



*Pulkkinen Mari, Rautasalo Eija & Rönkä Tuija (toim.)*

**ARJEN HELMIÄ – TYÖELÄMÄLÄHTÖISTÄ  
OSALLISTAVAA KEHITTÄMISTÄ  
SAIRAAHOITAJAKOULUTUKSESSA**

*Pulkinen Mari, Rautasalo Eija & Rönkä Tuija (toim.)*

**ARJEN HELMIÄ –  
TYÖELÄMÄLÄHTÖISTÄ OSALLISTAVAA KEHITTÄMISTÄ  
SAIRAANHOITAJAKOULUTUKSESSA**

**Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Helsinki 2016**

DIAK PUHEENVUORO 4  
[DIAK SPEAKS 4]

Julkaisija: Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Kannen kuva: Shutterstock  
Taitto: Juvenes Print Oy

ISBN 978-952-493-276-9 (painettu)  
ISBN 978-952-493-277-6 (verkkojulkaisu)  
ISSN 2343-2209 (painettu)  
ISSN 2343-2217 (verkkojulkaisu)

Juvenes Print Oy  
Tampere 2016

## TIIVISTELMÄ

**Pulkkinen Mari,  
Rautasalo Eija &  
Rönkä Tuija (toim.)**

**ARJEN HELMIÄ – Työelämälähtöistä  
osallistavaa kehittämistä  
sairaanhoitajakoulutuksessa**

Helsinki:

Diakonia-ammattikorkeakoulu 2016

156 s.

Diak Puheenvuoro 4

ISBN

ISSN

978-952-493-276-9 (painettu)

2343-2209 (painettu)

978-952-493-277-6 (verkkojulkaisu)

2343-2217 (verkkojulkaisu)

Julkaisussa *Arjen helmiä – työelämälähtöistä osallistavaa kehittämistä sairaanhoitajakoulutuksessa* kuvataan sairaanhoitajaopiskelijoiden tekemiä kehittämistöitä artikkeleiden muodossa. Opiskelijat tekivät kehittämistyöt kolmen eri opintokokonaisuuden aikana jatkumona monenlaisiin työelämän ympäristöihin. Kehittämistyön viimeinen vaihe oli todentaa tehty työ artikkelin muodossa tähän julkaisuun. Julkaisu on jaettu kolmeen osaan teemojen perusteella.

Potilasturvallisuus on tärkeä osa laadukasta hoitotyötä, ja ensimmäisen osan artikkelit käsittelevät potilasturvallisuutta ja sen kehittämistä useasta eri näkökulmasta. Kehittämistöissä pyrittiin vaikuttamaan potilasturvallisuuden lääkeshoidon ja kirjaamisen kehittämällä, vaaratapahtumailmoitusten täyttämällä sekä työympäristöihin liittyvillä ratkaisulla.

Julkaisun toisessa teemassa kuvataan yhteistyötä ja sen kehittämistä. Tässä opiskelijoiden kehittämistyö kohdistui tiimityöskentelyn ja autonomisen työaika-suunnittelun kehittämiseen sekä ensihoidon yhtenäisten toimintatapojen luomiseen. Työyhteisöjen käytännöt muuttuivat kehittämistöiden aikana, ja osaan työyhteisöistä jäi esimerkiksi uusi ohjeistus viemään toimintoja yhdenmukaiseen suuntaan.

Kolmannessa teemassa kehittämisen lähtökohtana on asiakaslähtöisyys. Kehittämistyötä tehtiin yhdessä seurakunnan, erikoissairanhoidon ja perusterveydenhuollon kanssa. Asiakaslähtöisiä palveluita kehitettiin esimerkiksi liikkuvilla palveluilla. Artikkeleissa kuvataan myös kehittämistyön tuloksena syntyneitä tuotteita, kuten vanhuksille tarkoitettua virkistysilta-

päivää ja kotikäyntejä. Tuotteita ovat myös oppaat lapsipotilaan pelkojen lieventämiseen sekä saattohoidossa olevien potilaiden omaisille.

Koko sairaanhoitajakoulutuksen ajan oppimis- ja kehittämisprosessien punaisena lankana on työelämälähtöinen osallistava kehittäminen. Tavoitteena on myös näyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen. Tiivis yhteistyö ja työelämälähtöisyys oppilaitoksen, opiskelijan ja työyhteisön välillä tukee opiskelijan ammatillista kasvua ja samalla vastaa työyhteisön kehittämistarpeisiin.

**Asiasanat:** Asiakaslähtöisyys, hoitotarve, kehittäminen, kirjaaminen, laadunhallinta, lääkehoito, osallistava kehittäminen, palveluohjaus, potilasturvallisuus, terveyden edistäminen, tiimityö, työelämälähtöisyys, yhteistyö

**Teemat:** Hyvinvointi ja terveys, Kasvatus ja koulutus

**Julkaistu:** Painettuna ja Open Access -verkkajulkaisuna [www.diak.fi](http://www.diak.fi)

## ABSTRACT

**Pulkkinen Mari,  
Rautasalo Eija &  
Rönkä Tuija (toim.)**

**ARJEN HELMIÄ – Working life  
oriented inclusive development in  
nurse education**

Helsinki:

Diaconia University of Applied Sciences, 2016

156 s.  
Series

Diak Puheenvuoro 4  
[Diak Speaks 4]

ISBN

ISSN

978-952-493-276-9 (printed)

2343-2209 (printed)

978-952-493-277-6 (online publication)

2343-2217 (online publication)

In the publication *Arjen helmiä – työelämälähtöistä osallistavaa kehittämistä sairaanhoitajakoulutuksessa*, nurse students' development work is described in the form of articles. The students carried out the development work during three different study modules as a continuum for many working life environments. The last phase of the development work was to realize the finished work in the form of an article in this publication. The publication is divided into three parts according to the themes.

Patient safety is an important part of quality nursing and the articles in the first part deal with patient safety and its development from several viewpoints. In the development work, an aim was to influence patient safety by developing medical treatment and documentation, by making risk incident notifications and by solutions concerning the work environments.

In the second theme of the publication, cooperation and its development are described. Here the students' development work focused on the development of team work and autonomic employee scheduling, and on creating consistent operating models in first aid. The practices of work communities changed during the development work, and in some work communities a new set of instructions remained to guide the operation in a consistent direction.

In the third theme, the taking-off point for the development is client orientation. The development work was carried out together with the parish, special health care and basic health care. Client oriented services were developed as mobile services, for example. In the articles, products resulting

from the development work, such as a recreation afternoon for the elderly and home visits, are also described. The products also include guidebooks for soothing the fears of a child patient and guidebooks for the family of a patient in palliative care.

The common thread in the learning and development processes in nurse education is working life oriented inclusive development. The aim is also the utilization of evidence based knowledge. The close cooperation and working life orientation between the learning institutions, the student and the work community supports the student's professional growth and also caters for the development needs of the work community.

**Keywords:** Client orientation, need of treatment, development, documentation, quality control, medical treatment, inclusive development, service-line management, patient safety, health promotion, team work, working life orientation, cooperation

**Themes:** Welfare and health, Education and training

**Published:** Printed and as an Open Access web publication [www.diak.fi](http://www.diak.fi)



# SISÄLLYS

<b>Lukijalle.....</b>	<b>9</b>
<b>Osallistavan kehittämisen lähtökohdat.....</b>	<b>11</b>
<b>I POTILASTURVALLISUUS OSANA LAADUKASTA HOITOTYÖTÄ.....</b>	<b>15</b>
<i>Hautala Matti, Pulkkinen Mari, Saharinen Saija &amp; Schmandt Reija</i>	
<b>1 Lääkehoitosuunnitelman tuottaminen vastaanottokeskukseen ..</b>	<b>17</b>
<i>Hult Riikka, Häkkinen Elina &amp; Pulkkinen Mari</i>	
<b>2 Lääkehoidon osaamisen kehittäminen osana turvallista lääkehoitoa.....</b>	<b>27</b>
<i>Lehtinen Anu, Manninen Helena, Metsävuori Pauliina &amp; Rautasalo Eija</i>	
<b>3 HaiPro-vaaratapahtumailmoitus osana potilasturvallisuutta.....</b>	<b>39</b>
<i>Anttila Sanna, Hiltunen Jaana, Kangassalmi Niina, Kemiläinen Pia &amp; Rautasalo Eija</i>	
<b>4 Hoitajien kokemukset rakenteisen kirjaamisen merkityksestä hiljaisessa raportoinnissa vanhusten tuetussa asumisyksikössä..</b>	<b>49</b>
<i>Karjalainen Teemu, Kröger Niko, Pohto Ville &amp; Pulkkinen Mari, Ulmanen Hanna</i>	
<b>5 Ambulanssien hoitotarvikkeiden yhtenäisen sijoittelun kehittäminen .....</b>	<b>63</b>
<b>II KOHTI PAREMPAA YHTEISTYÖTÄ.....</b>	<b>73</b>
<i>Nevalainen Jonna, Pulkkinen Mari, Turunen Maarit &amp; Venäläinen Susanna</i>	
<b>6 Tiimityön kehittäminen hoitotyössä yhteistyössä työelämän kanssa.....</b>	<b>75</b>
<i>Kuusela Laura, Leppänen Jaana, Rönkä Tuija, Stafford Satu &amp; Suvinen Ann-Mari</i>	
<b>7 Työaika-autonomia tukemassa työhyvinvointia.....</b>	<b>83</b>



*Honkonen Jenny, Kantalainen Markku, Mandelin Kalle,  
Paananen Markus & Pulkkinen Mari*

**8 Opas X-koodien käyttämisestä sairaankuljetus T & K Åkerman  
Oy:n ensihoitoyksiköihin..... 93**

**III ASIAKASLÄHTÖISYYS HOITOTYÖN KEHITTÄMISEN  
LÄHTÖKOHTANA..... 103**

*Hartikka Marjo, Mehto Kirsi, Rönkä Tuija & Vesterinen Anna*

**9 Terveyden edistämispäivä ja kotikäynnit  
sairaanhoitajaopiskelijoiden ja seurakunnan yhteistyönä.....105**

*Martikainen Suvi, Nurmela Auli, Pulkkinen Mari &  
Rimpineva Hanna*

**10 Lapsipotilaan pelot poliklinikalla – pelkojen lievittäminen  
oppaan avulla .....117**

*Fält Satu, Harlin Suvi, Jämsä Mika, Pulkkinen Mari & Varonen Mari*

**11 Saattohoito-opas omaisille Koivurantaan .....131**

*Leikas Heli & Pekonen Elina*

**12 Liikkuvan päiväkeskuksen toiminta ja  
kehittämismahdollisuudet Kuopiossa .....141**

**Loppusanat .....153**

**Toimittajat**

Mari Pulkkinen, TtM, Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Eija Rautasalo, TtT, Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Tuija Rönkä, TtM, Diakonia-ammattikorkeakoulu

## LUKIJALLE

**D**iakonia-ammattikorkeakoulun (Diak) yksi perustehtävä on kouluttaa asiantuntijoita vastaamaan työelämän tarpeisiin. Diak on kehittänyt osallistavan kehittämisen mallin (participatory research) opinnäytetöiden toteuttamiseen, ja osallistavaa kehittämistä on pyritty jalkauttamaan yhä enemmän myös eri opintokokonaisuuksiin kaikissa koulutusohjelmissa. Perinteiset oppimisympäristöt ovat muuttuneet luokkahuoneista virtuaalisiksi ympäristöiksi, ja yhä enemmän oppimista tapahtuu käytännön harjoitteluiden ulkopuolella myös työelämässä. Vuoden 2016 aikana valmistuvat sairaanhoitajat toteuttivat kolmeen opintojaksoon liittyviä kehittämistehtäviä yhteistyössä työelämän kanssa. Tähän julkaisuun on koottu opiskelijoiden ja opettajien yhdessä kirjoittamat artikkelit, joissa he kuvaavat *Työyhteisöt ja kehittäminen, Hoitotyön arviointi ja vaikuttavuus* sekä *Hoitotyön asiantuntijuus* -opintojaksoilla tekemiään kehittämistöitä.

Lähtökohtana oli sitouttaa kehittämiseen vuoden mittaisessa jaksossa niin työyhteisöt, palvelujen saajat, opiskelijat kuin opettajat. Tuloksena syntyi monialaista toimintaa ja osaamista, joka hyödytti kaikkia osapuolia. Kolmen opintojakson tehtävät yhdistettiin ja työ tehtiin yhtenä laajana kehittämistehtävänä ottaen huomioon kunkin opintojakson tavoitteet ja sisällöt. Kehittämistyö ja siitä kirjoitettu artikkeli oli osa opiskelijan tai pienen opiskelijaryhmän oppimisprosessia. Artikkeleissa kuvataan erilaisissa sosiaali-, terveys- ja kirkonalan ympäristöissä tehtyjä kehittämistöitä, joiden aiheet liittyivät potilasturvallisuuteen, yhteistyön kehittämiseen sekä asiakaslähtöisyyteen.

Diakissa on tehty aikaisemminkin paljon kehittämistyötä yhdessä työelämän kanssa. Kehittämistöiden raportteja on julkaistu aiemmin lähinnä ylempien ammattikorkeakoulututkintojen opintoina ja täydennyskoulu-

tuksissa. Tämä on kuitenkin ensimmäinen teos, jossa kirjoittajina toimivat opettajien ja työelämän kanssa yhdessä perustutkintoa opiskelevat tulevat sairaanhoitajat. Hoitotyön kehittäminen on yhdessä tekemistä. Työelämä-  
lähtöinen osallistava kehittäminen on joukkuepelaamista, jossa jokaisella pelaajalla on oma rooli. Jokaista tarvitaan, jotta lopputulos tyydyttää koko joukkuetta. Koulutus ei voi siis olla irrallaan käytännön hoitotyöstä. Yhdessä kehittäminen on voimavara nyt ja tulevaisuudessa yhteiskunnan muut-  
tuessa myös sosiaali-, terveys- ja kirkon alalla.

*Pieksämäellä 12.10.2016*

*Toimituskunta*

*Pulkkinen Mari, Rautasalo Eija & Rönkä Tuija*

## OSALLISTAVAN KEHITTÄMISEN LÄHTÖKOHDAT

**A**mmattikorkeakoulun tehtävä on vastata omalta osaltaan työelämän muuttuviin tarpeisiin. Ammattikorkeakoulujen tulee myös harjoittaa ammattikorkeakouluopetusta palvelevaa sekä työelämää kehittävää innovaatiotoimintaa. (Ammattikorkeakoululaki 2014.) Diakonia-ammattikorkeakoulun tavoitteena on tuottaa reflektiivistä ammatillisuutta ja asiantuntijuutta koulutuksen aikana (Koistinen, Näkki, Pyykkö & Valtonen 2015), ja työelämälähtöinen osallistava kehittäminen on yksi tapa tämän toteuttamisessa. Tämä palvelee parhaiten työelämää, kun suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa on mukana kaikki toiminnan osapuolet. Diakonia-ammattikorkeakoulu on julkaissut aiemmin teoksia, joissa kuvataan erilaisia työelämälähtöisiä osallistavia hankkeita. Tässä teoksessa kuvataan ensimmäistä kertaa artikkeleiden muodossa perustutkimtoa opiskelevien sairaanhoitajaopiskelijoiden osallistavaa kehittämistoimintaa erilaisissa hoitotyön ympäristöissä.

Osallistava kehittäminen voidaan määritellä toiminnaksi, jonka tarve määräytyy työelämälähtöisesti ja jossa opiskelijat oppivat työelämälähtöisen toiminnan kautta. Työelämän hektisyys ja jatkuva muutospaine vaikuttaa työyhteisöjen arkeen, eikä asioiden eteenpäin viemiselle välttämättä ole ylimääräistä aikaa. Osallistavan toiminnan kautta työyhteisöt voivat viedä eteenpäin toimintaansa arjen haasteiden keskellä, ja toisaalta yhteisten pienimuotoisten hankkeiden kautta kehittämisestä tulee myös osa arjen työtä. (Osallistava kehittäminen 2014.) Diakonia-ammattikorkeakoulussa on kehitetty osallistavaa kehittämistä niin sosiaali-, terveys- kuin kirkon alalla. Toimijoita ovat työelämän edustajat, opiskelijat sekä eri yhteistyötahojen jäsenet. Tarve toimintaan nousee työelämästä, ja tarpeen mukaan ammattikorkeakoulu muokkaa opintojaksojen toteutuksia tavoitteet ja sisällöt huomioiden. Lopputulos palvelee kaikkia – työelämän tarpeeseen on vas-

tattu, toiminta etenee ja opiskelijat oppivat yhteistyössä ja toiminta tuottaa opintopisteitä. (Osallistava ja tutkiva kehittäminen i.a.) Tässä teoksessa kuvataan lähinnä hoitotyön ympäristöissä toteutunutta kehittämistoimintaa.

Sairaanhoitaja on hoitotyön ammattilainen ja kehittäjä, joka toimii työelämän jatkuvan muutoksen kentässä. Kettusen ja Kivisen (2012, 41) mukaan hoitotyöntekijöiltä vaaditaan uudenlaista joustavuutta, osaamista ja asennetta. Yhteiskunnan kehitys on jatkuvaa, ja sairaanhoitajakoulutuksen muuttuminen on myös pyrkinyt omalta osaltaan vastaamaan yhteiskunnan muuttuviin tarpeisiin. Ammattipätevyysdirektiivit edellyttävät sairaanhoitajalta tietyn osaamisen tason. Lisäksi ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene on määritellyt ammattikorkeakoulujen yhteiset kompetenssit, ja näistä erityisesti oppimisen taidot, eettisen osaamisen, työyhteisöosaaminen ja innovaatio-osaamisen. (Auvinen ym. 2010.) Opetussuunnitelmassa nämä asiat konkretisoituvat. Nurmen, Korhosen ja Mahlamäki-Kultasen (2016, 24) tutkimuksen mukaan myös sairaanhoitajaopiskelijoiden ohjaus- ja opetusosaamista tulisi kehittää yhdessä työelämän kanssa, joten osallistavan kehittämisen mahdollisuudet ovat hyvin laaja-alaisia.

Kehittämistoimintaa ei voi olla ilman ajantasaisen tiedon käyttämistä, ja opiskelijat harjaantuvat tiedon hankintaan, käyttämiseen ja soveltamiseen läpi koulutuksen. Näyttöön perustuva toiminta tarkoittaa parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tiedon harkittua käyttöä asiakkaan/potilaan hoidossa sekä hänen läheistensä huomioimisessa (Näyttöön perustuva toiminta 2016). Terveydenhuoltolaki (2010) velvoittaa, että terveydenhuollon toiminnan tulee perustua näyttöön ja hyviin toimintakäytäntöihin. Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus-hankkeessa haastateltiin ammattilaisia ja alan asiantuntijoita, ja raportin perusteella on määritelty tämän päivän sairaanhoitajien osaamiskuvaukset. Raportin mukaan näyttöön perustuva toiminta on tärkeä sairaanhoitajan hallittava osa-alue. Näyttöön perustuva toiminta sisältää kehittämis- ja innovaatiotoimintaa, kriittistä ajattelua ja päätöksentekoa sekä näyttöön perustuvaa kehittämistä. Osallistavan kehittämisen taustalla on aina myös näin näyttöä. Tarve, jonka työelämä määrittää, kehittyä opiskelijoiden etsimän näytön ja käytännön toiminnan kautta. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015.)

Diakonia-ammattikorkeakoulussa kannustetaan opiskelijoita tarttumaan rohkeasti kehittämishaasteisiin, ja osallistavan kehittämisen toimintaympäristöt ovatkin moninaiset. Myös sairaanhoitajan ammatillisen vähimmäisosaamisen kuvauksessa nousevat esiin sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöt (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015). Pedagogisena näkökulmana Diakonia-ammattikorkeakoulussa on tutkiva ja

kehittävä oppiminen. Työelämä määrittelee tehtävän, joka voi olla tuotos tai toiminta, ja toimintaympäristö voi olla sijainniltaan konkreettinen työyhteisö tai vaikka virtuaalinen ympäristö. Tärkeintä on joustavuus puolin ja toisin. Alkumetreillä voi olla vaikea määrittää vielä lopullisen tuotoksen tai toiminnan laajuutta, ja osallistamalla opiskelijoita suunnitteluun ja toteutukseen saadaan parhaimmat tulokset. (Osallistava ja tutkiva kehittäminen i.a.) Osallistavaa kehittämistä on tehty vuosien ajan opinnoissa paljon, mutta aikaisemmin Diakonia-ammattikorkeakoulussa kehittämisen kuvauksia kirjaan tai artikkeleiksi on tehty yhteistyössä opiskelijoiden kanssa lähinnä ylemmissä ammattikorkeakoulututkinnoissa tai täydennyskoulutuksissa (Keskitalo, Karvinen, Vuokila-Oikonen & Launonen 2015). Nyt ensimmäistä kertaa perustutkintoa opiskelevien opiskelijoiden osallistava kehittäminen on kuvattu artikkeliteoksena. Tämä teos osaltaan on näyttö sairaanhoitajakoulutuksen direktiivien täyttymisestä esimerkiksi kehittämis- ja innovaatiotoiminnan osaamisessa (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015), sekä osoitus rohkeasta innovatiivisesta kokeilusta niin opiskelijoiden, työelämän kuin opettajien osalta.

Sairaanhoitajan ammatillinen vähimmäisosaaminen muodostuu useasta eri osa-alueesta, ja työelämälähtöisessä osallistavassa kehittämisessä tarvitaan useita eri taitoja. Sairaanhoitaja tarvitsee asiakaslähtöisyyttä ja eettistä osaamista. Kehittämistoiminnassa kohdataan myös asiakkaita, ja eettisiä kysymyksiä tulee pohtia läpi prosessin. Eettisten kysymyksien läpikäyminen liittyy asiakastyöhön, työryhmissä toimimiseen ja oman ammatti-identiteetin kasvattamiseen. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015.) Vastuun saaminen työelämästä sekä vastuun kantaminen vahvistavat opiskelijoiden ammatillisuutta ja identiteettiä sairaanhoitajina. Johtamisosaaminen kehittyy, kun erilaiset kehittämisideat viedään alustavista suunnitelmista kohti lopullista päämäärää. Näyttöön perustuva toiminta ja päätöksentekotaidot kasvavat, ja näytön etsiminen ja käyttäminen tulevat lähemmäksi arjen työtä, ja kehittämistehtävän aiheesta riippuen myös kliiniset taidot voivat mennä harppauksen eteenpäin.

Osallistumisessa ja osallisuudessa on suuri ero. Osallistava kehittäminen antaa opiskelijoille myös vaikuttamisen mahdollisuuden pelkän osallistumisen sijaan. Osallistuminen on Kettusen ja Kivisen (2012, 40, 42) mukaan mukana oloa; osallisuus taas syntyy osallistumisen, toiminnan ja vaikuttamisen kautta. Palvelurakenteen muutos johtaa entistä kollektiivisempaan kehittämistyöhön, ja myös potilaiden osallisuutta voisi hyödyntää jatkossa entistä enemmän myös osallistavassa kehittämistyössä.

# LÄHTEET

- Ammattikorkeakoululaki 2014. Viitattu 2.9.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20140932>
- Auvinen, Pekka; Heikkilä, Johanna; Ilola, Hanna; Kallioinen, Outi; Luppajärvi, Timo; Raji, Katariina & Roslöf, Janne 2010. Suositus tutkintojen kansallisen viitekehysten (NQF) ja tutkintojen yhteisten kompetenssien soveltamisesta ammattikorkeakouluisa. Viitattu 2.9.2016. [http://web.novia.fi/sbok2014/files/kompetenser/Allmanna\\_kompetenser.pdf](http://web.novia.fi/sbok2014/files/kompetenser/Allmanna_kompetenser.pdf)
- Eriksson, Elina; Korhonen, Teija; Merasto, Merja & Moisio, Eeva-Liisa 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus hanke. Viitattu 2.9.2016. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Keskitalo, Elsa; Karvinen, Ikali; Vuokila-Oikkonen, Päivi & Launonen, Pekka 2015. Osallistava kehittäminen työelämän ja ammattikorkeakoulun yhteistyönä. Viitattu 2.9.2016. [http://www.uta.fi/yky/tutkimus/konferenssit/tyoelamantutkimuspaivat/tyoryhmat/osallisuusjayhteisollisyys/ohjelmajaabstraktit/Keskitalo%20ym\\_Osallistava%20kehitt%C3%A4minen%20ty%C3%B6el%C3%A4m%C3%A4n%20ja%20ammattikorkeakoulun%20yhteisty%C3%B6n%C3%A4.pdf](http://www.uta.fi/yky/tutkimus/konferenssit/tyoelamantutkimuspaivat/tyoryhmat/osallisuusjayhteisollisyys/ohjelmajaabstraktit/Keskitalo%20ym_Osallistava%20kehitt%C3%A4minen%20ty%C3%B6el%C3%A4m%C3%A4n%20ja%20ammattikorkeakoulun%20yhteisty%C3%B6n%C3%A4.pdf)
- Kettunen, Tarja & Kivinen, Tuula 2012. Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnan näyttäjänä. Tutkiva hoitotyö Vol. 10 (4), 41.
- Koistinen, Paula; Näkki, Pirjo; Pyykkö, Anita & Valtonen, Minna 2015. Sosiaali-, terveys- ja kirkon alan opetussuunnitelmauudistuksella joustavaa koulutusta yhteiskunnan moninaistuviin tarpeisiin. Teoksessa: Göthoni, Raili; Karjalainen Anna Liisa; Koistinen, Paula & Kolkka, Marjo (toim.) Diakpedalla asiakaslähtöisyyttä, reflektiivisyyttä ja digitalisuutta.
- Nurmi, Regina; Korhonen, Teija & Mahlamäki-Kultanen, Seija 2016. Sairaanhoidajakoulutuksen opetussuunnitelmien ohjaus- ja opetusosaamisen tavoitteet. Tutkiva hoitotyö Vol. 14 (3), 24.
- Näyttöön perustuva toiminta 2016. Viitattu 5.9.2016. <http://www.hotus.fi/hotus-fi/naytoon-perustuva-toiminta>.
- Osallistava ja tutkiva kehittäminen. Viitattu 2.9.2016. <http://www.diak.fi/tyoelama/OSKE/Sivut/default.aspx>.
- Osallistava kehittäminen 2014. Työterveyslaitos. Viitattu 3.9.2016. [http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso\\_ja\\_esimiestyo/muutoksen\\_hallinta\\_ja\\_kehittaminen/osallistava\\_kehittaminen/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ja_esimiestyo/muutoksen_hallinta_ja_kehittaminen/osallistava_kehittaminen/sivut/default.aspx)
- Terveydenhuoltolaki 2010. Viitattu 8.9.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>



# I

## POTILASTURVALLISUUS OSANA LAADUKASTA HOITOTYÖTÄ

Potilasturvallisuus on keskeinen osa hoitotyön laatua, ja sitä säätelevät erilaiset asetukset ja strategiat. Potilasturvallisuuteen pyritään vaikuttamaan niin kansallisella kuin paikallisella tasolla. Tässä teemassa kuvataan viisi erilaista kehittämistyötä artikkelien muodossa. Kehittämistöiden avulla on pyritty vaikuttamaan potilasturvallisuuteen paikallisella tasolla eri toimintaympäristöissä. Potilasturvallisuuskulttuuri on myös potilaiden hoitoa edistävää yhdenmukaista hoitoa.

Lääkehoidon turvallisuus on keskeinen potilasturvallisuuden kehittämiskohde Suomessa. Tässä teemassa kuvataan lääkehoitosuunnitelman tekemistä vastaanottokeskukseen sekä lääkehoidon osaamisen kehittämistä mielenterveysyksikköön. HaiPro-vaaratapahtumailmoituksilla pyritään parantamaan potilasturvallisuutta tunnistamalla potilasturvallisuuteen vaikuttavia riskitekijöitä, ja artikkelissa kuvataan koulutuksen järjestämistä aiheesta perusterveydenhuoltoon. Potilasturvallisuutta voidaan lisätä myös yhdenmukaisella ja riittäväällä kirjaamisella, jota yksi kehittämistyö koski. Myös yhtenäiset toimintatavat ja tavaroiden yhtenäinen sijoittelu lisäävät potilasturvallisuutta, kuten ambulanssin yhtenäinen sisustus, jota työelämässä kehitettiin.



*Hautala Matti, Pulkkinen Mari, Saharinen Saija &  
Schmandt Reija*

## **1 LÄÄKEHOITOSUUNNITELMAN TUOTTAMINEN VASTAANOTTOKESKUKSEEN**

### **Taustaa lääkehoitosuunnitelman kehittämislle**

**K**un miljoonat ihmiset maailmalla jättävät kotinsa sotien ja vainoamisen takia, se näkyy myös Euroopassa kasvavana turvapaikanhakijoiden määränä. Turvapaikanhakijoita tuli viime vuonna Suomeen enemmän kuin koskaan, ja uusia vastaanottokeskuksia ja hätämajoituksia avattiin viikoittain. Tilanne on uusi ja muuttuva niin yhteiskunnalle, mutta myös eri ammattien edustajille. Vastaanottokeskuksissa ja hätämajoitusyksiköissä työskentelee eri ammattikuntien edustajia ja paljon vapaaehtoisia. Sairaanhoidaja edustaa keskuksessa hoitotyön asiantuntijuutta. Työ vastaanottokeskuksessa sekä hätämajoituksessa on auttamista hetkessä – haastavaa mutta myös palkitsevaa.

Turvapaikanhakijoiden erilainen kulttuuritausta ja toisenlaiset terveyskäsitteet tuovat työlle uudenlaisia haasteita. Yhden suurimmista haasteista arjen työhön tuo yhteisen kielen puuttuminen. Yhteinen kieli helpottaisi ihmisten ongelmien tunnistamista ja oireiden ymmärtämistä. Esimerkiksi kipu koetaan eri kulttuureissa hyvin eri tavoin, ja kulttuuritietoisuus auttaa sairaanhoidajaa hoidon tarpeen arvioimisessa. Kulttuureihin liittyvät erityispiirteet tekevät auttamisen joskus vaikeaksi. Esimerkiksi auttajan sukupuoli voi johtaa siihen että omasta ongelmasta on vaikea kertoa, ja apu jää sen takia saamatta. Sairaanhoidajalta vaaditaan työssä paitsi kulttuurisensitiivisyyttä, myös somaattisen- ja mielenterveyshoitotyön vankkaa osaamista. Kun terveystilaa ja apua tarvitsevia on paljon, hoitotyössä korostuu asioiden priorisointitaito.

Hoitotyön yksi haastavimmista osa-alueista on lääkehoito. Lääkehoidon avulla ennaltaehkäistään sairauksia, parannetaan elämänlaatua ja hoidetaan

sairauksien aiheuttamia oireita. Turvallisen lääkehoidon tärkein perusta on vahva lääkehoidon ammatillinen osaaminen, johon sisältyvät myös siihen vaikuttavat monet muut tekijät kuten ammattihenkilön ja työyhteisön vastuullisuus. Laki velvoittaa tekemään jokaiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoyksikköön lääkehoitosuunnitelman. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b.) Tämä artikkeli kuvaa lääkehoitosuunnitelman tekemistä Kangasvuoren vastaanottokeskukseen kehittämistyönä. Kangasvuoren vastaanottokeskus sijaitsee Jyväskylässä, ja siellä on noin 200 turvapaikanhakijaa. Henkilökuntaa keskuksessa on noin 20. Vastaanottokeskuksella oli tarve työlle, koska siellä ei ollut lain vaatimaa lääkehoitosuunnitelmaa, eikä sen myötä selkeää ohjeistusta ja linjausta lääkehoidon oikeaoppiselle toteutukselle. Toinen kehittämistyön tekijöistä on työskennellyt vastaanottokeskuksessa sairaanhoitajana keskuksen toiminnan alkamisesta saakka, ja kehittänyt keskuksen hoitotyötä sekä lääkehoitoa alusta alkaen.

### **Lääkehoitosuunnitelman suunnittelussa huomioitavia asioita**

Vastaanottokeskus on sosiaali- ja terveyspalveluita tarjoava yksikkö, jossa tulee olla lääkehoitosuunnitelma. Lääkehoitosuunnitelman tulee perustua yksikössä toteutettavaan lääkehoitoon ja sen tulisi toimia käytännön työvälineenä lääkehoidon kehittämiseen ja henkilöstön perehdyttämiseen. Lääkehoito on osa turvallista, laadukasta ja näyttöön perustuvaa potilastyötä, jota ohjaa terveydenhuoltolaki. Aloitimme lääkehoitosuunnitelman suunnittelun perehtymällä aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen ja lainsäädäntöön. Lääkehoitosuunnitelma on osa potilasturvallisuutta ja laadunhallintaa. (Terveydenhuoltolaki 2010.) Työyksikön lääkehoitosuunnitelma perustuu vuonna 2006 Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) tekemään Turvallinen lääkehoito- oppaaseen, joka on päivitetty terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työryhmän toimesta vuonna 2014. Opas päivitettiin lääkehoidon kehityksen sekä sosiaali- ja terveysalaa koskevien muutosten vuoksi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.) Turvallinen lääkehoito- opas ohjaa sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköitä lääkehoitosuunnitelman tekemiseen. Oppaan tavoitteena on yhtenäistää turvallista ja laadukasta lääkehoitoa ohjaavat periaatteet, selkeyttää lääkehoidon vastuunjako sekä määrittää lääkehoitoa koskevat vähimmäisvaatimukset. Opas on käytössä maanlaajuisesti kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa toiminta- ja työyksiköissä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Lääkehoitosuunnitelmaa laatiessamme huomioimme asiakkaat, toimintaympäristön ja käytettävissä olevat resurssit sekä moniammatillisen yhteistyön vastaanottokeskuksen työntekijöiden ja muiden tahojen kanssa.

Kangasvuoren vastaanottokeskuksen henkilöstö koostuu johtajasta, apulaisjohtajasta, sairaanhoitajista, sosiaalityöntekijöistä, etuuskäsittelijästä sekä ohjaajista. Lääkehoitosuunnitelmaa suunniteltaessa huomioimme myös vastaanottokeskuksen henkilöstön mielteet ja toiveet lääkehoidon toteutuksesta. Kun turvapaikanhakija saapuu Suomeen ja sijoittuu hätämaajoitusyksikköön tai vastaanottokeskukseen, hänelle täytyy järjestää vastaanottolain (746/2011) mukaiset palvelut, joihin kuuluvat terveydenhuollon osalta seulontakokeet tarttuvien tautien poissulkemiseksi, terveystarkastukset, rokotukset sekä välttämättömät terveydenhuoltoalan ammattilaisen arvioimat terveyspalvelut. Maahanmuuttovirasto on allekirjoittanut sopimuksen terveyspalveluiden järjestämisestä Suomen Terveystalo Oy:n ja Lääkärikeskus Aava Oy:n kanssa. Aiemmin käytössä olleet vastaanottokeskusten solmimat yksittäiset sopimukset muutettiin valtakunnallisiksi, jotta palvelut saatiin tasavertaisiksi, kustannustehokkaiksi sekä yhdenmukaisiksi. (Maahanmuuttovirasto 2012.)

Vastaanottokeskuksissa toimii terveydenhoitajia sekä sairaanhoitajia, jotka vastaavat turvapaikanhakijoiden terveydenhuollon suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat tekevät muun muassa terveystarkastuksia, pitävät vastaanottoa ja arvioivat hoidon tarvetta lääkärin vastaanottoa varten sekä antavat rokotteita. Työnkuva on erilainen kuin monessa muussa terveydenhuoltoyksikössä, koska työ on hyvin itsenäistä ja itseohjautuvaa. Sairaanhoitajan ammatilliseen osaamiseen kuuluu yhtenä osana lääkehoito (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016a). Sairaanhoitajan lääkehoidon osaaminen jaetaan teoreettiseen osaamiseen sekä kliiniseen eli käytännön ja päätöksenteon osaamiseen. Lääkehoidon oikeaoppisen toteutuksen näkökulmasta tämä tarkoittaa sairaanhoitajan hyvää lääkehoidon teoreettista tuntemusta ja kykyä soveltaa sitä asiakkaiden lääkehoitotilanteissa. Samalla tulee huomioida oma rooli ja toimiminen sekä sen juridiset ja eettiset perusteet. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 13.) Vastaanottokeskuksessa erityisesti asiakkaan ohjaamisen merkitys on suuri, koska asiakkailta itsellään on vastuu henkilökohtaisesta lääkehoidosta. Myös erilaiset terveystieteelliset ja eettiset arvot voivat vaikuttaa lääkehoidon toteuttamiseen.

Sairaanhoitajan tulee hallita lääkehoidon käytännön taitoja, kuten lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen, niiden antaminen sekä asiakkaan ohjaus. Päätöksentekokykyyn kuuluvat kriittinen ajattelumalli ja kyky arvioida asiakkaan kliinistä terveydentilaa ja lääkehoidon tarvetta, suhteessa muuttuviin tilanteisiin. Tärkeää on huomioida asiakkaan sekä moniammatillisen työryhmän kanssa tehtävät päätökset. Juridinen ja eettinen osaaminen edellyttävät lääkkeisiin ja lääkehoidon toteutukseen liittyvien laki-

en, asetusten ja ohjeiden ymmärtämistä. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 14.) Kangasvuoren vastaanottokeskuksessa lääkehoidon toteuttaminen edellyttää lääkelupaa, jonka saa osoittamalla osaamisen kirjallisin kokein sekä käytännön näytöin. Sairaanhoidajalla tulee olla käytynä LOVE- ja LOP-verkkokurssit tai muu vastaava osoitus lääkehoidon teoreettisesta osaamisesta. Verkkokurssien lisäksi tulee antaa näyttö käytännön osaamisesta kuten lääkkeiden jakamisesta ja pistotekniikoista. Lääkeluvat ovat voimassa 5 vuotta, ja niiden voimassaoloa seuraavat työntekijä ja esimies. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b.)

Turvallisen lääkehoidon edellytyksenä myös vastaanottokeskuksessa on, että sairaanhoitaja hallitsee anatomian, fysiologian ja farmakologian eli lääkeaineopin. Anatomian ja fysiologian osaaminen on oleellista, koska sairaanhoitajan tulee olla tietoinen lääkkeiden vaikutuksista ja haittavaikutuksista sekä niiden eri antotavoista. Farmakologian hallitsemisen tarkoituksena on, että sairaanhoitaja osaa ja pystyy antamaan asiakkaille lääkkeitä oikealla tavalla, arvioimaan lääkehoidon vastetta ja ohjaamaan asiakasta sen toteutuksessa ja seurannassa. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 15.) Lääkehoitosuunnitelmassa on huomioitu edellä mainitut sairaanhoitajan osaamisvaatimukset, jotta lääkehoidon toteuttaminen on turvallista. Lääkehoidon toteuttaminen, ohjaus ja arviointi ovat jatkuvaa prosessia. Ohjaus lääkehoidossa perustuu vuorovaikutus- ja ohjaustaidoille, koska asiakkaan tulee saada tietoja ja ohjausta omasta terveydentilastaan ja saada tukea lääkehoitoon sitoutumiselle. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 15–16.) Vastaanottokeskuksissa puhutaan montaa eri kieltä ja niissä kohtaavat hyvin erilaiset terveyskäsitykset. Lääkehoidon haasteena on asiakkaiden hoitoon sitoutumattomuus ja erilaiset käsitykset tilanteesta sekä hoidettavasta vaivasta kun työntekijöillä.

## **Lääkehoitosuunnitelman tavoitteet**

Laatutavoitteet ovat osa yksikön laadunhallintaa ja tavoitteet perustuvat yksikön omaan laatupolitiikkaan. Laatutavoitteiden saavuttaminen edellyttää toiminnan johtamista, suunnittelua, arviointia sekä kehittämistä. (Laadunhallinnan ja potilas- ja asiakasturvallisuuden ohjausryhmä i.a.) Kehittämistyön tavoitteena oli tehdä selkeä, ymmärrettävä ja helppolukuinen lääkehoitosuunnitelma, joka lain ja laadittujen vaatimusten mukaisesti palvelee koko vastaanottokeskuksen moniammatillista henkilökuntaa. Vastaanottokeskuksen koko henkilökunta perehdytettiin lääkehoitosuunnitelman sisältöön ja yhteisiä toimintatapoja vahvistettiin. Henkilökunnan jokaisella jäsenellä on oikeus ja velvollisuus tuntea omat työtehtävät, oikeudet sekä

velvollisuudet turvapaikanhakijoiden hoitotyössä ja niin ikään lääkehoidon toteutuksessa. Vastaanottokeskuksen lääkehoidosta vastaava lääkäri sekä proviisori hyväksyivät lääkehoitosuunnitelman.

Lääkehoitosuunnitelman toiminnallinen tavoite oli saada suunnitelma ja käytäntö yhdenmukaisiksi, jotta lääkehoitoa sekä lääkehoidon vaikuttavuutta voidaan toteuttaa ja arvioida asianmukaisesti. Toimintayksikössä tavoitteena ovat yhdenmukaiset käytännöt organisaation sisällä. Tavoitteen saavuttaminen ja toteutuminen edellyttävät, että käytäntöjä kehitetään suunnitelmallisesti ja ne ovat käytännöllisesti koordinoituja. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppälä 2013, 95.) Toiminnallinen tavoite täyttyi yhteistyössä vastaanottokeskuksen henkilöstön kanssa.

### **Valmiin lääkehoitosuunnitelman sisältö**

Lääkehoitosuunnitelmassa tulee käsitellä riskitekijät, ongelmakohtat, kehittämiskohteet ja lääkehoitoprosessi (Ritmala-Castrén 2006). Lääkehoitosuunnitelman laatiminen oli moniammatillinen projekti. Lääkehoitosuunnitelma on lain vaatima ja kokonaisvaltaisen lääkehoidon peruseriaatteita noudattava suunnitelma, jossa määritellään työyksikön turvallisen lääkehoidon toteutuskeinot. Lisäksi lääkehoitosuunnitelmassa määritellään vastaanottokeskuksen henkilöstön oikeudet ja rajoitukset lääkehoidon toteuttamiselle. Kangasvuoren vastaanottokeskuksen lääkehoitosuunnitelmassa on esitelty toimintayksikön sisäisen lääkehoidon sisältö ja toimintatavat sekä lääkehoidon eri vaatimustasot. Erityisesti lääkehoidon riskitekijät ja ongelmakohtat sekä niiden pohjalta esiin nousseet kehittämiskohteet ovat tarkasti huomioituja, jotta lääkehoito olisi turvallista sekä tarkoituksenmukaista. Lääkehoitosuunnitelmassa on määritelty henkilökunnan ammatilliset osaamistasot, vastuut, velvollisuudet sekä työnjako. Lääkehoitosuunnitelman teossa on otettu huomioon vastaanottokeskuksen moniammatillinen henkilökunta ja sen pohjalta pohdittu henkilökunnan rooleja lääkehoidon toteutuksessa. Vastaanottokeskuksen henkilöstön yhteisen päätöksen mukaisesti lääkehoitoa toteuttavat ainoastaan vastaanottokeskuksen sairaanhoitajat; näin voidaan taata turvallinen ja asianmukainen lääkehoito. Työyhteisössä koettiin tarpeelliseksi rajoittaa ohjaajien lääkkeiden antoa turvapaikanhakijoille, koska osalla heistä ei ollut toistaiseksi hoitoalan koulutusta tai lain vaatimia lääkeluvia.

Toimintayksikön henkilöstörakenteen tulee olla sen lääkehoidon vaatimustason mukainen. Käytännössä tämä tarkoittaa, että jokaisessa työvuorossa tulisi olla ainakin yksi työntekijä, jolla on lääkehoidon toteutukseen vaadittava ammattitaito ja lääkeluvat. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos



2014, 14.) Päävastuu lääkehoidon toteutuksesta on vastaanottokeskuksen sairaanhoitajilla, jotka jakavat asiakkaiden lääkkeitä henkilökohtaisiin do-setteihin ja suorittavat intramuskulaariseen (i.m) ja subcutikseen (s.c) vaa-tivien lääkkeiden antamisen, esimerkiksi rokotteet. Vastaanottokeskuksen asiakkaiden lääkehoidon toteutus tapahtuu koulutetun henkilöstön kautta. Käytäntö on oleellinen turvallisen ja riskejä minimoivan lääkehoidon to-teutuksen näkökulmasta.

Vastaanottokeskuksen peruslääkevalikoimasta löytyy joitakin tarvitta-via käsikauppalääkkeitä akuutteja tilanteita varten. Tavoitteena kuitenkin on, että turvapaikanhakija ostaa itse käsikauppalääkkeet kuukausittain saa-mallaan vastaanottorahalla. Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu myös opastaa turvapaikanhakijaa itsehoidossa sekä lääkkeettömässä hoidossa. Turvapai-kanhakijaa tulee informoida eri lääkehoidon vaihtoehdoista, niiden hyö-dyistä ja haitoista. Tämän lisäksi tulee kuunnella turvapaikanhakijaa ja an-taa hänen osallistua kykyjensä ja voimavarojensa mukaan itseään koskevaan päätöksentekoon. (Holopainen ym. 2013, 27.) Edellä mainittujen tekijöi-den avulla pyritään lääkehoidon riskien ja lääkkeiden väärinkäytön mini-mointiin.

Wathen (2007) on tutkinut maahanmuuttajien potilasohjausta, ja tutki-muksen mukaan potilasohjaukseen vaikuttavia kulttuurillisia tekijöitä ovat muun muassa sukupuoli, kieli, uskonto sekä perheyhteisöllisyys ja tempe-ramentti (Wathen 2007, 34). Turvapaikanhakijoiden neuvontaan, infor-mointiin sekä lääkehoidon toteutumiseen ja vaikuttavuuteen tulee kiinnit-tää huomiota varsinkin kulttuurillisista syistä. Lähtökohtana pidetään, että turvapaikanhakijat huolehtivat itsenäisesti henkilökohtaisesta lääkehoidos-ta, mutta sairaanhoitajan täytyy arvioida lääkehoidon vastetta ja vaikut-tavuutta. Mikäli sairaanhoitajalla herää epäily epätarkoituksenmukaisesta lääkehoidosta, on sairaanhoitajalla vastuu järjestää lääkehoito valvonnan alaisuudessa. Tällaisia tilanteita voivat olla muun muassa lääkkeiden vää-rinkäyttö tai lääkkeiden myyminen, josta voi aiheutua terveydellisiä vaara-tilanteita. Lääkehoidon kokonaisvaltaiseen toteutukseen liittyvän tiedon-kulun varmistaminen on tärkeää, koska yhteistyökumppaneita ovat sekä Suomen Terveystalo Oy:n henkilöstö että akuuteissa tilanteissa kunnalli-nen terveydenhuollon henkilöstö. Erilaiset potilastietojärjestelmät yksiköi-den välillä luovat haasteita tiedonkulkuun. Tämän vuoksi sairaanhoitajan vastuulla on siirtää tarvittavat potilastiedot hoitavaan terveydenhuoltoyk-sikköön ja selvittää turvapaikanhakijaa koskevat määräykset sekä toteuttaa ne, esimerkiksi lääkehoitoon liittyvät määräykset.

Seuranta- ja palautejärjestelmä on oleellinen lääkehoitosuunnitelmassa huomioitu osa-alue, jotta lääkehoitoa voidaan kokonaisuudessaan kehittää.

