

# B

## Implementing Evidence-Based Nursing Care

2nd International Intensive Course on February 22 – 26, 2016

Härkönen Jaana (toim.)



Kajaanin ammattikorkeakoulu Oy  
Kajaani University of Applied Sciences

# Implementing Evidence-Based Nursing Care

2nd International Intensive Course on February 22 – 26, 2016

Härkönen Jaana (toim.)

Kajaanin ammattikorkeakoulun julkaisusarja B

Raportteja ja selvityksiä 68

**Yhteystiedot:**

Kajaanin Ammattikorkeakoulun kirjasto

PL 240, 87101 KAJAANI

Puh. 044 7157042

Sähköposti: [amkkirjasto@kamk.fi](mailto:amkkirjasto@kamk.fi)

<http://www.kamk.fi>

Kajaanin ammattikorkeakoulun julkaisusarja B 68 / 2016

ISBN 978-952-7219-04-1

ISSN 1458-915X

## SISÄLLYS

ESIPUHE .....	1
INTERNATIONAL LECTURES .....	3
1 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA HOITOTYÖ.....	5
1.1 Johdanto .....	6
1.2 Näyttöön perustuva hoitotyö sosiaali- ja terveysalalla.....	7
1.3 Näyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen, siihen suhtautuminen ja sitoutuminen .....	10
1.4 Mitä menetelmiä voidaan käyttää näyttöön perustuvan hoitotyön vakiinnuttamiseksi käytäntöön .....	12
1.5 Johtopäätökset.....	14
Lähteet.....	15
2 TUTKIMUSKLUBI OPETUSMENETELMÄNÄ.....	17
2.1 Hoitotyön tutkimusklubi opetusmenetelmänä.....	17
2.2 Näyttöön perustuva hoitotyö sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa .....	20
2.3 Näyttöön perustuvan hoitotyön oppiminen tutkimusklubitoiminnan avulla .....	22
2.4 Mitä näyttöön perustuvasta hoitotyöstä opittiin? .....	24
2.5 Hoitotyön tutkimusklubitoiminnan edelleen kehittäminen .....	28
Lähteet.....	30
3 TUTKIMUSKLUBITOIMINNAN HYÖDYNTÄMINEN KÄYTÄNNÖN ESIMIESTYÖSSÄ.....	34
3.1 Johdanto .....	35
3.2 Käsitteiden määrittelyä.....	36
3.2.1 Näyttöön perustuva hoitotyö .....	36
3.2.2 Tutkimusklubi.....	37
3.2.3 Lähijohtajana toimiminen .....	37
3.3 Kansainvälinen viikko.....	38
3.4 Pohdinta.....	39
Lähteet.....	41

4 COMMUNICATING WITH CHILDREN AND YOUNG PEOPLE.....	43
4.1 Communication in Acute Nursing.....	45
Sources.....	47
5 VIESTINTÄ HOITOTYÖSSÄ.....	48
5.1 Johdanto .....	49
5.2 Vuorovaikutus hoitotyössä .....	49
5.3 Sanallinen ja sanaton viestintä.....	50
5.4 Viestinnän merkitys näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisessä .....	52
5.5 Viestinnän merkitys esimiestyössä.....	53
Lähteet.....	55
6 THE NURSE'S ROLE IN PALLIATIVE CARE EMERGENCIES.....	57
Sources.....	59
7 PALLIATIVE CARE EMERGENCIES IN SLOVENIAN NURSING HOMES.....	60
8 PALLIATIIVISEN SYÖPÄPOTILAAN HOITO AKUUTISSA TERVEYDENHUOLLOSSA SEKÄ KO-TISAIRAANHOIDON VAIKUTUKSET HÄTÄPUHELUIDEN MÄÄRÄÄN .....	62
8.1 Johdanto .....	63
8.2 Artikkelien esittely .....	64
8.2.1 A Literature Review on Care at the End-of-Life in the Emergency Department.....	64
8.2.2 The Influence of a Palliative Care Team to Reducing Emergency Calls by Cancer Patients.....	66
8.3 Opiskelijoiden ajatuksia ryhmätöistä ja kv-opintojaksosta.....	68
8.4 Pohdinta.....	69
Lähteet.....	71
9 SOCIAL TECHNOLOGY TO ASSIST (OLDER) PEOPLE IN HEALTHIER & INDEPENDENT LIVING .....	72
Sources.....	74
10 DOING IS THE NEW THINKING: A DESIGN THINKING APPROACH TO INNOVATE HOME CARE .....	75
Sources.....	76

11 SAFETY IN NURSING .....	77
11.1 Introduction .....	77
11.2 Patient Safety and Quality.....	78
11.3 Management .....	78
11.4 Development, leadership, and superior.....	80

## ESIPUHE

Ammattikorkeakoulusta valmistuvilta opiskelijoilta edellytetään tänä päivänä yhä enemmän kansainvälisen toiminnan valmiuksia. Koulutuksessa painottuvat kielitaito, sosiaaliset taidot, vieraiden kulttuureiden tuntemus ja muiden maiden työelämän tuntemus. Kaikkien etu on, että opiskelijoiden osaaminen vastaa kansainvälistyvän yhteiskunnan tarpeita. Opetusministeriön julkaisemassa Korkeakoulujen kansainvälistymisstrategiassa (2009) esitetään tavoitteena, että suomalainen korkeakoulutus antaa opiskelijalla valmiudet työskennellä kansainvälisessä toimintaympäristössä ja että kaikkiin korkeakoulututkintoihin sisällytetään kansainvälistymistä tukeva osio.

Kajaanin ammattikorkeakoulussa kansainvälisyysosaaminen määritellään tieto- ja taitokokonaisuudeksi, joka on välttämätön valmistuvalle opiskelijalle riippumatta siitä, työllistyykö hän kotimaiseen vai kansainväliseen yritykseen tai organisaatioon. Tavoitteena on, että opiskelija valmistuttuaan ymmärtää monikulttuurisuuden merkityksen ja oman alansa kansainvälisen toimintaympäristön ja kehittämistarpeet, on kieli-, viestintä- ja vuorovaikutustaitoinen sekä osaa ajatella kriittisesti, toimia joustavasti ja tarkoituksenmukaisesti erilaisissa kulttuureissa.

Suomalaiset opiskelijat ovat suorittaneet perinteisesti opintoja ulkomailla. Viime aikoina kotikansainvälistymiseen eli kotimaassa saatuun kokemukseen kansainvälisyydestä on kiinnitetty enemmän huomiota. Kajaanin ammattikorkeakoulu järjesti 3. kansainvälisen viikon 22.2 – 26.2.2016. Viikon aikana sairaan- ja terveydenhoidon osaamisalue suunnitteli ja toteutti 2. kansainvälisen intensiiviopintojakson, jonka aikana viisi opiskelija- ja opettajaryhmää perehtyivät näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Opintojakso koostui opettajien asiantuntijaluennoista ja opiskelijoiden ryhmätehtävistä, jotka käsittelivät yhtä viidestä aihealueesta (akuuttihoitotyö, potilasturvallisuus, kotihoito, tutkimus ja näyttöön perustuva hoitotyö). Opintojakso huipentui seminaaripäivään, jolloin opiskelijat esittelivät oman työnsä tulokset suurelle opiskelijajoukolle. Opettaja-asiantuntijaparina opintojaksolla opetivat Isla Fairley (Robert Gordon University, Skotlanti) ja Taina Romppanen

(KAMK), Lyndsey van Avermaert (Howest University College, Belgia) ja Jukka Seppänen (KAMK), Florian Schimböck (Brandenburg University of Technology, Saksa) ja Rauni Leinonen (KAMK), Juliane Eichhorn-Kissel (Brandenburg University of Technology, Saksa) ja Teija Ravelin (KAMK), Job van't Veer (NHL University of Applied Sciences, Hollanti), Zvonka Fekonja (University of Maribor, Slovenia) ja Minna Hökkä (KAMK). Opintojaksolle osallistui 98 opiskelijaa, joista 19 oli kansainvälisiä opiskelijoita Saksasta, Skotlannista ja Belgiasta. Loput kansainvälisyysviikolle osallistuvat opiskelijat olivat sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja- ja ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskelijoita.

Opiskelijat ja opettajat kirjoittivat intensiiviopintojaksolla käsitellyistä keskeisistä näyttöön perustuvan hoitotyön teemoista artikkelit Kajaanin ammattikorkeakoulun julkaisusarjaan.

Lämmin kiitos kaikille kirjoittajille ja kansainvälisyysviikolle osallistujille.

Olemme askeleen lähempänä kansainvälisyystavoitetta.

Jaana Kemppainen

Koulutuspäällikkö



## INTERNATIONAL LECTURES



Lyndsey van Avermaet

Howest University College, Bruges, Belgium



Juliane Eichhorn-Kissel

Brandenburg University of Technology, Germany



Isla Fairley

Robert Gordon University, Scotland



Zvonka Fekonja

University of Maribor, Slovenia



Florian Schimböck

Brandenburg University of Technology, Germany



Job van't Veer

NHL University of Applied Sciences, Netherlands

# 1 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA HOITOTYÖ

Anu Kuparinen ja Jaana Härkönen

## Abstract

*Evidence-based nursing is based on scientific knowledge. Registered nurses are required by law to provide care that is based on research findings and best experiences. Education in research methods and perceived support from immediate superiors are associated with increased evidence-based practice activities which promote the delivery of high-quality care and increase patient satisfaction. Journal clubs are a useful method to introduce evidence-based practices. In nursing, journal clubs refer to planned meetings among staff during which selected researches are discussed and answers to designated problems are sought. Organizations tend to trial journal club activities to promote patient safe-ty, quality and innovation management. In addition to evidence-based nursing, this article discusses the use of, attitudes towards and adherence to evidence-based knowledge.*

Keywords: evidence-based practice, evidence-based nursing, evidence-based knowledge, journal club, leadership, management, research utilization

## 1.1 Johdanto

Näyttöön perustuva hoitotyö on parhaan saatavilla olevan ja ajantasaisen tiedon harkittua käyttöä potilaan hoidossa sekä hänen läheistensä huomioidmisessa. Näyttöön perustuvan hoitotyön tavoitteena on vastata hoidon tarpeeseen ja käyttää vaikuttaviksi tunnistettuja menetelmiä ja hoitokäytäntöjä. Parhaalla ajantasaisella tiedolla tarkoitetaan, että tieto on luotettavaa tutkimustietoa tai luotettavaksi arvioitua tietoa. Lisäksi näyttöön perustuvassa päätöksenteossa hyödynnetään työntekijän kokemus-tietoa, tietoa toimintaympäristöstä ja resursseista sekä potilaalta itseltään ja/tai hänen läheiseltään saatua tietoa hänen elämäntilanteestaan ja resursseistaan. (Näyttöön perustuva toiminta 2015.)

Tutkimusnäyttöä hyödynnettäessä on tärkeää huomioida näytön vahvuus, joka vaihtelee käytetyn tutkimusasetelman ja tutkimuksen laadun mukaan. Vahvinta näyttöä edustavat järjestelmälliset katsaukset ja luotettavaksi arvioituun tutkimusnäyttöön perustuvat suositukset. Harkitulla tiedon käytöllä tarkoitetaan, että hoitotyöntekijällä on tietoa vaikuttavista hoitotyön menetelmistä ja että hän arvioi päätöksiä tehdessään näiden menetelmien hyötyjä ja haittoja kliinisen asiantuntemuksensa ja yksittäisen potilaan tilanteen ja toivomusten sekä toimintaympäristön ja resurssien perusteella. Tällä tarkoitetaan sitä, että työntekijät suunnittelevat ja räätälöivät hoitoa yhdessä potilaan kanssa hyödyntäen edellä kuvattuja tietolähteitä. (Näyttöön perustuva toiminta 2015.)

Artikkelissani tarkastelen näyttöön perustuvaa hoitotyötä sekä kansainvälisesti että suomalaisen hoitotyön ja johtamisen näkökulmasta. Tarkastelen näyttöön perustuvaa hoitotyötä sekä sen kehittämistä käytännön hoitotyössä. Lopuksi pohdin oman kokemukseni kautta näyttöön perustuvaa hoitotyön toteutumista käytännön hoitotyössä sekä niitä menetelmiä, joiden avulla näyttöön perustuva hoitotyö tulisi vakiinnuttaa osaksi hoitotyön käytäntöä.

## 1.2 Näyttöön perustuva hoitotyö sosiaali- ja terveysalalla

Näyttöön perustuvan toiminnan tarkoituksena on taata asiakkaalle tai potilaalle mahdollisimman hyvä ja vaikuttava hoito. Oikean hoidon valinta edellyttää, että päätösten tukena käytetään parasta olemassa olevaa tutkimusnäyttöä. Mitä luotettavampaan tietoon päätöksenteko perustuu, sitä paremmin voidaan vastata potilaan tai asiakkaan hoidon tarpeisiin ja taata laadukas hoito. Tieto hoitomenetelmien vaikuttavuudesta auttaa välttämään niiden hoitomenetelmien käyttöä, joilla ei ole vaikutusta hoidon lopputulokseen tai joista on jopa haittaa potilaalle. Eettisestä näkökulmasta tarkasteltuna potilaita ei tule altistaa hoitomenetelmille, joiden hyödyttömyydestä on olemassa tutkittua tietoa tai jättää antamatta sellaista hoitoa, jonka tehokkuus on jo tutkimuksella osoitettu. Potilaan hyvällä hoidolla tarkoitetaan muun muassa, että hoidon laatu ei saa riippua hoitopaikasta ja/tai hoidon toteuttajasta vaan että hoito on aina laadukasta. (Näyttöön perustuva toiminta 2015.)

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 1. luvun 8§:ssä veloitetaan, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Laki veloittaa myös, että terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Näin ollen jokaisen organisaation ja työyhteisön tulee kiinnittää huomiota näyttöön perustuvaan hoitotyöhön ja toimintaan.

Hoitosuositukset ovat yksi tapa jalkauttaa tieteelliseen näyttöön perustuvia hoitokäytäntöjä osaksi terveydenhuollon toimintaa. Niiden tulee olla asiantuntevia, riippumattomia, ajantasaisia, tasapuolisia ja käytettävissä olevat voimavarat huomioon ottavia. Suositusten tekoon tarvitaan hyviä asiantuntijoita sekä luotettavaa taustatietoa. (Jousimaa & Komulainen 2014, 2846 - 2847.)

Suomessa Käypä hoito -suositukset ovat saavuttaneet valtakunnallisten hoitosuosituksen aseman. Duodecimin Lääkärin käsikirjassa julkaistaan lähinnä avohoidon tarpeisiin suunnattuja tiiviitä ohjeita, jotka ovat toimitettu

asiantuntija-artikkeleiden tapaan. Ohjeiden taustatiedon keruussa on sovellettu hoitosuositusorganisaatioiden tapaa kerätä ja esittää näyttöä. Valtakunnallisten suositusten lisäksi Suomessa julkaistaan paikallisia hoitoketjuja ja -ohjeistuksia, joiden sisällössä painottuu paikallisen toimintaympäristön tuntemus. (Jousimaa & Komulainen 2014, 2846 - 2847.)

Hoitosuosituksien tulee olla uskottavia ja hyväksyttäviä. Hoitosuosituksissa esitettyjen ohjeiden perusteiden tulee olla läpinäkyviä ja hyvin dokumentoituja. Perusteet voivat olla esimerkiksi linkityksiä kirjallisuusviitteisiin tai muuhun taustatietoon, mutta useiden hoitosuosituksia tekevien organisaatioiden tapana on tiivistää tietoa näytönastekatsausten avulla. Näytönastekatsauksiin tiivistetään tiedon lähteenä käytetyn kirjallisuuden ydinsanoma, arvioidaan tiedon luotettavuus ja tehdään johtopäätökset. (Jousimaa & Komulainen 2014, 2846 - 2847.)



Kuva 1. Juliane Eichhorn-Kissel ja Teija Ravelin opiskelijaryhmänsä kanssa

On kuitenkin huomioitava, että Käypä hoito -suositusten viitteistä vain pieni osa kohdistuu järjestelmällisiin katsauksiin. Käypä hoito -suositusten on tarkoitus käsitellä ehkäisyä, hoidon ja kuntoutuksen lisäksi sairauksien epidemiologiaa, etiologiaa, patologiaa ja diagnostiikkaa. Näistä edellä mainituista asioista ei juurikaan laadita järjestelmällisiä katsauksia, sillä järjestelmällisiin katsauksiin liittyy muun muassa niiden käyttöä rajoittavia ongelmia: mukana olevat tutkimukset saattavat olla vanhoja ja kuvata jo käytöstä poistuneita hoitokäytäntöjä, eivätkä tuoreimmat tutkimukset ole mahdollisesti valmistuneet ajoissa. Yleisiä ongelmia ovat myös meta-analyysien omasta väestöstä poikkeava tai heterogeeninen potilasjoukko tai useiden erilaisten interventioiden yhdistäminen samaan meta-analyysiin. Tällöin johtopäätöksenä on vaikea suositella esimerkiksi jotain yksittäistä hoitoa. Järjestelmällisistä katsauksista saadun tiedon luotettavuus ja sovellettavuus on arvioitava huolellisesti hoitosuosituksia laadittaessa. (Jousimaa & Komulainen 2014, 2846 - 2847.)

Näyttöön perustuvasta toiminnasta on tullut hoitotyön kulmakivi. Sairaaloiden hoitokäytännöt ja toimenpideohjeet viittaavat yhä enenevässä määrin tutkittuun tietoon, ja hoitotyöntekijät tekevät päätöksiä, jotka perustuvat parhaaseen saatavilla olevaan ja ajan tasaiseen tutkittuun tietoon, kliniseen osaamiseen ja potilaan mieltymyksiin. (Springer, Corbett & Davis 2006, 534.)

Hoitotyön johtajien ja kouluttajien mielestä on tärkeää, että sairaanhoitajia autetaan ymmärtämään, arvioimaan ja käyttämään tutkimustietoa. Kaikilla sairaanhoitajilla, jotka työskentelevät potilastyössä, ei ole valmiuksia perustella toimintaansa näyttöön perustuen. Vaikka useimmilla sairaanhoitajilla on ammattikorkeakoulututkinto tai opistotason tutkinto, he eivät ole välttämättä suorittaneet tutkimukseen liittyviä opintoja. Sen vuoksi tulisikin kehittää ohjelmia, jotka syventävät hoitajien osaamista ja auttavat heitä soveltaamaan ja arvioimaan tutkimuksia. (Springer ym. 2006, 534.)

