saarikoski kuvaa artikkelissaan, miten merkittävää kehittämistyön tulosten hyödyntämiselle on hankkeiden tuottaman tiedon ja osaamisen levittäminen ensisijaisesti kohderyhmille, mutta myös kaikille asiasta kiinnostuneille. Tämä julkaisu on yksi osa Terveysala-tulosalueella tehtävän kehittämistoiminnan viestintää.

Turussa 4.1.2011

Kaija Lind

Koulutusjohtaja

VIESTINTÄ TULOSELLISEN TUTKIMUS- JA KEHITYSTOIMINNAN KESKIÖSSÄ

Mikko Saarikoski

Ammattikorkeakoulujen tutkimus-, kehitys- ja innovaatiotoimintaan (TKI-toiminta) liittyvä viestintä saa perustelunsa ammattikorkeakoulujen aluekehitystehtävästä. Ammattikorkeakoulu on siis jo lähtökohdiltaan aktiivisesti ympäristöönsä vaikuttava toimija ja viestintä on keskeinen väline tässä prosessissa.

Tutkimus- ja kehittämishankkeisiin (T&K) liittyvä viestintä ei ole täysin yksiselitteinen käsite. Se on sukua tiedeviestinnän (*science communication*) käsitteelle, jota käytetään kuvattaessa tiedeyhteisön toimintaa, jolla sen tuottamat tutkimustulokset tehdään tunnetuksi. Turun ammattikorkeakoulun Tutkimusviestinnän kehittämissuunnitelman (2009) mukaan tiedeviestinnän käsite ei kuitenkaan ole osuvin käytettäväksi ammattikorkeakoulun T&K-toiminnan yhteydessä. Tässä artikkelissa käytetään edellä mainitun suunnitelman mukaisesti tutkimusviestinnän käsitettä, jota on käytetty myös muutamien muiden suomalaisten ammattikorkeakoulujen julkaisuissa. Voidaan ajatella, että tutkimusviestinnän käsite erottuu tiedeviestinnän käsitteestä, koska sen avulla voidaan kuvata ammattikorkeakoulujen määrittelemää soveltavaa tutkimusta ja sen käytännönläheistä luonnetta (Komulainen ym. 2009).

VIESTINNÄN LÄHTÖKOHTIA T&K-TOIMINNASSA

T&K-hanke on tyypillinen esimerkki inhimillisestä toiminnasta, joka toteutuu monimuotoisissa ja monitahoisissa sosiaalisissa verkostoissa. Verkostossa kulkeva tieto on ikään kuin verkoston osien yhteistä energiaa, joka mahdollistaa sen tuloksellisen toiminnan. Partnereiden keskinäisen yhteistyön ehtona on, että kaikki osapuolet ovat lähes reaaliaikaisesti tietoisia yhteisen hankkeen kulusta. Myös projektien rahoittajat tarvitsevat tietoa projektiansa etenemisestä. Ruuska (2007) kuvaa viestinnän ydinluonnetta kriittisen polun käsitteellä.

lä. Projekti koostuu kronologisesti etenevistä työvaiheista, joiden toteutumista viestintä kuljettaa tällä kriittisellä polulla. Merkittävä osa projektityöskentelyn ongelmista on joko kokonaan tai osittain seurausta puutteellisesta viestinnästä. Viestintä voidaan määritellä projektin ydintehtäväksi, joka vie vaihe vaiheelta projektia kohti sen tavoitteita ja tuloksia.

Joskus saatetaan virheellisesti ajatella, että viestintä on ajankohtaista vasta silloin kun hankkeen tulokset ovat käytettävissä. Viestintä on kuitenkin tärkeää projektin kaikissa vaiheissa, ei vasta sen päättyessä. Projektin suunnitteluvaiheessa laaditulla viestintäsuunnitelmalla pyritään systematisoimaan mitä, kenelle, milloin ja millä välineillä projektista tullaan tiedottamaan (Lappalainen 2009). Näiden ydinkysymysten lisäksi arvioidaan myös viestinnässä tarvittavat resurssit. Sidosryhmäanalyysi toimii viestintäsuunnitelman lähtökohtana. Ilman jo alkuvaiheessa suoritettua viestintätarpeiden analysointia on vaarana, että viestintä jää sattumanvaraiseksi ja yhteistyökumppanit kokevat jäävänsä syrjään tai hankkeesta saatava imagoarvo jää hyödyntämättä (Silfverberg 2005).

Tiedottamisen ja viestinnän kohderyhmien arvioinnissa ei saa olla liian vaatimaton. Aina täytyy arvioida myös hankkeen mahdollinen kansallinen ja kansainvälinen kiinnostavuus. Kun on kysymys jostakin oleellisesti uudenaikaisesta toimintamallista tai tuotteesta, on arvioitava myös tieteellisten foorumien hyödyntämismahdollisuuksia. Tämä siitähän huolimatta, että kirjoittaminen tieteelliselle foorumille vaatii enemmän panostusta kuin pääosin hankkeen omiin lähtökohtiin perustuva omaehtoinen tiedottaminen.

VIESTINNÄN KOHDENTAMINEN

Ammattikorkeakoulun toiminta liittyy läheisesti sekä väestöön että yhteiskunnallisiin tuotantoprosesseihin. Amattikorkeakoulun T&K-toiminta sidosryhmineen muodostaa verkoston, jonka analysointi paljastaa, keiden toimijoiden voidaan olettaa hyötyvän mistäkin T&K-hankkeesta. Lappalainen (2009) käyttää viestinnän tarpeiden ja kohteiden määrittelyssä sidosryhmäareenan käsitettä. Sidosryhmäareenoilla hän tarkoittaa erityyppisiä toimijatahoja, joiden tiedontarpeeseen hyvän projektiviestinnän tulisi vastata. Areenat koostuvat organisaation omista ja ulkopuolisista toimijoista sekä sellaisista tahoista, joiden virallinen suhde projektiin tai sitä toteuttavaan organisaatioon on vaikeammin määriteltävissä (esim. kehittäjäareena tai media-areena).

Sisäisellä areenalla tarkoitetaan kehittämistoimintaa koordinoivaa organisaatiota itseään. Tämä viestinnän osa-alue vastaa organisaation johdon sekä projektiin kuulumattomien henkilöiden tiedontarpeeseen. Tässä viestinnässä säännölliset tiedotteet ja eri työskentelyfoorumeille asian esille tuominen ovat perusmenetelmiä. Sisäisessä viestinnässä voidaan hyödyntää myös organisaation omia intranet-pohjaisia viestintävälineitä kuten esimerkiksi Turun ammattikorkeakoulun Messi-ympäristö.

Asiakasareena koostuu projektin yhteistyökumppaneista. Ohjausryhmätyöskentely on toimintamuoto, joka varmistaa myös yhteistyöorganisaation johdon ajan tasalla pysymisen. Virtuaaliset oppimisympäristöt ja muut rajatut yhteistyöalustat ovat käyttökelpoisia työvälineitä koordinoivan organisaation ja asiakasorganisaation välisessä viestinnässä ja yhteistyössä. Projektin kaikki keskeiset dokumentit, kuten esimerkiksi kokousmuistiot voidaan tallentaa tällaiseen käyttöoikeuksiltaan rajattuun työtilaan. Tämä toimintamalli vapauttaa asiakasareenan jäsenet oman arkiston pitämistarpeesta ja mahdollistaa dokumenttien luotettavan säilytyksen ja helpon saavutettavuuden.

Kehittäjäareenalla tarkoitetaan projektista tiedottamista muille hanketoimijoille. Tähän tiedontarpeeseen voidaan vastata eri toimijoiden yhteisillä foorumeilla. Esimerkiksi posteritai suullinen konferenssiesitys tavoittaa helposti yhdellä kertaa suuren joukon asiasta kiinnostuneita. Myös projektin kotisivut ja verkkojulkaisut ovat käyttökelpoisia työvälineitä tällä viestintäareenalla. Onnistuneella tapahtumatai konferenssiesiintymisellä on mahdollista vaikuttaa myös sellaisiin tahoihin, jotka syystä tai toisesta suhtautuvat projektiin ennakkoluuloisesti tai kielteisesti.

Hallinnon areena koostuu organisaatioiden ylimmästä johdosta, joka useimmiten muodostaa yhdessä rahoittajatahon kanssa projektin ohjausryhmän. Ohjausryhmän tiivis työskentely ja säännöllinen informointi varmistavat osaltaan sen, että ohjausryhmän jäsenet viestittävät projektista myös muiden sidosryhmäyhteyksiensä välityksellä. Hyvä tiedottaminen varmistaa sen, että projekti ja sen toimijat saavuttavat myös johdon luottamuksen.

Bisnesarenaan kohdennettu viestintä on markkinointiviestintää. Se koostuu toiminnoista, joiden avulla projektia ja sen tuotteita tehdään tunnetuksi. Esimerkiksi tällaisesta viestinnästä sopii esittelytai myyntikojun pitäminen messutapahtumien yhteydessä. Niissä ei useinkaan pyritä varsinaiseen voittoa tuottavaan myyntitoimintaan, vaan toiminnan ensisijainen perustelu on projektin näkyvyyden parantamisessa.

Media-areena tarjoaa mahdollisuuden tavoittaa suuri yleisö. Sen hyödyntämisessä täytyy oppia kiteyttämään projektin ydin tiiviiseen ja helposti ymmärrettävään muotoon. Jos konferenssiesityksessä projekti tiivistetään 15 minuutin alustuspuheenvuoroksi, uutisinsertissä se täytyy pystyä kiteyttämään muutamaan minuutin mittaiseksi välähdykseksi. Tästä tiivistämisvaatimuksesta huolimatta uutisen täytyy sisältää projektin tausta ja tavoitteet sekä ymmärrettävästi esitetty perustelu, miksi projekti ylipäättään on käynnistetty. Media-areenalle suunnattua viestiä koostettaessa on hyvä pitää mielessä, että suuri yleisö ei ole kiinnostunut projektista, vaan asiasisällöstä, jota projektin avulla kehitetään.

JULKAISUFOORUMEIHIN LIITTYVIÄ KÄYTÄNNÖN NÄKÖKOHTIA

Työelämän kehittämisen näkökulmasta kansalliset ammattijulkaisut ovat välttämättömiä ja kynnykseltään matalia tiedottamisen foorumeita. Lehdillä on useimmiten tarjolla myös toimituksellista apua, jonka avulla hankkeesta saa pienellä vaivalla näkyvän valtakunnallisen esittelyn. Ammattikorkeakoulujen aluekehitystehtävästä johtuen niissä tehdään paljon sellaista kehittämistyötä, joka kiinnostaa myös väestöä. Turun ammattikorkeakoulun omassa viestintäyksikössä on tarjolla viestinnän asiantuntemusta, jonka avulla suurta yleisöä kiinnostavista hankkeista voidaan tehdä näkyviä sekä alueellisesti että kansallisesti. Käsikirjoitusta laadittaessa on tärkeä ajatella, ketkä muodostavat artikkelin tai julkaisun lukijakunnan. On aina syytä tunnistaa se tosiasia, että vain kyseisessä projektissa toimivat henkilöt ovat 'sisällä' projektin terminologiasa – vaikka lukijakunta koostuisikin projektin toimialan ammattilaisista. Sen vuoksi on tärkeä kirjoittaa myös ammattijulkaisuissa projektista ja sen toiminoista mahdollisimman yksinkertaisesti ja pelkistetysti. Erityisesti käsitteiden käytössä on oltava johdonmukainen ja käytettävä mahdollisimman yleistajuisia ilmauksia (Lambert & Vanhanen-Nuutinen 2007; Koskela ym. 2007).

Suurelle yleisölle kirjoitettaessa on välttämätöntä popularisoida eli yleistajuisuutta artikkelissa käytetty kieli mahdollisimman yksinkertaiseksi. Ammattilehden tai populaarijulkaisuun kirjoitettavan artikkelin tärkeimmät osat ovat sen otsikointi, rakenne sekä varsinaiseen tekstiosaan johdettava tiivistelmä. Hyvä otsikointi koostuu havainnollisesta ja kiinnostavasta pääotsikosta sekä terävistä väliotsikoista. Jo näillä elementeillä mahdollistetaan yleiskuvan saaminen projektista. Jos varsinainen teksti vielä alkaa kiinnostavalla ja 'myyvällä' tavalla, on lukija saatu houkuteltua projektista hyötyvien ihmisten joukkoon.

Tieteellisen artikkelikäsitteilykirjoituksen lisähaasteena ovat ammattijulkaisua tiukemmat muotovaatimukset. Kaikkien tieteellisten julkaisujen kotisivuilta ja mahdollisesti myös jokaisen numeron lopusta löytyvät tarkat kirjoitusohjeet, joita on myös syytä noudattaa. Vaikka ohjeet sisältävät yksityiskohtaiset muoto-ohjeet (mm. lähdeviittauksista ja sisällysluettelosta) on rakenne kuitenkin tieteellisen artikkelin tärkein elementti. Monien julkaisujen (esim. *Journal of Advanced Nursing*) kirjoitusohjeissa on ohjeet esimerkiksi empiirisiä tutkimustuloksia esittelevän artikkelin väliotsikkorakenteesta.

Myös tieteellistä artikkelia kirjoitettaessa on ajateltava sen kiinnostavuutta ja korostettava sen uutuusarvoa. Ei ole mitenkään poikkeuksellista, että 'hyvin ja oikein' kirjoitettu käsitteilykirjoitus saa päätoimittajalta hylkäämispäätöksen ilman, että artikkeli olisi edes ollut vertaisarvioinnissa – vaikkei artikkelissa sinänsä olisikaan mitään varsinaista vikaa. Syy hylkäämiselle saattaa olla siinä, että päätoimittajan arvion mukaan artikkelin aihe ei sovellu lehden omiin sisällöllisiin rajauksiin. Esimerkiksi jossain tiettyssä lehdessä saatetaan olla kiinnostuneita hoidon sisältöön liittyvistä tutkimuksista, ei koulutukseen liittyvistä artikkeleista. Tästä syystä tieteellisen artikkelin kirjoittaminen ja parantelu vaatii pitkäjänteisempää työtä kuin ammattilehden tarkoitettu artikkeli. On itse asiassa harvinaista, että tieteellisen artikkelin ensimmäinen käsitteilykirjoitusversio hyväksyttäisiin julkistavaksi jo ensimmäisessä arvioinnissa.

LOPUKSI

Viestintä on hanketoiminnan ydinprosessi, joka sitoo yhteen projektin vaiheet ja kiinnittää hankkeen sen toimintaympäristöön. Sen avulla luodaan yhdysside projektitoimijoiden ja projektista hyötyvien tahojen välille. Ei voida mekaanisesti ohjeistaa, mikä viestinnän foorumi erityisesti sopii tiettyyn yksittäiseen projektiin, mutta useimmiten kuitenkin tarvitaan useamman kuin yhden foorumin käyttöä. Viestinnän tehoa voidaan myös lisätä toistoilla: säännöllisin väliajoin tehdyt pienetkin tiedotteet edistävät projektin tunnettuutta enemmän kuin yksi laaja kertajulkaisu. Hyvä projektiviestintä perustuu aina huolelliseen ennakkosuunnitelmaan. Viestintäsuunnitelmaa voidaankin pitää ehkä tärkeimpänä projektisuunnitelman osana, koska siitä pystytään päättämään mitä projektissa tehdään ja kenelle, millaisia tuloksia tavoitellaan ja mitkä toimijatahot halutaan saattaa tietoiseksi projektista sen elinkaaren vaiheissa.

LÄHTEET

Komulainen, M.; Haapala, S.; Kankaanpää, V.; Koivuniemi, S.; Saarinen, J.; Stenroos-Vuorio, J. & Tanskanen, I. 2009. Turun AMK tutkii, kehittää, näkyy ja vaikuttaa. Tutkimusviestinnän kehittämissuunnitelma.

Koskela, L.; Koskinen, J. & Lankinen, P. 2007. Viestintä verkostoissa ja innovaatioissa. Helsinki: WSOYpro.

Lambert, P. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2005. Kirjoittamisen genren kehittäminen. Teoksessa: Lambert, P. & Vanhanen-Nuutinen, L. (toim.) Hankkeesta julkaisuksi. Kirjoittaminen ammattikoreakelakoulun ja työelämän kehityshankkeissa, 13–43. Helsinki: Edita.

Lappalainen, H. 2009. Kuka hyötyy hankkeestamme? Koulutusmoniste 11.12.2009. Hanke-taito Oy.

Ruuska, K. 2007. Projektiviestintä – väline ja voimavara. HETKY 3/2007. Helsingin tietojenkäsittely-yhdistys ry:n julkaisu. 13–15,

Silfverberg, P. 2005. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Planpoint Oy.

STRATEGINEN TERVEYSOSAAMINEN

LÄÄKEHOITO-OSAAMISEN ARVIOINTI- JA KEHITTÄMISKESKUS LOISTE

Kaija Lind

Lääkehoito-osaaminen on kansallisesti ja kansainvälisesti tunnistettu terveysalan merkittäväksi ammatillisen osaamisen alueeksi. Terveystieteiden opettajien lääkehoito-osaaminen on arvioitava ja sitä on edistettävä uudella tavalla, erityisesti monialaisen yhteistyön avulla. Eri kouluttajatahojen yhteistoiminta laajentaa, monipuolistaa ja syventää koulutustoimintaa sekä auttaa kustannustehokkaiden ratkaisujen löytämisessä. Opettajien työ sekä opiskelijoiden oppiminen ja hyvän ammatillisen osaamistason saavuttaminen ammattikorkeakoulututkintoon johtavan koulutuksen aikana nivoutuvat yhä tiiviimmin työelämään. Koulutuksen ja työelämän rajapintojen hälvettäminen on tämänhetkisen ja tulevaisuuden työelämän osaamisen kehittämisen kannalta välttämätöntä.

Haasteet uudenlaisten oppimisympäristöjen kehittämiseen lisääntyvät jatkuvasti. Erilaisten toimintaympäristöjen ja toimijoiden osaamisen yhdistäminen koulutuksessa on tärkeää. Koulutuksen aikana toteutettava monialainen yhteistyö antaa opiskelijalle valmiuksia vastata myös tulevaisuuden työelämässä vastaantuleviin uusiin osaamis- ja yhteistyövaatimuksiin.

Turun ammattikorkeakoulun Terveystieteiden alueella on jo vuosien ajan kehitetty lääkehoito-osaamisen edistämiseen ja turvallisen lääkehoidon toteuttamiseen keskittyviä toimintamalleja. Vuonna 2007 perustettiin tulosalueen sisäinen Lääkehoito-osaamisen arviointi- ja kehittämiskeskus LOISTE, jonka tavoitteiksi asetettiin toimintamallien koordinointi ja niiden edelleen kehittäminen tulosalueen opettajien yhteistyöllä, verkostoitumisella ja asiantuntijuuden jakamisella. Lisäksi keskeisenä tavoitteena on opiskelijoiden oppimisen ja osaamisen tehostaminen lääkehoidon toteuttajina sekä opetuksen laadun parantaminen.

Turvallinen lääkehoito on keskeisessä asemassa myös valtakunnallisessa sosiaali- ja terveysministeriön ohjelmatoiminnassa. Turun ammattikorkeakoulun Terveysala-tulosalue vastaa terveydenhuollon toimijoiden lääkehoito-osaamisen kehittämistarpeeseen erilaisin koulutusprojektein ja kehittämishankkein. Esimerkiksi terveystalon erikoistumisopintoja suunnitellaan kehitettäväksi siten, että niihin kaikkiin sisältyy oppimisjuonteena turvallisen lääkehoidon toteutus. Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Sosiaali- ja terveystalon lupa- ja valvontavirasto Valvira (entinen Terveystalon oikeusturvakeskus) ovat tukenneet Turun ammattikorkeakoulun vastuuroolia laatia suosituksiin perustuvat valtakunnalliset lääkehoidon osaamiskuvaukset sekä kannustaneet turvallisen lääkehoidon osaamisen seurannan varmistavan elektronisen lääkehoitopassin (eLääkehoitopassi) kehittämistä valtakunnalliseen käyttöön.

Varsinaisen lääkehoito-osaamisen ja sen opetuksen osaamisen kehittämisen lisäksi LOISTEEn tavoitteena on ollut löytää uusia toiminnallisia yhtymäkohtia ja yhteistyömuotoja Turun seudun vahvoihin kehittämiskenttiin kuten lääketutkimukseen, lääkealan tuotekehitykseen ja lääkkeiden markkinointiin. Tässä mielessä on myös valmisteltu yhteistyötä Turun ammattikorkeakoulun muiden tulosalueiden kanssa.

LOISTEEN TOIMINTASTRATEGIA

LOISTEEn lähtökohtana on työelämää ja sen kehittämistä palveleva, moniammatillinen ja monialainen yhteistyömalli, joka näyttäytyy sekä tulosalueen koulutusohjelmista koostuvien koulutusyksiköiden keskinäisenä että työelämäkumppaneiden kanssa tehtävänä yhteistyönä. Loisteen vastuuhenkilöksi nimettiin tulosalueen johtaja ja ohjausryhmäksi johtoryhmä. Toimintamalli-ideaa jalostettiin Loiste-kehittämishankkeena, joka sai rahoitusta paitsi tulosalueelta myös Turun ammattikorkeakoulun opetuksen kehittämisohjelma Agricolasta. Syksyllä 2008 alkoi yhteistyö ja verkostoituminen myös muiden ammattikorkeakoulujen kanssa. Kiinteää yhteistyötä toiminnan kehittämiseksi on tehty erityisesti Satakunnan ja Novia ammattikorkeakoulujen kanssa.

LOISTEEn strategia määriteltiin perustamisvaiheessa seuraavaksi:

Lääkealan ja lääkehoito-osaamisen arviointi- ja kehityskeskus LOISTE (Turun AMK, terveystalo)

LOISTE toimii

- 1. Turun AMK:n sisäisenä koordinaatioyksikkönä lääkehoidon opetuksen osalta. Lääkehoidon opetuksesta kiinnostuneet ja siihen sitoutuneet opettajat muodostavat taitorenkkaan, jonka jäsenet huolehtivat lääkehoidon opetuksesta koko Terveystalon tulosalueella (AMK-tutkintoon johtava koulutus - nuoret ja aikuiset - täydennyskoulutus - ylemmät AMK-tutkinnot).*
- 2. lääkehoito-osaamisen arviointi- kehittämis- ja tutkimuspalveluja koordinoivana yksikkönä (työelämän yksiköiden kehittämishankkeet, koulutuspalvelut, muu tuotekehitys jne., esimerkkinä eLääkehoitopassi).*
- 3. lääkehoitoon liittyvien eri alojen yhteisten kehittämis- ja koulutusinnovaatioiden kehittämis- ja koordinaatioyksikkönä (kytkennät esimerkiksi bioaloihin, farmasia-alan koulutukseen ja markkinointiin).*

Toiminta-ajatus

LOISTE vastaa alueellisesti ja kansallisesti sekä osaltaan myös kansainvälisissä yhteyksissä tapahtuvan lääkealan ja lääkehoito-osaamisen arvioinnista ja kehittämisestä.

Visio

LOISTEella on vuonna 2015 tunnustettu ja arvostettu rooli kansallisessa potilasturvallisuuden laatuajattelussa lääkealan toimijoiden asiantuntijuuden, tuotekehityksen sekä lääkehoito-osaamisen alueilla.

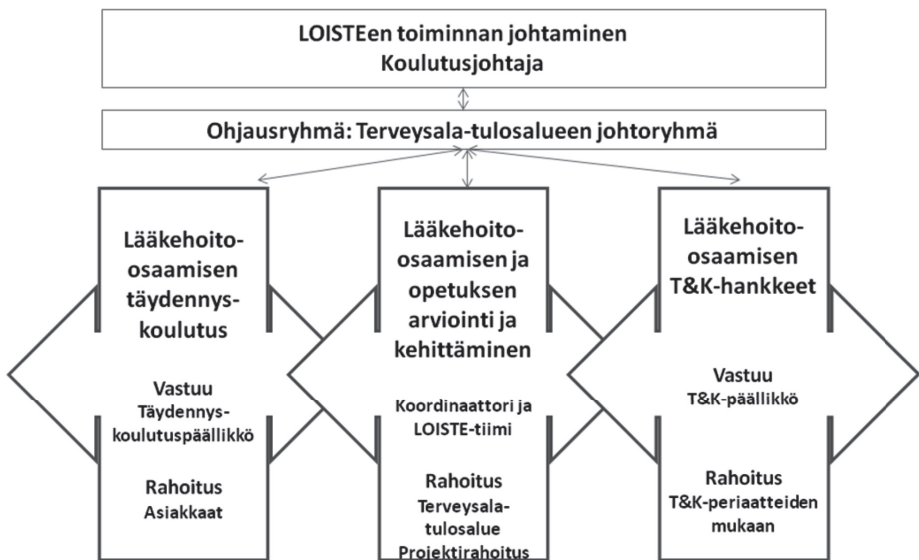
Strategiset teemat

- Sosiaali- ja terveystalon henkilöstön ja terveystalon opiskelijoiden lääkehoito-osaamisen varmentaminen kansallisten kehittämistavoitteiden suuntaisesti.*
- Lääkehoitoon liittyvän didaktisen osaamisen valmentaminen osana terveystalon opettajien ammattitaitoa.*
- Lääkealan toimijoiden koulutus ja osaamisen edistäminen lääkkeisiin liittyvissä tutkimus-, tuotekehitys- ja markkinointitoiminnoissa.*
- Kohdennettujen ja räätälöityjen arviointi- ja kehittämisinterventtioiden tarjoaminen asiakasorganisaatioille.*

Strategiaan perustuen tavoitteena on vakiinnuttaa toimintamalli osaksi Terveysala-tulosalueen toimintaa ja oppimisympäristöä, koordinoida ja vastata lääkehoidon opetuksesta ja opetuksen kehittämisestä tutkintoon johtavassa koulutuksessa terveysalalla sekä vastata joustavasti, asiakaslähtöisesti ja kustannustehokkaasti työelämän lääkehoito-osaamisen kehitystarpeisiin alueellisesti ja kansallisesti. Edelleen tavoitteena on edistää opettajien lääkehoito-osaamista ja pedagogisia valmiuksia lääkehoidon opetuksessa ja mahdollistaa lääkehoidon kehittämishankkeiden yhteydessä syntyneiden tulosten hyödyntämisen laajalaisesti Turun ammattikorkeakoulussa.

LOISTEen tavoitteena on kehittää ja koordinoida yhteistyötä myös eri ammattikorkeakoulujen välillä lääkehoidon koulutuksen ja täydennyskoulutuksen näkökulmasta sekä toimia asiantuntijana lääkehoito-osaamiseen ja kehittämiseen liittyvissä aiheissa kansallisesti ja kansainvälisesti. Tässä työssä lähtökohtana ovat valtakunnalliset ohjeet ja lääkehoito-osaamista käsittelevä tutkimus. Näin LOISTE edistää osaltaan Turun ammattikorkeakoulun näkyvyyttä alueellisesti, kansallisesti ja kansainvälisesti.

Haasteena LOISTEen kehittämistyössä on ollut eri toimijoiden vastuiden, roolien ja päätöksenteon selkeyden saavuttaminen (ks. kuvio 1). Yksi haas-



KUVIO 1. LOISTEen toiminnan organisointi Terveysala-tulosalueella.

te on toimintaan osoitettujen taloudellisten resurssien riittävyys; esimerkiksi vuoden 2009 lomautukset vaikeuttivat myös LOISTEen toimintaa. Pätevien lääkehoidon opetuksen asiantuntijaopettajien määrä on osoittautunut myös haasteelliseksi, sillä rajallinen erityisasiantuntijoiden joukko ylikuormittuu helposti työtehtävillä. Jos työaikasiunnitelmat ovat täynnä jo vuoden alussa, joustava vastaaminen uusiin vuoden aikana tuleviin tehtäviin ja haasteisiin ei ole aina mahdollista.

LOISTEEN TULOSTEN HYÖDYNTÄMINEN JA TOIMINNAN ALUEELLINEN VAIKUTTAVUUS

LOISTEen toiminnan kehittämisen aikana on muotoutunut uudenlainen tapa tehdä yhteistyötä. Turun ammattikorkeakoulun imago terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja lääkehoito-osaamisen sekä koulutuksen kehittäjänä on vahvistunut ja se on tunnustettu kansallisella tasolla. Terveysala-tulosalueella on asiantuntijaverkosto, jota voidaan hyödyntää jatkossakin lääkehoidon opetuksen ja siihen liittyvän osaamisen kehittämisessä. Yhteistyö on tiivistynyt Turun sosiaali- ja terveystoimen, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin sekä muiden alueen toimijoiden kanssa. Valtakunnallista profilia on vahvistanut kaikkiin Suomen ammattikorkeakouluihin kehitetyn yhtenäisen lääkehoitopassin tuottaminen Turun ammattikorkeakoulun Terveysala-tulosalueen koordinoimana.

Opiskelijat suorittivat Loiste-kehittämishankkeessa opintopisteitä opetussuunnitelman mukaisten substanssialueen opintojaksojen integroitua hankkeeseen. Opiskelijatyönä tehtiin myös kussakin osakokonaisuudessa seuranta ja kartoitusta sekä substanssin että toimintamallin kehittämiseen. Tuloksena opiskelijoiden osaaminen vahvistui sekä projektinhallinnan että oman alan sisällöllisten vaatimusten osalta.