Hoitotyön tutkimussäätiö on tehnyt tutkimusnäyttöön perustuvan hoitosuosituksen, jonka avulla voidaan ehkäistä lääkkeiden jakamiseen sekä antamiseen liittyviä poikkeamia. (Joanna Briggs Institute 2010, 2.) Kehittämistyössä teimme vastaanottokeskukseen myös lääkepoikkeama-lomakkeen, johon on kirjattava lääkehoidossa havaittavat poikkeamat. Lomakkeen käsittelee yksikönjohtaja, jotta poikkeamia voidaan ehkäistä ja niistä voidaan oppia. (Ritmala-Castrén 2006.) Hoitosuosituksessa korostetaan potilaskohtaista lääkkeenjakoja ja potilaan lähellä tapahtuvaa lääkkeen jakamista sekä antamista. Vastaanottokeskuksessa lääkkeet jaetaan ja annetaan potilaskohtaisesti. Myös potilaan mukaan ottaminen lääkkeenjaoissa ja-antamisessa voi vähentää lääkepoikkeamia. (Joanna Briggs Institute 2010, 4.) Vastaanottokeskuksissa toteutuvat poikkeamat ovat lähinnä aikapoikkeamia, koska potilaan täytyy itse tulla sairaanhoitajan vastaanotolle noutamaan lääkkeet.

### **Lääkehoitosuunnitelman tekemisellä vaikuttavuutta käytäntöihin**

Vuonna 2014 on saatu päätökseen Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus-hanke yhteistyössä ammattikorkeakoulujen terveysalan verkoston ja Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n kanssa. Hankkeen tarkoituksena oli määrittää sairaanhoitajien ammatillisen osaamisen vähimmäisvaatimukset, yhtenäistää ammattikorkeakoulusta valmistuvien sairaanhoitajien osaamistasoa sekä varmistaa tasalaatuinen opetus. Hankkeessa pidettiin tärkeänä lääkehoidon turvallista suunnittelua, toteuttamista sekä arviointia eri sairauksissa sekä erilaisten asiakasryhmien hoidossa. Turvallinen lääkehoito sisältää varsinaisen lääkehoidon lisäksi lääkehuollon, lääkelaskennan, rokottamisen, verensiirtohoidon, farmakologian sekä farmasian hallintaa. (Erikson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015.) Hankkeessa on keskitytty juuri siihen ydinosaamiseen, mikä on oleellista myös kehittämistehtävässä ja lääkehoitosuunnitelmaa tehdessä. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen linkittyy tärkeänä tekijänä lääkehoitosuunnitelman eri osa-alueisiin ja lääkehoidon turvalliseen toteutukseen.

Lääkehoito kaikkine vaiheineen ja prosesseineen sekä itse lääkehoitosuunnitelman laatiminen on ammatillisesti jatkuva, vaikuttava ja monipuolinen prosessi. Asiakkaan kannalta lääkehoidon toteutus ja arviointi ammattitaitoisen sairaanhoitajan toimesta on tärkeää. Lääkehoito vaikuttaa monella tapaa asiakkaan elämään, joten Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus-hanke on nostanut esiin oleellisia tekijöitä, joihin tulisi panostaa. Esille nostetut asiat vaikuttavat niin Suomen kansalaisiin kuin turvapai-kanhakijoihin. Lääkehoitosuunnitelma selkeytti asiakkaiden sekä työnteki-

jöiden mielestä vastaanottokeskuksen arkea ja toimintaa. Käytäntö osoitti parhaat toimintatavat lääkehoitoon ja turvapaikanhakijoiden mielipiteet ja palautteet otettiin huomioon. Lääkehoitosuunnitelman perusteella toteutettava lääkehoito loi tarvittavia rutiineja, selkeyttä ja turvallisuuden tunnetta asiakkaille. Turvapaikanhakijoille olivat tärkeitä selkeät toimintatavat sekä käytännöt etenkin terveydenhuoltoon ja lääkehoitoon liittyvissä asioissa. Vastaanottokeskuksessa pidetyissä infotilaisuuksissa kävimme läpi lääkehoidon käytännöt ja toteuttamistavat, joita tulee jokaisen noudattaa. Saimme positiivista palautetta vastaanottokeskuksen työyhteisöltä sekä Suomen Terveystalo Oy:lta lääkehoitosuunnitelman sisällöstä ja selkeydestä.

Koimme lääkehoitosuunnitelman tuottamisen käytännönläheiseksi työelämän kannalta. Lääkehoitosuunnitelman toteuttaminen poikkeaa tavanomaisesta hoitotyöstä, mutta on tärkeää ymmärtää lääkehoidon kokonaisuutta ja toimintaa hoitotyön osana jo pelkästään lääkkeen antamisen yhteydessä. Haasteelliseksi koimme vähäisen ja yksipuolisen lähdekirjallisuuden aiheesta. Turvapaikanhakijoita koskevaa kirjallisuutta löytyi hyvin vähän. Lääkehoitosuunnitelmaa koskeva kirjallisuus on lähinnä tuotettu suoranaiseen terveydenhuoltoyksikköön, eikä sitä sellaisenaan voinut hyödyntää vastaanottokeskuksen tarkastelussa. Tulevaisuudessa voimmekin odottaa, että ajankohtaisia tutkimuksia ja oppaita tuotetaan enemmän, sillä turvapaikanhakijoita saapuu maahamme vuosittain.

Suomessa olevat turvapaikanhakijat vaikuttavat terveydenhuoltoalan ammattilaisten työmäärään jo nyt. Vastaanottokeskus toimii alkuvaiheen kotouttajana sekä länsimaiseen kulttuuriin tutustuttajana turvapaikanhakijalle. Kotouttamisella tarkoitetaan viranomaisten yhteistyötä sopeuttaa turvapaikanhakija suomalaisen yhteiskuntaan, jotta hän omaksuu uusia tietoja, taitoja sekä toimintatapoja. Kielitaito on tärkeä edellytys kotoutumiselle. (Sisäministeriö i.a.) Selkeillä käytännöillä voimme vaikuttaa jo alkuvaiheessa turvapaikanhakijan sitoutumiseen erilaisten palveluiden käyttäjänä. Suomessa terveydenhuolto on kuitenkin hyvin erilaista kuin esimerkiksi monissa Itä-Euroopan maissa.

Lääkehoitosuunnitelma on aina oleellinen ja tärkeä ohjenuora lääkehoidon kokonaisvaltaiselle toteutukselle työyksiköstä riippumatta. Tekemäämme lääkehoitosuunnitelmaa käytetään myös toisessa vastaanottokeskuksessa. Lääkehoitosuunnitelmaa voidaan pitää perehdytysmateriaalina sekä uusille että jo alalla oleville työntekijöille, ja on siksi vaikuttavaa materiaalia. Kulttuurierot tekivät suunnitelman teosta lääkehoidon toteuttamisen osalta erityisen ja haastavan. Meillä ei ollut aiempaa kokemusta lääkehoitosuunnitelman laatimisesta, joten kehittämistyö oli erittäin oleellinen ja kehittävää ammatillisuuden kannalta. Tehtävän myötä ymmärsimme aiempaa

enemmän lääkehoidon merkityksestä organisaation, työyhteisön ja työntekijän näkökulmista.

Teimme ratkaisuja yhteistyössä vastaanottokeskuksen henkilöstön kanssa muun muassa ohjaajien oikeudesta antaa asiakkaille lääkkeitä, siten että lain vaatima koulutus ja vastuut otetaan huomioon. Yhteistyömme sujui moitteettomasti sekä vastaanottokeskuksen henkilöstön että kehittämistyön tekijöiden kanssa. Mielestämme saimme kehittämistyössä oleellisimmat osa-alueet selkeästi näkyviin, ja lääkehoitosuunnitelma palvelee vastaanottokeskusta sen tarpeiden mukaisesti. Lääkehoitosuunnitelma kehittämistyönä loi työyhteisössä selkeyttä ja yhteisiä käytäntöjä. Vaikeina aikoina avainasemassa ovat pienet kehittämistyöt. Kaikesta pyritään säästämään, oli kyse rahasta, henkilöstön määrästä tai palveluiden tarjonnasta. Tässä työssä kehitettiin käytäntöjä ja työtapoja lääkehoitosuunnitelman avulla. Kehittäminen antaa mahdollisuuksia parempaan työssä jaksamiseen, ajankäyttöön tai asiakasturvallisuuteen. Lääkehoidon kehittämistyön avulla hoitotyön laatu vastaanottokeskuksessa selkiytyi ja parani. Pienistä teoista saattaa syntyä ajan mittaan suuria muutoksia.

# LÄHTEET

- Erikson, Elina; Korhonen, Teija; Merasto, Merja & Moisio, Eeva-Liisa 2015. Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus- hanke. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Viitattu 18.3.2016. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Holopainen, Arja; Juntila, Kristiina; Jylhä, Virpi; Korhonen, Anne & Seppänen, Salla 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.
- Joanna Briggs Institute 2010. JBI-suositus. Menettelytavat lääkkeiden jakamiseen ja antamiseen liittyvien poikkeamien ehkäisemiseksi sairaalassa. Viitattu 22.2.2016. [http://www.hotus.fi/system/files/BPIS\\_ennakko\\_2010-4\\_0.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2010-4_0.pdf)
- Laadunhallinnan ja potilas- ja asiakasturvallisuuden ohjausryhmä i.a. Tervolan kunnan suunnitelma laadunhallinnan ja potilas-/ asiakasturvallisuuden täytäntöönpanosta 2015-2016. Viitattu 30.5.2016. <http://tervola.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyskeskus/suunnitelma-laadunhallinnan-ja-potilas-asiakasturvallisuuden-taytantonpanosta>
- Maahanmuuttovirasto 25.10.2012. Vastaanottokeskuksen terveyspalvelut ostetaan Terveystalolta ja Aavalta. Viitattu 30.5.2016. [http://www.migri.fi/medialle/tiedotteet/lehdistotiedotteet/lehdistotiedotteet/1/0/vastaanottokeskusten\\_terveyspalvelut\\_ostetaan\\_terveystalolta\\_ja\\_aavalta\\_37867?language=fi](http://www.migri.fi/medialle/tiedotteet/lehdistotiedotteet/lehdistotiedotteet/1/0/vastaanottokeskusten_terveyspalvelut_ostetaan_terveystalolta_ja_aavalta_37867?language=fi)
- Ritmala-Castrén, Marita 2006. STM opastaa: Lääkehoitoon turvallisuutta lääkehoitosuunnitelman avulla. Viitattu 30.5.2016. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/stm-opastaa-laakehoitoon-turvallisuutta-laakehoitosuunnitelman-avulla/>
- Saano, Susanna & Taam-Ukkonen, Minna 2015. Lääkehoidon käsikirja. 1.-4.painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Sisäministeriö i.a. Kotoutuminen. Viitattu 30.5.2016. <http://www.intermin.fi/fi/maahanmuutto/kotoutuminen>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a. Lääkehoidon osaaminen. Viitattu 30.5.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/turvallinen-laakehoito/laakehoidon-osaaminen>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b. Lääkehoitosuunnitelma. Viitattu 30.5.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/turvallinen-laakehoito/laakehoitosuunnitelma>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Viitattu 15.1.2016. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN\\_ISBN\\_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1)
- Terveydenhuoltolaki 2010. Viitattu 30.5.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P8a>
- Wathen, Marja 2007. Maahamuuttajien potilasohjaus sairaanhoidajien kokemana. Pro gradu- tutkielma. Viitattu 30.5.2016. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/77868/gradu01737.pdf?sequence=1>

## **2 LÄÄKEHOIDON OSAAMISEN KEHITTÄMINEN OSANA TURVALLISTA LÄÄKEHOITOA**

### **Taustaa lääkehoidon kehittämiseksi**

Yhteiskunnan nopea kehittyminen ja muuttuminen tekevät terveysalan-kin tehtävistä entistä haasteellisempia, minkä vuoksi hoitajan on pystyttävä muutoksissa mukana ja pystyttävä ajantasaisen, luotettavan tiedon hankintaan (Holopainen, Junntila, Jylhä, Korhonen & Seppälä 2013, 10–11). Jatkuva itsensä kehittäminen ja näyttöön perustuva toiminta kuuluvat sairaanhoitajan osaamisvaatimukseen. Sairaanhoitajan työssä potilasturvallisuus on avainasemassa, minkä vuoksi esimerkiksi turvallisen lääkehoidon toteuttaminen ja sen vaikuttavuuden arviointi ovat ensiarvoisen tärkeitä asioita. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 19.)

Tämä artikkeli käsittelee keväällä 2016 keskisuomalaisessa julkishallinnon mielenterveysyksikössä toteutettua kehittämishanketta, jonka tarkoituksena oli kehittää turvallisen lääkehoidon toteutumista yksikön kahdella eri osastolla. Turvallisen lääkehoidon tavoite toteutuu, kun henkilökunnalla on riittävästi tietoa työyhteisössä käytettävistä lääkkeistä ja niiden vaikutuksista (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2015, 22). Yhteistyökumppanimme ilmennyt hoitotyön kehittämistarve nousi potilastietojärjestelmään kirjaamatta jätetyistä lääkkeiden vaikutuksista. Yksikössä oli tarve kokonaisuudessaan parantaa lääkehoidon seurantaa, minkä lisäksi henkilökunnan toivottiin saavan lisätietoa asiakkaiden käyttämistä mielialaan vaikuttavista lääkkeistä eli psyykenlääkkeistä ja pääasiassa keskushermostoon vaikuttavista lääkkeistä eli PKV-lääkkeistä.

Kehittämishankkeen tavoitteena oli tuottaa yksikön hoitohenkilökunnalle asianmukaista ja ajankohtaista tietoa edellä mainituista lääkkeistä ja osastojen lääkehoidon seurannan tämänhetkisestä tilanteesta sekä motivoida lääkehoitoa toteuttavia hoitajia arvioimaan lääkehoidon vaikutuksia.

Hankkeen toteutuksessa korostettiin yleisimpien osastoilla käytössä olevien mielenterveyden hoidossa käytettävien psyyken- ja PKV-lääkkeiden vaikutusten seurannan, arvioinnin ja kirjaamisen merkitystä osana turvallista lääkehoitoa.

## **Lääkehoidossa huomioitavia asioita**

Kehittämishankkeen tarkoituksena oli toteuttaa lääkehoitoon liittyvä koulutus mielenterveysyksikön hoitohenkilöstölle osastotuntien yhteydessä. Pääpaino koulutuksessa asetettiin lääkehoidon seurannalle. Muita käsiteltäviä aiheita olivat lääkkeiden mahdolliset yhteis- ja haittavaikutukset sekä yleisimmät yksikössä käytettävät PKV- ja psyykenlääkkeet. Koulutuksen tavoitteena oli lisätä osastojen hoitohenkilöstön tietoutta yleisimmistä yksikössä käytettävistä lääkkeistä ja auttaa heitä tunnistamaan riskiryhmän lääkkeet, motivoida henkilöstöä parempaan lääkehoidon seurantaan sekä helpottaa heitä huomioimaan mahdollisia lääkkeiden haittavaikutuksia. Menetelminä koulutuksessa käytettiin Power Point -esitystä, SWOT-analyyysiä sekä kuvitteellisia potilastapauksia.

Lääkityspoikkeamissa aikuisilla yleisin virhe on väärän lääkkeen saannissa. Erityisesti riskilääkkeet (erityistä tarkkaavaisuutta vaativa lääke) ovat lääketurvallisuutta heikentävä tekijä, ja virhe niihin liittyvässä lääkehoidossa on johtanut esimerkiksi vakavaan vammautumiseen tai jopa kuolemaan. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2015, 16–17.) Ammatillinen peruskoulutus ei aina takaa sitä, että henkilökunta hallitsisi tehtäviinsä kuuluvan lääkehoidon. Turvallisen lääkehoidon toteutukseen ei riitä pelkästään se, että osaa annostella lääkkeet ja jakaa ne potilaalle oikein. Henkilöstön on ymmärrettävä koko lääkehoidon kaari, eli osattava arvioida potilaan vointia ennen ja jälkeen lääkkeen antamisen, tiedettävä miksi ja miten lääke annetaan ja kuinka lääke vaikuttaa. (Ritmala-Castrén 2006.)

Turvallinen perustuu erilaisiin lakeihin ja säädöksiin. Lakien ja säädösten lisäksi yksi tärkeimmistä asiakirjoista, joka ohjaa osaston/yksikön lääkehoitoa, on lääkehoitosuunnitelma. Jokaisen terveyden- ja sosiaalihuollon toimintayksikön tulee laatia asianmukainen lääkehoitosuunnitelma, jossa kuvataan kyseisen yksikön koko lääkehuollon toimintatavat ja sisältö. Suunnitelmasta ilmenevät yksikön lääkehoidon vaatavuustaso ja mahdolliset riskitekijät, siitä tunnistetaan oman toiminnan pääalueet sekä kuvataan lääkehoitoprosessi. Suunnitelmassa määritellään lääkehoitoon sisältyviä vastuita ja huolehditaan siitä, että henkilökunnalla on riittävästi tietoa turvallisen lääkehoidon toteuttamiseen. Vastuu lääkehoidon suunnitelmasta on yksikön johdolla, ja lääkehuoltoa toteutetaan siitä annettujen mää-



räysten mukaisesti. (Ritmala-Castrén 2006; Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.)

Lääkehoitosuunnitelmassa tulee myös näkyä, kuinka lääkehoidon vaikuttavuutta ja tarkoituksenmukaisuutta kyseisessä yksikössä arvioidaan. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi sisältää lääkkeiden oletettujen positiivisten vaikutusten, sivu- ja haittavaikutusten, yhteisvaikutusten sekä päällekkäisyyksien seurannan ja arvioinnin. Suunnitelmasta näkyy myös toimintapa väärän lääkityksen tai väärän lääkeannostuksen jälkeen. Jotta tarkkaan arviointiin päästään, on tärkeää kiinnittää huomiota vaikutusten kirjaamiseen ja raportointiin. Toimintayksikön kirjaamisen toteuttamiseen on annettu omat säädökset. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.) Keskeisiä lääkehoitoon liittyviä lakeja ja säädöksiä ovat lääkelaki (1987/395), huumausainelaki (2008/373), laki ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559; 1994/564) sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992).

Koulutusta varten selvitettiin osastolla yleisemmin käytössä olleita PKV-lääkkeitä ja valittiin niistä ne lääkkeet, jotka saattaisivat aiheuttaa potilaalle suuriakin haittavaikutuksia, mikäli lääkehoidon toteutus ei ole asianmukaista ja ammattimaista. Koska lääkevalikoima yksikössä on suuri, lääkkeitä valittiin tarkasteltavaksi vaikuttavan aineen perusteella. Näin saatiin rajatuksi lääkeainevalikoimaa pienemmäksi. Koulutuksessa tarkasteltiin lääkkeiden puoliintumisaikaa, mahdollisia haitta- ja sivuvaikutuksia sekä interaktioita muiden lääkkeiden ja eräiden ruoka-aineiden kanssa. Tässä yhteydessä esiteltiin myös käytettävissä olevia lääketietokantoja, joiden avulla voidaan tarkastella lääkkeiden mahdollisia haitta- ja/tai yhteisvaikutuksia. Psykykliläkkeiden pitkäaikaiseen käyttöön vaaditaan selkeää näyttöä niiden hoidollisesta hyödystä (Huttunen 2015), minkä vuoksi lääkkeen vaikutusten seuranta on erityisen tärkeää. PKV-lääkkeiden lisäksi riskilääkkeitä ovat huumausaineet, mutta myös mm. laskimonsisäisesti annosteltavat lääkkeet, sedaatioon ja anestesiaan käytettävät lääkkeet, solunsalpaajat sekä diabeteslääkkeet luokitellaan suuren riskin lääkkeiksi. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2015, 17–18; The Joanna Briggs Institute 2010.) Suuri osa mielenterveyden hoidossa käytettävistä psykykliläkkeistä on riskiryhmään kuuluvia PKV-lääkkeitä, ja ne luetaan riskilääkkeiksi väärinkäytösriskin vuoksi (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2015, 19).

Turvallisen lääkehoidon toteutumiseen liittyy myös ikääntyminen ja sen mukanaan tuomat haasteet, minkä vuoksi koulutuksessa päätettiin käydä läpi myös vanhusten lääkehoidon erityispiirteitä. Iäkkäiden eli 75 vuotta täyttäneiden ihmisten määrä on kasvanut voimakkaasti 2000-luvulla, mikä on johtanut myös vanhusten lääkehoidon erityispiirteiden huomioimiseen

(Kivelä & Rähä 2007). Ikääntyneiden määrä Suomessa kasvaa edelleen, ja hoidettavana on yhä iäkkäämpiä ihmisiä. Lääkkeitä määrätessä ja lääkeshoidon vaikutuksia seurattaessa on tiedostettava, että ikääntyminen vaikuttaa suoraan lääkeaineiden jakautumiseen, metaboliakyvyn heikkenemiseen ja erittymisen hidastumiseen. Vanhetessa myös haittavaikutukset näkyvät selkeämmin, ja ne voivat ilmetä esimerkiksi sekavuutena, huimauksena ja kaatuiluna sekä erilaisina käyttäytymishäiriöinä. Vanhusten lääkehoidon tavoitteina on ehkäistä kuolemia, pidentää elinikää ja lievittää oireita. (Kivelä & Rähä 2007.) Lääkärin tulisikin säännöllisesti seurata iäkkään lääkitystä ja tarpeen mukaan pienentää annoksia. Lääkevalmisteiden määrää voidaan myös vähentää. Vanhusten lääkehoidon yhteydessä haluttiin nostaa esiin myös delirium, joka on äkillinen sekavuustila ja muistisairauksien ohella yleisin elimellinen mielenterveyshäiriö. Tilaan liittyy erityisesti iäkkäiden potilaiden korkea kuolleisuus. Sekavuustila ilmenee laaja-alaisina huomio- ja käsityskyvyn, loogisen ajattelun, muistin, psykomotorisen käyttäytymisen ja univalvorytmin häiriönä. Oireiston äkillinen alku, nopea oireiden vaihtelu sekä ajoittaiset muutaman tunnin selkeät jaksot ovat sille ominaisia piirteitä. (Fimea 2015.) Deliriumin hoidossa varhainen diagnoosi on tärkeää, minkä vuoksi sekavuustilan tunnistaminen olisi todella tärkeää hoidettaessa iäkkäitä potilaita.

## Kohti lääkehoidon parempaa osaamista

Henkilökunnan kouluttaminen toteutettiin kahtena peräkkäisenä päivänä ja kahdella eri osastolla. Koulutuspäivät olivat rakenteeltaan identtiset, ja ajankohdat suunniteltiin siten, että suurin osa henkilöstöstä pääsi koulutukseen. Molempina päivinä koulutukset pidettiin osaston ruokasalissa. Paikalla oli yhteensä yhdeksän hoitajaa, joista neljä oli sairaanhoitajia. Aiheena lääkehoidon turvallisuus oli kaikille tuttu, mutta yksikössä käytettävistä lääkkeistä ja niiden haitta- ja yhteisvaikutuksista ei monellakaan ollut paljoa tietoa. Myös psyykenlääkkeiden vakavimmat haittavaikutukset sekä lääkehoidossa huomioitavat erityispiirteet, kuten ikääntymisen tuomat haasteet, olivat monelle hoitajista uutta tietoa. Keskustelua herätti erityisesti lääkehoidon seurannan toteutuminen ja toteuttaminen osastoilla.

Koulutuksen alussa käytiin läpi tärkeimpiä lääkehoidon toteutukseen liittyviä lakeja, kuten lääkelaki (1987/395) ja huumausainelaki (2008/373) sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785), minkä jälkeen avattiin psyyken- ja PKV-lääkkeiden yleisimmät käyttöaiheet ja haittavaikutukset. Osastoilla yleisimmin käytössä olevia psyyken- ja PKV-lääkkeitä olivat *ketiapiini* (mm. Seroquel®, Ketipinor®), *klotsapiini* (mm. Leponex®), *kloori-*

*protikseeni* (Truxal<sup>®</sup>) ja *valproiinihappo* (Absenor<sup>®</sup>). Lääkkeistä käytiin läpi niiden vaikuttavat aineet, yleisimmät kauppanimet, vakavimmat haittavaikutukset ja yhteisvaikutukset.

Raunio (2012) mukaan lääkkeiden käytön ja polyfarmasian eli usean lääkkeen samanaikaisen käytön katsotaan lisääntyneen. Yhä useammalla on käytössään kaksi tai useampia lääkkeitä, ja näiden välillä saattaa esiintyä indikaatioita. Lääkkeiden vaikutukset toisiinsa saattavat olla joko negatiivisia tai positiivisia. Lisäksi erilaiset valmisteet kuten erilaiset ruoka-, ja nautintoaineet sekä rohdos- ja vaihtoehtovalmisteet saattavat vaikuttaa lääkkeen tehoon. (Raunio 2012.) Lääkeaineiden yhteisvaikutuksia käsiteltäessä esiteltiin kaksi eri lääketietokantaa: SFINX ja PHARAO. SFINX on tietokanta, josta löytyy tietoa yli 16 000 lääkeyhteisvaikutuksesta, PHARAO puolestaan täydentää SFINXiä. SFINXissä lääkkeiden interaktiot ovat lääkeainekohtaisia ja lääkemuoto on myös huomioitu. Tietoa on myös lääkkeiden ja eräiden yleisten ravintoaineiden interaktioista (karpalo-, greippi-mehu ja maito) sekä interaktiosta tärkeimpien luontaistuotteiden välillä. Tieto päivitetään neljä kertaa vuodessa, joten sen on ajankohtaista ja luotettavaa. Lisäksi julkaistu tieto on kliinisen farmakologian ja lääkehoidon erikoislääkäreiden hyväksymää. PHARAO-tietokannassa voidaan tarkastella yksittäisen lääkkeen haittavaikutusta esimerkiksi lääkelisäyksissä tai koko lääkityksen haittavaikutusriskit lääkehoidon kokonaisarviointissa. PHARAOssa on kuvattuna yli 1400 lääkeainetta haittojen kannalta yhdeksän keskeisen vaikutuksen osalta. (Terveysportti 2015.) Koulutukseen osallistunut hoitohenkilökunta oli tietoinen kyseisten tietokantojen olemassaolosta, mutta sairaanhoitajia lukuun ottamatta hoitajat eivät ole osanneet aiemmin hyödyntää tietokantoja omassa työssään.

Osastoilla yleisimpien käytössä olevien psyyken- ja PKV-lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutusten lisäksi koulutuksessa käsiteltiin lääkeaineiden puoliintumisaikaa sekä psyykenlääkkeiden vakavimpia haittavaikutuksia, kuten pahanlaatuista neuroleptioireyhtymää, joka on neuroleptien (= anti-psykoottinen lääke) aiheuttamien erilaisten oireiden kirjo, agranulosytoosia eli verisolujen määrän muutosta, ja deliriumia. Raunio (2012) mukaan yhteisvaikutuksista tiedetään tänä päivänä runsaasti ja siksi suhteessa lääkkeiden käytön määrään vakavia haittavaikutuksia esiintyy varsin vähän. Lääkkeen vaikutus ihmiseen riippuu kahdesta asiasta: hänen yksilöllisestä aineenvaihdunnastaan sekä käytetyn lääkkeen ominaisuuksista. Jos henkilöllä on jokin elintoimintojen poikkeama ja käytössä useampi riskiryhmään kuuluva lääke, on hänellä suurentunut riski saada interaktio. (Raunio 2012.) Erityisesti psyykenlääkkeiden haitallisimmat sivuvaikutukset olivat monille koulutukseen osallistuneista hoitajista uusia asioita.

Pietilän (2014) tutkimuksessa helsinkiläisessä ympärivuorokautisessa hoidossa olevista vanhuksista lähes 90 % käytti säännöllisiä ja/tai tarvittavia psyykenlääkkeitä. Säännöllisesti psyykenlääkkeitä käytti 74 %. Keskimäärin asukkailla oli säännöllisesti käytössään kaksi PVK-lääkettä, joilla on sedatiivinen vaikutus. Lisäksi tutkimuksessa tuli ilmi, että opioidien käyttö ja siten myös niiden päällekkäiset lääkemääräykset ovat lisääntyneet. (Pietilä 2014.) Iän tuomien vaikutusten tiedostaminen on osa turvallisen lääkehoidon toteutumista. Osastoilla on asukkaita nuorista aikuisista ikääntyneisiin. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean (2015) mukaan ikääntymiseen liittyy paljon elimistön toiminnan muutoksia, ja iän myötä sairastavuus lisääntyy. Fimealla on oma iäkkäiden lääkityksen tietokanta Lääke 75+. Tämän tietokannan tarkoitus on helpottaa kliinistä päätöksentekoa lääkehoidossa sekä parantaa lääkityksen turvallisuutta perusterveydenhuollossa. Tietokanta sisältää luokittelun ja suosituksen yli 400 lääkeaineen tai lääkeaineyhdistelmien käytöstä iäkkäillä ihmisillä. (Fimea 2015.)

Turvalliseen lääkehoitoon palattiin koulutuksessa nostamalla esiin työntekijän itsensä vastuu ja velvollisuus tuntea lääkehoidon koko kaari ja hallita siihen liittyvät asiat. Työnantajan vastuuna on huolehtia työntekijän asettamisesta hänen taitojaan vastaavaan tehtävään. Koulutuksessa painotettiin erityisesti lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnin, raportoinnin ja kirjaamisen merkitystä potilasturvallisuuden parantamiseksi. (Valvira 2008.) Hoitohenkilökunta havaitsi itse puutteita vaikutusten kirjaamisessa ja arvioinnissa. Heidän mukaansa arviointia ja kirjaamista oli toteutettu ”aikaisemmin”, mutta kyseinen toimintatapa oli sittemmin jäänyt. Koulutuksen lopussa käsiteltiin osaston käytänteiden mukaista lääkkeiden jakamista sekä huumausaineiden ja PKV-lääkkeiden seuranta ja kirjausta. Samalla kerrattiin, kuinka lääkehoidon vaikuttavuus kirjataan yksikön potilastietojärjestelmään. Yhtenä koulutuksen tavoitteena oli lisätä hoitohenkilöstön tietoa lääkehoidosta sekä auttaa heitä arvioimaan lääkkeiden käytöstä aiheutuvia haittavaikutuksia. Tämän vuoksi laadittiin hoitohenkilöstön pohdittavaksi kaksi erilaista potilastapausta. Näissä kyseisissä tapauksissa kuvattiin kahden eri potilaan terveydentilassa tapahtuneet akuutit muutokset, voimassa oleva lääkitys sekä tapahtuneet hoitotoimenpiteet. Edellä mainittuihin tietoihin pohjautuen henkilökunnan tuli arvioida potilaiden kokonaistilanne ja tehdä heistä oikeat diagnoosit. Ensimmäisessä tapauksessa diagnoosiksi potilas sai deliriumin ja toisessa tapauksessa agranulosytoosin.

Koulutuksen viimeisessä osiossa teetettiin kysely lääkehoidosta. Kyselyssä hoitohenkilöstö joutui arvioimaan sekä omaansa että osastolla toteutettavaa lääkehoitoa. Tähän käytettiin kirjallista SWOT-analyysiä, joka on pitkään käytössä ollut arviointimalli (Halttunen-Sommardahl 2008). Analyysi-

si päätettiin ottaa täytettäväksi vasta koulutuksen jälkeen, jolloin hoitajilla oli halutessaan mahdollisuus verrata omaa tietämystään koulutuksessa esille tulleisiin asioihin. Kaikki paikalla olleet hoitajat täyttivät kaavakkeet henkilökohtaisesti. Kaavakkeita ei jätetty osastoille poissa olleiden hoitajien täytettäväksi salassapitosyistä. SWOT-analyysissä selvitettävissä oleva asia on jaettu neljään kenttään, joissa kyseisestä asiasta etsitään vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia (*strengths, weaknesses, opportunities, threats*). Tämä malli sopii monien asioiden arviointiin, ja sitä voidaan käyttää useissa eri yhteyksissä. Erityisesti se sopii kehittämiskohteiden tunnistamisvaiheisiin, mutta se on myös paljon käytetty malli muun muassa riskikartoituksessa, itsearvioinnissa ja hankesuunnittelussa. SWOT-menetelmässä käytettävä kaavio täytetään siten, että vasempaan ylälaitaan kirjataan hankkeen vahvuudet ja oikeaan ylälaitaan sen heikkoudet. Tässä osiossa tarkastellaan nykyhetkeä, ja siinä sekä vahvuudet että heikkoudet ovat henkilökohtaisia tai yrityksen sisältä lähtöisin. Vasempaan alalaitaan tulevat hankkeen mahdollisuudet ja oikeaan alalaitaan uhat. Alalaidan osiossa käsitellään tulevaisuutta. Uhat ovat mahdollisia lähitulevaisuudessa näkyviä ongelmia tai asioita, joita tulisi välttää. Kuten mahdollisuudet, myös uhat ovat yrityksestä päin tarkasteltaessa ulkoisia. SWOT-analyysin etuna on helppo toteutettavuus eikä se vie paljoa resursseja. Heikkoutena on, että kyseinen analyysi saattaa antaa tarkasteltavasta asiasta liian pintapuolisen kuvan. SWOT-analyysin voi tehdä yksin tai ryhmässä. (Halttunen-Somardahl 2008, OK-opintokeskus i.a.)

SWOT-analyyseja palautettiin yhdeksän. Tulosten (taulukko 1) perusteella työyhteisössä henkilökohtaisiksi vahvuuksiksi nousivat erityisesti pikikutarkkuus ja tietämys lääkkeistä, joiden lisäksi mainittiin kirjaaminen, seuranta ja raportointi sekä tarkkuus lääkkeenjaossa, lääkkeiden tarkastus ja epäselvyyksien selvittäminen. Henkilökohtaisina heikkouksina pidettiin hätäisyyttä, nopeutta ja omaan vointiin liittyviä tekijöitä. Myös jatkuva uusien lääkkeiden tuleminen markkinoille ja sitä myötä yhteisvaikutusten lisääntyminen koettiin haittana turvallisen lääkehoidon toteutumiseksi. Samankaltaisia asioita nousi esiin myös The Joanna Briggs Instituutin (2010) julkaisemassa, sairaanhoitajien kokemuksiin perustuvassa suosituksessa: eniten virheitä lääkkeiden jakamiseen tai antamiseen liittyvissä poikkeamisissa tuli muun muassa lääkkeiden jakamisen keskeytyessä, ongelmista lääkemääräyksissä, moniammatillisen tiimin toimimattomasta yhteistyöstä, henkilökohtaisen voinnin ollessa heikko ja keskittymiskyvyn ollessa puutteellinen (The Joanna Briggs Institute 2010.)

Yksikön osastoilla sairaanhoitaja jakaa lääkkeet, jotka hoitajat puolestaan antavat asiakkaille. Työyhteisössä kaikki hoitajat osallistuvat lääkehoitoon,

mikä koettiin sekä mahdollisuutena että uhkana turvallisen lääkehoidon toteutumiseksi. Mahdollisuuksina turvallisen lääkehoidon toteutumiseksi työyhteisössä pidettiin erillistä lääkkeenjakoilaa, hyvää tiedonkulkua ja kirjaamista, mahdollisuutta jakaa tietoa moniammatillisesti sekä asiakkaiden lääkemyönteisyyttä. Luokkamäen (2015) sairaanhoitajille teettämässä tutkimuksessa vastaajista suurin osa arvioi työssään kuluvan eniten aikaa juuri lääkehoidon toteuttamiseen, ja yli puolet oli mielestään aiheuttanut potilaalle vaaratilanteen lääkehoidossa. (Luokkamäki 2015.)

Yksikössä lääkehoidon turvallisuushaksi koettiin erityisesti kiire, rauhattomuus ja ruuhka lääkkeidenottotilanteessa ja lääkejonossa, työntekijöiden suuri määrä sekä asiakkaiden lääkekielisyys. Uhatilanteiksi koettiin tärkeän asian kirjaamatta tai raportoimatta jättäminen tai asiakas saisi väärät lääkkeet. E-reseptit koettiin haasteellisiksi, koska asiakkaiden tietoja ei pystytä tarkastelemaan tietoturvasyistä. Lääkelistojen päivittäminen on sairaanhoitajan tehtävä, minkä vuoksi hänen poissa ollessaan lääkelistojen päivittäminen saattaa jäädä. Luokkamäen (2015) tutkimuksessa sairaanhoitajat arvioivat oman lääkehoidon turvallisen toteuttamisensa olevan keskimääräisesti hyvää (n. puolet vastaajista), ja vain kolmasosa määritteli osaamisensa olevan kiitettävää, loput tyydyttävää tai välttävää (Luokkamäki 2015).

#### TAULUKKO 1. SWOT-analyysin tulokset.

<p><b>HENKILÖKOHTAISET VAHVUUDET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pikkutarkkuus</li> <li>• tietämys lääkkeistä</li> <li>• kirjaaminen</li> <li>• seuranta</li> <li>• raportointi</li> <li>• tarkkuus lääkkeenjaossa</li> <li>• lääkkeiden tarkastus</li> <li>• epäselvyyksien selvittäminen</li> </ul>	<p><b>HENKILÖKOHTAISET HEIKKOUEDET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hätäisyys</li> <li>• nopeus</li> <li>• omaan vointiin liittyvät tekijät</li> <li>• uusien lääkkeiden tuleminen markkinoille → yhteisvaikutusten lisääntyminen</li> </ul>
<p><b>TYÖYHTEISÖN MAHDOLLISUUDET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• erillinen lääkkeidenjakotila</li> <li>• hyvä tiedonkulku</li> <li>• kirjaaminen</li> <li>• mahdollisuus jakaa tietoa moniammatillisesti</li> <li>• asiakkaiden lääkemyönteisyys</li> <li>• kaikki hoitajat osallistuvat lääkehoitoon</li> </ul>	<p><b>TYÖYHTEISÖN UHAT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kiire</li> <li>• rauhattomuus</li> <li>• ruuhka lääkkeidenottotilanteessa</li> <li>• ruuhka lääkkeidenottojonossa</li> <li>• työntekijöiden suuri määrä</li> <li>• asiakkaiden lääkekielisyys</li> <li>• E-reseptit</li> <li>• kirjaamatta jättäminen</li> <li>• asiakas saa väärät lääkkeet</li> <li>• lääkelistojen päivittäminen</li> <li>• kaikki hoitajat osallistuvat lääkehoitoon</li> </ul>

SWOT-analyysin yhteydessä esitimme myös lisäkysymyksen lääkevas-teen seurannasta yksikössä. Tämän henkilökunta koki haastavaksi kiireen ja lääkkeiden pitkien vaikutusaikojen vuoksi. Vaikutuksen kirjaaminen ei ole kuulunut osaston työtapoihin, eikä sen tärkeyttä ole tiedostettu tai painotettu esimiestasolta. Ratkaisuna henkilökunnan mielestä voisi olla esi-merkiksi huomiota herättävä muistutus tai etenemiseste potilastietojärjes-telmässä.

## **Pohdinta**

Oikein toteutettuna lääkehoito on yksi tärkeimpiä ja tehokkaimpia tapo-ja parantaa potilasturvallisuutta. Turvallisen lääkehoidon toteutus on kui-tenkin haastavaa, ja siinä on useita eri vaiheita, joissa voi tapahtua virheitä. Siksi on tärkeää, että siitä on laadittuna sekä selkeä ohjeistus että myös lain-säädäntö, joilla yhtenäistetään lääkehoidon periaatteet.

Toteuttaessamme osastotuntia huomasimme, että lääkehoidossa on am-mattiryhmien välillä hyvin erilaista osaamista. Sairaanhoitajat kokivat lää-keosaamisensa riittäväksi, kun taas lähihoitajat ja sosionomit kokivat tie-tonsaa vajavaisiksi. Puutteita oli lääketietoudessa, lääkehoidon seurannassa sekä mahdollisissa lääkkeiden sivuvaikutuksissa. Luokkamäen (2015) sai-raanhoitajille teettämän lääkehoitoon liittyvän tutkimuksen tuloksista il-meni, että 59 % vastaajista kirjaa potilaalle annetun lääkkeen vaikutukset ylös, kun kyseessä on vasta aloitettu lääke. 58,3 % vastaajista kirjaa kaik-ki vaiheet lääkehoidossa ja yli 80 % huomaa lääkehoidon vaikutukset po-tilaassa. Raportilla ja sairauskertomuksessa selitetty potilaan lääkehoito oli selkeää noin puolelle vastaajista. Mikäli potilaalle annettu lääkemääräys oli epäselvä, lähes kaikki vastaajat arvioivat konsultoivansa lääkäriä selventääk-seen lääkemääräystä. (Luokkamäki 2015.)

Tiedonsiirto yksiköiden välillä potilaan lääkityksestä koettiin olevan ajoittain heikkoa, koska toisessa yksikössä ei ole omaa lääkäriä käytössä. Näin ollen potilaan lääkitystä on mahdollista seurata vain KANTA-pal-velussa. Yhtenä ratkaisuna tähän olisi järjestää säännöllistä lääkehoidon li-säkoulutusta ammattihenkilöstölle sekä testata heidän osaamistaan tietyin väliajoin. Vastuu koulutuksen järjestämisestä kuuluu yksikönjohdolle ja toivomme, että tekemämme analyysin perusteella he tähän päätyvätkin. Luokkamäen (2015) tutkimuksessa suurin osa vastanneista sairaanhoita-jista arvioi pakollisen LOVE (lääkehoidon osaaminen verkossa) -koulu-tuksen olleen hyödyllinen ja lisänneen heidän lääkehoitotietoisuuttaan ja -osaamistaan. Merkittävää kuitenkin oli, että eri työpaikoilla ja erilaisis-sa työsuhteissa (vakituinen/määräaikainen) lääkehoidon osaaminen arvioi-



tiin eriasteisiksi. Esimerkiksi yliopistollisen sairaalan sairaanhoitajat arvioivat iv-osaamisensa olevan terveyskeskus- ja keskussairaalan sairaanhoitajia parempaa. Lisäksi aiemmin työhönsä valmistuneet kokivat olevansa myöhemmin valmistuneita parempia lääkehoidossa. (Luokkamäki 2015.)

Mielestämme osastotunnit olivat tarpeellisia kyseiselle yksikölle. Valitsimme ne aiheet, jotka koimme olevan tärkeitä turvallisen lääkehoidon toteutuksessa. Osastotuntien aikana henkilöstöllä oli mahdollisuus pohtia yhdessä sekä omaa että yksikön lääkehoidon toteutusta. Tällä mielestämme saatiin aikaan se, että jokainen joutui arvioimaan omaa lääkehoidon toteutustaan ja samalla miettimään, kuinka omalta kohdaltaan voisi sitä parantaa. Aiheista myös keskusteltiin koulutusten lopussa, ja samalla henkilöstö mietti yhdessä ratkaisuja esiin nousseisiin ongelmiin. Tavoitteena näille arvioinneille oli se, että jokainen yksilönä ymmärtäisi oman osaamisensa merkityksen turvallisen lääkehoidon toteutuksessa. Näiden keskustelujen lopputuloksena oli se, että osa henkilöstöstä huomasi osaamisen puutteita tietyillä lääkehoidon osa-alueilla sekä ymmärsi tarvitsevansa lisäkoulutusta lääkehoidossa.

Painotimme koulutuksessa lääkehoidon vaikuttavuuden seurantaan, joka on yksi tärkeimpiä asioita toteutettaessa turvallista potilashoitoa. Inkisen, Volmasen ja Hakaisen (2015) mukaan lääkehoidon vaikuttavuutta voi seurata esimerkiksi mittaamalla potilaan vitaali-arvoja, laboratoriomittauksilla, käytettyjen lääkkeiden määrällä sekä kysymällä potilaan omaa arviota hänen kokemistaan vaikutuksista. Vaikka lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnin päävastuu on lääkärillä, tulee kaikkien potilaan hoitoon kuuluvien ammattihenkilöiden tunnistaa mahdolliset ongelmatilanteet ja välittää siitä tietoa eteenpäin sekä potilaalle itselleen että muulle hoitoon osallistuvalla henkilökunnalla. Lääkehoidon vaikuttavuus on edellytys lääkehoidon jatkuvuudelle. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2015, 46–47.) Tavoitteenamme oli, että jokainen koulutuksessa käynyt kirjaisi jatkossa asukkaalle antamansa lääkkeen sekä arvioinnin siitä, mitä vaikutusta lääkkeestä on ollut. Vasteen kirjaaminen on edelleen jokaisen lääkkeenantajan omalla vastuulla.



## LÄHTEET

- Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/564, 28.6.1994. Viitattu 10.9.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940564>.
- Eriksson, Elina; Korhonen, Teija; Merasto, Merja & Moisio, Eeva-Liisa 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Ammatikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Porvoo: Bookwell Oy. Viitattu 5.8.2016. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Fimea 2015. Lääke 75+. Iäkkäiden lääkityksen tietokanta. Viitattu 4.8.2016. [http://www.fimea.fi/laakehaut\\_ ja\\_luettelot/laake75-](http://www.fimea.fi/laakehaut_ ja_luettelot/laake75-).
- Holopainen, Arja; Junntila, Kristiina; Jylhä, Virpi; Korhonen, Anne & Seppänen, Saila 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo: Bookwell Oy.
- Huttunen, Matti 2015. Psykykenlääkkeet. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 5.8.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00412](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00412).
- Huumausainelaki 2008/373, 30.5.2008. Viitattu 10.9.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2008/20080373>.
- Inkinen, Ritva; Volmanen, Petri & Hakoinen, Suvi (toim.) 2015. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 5.8.2016. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN\\_ISBN\\_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1).
- Kivelä, Sirkka-Liisa & Riihämä, Ismo 2007. Iäkkäiden lääkehoito. Viitattu 4.8.2016. [https://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17702\\_julkaisut\\_Kapseli35.pdf](https://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17702_julkaisut_Kapseli35.pdf).
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 17.8.1992. Viitattu 10.9.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559, 28.6.1994. Viitattu 10.9.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.
- Luokkamäki, Sanna 2015. Sairaanhoidajan lääkehoidon osaaminen. Hoitotiede. Terveystieteiden opettajankoulutus. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 5.8.2016. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20150131/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20150131.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150131/urn_nbn_fi_uef-20150131.pdf).
- Läkelaki 1987/395. 10.4.1987. Viitattu 10.9.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>.
- OK-opintokeskus i.a. Verkkomateriaalit. Swot-analyysi. Viitattu 5.8.2016. <http://ok-opintokeskus.fi/swot-analyysi>.
- Pietilä, Antti 2014. Psykykenlääkkeiden ja muiden keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden käyttö ympärivuorokautisen hoidon asukkailla Helsingissä 2011. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Syventävä tutkielma. Viitattu 6.8.2016. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/135512/TutkielmaFinal.pdp?sequence=3>.
- Raunio, Hannu 2012. Lääkkeiden haitalliset yhteisvaikutukset. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 6.8.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00715](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00715).

- Ritmala-Castrén, Marita 2006. STM opastaa: Lääkehoidon turvallisuutta lääkehoitosuunnitelman avulla. Viitattu 5.8.2016. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/stm-opastaa-laakehoitoon-turvallisuutta-laakehoitosuunnitelman-avulla/>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Hankkeet ja säädösvalmistelut. Rationaalisen lääkehoidon toimeenpano-ohjelman ohjausryhmä. Viitattu 5.8.2016. <http://stm.fi/hanke?selectedProjectId=17404>.
- Terveysportti 2015. SFINX-PHARAO. Lääkeinteraktiot. Viitattu 6.8.2016. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/interaktio.sfinxpharao.koti>.
- The Joanna Briggs Institute 2010. Menettelytavat lääkkeiden jakamiseen sekä antamiseen liittyvien poikkeamien ehkäisemiseksi sairaalassa. Best Practice 14 (4). Viitattu 5.8.2016. [http://www.hotus.fi/system/files/BPIS\\_ennakko\\_2010-4\\_0.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2010-4_0.pdf).
- Valvira 2008. Lääkehoito. Viitattu 7.5.2016. <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen-laakehoito>.