Käytännön hoitotyö on vaativaa ja nopeatempoista. Springer ym. (2006, 534) tekemän tutkimuksen perusteella käytännön työtä tehdessään hoitajilla ei ole aikaa perehtyä tutkimuksiin varmistaakseen, että tehty toimenpide

on näyttöön perustuva. Hoitotyön johtajien tulisi kehittää menetelmiä, jotka tukisivat näyttöön perustuvan hoitotyön toteutumista yksikkökohtaisesti sekä yli yksikkörajojen laitosten sisällä. Strategioihin voidaan sisällyttää hoitotyön kouluttajien ja/tai kliinisten asiantuntijoiden käyttöä sekä yksiköissä että hallinnon apuna, mikä varmistaisi sen, että menettelytavat ja käytännöt ovat näyttöön perustuvia. Toinen vaihtoehto olisi kehittää esimerkiksi terveyskeskuksien tai sairaaloiden ja paikallisen yliopiston tai koulutuksen tarjoajien välistä yhteistoimintaa. Yhteistoimintaa on kuvattu suhteeksi, jossa yhteistoimijat ovat aktiivisessa vuorovaikutuksessa keskenään suorittaessaan tehtäviään. Tämä suhde edellyttää osapuolilta vapaaehtoista osallistumista, keskinäistä arvostusta, yhteisiä päämääriä, jaettua vastuuta, yhteisiä resursseja sekä yhteisvastuullisuutta. Yhteistoimintamallissa kaikki osapuolet tunnustavat ja arvostavat molemminpuolista keskinäistä riippuvuutta. (Springer ym. 2006, 534.)

### 1.3 Näyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen, siihen suhtautuminen ja sitoutuminen

Näyttöön perustuvan hoitotyön tavoitteena on taata potilaille laadukas hoito ja lisätä potilastyytyväisyyttä. Tarkoituksena on taata hyvää ja vaikuttavaa hoitoa hoitopaikasta riippumatta. Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön tulee suhtautua välineenä tarjota potilaille tai asiakkaille laadultaan parasta hoitoa. Jokaisen hoitoalalla työskentelevän tulee osata hyödyntää näyttöön perustuvaa tietoa käytännön hoitotyössä sekä sitoutua näyttöön perustuvaan toimintaan.

Johansson, Fogelberg-Dahm ja Wadensten tutkivat näyttöön perustuvan toiminnan hyödyntämistä, siihen suhtautumista ja sitoutumista Uppsalan yliopistollisessa sairaalassa. Tulokset osoittivat, että asenteilla on suuri merkitys uusien käytänteiden luomisessa ja kehittämisessä. Valtaosa tutkimukseen osallistuneista osastonhoitajista suhtautui myönteisesti näyttöön perustuvaan toimintaan mutta kertoi, ettei heillä ollut aikaa lukea tutkimusra-



portteja ja että tutkimusraporttien lukeminen ei ollut kovinkaan yleistä osastonhoitajien keskuudessa. Kokeneemmillä osastonhoitajilla vaikutti olevan paremmat mahdollisuudet tutkimusten hyödyntämiseen kuin lyhemmän työkokemuksen omaavilla osastonhoitajilla. Vaikka osastoilla oli käynnissä erilaisia laatu- ja kehittämishankkeita, vain osa osastonhoitajista osallistui hankkeiden vaikutusten arviointiin tai laatu- ja kehittämishankkeiden kirjalliseen raportointiin. (Johansson, Fogelberg-Dahm & Wadensten 2010, 73 - 74.)

Esimiehen antama kannustus on tärkeää näyttöön perustuvassa toiminnassa. Johanssonin, Fogelberg-Dahmin ja Wadenstenin tuloksista ilmenee, että suurin osa osastonhoitajista rohkaisi omaa henkilöstöään lukemaan tutkimuksia ja käyttämään tutkimustuloksia hoitotyön laadun parantamiseksi ja näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi. (Johansson ym. 2010, 74 - 75.)

Koulutustausta vaikuttaa näyttöön perustuvan tiedon hyödyntämiseen, siihen suhtautumiseen ja sitoutumiseen: ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet sairaanhoitajat hyödyntävät tutkimustuloksia sekä tieteellisiä menetelmiä todennäköisesti useammin kuin alemman korkeakoulututkinnon suorittaneet sairaanhoitajat. Johansson, Fogelberg-Dahm ja Wadensten eivät kuitenkaan todenneet koulutustaustan vaikuttavan osastonhoitajien asenteisiin tai sitoutumiseen näyttöön perustuvaan toimintaan. He raportoivat, että hallinto- ja johtotehtävissä työskentelevät hyödynsivät tutkimustietoa enemmän kuin muut hoitotyöntekijät. Myönteinen suhtautuminen näyttöön perustuvaan toimintaan ja näyttöön perustuvan tutkimustiedon hyödyntäminen ovat tutkimuksessa ristiriidassa keskenään, mikä voi heijastaa työn priorisointia, joka sallii vain kaikkein kiireellisimpien tehtävien tekemisen. (Johansson ym. 2010, 75.)

#### 1.4 Mitä menetelmiä voidaan käyttää näyttöön perustuvan hoitotyön vakiinnuttamiseksi käytäntöön

Näyttöön perustuvan hoitotyön vakiinnuttaminen käytäntöön on tärkeää. Hoitotyössä tulee olla käytössä erilaisia menetelmiä, joiden avulla näyttöön perustuva hoitotyö saadaan osaksi päivittäistä hoitotyön arkea. Näyttöön perustuvan hoitotyön ja toiminnan kehittäminen lähtee siitä, että työyhteisöön muodostetaan yhteinen käsitys siitä, mitä näyttöön perustuva hoitotyö tarkoittaa. Työpaikan sisäiset tai ulkopuolisen asiantuntijan pitämät koulutukset ovat tärkeä osa tätä kehittämistyötä, ja niiden avulla voidaan löytää menetelmiä, jotka vievät kehittämistyötä eteenpäin. Työyhteisöissä on tärkeää myös hyödyntää opiskelijoiden osaamista näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Opiskelijoiden osaamista näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisessä on vielä huonosti hyödynnetty voimavarana.

Näyttöön perustuvan hoitotyön käsitteen avaaminen on tärkeä pohja kehittämistyölle. On tärkeä luoda omassa työyhteisössä yhteinen ymmärrys siitä, mitä näyttöön perustuva hoitotyö tarkoittaa. Näyttöön perustuvan hoitotyön avulla voidaan kehittää työyhteisön yhtenäisiä käytäntöjä ja helpottaa yksittäisen työntekijän päätöksen tekoa. Hoitotyötä tekevien tulee tietää, mistä he voivat etsiä näyttöön perustuvaa tietoa. Koulutuksella on tärkeä rooli näyttöön perustuvan hoitotyön vakiinnuttamisessa, ja organisaatioissa ja työyhteisöissä on aina joku, jolla on koulutusta näyttöön perustuvasta hoitotyöstä. Koulutuksen voi järjestää monin eri tavoin. Se voi olla työyhteisön kaikille jäsenille järjestettävää koulutusta tai esimerkiksi esimiehille järjestettävää koulutusta. Tärkeää on, että koulutuksesta saatua tietoa hyödynnetään ja saadaan uusia käytänteitä hoitotyöhön sen jälkeen. Seuraavassa kappaleessa esittelen yhden koulutusmallin.

Uppsalan yliopistollisessa sairaalassa Ruotsissa järjestettiin näyttöön perustuvan toiminnan täydennyskoulutus osastonhoitajille. Koulutus koostui viidestä koulutuspäivästä, ja tapaamisia oli yhteensä kahdeksan. Lisäksi osastonhoitajat tekivät kehittämistehtävän jakson aikana. Koulutukseen osallistumisen edellytyksenä oli, että osastonhoitajien esimies mahdollisti

koulutukseen osallistumisen ja kehittämistehtävän tekemisen työajalla. Koulutuksen aikana osastonhoitajat saivat tukea sairaalan johdolta tutkimus- ja kehittämistehtävään. Koulutuspäivien aiheita olivat näyttöön perustuva toiminta, hoitosuunnitelmien standardit, kirjallisuushaku, tieteellisten julkaisujen lukemistekniikka, tiedon-keruumenetelmät, tiedonhallinnan perusteet, tilastojen kuvaukset ja raportointi. Viimeisenä koulutuspäivänä osastonhoitajat esittelivät tekemänsä kehittämishankkeen. On huomionarvoista, että yhtä lukuun ottamatta kaikki osastonhoitajat, jotka osallistuivat täydennyskoulutukseen, kertoivat osallistuneensa tieteellisiä menetelmiä käsittelevään lisäkoulutukseen. Näin ollen voitaisiin päätellä, että osastonhoitajat suhtautuivat myönteisesti näyttöön perustuvaan toimintaan ja haiketuivat täydennyskoulutukseen, koska he olivat perehtyneet tieteellisiin menetelmiin jo aiemmin. On kuitenkin vaikea tehdä johtopäätelmiä koulutuksen vaikutuksesta, koska osallistujien aiemmat koulutukset eivät olleet vertailukelpoisia keskenään. (Johansson ym. 2010, 75.)

Tutkimusklubit ovat yksi menetelmä, jonka avulla näyttöön perustuvaa hoitotyötä tai toimintaa voidaan kehittää työyhteisöissä. Tutkimusklupeilla tarkoitetaan työntekijöiden suunniteltuja kokoontumista työpaikalla ja työyhteisöjen sisäisiä keskusteluja tutkimustiedon käytöstä käytännön hoitotyössä. Keskustelu pohjautuu esiteltäväksi valittuihin tutkimuksiin, ja tutkimustiedosta etsitään vastauksia nimettyyn hoitotyön ongelmaan. Tutkimustuloksia tarkastellaan kriittisesti ja käytetään hoitotyön päätöksenteossa muun muassa auttamismenetelmien valinnassa. Tutkimusklubitoimintaa ohjaavassa oppimiskäsityksessä painottuu oppijan aktiivinen rooli. Organisaatiot pyrkivät tutkimusklubitoiminnalla edistämään potilasturvallisuutta, hoidon laatua ja innovaatiotoimintaa. Sitä pidetään myös yhtenä keskeisenä keinona henkilöstön elinikäisen oppimisen tukemisessa. (Mattila, Melender & Häggman-Laitila 2014, 23.)

Tutkimusklupeja olisi hyvä toteuttaa työyhteisössä kerran kuukaudessa. Käsiteltävä aihe nousee organisaation tai työyhteisön tarpeista tai vaihtoehtoisesti erikoisalan uusimmista julkaisuista. Kestoltaan tutkimusklubi on tunnin mittainen. Tutkimusklubin vetäjä voi olla työyhteisön jäsen tai esimerkiksi

hoitotyön opiskelija. Koska tutkimusklubin yhtenä tavoitteena on kehittää hoitotyötä, olisi toivottavaa, että yksikön esimiehet osallistuisivat tutkimusklubeihin. Esimiehen rooli on yleensä merkittävä, mikäli yksiköiden tai tiimien toimintatapoja halutaan muuttaa. Tutkimusklubin alussa alustaja kertoo lyhyen alustuksen valitusta tutkimuksesta. Tämän jälkeen pääpaino on yhteisessä keskustelussa. Keskustelun tavoitteena on arvioida tutkimusta ja sen tuloksia käytäntöön hyödynnettävyyden näkökulmasta. Klubiin osallistuvat työyhteisön jäsenet toimivat käytännön hoitotyön asiantuntijoina. He peilaavat tutkimusta ja siitä saatavaa tietoa käytäntöön. (Meriö 2010, 2.)

## 1.5 Johtopäätökset

Terveystieteiden laaki (1326/2010) velvoittaa, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön, hyviin hoito- ja toimintatapoihin. Lisäksi tutkimukset ja oma kokemukseni osoittavat, että näyttöön perustuvan hoitotyön avulla potilaille pystytään takaamaan hyvä ja laadukas hoito, mikä lisää potilastyytyväisyyttä. On kuitenkin merkityksellistä, kuinka näyttöön perustuvaa tutkimustietoa hyödynnetään, kuinka näyttöön perustuvaan hoitotyöhön suhtaudutaan ja kuinka siihen sitoudutaan. Tämän tulisi olla itsestään selvää, koska näyttöön perustuva hoitotyö ei ole valintakysymys vaan lakiin kirjoitettu säädös. Uskallan väittää, että vaikka tutkimustietoa on enenevässä määrin käytettävissä, sitä ei hyödynnetä riittävästi käytännön hoitotyössä. Voidaan todeta, ettei näyttöön perustuva hoitotyö ole saavuttanut vielä vaatimaansa asemaa käytännön hoitotyössä.

Näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamisessa ja vakiinnuttamisessa on tärkeä pohtia menetelmiä, joiden avulla näyttöön perustuvaa toimintaa tai hoitotyötä viedään työyhteisöihin. Näyttöön perustuvan hoitotyön käsitteen avaamisella on suuri merkitys. Koulutusta näyttöön perustuvaan hoitotyöhön liittyen voidaan tarjota joko organisaation sisäisesti tai ulkopuolisen kouluttajan toimesta. Työyhteisöissä voidaan ottaa myös käyttöön menetelmiä, joiden avulla näyttöön perustuva hoitotyö voidaan vakiinnuttaa. Tutki-

musklubit ovat hyvä ja tärkeä menetelmä näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämiseksi. Aikaisemmin tehdyt tutkimukset osoittavat, että koulustausta ja -taso vaikuttavat osastonhoitajien ja sairaanhoitajien suhtautumiseen näyttöön perustuvaan toimintaan. Näin ollen näyttöön perustuva toiminta tukee myös elinikäisen oppimisen näkökulmaa. On myös tärkeää muistaa, että oppimista tukeva ja kannustava ilmapiiri sekä johdolta saatu tuki ovat tärkeässä roolissa kehitettäessä näyttöön perustuvaa toimintaa.

## Lähteet

Abdulkarim, A S. 2014. Barriers to Evidence – Based Practice Utilization in Psychiatric/Mental health Nursing. *Issues in Mental Health Nursing* 35, 134 - 143.

Boggatz, T. 2015. Quality of life in old age – a concept analysis. *International Journal of Old People Nursing*, 2 - 15.

Boggatz, T., Dijkstra, A., Lohrman, C. & Dassen, T. 2007. The meaning of care dependency as shared by care givers and care recipients: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 60 (5), 561 - 569.

Eichhorn – Kissel. J., Dassen, T. & Lohrmann, C. 2010. The clinical utility of the Care Dependency Scale in rehabilitation: nurses` perception. *Journal of Research in nursing* 15 (6), 547 - 561.

Eichhorn – Kissel. J., Dassen, T., Kottner, J. & Lohrmann, C. 2010. Psychometric testing of the modified Care Dependency Scale for Rehabilitation. *Clin Rehabil OnlineFirst*, 1 - 10.

Johansson, B., Fogelberg-Dahm, M. & Wadensten, B. 2010. Evidence-based practice: the importance of education and leadership. *Journal of Nursing Management* 18, 70 - 77.

Jousimaa, J. & Komulainen, J. 2014. Mihin näyttöön hoitosuositukset perustuvat? *Lääkärilehti* 69 (44), 2846 - 2847.

Mattila, L-R., Melender., H-L. & Häggman-Laitila, A. 2014. Tutkimusklubi näyttöön perustuvan hoitotyön edistämässä ja implementoinnissa. Tutkiva hoitotyö Vol 12 (2), 23. Viitattu 05.05.2016 [http://www.researchgate.net/publication/279226006\\_Tutkimusklubi\\_nyttn\\_perustuvan\\_hoitotyyn\\_implementoinnissa\\_\\_jrjestelmllinen\\_katsaus](http://www.researchgate.net/publication/279226006_Tutkimusklubi_nyttn_perustuvan_hoitotyyn_implementoinnissa__jrjestelmllinen_katsaus)

McAndrew, S., Chambers, M., Nolan, F., Thomas, B. & Watts, P. 2014. Measuring the evidence: Re-viewing the literature of the measurement of therapeutic engagement in acute mental health inpatient wards. International Journal of Mental Health Nursing 23, 212 - 220.

Meriö, A. 2010. Hoitotyön tutkimusklubit tuovat teorian käytäntöön. Sairaanhoidaja-lehti, 1 - 4.

Näyttöön perustuva toiminta. 2015. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 05.05.2016 <http://hotus.fi/htus-fi/saation-tarkoitukset-ja-perustehtava>

Springer, P. J., Corbett, C. & Davis, N. 2006. Enhancing Evidence-based Practice through Collaboration. Journal of Nursing Administration 36 (11), 534 - 537.

Terveystieteiden tutkimuslaki 1326/ 2010. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. 30.12.2010.

## 2 TUTKIMUSKLUBI OPETUSMENETELMÄNÄ

Rauni Leinonen ja Jukka Seppänen

Kajaanin ammattikorkeakoulussa pilotoitiin syksyllä 2015 hoitotyön tutkimusklubia (Nursing Journal Club) opetusmenetelmänä. Tutkimusklubit järjestettiin yhteistyössä kahden hoitotyön perustutkinnon (sairaanhoidtaja AMK) opiskelijaryhmän sekä yhden ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon (YAMK) opiskelijaryhmän kanssa. Hoitotyön AMK-opiskelijoilla oli näyttöön perustuvan hoitotyön opintojakso ja YAMK-opiskelijoilla näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisen opintojakso.

Kaikilta opintojaksoille osallistuvilta opiskelijoilta pyydettiin kirjallinen palaute sähköisen Moodle-oppimisympäristön välityksellä. Arvioinnissa pyydettiin opiskelijoita refleктоimaan osallistumistaan tutkimusklubitoimintaan sekä tutkimusklubin soveltuvuutta näyttöön perustuvan hoitotyön oppimista tukevana opetusmenetelmänä. Tässä artikkelissa käsittelemme hoitotyön tutkimusklubia oppimisen ja koulutuksen näkökulmasta, arvioimme hoitotyön tutkimusklubitoimintaa opetusmenetelmänä hoitotyön AMK- ja YAMK-koulutuksien näkökulmasta sekä esittelemme opiskelijoiden kokemuksia tutkimusklubitoiminnasta.

### 2.1 Hoitotyön tutkimusklubi opetusmenetelmänä

Hoitotyön tutkimusklubi (nursing journal club, nursing research journal club) on näyttöön perustuvan hoitotyön oppimismenetelmä, jossa hoitotyöntekijät säännöllisesti lukevat uusimpia tutkimuksia ja keskustelevat kollegoiden kanssa tutkimustulosten soveltamisesta käytäntöön kliinisissä ympäristöissä (Luby, Riley & Towne 2006, 100; Laaksonen, Palta, von Schantz, Ylönen & Soini 2012, 94). Keskustelu perustuu ennalta valittuihin tutkimuksiin, joista etsitään vastauksia nimettyyn hoitotyön ongelmaan. Tutkimusklubin etuna on uuden tiedon saaminen, arvioiminen ja hyödynnettävyys. (Kleinpell 2002, 412.)

Tutkimusklubi on myös väylä saada tutkimustulokset arjen hoitotyöhön, ja se on myös yksi tapa edistää näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja sen laatua. Silti näyttöön perustuvan tutkimustiedon vakiinnuttaminen käytännön hoitotyöhön on haaste. (St. Pierre 2005, 392; Rich 2006.) Mattila, Melender ja Laitila (2014, 23) toteavat, että tutkitun tiedon käyttöönotto eroaa näyttöön perustuvan hoitotyön implementoinnista. Tutkitun tiedon käyttö käynnistyy julkaistujen tulosten soveltamisella käytäntöön, kun taas näyttöön perustuvan hoitotyön implementoinnin lähtökohtana on kliinisessä hoitotyössä tunnistettu kysymys tai ongelma, johon haetaan vastausta.