Seuraavassa on kuvattu Loiste-kehittämishankkeen osatehtävät vuosina 2008–2009 ja sen jälkeisessä kehittämistyössä saavutetut tulokset. Kehittämistyöhön liitettiin tulosalueella jo aiemmin tuotettuja toimintamalleja ja toinen tulosalueella usean vuoden ajan meneillään ollut laaja työelämätoimijoiden lääkehoito-osaamista arvioiva ja edistävä tutkimus-, kehitys- ja innovaatiohanke kytkettiin mukaan LOISTEen toimintaan. Kehittämistyö jaoteltiin hankkeen tavoitteiden mukaisesti kolmeen kohteeseen: *toimintamallin kehittäminen, lääkehoito-osaamisen arviointijärjestelmien kehittäminen sekä lääkehoito-osaamisen seuranta ja varmistaminen.*

Toimintamallin kehittämisessä ensimmäisenä tehtävänä oli kuvata lääkehoito-osaamisen kehittämis- ja koordinaatiotoiminnan muodostaminen yksiköksi sekä sen sijoittuminen Terveysala-tulosalueen organisaatioon. Syntynyt rakenne osoittautui toimivaksi ja osatehtävien verkosto tuotti keskinäistä synergiaetua lääkehoitoon liittyvissä toiminnoissa tulosalueella. Toiminta myös lisäsi ja vahvisti yhteistyötä tulosalueen eri koulutusohjelmien sekä Turun ja Salon toimipisteiden välillä. Yhteistyön seurauksena syntyneiden yhtenäisten ratkaisujen lääkehoidon opetuksessa ja muissa siihen liittyvissä toiminnoissa voidaan nähdä parantavan myös opetuksen laatua. Sisäiset toimintaprosessit vastuumäärittelyineen edellyttävät vielä jatkokehittämistä.

Lääkehoito-osaamisen arviointijärjestelmien kehittämisessä hyödynnettiin jo olemassa olevia osaamisen arviointimittareita vastattaessa työelämäkumppaneiden muuttuvia osaamistarpeisiin. Mittarit tarkistettiin niiden validiteetin vahvistamiseksi ja ne käännettiin myös englanniksi ja ruotsiksi kansainvälisen yhteistyön edistämiseksi sekä vieraskielisten koulutusohjelmien tarpeisiin. Verkko-oppimisalustalle (Optima) nähtiin tarpeelliseksi kehittää lääkehoito-osaamisen testiympäristö. Käytössä olevat arviointimittarit tuottavat runsaasti analysoitavaa tietoa mm. tutkimusaineistoksi. Mittareiden kehittämisessä on otettu huomioon tilastollisten analyysien edellyttämät seikat sekä laadittu yksiselitteiset ohjeistukset tulosten luotettavan tulkinnan varmistamiseksi.

Lääkehoito-osaamisen seuranta ja varmistaminen muodostivat laajimman kehittämisalueen. Kehittämistyö kohdentui laaja-alaisesti opiskelijoiden lääkehoidon perusopetukseen, opettajien osaamiseen sekä niihin liittyvän toiminnan metodiseen kehittämiseen.

Koulutusohjelmat ovat edenneet opetussuunnitelmien ja oppimisympäristöjen kehittämistyössä jonkin verran eri tahdissa. Lähtökohtana ovat olleet suurimman ammattiryhmän eli sairaanhoitajien lääkehoito-osaamiseen liittyvät kehittämistoiminnot. Valtakunnalliset kuvaukset ja kriteerit sairaanhoitajien lääkehoito-osaamiselle on laadittu kansallisena yhteistyönä ammattikorkeakoulujen terveystalon verkostossa. Näiden kuvausten pohjalta on tuotettu hoitotyön koulutusohjelmien opetussuunnitelmatyössä huomioon otettavaksi lääkehoidon opetuksen ohjeistusta, materiaalia ja teknisiä apujärjestelmiä. Lisäksi on pyritty koordinoitusti yhdistämään aiemmin kehitettyjä toimintamalleja uudistettuun malliin.

Valmistuvan sairaanhoitajan lääkehoito-osaamisen kuvaus ja kriteerit ovat pohjana jatkotyöskentelylle, jonka tuloksena vastaavat kuvaukset saadaan

käyttöön kättilö-, terveydenhoitaja-, ensihoitaja-, suuhygienisti-, röntgenhoitaja- ja bioanalytiikkokoulutukseen. Kehitystyön kuluessa on löydetty sekä kansallisesti että kansainvälisesti merkittävää, aiemmin kartoittamatonta tietoa useiden koulutusohjelmien osalta. Moniammatillinen yhteistyö myös tällä aihealueella on havaittu monipuolisesti kehittäväksi ja tuloksekkaaksi.

Terveysala-tulosalueen opettajien lääkehoito-osaamisen ajantasaisuus kartoitettiin kyselyllä, jossa selvitettiin opettajien täydennyskoulutustarpeita lääkeshoidosta. Kyselyn tulosten pohjalta järjestettiin lääkeshoidon opettajille täydennyskoulutuspäivä sekä tuotettiin materiaalia opetuksen tueksi. Läkeshoidon verkko-opetusmateriaali koottiin yhteen materiaalipankiksi ja päivitettiin Optimassa oleva toimintaympäristö kaikkien lääkeshoidon opettajien hyödynnettäväksi. Läkeshoidon verkko-oppimisympäristöä pilotoitiin ja kehitettiin edelleen. Tämän tuloksena syntyi palvelutuote, jota hyödynnetään perusopetuksen lisäksi täydennyskoulutuksessa ja työelämähankkeissa.

Keskeisenä kehittämiskohteena olleet kansallisen yhtenäisen lääkehoitopassin kehittäminen ja samanaikainen lääkeshoidon osaamiskuvausten tarkistaminen ovat edenneet hyvin. Läkeshoitopassi otettiin valtakunnallisesti käyttöön syksyn 2010 aikana. Turun ammattikorkeakoulun Terveysala-tulosalueen koordinoimaan Läkeshoidon opetuksen kehittämisen kansallisen asiantuntijaryhmään (LOKKA) kuuluvat kaikki Suomen terveysalan koulutusta tarjoavat ammattikorkeakoulut. Ryhmä on osallistunut myös tällä hetkellä viimeistelyvaiheessa olevan kansallisesti yhtenäisen sähköisen eLäkeshoitopassin kehittämistyöhön, johon jokainen ryhmän ammattikorkeakoulu on sitoutunut myös taloudellisesti. eLäkeshoitopassi valmistui sairaanhoitajakoulutuksen käyttöön vuoden 2011 alkaessa ja se on käytettävissä myös ruotsin- ja englanninkielisenä versiona.

Edellä kuvattu kehittäminen on tehostanut ammattikorkeakoulujen yhteistoimintaa ja siihen ovat osallistuneet, lähinnä kannustavana taustatukena, sosiaali- ja terveysministeriö, opetus- ja kulttuuriministeriö, lääkealan tutkimuskeskus ROHTO sekä Valvira. Merkittäviä kumppaneita kehittämisessä ovat olleet myös Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri ja Turun sosiaali- ja terveystoimi. Kiinnostuksensa aihealueen yhteistyöhön ovat osoittaneet mm. Läkeshoitokeskus ja Duodecim.

TAULUKKO I. *Yhteenvedoa Lääkehoito-osaamisen arviointi- ja kehittämiskeskus LOISTEen kehittämistyöstä.*

Toimintamalli	<ul style="list-style-type: none"> • toimintamalli, jolla voidaan turvata lääkehoitoon liittyvän koulutuksen ja palveluiden laatu
Lääkehoito-osaamisen seuranta-, tuki- ja varmistusjärjestelmä koulutuksen käyttöön	<ul style="list-style-type: none"> • lääkehoidon osaamiskuvaukset opetussuunnitelmiin (valtakunnalliseen käyttöön) • Lääkehoitopassi Suomen ammattikorkeakoulujen yhteiseen käyttöön lääkehoito-osaamisen seuranta- ja varmistusjärjestelmä • sähköinen eLääkehoitopassi, jota on pilotoitu kattavana tietoteknisenä ohjelmistona Satakunnan ammattikorkeakoulussa ja jonka käyttöönottoon kaikki Suomen terveysalan koulutusta tarjoavat ammattikorkeakoulut ovat sitoutuneet myös taloudellisin panoksin • lääkelaskuklinikka, opiskelijoiden lääkehoito-osaamisen tukijärjestelmä
Lääkehoito-osaamisen mittari ja koulutustuote työelämän	<ul style="list-style-type: none"> • työelämän tarpeisiin vastaava lääkehoito-osaamisen mittari ja koulutustuote, jota laaja työelämäkumppanien verkosto Varsinais-Suomen alueella käyttää (myös englannin- ja ruotsinkielisinä) • lääkehoidon täydennyskoulutuskokonaisuudet ja koulutustilaisuudet
Kehittämishankkeet	<ul style="list-style-type: none"> • työelämän lääkehoito-osaamista ja turvallista lääkehoitoa edistävät kehittämishankkeet • asiantuntijoita työelämän konsultointitehtäviin mm. organisaatioiden lakisääteisen lääkehoito-suunnitelman laatimisessa
Opettajien asiantuntijuuden tuki ja yhteistyö	<ul style="list-style-type: none"> • lääkehoidon opettajien asiantuntijarengas Terveysala-tulosalueella • lääkehoidon opettajien valtakunnallinen asiantuntijarengas (ns. LOKKA-ryhmä) • lääkehoidon opettajien pohjoismainen yhteistyörengas (Lääkehoitofoorumi Suomessa vuonna 2011)
Opetusmateriaali	<ul style="list-style-type: none"> • runsaasti lääkehoidon opetusmateriaalia opettajien yhteiseen käyttöön (myös valtakunnallisesti)

Kansainvälinen yhteistyö	<ul style="list-style-type: none"> • käynnistyneet keskustelut kv-kumppaneiden kanssa eLääkehoitopassin tuottamiseksi kansainvälisen käyttöön
Viestintä	<ul style="list-style-type: none"> • esityksiä ja postereita sekä kansainvälisissä että kansallisissa konferensseissa • artikkeleita sekä kansainvälisissä että kansallisissa julkaisuissa

EDESSÄ LOISTAVA TULEVAISUUS?

LOISTE vakiintuneena toimintamallina tarjoaa hyviä mahdollisuuksia laajentaa toimintakenttää lääkehoito-osaamisen alueella. Esimerkiksi farmasian alan koulutus ei nykyisin tuota riittävästi osaavaa apteekkihenkilöstöä ja erityisesti farmaseuteista on kova pula. Farmaseutin tutkinto on alempi korkeakoulututkinto, jonka toteuttamismahdollisuuksia ammattikorkeakoulututkintona tai yliopiston ja ammattikorkeakoulujen yhteisenä koulutusmallina voisi selvittää. Valvira rekisteröi koulutetut farmaseutit, ja neuvotteluja sen kanssa tulisikin käydä koulutusorganisaatioiden vaihtamisesta tai lisäämisestä. Turun ammattikorkeakoulun Lääkehoito-osaamisen arviointi- ja kehittämiskeskus LOISTE voisi pilotoida farmaseuttikoulutuksen ammattikorkeakoulun ja yliopiston yhteistyönä. Yhteistyökumppanina toimisivat Turun yliopiston kliinisen farmakologian laitos ja lääketieteen laitos sekä alueen apteekkarit (proviisorit) jne. Myös yhteistyö Åbo Akademin ruotsinkielisen farmaseuttikoulutuksen kanssa olisi oleellista.

Turun ammattikorkeakoulun strateginen yhteistyökumppani Hogeschool Utrecht Hollannista on ollut useaan otteeseen yhteydessä Terveysala-tulosalueeseen, toiveenaan yhteistyö lääkealan koulutuksen kehittämiseksi. Utrechtissa koulutetaan mm. osastofarmasian asiantuntijoita, jotka ammatillisesti sijoituvat farmaseutin ja sairaanhoitajan välimaastoon. Koulutuksen tavoitteena on nimenomaan lääkitysturvallisuuden tehostaminen ja kalliiden lääkekustannusten vähentäminen. LOISTEen puitteissa olisi mahdollista, yhteistyössä Hogeschool Utrechtin kanssa, kehittää vastaavaa toimintamallia Suomen terveyspalvelujärjestelmään, aluksi vaikkapa sairaanhoitajien lisäkoulutuksena.

Merkittävän yhteiskunnallisen haasteen muodostavat elintarvikealan tutkimus ja tuotekehitys, erityisesti lääkkeenomaiset tuotteet sekä lääkeaineiden ja ravinnon yhteiskäyttö ja yhteensopivuus. Ne ovat merkittäviä huomioon otettavia

asioita lääkehoidon toteuttamisessa sekä 'maallikkoväestöllä' että ammattihenkilöstöllä. LOISTE voisi toteuttaa eri toimijoiden kanssa seuranta- ja kartoitustoimintoja, kehittää aihealueen ohjeistoja ja järjestelmiä sekä koordinoida esimerkiksi ravitsemusasiantuntijoiden kanssa toteutettavia yhteishankkeita.

Terveysvaikutteisten elintarvikkeiden tutkimus ja tuotekehitys ovat vasta mahdollisuuksien alkutaipaleella. Tällä sektorilla on runsaasti haasteita, esimerkiksi uskomuksiin perustuvaa luontaistuotteiden väärinkäyttöä. LOISTEen puitteissa tehtävällä arviointi-, tutkimus- ja kehitystyöllä voitaisiin tuottaa täsmällisempiä ohjeistuksia ja suosituksia po. tutkimus- ja tuotekehityksen käyttöön. Tällainen toiminta tuottaisi merkittävää kustannussäästöä sekä yksilöille että yhteiskunnalle turhan tai väärän lääkkeitten käytön ja haittavaikutusten vähentämisenä ja sitä kautta hyvinvoinnin edistäjänä.

Lääkeklusteri ja alan tutkimus- ja tuotekehitysyksiköt ovat pitkään toivoneet Turkuun CRA-koulutusta (Clinical Research Assistant) vastaamaan lääketutkimusten ja tuotekehityksen koordinoinnista ja toteutuksesta. CRA-koulutuksen edelläkävijä Suomessa on Kuopion yliopisto, jonka kanssa Terveysala-tulosalue on tehnyt yhteistyötä jo usean vuoden ajan.

Lääkemarkkinointi on jo nyt erikoistumisopintoina toteutuva koulutuskonaisuus, jossa yhdistyvät liiketoimintaosaaminen, tuotekehitysosaaminen ja sisällöllinen lääkehoito-osaaminen. Se on toteutunut useita kertoja Turun ammattikorkeakoulun Terveysala- ja Bioalat ja liiketalous -tulosalueiden yhteistyönä. Sille on valmiina, mutta kehittyvänä, koulutuspakettina paikkansa LOISTEessa.

Lääkehoito-osaamisen kehittämisessä ja koulutuksessa uusin haaste on sairaanhoitajien rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden salliva lainsäädäntö, joka tuli voimaan vuoden 2010 lopulla. Erityiskoulutetuilla sairaanhoitajilla on sen mukaisesti mahdollisuus määrätä potilaalle tai asiakkaalle tiettyjä, erikseen määriteltyjä lääkkeitä. Koulutus kyseiseen tehtävään on käynnistymässä valtakunnallisesti vuoden 2011 alussa. Koulutuksen suunnittelu ja tarjonta ovat vaativia tehtäviä ja ne tuovat lisävaatimuksia lääkehoito-osaamiselle koko terveysalan koulutussektorille.

LOPUKSI

Lääkehoito-osaaminen on keskeinen osaamisalue terveysalan työssä ja siihen liittyy monenlaisia haasteita. Ammattikorkeakoulussa koulutettavien terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee koulutuksensa aikana hankkia valmiudet, jotka takaavat turvallisen lääkehoidon toteutuksen. Opiskelijoiden lääkehoito-osaamisen varmistamisessa keskeinen rooli on opettajilla, joiden osaamisen ylläpitoon tulee osallistua opettajan lisäksi työnantajan. Tilanne on samanlainen työelämässä toimivien, lääkehoitoa toteuttavien terveydenhuollon ammattihenkilöiden osalta. Lääkehoitoa koskevan tiedon lisääntyessä ja hoitomenetelmien kehittyessä nopeasti myös osaamisen tulee olla aina ajan tasalla ja ennakoida tulevia haasteita.

Kaikkien edellä mainittujen toimintojen kehittäminen edellyttää pitkäjänteistä, systemaattista työtä. Toistaiseksi on ollut mahdollista keskittyä vain pieneen osaan siitä. Keskeisenä tavoitteena on LOISTEen kehittäminen pysyväksi toimintaympäristömalliksi. Toimintamallin kehitystyö luo maaperää ja antaa rakenteen myös muiden teemojen ympärille luotavan asiantuntija- ja osaamiskeskittymän luomiselle kaikilla tulosalueilla ja koulutusaloilla.

Tämä artikkeli on koottu osittain LOISTEen kehittämiseen liittyvien hankkeiden raporteista. Kiitokset artikkelin taustamateriaalista kuuluvat projektipäällikölle, lehtori Virpi Sulosaarelle sekä lääkehoidon asiantuntijarenkaaseen kuuluville opettajille.

LOISTEEN KEHITTÄMISTYÖHÖN JA TOIMINTAAN LIITTYVIÄ JULKAISUJA

2008

Bergfors, T., Forsbacka, J., Leino, I. & Wiirilinna, U. (toim.) 2008. Vanhusten lääkehoidon kehittäminen – VALO-projektin tuloksia Salon seudulla. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 77. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Ernvall, S., Pulli, A., Salonen, A-M., Nurminen, M-L. & Kaukkila H-M. 2008. Lääkelaskenta. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Heikkinen, K., Erkko, P. & Lind K. 2008. Lääkehoito-osaamisen arviointi ja kehittämiskeskus – toimintamallin kehittämisen kuvaus. X kansallinen hoitotieteellinen konferenssi 26–27.9.2008. Vaasa. Poster-esitys.

Sulosaari, V. & Erkko, P. 2008. Lääkehoitopassi lääkehoidon oppimisen tukena. Teoksessa: Palta, H., Tiilikka, L., Wiirilinna, U. & Koivuniemi, S. Vastauksia terveystieteiden oppimishaasteisiin 3. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 75. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. 74–87.

Sulosaari, V. 2008. Lääkehoito-osaamisen arviointi- ja kehittämiskeskus T&K-toiminnan ja perusopetuksen kehittämisen keinona. Osaamisen kehittäminen lääkehoidossa. Foorumi lääkehoidon opettajille ja klinisille asiantuntijoille. Arcada 20.10.2008. Suullinen esitys.

Sulosaari, V. 2008. Development project of improving quality assurance of graduating nurse student's medication knowledge and skills. NET 2008 -konferenssi,

Walta, L. 2008. Lääkehoito radiografiatyössä ja alan koulutuksessa. Teoksessa: Palta, H., Tiilikka, L., Wiirilinna, U. & Koivuniemi, S. Vastauksia terveystieteiden oppimishaasteisiin 3. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 75. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. 88–104.

Veräjänkorva, O. 2008. Hankkeisiin liittyvät opinnäytetyöt. Teoksessa: Veräjänkorva (toim.) Sairaanhoidajien lääkehoito-osaaminen yliopistosairaalassa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 72. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. 63–64.

Veräjänkorva, O., Ernvall S., Saarikoski M. 2008. Lääkehoito-osaaminen ennen ja jälkeen täydennyskoulutuksen. Teoksessa: Veräjänkorva, O. (toim.) Sairaanhoidajien lääkehoito-osaaminen yliopistosairaalassa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 72. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. 37–45.

Veräjänkorva, O. & Saarikoski, M. 2008. Lääkehoito-osaamisen arvioiminen. Teoksessa: Veräjänkorva, O. (toim.) Sairaanhoidajien lääkehoito-osaaminen yliopistosairaalassa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 72. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. 4.

Veräjänkorva, O., Lääkehoito-osaamisen arviointimittarin kehitysvaiheet vuosina 1998–2008 Teoksessa Lind, K., Saarikoski, M. & Koivuniemi, S. (toim.) Tutkien terveyttä 2008. Turku: Turun ammattikorkeakoulun raportteja 79. 16–33.

Veräjänkorva, O. & Saarikoski, M. 2008. Lääkehoito-osaamisen kehittämishanke. Teoksessa: Veräjänkorva, O. (toim.) Sairaanhoidajien lääkehoito-osaaminen yliopistosairaalassa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 72. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. 17–21.

Veräjänkorva, O. 2008. Osallistujien kokemukset kehittämishankkeesta. Teoksessa: Veräjänkorva, O. (toim.) Sairaanhoidajien lääkehoito-osaaminen yliopistosairaalassa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 72. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. 46–62.

Veräjänkorva, O. 2008. Pohdinta ja johtopäätökset. Teoksessa: Veräjänkorva, O. (toim.) Sairaanhoidtajien lääkehoito-osaaminen yliopistosairaalassa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 72. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. 65–80.

Veräjänkorva, O., Palta, H. & Erkkö, P. 2008. Tavoitteena turvallinen lääkehoito. Hoitotyön opettajien valtakunnallinen foorumi. Sairaanhoidtaja. 6–9.

Veräjänkorva, O. & Ernvall, S. 2008. Täydennyskoulutus. Teoksessa: Veräjänkorva, O. (toim.) Sairaanhoidtajien lääkehoito-osaaminen yliopistosairaalassa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 72. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. 34–36.

Veräjänkorva, O. & Palta, H. 2008. Turvallinen lääkehoito osana potilasturvallisuutta. Teoksessa: Veräjänkorva, O. (toim.) Sairaanhoidtajien lääkehoito-osaaminen yliopistosairaalassa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 72. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. 11–16.

2009

Bergfors, T., Forsbacka, J. & Leino, I. 2009. Ikääntyneiden lääkehuolto (VALO). Teoksessa: Saarikoski, M. & Toivonen, H. (toim.) Terve ja hyvinvoiva tulevaisuus (HEAWELL) – T&K-ohjelma terveyden ja hyvinvoinnin edistäjänä Varsinais-Suomessa 2007–2009. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 89. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. 74–76.

Ernvall, S., Pulli, A., Salonen, A-M., Nurminen, M-L. & Kaukkila, H-M.. 2009. eLääkelaskenta. WSOY Pro.

Heikkinen, K., Sulosaari, V. & Lind, K 2009. Lääkehoito-osaamisen kehittäminen – Työkaluja koulutukseen ja työelämään. Sairaanhoidtajapäivät 2009. Helsinki. Posterit.

Ojala, S., Säämänen, J. & Putko, L., 2009. Testaa, kehitä ja ylläpidä lääkelaskentaosaamistasi. Ensihoitajalehti 2009: 50–51.

Ojala S. & Putko L. 2009. Testaa, kehitä ja ylläpidä lääkelaskentaosaamistasi. Ensihoitajalehti 2009.

2010

Ernvall, S. & Ojala, S. 2010. Suuhygienistiopiskelijoiden lääkehoito-osaaminen. Suuhygienisti 2010: 16–21.

Ojala, S., Säämänen, J., Putko, L. & Niemelä, K. 2010. Testaa, kehitä ja ylläpidä lääkelaskentaosaamistasi. Ensihoitaja 2010.

Palta, H., Walta, L. & Wiirilinna, U. 2010. Lääkehoito-osaamisen kehittäminen haasteena – opinnäytteitä terveysalalta 2/2009. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 56. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Sulosaari, V., Salminen, L., Huupponen, R. & Leino-Kilpi, H. 2010. Exploring factors associated to nurse students medication competence. Teoksessa: Conference on Medical Education and Medical Cognition.

Sulosaari, V., Suhonen, R., Leino-Kilpi, H. & Huupponen, R. 2010. Graduating Nurses? Medication Competence? Challenge for Nurse Educators and Researchers. Teoksessa: NET-conference.

Sulosaari, V. & Leino-Kilpi, H. 2010. Lääkehoidon opetus sairaanhoitajan tutkintoon johtavassa koulutuksessa? Integroitu kirjallisuuskatsaus. Teoksessa: Sairaanhoitajapäivät 2010 - tiivistelmäkirja.

Sulosaari, V. & Kinnunen, M. 2010. Lääkehoito sairaanhoitajan tehtävänä. Sairaanhoitaja 2010: 42–43.

Sulosaari, V. 2010. Laskimonsisäisen lääke- ja nestehoidon turvallisuuden kehittäminen I. Sairaanhoitaja 2010: 56–59.

Sulosaari, V. 2010. Laskimonsisäisen lääke- ja nestehoidon turvallisuuden kehittäminen II. Sairaanhoitaja 2010: 51–55.

Sulosaari, V., Erkko, P. & Walta, L. 2010 Medication Competence Requirements of a Graduating Registered Nurse – Towards national consensus. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 55. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Sulosaari, V. & Lind, K. 2010. Requirements of Graduating Nurses? Medication Competence? Achieving National Consensus for the Development of Undergraduate Nursing Curriculum in Finland. NET-conference tiivistelmäkirja;

Sulosaari, V., Leino-Kilpi, H., Hupli, M. & Huupponen, R. 2010. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen vahvistamisessa. XI Kansallinen hoitotieteen konferenssi – tiivistelmäkirja.

Sulosaari, V. 2010. Vain otettu lääke tehoaa. Sairaanhoitaja 2010: 40–41.

Sulosaari, V., Erkko, P. & Walta, L. 2010. Valmistuvan sairaanhoitajan lääkehoito-osaamisen vaatimukset – kohti kansallista konsensusta. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 54. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Walta, L. & Sulosaari, V. 2010. E-lääkehoitopassi terveysalan opiskelijoiden lääkehoito-osaamisen varmentamisessa. Telelääketiede-päivät tiivistelmäkirja.

OPINNÄYTETYÖT STRATEGIATYÖN OSANA

Sirkku Koivuniemi & Eeva Selinummi

Asiakaslähtöisyys, laatu ja kustannustehokkuus ovat tuloksellisten palvelujen keskeisiä ominaisuuksia. Laadun kuvaukset, arviointivälineet ja laadun edelleen viestiminen ovat tärkeitä elementtejä kilpailtaessa luotettavuudesta, tehokkuudesta ja toiminnan vaikuttavuudesta rahoittajien, ja myös asiakkaiden silmissä. Sisäinen kehittäminen ja laadun ylläpitäminen ovat tärkeitä myös siksi, että ne vahvistavat organisaation toimintapohjaa ja suuntaavat katseet yhteisiin tavoitteisiin.

Turun ammattikorkeakoulun *Laadunhallinta kolmannella sektorilla* -projektin (2006–2008) tavoitteena oli edistää palveluja tuottavien kolmannen sektorin organisaatioiden laadunhallintaa. Projektin yksi yhteistyöorganisaatio oli Turun Lähimmäispalveluyhdistys ry:n ylläpitämä vanhustenhuollon yksikkö Kotikunnas, jonka tiloissa on palveluasuntoja, sotainvalidien veljeskoti ja muistisairaiden hoitoon erikoistuneet Dementiakoti Venla, Dementiaryhmäkoti Kaisla ja Päiväpaikka Villa. Kotikunnaan suojissa asuu ja elää noin 100 asiakasta, minkä lisäksi fysioterapiapalvelut ja projektit tavoittavat kotona asuvia ikääntyviä eri puolilla Turku. Järjestöjen näkökulmasta korkeakoulujen kanssa yhteistyönä toteutettavan kehittämisen etuina ovat uuden tiedon ja tuoreiden näkökulmien saaminen organisaatioon. Korkeakoulu yhteistyö on usein myös taloudellisesti edullinen vaihtoehto kehittämistyössä.

Projektin yhtenä tavoitteena oli tarjota hoitotyön opiskelijoille oppimisareena opinnäytetöiden tekoa varten. Projektin sisään rakennettiin osaprojekti *Hyvän hoidon varmistaminen*, joka toteutettiin opinnäytetöinä Kotikunnaassa 4.9.2007–30.11.2008. Projektin ilmoittautui 21 hoitotyön koulutusohjelman sairaanhoitajaopiskelijaa, ja opinnäytetöitä valmistui 10 kappaletta. Tässä artikkelissa kuvataan opinnäytetyöprosessia, jossa opiskelijaryhmä teki useita opinnäytetöitä yhteen organisaatioon sen strategian keskeisistä aiheista.

HYVÄN HOIDON VARMISTAMINEN

Hankeyhteistyö Kotikunnaan kanssa alkoi vuonna 2005, jolloin ryhdyttiin uusimaan Kotikunnaan strategiaa. Strategiatyössä otettiin huomioon Kotikunnaassa aiemmin tehty kehittämistyö ja siinä käytettiin esikuvana Vanhus- ja lähimmäispalvelun liiton strategiaa. Arvot tiivistettiin keskeisiin arvoihin turvallisuus, oikeudenmukaisuus ja yhteisöllisyys. Toiminta-ajatus oli kirjattu Turun Lähimmäispalveluyhdistys ry:n sääntöihin vuonna 1949 yhdistystä perustettaessa. Se päivitettiin ja visio laadittiin ottaen huomioon kolmannen sektorin palveluja tuottavan organisaation tilanne silloisessa ja tulevassa toimintaympäristössä. Vision pohjalta laadittiin suunnitelma (BSC-kortisto) toimenpiteistä, joilla vision tavoitteleminen arvioitiin saavutettavan. Strategia hyväksyttiin Turun Lähimmäispalveluyhdistys ry:n hallituksessa maaliskuussa 2006.

Strategiasta suoraan nousevia selvitystarpeita ja osa-alueita löytyi runsaasti opinnäytetyöaiheiksi hoitotyön koulutusohjelman opiskelijoille syksyllä 2007. Aihetarjotin suunniteltiin Kotikunnaan johtoryhmässä ja opiskelijat saivat jonkin verran muokata valitsemiaan aiheita kiinnostuksensa mukaan. Tarjolla oli aiheita asiakas-, toiminta- ja prosessi- sekä henkilöstö- ja uudistumisnäkökulmasta. Toiminnan arvioinnin ja ohjauksen lisäksi ehdotettiin arvoihin ja visioon liittyviä aiheita.

Opiskelijoille järjestettiin syksyllä 2007 opintokäynti Kotikunnaaseen, minkä jälkeen he kävivät vaihtelevasti Kotikunnaassa selvittämässä omaan aiheeseensa liittyviä asioita yhdessä heille nimetyn yhteyshenkilön kanssa. Monien opinnäytetöiden kohteiksi valikoituivat Kotikunnaan hoivayksiköt Dementia-ryhmäkoti Kaisla, Dementia koti Venla tai Päiväpaikka Villa. Kahteen opinnäytetyöhön aineisto hankittiin koko henkilökunnalle suunnatuilla kyselyillä. Opinnäytetöiden kohderyhmien ja tutkimusmenetelmien valintaa ohjattiin siten, että niiden monipuolisuus hyödytti sekä Kotikunnasta että opiskelijaryhmän oppimista.