*Lehtinen Anu, Manninen Helena, Metsävuori Pauliina &  
Rautasalo Eija*

### **3 HAIPro-VAARATAPAHTUMAILMOITUS OSANA POTILASTURVALLISUUTTA**

#### **Kehittämistyön taustaa**

**K**ehittämistyömme aihe oli järjestää HaiPro-potilasturvallisuuskoulu kerään pohjoissavolaisen aluesairaalan sisätauti-kirurgiselle osastolle. HaiPro on sovellus, jolla raportoidaan potilasturvallisuutta vaarantavia tapahtumia. HaiPro-haittatapahtumailmoitus (HaiPro-ilmoitus) on sähköinen lomake, jolla tapahtumat ilmoitetaan kyseisessä sovelluksessa. HaiPro-raportointijärjestelmä on tällä hetkellä käytössä yli 200:ssa eri sosiaali- ja terveysalan yksikössä. (HaiPro 2013.) Kyseisellä osastolla on ollut marraskuusta 2015 alkaen käytössään potilasturvallisuutta parantava kaatumisriskien arviointimenetelmä Falls Risk Assessment Tool (FRAT). HaiPro-ilmoituksiin kuuluu ennalta sovittujen ohjeiden mukaan kirjata sattuneen tapaturman tietojen lisäksi se, onko potilaalle tehty FRAT-kaatumisriskin arviointi, millaiset pisteet potilas on arvioinnissa saanut ja millaisia kaatumista ehkäiseviä toimenpiteitä on suunniteltu. Koulutuksemme tarkoituksena oli kouluttaa osaston hoitotyöntekijöitä täyttämään HaiPro-ilmoituksia vaaratapahtumista oikein ja riittävin tiedoin. Tavoitteena oli uusien työntekijöiden perehdyttäminen HaiPro-vaaratapahtumailmoitusten tekemiseen sekä saattaa osaston hoitotyöntekijöiden tietoon, mihin ilmoitusten tekeminen perustuu. Pyrimme sitouttamaan henkilökuntaa potilasturvallisuuden parantamiseen ja sitä kautta laadukkaaseen hoitotyöhön sekä ammatillisuuden kehittämiseen.

Potilasturvallisuutta säätelevät lait ja asetukset kuten terveydenhuoltolaki (2010). Lisäksi palvelujen laatua ohjaavat erilaiset suositukset ja laatu-käsikirjat (esim. STM:n laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelun parantamiseksi 2013). Kehittämishanke nousi organisaation tar-

peesta parantaa potilasturvallisuutta sekä palvelun laatua. Seurantajaksolla (11/2015–3/2016) osastolla tapahtui 23 läheltä piti- tai kaatumistapahtumaa, joten potilasturvallisuuteen panostaminen on perusteltua. Oleellista vaaratapahtumien ehkäisyssä on erityisesti riskien havaitseminen, koska niihin puuttuminen vähentää vaaratapahtumia tai poistaa niitä kokonaan. Vaaratapahtumien ennaltaehkäiseminen on edullisin ja vaivattomin tapa lisätä potilasturvallisuutta. Vaaratapahtumia ei voi kokonaan poistaa, mutta mikäli sellaisia tapahtuu, voi tapahtumasta saada arvokasta tietoa vastaavien tapahtumien välttämiseksi. (Helovuo, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 17, 20–21.) Koulutustilaisuudessa painotimme riskien havainnoinnin lisäksi erityisesti arvioinnin, palautteen ja seurannan merkitystä. Vaaratapahtumiin liittyviä olosuhteita voi arvioida, ja se on hyvä myös merkitä HaiPro-ilmoitukseen. Palautteen kuunteleminen niin potilailta, omaisilta kuin kollegoilta voi edesauttaa riskien havaitsemisessa tai auttaa ymmärtämään syitä, jotka johtivat tapahtumiin. HaiPro-ilmoituksista voi tehdä tilastointia, jolloin selviää esimerkiksi useimmin aiheutuneet tapahtumatyyppit. Tällöin voidaan lisätä esimerkiksi ohjeistusta, koulutusta tai tarkastella toimintatapoja vaaratapahtumien ehkäisemiseksi.

Kehittämishankkeemme yhtenä tarkoituksena oli uuden työntekijän mahdollisuus saada kollegiaalista tietoa HaiPro- vaaratapahtumailmoituksista. Hoitotyön ammattilaisen työkokemuksen tuoma tieto ja potilaskohdainen tuntemus ovat osa näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Toiminnan kehittäminen kuuluu jokapäiväiseen työhön lähes kaikissa työyhteisöissä. Tulevassa ammatissa sairaanhoitajina jatkuva kouluttautuminen on osa työtämme. Tutkiva ote, ihmettely ja kyseenalaistaminen ovat keinoja kehittymiselle sekä yksilönä että työyhteisönä. Uusien asioiden oppiminen antaa motivaatiota ja lisää työn mielekkyyttä. Koulutustilaisuuden tarkoitus oli herättää hoitotyön ammattilaiset pohtimaan näyttöön perustuvan hoitotyön mahdollistumista työyhteisössä potilasturvallisuuden ja hoitotyön laadun osalta ja perehtymään HaiPro-ilmoitusten täyttämiseen.

## **Potilasturvallisuuslainsäädäntö ja -strategia**

Potilasturvallisuuden edistämisen keskeinen lainsäädännöllinen perusta on terveydenhuoltolaki (1326/2010), jonka mukaan toiminnan tulee perustua näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin, ja sen tulee olla laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveydenhuoltolakia täydentää sosiaali- ja terveysministeriön asetus (341/2011), jossa säädetään laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta sekä mitä potilasturvallisuussuunnitelman tulee sisältää

(Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 8, 11). Potilasturvallisuussuunnitelmassa on sovittava vaara- ja haittatapahtumien tunnistaminen ja raportointi, ilmoittaminen HaiPro-vaaratapahtumajärjestelmään sekä korjaavia toimenpiteitä koskevat menettelytavat. Laissa säädetään, että henkilökunta osallistuu laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden kehittämiseen. Pyrimme järjestämämme HaiPro-potilasturvallisuuskoulutuksen avulla parantamaan potilasturvallisuutta kyseisellä sisätauti-kirurgisella osastolla.

Osastolla olevat potilaan ovat pääasiassa ikäihmisiä. Ikäihmisten palveluja säätelee muun muassa laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (980/2012). Lisäksi palvelun laatua ohjaa sosiaali- ja terveystalvusteriön sekä kuntaliiton antama laatusuositus. Suosituksen tarkoituksena on tukea iäkkäiden toimintakykyä sekä vanhuspalvelulain toimeenpanoa. Laatusuositus on tarkoitettu päättäjien ja johdon lisäksi myös alan ammattilaisille, jotta he voivat hyödyntää sitä toiminnan suunnittelussa ja arvioinnissa. (Sosiaali- ja terveystalvusteriö 2013.)

## **HaiPro osana näyttöön perustuvan toiminnan kehittämistä hoitotyössä**

Näyttöön perustuva toiminta on hoitotyössä sekä tutkitun tiedon että ammattilaisen kokemustiedon käyttämistä asiakkaan parhaaksi. Näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen on koko terveydenhuollon yhteinen haaste, ja sen tarkoituksena on lisätä turvallisuutta hoitotyössä. Hoitotyön ammattilaisen tulee pystyä myös kriittisesti arvioimaan käytettävissä olevan tutkimustiedon luotettavuutta. Parhaimmillaan näyttöön perustuva toiminta on sekä yksilön että koko työyhteisön yhteinen asia ja toiminta perustuu tiedon jakamiseen. Työyhteisön jäsenet oppivat toisiltaan, ymmärtävät jatkuvan kouluttautumisen arvokkuuden ja tutkimukseen perustuvan toiminnan tärkeyden. Tällainen työyhteisö rohkaisee myös työntekijäänsä yksilönä oppimaan uutta ja käyttämään resurssinsa työyhteisön hyväksi. HaiPron käyttö työvälineenä tukee työyhteisön kehittymistä. Kehittyvä työyhteisö tarvitsee toiminnalleen sekä lähiesimiehen että koko organisaation tuen. Hoitotyössä tarvitaan näyttöä myös toimintatapojen ja menetelmien oikeellisuuden ja tehokkuuden perusteluun. Käytännössä tiedon puute hoitotyössä tai vajavainen toimintatapa herättää tarpeen tutkitun tiedon etsimiseen. (Mäkisalo 2003, 142–145.)

Kehittämishankkeemme kohdistui erään pohjoissavolaisen aluesairaalan sisätauti-kirurgiselle osastolle HaiPro-ilmoituksen täyttämisen kehittämiseksi. Kyseisen osaston HaiPro-vaaratapahtumailmoituksia läpi käy-

dessämme huomasimme, että kirjaaminen oli osittain puutteellista. Koulutuksemme tavoitteena oli kouluttaa osaston henkilökuntaa täyttämään HaiPro-ilmoituksia vaaratapahtumista oikein ja riittävin tiedoin sekä tuoda henkilökunnan tietouteen, mihin ilmoitusten tekeminen perustuu. Työyhteisössä on paljon sijaisia ja erilaisia osaajia, ja tämän kehittämistehtävän avulla pyrittiin tuomaan tietoa erityisesti uusille työntekijöille HaiPro-vaaratapahtumailmoitusten täyttämisestä. Muutosprosessi työyhteisössä voi viedä jopa vuosia, sillä erilaisten käytäntöjen muuttaminen ei ole helppoa. Vaikka tutkimustietoa olisi tarjolla, jostain syystä hoitajat hakevat tietoa mieluummin kollegoiltaan kuin tutkimuksista. Kun puhutaan käytäntöjen kehittämisen hitaudesta, vedotaan usein kiireeseen, työn määrään ja vaativuuteen sekä johdon ja työkavereiden tuen puutteeseen. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 34, 36.)

## **Vaaratapahtumien käsittelyprosessi hoitotyössä**

Vaaratapahtumien raportoinnin tavoitteena on kehittää potilasturvallisuutta. Kun virheitä sattuu, on toiminnassa puutteita. Vaaratapahtumien vähentymisen edellytys on, että kiinnitetään huomio puutteiden korjaamiseen. (Kinnunen, Aaltonen & Malmström 2013, 258–259.) Kyseisellä osastolla vaaratapahtumailmoitusta laatiessaan hoitohenkilökunta ohitti lähes aina kehittämistyötä edistävät kohdat kuten “Välittömät toimenpiteet tilanteessa” ja erityisesti “Ehdotus toimenpiteiksi, joilla tapahtuman toisto estetään”. Koulutustilaisuutemme tarjosi mahdollisuuden hoitohenkilökunnan pysäyttämiseen asian ääreen ja sitä kautta toiminnan kehittämiseen.

Raportoinnin ensimmäinen vaihe on vaaratapahtuman tunnistus. HaiPro-järjestelmään on laadittu tapahtumatyyppien luokitukset, jotka auttavat ilmoitettavan tapahtuman tunnistamista. Vaaratilanteiden huomaaminen vaatii henkilökunnalta erityisesti rutiinien tarkastamista. (Kinnunen ym. 2013, 260.) HaiPro-järjestelmään tehdään ilmoitus potilasturvallisuutta vaarantavista tapahtumista, jotka ovat aiheuttaneet tai voivat aiheuttaa potilaalle haittaa. Ilmoitus kannattaa tehdä aina, kun ilmoittaja kokee asiaan puuttumisella olevan vaikutusta potilasturvallisuuden parantamiseen. (HaiPro, potilasturvallisuusilmoituksen täyttöohje 2015.) Ilmoitusta tehtäessä yhteisesti sovitut säännöt auttavat kehittämistoimien kohdentamisessa (Kinnunen ym. 2013, 260–263). Prosessi etenee loogisesti ja aina samassa järjestyksessä. Vaaratapahtumailmoituksen käsittelijä luokittelee ja analysoi tapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät omalle käsittelijän lomakkeelle. Tapahtumaa käsiteltäessä on kyettävä näkemään yksittäisen henkilön virheellisen toiminnan taakse tekijöihin, jotka ovat myötävaikuttaneet ta-

pahtuman syntyyn. Tapahtumaa analysoitaessa tärkeintä on selvittää, miksi tilanteessa toimittiin tietyllä tavalla. Lisäksi pohditaan käytössä olevia toimintatapoja ja käytäntöjä, teknisiä järjestelmiä sekä fyysisiä mekanismeja. (Kinnunen ym. 2013, 260–263.)

Vaaratapahtumailmoituksen käsittelyn loppuvaiheet tähtäävät tavoitteellisesti tapahtumasta saatavan tiedon hyödyntämiseen ja muutoksen seurantaan. Tiedon hyödyntämisessä erityisen tärkeää on jakaa saatua tietoa säännöllisesti työyhteisöön. Vaaratapahtumista oppimisen kulmakiviä ovat luottamuksellinen ilmapiiri, joka mahdollistaa avoimuuden työyhteisön sisällä, johdon sitoutuminen asiaan ja esimiehen antama tuki, tapahtumien rakentava käsitteleminen sekä tarpeellisten muutosten toteuttaminen käytännössä. Tarkoituksena on löytää järjestelmävirheet, ei osoittaa yksittäisen työntekijän tekemää virhettä, vahinkoa tai puutetta. Pelkkä raportointi ei itsessään kehitä potilasturvallisuutta. Organisaation on luotava toimiva palautejärjestelmä, joka edesauttaa saadun tiedon systemaattista hyödyntämistä. (Kinnunen ym. 2013, 117, 259–263.) Jokainen ilmoitus viestii laatupoikkeamasta. Ilmoitusten käsittelyssä keskittyminen siihen, miksi tilanne on päässyt syntymään ja miten se tulevaisuudessa olisi estettävissä, on olennaisinta. Kehittämistoimenpiteiden suunnittelu ja toteutus vaativat pitkäjänteistä toimintaa. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 132–133.) Turusen ym. (2015) tutkimuksessa kuvataan potilasturvallisuuskulttuuria sairaanhoitajien arvioimana. Sairaanhoitajien mukaan potilasturvallisuuskulttuuri vahvistui kolmen vuoden seuranta-aikana ja vaaratapahtumien raportointiaktiivisuus lisääntyi huomattavasti. (Turunen, Mäntynen, Kvist, Miettinen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 150–154.)

## **HaiPro- koulutus osana potilasturvallisuutta**

Koulutustilaisuudessaamme pyrimme saamaan valmiin toimintamallin eli HaiPro-vaaratapahtumailmoituksen tekemisen osaksi organisaation jokapäiväistä toimintaa. Ohjaamalla osaston hoitotyöntekijöitä täyttämään HaiPro-ilmoituksia vaaratapahtumista oikein ja riittävin tiedoin, saadaan vaikuttavuus kyseisestä toiminnasta maksimaaliseksi. Suurin ongelma HaiPro-ilmoitusten tekemisessä on ollut niiden epätäydellinen täyttäminen. Osaston aiempia HaiPro-ilmoituksia läpi käydessämme huomioimme, että lähestulkoon aina ilmoitusta täytettäessä kohdat “Välittömät toimenpiteet tilanteessa” sekä erityisesti “Ehdotus toimenpiteiksi, joilla tapahtuman toisto estetään” jäävät kirjaamatta. Aiheutuneita vaaratapahtumia on käsitelty osastolla vaihtelevasti, mikä ilmeni myös koulutuksemme aikana. Oleellinen osa koulutustilaisuutta oli saada henkilökunta motivoitumaan HaiPro-

ilmoitusten tärkeystä ja oivaltamaan, kuinka saatua tietoa voi hyödyntää jokapäiväisessä hoitotyössä. Kinnusen ja Peltomaan (2009) mukaan vaaratapahtumista oppiminen ja läheltä piti -tilanteiden havainnoiminen ovat keino vähentää samanlaisten tilanteiden toistuminen. Tämä osaltaan parantaa potilasturvallisuutta. Pyrimme sitouttamaan henkilökuntaa potilasturvallisuuden parantamiseen ja sitä kautta laadukkaaseen hoitotyöhön sekä ammatillisuuden kehittämiseen. Käsittelimme koulutuksessa yhtä kaatumiseen liittyvää esimerkkitapausta, jonka yhteydessä täytimme HaiPro-ilmoituksen. Lisäksi pohdimme yhteisesti, kuinka kyseinen tapaus olisi voitu välttää.

*CASE 1: Paavo, 73 vuotta. Perussairauksina verenpainetauti, sydämen vajaatoiminta ja eturauhasen liikakasvu, lisäksi mielialan laskua. Paavo on hiljattain jäänyt leskeksi. Apuvälineitä ei ole käytössä. Hoitoon tullessa kartoitettu kaatumisvaaran riskiarviointi sovitusti. FRAT pisteitä saanut 12, joka tarkoittaa kohonnutta kaatumisvaaraa, toimenpide-ehdotuksia kohonneen kaatumisvaaran ehkäisyksi ei ole kirjattu.*

*Paavo saanut univaikeuksiin tarv. IMOVANE 7,5 mg klo 21.15, löytyy wc:n kynnyksen edestä kaatuneena klo 00.15. Wc:ssä valot, huoneessa yövalo päällä, toinen tossu pudonnut jalasta.*

*Miettikää, mitkä eri tekijät ovat voineet johtaa kaatumiseen sekä toimenpide-ehdotuksia, joilla tapahtuman toistuminen voitaisiin välttää?*

Hoitohenkilökunta pohti tekijöitä, jotka olivat mahdollisesti johtaneet kaatumiseen. Esille tulivat muun muassa huimaus ylös noustessa, tiheä virtsaamistarve ja sen vuoksi toistuvat wc-käynnit, huonot kengät, mahdollinen liikkumisen apuvälineen tarve sekä unilääkkeestä johtuva tokkuraisuus. Toimenpide-ehdotuksena tapahtuman välttämiseksi oli ohjaus siitä, että ylös noustessa on hyvä istua hetki sängyn laidalla ennen seisomaan nousua, jotta verenpaine tasaantuu. Hoitaja voi myös huolehtia siitä, että potilas käy wc:ssä juuri ennen sänkyyn menoa, ettei yöllä tulisi heti virtsaamisen tarvetta. Myös uneen vaikuttavia asioita lääkehoidon ja muiden menetelmien osalta pohdittiin, sekä potilaan kunnollisten jalkineiden merkitystä liikkumisessa. Potilas saattaa tarvita myös liikkumiseen apuvälineen, esimerkiksi rollaattorin yöksi.

Jaoimme koulutuksessa myös ohjemateriaalia. Niissä hyödynsimme Awanic Oy:n ylläpitämää HaiPro-internetsivustoa, jossa on kattavasti tietoa vaaratapahtumien raportointijärjestelmästä. Koulutuksen tueksi jaoimme ilmoitettavista vaaratapahtumista kootun yhteenvedon. Lisäksi tähden-simme sitä, että mikäli henkilö on epävarma ilmoittamisesta, niin varminta



on tehdä ilmoitus. Annoimme osaston käyttöön tekemämme HaiPro-ilmoituksen täyttöohjeen. Koulutustilaisuudessa aihe herätti ajoittain vilkasta keskustelua. Eniten kritiikkiä aiheutti haittatapahtumien ehkäisy. Muutaman osallistujan mielestä ongelmiin ei ole puututtu, vaikka vaaratapahtumia on ollut useitakin ja niistä on tehty asianmukaiset HaiPro-ilmoitukset. Muutamista osallistujista paistoi turhautuminen, koska he kokivat, ettei HaiPro-ilmoituksia ole käsitelty, eikä siten mitään muutosta asiaan ole tullut. Painotimme, että tärkeintä on se, että HaiPro-ilmoituksiin tehdään ehdotukset toimenpiteiksi, joilla vastaava voitaisiin välttää. Merkityksellistä on myös HaiPro-ilmoitusten säännöllinen käsittely, joka luo pohjan ongelmien ratkaisemiselle.

Mäkisalón (2003, 61–62) mukaan työelämässä on tapana toistaa aikaisemmin opittuja käytäntöjä, koska se on tuttu ja turvallinen tapa. On ymmärrettävää, että uuden tavan luomiseen ei ole kannustettu, koska siitä voi koitua epäjärjestystä, ahdistusta ja ennustamattomuutta. Luovuus edellyttää hyväksyvää ilmapiiriä, ja syntyy luottamuksellisessa työyhteisössä. Tällaisessa työyhteisössä jokainen työntekijä voi ideoida ja olla oma itsensä, pelkäämättä arvostelua. Koulutustilaisuudessa tähdensimme, että HaiPro-vaaratapahtumailmoituksen voi täyttää myös nimettömänä eikä vaaratapahtumista raportoinen tarkoituksena ole syyllisten etsiminen. Työyhteisössä jokaisen henkilökohtainen mielipide on tärkeä.

Mäkisalón (2003, 48–49) mukaan avoin vuorovaikutus ja keskustelukulttuuri lisäävät oppimista samoin kun se, että henkilöstö on mukana heitä itseään koskevien päätösten tekemisessä. Tavoitteemme oli saada yhteistä keskustelua aikaan, jolloin jokainen kokisi voivansa itse vaikuttaa tapahtuman kulkuun ja siten edistää potilasturvallisuutta. Tiedon jakaminen työyhteisön sisällä lisää kollegiaalisuutta. Case-tapauksen avulla henkilökunta rohkaistui avautumaan ja kyseenalaistamaan esimerkiksi vaaratapahtumailmoituksen tekemisen hyötyjä. Mielestämme saimme aikaan hedelmällistä ajatustenvaihtoa myös työyhteisön sisällä. Koimme myös henkilökunnan motivoituneen miettimään toimenpide-ehdotuksia case-tapaukseen sekä keinoja, joilla tilanne olisi voitu välttää. Lisäksi saimme avattua keskusteluyhteyden työntekijöiden ja esimiehen välille ilmoitusten käsittelyyn ja eteenpäin saattamiseen jatkossa. Koimme koulutuksemme tältä osin onnistuneeksi. Toivomme että jatkossa työyhteisössä olisi entistä avoimempi keskustelukulttuuri.

## **Pohdinta**

HaiPro on työkalu arjen hoitotyössä. Koulutuksemme avulla halusimme luoda avoimempaa toimintakulttuuria, jolloin edellytykset potilasturvalli-

suuden parantamiseksi kasvavat. Tämän koulutuksen perusteella emme voi arvioida HaiPro-ilmoitusten pitkäaikaisia vaikutuksia. Pyrimme kuitenkin motivoimaan henkilökuntaa sitoutumaan potilasturvallisuuden parantamiseen ja sitä kautta laadukkaaseen hoitotyöhön. Uusien asioiden tuominen työyhteisöön ei ole välttämättä helppoa. Oleellinen osa koulutusta oli henkilökunnan motivoiminen ja tärkeiden asioiden selkeä perustelu. Kävimme läpi mihin HaiPro-ilmoitusten tekeminen perustuu ja miksi on tärkeää toteuttaa koko prosessi alusta loppuun saakka huolellisesti, jotta potilasturvallisuus paranee.

Arviointi on osa laadukasta toimintaa. Arvioimme omaa osuuttamme tässä kehittämistyössä kysymällä palautetta työyhteisöltä sekä arvioimalla itse tapahtuman onnistumista. Lisäksi arvioimme toiminnan ja materiaalin laadukkuutta sekä luotettavuutta. Hoitotyöntekijän rooli on tärkeä toteuttaessa näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Hoitotyön ammattilaisen työnkuvaan kuuluu paitsi arvioida potilaan tarvitsema hoidon tarve, kyetä myös kriittisesti arvioimaan käytettävissä olevan tutkimustiedon luotettavuutta. Parhaimmillaan näyttöön perustuva toiminta on sekä yksilön, että koko työyhteisön yhteinen asia. Tuolloin työyhteisön toiminta perustuu tiedon jakamiseen, jolloin työyhteisön jäsenet oppivat toisiltaan, ymmärtävät jatkuvan kouluttautumisen arvokkuuden ja tutkimukseen perustuvan toiminnan tärkeyden. (Mäkisalo 2003, 142–145.)

Vaaratapahtumien raportoinnin vaikuttavuus ja sen arviointi on osa hoitotyön kehittämistä ja laadukkuutta. Koulutustilaisuudessaamme perehdytimme hoitotyöntekijöitä HaiPro-vaaratapahtumailmoitusten perusteelliseen täyttöön, jotta organisaation hyöty kyseisestä toiminnasta olisi maksimaalinen. Tavoitteemme on avoimen keskustelukulttuurin lisääminen, jotta oppimiselle olisi suotuisat edellytykset. Avainkysymyksiä ovat, miksi näin tehdään ja mihin toiminnalla tähdätään eli millainen vaikuttavuus toiminnalla on. Olemme oppineet teoriaan tutustumisen ja luentojen myötä, että työn ja muutoksen kehittäminen ei ole hetkessä tapahtuvaa. Työyhteisöissä on monenlaisia työntekijöitä ja toiset motivoituvat herkemmin uuteen kuin toiset. Koulutuksemme tarkoituksena oli kouluttaa osaston hoitotyöntekijöitä täyttämään HaiPro-vaaratapahtumailmoituksia oikein ja riittävin tiedoin. Tavoitteena oli myös uusien työntekijöiden perehdyttäminen HaiPro-ilmoitusten tekemiseen sekä saattaa osaston hoitotyöntekijöiden tietouteen, mihin ilmoitusten tekeminen perustuu. Saimme osallistajat ajattelemaan potilasturvallisuutta sekä pohtimaan uusia toimintatapoja jokapäiväiseen hoitotyöhön.

## LÄHTEET

- HaiPro 2015. Potilasturvallisuusilmoituksen täyttöohje. Viitattu 29.4.2016. [http://www.haiopro.fi/ohjeet/pt-ilmoittajan\\_ohje\\_07032015.pdf](http://www.haiopro.fi/ohjeet/pt-ilmoittajan_ohje_07032015.pdf).
- HaiPro 2013. Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Viitattu 26.1.2016. <http://www.haiopro.fi/fin/default.aspx>.
- Helovuori, Arto; Kinnunen, Marina; Peltomaa, Karolina & Pennanen, Pirjo 2011. Potilasturvallisuus Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännölläheisesti. Helsinki: Fioca Oy.
- Holopainen, Arja; Junntila, Kristiina; Jylhä, Virpi; Korhonen, Anne & Seppänen, Salla 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Fioca: Bookwell Oy.
- Kinnunen, Marina; Aaltonen, Leena-Maija & Malmström, Raija 2013. Vaaratapahtumien raportointi. Teoksessa Leena-Maija, Aaltonen & Per, Rosenberg (toim.). Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 257-273.
- Kinnunen, Marina & Peltomaa, Karolina 2009. Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Mäkisalo, Merja 2003. Yhdessä onnistumme. Opas työyhteisöjen kehittämiseen ja hyvinvointiin. Tampere: Tammi.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 341/2011 laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. Viitattu 13.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/kokoelma/2011/20110341.pdf>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelun parantamiseksi. Viitattu 13.1.2016. <http://www.julkari.fi/handle/10024/110355>.
- Terveysturvallisuuslaki 2010. Viitattu 13.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
- Terveysturvallisuuden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Potilasturvallisuusopas potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. Opas 15. Tampere: Juvenes Print. Viitattu 13.1.2016. <https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>.
- Turunen, Elina; Mäntynen, Raija; Kvist, Tarja; Miettinen, Merja & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2015. Sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri sairaanhoitajien arvioimana: pitkäaikainen tutkimus yhden yliopistosairaalan erityisvastuualueella. *Hoitotiede* 27 (2), 148–162.



*Anttila Sanna, Hiltunen Jaana, Kangassalmi Niina,  
Kemiläinen Pia & Rautasalo Eija*

## **4 HOITAJIEN KOKEMUKSET RAKENTEISEN KIRJAAMISEN MERKITYKSESTÄ HILJAISSA RAPORTOINNISSA VANHUSTEN TUETUSSA ASUMISYKSIKÖSSÄ**

### **Rakenteisen kirjaamisen merkitys hiljaisessa raportoinnissa**

Tässä artikkelissa kuvataan Keski-Suomessa toimivan vanhusten asumisyksikön työntekijöiden kokemuksia rakenteisen kirjaamisen merkityksestä hoitotyössä silloin, kun raportointi toteutetaan hiljaisena raportointina. Aihe on ajankohtainen, sillä hiljainen raportointi on yleistynyt monissa työyhteisöissä. Rakenteisen kirjaamisen merkityksestä hiljaisen raportoinnin tukena on tehty tutkimuksia aiemmin vähän.

Hyvän kirjaamisen edellytys on sujuvuus, toimivuus ja tietojärjestelmän käytettävyys. Potilastietojärjestelmä ja hoitokertomus tukevat ominaisuuksiltaan työtehtävän suoritusta. Moniammatillisesti ajatellen hoitotyön kirjaamisen tulisikin palvella terveydenhuollon ammattilaisten keskinäistä tiedonvaihtoa tarkoituksenmukaisella tavalla. Asumisyksikössä asiakkaiden tiedot kirjataan Effica-järjestelmään, joka on käytössä Keski-Suomen alueella monissa hoitoyksiköissä. Tällöin kokonaishoitoa ajatellen on tärkeää kirjata ajantasainen tieto. On mahdollista, että asiakas joutuu esimerkiksi erikoissairaanhoidon tarpeen vuoksi hoidettavaksi toiseen yksikköön, jolloin tämän yksikön on mahdollista saada asiakasta koskevat ajantasaiset tiedot järjestelmästä. Kansallisen kirjaamisen mallia on toteutettu ammatillisessa peruskoulutuksessa vuodesta 2006 lähtien. (Nykänen & Junntila 2012, 29.)

Jyväskylän alueella vanhusten asumisyksiköissä suullinen raportointi on edelleen vahvasti käytössä. Hiljainen raportointi tuli ajankohtaiseksi työ-

elämälähtöisestä kehittämisideasta, kun Jyväskylän kaupungin ylläpitämässä vanhusten ympärivuorokautisesti tuetussa asumisyksikössä osa työntekijöistä toi esiin halunsa kokeilla uutta menetelmää. Asumisyksikössä oli talvella 2016 kahden kuukauden kokeilu hiljaisesta raportoinnista. Tähän liittyen suunnittelimme ja toteutimme esimiehen pyynnöstä kyselyn, jonka avulla selvitimme asumisyksikön työntekijöiden positiiviset ja negatiiviset kokemukset hiljaisesta raportoinnista. Kyselyn avulla selvisi myös, muuttuiko työntekijöiden kirjaaminen kokeilun aikana. Tiedossa oli, että hiljainen raportointi on käytössä jo monissa erilaisissa yksiköissä, kuten erikoissairaanhoidossa, ja se on saanut niissä paljon positiivista palautetta

Toukokuussa 2016 pidimme osastotunnin kyselymme tuloksista. Osastotunnin tarkoituksena, tulosten käsittelyn lisäksi, oli saada työntekijät ymmärtämään rakenteisen kirjaamisen merkityksen vanhusten hoitokodissa silloin, kun käytössä on hiljainen raportointi. Osastotunnilla käsitelimme lisäksi rakenteisen kirjaamisen perustaa ja tavoitteita.

## **Rakenteinen kirjaaminen hiljaisen raportoinnin kulmakivenä**

Hoitosuunnitelma antaa edellytykset kirjaamiselle. Se sisältää esitiedot, varsinaisen hoitosuunnitelman, yhteenvedon, jatkohoidon ja kotiuttamisen. Arviointia tulee tapahtua hoitajakson kaikissa vaiheissa. (Hallila 2005, 56–57.) Asumisyksikössä jokaiselle uudelle asiakkaalle tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma, jonka mukaan häntä aletaan hoitaa. Hoito- ja palvelusuunnitelman pohjalla käytetään hyödyksi RAI-arviointia. RAI-arviointi tuo monipuolisesti esiin asiakkaan toimintakyvyn sekä voimavarat ja voimavaravajeet. RAI-järjestelmä koostuu erilaisista mittareista, jotka kuvaavat palvelujärjestelmän asiakkaiden tarpeita. Tärkeimpiä mittareita ovat arjesta suoriutuminen, psyykkinen ja kognitiivinen vointi, sosiaalinen toimintakyky ja hyvinvointi sekä terveydentila, ravitsemus ja kipu. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014.) Potilaan yksilöllisen hoidon takaamiseksi on tärkeää, että kirjaamiselle löydetään rakenteet, jotka ohjaavat kirjaamista. Potilastietoihin kirjaaminen on hoidon jatkuvuuden turvaamista, tiedonvaihdon mahdollistamista sekä terveydenhuollon ammattilaisen oikeusturvan varmistamista. (Hopia & Koponen 2007, 92–95; Nykänen & Junntila 2012, 12). Asumisyksikön työntekijöiden näkökulmasta kirjaaminen takaa oikeusturvan: vain kirjoitettu on tapahtunut.

Suomessa on käytössä FinCC (Finnish Care Classification) rakenteisen kirjaamisen perustana. Siihen kuuluvat hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi. Hoitosuunnitelmaa tehtäessä huomioidaan asiakkaan hoidon tarve, joka voi olla fyysinen, psyykkinen tai sosiaalinen. Hoidolle asetetaan tavoit-

teet, joiden tulee olla konkreettisia ja realistisia. Tavoitteiden mukaan suunnitellaan hoitotyön toiminnot, esimerkiksi ohjaus, tukeminen, tarkkailu, kuunteleminen, avustaminen ja seuranta. Suunnitelman pohjalta hoitotyötä toteutetaan noudattamalla hoitotyön periaatteita, kuten omatoimisuutta, kokonaisvaltaisuutta, ammatillisuutta, turvallisuutta, yksilöllisyyttä ja jatkuvuutta (Iivanainen & Syväoja 2013, 15–18). Tuetussa asumisyksikössä asuu 38 asukasta, enimmäkseen muistisairaita vanhuksia. Hoitosuunnitelmaa tehtäessä jokaisen tarpeet ja voimavarat on kartoitettu, hoidolle on suunniteltu tavoitteet sekä hoitotyön toiminnot. Hoitosuunnitelmien tavoitteina on usein toimintakyvyn ylläpitäminen ohjauksen ja avustamisen avulla. Lisäksi tavoitteena on elämän loppuvaiheen hyvä ja laadukas hoito. Asiakkaita hoidetaan kokonaisvaltaisesti huomioiden yksilöiden tarpeet.

Käytössä olevan FinCC-luokituksen mukaisesti asumisyksikön käytetyimmät komponentit ovat lääkehoito, päivittäiset toiminnot, ravitsemus, psyykinen tasapaino, erittäminen sekä aktiviteetti. Hoidon tavoitteena voi esimerkiksi olla lääkehoidon turvaaminen. Tällöin asiakkaalle tehdään suunnitelma hänen omaa toimintakykyään arvioiden. Kun kyseessä on esimerkiksi muistisairas henkilö, henkilökunta huolehtii, että lääkkeet menevät asiakkaan suuhun asti. Tällä varmistetaan, että lääkkeitä ei jää ottamatta ja lääkehoito toteutuu suunnitelman mukaan. Hoidon tuloksia voidaan kuvata arvioimalla, miten tarve on saavutettu ja saavutettiin tavoitteet. Pitkäaikaishoidossa olevien asiakkaiden arviointia voidaan tehdä harvemmin. (Iivanainen & Syväoja 2013, 15–18.)

Potilas- tai asiakaskohtainen raportointi on hoitotyössä jo vakiintunut käytäntö. Tällä pyritään varmistamaan hoidon laatua. Raportoinnissa tapahtuvat virheet ovat kuitenkin suuri vaaran aiheuttaja potilaille tai asiakkaalle. (Laitila, Leikola, Immonen & Pitkänen 2016, 33.) Asumisyksikössä suullinen raportointi on aikaisemmin koettu turvallisemmaksi vaihtoehdoksi, sillä kirjatun tiedon lukeminen koneelta on koettu olevan työlästä. Lisäksi on ajateltu, että rakenteisesta kirjaamisesta huolimatta hiljaisessa raportoinnissa tärkeitä asiakasta koskevia asioita jää kirjaamatta. Kyselymme mukaan asumisyksikön hoitajat kokevat, että epäselvien asioiden tarkastukseen suullinen raportointi antaa kattavamman tiedon. Lisäksi sijaisten kohdalla koettiin suullisen raportoinnin olevan aina tarpeen kattavamman tiedon saamiseksi. Sähköisten potilaskertomusten yleisyys on tuonut uusia mahdollisuuksia vuoronvaihtoraportoinnin kehittämiseksi. Hoitajat kokevat vuorojen välisen raportoinnin tärkeäksi, mutta raportoinnin merkitystä hoidon tulokselle ei ymmärretä. Vielä on liian vähän tutkimustietoa siitä, mikä raportoinnin menetelmistä tukisi parasta hoidon tulosta. (Laitila ym. 2016, 33.)

Osastotunnin suunnittelu sai alkunsa, kun lähetimme työntekijöille informaatiota kyselyn alkamisesta. Tällä pyrimme pohjustamaan sitä, että mahdollisimman moni työntekijä osallistuisi kyselyyn. Kyselylomake sisälsi kuusi kysymystä, joilla kartoitettiin eri raportointimenetelmien mielekkyyttä, hiljaisen raportin hyviä ja huonoja puolia, kirjaamista hiljaisen raportoinnin aikana, kirjaamisen merkitystä ja asiakkaiden hoitosuunnitelmien kirjaamista. Vastaukset, joita saimme 13, käsiteltiin anonyymisti ja koottiin yhteen. Yhteenvedon jälkeen suunnittelimme osastotunnin sisällön. Tunnilla käsitelimme powerpoint-esityksen avulla työntekijöiden vastauksia yksityiskohtaisesti läpi. Tuloksista kävi ilmi esimerkiksi että sekä hiljaisessa että suullisessa raportoinnissa koettiin hyviä kuin huonoja asioita. Hiljainen raportti vie vähemmän aikaa kuin suullinen, mutta suullisessa raportissa asioista tulee parempi kokonaiskuva kun asioista voi keskustella muiden kanssa. Hiljaisen raportin koettiin olevan kuitenkin tätä päivää, mutta ongelmia tulee jos kaikkea ei ole kirjattu ylös.

Samalla käsitelimme osastotunnilla teoriapohjaa liittyen hiljaisen raportoinnin yleistymiseen nykypäivänä sekä sen tavoitteisiin. Hiljainen raportointi ei toimi ilman hyvää rakenteista kirjaamista, joten käsitelimme rakenteisen kirjaamisen päämäärän, lait, jotka ohjaavat hoitotyöntekijöitä, eettisyyden ja rakenteisen kirjaamisen perustan sekä kirjaamisessa huomiioon otettavat asiat.

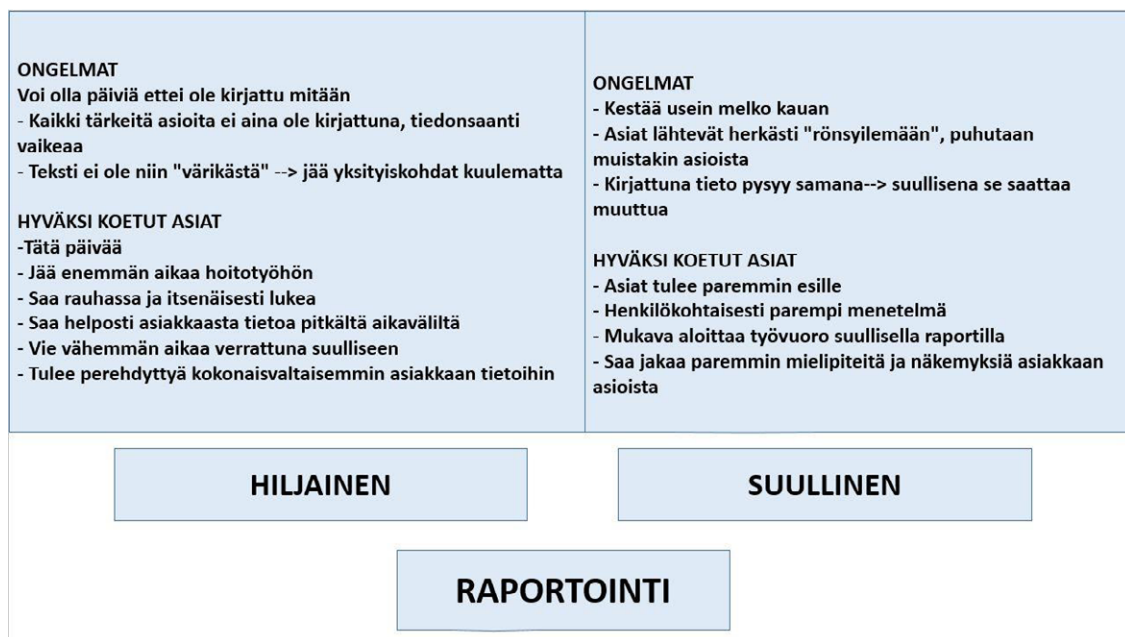
Hoitotyön kirjaamisen osaaminen edellyttää tietotekniikan hallintaa, tietojärjestelmien käytön valmiutta sekä lainsäädännön tietämystä työn taustalla. Asumisyksikössä työskentelee perus- ja lähihoitajia sekä sairaanhoitajia, jotka ovat valmistuneet 1970–2010-luvulla. Tämä on varmasti näkynyt vastaajissakin, koska 2010-luvulla valmistuneet ovat jo koulussa oppineet kirjaamisen ja sujuvan tiedonkulun merkityksen. Osa vanhemmista hoitajista kokee epämukavuutta tietokoneiden suhteen, sillä järjestelmät tuntuvat vaikeilta ja työläiltä. Kirjaamisen taidot ovat paremmin hallinnassa vastavalmistuneilla nuorilla työntekijöillä, koska heillä on jo valmiudet työn kehittämiseen, eikä järjestelmän käytön opettelu vie yhtä paljon aikaa. Myös tietosuoja ja tietoturva-asiat sekä hoidollinen päätöksenteko on oltava hallinnassa. Henkilökunta on suorittanut Jyväskylän kaupungin yksiköissä vaadittavan Kanta-tietoturva -ja tietosuojakurssin, jossa käydään läpi tietoturvaan ja tietosuojaan liittyviä asioita. Hoidollista päätöksentekoa joutuu jokainen hoitaja tekemään vuoronsa aikana, minkä vuoksi vain koulutettu henkilökunta saa osallistua asiakkaan hoitotyöhön. Hoitotyön kirjaamisen eri vaiheet sisältävät tietojen keruuta ja analysointia, hoidon tarpeen määrittystä ja priorisointia, tavoitteiden asettamista, suunnitelmaa tavoitteiden saavuttamiseksi, hoitotyön toimintoja ja toteutusta sekä



hoidon tuloksien yhteenvetoa perustuen FinCC-luokituskokonaisuuteen. (Nykänen & Junntila 2012, 28–29.)

## Hiljainen raportointi toimivaksi työyksikössä

Hiljaiseen raportointiin on useissa työyksiköissä jo siirrytty tai siihen ollaan siirtymässä. Hiljaisen raportoinnin tärkeimpänä tavoitteena on pidetty työajan vapauttamista itse hoitotyöhön suullisen raportoinnin sijaan. Asumisyksikössä tämä tarkoittaa sitä, että iltavuorolaisen saapuessa klo 13 töihin, voi aamuvuorolainen raportoinnin sijaan tehdä potilaiden kanssa yhdessä asioita, kun käydä ulkona. Iltavuorolainen vastaavasti lukee potilaan asiakirjoista ajankohtaiset tekstit ja on tämän vuoksi tietoinen potilaan sen hetkisestä kokonaistilanteesta: voinnista, voinnin muutoksista ja mahdollisista lääkemutoksista. Tarvittaessa iltavuorolainen voi saada vielä tarkennusta suullisesti, jos jokin asia on jäänyt epäselväksi. Kyselymme mukaan hiljaisen raportoinnin hyvinä asioina koettiin ajankäytön hyödyntäminen itse hoitotyöhön, sillä suullinen raportointi kestää usein ajallisesti kauemmin ja samalla keskustelu siirtyy herkästi epäolennaisiin asioihin (kuvio 1). Lisäksi hyvänä asiana koettiin se, että saa rauhassa ja itsenäisesti lukea kirjaukset.



KUVIO 1. Eri raportointimenetelmien hyväksi ja huonoiksi koetut asiat.

Osastotunnilla keskusteltiin siitä, miksi kirjaaminen on tärkeää (kuvio 2). Moni kyselyyn osallistuneista työntekijöistä nosti tärkeänä asiana esiin sen, että kirjaamalla tarkasti asiakkaan hoitoon liittyvät asiat varmistaa oman ja asiakkaan oikeudet. Tilanteessa, jolloin työntekijä joutuu mahdollisesti vastaamaan juridisesti joko omasta toiminnastaan tai koskien asiakkaan toimintaa, on erityisen tärkeää, että kirjaaminen on ollut riittävän tarkkaa. Hoitotyöhön liittyy paljon erilaisia lakeja. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) oikeuttaa hoitoon pääsyn. Henkilötietolaki (523/1999) toteuttaa yksityiselämän suojaa henkilötietoja käsiteltäessä.



**KUVIO 2. Työntekijöiden ajatuksia siitä miksi hoitotyössä kirjataan.**

Rakenteisen kirjaamisen merkitys hoitotyössä on oleellinen osa hoitoa nykypäivänä, kun ihmiset ovat monisairaampia ja hoitohenkilökunnalta odotetaan tietämystä monista sairauksista ja niiden hoidosta. Asiakkaiden ja potilaiden ajantasainen hoitokertomus edesauttaa oikein kohdennettua hoitoa ja suositusten mukaisten hoitomenetelmien käyttöä hoitotyössä. Sähköisten potilaskertomusten yleisyys on tuonut uusia mahdollisuuksia vuoronvaihdon raportoinnin kehittämiseksi. (Laitila ym. 2016, 33.)

Asumisyksikön työntekijöiden mukaan kokeilun aikana kirjaamisen laatu parani, kirjaaminen oli kuvaavampaa ja säännöllisempää. Osastotunnilla työntekijät kertoivatkin, että tuli vain vähän sellaisia tilanteita, että olisi pitänyt käydä kysymässä tarkennuksia edellisen vuoron hoitajalta. Tärkeä huomio oli myös, että kirjattu tieto ei muutu ja se siirtyy myös muille tiedoksi ja käytettäväksi. Kirjaaminen vaikuttaa merkittävästi potilasturvallisuuteen. Terveysalalla on paljon pätkätöitä ja näin myös paljon eri sijaisia. Hoitotyön kannalta on erittäin tärkeää, että kirjaaminen on ajantasaista ja riittävää. Myös asumisyksikössä on sijaisia ja varahenkilöitä, joten potilasturvallisuuden ja tiedonkulun kannalta riittävän tarkka ja ajanmukainen kirjaaminen on tärkeää. Vain harva oli sitä mieltä, että kirjaamisessa ei tapahtunut kokeilun aikana muutosta. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että kirjattiin enemmän samoja asioita ja toistoa oli paljon.

Osastotunnilla nousi esiin, että hoitajat ymmärsivät kyllä rakenteisen kirjaamisen merkityksen potilaan hoitoa ajatellen, mutta ongelmaksi koettiin, ettei kirjauksissa ilmene niin kattavasti potilaiden vointia ja hoitoa koskevia asioita verrattuna suulliseen raportointiin. Myös selkeän ja ytimekkään kirjauksen tekeminen koettiin vaikeaksi. Suullisen raportoinnin puolesta puhujat toivat osastotunnilla esiin aikoinaan tapahtuneesta tilanteesta, jossa potilas oli useana päivänä ollut rauhaton ja sekavan oloinen. Potilas ei syönyt tai juonut, ja oli kivulias. Kaikkia potilaan vointiin liittyviä asioita ei kuitenkaan ollut kirjattu, ja vapailta töihin tullut hoitaja ihmetteli potilaan vointia. Potilaan tilanne huononi ja paikalle jouduttiin kutsumaan ambulanssi. Potilas kuljetettiin päivystykseen, ja sieltä hän palasi seuraavana päivänä takaisin. Potilaalle oli tehty suolentyhjennys, sillä kävi ilmi, että vatsa ei ollut toiminut viikkoon. Muistisairauden takia potilas ei itse osannut kertoa tilannettaan, eivätkä hoitajat olleet arvioineet potilaan tilaa säännöllisesti. Kirjauksissa oli selkeitä puutteita. Tapauksen jälkeen ilmeni, että muutamat hoitajista olivat keskustelleet asiasta keskenään ja potilaan voinnin muutoksia oli kyllä havaittu, mutta niitä ei ollut kirjattu.