Tutkimusklubitoimintaa on toteutettu lääketieteen alalla jo yli sata vuotta. Ensimmäiset havainnot ovat vuosilta 1835–1854, jolloin brittiläinen kirurgi kokosi hiljaiseen huoneeseen ryhmän työntekijöitä lukemaan tutkimuksia. Ensimmäinen organisoitu tutkimusklubi perustettiin Monterealiin vuonna 1875. (Milbrandt & Vincent 2004; Patel, DeNigris, Chabot, Panzera, Dunn & Connors 2011; Schimböck 2016.) Hoitotyön tutkimusklubit tulivat osaksi hoitotyön koulutusta 1980-luvulla. Tuolloin klubien tavoitteena oli tukea opetusta ja hoitotyöntekijöiden tietojen päivittämistä. Klubitoiminnan tavoitteeksi tuli 1990-luvulla hoitotyön tutkimustiedon käsittely, mihin vaikutti osaltaan ammattikorkeakouluissa tapahtunut hoitotyön koulutuksen kehittyminen. Koulutuksessa opetettiin hoitotyön tutkimusta ja kriittistä tutkimustulosten arviointia. Käytännön hoitotyön arviointi korostui, ja näin tutkimustulosten avulla mahdollistui vähitellen kehittämistyö. (Rich 2006, 27–28.) Kuitenkin vain harvat hoitotyön koulutusohjelmat ovat hyödyntäneet tutkimusklubitoimintaa opiskelijoiden oppimisen ja näyttöön perustuvan hoitotyön käytännön kehittämismenetelmänä (Steenbeek, Edgecombe, Durling, LeBlanc, Anderson, Bainbridge 2009, 1; Thompson 2006, 69–77).

Hoitotyön tutkimusklubeilla on erilaisia tavoitteita. Ne voivat toimia opetusmenetelmänä, uusien tutkimusten ja tutkimustulosten keskustelu- ja seuranta-areenoina sekä näyttöön perustuvan hoitotyön interventioina. Lisäksi ne edistävät tutkimusten kriittistä lukemista, tukevat uusien ideoiden kehittämistä käytäntöön sekä auttavat oman työn kriittistä reflektointia. Tutkimusklubien koordinoijina on yleensä korostettu kliinisen hoitotyön asiantuntijoita



alan opiskelijoiden jäädessä vähälle huomiolle. (Kleinpell 2002; Thompson 2006.) Opiskelijan rooli on pääsääntöisesti ollut kuuntelijan rooli. Klubien merkitys opiskelijoille on tärkeä, sillä ne auttavat tutkimustiedon hyödyntämisen ja kriittisen oppimisen sekä tiedon soveltamista käytäntöön. (Thompson 2006; Steenbeek ym. 2009.)

Opetusmenetelmä on työtapa, jonka avulla organisoidaan opetusta ja aktivoitaan sekä motivoitaan opiskelijan oppimista. Tutkimusklubi voidaan toteuttaa kasvotusten kokoontumalla samaan tilaan, virtuaalisesti tai niin sanottuna posterin matkustavana muotona (Milbrandt & Vincent 2004; Schimböck 2016). Hoitotyön koulutuksen tavoitteisiin pyritään kehittämällä oppimisympäristöjä ja -menetelmiä, joissa opiskelijoiden keskinäinen dialogi ja tutkimustiedon kriittinen reflektointi mahdollistuvat. Tämä edellyttää sopivan haasteellisia oppimistehtäviä ja yhteistoiminnallisia oppimismenetelmiä. Tutkimusklubi opetusmenetelmänä on olennaisen tärkeä näyttöön perustuvan hoitotyön oppimisen kannalta. Tutkimusklubissa oppimista voi verrata kehään, jossa opiskelijoiden vuorovaikutus ja sen avulla yhdessä reflektointi, kokemusten jakaminen ja niiden kautta oppiminen ovat keskeisiä elementtejä. (Ks. Leinonen 2012.)

Opetusmenetelmät jaetaan luokkiin sen mukaan, miten ne aktivoivat opiskelijaa, ovat opettaja- tai opiskelijalähtöisiä, tukevat yhteistoiminnallista oppimista tai opiskelijan itsenäistä työskentelyä. Ammattikorkeakoulupedagogiikka asettaa opiskelijan aktiiviseksi oppijaksi ja hänen oppimisensa ja oppimista tukevat opetusmenetelmät oppimisen keskipisteeksi. Opettajan tärkein tehtävä on opiskelijoiden asiantuntijuuteen tukeminen, mikä edellyttää uusien opetusmenetelmien kokeilemistä ja kehittämistä. Opettajan rooli on olla opiskelijan ohjaaja ja oppimisen koordinoija. Tutkimusklubitoiminnan aikana opettaja tukee opiskelijaa hankkimaan ja arvioimaan tutkimustietoa sekä ohjaa opiskelijan oppimisprosessissa yksilönä sekä ryhmässä. Opetusmenetelmäratkaisulla on tärkeämpi merkitys opiskelijalle kuin opetussuunnitelman sisällöillä ja rakenteilla. Se, että opiskelija on vastuussa toi-

selle opiskelijalle hänen oppimisestaan, saa opiskelijat opiskelemaan aikaisempaa syvällisemmin. Oppimistilanteita ei hallita vain tiedon avulla, vaan kohtaaminen on myös eettinen teko. (Leinonen 2012.)

Tutkimusklubi on yksi näyttöön perustuvan hoitotyön opetusmenetelmä (Kleinpell 2002, 412). Sen tavoitteena on, että opiskelijat pysyvät ajan tasalla uusimmista tutkimustuloksista ja oppivat arvioimaan niitä kriittisesti. Uusien tutkimustulosten hyödyntäminen käytäntöön johtaa aikaisempaa laadukkaampiin hoitotuloksiin. Tärkeää on myös, että tutkittu tieto toimii hoitokäytäntöjen perustana ja että hoitotyöntekijät rohkenevat kyseenalaistamaan hoitokäytäntöjä. (Kleinpell 2002, 412; St. Pierre 2005, 390; Luby ym. 2006, 100.) Yhteisöllisyyttä tukeva tutkimusklubitoiminta, asian hallinta ja ennen kaikkea opiskelijan kyky oppia hyödyntämään ja soveltamaan oppimaansa tulee olla laadukkaan opetusmenetelmän keskiössä.

## 2.2 Näyttöön perustuva hoitotyö sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa

Sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, jonka tehtävä yhteiskunnassa on potilaiden hoitaminen. Sairaanhoitaja tulee toimia työssään näyttöön perustuen sekä hyödyntäen monitieteellistä tietoperustaa, kuten ajantasaista hoitotieteen, lääketieteen, farmakologian sekä yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden teoreettista osaamista suunnitellessaan, toteuttaessaan sekä arvioi-  
dessaan ja kehittäessään hoitotyötä. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006; Koulutuksella osaamista asiakaskeskeiseen ja moniammatillisiin palveluihin 2012.) Sairaanhoitaja toteuttaa ja kehittää hoitotyötä, joka on samanaikaisesti terveyttä edistävää ja ylläpitävää, sairauksia ehkäisevää ja parantavaa sekä kuntouttavaa. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006.) Ammattikorkeakoulut vastaavat työelämän muutostarpeisiin sekä osallistuvat alueelliseen kehittämiseen kouluttamalla asiantuntijoita sekä harjoittamalla aluekehitystä edistävää soveltavaa tutkimus- ja kehitystoimintaa (Ammattikorkeakoululaki 932/2014; Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 11–12).

Kajaanin ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutuksessa toteutetaan moduuliperustaista opetussuunnitelmaa. Moduuleilla tarkoitetaan 8-26 opintopisteen laajuisia, eri opintojaksoista koostuvia opintokokonaisuuksia. Näyttöön perustuvan hoitotyön opiskelu aloitetaan ensimmäisenä lukuvuona potilasturvallisen hoitotyön perusteet -moduulissa, jonka aikana määritellään näyttöön perustuvan hoitotyön keskeiset käsitteet. Lisäksi opiskelija perehtyy näyttöön perustuvan potilaan hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Opetussuunnitelmassa näyttöön perustuvan hoitotyön juonne alkaa potilasturvallisen hoitotyön perusteista edeten ammatillisten opintojen kautta kolmannen lukuvuoden näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisen 20 opintopisteen laajuiseen moduuliin. Tämä moduuli sisältää 15 opintopisteen laajuisen ammatitaitoa edistävän harjoittelun sekä 5 opintopisteen laajuisen näyttöön perustuvan hoitotyön -opintojakson.

Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisen opintojakson tavoitteena on, että opiskelija osaa suunnitella, toteuttaa ja arvioida eri-ikäisten ja eri elämäntilanteessa olevien asiakkaiden/potilaiden hoitotyötä käyttämällä hoitotyön tietoperustaa ja menetelmiä. Opiskelija osaa käyttää ajantasaista hoitotieteellistä tietoa ja näyttöön perustuvaa tietoa suunnitellessaan, toteuttaessaan, arvioidessaan ja kehittäessään hoitotyötä. Opiskelija osaa toimia itsenäisesti ja vastuullisesti sairaanhoitajan työssä ja moniammatillisissa työryhmissä. (Opinto-opas 2013–2014 2013.)

YAMK-opiskelijat opiskelivat tutkimusklubitoimintaa näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisen -opintojaksolla. Opintojakson tavoitteina on muun muassa, että opiskelija osaa analysoida kriittisesti ja käsitteellistää käytännön toiminnasta sekä yhteiskunnallisista muutostekijöistä nousevia kehittämistarpeita, osaa toimia kliinisessä hoitotyössä ja sen edistämisessä näyttöön perustuen ja tulevaisuutta ennakoiden. Lisäksi tavoitteena on, että opiskelija osaa hankkia ja arvioida kotimaista ja kansainvälistä tutkimustietoa sekä osaa kehittää ja arvostaa näyttöön perustuvaa toimintaa osana hoitotyön ammatillista ja yhteisöllistä asiantuntijuutta. YAMK-koulutuksen kompetensseissa ja sitä kautta opetussuunnitelmassa korostuu opiskelijan taito toimia erilaisissa konteksteissa itsenäisenä asiantuntijana. Tärkeää on

myös se, että opiskelija oppii tekemään päätöksiä näyttöön perustuen ja osaa lähijohtajana hyödyntää hoitotieteen tietoperustan lisäksi monitieteistä tietoa. Tutkimusklubityöskentely tukee myös opiskelijan oppimista siinä, että hän oppii hyödyntämään monipuolisesti tutkimus- ja kehittämistyön menetelmiä sekä oppii uudistamaan käytännön hoitotyötä näyttöön perustuen. (Opinto-opas 2015–2017 2015.)

### 2.3 Näyttöön perustuvan hoitotyön oppiminen tutkimusklubitoiminnan avulla

Hoitotyön tutkimusklubitoimintaa pilotoitiin syksyllä 2015. Tavoitteena oli kehittää näyttöön perustuvaa hoitotyön opetusta samoin kuin selvittää, mitä tutkimusklubitoiminnan avulla voidaan oppia näyttöön perustuvasta hoitotyöstä YAMK-opiskelijan (työelämän edustajan) ja hoitotyön (AMK) opiskelijan kanssa yhdessä. Näyttöön perustuva hoitotyö on ollut keskeinen tavoite kansallisissa tavoite- ja toimintaohjelmissa. Hoitotyön koulutuksen haasteita ovat työelämän muutostarpeisiin vastaaminen, näyttöön perustuvan opetuksen ja oppimisen vahvistaminen sekä kliinisen opetuksen kehittäminen. Näyttöön perustuvan toiminnan ja sen kehittämisen interventiona korostetaan muun muassa tutkimusklubitoimintaa. (Perälä, Toljamo, Vallimies-Patomäki & Pelkonen 2008, 17, 52–53.)

Hoitotyön (AMK) opiskelijoiden näyttöön perustuva hoitotyön opintojakso aloitettiin kahdella neljän tunnin oppimiskeskustelulla, jossa käsiteltiin näyttöön perustuvan toiminnan malleja (YHKÄ, PDCA, KT-Toolkit) ja niiden soveltamista näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisessä. Näin opittiin teoreettista perustaa ennen tutkimusklubi-istuntoja. Opintojakso jatkui neljällä tutkimusklubilla (neljä kertaa neljä tuntia), joissa kahdella ensimmäisellä kerralla käsiteltiin suomenkielistä artikkelia opintojakson opettajan toimiessa puheenjohtajana. Kaksi viimeistä tutkimusklubia toteutettiin yhdessä YAMK-opiskelijoiden kanssa, jolloin käsiteltiin YAMK-opiskelijoiden valitsema englanninkielisiä tutkimusartikkeleita. Näissä ohjaajina eli fasilitaattoreina toimivat YAMK-opiskelijat pareittain. Artikkelit käsiteltiin suomen

kielellä, jotta kynnys asioiden käsittelyyn ja reflektointiin olisi osallistujille matala.

Tutkimusklubien käytännön järjestämisessä oli otettava huomioon opiskelijoiden oppimista tukevat ratkaisut. Tärkeää oli, että opiskelijat asettivat klubeihin oppimista tukevat henkilökohtaiset tavoitteet, sillä klubitoiminta integroitiin heidän oppimistehtäviinsä samoin kuin työelämän todellisiin oppimistilanteisiin. Tärkeää oli, että YAMK-opiskelijat tarkastelivat tutkimusartikkeleista esille otettuja asioita työelämän näkökulmasta samalla, kun hoitotyön AMK-opiskelijat kuvasivat asioita artikkeleiden ja työharjoittelukokemuksensa kautta.

Tutkimusklubeihin osallistui hoitotyön (AMK) opiskelijoita (n=36) ja YAMK-opiskelijoita (n=12). Tutkimusklubeja varten ryhmät jaettiin kuudeksi pienryhmäksi, joissa jokaisessa oli kuusi hoitotyön (AMK) opiskelijaa sekä kaksi YAMK-opiskelijaa. Jokaiselle pienryhmälle varattiin oma, rauhallinen tila sekä mahdollisuus etäyhteyksiin, mikäli paikanpäälle saapuminen osoittautui mahdottomaksi pitkien etäisyyksien vuoksi. Tutkimusklubit järjestettiin Kajaanin ammattikorkeakoulun tiloissa. Tutkimusklubin aluksi YAMK-opiskelijat esittivät alustuksen hoitotyön opiskelijoille ennakkoon hyväksytyjen englanninkielisten hoitotieteellisten tutkimusartikkeleiden pohjalta. Opiskelijat olivat saaneet artikkelit ajoissa luettaviksi, ja he olivat valmistautuneet tutkimusklubiin laatimalla ennakkoon kysymyksiä sekä tehden muistiinpanoja lukemastaan artikkelista. Alustuksen jälkeen keskusteltiin niistä aiheista, joita artikkeleista nousi esille. Pääpaino keskusteluissa pyrittiin keskittämään artikkelissa käsiteltävien asioiden käytettävyyteen, sovellettavuuteen, merkityksellisyyteen sekä vaikuttavuuteen. (Ks. Mattila & Eriksson 2007.)

## 2.4 Mitä näyttöön perustuvasta hoitotyöstä opittiin?

Arviointi on oppimisen olennainen osa, joka liittyy oppijan metakognitiivisiin taitoihin. Arviointi mahdollistaa oman työskentelytavan kriittisen tarkastelun. Ihminen oppii parhaiten kokemuksista, mutta oppimisesta tulee tietoista vasta, kun sitä käsittelee aktiivisesti. Kriittisintä ja reflektiivisintä arviointi on silloin, kun se kohdistuu omaan toimintaan. Opiskelijan oman tavoitetason arvioinnin pitää olla aina itsearviointin kohteena. (Seppänen-Järvelä 2003; Leinonen 2012.)

Tutkimusklubien tavoitteena oli, että hoitotyön (AMK) opiskelijat ymmärtävät tutkimusklubin opetusmenetelmänä näyttöön perustuvan hoitotyön opetuksessa. Lisäksi tavoitteena oli saada palautetta tutkimusklubin sovellettavuudesta näyttöön perustuvan hoitotyön opetuksessa. Hoitotyön (AMK) opiskelijat arvioivat tutkimusklubitoimintaa onnistuneeksi ja hyvin soveltuvaksi opetusmenetelmäksi näyttöön perustuvan hoitotyön oppimisessa sekä tavaksi oppia tieteellisen prosessin soveltamista työelämään. "Journal Club on hyvä oppimismenetelmä", "Ehdottomasti parempi tapa syventyä tieteellisiin artikkeleihin, kuin että opiskelija yksin lukisi ja miettisi", "Opettavaisempi tapa mitä, että istuttaisi tunneilla kuuntelemassa opettajan selostuksia aiheista", "Positiivinen yllätys, vaatii työtä etukäteen, mutta on palkitseva." Myös Sandefur ja Gordy (2016) tuovat esille, kuinka valmistavassa koulutuksessa toteutetut tutkimusklubit kehittävät opiskelijoiden itseluottamusta arvioida, analysoida sekä raportoida tieteellistä tekstiä ja jopa itse kirjoittaa tieteellisiä tiivistelmiä. Lisäksi tutkimusklubit ovat osoittautuneet erinomaisiksi aktiivisen oppimisen ympäristöiksi kehittää opiskelijoiden näyttöön perustuvan tiedon soveltamista työelämään.

Yhteistyö YAMK-opiskelijoiden kanssa koettiin pääosin myönteisenä. Opiskelijat kirjoittivat, että "YAMK-opiskelijoiden työelämän asiantuntijuus näkyi istunnoissa erittäin hyvin", "Asiantuntijuus näkyi selkeästi kokemuksen ja tietona", "Toivat hyvin esille omaa työalaansa", "YAMK-väki oli tehnyt paljon ja huolellista pohjatyötä ja vaikutti itsekin innostuneelta asiasta". Lizarondo,

Grimmer-Somers, Kumar ja Crockett (2012) tuovat esille, kuinka tutkimusklubi on tehokas opetusmenetelmä juuri terveydenhuollon eri ammattiryhmien kesken toteutettaessa. Menetelmä kehittää osallistujien subjektiivista käsitystä eri ammattiryhmien näyttöön perustuvan tiedon ja käytänteiden soveltamisesta.



Kuva 2. Florian Schimböck ja Rauni Leinonen opiskelijaryhmänsä kanssa

Tutkimusklubeja käytetään terveydenhuollossa kehittämään opiskelijoiden kriittistä ajattelua. Lisäksi menetelmä rohkaisee opiskelijoista pysymään ajan tasalla oman alansa näyttöön perustuvasta tiedosta sekä analysoimaan ja yhdistämään sitä heidän koulutuksen aikaisiin kokemuksiin. (Arif, Gim, Nogid & Shah 2012.) Hoitotyön (AMK) opiskelijoiden mukaan tutkimusklubien onnistumisen kokemukseen vaikutti myös vieraskielisten tutkimusartikkeleiden lukeminen ja lukemisen ymmärtäminen. Opiskelijat kuvasivat, että "Englanninkieliset artikkelit laskivat selkeästi opiskelijoiden valmistautumisen tasoa", "Monelle tuntui englanninkieli olevan ongelma" sekä "Artikkeleiden suomentamiseen ja ymmärtämiseen meni paljon aikaa."