OPINNÄYTETYÖT KEHITTÄMISEN VÄLINEINÄ

Arvot toiminnan arvioinnissa ja kehittämisessä

Turvallisuus arvona määriteltiin Kotikunnaan strategiassa asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseksi ja yksilölliseksi kohtaamiseksi. Oikeuden-

mukaisuus arvona määriteltiin sekä asiakkaiden että henkilökunnan tasa-arvoisena kohteluna ja mielipiteiden kunnioittamisena siten, että jokaisella on mahdollisuus vaikuttaa sekä itseään että yhteisöä koskeviin päätöksiin. Yhteisöllisyys määriteltiin osaamisen, asiantuntijuuden, moniarvoisuuden ja sosiaalisen hyvinvoinnin arvostamiseksi työyhteisössä. (Kotikunnas 2006.)

Turvallisuus tarkoittaa vapautta uhkista ja vaaran hallintaa. Turvallisuus on myös subjektiivinen tunne tai uskomus, jonka kokeminen ja kokemisen perusteet ja mahdollisuudet vaihtelevat. Ikääntyneet kokevat tutkimusten mukaan sairauteen, ihmissuhteisiin, talouteen, asumiseen ja arvoihin liittyvää turvattomuutta. Varnamo haastatteli opinnäytetyötään varten viittä Asuinkoti Kotikuntaan kotipalvelun asiakasta heidän kokemastaan turvallisuudesta ja turvattomuudesta. Haastattelujen perusteella asiakkaat olivat hyvin tyytyväisiä palveluihin ja kokivat olonsa turvalliseksi. Heitä askarrutti lähinnä mahdollinen oman liikuntakyvyn heikkeneminen, mikä merkitsisi riippuvuutta muista. (Varnamo 2008.) Kotikunnaassa on aina panostettu asiakkaiden turvallisuuteen, mutta heidän turvallisuuden ja turvattomuuden kokemustaan ei ollut selvitetty aiemmin. Varnamon selvitys vahvisti samalla Kotikuntaan henkilökunnan käsityksen siitä, että asukkaat kokevat olonsa turvalliseksi.

Yhteisöllisyys arvona nähtiin Kotikunnaassa muun muassa sosiaalisen hyvinvoinnin arvostamisena. Heikkinen ja Tuomi selvittivät opinnäytetyössään Dementiakoti Venlan ja Dementiaryhmäkoti Kaislan hoitajien näkemyksiä kodinomaisuudesta ja kehittämisehdotuksia sen edistämiseksi. Aineisto koottiin haastatteleamalla yhteensä 11 työntekijää. Kodinomaisuus voidaan määritellä yksilölliseksi tunnetilaksi tai kokemukseksi ympäristöstä, joka voi olla fyysinen, sosiaalinen tai psyykkinen. Ikääntyneen aikaisemman elämäntarinan ja hänen yksilöllisten piirteidensä huomioiminen on keskeistä luotaessa hoitoyksikköön kodinomaista ympäristöä. Tutkimusten mukaan laitoksissa olevat vanhuksat kuvaavat kotia kertomalla menneisyydestä ja sosiaalisista asioista useammin kuin hoitajat, jotka keskittyvät nykyisyyteen ja fyysisiin tekijöihin (Meripaasi, Routasalo & Arve 2001).

Haastatellut hoitajat kokivat Kotikuntaan fyysisen ympäristön suhteellisen kodinomaiseksi. Tärkeimpinä kodinomaisuutta lisäävinä tekijöinä hoitajat pitivät värejä, lämpöä ja kodikasta ilmapiiriä. He kertoivat edistävänsä asiakkaiden yksityisyyden, yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista sekä asiakkaan aktiivisen osallistumisen mahdollistamista. Opinnäytetyön tekijät totesivat, että kodikkuuden tuntua voitaisiin vahvistaa kehittämällä edel-

leen yhteisöllisyyttä ja sosiaalista vuorovaikutusta. Osa kehittämisehdotuksista vaatisi henkilöstömitoituksen tarkistusta tai työvuorojen uudelleen arviointia sekä viriketoiminnan sijoittamista enemmän ilta-aikaan. (Heikkinen & Tuomi 2008.) Haastattelut nostivat esiin hoitajien mielipiteet ja toimivat pohjana kehittämistyössä edelleen.

Asiakasnäkökulma toiminnan arvioinnissa ja kehittämisessä

Kotikunnaassa tehdään vuosittain tyytyväisyyskysely lähes kymmenelle eri asiakas- tai omaisryhmälle. Kehittämistavoitteeksi strategiatyössä asetettiin kyselyjen yhtenäistäminen tulosten vertailun helpottamiseksi. Opinnäytetyönä se olisi ollut kuitenkin liian iso tehtävä. Asiakastyytyväisyyden arviointia sen sijaan kehitettiin opinnäytetyöissä.

Jokinen ja Kaukola selvittivät opinnäytetyössään asiakastyytyväisyyttä Asuin- koti Kotikunnaassa. Aineisto koottiin kyselynä, johon vastasi 20 asukasta. Lomakkeen pohjana olivat kirjallisuuskatsaus ja Kotikunnaassa aiemmin käytetty kyselylomake. Asukkaat pitivät palveluja laadukkaina ja kokivat, että tarjotut palvelut vastasivat pääsääntöisesti heidän tarpeitaan. Vain siivouspalveluista oli esitetty kehittämiskohteita. Hoitohenkilökuntaa pidettiin luotettavana, ystävällisenä ja turvallisuudentunnetta luovana. Asuinympäristöä pidettiin viihtyisenä ja asukkaat tapasivat ystäviä ja tuttavuuksia Kotikunnaassa. Opinnäytetyön tekijät tuottivat uusia ideoita ja kehittivät asiakastyytyväisyyslomaketta. Opinnäytetyö korvasi vuosittaisen asiakaskyselyn.

Puntti, Venäläinen ja Wibom selvittivät opinnäytetyössään, miten hyvin dementoituvien oikeudet toteutuvat jokapäiväisessä hoitotyössä ja miten tyytyväisiä asiakkaat olivat saamaansa hoitoon. Asiakkaiden tyytyväisyyttä arvioitiin omaisten tulkitsemana. Aineistoa varten haastateltiin yhteensä 14 omaista kaisista hoivayksiköistä. Omaisilta kysyttiin lisäksi kehitysehdotuksia hoitotyöhön. Omaiset viestittivät tyytyväisyyttä hoitoon, he kokivat saaneensa tietoa ja heidän toiveitaan oli kuunneltu. Kehittämiskohteet liittyivät henkilöstömäärän lisäämiseen ja henkilökunnan pysyvyyteen. (Puntti, Venäläinen & Wibom 2008.) Haastattelu korvasi hoivayksiköiden vuosittaisen asiakastyytyväisyys- selvityksen. Haastattelu oli lisäksi tärkeä väline omaisten kuulemisessa, mikä vahvisti samalla opiskelijoiden taitoa kohdata dementoituvan omaisia.

Toiminta- ja prosessinäkökulma toiminnan arvioinnissa ja kehittämisessä

Kotikunnaan kriittisinä menestystekijöinä toiminta- ja prosessinäkökulmas- ta pidettiin mm. palvelujen arviointia, kehittämistä ja kustannustehokkuutta, jotka ovat myös palvelujen ostajan ja rahoittajan kiinnostuksen kohteita. (Vrt. Laamanen 2001.) Yhdeksi tavoitteeksi strategiassa asetettiin perehtyminen prosessikuvausten tekoon ja ydinprosessien kuvaaminen tavoiteaikataulussa. Stakesin, sosiaali- ja terveystieteiden sekä Suomen kuntaliiton antamien suositusten mukaan sosiaali- ja terveysalalla laadunhallinnan tulee perustua prosessien hallintaan. Toiminnan laatua kehitetään parantamalla organisaation joustavuutta ja tehokkuutta mm. sulkemalla pois kaikki turhat prosessin osat, jotka eivät tuo lisäarvoa käytännön toimintaan. Sosiaali- ja terveysalalla ydin- prosesseja ovat asiakkaan hoito- ja palveluprosessit, jotka pohjautuvat asiak- kaan keskeisiin tarpeisiin tavoitteena hyvän, tuloksellisen ja turvallisen hoidon toteutuminen. (Stakes 2000; Scott, Vojir, Jones & Moore 2005.) Johdon roo- lina on antaa esimerkki asiakaslähtöiseen toimintaan. Työntekijöiden näkö- kulmasta prosessien kuvaaminen selkiinnyttää työnkuvaa ja auttaa näkemään oman työn kokonaisuuden osana (Silen 2006).

Prosessikuvausten avulla suunniteltua toiminnan kehittämistä valmisteltiin Haapalan, Helkelän ja Peltosen opinnäytetyössä, jossa laadittiin prosessiku- vaukset asiakkaiden tulovaiheista Kotikunnaan eri hoivayksiköihin. Haapala, Helkelä ja Peltonen haastattelivat kolmen hengen ryhmän jokaisesta hoivayk- siköstä; yksi kolmesta oli kyseisen yksikön esimies. Asiakkaiden tuloprosessit kuvattiin Visio-ohjelmalla. Kuvaus osoittautui hyväksi keinoksi selvittää, mi- ten Kotikunnaassa tavoiteltuun toimintojen yhtenäistämiseen voidaan pääs- tä. Prosessikuvausten avulla selvitettiin myös mahdolliset kehittämiskohteet. Suuria muutostarpeita ei asiakkaan tuloprosessissa ollut, mutta haastatteluihin osallistuneet saivat hyvin valmistelluista keskusteluista ja niiden tuloksena ku- vatuista prosesseista erinomaisen esimerkin prosessiajattelun tuomasta lisäar- vosta organisaatiolle ja ajatuksia jatkopohdintoihin siitä, miten asiassa tulisi edetä. (Haapala, Helkelä & Peltonen 2008.)

Mikkolan, Nummelinin ja Pietilän opinnäytetyössä tarkasteltiin dementoitu- vien kuntoutusta Kotikunnaan hoivayksiköissä toiminta- ja prosessinäkökul- masta. Kuntoutus on oleellisen tärkeää mm. dementoituvan elämänlaadun ja toimintakyvyn tukijana. Dementoituvan kuntoutus tulisi nähdä prosessina, jolla pyritään parantamaan hänen mahdollisuuksiaan elää omalähtöisesti joko

itsenäisesti tai tuettuna. Dementoituvan on tärkeää tuntea itsensä merkitykselliseksi yksilöksi. Hoitajan tulee osata tulkita vanhuksen käyttäytymistä oikein sekä kehittää keinoja, joilla vanhus voi ilmaista itseään paremmin. Tutkimukset ovat osoittaneet, että myös fyysisellä kuntoutuksella, fysioterapialla sekä omatoimisella harjoittelulla voidaan parantaa arjessa selviytymistä. (Kaunonen, Salonen & Tarkka 2005.)

Opinnäytetyössä selvitettiin Kotikunnaan henkilökunnan käsityksiä omaehtoisen kuntoutumisen toteutumisesta arkipäivän hoitotyön näkökulmasta ja siihen liittyviä kehittämisehdotuksia. Aineisto kerättiin jokaisessa hoivayksikössä sen edustajien ryhmähaastatteluina. Teemahaastattelujen tuloksena todettiin, että Kotikunnaan yksiköissä on erilaiset toimintamallit dementoituvien omaehtoisen kuntoutumisen tukemisessa. Haastatteluaineistojen tuloksia ja aikaisempia tutkimuksia yhdisteltiin tuoden esille eroja, yhtäläisyyksiä ja kehittämiskohteita. Yhteenvetona laadittiin Kotikunnaan tarpeisiin sopiva kaksiosainen kuntoutuskaavio, jossa on kuvattu dementoituvien ideaalin kuntoutuksen edellytykset. Ansiokas kuntoutuskaavio toi esiin kuntoutuksen monimuotoisuuden ja se voi toimia uusien ja vanhojenkin työntekijöiden muistilistana heidän tukiessaan dementoituvien omaehtoista kuntoutumista. (Mikkola, Nummelin & Pietilä 2008.)

Henkilöstö- ja uudistumisnäkökulma toiminnan arvioinnissa ja kehittämisessä

Organisaation tärkein voimavara on henkilökunta, joka on osaavaa ja työhönsä sitoutunutta. Kotikunnaassa pidettiin kehittyvää osaamista yhtenä kriittisenä menestystekijänä, ja siksi yhdeksi tavoitteeksi asetettiin toimivan perehdyttämisohjelman laatiminen. Perehdyttämisen tarkoituksena on tukea uuden työntekijän sitoutumista organisaation toiminta-ajatukseen, työyhteisöön, työtapoihin ja sitä kautta potilaan hyvän hoidon ja palvelun varmistamiseen. Perehdyttäminen on kaksisuuntainen vaihe, jossa hyötyjänä on myös organisaatio. Hyvän perehdytyksen myötä tuottavuus ja tehokkuus paranevat, virheet ja työtaturmat vähenevät ja jatkuvan opastuksen tarve vähenee. Hyvä perehdytys myös lisää organisaation vetovoimaa ja vähentää siten henkilökunnan vaihtuvuutta, kun taas vastavuoroinen perehdytys mahdollistaa uudistumisen ja kehittymisen. (Honkaniemi ym. 2007.)

Aarnitie ja Haapala pohtivat opinnäytetyössään kirjallisuuden pohjalta sitä, miten uusi työntekijä tulisi perehdyttää asiakkaan mielenterveyden huomiointiin. Mielenterveyttä edistävä hoitotyö koostuu turvallisesta, luottamuksellisesta ja pitkäaikaisesta hoitosuhteesta, jossa paneudutaan aidosti asiakkaaseen ja hänen tilanteeseensa. Hoitajan tehtävänä on luoda pohja auttavalle hoitosuhteelle. Vuorovaikutuksessa on löydyttävä yhteinen kieli, jolla edistetään luottamusta ja asiakas saa rohkeutta syvempään omien tunteidensa tutkimiseen (Aarnitie & Haapala 2008). Kirjallisuuskatsauksen ja sen pohjalta tehtyjen johtopäätösten annit ovat käytettävissä perehdytysohjelman kehitystyössä.

Dementoituvan henkilön hoitotyön erityispiirteet asettavat perehtyjälle ja perehdyttäjälle monenlaisia haasteita. Dementoivan sairauden eteneminen muun muassa heikentää ihmisen itsemääräämisoikeutta ja kykyä ajaa omia oikeuksia, mikä edellyttää hoitotyössä jatkuvaa eettistä keskustelua. Dementoituvien hoitotyössä ei tutkimusten mukaan ole keskeistä hoitajien määrä, vaan hoitajien koulutustaso ja erityispätevyityminen dementoituvan hoitotyöhön (Juva, Valvanne & Voutilainen 2001).

Kauppi ja Simola selvittivät opinnäytetyössään Kotikunnaan henkilökunnan käsitteitä dementoituvien tarpeista ja siitä, miten niihin pitäisi perehdyttää uutta työntekijää. Lisäksi selvitettiin perehdyttämisessä mahdollisesti ilmeneviä ongelmakohtia. Aineisto koottiin ryhmähaastattelulla, johon osallistui kolme hoitajaa Kotikunnaan kolmesta hoivayksiköstä. Haastatellut kaipasivat selkeää perehdytysohjelmaa, perehdyttäjän nimeämistä ja perehdytyksen huomioimista työvuorotaulukossa. Perehdytys on haasteellista. Dementoituvien tarpeiden huomioinnin lisäksi esimerkiksi hoitotyössä välttämättömän yhteistyöverkoston laajuus on yllätys monille, ja oman paikan löytäminen siinä vie aikansa. Perehdytys ei onnistu yhtenä päivänä, vaan se tulee jakaa pitemmälle ajalle. Alun perin osaksi opinnäytetyön prosessia suunnitellut perehdytyksen kehittämistä koskevat jatkokeskustelut eivät toteutuneet, mutta jo yksi haastattelu toi esiin yksiköiden välisiä eroja ja hyviä käytäntöjä. (Kauppi & Simola 2008.)

Visio vetovoimatekijöiden korostajana

Kotikunnaan visio määriteltiin seuraavalla tavalla: Kotikunnas on vanhustyön edelläkävijä sekä vetovoimainen työnantaja ja yhteistyökumppani. Tavoitteena on olla arvostettu, ikääntyville suunnattujen uusiutuvien palvelujen tuottaja (Kotikunnas 2006). Jatkuvalla uudistumisella ja oppimisella vastataan ajan-kohtaisiin haasteisiin sekä kehitetään toimintaa ja parannetaan tuottavuutta.

Tutkimusten mukaan hoitotulokset ovat vetovoimaisissa organisaatioissa erinomaisia. Menestyvät työyhteisöt ovat hyvinvoivia ja osaavia, sillä vetovoimainen organisaatio tarjoaa haasteellisia ja mielekkäitä työtehtäviä.

Houkuttelevana työyhteisönä voidaan pitää sosiaalisesti vastuullista, tavoitteellista ja työstään innostunutta yhteisöä (Virtanen 2005). Organisaatioissa osaa-mispääoma kulkee niiden ihmisten mukana, joita organisaatioissa on. Ihmisten kesken vallitseva henki ja kohtelu organisaatioissa eivät ole yhdentekeviä. (Juuti & Vuorela 2002.) Voimakas päämäärätietoisuus ja tavoitteellisuus synnyttävät houkuttelevuutta. Houkuttelevuus ilmenee työntekijöiden keskinäisenä kun-nioituksena työyhteisön sisällä sekä strategisten sidosryhmäkumppaneiden ja palveluja käyttävien asiakkaiden kiinnostuksena. (Virtanen 2005.)

Työntekijän ja organisaation liitännässä syntyy työpaikan vetovoimaisuus (Luotonen 2006.) Organisaatiot, jotka onnistuvat rekrytoimaan ja sitoutta-maan henkilökuntaa myönteisen työnantajakuvan ja edistyksellisen organisaatiokulttuurin avulla, ovat vetovoimaisia. Tehokas vuorovaikutus, yhteistyösuh-teet ja päätöksentekomahdollisuudet ovat hyvinvoivan työympäristön tunnus-piirteitä. (Meretoja & Koponen 2008.) Visio antaa joko suoria tai epäsuoria viitteitä tulevaisuudenkuvasta, jonka toteuttamiseksi tulisi ponnistella. Sen tu-lisi energisoida koko organisaatio. Visio, jota ei ole ymmärretty, ei ohjaa toi-mintaa. (Sydänmaanlakka 2004.)

Grönholm ja Kuikka selvittivät opinnäytetyössään, millaisena henkilökunta näkee Kotikunnaan, sen vetovoimatekijät ja sen keinot kehittää omaa työyh-teisöään. Kyselylomake jaettiin osioihin *Käsitykset Kotikunnaasta, Käsitykset omasta työstä ja Käsitykset työyhteisöstä*. Lisäksi kysyttiin henkilöstön tietoa visi-osta, strategiasta ja omaa näkemystä myönteisen ilmapiirin ja imagon rakenta-misesta. Aineisto koottiin strukturoidulla kyselylomakkeella, johon vastasi 37 henkilöä (N=69). Henkilökunnan näkemys Kotikunnaasta oli hyvä. Vastaajat kokivat olevansa tyytyväisiä työpaikkaansa, ja tyytyväisyyttä lisäsi työyksikön viihtyvyys. Vetovoimatekijöihin liittyvä työyksikön johtaminen koettiin hy-väksi. Opinnäytetyön tulos antoi tietoa erityisesti johtoryhmän käymään kes-kusteluun, jossa pohdittiin henkilöstön sitouttamista toimintaan kohti vision kuvaamaa Kotikunnasta.

Organisaation kehittämisessä keskeistä on toiminnan rakentava palaute. Sii-ksä selvitti opinnäytetyössään Kotikunnaan henkilöstön näkemyksiä palaut-teenannon merkityksestä sekä siitä, millainen Kotikunnaan palautteenanto-kulttuuri on ja miten sitä halutaan kehittää. Koko henkilöstölle suunnattuun

kyselyyn vastasi noin puolet henkilökunnasta. Vastaajat määrittelivät palautteen mm. näin: ”*rajaamista, turvaa antavaa, auttaa menemään oikeaan suuntaan, suojaa työntekijöitä, vastuun ottamista, välittämistä, ja mahdollisuuden antamista toiselle*”. Noin puolet vastaajista piti palautteenantokulttuuria useilta osin hyvänä. Heidän mukaansa palautetta annettiin Kotikunnaassa runsaasti ja taitavasti. Toinen puoli vastaajista näki palautteenantokulttuurissa useita kehitettäviä kohteita. Vastauksissa korostui avoimuus, palautteenantotaitoja on kuitenkin syytä hioa, mikä tutkimusten mukaan on kaikkien työyhteisöjen haaste. Kyselyn avulla saatiin viitteitä siitä, miten henkilöstö haluaa kehittää palautteenantokulttuuria ja millainen valmius heillä itsellään on kehittää omia palautteenantotaitojaan.

POHDINTA

Tutkimus-, kehitys- ja innovaatiotoiminnan projektit tarjoavat hyvän toimintaympäristön opinnäytetoille. Organisaation strategiasta tai toimintasuunnitelmasta esiin nostetut aiheet motivoivat sekä organisaation johtoa ja henkilöstöä että opiskelijoita ja heidän ohjaajiaan. Esimerkiksi organisaation laadunvarmistukseen sopivia toimintamalleja ja mittareita kehitettäessä opiskelijat voivat toteuttaa henkilöstöä tai asiakkaita koskevia selvityksiä.

Pienen tai keskisuuren organisaation kanssa toimittaessa usean opiskelijan opinnäytetyöröypäs edellyttää tarkkaa suunnittelua. Suuren opiskelijajoukon kanssa toimiminen oli *Hyvän hoidon varmistaminen* -osahankkeessa ajoittain työlästä, koska suuri osa aineistoista koottiin henkilökunnalta kyselyinä tai haastatteluina, osin ryhmähaastatteluina. Myös aikataulu oli tiukka ja aineistonkeruut osuivat lyhyelle ajanjaksolle. Johtoryhmän jäsenten joustavuus ja sovittelu mahdollisti kuitenkin aineistojen keruun. Jos aikataulu olisi väljempi ja opiskelijat voisivat käyttää vähän enemmän aikaa organisaatioon tutustumiseen katsellen, kuunnelen ja keskustellen, he saisivat prosessista vielä enemmän irti.

Myös opiskelijat kiinnittivät oppimisprosessinsa arvioinnissa huomiota aineistonkeruulomakkeiden tai haastattelurunkojen osalta tiukkaan aikatauluun, mikä heidän mukaansa aiheutti jonkin verran hämmennystä, eikä molempien osapuolten tarpeista ehditty keskustella riittävästi. Kiitosta sai kuitenkin Kotikunnaan kehitysmuotoinen ilmapiiri, jossa opiskelijat kokivat helpoksi koota aineistonsa. Prosessin lopussa Kotikunnaassa järjestettiin seminaari, jossa osa

opinnäytetöistä esiteltiin suullisesti ja osa postereina. Mielekkyyden kokemusta vahvisti henkilökunnan osoittama kiinnostus tuloksia kohtaan.

Opinnäytetyöprosessi on lähes yhtä tärkeä kuin sen lopputulokset. Opinnäytetöiden aineistonkeruiden yhteydessä käytiin Kotikunnaassa paljon keskustelua. Ryhmähaastatteluisa vaihdettiin hyviä käytänteitä hoivayksiköiden välillä. Opiskelijoiden haasteena oli tuottaa kirjallisuuden ja omien aineistojensa vuoropuhelun avulla jotakin uutta. Vaikka se ei olisi suoraan käyttöön otettavaa, voivat johtopäätökset herättää lisää keskustelua. Tuloksista keskusteltiin Kotikunnaan johtoryhmässä projektin päättymisvaiheessa. Opinnäytetöitä voitaisiin hyödyntää entistä paremmin nimeämällä vastuuhenkilöt huolehtimaan kunkin osa-alueen jatkotyöskentelystä. Joka tapauksessa noviisin ihmettely voi joskus olla organisaatiossa uuden alku. Keskustelu, johon osallistuvat niin asiakkaat, omaiset, työntekijät kuin opiskelijatkin, on jo arvo sinänsä.

LÄHTEET

Aarnitie, B. & Haapala, A-M. 2008. Perehdytys potilaan mielenterveyden huomiointiin. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu.

Grönholm, J. & Kuikka, K. 2008. Henkilöstön arvioimat vetovoimatekijät työyhteisössä. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu.

Haapala, R., Helkelä, K. & Peltonen, J. 2008. Prosessikuvaukset osana laadun kehittämistä. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu.

Heikkinen, S. & Tuomi, E. 2008. Kodinomaisuus hoitajien kuvailemana. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu.

Honkaniemi, L.; Junnila, K.; Ollila, J.; Poskiparta, H.; Rinta-Rasmus, A. & Sandberg, J. 2007. Viisaat valinnat. Helsinki: Työterveyslaitos.

Jokinen, S. & Kaukola, S. Asiakastyytyväisyys Asuinkodissa. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu.

Juva, K.; Valvanne, K. & Voutilainen, P. 2001. Dementiapotilaan laitoshoido. Teoksessa Erkinjuntti, T.; Rinne, J.; Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Duodecim.

Juuti, P. & Vuorela, A. 2002. Johtaminen ja työyhteisön hyvinvointi. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Kauppi, K. & Simola, J. 2008. Pehdyttäminen dementoituvan hoitotyöhön hoitohenkilökunnan kuvaamana. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu.

Kotikunnas 2006. Turun Lähimmäispalveluyhdistys ry:n strategia vuosille 2006–2008.

Koivuniemi, S. & Heino, P. 2007. Laadunhallinta kolmannella sektorilla. Teoksessa Lind, K., Saarikoski, M. & Koivuniemi, S. (toim.) Tutkien terveyttä 2006. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 49. Turun ammattikorkeakoulu: Turku.

Laamanen, K. 2001. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona – ideasta käytäntöön. Keuruu: Otava.

Meretoja, R. & Koponen, L. 2008. Vetovoimainen sairaala. Teoksessa Koponen, L. & Hopia, H. (toim.) Vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2008. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 9–20.

Meripaasi, Routasalo & Arve. 2001. Koti ja kodinomaisuus laitoksessa asuvien vanhusten ja heidän hoitajiensa näkökulmasta. Helsingin kaupungin terveystieteiden raportteja. Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskus.

Mikkola, J., Nummelin, T. & Pietilä, L. 2008. Omaehtoisen kuntoutumisen tukeminen. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu.

Pietilä, L. 2009. Dementoituvien omaehtoisen kuntoutumisen tukeminen. Teoksessa Paltta, H., Walta, L. & Koivuniemi, S. (toim.) Terveystieteiden kehittäminen haasteena - opinnäytteitä terveystieteiltä 2008. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 46. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Puntti, S., Venäläinen, T. & Wibom, E. 2008 Dementoituvien asiakkaiden oikeudet ja asiakastyytyväisyys omaisten näkökulmasta. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu.

Scott, J.; Vojir, C.; Jones, K. & Moore, I. 2005. Assessing Nursing Homes' Capacity to Create and Sustain Improvement. *Journal of Nursing Care Quality*. Vol. 20 (1). 36–42.

Siikarla, J. 2008. Palautteenantokulttuuri työntekijöiden kokemana. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu.

Silen, T. 2006. Johtamisen ja strategisen ajattelun näkökulmia. Helsinki: yliopistopaino.

Stakes. 2006. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/laadunhallinta2000.pdf>.

Sydänmaanlakka, P. 2004. Älykäs organisaatio. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Varnamo, E. 2008. Turvallisuus ja turvattomuus asuinkodin asiakkaiden kokemana. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu.

AMMATILLINEN TERVEYSOSAAMINEN

LASTEN HOITOTYÖN LAATU LASTEN NÄKÖKULMASTA

Tiina Pelander

YK:n lapsen oikeuksien yleissopimus vuodelta 1989 on maailman laajimmin ratifioitu ihmisoikeussopimus, joka koskee kaikkia alle 18-vuotiaita lapsia. Lapsen oikeuksien kolme keskeistä teemaa ovat lapsen oikeus erityiseen suojaan ja hoivaan, riittävään osuuteen yhteiskunnan voimavaroista sekä oikeus osallistua ikänsä ja kehitystasonsa mukaisesti itseään koskevaan päätöksentekoon. Lapsella on oikeus olla suojattu ja turvassa, mutta samalla lapsella on oikeus olla aktiivinen ja saada mielipiteensä huomioon otetuksi. (YK:n Lapsen oikeuksien sopimus 1989.) Lapsen oikeuksien juhlavuoden tavoitteena vuonna 2009 Suomessa oli, että yhteiskunnan eri tasoilla pohditaan aiempaa enemmän lapsen oikeutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon, ja että osallistumiselle annetaan tilaa. Lasten ääni pitäisi kuulua päätöksenteossa ja heidän mielipiteensä tulisi ottaa huomioon entistä vahvemmin. (Lapsiasiavaltuutetun vuosikirja 2008; Lapsiasiavaltuutetun vuosikirja 2009.)

Lasten, nuorten ja perheiden politiikkaohjelman osahankkeiden tavoitteina on lisätä tiedottamista lapsen oikeuksista sekä lasten ja nuorten mielipiteiden huomioon ottamista sosiaali- ja terveystaloudellissa ja niiden kehittämisessä (Hallituksen strategia-asiakirja 2007). Suomalaisten tietoisuus lapsen oikeuksien sopimuksesta nousi juhlavuoden tiedottamisen vuoksi vuoden 2008 aikana 54:stä jopa 72 prosenttiin (Taloustutkimus 2008; Taloustutkimus 2010). Taloustutkimuksen teettämän tutkimuksen (2010) mukaan peräti 95 prosenttia suomalaisista uskoi aikuisten voivan tehdä parempia päätöksiä, jos he ottavat huomioon lasten mielipiteet. Kahdeksan kymmenestä lapsen oikeuksia koskevan kyselyn vastaajasta (n = 1028) oli kuitenkin sitä mieltä, että lasten ja nuorten mielipidettä kysytään liian harvoin heitä itseään koskevissa asioissa. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, etteivät lapset ja nuoret voi koulussa vaikuttaa riittävästi omiin asioihinsa. (Taloustutkimus 2010.)