Hoitotyön kehittämistyön tavoitteena on yhtenäinen kirjaamistapa. Tämä on pyrkimyksenä myös yksikössä, jossa kyselymme toteutettiin. Kirjaaminen koetaan edelleen haastavaksi. Täydennyskoulutusta järjestämällä

kehitetään kirjaamismallia. Tavoitteena on kirjaamisen palveleminen potilaan hoidossa eri toimintaympäristöissä. Hoitotyön kirjaamisen ongelmien selvittämiseksi teetettiin tutkimus sosiaali- ja terveystieteiden sekä työsuojelurahaston rahoituksella. Tuloksissa ongelmaksi koettiin kirjaamismalli, moniammatillisen tiedon hyödyntäminen hoitokertomuksissa. Kirjaamismalli oli yksityiskohtaista, hienojakoista, ja hoitoprosessi pilkkoutui pieniin osiin, jolloin kirjattujen tietojen yhteydet voivat kadota. Tietojärjestelmän toteutukset poikkeavat toisistaan, jolloin toteutuksessa on käytettävyyso ongelmia. Käyttö vaatiikin työntekijöiltä paljon aikaa, muistamista, mekaanista kikkailua ja ulkoa opettelua. (Nykänen & Juntila 2012, 21–22.) Myös hoitosuhteiden pituudella on merkitystä kirjaamiseen. Kyselyssämme nousi esiin, että sijaiselle olisi annettava aina suullinen raportointi, sillä pelkkien kirjausten perusteella hoitoa on vaikeampi toteuttaa. Osastotunnilla keskusteltiin myös vakituisten henkilökunnan vastuusta antaa kattava tieto potilaista, ja sijaisen vastuulla kysyä asioista joista ei tiedä.

Käytössä olevista FinCC-luokituksesta huolimatta Suomessa maanlaajuisesti edelleen kirjataan hoitotyötä monella eri tavalla. Kansallisen kyselyn perusteella etenkin lääkärit, mutta myös osa hoitajista, ovat olleet tyytymättömiä luokitukseen niiden epäkäytännöllisyyden takia. Kirjaamismallin käyttäjiltä on koottu käyttökokemuksia sekä kirjaamiskäytäntöjä koskevia korjaus- ja parannusehdotuksia. Vaikka kirjaamiskäytäntöjä muokataan tulleen palautteen perusteella ja aiheesta järjestetään koulutuksia, ei vielä ole valtakunnallisesti kyetty saavuttamaan yhtenäistä kirjaamismallia. (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2012, 4.) Kyselyssämme esiin nousi työntekijöiden tyytymättömyys järjestelmään ja kirjaamisen käytäntöihin. Moni kertoi, että samoja asioita kirjattiin usein, koska asiakkaiden tilassa ei juuri tapahtunut muutoksia. Tämä koettiin ajanhaaskauksena, josta ei varsinaisen työn tekemisen kannalta ollut hyötyä. Osastotunnilla keskusteltiin lisäksi siitä, että kirjaamismalli toimii paremmin esimerkiksi erikoissairaanhoidossa, kun hoitosuhteet ovat lyhyitä.

Kirjaaminen koetaan usein haastavaksi pelkästään jo sen takia, että kirjattujen tietojen etsiminen on hankalaa. FinCC-luokituskokonaisuuteen perustuvan kirjaamisen ei ole katsottu palvelevan potilaan hoitoa erilaisissa toimintaympäristöissä. Myös osa hoitohenkilökunnasta on kokenut uuden kirjaamistavan haastavaksi, ja tiedon löytymisen vaikeaksi potilastietojärjestelmästä. (Nykänen & Juntila 2012, 22–22.) Kotihoidossa Effica-järjestelmän ongelmana on, että asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelma on ohjelmassa eri paikassa kuin kotihoidon seurantalomake KHTOTS. Näin ollen asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelma (Hopasu) jää usein lukematta ja rakenteinen kirjaaminen jää vajaaksi. Tutkimuksessa vain kaksi vas-

taajaa kertoi perehtyneensä kaikkien asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Osa vastaajista kertoi perehtyneensä vain joidenkin asiakkaiden hoitosuunnitelmaan, ja osa ei ollut perehtynyt lainkaan. Tämä asia nousi vahvasti esiin osastotunnilla. Asumisyksikössä jokaisen asukkaan hoito- ja palvelusuunnitelma on myös tulostettuna versiona hoitajien nähtävillä. Tämän vuoksi hoitajat eivät pysty vetoamaan järjestelmän vaikeuteen. Kyselyn tulos aiheutti keskustelua siitä, miten hoitajat saataisiin aktivoitua perehtymään hoitosuunnitelmiin. Yhtenä vaihtoehtona esitettiin, että asukkaan puolen vuoden välein päivitettävä hoito- ja palvelusuunnitelma esitettäisiin henkilöstölle viikkopalaverissa. Palaverimuistioon merkitään, kenen asukkaan suunnitelma esitettiin, jotta jokainen poissaollut työntekijä voi itsenäisesti perehtyä asiaan myöhemmin.

Vanhusten ympärivuorokautisessa hoidossa asiakkaiden vointi pysyy usein pitkään samana, joten jokaiselta vuorolta tai päivältä ei välttämättä tule mitään merkintää potilastietoihin. Kaikessa kirjaamisessa perusohje on se, että kirjataan ajantasaisesti vain oleellinen ja tarpeellinen tieto sekä vain sellainen tieto, jota ei ole saatavissa muista järjestelmistä. (Nykänen & Junntila 2012, 24.) Tämä herätti keskustelua osastotunnilla. Jos asiakkaan tilassa ei tapahdu muutosta, voiko kirjaamisen jättää tekemättä, ja kuinka hiljainen raportointi silloin onnistuu ja voiko kirjaamattomuuteen luottaa ettei vointi ole muuttunut. Toisaalta ymmärrettiin myös, että perehtymällä asiakkaan hoitosuunnitelmaan saa paljon tärkeää tietoa asiakkaan tilanteesta. Rakenteisesta kirjaamisesta keskusteltaessa huomattiin, että hoitotyön kirjaamisessa kuvataan usein hoitotyön toimintoja, kun taas hoidon tarpeen määrittämistä ja arviointia kirjataan huomattavasti vähemmän.

## **Kohti muutosta**

Kyselymme perusteella voi todeta, että vastaajat löysivät hyviä asioita sekä hiljaisesta että suullisesta raportoinnista. Esimerkiksi suullinen raportointi katsottiin toimivaksi silloin, kun työntekijä palaa pitkiltä vapailta. Työntekijät kokivat iltavuoroon tullessaan suullisen raportoinnin olevan myös sosiaalinen tapahtuma. He kokivat, että muuten työpäivän aikana työka- vereiden kanssa ajatusten vaihtamiselle jää liian vähän aikaa. Hiljaisesta raportoinnista työntekijät kertoivat sen olevan ”tätä päivää” eli nopea tapa katsoa ja lukea, mitä tietoa tarvitaan, jolloin ei ole muista työntekijöistä riippuvainen. Tärkeäksi asiaksi koettiin myös se, että aamuvuorossa olevalle jää aikaa itse hoitotyöhön ja asiakkaiden kanssa olemiseen.

Raportointikäytäntöjen kehittyminen on käynnistynyt hoitoalalla. Tietotekniikan käyttö hoitotyössä on yleistynyt, minkä vuoksi raportointi-

tapoja on useita. Kirjallinen eli hiljainen raportointimenetelmä alkaa olla syrjäyttämässä perinteisen suullisen raportoinnin. Aihetta on tähän mennessä tutkittu vähän, mutta muutamien tutkimusten mukaan suurin osa työntekijöistä on ollut hiljaisen raportoinnin kannalla. Tämä nähdään kannattavaksi erityisesti työajan säästymisellä itse hoitotyöhön ja asiakkaan tai potilaan kohtaamiseen. Myös hoitosuunnitelmat ovat parantuneet ja kirjaamisen on koettu parantuneen hiljaisen raportoinnin myötä. Aikaisemmat tutkimukset aiheesta ovat lähinnä toimipaikkakohtaisina tutkimuksina toteutettuja opinnäytetöitä. Laitilan ym. (2016, 36–37.) mukaan muutoksessa hiljaiseen raportointiin siirtymisessä on mukana oltava esimies. Työntekijät olivat toivoneet, että esimies on motivoitunut ja vakuuttunut hiljaisen raportoinnin eduista. Työyhteisön kuulemista ja avointa keskustelua raportointitavan muuttumisesta pidettiin tärkeänä. Asumisyksikön raportointikäytännön muuttaminen on lähtöisin esimiehen ajatuksesta. Esimies oli ottanut esiin sen, että työyksikössä voitaisiin kehittää raportointikäytäntöä. Hänen näkemyksensä mukaan raportointikäytännön muuttaminen vapauttaisi hoitajien työaikaa itse hoitotyöhön. Asiasta oli keskusteltu työntekijöiden kanssa jo aikaisemmin, mutta huomioitavaa tutkimuksen kannalta on, että hiljaisen raportoinnin kokeilu lähti kuitenkin työntekijöiden toiveesta.

Aiemmat tutkimukset tukivat kyselymme tuloksia. Hiljainen raportointi antaa enemmän aikaa itse hoitotyölle, mutta samalla kirjaamisen huono laatu vaikeuttaa hoitotyötä ja vaarantaa potilasturvallisuuden. Kyselyssämme nousi esiin samoja seikkoja kuin esimerkiksi Niemisen (2016) Palvelukoti Koivulalle tekemässä tutkimuksessa. Niemisen tutkimus käsitteli Koivulan työntekijöiden kokemuksia hiljaisesta raportoinnista. Kyselyssämme työntekijät mainitsivat kirjaamisen vievän aiempaa enemmän aikaa, Niemisen mukaan myös Koivulan työntekijät olivat nostaneet tämän asian esille. Oleellisen tiedon raportointi nousi esiin molemmissa, sekä meidän että Niemisen, tutkimuksissa hyvänä asiana. Molemmissa henkilökunta oli sitä mieltä, että hiljaisessa raportoinnissa keskitytään oleelliseen, eikä raporttiin käytetty aika venähdä epäoleellisten asioiden käsittelyssä.

Yhdeksi ongelmaksi hiljaisessa raportoinnissa kyselymme osallistunut henkilökunta nosti esiin liian vähäisen ja jopa huonon kirjaamisen. Myös tiedon hankkimisen he kokivat hitaana, kun joutuu pidemmältä aikaväliltä tietoa etsimään. Koivulan henkilökunnan kertomana esiin nousi enemmänkin kirjaamiseen käytettävissä olevan ajan sekä tietokoneiden vähyys. Yhdistävänä tekijänä näillä kahdella tutkimuksella oli hiljaiseen raportointiin kuluva aika, tosin hieman eri näkökulmista. Toisaalta taas molemmat yksiköt kokivat raportointiin käytettyä aikaa lyhentävän sen, että rapor-

toinnissa aika ei mene epäoleellisten asioiden läpikäymiseen. (Nieminen 2016, 2, 13–15.) Hiljainen raportointi on menetelmänä hyvä, jos rakenteinen kirjaaminen on toimivaa. Osastotunnin erääksi asiaksi nousi, että usein kirjataan hoitotyön toiminnot, kun taas hoidon tarve ja erityisesti arviointi jää vähäiseksi. Työntekijät kokivat hankalaksi sen, että kirjaaminen ei ole yhtenäistä eikä aina tiedetä, mitä ja miten pitäisi kirjata. Ikosen ja Saarisen (2014) opinnäytetyössä tuodaan esiin samanlaisia ongelmia. Kirjaamisen taso on usein riittämätöntä ja hoitajat kokevat, että kirjaamisen tason on parannuttava ennen hiljaiseen raportointiin siirtymistä. Huonona asiana hiljaisessa raportoinnissa pidettiin myös vuorovaikutuksen, vertais-tuen ja yhteisen pohdinnan vähäisyyttä (Ikonen & Saarinen 2014, 31,33.)

Myönteinen suhtautuminen uusiin muutoksiin jakaa mielipiteitä. Honkimaa-Salmen (2006) pro gradu -tutkielma kertoo, kuinka Kanta-Hämeen henkilökunta kokee sähköisen potilastietojärjestelmän tulon terveydenhuoltoon. Myönteinen suhtautuminen sähköistä potilastietojärjestelmää kohtaan aiheutti alussa stressiä. Nopea tiedonsiirto ja tietojen helppo saatavuus todettiin työntekoa helpottavaksi. Organisaatiolta toivottiin hyvää perehdytystä ja runsaasti lisäkoulutusta sähköisten asiakirjojen laatimiseen. Myös omaan kirjaamiseen käytettiin pohdintaa, sillä lukijakunta on laajempi ja kirjaaminen on keskeinen viestinnän väline. Sähköisessä kirjaamisessa todettiin myös potilaan yksilöllisyyden korostuvan; siinä löydettiin muun muassa erityistarpeet, odotukset ja toiveet paremmin. Asumisyksikön työntekijöiden keskuudessa ongelmana koettiin toimintaympäristön jatkuva muuttuminen, sillä haluttaisiin pitää kiinni tutuista toimintatavoista. Muutoksen ymmärrettiin tuovan alussa ongelmia, kuten muun muassa ristiriitoja, pelkoja ja epävarmuutta. Kirjaamisen koettiin kuitenkin parantuneen kokeilun aikana: se oli kuvaavampaa ja säännöllistä. Alati muuttuva työ edellyttää sopeutumista muutoksiin. Muutos on työelämässä jatkuvaa, joten joustavuus on välttämätöntä. Lisäksi positiiviset muutuskemukset tukevat epävarmuuteen sopeutumisen taitoa ja muutosten hallintaa. (Hilden 2002, 41.)

Kyselyn perusteella työyhteisössä päädyttiin ratkaisuun, että jatkossa käytetään molempia raportointitapoja. Ristiriitaiset mielipiteet suullisen ja hiljaisen raportoinnin välillä koettiin vielä isoiksi. Tämän takia osastotunnilla yhteisesti sovittiin, että jokainen työntekijä voi itse valita töihin tullessaan, haluaako suullisen vai hiljaisen raportoinnin. Kesäkuussa 2016 tilanne oli se, että käytäntö on koettu osittain toimivaksi, mutta suullinen raportointi on edelleen suosittu menetelmä. Kirjaamisen yhtenäistäminen ja tarvittavat koulutukset helpottavat tulevaisuudessa hiljaisen raportointimenetelmän hyväksymisen. Rakenteiseen kirjaamiseen on saatavilla koulutuksia,

ja kirjaamistapaan kiinnitetään jatkossa enemmän huomiota. Palvelupäällikön mukaan samanlainen kokeilu tullaan toteuttamaan uudestaan, ja tavoitteena on, että asumisyksikössä on tulevaisuudessa käytössä hiljainen raportointi.



## LÄHTEET

- Hallila, Liisa 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi.
- Henkilötietolaki 253/22.4.1999. Viitattu 26.7.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>
- Hilden, Raija 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Honkimaa-Salmi, Anu 2006. Sähköisen potilastietojärjestelmän tulo terveydenhuoltoon hoitohenkilökunnan kokemana. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Huhtikuu 2006. Viitattu 26.7.2016. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93389/gradu01036.pdf?sequence=1>
- Hopia, Hanna & Koponen, Leena 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Helsinki: Fioca Oy.
- Iivavainen, Ansa & Syväoja, Pirjo 2013. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro.
- Ikonen, Minna & Saarinen, Katja 2014. Hiljainen raportointi hoitotyössä. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 27.7.2016 <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/82519/Hiljainen%20raportointi.pdf?sequence=1>
- Laitila, Minna; Leikkola, Päivi; Immonen Eija & Pitkänen Anneli 2016. Hiljaiseen raportointiin siirtymisen edellytykset erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla: hoitohenkilökunnan näkemyksiä. Tutkiva hoitotyö 2/2016. 33, 36–37.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/17.8.1992. Viitattu 26.7.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/28.6.1994. Viitattu 26.7.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Nieminen, Susanna 2016. Hoitajien mielipiteitä hiljaisesta raportoinnista. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 27.7.2016 [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/110960/nieminen\\_susanna.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/110960/nieminen_susanna.pdf?sequence=1)
- Nykänen, Pirkko & Junttila, Kristiina (toim.) 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti 40/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 8.9.2016 [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL\\_RAP2012\\_040\\_verkko.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf?sequence=1)
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/30.3.2009. Viitattu 26.7.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>
- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. Viitattu 18.7.2016 [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL\\_RAP2012\\_040\\_verkko.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf?sequence=1)
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014. RAI-arviointi hyvän hoitoprosessin tukena. Viitattu 18.7.2016. <https://www.thl.fi/web/ikaantymisen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/rai-osaaminen/henkilosto-rai-arvioinnin-toteuttajana/rai-arviointi-hyvan-hoitoprosessin-tukena>



*Karjalainen Teemu, Kröger Niko, Pohjo Ville &  
Pulkkinen Mari, Ulmanen Hanna*

## 5 AMBULANSSIEN HOITOTARVIKKEIDEN YHTENÄISEN SIOITTELUN KEHITTÄMINEN

### Johdanto

Ensihoito tarkoittaa äkillisesti sairastuneen henkilön auttamista ja hoitamista. Siihen kuuluvat hoidon tarpeen arviointi sairaalan ulkopuolella, ensihoidolliset toimenpiteet hälytyskohteessa sekä potilaan kuljettaminen tarvittaessa tilanteen mukaan sopivaan hoitoyksikköön, esimerkiksi sairaalan päivystykseen. Ensihoidossa vaaditaan nopeita ratkaisuja potilaan hoidon ja kuljetuksen osalta, minkä vuoksi hoitajat ovat vastuussa potilaan hengestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 21; Vehmasvaara 2004, 15.) Potilasturvallisuuden parantamiseksi ja työn sujuvuuden vuoksi ensihoidossa käytettävät varusteiden ja kaluston on oltava toimivia ja ambulanssissa oikein sijoitettuja.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri järjestää Pohjois-Savon maakunnan alueella ensihoitopalvelun, lukuun ottamatta Kuopion keskustan aluetta sekä Varkauden ja Suonenjoen kaupunkeja. Näiden alueiden ensihoitopalvelu on ostettu Pohjois-Savon pelastuslaitokselta. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin ambulanssit ovat olleet pääasiassa Wolksvagen Transporter-mallisia autoja, mutta autoja on ryhdytty päivittämään Mercedes Benz Sprinter-malleihin. Uudet autot ovat isompia, ja niissä on erilaiset tilat ja kaapitot, joten ambulanssin hoitotarvikkeita ei voi järjestellä samalla tavoin kuin vanhoissa autoissa on järjestetty. Sairaanhoitopiiriin alueen ambulansseissa on koettu ongelmaksi, että jokaisella asemapaikalla ambulanssien varustelu on tehty aseman oman tyylin mukaiseksi. Potilasturvallisuus vaarantuu, kun tavarat eivät löydykään autosta heti. Myös eri yksiköistä keikkailevat ensihoitajat ovat valittaneet tavaroiden järjestyksestä. Sairaanhoitopiiriin ambulanssien päivittyessä Sprinter-malleihin tästä epäkohdasta päästään

eroon uuden yhtenäisen sisustusohjeen ansiosta. Tämä artikkeli kuvaa kehittämistehtävää, jonka tarkoitus oli tehdä uusi, yhdenmukainen sisustusohje Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin Mercedes Benz Sprinter -ambulanssiin.

Uudenmalliset ambulanssit tulivat ensimmäisenä Siilinjärvelle, jossa osa tämän kehittämistyön tekijöistä työskentelee, ja jonne pääsimme kehittämään uuden auton sisustusta. Tärkeiksi seikoiksi sisustuksessa nousivat potilasturvallisuus, työturvallisuus ja ergonomia. Autoa järjesteltiin useaan otteeseen ja haettiin käytännön kokemusta, jonka perusteella muokkasimme järjestystä uudelleen. Kun järjestys oli valmis, suunnittelimme ja toteutimme Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) ensihoitopalveluille Hoitovälineistön sijoittelu -ohjelistan uusille Sprinter-ambulansseille, jonka mukaan kaikki uudet autot tulee sisustaa.

## **Ohjelistan hyöty ensihoitajan työssä**

Valvira laillistaa myös ensihoitajatutkinnon suorittaneen henkilön terveydenhuollon viralliseksi ammattihenkilöksi, sairaanhoitajaksi. Tästä syystä ensihoitajakoulutus sisältää sairaanhoitajan ydinosaamisen sekä 30 opintopistettä akuuttihoitotyön ja sairaalan ulkopuolisen ensihoidon opintoja. Ensihoitajan tutkinnon laajuus on 240 opintopistettä, ja koulutuksen kesto on noin 4 vuotta. (Opetusministeriö 2006, 72–73.) Sairaanhoitajatutkinto opiskellaan ammattikorkeakouluissa hoitotyön koulutusohjelmassa. Opintojen laajuus on 210 opintopistettä ja kesto noin 3,5 vuotta. Ensihoidon täydennyskoulutusta voi opiskella ensihoitoa opettavissa ammattikorkeakouluissa. Koulutuksen pääsyvaatimuksena on sairaanhoitajatutkinto tai jo väistyneen opintoasteisen sairaanhoitajatutkinnon suorittaneet, jotka ovat lisäksi hankkineet vähintään vuoden työkokemuksen perustason ensihoidossa. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2014 a,b.)

Kehittämistyömme tuotos on tarkoitettu Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin ensihoitajille ohjeeksi uusien autojen sisustamiseen ja myös ambulanssin tavaroiden sijoittelun tarkasteluun esimerkiksi uusille työntekijöille. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella ensihoitaja-nimikkeellä toimivat kaikki ensihoidossa työskentelevät koulutustaustasta riippumatta. Hoitotasoisessa ambulanssissa työntekijällä on erivärinen nimikyltti, mistä muut työntekijät tunnistavat esimerkiksi yhteiskeikoilla tehtävän aikana, millä tasolla kukin työskentelee. Ambulanssissa voi työskennellä kahdella eri tasolla, perus- tai hoitotasolla. Perustasolla voi työskennellä vain sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinnon suorittanut lähihoitaja, sairaanhoitaja, pelastaja tai vanhan lääkintävahtimestari tutkinnon suorittanut henkilö. Hoito-

tason ensihoitajana voi työskennellä ensihoitaja (AMK) tai sairaanhoitaja, joka on lisäksi suorittanut ensihoitoon suuntautuneen 30 opintopisteen täydennyskoulutuksen. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus ensihoitopalvelusta 2011.)



**KUVA 1. Uusi Mercedes Benz Sprinter -ambulanssi.**

Yhtenevä linja ensihoitoyksiköiden sisustuksessa on tärkeää, koska työntekijät liikkuvat töissä eri ensihoitoyksiköissä tai joutuvat joissain tehtävissä työskentelemään toisen yksikön autossa. Yhteistehtävissä on monesti eri asemien ambulansseja ja eteen tulee tilanteita, joissa toisen asemapaikan ensihoitaja joutuu hakemaan hoitovälineistöä itselleen vieraasta ambulanssista. Ensihoitaja on joutunut etsimään ambulanssista hoitovälineistöä, joka ei olekaan itselle tutussa paikassa, ja tavaroiden etsimiseen kuluva ylimääräinen aika vaarantaa potilasturvallisuutta. Tähän asti Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin ensihoitoyksiköitä on järjestetty asemapaikkakohtaisesti, jolloin yhtenäisen linjan puuttuminen on koettu ongelmaksi. Ensihoitopalvelun työntekijät kiertävät paljon toisilla asemapaikoilla työvuoroissa, jolloin toisen auton sisustukseen ei välttämättä ehdi tutustua ennen ensimmäistä tehtävää, ja tehtävän aikana joutuu etsimään tavaroita. Teimme kehittämistyönä ohjeen, joka toimii myös välineistön lukumäärien tarkistuslistana.

## Ergonomian huomioiminen ambulanssin sisustuksessa

Ensihoitajilla täytyy olla hyvä fyysinen kunto, jotta työskentely onnistuu potilasturvallisesti, minkä lisäksi hyvä fyysinen kunto auttaa jaksamaan työssä (Maunola, Saksala & Sillanpää 2011, 5). Työskentely ahtaissa tiloissa, kuten auton hoitotilassa, saa ensihoitajat usein miettimään omaa ergonomista työskentelyä ja omasta kunnostaan huolehtimista. Pitkät työpäivät edesauttavat selkäongelmien syntyä, jos ergonominen työskentely ei autossa onnistu. Myös ennalta arvaamattomat tilanteet tuovat lisää haasteita ergonomiselle työskentelylle. Ensihoitajat joutuvat työssään kantamaan usein isoja ja painavia potilaita, joten ergonomiset työtavat tulisi olla kaikkien ensihoitajien tiedossa valmiina.

Ergonominen työskentely on haastavaa ensihoidossa. Aina työskentelyolosuhteisiin ei voi vaikuttaa, mutta ambulanssin hyvällä tavaroiden sijoittelulla sitä voi parantaa työskenneltäessä autossa. Ambulanssin tavaroiden paikat on mietitty sen mukaan, mitä hoitovälineitä tai tavaroita todennäköisesti tullaan tarvitsemaan kuljetuksen aikana. Esimerkiksi kanylointitarvikkeet tulisi olla käsien ulottuvilla ja lähellä toisiaan. On hyvä sijoittaa tavarat lähemmäksi, kun potilas on paareilla ja hoitaja kanyloi potilasta tämän vieressä. Työterveyslaitoksen kirjoituksessa on mainittu myös säädettävät ja ergonomiset työpisteet, mutta näitä ambulanssissa on vaikea käytännössä toteuttaa. Työterveyslaitos painottaa välineiden helppokäyttöisyyttä. Kaikissa KYS:n ambulansseissa on samat välineet, ja kun työntekijä kerran niihin perehtyy, ne ovat tuttuja käyttäjä. Tämä lisää selkeästi potilasturvallisuutta. Potilaiden siirroista Työterveyslaitoksen tekstissä on mainittu lisäksi turvalliset ja mahdollisimman vähän kuormittavat työmenetelmät siirtojen aikana. Tähän asiaan ei voida kehittämistehtävämme ohjeella vaikuttaa. Tekstissä on käsitelty suunnittelun tärkeyttä ergonomisen työskentelyn kannalta, mihin kiinnitimme huomiota tehdessämme ohjetta. (Työterveyslaitos 2016.)

Ergonominen työskentely lisää työn sujuvuutta, ylläpitää työkykyä ja vähentää sairaslomia (Työterveyslaitos 2016). Ergonominen työskentely on kuitenkin usein haastavaa ensihoidossa, eikä työolosuhteisiin voida aina vaikuttaa. Hyvä hoitovälineiden sijoittelu kuitenkin parantaa ergonomista työskentelyä ambulanssissa. Hoitotyössä turvallista potilaan hoitoa ja työntekijän omaa hyvinvointia voi parantaa muunneltavilla ja toimivilla tiloilla sekä tehokkailta ja sujuvillalta työprosesseilla. Hoitotavarat sijoitettiin ambulanssiin miettien, mitä hoitotavaroita tarvitaan usein samalla kertaa, ja tavarat sijoitettiin lähelle toisiaan. Hoitajan penkin lähelle sijoitettiin tavarat, joita hoitaja tarvitsee useimmin kuljetuksen aikana.

## Sisustukseen liittyvät turvallisuusnäkökulmat

Potilasturvallisuuteen kuuluu potilaan turvallinen hoito, lääkehoidon toteutus sekä laiteturvallisuus. Potilasturvallisuus on osana jokaisessa potilaan hoitopolun vaiheessa, minkä varmistamiseksi kaikilla potilaita hoitavilla työyksiköillä on oltava hyvät, hioutuneet toimintatavat. Tällä tavoin voidaan varmistaa potilaan turvallinen hoito ja potilaan vahingoittumattomuus. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 13.) Kiireellisessä tilanteessa yhdenmukaisesti sisustetut ambulanssit voivat vaikuttaa erittäin paljon potilasturvallisuuteen. Tiettyjen tavaroiden löytyminen välittömästi voi vaikuttaa merkittävästi potilaan terveydentilaan. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2014) on julkaissut suosituksen ensihoidon ja päivystyksen laadun ja potilasturvallisuuden suunnittelusta, ja potilasturvallisuuden tulee suosituksen mukaan olla osa päivittäistä hoitotyötä. (Tallqvist & Nieminen 2015.)

Eri ensihoitoyksiköiden identtinen sisustus lisää potilasturvallisuutta. Tämä voi vaikuttaa pahimmassa tapauksessa potilaan selviytymiseen. Esimerkiksi pieni mutta tärkeä väline kuten kiristysside, on hätätilanteessa syytä löytää nopeasti. Potilasturvallisuutta lisää myös hoitotavaroiden sijoittelu siten, että samasta paikasta löytyy tavarat, joita yleensä tarvitaan yhtä aikaa. Esimerkiksi erilaiset haavatarvikkeet ovat samassa kaapissa, kanylointitarvikkeet ovat valmiina hoitajan penkin vieressä, ja synnytystarvikkeet on koottu yhteen. Nämä tekijät tekevät ensihoitotyöstä nopeampaa ja selkeämpää, mikä parantaa potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuus on sisustuksessa otettu huomioon myös siten, ettei kolaritilanteessa mikään tavara pääse putoamaan potilaan päälle, vaan kaikki irtonaiset tavarat on kiinnitetty kunnolla auton kiinteisiin osiin.

Työturvallisuuden valvonnan tarkoitus on edistää työntekijöiden työolosuhteita. Valvonnan avulla pyritään ylläpitämään työntekijöiden työkykyä ja ennaltaehkäisemään työtapaturmia ja ammattitautteja. (Työturvallisuuslaki 738/2002.) Otimme ambulanssin sisustuksessa huomioon myös työturvallisuuden. Autossa olevat tavarat on ohjeistettu sijoittamaan siten, etteivät ne pääse kolaritilanteessa irtoamaan paikaltaan ja hoitajan yleisesti tarvitsemat välineet löytyvät aivan vierestä, eikä hoitajan tarvitse irrottautua turvavöistä hakemaan niitä. Kaasunaamarit on työturvallisuuden vuoksi sijoitettu kuskin ja hoitajan penkkien taakse, jolloin ne voi nopeasti puukea, eikä niitä tarvitse mennä hakemaan ulkokautta esimerkiksi tilanteessa, jossa on vahingossa ajettu kaasupilveen.



**KUVA 2. Näkymä ambulanssin sivuovesta. Kaikki tavarat ovat turvallisesti kiinni eivätkä pääse vapaasti liikkumaan mahdollisen kolarin tai äkkijarrutuksen aikana.**

Ensihoitotyön suurimmiksi työturvallisuuden riskitekijöiksi määriteltiin Murtosen ja Toivosen (2006) tutkimuksessa liikenneonnettomuudet, väkivallan kohtaaminen, infektiot sekä potilaiden siirrot ja nostot. Yli puolet vaaratilanteista oli tapahtunut hälytyskohteissa. Ensihoitaja altistuu työssään usein fyysiselle ja psyykkiselle kuormitukselle sekä biologisille ja kemiallisille altistuksille. (Murtonen & Toivonen 2006, 17–18.) Kaikkiin riskitekijöihin ei voi työssä vaikuttaa, mutta esimerkiksi ambulanssien tavaroiden kiinnipysyminen tai asianmukaisen suojavarustelun käyttäminen on tärkeää turvallisuuden takaamiseksi.

## **Työhön perehdyttäminen**

Hyvä perehdytysuunnitelma toimii merkinä hyvästä työnantajaorganisaatiosta. Työntekijä sitoutuu organisaatioon paremmin, kun hänet on perehdytetty tehtäviin hyvin. Perehdytys vaatii työnantajalta paljon resursseja, esimerkiksi aikaa, materiaalia ja koulutusta. Myös työntekijän panostusta vaaditaan. Kuitenkin hyvällä perehdytyksellä työnantaja voi hankkia itselleen parempaa julkisuuskuvaa ja kilpailullista etua. (Lahti 2007, 29–30.) Perehdyttämisen tukena on usein perehdytysmateriaalia, mutta paras lopputulos työntekijän perehtymisen kannalta on suullinen keskustelu sekä



kirjalliset oheismateriaalit. Lopulta työn tekeminen ja työn tuoma kokemus antavat työntekijälle hyvät osaamistaidot. (Kangas & Hämäläinen 2007, 9–10.) Laitimamme työohje ambulanssien tavarajärjestyksestä on otettu käyttöön osana työntekijöille suunnattua perehdytysmateriaalia. Sen avulla uusi työntekijä oppii tietämään, missä välineet sijaitsevat. On tärkeää tiedostaa välineistön sijainnit hyvin, koska tämä säästää aikaa akuutissa tilanteessa. Esimerkiksi hoitajan oikealle puolelle lokeroon on sijoitettu yksi kanylointisetti kokonaisuudessaan nopeaa laskimoyhteyden avaamista varten. Stetoskooppi on myös hoitajan penkin oikealla puolella. Defibrillaattori sijoitetaan kuljetuksen ajaksi parien sivussa olevaan sille tarkoitettuun telineeseen, koska hoitaja näkee defibrillaattorin siitä parhaiten ja pystyy lisäksi paremmin turvavyöt kiinnitettynä esimerkiksi mittaamaan verenpaineen. Riskijäteastia on sijoitettu hoitajan penkin etupuolelle niin, että hoitajan penkiltä potilasta kanyloidessa neulan saa laitettua suoraan riskijäteastiaan.

## **Ohjelman laatiminen oli monipuolinen prosessi**

Ambulanssin sisustaminen ja ohjelman tekemisen idea syntyi Siilinjärven asemapaikaltamme työntekijöiden yhteisen ajatuksen tuloksena, että yksiköt pitää tulevaisuudessa olla samanlaisesti sisustettuja joka asemalla. Kehittämistyön alkaessa uudet autot olivat juuri saapuneet Siilinjärvelle, ja niiden sisustus pohdinnat olivat meneillään. Aihe oli meistä mielenkiintoinen, koska se kosketti omaa työpaikkaamme. Halusimme olla vaikuttamassa sisustusratkaisuihin, joten valitsimme aiheen työtämme varten. Työnantajakumppanimme toimi Kuopion yliopistollisen sairaalan ensihoitokeskus.

Kun ambulanssin sisustusjärjestys oli valmis, otimme ensin valokuvia ambulanssista ja kaapistojen sisällöistä. Kuvat liitimme sisustusohjeeseen yksitellen, kirjoittaen kuvan viereen tekstin, mitä mistäkin kaapista löytyy. Ohjeluonnoksen toteutimme Word-ohjelmalla. Ohjeen selkeyttämiseksi lisäsimme mukaan yleiskuvia kaappirivistöstä ja osoitimme kaapistot nuolilla, missä kohdassa auki olevan kaapin tavarat ovat. Ohjetta tehdessämme ajatuksena oli tehdä siitä mahdollisimman helppolukuinen ja selkeä, jonka mukaan uudet ambulanssit on helppo sisustaa. Ohjeluonnoksen tehtyämme kysyimme palautetta Siilinjärven aseman työntekijöiltä ja korjasimme ohjetta palautteiden mukaisesti. Siilinjärven työntekijöiden lisäksi ohje on lähetetty arvioitavaksi KYS:n ensihoitokeskuksen ajoneuvotyöryhmälle, jossa on jäseniä eri asemilta, sekä ensihoitokeskuksen osastonhoitajalle. Arviointia hankkeen onnistumisesta voi kuitenkin tehdä vasta tarpeeksi pitkän käytännön kokeilun jälkeen palautekyselyllä sekä keskustelemalla

työntekijöiden kanssa, kokevatko he sijoittelun hyväksi ja millaisia mahdollisia muutoksia siihen voisi vielä tehdä. Myös ohjeen helppolukuisuus selviää vasta, kun useampi työntekijä on ohjeen pohjalta sisustanut ennestään tyhjän auton.



#### YLÄKAAPISTO

##### 3. KAAPPI TAKAA (KESKELLÄ)

- Hapenantovälineet  
alkaen vasemmalta
- Happimaski varaajalla
- Happimaskit norm.
- Happiviikset
- Spirat ja nebulisaattorimaskit
- Putkikapnot ja kapnoviikset

**KUVA 3. Esimerkkikuva ohjelistasta – kaapin sisältö kuvattu tarkasti ja oikea kuva osoitettu nuolella.**

Kun uusi toiminta tai hanke on kehitetty, ei riitä, että se on otettu käyttöön, vaan sen toimimista ja juurtumista käyttöön tulee seurata. Yhtenäinen näyttöön perustuva käytäntö muodostaa kivijalan resurssien täysipainoiselle hyödyntämiselle ja turvallisuudelle. Kun tehdään näyttöön perustuvan toiminnan vakiintumisen arvioimista, voidaan sen seurauksena tunnistaa tarve tehdä korjaavia toimenpiteitä, jotta uusi toimintamalli toteutuisi mahdollisimman vaikuttavasti ja täsmällisesti. Tulee päättää myös siitä, miten arvioinnin tuloksia mitataan. Ohjetta voisi tarkastella tarpeeksi pitkän ajan kuluttua kysymällä mielipiteitä työntekijöitä ambulanssin sisustuksesta potilasturvallisuuden, työturvallisuuden, työn sujuvuuden ja ergonomian näkökulmista katsottuna. Työntekijän pitää pystyä kertomaan eriäviä mielipide perusteluineen, miksi joku tavara esimerkiksi kannattaisi hänen mielestään sijoittaa muualle. Perusteluna ei voi olla se, että näin on aina ennenkin ollut. Sprinter-sisustusohjeen noudattamista voi seurata helposti tarkastamalla, pysyvätkö tavarat ohjeen mukaisissa paikoissa. Palautetta ohjeesta saadaan muun muassa haastattelemalla, kyselemällä siitä työntekijöiden mielipiteitä sekä kysymällä ohjeen noudattamisen käytännöistä eri yksiköissä. Uusilla toimintatavoilla on taipumusta hiipua ajan saatossa, organisaation tuen puutteessa tai johtajien vaihtuessa. Ambulans-

sin sisustusohjeella emme näe tätä riskiä, koska jos työntekijät tottuvat uuteen sisustukseen, siitä tuskin halutaan myöhemmässä vaiheessa luopua tai ambulanssia tuskin halutaan järjestellä uudelleen. (Holopainen, Junntila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 119–125.)

## **Pohdinta**

Kehittämistehtävämme aihe on työelämälähtöinen ja tämän takia selkeästi rajattu. Tarkoituksenamme tehtävässä oli tuottaa hyödyllistä tietoa työvälineiden ja koko työyksikön kehittämistarpeisiin. Siinä ilmenee selkeästi se, mitä olemme tekemässä, ja työ on varsin konkreettinen. Tehtävämme tuloksista saamme tietää vasta jonkun ajan päästä, mutta uskomme näiden olevan positiivisia.

Koko tehtävän prosessi on ollut monivaiheinen sekä haastava. Haastavuutta on lisännyt jokaisen yksilöllisten aikataulujen yhteen saattaminen, koska ryhmämme jokainen jäsen on työelämässä. Kuitenkin koko tehtävän alusta asti osalla henkilöistä on ollut selkeä visio tehtävän lopputuloksesta ja sen tekemisestä. Koko prosessi sai alkunsa Siilinjärven ensihoitopalvelun henkilökunnan ehdotuksesta tehdä yhteneväinen sisustusohje ambulansseihin. Prosessi alkoi melko hyvin, ja yhteydenpito työn tilaajaan oli helppoa ja luontevaa, koska osa ryhmän jäsenistä työskentelee kyseisessä työyhteisössä. Meidän ei tarvinnut sopia aikoja esimerkiksi ambulanssin tavaroiden kuvaamiseen tai työntekijöiden mielipiteiden ja toiveiden kuuntelemiseen, koska ne hoituivat työajalla. Töiden jako on tämän vuoksi ollut selkeää. Lopputulos tehtävästä on jokaista jäsentä miellyttävä, ja koko prosessi on kasvattanut koko tiimin tietoja ja taitoja. Tärkein asia mitä kehittämistyöllä pyrittiin saavuttamaan, on yhtenäiset käytännöt ja sitä kautta laadun paraneminen. Tavaroiden yhteneväinen sisustus takaa turvallisuutta potilaiden hoitoon sekä varmuutta työn tekemiseen.

Kehittämämme ohjelista on saanut jo jatkoa. Sen pohjalta on kehitetty päivittäiseen auton tarkistukseen sopiva lista, jossa on kerrottu, kuinka paljon mitäkin tavaraa autossa tulee olla. Tämä lista helpottaa huomattavasti auton päivittäistarkastusta, ja sen avulla huomaa helpommin, jos ambulanssista puuttuu kokonaan joku tarvike, joka siellä kuuluisi olla. Toivomme kehityshankkeesta olevan apua PSSHP:lle myös tulevaisuudessa sekä kenties myös muillekin sairaanhoitopiireille. Hanketta on ollut haastavaa mutta samalla mielekäästä tehdä, koska lopputuotos tulee auttamaan näinkin isoa organisaatiota.

## LÄHTEET

- Helovuori, Arto; Kinnunen, Marina; Pelkomaa, Karoliina & Pennanen, Pirjo. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännön läheisesti. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Holopainen, Arja; Juntila, Kristiina; Jylhä, Virpi; Korhonen, Anne & Seppänen, Salla 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy
- Kangas, Pirkko & Hämäläinen, Juha 2008. Perehdyttämisen suunnittelu ja toteutus. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.
- Lahti, Tuula 2007. Sairaanhoidajien työhön perehdyttäminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 24.5.2016 <https://tampub.uta.fi/handle/10024/77984>.
- Maunola, Tuomas; Saksala, Sami & Sillanpää, Terhi 2011. Etelä-Karjalan ensihoitajien fyysisen toimintakyvyn kehittäminen ja ylläpitäminen. Saimaan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 13.6.2016 [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/36930/maunola\\_tuomas.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/36930/maunola_tuomas.pdf?sequence=1).
- Murtonen, Mervi & Toivonen, Sirra 2006. Sairaankuljetuksen turvallisuus on johtamista. Lääkelaitoksen julkaisusarja 3/2006. Terveydenhuollon laadunhallinta. Viitattu 24.5.2016 [https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/LH-2006-3\\_sairaankuljetuksen\\_turvallisuus.pdf](https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/LH-2006-3_sairaankuljetuksen_turvallisuus.pdf).
- Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Viitattu 28.5.2016. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>.
- Savonia-ammattikorkeakoulu 2014a. Sairaanhoidajan tutkinto-ohjelma. Viitattu 22.5.2016. <http://portal.savonia.fi/amk/fi/opiskelijalle/opetussuunnitelmat?yksi=KS&krtid=1042>
- Savonia-ammattikorkeakoulu 2014b. Ensihoitajan tutkinto-ohjelma. Viitattu 28.5.2016 <http://portal.savonia.fi/amk/fi/opiskelijalle/opetussuunnitelmat?yksi=KS&krtid=1028>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Viitattu 21.5.2016. <https://www.julkari.fi/handle/10024/116921>.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalveluista 2011. Finlex – Valtion säädöstietopankki. Viitattu 11.10.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110340>
- Tallqvist, Saara & Nieminen, Heidi 2015. Potilasturvallisuus ensihoidossa Päijät-Hämeen Pelastuslaitoksen ensihoitajien mukaan. Lahden ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 22.5.2016. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/94281/Tallqvist\\_Saara.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/94281/Tallqvist_Saara.pdf?sequence=1).
- Työterveyslaitos 2016. Terveydenhuolto. Viitattu 20.5.2016. [http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/ergonomia\\_eri\\_aloille/terveydenhuolto/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/ergonomia_eri_aloille/terveydenhuolto/sivut/default.aspx).
- Työturvallisuuslaki 738/23.8.2002. Finlex – Valtion säädöstietopankki. Ajantasainen lain-säädäntö. Viitattu 24.5.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>.
- Vehmasvaara, Päivi 2004. Ensihoitotyön kuormittavuus ja ensihoitajien työkyvyn fyysisiä edellytyksiä arvioivan testistön kehittäminen. Kuopion yliopisto, fysiologian laitos. Väitöskirja. Viitattu 24.5.2016. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_951-27-0021-2/urn\\_isbn\\_951-27-0021-2.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-27-0021-2/urn_isbn_951-27-0021-2.pdf).

## II

### KOHTI PAREMPAA YHTEISTYÖTÄ

**Y**hteistyöosaaminen kuuluu sairaanhoitajan keskeisiin osaamisalueisiin. Yhteistyöosaamista tarvitaan niin asiakkaan hoidon ja ohjauksen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa kuin hoitotyön asiantuntijana erilaisissa työryhmissä. Sairaanhoitajan tulee osata hyödyntää monialaista verkostoa päätöksenteon tukena ja osata toimia muuttuvissa toimintaympäristöissä hyvien työyhteisötaitojen mukaisesti. Julkaisun toinen teema koostuu kolmesta artikkelista, joissa kuvataan erilaisia kehittämistöitä yhteistyön näkökulmasta.

Tiimityöskentelyssä korostuu yhteistyö. Työelämän muutokset tuovat tarpeen työtapojen kehittämiseksi, ja ensimmäisessä artikkelissa kuvataan kehittämistyötä, jossa pyrittiin muuttamaan työskentelyä kohti tiimityöskentelyn mallia. Työaika-autonomian avulla työntekijä pystyy vaikuttamaan omiin työvuoroihin, mikä lisää työhyvinvointia. Työaika-autonomiaan siirtymisessä korostuvat yhteistyötaidot, ja toisessa artikkelissa kuvataan kehittämistyötä kohti autonomista työvuorosuunnittelua. Hoidon tarpeen arviointi on yhteistyötä potilaan, omaisten ja muiden ammattiryhmien kanssa. Kolmas artikkeli kuvaa hoidon tarpeen arviointiin liittyvien X-koodien ohjeistuksen syntymistä ensihoitoon.



*Nevalainen Jonna, Pulkkinen Mari,  
Turunen Maarit & Venäläinen Susanna*

## **6 TIIMITYÖN KEHITTÄMINEN HOITOTYÖSSÄ YHTEISTYÖSSÄ TYÖELÄMÄN KANSSA**

### **Tiimityön merkitys hoitotyössä**

Sairaanhoitajaliitto on laatinut kollegiaalisuusohjeet sairaanhoitajille. Ohjeessa korostetaan työkaverin kunnioitusta, arvostusta ja luottamusta sekä oikeudenmukaisuutta työkaveria kohtaan. Työkaverin tukeminen ja puolustaminen tarpeen tullen on osa kollegiaalisuutta ja hyvää tiimityötä. Tiimityön kannalta on tärkeää ottaa vastuu myös omista tekemisistään. (Sairaanhoitajaliitto 2014b.)

Kun tiimityöskentely ei ole kunnossa, se näkyy hoitotyössä sairauspoissaoloina ja vaikuttaa negatiivisesti hoidon laatuun. Kun tiimityön laatuun panostetaan, saadaan aikaisiksi työyhteisö, jossa jokaisen on mukava olla. Toimiva tiimityö lisää työhyvinvointia, joka näkyy hoidon laadun paranemisena. Tiimityön toimivuus on hoitotyössä myös potilaiden kannalta tärkeää: vaikutamme hoitajina omalla asenteellamme ja työtavoillamme ilmapiiriin, jossa potilas on hoidossa. Pahimmillaan voimme aiheuttaa potilaalle turvattomuuden tunteen. (Forsell-Heiskanen & Kaipio 2011, 15–16.)