Etäyhteyksien toimimattomuus haittasi muutamissa klubeissa keskustelun sujuvuutta ja asioiden käsittelyä, jota seuraavat esimerkit osoittavat: "Yhteydet eivät toimineet", "Etäyhteyden kautta keskustelu oli toisinaan melko hankalaa" ja "Tekniikka oli molemmilla kerroilla heikoin lenkki".

YAMK-opiskelijat arvioivat tutkimusklubi kokemuksiaan kirjoittamalla ennakoon laatimiensa tavoitteiden perusteella raportin kunkin klubien jälkeen. Opiskelijat kirjasivat tutkimusklubeihin muun muassa seuraavia tavoitteita: 1) osaan kriittisesti hankkia ja arvioida kotimaista ja kansainvälistä tutkimustietoa, 2) osaan tuoda uutta tietoa arvioitavaksi ja sovellettavaksi käytännön hoitotyöhön, 3) osaan kehittää ja johtaa hoitotyön työmenetelmiä ja muutosprosesseja näyttöön perustuen, ja 4) osaan edistää toimijoiden, klubiin osallistuvien opiskelijoiden, näyttöön perustuvaa osaamisen kehittymistä.

Opiskelijat totesivat, että tutkimusklubin avulla näyttöön perustuvan hoitotyön käsite konkretisoitui hoitotyön arkeen: "Mahdollistimme opiskelijoiden valmiuksia soveltaa näyttöön perustuvaa toimintaa käytännön hoitotyöhön." Opiskelijat ilmaisivat myös, että klubitoiminta tulisi ottaa käyttöön jo opintojen alkuvaiheessa, jotta näyttöön perustuvaa hoitotyötä voisi opiskelijana hyödyntää käytännön harjoittelun aikana. Tutkimusklubi hoitotyön opetusmenetelmänä tukee opiskelijoiden asiantuntijuuden kehittymistä ja auttaa ymmärtämään näyttöön perustuvan hoitotyön merkitystä. Osa opiskelijoista valmistautui klubeihin perehtymällä tutkimusartikkeleiden lisäksi myös muiden lähteiden avulla (Hotus-sivusto, Hoitotiede, Tutkiva Hoitotyö ja Premissi, Pro terveys jne.), "jotta artikkeleihin liittyvä tieto olisi vahvemmin perusteltavissa ja analysoitavissa". Samalla kuin opiskelijat oppivat näyttöön perustuvaa hoitotyön kehittämistä, he oppivat lukemaan alan tutkimusartikkeleita ja tulivat tietoisiksi myös kansainvälisestä hoitotyön tutkimuksesta.

Burken, Schlenk, Sereika, Cohen, Happ ja Dorman (2005) toteavat, että opiskelijoiden suhtautuminen tutkitun tiedon käyttöä kohtaan on kielteistä. Kyseisen tutkimuksen mukaan näyttöön perustuvan ja käytäntöön keskittyvän tutkimusklubin käyttö ei muuttanut kielteisiä asenteita tutkittua tietoa ja



sen käyttöä kohtaan. Merkityksellistä oli kuitenkin se, että tutkimusklubi kehitti näyttöön perustuvaa tietoa ja sen käyttöä.

Pilotointiin osallistuneet YAMK-opiskelijat kuvasivat sitä, miten tutkimusklubeissa osallistujat innostuivat kertomaan kokemuksistaan hoitotyön arjesta ja harjoittelusta. He kyseenalaistivat esimerkiksi potilaan ihon hoitoon ja aseptiikkaan liittyviä käytäntöjä. Artikkeleiden tuloksia opittiin arvioimaan käytäntöön soveltamisen näkökulmasta ja tunnistamaan soveltamiseen liittyviä esteitä. YAMK-opiskelijoiden rooli oli pitää keskusteluissa esillä työelämän näkökulmaa. Keskusteluissa tuli esille se, miten työyhteisön kulttuuri vaikuttaa näytön käyttöönottoon. Opiskelijat kuvasivat, että usein jo periaatteellisella tasolla esiintyy työelämässä vastusta ja muutosvastarintaa uudistuksia kohtaan ja siksi esimiehen esimerkki näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämiseksi on merkityksellinen: "Opiskelijoiden puheissa ilmeni, että monessa työpaikassa on voimassa kulttuuri, että tehdään näin, koska on aina tehty ja esimiehillä, jos he ovat siitä kiinnostuneita, on iso työ saada ajatukset muuttumaan näyttöön perustuvaa toimintaa kohtaan myönteisemmiksi."

Tutkimusklubit auttavat opiskelijoita seuramaan uusinta tutkimustietoa ja madaltavat käytännön ja tieteen välistä kuilua. YAMK-opiskelijat kuvasivat, että tutkimusklubin "keskusteluiden aikana huomasin, kuinka perustutkinnon opiskelijat ovat vielä kehittymässä sairaanhoitajan rooliin ja selkeää kuvaa siitä, mitä sairaanhoitajan työ on, ei heillä vielä ollut. Heille sairaanhoitajan työ ja hoitaminen ovat juuri sitä konkreettista toimintaa ja jos sen osaat, niin hyvä. Uskon, että klubin avulla heidän ajatuksensa selkiytyivät asiaan ja he saivat käsityksen siitä, että hoitotyö perustuu aina näyttöön".

Tutkimusklubi kehittää myös opiskelijan taitoa ohjata ja hallita erilaisia ryhmiä: "Sain kokemusta vaikeammin hallittavasta ryhmästä ja koin onnistumisen iloa pystyessäni paikan päällä johtamaan toimintaa kohti klubille asettamiemme tavoitteita." Lisäksi opiskelijat kokivat oppineensa ratkaisemaan ongelmatilanteita, kun nettiyhteydet eivät onnistuneet: "Ratkaisimme sen luovasti puhelimen avulla kaiutinta käyttäen, hämmentymättä tilanteesta."

YAMK-opiskelijat arvioivat keräämiensä palautteiden perusteella, että hoitotyön opiskelijat olivat tyytyväisiä klubeissa käytyihin keskusteluihin ja kokivat ne ammatillista ja henkilökohtaista kehittymistä tukeviksi oppimistilanteiksi. Merkityksellistä oli juuri yhdessä ja kollegoilta oppiminen samoin kuin se, että hoitotyön toimintoja opittiin arvioimaan oman reflektoinnin avulla. Samalla opiskelijat ymmärsivät näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisen tarpeen niin yksilötasolla kuin laajemminkin hoitotyössä.

## 2.5 Hoitotyön tutkimusklubitoiminnan edelleen kehittäminen

Tutkimusklubin pilotointi osoitti, että hyvin suunniteltuna tutkimusklubi on merkittävä ja soveltuva opetusmenetelmä, jossa voidaan käsitellä tieteellisiä tutkimusartikkeleita käytännön- ja työelämäläheisesti. Näyttöön perustuvan hoitotyön opintojaksolta saatujen myönteisten kokemusten perusteella tutkimusklubitoiminta on tulevaisuudessa Kajaanin ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opetussuunnitelmissa osana näyttöön perustuvan hoitotyön opintoja. Tutkimusartikkeleiden kriittinen luku- ja arviointitaito on sosiaali- ja terveysalalta valmistuvan hoitotyön asiantuntijan ydinosaamista.

Saatujen palautteiden sekä itsearviointien perusteella tutkimusklubitoimintaa kehitetään sosiaali- ja terveysalan koulutuksen opetussuunnitelmata-solla. Tutkimusklubit suunnitellaan tukemaan opiskelijan asiantuntijuuteen kehittymistä siten, että ne integroidaan opiskelijoiden ammattiopintoihin. Näin tieteellisten tutkimusten lukutaito kehittyy suomenkielisten artikkeleihin perehtymisen kautta vaativimpiin vieraskielisten artikkeleiden kriittiseen lukemiseen ja hallintaan.

Tieto- ja viestintäteknologian kehittymisen myötä tutkimusklubitoimintaa voidaan edelleen kehittää toimivien etäyhteyksien kautta, jolloin osallistujien paikkasidonaisuudella ei ole merkitystä. Kansainvälisten yhteistyökorkeakoulujen opettajat ja opiskelijat voisivat tuoda mielenkiintoisen lisän tutki-

musklubeihin, jolloin englannin kieli olisi klubien työkieli. Joustavan tutkimusklubitoiminnan kannalta osallistujien fyysinen läsnäolo keskusteluissa ja heidän sitoutumisensa sovittuihin tavoitteisiin on merkityksellistä. Sitoutumisella tarkoitetaan tässä yhteydessä osallistujien valmistautumista tutkimusklubikeskusteluun perehtymällä huolellisesti istunnossa käsiteltävään artikkeliin.

Jotta YAMK-opiskelijat voivat toimia tutkimusklubien "valtuutettuina" ohjaajina tulevaisuudessa, pitäisi heidät perehdyttää näyttöön perustuvan hoitotyön opintojen ja klubitoiminnan suunnittelun aikana hoitotyön (AMK) opiskelijoiden näyttöön perustuvan hoitotyön oppimistavoitteisiin. Näin YAMK-opiskelijat pystyisivät jo opintojensa aikana ohjaamaan ja arvioimaan hoitotyön (AMK) opiskelijoiden osaamisen kehittymistä samalla, kun he tuovat klubeihin vahvan työelämän näkökulman. Myös hoitotyön opettajan ja YAMK-opiskelijan yhdessä ohjaama tutkimusklubi tukisi osaamisen kehittämisen jakamista ja perehdyttäisi opettajat tutkimusklubiin opetusmenetelmänä. YAMK-opiskelijat opiskelevat itse menetelmän ennen klubitoiminnan aloittamista. Tiimiopettajuutta soveltamalla klubitoimintaa voidaan hyödyntää ja kehittää usealla eri tavalla.

On tärkeää selkiyttää tutkimusklubitoiminnan pedagoginen perusta niin, että se ilmentää pedagogisen strategian mukaista opiskelijan oppimista. Miten klubitoimintaa tulee kehittää, jotta sen avulla voidaan osaltaan vastata ammattikorkeakoulumme strategian mukaisiin kehittämiskohteisiin eli digitaalisuuteen, älykkäisiin ratkaisuihin ja kansainvälisyyteen? Strategiamme haastaa myös monimuotoisten tutkimusklubien kehittämisen (ks. Milbrandt & Vincent 2004; Schimböck 2016).

Tutkimusten ja tutkimusartikkeleiden kriittinen lukeminen sekä tutkimustulosten tarkastelu ovat tärkeä osa näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Yhden ratkaisun tutkimusten hyödyntämiseen antaa tutkimusklubitoiminta, joka on hoitotyön koulutuksessa ja käytännön työelämässä merkittävä tutkimustietoisuuden ja osaamisen kehittämisen edistäjä. Uuden opetusmenetelmän kokeilu sinänsä oli opettavainen ja opettajuutta vahvistava kokemus.

## Lähteet

Arif, S. A., Gim, S., Nogid, A. & Shah, B. 2012. Journal clubs during advanced pharmacy practice experiences to teach literature-evaluation skills. *American Journal of Pharmaceutical Education* 76(5), Article 88. Viitattu 30.5.2016 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3386039/>

Ammattikorkeakoululaki 932/2014. Viitattu 1.6.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20140932>

Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. 2006. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistio ja selvityksiä 24. Koulutus- ja tiedepoliitiikan osasto. Opetusministeriö. Helsinki

Burke, L. E., Schlenk, E. A., Sereika, S. M., Cohen, S. M., Happ, M. B. & Dorman, J. S. 2005. Developing research competence to support evidence-based practice. *Journal of Professional Nursing* 21(6), 358–363.

Eriksson E., Korhonen T., Merasto M. & Moisio E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen –Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Ammattikorkeakoulujen terveystieteen verkosto ja Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Porvoo.

Kleinpell, R. M. 2002. Rediscovering the Value of the Journal Club. *American Journal of Critical Care* 11 (5), 412–414.

Koulutuksella osaamista asiakaskeskeiseen ja moniammatillisiin palveluihin. 2012. Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 7. Helsinki.

Laaksonen, C., Paltta, H., von Schantz, M., Ylönen, M. & Soini, T. 2012. Promotion evidence based nursing through nursing students´ and nurses´ shared learning 2010–2014. Teoksessa M. von Schantz & A. Heinola (toim.)

Expertise in health care and medication. Turun ammattikorkeakoulun julkaisu, Raportteja 128. Tampereen Yliopistopaino-Juvenes Print Oy. Tampere. 93–97.

Leinonen, R. 2012. Ammattikorkeakoulupedagogiikan kehittäminen. Opiskeluorientaatiot ja opinnäytetyön vertaistilanteet opiskelijoiden asiantuntijuuden kehittymisen tukena. Kasvatustieteiden tiedekunta. Oulun yliopisto. Kajaanin opettajakoulutusyksikkö. Acta Universitatis Ouluensis sarja E 124. Oulu.

Lizarondo, L. M., Grimmer-Somers, K., Kumar, S. & Crockett, A. 2012. Does journal club membership improve research evidence uptake in different allied health disciplines: a pre-post study. BMC Research Notes. 5:588. Viitattu 30.5.2016 <http://bmcresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-5-588>

Luby, M. & Riley, J. & Towne, G. 2006. Nursing Research Journal Club. Bridging the Gap Between Practice and Research. MEDSURG Nursing 15 (2), 100–102.

Mattila, L-R & Eriksson, E. 2007. Nursing students learning to utilize nursing research in clinical practice. Nurse Education Today 27, 568–576.

Mattila, L-R., Melender, H-L. & Häggman-Laitila, A. 2014. Tutkimusklubi näyttöön perustuvan hoitotyön implementoinnissa–järjestelmällinen katsaus. Viitattu 18.4.2016 [https://www.researchgate.net/publication/279226006\\_Tutkimusklubi\\_nayttoon\\_perustuvan\\_hoitotyon\\_implementationinissa\\_-\\_jarjestelmallinen\\_katsaus](https://www.researchgate.net/publication/279226006_Tutkimusklubi_nayttoon_perustuvan_hoitotyon_implementationinissa_-_jarjestelmallinen_katsaus).

Milbrandt, E. B. & Vincent, J-L. 2004. Evidence-based medicine journal club. Critical Care 8, 401-402. Viitattu 20.4.2016 <http://download.springer.com/static/pdf/449/art%253A10.1186%252Fcc3005.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fccforum.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2Fcc3005&token2=exp=1461048428~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F449%2Fart%25253A1>

0.1186%25252Fcc3005.pdf\*~hmac=0f0793ac5c9d4b5e22f91ad527ea5eb  
d26985742f0e4133ed6486af50a722272

Opinto-opas 2013–2014. 2013. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Hoitotyön koulutusohjelma. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Viitattu 19.4.2016 <http://kamk.fi/loader.aspx?id=f047548b-9600-46bc-a151-ec34e6b634e4>

Opinto-opas 2015–2017. 2015. Sosiaali- ja terveysala ylempi (amk). Kajaanin Ammattikorkeakoulu. Kajaani.

Patel, P.C., DeNigris, J., Chabot, J., Panzera, A., Dunn, R. & Conners S. 2011. Evidence-Based Practice and a Nursing Journal Club. An Equation for Positive Patient Outcomes and Nursing Empowerment. *Journal for Nurses in Staff Development* 27(5), 227–230.

Perälä, M-L., Toljamo, M., Vallimies-Patomäki, M., & Pelkonen, M. 2008. Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö. Kansallisen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman (2004 - 2007) arviointi. Stakes. Raportteja 28. Viitattu 18.4.2016 <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/raportit/R28-2008-VERKKO.pdf>

Rich, K. 2006. The Journal Club: A means to promote nursing research. *Journal of Vascular Nursing* 24 (1), 27–28.

Sandefur, C. I. & Gordy, C. 2016. Undergraduate journal club as an intervention to improve student development in applying the scientific process. *Journal of Collage Science Teaching*. March 45(4), 52–58.

Schimböck, F. 2016. Guided Journal Club. Critical Appraisal of Systematic Reviews. Luento 22.2.2016. Kajaanin Ammattikorkeakoulu.

Seppänen-Järvelä, P. 2003. Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa. Opas käytäntöihin. FinSoc työpapereita 1. Helsinki. Stakes.

Steenbeek, A., Edgecombe, N., Durling, J., LeBlanc, A., Anderson, R. & Bainbridge, R. 2009. Using an Interactive Journal Club to Enhance Nursing

Research Knowledge Acquisition, Appraisal and Application. *International Journal of Nursing Education Scholarship* 6 (1), 1–8.

St. Pierre, J. 2005. Changing Nursing Practice Through a Nursing Journal Club. *MEDSURG Nursing* 14 (6), 390–392.

Thompson, C. J. 2006. Fostering skills for evidence- based practice: The Student journal club. *Nurse Education in Practice* 6 (2), 69–77.

### 3 TUTKIMUSKLUBITOIMINNAN HYÖDYNTÄMINEN KÄYTÄNNÖN ESI- MIESTYÖSSÄ

Sari Hänninen ja Jaana Härkönen

#### Abstract

*The aim of the annual KAMK International Week is to present the activities of Kajaani University of Applied Sciences to the representatives of international partner universities and to deepen the cooperation between the partners further. As part of the International Week, the School of Health has organized two international intensive courses in evidence-based nursing. The purpose of this article is to describe what I learned during the 2016 international intensive course. In this article I will discuss how both the knowledge gained during the intensive course and the concept of journal clubs can be utilized to manage and develop work communities. It is important that management have the knowledge and expertise of the development of evidence-based nursing care and its implementation in practice. The management provide an example for the work unit and are responsible for the development of the work unit. Journal clubs provide a very useful tool for disseminating new evidence-based information among healthcare professionals to ensure high-quality nursing care in their own work units.*

Keywords: evidence-based nursing, international week, journal club, management



### 3.1 Johdanto

Kajaanin ammattikorkeakoulu järjestää vuosittain kansainvälisen viikon ulkomaalaisille yhteistyökorkeakouluilleen. Kolmannen kansainvälisen viikon tavoitteena on esitellä Kajaanin ammattikorkeakoulun toimintaa yhteistyökoulujen edustajille ja syventää entisestään koulujen välistä yhteistyötä. 3. kansainvälisen viikon, joka järjestettiin 22. - 26.2.2016, yleisteema oli yhteistyö työelämän kanssa. Viikon aikana sairaan- ja terveydenhoidon osaamisalueella järjestettiin toinen kansainvälinen intensiiviopintojakso nimeltään Implementing Evidence-Based Nursing Care. Opintojaksolle osallistui KAMK:n omien opettajien ja opiskelijoiden lisäksi opettajia ja opiskelijoita useista eurooppalaisista yhteistyökorkeakouluista. Saapuvat opettajat luennoivat sekä ohjasivat opiskelijoiden ryhmitöitä yhdessä KAMK:n opettajien kanssa. Intensiiviopintojakso tarjosi sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoille sekä ylempää ammattikorkeakoulututkintoa suorittaville opiskelijoille mahdollisuuden osallistua vieraskieliseen opetukseen sekä KAMK:n opettajille mahdollisuuden tiimiopettaa ja työskennellä yhdessä ulkomaalaisten opettajien kanssa. (Härkönen 2016.)