Tuonoson (2008) tutkimuksessa *Asiaa aikuisille* lapset ja nuoret (n = 607) kertoivat oikeuksiensa toteutumisesta Suomessa. Tulosten mukaan lapset toivoivat enemmän leikkiä, aikuisten läsnäoloa, kavereita ja ystäviä, sopua, leppoisia harrastuksia, hyvää ruokaa ja mahdollisuuksia osallistua, vaikuttaa ja tulla kuulluksi. Vähemmän lapset toivoivat suorittamista, yksinäisyyttä, riitelyä, aikuisten välinpitämättömyyttä ja kiirettä.

Tämä artikkeli perustuu hoitotieteen väitöskirjana raportoituun tutkimukseen, joka on tehty Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella (Pelander 2008). Artikkelissa tarkastellaan erityisesti lasten hoitotyön laatua sairaalassa lasten näkökulmasta. Lapsinäkökulman mukaan ottamisessa ja osallistavassa toiminnassa ei ole kysymys siitä, että unohdetaan kokonaan aikuisten näkökulmat. Osallistuminen ei tarkoita vanhemman tai hoitohenkilökunnan vastuun vyyryttämistä lapselle silloin, kun se ei ole hänen ikänsä tai kehitystasonsa mukaista. Osallistuminen tuo parhaimmillaan myös lapselle tunteen siitä, että ”minä olen lapsena tärkeä”. Se antaa arvoa lapsen oman iän ja kehitystason mukaiselle tiedolle ja ilmaisulle. Tutkimuksen tulosten avulla lisätään lasten ja nuorten mielipiteiden huomioon ottamista sosiaali- ja terveyspalveluissa ja niiden kehittämässä. Tutkimus suoritettiin kolmessa vaiheessa, ja sen tarkoituksena oli kuvailla lasten odotuksia ja arviointeja hoitotyön laadusta sekä kehittää mittari kouluikäisille sairaalassa oleville lapsille laadun arviointiin. Perimmäisenä tavoitteena oli lasten hoitotyön laadun kehittäminen sairaalassa.

LASTEN HOITOTYÖN LAATU, SEN ARVIOINTI JA MITTARIT

Suomessa on noin miljoona lasta, ja alle 18-vuotiaiden osuus väestöstä on noin 20 % (Tilastokeskus 2008). Lapset käyttävät terveydenhuollon palveluja paljon, mutta harvoin heitä konsultoidaan terveydenhuollon kuluttajina. Sairaalaolo on lapselle aina stressaava kokemus, johon vaikuttavat hänen ikänsä, kehitystasonsa, sairautensa ja aikaisemmat kokemuksensa (Forsner 2005; Coyne 2006a). The European Association for Children in Hospital (EACH) on vuonna 1988 perustettu järjestö, joka on kehittänyt erityisesti lasten oikeuksia sairaalassa ja on julkaissut standardit, jotka pohjautuvat YK:n Lapsen oikeuksien sopimukseen. Standardit on yhdenmukaistettu eurooppalaisiksi lastensairaanhoidon standardeiksi ja ne on hyväksytty 16 Euroopan maassa. Standardeilla halutaan antaa sairaalan henkilökunnalle kriteerejä lasten sairaanhoidon laadun turvaamiseksi. Ne korostavat myös lapsen oikeutta tietoon ja osallistu-

miseen siten, että hänen ikänsä ja kehitystasonsa otetaan huomioon. (EACH 1988; Migone ym. 2008.)

Hoidon laatu on moniulotteinen ja arvosidonnainen käsite, eikä sen määrittely ole yksiselitteistä. Laatua voidaan määritellä ja arvioida esimerkiksi potilaiden, henkilökunnan tai palvelujen tuottajan näkökulmista. (esim. Donabedian 1980; Attree 1993; 2001; Currie ym. 2005.) Lasten hoidon laatua ovat yleensä arvioineet lasten vanhemmat, eivät lapset itse. Pääosin vanhemmat ovat olleet tyytyväisiä lapsensa saamaan hoitoon, mutta tyytymättömyyttä ovat aiheuttaneet erityisesti riittämätön tiedonsaanti, ongelmat kommunikoinnissa, kivun hoito sekä ympäristöön liittyvät asiat kuten tilan ja yksityisyyden puutteet. (esim. Miceli & Clark 2005; Ammentorp ym. 2005, 2006; Haines & Childs 2005; Pritchard & Howard 2006.) Tutkimuksissa, joissa sekä vanhemmat että lapset ovat arvioineet saamansa hoidon laatua, vanhemmat ovat olleet tyytyväisempiä hoitoon kuin lapset. Lisäksi lapset ja vanhemmat painottavat osin erilaisia asioita hoidon laadunarvioinnissa, esim. Chesneyn ym. (2005) tutkimuksessa lasten (n = 116) mielestä parasta hoidossa olivat huolehtiva henkilökunta, hyvä tiedon saanti sekä leikkikokemukset, kun taas vanhempien (n = 115) mielestä parasta olivat pätevä henkilökunta ja lapset tai perheet huomioiva ympäristö.

Tutkimuksia, joissa lapset itse arvioivat saamaansa hoitoa on erittäin vähän. Tutkimusten mukaan lapsille tärkeitä laatuindikaattoreita ovat hoitajien ominaisuudet, vuorovaikutustaidot, kommunikointi, tiedon antaminen selkeällä ja ymmärrettävällä kielellä, rehelliset vastaukset sekä ympäristö, jossa oli monipuolista tekemistä. Ikävimmät asiat sairaalassaolon aikana liittyvät hoitajien toimintoihin ja toimenpiteisiin, jotka aiheuttavat kipua ja epämukavuutta. (esim. Lindeke ym. 2006; Coyne 2006b; Schmidt ym. 2007.)

Lastenhoidon laadun arvioinnissa käytetyistä mittareista suurin osa oli tehty vanhemmille. Tutkimuksissa voitiin käyttää jopa samaa mittaria sekä lapsille että vanhemmille, vaikka lasten ikä tutkimuksessa saattoi vaihdella neljästä yhdeksäänvuotia vuoteen (Battrick & Glasper 2004; Chesney ym. 2005). Lapsille varsinaisesti suunnitellut mittarit fokuoituivat pääosin lääkärin toimintojen arviointiin, ja ne olivat selkeästi suunniteltuja murrosikäisille lapsille (esim. Rifkin ym. 1988; Mah ym. 2006). Väitöskirjaa varten tehdyn systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella voidaan todeta, että on erittäin tärkeää, että vanhempien lisäksi lasten hoidon laatua arvioivat lapset, ja että lapsilla käytetään heidän ikänsä ja kehitystasonsa huomioivia ja heille varta vas-

ten suunniteltuja mittareita. Hoidon yhtenä tavoitteena tulee olla tyytyväinen lapsipotilas, koska tutkimusten mukaan muun muassa hoitoon sitoutuminen, hoidon jatkuvuus sekä tiedon ymmärtäminen ja käyttö paranevat, kun lapsi on tyytyväinen saamaansa hoitoon (esim. Stewart ym. 2000; Urden 2002).

TUTKIMUKSEN KOHDERYHMÄT JA MENETELMÄT ERI VAIHEISSA

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa 20 alle kouluikäistä (4–6v) sekä 20 kouluikäistä (7–11v) lasta kuvailivat odotuksiaan lasten hoitotyön laadusta. Aineisto kerättiin haastattelemalla ja piirittämällä lapsia. Lapsista puolet oli hoidossa kirurgisella vuodeosastolla ja puolet sairasti I tyypin diabetesta. Haastattelun teemoina olivat heidän odotuksensa hoitajia ja heidän toimintojaan kohtaan sekä sairaalasta ympäristönä. Lisäksi lapsia pyydettiin piirtämään toivesairaala, jossa he haluaisivat itseään hoidettavan. Samalla lapset kertoivat, mitä he piirsivät. Aineistot analysoitiin sisällön analyysillä.

Tutkimuksen toisessa vaiheessa lasten odotusten eli ensimmäisen vaiheen tulosten, aikaisemman kirjallisuuden sekä Leino-Kilven HYVÄ HOITO -mittarin (Leino-Kilpi 1990; Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992; 1994; Leino-Kilpi ym. 1994, 1999) pohjalta kehitettiin the ”Child Care Quality at Hospital” eli Lasten Hoidon Laatu Sairaalassa -mittari (LHLS) kouluikäisille lapsille. Mittari suunniteltiin erityisesti kouluikäisille 7–11-vuotiaille lapsille, koska heidän kognitiivinen ja kielellinen kehityksensä ovat vaiheessa, jolloin heidän on nuoria lapsia helpompi tuottaa kokemuksistaan informaatiota, koska he osaavat lukea ja kirjoittaa ja pystyvät erottamaan asioiden eri puolia. Mittaria kehitettiin tutkimuksen aikana kolmessa vaiheessa. Aluksi asiantuntijapaneeli (n = 7) arvioi mittarin sisällön validiteettia. Toiseksi mittaria esiteltiin kahdesti kouluikäisillä sairaalassa olevilla lapsilla (n = 41 ja n = 16). Ensimmäisen esitestauksen yhteydessä myös viiden lastenosaston hoitajat (n = 19) arvioivat mittarin sisältöä sekä toisen esitestauksen yhteydessä kahdeksan lasta arvioi mittarin sisällön validiteettia. Lopuksi mittarin ”Lasten Hoidon Laatu Sairaalassa” III eli mittarin neljättä versiota testattiin 388 kouluikäisellä lapsella sairaalassa ja lisäksi 198 lasten osastojen hoitajaa arvioi mittaria. Aineistoja analysoitiin tilastollisesti ja sisällön analyysillä.

Kolmannessa vaiheessa ”Lasten Hoidon Laatu Sairaalassa” -mittari III:lla (LHLS III, versio neljä) kerättiin aineisto Suomen yliopistosairaaloiden 23 lastenosastolta 388 kouluikäiseltä 7–11-vuotiaalta lapselta. Tätä samaa aineistoa käy-

tettiin myös mittarin psykometristen ominaisuuksien tarkasteluun vaiheessa kaksi. Mittari sisälsi tässä vaiheessa yhteensä 58 väittämää sekä kolme avointa kysymystä, joista kahdessa lapsia pyydettiin kuvailemaan kivointa ja ikävintä kokemustaan sairaalahoidon aikana lauseen täydennystehtävänä ja piirustus-tehtävänä. Aineisto analysoitiin tilastollisesti ja sisällön analyysilla.

KESKEISET TULOKSET

Lapset odottivat hyvässä hoidossa hoitajien olevan inhimillisiä, huumorintajuisia, luotettavia ja käyttävän värikkäitä vaatteita. Lisäksi odotuksia kohdistui hoitajien sukupuoleen niin, että pienet pojat toivoivat heitä hoitavan miespuolisen hoitajan (kuva 1.). Lapset odottivat hoitajien erityisesti ohjaavan sekä viihdyttävän heitä eli siis pelaavan ja leikkivän heidän kanssaan. Lisäksi hoitajien toivottiin auttavan ja kunnioittavan lapsia, tekevän toimenpiteitä sekä olevan läsnä ja tuomaan siten turvallisuudentunnetta lapsille. Hoitotyön laatuun kuului myös vanhempien viihdyttämisen-, turvallisuus- sekä hoitamistoiminnot. Odotukset sairaalaympäristöstä kohdistuivat sekä fyysiseen että sosiaaliseen



KUVA 1. Lasten odotukset hyvästä hoitajasta.

ympäristöön: laadukkaassa hoidossa sairaalassa ovat sekä vanhemmat että kaverit läsnä, tarpeeksi ajanvietettä ja tekemistä, kauniisti sisustetut huoneet ja myös mahdollisuus tarvittaessa omaan rauhaan.

Lapset arvioivat hoitotyön laadun kiitettäväksi, mikä on tullut esille myös aiemmissa hoidon laadun tutkimuksissa; kuitenkin tarkempi tulosten analyysi paljasti myös selkeitä 'laatukuoppia' Lapset arvioivat fyysisen hoitoympäristön, hoitajien inhimillisyyden ja luotettavuuden sekä huolenpidon ja vuorovaikutustoiminnot kiitettäväksi. Huonoimmat arvosanat lapset antoivat hoitajien viihdyttämistoiminnoille, kuten pelaamiselle ja leikkimiselle lasten kanssa. Lisäksi ainoastaan noin 50 prosenttia oli saanut riittävästi tietoa lääkityksestään, sairaalassaolon kestosta, kouluun menostaan, kotihoito-ohjeistaan tai harrastuksistaan. Lapsen ikä ja sairaalaan tulotapa olivat yhteydessä lapsen saamaan tiedon määrään – vanhemmat lapset sekä ei-päivystyksenä sairaalaan tulleet lapset olivat tyytyväisempiä saamaansa tietoon.

Lapset olivat tyytyväisiä kivunhoitoonsa sairaalassa, vaikka lasten ikävimmät kokemukset liittyivät juuri toimenpiteisiin ja kipuun. Lisäksi ikävintä sairaalassa oli lasten mielestä erossa olo kotoa, koulusta, vanhemmista ja perheestä sekä ympäristöön liittyvät asiat kuten vuoteessa olo, aktiviteettien puute sekä oman rauhan puute. Lasten kivoimmat kokemukset puolestaan liittyivät ihmisiin, heidän ominaisuuksiinsa, toimintoihin, ympäristöön sekä lopputuloksiin eli mahdollisuuteen pelata pelejä ja katsoa videoita, sairaalan ajanvietetarvokkeihin kuin myös hoitajiin, vanhempiin, kavereihin, heidän toimintoihinsa sekä myös hoidon lopputuloksiin, kuten mahdollisuuteen levätä sekä parantua.

Lasten Hoidon Laatu Sairaalassa (LHLS) -mittaria kehitettiin väitöskirjatyön yhtenä osana. Kehittämisen aikana mittari saatiin lyhyemmäksi ja kehittämisen aikana päälaatuokkien (hoitajan ominaisuudet, hoitotyön toiminnot ja hoitotyön ympäristö) Cronbachin alfa -kertoimet paranivat. Pääkomponenttianalyysi tuki mittarin hoitotyön toimintojen ja ympäristön alaluokkien teoreettista rakennetta. Tuloksena syntyi viides versio mittarista, jota ei vielä ole testattu kliinisessä käytössä. Mittari sisältää yhteensä 49 väittämää: 5 hoitajien ominaisuuksista, 25 hoitotyön toiminnoista ja 19 hoitotyön ympäristöstä. Lapset vastaavat siihen käyttämällä kolmiportaista Likert-asteikkoa, jossa on yhdistetty sanat ja naamakuviot (1 = ei koskaan = ☹, 2 = joskus = 😐, 3 = aina = ☺) arvioidessaan hoitajan ominaisuuksia sekä hoitotyön toimintoja. Hoitotyön ympäristöä arvioidessaan lapset käyttävät neliportaista ”täysin samaa mieltä, täysin eri mieltä” -vastausvaihtoehtoja, jossa on lisäksi nallenkuvia.

Kaikki väittämät ovat positiivisia eli mitä korkeampi arvo, sitä parempi hoitotyön laatu ja lapsen tyytyväisyystaso. (Pelander ym. 2009.)

KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Lasten näkökulmasta hoitotyön laadun kehittämässä tulisi ensisijaisesti huomioida ns. viihdyttämistoimintojen eli pelien, leikkien, internetin ja multimedian hyödyntäminen lapsen ohjauksessa. Leikki on osa lapsen elämää, ja vaikka se ei ole hoitajan päätoiminto lastenosastoillakaan, sen arvo tulisi tunnustaa sekä hyödyntää lasten valmistamisessa toimenpiteisiin, päivittäisessä hoidossa ja ohjauksessa. Selkeä tarve on myös opetus- ja ohjausmateriaalien kehittämiseksi lapsille itselleen eikä ainoastaan vanhemmille, sekä lapsien mukaan ottamiselle oman hoitonsa ohjaukseen entistä tiiviimmin. Tulokset osoittivat myös vanhempien sekä toisten lapsipotilaiden tärkeän roolin hyvässä, laadukkaassa hoitotyössä. Hoitajat ovat keskeisessä asemassa myös vanhempien tukijoina lapsen sairaalassaolon aikana.

Tutkimuksen johtopäätöksenä voidaan todeta, että kouluikäiset lapset pystyvät arvioimaan omaa hoitoaan. Lasten äänen kuuleminen edellyttää kuitenkin lapsille soveltuvien menetelmien kehittämistä. Tulevaisuuden haaste on kehittää erityisesti menetelmiä, jolla saadaan alle kouluikäisen lapsen ääni kuuluviin. Lapsen äänen kuuleminen vaatii lapsen oikeuksien tunnistamista ja antamista lapsen osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon omilla resursseillaan. Jotta hoitotyön laatua voidaan kehittää, on tärkeää kuulla lapsen ääni vanhempien ja ammattilaisten rinnalla. Väitöstutkimuksen tuloksena syntynyt mittari on yksi askel tähän suuntaan, mutta sen testaamista ja kehittämistä tulisi jatkaa tulevaisuudessa. Alustavia suunnitelmia siihen suuntaan on tehtykin. Hoitotiede voi vastata myös siihen, miten lapset ja nuoret tulevat nähdyiksi, kuulluiksi ja ymmärretyiksi sairaalamaailmassa.

LÄHTEET

Ammentorp, J.; Mainz, J. & Sabroe, S. 2005. Parents' Priorities and Satisfaction With Acute Pediatric Care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 159(2), 127–131.

Ammentorp, J.; Mainz, J. & Sabroe, S. 2006. Determinants of Priorities and Satisfaction in Pediatric Care. *Pediatric Nursing* 32(4), 333–348.

Attree, M. 1993. An analysis of the concept “quality” as it relates to contemporary nursing care. *International Journal of Nursing Studies* 30(4), 355–369.

Attree, M. 2001. Patients’ and relatives’ experiences and perspectives of ‘Good’ and ‘Not so Good’ quality care. *Journal of Advanced Nursing* 33(4), 456–466.

Battrick, C. & Glasper, EA. 2004. The views of children and their families on being in hospital. *British Journal of Nursing* 13(6), 328–336.

Chesney, M.; Lindeke, L.; Johnson, L.; Jukkala, A. & Lynch, S. 2005. Comparison of Child and Parent Satisfaction Ratings of Ambulatory Pediatric Subspecialty Care. *Journal of Pediatric Health Care* 19(4), 221–229.

Coyne, I. 2006a. Consultation with children in hospital: children, parents’ and nurses’ perspectives. *Journal of Clinical Nursing* 15(1), 61–71.

Coyne, I. 2006b. Children’s experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care* 10(4), 326–336.

Currie, V.; Harvey, G.; West, E.; McKenna, H. & Keeney, S. 2005. Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 51(1), 73–82.

Donabedian, A. 1980. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean. *American Journal of Public Health* 71(4), 409–412.

EACH (European Association for Children in Hospital). 1988. European Charter for Children in Hospital. EACH, Leiden Netherlands. Luettavissa <http://www.each-for-sick-children.org/the-each-charter-with-the-annotations-to-the-charter.html>.

Forsner, M., Jansson, L. & Sørli, V. 2005. The experience of being ill as narrated by hospitalized children aged 7-10 years with short-term illness. *Journal of Child Health Care* 9(2), 153–165.

Haines, C. & Childs, H. 2005. Parental satisfaction with paediatric intensive care. *Paediatric Nursing* 17(7), 37–41.

Hallituksen strategia-asiakirja 2007. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 18/2007. Valtioneuvoston kanslia. Luettavissa www.vnk.fi/julkaisut. Helsinki.

Lapsiasiavaltuutetun vuosikirja 2008. Lapsella on oikeus osallistua. Sosiaali- ja terveystieteiden selvityksiä 2008:20. Luettavissa http://www.lapsiasia.fi/c/document_library/get_file?folderId=101293&name=DLFE-8413.pdf.

Lapsiasiavaltuutetun vuosikirja 2009. Kaksi vuosikymmentä lapsen oikeuksia Suomessa. Lapsiasiavaltuutetun toimiston julkaisuja 2009:1. Luettavissa http://www.lapsiasia.fi/c/document_library/get_file?folderId=479644&name=DLFE-9911.pdf.

Leino-Kilpi, H. 1990. Good Nursing Care. On what basis? *Annales Universitatis Turkuensis, Series Medica Odontogica* D 49. Turun yliopisto. Turku.

Leino-Kilpi, H. & Vuorenheimo, J. 1992. Patient Satisfaction as an Indicator of the Quality of Nursing Care. *Vård I Norden* 12(3/4), 22–28.

Leino-Kilpi, H. & Vuorenheimo, J. 1994. The Patients' Perspective on Nursing Quality: Development a Framework for Evaluation. *International Journal for Quality Assurance in Health Care* 6(1), 85–95.

Leino-Kilpi, H., Walta, L., Helenius, H., Vuorenheimo, J. & Välimäki, M. 1994. Hoidon laadun mittaaminen Potilaslähtöisen HYVÄ HOITO -mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. *Stakes raportteja* 151, Helsinki.

Leino-Kilpi, H., Mäenpää, I. & Katajisto, J. 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperustan kehittäminen. *STAKES raportteja* 229. Gummerus, Saarijärvi.

Lindeke, L., Nakai, M. & Johnson, L. 2006. Capturing Children's Voices for Quality Improvement. *American Journal of Maternal Child Nursing* 31(5), 290–295.

Mah, J.K., Tough, S., Fung, T., Douglas-England, K. & Verhoef, M. 2006. Adolescent quality of life and satisfaction with care. *Journal of Adolescent Health* 38(5), 607.e1-607.e7.

Migone, M., Mc Nicholas, R. & Lenon, R. 2008. Are we following the European charter? Children, parents and staff perceptions. *Child: care, health and development* 39(4), 409–417.

Pelander, T. 2008. The Quality of Paediatric Nursing Care – Children's Perspective. Luettavissa <https://oa.doria.fi/handle/10024/42602>.

Pelander, T., Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. 2009. The quality of paediatric nursing care: developing the Child Care Quality at Hospital instrument for children. *Journal of Advanced Nursing* 65(2), 443–453.

Pritchard, E. & Howard, E. 2006. Parent questionnaires: are they effective for auditing services? *Paediatric Nursing* 18(5), 37–39.

Rifkin, L., Wolf, M., Lewis, C. & Pantell, R. 1988. Children's Perceptions of Physicians and Medical Care: Two Measures. *Journal of Pediatric Psychology* 13(2), 247–254.

Schmidt, C, Bernaix, L., Koski, A., Weese, J., Ciappetta, M. & Sandrik, K. 2007. Hospitalized Children's Perceptions of Nurses and Nurse Behaviours. *Journal of Maternal Child Nursing* 32(6), 336–342.

Stewart, M., Brown, JB., Donner, A., McWhinney, IR., Oates, J., Weston, WW. & Jordan, J. 2000. The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice* 49(9), 796–804.

Taloustutkimus 2008. Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma Lapsen oikeudet -kampanja. Luettavissa http://www.minedu.fi/lapset_nuoret_perheet/lapsenoikeudet/Ajankohtaista.html?lang=fi.

Taloustutkimus 2010. Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma / Lapsen oikeudet -kampanja. Luettavissa http://www.minedu.fi/export/sites/default/lapset_nuoret_perheet/lapsenoikeudet/pdf/LSKL_Lasten_oikeudet_taulukkoraportti.pdf.

Tilastokeskus 2008. Väestörakenne. Luettavissa http://www.stat.fi/til/vaerak/2007/vaerak_2007_2008-03-28_tie_001_fi.html.

Tuononen, P. 2008. Asiaa aikuisille! Lapset ja nuoret kertovat omien oikeuksiensa toteutumisesta Suomessa. Lapsiasiavaltuutetun toimiston selvityksiä 4:2008. Luettavissa http://www.lapsiasia.fi/c/document_library/get_file?folderId=101063&name=DLFE-8154.pdf.

Urden, LD. 2002. Patient Satisfaction Measurement Current Issues and Implications. *Lippincott's Case Management* 7(5), 194–200.

YK:n Lapsen oikeuksien sopimus 1989. Luettavissa http://www.unicef.fi/lapsen_oikeuksien_sopimus.

IRTI INFEKTIOISTA -HANKE

Marjale von Schantz

Ihminen sairastaa elämänsä aikana useita infektioita eli infektioitauteja. Niitä ovat esim. flunssat ja erilaiset oksennus- ja ripulitaudit. Infektiosta voidaan myös käyttää nimitystä tarttuva tauti, jolloin tarttuvuus tarkoittaa tautia aiheuttavan pieneliön siirtymistä eli tarttumista paikasta toiseen. Pelkistetysti ajatellen tartunnan seurauksena syntyy infektio, jos tartunta-annos eli mikrobimäärä ja sen aiheuttama kuormitus ylittävät elimistön puolustuskyvyn.

Hoitoon liittyviksi infektioiksi (aiemmin sairaalainfektio) nimetään kaikki sellaiset infektiot, jotka ovat syntyneet tai saaneet alkunsa terveydenhuollon piirissä toteutetun hoidon aikana (L 583/1986, 935/2003). Esitettyjen arvioiden mukaan näitä infektioita esiintyy vähintään 5–10 prosentilla kaikista hoidetuista potilaista ja vaikutukset ulottuvat suureen osaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toiminnoista. Vaikutuksia tarkastellaan yleensä inhimillisen kärsimyksen, terveyden menetyksen, kuolleisuuden ja taloudellisten kustannusten näkökulmasta. (Lyytikäinen ym. 2005.) Potilaalla on kuitenkin lain (785/1992) suoma oikeus parhaaseen olemassa olevaan tietoon perustuvaan hyvään hoitoon ja infektioiden torjunta onkin terveydenhuollon keskeisiä haasteita ympäri maailman. Käytännön työssä se on paljolti terveystieteen ammattihenkilöiden vastuulla. Arvioiden mukaan jopa kolmannes infektioista olisi estettävissä noudattamalla tavanomaisia varotoimia, joita ovat hyvä käsihygienia, suojainten tarkoituksenmukainen käyttö, asianmukainen hoitovälineistön käsittely ja turvallisen hoitoympäristön luominen (Harbarth ym. 2003). Koulutuksen avulla varmistetaan toiminnan edellyttämät tiedolliset valmiudet.

Edellä kuvatun lisäksi perustaa ja oikeutusta Irti infektioista -hankkeelle ovat antaneet toisaalta tutkimustulokset, joiden mukaan infektioiden torjunnan toteuttamisessa olisi parantamisen varaa (mm. Silvennoinen 2003; von Schantz 2005; Keränen 2007; Routamaa & Hupli 2007) ja toisaalta tuloksiltaan hyödylliset raportoinnit hankkeista, joita asian korjaamiseksi on toteutettu (Routamaa 2004; Jyrkkämäki 2006; Rummukainen ym. 2006; Varis 2006).

HANKKEEN TAVOITTEET JA TOTEUTUS

Irti infektioista -hankkeen tavoitteeksi asetettiin infektioiden torjunnassa tarvittavan osaamisen laaja-alainen kehittäminen. Käytännössä se on tarkoittanut yhteistyötä yhtä hyvin julkisen, yksityisen kuin kolmannenkin sektorin organisaatioiden kanssa. Toteutusmuotoina ovat olleet mm. kehittämispalaverit, osaamisen kartoitukset, asiantuntijaluennot, asiantuntijaopettajajohtoiset tutkimus- ja kehittämistoimet sekä hankkeeseen liitetyt opinnäytetyöt (ks. liite 1). Hankkeen innoittamana on syntynyt sekä oppikirjaksi että kenen tahansa kansalaisen käsikirjaksi soveltuva tartuntojen ehkäisyä käsittelevä teos (von Schantz & Matilainen 2009). Ammattikorkeakoulujen kaikkien alojen opiskelijoiden käyttöön on valmistumassa myös elektronisen kirjan ja pelin sisältävä oppimateriaali *Seikkaile ja opi mikrobimaailmassa* (Ojala, von Schantz & Tuominen 2011), joka ilmestyy vuoden 2011 alussa. Turun sosiaali- ja terveystoimen (vuoteen 2009 asti Turun terveystoimi) kanssa on tehty vuodesta 2004 lähtien pitkäjänteistä yhteistyötä, ja vuoden 2008 syksyllä uudistettiin myös infektioiden torjunnan opiskelua Terveysala-tulosalueella.

PITKÄJÄNTEISTÄ YHTEISTYÖTÄ TURUN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMEN KANSSA

Vuoden 2004 alussa käynnistyi hygieniayhdyshenkilöiden toimenkuvaa selkiennyttävä HYGY-projekti. Sen lähtökohtina olivat organisaatiossa toteutettu sairaalahygieniaprojekti, kaikille hoitotyöntekijöille osoitettu laaja kysely infektioiden torjunnasta sekä kokemukset hygieniayhdyshenkilön melko näkyvämmäksi jääneestä roolista. Projektin aikana kokoonnuttiin tarkastelemaan itsenäisesti työstettävien välitehtävien tuloksia ja sovittiin niiden jatkotyöstämisestä. Lopputuloksena vuonna 2005 oli posterit, johon oli tiivistettynä kerätty hygieniayhdyshenkilön tehtävät, oikeudet ja velvollisuudet. Posterit sijoitettiin näkyville paikoille vierailijoita varten ja niissä näkyi myös ko. yksikön hygieniayhdyshenkilön nimi. Projektin myötä hygieniayhdyshenkilöt saivat mahdollisuuden keskinäisiin suunniteltuihin kokouksiinsa ja sitä kautta entistä paremmat mahdollisuudet osastojensa hyväksi todettujen käytäntöjen ja toisaalta kehittämishaasteiden vertailuun. Lisäksi se tuki ammatillista kasvua ja rohkaisi vastuun kantamisessa ja oikeuksien peräämisessä.