Tässä artikkelissa kuvataan työelämälähtöistä kehittämistehtävää tiimityöskentelystä perusterveydenhuollossa. Yhteistyö- ja kehittämissuositus tuli perusterveydenhuollon yksiköltä, joka on kokenut muutoksia viimeisen vuoden aikana. Työyhteisö on joutunut muuttamaan ja sopeutumaan uusiin tiloihin ja suurempaan potilasmäärään, mikä on aiheuttanut suurta hämmennystä henkilökunnassa. Tämän takia työelämästä tuli tarve tiimityöskentelyn kehittämiseksi. Tarve oli luoda tiimi, jossa jokainen työntekijä viihtyy ja kykenee toteuttamaan hoitotyötä mahdollisimman laadukkaasti. Kehittämistyömme tavoite oli luoda ja parantaa hoitoalan työyhteisön

tiimityöskentelyä osastotuntien avulla. Lähdeaineiston avulla kerroimme henkilökunnalle tiimityöstä ja keskustelimme aiheesta yhdessä.

## **Kohti toimivia tiimejä**

Aihe kehittämistehtävään saatiin perusterveydenhuollon yksiköltä. Tarkoituksena oli valmistella ja toteuttaa kaksi osastotuntia, joilla käsitellään tiimityötä ja sen merkitystä työyhteisössä. Suunnittelimme keskustelupohjan, toteutimme osastotunnit ja johdattelimme niissä keskustelua henkilökunnan välillä. Osastotunteja oli kaksi, jotka mahdollistivat lähes koko henkilökunnan osallistumisen. Tuntien tarkoituksena oli herättää keskustelua ja ajatuksia henkilökunnassa, kuinka kehittää tiimityöskentelyä juuri tässä työyhteisössä ja saada juuri tästä työyhteisöstä toimiva tiimi. Tarkoitus oli myös miettiä keinoja hyvän tiimin syntymiselle. Toimiva tiimi parantaa myös jokaisen työntekijän työhyvinvointia.

Kehittämistyötä aloittaessamme perehdyimme ensin teoriassa siihen, mitä on hyvä tiimityö ja miten tiimityöskentelyä pystytään parantamaan. Tarkoitus oli osastotunneilla keskustella siitä, mistä tiimityö koostuu. Perehdyimme erilaisiin tiimityöstä kertoviin lähteisiin internetissä ja kirjoissa. Niiden perusteella mietimme, kuinka johdattelemme keskustelua ja mitä asioita nostamme esiin. Keskustelimme yhdessä hyvän työkaverin kriteereistä ja tiimityön elementeistä. Tiimityö vaatii perustakseen toimivan työyhteisön, jolla tarkoitetaan isoa tai pientä työpaikkaa, osastoa, organisaatiota tai työryhmää. Työyhteisöllä on yhteinen tavoite, yhteiset pelisäännöt, voimavarat ja taidot. Tiimityöskentelyn tärkeys korostuu hoitotyössä erityisen paljon. On tärkeää, että tiimi toimii hyvässä yhteishengessä kun tehdään fyysisesti ja psyykkisesti raskasta työtä. (Forsell-Heiskanen & Kaipio 2011, 13.)

Osastotunneilla keskusteltiin tiimistä, jonka päämääränä on potilaan paras mahdollinen hoito. Jokaisen työntekijän tulisi pyrkiä saavuttamaan mielekäs työilmapiiri omalla toiminnallaan niin, että jokainen viihtyisi omassa työssään ja nauttisi siitä. Tämä takaa myös sen, että potilaat saavat parasta mahdollista heille kuuluvaa hoitoa ja omaiset heille kuuluvaa tukea. Tiimin perustan luomisessa on tärkeää määritellä jo aluksi toiminnan kannalta tärkeät asiat. Näitä ovat jokaisen tiimin jäsenen roolit, tehtävät ja vastuut, työn tavoitteet, pelisäännöt, osaaminen sekä työn ja työntekijöiden kehittäminen tulevaisuudessa. (Ilmarinen i.a., 11.) Tiimiä perustettaessa tehdään yleensä myös tiimisopimus, joka on tiimin ja esimiehen välinen ja jossa sovitaan yhteiset pelisäännöt. Sopimus on tärkeä, koska se sitouttaa kaikki toimimaan yhdessä. Sopimuksen avulla esimies pystyy osallistu-



maan omalta osaltaan tiimin toimintaan. Omalla allekirjoituksellaan tiimin jäsenet ja esimies sitoutuvat noudattamaan yhdessä tehtyä sopimusta. (Kulmala 2015, 20.)

Erilaisten tutkimuksien mukaan toimiva tiimi tarvitsee toimiakseen esimerkiksi koulutuksia, hyvää johtajuutta, kommunikaatioharjoituksia, positiivista asennetta tiimityötä kohtaan, panostusta sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja erityisesti organisaation tukea. Mikään tiimi ei toimi vain käskemällä, vaan sen eteen on tehtävä töitä. On ymmärrettävää, että tiimi kehittyy pikkuhiljaa eivätkä muutokset tapahdu hetkessä. (Isoherranen 2012, 37.) Osastotunnilla keskustellessamme henkilökunta kertoi kokeensa, että koulutuksiin pääseminen on välillä vaikeaa. Informaatio koulutuksista ei tule aina henkilökunnalle asti, ja resurssien vuoksi on hankala järjestää koulutuksiin pääsyä.

Toimivan tiimin aikaansaamiseen vaaditaan hyviä työyhteisötaitoja. On tärkeää, että jokainen tiimin jäsen kantaa vastuun omasta perustehtävästään ja huolehtii omista työoloistaan sekä omasta jaksamisestaan. Jokaisen tiimin jäsenen vastuulla on myös kehittää itseään ja työtään, tarpeen vaatiessa tuoda esiin epäkohtia ja aktiivisesti etsiä ratkaisuja ongelmiin. (Ilmarinen i.a., 7.) Osastotunneilla keskusteltiin siitä, että jokaisen työpanos ei ole samanlaista ja tämä vaikuttaa työssä jaksamiseen. Potilaan hoitoon ei paneuduta tarpeeksi, vaan työ tehdään huolimattomasti. Välillä joutuu ”paikkaamaan” työkaverin jälkiä.

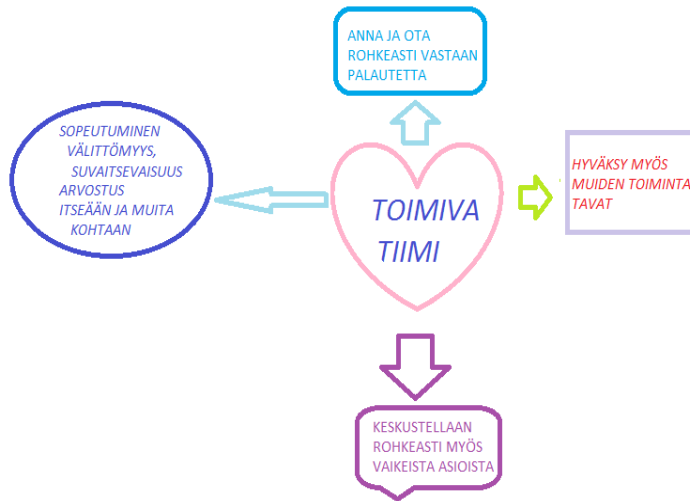
Ihanteellisin tilanne työyhteisössä on niin sanotun huipputiimin rakentuminen, jossa tiimin toimintaa organisoidaan, arvioidaan ja kehitetään työhyvinvointia riskeeraamatta. Huipputiimissä kommunikoidaan ja raportoidaan aktiivisesti työhön liittyvissä asioissa, ymmärretään ja hyödynnetään muiden erilaisuus, tuetaan toista vaikeissa tilanteissa, selvitetään ristiriidat asiallisesti kommunikoiden sekä kyetään vastaanottamaan palautetta ja antamaan sitä. (Ilmarinen i.a, 10.) Henkilökunta koki, että avoimuus ei ole tällä hetkellä sellaista kuin sen pitäisi olla. Informaatio ei aina kulje, minkä vuoksi tärkeät tiimiä koskevat asiat jäävät huomioimatta.

Osastotunneilla keskusteltiin esimiehen tärkeystä tiimityöskentelyssä. Esimiehellä on myös tärkeä asema toimivan tiimin luomisessa ja sen ylläpitämisessä. Esimiehen asemaa ei saa missään nimessä vähätellä. Esimiehen tulee ymmärtää oma asemansa ja se, että hänen on puututtava asiallisesti ja asianmukaisesti mahdollisiin työyhteisössä esiintyviin ongelmatilanteisiin. Jokaisella tiimillä tulee olla johtaja. Johtajalla on oltava hyvät vuorovaikutustaidot, ja hänen tulee luottaa itseensä ja tiimiinsä. Työyhteisössä tulevien muutosten myötä tiimin muodostumisessa voi aiheutua epävarmuutta työntekijöissä. Siksi on tärkeää, että tiiminjohtaja uskoo tiimityö-

hön ja tiimityön voimaan. Tiiminjohtajan ja osastonhoitajan on ymmärrettävä jokaisen tiiminjäsenen yksilöllisyys. Tiimityö ei aina ole helppoa, ja tulee myös epäonnistumisia. Esimiehen tulisi silti antaa kiitosta jokaisen työntekijän työpanoksesta. Tiimin ulkopuolisella esimiehellä on myös vastuu tiimin vetämisestä. Esimiehen tulee luottaa tiimiinsä, varmistaa tiimin jäsenten avoin keskusteluyhteys sekä huolehtia, että kaikilla on tarpeeksi vastuuta. Esimiehen rooli on merkittävä tiimityön onnistumisen kannalta, ja hänen on tunnistettava omat heikkoutensa ja vahvuutensa. Tämä edesauttaa häntä kasvamaan esimiehenä. (Kulmala 2015, 17.)

Osastotunneilla keskustelun aiheeksi nousi myös vuorovaikutuksen ja ihmissuhteiden vaikutus hyvän tiimityön onnistumiseen. Vuorovaikutuksella ja ihmissuhteilla on työyhteisöissä suuri merkitys yksittäisen työntekijän ja koko työyhteisön työn tavoitteiden saavuttamiselle. Työssä viihtymiseen vaikuttavat hyvät suhteet työntekijöiden ja esimiesten välillä sekä työilmapiiri. Esimieheltä tai työtovereilta saatu palaute auttaa työntekijää havainnoimaan omaa työtään ja omaa osuuttaan työyhteisön tavoitteiden saavuttamiseksi. Hyvän työyhteisön kuuluu luoda ja ylläpitää positiivisia asenteita. Hyvä työyhteisö lisää työntekijässä myös turvallisuuden tunnetta ja vahvistaa itsetuntoa. Parhaimmillaan työ on sen tekijälle yksi merkityksellisimmistä elämän osa-alueista, joka ylläpitää ja edistää hyvinvointia ja terveyttä, mutta pahimmassa tapauksessa työstä voi tulla taakka ja näin myös heikentää työntekijän terveyttä. Työpaikalla perusasioiden tulee olla kunnossa, jotta työyhteisö voi tukea jäsentensä hyvinvointia. On tärkeää välillä pohtia oman työyhteisön vahvuuksia ja kehittämisalueita, jotta pystytään luomaan parempi työyhteisö. (Laine, Ruishalme, Salervo, Siven & Välimäki 2007, 230–232.)

Osastotuntien keskustelussa tulimme siihen tulokseen, että toimiva tiimi on sopeutumista, välittömyyttä, suvaitsevaisuutta ja erityisesti arvostusta toisia kohtaan. Jokainen meistä tekee työtään omalla tavallaan, mutta meidän tulisi hyväksyä toistenkin toimintatavat, vaikka ne eroaisivat omista tavoista. Työyhteisössä tulee pystyä ottamaan rohkeasti esille myös vaikeat asiat. Hyvää ilmapiiriä pystytään luomaan myös antamalla positiivista palautetta aina, kun siihen on vähänkin aihetta. Pienillä asioilla pystymme luomaan työyhteisön, jossa jokainen työntekijä viihtyy. Pitää myös uskaltaa antaa negatiivista palautetta. Täytyy vain opetella antamaan palaute rakentavasti, ei hyökkäävästi tai loukkaamalla työkaveria. Omilla sanavalinnoilla ja tyylillä on suuri merkitys palautteen antamisen suhteen. Pitää myöskin osata ottaa vastaan negatiivista palautetta. Täytyy ymmärtää se, että ihminen on inhimillinen olento ja jokainen tekee joskus virheitä. Kuvio 3 havainnollistaa henkilökunnan ajatukset toimivasta tiimistä.



**KUVIO 3. Toimivan tiimin elementit.**

### Ongelmien ratkaisu tiimissä

Työpaikalla eteen tulevat ristiriitatilanteet tulisi käsitellä heti niiden tapahtuessa. Erilaiset ristiriitatilanteet työpaikalla aiheuttavat työntekijöille stressiä ja näin vaikuttavat työn laatuun. Jos tilanteita ei käsitellä yhdessä tiimin kanssa, se kuluttaa jokaisen voimavaroja ja ajan kuluessa tilanne saattaa pahentua. Kun ongelmat käsitellään ja ratkaistaan yhdessä tiiminä, se antaa voimavaroja ja uutta energiaa työntekoon. (Juuti & Vuorela 2006, 123.) Osastotunneilla heräsi ajatus avoimuudesta, jota osastolla kaivattiin henkilökunnan välille. Ristiriitoihin tulisi reagoida heti, ja asiat tulisi selvittää perin pohjin. Sitten niihin ei tarvitse enää palata. Jokaisen pitäisi uskaltaa sanoa oma mielipiteensä toista loukkaamatta. Kiitostakin voisi antaa useammin työkaverille, mutta ei kuitenkaan niin että se menee liiallisuuksiin. Tärkeitä asioita ovat myös onnistumisen tunne työssä, suvaitsevaisuus ja yhteistyön sujuvuus.

Yleisimmin ongelmat yritetään ratkaista tiiminjäsenten kesken, mutta joskus tiimi voi tarvita ulkopuolista apua ongelmien ratkaisuun. Esimerkiksi työnohjaus joko yksilöllisesti tai ryhmässä on toimiva keino tilanteiden ja vaikeiden asioiden selvittelyyn. (Svensberg 2009, 14). Yhteistyötahollamme on säännöllinen työnohjaus. Työnohjauksessa käsitellään hankalia tai mieltä painavia potilastapauksia sekä työyhteisöön kuuluvia, ajatuksia heittäviä asioita työyhteisön ulkopuolisen henkilön kanssa.

Tiimipalavereita tulisi myös pitää säännöllisesti. Tiimi voi yhdessä sopia pitävänsä palavereita esimerkiksi kaksi tai kolme kertaa vuodessa ja tarpeen vaatiessa. Palaveri voidaan järjestää nopeastikin, ilman esityslistaa. Tällöin voidaan käsitellä vain yhtä ongelmaa, esimerkiksi tiiminjäsenten välillä syntynyttä konfliktia. On tärkeää, että palaverit otetaan säännölliseksi käytännöksi, jotta asiat eivät jää selvittämättä. Palavereissa tulee ottaa huomioon jokainen osallistuva tiiminjäsen; kaikkien tulee saada sanoa oma mielipiteensä. Jokainen tiimi voi luoda omat keinonsa yhdessä, parhaaksi katsomallaan tavalla ja juuri siihen tilanteeseen sopivaksi. (Kulmala 2015, 20–21.) Henkilökunta piti tärkeänä asiana säännöllisiä tiimipalavereita, joita voisi olla kaksi kertaa vuodessa. Nyt osastolla pidettäviä osastokokouksia pidettiin hyvinä, koska niitä järjestetään nykyään säännöllisesti kerran viikossa. Osastokokoukset ovat edistäneet henkilökunnan avoimuutta ja uskallusta puhua mieltä painavista asioista.

Työyhteisön hyvinvointiin voidaan vaikuttaa esimerkiksi esimiehen ja työntekijän välisillä kehityskeskusteluilla. Keskusteluiden tavoite on arvioida ja suunnitella työntekoa, muutosten etenemistä ja tiimin toimivuutta. Näissä kahdenkeskisissä keskusteluissa jokainen työntekijä pääsee sanomaan mielipiteensä työpaikan ilmapiiristä, työn laadusta, epäkohdista, kehittämistarpeista tai -tavoista, mutta kukin saa myös tilaisuuden keskustella omasta jaksamisestaan työssä. Jokaisen työntekijän tulisi voida hyvin, jotta raskas työ sujuisi helpommin eikä ainakaan aiheuttaisi lisää pahaa oloa. (Työterveyslaitos 2014a.) Kehityskeskustelut ovat olleet säännöllisesti osastolla käytössä, ja ne on koettu hyväksi.

Tiimityöskentelyn toimivuuteen pystytään panostamaan positiivisesti perehdyttämällä uudet työntekijät työhönsä hyvin. Uudet työntekijät sekä opiskelijat tulisi ottaa vastaan positiivisin mielin niin, että jokaisella on tervetullut olo tullessaan uuteen paikkaan, eikä työyhteisöön näin synny uusia ongelmatilanteita. (Työterveyslaitos 2015b.) Hoitoalalla työntekijöiden vaihtuvuus vaikuttaa työhyvinvointiin; sijaisia ja varahenkilöitä joudutaan käyttämään paljon. Sijaiset ja varahenkilöt kokivat, että on helppo tulla mukaan työyhteisöön, jossa on selkeät tiimit ja avoin ilmapiiri. Työn laatu ei kärsi, kun jokainen tietää omat tehtävänsä ja roolinsa.

## **Tiimityön avulla parannetaan hoidon laatua**

Työyhteisöä tulee koko ajan kehittää parempaan suuntaan. Kehittämisestä hyötyvät kaikki, niin työntekijät kuin potilaatkin. On myös syytä muistaa, että vaikeiden asioiden läpikäynti edesauttaa työyhteisön kehitystä. Vaikeista asioista puhuminen ei ole aina huonouden merkki, vaan näistä tilanteis-

ta opitaan uutta ja tehdään asiat jatkossa toisin. (Työterveyslaitos 2016d.). Kehittämistehtävämme olikin juuri kehittää tiimityötä ja tiimin toimintaa paremmaksi ja luoda jokaiselle työntekijälle sekä potilaalle mukava ja turvallinen ilmapiiri.

Työnantajan sekä työntekijän tulee ymmärtää, että yhdessä tekemällä ja toimimalla saadaan yhdistettyä enemmän tietoa ja taitoa kuin toimimalla yksin. Tiimityön pohjana on, että jokaisen henkilön taidot hyödynnetään ja asioita pystytään tarkastelemaan monesta eri näkökulmasta. Hyvässä tiimissä jäsenet täydentävät toisiaan, ja hyvällä tiimityöllä työn laatu paranee. Monissa työpaikoissa on myös selkeästi pystytty osoittamaan työntekijöiden tyytyväisyyden kasvu panostamalla tiimityön kehittämiseen. (Operosus Oy 2016.) Osastotuntien tarkoituksena oli herätellä ajatus työilmapiiristä, jossa jokaisen olisi helppo työskennellä omalla persoonallaan ja edesauttaa tiimin toimivuuden kehitystä. Henkilökunnalla oli selkeästi halua työskennellä toimivan tiimin eteen. Keskustelu aiheesta oli vilkasta, ja jokainen ymmärsi aiheen tärkeyden ja merkityksen.

Tiimityön kehittämiseksi olisi hyvä asettaa realistisia tavoitteita, miettiä erilaisia toimenpiteitä ja tehdä aikataulu niiden toteuttamiseksi. Jo olemassa olevista positiivisista vahvuuksista tulee tuntee ylpeyttä. (Sairaanhoitajaliitto 2014b.) Keskustelua heräsi monista tärkeistä asioista, joita ei välttämättä tule aina omassa työssä huomioiduksi. Keskustelussa pohdittiin toimivan tiimin elementtejä, joita ovat kannustava ilmapiiri, toimiva yhteistyö ja monipuolisen osaamisen hyödyntäminen. (Työterveyslaitos 2015c). Mietimme myös, kuinka saada näitä elementtejä juuri tällä osastolla toimimaan. Kerran viikossa pidettävät osastotunnit koettiin hyvänä tiimityön parantumisen kannalta.

Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajien tulee tukea toisiaan potilaan hoitoon liittyvissä päätöksissä, työssä jaksamisessa ja ammatillisessa kehittämisessä. Sairaanhoitajien tulee kyetä työskentelemään moniammatillisessa työyhteisössä ja kunnioittaa muiden ammattiryhmien osaamista ja asiantuntemusta. Sairaanhoitajan tehtävä on kohdella potilasta eettisesti ja kunnioittavasti sekä uskaltaa puuttua potilaan epäeettiseen kohteluun. (Sairaanhoitajaliitto 2014a.) Henkilökunnan mielestä on hyvä, että potilaan hoitoon osallistuu eri ammattiryhmiä, kuten laitoshuoltajat. Yhteistyötä tulisi syventää jatkossa kirkon, sosiaalityöntekijöiden ja omaisten kesken.

Osastotuntien myötä yksikön henkilökunnan välinen avoimuus on kasvanut. Henkilökunnan välinen kommunikaatio on lisääntynyt, ja vaikeistakin asioista on ollut helpompi puhua. Henkilökunta puhalttaa nyt enemmän yhteen hiileen. Tiimityön esille ottaminen työyksikössä oli hyvä alku kohti toimivampaa tiimiä. Tiiminjäsenet olivat valmiita parantamaan yhteistyötä ja tiimiytymään keskenään.

## LÄHTEET

- Forsell-Heiskanen, Tanja. & Kaipio, Raili 2011. Hoitohenkilökunnan kokemuksia tiimityöstä pitkäaikaishoidossa. Opinnäytetyö. Jyväskylän AMK. Viitattu 12.07.2016. <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/32735/Opiskelija%20Forsell-Heiskanen%20Tanja%20ja%20Kaipio%20Raili.pdf..pdf?sequence=1>
- Ilmarinen i.a. Työyhteisötaidot – sujuvuutta, tehokkuutta ja tulosta. <https://www.ilmarinen.fi/siteassets/liitepankki/tyohyvinvointi/opas-tyoyhteisotaidot.pdf>.
- Isoherranen, Kaarina 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Väitöskirja. Sosiaalitieteiden laitos. Helsingin yliopisto. [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen\\_vaitoskirja.pdf](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf).
- Juuti, Pauli & Vuorela, Antti 2006. Johtaminen ja työyhteisön hyvinvointi. Jyväskylä: Gummerus.
- Kulmala, Aleksi 2015. Kohti tehokasta tiimityötä. Opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu. Viitattu 13.07.2016 <http://docplayer.fi/4363889-Kohti-tehokasta-tiimityota.html>
- Laine, Anne; Ruishalme, Outi; Salervo, Pirjo; Siven, Tuula & Välimäki, Päivi 2007. Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki. Wsoy.
- Opererous 2016 Tiimityö-yksilöllisesti yhdessä. Viitattu 29.05.2016 [http://www.operous.fi/?page\\_id=49](http://www.operous.fi/?page_id=49)
- Sairaanhoitajaliitto 2014a. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 07.08.2016 <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/amatillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>
- Sairaanhoitajaliitto 2014b. Sairaanhoitajan kollegiaalisuusohjeet. Viitattu 07.08.2016 <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/amatillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-kollegiaalisuusohjeet/>
- Svensberg, Ari 2009. Tiimityö tiiminjäsenen näkökulmasta. Opinnäytetyö. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.07.2016 [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4820/Ari\\_Svensberg.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4820/Ari_Svensberg.pdf?sequence=1)
- Työterveyslaitos 2014a. Kehityskeskustelu. Viitattu 12.07.2016. [http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso\\_ja\\_esimiestyo/johtaminen\\_ja\\_esimiestyo/kehityskeskustelu/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ja_esimiestyo/johtaminen_ja_esimiestyo/kehityskeskustelu/sivut/default.aspx)
- Työterveyslaitos 2015b. Perehdyttäminen. Viitattu 12.07.2016. [http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso\\_ja\\_esimiestyo/johtaminen\\_ja\\_esimiestyo/perehdyttaminen/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ja_esimiestyo/johtaminen_ja_esimiestyo/perehdyttaminen/sivut/default.aspx)
- Työterveyslaitos 2015c. Työyhteisö ja esimiestyö. Viitattu 06.05.2016. [http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso\\_ja\\_esimiestyo/Sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ja_esimiestyo/Sivut/default.aspx)
- Työterveyslaitos 2016d. Työyhteisön kehittäminen. Viitattu 12.07.2016. [http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso\\_ja\\_esimiestyo/tyoyhteison\\_kehittaminen/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ja_esimiestyo/tyoyhteison_kehittaminen/sivut/default.aspx)

*Kuusela Laura, Leppänen Jaana, Rönkä Tuija,  
Stafford Satu & Suvinen Ann-Mari*

## **7 TYÖAIKA-AUTONOMIA TUKEMASSA TYÖHYVINVOINTIA**

### **Autonominen työaika-suunnittelu keskisuomalaisessa hoitokodissa**

Tässä artikkelissa kuvataan erään keskisuomalaisen hoitokodin siirtymistä autonomiseen työvuorosuunnitteluun ja sen tuomia vaikutuksia työhyvinvointiin henkilökunnan kokemana. Toive tämän kehittämistyön toteutumisesta tuli hoitokodin vastaavalta hoitajalta, joka koki tarpeelliseksi kehittää työvuorosuunnittelua ja samalla parantaa henkilökunnan työhyvinvointia. Koivumäki, Aschan, Kasanen, Sinivaara ja Vihersalo (2005) ovat selvittäneet tutkimuksessaan työaika-autonomian vaikutuksia yksilön ja yhteisön hyvinvointiin. Tutkimuksen mukaan henkilökunnan vaikutusmahdollisuudet työvuoroihin lisääntyivät selvästi, kun siirryttiin työaika-autonomiaan. Myös yksityiselämän ja työn yhteensovittaminen onnistuivat paremmin. Vuorotyön haittoja koettiin vähemmän, ja työssä jaksaminen lisääntyi. Oikeudenmukaisuuden koettiin parantuneen lähijohtamisessa ja päätöksenteossa. Koivumäki (2006) on laatinut työkirjan työaika-autonomiasta, jota hyödynsimme tämän kehittämistyön toteuttamisessa. (Koivumäki, Aschan, Kasanen, Sinivaara & Vihersalo 2005; Koivumäki 2006.)

Sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa tulee huomioida entistä enemmän henkilöstön jaksamista, johon liittyy esimerkiksi riittävä työvoima. Kuitenkin työaika-suunnittelun lähtökohtana ovat asiakkaiden tarpeet, jotta hoito olisi turvallista ja siinä on jatkuvuutta. Autonomisella työvuorosuunnittelulla on useissa tutkimuksissa todettu olevan positiivinen vaikutus henkilökunnan työhyvinvointiin. Autonomisen työvuorosuunnittelun avulla parannetaan henkilökunnan kokemusta työn hallinnasta. (Työterveyslaitos 2010; Koivumäki, Aschan, Kasanen, Sinivaara & Vihersalo 2005;

Koivumäki 2006.) Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli ottaa käyttöön autonominen työvuorosuunnittelu keskisuomalaisessa hoitokodissa ja seurata sen vaikutuksia henkilökunnan kokemaan työhyvinvointiin ja työssä jaksamiseen alati vaativammissa työolosuhteissa. Liskin (2012) pro gradu -tutkielmassa on todettu yhteys työn hallinnan ja työhyvinvoinnin välillä hyvinvointia edistävänä tekijänä. (Liski 2012, 69–70.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa on nykyisin ymmärretty, ettei työn tehokkuutta ja tuottavuutta saada aikaan ainoastaan teknologiaa ja hoitotyön prosesseja hiomalla, vaan entistä enemmän kiinnitetään huomiota työhyvinvointiin ja sitä kautta laadun ja tuloksen paranemiseen. Tähän tämä kehittämistyö omalta osaltaan myös vastaa. Myös Työelämän Kehittämisstrategian vuoteen 2020 - mukaan työpaikoilla on vastuu työpaikkojen olojen ja työhyvinvoinnin parantamiseen (Työ- ja elinkeinoministeriö 2011).

Kehittämistyö aloitettiin keväällä 2016 lähestymällä hoitokodin henkilökuntaa lyhyellä infokirjeellä, jossa kerroimme tulevasta autonomisen työvuorosuunnittelun kokeilusta heidän työyhteisössään. Kävimme pitämässä henkilökunnalle perehdytyksen ja sovimme yhdessä henkilökunnan kanssa työn etenemisen aikataulusta. Ohjasimme hoitokodin esimiestä sekä henkilökuntaa alusta pitäen autonomiseen työaika-suunnitteluun ja teimme heille valmiit pohjat internetiin, jossa kukin kykeni reaaliaikaisesti rakentamaan omaa listaansa ja näki reaaliaikaiset muutokset myös muiden vuoroissa. Toimimme tiiviissä yhteistyössä koko kokeilun ajan. Ensimmäinen autonominen työaikalista aloitettiin huhtikuussa 2016. Palaute kehittämistyön kulusta kerättiin henkilökunnalle järjestämässämme palautekeskustelussa elokuussa 2016. Autonomisen työvuorosuunnittelun käyttöönotto on prosessina aina pitkäjänteistä ja vaatii sekä esimiehen että henkilökunnan sitoutumisen. Vastuu autonomisen työvuorosuunnittelun etenemisestä on esimiehellä. Suunnitelman eteneminen muuttaa myös esimiehen roolia, työvuorojen suunnittelijasta tulee suunnitelman hyväksyjä ja tarpeellisten muutosten tekijä sekä pelisääntökeskustelun ohjaaja. Esimiehen vastuulla on, että työvuorosuunnitelma tukee työyksikön toiminnan tavoitteiden saavuttamista. Autonomisen työaika-suunnitelman muutosprosessin onnistunut läpivienti vaatii esimiehen täyden tuen ja sitoutumisen sekä paljon keskustelua. (Työterveyslaitos i.a.)

Suomeenkin useimpiin isoihin sairaaloihin on rantautunut USA:ssa kehitetty magneettisairaalamalli, jossa korkean hoitotyön laatu ja erinomaiset hoitotulokset ovat sidoksissa hyvään johtamiseen, henkilökunnan hyvinvointiin sekä jatkuvaan ammatilliseen kasvuun. JBI-suosituksen mukaan useissa tutkimuksissa on kiistatta osoitettu magneettisairaalamallin toimi-



vuus. Henkilökunnan hyvinvoinnissa yhtenä osatekijänä on kirjattu työntekijän vaikuttamismahdollisuus työvuorosuunnitteluun. (Joanna Briggs Institute 2010.) Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuushankkeessa, terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen osaamisalueella, on alateemana nähty tärkeänä sairaanhoidajan omasta työkyvystä ja hyvinvoinnista huolehtiminen (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio, 2015, 24).

## **Siirtyminen autonomiseen työaika-suunnitelmaan**

Yhteistyökumppanimme oli keskisuomalainen hoitokoti, joka tarjoaa ympärivuorokautista tehostettua palveluasumista kehitysvammaisille. Hoitopaikkoja on kahdeksan ja asukkaiden ikärakenne on vauvasta vaariin. Lisäksi kodin palveluihin kuuluu intervallihoito sekä lasten päivähoito. (Visio Säätiö 2016.) Hoitokodin henkilökuntaan kuuluu tällä hetkellä vastaavan hoitajan lisäksi kahdeksan hoitajaa. Kaikki henkilökunnan jäsenet työskentelevät kunnallisen työehtosopimuksen alla ja tekevät jaksotyöaika. Työvuorot suunnitellaan kolmen viikon jaksoissa. Haastavaksi työaika-suunnittelun tekee lyhyellä varoitusaikalla muuttuvat tilanteet. Asiakkaiden intervallijaksojen ajankohdat tulevat välillä yllättäen. Työvuorojen lopullista muotoa ei joka tilanteessa voi vahvistaa viikkoja aiemmin. Työvuoroja suunniteltaessa hoitokodilla on aina otettu huomioon henkilökunnan tarpeet ja toiveet. Tämä tekee listojen teosta haastavampaa mutta luo toisaalta taas hyvää pohjaa työssä jaksamiselle. Autonominen työaika-suunnittelu koettiin toimivaksi. Henkilökunta on omistautunut työlleen, ja työssä on jokaisen kohdalla ripaus yrittäjähenkisyyttä. (Hakkarainen 2016.)

Suunnittelimme henkilökunnalle perehdytyksen, jonka sisältö pohjautui saatavilla olevaan tietoon ja tutkimuksiin autonomisesta työvuorosuunnittelusta. Perehdyimme myös lakeihin ja säädöksiin, jotka ohjaavat terveydenhuoltoalaa, ja käytimme niitä perehdytyksen toteutuksessa sisältöinä. Hoitoalan työaikoja säätelevät Euroopan unionin jäsenvaltioita velvoittava työaikadirektiivi (2003/88/EY), työaikalaki (605/1996) sekä kunta-alalla työskenteleviä kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus (KVTES). Työvuorosuunnittelussa on myös huomioitava työsopimus-, työturvallisuus- ja työterveyshuoltolaki, paikalliset sopimukset sekä ergonomiset suositukset. Kansalliset, työaika säätelevät lait säätelee EU:n työaikadirektiivi, joka myös vahvistaa työajan järjestämiseen liittyvät vähimmäismääräykset koskien turvallisuutta ja terveyttä. Suomen työaikalaisissa on määritelty työajan yleissäännös ja jaksotyöaika. Työaika noudattaa työaikadirektiiviä, ja niiden yhteisenä tarkoituksena on työntekijän suojeleminen ja työolojen

parantaminen. Työaikalaisissa on myös säädety minimistandardit keskimääräiselle viikkotyöajalle, vuorokausilevolle, vuosilomalle sekä yötyölle. (Hakola, Kalliomäki-Levanto 2010, 13–14.)

Immosen (2013) pro gradu -tutkielmassa haastatteleminen hoitotyöntekijöiden kokemusten mukaan työaika-autonomian toteutumisesta työyhteisössä edistivät työntekijöiden aktiivinen ja vastuullinen osallistuminen, työyhteisön aktiivisuus ja esimiehen vastuullisuus. Autonomisen työvuorosuunnittelun toteutumista estävinä tekijöinä koettiin työntekijöiden, työyhteisön ja esimiehen passiivinen rooli. (Immonen 2013, 42.) Korostimme perehdytyskäynnin aikana koko työyhteisölle avoimen, keskustelemaan työkuulttuurin merkitystä kehittämistyön onnistumisen edellytyksenä. Työaika-autonomian mahdollisena haittana voi työyhteisössä syntyä ristiriitotia. Niiden välttämiseksi yhteisten pelisääntöjen ja reunaehtojen sopiminen ja kirjaaminen onkin tärkeää. Avoin keskustelu ja kompromissien löytäminen on jokaisen etu. Alussa autonominen työvuorosuunnittelu vie paljon aikaa, joka mikä tulee huomioida jo suunnitteluvaiheessa. Esimiehen tehtävä on huolehtia tarpeellisesta ja riittävästä työntekijöiden koulutuksesta. (Hakala ym. 2010, 49–53, Työterveyslaitos 2010)

## **Autonomisen työvuorosuunnittelun toteutus ja sen vaikutus työhyvinvointiin**

Käytännön toteutus kohti autonomisen työaikasuunnitelman käyttöönottoa alkoi maaliskuussa 2016, jolloin pidimme perehdytyksen hoitokodin henkilökunnalle PowerPoint-esitys apunamme. Perehdytyksestä kävimme lyhyesti läpi ydinkohdat, joita tulee ottaa huomioon suunniteltaessa autonomiseen työvuorosuunnitteluun siirtymistä. Keskustelimme henkilökunnan kanssa autonomian toimivuuteen vaikuttavista tekijöistä. Autonomisen työvuorosuunnittelun lähtökohtana on se, että työntekijä suunnittelee omat työvuoronsa yhdessä työyhteisön toisten työntekijöiden kanssa noudattaen työyhteisössä sovittuja pelisääntöjä ja reunaehtoja. Työntekijän tulee ottaa huomioon muiden työvuorot ja ymmärtää työvuorosuunnittelua kokonaisuutena. Työaika-autonomian edellytys on työyhteisön sitoutuminen, hyvä kommunikaatiokyky sekä sisäinen luottamus ja avoimuus. Autonominen työvuorosuunnittelu on osallistuvaa toimintaa ja jaettava johtajuutta. Työntekijä on itse vastuussa omasta toiminnastaan. Osallistuvassa työvuorosuunnittelussa on etuna myös työn mielekkyyden lisääntyminen, työvuorojen tasapuolisuus sekä ergonomisen työajan huomioiminen. (Hakala & Kalliomäki-Levanto 2010, 49–50.) Vastaanotto oli hyvä, joskin

epäilyjäkin asian toimivuudesta heräsi. Perehdytyksessä kävimme läpi myös työaikasuunnittelun periaatteita ja sitä ohjaavia lakeja ja säädöksiä. Autonomisen työvuorosuunnittelun periaatteina pidetään yhteisöllisyyttä, joustavuutta, tasapuolisuutta, toimintojen sujuvuutta sekä oikeudenmukaisuutta (Koivumäki ym. 2005,17).

Työyhteisön yhdessä sopimien pelisääntöjen tehtävänä on varmistaa periaatteiden toteutuminen työvuorosuunnittelussa. Perehdytyskäynnillä suunnittelimme työnjakoa ja sovimme yhdessä, kuinka hoitokodin henkilökunta laatii toimipaikalleen sopivat toimintatavat. Selkeiden sääntöjen avulla työvuorojen suunnittelukäytännöstä tulee kaikille turvallista ja joustavaa. Selkeät yhteiset säännöt myös parantavat työyhteisön ilmapiiriä ja hyvinvointia. Työyhteisön sisällä toimintatavoista ja säännöistä on syytä käydä jatkuvaa keskustelua ja tarkastella niiden toimivuutta sekä muokata ja muuttaa niitä tarvittaessa paremmin vastaamaan työyksikön tarpeita. Sovitut säännöt sisältävät sopimukset työvuorojen alkamis- ja päättymisajankohdasta, henkilöstövahvuudesta, tarvittavasta osaamisesta eri työvuoroissa, yksilöllisistä työajoista, vuorojärjestelyistä sekä työvuorojen ja viikonloppuvapaiden jakautumisesta. Yhdessä työyhteisö sopii myös työvuorosuunnittelun käytännön toteutumisesta reunaehtojen puitteissa. Reunaehdoille raamit luovat aina työaikalaki ja KVTES. (Koivumäki 2006, 4–6; Työterveyslaitos 2010.)

Uusille työntekijöille tulee muistaa kertoa työpaikan toimintatavat ja sovitut asiat, jotta listan täyttö onnistuu reunaehtojen ja yhteisten pelisääntöjen mukaisesti. Aktiivinen keskustelu työyhteisössä on välttämätöntä. Keskustelemalla vältetään itsekkeskeisyys työvuorosuunnittelussa ja jokaisen työntekijän tulisi ottaa huomioon yksikön ja muut työntekijät listan suunnittelussa. (Koivumäki 2006,12.)

Kehittämistyö toteutettiin hoitokodilla huhtikuusta heinäkuuhun 2016, jona aikana toimimme sovitusti tukihenkilöinä käytännön toteutuksessa. Siirtymistä helpottamaan laadimme hoitokodille työaikataulukon juuri heidän tarpeita vastaamaan ja perehdytyksessä ohjasimme heitä sen käyttöön. Taulukossa pyrittiin huomioimaan kaikki paikan erityistarpeet. Paikallisesti sovittujen, normaalia pitempien työvuorojen vuoksi valmiit työvuorotaulukot eivät olleet niin toimivia.

Useiden tutkimustulosten perusteella on osoitettu autonomisen työvuorosuunnittelun vaikutus työntekijän jaksamista ja työhyvinvointia positiivisesti edistävänä tekijänä. Työhyvinvointia edistävä tunne koetaan jaksamisena, selviytymisenä, työn hallintana, työtyytyväisyytenä, työsitoutuneisuutena ja motivaationa. Myös esimiehen ja työkavereiden tuella ja

ammattillisella osaamisella on positiivisia vaikutuksia työntekijän työhyvinvoinnin kokemuksiin. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2011.) Pitämässämme palautekeskustelussa hoitokodin henkilökunnan näkemys autonomian vaikutuksesta työhyvinvointiin oli hyvin samankaltainen. Oman arjen kulkuun vaikuttaminen ja esimerkiksi viikoittaisten harrastusten aloittaminen on mahdollistunut autonomisen suunnittelun kautta.

Oman kokemuksemme perusteella sairaanhoitajan työn hoitamiseen onnistuneesti ja mahdollisimman laadukkaasti vaikuttavat työntekijän työhyvinvointi ja siihen liittyvät seikat. Autonominen työaikasuunnittelu on nykyisin yhä useammassa terveydenhoitoalan työpaikassa käytössä ja yksi kilpailutekijä rekrytoitaessa uusia työntekijöitä. Koulutuksemme aikana olemme oppineet, että tulevassa työssämme on tärkeää tuntea työlainsäädäntö ja oman alan keskeisimmät sopimukset ja ehdot.

Kehittämistyön aikana samat asiat nousivat esiin hoitokodilla: henkilöstön tietoisuus työlainsäädännön suhteen kasvoi, ja mielenkiinto eri työhyvinvointia ja jaksamista edistäviin vaikutuksiin lisääntyi. Vaikka kokeilujakso oli kestoltaan suhteellisen lyhyt, henkilökunnan usko sen jo näkyviinkin vaikutuksiin ja muutoksiin oli vahva. Kokeilun alkumetreillä haasteita oli työvuorojen hahmottamisen suhteen, ja työntekijät pohtivat työvuorojen eriarvoisuutta. Kokeilun aikana paikallisia sääntöjä on muokattu henkilökunnan ja esimiehen kokemusten ja tarpeiden mukaan.

## **Pohdinta**

Työaika-autonomia on tärkeä ja ajankohtainen aihe terveydenhuollossa. Lähtökohtana työaikasuunnittelussa ovat aina asiakkaan tarpeet ja laadukas hoitotyö. Työntekijällä on vapaus ja vastuu suunnitella itselleen työvuoronsa, mutta asiakaslähtöisyys on pidettävä mielessä myös omia vuoroja suunniteltaessa. Omalla suunnittelulla työntekijällä on mahdollisuus suunnitella omaa vapaa-aikaansa, jonka avulla pysyy raskaassa hoitotyössä virkeänä ja aktiivisena. Autonominen työaikasuunnittelu on mielenkiintoinen asia, joka varmasti tulevaisuudessa koskettaa myös meitä. Autonominen työvuorosuunnittelun ottaminen käyttöön, siihen liittyvä asenteiden muokkautuminen ja uudenlaisen kulttuurin juurtuminen työyhteisöön voivat kestää kauan. Sen takia olisikin järkevää arvioida kokemuksia riittävän pitkän ajan kuluttua, monissa tutkimuksissa mainittua yhden tai kahden vuoden aikaa olisi hyvä pitää ohjenuorana.

Tapasimme henkilökunnan elokuussa 2016 palautekeskustelussa. Keväällä kävimme esittelemässä kehittämistyön henkilökunnalle yhdessä heidän

esimiehensä kanssa. Ensitapaamisella yhteisesti sovimme, että he voivat kokeilla autonomista työajan suunnittelua ja jos tuntuisi siltä, että tämä ei toimi heidän työyhteisössään, he voisivat palata aiempaan toimintatapaansa. Ennen suunnittelun aloittamista hoitokodin henkilökunta laati työyhteisön kesken säännöt, joilla suunnittelu onnistuu. Nyt henkilöstö on suunnitellut itse neljä työvuorolistaa. Työntekijöiden kertoman mukaan suunnittelu onnistuu jo melko kivuttomasti. Pitkäaikaiset sijaiset suunnittelevat itse omat työvuoronsa, ja lyhytaikaisille sijaisille esimies suunnittelee työvuorot. Sijaiset kokevat tämän hyvänä asiana. Työntekijöiden kommentteista päällimmäisenä nousi esiin tyytyväisyys omien vuorojen suunnitteluun; nyt autonomisen työvuorosuunnittelun sisäistäneestä henkilöstöstä ainaakaan enemmistö ei haluaisi palata entiseen. Oman kehon tunteminen ja vuorotyön tuomat fyysiset haasteet on helpompi ottaa huomioon, ja riittävän levon ja sen ajankohdan voi melko hyvin valita, kun vastaa vuorostaan itse. Näin ollen työssä jaksaminen on parantunut. Autonomisen työaika-suunnittelun koettiin myös vaikuttavan positiivisesti työilmapiiriin. Toiset työntekijät huomioidaan paremmin, ja vuorojen jako koskien pyhiä ja öitä koetaan tasa-arvoisempaan. Järjestelmä on koettu alkukankeuden jälkeen hyvänä, ja henkilökunta uskoo pienten työyhteisön sääntöihin tehtyjen lisäysten jälkeen tämän olevan hyvinkin toimiva ratkaisu.

Autonominen työvuorosuunnittelu toi positiivista vaikutusta hoitokodin työhyvinvointiin, mutta se koettiin myös hieman haasteellisena. Kehittämisideana voisi ollakin hoitokodin henkilökunnan kokemukseen perustuva haastattelu esimerkiksi vuoden kuluttua. Autonomisen työvuorosuunnittelun positiivisuudesta esimerkkinä voisi kertoa eräästä työyksiköstä, jossa on esiintynyt paljon sairauspoissaoloja ja tyytymättömyyttä. Yksikkö oli kokenut paljon organisaatiomuutoksia viime vuosien aikana. Uusi hoitotyön johtaja havaitsi uutena, ulkopuolisena työilmapiirin vaikeudet. Hän teki vastuulääkäriin ja muutaman hoitajan kanssa pitkäjänteisen suunnitelman, jonka tavoitteena oli lisätä henkilöstön työssä jaksamista ja tyytyväisyyttä. Työyksikön käyttöön juurrutettiin hiljainen raportointi sekä siirryttiin ergonomisiin ja autonomisiin työvuoroihin. Henkilöstön lyhyet sairauspoissaolot vähenivät ja työtyytyväisyys lisääntyi. Edellä mainittu esimerkki kuvastaa, että kehittämisen kohde ei aina ole potilashoito, vaan henkilöstön työhyvinvoinnin johtaminen tuo lisäarvoa potilashoitoon. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 68.)

Pitkään jo vuorotyötä tehneinä mielestämme ei voi liikaa korostaa jaksamisen ja työhyvinvoinnin merkitystä. On todella hyvä, että erilaisia työvuorosuunnittelumalleja kokeillaan, ja pohditaan työhyvinvoinnin merkitys-

tä kokonaisvaltaisesti. Toivottavaa olisikin, että mahdollisimman monessa hoitoalan yksikössä innostuttaisiin pohtimaan vuorotyön vaikutusta työntekijään työhyvinvoinnin näkökulmasta, ja sitä kautta lisättäisiin joustavuutta, inhimillisyyttä sekä jaksamista raskaaseen vuorotyöhön. Kehittämistyön toteutus autonomisesta työvuorosunnittelusta sekä tutkiminen vuorotyön vaikutuksista työhyvinvointiin oli antoisaa ja loi yhä suuremman merkityksen sairaanhoitajan psyykkisen ja fyysisen hyvinvoinnin huolehtimiseen.