Kansainvälisen intensiiviopintojakson aikana ammattikorkeakoulun perus- ja ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskelijat sekä kansainväliset opiskelijat oli jaettu teemaryhmiin, joissa he kuuntelivat ulkomaalaisten opettajien luentoja eri aihealueista. Aihealueina kansainvälisellä viikolla olivat akuutti hoitotyö (acute nursing), potilasturvallisuus (safety in nursing), kotihoito (home care), tutkimus (research) ja näyttöön perustuva hoitotyö (evidence-based nursing). YAMK-opiskelijoiden ryhmäjaot oli tehty ajatellen heidän ammatillista osaamisaluettaan ja työkokemustaan. (Härkönen 2016).

Osallistuin kansainvälisellä viikolla research-ryhmän luentoihin. Luennot ryhmällemme piti saksalainen Florian Schimböck, joka työskentelee opettajana saksalaisessa Brandenburgin teknillisessä yliopistossa. Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvata kansainvälisen intensiiviopintojakson aikana

oppimaani. Tarkemmin käsittelen artikkelissani sitä, kuinka intensiivioipintojakson aikana tutkimusklubitoiminnasta saatua uutta tietoa voidaan hyödyntää esimiestyössä niin johtamisessa kuin työyhteisön kehittämisessä.

## 3.2 Käsitteiden määrittelyä

### 3.2.1 Näyttöön perustuva hoitotyö

Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittymisen edellytyksenä on näyttöön perustuvan hoitotyön sisällyttäminen koulutusohjelmiin sekä erilaisten toimintamallien ja hyvien hoitokäytänteiden levittäminen (STM 2009) ja koulutuksen ja työelämän välinen yhteistyö (STM 2008). Hoitotyön johtajien rooli on keskeinen hoitosuosituksen, toimintamallien sekä kirjallisuuskatsausten levittämisessä ja käyttöönotossa (Gifford ym. 2007). Heidän tehtävänä on luoda työyhteisöön toimintakulttuuri, joka aktiivisesti hyödyntää hoitotyön suosituksia ja systemaattisia kirjallisuuskatsauksia hoitotyön päätöksenteossa (Gifford ym. 2007; DiCenco ym. 2005; Tähkä 2012,8).

Näyttöön perustuva johtaminen on tiedolla johtamista, ja johtaja itse on johtamisen asiantuntija, jonka osaaminen, päätöksenteko ja toiminta perustuvat ajantasaiseen ja tutkittuun tietoon (Sarajärvi 2009), vahvaan kokemukseen ja riittävään johtamiskoulutukseen. Johtajalla itsellään on hyvät tiedonhankintataidot, ja hän osaa soveltaa tietoa omassa työssään. Hänellä on vahvaa osaamista johtamaltaan hoitotyön osa-alueelta sekä teoreettisesti että kliinisesti (Espinoza, Lopez-Saldana & Stonestreet 2009). Johtajalta edellytetään myös tutkimus- ja kehittämisosaamista, jotta hän kykenee soveltamaan sitä omassa työssään (Sarajärvi ym. 2011; Tähkä 2012, 13).

### 3.2.2 Tutkimusklubi

Hoitotyössä tutkimusklubi (journal club) tarkoittaa hoitotyöntekijöiden suunniteltua kokoontumista työpaikalla ja keskustelua kollegoiden kesken tutkimustiedon käytöstä hoitotyössä. Keskustelu pohjautuu esiteltäväksi valittuihin tutkimuksiin, ja tutkimustiedosta etsitään vastauksia nimettyyn hoitotyön ongelmaan. Organisaatiot pyrkivät tutkimusklubitoiminnalla edistämään potilasturvallisuutta, hoidon laatua, ja innovaatiotoimintaa. Tutkimusklubitoimintaa pidetään myös yhtenä keskeisenä keinona henkilöstön elinikäisen oppimisen tukemisessa. (Mattila, Melander & Häggman-Laitila 2014, 24.)

### 3.2.3 Lähijohtajana toimiminen

Osastonhoitajan työssä korostuu asiakaslähtöisten palvelukokonaisuuksien luominen ja niiden toimivuuden edistäminen, kyky sovittaa yhteen erilaisia palveluita ja kehittää toiminnan asiakaslähtöisyyttä. Näyttöön perustuvan toiminnan johtaminen ja tutkitun tiedon hyödyntäminen hoitotyössä ovat keskeisiä osastonhoitajan työssä. Myös johtamistyön tulisi perustua näyttöön ja edistää näyttöön perustuvia ajattelu- ja toimintatapoja työyksikössä. Näin palvelujen laatua, työyhteisön toimivuutta ja johtajatyötä voidaan kehittää. Perinteisen tulosohjauksen rinnalle on vahvasti noussut kokonaisvaltainen laadunhallinta, jossa korostuvat asiakaslähtöisyys, johdon ja henkilöstön sitoutuminen laatutyöhön, prosessien hallinta sekä terveystalouden laadun järjestelmällinen seuranta ja kehittäminen. (Kanste 2016.)

Hoitotyön lähijohtajan tehtävä on johtaa työyksikköä siten, että henkilökunta kykenee tekemään näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja kohtaamaan siihen liittyvät vaatimukset. Lähijohtaja voi vaikuttaa omalla esimerkillään perustamalla oman toimintansa näyttöön. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 82 - 90.) Tutkitun tiedon käyttämistä terveydenhuollon päätöksenteossa suositellaan. Suosituksen mukaan henkilöstö tarvitsee kriittisen lukutaidon taitojen kohentamista. Hoitotyön toimintakulttuuria tulee muuttaa siten, että hen-

kilöstö omaksuu kriittisen, reflektiivisen arvioivan asenteen työhönsä ja tekee hoitotyön päätökset tutkimustietoa ja hoitosuosituksia käyttäen. Henkilöstön tulee mahdollistaa potilaiden osallistuminen terveytensä ja sairautensa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. (Partanen & Perälä 1997, Erkkilä 2011, 1 - 2.)

### 3.3 Kansainvälinen viikko

Kansainvälisellä opintojaksolla research-ryhmän opettajina toimivat Florian Schimböck sekä Jaana Kempainen ja Rauni Leinonen. Florian Schimböckin luentojen aiheena oli näyttöön perustuva hoitotyö ja tutkimusartikkelien kriittinen lukutaito. Perustutkinto-opiskelijoiden mielestä luennot antoivat heille mahdollisuuden syventää tietämystään näyttöön perustuvasta hoitotyöstä. Tutkimusklubitoiminta ei ollut heille aivan vierasta, sillä he olivat jo muilla opintojaksoilla tutustuneet tutkimusklubitoimintaan YAMK-opiskelijoiden vetämissä tutkimusklubeissa, joissa käsiteltiin tutkimusartikkeleita. Ensimmäisen päivän luennot antoivat työkaluja, joilla tieteellisten julkaisuiden laatua voidaan arvioida. Luennoilla saimme kuulla mm. kuinka Saksassa opiskelijat käyttävät enemmän aikaa tieteellisten tekstien lukemiseen ja käsittelemiseen.

Intensiivikurssilla opiskelijat käsitelivät pienryhmissä seuraavia tutkimusartikkeleita, jotka esittelevät tutkimusklubitoimintaa eri muodoissa:

- Deenadaylan, Y., Grimmer-Somers, K. & Kumar. S. How to run an effective journal club: a systematic review.
- Berger, J., Hardin, H. K. & Topp, R. V. Implementation of a Virtual Journal Club in a Clinical Nursing Setting.
- Lizrondo, L., Kumar, S. & Grimmer-Somers, K. Online Journal Clubs: An Innovative Approach to Achieving Evidence-based Practice

Nämä ajankohtaiset artikkelit käsittelevät niin virtuaalitutkimusklubeja kuin tutkimusklubien tehokasta johtamista ja niissä esitettyjen ajatusten hyödyntämistä esimiestyössä. Artikkelien tarkoituksena oli herättää keskustelua pienryhmissä, joihin kaikkiin kuului ainakin yksi kansainvälinen opiskelija. Jokainen ryhmä käsitteli yhtä artikkelia ja teki lopuksi artikkelista yhteenvedon, jonka he esittelivät viikon aikana muille kansainväliselle opintojaksolle osallistuneille opiskelijoille. Perustutkinto-opiskelijat kirjoittivat viikon aikana myös englanninkielisen oppimispäiväkirjan, jossa he pohtivat oppimaansa.

### 3.4 Pohdinta

Nykyään hoitotyön asiakkaat ja potilaat ovat hyvin tietoisia siitä, että he ovat oikeutettuja laadukkaaseen hoitoon. Tämä haastaa hoitotyöntekijät ja lähijohtajat etsimään ajantasaista tietoa ja toteuttamaan laadukasta hoitoa.

On tärkeää, että lähijohtajalla on tietoa sekä taitoa näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisestä ja toteuttamisesta käytännössä. Lähijohtaja toimii yksikössä esimerkkinä, ja hänen vastuullaan on myös työyksikön kehittäminen. Lähijohtajan on helpompi johtaa yksikköä ja henkilökuntaa, jos hänen johtamisensa on näyttöön perustuvaa. Silloin hänen on helpompi perustella toimintaansa ja tekemiään ratkaisuja.

Johtajan tulee tunnistaa toiminnassa ilmeneviä ongelmia ja pyrkiä poistamaan toiminnan kehittämisen esteitä sekä luoda edellytyksiä kehittämiseen. Lähijohtajalta täytyy löytyä tutkimus-, kehittämis- ja innovaatio-osaamista. Siksi on hyvä, että ylempään ammattikorkeakoulututkintoon sisältyy tutkimusklubitoimintaa ja sen toteuttamista käytännössä. Näillä tunneilla tutkimusklubit toteutetaan siten, että vain yksi YAMK -opiskelija on fyysisesti läsnä luokahuoneessa perustutkinto-opiskelijoiden kanssa ja toinen YAMK -opiskelija on mukana etäyhteyden välityksellä. On tärkeää, että koulutuksen aikana YAMK-opiskelija saa kokemusta tutkimusklubien vetämisestä käytännössä, koska silloin hänen on helpompaa toteuttaa tutkimusklubitoimintaa myös työskennellessään lähijohtajana.

Hoitotyön johtajan on mahdollistettava työntekijöidensä kouluttautuminen tutkimusklubitoimintaan ja luotava työyksikköön sellainen ilmapiiri, jossa tunnistetaan ongelmia ja etsitään ratkaisuksi ajantasaista tutkittua tietoa. Erityisen tärkeää on, että sekä ammattikorkeakoulututkintoa että ylempää ammattikorkeakoulututkintoa suorittavat opiskelijat perehtyvät tieteellisiin tutkimuksiin ja tutkimusklubitoimintaan opintojen aikana. Silloin heillä on huomattavasti paremmat edellytykset sisällyttää tutkimusklubitoiminta osaksi jokapäiväistä hoitotyötä. Kun hoitotyöntekijöillä on valmiudet ja mahdollisuudet etsiä ajantasaista tietoa ja näin kehittää omaa työtään, he ovat myös sitoutuneempia työhönsä, koska he pystyvät perustelemaan, miksi jokin hoitoprosessi toteutetaan tietyllä tavalla.

Koska näyttöön perustuvan hoitotyön jalkauttaminen on usein ongelmallista, yksiköissä tulisi olla jo ennalta sovittuja toimintamalleja siitä, kuinka jalkauttaminen toteutetaan. Tutkimusklubitoiminta on yksi hyvä, uuden tutkitun tiedon tunnetuksi tekemisen väline työyksikön hoitohenkilökunnalle. Tulevaisuudessa tutkimusklubitoimintaa tarvitaan, jotta lähijohtajat voivat yhdessä henkilökunnan kanssa toteuttaa laadukasta hoitotyötä omissa yksiköissään.

## Lähteet

Berger, J., Hardin, H. K. & Topp, R. V. 2011. Implementation of a Virtual Journal Club in a Clinical Nursing Setting. *Journal for Nurses in Staff Development*, Vol. 27, No. 3, (May/ June 2011), 116 - 120.

Deenadaylan, Y., Grimmer-Somers, K. & Kumar, S. 2008. How to run an effective journal club: a systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14 (2008), 898 - 911.

DiCenco A, Guyatt G & Ciliska D. 2005. *Evidence-Based Nursing. A Guide to Clinical Practice*. Mosby, USA.

Erkkilä, T. 2011. Näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen tutkimuskлубien avulla. Metropolia ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 8.8.2016 <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/34776/Julkaistava-opn.pdf?sequence=1>

Espinoza DC, Lopez-Saldana A & Stonestreet JS. 2009. The pivotal role of the nurse manager in healthy workplaces. Implications for training and development. *Critical Care Nursing Quarterly*. 32 (4), 327 - 334.

Gifford W, Davies B, Edwards N, Griffin P & Lybanon V. 2007. Managerial Leadership for Nurses' Use of Research Evidence: An Integrative Review of the Literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 4 (3), 126 - 145.

Härkönen, J. 2016. Implementing Evidence-Based Nursing Care 2016. Moodle oppimisympäristö, Kajaanin ammattikorkeakoulu. Viitattu 8.8.2016

Kanste, O. 2016. Johtamisen haasteet osastonhoitajan työssä, näyttöön perustuva hoitotyö,

Sairaanhoitaja-lehti. Viitattu 8.8.2016 <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/johtamisen-haasteet-osastonhoitajan-tyossa/>

Lizrondo, L., Kumar, S. & Grimmer-Somers, K. Online Journal Clubs: An Innovative Approach to Achieving Evidence-based Practice. *Journal of Allied Health*, Spring 2010, Vol. 39, Number 1, 17 - 22.

Mattila, L-R., Melander, H-L. & Häggman -Laitila, A. 2014. Tutkimusklubi näyttöön perustuvan hoitotyön edistämässä ja implementoinnissa -järjestelmällinen katsaus. *Tutkiva hoitotyö* 12 (2), 23 - 35.

Moisanen, K. & Leinonen, R. 2015. Hoitotyön johtajien vastuu nph-toiminnan kehittämisessä. Näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen. Moodle oppimisympäristö, Kajaanin ammattikorkeakoulu. Viitattu 8.8.2016

Partanen Pirjo & Perälä Marja-Leena 1997. Menetelmien arviointi hoitotyössä. Kansallisen ja kansainvälisen tutkimuksen systemoitu kirjallisuuskatsaus. FinOHTAN raportti 7.Stakes. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201210159430> Viitattu 8.8.2016

Sarajärvi A. 2009. Näyttöön perustuva hoitotyö – kuvaus toimintamallin kehittämisestä. *Pro Terveys* 6, 10 - 14.

Sarajärvi A, Mattila L-R & Rekola L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. WSOY, Helsinki.

STM 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Viitattu 8.8.2016 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2919-7>

STM 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Viitattu 8.8.2016 <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504225861>

Tähkä, K. 2012. Näyttöön perustuvan hoitotyön johtaminen – koulutuksen arviointitutkimus. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 8.8.2016 [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20121049/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20121049.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20121049/urn_nbn_fi_uef-20121049.pdf)



## 4 COMMUNICATING WITH CHILDREN AND YOUNG PEOPLE

Communication involves a combination of verbal and non-verbal behaviours integrated for the purpose of sharing information. It is essential in enabling nurses to build and maintain therapeutic relationships, to enable information giving and gathering and to allow for informed consent.

It is recognised that when working with children there are many barriers to effective communication including the child's age and stage of development, cognitive ability, anxiety, language, distractions, medical condition/learning disability and previous hospital experience. Nurses working with children must have the ability to recognise these barriers and implement effective methods to overcome these.

There are specific communication skills to consider when communicating with children. Use of open and closed questions can support the nurse in gathering all necessary information and skillful communication uses a combination of both. Use non-threatening language where possible and ensure you clarify information. If too much information is given at one time the child will not retain the message as child will lose interest quickly.

Heron's Intervention analysis suggests six basic communication interventions useful when working with children. These include three authoritative categories; Prescriptive, Informative and Confronting interventions and three facilitative categories; Cathartic, Catalytic and Supportive communication.

Recognition of non-verbal communication is essential and Stickley (2011) suggests the use of the acronym SURETY when working with children. Nurses must be aware of the impact of their body language and the body language of children as often fear and anxiety is expressed through non-verbal communication.

Berlin and Fowkes (1983) provide an additional communication framework useful in ensuring effective communication and use the acronym LEARNER.

- **Listen:** Children should be listened to and their preferences taken into account. The United Nations Convention for the Rights of the Child recognises that children have the right to be consulted and information should be presented in a way the child understands to enable informed consent for treatment.
- **Explain:** The children nurse must have an awareness of the age and stage of development and must be able to adapt how information is shared. Use of play and awareness of the differing types of play, educative, normative and therapeutic play, can be useful can be beneficial as it supports non-threatening communication.
- **Acknowledge:** considering culture and the impact of this on interaction. It is also essential to develop awareness of additional communication needs such as communication aids, sign language or Makaton.
- **Recognise:** the rights of the child especially in hospital. The EACH charter, European Association for Children in Hospital, sets out standards for children's health care at times of illness
- **Negotiate:** Be family centred, encourage self-care and encourage family involvement in care.
- **External Liaison:** Collaboration with other health care providers and external parties and liaison with school/nursery/higher education helps to facilitate continuous and ongoing care.
- **Record:** Ensuring all communications are recorded to ensure effective handover of care and prevent miscommunication.

#### 4.1 Communication in Acute Nursing

Much is written on the impact of hospitalisation on the child including social and educational regression; inability to cope with fear and anxiety; temperament changes; separation anxiety and the impact on social, cognitive, emotional and social development. Staff working with children must be aware of these factors and work to prevent the impact on the child.

Children are exposed to invasive procedures during hospitalisation which invokes anxiety and fear. It is essential to manage these procedures well to reduce distress both at the time and during future procedures; to minimise professional time and stress and to prevent fear of invasive procedures.

The British Psychological society suggests seven steps to preparing a child for an invasive procedure:

- Assessment of previous experiences - Consider previous experience in particular previous coping mechanisms.
- Enhancing motivation - Consider the use of specific behaviour tools such as use of reward based systems and cognitive restructuring.
- Providing information - Ensure the information is timely and age appropriate. Consider how much information is actually required and whether it will be beneficial. Avoid use of jargon, use non-threatening words and avoid giving false reassurance, for example, never tell a child a procedure will be pain free.
- Setting up the right environment - Avoid undertaking an invasive procedure in the area the child considers 'safe'. Use a treatment room rather than the child's bed space. Ensure any equipment is out of sight as this can be anxiety provoking for the child.
- Consideration of appropriate pharmacological interventions - Research has demonstrated the benefit of pharmacological interven-

tions when used with other preparation strategies. Distraction therapy is a practice used commonly with children to enable a child/young person to reduce anxiety and pain by focusing on something other than the procedure. Distraction enables the child to feel positive about their treatment and empowers them to take control, the more absorbed in the distraction - the more the pain is reduced.

- Give the child appropriate control - It can be helpful to develop a collaborative plan of how the child would like the procedure to be carried out. This allows the child to have a sense of control, reduces feelings of uncertainty and helplessness and thereby reduces fear.
- Involve parents/ carers - Consider whether the parents have a severe procedural fear as this may be mirrored by the child. Wherever possible parents/carers should be actively involved.

Post procedural debrief is recommended to evaluate the child/young person's experience, to provide an opportunity to consider improvements for future treatments and to create a positive end to the experience.