Vuonna 2008 aloitettiin jatkohanke Infektioiden torjunta toimintatavaksi. Tavoitteena oli vakiinnuttaa infektioiden torjunta osaksi työskentelyä, tehostaa

infektioiden torjuntaa ja yhtenäistää toteuttamisen tapoja kaikilla tasoilla ja prosessin kaikissa eri vaiheissa tutkimusnäyttöön perustuen. Lisäksi tavoitteena on parantaa hoidon laatua minimoimalla infektioiden ilmaantuminen ja esiintyminen sekä laitos- että avohoidossa. Kyseessä on mittava muutosprosessi, joka nähdään sekä yksilöllisenä että yhteisöllisenä oppimisprosessina organisaation kaikilla tasoilla. Hankkeessa kehitetään hoitohenkilöstön välittömään potilashoittoon osallistuvat ja välillisesti potilashoittoon osallistuvan henkilöstön (siivoustoimi ja välinehuolto) toimintaa ja tuotetaan työelämän tarpeisiin uutta, informaatioteknologiaan liittyvää osaamista, joka rakennetaan henkilöstön itsensä varaan.

Terveysala-tulosalueen näkökulmasta *Infektioiden torjunta toimintatavaksi* -hanke kytkeytyy merkittävään osaamisalueeseen eli hoitotyön kliiniseen osaamiseen. Tavoitteena on myös kehittää simuloitua ja verkkovälitteistä yhteistoimintaa, joka mahdollistaisi entistä paremmin opiskelijoiden ottamisen mukaan hoitotyön kehittämiseen aidoissa työelämäyhteyksissä. Vuoden 2010 konkreettisenä lopputavoitteena oli verkkovälitteisesti mahdollistuva infektio-torjuntaosaamisen testaus, päivitys ja arviointi. Hankkeella kasvatettiin sekä sisällöllistä että menetelmällistä osaamispääomaa, jota voidaan edelleen hyödyntää sekä henkilöstön omaehtoisessa kehittymisessä, järjestetyssä täydennyskoulutuksessa että opetuksessa. Opiskelijoiden oppimisen ja ammattiin soaalistamisen näkökulmasta on myös tärkeää, että sosiaali- ja terveystalvclvuja tuottava ja tarjoava organisaatio ja kouluttava organisaatio ovat molemmat omaksuneet yhteisen käsityksen tutkimusnäyttöön perustuvasta infektioiden torjunnasta. Tähän hankkeeseen nivotut ensimmäiset opinnäytetyöt, kirjallisuuteen perustuvien hygieniasuosituksien ja muiden ohjeiden, valmistuivat joulukuksi 2009 (ks. liite 2).

INFEKTIOIDEN TORJUNTAAN LIITTYVÄN OSAAMISEN KEHITTÄMINEN TERVEYSALAN KOULUTUKSESSA

Verkon hyödyntämistä infektioiden torjunnan oppimisessa ja osaamisen päivittämisessä on viime vuosina tutkittu eri puolilla maailmaa. Informaatioteknologian ollessa oleellinen osa kehittyneiden maiden terveydenhuoltoa on myös hoitohenkilöstöllä oltava riittävät tiedot ja taidot sen hyödyntämiseen sekä myönteinen asenne sen käyttöön ja hallintaan. Syksyllä 2008 Turun ammattikorkeakoulun Terveysala-tulosalueella siirryttiin perinteisestä, pääosin luentoina toteutuneesta infektio-torjunnan perusasioiden opetuksesta monia-

mmatillisissa opiskelijaryhmissä toteutuvaan vuorovaikutukselliseen ja ohjattuun verkkotyöskentelyyn. Muutoksen tavoitteena on lisätä opiskelijoiden osallistumisaktiivisuutta keskeisten sisältöjen tarkastelussa ja vastuullisuutta omasta oppimisestaan. Toteutusta on jatkuvasti kehitetty sekä opiskelijoilta että opettajilta kerätyn palautteen ohjaamana. (von Schantz ym. 2009.)

POHDINTAA

'Irti infektiosta' on teemana edelleen ajankohtainen ja tarpeellinen. Syksyllä 2009 Suomen saavutti A (H1N1) -influenssaviruksen aiheuttama epidemia, ns. sikainfluenssa. Tauti tavattiin ensimmäisen kerran Meksikossa vain muutamia kuukausia aiemmin, mutta jo tuolloin alettiin eri tavoin varautua taudin laajenemiseen maailmanlaajuiseksi pandemiaksi. (www.thl.fi, 2009.) Kaikille kansalaisille kohdennettua tiedottamista hyvän käsi-, suu-, nenä- ja yskimishygienian merkityksestä on lisätty. Sekä julkisen että yksityisen sektorin organisaatioissa on laadittu erilaisia varautumissuunnitelmia. Tartuntataiden katkaisemiseksi joissakin terveydenhuollon yksiköissä on ainakin toistaiseksi päädytty välttämään kättelyä (Anttila ym. 2009).

Myös hoitoon liittyvien infektioiden suhteen on edelleen kyse huomattavasta tautitaakasta (Kanerva ym. 2008) ja erityisenä uhkana on antibioottiresistenssi. Tällä hetkellä kliinisesti merkittävimmät resistentit hoitoon liittyviä infektioita aiheuttavat bakteerit ovat metisilliinille resistentti *Staphylococcus aureus* (MRSA), vankomysiinille resistentti enterokokki (VRE), *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter*, *Clostridium difficile* hypervirulentti 027-ribotyypin sekä ESBL (Flygar & Jansson 2009.)

Potilasvakuutuskeskuksen päätösten mukaan potilasvahinkoina korvattavien tapausten määrä on viimeisten viiden vuoden (2004–2008) aikana vaihdellut välillä 2348–2487 ja niistä 159–227 on luokiteltu infektiovahingoiksi. Prosentteiksi muutettuna infektiovahinkojen määrä on vaihdellut välillä 6,8–9,3 kaikista korvattavista potilasvahingoista. (www.vakes.fi, 2009.) Tavoitteena on aina laadukas hoito. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön strategian (STM 2009) mukaan potilasturvallisuus ja hoitoon liittyvien infektioiden torjunta sen osa-alueena on selkeästi nostettava terveydenhuollon kehittämiskohteeksi (ks. myös Euroopan komissio 2008). Onnistuneen toiminnan keskeisiä elementtejä ovat myös positiivinen asenne, riittävät resurssit ja tukea antava johtamiskulttuuri (Griffiths ym. 2009; Millar 2009).

LÄHTEET

Anttila, V.-J., Valkonen, M. & Kainulainen, K. 2009. Ettehän pahastu, käsihygieniaan tarvitaan lisää huomiota. SLL 64 (41), 3406–3407.

Euroopan komissio 2008. Suositus potilasturvallisuuden lisäämiseksi. Saatavana http://ec.europa.eu/finland/news/press/081215_fi.htm.

Flygar, M. & Jansson, M. 2009. Bakteerien vastaisku. SLL 64 (7), 574–577.

Griffiths, P., Renz, A., Hughes, J. & Rafferty, A. 2009. Impact of organisation and management factors on infection control in hospitals: a scoping review. *Journal of Hospital Infection* 73 (1), 1–14.

Harbarth, S., Sax, H. & Gastmeier, P. 2003. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. *Journal of hospital infection* 54(4), 258–266.

Jyrkkämäki, T. 2006. Käsihuuhteen kulutuksen seuraaminen Loviisan terveyskeskuksen vuodeosastoilla. *Suomen sairaalahygienialehti* 24 (1), 24–26.

Kanerva, M., Ollgren, J., Virtanen, M. & Lyytikäinen, O. 2008. Sairaala-infektiot muodostavat huomattavan tautitaakan. SLL 63 (18–19), 1697–1702.

Keränen, T. 2007. Pitkäaikaishoitolaitosten valmiudet infektioiden torjunnassa. Pro Gradu. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. Oulu.

Laki 583 / 1986. Tartuntatautilaki. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.

Laki 785 / 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.

Laki 935 / 2003. Laki tartuntatautilain muuttamisesta. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.

Lyytikäinen, O., Kanerva, M., Agthe, N. & Möttönen, T. 2005. Sairaala-infektioiden esiintyvyys Suomessa 2005. SLL 60 (44), 3119–3123.

Millar, M. 2009. Infection control risks. *Journal of hospital infection* 71 (2), 103–107.

Routamaa, M. 2004. Käsihygienian parantaminen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin sairaalahygieniaprojektissa. *Suomen sairaalahygienialehti* 22 (3), 119–123.

Routamaa, M. & Hupli, M. 2007. Käsihygienian hoitotyössä. SLL 62 (24), 2397–2401.

- Rummukainen, M., Jakobsson, A., Karppi, P. & Kautiainen, H. 2006. Infektioiden torjunta keski-suomalaisissa pitkäaikaishoitopaikoissa. SLL 61(42), 4363–4367.
- von Schantz, M. 2005. Sairaalainfektioiden torjunta hoitotyön toimintona. Hoitotyön opiskelijoiden, hoitotyöntekijöiden sekä potilaiden tiedot ja käsitykset. Väitöskirja, sarja C, osa 239. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Turku.
- von Schantz, M., Hyötilä, M., Hölttä, R., Matilainen, H., Ojala, S. & Tuominen, R. 2009. Viruksia verkossa. Infektioiden torjunnan opiskelua terveystieteiden koulutuksessa. Suomen sairaalahygienialehti 27 (4), 166–172.
- von Schantz, M. & Matilainen, H. 2009. Tarttuuko se? Ehkäise, estä ja hoida. Kirjapaja. Helsinki.
- Silvennoinen, E. 2003. Käsihygienian terveydenhuollossa. SLL 58 (9), 763–767.
- STM 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3.
- Thl.fi 2009. www.thl.fi_tiedotteet. Luettu 5.11.2009.
- Vakes.fi. 2009. [www.potilasvakuutuskeskus.fi / tilastot](http://www.potilasvakuutuskeskus.fi/tilastot).
- Varis, T. 2006. Käsihygienian tehostaminen Hyvinkään sairaalassa. Suomen sairaalahygienialehti 24 (1), 20–23.

LIITE I

Hankkeessa valmistuneita oppinnäytteitä.

Ohjemateriaalia infektioiden torjunnan tehostamiseksi:

Fagerström, T. & Wigren, A-S. 2007. Hygieniatietopaketti sairaala-apulaisille.

Hirvensalo, S-M. & Kaita, H. 2006. Terveyskasvatus osaksi Vasaramäen koulun toimintakulttuuria: hyvä käsihygieniä.

Hänninen, H. & Palmroth, A. 2008. Yläasteikäisten hygieniakäyttäytyminen: tietoa hygieniasta nuorille.

Lumento, M., Toivola, S. & Virrasoja, H. 2008. Ohjelehtinen vanhainkotiasukkaan omaiselle käsihygienian tueksi.

Infektioiden torjuntaan liittyvien tietojen, käsitysten ym. kartoituksia:

Aalto, M., Heinonen, S. & Järvensivu, A-M. 2008. Väestön suojautuminen tarttuvia tauteja vastaan.

Hautamäki, H., Heikkala, A., Kankare, T. & Kostet-Karlin, T. 2005. Käsidesinfektio-osaaminen ja -opetus sairaanhoitajaopiskelijoiden arvioimana.

Honkanen, V. & Knifund, A. 2007. Vanhainkodin hoitohenkilökunnan tiedot laskimoperäisistä säärihaavoista ja niiden hoidosta.

Jalkanen, S., Kari, K. & Koskinen, J. 2008. Moikoisten lastenkodin hoitotyöntekijöiden tiedot lasten ja nuorten yleisimmistä infektiosairauksista.

Juote, M. & Mäki, K. 2006. Infektioiden torjunta kotisairaanhoidossa : hoitohenkilökunnan tiedot aseptiikasta sekä aseptinen toiminta hoitotyössä ja haavanhoidossa.

Kivinen, M. 2009. Tiedot ja käsitykset käsihygieniasta varsinaissuomalaisen yksityisen lääkäri-aseman asiakaspalvelun työntekijöillä.

Kokkonen, S-K. & Laiho, J. 2008. Ruiskadun päiväkodin hoitohenkilökunnan tiedot infektioiden torjunnasta päiväkodissa.

Kumpula, A. & Oksanen, H. 2009. Työterveyshuollon hoitohenkilökunnan tiedot ja käsitykset käsihygieniasta.

Kuusenoja, H-M. & Kämäräinen, H. 2009. Sairaanhoitajien tiedot ja käsitykset käsihygieniasta infektioiden torjuntatoimena perioperatiivisessa hoitoympäristössä.

Lehtonen, J. & Pihlaja, T. 2009. Varsinaissuomalaisen yksityissairaalan hoivahoitoyksikön henkilökunnan tiedot ja käsitykset käsihygieniasta.

Maisala, S. & Saarinen, K. 2008. Leikkausosaston sairaanhoitajien näkemyksiä sairaalainfektioiden torjunnan toteutumisesta työyksikössään.

Marjamäki, S. 2009. Käsihygienia osana infektioiden torjuntaa : bioanalyttikkojen tiedot ja käsitykset.

Männistö, T. & Ojanen, K. 2009. Sairaanhoitajien tiedot ja käsitykset käsihygieniasta hoitoon liittyvien infektioiden torjuntatoimena.

Nurmi, S-M., Partanen, L. & Pylkkänen, M. 2009. Yksityissairaalan kuvantamisyksikön hoitohenkilöstön tietojen ja taitojen kartoittaminen osana infektioiden torjuntaa.

Selin, P., Suomi, S. & Suominen, S. 2009. Käsihygienia infektioiden torjuntatoimena yksityissairaalan kirurgisella vuodeosastolla.

Takala, M., Vasanen, K. & Ylisirkka, S. 2006. Bioanalyttikko-opiskelijoiden tiedot sairaalainfektioista ja niiden torjunnasta: Koulutuksen antama opetus opiskelijoiden arvioimana.

Infektioiden torjunnan toteutumisen kartoituksia:

Katajisto, S. & Kauppila, T. 2006. Infektioiden leviämisen ehkäisy päiväkodeissa : hygieniatilanne Terve päiväkoti -projektin jälkeen.

Koivula, M-M. & Koivumäki, M. 2008. Asiakkaiden toteuttama käsidesinfektio terveysasemalla.

Laaksonen, S., Martti, J. & Matintalo, T. 2005. Hygieniayhdyshenkilön toimenkuvan selkiyttäminen

Lehtonen, P. & Martinviita, N. 2007. Hygieniayhdyshenkilön toimenkuva infektioiden ehkäisyssä vanhainkodissa.

Liippo, A. & Pasanen, R. 2007. Infektioiden torjunta ja rekisteröinti sairaanhoitajien kokemana vanhainkodissa.

Penttilä, P. & Rautiainen, M. 2007. Hygieniasuosituksen toteutuminen vanhainkodissa.

LIITE 2

Infektioiden torjunta toimintatavaksi T&K –hankkeessa joulukuksi 2009 valmistuvat opinäytetyöt:

Berglund, G. & Lehtinen, S. 2009. Kosketuseristys ja potilaan ohjaus; ohjelehtinen potilaalle.

Heinonen, J. & Larsen, I. 2009. Kirjallisuuteen perustuvat hygieniasuositukset endoskopiseen toimenpiteeseen.

Hyvönen, P. & Hänninen, H. 2009. MRSA-bakteerin kantajan haavanhoito kotisairaanhoidossa; hygieniasuositukset.

Inna, A., Laaksonen, S. & Lassila, H. 2009. Clostridium difficile –infektio; hygieniasuositukset potilaan hoitoon.

Jokelainen, J. & Kivinen, S. 2009. Ohjelehtinen terveyskeskuksen asiakkaille influenssan ehkäisemiseksi.

Kovalainen, K. & Vehviläinen, J. 2009. Hygieniasuositukset haavahoitoon.

Kuosa, H. & Laine, L. 2009. Kirjallisuuteen perustuvat suositukset veriteitse tapahtuvan tartunnan torjumisessa.

Lehto, J. & Mahdi, M. 2009. Ohjelehtinen somalialaisten ja irakilaisten maahanmuuttajien infektioiden torjuntaan.

KASVU TERVEYSALAN YRITTÄJYYTEEN

Sari Asteljoki

Ammattikorkeakoulujen keskeinen tehtävä on antaa työelämän ja sen kehittämisen vaatimuksiin perustuvaa korkeakouluopetusta ja tukea näin opiskelijan ammatillista kasvua (Ammattikorkeakoululaki 351/2003). Julkisten terveystalveluiden rinnalle on lisääntyvässä määrin muodostunut alan yrittäjyyttä. Terveysalan opiskelijoiden tulisivat saada jo koulutuksensa aikana valmiuksia yrittäjyyteen ja yrittäjänä toimimiseen. Toisaalta Suomi on sitoutunut yrittäjyyskasvatuksen opetukseen kaikilla koulutusasteilla (European Commission 2002; Opetusministeriö 2004a; Opetusministeriö 2004b; Opetusministeriö 2008), joten tulevaisuudessa terveysalan ammattikorkeakouluopiskelijoilla on parhaimmillaan jo koulutukseen tullessaan hyvät yrittäjyyteen liittyvät perusvalmiudet.

Korkeakoulupohjaisen yrittäjyyden edistämistä käsittelevässä opetusministeriön ja työ- ja elinkeinoministeriön yhteistyöryhmän muistiossa (Opetusministeriö 2009a) todetaan, että tähän mennessä korkeakouluissa on luotu yrittäjyyskasvatuksen ja alkavan yritystoiminnan hyviä käytäntöjä. Muistion mukaan nyt on tullut aika systemaattisesti edistää yrittäjyyttä ja yritystoimintaa, kasvuyrittäjyyttä sekä yritystoiminnan kansainvälistymistä ja korkeakouluosaamisen kaupallistamista. Huomioita kiinnitetään erityisesti yrittäjyysmotivaation vahvistamiseen sekä korkeakouluosaamisen ja innovaatioaihioiden hyödyntämiseen yritystoiminnassa. Myös Eurooppalaisen tutkintojen viitekehysten (EQF) mukaan tehty Tutkintojen ja muun osaamisen kansallinen viitekehys (Opetusministeriö 2009b) ohjaa ammattikorkeakouluja tarjoamaan opiskelijoille ainakin perusedellytykset alan itsenäisenä yrittäjänä toimimiselle. Tämä tulisi jokaisen suomalaisen ammattikorkeakoulun huomioida koulutusta suunnitellessaan.

Yrittäjyysvalmiuksia tulee siis kehittää, mutta miten motivaatio herätetään ja miten sitä pidetään siten yllä, että samalla vältetään opiskelijoiden turhautuminen yrittäjyyteen liittyvään teoriatietoon? Tutkimusten (Hytti & O'Gorman 2004, Paaanen 2001) mukaan toiminnalliset ja opiskelijoita aktivoivat ope-

tusmenetelmät ovat osoittautuneet parhaiksi menetelmiksi yrittäjyyteen liittyvien tietojen ja taitojen lisäämisessä sekä asenteen, motivaation ja tahdon kehittämisessä.

Yrittäjyyskasvatus opetussisältönä tulisi nivoa kiinteästi työelämäyhteistyöhön ja erilaisiin oppimisympäristöihin. Opetuksessa tulisi käyttää innovatiivisia menetelmiä. Työelämäyhteyksien ja innovatiivisuuden asettama haaste tekee opetuksen suunnittelusta ja toteutuksesta opettajalle vaativaa. Opetussuunnitelma ei aina joustaa ja opetuksessa hyödynnettävää yritys yhteistyötä on vaikea toteuttaa. (Smith, Collins & Hannon 2006.) Toisaalta tällainen yhteinen ahdossa kontekstissa tapahtuva innovatiivinen toiminta on kaikille osapuolille palkitseva kokemus (Heinonen 2007; Heinonen & Akola 2007).

Tässä artikkelissa kuvataan kirjoittajan opiskelijoiden työtoimintaan liittyneen väitöstutkimuksen tuloksia sekä Yrittäjyyttä terveysalalle (TERRY) -hankkeessa kehitettyjä uusia opiskelijoiden työtoiminnan muotoja.

YRITTÄJYYS JA TERVEYSALAN TYÖTOIMINTA

Yksi mahdollisuus yrittäjyyden opetuksessa on toteuttaa sitä terveysalan työtoiminnassa, jossa opiskelijat suunnittelevat ja toteuttavat opettajan ohjauksessa terveysalan palveluja. Asiakkaat tulevat ammattikorkeakoulun tiloihin tai opiskelijat opettajineen menevät asiakkaiden luo. Asiakkaat saavat näin pientä korvausta vastaan ohjattuna opiskelijatyönä toteutettuja palveluja. Vastaavasti opiskelijat saavat uusia opettajan ohjaamia oppimismahdollisuuksia ja opintopisteitä. (Valkama 2005.) Opetuksen toteutussuunnitelma joustaa asiakkaan tilauksen mukaan. Palvelut perustuvat opiskelijoiden taitoihin, mutta tilauksen yhteydessä on mahdollista oppia paljon myös uutta, esimerkiksi yrittäjyyteen ja yhteistoiminnallisuuteen liittyviä taitoja. Yrittäjyyttä opitaan siis tekemällä ja kokemalla (ks. Paajanen 2001).

Uusi tilaus suunnitellaan, toteutetaan ja arvioidaan opiskelijoiden, opettajien ja asiakkaan yhteistyönä. Yhdessä kehitetään uutta toimintaa, joka on enemmän kuin yhden toimijan tai organisaation toiminta yksinään. (Esim. Jones & Iredale 2006; Paasio, Nurmi & Heinonen 2005; Papp, Markkanen & von Bonsdoff 2003; Nurmi & Paasio 2007.)

Artikkelin kirjoittaja teki vuosina 2004–2010 tutkimuksen, jonka mukaan työtoiminnassa toteutetun harjoittelun aikana opiskelijoilla on mahdollisuus omaksua tehokkaasti terveysalan yrittäjyyteen liittyviä toimintatapoja. Tutkimuksessa kehitettiin induktiivisesti empiiriseen aineistoon perustuva substantiivinen teoria ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan ohjatussa harjoittelussa tapahtuvaan työtoimintaan. Lisäksi tuotettiin uutta käsitteistöä harjoitteluun. Tutkimuskysymykset kiteytettiin seuraavasti: 1) mitkä käsitteet kuvaavat opiskelijoiden ja opettajien kokemusten pohjalta ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan ohjatun harjoittelun toimintaa työtoiminnassa ja min-kälaisia ovat näiden käsitteiden väliset suhteet? 2) miksi ja mihin tarkoitukseen opiskelijoiden ja opettajien kokemusten mukaan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan työtoiminnassa tapahtuvaa toimintaa tarvitaan? 3) min-käläinen ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan ohjatun harjoittelun työtoiminnan toimintaa kuvaava kokonaisrakenne muodostuu opiskelijoiden ja opettajien kokemuksista? Lähestymistavaltaan tutkimus perustui lähinnä Grounded theory -menetelmään.

Tutkimuksen tiedonantajina olivat Turun ammattikorkeakoulun moniammatillisen työtoiminnan bioanalytiikan, fysioterapian, hoitotyön, suun terveydenhuollon ja toimintaterapian koulutusohjelmien opiskelijat, jotka suorittivat harjoitteluaan sekä heitä ohjaavat opettajat. Tutkimusaineistona olivat kirjalliset kertomukset ja suulliset haastattelut. Opiskelijat (n = 75) kirjoittivat kertomuksensa 2.4.2004–12.5.2005. Opettajat (n = 7) kirjoittivat kertomuksensa 25.1–12.5.2005. Kertomusten pohjalta aineistoa syvennettiin haastatteluilla. Opiskelijat (n = 15) haastateltiin loppuvuodesta 2005 ja opettajien (n = 12) haastattelut tehtiin keväällä 2006. Aineisto analysoitiin koodaamalla ja tunnistamalla alakategoriat sekä niiden väliset suhteet. Substantiivinen teoria muodostettiin koodauksen tuloksena muodostuneen ydinkategorian – yrittäjämäinen yhteistoiminnallinen toimintatapa – ympärille. Ydinkategorian pysyvyyden varmistamiseksi opiskelijoiden ja opettajien kirjoittamia kertomuksia (n = 82) verrattiin tuotettuun ydinkategoriaan.

Opiskelua yhteistoiminnallisilla menetelmin

Asteljoen (2010) tutkimuksen mukaan terveysalan työtoiminta koostuu opiskelijan toiminnasta ja roolista, opettajan ohjauksesta ja roolista sekä asiakkaan toiminnasta ja ympäristöstä. Opiskelija aloittaa harjoittelun työtoiminnassa erilaisin odotuksin. Hänellä on aikaisempaa alan kokemusta ja osaamista sekä li-

säksi henkilökohtaisia positiivisia tai negatiivisia ominaisuuksia. Hänellä voi olla sisäisen, ulkoisen tai omaehtoisen yrittäjän piirteitä. Opiskelija asettaa omia sekä muiden opiskelijoiden kanssa yhteisiä tavoitteita työn sisällöstä, ammatillisesta toiminnasta (sisältäen yrittäjyyden) ja yhteistyöstä. Opettaja tai muut opiskelijat tekevät erilaisia alkujärjestelyjä ja perehdyttävät aloittavia opiskelijoita.

Harjoittelussa hyödynnetään yhteistoiminnallisia menetelmiä. Näin syntyy valmiuksia työn sisältöjen, ammatillisuuden sekä sisäisen, ulkoisen, omaehtoisen ja organisaatioyrittäjyyden (yhteistyö) sekä itse-, vertais- ja yhteisarvioinnin opiskeluun. Opiskelija saa valmiuksia kädentaitojen lisäksi mm. asiakaspalveluun, markkinointiin, taloudelliseen toimintaan ja itsenäiseen sekä luovaan toimintaan. Toimiessaan yrittäjämäisesti ja yhteistoiminnallisesti erilaisissa projekteissa opiskelija saa kokemuksia yhteisöllisestä toiminnasta ja ongelmienratkaisusta aidossa kontekstissa.

Opettaja, asiakas, ympäristö ja kulttuuri tukevat opiskelijan toimintaa työtoiminnassa. Opettaja toimii pääasiassa ohjaajan, tukijan ja arvioijan rooleissa. Asioista neuvotellaan yhdessä opiskelijoiden kanssa. Opettaja myös organisoii ja kehittää toimintaa luomalla omalta osaltaan yrittäjämäistä yhteistoiminnallisuutta tukevan ympäristön. Asiakkailta on erilaisia tarpeita, he ovat ominaisuuksiltaan erilaisia ja he tulevat työtoiminnan asiakkaiksi eri tavoin. Asiakkaat ovat palveluiden käyttäjiä ja myös omalta osaltaan arvioivat opiskelijoiden toimintaa. Asiakkaiden välityksellä ylläpidetään työelämäyhteyksiä. Työtoiminta perustuu palvelutoimintaa ohjaaviin säädöksiin ja asiakirjoihin, opetussuunnitelmaan ja ammattikorkeakoulun tukeen ohjatun harjoittelun järjestämiseksi työtoiminnan tiloissa.

Keskeiseksi elementiksi muodostuu siis opiskelijan *toiminta*, jossa korostuu sisäinen, ulkoinen, omaehtoinen ja organisaatioyrittäjyys (yhteistyö). Tämä toiminta on *rajavyöhyketoimintaa, joka syntyy opiskelijan, opettajan ja asiakkaan toiminnan välille*. Tässä rajanylitystoiminnassa luodaan yhdessä innovatiivista ympäristöä (Engeström 2004). Rajavyöhyketoiminnalla tarkoitetaan työtoiminnan toimintatapaa, jossa korostuu yrittäjämäisyys ja yhteistoiminnallinen toimintatapa. Tämä rajavyöhyketoiminta muodostaa palvelutoiminnan, jossa toimitaan terveydenhuolto- ja korkeakoulutusjärjestelmän välimaastossa. Yrittäjämäinen toimintatapa saavutetaan yhteistoiminnallisuudella ja työtoiminta on yhteisöllinen konteksti, jossa toimitaan yhteistoiminnallisesti. Näin ammattikorkeakoulun terveystalon työtoiminnassa tapahtuvaa harjoittelutoimintaa tarvitaan yrittäjämäisen ja yhteistoiminnallisen toimintatavan opiskeluun.

LISÄÄ YRITTÄJYYKSOSAAMISTA TERVEYSALALLE

Vuoden 2009 aikana Turun ammattikorkeakoulun Terveysala-tulosalueella toteutettiin Yrittäjyyttä terveysalalle (TERRY) -projekti, jonka tarkoituksena oli lisätä terveysalan opiskelijoiden ja opettajien yrittäjyysvalmiuksia sekä edistää yrittäjyydelle myönteistä asennoitumista koko oppimisympäristössä. Projektin tarkoituksena oli myös helpottaa opiskelijoiden ryhtymistä terveysalan yrittäjiksi sekä omalta osaltaan tukea jo olemassa olevaa alan yritystoimintaa. Tarkoituksena oli luoda yrittäjyydestä entistä houkuttelevampi vaihtoehto lisäämällä yrittäjyyskasvatusta. (Turun kaupungin osaamis- ja elinkeinostrategia.) Myös Arene ry:n yrittäjyysstrategian (2006) mukaan tavoitteena on, että jokainen ammattikorkeakoulututkinnon suorittanut opiskelija on omaksunut sisäisen yrittäjyyden ja joka seitsemäs opiskelija on aloittanut yrittäjäuran 10 vuoden kuluessa ammattikorkeatutkinnon suorittamisesta.

TERRY-projektilla pyrittiin tukemaan myös monialaista oppimista, jota on menetelmällisesti suhteellisen haasteellista toteuttaa. Moniammatillinen yhteistyö jo opiskeluaikana tukee ammatillisten valmiuksien kehittymistä (esim. Lindskog, Löfmark & Ahlström 2007; Paukkunen, Tossavainen & Turunen 2003). Tarkoituksena oli, että projektin aikana opiskelijat, opettajat ja yritykset kehittävät yhdessä terveysalan yritysten toimintaa. Yritysten ja korkeakoulujen välistä yhteistyötä painottaa myös Korkeakoulupohjaisen yrittäjyyden edistämisestä koottu Opetusministeriön selvitys (2009a).

Hanke perustui vuonna 2007 toteutettuun Terveysala-tulosalueen moniammatilliseen Työrukkaset-projektiin, jossa bioanalytiikan, radiografian ja sädehoidon sekä suun terveydenhuollon koulutusohjelmien opiskelijoille tarjottiin mahdollisuus hankkia koulutuksen aikana sellaisia yrittäjyyteen liittyviä tietoja ja taitoja, joita työelämässä nykyään tarvitaan. Näitä tietoja ja taitoja ovat projektiosaaminen, tiimityöskentely, moniammatillinen yhteistyöosaaminen ja työelämäyhteistyö.