## LÄHTEET

- Eriksson, Elina; Korhonen, Teija; Merasto, Merja & Moisio, Eeva-Liisa 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Porvoo: Bookwell Oy.
- Hakala, Tarja & Kalliomäki-Levanto, Tiina 2010. Työvuorosuunnittelu hoitoalalla. Ergonomia, autonomia, hyvinvointia. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Hakkarainen, Eeva 2016. Henkilökohtainen tiedonanto. Vastaava hoitaja, Harjukoti. Saarijärvi.
- Holopainen, Arja; Junntila, Kristiina; Jylhä, Virpi; Korhonen, Anne & Seppänen, Salla 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.
- Immonen, Aila 2013. Hoitotyöntekijöiden kokemuksia työaika-autonomian toteutumisesta ja merkityksestä työhyvinvointiin ja yhteisöllisyyteen. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -työ.
- Joanna Briggs Institute 2010. Näyttöä magneettisairaalamallin vaikutuksista hoitaja- ja potilastuloksiin. Best Practice 14 (11). Käännös Suomen JBI yhteistyökeskus: Katri Vehviläinen-Julkunen, Merja Miettinen & Kaisa Haatainen.
- Koivumäki, Minna 2006. Työaika-autonomian käyttöönoton työkirja. Helsinki: HYKS Sairaanhoidoalue.
- Koivumäki, Minna; Aschan, Hanna; Kasanen, Raija; Sinivaara, Maria; Vihersalo, Merja 2005. Työaika-autonomialla kohti työhyvinvointia. Tutkimus- ja kehittämishanke HYKS:ssa, Jorvin sairaalassa ja Espoon kaupungin vanhustenpalvelussa. Loppuraportti. HYKS Jorvin sairaalan julkaisuja B 03/2005.
- Liski, Anni 2012. Autonominen työvuorosuunnittelu ja työhyvinvointi Kaupin sairaalassa. Tampereen yliopisto. Hallintotiede. Pro gradu -työ.
- Työ- ja elinkeinoministeriö 2011. Työelämän kehittämisstrategia vuoteen 2020. Viitattu 10.8.2016 [www.tem.fi/files/33077/tyoelaman\\_kehittamisstrategia\\_final.pdf](http://www.tem.fi/files/33077/tyoelaman_kehittamisstrategia_final.pdf).
- Työterveyslaitos 2010. Työaika-autonomia. Viitattu 5.8.2016. [www.ttl.fi/fi/toimialat/soter/vanhustyö/tyoajat/tyo aika\\_autonomia/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/toimialat/soter/vanhustyö/tyoajat/tyo aika_autonomia/sivut/default.aspx)
- Visio Säätiö 2013. Harjukoti. Viitattu 5.8.2016. <http://www.visiosaatio.fi/12>.





*Honkonen Jenny, Kantalainen Markku, Mandelin Kalle,  
Paananen Markus & Pulkkinen Mari*

## **8 OPAS X-KOODIEN KÄYTTÄMISESTÄ SAIRAANKULJETUS T & K ÅKERMAN OY:N ENSIHOITOYKSIKÖIHIN**

### **Johdanto**

Sairaanhoidtaja joutuu päivittäin tekemään työssään päätöksiä potilaan hoitoon liittyvissä asioissa sekä vastaamaan hoidon tarpeen arvioinnista, suunnittelusta ja toteutuksesta. Päätökset toteutettavasta ja toteutumattomasta hoitotyöstä vaatii yhteistyötä myös potilaan ja hänen läheistensä kanssa. (Sairaanhoidtajaliitto 2015.) Hoidon tarpeen arviointi on keskeinen osa potilaan hoitoa, ja siitä säädetään terveydenhuoltolaissa (2010) ja sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (2013). Ensihoidossa sairaanhoidtaja kohtaa potilaita ja asiakkaita, joiden jatkohoito ei aina vaadi sairaankuljetusta, vaan hoitotyö on suoritettu esimerkiksi paikan päällä tai hoidolle ei ole tarvetta.

Työtehtävissä joissa potilas jätetään kuljettamatta, käytetään erilaisia koodeja joita kutsutaan X-koodeiksi. Jos tehtävä ei johda kuljetukseen, ilmoitetaan hätäkeskukselle X-koodi, joka antaa päivystäjälle tiedon kuljetuksen peruuntumisen syystä (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri i.a.). Tässä artikkelissa kuvataan kehittämistyö, jonka tarkoituksena oli keväällä 2016 tuottaa kirjallinen ohjeistus X-koodien käytöstä Sairaankuljetus T & K Åkerman Oy:lle. Ohjeistuksen myötä yrityksen ensihoitajilla on yhtenäisen toimintatapa X-koodien käytöstä. Ohjeistus perustuu ensihoitoa koskeviin lakeihin ja asetuksiin, alueelliseen toimintatapaan sekä sairaanhoidtajan osaamisvaatimuksiin. Potilaille tuotettiin myös oma yhteystietolomake, jonka he saavat tarvittaessa kotiin jäätyään.

Kirjalliset ohjeistukset ovat olleet käytössä kahdessa ambulanssissa Saarijärven alueella vuoden 2016 aikana ja työntekijät ovat ottaneet ohjeistuksen hyvin vastaan. Ohjeistukset ovat saaneet kiitosta niin uusilta työntekijöiltä kuin kokeneilta ensihoitajilta.

## **Ensihoito ja kuljettamatta jättämisen perusteet**

Kehittämistyö alkoi tutustumalla ensihoitoa koskevaan lainsäädäntöön ja asetuksiin. Ensihoitoa koskevan lainsäädännön valmistelusta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö, joka myös ohjaa ja valvoo ensihoidon toimintaa yleisellä tasolla. Terveydenhuoltolaki määrittää, että vastuu ensihoidon järjestämisestä ja valmiuden ylläpitämisestä kuuluu sairaanhoitopiireille. (Sosiaali- ja terveysministeriö i.a.) Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoitopalvelusta on määritelty ensihoitopalvelun tehtävät. Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän pitää esimerkiksi vastata hoitovalmiuden ylläpidosta, ensihoitopalvelun päivittäistoiminnasta, johdettava ensihoitopalvelun operatiivista toimintaa ja vastattava päivittäistoiminnasta poikkeavista erityistilanteista sekä niihin varautumisesta. Lisäksi kuntayhtymän tulee laatia ohjeet niin ikään potilaan kuljettamista kuin kuljettamatta jättämistä varten (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 2011), mikä oli kehittämistyössämme keskeinen näkökulma.

Asetuksessa ensihoitopalvelusta on määritelty ensihoitopalvelun yksiköiden henkilöstön vaatimukset. Ambulansseja ovat perustason ensihoidon yksikkö ja hoitotason ensihoidon yksikkö. Perustason ambulanssissa ainakin toisen ensihoitajan on oltava terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on ensihoitoon suuntaava koulutus (esimerkiksi lähihoitaja tai sairaanhoitaja). Lisäksi toisen ensihoitajan on oltava vähintään terveydenhuollon ammattihenkilö, pelastajatutkinnon tai sitä vastaavan koulutuksen suorittanut henkilö. Hoitotason ambulanssissa ainakin toisen ensihoitajan on oltava ensihoitaja (AMK) tai sairaanhoitaja, joka on suorittanut hoitotason ensihoitoon suuntaavan vähintään 30 opintopisteen laajuisen opintokokonaisuuden. Hoitotason ambulanssin ensihoitajista toisen on oltava vähintään terveydenhuollon ammattihenkilö, pelastajatutkinnon omaava tai sitä vastaavan koulutuksen suorittanut henkilö. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 2011.)

X-koodit kuvaavat erilaisia syitä, miksi potilas on jätetty kuljettamatta ensihoitoyksiköllä. Artikkelissa kuvataan Sairaankuljetus T & K Åkerman Oy:n ensihoidon yksiköihin tehty ohjeistuksen kehittämisprosessi X-koodien käytöstä. Ohjeistuksessa käydään läpi, mitä tulee ottaa huomioon, kun potilas jätetään syystä tai toisesta kuljettamatta. Ohjeistus on tarkoitettu en-

sihoidon työntekijöiden käyttöön. Kehittämishanketta varten perehdyimme ensihoitoa ohjaaviin lakeihin ja asetuksiin, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ensihoitoa koskeviin ohjeistuksiin sekä Kelan ja hätäkeskuslaitoksen ohjeisiin tapauksissa, kun potilas jätetään kuljettamatta. Lakien ja asetusten tuntemus auttaa ymmärtämään X-koodien käytön perustelut, kuka päätöksen kuljettamatta jättämisestä tekee, ja perustelut, miksi esimerkiksi viestiliikenteessä kuljettamatta jättämisestä käytetään muotoa X-koodi.

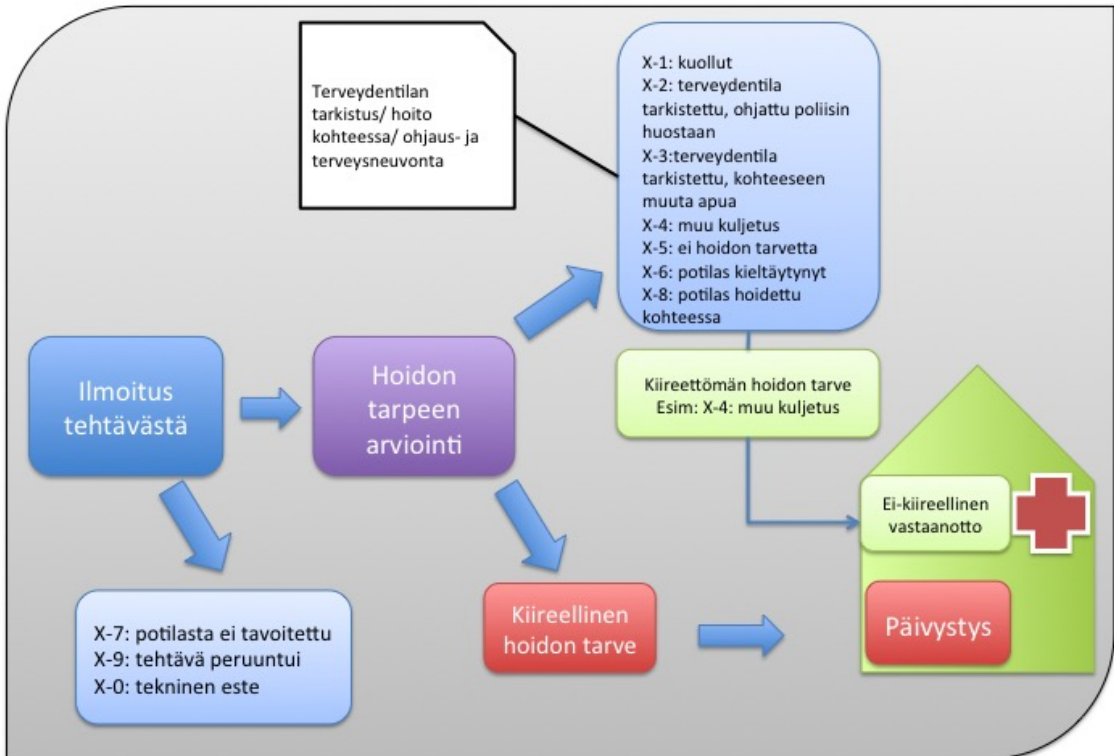
Viestiliikenteessä käytetään koodeja, joihin myös X-koodit kuuluvat. Ensihoitajat kommunikoivat hätäkeskuksen ja muiden viranomaisten kanssa Virve-viestijärjestelmän avulla. Viestinnän nopeuttamiseksi käytetään tehtäväkoodeja ja kiireellisyysluokituksia. Erilaiset koodit ja digitaalisessa muodossa annettavat hälytysilmoitukset mahdollistavat myös sen, että salassa pidettävät viestit eivät kuulu ulkopuolisille tai viranomaisille, jotka eivät osallistu toimintaan. (Castrén ym. 2005, 130–132.)

## Hoidon tarpeen arviointi

Hoidon tarpeen arviointi on eri asia kun taudin määrittäminen. Hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään henkilön terveydellinen tila sekä toimintakyky ja sen kehittyminen esimerkiksi erilaisten mittausten avulla. Terveydenhuollon ammattihenkilöt tekevät hoidon tarpeen arviointia ammattivastuullaan. Hoidon tarpeen arviointiin liittyy ohjausta, jossa on otettava huomioon kiireellisyysluokat ja arvioitava henkilön yksilöllinen hoidon tarve ja riski sairauden pahenemisesta tai vamman vaikeutumisesta. (Valvira 2014 i.a.) Hoidon tarpeen arviointi on myös moniammatillista yhteistyötä, ja ensihoidossa henkilöstön tulee pyytää toimintaohjeita päivystävältä lääkäriltä aina epäselvissä tilanteissa (Valvira 2013 i.a.).

Ensihoitopalvelu on osa terveydenhuoltoa. Ensihoidon tehtäviin kuuluu äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kuljettaminen jatkohoitoon. Terveydenhuoltolain 40. pykälän mukaan ensihoitopalvelun tehtäviin kuuluu potilaan kuljettaminen tarvittaessa, ei automaattisesti. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 51–52.) Potilaalla ei siis ole automaattisesti oikeutta hoitoon vaan oikeus hoidon tarpeen arviointiin. Tapauksissa, kun potilaalta evätään oikeus sairaankuljetukseen tai hoitoon, tulee hoitajan käyttää asiantuntijuuttaan taitavasti. Potilaan kuljettamatta jättäminen vaatii hoitajalta tarkkaa hoidon tarpeen arviointia, ja potilasta haastatteleamalla ja tutkimalla hoitaja tekee päätöksen jatko-toimenpiteistä. Huolellisten esitietojen perusteella hoitaja päättää potilaan hoidon kiireellisyydestä ja siitä, minkä tasoista hoitoa potilas tarvitsee. (Syväoja & Äijälä 2009, 61–62.) Ilman hoidon tarpeen arviointia ei X-koodeja

voida vastuullisesti käyttää. Kuviossa 4 on kuvattu X-koodien käyttöaiheet, mutta myös kiireellisen hoidon tarve. Hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä ennen X-koodien käyttöä, poislukien X-koodit X-7, X-9 ja X-0, jotka tarkoittavat että potilasta ei löydetä, tehtävä peruuntuu tai tehtävän suorittamiseen tulee joku tekninen este. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 51–62.)

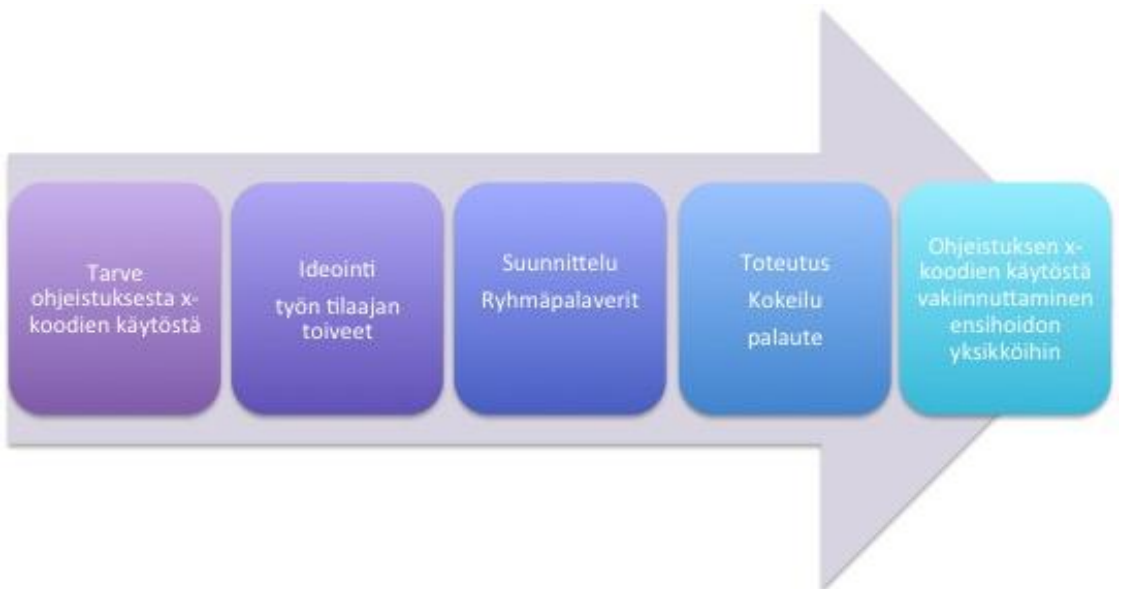


**KUVIO 4. X- koodien käyttö ja potilaan hoidon tarpeen arviointi**

Hoidon tarpeen arviointi ja päätöksenteko kuuluvat sairaanhoitajan osaamisvaatimuksiin, ja ne ovat osa hoitotyön asiantuntijan ammattitaitoa. X-koodien käyttöön on oltava selvät perustelut ja yhtenäiset toimintatavat. Tällöin päätöksentekijä toimii moniammatillisen ryhmän yhteistyössä tehtyjen päätösten mukaisesti, vaikka ensihoidossa itsenäinen asiantuntijuus korostuukin (Janhonen & Pyykkö 1996, 56).

## Ohjeistuksen tuotekehitys

Tarve X-koodien kehittämiseksi tuli työelämän edustajilta. Heidän mukaansa X-koodien käytössä oli ongelmana niiden vaikea tulkinta, sillä X-koodien käytössä on ollut paljon alueellisia eroavaisuuksia. Lähdimme ratkaisemaan ongelmaa tutustumalla Kelan, hätäkeskuksen ja sairaanhoitopiirin ohjeita X-koodien käytöstä. Kehittämishanke on toteutettu yhdessä työelämän kanssa. Käytännön toteutusta kehitimme ryhmän sisäisissä tiimipalaverissa.



KUVIO 5. Tuotekehitysprosessin vaiheet (mukaihen Loikkanen 2014, 134)

### Kehittämistyön tarkoitus ja toteutus

Tarkoituksena oli suunnitella kirjallinen ohjeistus X-koodien käyttämisestä, jonka avulla sairaankuljettajien työ helpottuisi ja tehostuisi. Tuotetun ohjeistuksen tavoitteena oli nopeuttaa päätöksentekoa sairaankuljetuksen työtehtävissä ja selkeyttää X-koodien merkityksiä ja hoidon tarpeen arviointia. Ohjeistuksista rakensimme opasvihon, joka selkiyttää X-koodien tulkintaa. X-koodeista löytyy ohjeistuksia sekä kirjallisuudesta, että Kelan ja hätäkeskuksen taholta. Lisäksi X-koodien käytössä on sairaanhoitopiirikohtaisesti

vakiintuneita käytäntöjä. Oppaassamme otimme huomioon nämä jo valmiiksi laaditut ohjeet, jotka kokosimme yhteen. Kelan osalta ohjeet koskevat lähinnä kuljettamatta jättämisen korvauksia, ja hätäkeskuksen osalta ohjeissa korostuu vastuu tehtävän hoitamisesta. Lisäksi oppaassa on otettu huomioon yksikkökohtaisia käytännön toteutukseen liittyviä asioita, joita ovat esimerkiksi käytännöt kyseisissä yksiköissä, kun potilas jää kuljettamatta ajoneuvon teknisen vian vuoksi.

Ohjeistuksen sisällön ja ulkoasun suunnittelussa toteutimme T & K Åkerman Oy:n toiveita. Tavoitteena oli luoda selkeä, helppolukuinen ja informatiivinen ohjeistus ensihoitoon. Ohjeistus voi olla parantamassa hoidon laatua tilanteissa, joissa potilas jätetään kuljettamatta. Ohjeistuksessa käytiin läpi kaikki X-koodit (taulukko 2).

## TAULUKKO 2. X-koodit, ei kuljetusta (Kela i.a).

Taulukko 1. X-koodit, ei kuljetusta			
X-1	Kuollut	X-6	Potilas kieltäytyi avusta
X-2	Annettu poliisin huostaan	X-7	Potilasta ei löydetty
X-3	Muu viranomaisapu (esim. kotisairaanhoitaja)	X-8	Potilas hoidettiin kohteessa
X-4	Muu kuljetus hoitoon (esim. toinen ambulanssi, taksi yms)	X-9	Tehtävä peruutettu
X-5	Mitään lääkinnällisiä toimenpiteitä ei tarvittu	X-0	Tekninen ajoeste (esim. ajoneuvovaurio)

Ohjeistuksessa korostettiin melko yksityiskohtaisesti asioita, joita hoitajan tulee ottaa huomioon, kun potilas jätetään kuljettamatta. Sairaanhoitaja toimii hoitotyön asiantuntijana potilaan kokonaishoidossa. Yksi sairaanhoitajan osaamisvaatimuksista on hoitotyön päätöksenteko. Sairaanhoitaja toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä, jossa käytetään parasta ajankohtaista saatavilla olevaa tietoa ja tutkimustietoon perustuvia hoitosuosituksia. (Opetusministeriö 2006,63–64.) Ensihoidossa työskentelevän terveydenalan ammattilaisen päätöksenteko pohjautuu lisäksi ammatilliseen tietoperustaan, joka koostuu teoreettisesta tiedosta, kokemukseen perustuvasta tiedosta ja taidosta sekä eettisestä tiedosta. Ensihoitotilanteessa päätöksentekoon vaikuttaa myös potilaalta saatu tieto. (Kuisma, Holmström & Porthan 2008, 46.)

Hoitotyön päätöksenteko edellyttää sairaanhoitajalta ongelmanratkaisutaitoa, kriittistä ajattelua sekä tarkkaa kirjaamista. Hoitajan tulee toimia hyvässä vuorovaikutuksessa ja hoitosuhteessa niin potilaan kuin tämän perheen ja muiden läheisten kanssa. Sairaanhoitajan tulee myös määritellä hoitotyön tarvetta sekä suunnitella, toteuttaa ja arvioida potilaan hoitotyötä. (Opetusministeriö 2006, 63–64). Ensihoidossa tilanteet ovat joskus hyvin kiireisiä, ja kirjaamisen merkitys suuri. Kun potilas jätetään kuljettamatta, korostuvat hoitajan päätöksenteon osaaminen sekä potilasturvallisuus ja -ohjaus. Ensihoitotilanteissa ei ole olemassa vain yhtä oikeaa ratkaisua, ja siksi päätöksenteko vaatii reflektiivistä ajattelua eli oman toiminnan lähtökohtien ja perusteiden sekä seuraamusten kriittistä analysointia. (Kuisma, Holmström & Porthan 2008, 46.) Päätöksentekoon vaikuttaa myös sairaanhoitajan osaamisvaatimusten mukaisesti kliininen osaaminen, sillä ilman riittävää kliinistä osaamista ei potilasta voi turvallisesti jättää kuljettamatta. Edellä mainittujen lisäksi hoitotyön päätöksentekoon kuuluu dokumentointi. Ensihoitajan tulee dokumentoida tarvittavat asiat tietosuoja ja -turva huomioon ottaen (Opetusministeriö 2006,63–64).

## **Pohdinta**

Kehittämistehtävä oli työelämälähtöinen. Sairaankuljetus T & K Åkerman Oy:n toimitusjohtaja on kertonut, että X-koodien tekemisessä on haasteensa ja selkeitä ohjeita ei ole suoraan nähtävissä ensihoitoyksiköissä. Tätä selkeää pulmaa oli suhteellisen helppo lähestyä, koska kuljettamatta jättämiselle ja X-koodien tekemiselle on omat perusteensa. Artikkelissa ilmi tulneiden seikkojen perusteella X-koodien tekemiseen oli helppo luoda pohja. Koska opas tehtiin yritykselle, on siinä myös yksikkökohtaisia ohjeistuksia. Nämä ohjeistukset ovat tulleet Sairaankuljetus T & K Åkerman Oy:n taholta.

Työskentely yhteistyökumppanin kanssa eteni tarkoituksenmukaisesti ja yhteistyökumppanit olivat tyytyväisiä ja pitivät projektia tärkeänä ja merkityksellisenä sairaankuljetustyön kehittämisen näkökulmasta. Vaikka palautetta ohjeistuksista on jo saatu jonkin verran, ohjeen toimivuutta voidaan arvioida tarkemmin vasta pidemmällä aikavälillä. Kirjalliset ohjeistukset ovat olleet kesän 2016 käytössä Saarijärven ensihoitoyksiköissä. Nämä ohjeistukset on sijoitettu hoitovuorossa olevan ensihoitajan mukana liikkuvaan kansioon, josta ohjeistusta voi käyttää tarpeen mukaan niin ikään hoitotyön tai kuljettamatta jättämisen päätöksenteossa. Kirjallisen opasvihon lisäksi teimme myös potilaille tarvittaessa jaettavia yhteystietolomakkeita.

Lomakkeisiin on kirjattu kuntayhtymän päivystyksen numero, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin päivystyksen puhelinneuvonnan numero sekä yleinen hätänumero. Nämä lomakkeet ovat myös hoitovuorossa olevan ensihoitajan kansiossa. Lomakkeita voi tarpeen mukaan jakaa niille potilaille, joita ei kuljeteta ensihoitoyksiköllä. Näin potilailla on tarvittavat puhelinnumerot, joihin he voivat soittaa ensihoitajan ohjeistuksen mukaan, jos heidän vointinsa muuttuu.

Ohjeistukset on otettu työyhteisössä hyvin vastaan. Monilla hoitajista on pitkä kokemus ensihoidosta, ja he kokevat ohjeistukset hieman tarpeettomiksi, verrattuna alalle tai toiminta-alueelle vasta tullessiin hoitajiin. Silti ohjeistukset ovat saaneet kiitosta myös niiltä ensihoitajilta, joilla on pitkä kokemus alalta. Epäselvissä tapauksissa hoitajien on ollut helppo turvautua ohjeistukseen. Ensihoitajat ovat pitäneet kirjallista opasvihkoa helppolukuisena. Vasta alalle tulleet hoitajat ovat kokeneet oppaan hyödylliseksi, sillä heille X-koodit ja niiden sisältämä vastuu sekä potilasturvallisuuden huomioon ottaminen eivät ole olleet täysin tuttuja asioita. Kokematon ensihoitaja saa ohjeistuksista uuttakin tietoa ja pystyy turvautumaan hyvin ohjeistuksiin potilaan kuljettamatta jättämispäätöksissä. Kokonaisuudessaan kehittämistyömme on ollut onnistunut. Kirjallisia ohjeistuksia käytetään yrityksessä tulevaisuudessakin ja voi olla, että ensihoidon palveluntarjoajilla on vastaavanlaisia ohjeistuksia tulevaisuudessa. Tämän työn tarkoitus oli laatia käytännönläheiset ohjeistukset X-koodeista, ja ohjeita on pidetty yrityksessä hyvänä. Toivottavasti tulevaisuudessa voidaan samanlaisia ohjeistuksia kehittää ensihoidon piirissä laajemmin.



## LÄHTEET

- Castrén, Maarit; Eggleleton, Markette; Kinnunen, Ari; Paakkonen, Heikki; Pousi, Jouni; Seppälä, Juhani & Väisänen, Olli 2005. Ensihoidon perusteet. Kuopio: Pelastusopisto. Helsinki: Suomen punainen risti.
- Itä-Uudenmaan pelastuslaitos 2011. Ensihoitojärjestelmä. Viitattu 2.5.2016. <http://www.iupela.fi/palvelut/ensihoito/ensihoitojarjestelma>
- Janhonen, Sirpa; Pyykkö, Anita 1996. Kehittyvän hoitotyön malli. Porvoo: WSOY.
- Kela i.a. Selvitys ja korvaushakemus sairaankuljetuksesta. Viitattu 3.9.2016. <http://www.kela.fi/documents/10180/1978560/SV+210.pdf/26178d29-ba78-453c-9ad0-14c05c71033d>
- Kuisma, Markku; Holmström, Peter; Nurmi, Jouni; Porthan, Kari & Taskinen, Tuomas 2013. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kuisma, Markku; Holmström, Peter; Porthan, Kari (toim.) 2008. Ensihoito. Helsinki: Tammi.
- Loikkanen, Kirsi 2014. Tuotekehitysprosessin vaiheet. Ammatti-ihmiset vanhusten asialla, gerontologinen erityisosaaja kehittäjänä. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Julkaisusarja: D Vapaamuotoisia julkaisuja.
- Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Viitattu 16.8.2016. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Lääkinnällisen pelastustoimen hoitoketju. Viitattu 6.10.2016. <https://www.ppshp.fi/ammattilaiset/prime101/prime110.aspx>
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 2013. Viitattu 4.10.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130652>
- Syväoja, Pirjo & Äijälä, Outi. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi 2009.
- Terveydenhuoltolaki 2010. Viitattu 4.10.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Valvira 2013. Ensihoitohenkilöstön tulee pyytää hoito-ohjetta lääkäriltä vähänkin epäselvissä tilanteissa. Ohje. Viitattu 6.10.2016. [https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/Ensihoitohenkilosto\\_pyytaa\\_hoito\\_ohjetta\\_laakarilta.pdf](https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/Ensihoitohenkilosto_pyytaa_hoito_ohjetta_laakarilta.pdf)
- Valvira 2014. Hoidon tarpeen arviointi. Viitattu 6.10.2016. [http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/hoidon\\_tarpeen\\_arviointi](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi)



### III

## ASIAKASLÄHTÖISYYS HOITOTYÖN KEHITTÄMISEN LÄHTÖKOHTANA

**A**siakaslähtöisyys ja sen kehittäminen hoitotyössä ja palvelujen saata-  
vuudessa on nostettu keskeiseksi teemaksi valtakunnan tasolla. Asia-  
kaslähtöisyys on myös keskeinen osa sairaanhoitajan osaamista. Asiakkaal-  
la on aktiivinen rooli hoidossa, ja hänet tulee ottaa mukaan päätöksenteon  
prosessiin. Asiakkaiden tarpeet muuttuvat jatkuvasti väestön ikääntyessä,  
mikä tuo uusia kehittämishaasteita myös hoitotyöhön. Julkaisun tässä tee-  
massa on neljä artikkelia, joissa kuvataan asiakaslähtöisyyden toteutumista  
erilaisten kehittämistöiden kautta. Asiakaslähtöisen toiminnan kehittämi-  
sessä työelämäkumppaneita on ollut erikoissairaanhoidosta, perustervey-  
denhuollosta, järjestökentästä ja seurakunnasta.

Asiakaslähtöisyyden toteutumista kuvataan tässä teemassa vanhuksille  
suunnatun virkistysiltapäivän ja kotikäyntien kautta, ja eri-ikäisten asiak-  
kaiden asiakaslähtöisyyttä pyritään kehittämään kahden erilaisen oppaan  
avulla. Lapsille suunnatulla oppaalla pyritään lieventämään pelkoja kor-  
va-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla, ja saattohoidossa olevien omais-  
ten tukemiseksi kehittämistyönä syntyi myös opas. Liikkuvien palveluiden  
kehittämällä tarjotaan palveluita erityisesti syrjäytymisriskissä oleville ih-  
misille.



*Hartikka Marjo, Mehto Kirsi, Rönkä Tuija & Vesterinen Anna*

## **9 TERVEYDEN EDISTÄMISILTAPÄIVÄ JA KOTIKÄYNNIT SAIRAAHOITAJAOPISKELIJOIDEN JA SEURAKUNNAN YHTEISTYÖNÄ**

### **Vanhustyön kehittäminen**

**V**anhusväestön suhteellisen määrän nousu haastaa kehittämään vanhus-työtä ja sen toimivuutta eri toimijoiden välillä. Niukat taloudelliset resurssit sekä tehokkuusajattelu herättävät kysymyksiä suhteessa hoitotyön todelliseen laatuun ja eettisyyteen. Yksi mahdollisuus laadukkaan toiminnan kehittämisen varmistamiseksi on yhteistyö eri tahojen välillä. Hoitotyön tutkimussäätiön tilaaman katsauksen mukaan ikääntyneiden hoitotyöhön liittyy kehittämistarpeita muun muassa organisaatioiden väliseen ja moniammatilliseen yhteistyöhön (Hiltunen 2015, 10).

Valtakunnallisesti tarkasteltuna väestön ikääntyminen ja kansansairauksien lisääntyminen haastavat sosiaali- ja terveystaloutta kehittämään uusia toimintatapoja ja moniammatillista yhteistyötä. Kehittämistä on pyritty takaamaan Suomessa terveydenhuoltolain (2010) avulla. Samanaikaisesti kehittämishaasteiden kanssa on tapahtunut Suomen taloudellisen tilanteen heikentyminen, mikä on johtanut terveydenhuollon tuottavuutta ja laatua koskeviin kustannustehokkaisiin vaateisiin. (Holopainen, Junntila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 14–15.)

Tässä artikkelissa kuvataan kehittämistyötä, jossa järjestimme Diakoniammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoina yhteistyössä Pieksämäen seurakunnan kanssa ikäihmisille suunnatun terveyden edistämispäivän ja kotikäyntejä. Toiveena oli, että toiminta tavoittaisi syrjäytymisvaarassa olevia yksinäisiä vanhuksia. Ohjelmaa suunniteltaessa otimme huomioon ikäihmisten ja Pieksämäen seurakunnan työntekijöiden toiveet päivän si-

sällöstä. Pyrimme saamaan aikaiseksi kokonaisuuden, jossa huomioidaan ihmisen fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeet. Terveyden edistämisen näkökulma oli luonnollinen osa päivää, ja sairaanhoitajaopiskelijoiden osallistuminen tapahtumaan toi tapahtumaan merkittävästi lisäarvoa. Tavoitteena on, että tehty kehittämistyö vahvistaa ja edistää yhteistyötä Diakonia-ammattikorkeakoulun ja Pieksämäen seurakunnan välillä.

## **Ikäihmisten terveyttä edistämään seurakunnan kanssa**

Sairaanhoitajaopiskelijat valmistuvat hoitotyön asiantuntijoiksi, ja sairaanhoitajan osaamisvaatimuksiin sekä hoitotyöhön liittyy olennaisesti terveyden edistäminen ja kuntouttaminen. Terveyden edistäminen on ennaltaehkäisevää ja täten taloudellisesti kannattavaa. Sairaanhoitajan osaamisvaatimuksiin on määritelty ammattikorkeakoulututkintojen tuottamien yleisten kompetenssien mukaisesti terveyden edistämisen osaamista eri tasoilla, sen eettisiä periaatteita sekä yksilön terveysongelmien tunnistamista. Sairaanhoitajan tulee osata tukea ja aktivoita yksilöä, perhettä ja yhteisöä ottamaan vastuuta terveyden, voimavarojen ja toimintakyvyn ylläpitämisessä ja edistämässä hyödyntäen näyttöön perustuvaa tietoa sekä toimia kuntoutumista edistävän hoitotyön periaatteita soveltaen (Eriksson ym. 2015, 44). Sairaanhoitajan tulee tuntea vaikutusmahdollisuutensa yhteiskunnan päätöksentekojärjestelmässä ja vaikuttaa hoitotyön asiantuntijana yksilön ja yhteisön terveyttä edistävään yhteiskunnalliseen kehittämiseen. Sairaanhoitaja toimii yhteiskunnallista syrjäytymistä ehkäisevästi (Opetusministeriö 2006, 67). Aloimme suunnitella kehittämistyötä näistä lähtökohdista.

Pieksämäen seurakunta oli toivonut ohjelmallista iltapäivää pieksämäkeläisille vanhuksille Naarajärven seurakuntasalissa ja jonkinlaista jatkumoa sen jälkeen. Aloimme suunnitella toimintaa Ikäarvokas-hankkeen pohjalta. Ikäarvokas on vuonna 2014 käynnistynyt etsivän ja osallistavan vanhustyön hanke, jonka tavoitteena on vanhusten yksinäisyyden ehkäiseminen ja arvokkaan elämän turvaaminen. Hankkeen tiimoilta on järjestetty korttelikerhoa ja virkistystuokioita aiemminkin ikäihmisille. Kolmivuotinen hanke rahoitettiin vuoden 2013 yhteisvastuukeräyksen tuotoilla, ja se toteutettiin yhteistyössä Kirkkopalvelujen, Kehittämiskeskus Tyynelän ja pilottiseurakuntien kanssa (Pieksämäen seurakunta i.a.). Nyt tavoitteena oli toiminnallisen iltapäivän järjestäminen vanhuksille ja kotikäyntejä iltapäivän jälkeen. Terveyden edistämisen teema otettiin osaksi tätä iltapäivän ja kotikäyntien suunnittelua.

## **Kokonaisvaltaista hyvinvointia – terveydenedistämispäivän toteutus**

Toteutimme terveyden edistämispäivän viiden opiskelijan työpanoksella yhteistyössä seurakunnan työntekijöiden kanssa. Tilaisuudesta tiedottaminen ja kuljetukset ikäihmisille kuuluivat seurakunnan vastuualueeseen. Terveyden edistämispäivä järjestettiin alkukevällä 2016 Naarajärven seurakuntakodilla osana Ikäarvokas-hanketta. Tilaisuuteen osallistui viisitoista (15) ikäihmistä. Tapahtuma alkoi tervetuloitovotuksella ja ruokailulla. Ruokailun jälkeen kokoonnuttiin yhteiseen, opiskelijoiden laatimaan hartaushetkeen, jonka aiheena olivat jaksaminen, itsestä huolehtiminen ja avun pyytäminen. Hartauden jälkeen ikäihmiset kiersivät ryhmittäin terveyteen liittyviä hyvinvointipisteitä, joita olimme suunnitelleet ja valmisteelleet etukäteen. Ikäihmisille haluttiin luoda mahdollisuus kiertää läpi kaikki pisteet tai käydä vain joissakin pisteissä heidän kiinnostuksensa mukaan. Pisteisiin valikoitui käsienhoitoa, niska-hartiahierontaa, psyykkisen hyvinvointia, terveystmittauksia ja tuolijumppaa. Hyvinvointipisteitä oli alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen yhteensä neljä, sillä tilaisuuden alussa kaksi hyvinvointipistettä päätettiin yhdistää. Jokaiselle hyvinvointipisteelle oli varattu aikaa keskimäärin 15 minuuttia ryhmää kohti. Ryhmät koostuivat kolmesta tai neljästä ikäihmisestä.

Sairaanhoitajan kliiniseen osaamiseen kuuluu mielen terveyden edistäminen ja toimiminen erilaisissa vuorovaikutustilanteissa (Opetusministeriö 2006), joten psyykkisen hyvinvoinnin tukemisen piste oli perustellusti osa terveyden edistämispäivää. Psyykkisen hyvinvoinnin tukemisen pisteellä ikäihmisillä oli mahdollisuus jakaa muistoja ja keskustella niistä opiskelijan sekä muiden ikäihmisten kanssa. Muistojen aktivoijana ja keskustelun virikkeenä toimivat opiskelijan pisteelle varaamat kuvat ja kortit, jotka oli aseteltu huoneessa sijaitseville pöydille. Käytössä oli valokuvakortteja ja Lahden lähimmäispalvelun ”Höylän ja pärekorin aikaan” -muistelukortit.

Psyykkisen hyvinvoinnin pisteen toivottiin kannustavan muistelutyöhön ja tukevan sosiaalista kanssakäymistä. Ikäihmisiä kehoitettiin valitsemaan kortti tai kuva, joka toisi mieleen jonkin muiston tai kuvastaisi nykyistä tunnetilaa. Luovan muistelun on todettu auttavan itseilmaisussa, kehittävän kognitiivisia taitoja, tuovan iloa ja vaihtelua elämään sekä parantavan elämänlaatua. Muistonsa jakava ikäihminen voi kokea olevansa arvokas menneen asiantuntija ja kulttuuriyhteisön jäsen. (Hohenthal-Antin 2013, 25–27.) Moni osallistujista intoutui muistelemaan esimerkiksi kotiin liittyviä toimia tai työtehtäviä, joihin nykyisin on harvoin ”kosketuksissa”. Näi-

tä olivat esimerkiksi käsityöt. Erilaiset luonnonmaisemat tai paikat toivat mieleen muistoja, joiden avulla virisi paljon keskustelua.

Yhdessä hyvinvointipisteistä toteutettiin hartiahierontaa ja käsihoitoa. Toiminnan tavoitteena oli tarjota ikäihmiselle rentoutumishetki, jossa sai nauttia toisen ihmisen kosketuksesta. Kosketus lisää hyvinvointia muun muassa vähentämällä stressiä, parantamalla keskittymiskykyä, rauhoittamalla ja parantamalla unen laatua. Hieronnalla on laajoja vaikutuksia elimistön toimintaan. Hierontaa voidaan käyttää muun muassa rentoutukseen, kivun lievitykseen ja lihasten huoltoon. (Damski & Kiviaho 2011.) Käsienhoitopisteessä kädet pestiin, rasvattiin, kynnet leikattiin ja toiveiden mukaan myös lakattiin. Ihon hoito on tärkeää ikäihmisille, sillä ikääntyminen aiheuttaa vaurioita ihon lipidikerrokselle ja iho kuivuu herkemmin. Muita muutoksia ovat tali- ja hikirauhasten toiminnan sekä verenkierron heikkeneminen. Ihon joustavuutta voidaan lisätä päivittäisellä rasvauksella, (Iivanainen & Syväoja 2013, 322–323) ja pisteellä kannustettiin käsien aktiiviseen kotihoitoon. Hieronnan ja käsien hoidon yhteydessä keskustelimme ikäihmisten kanssa, mikä oli yksi pisteen tarkoitus. Sairaanhoidajan tärkeimpiin ominaisuuksiin lukeutuu kyky kohdata asiakas: potilaan tilan seuraaminen ja johtopäätösten teko ovat osa sairaanhoidajan kliinistä osaamista (Opetusministeriö 2006). Hieronta- ja käsienhoitopiste olivat suosittuja osallistujien keskuudessa ja moni ikäihmisistä nautti ”hemmottelusta arjen keskellä”.

Tuolijumppa on turvallinen ja edullinen ryhmä- ja yksilöliikuntalaji, joten se valittiin yhteen hyvinvointipisteeseen. Jumpassa harjoitukset kohdistettiin käsiin, ylävartaloon, vatsalihaksiin ja muihin tärkeimpiin lihasryhmiin. Näyttö liikunnan terveysvaikutuksista on vahva (Tilvis 2009), ja pisteessä haluttiin painottaa liikunnan suotuisia vaikutuksia. Sairaanhoidaja tukee ja aktivoi yksilöitä sekä ryhmiä pitämään huolta omasta terveydentilastaan ja toimintakyvystään, tunnistaa ja ennakoii terveysuhkia ja toimii kuntouttavan hoitotyön periaatteita soveltaen (Opetusministeriö 2006). Tavoitteemme oli kannustaa jumpan avulla liikuntaan jatkossakin. Osa ajasta käytettiin liikunnan terveyshyödyistä ja liikuntapaikkamahdollisuuksista keskusteluun.

Liikunnan merkityksen korostaminen sopi ikäihmisten terveyden edistämislähtöisyyteen, sillä ikääntymisen voi kokea esteeksi liikunnalle muun muassa huimauksen tunteen, väsymyksen, hengenahdistuksen ja katkokävelyn mahdollisuuden vuoksi. Vanhusväestön luunmurtumat ovat yleisiä, ja kaatumisia voidaan huomattavasti vähentää lisäämällä säännöllistä lihas- ja tasapainoharjoittelua. Säännöllinen liikunta lisää merkittävästi luun massaa ja kokoa, vahvistaa luiden rakennetta ja vähentää kaatumisia. Lihaskunto-



harjoittelu on erinomainen vaihtoehto henkilöille, joille hyppyjä sisältävä liikunta ei sovellu. Ikäihmisille hyvin soveltuvia liikunnan muotoja ovat esimerkiksi kävely ja kotivoimistelu. (Tilvis 2009.)

Kohonnut verenpaine vähentää merkittävimmin terveitä elinvuosia (Käypä hoito 2014), ja sen takia terveyden edistämisisiltapäivään sisällytettiin verenpaineen mittauspiste. Kiinnitimme huomiota oikeaan mittaustapaan: mittausta suoritetaan kaksi kertaa ihmisen ollessa pystyasennossa ja sykkeen säännöllisyys tarkistetaan ranteesta. Harkittaessa lääkkeellistä hoitoa hoitopäätökseen johtavien verenpainemittaustulosten tulisi olla mitattuna pystyasennossa, joten oikealla mittaustekniikalla on ikäihmisen kohdalla suuri merkitys. (Käypä hoito 2014.) Korkeiden mittaustulosten yhteydessä ikäihmiseltä kysyttiin mahdollisista kotisairaanhoidon palveluista. Mikäli ikäihminen ei kuulunut kotihoidon palvelujen piiriin ja verenpainemittausten tulokset olivat korkeat, kannustimme häntä seuraamaan verenpainelukemiaan kotimittauksin tai käymään terveysaseman omamittauspisteellä mittaamassa verenpaineensa. Mittausten tuloksia ohjattiin kirjoittamaan vihkoon tai paperille arvojen seuraamisen helpottamiseksi. Kehoitimme heitä kääntymään terveysaseman henkilökunnan puoleen, jos verenpainearvot olisivat jatkuvasti koholla.

Verenpaineen mittauksen ohella hyvinvointipisteessä suoritettiin verensokerimittauksia. Pidimme verensokerin mittaamista tärkeänä, vaikka mittaustulosten tulkinta ruokailun jälkeen oli haastavaa. Ajatuksena oli ohjata ikäihmiä diabeteshoitajan vastaanotolle, mikäli aterianjälkeiset verensokeriarvot olisivat olleet todella korkeat. Verenpaineen ja verensokerin mittaustulokset kirjattiin sitä varten varatulle pienelle lomakkeelle, johon merkittiin nimi, päivämäärä, kellonaika ja tulos. Mittaustuloksista ja mahdollisista kotimittauksista käytiin keskustelua ikäihmisten kanssa. Jokainen terveyden edistämisisiltapäivään osallistunut käytti hyvinvointipisteen palveluita. Sairaanhoidajan perustyötehtäviin kuuluvat tutkimukset pienlaitteilla ja peruselintoimintojen arviointi (Opetusministeriö 2006), joita toteutettiin hyvinvointipisteessä. Ohjaus- ja opetusosaaminen ovat osa sairaanhoidajan ammattitaitoa (Opetusministeriö 2006), ja hyvinvointipisteessä annoimme ikäihmisille tietoa normaaleista verensokerin paastoarvoista ja verenpainearvoista. Osallistujat osoittivat suurta mielenkiintoa mittaustuloksia kohtaan, joten piste oli ”hedelmällinen” terveyden edistämisen näkökulmasta.

Pisteiden kiertämisen jälkeen kokoonnuimme yhteiseen palautetilaisuuteen, jossa osallistujat saivat arvioida virkistysiltapäivää hymy- ja sunnaamakuvien avulla. Sen jälkeen lauloimme yhdessä loppusiunauslaulu. Terveyden edistämisisiltäpäivälle toivottiin jatkumoa sekä seurakunnan

että meidän tekijöiden taholta, ja jälkiseurantaa varten päädyimme tekemään kotikäyntejä ikäihmisten luokse. Halukkaiden ikäihmisten toivottiin ilmoittautuvan kotikäynneille terveyden edistämisiltapäivässä. Terveyden edistämisiltapäivä päättyi kahvitilaisuuteen, jonka yhteydessä sovittiin tulevista kotikäynneistä halukkaiden kanssa. Kotikäynneistä tehtiin ikäihmisten kanssa henkilökohtainen sopimus, joka toimitettiin seurakunnan työntekijälle. Kysyimme sopimisen yhteydessä toiveita kotikäyntien suhteen. Toiveet koostuivat lähinnä muistelusta ja keskustelusta, joten kotikäyntien sisällön suunnittelua etukäteen ei nähty tarpeelliseksi.