## Sources

Berlin, E.A. and Fowkes, W.C. 1983. A teaching framework for cross-cultural health care. *Western Journal of Medicine*, 139(6), pp. 934 - 938.

Egan, G. 2007. *The skilled helper*. 8th ed. Belmont CA: Thomson Brooks/Cole.

Glasper, A. and Richardson, J. (eds). 2010. *A Textbook of Children's and Young People's Nursing*. London: Churchill Livingstone.

Glasper, A., Aylott, M. and Battrick, C. 2010. *Developing Practical Skills for Nursing Children and Young People*. London: Hodder Arnold Ltd.

Kilk, A.M., Van Hoof, R. and Fiedeldij M.J.C. 2001. Preparing children for venepuncture. The effect of an integrated intervention on distress before and during venepuncture. *Child: care, health and development*, 26(3) pp. 251 - 260.

Peate, I. and Whiting, L., 2006. *Caring for Children and Families*. Chichester: Wiley & Sons.

Stickley, T. 2011. From SOLER to SURETY for effective non-verbal communication. *Nurse education in Practice*, 11(6), pp. 395 - 398.

The British Psychological Society. 2016. *Good Practice Guidelines: Evidence-based Guidelines for the Management of Invasive and/or Distressing Procedures with Children*. [online]. England: The British Psychological Society. Available from: <http://www.bpsshop.org.uk/Good-Practice-Guidelines-Evidence-based-Guidelines-for-the-Management-of-Invasive-andor-Distressing-Procedures-with-Children-P1190.aspx> [Accessed 15 February 2016].

## 5 VIESTINTÄ HOITOTYÖSSÄ

Lea Päiveröinen ja Jaana Härkönen

### Abstract

*The purpose of this article is to describe the importance of verbal and non-verbal communication in nursing and superior work. The aim is to reflect on the experiences of students who participated in an international intensive course in evidence-based nursing and their notions regarding communication. Communication is considered one of the most important sub-areas in nursing. Confidential and effective relationship between the superior and employee increases employee motivation and work satisfaction.*

Keywords: communication, non-verbal communication, verbal communication

## 5.1 Johdanto

Helmikuussa 2016 Kajaanin ammattikorkeakoulun sairaan- ja terveydenhoidon osaamisalueella järjestettiin kansainvälinen intensiiviopintojakso, jonka aiheena oli näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttaminen. Opintojaksolle osallistui 19 sairaanhoitajaopiskelijaa Belgiasta, Saksasta ja Skotlannista sekä 52 suomalaista sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijaa. Luennoitsijat tulivat Skotlannista, Alankomaista, Belgiasta, Saksasta sekä Sloveniasta.

Opintojakson aikana opiskelijat osallistuivat luennoille ja ryhmiin. He myös kirjoittivat ryhmäoppimispäiväkirjan, jossa he kuvailivat omia kokemuksiaan kansainvälisestä opintojaksosta ja luennoista sekä näkemyksiään näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamisesta oman teemaryhmänsä vierailevan luennoitsijan aihealueen pohjalta. Tämä artikkeli perustuu osin ryhmien oppimispäiväkirjoihin. Oman teemaryhmäni aihealue oli akuutti hoitotyö ja vieraileva luennoitsija Isla Fairley, jonka luennot käsittelivät viestintää hoitotyössä.

## 5.2 Vuorovaikutus hoitotyössä

Ihminen oppii vuorovaikutusta jo varhaislapsuudessa, ja oppiminen jatkuu kokemusten kautta läpi koko elämän. Kuitenkin uusi vuorovaikutuksellinen kohtaaminen on aina jonkinlainen sosiaalisten taitojen näyttö.

Viestintätaidot ovat merkittävä osa vuorovaikutusosaamista, sillä viestintätaidot tekevät näkyviksi myös vuorovaikutusosaamisen muita ulottuvuuksia. Viestintätaitoja voidaan ryhmitellä monella eri tavalla: synnynnäisiin ja opittaviin taitoihin, puhumisen, kuuntelemisen ja havainnoinnin taitoihin, esiintymisen ja ryhmäviestinnän taitoihin, sanallisiin (verbaalisiin) ja sanattomiin (nonverbaalisiin) taitoihin sekä eri funktioita toteuttaviin taitoihin. (Nyystilä 2007, 18.)

Hoitaminen on vuorovaikutuksellinen ja läsnä olemisen tapahtuma, ei pelkästään kliininen hoitotoimenpide. Sosiaalisuus, vuorovaikutuksellisen kohtaaminen ja avoimuus kuuluvat osana hoitamisen piirteeseen. Hoitotyössä korostetaan sen inhimillistä luonnetta. Vaikka inhimillisyydelle annetaan pääasiassa humanistinen arvo, on sen havaittu vaikuttavan myös tuottavuuteen ja taloudellisuuteen työn viihtyvyyden kautta. Työssä koettu ilo ja tyytyväisyys kertovat onnistumisesta eri kohtaamisissa ihmisten kanssa.

Tehokas, tuloksia tuottava viestintä on tärkeää, koska se on työkalu työskenneltäessä potilaiden kanssa. Jos viestintä toimii hyvin potilaan ja hoitajan välillä, saa hoitaja tärkeää tietoa potilaan tilanteesta. On myös tärkeää, että yhteistyö potilaan ja hoitajan välillä on luottamuksellista.

Tämän päivän työelämässä vuorovaikutuksen merkitystä ei voida väheytyä. Nykyinen työelämä odottaa työntekijöiltään monipuolista vuorovaikutusosaamista. Vuorovaikutusosaamisen käsitteillä tarkoitetaan yksilön viestinnällistä toimintakykyä, jonka avulla hän toimii ammatissaan. Vuorovaikutusosaamisella siis tarkoitetaan niitä ihmisten väliseen vuorovaikutukseen liittyvät tietoja, taitoja, erilaisia kykyjä ja ominaisuuksia sekä asenteita ja ymmärrystä, joita tarvitaan jokapäiväisissä työtehtävissä. Vuorovaikutusosaaminen lomittuu työntekijän ammatilliseen osaamiseen. Vuorovaikutusosaaminen nähdäänkin yhtenä ammattiosaamisen ulottuvuutena, ei pelkästään ammattiosaamisen yhtenä erityisosana tai alueena. (Nyystilä 2007, 6.)

### 5.3 Sanallinen ja sanaton viestintä

Viestintä on aina myös symbolista. Vuorovaikutus toteutuu merkkijärjestelmien kuten sanallisten tai sanattomien viestien avulla. Viesti on mikä tahansa symboli, merkki tai niiden kooste, jolle on annettu tai on annettavissa merkitys. Sanallinen viestintä on ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa keskeistä. Sanattoman viestinnän voidaan ajatella olevan erityisesti tunteiden ja asenteiden ilmaisun kieli. (Nyystilä 2007, 8.)



Kansainväliselle opintojaksolle osallistuneet opiskelijat kokivat, että he voivat hyödyntää luennoilla käsiteltyjä, sanalliseen ja sanattomaan viestintään liittyviä asioita niin viestinnän opinnoissa kuin työelämässä. Opiskelijoiden mielestä viestintä on yksi tärkeimmistä hoitajan työkaluista ihmisten kanssa työskennellessä. Kansainvälinen opintojakso lisäsi opiskelijoiden uskallusta puhua vierasta kieltä sekä antoi heille eväitä käyttää sanatonta viestintää silloin, kun sanat eivät riitä.



Kuva 3. Isla Fairley ja Taina Romppanen opiskelijaryhmänsä kanssa

Luennoilla viestinnän tärkeyttä käsiteltiin lapsipotilaan tai nuoren ja hänen perheensä kautta, mutta sanallisen ja sanattoman viestinnän tärkeys tulee esille hoitotyön kaikilla osa-alueilla ja eri potilasryhmien kanssa. Lapsipotilaan ja hänen omaistensa kanssa viestiessä tulee huomioida lapsen kasvun ja kehityksen vaihe. Lapsen ohjauksen tulee tapahtua lapsen kypsyyttä vastaavalla tavalla. Lasten kanssa työskentelevä sairaanhoitaja tulkitsee lapsen antamia sanallisia ja sanattomia viestejä havainnoimalla kokonaisvaltaisesti lasta ja hänen toimintaansa. Pieni lapsi ilmaisee itseään hyvin paljon

ilmeillä ja eleillä. Koulu- ja murrosikäiset pystyvät viestimään paremmin sanallisesti ja järkeilemään toimintaansa sekä kykenevät yhteistyöhön eri tavalla kuin esimerkiksi leikki-ikäiset. (Tuomi 2008, 21).

Vuorovaikutus lasten kanssa edellyttää asiantuntijoiden mukaan sairaanhoitajilta taitoa viestiä eri-ikäisten lasten kanssa. Viestintään liittyy herkkyyys havainnoida lasta ja tulkita hänen viestejään. Vuorovaikutustilanteessa asiantuntijat korostavat sairaanhoitajan aitoa läsnäoloa ja taitoa herättää lapsen luottamus avoimen ja luottamuksellisen hoitosuhteen syntymiseksi (Tuomi 2008, 66).

#### 5.4 Viestinnän merkitys näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisessä

Oppimispäiväkirjoista tuli esille, että hoitotyön opiskelijat olivat kokeneet näyttöön perustuvan hoitotyön ja käytännön hoitotyössä vallitsevien toimintatapojen välillä olevan useita ristiriitoja kuten asenteet, viestinnän ja tiedon puute. Näyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen hoitotyössä koetaan sekä haasteelliseksi että hyvinkin helpoksi. Näyttöön perustuvan hoitotyön käyttöönotossa tulisi olla hyvät tiedot siitä, kuinka hoitotyöntekijöitä motivoidaan hyödyntämään näyttöön perustuvaa tietoa käytännön hoitotyössä. Vanhat uskomukset ovat tiukassa ihmisten mielissä. Opiskelijat kokivat mielenkiintoiseksi – muttei kovinkaan myönteiseksi – sen, että ryhmän lukeman artikkelin perusteella näyttöön perustuva tieto ei vielä ole siirtynyt käytännön hoitotyöhön.

Oppimispäiväkirjoissa kuvattiin näyttöön perustuvan tiedon käyttöönoton keinoiksi hoitotyöntekijöiden päivitetyt ja riittävät tiedot sekä hyvä, rakentava ja avoin keskustelu, joka mahdollistaa tiedon vastaanoton ja antamisen. Näyttöön perustuva tieto sekä keinot, joiden avulla tietoa voidaan hyödyntää käytännössä, pitäisi perustella jokaiselle hoitotyöntekijälle.

Esimiehen ja työntekijän välinen viestintäsuhde on sosiaalinen tapahtuma niin laadultaan kuin määrältään. Kun esimiehen ja työntekijän väliseen vuo-

rovaikutussuhteeseen on panostettu ja sekä sanallinen että sanaton viestintä huomioitu johtamiskäytännöissä ja prosesseissa, viestintäsuhde on luottamuksellinen ja yhteistyö onnistuu (Brunetto, Farr-Wharton & Shacklock 2011, 229).

## 5.5 Viestinnän merkitys esimiestyössä

Johtamisessa yhdistyvät monenlaiset viestintäsuhteet, ja johtajan työ sisältää monenlaisia viestintä- ja vuorovaikutustilanteita, jotka voivat liittyä johtajan ja johdettavan kahdenvälisiin vuorovaikutussuhteisiin, ryhmän sisäiseen viestintään, organisaatioon ja sen ulkopuolisiin verkostoihin. Johtamisessa tarvitaan monenlaisia vuorovaikutustaitoja kuten taitoa ilmaista itseään sanallisesti ja sanattomasti, kuunnella ja havainnoida, mukautua ja mukauttaa omaa vuorovaikutuskäyttäytymistään toisten vuorovaikutuskäyttäytymiseen sekä taito välittää omaa persoonallisuuttaan (Rouhiainen-Neunhäuserer 2009, 42).

Esimiesten vuorovaikutusosaaminen vaikuttaa merkittävästi työntekijöiden viestintä- ja työtyytyväisyyteen. Esimiestyössä tarvittavaa vuorovaikutusosaamista ja -taitoja on mahdollista oppia ja kehittää. Tällaisia esimiesten työnkuvaan liittyviä taitoja ovat muun muassa kuuntelemisen taidot tai palautteen vastaanottamisen ja antamisen taidot (Nyystilä 2007 7, 12).

Kuuntelemisen merkitystä johtamisen kontekstissa on tutkittu paljon. Tutkimuksissa on todettu, että kuuntelemisen taito on merkittävä työntekijöiden työtyytyväisyyden sekä yksilön ja organisaation menestymisen kannalta. Siksi voidaan ajatella, että esimies hyvänä kuuntelijana pystyy mukautumaan vallitsevan vuorovaikutustilanteen vaatimuksiin ja toimimaan tilanteessa tehokkaasti, tarkoituksenmukaisesti ja tavoitteellisesti. (Nyystilä 2007, 26.)

Esimesviestinnän ja esimiesten vuorovaikutusosaamisen antama sosiaalinen tuki ilmenee työntekijöiden tukemisena ja kannustamisena sekä ym-

määräyksen ja tuen ilmaisemisena. Henkilöstöä tukevalla viestinnällä on todettu olevan työntekijöiden hyvinvointia lisäävä vaikutus. Saadun tuen on todettu lisäävän työssä jaksamista, stressin sietämistä ja työmotivaatiota. Australialaisessa tutkimuksessa havaittiin, että esimiehen ja alaisten välinen toimimaton viestintäsuhde vaikuttaa muun muassa hoitotyöntekijöiden kokemuksiin mahdollisuuksiin vaikuttaa työhönsä, mikä puolestaan vaikuttaa merkittäväksi heidän sitoutumiseen työhön ja organisaatioon (Brunetto ym. 2011, 234). Hyvä esimies antaa työntekijöille konkreettisesti aikaa ja kuuntelee, mitä työntekijöillä on sanottavana. Jokainen haluaa olla työssään tarpeellinen, ja tämä on esimiehen kyettävä osoittamaan. Kannustava viestintä ja empatia voidaan nähdä myös kuuntelemisen taitona eli taitona nähdä asia tai tilanne toisen osapuolen näkökulmasta. (Nyystilä 2007, 27; Terävä & Mäkelä-Pusa 2011, 9 - 10.)

Esimiesten sanattoman viestinnän merkitys korostuu, kun tarkastellaan, mitä esimerkiksi ilmeet, eleet ja äänenpainot merkitsevät ja miten niitä tulkitaan luotaessa mielikuvia esimerkiksi esimiehen luotettavuudesta ja yhteistyöhalukkuudesta. Yhtenä esimiesten vuorovaikutustehtävänä onkin pyrkiä varmistamaan, että viestit saavat niille tarkoitetut merkitykset. Vuorovaikutuksen symbolisuuden ymmärtäminen lisää ymmärrystä myös siitä, että esimiestyössä tärkeää ei ole vain se, mitä sanotaan, vaan myös miten sanotaan. Sanattoman viestinnän havaitsemisen ja tulkitsemisen taitoja voidaan pitää myös osana kuuntelemisen taitoja. Tällaisia sanattoman viestinnän havaitsemisen taitoja ovat muun muassa merkitysten ymmärtäminen, äänensävyjen, ilmeiden ja eleiden sekä muiden sanattomien vihjeiden havaitseminen ja tulkitseminen (Nyystilä 2007, 8, 25).

Esimiestyössä, kuten muissakin tehtävissä, oma osaaminen lisääntyy kokemuksen myötä. Voidaankin puhua johtajaksi kasvamisesta eli siitä, kuinka esimies löytää oikean suhteen oman itsensä, työyhteisönsä ja muun organisaation välille (Terävä & Mäkelä-Pusa 2011, 9). Esimiehen ja työntekijän välisen hyvän viestintäsuhteen koetaan edistävän vuorovaikutusta ja työskentelymotivaatiota sekä sitoutumista työhön ja työskentelyorganisaatioon (Brunetto ym. 2011, 235).

## Lähteet

Brunetto, Y., Farr-Wharton, R. & Shacklock, K. 2011. Supervisor-Subordinate Communication Relationships Role Ambiguity, Autonomy and Affective Commitment for Nurses. *Contemporary Nurse* 39(2), 227 - 239.

Duignan, D. 2015. The acute management of wheezy children in primary care – A primary care initiative. *Nursing in General Practise*, July 2015. 32 - 35.

Harolds, L. & Hurst, H. 2016, 'Preventing workplace injuries among perinatal nurses', *Nursing for women's health*, vol. 20, pp 99 - 108.

Laine. M., Tähtinen. A., Ruuskanen. O., Löyttyniemi. E. & Ruohola A. 2015. Can trainee nurses exclude acute otitis media with tympanometry or acoustic reflectometry in symptomatic children? *Scandinavian journal of primary health care*.

Nyystilä, J. 2007. Esimiesten vuorovaikutusosaaminen. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos. Puheviestinnän pro gradu -tutkielma. Viitattu 15.8.2016. Pysyvä linkki julkaisuun: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-2007229>

Rouhiainen-Neunhäuserer, M. 2009. Johtajan vuorovaikutusosaaminen ja sen kehittyminen. Johtamisen viestintähaasteet tietoperustaisessa organisaatiossa. Jyväskylän yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 29.8.2016. Pysyvä linkki julkaisuun: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-3759-1>

Stickley, T., 2011. From SOLER to SURETY for effective non-verbal communication. *Nurse Education in Practice*, 11 (6) pp.395-398.

Terävä, K. & Mäkelä-Pusa, P. 2011. Esimies työhyvinvointia rakentamassa. *Kuntoutussäätiö*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Tuomi, S. 2008. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.  
Pysyvä linkki julkaisuun: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-27-1066-9>

## 6 THE NURSE'S ROLE IN PALLIATIVE CARE EMERGENCIES

Zvonka Fekonja and Majda Pajnikihar

The emergency department is a care setting where patients are essentially unknown and potentially acutely ill or injured, and the emergency nurse can be the driver of care and advocacy for these patients (Wolf et al., 2015). While emergency departments frequently are characterized as fast-paced, heroic environments, many patients present in the emergency department with chronic end-stage diseases, terminal illnesses, and other physiologic issues that are incompatible with life (Pitts, Niska, Xu, & Burt, 2008). These patients do not require resuscitation or life-saving procedures but would benefit more from palliative and end-of-life care (Norton, Hobson, & Kulm, 2011).

Palliative care is defined as care that “affirms life and regards dying as a normal process, intends to neither hasten or postpone death and is focused on relieving suffering (physical, spiritual, or psychological)” and also as “patient- and family-centered care that optimizes quality of life by anticipating, preventing, and treating suffering” (Bekelman, Hutt, Masoudi, Kutner, & Rumsfeld, 2008). Palliative care also “uses a team approach to address the needs of patients and their families” (Norton et al., 2011). It includes “providing relief from pain and other distressing symptoms, integrating psychological and spiritual aspects of patient care, enhancing quality of life and facilitating patient autonomy” (Bekelman et al., 2008) and “helping the family and patient to cope during illness and after death” (Norton et al., 2011). Patients with a wide range of ages and conditions such as cancer, terminal respiratory diseases, cardiac failure, profound intellectual and physical disability, and advanced dementia pose a challenge in the emergency department because the majority appears not to have access to palliative care options, in particular those with non-cancer conditions. Palliative care should be provided and based on patient and family needs (Bekelman et al., 2008).