TERRY-projektin tavoitteet:

- Edistetään yrittäjyydelle myönteistä asennoitumista koko oppimisympäristössä.
- Lisätään terveysalan opiskelijoiden ja opettajien yrittäjyysvalmiuksia.
- Kehitetään terveysalan yrityksiä yhdessä eri terveysalan opiskelijoiden ja opettajien sekä yrityksen edustajien kanssa.
- Haetaan ulkoista rahoitusta ylläiselle terveysalan yrittäjyyteen liittyvälle jatkohankkeelle.

Yrittäjätiimissä oli edustus Terveysala-tulosalueen Turun ja Salon työtoiminoista sekä TKI-toiminnasta. Mukana oli myös suun terveydenhuollon opiskelija. Ohjausryhmässä oli edustus kaikista tulosalueen koulutusohjelmista.

TERRY-projektin tulokset

Syksyllä 2009 sairaanhoitaja, kättilö ja suun terveydenhuollon opiskelijat tutustuivat terveystalon yrityksiin ja haastattelivat yrittäjiä: hoitotyön 77 opiskelijaa tekivät 21 yrityshaastattelua ja suun terveydenhuollon 16 opiskelijaa tekivät 4 yrityshaastattelua. Tämä kuului opiskelijoiden yrittäjäyysopintoihin. Opiskelijat esittelivät yritysrapporttinsa toisilleen, joten näin voitiin jakaa kokemuksia yhdessä ja opiskelijat saivat laajemman kokemuksen yrityksistä.

Haastattelujen tuloksena syntyi lisäksi seuraavia työtoiminnan kautta toteutettavia toimeksiantoja:

- yhteiset messut (opiskelijat markkinoivat omien tuotteiden lisäksi yritysten tuotteita, yritykset maksavat messupaikan)
- opiskelijat pääsivät yrityksiin seuraamaan yrittäjän päivää (kummiyritystoiminta)
- ensiapuopetusta yrityksen henkilökunnalle
- virkistystä henkilökunnalle ja asiakkaille.

Haastatteluraporttien yhteenvedosta saatiin mielenkiintoista ja hyödyllistä tietoa alan yrittäjistä. Esimerkiksi usean yrittäjän toimitilat sijaitsivat kotona, suurin osa yrittäjistä toimi toiminimellä tai osakeyhtiönä ja toimintaa markkinoitiin paljon ns. puskaradion kautta.

Projektin aikana suunniteltiin *Terveyspysäkin* perustamista ostoskeskukseen. Suunnitelma oli, että Turun ammattikorkeakoulun Terveysala-tulosalueen opiskelijat ylläpitäisivät Terveyspysäkkiä, jossa tarjottaisiin terveyteen liittyviä edullisia palveluja ostoskeskuksessa asioiville kaikenikäisille asiakkaille ilman ajanvarausta. Palvelut toteutettaisiin moniammatillisesti opiskelijatyönä opettajien ohjauksessa ja valvonnassa. Palvelulla täydennettäisiin olemassa olevia terveystalouden palveluita ja tuotaisiin terveystalouden palveluita uudella tavalla lähelle asiakasta. Terveyspysäkki voisi myös omalta osaltaan lisätä kauppakeskuksen asiakasmäärää. Näin Terveyspysäkki yhdistäisi kaupan ja terveyden palveluja toisiinsa hyödyntäen kumpaakin. Suunnittelu ja markkinointi jatkuvat edelleen.

Projektin aikana osallistuttiin työtoimintojen kautta Hyvinvointi-TV®-lähetysten suunnitteluun ja toteutukseen. Suun terveydenhuollon ja hoitotyön työtoiminnasta annettiin lähetyksissä asiakkaille myös yksilöohjausta. Lähe-tykset ja ohjaukset jatkuivat vuonna 2010.

Hyvinvointi-TV® kuuluu KOTIIN-hankkeeseen, joka oli osa InnoELLI Senior 2006–2007 -hankekokonaisuutta. InnoELLI Senior 2006–2007 -hankkeen päätavoitteena oli tarkoitus kehittää uusia, laadukkaita, kustannustehokkaita ja kansainvälisesti levitettävissä olevia hyvinvointipalveluita ikääntyneille. Turun ammattikorkeakoulu toteuttaa OMANA-projektia, jossa edistetään ikäihmisten ja kuntoutusasiakkaiden hyvinvointia ja kotona selviytymistä sekä tuodaan virikkeitä arkeen vuorovaikutteisen Hyvinvointi-TV®:n avulla. Projektin tarkoitus on kehittää vuorovaikutuksellisia ohjaus- ja neuvontapalveluja käyttäjälähtöisesti. (Turun ammattikorkeakoulu. Projektit. Turvallinen Koti / OMANA; KOTIIN-hanke. Hyvinvointi-TV®; InnoELLI Senior -ohjelma 2006–2007).

Hyvinvointi-TV® on ikääntyvälle väestölle tarkoitettu tutkimukseen perustuva ohjaus- ja neuvontapalvelukonsepti. Se tuo hyvinvointipalvelut television ja digitaalisen virittimen välityksellä suoraan kotiin. Ikääntynyt pystyy keskustelemaan omista asioistaan tarvittaessa myös yksityisesti. Hyvinvointi-TV® tukee ja auttaa ikääntyvää ja hänen läheisiään. Hyvinvointi-TV®:n tarkoituksena on lisätä ikääntyneen aktiivisuutta sekä itsenäistä selviytymistä kotona. Ohjelmatarjonta on monipuolinen ja se sisältää mm. ohjattuja liikuntatuokioita, interaktiivisia keskusteluohjelmia ja asiantuntijaluentoja sekä muita hyvinvointia edistäviä ohjelmia. Ohjelmat lisäävät sosiaalista kanssakäymistä ja toimintakykyä sekä tuovat virkistystä, turvaa ja luovat aktiviteetteja. (Turun ammattikorkeakoulu. Projektit. KOTIIN-hanke. Hyvinvointi-TV®).

TERRY-projektin aikana aloitettiin yhteistyö Turun kulttuuripääkaupunki 2011 -hankkeen *Hair-musikaalin* kanssa. Terveys- ja sosiaalialan opettajat suunnittelivat yhteistyönä hankkeeseen liittyvän hyvinvointitarkastuksen ja siihen liittyvän hyvinvointikyselyn. Työtoiminnassa mukana olleet opiskelijat tekivät musikaaliin osallistujille syksyn 2009 ja kevään 2010 aikana *hyvinvointitarkastukset* (noin 50 tarkastusta). Tarkastukset sponsoroiti Pfeiser. Keväällä 2011 on tarkoitus tehdä kaikille halukkaille toiset hyvinvointitarkastukset. Näin kulttuuri ja hyvinvointi yhdistyvät.

Projektin aikana pohdittiin moniammatillisten *opinnäytetöiden* tekoa yrittäjyyteen liittyvistä aiheista. Todettiin, etteivät niiden toteuttaminen aikataulul-

lisesti onnistu. Yrittäjyyteen liittyviä opinnäytetöitä tarjottiin myös aikuisopiskelijoille, mutta opiskelijat eivät vielä silloin tarttuneet tilaisuuteen. Suun terveydenhuollon opiskelija ryhtyi syksyn 2010 aikana tekemään opinnäytetyötään suun terveydenhuoltoalan yksityiselle yritykselle. Opinnäytetyössä sovelletaan ja testataan Töyryn Ihmisläheinen hoito -mittaria yksityisen suun terveydenhuollon yrityksen tarpeisiin.

Suun terveydenhuollon, bioanalytiikan ja hoitotyön opiskelijat perustivat Turussa yhteisen palveluiden markkinointiin ja toteutukseen liittyvän opiskelijatiimin, jolle he antoivat nimen Turun ammattikorkeakoulun moniammatilliset terveystyöalan opiskelijat eli *TAMO-tiimi*. Tiimi kokoontui neljä kertaa ja opiskelijoiden välinen sähköpostiviestintä ja muu vuorovaikutus oli vilkasta. Työn tuloksena oli kolme moniammatillista toimintapainotteista luentoa, joiden aiheet olivat infektioiden ehkäisy, terveet keuhkot ja elämäntavat. Asiakkaiden valitsemia aiheita olivat esimerkiksi jalkojen hyvinvointi, proteesit ja niiden hoito, kuiva suu sekä verinäytteiden otto ja valmistautuminen laboratoriotiloihin.

Projektin aikana suun terveydenhuollon ja hoitotyön työtoiminnoista osallistuttiin Osaava Nainen -messuille syksyllä 2009. Messuilla opiskelijat esittelivät Terveystyö ry:n materiaalia ja antoivat alkoholiin liittyvää ohjausta. Työtoimintojen opiskelijat olivat mukana suunnittelemassa ja toteuttamassa myös muille opiskelijoille tarkoitettua Hyvinvointipäivää syksyllä 2009. Tämä kuului Hyvinvointipalvelut-tulosalueen *Kui sää voit? – mielenterveysongelmat oppimisen esteenä* -hankkeeseen, jonka tarkoituksena oli Turun ammattikorkeakoulun opiskelijoiden mielenterveyden tukeminen. Hyvinvointipäivässä esiteltiin eri työtoimintoja, minkä kautta opiskelijat saivat monipuolista markkinointikokemusta.

Projektin aikana kehitettiin myös työtoimintojen yhteistä harjoittelumateriaalin kulutusseurantaa tavaratoimituksiin liittyvän Access-pohjaisen tietokantaohjelman avulla. Ohjelman alkukehittely on tehty suun terveydenhuollon koulutusohjelmassa. Opiskelija Matti Nurminen sai keväällä 2009 Nordean stipendin tästä kehitystyöstään opiskelijayrittäjänä. Projektin aikana pohdittiin lisäksi, miten luodaan ja ylläpidetään opiskelijoiden yritystoiminnan tukijärjestelmää ja tuetaan erityisesti yrittäjiksi aikovia opiskelijoita. Projektin aikana lisättiin työtoiminnan harjoitteluun yrittäjyyteen liittyvää teoriaopetusta, kuten markkinointiin ja kustannuslaskentaan liittyvää opetusta.

TERRY-projektin yhteenveto

Asetetut tavoitteet saavutettiin melko hyvin, vaikka varsinainen projektiin käytettävä aika (2.3–9.12.2009) oli lyhyt. Työtoimintojen välinen moniammatillinen toimintatapa saatiin toimimaan kitkattomasti ja näin oli hyvät mahdollisuudet luoda uutta innovatiivista toimintaa, kuten Terveyspysäkki, Hyvinvointi-TV®-lähetykset ja osallistuminen Hair-musikaalin järjestelyihin. Projektin lyhyiden vuoksi kaikkia suunniteltuja ideoita ei saatu vielä toteutettua, mutta työtoimintojen kautta projektin jatkuvuus on turvattu (esim. messut, opiskelijoiden tutustumispäivät yrityksiin).

Projektin avulla saatiin luotua uusia yhteyksiä alueen terveysalan yrittäjiin ja vanhojen kumppaneiden kanssa luotiin uusia toimintamuotoja. Vastaavaa ei näin laaja-alaisesti ja moniammatillisesti ole aikaisemmin tehty. Opiskelijat, opettajat ja yrittäjät oppivat yhdessä uudella toiminnallisella tavalla. Tätä yrittäjämäistä toimintatapaa jatketaan työtoimintojen kautta.

Opiskelijoiden asenteita ei projektin aikana erikseen mitattu. Suullisen kyselyn perusteella opiskelijat pitävät yrittäjyyttä positiivisena asiana, johon liittyy omaa vapautta, vastuuta ja riskienhallintaa. Yrittäjän työmäärää pidettiin suurena.

TERRY-projektissa voitiin melko hyvin toteuttaa käytännössä tutkimusten mukaisia suosituksia yrittäjyyskasvatuksen pedagogisesta ulottuvuudesta. Yhdessä monialaisesti toimien saavutettiin tarpeeksi realistiset tavoitteet.

LOPUKSI

Parhaiksi opetusmenetelmiksi yrittäjyyden opetuksessa ovat osoittautuneet toiminnalliset ja opiskelijoita aktivoivat yhteistoiminnalliset menetelmät, joita TERRY-projektissa käytettiin. Projektin aikana opiskelijat tutustuivat yrityksiin ja yrittäjiin niin haastatellen heitä kuin kuunnellen yrittäjien pitämiä alustuksia. Opiskelijat myös keskustelevat runsaasti keskenään. He loivat verkostoa yrittäjiin ja samalla he oppivat yrityksen perustamiseen ja johtamiseen liittyviä asioita sekä teoriassa että käytännössä. Projektin kautta opiskelijat olivat mukana suunnittelemassa ja luomassa monia innovaatioita. Yhteistyötä tehtiin monien eri organisaatioiden kanssa ja luotiin näin uutta organisaatioiden rajapinnoilla. Keskeistä oli yhteinen toiminta, jolla tuetaan terveysalan yrittäjyyteen kasvua.

TERRY-projektin aikana ja sen jälkeen koko Terveysala-tulosalueelle on myös suunniteltu kaikille opiskelijoille yhteiset terveystalan yrittäjyysopinnot (2 opintopistettä). Aikaisemmin jokaisessa koulutusohjelmassa oli erilaisia yrittäjyysopintoja ja ne ajoittuivat eri tavoin. Yhteisten yrittäjyysopintojen tarkoituksena on antaa opiskelijoille yrittäjyyteen liittyvät teoreettiset perusvalmiudet. Opintoissa huomioidaan myös tässä projektissa aloitettu yhteistyö terveystalan yrittäjien kanssa. Opinnot toteutetaan verkko-opetuksena ja ne alkavat ensimmäisten ryhmien kohdalla syksyllä 2010. Nämä perusopinnot suoritetaan ennen työtoiminnassa tapahtuvaa yrittäjyyteen painottuvaa soveltavaa harjoittelua, jossa opiskelijat tekevät innovatiivisia projekteja yhdessä terveystalan yrittäjien kanssa.

Keskeistä yrittäjyyteen kasvussa on, että yrittäjyys – erityisesti sisäinen yrittäjyys – on sisällytettävissä kaikkeen terveystalan opetukseen. Vapaa, kokonaisvaltainen ja ainutlaatuinen opiskelija havaitsee mahdollisuuksia ja yhdistää resursseja uudella tavalla. Hän soveltaa uutta tietoa ja ottaa vastuuta omasta elämästään ja siihen liittyvistä riskeistä. Tietämisen sijaan yrittäjyyden ytimessä on toiminta ja uuden toiminnan aikaan saaminen. (Kyrö & Ripatti 2006.) Aktiivinen, vastuullinen ja innovatiivinen opiskelija kantaa vastuunsa myös tulevassa työssään niin yksityisellä kuin kunnallisellakin sektorilla.

LÄHTEET

Ammattikorkeakoululaki (351/2003).

Arene ry:n yrittäjyysstrategia (20.4.2006) <http://www.arene.fi/data/dokumentit>.

Asteljoki, S. 2010. Ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystalan palvelutoiminta yrittäjämäisen ja yhteistoiminnallisen toimintatavan rajapinnassa. Väitöskirja. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta, Kasvatustieteiden laitos. Turun ammattikorkeakoulun tutkimuksia 32. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Engeström, Y. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittäminen työssä. Tampere: Vastapaino.

European Commission. 2002. Final report of the Expert Group "Best Procedure" Project on Education and Training for Entrepreneurship. http://ec.europa.eu/enterprise/entrepreneurship/support_measures/training_education/education_final.pdf.

Heinonen, J. 2007. An entrepreneurial-directed approach to teaching corporate entrepreneurship at university level. *Education + Training* 49 (4), 310–324.

Heinonen, J. & Akola, E. 2007. Entrepreneurship training and entrepreneurial learning in Europe. Results from the Entlearn project. Turku school of economics. Tampere.

Hytti, U. & O’Gorman, C. 2004. What is ”enterprise education”? An analysis of the objectives and methods of enterprise education programmes in four European countries. *Education + Training* 46 (1) 11–23.

Jones, B. & Iredale, N. 2006. Developing an entrepreneurial life skills summer school. *Innovations in Education and Teaching International*. 43 (3), 233–244.

Korhonen, K. & Pesonen, M. 2000. Ammattikorkeakoulututkinto työuran perustana. Teoksessa M. Volanen (toim.) *Kokeiluista reformeiksi. Tuloksia ja johtopäätöksiä nuorisosaasteen koulutuskokeiluista ja ammattikorkeakoulureformista*. Jyväskylä: Koulutuksen tutkimuslaitos, 101–117.

Kyrö, P. & Ripatti, A. 2006. Yrittäjyyden opetuksen uudet tuulet. Teoksessa: Kyrö, P & Ripatti, A. *Yrittäjyyskasvatuksen uusia tuulia. Yrittäjyyskasvatuksen julkaisusarja 4/2006*. Hämeenlinna: Tampereen yliopiston kauppakorkeakoulu, 10–30.

Lidskog, M., Löfmark, A. & Ahlström, G. 2007. Interprofessional education on a training ward for older people: Students’ conceptions of nurses, occupational therapists and social workers. *Journal of Interprofessional Care* 21 (4), 387–399.

Nurmi, P. & Paasio, K. 2007. Entrepreneurship in Finland Universities. *Education & Training* 49 (1), 55–66.

Opetusministeriö 2004a. *Koulutus ja tutkimus 2003–2008 kehittämissuunnitelma*. Opetusministeriön julkaisuja 2004:6. Helsinki.

Opetusministeriö. 2004b. *Yrittäjyyskasvatuksen linjaukset ja toimenpideohjelma*. Opetusministeriön julkaisuja 2004:18. Helsinki.

Opetusministeriö 2008. *Koulutus ja tutkimus 2007–2012. Kehittämissuunnitelma*. Opetusministeriön julkaisuja 2008:9. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2008/liitteet/opm09.pdf?lang=fi2007>.

Opetusministeriö. 2009a. *Korkeakoulupohjaisen yrittäjyyden edistäminen*. Opetusministeriön ja työ- ja elinkeinoministeriön korkeakoulupohjaisen yrittäjyyden edistämisen yhteistyöryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2009:10. Helsinki.

Opetusministeriö. 2009b. *Tutkintojen ja muun osaamisen kansallinen viitekehys*. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2009:24. Helsinki.

Paajanen, P. 2001. Yrittäjyyskasvattaja. Ammattikorkeakoulun hallinnon ja kaupan alan opettajien näkemykset itsestään ja työstään yrittäjyyskasvattajina. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylä Studies in Business and Economics 16. Taloustieteen laitos.

Paasio, K., Nurmi, P. & Heinonen, J. 2005. Yrittäjyys yliopistojen tehtävänä? Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2005:10. Opetusministeriö. Koulutus- ja tiedepolitiikan osasto.

Papp, I., Markkanen, M. & von Bonsdorff, M. 2003. Clinical environment as a learning environment: student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. *Nurse Education Today* 23 (4), 262–268.

Paukkunen, L., Tossavainen, K. & Turunen, H. 2003. Yhteistyöosaamisen rakentuminen sosiaali- ja terveystieteiden koulutuksessa. *Suomen kasvatustieteellinen aikakauskirja* 34 (3), 257–273.

Smith, A. J., Collins, L.A. & Hannon, P.D. 2006. Embedding new entrepreneurship programmes in UK higher education institutions: Challenges and considerations. *Education + Training* 48 (8–9), 555–567.

Turun Ammattikorkeakoulu. Projektit. Turvallinen Koti / OMANA [viitattu 3.8.2010]; KO-TIIN-hanke. Hyvinvointi-TV® [viitattu 3.8.2010]; InnoELLI Senior -ohjelma 2006–2007 [viitattu 3.8.2010]).

Valkama, K. 2005. Palvelutoiminta teorian ja käytännön integroijana ammattikorkeakoulussa: kyselytutkimus palvelutoiminnan toteutumisesta ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden alalla. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen laitos.

Vygotsky, L.M. 1978. *Mind in society: the development of higher psychological processes*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.

OPISKELIJOIDEN TIETOTEKNISET VALMIUDET OPINTOJEN ALUSSA

Sirpa Ernvall, Riitta Aaltonen & Anu Havisto

Yhteiskunnan monet kehityskulut muuttavat myös suomalaista terveyspalvelujärjestelmää. Suurimpiin muutosten aiheuttajiin kuuluvat informaatiotekniikan yleistyminen ja siitä johtuvat tiedon hallinnan ja käytön murrokset (Lammintakanen & Kinnunen 2006). Tietointensiivisellä terveysalalla hoitohenkilökunnan tietoteknologinen osaaminen palvelee sekä laadukasta hoitoa että hoidon ja palvelujen kehittämistä. Henkilöstön tiedonhakutaitojen lisäämisellä voidaan hoidossa hyödyntää entistä paremmin tutkittuun tietoon perustuvien toimintatapojen kuten esimerkiksi Käypä hoito -suositusten käyttöä. Tietoteknologian hyödyntäminen terveydenhuollossa vaatii henkilöstöltä uusia tietoja ja taitoja sekä jatkuvaa ammatillisen osaamisen kehittämistä.

Hoitotyöntekijöillä tulee olla tieto- ja viestintätekniiikan peruskäyttötaidot eli taito käyttää tekstinkäsittely- ja taulukkolaskentaohjelmia, sähköpostia ja internetiä. Hänen tulee ymmärtää työaseman ja tietoverkkojen erot ja hänellä pitää olla sähköisiin teksteihin liittyvä luku- ja kirjoitustaito. Tarvitaan myös valmiudet käyttää erilaisia terveydenhuollon tietojärjestelmiä.

Tulevaisuuden asiantuntija hakee uusinta tutkittua tietoa erilaisista sähköisistä tietokannoista ja parhaat käytännöt -tietopankeista. Päätöksenteon apuna hän käyttää päätöksenteko-ohjelmia ja potilastietojärjestelmään kirjattavia potilaan seurantatietoja, jotta hän voi valita sopivia hoitotyön menetelmiä potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. Esimerkiksi sairaanhoitajan olisi hyvä tehdä käytännönläheistä tutkimusta ja hyödyntävän samalla tietojärjestelmään kirjattua tietoa. (Jauhiainen 2006.)

Korkeakouluopiskelussa tarvitaan monipuolisesti tietotekniikan perustaitoja. On hallittava tiedon hankinta ja käsittely sekä sen raportointi. Verkko-opiskelu ja -ohjaus ovat edelleen yleistymässä, joten myös sosiaalisia taitoja tarvitaan osana tietoteknisiä valmiuksia. Verkko-opiskelu on yleistynyt myös täydennyskoulutuksen muotona. Tässä artikkelissa kuvataan, millaisiksi ammattikorkea-

kouluopintojaan aloittavat terveystieteen opiskelijat arvioivat tietotekniset perusvalmiutensa ja millaiset ne selvityksen mukaan todellisuudessa ovat.

OPETUSSUUNNITELMA MUUTTUU

Turun ammattikorkeakoulun Terveystieteen-tulosalueen opiskelijat suorittivat syksystä 1999 alkaen valtakunnallisen ja kansainvälisen Tieteen ry:n hallinnoiman Tietokoneen käyttäjän A-tutkinnon. Tästä luovuttiin vuoden 2006 lopussa. Tutkinto on laaja, opiskelijat kokivat sen suorittamisen vaikeaksi ja ammattikorkeakoulu sen järjestämisen raskaaksi. Tietokoneen käyttäjän A-tutkinnon suorittaneet opiskelijat ovat yleensä jälkeensä olleet tyytyväisiä, koska he ovat kokeneet saaneensa siitä paljon hyötyä mm. tehdessään opinnäytetyötä. A-tutkinnon suorittanut opiskelija hallitsee tietokoneen peruskäytön ja samalla hänen tietokoneen käyttövarmuutensa lisääntyy.

Kun tutkinnon järjestämisen lopettamisesta päätettiin, selvitettiin opiskelijoiden tietotekniset perusvalmiudet eli mitä he kokivat osaavansa ja mitä he todella osasivat. Selvitys toteutettiin syksyllä 2007 sekä keväällä ja syksyllä 2008 aloittaneille ryhmille. Testiin osallistui bioanalytiikka-, sairaanhoitaja-, suuhygienisti-, terveydenhoitaja-, kättilö- ja röntgenhoitajaopiskelijoita. Ainoastaan yksi 20 opiskelijan aikuisryhmä osallistui testiin, koska heidän lähiopetuksen tuntimääränsä olivat vähäiset. Lisäksi testiin osallistui yksi toimintaterapeutti- ja yksi sosionomiopiskelijaryhmä.

Selvitys koostui kahdesta osasta ja sen tulokset analysoitiin SPSS for Windows 16.0 -tilasto-ohjelmalla. Ensimmäisessä osassa opiskelijat vastasivat verkossa olevaan kyselyyn, jossa kysyttiin arviota omasta tietotekniikkaosaamisesta. Toisessa osassa opiskelijat tekivät valvotussa luokkatilanteessa samat toiminnot, joiden osaamista kyselyssä oli kartoitettu. Kyselyyn vastasi syksyllä 2007 287 opiskelijaa, joista 103 osallistui testiin, keväällä 2008 130 opiskelijaa, joista 80 osallistui testiin syksyllä 2008 265 opiskelijaa, joista 175 osallistui testiin. Kyselyyn ja testiin osallistuvien opiskelijoiden määrien ero selittyi sillä, että kaikkia opiskelijoita kehoitettiin osallistumaan kyselyyn, kun taas testiin osallistuivat vain ne opiskelijat, jotka arvelivat osaavansa tietotekniikkaa. Opiskelijat saivat palautteen omasta osaamisestaan.

OPISKELIJOIDEN ARVIOT TIETOTEKNISESTÄ OSAAMISESTAAN

Ensimmäisellä tietotekniikan tunnilla opiskelijat perehdytettiin ammattikorkeakoulun verkko-oppimisympäristöön (Optima). Tällöin uudet opiskelijat vastasivat verkossa olevaan Digium Enterprise -ohjelmistolla toteutettuun kyselyyn, jossa kysyttiin heidän arviotaan omasta osaamisestaan tietotekniikan eri osa-alueilla. Osa opiskelijoista vastasi kyselyyn kotonaan. Kyselyyn vastattiin omalla nimellä, mikä mahdollisti kyselyn tulosten vertaamisen testissä saatuun tulokseen.

Kyselyn osat olivat:

1. mahdollisuudet käyttää tietoteknisiä laitteita ammattikorkeakoulun ulkopuolella (tietokone, tulostin, skanneri, nettiyhteys, digikamera, USB-muisti)
2. aiempi tietotekniikan opiskelu
3. mahdollinen tietokoneen käyttäjän A-kortti tai ECDL-kortti
4. kouluarvosana 4–10 omalle tekstinkäsittelyohjelman, resurssienhallinnan, taulukkolaskentaohjelman, esitysgraafikkaohjelman ja internetin tai sähköpostin käytölle
5. eri toimintojen osaaminen osa-alueittain (tekstinkäsittely, resurssienhallinta, esitysgraafikka, taulukkolaskenta, verkko-opiskelutaidot)
6. vapaa sana.

Suurella osalla opiskelijoista oli käytettävissään tietoteknisiä laitteita: tietokone 95 prosentilla, tulostin yli 60 ja nettiyhteys yli 90 prosentilla. Opiskelijat olivat suorittaneet tietotekniikan opintoja vähän verrattuna heidän tietotekniseen varustelutasoonsa. Kaikilla ei kuitenkaan ollut tietokoneillaan opiskelussa tarvittavia ohjelmia, vaan he hankkivat ne opiskelunsa alussa. Ammattikorkeakoululla on sopimus ohjelman toimittajan kanssa edullisesta ohjelmistopaketesta.

TAULUKKO 1. *Opiskelijoiden aiemmat tietotekniikkaopinnot.*

	syksy 2007 kyllä	kevät 2008 kyllä	syksy 2008 kyllä
Oletko opiskellut aiemmin tietotekniikkaa?	69 %	76 %	56 %
Oletko suorittanut tietokoneen käyttäjän A-kortin tai ECDL-kortin?	12 %	10 %	7 %

Verkkoa käytettiin paljon. Kaikki opiskelijat kertoivat käyttävänsä sähköpostia, 98 prosenttia arveli osaavansa hakea asiantietoa internetistä. Vain neljäsosa opiskelijoista oli suorittanut opintoja verkossa.

TIETOTEKNISEN OSAAMISEN TESTAUS

Kun kyselyyn oli vastattu, seuraavalla tietotekniikan tunnilla pidettiin tietoteknisten taitojen testi. Testiin osallistuminen oli vapaaehtoista. Opiskelijoille markkinoitiin testitilaisuutta sillä, että hyvä selviytyminen testissä takasi vapautuksen tietotekniikan opintojaksosta tai sen yksittäisestä osa-alueesta. Monet opiskelijat olivat sitä mieltä, että heidän on turha tulla testiin, koska he eivät mielestään osanneet tietotekniikkaa riittävästi. Testi tehtiin valvotussa luokkatilanteessa ja opettaja tarkisti testin.

Menettelytapa todennäköisesti vaikutti testituloksiin. Testiin osallistui ne, jotka mielestään osasivat niin hyvin tietotekniikan käytön, että heidän on mahdollista saada vapautus. Osa tuli testiin vain kokeilemaan, miten hyvin osaavat tietotekniikkaa.

Testissä piti tehdä samoja toimintoja, joiden osaaminen oli kyselyllä selvitetty.

Testin rakenne oli seuraava:

- Tekstinkäsittelyohjelma Wordin käyttö
- Resurssienhallintaohjelman käyttö
- Esitysgrafiikkaohjelma PowerPointin käyttö
- Taulukkolaskentaohjelma Excelin käyttö.