### **Kotikäynnit yksinäisyyden lievittämisessä**

Yksinäisyyden lievittäminen oli koko Ikäarvokas-hankkeen, terveyden edistämisiltapäivän ja kotikäyntien kulmakivi, sillä yksinäisyys on suuri terveysriski. Monet ikäihmiset asuvat yksin, ja kotihoidon asiakkaiden piirissä toteutetun tutkimuksen mukaan kotona asuvista ikäihmisistä yli 50 % koki kärsivänsä yksinäisyydestä ajoittain (Eloranta, Arve, Viitanen, Isoaho & Routasalo 2012, 15, 19). Yksinäisyys lisää kuolleisuutta lähes yhtä paljon kuin tupakointi ja enemmän kuin lihavuus tai huono fyysinen kunto. Se huonontaa elimistön puolustusmekanismeja ja lisää sydän- ja verisuonitautien sekä neurologisten sairauksien riskiä. Yksinäiset ovat muita alttiimpia virusinfektioille ja riski korkeaan verenpaineeseen on suurentunut. Yksinäisyydellä on laaja-alaiset vaikutukset elämänlaatuun ja mielialaan, ja sen lievittäminen on siis jo itsessään terveyden edistämistä ja ennalta ehkäisevää hoitotyötä. (Ruuskanen 2011, 127.)

Perinteisten kotikäyntien tavoitteena on havainnoida kodin esteettömyyttä, turvallisuutta ja toimivuutta. Käytännössä kotikäynnin tekijän on tarkoitus selvittää, millä tavalla ikääntynyt monisairas ja toimintakyvyltään rajoittunut ihminen tulee toimeen, sekä millä tavalla hän voisi asua kotonaan mahdollisimman pitkään. Asiakaslähtöisen ja voimaannuttavan kotikäyntityön katsotaan perustuvan itsenäisen asumisen tukemiseen. Hyvinvointia edistävä kotikäynti puolestaan mahdollistaisi ikäihmisen oman osallistumisen asumisen ja selviytymisen suunnitteluun yhdessä eri toimijoiden avustuksella. (Jouha & Kröger 2014, 21.) Kotikäyntien on todettu olevan hyödyllisiä, kun henkilöllä on toimintakyvyn ongelmia usealla eri saralla. Riskitekijöiden ohella arvioinnissa kiinnitetään huomiota henkilön omiin elämänhallinnan edistämisyrittämyksiin. (Koskinen, Pitkälä & Saarenheimo 2008.) Toteutettujen kotikäyntien luonne pohjautui kaikkiin edellä mainittuihin katsantokantoihin, mutta pääpaino oli yksinäisyyden

lievittämisessä. Tarkoituksemme oli myös selvittää ikäihmisen elämäntilannetta ja mahdollista avun tarvetta.

Soitimme ikäihmisille ennen kotikäyntejä ja varmistimme käynnin ajankohdan ja tilanteen sopivuuden. Kotikäynnit toteutettiin yksin tai pareittain, ja tapaamiset kestivät yhdestä tunnista puoleentoista tuntiin. Käyntejä oli yksi ikäihmistä kohden. Aika kului nopeasti keskustellen eri teemoista, muun muassa terveydestä ja terveyspalveluista, maailman tapahtumista, nykyisestä elämäntilanteesta ja terveydentilasta. Yksinäisyys oli yksi tärkeimmistä keskustelunaiheista. Keskusteluista kävi ilmi myös huolia, pelkoja ja alakulua. Pyrimme kotikäynneillä löytämään keinoja myös parantaa ikäihmistien elämänlaatua muun muassa ohjauksella eri tahojen ja palveluiden piiriin. Tapaaminen oli mahdollista päättää haluttaessa yhteiseen rukoukseen. Tehtyjen käyntien jälkeen tulimme johtopäätökseen, että yksinäisyyden lievittäminen on terveyden näkökulmasta tärkeää. Jokainen tapaaminen oli erilainen, arvokas kokemus. Kohtaamisia ja keskusteluja värittivät elämäkokemusta huokuvat kertomukset menneistä ajoista ja ihmettelevä suhtautuminen nykyaikaan ilmiöineen.

Kotikäynneillä yhdistyi monia sairaanhoitajan osaamiseen liittyviä osa-alueita. Ohjaus, asiakaslähtöinen vuorovaikutus ja terveysongelmien ennakointi (Opetusministeriö 2006) olivat käynneillä vahvimmin esillä. Pidimme kotikäyntejä tärkeänä kehittämistyön näkökulmasta, sillä yksi ikääntyneiden hoitotyön yhteistyöhön liittyvistä kehittämishaasteista liittyy organisaatioiden väliseen yhteistyöhön. Koulutusorganisaatioiden ja työelämän yhteistyötä ehdotetaan kehitettävän esimerkiksi opiskelijoiden taholta tapahtuvin kotikäynnein, joilla opiskelijoiden olisi mahdollista muun muassa arvioida ikäihmisen toimintakykyä. (Hiltunen 2015, 10–11.) Toivomme kotikäyntien onnistumisen luoneen luottamusta Dia-konia-ammattikorkeakoulun ja seurakunnan välille. Kotikäynnit ikäihmistien luokse lievittivät yksinäisyyttä ja antoivat ikäihmisille mahdollisuuden kertoa tärkeistä asioista sekä huolista. Ikäihmisillä oli tarve ja halu keskustelukäynteihin. Ohjaus ja hyvät kokemukset kotikäynneistä helpottavat yksinäisen, avuntarpeessa olevan ikäihmistien yhteydenottoja eri tahoihin, mikä on hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulmasta tärkeää.

## **Toiminnan arviointi ja tulevaisuuden näkymät**

Hoitotyön tutkimussäätiö on julkaissut vuonna 2013 käsikirjan hoitotyön suositusten laadintaan. Kehittämistyömme arvioinnin pohjana on käytetty tätä käsikirjaa. Tarkastelemme terveyden edistämispäivän ja kotikäyn-

tien vaikuttavuutta kolmen eri lähestymistavan kautta: merkityksellisyyden, käyttökelpoisuuden ja tarkoituksenmukaisuuden. Merkityksellisyyttä arvioidaan toimintaan osallistuvien kokemusten perusteella. Ikäihmiset kokivat päivän mielekkääksi ja saivat ohjausta terveyteen liittyvissä kysymyksissä. Osalle oli merkityksellistä saada tietoa siitä, mistä kotihoidon apua saa ja miten he voivat pyytää sitä. Kotikäynnit tarjosivat vanhuksille seuraa ja luottamuksellista keskustelua. Yksinäisyys lievittyi keskustelun ja läsnäolon keinoin. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013.)

Käyttökelpoisuudella arvioidaan sitä, onko luotu yhteistyömalli toimiva. Yhteinen neuvottelu- ja suunnittelupalaveri kasvotusten on toiminnan sujumisen kannalta tärkeää. Siinä luodaan toiminnalle tavoitteet, toimintamallit ja perusta sujuvalle yhteistyölle. Toimijoiden keskinäinen luottamus ja tarvittava tuki ovat erityisen tärkeää onnistuneelle lopputulokselle. Loppupalaverissa Pieksämäen seurakunnan edustajat olivat tyytyväisiä toiminnan sisältöön, sujuvuuteen ja yhteistyön toimivuuteen. Tarkoituksenmukaisuutta voidaan lähestyä sen kautta, olivatko käytetyt toimintamallit sopivia toimintaympäristöön tai kohderyhmään. Terveiden edistämispäivässä tarjotut toimintapisteeet olivat suosittuja. Toimintaa suunniteltaessa otettiin huomioon iäkkään fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeet. Osoitimme ajankäytön hallinnassa joustavuutta, ja yhdistimme kaksi toimintapistettä ajankäytön sekä liikkuvuuden tehostamiseksi. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013.)

Diakonia-ammattikorkeakoulu ja seurakunta ovat tehneet yhteistyötä pitkään Pieksämäellä. Ammattikorkeakouluopintojen muututtua Pieksämäellä monimuoto-opinnoiksi yhteistyö on vähentynyt. Terveiden edistämispäivän ja kotikäyntien tavoitteena oli löytää uudenlaista yhteistyötä, joka olisi molemmille osapuolille mielekäästä ja tarpeellista. Pidämme sairaanhoitajaopiskelijoina tärkeänä kuntouttavan hoitotyön kehittämistä, minkä vuoksi valitsimme sen kehittämistyömme teemaksi. Kuntouttava työote tähtää ikäihmisen voimavarojen ylläpitoon, kohentamiseen sekä ikäihmisen lähtökohtien huomioimiseen viriketoiminnassa. Kuntouttavaan hoitotyöhön liittyy myös mahdollisuus harrastuksiin ja mielekkäisiin ajanviettopauihin, hyvän olon kokemiseen ja yksinäisyyden lievittämiseen. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 11, 25.)

Sisällytimme terveyden edistämispäivään sairaanhoitajien osaamista terveyden edistämisen ja kuntouttamisen näkökulman kautta. Mukaan tuli saada uutta hoitotieteellistä, vaikuttavaa ja ikäihmistä kuntouttavaa sisältöä, ja seurakunnan näkökulmat ja toiveet tuli huomioida koko kehittämistyön ajan. Tarvetta kotikäynneille ilmeni tarjolla olevia resursseja enem-

män. Kotikäyntien järjestelmällinen etukäteissuunnittelu on tarpeellista, jotta olemassa olevat voimavarat voidaan käyttää mahdollisimman tehokkaasti. Tavoitteena oli, että terveyden edistämisisiltapäivästä ja kotikäynneistä jäisi kohderyhmälle hyvä muisto ja innostus liikuntaan sekä sosiaaliseen kanssakäymiseen muiden kanssa.

Terveyden edistämisisiltapäivä rohkaisee sekä opiskelijoita että kolmannen sektorin toimijoita yhteistyöhön. Toiminta ja siitä saadut tiedot antavat yhteistyölle puitteet ja mahdollisuuden uusiin kehittämisideoihin. Toiminta oli opettavaista myös opiskelijoille. Kun mukana on suuri määrä usein yksinäisiä, monia terveyshaasteita omaavia ikäihmisiä, on osattava katsoa tilannetta kokonaisvaltaisesti. Ihminen on otettava huomioon kaikine tarpeineen yhden näkökulman sijaan. Jatkossa yhteistyö seurakunnan ja Diakonia-ammattikorkeakoulun välillä voisi olla mahdollinen, ja se hyödyttäisi niin seurakuntaa, Diakonia-ammattikorkeakoulua kuin paikallisia ikäihmisiäkin.

## LÄHTEET

- Damski, Valterri & Kiviaho, Tuomas 2011. Hieronnan oppimispaketti fysioterapian opiskelijoille. Viitattu 25.7.2016. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/37764/Opinnaytetyo\\_kokonaisuus.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/37764/Opinnaytetyo_kokonaisuus.pdf?sequence=1).
- Eloranta, Sini; Arve, Seija; Viitanen, Matti; Isoaho, Hannu & Routasalo, Pirkko 2012. Ikäihmisten psyykinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa. *Hoitotiede* 24 (1), 14–26. Viitattu 5.2.2016. Saatavissa <http://nelliportaali.fi>, ProQuest -aineisto.
- Eriksson, Elina; Korhonen, Teija; Merasto, Merja & Moisio, Eeva-Liisa 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Porvoo: Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Halttunen-Sommerdahl, Riitta 2008. Osallistuvia menetelmiä ja rakenteita sosiaaliviraston työssä. Opas sosiaaliviraston työntekijöille. Swot-analyysi. Viitattu 7.8.2016. <http://hyrrat.metropolia.fi/wp-content/uploads/2014/10/Halttunen-Sommerdahl-R.-2008-Osallistavia-menetelmi%C3%A4-ja-rakenteita.pdf>
- Hiltunen, Piritta 2015. Ikääntyneiden hoitotyö Suomessa. Katsaus kehittämistarpeisiin. Oulu: Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 12.7.2016. [http://www.hotus.fi/system/files/HOTUSJULKAISU\\_Hiltunen\\_2015.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/HOTUSJULKAISU_Hiltunen_2015.pdf).
- Hohenthal-Antin, Leonie 2013. Muistellaan. Luovat menetelmät muistisairaiden tukena. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Hoitotyön tutkimussäätiö 2015. Hoitohenkilökunnan käsityksiä ikääntyneiden hoitotyön nykytilasta. Raportti 1/2015. Viitattu 14.7.2016. [http://www.hotus.fi/system/files/HOTUSRAPORTTI\\_1\\_2015.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/HOTUSRAPORTTI_1_2015.pdf).
- Hoitotyön tutkimussäätiö 2013. Käsikirja hoitotyön suositusten laadintaan. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 4.8.2016. <http://www.hotus.fi/hotus-fi/suosittelun-laadinta>.
- Holopainen, Arja; Juntila, Kristiina; Jylhä, Virpi; Korhonen, Anne & Seppänen, Salla 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.
- Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo 2013. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Jouha, Mervi & Kröger, Sirpa 2014. Voimavaralähtöisen kuntouttavan kotihoidon mallintaminen. Teoksessa Elina Jouppila-Kupiainen, Sirpa Kammonen, Tiina Kirvesniemi, Tiina Kuru, Helena Mikkonen, Anu Piirainen, Eija Rautasalo, Merja Reunanen & Seija Utriainen (toim.) *Ammatti-ihmiset vanhusten asialla*. Gerontologinen erityisosaaja kehittäjänä. Mikkeli: Mikkelin ammattikorkeakoulu.
- Koskinen, Simo; Pitkälä, Kaisu & Saarenheimo, Marja 2008. Ikääntyneiden kuntoutustarpeen arviointi. Helsinki: Duodecim. Viitattu 7.9.2016. Saatavissa <http://nelliportaali.fi>, Terveysportti -aineisto.
- Käypä hoito 2014. Kohonnut verenpaine. Viitattu 25.7.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi04010>.
- Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Viitattu 7.9.2016. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>.

- Pieksämäen seurakunta i.a. Ikäarvokas-hanke. Etsivää ja osallistavaa vanhustyötä. Viitattu 12.7.2016. <http://www.pieksamaenseurakunta.fi/309-ikaarvokas-hanke>.
- Ruuskanen, Olli 2011. Yksinäisyys on vaarallista terveydelle. Lääketieteellinen Aikakauskirja. Helsinki. Duodecim.
- Tilvis, Reijo 2009. Sairauksien ehkäisy vanhuksilla – erityispiirteet. Helsinki: Duodecim. Viitattu 25.7.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.plain?p\\_artikkeli=seh00145](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.plain?p_artikkeli=seh00145).
- The Joanna Briggs Institute 2010. Menettelytavat lääkkeiden jakamiseen sekä antamiseen liittyvien poikkeamien ehkäisemiseksi sairaalassa. Best Practice 14 (4). Viitattu 5.8.2016. [http://www.hotus.fi/system/files/BPIS\\_ennakko\\_2010-4\\_0.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2010-4_0.pdf)





*Martikainen Suvi, Nurmela Auli, Pulkkinen Mari &  
Rimpineva Hanna*

## **10 LAPSIPOTILAAAN PELOT POLIKLINIKALLA – PELKOJEN LIEVITTÄMINEN OPPAAN AVULLA**

### **Pelkoja lieventämällä parempaan yhteistyöhön lapsipotilaan kanssa**

Tämä artikkeli kuvaa kehittämistyötä Kuopion yliopistollisen sairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalle. Työelämälähtöisessä kehittämisyössä tuotoksena syntyi opas, jonka tarkoituksena on vähentää lapsen kokemaa pelkoa hoitoa ja tutkimuksia kohtaan sekä helpottaa yhteistyötä lapsen kanssa. Tässä artikkelissa nostetaan esille kaksi näkökulmaa lapsipotilaiden kanssa työskentelyyn. Ensimmäinen näkökulma käsittelee opaslehtisen antamaa tukea terveydenhuollon ammattihenkilöiden työskentelyyn lasten parissa. Toinen näkökulma selventää, kuinka opaslehtisen avulla voidaan lieventää lasten pelkotiloja tutkimuksia ja hoitotoimenpiteitä kohtaan. Poliklinikalta nousi esiin toive opaslehtisestä lasten kanssa työskentelyn tueksi.

Opaslehtisessä seikkailee Puijo-pöllö (kuva 4), joka on kuvattu oikeissa poliklinikan tiloissa. Puijo-pöllön kanssa käydään läpi poliklinikalla tapahtuva lapsipotilaan hoito. Ideaa satuhahmon avulla poliklinikalla tapahtuvan hoidon läpikäymiseen kehiteltiin ryhmänä.

Työskentely lapsipotilaan kanssa vaatii hoitohenkilökunnalta erilaisia lähestymistapoja kuin aikuisen potilaan kohdalla. Opaslehtinen on koottu huomioiden lapsipotilaiden hoidon tarpeet korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla.



**KUVA 4. Puijo-pöllö.**

Hoitosuosituksen mukaan lapsen ahdistus lisää komplikaatioiden riskiä erilaisissa toimenpiteissä, se voi laskea kipukynnystä ja pidentää toipumisaikaa. Ahdistus ja pelko voivat aiheuttaa myös lapsen käyttäytymisessä muutoksia, kuten unihäiriöitä, eroahdistusta vanhemmista, syömisvaikeuksia ja pelkoa lääkäriä kohtaan. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2016, 6–10.) Opaslehtisen kautta lapsen on helppo tutustua poliklinikalla tapahtuvaan hoitoon oman turvallisen vanhemman kanssa ennen lääkärin tutkimuhuoneeseen menoa.

### **Oppaan kuvien ja tehtävien valitseminen suunnitteluvaiheessa**

Aloitimme kehittämistyön pohtimalla miten eri-ikäiset lapset voivat hyötyä opaslehtisestä. Poliklinikalla käy kaiken ikäisiä lapsia potilaina, ja yritimme ottaa opaslehtisen suunnittelussa asian huomioon. Mietimme opaslehtiseen eri osiota pienemmille lapsille ja toista osiota isommille lapsille. Käytännössä se tarkoittaisi pienemmille lapsille poliklinikalla tapahtuvan hoidon läpikäymistä sadun avulla. Isommille lapsille mietimme konkreettisia valokuvia tutkimusvälineistä ja tietoa siitä, mitä niillä tehdään. Kehittämideoita saimme poliklinikan johtavalta lääkäriltä, osastonhoitajalta sekä poliklinikalla työskenteleviltä sairaanhoitajilta.

Lapsen sairaalassa olemisessa täytyy erityisesti huomioida lapsen pelko, kivun kokeminen, lapsen mahdollisuus leikkiin ja valmistautuminen tutkimuksiin sekä hoitotoimenpiteisiin. Kun tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin on etukäteen valmistauduttu huolella, lapsen pelot vähenevät. Lapsi voi

leikin kautta jo sairaalassa ollessaan käsitellä omia tunteitaan. Pelko on emotionaalinen reaktio, joka on hyödyllinen sekä tarpeellinen tunne, sillä pelko suojaa lasta uhkaavilta tapaturmilta ja vaaratilanteilta. (Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuori & Uotila 2012, 308.) Lapsen on mahdollista tutustua poliklinikalla tapahtuvaan hoitoon tarinan muodossa lukemalla Puijopöllön seikkailusta. Kuviksi on valittu osaksi oikeita valokuvia poliklinikan tiloista ja osaksi piirrettyjä lapsenomaisia värikkäitä kuvia ilmaisesta kuva-palvelusta. Opaslehtiseen on otettu mukaan myös väritys- ja puuhakuvia, joiden tarkoituksena on vähentää lapsipotilaan pelkoja tulevaa hoitoa kohtaan sekä saada lapsen ajatukset hetkeksi mielekkääseen tekemiseen.

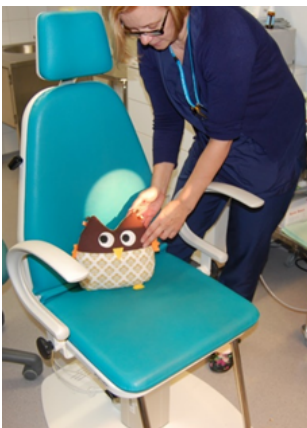
Oppaan suunnittelua lähdettiin toteuttamaan työryhmänä yhteistyössä korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikan osastonhoitajan kanssa. Lapsen ahdistuksen tunnistaminen ja lievittäminen on tarpeellista, koska toimenpiteisiin liittyvät kokemukset heijastuvat usein lapsen tuleviin hoitokertoihin. Onnistuneesta toimenpiteestä seuraa myös positiivisia asioita, kun lapsi kokee toimenpiteen helpottaneen sairauttaan. Kivun tai vaivan helpottuessa se tuo myönteisen kokemuksen lapselle. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2016, 6–10). Saimme ryhmänä paljon hyviä ideoita opaslehtisen suunnitteluun poliklinikalla työskenteleviltä sairaanhoitajilta, jotka tekevät käytännön työtä lapsipotilaiden kanssa. Opaslehtisen suunnitteluvaiheessa saimme ideoita sairaanhoitajilta liittää opaslehtiseen piirustus- ja värityskuvia.

Poliklinikalla työskentelevän sairaanhoitajan kanssa suunniteltiin yhdessä, mistä tutkimusvälineistä kannattaa ottaa valokuvia. Poliklinikan sairaanhoitaja kertoi, mitä tutkimusvälineitä käytetään lasten tutkimuksissa, ja niistä otettiin kuvia. Lapsen pelkoja toimenpiteitä ja sairaalahoitoa kohtaan voidaan lieventää muun muassa opaslehtisen avulla. Opaslehtinen auttaa lasta hahmottamaan tulevaa toimenpidettä ja auttaa lasta suuntaamaan huomionsa muualle. (Järveläinen & Laukkanen 2012, 1, 17).

## **Lapsen pelkojen vähentäminen**

Ryhmänä mietittiin jo aiemmin, miten tutkimusvälineet voisi tuoda opaslehtiseen lapsenomaisesti esille. Valokuvat päätettiin ottaa tutkimusvälineistä värikkäiden kartonkien päällä tuoden enemmän väriä ja lapsenomaisuutta opaslehtiseen. Opaslehtisen valmistuttua käytiin opaslehtinen esittelemässä poliklinikan henkilöstölle osastotunnin aikana. Opaslehtisen sisällystöstä on poliklinikan osastonhoitajan mukaan tarkoitus tuottaa pieni kirjanen, minkä he painattavat poliklinikan käyttöön lapsipotilaille jaettavaksi materiaaliksi.

Kun lapsi joutuu hoito- tai tutkimustilanteeseen, yritetään siitä tehdä lapselle mahdollisimman stressitön. Tähän voi vaikuttaa monin eri tavoin. Voidaan yrittää mahdollistaa lapsen oman lelun mukana oleminen ja se, että lapsi saa pukeutua omiin vaatteisiinsa. Lapsen omat rituaalit selvitetään, hyväksytään ja otetaan huomioon. Lapsen kanssa keskustellessa tulee valita oikeat sanat lapsen ikään nähden. Lapselle ja vanhemmille annetaan rehellistä ja oikeaa tietoa hoidon aikana. Perheelle annetaan mahdollisuus tutustua etukäteen hoito- ja tutkimusvälineisiin. Vanhemman ympärivuorokautinen läsnäolo pyritään toteuttamaan ja otetaan mahdollisuuksien mukaan vanhemmat mukaan lapsen hoitoon. Omahoitajuutta pidetään tärkeässä asemassa lapsen hoidossa. Hoitotoimenpiteissä lapselle annetaan mahdollisuus osallistua. Lasta hoidettaessa sekä tutkimustilanteissa käytetään turvallisia otteita. Hoitotoimenpiteet tehdään määrätietoisesti mutta rauhallisesti. Terapeuttista leikkiä käytetään apuna, jolloin lapsen on mahdollista käsitellä sairaalassa kohtaamiaan asioita. Huomiota tulee kiinnittää myös hoitohenkilökunnan sopivaan vaatetukseen. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 310; Hoitotyön tutkimussäätiö 2016, 6-14.) Opaslehtisen tarkoituksena on antaa vanhemmille keino käydä etukäteen lapsen kanssa tulevaa tutkimusta tai hoitotoimenpidettä läpi. Opaslehtisessä on kuvia, jotka auttavat lasta ymmärtämään, mitä seuraavaksi tapahtuu. Esimerkkinä kuva 5.



**KUVA 5. Sairaanhoitaja avustaa tutkimustilanteessa.**

Lapsen kognitiivisen kehityksen edetessä kehitykselliset pelot tulevat esille ja samalla lapsen mielikuvitus kehittyy. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 308–309.) Opaslehtisen avulla lapsi voi tutustua oman turvallisen aikuisen kanssa poliklinikalla tapahtuvaan hoitoon ja tutkimusvälineisiin.

Lapsen mielikuvitus on vilkasta leikki-iässä, jolloin lapsen ajattelu on maagista. Tällöin lapsi kertoo satuja, joiden uskoo olevan totta. Lapsen iän myötä suurimmaksi osaksi kehitykselliset pelot häviävät. Lapsi voi pelätä esimerkiksi mielikuvitusolentoja, melua tai pimeää. Osa kehityksellisistä peloista voi jäädä pysyviksi, kuten fyysisten vaarojen, liikenneonnettomuuksien, ruumiin vammautumisen sekä kuoleman pelko. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 308–309.) Tutkimushuone ja tutkimusvälineet voivat aiheuttaa lapselle pelkoa ja silloin opaslehtisen sadunomainen tarina Puijo-pöllön seikkailusta poliklinikalla voi helpottaa jännitystä ja pelkoa tulevaa poliklinikalla tapahtuvaa hoitoa kohtaan.

Traumaattiset eli opitut pelot liittyvät mallioppimiseen, jolloin lapsi oppii pelkäämään seuraamalla vanhempien käyttäytymistä erilaisissa tilanteissa. Lapsi havainnoi vanhempiensa ilmeitä, eleitä, asentoja, äänensävyjä ja käyttäytymistä. Näin lapsi vaistoa vanhempien pelot, jolloin vanhemmat siirtävät omia pelkojaan lapseen. Hoitotyössä traumaattisia pelkoja voidaan ehkäistä panostamalla lapsen hyvään valmistelemiseen tulevaan tutkimukseen tai hoitotoimenpiteeseen, hyödyntämällä lapsen leikkiä hoitotyössä sekä panostamalla hyvään kivun hoitamiseen. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 309.) On tärkeää, että opaslehtinen tuo myös vanhemmille turvallisuuden tunnetta ja kertoo, mitä sairaalassa käynnin aikana tulee tapahtumaan. Kun vanhempi on rauhallinen, lapsi näkee, että hänkin voi olla rauhassa ja luottaa hoitohenkilöstöön.

Synnynnäiset pelot liittyvät vaistomaisiin pelkoihin. Lisäksi, ne osittain suojaavat lasta erilaisilta vaaroilta ja uhilta. Näihin pelkoihin ei yleensä voida vaikuttaa. Synnynnäisiä pelkoja voivat olla voimakkaiden äänien sekä ukkosen aiheuttamat pelot, pimeän ja yksinäisyyden pelko, tuntemattoman ja uuden pelko, erilaisten laitteiden äänien aiheuttama pelko sekä kirkkaiden valojen pelko. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 308.) Lapset pelkäävät hoito- ja tutkimustilanteita monella eri tavalla. Opaslehtinen suunnitteluvaiheessa pyrkimyksenä oli hankkia kuvia ja tehtäviä eri-ikäisille lapsille. Kuvien muokkaaminen ja vaihtaminen tapahtui korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikan työntekijöiden toiveiden mukaisesti. Tiivis yhteistyö työyhteisön henkilön kanssa mahdollisti muutosten tekemisen pitkän projektin etenemistä.

Salmela (2010) kertoo väitöskirjassaan 4–6-vuotiaiden lasten kokemista sairaalaan liittyvistä peloista ja heidän selviytymisestään niistä. Tutkimuksessa selvitettiin 29 erilaista pelkoa, joita lapsilla on sairaalaan ja hoitotoimenpiteisiin liittyen. Suurin osa näistä liittyi hoitotoimenpiteisiin ja tutkimuksiin, kuten esimerkiksi pistoksiin ja näytteiden ottoon. Lapset pelkäävät myös sitä, että he joutuvat perheestään eroon. Myös hoitohenkilö-

kunta voi aiheuttaa jännitystä. (Salmela 2010, 4–5.) Opaslehtisen kautta lapsella on mahdollisuus tutustua poliklinikalla käytettäviin tutkimusvälineisiin. Kuvat voivat rauhoittaa lasta.

Lapsen pelkoa toimenpiteitä ja sairaalassa oloa kohtaan voidaan lievittää erilaisten apuvälineiden avulla. Näitä voivat olla esimerkiksi opaslehtiset, kuvakirjat ja nettisivut. Näiden apuvälineiden avulla lapselle kerrotaan mahdollisesta sairaudesta ja sen hoitamisesta. Myös toimenpiteen aikana lapsi voi suunnata huomiotaan esimerkiksi opaslehtiseen ja näin huomio pysyy pois tehtävästä toimenpiteestä. Lapsen sairastuminen ja sairaalassa oleminen ovat aina stressin ja pelon aihe lapselle sekä hänen vanhemmilleen. Sairaanhoidajan yksi tärkeimpiä ja vaikeimpia tehtäviä on lapsen pelon huomioon ottaminen. (Järveläinen & Laukkanen 2012, 1, 17.) Opaslehtistä on myös mahdollista käydä sairaanhoitajan kanssa läpi yhdessä, ennen lääkärin tutkimushuoneeseen menoa. Tämä voi rauhoittaa sekä lasta että vanhempaa.

Temperamentti on synnynnäinen ominaisuus. Se määrittelee, miten asioihin reagoidaan. Vaikka temperamentti on pitkälti pysyvää, voi tilanteisiin oppia reagoimaan eri tavoilla. (Nurmiranta, Leppämäki & Horppu 2009, 22–23.) Opaslehtisessä otettiin huomioon eri-ikäiset ja temperamentiltaan erityyppiset lapset. Opaslehtisen loppuun liitettiin kuvia erilaisista lapsipotilaiden kanssa käytettävistä oikeista tutkimusvälineistä. Lapsen kehitystason ja temperamentin mukaan vanhempi voi päättää, katsooko kuvia tutkimusvälineistä (kuvat 6, 7 ja 8) lapsen kanssa vai ei. Mikäli lapsi on vielä pieni tai vanhempi tietää lapsen pelkojen lisääntyvän tutkimusvälineiden katsomisen myötä, on parempi keskittyä vain Puijo-pöllön seikkailuun poliklinikalla.



**KUVA 6. Tutkimusvälinepöytä lääkärin tutkimushuoneessa.**



KUVA 7. Nenäkiikari.



KUVA 8. Ikkunallinen ilmapumppu.

## Lapsen ja vanhemman emotionaalinen tukeminen ja ohjaaminen poliklinikalla

Kun lapsen ja vanhemman turvallisuuden tunnetta lisätään, minimoidaan ahdistusta aiheuttavien tekijöiden vaikutuksia. Hoitotyön tutkimussäätiön suosituksessa (2016) emotionaalisella tuella tarkoitetaan hoitotyön toimenpiteitä, joilla pyritään ylläpitämään tätä turvallisuuden tunnetta. Emotionaalisella tuella edistetään lapsen ja vanhemman selviytymistä, vähennetään ahdistusta ja pelkoja sekä edistetään vanhemman ja henkilökunnan välisen luottamuksen syntymistä. Konkreettisesti emotionaalisella tuella tarkoitetaan lapsen ja perheen riittävää ohjausta ja yhteenkuuluvuuden tunteen ylläpitämistä lapsen hoidon eri vaiheissa. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2016, 10–16). Poliklinikalla lääkärin työparina työskentelevä sairaanhoitaja ohjaa lasta ja vanhempaa tarvittaessa hoidon kulussa ennen lääkärinhuoneeseen menoa. Opaslehtinen toimii pohjana lapsen hoidon hahmottamisessa poliklinikalla.

Lapsen ahdistusta määrittää huoli tulevasta tapahtumista, kuten vanhemmista eroon joutuminen. Lapsen kokema pelko kohdistuu välittömästi havaittavaan ärsykkeeseen, kuten pistämiseen, toimenpiteen suorittamiseen tai siihen liittyvään kivun kokemiseen. Lapsen ahdistus toimenpidettä kohtaan on subjektiivinen kokemus, johon liittyy jännitystä, pelkoa, huolta ja hermostuneisuutta. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2016, 13–16). Aikuisen tehtävänä on suojella sekä tukea lasta uusissa tilanteissa. Aikuisen tulee rohkaista lasta kohtaamaan pelkonsa uusissa tilanteissa, jolloin lapsen on helpompi voittaa tilanteessa muodostuneen pelkonsa. (Rusanen 2011, 88.) Oman vanhemman mukana oleminen ja sen mahdollistaminen on lapselle tärkeää. Opaslehtinen on lapselle miellyttävintä käydä läpi oman vanhemman kanssa.



Yleisin tapa antaa emotionaalista tukea lapselle ja vanhemmille on vähentää pelkoa ja ahdistusta antamalla tietoa tulevasta operaatiosta. Tutkimus-, hoito- ja valvontalaitteet voivat herättää lapsessa pelkoja, koska ne ovat hänelle outoja. Usein lasten toimenpiteitä kohtaan tuntemaa pelkoa ei oteta tarpeeksi vakavasti. Jos lasta on valmisteltu hyvin toimenpiteeseen, toimii yhteistyö myös hoitohenkilökunnan kanssa paremmin. Kun lasta on valmisteltu toimenpiteeseen, voi hän ymmärtää, että on tärkeää olla esimerkiksi tietyssä asennossa. Jatkohoito ja seuraavat tutkimukset onnistuvat helpommin, jos lapsi on edellisellä kerralla valmisteltu hyvin. (Järveläinen & Laukkanen 2012, 1–13.) Opaslehtisen tehtäväalueet suunniteltiin siten, että lapsen ajatukset siirtyisivät odotustilassa positiivisiin ja lapsen mielenkiinnon herättäviin asioihin. Opaslehtinen perustuu pöllön seikkailuun, ja tehtävissä keskityttiin eläinaiheisiin, jotta tema pysyy samana läpi opaslehtisen.

Hoitotyössä hoitohenkilökunnan antama emotionaalinen tuki konkretisoituu ohjaukseen ja perheen yhteenkuuluvuuden tunteen ylläpitämiseen. Lapsen emotionaalista tukea ei voida tarkastella ilman vanhemman ohjaamista ja tukea. Hoitotyön tutkimussäätiön suosituksen (2016) mukaan hoidon tavoitteena on turvata vanhemman riittävä tiedonsaanti ja vahvistaa sen avulla hänen valmiuksiaan valmistella lasta toimenpiteeseen. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2016, 10–16.) Opaslehtisen on tarkoitus toimia myös vanhemman tukena ja auttaa vanhempaa ymmärtämään lapsen hoidon kulkua poliklinikalla. Vanhemman tärkein tehtävä on kuitenkin olla lapsen tukena ja mahdollistaa lapselleen turvallinen tutustuminen poliklinikalla tapahtuvaan hoitoon.

Opaslehtinen pyrittiin pitämään lyhyenä ja yksinkertaisena, jotta lapsi pystyy vastaanottamaan kaiken opaslehtisessä olevan tiedon. Leikki-ikässä olevalle lapselle on luonteenomaista minäkeskeisyys ja ehdoton konkreettinen ajattelu eli hyvä tai paha. Tavallisesti leikki-ikäisellä lapsella on rikas mielikuvitusmaailma, jonka merkitystä korostaa loogisen ajattelun kehittymättömyys. Oppiminen on konkreettista, kokemuksellista ja tapahtuu parhaiten käsillä tekemisen ja leikin avulla. Leikki-ikäinen kykenee vastaanottamaan vain rajoitetun määrän (noin 15 minuuttia) tietoa kerrallaan vastaan. Konkreettisesta ajattelusta johtuen lapsen ohjauksessa käytettävän kielen tulisi olla yksinkertaista, rauhoittavaa ja sairaalakäsitteitä välttävää. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2016, 10–16.)

Leikki-ikäiselle lapselle perhe on tärkeä, ja siitä syystä ero vanhemmista aiheuttaa ahdistusta. Pienemmät lapset voivat kokea helposti syyllisyyttä ja häpeää, toisaalta he voivat tuntea myös ylpeyttä omista saavutuksistaan. Isommat lapset ymmärtävät pieniä paremmin syy-seuraus-suhteita, ja he



voivat tulkita toimenpiteen rangaistukseksi omasta toiminnastaan. Leikki-ikäiset lapset voivat poiketa suuresti toisistaan taitojen, kykyjen ja asioiden ymmärtämisen osalta, minkä vuoksi toimiva yhteistyö lapsen ja vanhemman kanssa on hyvän hoitamisen edellytys. Hoitotyön suosituksen mukaan 2–12 vuotiaiden lasten kanssa perehtyminen tehtävään toimenpiteeseen ennen toimenpidettä vähensi heidän ahdistustaan ennen toimenpidettä. Informaation antaminen lapselle ennen toimenpidettä todettiin vähentävän lapsen stressiä. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2016, 10–16.) Opaslehtinen soveltuu myös terveydenhuollon ammattilaisten apuvälineeksi niille jotka työskentelevät lasten parissa. Opaslehtisessä olevat tehtävät valittiin siten, että ne soveltuvat mahdollisimman suurelle lasten ikäjakaumalle.

## **Lapsen valmistaminen toimenpiteeseen**

Lasta ja vanhempia valmistellaan tutkimuksiin ja toimenpiteisiin siten, että heille annetaan tietoa tulevista tapahtumista tutkimuksiin ja toimenpiteisiin liittyen. Lapsen selviytymiskeinojen tunnistaminen sekä niiden tukeminen kuuluvat valmisteluihin. Lapsella on omat tavat ja toiminnot, joita hän käyttää selviytyäkseen hänelle vieraasta tilanteesta. Vanhemmilta saatu tieto lapsen aikaisemmista kokemuksista ja reaktioista hoito- ja tutkimustilanteista auttavat lapsen selviytymiskeinojen tunnistamisessa. Turvallisuuden tunteen luominen on keskeisessä roolissa tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin valmistautumisessa. Lapsen tuntiessa olonsa turvalliseksi, hän on yhteistyökykyinen, eikä lapsi pelkää niin paljon. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 304–305.) Opaslehtinen toimii tiedon jakajana poliklinikalla tapahtuvasta hoidosta.

Puijo-pöllön seikkailun käyminen läpi voi helpottaa pienen lapsen toimenpiteeseen valmistamista. Lehtinen ja Ravi (2009) toteavat, että on tärkeää ottaa jokaisen lapsen ikätaso huomioon toimenpiteeseen valmistamisessa. Pienemmän lapsen kanssa käytetään erilaisia havainnollistamiskeinoja esimerkiksi nukkeja, valokuvia ja hoitovälineitä. Leikin avulla lapsi saa käsitellä ja purkaa tunteitaan. (Lehtinen & Ravi 2009, 10–18.)

Kun lapsi leikkii läpi tulevan toimenpiteen, se vähentää lapsen pelkoja, kun hän on saanut leikin avulla käsitellä tilanteen ennalta. Isomman lapsen kanssa voidaan käyttää enemmän sanallista informaatiota ja kertoa, mitä toimenpiteessä tapahtuu lapsen kehitystaso huomioiden. Lapselle tulee kertoa, miten toimenpide häneen vaikuttaa. Kerrottaessa ei voi vähätellä eikä liioitella asioita, vaan on oltava rehellinen. (Lehtinen & Ravi 2009, 10–18.) Isomman lapsen kanssa voi poliklinikalla tapahtuvan hoidon käydä läpi yk-

sityiskohtaisemmin. Opaslehtisen kuvilla hahmottaa paremmin, millä väli-  
neillä tutkitaan ja mitä tehdään. Poliklinikan sairaanhoitajalta saa lisätietoa  
omasta toimenpiteestä, josta hän osaa kertoa yksityiskohtaisemmin.

Toimenpiteen tuottamaa kipua ei pidä vähätellä, ja sen aikana voidaan  
lapsen ajatuksia yrittää kääntää muualle. Hänelle voidaan kertoa toimen-  
piteen aikana, mitä ollaan tekemässä. (Lehtinen & Ravi 2009, 10–18.)  
Opaslehtisessä kerrotaan lapsille soveltuvan tarinan ja kuvien avulla kor-  
va-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla tapahtuvasta hoidosta. Lapselle  
ja vanhemmalle annetaan mahdollisuus tutustua opaslehtiseen ja polikli-  
nikalla tapahtuvaan hoitoon ennen lääkärin huoneeseen menoa. Lapsen tur-  
vallisuuden tunnetta lisää, kun asioita voi käydä oman vanhemman kanssa  
etukäteen läpi. Lehtisen ja Ravin (2009) mukaan lapsen vanhemmat ovat  
lapsen ensisijaisia hoivaajia, ja vanhemmalle tulisi antaa mahdollisuus olla  
aktiivisesti lapsensa tukena akuutissa kiputilanteessa. Lapsen pelon sekä ki-  
vun on todettu vähenevän, kun vanhempaa on ohjeistettu hyvin lapsen ki-  
vunlievityksessä. Huonosti hoidettu kipu voi johtaa lapsen sairaalaa koh-  
taan tuntemaan pelkoon. Toimenpiteen jälkeen on tärkeää antaa lapselle  
positiivista palautetta ja mahdollisesti rohkeuspalkinto. (Lehtinen & Ravi  
2009, 10–18.)

Lapselle on tärkeää antaa riittävästi tietoa, mitä häneltä tutkitaan ja mitä  
tehdään. 5–6-vuotiaat lapset pelkäävät usein uusia ja hallitsemattomia asi-  
oita. Lapsen mielikuvitus ja tilanteiden hallitsemattomuus ovat asioita,  
mitkä vaikuttavat pelkojen muotoutumiseen. Lapsi voi pelätä uusia tilan-  
teita ja asioita etenkin vieraassa ympäristössä. Lapsen pelkoja voidaan vä-  
hentää lohduttelulla, silittelyllä ja rauhoittavalla äänellä puhumalla. Hoito-  
henkilökunta voi vähentää lapsen stressiä valitsemalla erilaisia hoitotapoja  
lapsen kanssa toimimiseen. Hoitohenkilökunta voi muun muassa mitata  
lapsen kuumetta korvakuumemittarilla tai kainalosta, antaa lääkettä suun  
kautta ja yrittää tehdä sairaalaympäristöstä enemmän kodinomaisen. Lap-  
selle voidaan antaa myös tarvittaessa rauhoittavaa lääkitystä ennen toimen-  
pidettä. (Lehtinen & Ravi 2009, 14–16.) Opaslehtinen helpottaa polikli-  
nikalla tapahtuvaan hoitoon tutustumista.

## **Opaslehtisen käytännön toteutus**

Opaslehtistä tehdessä tarkoitus oli saada sellainen tuotos, joka ei lisää lap-  
sen pelkoa ja jännitystä vaan lievittää niitä. Tätä silmällä pitäen opaslehti-  
seen valittiin kuvien lisäksi väritys- sekä piirrostehtäviä, jotta lapsi pysyisi  
rauhallisena ennen vastaanotolle menoa ja samalla lievittäisi lapsen jänni-

tystä sekä ahdistusta tulevaa tutkimusta tai hoitotoimenpidettä kohtaan. Hoitohenkilökunta keskustelee vanhemman kanssa ennen tutkimusta ja suunnittelee keinot, joilla lapsi saadaan valmisteltua mahdollisimman hyvin tutkimustilanteeseen. Lapsen rauhoittamiseksi sairaanhoitaja voi näyttää vanhemmalle lapsen rauhoituskeinoja, joita ovat muun muassa lapsen visuaalinen harhautus, tuntoaistin stimulaatio, laskeminen ja laulaminen. Useat tutkimukset ovat osoittaneet rauhoittamiskeinojen hyödyt ja lääkitsemisen tarpeen vähenemisen. (Kostjukova, Kärnä, Pajari, Ylivainio & Göransson 2015, 15–17.) Opaslehtisen puuhaosiot rauhoittavat lapsipotilasta ja vievät ajatuksia muualle tulevasta toimenpiteestä tai tulevasta hoidosta poliklinikalla.

Näyttöä voidaan hyödyntää potilaan hoitotyössä, mutta tällöin terveydenhuollon ammattihenkilön on tunnistettava luotettava ja asianmukainen tutkimustieto, jota hän käyttää työssään. Kliinistä päätöksentekoa tehdessä on osattava huomioida potilaan omat toiveet sekä odotukset hoitoon liittyen. Ennen kuin potilas tekee päätöksen omasta hoidostaan, hänelle on annettava tietoa eri hoitovaihtoehdoista ja näytöstä, joka tukee näitä vaihtoehtoja. Näyttö ilmenee monella eri tavalla, ja se voidaan konkretisoida työyhteisön potilastyössä ajatellen esimerkiksi toiminta- tai potilasohjeena, tarkastuslistana tai hoitotyön suosituksena. Näiden avulla on mahdollista ohjata hoidon toteutusta sekä keskeisten asioiden esille nostamista, jotka vaikuttavat hoidon lopputulokseen. (Holopainen ym. 2013, 15–18.) Opaslehtinen palvelee tarkoitustaan lapselle suunniteltuna potilasohjeena, auttaa häntä ymmärtämään poliklinikalla tapahtuvan hoidon kulun Puijopöllön sadunomaisen seikkailun avulla.

Henkilöstön osaaminen toimii voimavarana, ja sen tulee perustua näyttöön. Hoitotyön johtajan tehtävänä on tunnistaa työntekijöiden osaamisalueet, jolloin hän voi hyödyntää sekä vahvistaa sitä osaamista, joka on näytön kannalta merkityksellistä. Tärkeää on osata hakea sekä arvioida näyttöä oman työskentelynsä tueksi. Näyttöä on mahdollista käyttää myös koko organisaation hyväksi levittäen eri käytäntöjä, jotka on todettu toimiviksi aiemmin muualla. (Holopainen ym. 2013, 57–58.) Tulevien sairaanhoitajien on hyvä opetella taitoja, jotta osataan hakea luotettavaa näyttöä, tiivistää uutta tietoa sekä soveltaa ja levittää löydettyä tietoa käytännön työssä. Opaslehtinen toimii sairaanhoitajan antamana oppaana lapsipotilaan hoidon hahmottamisessa. Opaslehtiseen on koottu tarpeellinen tieto ja tarpeelliset kuvat tutkimusvälineistä lapsipotilaiden hoidon osalta. Holopaisen ym. (2013) mukaan potilaalle paras mahdollinen hoito voidaan toteuttaa siten, että toiminta ja käytännöt kehitetään näyttöön perustuvan

tiedon avulla. Ajantasainen, järjestelmällisesti koottu ja luotettava tutkimus on hyvä pohja käytäntöjä yhdistettäessä. Tutkimuksista kerätty tieto voidaan ottaa toimintaan mukaan, jolloin puhutaan näytön käyttöönnotosta. (Holopainen ym. 2013, 79.)

Kun tuloksia ja tuotoksia seurataan ja arvioidaan hankkeen aikana, se on vaikuttavuus- ja tuloksellisuus arviointia. Tämä jäsentää työskentelyä ja pitää kurssin oikeassa suunnassa päämäärään nähden. Muutoksia hankkeen toimintapiirissä kutsutaan vaikutuksiksi. Vaikutuksia ei aina voi ennakoida, ne voivat olla niin myönteisiä kuin kielteisiä. Vaikuttavuuden kautta syntyy tuloksia. (Hyttinen 2006, 65–68.) Opaslehtisen tekemistä voisi luonnehtia pienimuotoiseksi hankkeeksi, jossa on myös projektinomaisia piirteitä. Opaslehtisen vaikuttavuuden arviointi jää poliklinikan toteutettavaksi, koska sen toimivuus nähdään vasta käytännön työssä. Oppaan työstämisen aikana tuotoksia on arvioitu säännöllisesti. Opaslehtisen tekijät ovat yrittäneet asettaa lapsen ja vanhemman rooliin prosessin aikana mutta pitää mielessä myös hoidollinen näkökulma. Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikan henkilöstön kanssa on yhdessä pohdittu hankkeen aikana, millainen opaslehtinen palvelisi parhaiten kohderyhmän tarpeita. Prosessin aikainen arviointi koettiin hyväksi, ja suunnitelmia muutettiin työn tekemisen aikana, jos huomattiin, ettei jokin asia toimi. Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikan oman harkinnan mukaan voisi olla tarpeen jossain vaiheessa tutkia, onko opaslehtisestä ollut hyötyä. Vaikuttavuutta tulisi mitata niin henkilökunnan kuin potilaidenkin näkökulmasta.