It is critical to recognize that palliative care is not only end-of-life care, but should be concurrent with life-prolonging treatment from the time a life-limiting illness is diagnosed. Ultimately, patients with acute oncological emergencies routinely present to GPs and emergency departments (ED), often outside normal working hours. Improved awareness among healthcare professionals of patients presenting with oncological emergencies will help to ensure prompt assessment, referral and treatment, and improve outcomes (Gabriel, 2012). Individual assessment is paramount as treatment will be influenced by patient wishes, extent of disease, quality of life and aims of care. Nursing care ranges from psychological care and education for relatively well and recently diagnosed patients to total holistic nursing care of dependent patients to optimize the quality of life that remains (Rosser, 2007).

Therefore, end-of-life cancer research has suggested that with appropriate supports, education, and symptom control, many ED visits can be prevented. Moreover, many cancer patients prefer to be cared for and die at home. Patients want to avoid ED visits because they are exhausting, distressing, and disruptive and because they often lead to a hospital admission (Seow et al., 2016). Improved training of primary care givers (physicians and nursing staff) as well as a closer cooperation between emergency and palliative medicine can optimize patient-oriented care and reduce the number of unwanted hospital admissions. This would make it possible to fulfill the patient's wish to "die at home" more often (Wiese et al., 2008).



## Sources

Bekelman, D. B., Hutt, E., Masoudi, F. A., Kutner, J. S. & Rumsfeld, J. S. (2008). Defining the role of palliative care in older adults with heart failure. *International Journal of Cardiology*, 125(2), 183 -190.

Gabriel, J. (2012). Acute oncological emergencies. (Art & Science). *Nursing Standard*, 27(4), 35.

Norton, C. K., Hobson, G., & Kulm, E. (2011). Palliative and End-of-Life Care in the Emergency Department: Guidelines for Nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 37(3), 240 - 245.

Pitts, S. R., Niska, R. W., Xu, J., & Burt, C. W. (2008). National hospital ambulatory medical care survey: 2006 emergency department summary. *Natl Health Stat Report*, 7(7), 1- 38.

Rosser, M. (2007). Palliative care emergencies. 2: Management. *Nursing Times*, 103(34), 26 - 27.

Seow, H., Barbera, L., Pataky, R., Lawson, B., O'Leary, E., Fassbender, K., McGrail, K., Burge, F., Brouwers, M. & Sutradhar, R. (2016). Does Increasing Homecare Nursing Reduce Emergency Department Visits at the End of Life? A Population-Based Cohort Study of Cancer Decedents. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(2), 204 - 212.

Wiese, C. H. R., Vossen-Wellmann, A., Morgenthal, H. C., Popov, A. F., Graf, B. M., & Hanekop, G. G. (2008). Emergency calls and need for emergency care in patients looked after by a palliative care team: Retrospective interview study with bereaved relatives. *BMC Palliative Care*, 7(1), 11.

Wolf, L. A., Delao, A. M., Perhats, C., Clark, P. R., Moon, M. D., Baker, K. M., Carman, M. J., Zavotsky, K. E. & Lenehan, G. (2015). Exploring the Management of Death: Emergency Nurses' Perceptions of Challenges and Facilitators in the Provision of End-of-Life Care in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 41(5), e23 - e33.

## 7 PALLIATIVE CARE EMERGENCIES IN SLOVENIAN NURSING HOMES

Irena Toš, Dubravka Sancin and Zvonka Fekonja

Palliative care of the elderly should be continuous and comprehensive, and therefore nurses have an indispensable role in palliative nursing care. Early identification of disruptive symptoms is very essential, because, if identified early, disruptive symptoms do not develop into emergencies. Palliative emergency situations are defined as a necessary condition of residents with an incurable illness in the palliative stage of the disease. High probability is associated with the progression of the underlying disease, which enables us to anticipate in advance the occurrence of some certain emergency situations and prepare for them.

The aim of the research was to study palliative care in a nursing home setting and to describe the specifics of emergency situations among the elderly in palliative care. We used a descriptive and quantitative method of work. A cross-sectional research design was applied and an anonymous survey conducted among nurses and nursing technicians working in nursing homes.

The results showed that nurses often encountered older people in palliative care and that both disturbing symptoms and emergencies appeared. The most common disturbing symptoms among the elderly as identified by the respondents were pain, weakness and shortness of breath. Due to the occurrence of pulmonary embolism, acute dyspnea and acute bleeding, most nurses frequently called the prehospital unit of emergency department. The elderly were too often sent to the hospitals unnecessarily because of wishes and demands of their relatives.

Palliative care of the elderly should be based on good cooperation with the frail elderly, relatives and health personnel. Good cooperation is the basis for easier and more accurate decisions that comply with the wishes of the sick at the time of an emergency situation. It is necessary to inform patients and caregivers of what might be happening and what they can do in an emergency situation. It is also important to discuss end-of-life issues and what is possible in case of an emergency. Home is also the place where most patients with an incurable disease want to spend their last period of life. Unfortunately, this desire often does not reflect the real situation and patients are too often sent to hospital unnecessarily, sometimes only due to lack of appropriate support for the patient and their carers by home care. Good care of patients with an incurable illness at home requires at least two preconditions: relevant comprehensive support from health professionals and appropriate knowledge of patients and their families.

## 8 PALLIATIIVISEN SYÖPÄPOTILAAN HOITO AKUUTISSA TERVEYDENHUOLLOSSA SEKÄ KO-TISAIRAAZHOIDON VAIKUTUKSET HÄTÄPUHELUIDEN MÄÄRÄÄN

Anna-Kaisa Chen ja Jaana Härkönen

### Abstract

*The aim of the 2nd international intensive course in evidence-based nursing (EBN) organized in the School of Health at Kajaani University of Applied Sciences was to increase students' knowledge of EBN and its implementation. During the course students read articles on different subjects one of which was palliative care. The articles discussed end-of-life care in the emergency department and the influence of a palliative care team on reducing emergency calls made by cancer patients. The care of a palliative patient needs to be planned carefully. Education is needed for nursing staff and doctors to avoid unnecessary hospital transfers and to hear patients' wishes.*

Keywords: palliative care, end-of-life care, international intensive course

## 8.1 Johdanto

Helmikuussa 2016 Kajaanin ammattikorkeakoulussa järjestettiin kansainvälinen viikko, jonka aikana sairaan- ja terveydenhoidon osaamisalueella järjestettiin toinen kansainvälinen, näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämiseen liittyvä englanninkielinen intensiivipintojakso, jonka aiheena oli näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttaminen. Opintojakson tavoitteena oli, että opiskelijat osaavat käyttää ajantasaista, hoitotieteellistä ja näyttöön perustuvaa tietoa suunnitellessaan, toteuttaessaan, arvioidessaan ja kehittäessään hoitotyötä sekä omaa osaamistaan ja että he saavat kansainvälisiä näkökulmia näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Opintojaksolle osallistui opiskelijoita ja opettajia Saksasta, Alankomaista, Sloveniasta, Belgiasta, Skotlannista ja Suomesta.

Opintojakson aikana opettajat pitivät luentoja eri aiheista, ja opiskelijoiden tehtävänä oli tutustua pienryhmänsä teeman mukaisiin artikkeleihin ja työstää artikkeleista ryhmätyönä esitys muille opiskelijoille. Lisäksi opiskelijat kirjoittivat reflektioivan oppimispäiväkirjan opintojaksosta omissa pienryhmissään. Ensimmäisen vuoden ylempien ammattikorkeakouluopiskelijoiden tehtävänä oli lisäksi kirjoittaa artikkeli oppimispäiväkirjojen pohjalta. Tämä artikkelin aihe on palliatiivinen hoito ja palliatiivisen potilaan hoito päivystyspoliklinikalla.

WHO:n mukaan palliatiivinen hoito on potilaan aktiivista kokonaishoitoa silloin, kun tauti ei ole enää parannettavissa. Saattohoito katsotaan osaksi palliatiivista hoitoa. Palliatiivisella hoidolla tavoitellaan potilaalle sekä hänen omaiselleen parasta mahdollista elämänlaatua. Hoitoa ohjaavien päämäärien mukaisesti kuolema nähdään elämän normaalina päätepisteenä, kuolevan oireita lievitetään, kuolevalle tarjotaan psyykkistä ja henkistä tukea, kuolevaa tuetaan aktiiviseen elämään jäljellä olevana aikana ja omaisille tarjotaan tukea sairauden aikana ja kuoleman jälkeen. (WHO 2016.)

Saattohoidolla tarkoitetaan vaikeasti sairaan potilaan hoitoa tilanteessa, jossa taudin etenemiseen ei enää kyetä vaikuttamaan ja parantavasta hoidosta luovutaan (Aalto 2000, 9). Saattohoidon voidaan sanoa olevan hyvää silloin, kun potilaan ja omaisten yhteinen kokemus on, että kuolema on siirtymistä hyvästä, ihmisarvoisesta elämästä itse kunkin vakaumuksen mukaiseen ikuiseen lepoon (Pajunen 2013, 11).

## 8.2 Artikkelien esittely

Kansainvälisen intensiiviopintojakson aikana opiskelijat oli jaettu neljään teemaryhmään, ja yksi teemoista oli palliatiivinen hoitotyö. Teemaryhmät jaettiin vielä pienryhmiin, ja jokainen pienryhmä sai oman tutkimusartikkelinsa, jonka he esittelivät suullisesti muille opiskelijoille opintojakson lopussa. Palliatiivisen hoitotyön teemaryhmän artikkelit käsittelivät palliatiivisen potilaan hoitoa päivystyspoliklinikalla ja palliatiivisen kotisairaanhoidon vaikutuksia hätäpuheluiden vähenemisessä syöpäpotilailla, jotka ovat kotisairaanhoidossa.

### 8.2.1 A Literature Review on Care at the End-of-Life in the Emergency Department

Toinen palliatiivista hoitotyötä käsittelevistä artikkeleista oli kirjallisuuskatseaus, jonka tavoitteena oli arvioida palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan hoitoa päivystyksessä sekä tunnistaa siinä kehitettävät alueet, esimerkiksi erilaisten hoitomallien käyttö (Forero, McDonnell, Gallego, McCarthy, Mohsin, Shanley, Formby & Hillman 2012).

Artikkelissa todetaan, että päivystyksen lääkärit kokivat epävarmuutta vakavasti sairaan potilaan akuutin vaiheen hoidossa siitä, kuinka intensiivisesti potilasta tulisi hoitaa. Heidän oli myös vaikeaa ennustaa aktiivisen hoidon vaikuttavuutta ja hyötyä, joka annetusta hoidosta mahdollisesti oli potilaalle. Lisäksi päätös siirtyä palliatiiviseen hoitoon koettiin vaikeaksi. Siirtyminen parantavasta (kuratiivisesta) hoidosta palliatiiviseen hoitoon ja mahdollisimman hyvään perushoittoon sekä oireiden lievittämiseen on henkisesti raskasta potilaille, omaisille ja hoitohenkilökunnalle. Suurin osa päivystyksen henkilökunnasta ei ollut saanut koulutusta siihen, kuinka palliatiivisessa vaiheessa olevaa potilasta tunnustetaan ja kuinka häntä hoidetaan palliatiivisessa vaiheessa. Kirjallisuuden mukaan niiden syöpäpotilaiden elämänlaatu, jotka kuolivat päivystyksessä tai teho-osastolla, oli huonompaa verrattuna potilaisiin, jotka kuolivat kotona. Tarvitaan siis interventioita, joilla tähdätään kuolevan potilaan elämänlaadun parantamiseen elämän loppuvaiheessa.

lääkkäät potilaat ovat yleensä monisairaita, ja heillä on runsaasti erilaisia lääkityksiä. Hoitoketjusta puuttuu kuitenkin se taho, joka aloittaisi keskustelun hoitojen ja lääkitysten jatkamisen mielekkyydestä sekä hoidon vaihtamisesta palliatiiviseksi. Päivystyspoliklinikoille tarvitaan selkeät ohjeet, kuinka tätä päätöstä lähdetään tekemään. Ohjeiden tulisi sisältää potilaan ennuste, potilaan iän, elämäntilanteen sekä hoidon tavoitteet huomioiva analyysi interventioiden riskeistä, asianmukaisen palliatiivisen hoidon järjestäminen tarvittaessa sekä selkeät hoitosuosituksat. Lisäksi tulee huolehtia siitä, että potilas ja omaiset saavat tarvitsemansa tuen.

Palliatiivista hoitoa on tutkittu melko vähän, ja katsaukseen löydetyistä julkaisuista suurin osa on tehty viime vuosina. Voidaan siis sanoa, että loppuelämän vaiheen hoito ei ole saanut ansaitsemaansa huomioita tutkijoiden keskuudessa, mikä on huolestuttavaa.

Opiskelijat nostivat artikkelista tärkeimmiksi loppupäätelmiksi seuraavat asiat: hoidon epävarmuus, potilaiden elämänlaatu, eettiset ja sosiaaliset asiat, vuorovaikutus, kustannukset sekä sairaalan ulkopuolella tapahtuvaa hoitoa koskevat strategiat. Potilaat ja heidän omaisensa eivät tiedä, milloin aktiivinen hoito on mahdollista ja milloin on aika aloittaa palliatiivinen hoito. Hoitotyöntekijöillä on ainutlaatuinen ja ensisijainen vastuu siitä, että elämän loppuvaiheessa olevan ihmisen kuolema on rauhallinen. Tarvitaan erilaisia strategioita ja malleja elämän laadun parantamiseksi, mutta loppuelämän vaiheessa olevan potilaan sijoittaminen näihin malleihin on hankalaa. Hoitotyöntekijät pystyvät arvioimaan potilaan mieltymyksiä, mutta he eivät välttämättä osaa ottaa huomioon omaa puolueellisuuttaan. Lisäksi he tarvitsevat koulutusta hengellisissä asioissa. Elämän loppuvaiheen hoitoa suunniteltaessa potilaille tulisi tarjota erilaisia vaihtoehtoja. Advance Care Planning (ACPEL) on kansainvälinen järjestö, joka tarjoaa potilaille ja heidän omaisilleen tietoa elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelusta. Monet potilaat eivät halua kuolla sairaalassa, mutta esimerkiksi päivystyspoliklinikoilla on liian vähän tietoa sairaalan ulkopuolella tapahtuvasta hoidosta. Suurin osa hoidon kuluista muodostuu viimeisten 6-12 kuukauden aikana.

### 8.2.2 The Influence of a Palliative Care Team to Reducing Emergency Calls by Cancer Patients

Toinen artikkeli käsitteli tutkimusta, jonka tavoitteena oli selvittää palliatiivisen kotisairaanhoidon vaikutusta potilaan elämän viimeisten kuuden kuukauden aikana soittamiin hätäpuheluihin potilaan tai omaisten taholta. Tutkimuksessa lähestytään tärkeää aihetta eli sitä, kuinka ja miten palliatiivinen kotisairaanhoido voi estää tarpeettomat soitot hätäkeskukseen. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena oli määrittellä ne syyt, jotka saivat potilaat ja omaiset soittamaan hätäkeskukseen. Tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat olleet palliatiivisen kotisairaanhoidon piirissä vähintään kaksi viikkoa. (Wiese, Vossen-Wellmann, Morgenthal, Popov, Graf & Hanekop 2008.)



Tavallisimmat syyt soittoihin olivat akuutti hengenahdistus ja kivun paheneminen. Kaikki potilaat olivat kotihoidossa puheluiden aikaan, mutta he eivät välttämättä olleet palliatiivisen kotisairaanhoidon asiakkaita. Soittojen perusteella osa pääsi sairaalahoitoon, jolloin he eivät saaneet kuolla kotona. He kuolivat saattohoito-osastoilla, keskussairaalassa tai hoitokodeissa.

Omaiset kokivat tärkeänä sen, että kotikuolemissa heillä oli mahdollisuus saada tukea ja neuvoja palliatiiviselta sairaanhoitotiimiltä. Kotona hoidettava potilas tai omainen soitti yleensä hätäkeskukseen silloin, kun potilas ei ollut palliatiivisen sairaanhoitotiimin asiakkaana. Potilaat, jotka olivat olleet palliatiivisen kotisairaanhoidon asiakkaina yli puoli vuotta, eivät soittaneet hätäpuheluita lainkaan. Tästä voidaan päätellä, että palliatiivisen kotisairaanhoidon potilaat soittavat hätäpuheluita vähemmän, koska heillä on jatkuva tuki osaavalta palliatiiviselta kotisairaanhoidotiimiltä.



Kuva 4. Zvonka Fekonja, Job van't Veer ja Minna Hökkä opiskelijaryhmänsä kanssa

Palliativisille potilaille voi elämän loppuvaiheessa kehittyä akuutteja oireita, jotka vaativat pikaista reagoitua. Syövän loppuvaiheessa oireet voivat pahentua tai uusia akuutteja oireita, jotka vaikuttavat perustaudin etenemiseen, voi ilmaantua. Tällöin kotona potilasta hoitava omainen voi kokea suurta psyykkistä kuormitusta. Tämä psykososiaalinen kuormitus voi olla ylivoimaista ja saada omaisen soittamaan hätäkeskukseen, vaikka oikeasti hän vain kaipaisi neuvoja ja sellaisen henkilön tukea, jonka kanssa he voisivat jutella tilanteesta. Potilaat ja omaiset kokevat usein nämä tilanteet uhkaaviksi ja sekaviksi. Myös henkeä uhkaavia tilanteita, kuten akuutti vuoto tai tukehtuminen, voi syntyä, ja silloin tarvitaan sairaanhoidollista apua.

Opiskelijoiden mielestä tämän tutkimuksen tärkeimmät tulokset olivat: haastatelluista 46 omaisesta 29 ei voinut kuvitella kotihoitoa ilman palliativista kotisairaanhoitoa. Tarvitaan ammatillista palliativista ohjausta sairauden alkuvaiheessa, palliativisen kotisairaanhoidon ja akuutin sairaanhoidon välistä yhteistyötä, hätätilanteita varten lääkevalmius kotona ja potilaiden oman hoidon suunnittelua etukäteen. Näin ei-toivottuja sairaalakäyntejä voidaan vähentää huomattavasti. Osaava palliativisen hoidon hoitotiimi tulee olla käytettävissä aina, kun heitä tarvitaan. Lisäksi niin omaisille kuin hoitotyöntekijöille tulee järjestää koulutusta ja parantaa kommunikaatiota potilaiden, omaisten ja hoitotyöntekijöiden kesken.

### 8.3 Opiskelijoiden ajatuksia ryhmätöistä ja kv-opintojaksosta

Opiskelijat olivat pohtineet palliativista hoitoa jonkin verran omissa reflektiivissa päiväkirjoissaan. Palliativinen hoito koettiin tärkeäksi osaksi sairaanhoitoa, ja palliativisessa hoidossa oli eroja eri maiden välillä. Päiväkirjoissa ei kuitenkaan näitä eroja selkeämmin selitetty. Opiskelijat kokivat, että heidän tietämyksensä palliativisesta hoidosta lisääntyi luentojen ja ryhmätöiden myötä. Lisäksi yhteistyön tekeminen vieraalla kielellä oli monelle uutta, ja he kokivat edistyneensä tässä asiassa. Opiskelijat kuitenkin kokivat, että yhteistä aikaa omien ryhmätöiden tekemiseen oli liian vähän, koska

kansainvälisillä opiskelijoilla oli niin paljon muuta ohjelmaa. Opiskelijat olisivat hyötäneet toistensa näkemyksistä, ajatuksista ja kokemuksista enemmän, jos heillä olisi ollut enemmän aikaa ryhmittöihin.