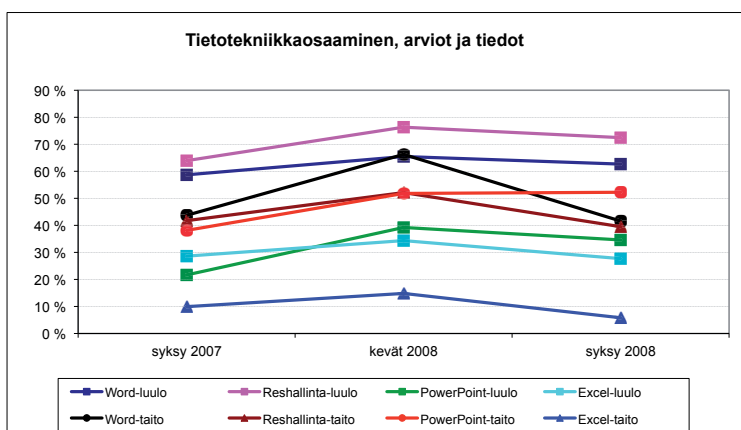
TESTIN TULOKSIA

Opiskelijoiden yleinen osaamistaso oli odotettua matalampi. Seuraavassa on muutama huomio syksyllä 2008 aloittaneiden opiskelijoiden osaamisesta. Testatuista taidoista kokonaisuutena arvioiden parhaiten osattiin esitysgrafiikkaohjelma PowerPointin käyttö, jonka toiminnot osattiin oikein 10–70-prosenttisesti. Excel-tilukkolaskenta-osio osoittautui vaikeimmaksi. Ne opiskelijat, jotka osasivat käyttää ohjelmaa, tekivät asiat suurelta osin monimutkaisesti ja kiertoteitse. Excelissä oikein suoritettujen toimintojen osuus oli vain 2–19 prosenttia. Esimerkiksi pylväskuvion osasi tehdä vain 7 prosenttia opiskelijoista.

Tekstinkäsittelyohjelma Word hallittiin kohtalaisesti. Eri toiminnot osattiin oikein 2–80-prosenttisesti. Mutta esimerkiksi reunuksen leveyttä osasi muuttaa alle puolet opiskelijoista. Vain 35 % opiskelijoista osasi lisätä sivulle normaalin sivunumeroinnin. Myös kuvan sijoittaminen ja kuvan koon muuttaminen kuvaa vääristämättä tuotti vaikeuksia. Resurssienhallintaosassa testatut tiedostojen ja kansioden käsittelytaidot osattiin kohtalaisesti. Eri toiminnot osattiin oikein 14–70-prosenttisesti. Tarkemmin tuloksista voi lukea Dimensio-lehden artikkelista. (Ernvall, Aaltonen & Havisto 2010.)

OPISKELIJAN OMAN ARVION JA TODELLISEN OSAAMISEN VERTAILU

Opiskelijan arvio omasta osaamisestaan ei onnistunut hyvin millään osa-alueella, jos tarkastellaan kaikkia aloitusryhmiä yhdessä. Erot arvioidun ja todellisen osaamisen välillä testattiin Wilcoxonin testillä. Arvio osaamisesta poikkesi todellisesta osaamisesta tilastollisesti erittäin merkitsevästi ($p = 0,000$). Kun tarkastellaan vuosiluokkia erikseen, keväällä 2008 aloittaneet opiskelijat osasivat arvioida tekstinkäsittelyosaamisensa oikein ($p = 0,813$). Kaikki muut arviot osaamisesta poikkesivat todellisesta merkitsevästi ($p = 0,000–0,007$). Syksyn 2007 ja 2008 aloitusryhmien arvio omasta osaamisesta kaikilla osa-alueilla poikkesi todellisesta osaamisesta erittäin merkitsevästi ($p = 0,000$). Yhteenveto todellisen osaamisen ja arvioidun osaamisen suhteesta ilmenee kuvasta 1.



KUVA 1. *Opiskelijan itsensä arvioima osaaminen suhteessa todelliseen osaamiseen.*

Testin tulokset yllättivät monet opiskelijat, koska he uskoivat osaavansa enemmän kuin osasivat testitilanteessa. Poikkeuksena oli esitysgrafiikka, joka osattiin paremmin kuin oli uskottu. Toisaalta esitysgrafiikkaosion testi osin epäonnistui: kuvaa ei pyydetty lisäämään esitykseen, koska kuvan lisäys oli tehty jo tekstinkäsittelyosiossa. Myöskään mitään piirtotyökaluja ei testissä tarvinnut osata.

POHDINTA

Opiskelijat liikkuvat sujuvasti tietoverkon sosiaalisissa medioissa kuten Facebookissa, mutta hyötyohjelmien käyttö tuotti vaikeuksia. Oman osaamisen arviointi oli myös vaikeaa. Jos opetuksen suunnittelua varten halutaan tietää opiskelijan todellinen osaaminen, pelkkä kysely on siihen riittämätön väline, koska arviot omasta osaamisesta saattavat poiketa merkittävästi todellisesta osaamisesta. Kuvatussa testauksessa ei mitattu ohjelmien harvinaisten ominaisuuksien osaamista, vaan sellaista osaamista, joka ammattikorkeakouluopiskelijan on tarpeen hallita. Osaamisen tuloksia arvioitaessa pitää muistaa, että osallistujat ovat pääsääntöisesti nuorisosaasteen opiskelijoita; opettajien kokemusten mukaan tulokset olisivat todennäköisesti heikommat, jos useampi aikuisryhmä olisi osallistunut testiin. Aikaisemmalla tietotekniikan koulutuksella ja yleisellä kiinnostuksella aiheeseen on suuri vaikutus heidän taitotasoonsa, mikä asettaa haasteita opetuksen suunnittelulle.

Verkko-opetuksen painottaminen luo myös haasteita opetuksen järjestelylle, sillä verkko-opiskelu edellyttää monenlaisia tietotekniikan taitoja. Turun ammattikorkeakoulussa käytössä oleva Optima-verkko-oppimisympäristö muistuttaa resurssienhallintaohjelmaa, samoin opiskelijoiden sähköpostin kansiorakenne. Hyvä resurssienhallinnan käyttötaito auttaa Optiman käytön oppimisessa ja sähköpostien hallinnassa. Useat verkko-opintojen oppimistehtävät edellyttävät hyvää tekstinkäsittelyn osaamista ja omia töitä vastaavasti esitellään PowerPointin avulla.

Työelämään siirtyviltä terveystieteen ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneella ammattilaisella tulee olla monia tietoteknisiä taitoja. Koska tietotekniikan opetusta voidaan tarjota vain rajallisesti, tulee taitojen harjaannuttaminen integroida ammattiaineisiin erilaisten tehtävien muodossa. Hyvällä yhteissuunnittelulla tässä tavoitteessa onnistutaan.

LÄHTEET

Ernvall, S.; Aaltonen, R. & Havisto, A. 2010. Ammattikorkeakoululaisen tietotekniset alkuvalmiudet. *Dimensio* 3/2010.. 22–27.

Jauhiainen, A. 2006. Kolme skenaariota tulevaisuuden hoitotyöhön – uusia mahdollisuuksia tieto- ja viestintäteknikalla. Teoksessa Miettinen, M.; Hopia, H.; Koponen, L. & Wilskman, K. (toim.) *Inhimillisten voimavarojen johtaminen. Hoitotyön vuosikirja 2006*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto. 29–43.

Lammintakanen, J. & Kinnunen, J. 2006. Hoitotyön osaamisvaatimukset ja merkitys tulevaisuuden terveyspalveluissa. Teoksessa Miettinen, M.; Hopia, H.; Koponen, L. & Wilskman, K. (toim.) *Inhimillisten voimavarojen johtaminen. Hoitotyön vuosikirja 2006*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto. 9–28.

KANSALAISTEN TERVEYSOSAAMINEN

TERVEYSPALVELUJA PITKÄAIKAISTYÖTTÖMILLE

Kristiina Viljanen & Anu Pudinketo-Wahlstén

Suomalaisten terveydentilan ja hyvinvoinnin voidaan katsoa yleisesti kohentuneen. Väestöryhmien väliset terveyserot ovat kuitenkin koko ajan kasvaneet ja alempien sosioekonomisten luokkien edustajat voivat yhä huonommin. (Stakes 2008a; LaHelma & Koskinen 2002.) Jotta terveyseroja voidaan kaventaa, tulee kaikilla väestöryhmillä olla yhdenvertaiset mahdollisuudet terveystalveluiden käyttöön (Keskimäki, Koskinen & Teperi 2002). Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa ohjataan kuntia kehittämään terveydenhuoltoa siten, että kaikilla kunnan asukkailla on yhdenvertainen mahdollisuus terveystalvelujen tavoittamiseen, omaa terveyttä koskevaan päätöksentekoon osallistumiseen sekä asianmukaisen terveyttä ja terveyden edistämistä koskevan tiedon saamiseen (STM 2001, 27–30).

Työttömyyden on todettu vaikuttavan haitallisesti sekä terveyteen että hyvinvointiin. On näyttöä siitä, että työttömät voivat huonommin ja ovat sairaampia kuin työlliset. Näyttöä on myös huonon terveyden ja etenkin mielenterveysongelmien yhteydestä korkeampaan työttömyysriskiin ja pidempään työttömyyden keston. (Heinonen 1999; Heponiemi ym. 2008.) Perheellä ja yksilön sosiaalisella yhteisöllä on oma vaikutuksensa työttömyyden kokemiseen ja siitä selviytymiseen. Vahva sosiaalinen tuki voi lieventää työttömyyden terveysvaiikutuksia. Työttömyysriski on merkittävä etenkin perheettömällä miehillä (naimattomat, eronneet ja vanhempiansa luona asuvat). Perhenäkökulmasta työttömyyden on osoitettu olevan myös ylisukupolvinen ilmiö, sillä vanhempien työttömyys lisää nuorten työttömyysriskiä. Parhaiten työttömyyden periytymistä pystyvät vastustamaan hyvin koulutetut nuoret. (Virnasalo 2002.)

Työttömien terveys ja koettu terveys ovat huonompia kuin työssäkäyvillä. Myös kuolleisuus on korkeampi. (Mannila & Martikainen 2005, 64.) Pitkäaikaissairastavuus ja vakavat mielenterveyden ongelmat ovat työttömällä työssäkäyvää väestöä yleisimpiä (STM 2008b, 23). Työttömistä 30 prosentilla on jokin työ- tai toimintakykyä haittaava sairaus tai vamma. Puolet työttömistä on vähintään lievästi ylipainoisia (BMI \geq 25) ja sokeriaineenvaihdunnan häi-

riöt ovat työttömillä yleisempiä kuin työssäkäyvillä. (Helakorpi ym. 2007.) Merkittävästä ylipainosta kärsivien osuus työttömien keskuudessa on miehillä 19 ja naisilla 25 prosenttia (Heliövaara & Rissanen 2007, 56).

Työttömien on todettu noudattavan keskimääräisesti vähemmän suositusten mukaisia ravitsemustottumuksia. Taloudellinen tilanne vaikuttaa ruokavalintoihin ja ruokailutottumuksiin. (Roos, Prättälä & Paalanen 2007.) Työttömät tupakoivat keskimääräistä enemmän; 40 prosenttia työttömistä tupakoi päivittäin (Helakorpi ym. 2007). Myös alkoholin suurkuluttajia löytyy työttömien keskuudesta enemmän kuin väestöstä yleensä (Poikolainen & Paalanen 2007).

Vuosina 2006 ja 2007 sosiaali- ja terveysministeriö ohjeisti kuntia pitkäaikaistyöttömien terveystarkastustoiminnan aloittamiseen. Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltoa tulisi tehostaa yhteistoiminnassa työvoiman palvelukeskusten tai työvoimatoimiston kanssa. (STM 2008a.) Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes toteuttivat yhteistyössä Pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelujen kehittämishanketta (PTT 2007–2010). Hankkeen tarkoituksena oli luoda organisoitu ja toimiva järjestelmä pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluiksi käyttäen hyväksi hankkeen aikana löydettyjä, toimiviksi todettuja malleja. (Stakes 2008, 3.)

TAVOITTEENA PALVELUMALLIN KEHITTÄMINEN

Terveyspalveluja pitkäaikaistyöttömille -hankkeen tarkoituksena on ollut kehittää palvelumalli, jolla tuotetaan terveyttä edistäviä tukipalveluja pitkäaikaistyöttömien omaehtoiseen terveydenhoitoon. Palvelumallia kehitettiin Turun Ekotorilla ja Raision sosiaali- ja terveyskeskuksessa. Palvelumallin kehittäminen aloitettiin Turun Ekotorilla tammikuussa 2007 viemällä terveyspalveluja Ekotorilla työllistettyjen pitkäaikaistyöttömien toimintaympäristöön. Tarkoituksena on ollut näin tavoittaa myös ne henkilöt, jotka terveysongelmistaan huolimatta eivät hakeudu terveyspalvelujen piiriin.

Raision sosiaali- ja terveyskeskus oli ilmoittautunut Stakesin pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishankkeen kehittämisverkoston jäseneksi toukokuussa 2007. Raision sosiaali- ja terveyskeskuksen edustajat kiinnostuivat Turun Ekotorilla toteutettavasta toiminnasta. Sopimus Turun ammattikorkeakoulun ja Raision sosiaali- ja terveyskeskuksen kesken solmittiin lokakuussa 2007. Yhteistyön tavoitteena oli kehittää pitkäaikaistyöttömille tarjottavia

terveyspalveluja ja löytää väylät, joiden avulla pitkäaikaistyöttömät saataisiin terveyspalvelujen piiriin.

Terveyspalveluja pitkäaikaistyöttömille -hankkeen tavoitteena on ollut kaventaa sosioekonomisesta asemasta johtuvia terveyseroja sitouttamalla työttömät ja työllistetyt pitkäaikaistyöttömät oman terveytensä hoitamiseen ja käyttämään sosiaali- ja terveyspalveluja tarpeensa mukaan. Palvelumallin keskeiset työmuodot ovat terveystarkastukset ja terveysneuvonta. Ekotorilla terveystarkastuksia ja terveysneuvontaa on toteutettu Ekotorin Kirkkotien ja Rieskalähteenkadun toimipisteissä ja Raisiossa terveysasemien tiloissa. Palvelua on tarjottu pitkäaikaistyöttömille osana työllistämisprosessia heidän osallistuessaan aktiivointi-istuntoon työ- ja elinkeinotoimistossa. Myös kuntouttavassa työtoiminnassa olevia on ohjattu terveysasemalla toteutettaviin terveystarkastuksiin.

Hanketta on toteutettu osana Turun ammattikorkeakoulun Terveysalan TKI-toimintaa. Terveydenhoitajaopiskelijat ovat osallistuneet hankkeeseen osana terveydenhoitotyön suuntaavia syventäviä opintoja. Jokainen terveydenhoitajaopiskelijoiden ryhmä sitoutuu toimintaan kahden lukukauden ajaksi. Terveystarkastuksia ja terveysneuvontaa on toteutettu yhtenä päivänä viikossa opettajan ohjauksessa.

Terveystapaamiset työttömän hyvinvoinnin tukena

Terveystapaamiset ja niihin sisältyvä terveysneuvonta ovat olennainen osa työttömien henkilöiden terveyden, hyvinvoinnin ja elämänhallinnan tukemista. Terveysneuvonnalla on vaikutusta työttömän ja hänen perheensä sekä koko yhteiskunnan terveyteen ja hyvinvointiin ja sitä kautta myös kansantalouteen. Terveysneuvontaa voidaan asiakaskontakteissa lähestyä menetelmällisesti ja sisällöllisesti eri näkökulmista ja eri tavoittein. Yhteiskunnalliset, sosiaaliset, filosofiset ja eettiset tekijät vaikuttavat siihen, millaisia asioita terveysneuvonnassa käsitellään ja millä tavalla. Terveysneuvonnassa painotetaan työttömän henkilökohtaisten kokemusten huomiointia, jaettua asiantuntijuutta sekä asiakkaan omaa vastuuta ja päätöksentekoa. Terveydenhoitajan tehtävänä on auttaa työtöntä käsittelemään kokemuksiaan, käyttämään mahdollisuuksiaan ja ratkaisemaan ongelmiaan sekä löytämään erilaisia tapoja toimia. Tavoitteena on lisätä työttömän luottamusta sekä sitoutumista oman toimintansa hallintaan.

Terveystapaaminen työttömän kanssa painottuu keskusteluun asiakkaan terveydentilasta, elintavoista ja elämäntilanteesta sekä työ- ja toimintakykyyn

vaikuttavista terveydellisistä seikoista. Pitkäaikaistyöttömille tarjottava palvelu sisältää kaksi terveystapaamista. Ensimmäisessä tapaamisessa kartoitetaan asiakkaan terveyden ja hyvinvoinnin tilaa terveystarkastuksen avulla. Tarkastukseen sisältyy pituuden, painon ja vyötärönympäryksen mittaaminen, BMI:n määrittäminen, näön ja kuulon testaus, verenpaineen mittaaminen, PEF/FEV1-mittaus tupakoiville ja astmaatikoille sekä perusrokotussuojan tarkistus. Asiakkaan terveysriskejä voidaan kartoittaa mittaustulosten, haastattelun ja erilaisten kyselylomakkeiden avulla. Yleisimmin käytettyjä kyselyjä ovat mm. Audit-alkoholin riskikulutuksen seulonta, DEPS-masennustesti ja DM-riskitesti. Ensimmäisen käynnin jälkeen asiakas saa lähetteen laboratoriotutkimuksiin. Yhteistyötahojen (Raision sosiaali- ja terveyskeskus, Turun Ekotori) kanssa tehdyn sopimuksen mukaisesti asiakkaalle tehdään esim. seuraavia tutkimuksia: B-La, B-Pvk, fP-Kol, fP-Kol-HDL, fP-Kol-LDL, fP-Trigly, fP-Gluk, fP-Krea, S-GT, S-TSH (naisille), yli 45-vuotiaille naisille ja yli 40-vuotiaille miehille ekg, sekä tupakoiville ja astmaatikoille PEF/FEV1-mittaus.

Toisessa terveystapaamisessa keskustellaan asiakkaan kanssa hänen terveydentilastaan haastattelun, terveystarkastuksen ja laboratoriotutkimusten tulosten pohjalta. Tapaamisessa keskitytään asiakkaan hyvinvointiin vaikuttaviin terveystottumuksiin. Keskustelussa painotetaan positiivisten voimavarojen löytämiseen ja ylläpitämiseen sekä terveyden tilaan liittyviin haasteisiin. Haastattelun, mittausten, laboratoriotulosten ja terveystarkastuksen tulosten perusteella asiakkaiden kanssa pohditaan asiakkaan omia toimintatapoja ja mahdollisuuksia terveytensä edistämiseksi ja ylläpitämiseksi. Tarvittaessa asiakas ohjataan jatkotutkimuksiin ja – hoitoihin sosiaali- ja terveyskeskukseen tai muiden palvelujen piiriin.

Kokemuksia toiminnasta

Terveyspalveluja pitkäaikaistyöttömille -hankkeen aikana on kerätty palautetta terveystarkastukseen osallistuneilta työttömiltä sekä hankkeeseen osallistuneilta työntekijöiltä ja opiskelijoilta. Ensimmäiset palautteet kerättiin keväällä 2008 Turun Ekotorilla työllistetyiltä pitkäaikaistyöttömiltä. Jalavan, Mäkelän ja Parkkilan (2008) opinnäytetyössä kartoitettiin Ekotorilla työskentelevien kokemuksia palvelusta. Kartoituksen aihealueita olivat terveys, elämänhallinta, terveyspalvelujen käyttö ja tyytyväisyys Turun Ekotorilla tarjottuihin terveyspalveluihin. Puolet vastaajista koki tarjotut terveyspalvelut hyödyllisiksi. Terveystarkastuksen sisältö koettiin tärkeäksi. Tarkastukseen käytettyä aikaa

pidettiin sopivana ja laboratoriopalvelut koettiin hyödyllisinä. Riittävästi tietoa ja ohjausta oli saatu alkoholin käytöstä, liikunnasta, ravitsemuksesta ja tupakoinnista. Ammatillinen vuorovaikutus koettiin sujuvaksi.

Samanaikaisesti kerättiin tietoa myös haastatteleamalla terveystarkastukseen osallistuneita. Kalevan, Mattilan ja Viitasen (2008) opinnäytetyössä kartoitettiin miten Ekotorin terveystarkastukset vastasivat työllistettyjen pitkäaikaistyöttömien tarpeita ja miten terveystarkastuksia voitaisiin kehittää. Haastateltavat kokivat, että terveystarkastukset vastasivat pääsääntöisesti hyvin heidän tarpeitaan. Suurin osa oli tyytyväisiä terveystarkastuksiin. Haastatellut olivat hyvin tyytyväisiä mahdollisuuteen saada osallistua terveystarkastukseen työpaikalla. Terveystarkastukset olivat haastateltujen mielestä järjestetty pääosin hyvin.

Rauanheimon ja Sjöblomin (2009) opinnäytetyössä kartoitettiin työttömien näkemyksiä terveystarkastusten vaikutuksista heidän terveyteensä ja terveystottumuksiinsa. Kyselyyn vastanneista enemmistö koki saaneensa tarkastuksessa uutta tietoa terveydestään ja riittävästi tietoa terveellisistä elämäntavoista. Työttömät kokivat, että terveystarkastukset vaikuttivat myönteisesti ruokatuotumusten muuttumisena terveellisemmiksi sekä päihteiden käytön vähenemisenä. Kasvien ja hedelmien syönti sekä täysjyväviljatuotteiden ja kasviravainvalmisteiden käyttö lisääntyi. Kyselyyn vastanneet kertoivat vähentäneensä alkoholin tai tupakkatuotteiden käyttöä terveystarkastuksen jälkeen. Opinnäytetyön mukaan terveystarkastus vaikutti vähiten työttömien liikuntatottumuksiin, vaikkakin hyötyliikuntaan kiinnitettiin terveystarkastuksen jälkeen aiempaa enemmän huomiota.

Junnilan ja Kesäsen (2009) opinnäytetyössä haastateltiin työntekijöitä heidän kokemuksistaan pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksista Raisiossa ja kysyttiin kehittämisehdotuksia toiminnalle työntekijöiden näkökulmasta. Opinnäytetyön aineisto kerättiin teemahaastattelulla, joka toteutettiin ryhmähaastatteluna. Haastatteluihin osallistui sosiaalityöntekijöitä, työvoimaohjaaja, kuntoutusohjaaja, lääkäri, osastonhoitaja, diabeteshoitaja, astmahoitaja, kaksi Turun ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijaa ja ohjaava opettaja.

Haastatellut olivat pääosin tyytyväisiä pitkäaikaistyöttömille järjestettyihin terveystarkastuksiin. Erityisesti yhteistyö eri työntekijöiden välillä koettiin toimivaksi. Työttömien ohjautuminen työvoimatoimiston kautta pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin toimii hyvin, koska näin työttömät tavoitettiin paremmin. Raision pitkäaikaistyöttömien kanssa työskentelevät työntekijät kokivat hankkeen terveystarkastukset merkitykselliseksi niin asiakkaan kuin eri toi-

mijoidenkin näkökulmasta. Monien sairauksien ja erilaisten terveysongelmien löytyminen koettiin keskeiseksi työn merkityksellisyyden kannalta. Työntekijöiden kokemuksen mukaan matalan kynnyksen terveystalvet ovat pitkäikäistyöttömille tarkoituksenmukaisia ja ne olisivat tärkeää vakinaistaa kunnan perusterveydenhuollon toimintaan.

Raisiossa seurattiin myös asiakkaiden jatkohoitoa. Terveystarkastusten perusteella puolet asiakkaista ohjattiin jatkotutkimuksiin. Heistä kolmannes ei ottanut yhteyttä jatkohoitopaikkaan. (Rauanheimo & Sjöblom 2009.)

Toiminnan kehittäminen

Hankkeen aikana kerätystä aineistosta nousi esille kaksi kehittämisaluetta: toiminnan sisällöllinen ja palvelujen organisoimisen kehittäminen. Ehdotusten pohjalta ryhdyttiin 2009 kehittämään terveystarkastuksessa käytettyä terveystalvatteluromaketta, jotta se palvelisi sekä yksilöllistä terveystalvontaa että työttömän terveyden ja toimintakyvyn arviointia ja seuranta. Haastattelulomakkeen kehittämisessä painotettiin asioita, joihin jokainen työtön voi omalta osaltaan vaikuttaa. Lomakkeeseen lisättiin ravitsemusta, liikuntaa ja alkoholin käyttöä täsmentäviä kysymyksiä. Elintapoihin liittyvien valintojen tärkeyttä korostettiin ravitsemussympyrällä (Ravitsemussuosituksot 2008) ja liikuntapiirakalla (UKK-instituutti 2008). Lomakkeen kehittälyä jatketaan edelleen.

Toiminnan sisällöllisiä kehittämisohdotuksia olivat myös työttömiä aktivoivat toiminnalliset menetelmät kuten ryhmätoiminnan järjestäminen. Lisäksi kehittämisohdotuksina tuotiin esille laajempi palautteen kerääminen, työttömien motivointi palvelujen käyttöön ja palvelujen vaikuttavuuden seuranta. Toiminnan organisoimiseen liittyvät kehittämisohdotukset olivat toiminnan sujuvuuden ja jatkuvuuden parantaminen sekä vaikuttavuuden seurannan kehittäminen. Hankkeeseen osallistuneet työntekijät kokivat, että seuranta tulisi kehittää, jotta saataisiin tietoa työttömien jatkohoitosten ja elämäntapamuutosten toteutumisesta. Seuranta ehdotettiin toteuttavaksi esimerkiksi ottamalla yhteyttä työttömään puolen vuoden kuluttua terveystarkastuksesta tai seuraamalla jatkokäyntien toteutumista. Jatkuvuuden turvaamiseksi ehdotettiin terveystarkastuskäyntien lisäämistä tarpeen mukaan. Palautteissa toivottiin myös avoimia vastaanottoaikoja, joissa olisi mahdollisuus keskustella itselleen tärkeistä aiheista.

Saadun palautteen pohjalta lisättiin havaintomateriaalia terveystarkastusten tueksi selventämään ja konkretisoimaan annettua terveysneuvontaa. Tarkastusten apuvälineeksi tehtiin CD-ROM, joka on käyttökelpoinen terveysneuvonnassa esimerkiksi silloin kun asiakkaalla on kohonnut verenpaine, kohonneet kolesteroliarvot, ylipainoa, sydän- ja verisuonitauteja tai kun asiakkaan alkoholinkäyttö on runsasta tai hän tupakoi. *RISKIRAJOILLA – Metabolinen oireyhtymä tunnetuksi terveysneuvonnan keinoin* -CD-ROMin tavoitteena on metabolisen oireyhtymän ennaltaehkäisy niiden henkilöiden kohdalla, joilla on riski sairastua oireyhtymään (Dalbom, Lehtonen & Syrjänen 2008). Lisäksi hankkeessa kehitettiin ”keittokirja”, johon oli kerätty edullisia, terveellisiä ja helposti valmistettavia ruokareseptejä (Haapaniemi, Oksanen 2009) sekä päihteisiin liittyvää materiaalia (*Tietoa, tukea ja kannustusta* -päihde-esite) Turun Ekotorin työntekijöille.

Toiminnasta saatuihin kokemuksiin ja asiakkaiden antamaan palautteeseen perustuen suunniteltiin Turun Ekotorin työllistetyille pitkäaikaistyöttömille myös pienryhmätoimintaa. Aktivoi elämäsi! -pienryhmäiltapäivä toteutettiin syksyllä 2008. Ryhmään osallistui viisi Turun Ekotorilla työskentelevää naista. Pienryhmätapaamisen tavoitteen oli saada ryhmään osallistujia tarkastelemaan omia ravitsemus- ja liikuntatottumuksiaan arkipäivän tilanteissa ja antaa eväitä terveystottumusten muuttamiseen. Iltapäivä koostui tietoisuista, pohdintatehtävistä ja liikunnallisesta osuudesta, jossa keskusteltiin mieluisista liikuntamuodoista ja suunniteltiin kullekin osallistujalle oma liikuntalajikokeilu. Aktivoi elämäsi! -iltapäivästä saatu palaute oli positiivista. Osallistujat kokivat tärkeinä erityisesti ohjeet ja neuvot ruokatottumusten muuttamiseen, jo entuudestaan tuttujen asioiden mieleen palauttamisen sekä tiedot eri liikuntamahdollisuuksista. Positiivisena koettiin se, että neuvoja sovellettiin kunkin omaan elämäntilanteeseen. (Kaleva, Viitanen 2008.)

Myös Raisiossa järjestettiin kaksi naisille suunnattua toimintapäivää. Ryhmään kutsuttiin niitä terveystarkastukseen osallistuneita, joilla oli todettu terveysriskejä, kuten kohonnut verenpaine tai verensokeri, kohonneet kolesteroliarvot ja ylipaino. Ryhmätoimintaa järjestettiin kahtena peräkkäisenä tiistai-aiamupäivänä. Tapaamisissa käsiteltiin terveellistä ravitsemusta, liikuntaa ja painonhallintaa. Tämän lisäksi tapaamiskerroilla oli mahdollisuus verenpaineen, verensokerin, vyötärönympäryksen ja painon mittaukseen. Saadun palautteen perusteella ryhmätoiminta oli tarkoituksenmukaista ja kiinnostavaa. Osallistuneet toivoivat lisää vastaavanlaista esimerkiksi kerran kuukaudessa to-

teutettavaa maksutonta toimintaa. Etenkin vertaistuki ja mahdollisuus keskusteluun koettiin tärkeäksi. (Junnila, Kesänen, Rauanheimo & Sjöblom 2009.)