#### 8.4 Pohdinta

Molemmissa artikkeleissa kävi ilmi, että palliatiivista hoitoa saavan potilaan hoito tulisi suunnitella hyvin ja että potilaan ja omaisen tulisi saada tukea esimerkiksi palliatiiviselta kotisairaanhoidolta. Samaan lopputulokseen on tultu suomalaisissa palliatiivista kotisairaanhoidoa käsittelevissä tutkimuksissa.

Suomessa saattohoito kehittyi koko ajan, mutta silti Suomi ei ole vielä kansainvälisesti saattohoidon kärkimaita. Viime vuosina Suomessa on perustettu saattohoitorinkejä, jotka tarjoavat hoitoa kotiin, ja omaisia ohjeistetaan saattohoitopotilaan hoidossa. Potilaat voivat saada apua kotiin kunnalliselta kotisairaanhoidolta, kotisairaaloilta ja saattohoitokotien kotisairaanhoidolta. Saattohoitokodeissa toimii myös päiväsairaloja, joka tarjoavat apua sekä potilaille että häntä hoitaville omaisille. (Hänninen 2008, 133.)

Palliatiivinen kotisairaanhoidaja ohjeistaa omaista potilaan hoidossa kotona. Vuodepesut, potilaan nostaminen ja kääntäminen, suun hoito ja muut sairaanhoidolliset toimenpiteet neuvotaan omaiselle. Kotihoito voi olla omaiselle palkitsevaa mutta raskasta. Omaiselta vaaditaan halua, uskallusta ja voimia. Omaisella ei yleensä ole kokemusta saattohoidosta, eikä kotisairaanhoidajan pidä olettaa, että omainen osaisi arvioida tilannetta luonnostaan. Potilaan tilanne voi muuttua nopeastikin. Kotisairaanhoidajan tulisi arvioida tilanne, koska omainen voi olla niin syvällä surussa, ettei hän osaa arvioida tilannetta realistisesti. Kotisairaanhoidajan tulee myös kertoa kuolemaa edeltävistä mahdollisista oireista (hengityskatkot, mahdollinen limaisuus, kuume, ihon lämpötilan muutokset jne.). Se, kuinka näissä tilanteissa toimitaan, kerrotaan myös omaiselle. Ohjeita toistetaan useasti ja omaiselle muistutetaan, että hän voi soittaa milloin vain, jos ongelmia syntyy. Näin

voidaan estää omaista joutumasta paniikkiin kuoleman lähestyessä ja ambulanssin tilaamista siitä huolimatta, että yhdessä potilaan kanssa oli suunniteltu hänen kuolevan rauhassa kotona. Etukäteen kerrotut kuolemaa edeltävät merkit auttavat omaista pitämään niitä asiaan kuuluvina. (Hänninen 2008, 134, 140, 142, 143.)

Nykypäivänä ihmiset eivät osaa kohdata kuolevaa potilasta tai kuolemaa ylipäätään. Lääketiede ottaa koko ajan huimia harppauksia eteenpäin. Uusista hoitomenetelmistä, joilla sairauksien ennusteet paranevat, kuullaan koko ajan. Aiemmin varmasti kuolemaan johtaneet sairaudet voidaan nykyään parantaa. Ihmiset ovat vieraantuneet kuolemasta, ja kuolema on kliinistä, sairaalassa tapahtuvaa. (Hänninen 2003, 18). Suomalaisten kuolemat laitostuivat 1970-luvulla, ja Suomessa synnyttään ja kuollaan nykyään sairaalassa. Kuolemaan ja vainajaan liittyvät asiat hoidetaan ammattilaisten toimesta, omaiset käyvät vierailulla ja hyvästelevät läheisensä. Kuolema on häivytetty taustalle, ja samalla ihmiset ovat vieraantuneempia kuolemasta. (Hakola, Kivistö & Mäkinen 2014, 14, 29.) Onneksi palliatiivisen kotisairaanhoidon myötä tämä ajatusmaailma on muuttumassa.

Omaiset tarvitsevat tietoa elämän loppuvaiheen oireista, jotta välttyttäisiin turhilta siirroilta sairaalaan elämän loppuvaiheessa. Myös päivystyksessä työskentelevät hoitotyöntekijät tarvitsevat koulutusta elämän loppuvaiheessa olevan potilaan kohtaamiseen. Vaikeimmaksi koetaan potilaan emotionaalinen tukeminen. Fyysiset oireet, kuten kipu, on suhteellisen helppo hoitaa nykyaikana. Lisäksi on vaikea määritellä, mitkä ovat kuolevan potilaan hoidossa tarpeellisia hoitotoimenpiteitä. Onko esimerkiksi pleura-dreenin laitto turha toimenpide, jos se helpottaa potilaan vointia, vaikkakin se voi osaltaan pitkittää sitä? Palliatiivisessa hoidossa on vielä paljon kysymyksiä, joihin ei ole yhtä ainoaa oikeaa vastausta. Siitä huolimatta jokainen ansaitsee arvokkaan ja hyvän kuoleman. Yksi keskeinen kysymys onkin, kuinka saada lääkärit tunnistamaan kuoleva potilas. Virheellinen ennuste hoidosta tai epärealistinen toive hoidon vaikuttavuudesta lisää selkeästi potilaan kärsimyksiä (Hänninen 2003, 18).

## Lähteet

Aalto, K. 2000. Saattohoito. Helsinki: Kirjapaja Oy.

WHO. 2016. Definition of palliative care. Viitattu 29.5.2016  
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Forero, R., McDonnell, G., Gallego, B., McCarthy, S., Mohsin, M., Shanley, C., Formby, F. & Hillman, H. 2012. A Literature review on care at the end-of-life in the Emergency Department. Emergency Medicine International Volume.

Hakola, O., Kivistö, S. & Mäkinen, V. 2014. Kuoleman kulttuurit Suomessa. Tallinna: Gaudeamus Oy.

Hänninen, J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Hänninen, P. 2008. Kuolevan hoito kotona. Teoksessa Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Sipoo: Silverprint Oy.

Pajunen, T. 2013. Saattohoidon merkitys. Teoksessa Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki: Kirjapaja.

Wiese, C., Vossen-Wellmann, A., Morgenthal, H., Popov, A., Graf, B. & Hanekop, G. 2008. Emergency calls and need for emergency care in patients looked after by a palliative care team: Retrospective interview study with bereaved relatives. BMC Palliative Care.

## 9 SOCIAL TECHNOLOGY TO ASSIST (OLDER) PEOPLE IN HEALTHIER & INDEPENDENT LIVING

Job van't Veer

This lecture has two main topics and learning objectives. The first objective is that students are introduced to several theories and concepts that predict people's acceptance to use technology (i.e. apps, games, wearables, sensors, etc.) for their own care and support and that they understand the key concepts of these theories (i.e. UTAUT / TAM) and apply these concepts to describe relevant target groups in the care / nursing practice.

What makes people want or NOT want to use technology, specifically to improve or maintain their health and well-being? Many people understand that ambient assisted technology, games, apps or sensor technology can help (older) people to live healthier, safer and more independent. But why is there still a reluctance to use these applications on a wider scale?

In the lecture the main elements of the models that help to explain why people use technology (or not) are introduced. Focus is on the most used (psychological) models, which are the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT) and the Technology Acceptance Model (TAM). More insight can help healthcare professionals to understand their patients, but maybe also themselves, regarding the motivations and inhibitions that are at play: research shows that professionals sometimes show more scepticism towards technology than care consumers! Many examples from nursing and social work practice are used to illustrate how insights from the models are applied in daily contexts. Students will practice with these examples.

The second objective is that students are introduced to several theories that describe the motivational components in technological / digital applications (the elements to persuade people to use these applications). They will also understand the key concepts of these theories (i.e. PSD-model, behavioural

& psychological outcomes), recognize these concepts in existing applications and can evaluate these applications in terms of 'design for persuasion', be able to make suggestions to improve these applications, and understand how the use of these theories can contribute to an evidence-based practice.

What is it in apps, games or other digital/ technological applications like Pokemon Go, TaskMeister, SuperBetter or Snapchat that persuades people to use them (and keep using them) in order to exercise more, keep order in their daily routines, have more social contact with others, etc.? Some theories have been developed to show some insight in these persuasive mechanisms and how these are applied in the context of health and well-being. But not all applications that are out there are very successful in keeping people interested and motivated. What is it in their design that is lacking?

In this lecture students learn to look critically to existing health-applications to give suggestions to improve them so they could use them better in their nursing practice, specifically in the context of homecare and independent living. These insights can help improve students' professional, critical view as part of responsible and evidence based nursing practice. To practice what is preached, students play a game to test and exercise their theoretical knowledge on technological persuasion.

## Sources

Bradley, J. (2008). The technology acceptance model and other user acceptance theories. *Sport Coach*, 44(1), 277 - 294.

Chen H. & Levkoff S. 2015. Delivering Telemonitoring Care to Digitally Disadvantaged Older Adults: Human-Computer Interaction (HCI) Design Recommendations. *Human Aspects of IT for the Aged Population. Design for Everyday Life*. Volume 9194 of the series *Lecture Notes in Computer Science* pp 50 - 60.

Šabanović S., Chang W-L-, Bennett C.C., Piatt J.A., & Hakken D. 2015. *A Robot of My Own: Participatory Design of Socially Assistive Robots for Independently Living Older Adults Diagnosed with Depression*.

Wittland, J., Brauner, P. & Ziefle, M. (2015). Serious Games for Cognitive Training in Ambient Assisted Living Environments – A Technology Acceptance Perspective. in: J. Abascal, S. Barbosa, M. Fetter, T. Gross, P. Palanque, M. Winckler (Eds.), *Proceedings of the 15th INTERACT 2015 Conference*, LNCS Volume 9296, Springer International Publishing, 2015: pp. 453 - 471.



## 10 DOING IS THE NEW THINKING: A DESIGN THINKING APPROACH TO INNOVATE HOME CARE

Job van't Veer

After this lecture, the student understands the difference between the regular scientific research approach (as applied in social and medical sciences) and a design research approach, understands the benefits of an 'iterative' and co-creative process when designing new applications in homecare that match the needs of the target groups (e.g. the elderly), is introduced to a variety of research methods that are relevant in design research projects (e.g. aimed at designing innovative applications in homecare for the elderly), understands the resemblance between design thinking and patient-centred care, understands how design thinking is relevant for an evidence-based practice, and applies some practical design research methods in an actual case.

Evidence-based practice becomes more and more important in nursing practice. Scientific research plays a significant role in establishing evidence for what proper and effective nursing care is. And so, nursing students are taught to search and use this (scientific) knowledge for an evidence-based nursing practice.

However, besides this scientific approach there is another perspective to conduct research on daily (nursing) practice: design research. Especially when new and innovative practices are being developed and tested, it is better to follow a more agile and iterative process. This is also the case with the development of technological applications for healthcare: make a prototype, test it with users (like patients and/or professionals), improve the prototype on the basis of their feedback and test it again. This way you probably learn much more about what users really want from a certain technological application that you are developing (e.g. a social robot, a game or an online portal) that you could have thought of beforehand.

Learning by doing. It seems simple, but when professionals are being 'drilled' into using established medical protocols and scientific procedures, the necessary flexibility for these innovative processes might become limited. In this lecture, we introduce the basic concept of 'design thinking' and 'design research' and how this is applicable in nursing practice. Practical research techniques are being illustrated using an actual case.

## Sources

Wittland, J., Brauner, P. & Ziefle, M. 2015. Serious Games for Cognitive Training in Ambient Assisted Living Environments – A Technology Acceptance Perspective. in: J. Abascal, S. Barbosa, M. Fetter, T. Gross, P. Palanque, M. Winckler (Eds.), Proceedings of the 15th INTERACT 2015 Conference, LNCS Volume 9296, Springer International Publishing, 2015: pp. 453–471.

Curedale, R. 2013. Design Thinking: process and methods manual. Topanga: Design Community College

## 11 SAFETY IN NURSING

Elisa Sarjonen and Jaana Härkönen

### Abstract

*When we talk about patient safety, we are really talking about how hospitals and other health care organizations protect their patients from errors, injuries, accidents, and infections. It is up to everyone to make sure that patient safety is the number one priority at every hospital across Finland, in Europe and all over the world. The objective of patient safety is to provide treatment and a care environment that do not put the patient at risk or cause harm that is not part of the treatment provided. Possible harm caused during treatment includes, for example, infections related to treatment, a wrong or delayed diagnosis or a medication error.*

Keywords: patient safety, safety in nursing, management, leadership

### 11.1 Introduction

Understanding of patient safety is not a new phenomenon. Already in the fourth century BC the famous "father of medicine" Hippocrates stated that a physician should act for the benefit of the patient and avoid deliberately doing any harm. A similar thought of no harm is also embedded in the nursing code of ethics. In Finnish legislation, it is set that health care personnel's ethical duties are to promote wellbeing, prevent illness and alleviate suffering (Act on Health Care Professionals 559/1994, 15§).

However, the development of the concept of patient safety as an issue is rather new. The ever increasing attention towards patient safety properly began in the 1990s in the USA, Canada, Australia, New Zealand and the UK. In 2008 the European Network for Patient Safety was launched, and Finland is one of the important members in the subgroup concentrating on the safety of medical treatments. The project aims to enhance the quality of

care by creating unified patient safety practices between the EU states. As stated in the Act on the Status and Rights of Patients, every patient has the right for high quality health care and nursing services. (Act on the Status and Rights of Patients 785/1992, 3§.)

In 2009 the Finnish Patient Safety Strategy 2009–2013 was introduced establishing guidelines for good health care. The objectives of the strategy include the assessment of and research and education in patient safety (Finnish Patient Safety Strategy 2009 - 2013 2009). In the Health Care Act (1326/2010/, 8§) it is declared that health care functions need to be established on evidence-based and high-quality practice of care.

## 11.2 Patient Safety and Quality

Patient safety is a wide concept that covers the safety aspects of patient care, medications and health care equipment. It also includes the principles set and actions taken to ensure the safety of patients, and is a part of the quality of care. Patient safety is an important element of an effective, efficient health care system where quality prevails. Safety has to do with lack of harm. Quality has to do with efficient, effective, purposeful care that completes the job at the right time. Safety focuses on avoiding adverse events. Quality focuses on doing things well. Safety makes mistakes less likely to happen. Quality raises the ceiling so the overall care experience is a better one. (Patient Safety Vocabulary 2006.)

## 11.3 Management

Management of an organization includes assuming, in a visible way, the responsibility for patient safety and for securing the prerequisites for patient safety in a unit. The management may not delegate this responsibility to any other body or person. The importance of patient safety should be empha-

sized in all activities and such working conditions that facilitate the safe provision of care and treatment established. It must be ensured that the organization must have enough staff and that employees have adequate skills and knowledge to carry out their work.

All decisions, including economic ones, must also be assessed from the point of view of patient safety. The responsibilities of both the management and staff regarding patient safety and quality of services have to be defined in the unit. The management bears the main responsibility for the analysis of safety risks and preparation for risks. The management is also responsible for quality and risk management and for seeing to that information on adverse events is made use of in the development of teams, the whole organization and the service system. An essential principle in the promotion of patient safety is the no-blame policy. It is, however, possible that a patient safety incident is also dealt with from the perspective of supervision. The management of the organization and the managers must ensure that employees involved in the patient safety incident are provided with support in all phases of investigations and possible consequences.



FIGURE 5. The model summarizes the criteria for good safety culture (in the inner circle) and the organizational functions that support the development of a good safety culture (outer circle) (Reiman & Oedewald 2009, 49).

#### 11.4 Development, leadership, and superior

Patient safety culture covers the continuous development of activities and leadership. A continuous development of structures, processes and information flow are essential means of reducing safety risks and possibilities for erring. Patient safety risks are related in particular to data management, organizational reforms and introduction of new technologies and care practices.



Kuva 6. Isla Fairley, Zvonka Fekonja, Job van't Veer, Taina Romppanen ja Minna Hökkä kahvitaulla opiskelijoiden kanssa

The Finnish National Institute for Health and Welfare supports the practical implementation of the Patient Safety Strategy and its embedding in different care units, develops equipment and work methods, promotes research on patient safety, monitors the development of patient safety by means of national indicators, further national cooperation between social and health care organizations, and takes part in international cooperation in the field.

Patient safety is incorporated in professional and vocational basic and continuing education in the social and health care sector, as well as in leadership training. Patient safety and quality of health care are promoted by means of funding allocated to research.

Leadership bears the visible responsibility for patient safety which cannot be delegated. Leadership puts emphasis on patient safety in all activities and ensures working conditions. Leadership ensures adequate human resources and needed skills. All decision making, also financial, takes into account patient safety. Leadership and management must go hand in hand. They do not, however, refer to the same thing. Yet they are interrelated. It is the manager's duty to plan, organize and coordinate patient safety promoting measures and the leader's duty is to inspire and motivate staff. Nursing leaders encourage and support nursing staff to implement evidence-based nursing in a way that best suits patients. It is important that patient safety is implemented through supportive management, holistic responsibility in leadership, values and attitudes, multiprofessional work, open atmosphere, and continuous development.

### Sources

Act on Health Care Professionals 28.6.1994/559. Available from <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Act on the Status and Rights of Patients 17.8.1992/785. Available from <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Finnish Patient Safety Strategy 2009–2013. 2009. Promoting patient safety together. The Ministry of Social Affairs and Health. Publications 3. Helsinki. Yliopistopaino.

Fujita, S; Seto, K.; Ito, K.; Wu, Y.; Huang, C-C. & Hasegava, T. 2013. The characteristics of patient safety culture in Japan, Taiwan and the United States. BMC Health Services Research. Retrieved September 14, 2016, from <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-20>

Health Care Act 30.12.2010/1326. Available from <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Kaufman, G. & McCaughan, D. 2013. The effect of organisational culture on patient safety. Nursing Standard. 27 (43), 50 - 56. Retrieved September 14, 2016, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2398721>

Mattox, E. 2012. Medical Devices and Patient Safety. Critical CareNurse 32 (4), 60 - 68. Available from <http://ccn.aacnjournals.org732/60>.

Patient Safety Vocabulary. STAKES & National Agency for Medicines, Rohto. 2006. Helsinki. Valopaino Oy.

Reiman, T. & Oedewald, P. 2009. Research. Evaluating safety - critical organizations - emphasis on the nuclear industry. Swedish Radiation Safety Authority. Research Report 12. VTT. Technical Research Centre of Finland. 49.

Smeuler, M.; Onderwaterms, AT.; Myra C. B; van Zwieten, MC. & Vermeulen, H. 2014. Nurses' experiences and perspectives on medication safety practices: an explorative qualitative study. Journal of Nursing Management 22 (3) 276 - 285. Retrieved September 14, 2016, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24635029>