YHTEENVETO

Turun Ekotorin ja Raision sosiaali- ja terveyskeskuksen terveystarkastuksissa käyneet työttömät ovat olleet pääasiassa tyytyväisiä tarkastuksiin ja kokeneet ne hyödyllisiksi. Suurin osa opinnäytetöiden kyselyihin ja haastatteluihin osallistuneista koki saaneensa uutta tietoa terveydentilastaan. Myös terveellisiin elämäntapoihin liittyvä terveysneuvonta koettiin riittäväksi. Asiakaslähtöisellä terveysneuvonnalla on merkitys terveystarkastuksissa pitkäaikaistyöttömien kohdalla, sillä aiempien tutkimusten mukaan työttömien epäterveelliset terveystottumukset johtuvat osittain tiedon puutteesta. Muutoksia terveystottumuksissa terveystarkastuksen jälkeen raportoitiin ravitsemuksen, liikunnan sekä, tupakoinnin ja alkoholin käytön osalta. Jatkohoitoon ja -tutkimuksiin terveystarkastuksen perusteella ohjattiin puolet vastaajista, mutta jopa kolmasosa heistä ilmoitti, ettei ollut kuitenkaan jostain syystä hakeutunut jatkohoitoon. Jatkotoimenpiteiden tarpeellisuuden perusteluun ja motivointiin tulisi-kin jatkossa kiinnittää enemmän huomiota.

Työttömien tavoittaminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa on erityisen tärkeää pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluja järjestettäessä. Tällöin on mahdollisuus ennaltaehkäistä työttömyyden haitallisia vaikutuksia ihmisen hyvinvointiin ja terveyteen. Hankkeessa saatujen kokemusten ja palautteen mukaan pitkäaikaistyöttömille suunnatut terveyspalvelut ovat tarkoituksenmukaisia ja tuloksellisia. Toiminta vaatii kuitenkin kehittämistä etenkin jatkuvuuden suhteen. Työttömien motivointiin tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota. Hyviksi motivoinnin keinoiksi koettiin henkilökohtainen vaikuttaminen, konkreettiset tutkimustulokset, toistuvat mini-interventiot ja motivoiva haastattelu.

Hanke on tarjonnut kolmen vuoden ajan ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijoille aidon ja luontevan oppimisympäristön erilaisten ja usein hyvinkin haasteellisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen menetelmien oppimiselle. Se on madaltanut puheeksi ottamisen kynnystä ja antanut varmuutta erilaisissa elämäntilanteissa olevien ihmisten kohtaamiseen. Hankkeen avulla on myös voitu kehittää projektityyppisen oppimisen ohjausta. Hankkeen kehittäminen, toteutus ja arviointi on toteutettu osittain opiskelijoiden opinnäytetöinä sekä muina opetussuunnitelman mukaisina opintoina.

LÄHTEET

Dalbom, L., Lehtonen, J., Syrjänen, E. 2008. Metabolinen oireyhtymä tunnetuksi terveysneuvonnan keinoin. Teoksessa Palta, H., Walta, L., Koivuniemi, S. (toim.) Terveysalan kehittäminen haasteena – opinnäytteitä terveysalalta 2008. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 46. saatavissa myös <http://julkaisumyyni.turkuamk.fi/PublishedService?file=page&pageID=9&itemcode=9789522160904>.

Helakorpi, S.; Patja, K.; Prättälä, R. & Uutela, A. 2007. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2006. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 1/2007. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heliövaara, M. & Rissanen, A. 2007. Lihavuus ja painonhallinta. Teoksessa Prättälä, R. & Paalanen, L. (toim.) 2007. Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2007.

Heliövaara M, Rissanen A. Lihavuus ja painonhallinta. Kirjassa: Prättälä R, Paalanen L, (toim.) Elintavat ja niiden väestöryhmäerot suomessa. Terveys 2000 -tutkimus Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B 2 / 2007. Helsinki 2007.

Heponiemi, T., Wahlström, M., Elovainio, M., Sinervo, T., Aalto, A-M. & Keskimäki, I. Katsoo työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 14/2008. Helsinki.

Hoikkala T. 1999 Suuret ikäluokat ja työ. Teoksessa Parikka R (toim.) Suomalaisen työn historiaa. Korvesta konttoriin. Suomalaisen kirjallisuuden seura, Helsinki: 395–440.

Hoikkala T. 2008. Suuret ikäluokat ja työ. Teoksessa Purhonen S. ym (toim.) Kenen sukupolven kuulut? Suurten ikäluokkien tarina. Gaudeamus, Helsinki: 68–88.

Jalava, J., Mäkelä, K., Parkkila, J. 2008. Terveystyön edistäminen Ekotorilla. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu.

Jalava, J., Mäkelä, K., Parkkila, J. 2008. Terveyskasvatuskäytännön kehittäminen pitkäaikaisyrittäjille. Teoksessa Palta, H., Walta, L., Koivuniemi, S. (toim.) Terveysalan kehittäminen haasteena – opinnäytteitä terveysalalta 2008. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 46. saatavissa myös <http://julkaisumyyni.turkuamk.fi/PublishedService?file=page&pageID=9&itemcode=9789522160904>.

Junnila, E., Kesänen, I. 2009. Ration pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelut- työntekijöiden kokemuksia ja kehittämisehdotuksia. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu.

Junnila, E., Kesänen, I. Rauanheimo, E., Sjöblom K. 2009. Pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluiden kehittäminen. Teoksessa Koivuniemi, S. Paltta, H., Wiirilinna, U. (toim.) Terveysalan kehittäminen haasteena – opinnäytteitä terveysalalta 1/2009. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 53. <http://julkaisumyynti.turkuamk.fi/PublishedService?file=page&pageID=9&itemcode=9789522161383>.

Jälkö, S. 2009. Tietoa, tukea ja kannustusta -päihde-esite Turun Ekotorin työntekijöille. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu.

Kaleva, H., Mattila, M., Viitanen, K. 2008. Äänessä työntekijä – Turun Ekotorin terveyspalvelujen kehittäminen. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu.

Kaleva, H., Viitanen, K. 2008. Pienryhmätoimintamalli elämän aktivoimiseen. Teoksessa Paltta, H., Walta, L., Koivuniemi, S. (toim.) Terveysalan kehittäminen haasteena – opinnäytteitä terveysalalta 2008. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 46. saatavissa myös <http://julkaisumyynti.turkuamk.fi/PublishedService?file=page&pageID=9&itemcode=9789522160904>.

Keskimäki I., Koskinen S. ja Teperi J. 2002. Terveyspalvelujen mahdollisuudet kaventaa terveyseroja. Teoksessa Kangas I., Keskimäki I., Koskinen S., Manderbacka K., Lahelma E., Prättälä R. ja Sihto M. Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, Helsinki. 281–299.

Keskinen Vesa, Laine Markus, Tuominen Martti & Hakkarainen Tyyne (toim.) 2009. Kaupunkiköyhyyden monet kasvot. Näkökulmia helsinkiläiseen huono-osaisuuteen. Helsingin kaupungin tietokeskus. Helsinki.

Lahelma E. ja Koskinen S. 2002. Suomalaisten suuret sosioekonomiset terveyserot - haaste terveys- ja yhteiskuntapolitiikalle. Teoksessa Kangas I., Keskimäki I., Koskinen S., Manderbacka K., Lahelma E., Prättälä R. ja Sihto M. Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, Helsinki, s. 21–44.

Mannila, S. & Martikainen, P. 2005. Työttömyys. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.). Suomalaisten terveys. Saarijärvi.

Mattila, M. 2008. Turun Ekotorin terveyspalveluiden kehittäminen. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu.

Poijula S. 2003. Miten selviytyä työpaikan menetyksestä. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Poikolainen, Kari & Laura Paalanen 2007. Alkoholinkäyttö. Teoksessa Prättälä, R. & Paalanen, L. (toim.) Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2002 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B2/2007. 79–83.

Poikolainen, K. & Paalanen, L. 2007. Alkoholin käyttö. Teoksessa Prättälä, R. & Paalanen, L. (toim.) Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2007.

Rauanheimo, E., Sjöblom K. 2009. Pitkäaikaistyöttömille Raisiossa tarjottavien terveystarkastusten vaikutukset asiakkaiden näkökulmasta. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu.

Roos, E., Prättälä, R. & Paalanen, L. 2007. Ruokatottumukset. Teoksessa Prättälä, R. & Paalanen, L. (toim.) Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2007.

Stakes 2008. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten kehittämissuunnitelma. Raportti: Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja -palvelut kunnissa keväällä 2008.

STM 2001. Terveys 2015 [viitattu 2.10.2010]. <http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf>.

Virmasalo, I. 2002. Perhe, työttömyys ja lama. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Vuolteenaho, J. 2001. Työn lopun kaupunki. Arjen maantiede, työttömyys ja kulttuurinen muutos. Nordia Geographical Publication, Oulu University Press.

SAUVAKÄVELYLLÄ KUNTOON – NowaStep-HARJOITUSOHJELMA

Mika Venojärvi

NowaStep-TUTKIMUKSEN TAUSTAA

Tärkeimmät tyypin 2 diabeteksen vaaratekijät ovat ylipaino ja vähäinen fyysinen aktiivisuus, joihin voidaan vaikuttaa elämäntapamuutoksilla. Ylipaino on yhteydessä insuliiniresistenssiin, hyperglykemiaan, dyslipidemiaan, kohonneeseen verenpaineeseen sekä metaboliseen oireyhtymään. Huonon hengitysjen ja verenkiertoelimistön kunnan on osoitettu olevan yhteydessä metaboliseen oireyhtymään 57–79-vuotialilla miehillä ja naisilla (Hassinen ym. 2008) ja parantuneen hapenottokyvyn vähentävän tätä riskiä (Hassinen ym. 2010). Vähäisenkin liikunnan on osoitettu parantavan elämänlaatua riippumatta painon laskusta (Martin ym. 2009).

Uusimman WHO:n raportin WHO Global Health Risk 2009) mukaan liikunnan vähäinen määrä on noussut neljänneksi suurimmaksi kuolemaa lisääväksi riskitekijäksi. Ainostaan kohonnut verenpaine, tupakointi ja korkea verenokeri ovat liikuntaa suurempia riskitekijöitä. Ylipaino, korkea kolesteroli ja runsas alkoholin käyttö ovat jääneet tilastossa liikunnan puutteen taakse (koko raportin voi lukea osoitteesta: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf).

NowaStep-tutkimus (päättötutkimus) on 12 viikon pituinen satunnaistettu, kontrolloitu liikuntainterventiotutkimus, jossa on kaksi liikuntaharjoitteluryhmää (nopeusvoimaryhmä ja sauvakävelyryhmä) ja kontrolliryhmä. Seurantatutkimukset tehtiin puolen vuoden ja vuoden kuluttua. Tutkimus alkoi vuonna 2007, ja päättyy vuonna 2011 3-vuotisseurantaan. Lyhenne NowaStep on akronyymi, joka muodostuu tutkimuksen englanninkielisestä nimestä *Nordic walking and Strength and power exercise programme*.

NowaStep-tutkimuksen tavoitteena on

1. tuottaa tietoa ihmisen glukoosiaineenvaihdunnan säätelymekanismeista lihaskudoksessa ja selvittää rasvakudoksen osuutta siinä,
2. tutkia ja vertailla lihaskuntoharjoittelun (nopeusvoimaharjoittelu) ja kestävyystyyppisen liikuntaharjoittelun (sauvakävely) vaikutuksia glukoosiaineenvaihdunnan säätelyyn ja erityisesti heikentyneeseen glukoosinsäätelyyn ja muihin metabolisen oireyhtymän osatekijöihin keski-ikäisillä miehillä,
3. tutkia osallistujien motivaatiota ja tekijöitä, jotka yleensä vaikuttavat liikuntaharjoitteluun sitoutumiseen ja muihin elämäntapamuutoksiin sekä 4) edellä mainituin tavoittein tuottaa tietoa, jota voi soveltaa heikentyneen glukoosinsäätelyn ja muiden metabolisen oireyhtymän osatekijöiden ennaltaehkäisyyn ja/tai hoitoon.

NowaStep-tutkimuksen perusvaihe onnistui hyvin ja siksi onkin mielenkiintoista seurata, kuinka kauan, minkä suuruisina ja missä ominaisuuksissa liikuntaharjoittelun aikaansaamat muutokset säilyvät aktiivisen 12 viikon interventiovaiheen jälkeen. Perusvaihe koostui 40–65-vuotiaista työikäisistä miehistä, joiden paastoglukoosi (IFG) oli kohonnut (5,6–6,9 mmol/l). Heistä 82 % täytti International Diabetes Federationin (IDF) määrittelemät metabolisen oireyhtymän kriteerit. Tutkimuksen aloittaneeseen 12 viikon interventiovaiheeseen osallistui 2 liikuntaharjoitteluryhmää (kuntosaliryhmä ja sauvakävelyryhmä) ja kontrolliryhmä. Progressiivinen sauvakävelyharjoittelu paransi kestävyyskuntoa yli 19 prosenttia.

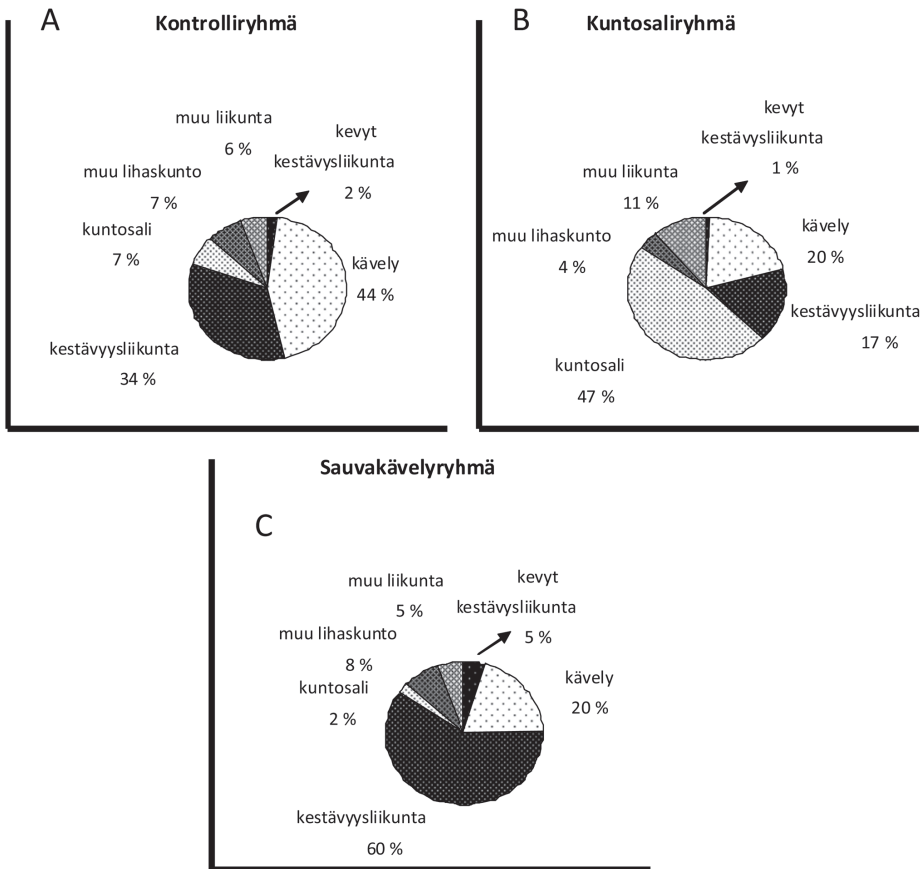
Sauvakävelyharjoittelun aikaansaamat aineenvaihduntamuutokset näkyivät selvinä verestä tehtävissä määrittelyissä. Kuntosaliryhmän harjoittelun tulosten odotetaan näkyvän lihaskunnan kehittymisen lisäksi insuliiniresistenssiin liittyvinä kudostason muutoksina lihaksen aineenvaihdunnassa. Lupaavat tutkimustulokset, intervention aktiivisen alkuvaiheen onnistunut toteutus sekä tutkittavien korkea osallistumisprosentti kuuden kuukauden ja vuoden pituisten seurantoihin puoltavat kolmivuotisseurannan tekemistä ja sen tutkimuksellista järkevyyttä. Kolmivuotisseuranta on tarkoitus toteuttaa marras-joulukuussa 2011.

VAPAA-AJAN JA OHJATUN LIIKUNNAN MÄÄRÄ INTERVENTIOJAKSON AIKANA

Tutkimuksen yhteydessä progressiivinen sauvakävelyharjoittelu osoittautui turvalliseksi, kestävyyskuntoa kehittäväksi ja aineenvaihduntaa parantavaksi liikuntamuodoksi. Tutkimuksen aktiivisen 12 viikon interventiovaiheen aikana tutkittavat pitivät liikuntapäiväkirjaa, johon he merkitsivät kaikki vapaa-ajan liikuntasuorituksensa. Kuviossa 1 on eritelty kontrolliryhmän, kuntosaliryhmän ja sauvakävelyryhmän vapaa-ajan liikunnan määrä. Liikunta sisältää myös ohjatun harjoittelun (ohjattu kuntosali- tai sauvakävelyharjoittelu).

Liikuntasuoritukset on jaoteltu seuraavasti: aerobisen liikunnan osuus (kevyt kestävyysliikunta, kävely ja kestävyysliikunta), lihaskuntoa kehittävä liikunta (kuntosaliliikunta ja muu lihaskuntoa kehittävä liikunta) ja muu liikunta. Ohjattu sauvakävelyharjoittelu sisältyi kestävyysliikunnan osuuteen, sauvakävelyryhmän kestävyysliikunnan koostuessa pääasiallisesti ohjatusta sauvakävelystä. Kontrolli- ja kuntosaliryhmien kestävyysliikunta koostui mm. lenkkeilystä, pyöräilystä ja osittain myös sauvakävelystä. Vapaa-ajan liikunnan kokonaismäärä oli kontrolliryhmässä 3 tuntia 30 minuuttia, kuntosaliryhmässä 4 tuntia 37 minuuttia ja sauvakävelyryhmässä 4 tuntia 10 minuuttia viikossa.

Tutkittavat ryhmät erosivat toistaan tilastollisesti vain kuntosaliliikunnan määrän suhteen (kuntosaliryhmä vs. muut tutkitut ryhmät) ja kestävyysliikunnan määrän suhteen (sauvakävelyryhmä vs. muut tutkitut ryhmät). Tämä mahdollistaa hyvän vertailun eri liikuntamuotojen suhteen liikunnan vaikutuksesta aineenvaihdunnallisiin muuttujiin. Tutkituissa ryhmissä ei tapahtunut huomattavaa painon laskua eikä myöskään energian saannissa tai laadussa aktiivisen interventionjakson aikana. Tosin mahdollisia muutoksia työn kuormittavuudessa ja mahdollisen muunlaisen hyötyliikunnan (esim. hissien käytön vähentäminen määriä interventiojakson aikana ei tutkimuksessa määritetty. On kuitenkin oletettavaa, että näin lyhyen ajanjakson aikana tapahtuvat muutokset työn kuormittavuudessa tai hyötyliikunnan lisääntymisessä eivät vaikuta tuloksiin ryhmätasolla.



KUVIO 1. Eri liikuntamuotojen prosentuaalinen osuus vapaa-ajan liikunnasta viikkoa kohden 12 viikon interventiojakson aikana.

SAUVAKÄVELYHARJOITUSOHJELMAN TOTEUTUS NowaStep-TUTKIMUKSESSA

Sauvakävelyohjelma suunniteltiin siten, että kuormitus nousee progressiivisesti aina neljän viikon jaksoina (Taulukko 1). Tutkimuksen ajaksi tutkittaville annettiin käyttöön Exelin sauvakävelysauvat (sis. asfalttitassut) sekä Polarin F4™ sykekellot. Ohjattuja sauvakävelyharjoituksia pidettiin kolmesti viikossa (ma, ke ja pe) 12 viikon ajan. Yksittäisen harjoituksen kesto oli yksi tunti.

Ohjaamisesta vastasivat joko fysioterapia- tai personal trainer -opiskelijat tai Turun yliopiston liikuntafysiologian kurssin opiskelijat. Ensimmäiset kaksi harjoituskertaa toteutettiin tasamaastossa, jolloin opeteltiin ensisijaisesti oikeaa sauvakävelytekniikkaa. Tällöin tutkittaville jaettiin sykekellot harjoittelujakson ajaksi sekä tarkastettiin, että tutkittavan saamat sauvakävelysauvat olivat oikean pituisia. Kuntoilijalle sopivan sauvan pituus on noin 0.68 kertaa oma pituus. Kokenut tai lihaksikas sauvakävelijä voi valita pidemmänkin sauvan. Samalla kerrottiin myös, minkälainen on sopiva jalkine sauvakävelyyn, jotta vältetään turhilta nilkan ja säären alueen lihas- ja rasituskivuilta.

Jokaiselle tutkittavalle määritettiin yksilölliset sykerajat. Harjoitusykerajat määritettiin käyttämällä sykereserviin perustuvaa Karvosen kaavaa. Karvosen kaavaa käytettäessä on tiedettävä mitatut/arvioidut HR_{max} (maksimisyke) ja HR_{rest} -arvot (leposyke). Leposykkeen tutkittavat mittasivat kolmena peräkkäisenä aamuna sykekellolla ja maksimisyke laskettiin kaavasta $210 - (0,65 * ikä \text{ vuosina})$ (Jones 1988). Oman yksilöllisen harjoittelusykkeen voi laskea seuraavasti:

$$\text{Harjoittelusyke } HR = \%:\text{ia tavoitetehosta } (HR_{max} - HR_{rest}) + HR_{rest}$$

Esimerkiksi: Tavoiteteho on 60 % 40-vuotiaalla henkilöllä, jonka HR_{max} on 184 lyöntiä minuutissa ja HR_{rest} on 55 lyöntiä minuutissa. Tällöin harjoitusyke on 132 lyöntiä minuutissa.

Tutkimuksessa kaikille tutkittaville laskettiin Karvosen kaavan avulla tavoitesykkeet. Jokaisen harjoituksen lopussa ohjaajat merkitsivät muistiin tutkittavien harjoituksen aikaisen keskisykkeen. Tämän lisäksi kelloon oli asetettu hälytys, jos syke nousi yli asetetun tavoiterajan. Ensimmäiset viikot käveltiin tasamaastossa, jonka jälkeen siirryttiin vaihtelevampaan ja mäkiseen maastoon. Harjoittelujakson aikana kävelynopeutta ja vaihtelevuutta lisättiin, jotta saavutettiin yksilöllinen tavoitesyke.

TAULUKKO 1. 12 viikon sauvakävelyharjoitteluohjelma.

VIIKOT 1-4

Harjoituksen tyyppi:	Tasavauhtinen lenkki
Harjoituksen kesto:	60 minuuttia
Tavoite harjoittelusyke:	55 % sykereservistä
Sykerajat:	50 - 60 % sykereservistä

VIIKOT 5-8

Harjoituksen tyyppi:	Tasavauhtinen lenkki
Harjoituksen kesto:	60 minuuttia
Tavoite harjoittelusyke:	65 % sykereservistä
Sykerajat:	60 - 70 % sykereservistä

VIIKOT 9-12

Harjoituksen tyyppi:	Intervalliharjoitus
Harjoituksen kesto:	60 minuuttia
Tavoite harjoittelusyke:	75 % sykereservistä
Sykerajat:	70-80 % sykereservistä

Intervallit	Kesto
Alkulämmittely	5 min
Kävely n. 70-75 %sykereservi	9 min
Kävely maksimi vauhtia	1 min
Kävely n. 70-75 %sykereservi	9 min
Kävely maksimi vauhtia	1 min
Kävely n. 70-75 %sykereservi	9 min
Kävely maksimi vauhtia	1 min
Kävely n. 70-75 %sykereservi	9 min
Kävely maksimi vauhtia	1 min
Kävely n. 70-75 %sykereservi	9 min
Loppuverryttely	5 min
Yhteensä:	60 min

Taulukossa 1 esitetty ohjelma osoittautui helposti toteutettavaksi. Ohjelmaa voi toteuttaa joko yksin tai ryhmässä, ja kaikkialta Suomesta löytyy sopivia harjoittelumaastoja. Aluksi tarvitaan vain sauvakävelysauvat, asianmukaiset kengät ja sykekello. Terveen alle 35-vuotiaan liikuntaan sisältyvät riskit ovat yleensä hyvin vähäisiä. Sen sijaan yli 35-vuotiaan liikkumattoman on hyvä ennen liikunnan aloittamista käydä arvioituttamassa terveydentilansa lääkärin vastaanotolla. Tulee myös pitää mielessä, että flunssaisena liikuntaa ei tule harastaa. Sauvakävely on edullinen, turvallinen ja tehokas liikuntamuoto, joka on erinomainen tapa kohottaa kestävyyskuntoa. Pitää vain muistaa säännöllisyys ja riittävä kuormitustaso.

LIIKUNTA METABOLISEN OIREYHTYMÄN JA TYYPIN 2 DIABETEKSEN EHKÄISYSSÄ

NowaStep-tutkimus on tällä hetkellä aktiivisessa raportointivaiheessa. Vuoden 2011 aikana raportoidaan interventiovaiheen vaikutuksista metabolisen oireyhtymän ja tyypin 2 diabeteksen riskitekijöihin ja endoteelifunktioon sekä yksivuotisseurannan tuloksista kansainvälisissä tieteellisissä lehdissä. Alustavia tutkimustuloksia on jo esitelty kansainvälisissä konferensseissa mm. Turkissa ja Tšekin tasavallassa. Seurannoissa (6 kk, 1 v ja 3 v) tutkitaan myös intervention vaikutusta elämänlaatuun, liikuntamotivaatioon ja toimintakykyyn sekä lasketaan intervention kustannusvaikutukset. Lisäksi selvitetään harjoittelun annosvaste ja se, onko progressiivinen sauvakävelyharjoittelu tai kuntosalisaliharjoittelu mahdollisesti lisännyt liikunta- tai rasitusvammojen määrää. Osa kyseisistä artikkeleista julkaistaan vuoden 2011 aikana yhteistyökumppanien toimesta, joissa pääkirjoittajina toimivat tukijat Arcadasta, Helsingin yliopistosta, Itä-Suomen yliopistosta, Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta sekä Työterveyslaitokselta.

LÄHTEET

Hassinen M, Lakka TA, Hakola L, Savonen K, Komulainen P, Litmanen H, Kiviniemi V, Kouki R, Heikkilä H, Rauramaa R. Cardiorespiratory fitness and metabolic syndrome in older men and women: the dose responses to Exercise Training (DR's EXTRA) study. 2010 33(7):1655–7.

Hassinen M, Lakka TA, Savonen K, Litmanen H, Kiviaho L, Laaksonen DE, Komulainen P, Rauramaa R. Cardiorespiratory fitness as a feature of metabolic syndrome in older men and women: the Dose-Responses to Exercise Training study (DR's EXTRA). Diabetes Care 2008 31(6):1242–7.

Jones NL. Clinical exercise testing, 3th ed., W.B. Saunders, 1988.

Martin CK, Church TS; Thompson AM; Earnest CP; Blair SN. Exercise Dose and Quality of Life: A Randomized Controlled Trial. *Arch Intern Med.*, 2009; 169 (3): 269–278.

World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risk. WHO press. World Health Organization, Geneve, Sveitsi. 2009.

KIRJOITTAJAT

Riitta Aaltonen, FL, lehtori

Riitta Aaltonen toimii Turun AMK:n Terveysala-tulosalueella tietotekniikan lehtorina.

Sari Asteljoki, KT, lehtori

Sari Asteljoki toimii Turun AMK:n Terveysala-tulosalueen hoitotyön koulutusohjelman lehtorina Turussa. Hän on myös Oppimiskeskus Ruisklinikan vastuuopettaja. Sari Asteljoki väitteli aiheesta *Ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan palvelutoiminta yrittäjämäisen ja yhteistoiminnallisen toimintatavan rajapinnassa*.

Sirpa Ernvall, FT, yliopettaja

Sirpa Ernvall toimii Turun AMK:n Terveysala-tulosalueella matemaattisten aineiden yliopettajana.

Anu Havisto

Anu Havisto toimii Turun AMK:n Terveysala-tulosalueella opetuksen IT-tukena.

Sirkku Koivuniemi, VTM, lehtori

Sirkku Koivuniemi toimii Turun AMK:n Terveysala-tulosalueen viestintävastaavana ja hoitotyön koulutusohjelman lehtorina. Hän toimi Laadunhallinta kolmannella sektorilla -projektin projektipäällikkönä ja ohjasi Hyvän hoidon varmistaminen -osaprojektissa tehdyt opinnäytetyöt.

Kaija Lind, KL, VTM, koulutusjohtaja

Kaija Lind toimii Turun AMK:n Terveysala-tulosalueen johtajana. Hän on myös Lääkehoito-osaimien arviointi- ja kehittämiskeskus Loisteen vastuuhenkilö.

Tiina Pelander, TtT, lehtori

Tiina Pelander toimii Turun AMK:n Terveysala-tulosalueen hoitotyön koulutusohjelman lehtorina Salossa. Hän väitteli aiheesta *The Quality of Paediatric Nursing Care*.

Anu Puodinketo-Wahlstén, TtM, lehtori

Anu Puodinketo-Wahlstén toimii Turun AMK:n Terveysala-tulosalueen hoitotyön koulutusohjelman lehtorina Turussa. Hän on toiminut EKOTORI-hankkeessa projektityöntekijänä.

Mikko Saarikoski, TtT, yliopettaja

Mikko Saarikoski toimii Turun AMK:n Terveysala-tulosalueen aikuiskoulutuksen yliopettajana. Hän toimi Terveysala-tulosalueen T&K-päällikkönä 31.12.2009 saakka.

Marjale von Schantz, TtT, T&K-päällikkö

Marjale von Schantz on toiminut Turun AMK:n Terveysala-tulosalueen T&K-päällikkönä vuoden 2010 alusta lähtien.

Eeva Selinummi, FM, kehittämisspäällikkö

Eeva Selinummi toimii Turun Lähimmäispalveluyhdistys ry Kotikunnaassa kehittämisspäällikkönä. Hän toimi Hyvän hoidon varmistaminen -osaprojektin aikana Kotikunnaan va. toiminnanjohtajana.

Mika Venojärvi, TtM, lehtori

Mika Venojärvi toimii Turun AMK:n bioanalytiikan koulutusohjelman lehtorina. Hän toimii Nowa-Step-tutkimus- ja kehitysprojektin projektipäällikkönä.

Kristiina Viljanen, TtL, yliopettaja

Kristiina Viljanen toimii Turun AMK:n Terveysala-tulosalueen hoitotyön koulutusohjelman yliopettajana Turussa. Hän toimii EKOTORI-hankkeen projektipäällikkönä.