## **Lapsipotilaan kanssa työskentely vaatii herkkyyttä ja suurta sydäntä**

Lapsuusaikana koetut pelot voivat pysyä tiukassa pitkään. Lasten kanssa työskennellessä tulisi olla rehellinen. Jos jokin tutkimus sattuu, pitäisi se rehellisesti kertoa lapselle. (Lehtinen & Ravi 2009, 10–18.) Kerran lapselle valehdeltu asia voi seurata hänen perässään vuosia. Kun lapselle esimerkiksi sanoo tutkimuksen sattuvan yhtä vähän kuin hyttynen pisto, sen tulisi myös sattua yhtä vähän. Lapsi ei usko tulevaisuudessakaan, mitä hänelle tutkimus- ja hoitotilanteissa sanotaan. Tämä tietysti osaltaan vaikeuttaa hoito- ja tutkimustilanteita, koska lapsi ei ole halukas yhteistyöhön.

Lapsipotilaan kanssa työskentely vaatii hoitohenkilökunnalta luovuutta hoitojen toteuttamisessa. Toiset lapset ovat herkempiä kuin toiset, mikä haastaa hoitohenkilökunnan huomioimaan lapsen kehitystason ja toimimaan lapsen kanssa sen mukaisesti. Hoitotyön tutkimussäätiön (2016)

mukaan haasteita henkilökunnan työhön tuo voimakkaasti hoitoa ja toimenpiteitä ennalta pelkäävät lapset, minkä takia opaslehtisen toivotaan toimivan lasta rauhoittavana materiaalina. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2016, 10–16.)

Koska hankkeen vaikuttavuus näkyy parhaiten vasta opaslehtisen pitempiaikaisen käytön aikana, tämä olisi hyvä jatkotutkimuksen aihe. Näkökulmia tutkimukseen on paljon. Aihetta voi lähestyä esimerkiksi siitä näkökulmasta, miten opaslehtinen on auttanut hoitohenkilöstöä työssään, miten lapset kokevat opaslehtisen tai kokevatko lasten vanhemmat, että opaslehtinen karkottaisi osan lapsen peloista. Työelämälähtöinen kehittäminen antoi tekijöille mahdollisuuden verkostolliseen työskentelyyn yhdessä poliklinikan henkilökunnan kanssa. Kehittämistyö auttoi oman ammatillisuuden kehittymistä teorian ja käytännön yhdistämisessä. Työn kautta avautui mahdollisuus perehtyä lapsipotilaan hoitoon poliklinikalla.

## LÄHTEET

- Holopainen, Arja; Junttila, Kristiina; Jylhä, Virpi; Korhonen, Anne & Seppänen, Salla 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.
- Hoitotyön tutkimussäätiö 2016. Hoitosuositus, tutkimus näytöllä tuloksiin. Leikki-ikäisen emotionaalinen tuki päiväkirurgisessa hoitotyössä. Viitattu 18.7.2016. [http://www.hotus.fi/system/files/Leikki-ik%C3%A4isen%20lapsen%20valmistaminen\\_suositus%20julkaistava%20%E2%80%93%20Kopio.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/Leikki-ik%C3%A4isen%20lapsen%20valmistaminen_suositus%20julkaistava%20%E2%80%93%20Kopio.pdf)
- Hyttinen, Nina K. 2006. Arviointi avuksi projektityöhön. Helsinki: Sininauhaliitto.
- Järveläinen, Jukka & Laukkanen, Jarmo 2012. Lapsen pelkojen lievittäminen sairaalahoitossa. Opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Viitattu 26.6.2016. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/40555/OPINN%20J%20Jaavelaainen%20j%20j%20Laukkanen.pdf?sequence=1>
- Koivuranta-Vaara, Päivi 2011. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas. Helsinki: Suomen kuntaliitto. Viitattu 26.7.2016. <http://hoidonvaikuttavuus.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf>
- Kostjukova, Titta; Kärnä, Niina; Pajari, Katri; Ylivainio, Jaana & Göransson Nina 2015. Kanta-Hämeen keskussairaala, näyttöön perustuvan toiminnan hanke. Läheisen huomioiminen potilaan hoidossa ja tutkimuksessa kanta-Hämeen keskussairaalassa. Viitattu 18.7.2016. <http://www.khshp.fi/img/file.php?id=628>
- Lehtinen, Kaisa & Ravi, Marja 2009. Lapsipotilaan huomioiminen päivystysvastaanotolla. Opinnäytetyö.
- Lahdenammattikorkeakoulu. Viitattu 18.7.2016. <http://docplayer.fi/3174425-Lapsipotilaan-huomioiminen-paivystysvastaanotolla.html>
- Liljamo, Pia; Kinnunen, Ulla-Mari & Ensio, Anneli 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. Viitattu 14.8.2016. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas\\_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1)
- Nurmiranta, Hanna; Leppämäki, Päivi & Horppu, Sari 2009. Kehityspsykologiaa lapsuudesta vanhuuteen. Helsinki: Kirjapaja.
- Rusanen, Erja 2011. Hoiva, kiintymys ja lapsen kehitys. Porvoo: Oy Finn Lectura Ab.
- Salmela, Marja 2010. Hospital-related fears and coping strategies on 4-6-year old children. University of Helsinki. Thesis. Viitattu 2.7.2016. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/22646/hospital.pdf?sequence=1>
- Storvik-Sydänmaa, Stiina; Tälvensaari, Helena; Kaisvuo, Terhi & Uotila, Niina 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

*Fält Satu, Harlin Suvi, Jämsä Mika, Pulkkinen Mari & Varonen Mari*

## 11 SAATTOHOITO-OPAS OMAISILLE KOIVURANTAAN

### Hyvä saattohoito

**N**oin 15 000 potilasta tarvitsee Suomessa vuosittain saattohoitoa. Saattohoitoa tarvitsevien potilaiden määrän on ennustettu lisääntyvän jatkuvasti väestön ikääntymisen myötä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.) Saattohoitoon erikoistuneita hoitokoteja toimii Suomessa tällä hetkellä neljä (Syöpäjärjestöt i.a.). Erityisosaamista saattohoidosta tulisi laajentaa saattohoitokotien ulkopuolelle (Hävölä, Kylmä & Rantanen 2015, 134).

Saattohoito on tärkeä osa hoitoketjua, mutta kuolemaa käsittelevää aiheutta on pidetty vaikeana ja pelottavana. Saattohoidon piirissä olevia ihmisiä hoidetaan useissa erilaisissa yksiköissä. Omaisten ja asiakkaiden tulisi keskustella hyvissä ajoin elämän loppuvaiheeseen liittyvistä toiveistaan hoitohenkilökunnan kanssa. Keskustelun avulla omaisten on helpompi hyväksyä asiakkaan toiveet ja toimia asiakkaan ehdoilla kunnioittaen hänen ihmisarvoaan. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2004, 569.) Potilaan kuormittava elämäntilanne kuoleman lähestyessä voi saada potilaan antamaan päätösvallan ammattilaisille, eikä potilas aina välttämättä tiedä kuinka osallistua päätöksentekoon. Osallistumisen edistäminen sekä potilaan mieltymysten ja elämäntilanteen huomioiminen näyttöön perustavassa toiminnassa edellyttävät henkilöstöltä vahvaa ammatillista tietoperustaa sekä tutkimusnäytön ja potilasta arvostavan lähestymistavan hallintaa. (Holopainen, Junttila, Korhonen & Seppänen 2013, 30.)

Tässä artikkelissa kuvataan kehittämistyötä, jossa tehtiin saattohoito-opas Koivurannan palvelukeskuksen asiakkaan omaisille. Oppaan on tarkoitus olla tukena omaisille vaikeiden asioiden käsittelyssä ja selkeyttää saattohoi-

toon liittyviä termejä. Myös meille tulevina sairaanhoitajina omaisten toivoma avoin keskustelu ja puheeksi ottaminen vaikeistakin aiheista on tärkeä huomioida ja muistaa.

## **Hyvän saattohoidon lähtökohdat**

Kehittämistyömme aihe syntyi Koivurannan palvelukeskuksen tarpeesta. Koivuranta on Pieksämäellä toimiva vanhusten palvelukeskus, joka sijaitsee kaupungin keskustan tuntumassa. Koivuranta on tehostetun palveluasumisen yksikkö, jossa on 30 asiakaspaikkaa. Palvelukeskus tarjoaa hoitoa ja hoivaa ympärivuorokautisesti ottaen huomioon palvelukokonaisuudessa asiakkaan tarpeet ja toiveet. Palvelukeskuksessa hoidetaan vuosittain useita saattohoidossa olevia asiakkaita (Koivurannan palvelukeskus i.a.). Aikaisemmin saattohoidossa olevien asiakkaiden omaisille ei ole ollut antaa kirjallista materiaalia siitä, mitä saattohoito tarkoittaa. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan (2010) potilaan ihmisarvon kunnioittamisesta ja hänen tarpeidensa ja toiveidensa täyttämistä lähtevä hyvä saattohoito on jokaisen oikeus (Hävölä ym. 2015, 134). Tämä oli lähtökohdana, kun oppaan tekemistä aloimme suunnitella.

Kehittämistyömme suunnitteluvaiheessa perehdyimme saattohoitoon liittyvään teoriaan. Suomessa on nykyisin käytössä kansalliset saattohoitosuositukset, mutta ei lainsäädännöllistä järjestämisvelvoitetta. Eurooppalainen saattohoidon tutkimus- ja kehittämishanke PACE 2014–2019 on osana valtakunnallisen saattohoidon kehittämistä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a). Elämän loppuvaiheen hoitoa säätelevät Suomen perustuslaki (731/1999), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, potilaslaki), laki asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2009, asiakaslaki), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), terveydenhuoltolaki (1326/2010) sekä sosiaalihuoltolaki (710/1982). (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b).

Säädöksissä korostetaan hoidettavan ihmisen autonomiaa, itsemääräämisoikeutta, koskemattomuutta ja ihmisarvon kunnioittamista. Jokaisella tulee olla oikeus laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun, oikeus saada tietoa omassa asiassa, oikeus hoidon yhdenvertaisuuteen sekä kärsimyksen lievittämiseen. Terveydenhuoltolaki (2010) edellyttää myös väestö- ja terveystietoihin perustuvien terveydenhuollon järjestämissuunnitelman mukaisten sairaanhoitopalveluiden järjestämisen. Sairausten hoitoon luetaan sairauden ehkäisemisen ja parantamisen lisäksi kärsimyksen lievittäminen. Tämä sisältää saattohoidon järjestämisen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 36, 44).



Potilaan ja omaisen on tärkeä ymmärtää, mitä itsemääräämisoikeus ja ihmisarvon kunnioittaminen tarkoittavat, minkä vuoksi käsitteitä on avattu oppaaseen selkokielellä. Asiakkaan näkökulman huomioimisen tärkeys tuotiin oppaassa selkeästi esille. Itsemääräämisoikeus ja ihmisarvon kunnioittaminen on sosiaali- ja terveydenhuollossa yksi johtava periaate. Se korostaa potilaan vapaaehtoisuutta suostumisessa erilaisiin hoito- ja tutkimustoimenpiteisiin. Potilaalla on oikeus tehdä häntä koskevia päätöksiä, ja hänellä on myös oikeus keskeyttää jo aloitettu toimenpide. Kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien tulee kunnioittaa päätöksiä, joita potilas tekee. (Valvira 2015). Saattohoidossa ihmisarvon kunnioittaminen on hyvän hoidon antamista, saattohoidossa olevan henkilön kunnioittamista sekä hänen mielipiteidensä ja toiveidensa arvostamista (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2003,7).

## **Asiakkaan näkökulma saattohoidossa**

Kehittämistyön alkuvaiheessa tapasimme Koivurannan palvelukeskuksen johtajan ja keskustelimme kehittämistyön tarkoituksesta. Päädyimme siihen, että paras tapa saada oppaan sisällöstä asiakkaalle ja omaisille suunnattu on kysyä sitä heiltä itseltään. Menetelmänä käytimme osallistavaa kehittämistä siten, että haastattelimme tähän työhön Koivurannan palvelukeskuksen asiakkaita ja heidän omaisiaan. Haastatteleamalla Koivurannan asiakkaita sekä heidän omaisiaan selvitimme mielipiteitä ja toiveita siitä, mitä he odottavat saattohoito-oppaalta. Haastattelujen myötä saimme selville, mitä saattohoidosta halutaan tietää ja millaisia ajatuksia heillä on tällä hetkellä aiheesta. Haastateltavien vähyys kertoo aiheen arkuudesta: saimme haastateltaviksi yhden asiakkaan ja kaksi omaista. Oppaan rakentamisessa sisältö valikoitui tutkimustiedon ja haastatteluista nousseiden toiveiden perusteella. Oppaassa on käsitelty niitä asioita, jotka auttavat omaisia ymmärtämään saattohoitoa asiakkaan näkökulmasta.

Saattohoidossa on tärkeää varmistaa asiakkaan sekä omaisen riittävä tiedonsaanti ja ymmärrys hoitoon liittyvistä käytännöistä (Valvira 2008). Haastateltavat toivoivat, että saattohoidosta keskusteltaisiin enemmän. Aihetta ei ollut käsitelty hoidon aikana juuri lainkaan, tai he olisivat halunneet keskustelua enemmän. Keskustelemalla riittävästi asioista ja kuuntelemalla asiakasta, hän tuntee olonsa turvallisemmaksi kuoleman lähestyessä. On tärkeää, että henkilökunta on hyvin ja yhdenmukaisesti perehtynyt yksikön käytäntöön, että asiakas saa halutessaan asianmukaista tietoa. Saattohoitoon hyvin perehtyneen henkilökunnan on myös helpompi ottaa asiat puheeksi asukkaiden ja heidän läheistensä kanssa. (Valvira 2008.)

Haastateltavat toivoivat enemmän tietoa saattohoitoon liittyvistä asioista, jotta asiakas ja omaiset pystyisivät tekemään päätöksiä riittävän ajoissa. Yksi haastateltu omainen totesi, että ”puoliso ei voi puhua, ja omaisena tahtoisin tietää mitä puoliso itse toivoisi”. Toivomus oli, että osaisi tehdä puolison olon mukavaksi. Tutkimusten mukaan asiakkaiden odotuksia ei aina huomioida riittävästi heitä koskevassa päätöksenteossa. Tämä on yleisempää tapauksissa, joissa asiakas itse ei osaa tai ei kykene aktiivisesti tuomaan hoitoaan koskevia odotuksia ja näkemyksiä aktiivisesti esiin. Näyttöön perustuvan päätöksenteon edellytys on asiakkaan oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Asiakkaalle tulee kertoa eri hoitovaihtoehtoja sekä niiden hyödyistä ja haitoista. Asiakasta on kuultava ja annettava hänen osallistua kykyjensä, halujensa ja voimavarojensa puitteissa itseään koskevaan päätöksentekoon. Mikäli hän ei siihen kykene, asiakkaan toiveet on pyrittävä selvittämään muilla tavoin. Henkilöstön ammattitaidolla asiakkaan mukaan ottamisessa tätä koskevaan päätöksentekoon on suuri merkitys. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 26–30.) Olemme huomioineet oppaassa keskustelun tarpeellisuuden. On ensiarvoisen tärkeää kuunnella asiakasta ja keskustella hänen kanssaan, jolloin voidaan luoda ihmisläheinen ja luottamuksellinen hoitosuhde asiakkaan ja hoitohenkilökunnan välille (Kemppari 2014, 15).

## **Loppuvaiheen hyvä elämä ja hoito**

Sana saattohoito herättää helposti omaisissa ahdistusta. Haastatteluissa sitä kuvattiin viimeiseksi pelottavaksi vaiheeksi ja yhteiselon päättymiseksi. Omaiset kokivat, että heillä ei oikein ollut tietoa siitä, mitä saattohoito tarkoittaa ja sisältää. Oppaassa selvitämme, että saattohoito on hyvää perushoitoa, joka on asiakkaan perustarpeista huolehtimista turvallisesti. Yhtä tärkeää on antaa tietoa myös omaisille ja toteuttaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Oppaassa on selvennetty myös elämän loppuvaiheeseen liittyviä käsitteitä eli hoitoneuvottelua, hoitotahtoa, palliatiivista hoitoa, palliatiivista sedaatiota sekä termejä, joita käytetään, jos asiakasta ei enää aleta elvyttää (kuten DNR). Monille ihmisille nämä käsitteet ovat epäselviä. Elämän keinotekoisien pidentämisen tarpeettomuudesta on kirjoitettu oma lukunsa. Omaisille on tärkeää, että hänen läheisensä saa kunnioittavaa huomioimista ja että myös omaista kunnioitetaan. Kuoleman jälkeen vainajan kunnioittaminen kuuluu myös hyvään saattohoitoon. (Kemppari 2014, 15; Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Oilviander & Puska, 2014, 568–569.)

Haastateltavat toivoivat saattohoidon olevan kiireetöntä, läsnäolevaa ja kivutonta hoitoa. Omaisen ja asiakkaan haastattelussa kivunhoito koettiin

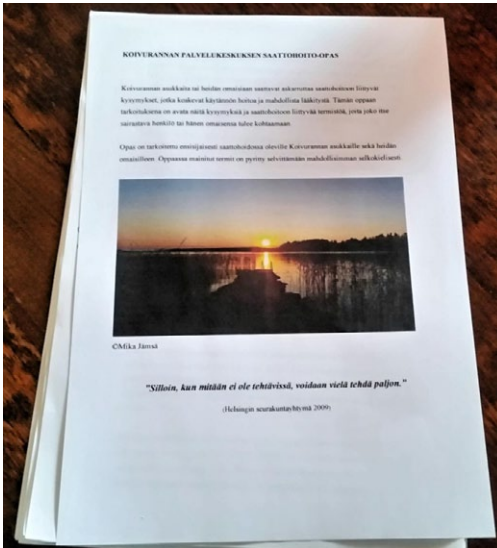
tärkeimmäksi asiaksi saattohoidossa. Toivomus oli, että hoidettavan ei tarvitsisi kärsiä yhtään ylimääräistä kipua. Kivunhoitoon liittyy monenlaisia pelkoja, joten oppaasta omaiset saavat tietoa siitä millaisia vaihtoehtoja kivunhoitoon on mahdollista käyttää. Hävölä, Kylmä ja Rantanen (2015) ovat tutkineet saattohoidossa olevan asiakkaan toivoa sekä sitä vahvistavia ja heikentäviä tekijöitä. Tutkimuksessa ihmisenä kuulluksi tulemisen toive sisälsi potilaan toiveen kuulluksi tulemisesta ja kohtelusta arvokkaana ihmisenä. Sekä potilaiden että hoitajien mukaan esiin nousi toiveita kivuttomuudesta ja kivun häviämisestä, levosta, unesta, rauhasta ja hyvästä olost. Kuoleman läheisyyteen liittyviä toiveita olivat potilaiden toiveet kuoleman tulemisesta sekä kauniista, rauhallisesta ja kivuttomasta kuolemasta. (Hävölä ym. 2015, 136, 138.)

Saattohoidossa kivunhoito on tärkeää, ja siihen kuuluu oireidenmukainen, portaittainen ja tehokas kivunhoito. Kipu pyritään aluksi pitämään poissa tavanomaisilla särkylääkkeillä, ja tarvittaessa siirrytään morfiiniin, jonka annostusta voidaan nostaa tarpeen mukaan. Morfiinilla on myös hengitystä helpottava vaikutus. Kipua voidaan hoitaa myös lääkkeettömästi, esimerkiksi kylmäpakkaukset, lämpöpakkaukset, asentohoidot, hieronta ja rentoutus auttavat kivunhallinnassa. Ei-lääketieteelliset toimenpiteet, kuten keskustelu, läsnäolo ja huomion siirtäminen pois kivusta musiikin tai kosketuksen avulla toimivat myös. Jokaisen ihmisen perusoikeuksiin kuuluu hoiva ja kivun hoidosta huolehtiminen hoidon rajauksista riippumatta. Paljon lääkitystä kuoleman läheisyydessä tarvitsevat hoidetaan usein sairaalassa tai kotisairaalan avustuksella palvelukeskuksessa. (Hänninen 2015; Koivurannan saattohoito-opas, 9–10.)

Määrittelimme oppaassa vastuunjakoja hoidon ja päätösten osalta sekä toimenpiteiden tarpeellisuuden tai tarpeettomuuden perusteita. Käypä hoito -suositus ohjaa elämän loppuvaiheen oireiden hoitoa ja lievittämistä. Ohjeet on annettu esimerkiksi hengenahdistuksen, kivun, pahoinvointi- ja suolisto-ongelmien, nielemisvaikeuksien, yskän, askiteksen, kuivumisen, suun kuivumisen ja kivun, raajojen turvotuksen, masennuksen ja sekavuuden hoitamiseen. Ohjeistus koskee myös tehostetun hoidon ja palliatiivisen sedaation tarvetta. (Riikola & Hänninen 2012). Oireet tulevat omaisille ja asiakkaille usein yllätyksenä, ja ne on hyvä tiedostaa kuoleman lähestyessä.

Omaisten on hyvä tietää, että hoitotahto on ihmisen ilmaisema tahto tai toive hoidostaan sairauden, onnettomuuden tai vanhuuden heikkouden varalle. Hoitotahdon avulla ihminen ilmaisee kantansa mahdollisiin hoitoratkaisuihin elämän pitkittämisen tai elämää ylläpitävien hoitojen lopettamisen suhteen. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2016.) Kenelläkään haastatelluista ei ollut hoitotahtoa olemassa,

asiasta ei ollut koskaan puhuttu, ja sitten se olikin jo myöhäistä. Terminä hoitotahto oli kaikille entuudestaan tuttu. Yksi omainen koki myös, että hän ei päättä puolisonsa puolesta asioista ainakaan tässä vaiheessa. Kuitenkin hän olisi halunnut keskustella asiasta henkilökunnan kanssa. Hoitolinjaukset on hyvä tehdä hyvissä ajoin yhdessä sairastuneen tai ikääntyneen ja hänen läheisensä kanssa kunnioittaen ihmisen omia toiveita ja elämäntarpeita. Hoitotahtoa sovelletaan tilanteessa, jossa ihminen ei enää itse kykene ottamaan kantaa hoitoonsa. Omaisten on hyvä tiedostaa, että hoitotahto voi sisältää myös kieltäytymisen hoidoista. Hoitotahto voidaan ilmaista joko suullisesti tai kirjallisesti ja se kirjataan potilaan tietoihin. Hoitotahtoa tulee noudattaa sekä kunnioittaa sellaisena kuin ihminen on sen itse määrännyt. Elämää pitkittävien hoitojen lopettamispäätös voidaan muuttaa, mikäli ihmisen tila kohentuu. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2016; Kaarlola 2009.) Hoitotahtoa ei voi muuttaa läheisten tahdon mukaisesti.



**KUVA 9. Saattohoito-opas Koivurantaan auttaa jatkossa omaisia.**

## Pohdinta

Elämän loppuvaiheeseen liittyy paljon erilaisia fyysisiä ja psyykkisiä tapahtumia. Kipu ja sen pelkääminen voivat aiheuttaa luopumisen surun lisäksi paljon ahdistusta. Saattohoidossa sairaanhoitajan kliiniseen osaami-

seen kuuluvat asiakkaan ja hänen läheistensä hyvinvoinnin ja jaksamisen tukeminen sekä kivun ja kärsimyksen lievittäminen myös elämän päätyessä – sisältäen sekä lääkkeettömän että lääkehoidon. Aihetta käsittelevien julkaisujen avulla saattohoitoa voidaan tuoda helpommin esille. Mitä enemmän aihe on esillä, sitä helpommaksi sen käsittely ja ymmärtäminen ihmisten mielissä tulee. Aiheen tulisi tavoittaa mahdollisimman paljon lukijoita. Tämä helpottaisi ihmisiä asennoitumaan oman elämänsä loppuvaiheen hoitovalmisteluihin. Kun ihmiset tuovat omat toiveensa esille hyvissä ajoin, saattohoito helpottuu.

Itsensä kehittäminen on osa sairaanhoitajan ammatti-identiteettiä. Tässä tehtävässä olemme yhdessä hakeneet tietoa ja jakaneet sitä toisillemme. Aiheeseen perehtyminen ja oppaan laatiminen on kasvattanut omaa asiantuntemustamme aiheesta huomattavasti. Olemme suunnitelleet ja organisoineet omaa toimintaamme käytettävissä olevien resurssien mukaisesti. Toivomme, että tuottamastamme oppaasta hyötyvät Koivurannan palvelukeskuksen asiakkaat ja heidän omaisensa sekä Koivurannan palvelukeskuksen oma henkilökunta. Aihe on herkkä, mutta toivomme että opas omalta osaltaan madaltaa kynnystä keskustella asiasta. Haastatteluissa esille nousut toive avoimemmasta keskustelusta onkin hyvä pitää jatkossa mielessä. Keskustelevalla ja asiakasta kuuntelevalla suhtautumisella asiakkaalle välittyy tunne siitä, että hänen omalla mielipiteellään on merkitystä ja että hän voi vaikuttaa itseään koskeviin päätöksiin. Riittävä tiedonsaanti ja osallistuminen hoitopäätöksiin lisäävät asiakkaan luottamusta siihen, että hän saa parasta mahdollista hoitoa. (Holopainen ym. 2013, 26–30).

Ihmiset ovat nykyisin tietoisempia omista oikeuksistaan, ja heillä on paljon odotuksia sosiaali- ja terveystalvueluista. He osaavat hakea paljon tietoa ja jakaa kokemuksiaan sosiaalisessa mediassa. Kaikki saatavilla oleva tieto ei ole luotettavaa, vaan se saattaa ohjata vääriin tulkintoihin muun muassa hoitomenetelmistä ja näin olla jopa vahingollisia. (Holopainen ym. 2013, 11.) Tämän vuoksi on tärkeää kehittää omaisille luotettavia lähteitä ja oppaita, joissa käytetään ainoastaan virallisia ja asianmukaisia lähteitä. Luotettavia lähteitä ovat esimerkiksi eri lait ja asetukset sekä käypä hoito -suositukset. Valmiin oppaan luovutamme Koivurannan palvelukeskukselle sähköisessä muodossa. Koivurannan palvelukeskus saa käyttää tekemäämme opasta haluamallaan tavalla ja jakaa sitä asiakkaille ja heidän omaisilleen. Oppaan ylläpitäminen ja päivittäminen jää Koivurannan palvelukeskuksen vastuulle. Oppaan arviointia tulemme saamaan myöhemmin, kun opas on saatu aktiiviseen käyttöön Koivurannan palvelukeskukseen.

## LÄHTEET

- Anttila, Kyllikki; Hirvelä, Mervi; Jaatinen, Tiina; Oilviander, Marjut & Puska, Eeva-Liisa. 2014. Sairaanhoito ja huolenpito. Helsinki, Sanoma Pro OY.
- ETENE-julkaisuja 36, 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012. Suunnitelmat ja toteutus, 6, 36, 44, 45 ja 46. <http://www.julkari.fi/handle/10024/104488>
- ETENE Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2003. Saattohoito – Valtakunnallinen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. <http://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>
- Helsingin seurakuntayhtymä 2009. Minä kuolen, apua -opas 10/2009. Viitattu 8.9.2016. [http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/D9D1164E7920B6EDC225773D0029FA41/\\$FILE/Mina\\_kuolen\\_apua-opas.pdf](http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/D9D1164E7920B6EDC225773D0029FA41/$FILE/Mina_kuolen_apua-opas.pdf).
- Hänninen Juha 2015. Saattohoito, potilaan ja omaisen opas. Viitattu 1.10.2016. <http://etela--suomensyopayhdistys-fi-bin.directo.fi/@Bin/1e3383cb8d9313689426bfd05b75a8e4/1473315780/application/pdf/873699/Saattohoito-opas%2014.%20uudistettu%20painos%202015.pdf>
- Hävölä, Hanna; Kylmä, Jari; Rantanen, Anja 2015. Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina. *Hoitotiede* 2015, 27 (2), 132-147.
- Holopainen, Arja; Junttila, Kristiina; Jylhä, Virpi; Korhonen, Anne & Seppänen, Salla 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.
- Iivanainen, Ansa; Jauhiainen, Mari & Pikkarainen Pirjo 2004. Hoitamisen taito. Keruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Jyväskylän yliopisto i.a. Kielikompassi. Viitattu 25.9.2016. [https://kielikompassi.jyu.fi/resurssikartta/netro/pankki/parametrit\\_moodi\\_kuva\\_teht.shtml](https://kielikompassi.jyu.fi/resurssikartta/netro/pankki/parametrit_moodi_kuva_teht.shtml)
- Kaarlola, Anne 2009. Teho- ja valvontahoitotyön opas. [http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/aho/koti?p\\_artikkeli=tht00281&p\\_haku=saattohoito](http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00281&p_haku=saattohoito)
- Kemppari, Jaana 2014. Saattohoidon arki ja pyhä. Lahden diakonian instituutti. Viitattu 8.8.2016. [http://www.dila.fi/files/1479/Saattohoidon\\_arki\\_ja\\_pyha\\_Jaana\\_Kemppari.pdf](http://www.dila.fi/files/1479/Saattohoidon_arki_ja_pyha_Jaana_Kemppari.pdf)
- Koivurannan palvelukeskus i.a. Viitattu 7.8.2016. [https://www.koivurannanpalvelukeskus.fi/Lainsaadantoa\\_ja\\_ohjeita](https://www.koivurannanpalvelukeskus.fi/Lainsaadantoa_ja_ohjeita)
- Lainsäädäntöä ja ohjeita. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/comparing-the-effectiveness-of-palliative-care-for-elderly-people-in-long-term-care-facilities/lainsaadantoa-ja-ohjeita>
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2016. Mikä on hoitotahto? Viitattu 11.2.2016. [www.pkssk.fi](http://www.pkssk.fi) - Sairaalapalvelut - Saattohoito - Hoidon linjaus - Hoitotahto. <http://www.pkssk.fi/hoitotahto>
- Riikola, Teija; Hänninen, Juha 20.12.2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Duodecim terveyskirjasto. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu 11.2.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi.anna.diak.fi:2048/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=khp00072&p\\_haku=saattohoito](http://www.terveyskirjasto.fi.anna.diak.fi:2048/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00072&p_haku=saattohoito)

- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. 2010:6. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderd=1087414&name=DLFE-12411.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderd=1087414&name=DLFE-12411.pdf)
- Syöpäjärjestöt i.a. Saattohoito. Viitattu 8.9.2016. <https://www.kaikkisyovasta.fi/hoito-ja-kuntoutus/saattohoito/>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a, i.a. Eurooppalainen saattohoidon tutkimus- ja kehittämishanke PACE 2014-2019. Yleisesite ikääntyneiden elämän loppuvaiheen hoidon EU-hankkeesta. Viitattu 10.2.2016.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b, i.a. Tutkimus ja asiantuntijatyö. Hankkeet ja ohjelmat. Comparing the effectiveness of palliative care for elderly people in long term care facilities in Europe – PACE.
- Työterveyslaitos 2014, 16.05.2014. Osallistavakehittäminen. Viitattu 7.9.2016. [http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso\\_ja\\_esimiestyo/muutoksen\\_hallinta\\_ja\\_kehittaminen/osallistava\\_kehittaminen/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ja_esimiestyo/muutoksen_hallinta_ja_kehittaminen/osallistava_kehittaminen/sivut/default.aspx)
- Valvira 2015, 2.6.2015. Potilaan itsemääräämisoikeus. Viitattu 7.8.2016. <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaramisoikeus>
- Valvira 2008, 8.12.2008. Saattohoito. Viitattu 7.8.2016. [http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito/saattohoito](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito)





## 12 LIIKKUVAN PÄIVÄKESKUKSEN TOIMINTA JA KEHITTÄMISMAHDOLLISUUDET KUOPIOSSA

### Johdanto

Artikkelissa kuvataan Sirkkulanpuiston toimintayhdistys ry:n hallinnoimaa ja Raha-automaattiyhdistyksen (RAY:n) rahoittamaa *Liikkuva Päiväkeskus -hanketta*, jonka tarkoituksena on tarjota sosiaalista apua ja tukea pääasiassa syrjäytyneille ja syrjäytymisriskissä oleville ihmisille heidän omassa elinympäristössään Kuopion seudulla. Hanke käynnistyi vuonna 2012 ja päättyi vuoden 2015 lopussa, sillä jatkorahoitusta toiminnalle ei myönnetty. Artikkelin avaa liikkuvien sosiaali- ja terveyspalvelujen toimintaideaa ja osallistuu ajankohtaiseen keskusteluun siitä, millä tavoin yhteistyötä sosiaali- ja terveyspalveluissa voidaan kehittää liikkuvien palvelujen osalta. Voidaanko esimerkiksi terveydenhuollon pientoimenpiteitä, terveysneuvontaa ja palveluohjausta tarjota kansalaisille moniammatillisesti liikkuvien palvelujen kautta? Artikkelin on osa Diakonia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijä Heli Leikkaan opinnäytetyötä (ks. Leikas 2016.)

Sirkkulanpuiston toimintayhdistys ry on 1980-luvulla perustettu kuopiolainen raittius- ja kansanterveysjärjestö, jonka toiminta perustui alun perin kansalaisten oma-apuun, vertaistukeen ja osallisuuteen. Ensimmäiseen kymmeneen vuoteen yhdistyksellä ei ollut palkallisia työntekijöitä, vaan sosiaalipalveluita tarvitsevat ihmiset auttoivat itse itseään. Reilun 30 vuoden aikana toiminta on muovautunut ja muuttunut ihmisten tarpeiden mukaan. Tällä hetkellä Sirkkulanpuiston toimintayhdistyksen työntekijöistä noin puolet toimii palvelutoiminnassa ja puolet RAY:n rahoittamassa ke-

hittämis- ja hanketoiminnassa. (Suonio, Pekonen, Meriluoto, Ruuskanen & Mönkkönen 2015.) Nykyisen kansalaistoiminnan osa-alueet kohdistuvat huono-osaisten edunvalvontaan, vertais- ja vapaaehtoistoimintaan, päiväkeskustoimintaan ja leireihin (Sirkkulanpuiston toimintayhdistys ry i.a.). Järjestön tehtävänä on puolustaa niitä heikompiosaisia, jotka kohtaavat ongelmia yhteiskunnassa ja ovat liukumassa pois palveluista. Vaikka suomalainen yhteiskunta on kehittynyt paljon toimintayhdistyksen olemassa olon aikana, edelleen työlle on olemassa vahva tarve. Kireä taloustilanteemme ja sosiaali- ja terveysalan suuret muutokset haastavat järjestöjä olemaan aktiivisia vaikuttajia sekä toisaalta puolustamaan heikommassa asemassa olevia yksilöitä.

## **Liikkuvat sosiaali- ja terveyspalvelut palvelumuotona**

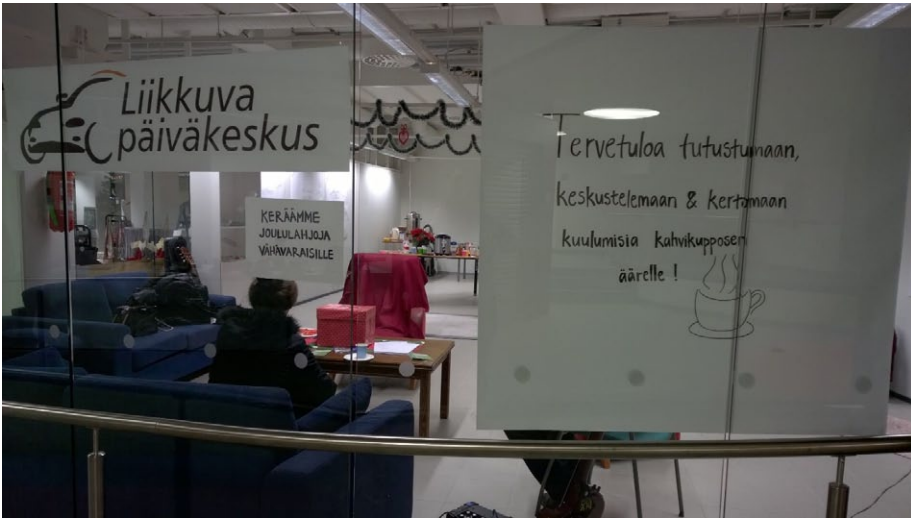
Yksi yhteiskunnan haaste on sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tason säilyttäminen kohtuullisin kustannuksin ja niiden saatavuuden varmistaminen. Suomessa on käyty pitkään keskustelua palvelutuotannon uudistamistarpeista. Keväällä 2014 ratkaistun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen tavoitteena on edistää suomalaisten hyvinvointia ja terveyttä, taata yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut kaikille kansalaisille, varmistaa toimivat hoito- ja palveluketjut sekä turvata näiden palveluiden rahoitus. (Sosiaali ja terveysministeriö i.a.) Liikkuvat palvelut voivat olla yksi menetelmä täydentää perinteistä keskitettyä palveluntarjontaa, ja ne voivat olla myös yksi ratkaisu haja-asutusalueiden palvelutarpeisiin.

Liikkuvat palvelut ovat toimintamuoto, jossa palvelu tuotetaan ja tarjotaan asiakkaalle lähellä hänen elinympäristöään. Liikkuvista palveluista puhuttaessa hyödynnetään monitoimiautoja tai palvelut ovat sellaisia, jotka pystytään viemään kotiympäristöön. Onnistuneissa liikkuvien palvelujen kokonaisuuksissa on mietitty ja suunniteltu yhteistyö eri toimijoiden kanssa, millä vältetään päällekkäistä toimintaa. (Ks. Tarkiainen & Valoheimo 2015; Immonen ym. 2012.) Liikkuva Päiväkeskus tarjoaa palveluita kaikille ihmisille, jotka tarvitsevat sisältöä arkeensa. Monet asiakkaat ovat syrjäytyneet yhteiskuntamme palveluista, ja kynnys osallistua ja vaikuttaa eri elämän osa-alueisiin voi olla korkea. Usean asiakkaan arjessa ovat syrjäytymisen lisäksi läsnä mielenterveys- ja päihdeongelmat, jotka omalta osaltaan vaikeuttavat tarttumista olemassa olevaan palvelutarjontaan. Madaltamalla kynnystä ja tuomalla palvelut asiakkaan omaan elinympäristöön voidaan osallistumisen mahdollisuuteen vaikuttaa positiivisesti. Liikkuva Päiväkeskus tarjoaa seuraa, tukea, neuvontaa ja konkreettista virkistystoimintaa toi-

mintaan osallistuvien tarpeiden mukaisesti. (Sirkkulanpuiston toimintayhdistys ry. 2016.)

Uusia palvelumuotoja ja -malleja on testattu hankkeiden avulla. Roi-  
vaisen (2008) mukaan erilaisissa kehittämishankkeissa on nähtävillä inno-  
vatiivisuutta, kokeilevaa toimintaa ja luovuutta. Usein näissä hankkeissa  
myös puhutaan verkostomaisesta moniammatillisesta työstä. Liikkuva päi-  
väkeskus on toimintamuoto, joka on kehitetty terveystietokioskien tyyppises-  
ti, pääpainon ollessa kuitenkin sosiaalisessa ja toiminnallisessa tarjonnassa  
ja tuessa. Päätehtävänä toimintamuodolla on viedä tarjonta ihmisten ulot-  
tuville heidän omaan asuinympäristöönsä Kuopion esikaupungin alueille  
ja asutuskeskuksiin. Toiminta voi olla yhteistä tekemistä alueen asukkai-  
den kesken, mutta myös yksilöllisempää ja hyvinkin konkreettista, kuten  
kuljetusapua virastoihin tai terveydenhuollon piiriin. Toimintaa toteute-  
taan matalan kynnyksen periaatteiden mukaisesti ja toimintaan ovat terve-  
tulleita kaikki ihmiset taustoistaan riippumatta. Päätaavoitteena toiminnalla  
on tavoittaa ne henkilöt, jotka eivät omatoimisesti hakeudu valmiina ole-  
vien päiväkeskusten tai muiden tarjolla olevien palvelujen piiriin. Liikkuva  
päiväkeskus pyrkii omalla toiminnallaan aktivoimaan eri elämäntilanteissa  
olevia ihmisiä tarjoamalla mielekästä tekemistä ja yhteisöllisyyttä. Parhaim-  
millaan toiminnalla voidaan vaikuttaa ihmisten hyvinvointiin yksilöllisel-  
lä tasolla muun muassa lieventämällä yksinäisyyttä ja tarjoamalla vaihtoeht-  
toista toimintaa päihtekäytölle, mutta toiminnalla voi olla positiivisia  
vaikutuksia myös laajemmin, esimerkiksi alueellisten häiriöiden vähenemi-  
sessä. Toiminnalla voidaan nähdä olevan myös ennaltaehkäisevä merkitys  
ennen ongelmien syntymistä ja kasautumista. Ongelmien varhainen tun-  
nistaminen ja niihin puuttuminen on myös taloudellisesti kannattavam-  
paa pitkällä aikavälillä tarkasteltuna. (Sirkkulanpuiston toimintayhdistys ry  
2016; ks. Pohjola 2010.)

Matalan kynnyksen toimintaan pääsevät osallistumaan kaikki halukkaat.  
Esimerkiksi lähiöt, joihin toimintaa viedään, ovat asukaskunnaltaan hyvin  
erilaisia, joten kohderyhmää ei voi tarkasti rajata. Ihmisten sosiaalisen ja  
toiminnallisen tarjonnan itsenäinen jatkaminen asuinalueilla on myös ta-  
voittelemisen arvoinen asia. (Sirkkulanpuiston toimintayhdistys ry 2016.)  
Päivätoiminnan pyrkimyksenä on tukea ihmisten elämänhallinnan rak-  
entumista ja vahvistamista, kun mukaan tulevat ihmiset ottavat vastuuta  
omasta arjestaan ja asioistaan. Toimintamuodot valikoituvat asiakkaiden  
tarpeiden ja toiveiden mukaan. Yhtäältä kyse on lähiön ja sen asukkaiden  
aktivoinnista, sekä toisaalta syrjäytymisriskissä olevien tai syrjäytyneiden  
liittämisestä takaisin yhteiskuntaan erilaisten toimintamuotojen avulla.



**KUVA 10. Liikkuvan päiväkeskuksen yhteisötila kauppakeskus Apajassa Kuopiossa.**

## Kohderyhmän tavoitettavuus

Liikkuvia palveluja palvelumuotona on tarjolla verrattain niukasti erityisesti päihdetyön kentällä, ja kotimaisia tutkimuksia aiheesta on olemassa varsin vähän. Helsingin Diakonissalaitos tarjoaa *liikkuvat palvelut -toimintamuotoa* suomenkisäisesti huumeita käyttäville henkilöille pääkaupunkiseudulla. Toiminnan päämääränä on tavoittaa kentällä olevia huumeiden käyttäjiä ja madaltaa hoitoon hakeutumisen kynnystä (Helsingin Diakonissalaitos i.a.). Liikkuvia palveluita on tarjolla jonkin verran myös nuoris- sekä vanhustyössä eri puolilla maata, ja niistä on saatu varsin hyviä kokemuksia. Esimerkiksi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoiminta EKSOTella on käytössä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tarjoava Mallu-auto. Monitoimintautossa tehdään terveydenhuollon pientoimenpiteitä, annetaan terveysneuvontaa ja tarjolla on myös etälääkärin vastaanottoa ja satunnaisesti erilaisia teemapäiviä. (Ks. Eksote 2016.)

Onko toimintamuoto tarpeellinen ja tavoitattaako se kohderyhmää tai millaista vaikuttavuutta toiminnalla on, on vaikea arvioida. Piirainen (2010) on tarkastellut arviointitutkimuksen näkökulmasta syrjäytymisen vastaisen toiminnan vaikuttavuutta, ja hän on todennut, että erilaisten hankkeiden vaikutuksia kohderyhmilleen on monilta osin mahdotonta arvioida, mut-



## Moniammatillisen yhteistyön tavoite liikkuvissa palveluissa

Kokonaisvaltaiseen asiakkaan huomioimiseen tarvitaan moniammatillista yhteistyötä. Moniammatillisen yhteistyön tavoitteena on, että eri ammateissa toimivat henkilöt muodostavat yhdessä toisia täydentävän kokonaisuuden, jonka avulla pyritään yhteiseen päämäärään. (Isoherranen 2005, 8.) Sosiaali- ja terveydenhuollossa, kuten myös päiväkeskustyössä keskiössä on asiakas, jonka määrittelemme vahvasti yhdeksi tiimin jäseneksi. Yhteiseen päämäärään ei toiminnassa päästä, jos asiakas jää toiminnan reuna-alueelle. Väisänen (2011) on tarkastellut Itä-Suomen päihdetyön hankkeita, ja hänen mukaansa yhteistyöverkostojen toiminta on painottunut suurimmassa osin hankkeita terveysalan toimijoiden varaan. Toki moniammatillinen yhteistyö on voinut kehittyä viimeisen viiden vuoden aikana, mutta tässä tarkastelussa moniammatillinen yhteistyö näyttää varsin ohuelta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ja Nuorisotutkimusverkosto ovat toteuttaneet tutkimushankkeen Nuoret luukulla (2015), jonka mukaan syrjäytyneet nuoret ovat muuta väestöä sairaampia. Sairaudet aiheuttavat omalta osaltaan syrjäytymistä, ja toisaalta syrjäytyminen aiheuttaa sairautta. Sama ilmiö pätee myös aikuisväestön joukossa. Tutkimuksen mukaan asiakkaat tuntuvat arvostavan henkilökohtaista palvelua ja he tarvitsevat matalan kynnyksen, yhden luukun palvelua, jossa asiakas huomioidaan kokonaisvaltaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö i.a.a.)

Terveysneuvonta ja palveluohjaus ovat tärkeitä käsitteitä, kun pohdimme terveydenhuollon roolia liikkuvissa palveluissa. Terveysneuvonta on terveyttä edistävien, sairauksia ehkäisevien ja hoitoa koskevien kysymysten käsittelyä. Terveysneuvonnan tavoitteena on edistää terveyttä, ja se kuuluu kaikille terveydenhuollossa työskenteleville henkilöille. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 16.) Syrjäytyneisyys, päihteiden käyttö ja mielenterveysongelmat saattavat vaikuttaa yksilön valmiuteen huolehtia omasta fyysisestä terveydestään. Esimerkiksi alkoholin käyttöön liittyy monia terveysriskejä, ja alkoholin ongelmakäyttö voi vahingoittaa lähes jokaista elintä. Terveysongelmien vuoksi runsas alkoholin käyttö lisää merkittävästi myös kokonaiskuolleisuutta raittiisiin verrattuna. (Käypä hoito, Alkoholi-ongelman hoito 2015.) Terveysneuvonnalla voidaan vaikuttaa lisäämällä ihmisten tietoisuutta terveyteen liittyvissä kysymyksissä.

Palveluohjaus on koordinoitua yhteistyötä, jonka tavoitteena on edistää yhteistoimintaa eri organisaatioiden välillä asiakkaan hyväksi. Se on työtapaa, joka korostaa asiakkaan etua. Käsitteenä palveluohjaus tarkoittaa sekä asiakas-



työn menetelmää että palveluiden yhteensovittamista organisaatioiden tasolla. Osana palvelujen suunnittelua toimivat palvelujen tarpeen arviointi sekä asiakkaan voimavarojen kartoitus. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015.)

*Liikkuva Päiväkeskus -hanke* tuotti sosiaalisia tukimuotoja ja palveluja. Varsinaisesti terveydenhuollolla ei ollut toiminnassa roolia. Terveydenhuolto voisi kuitenkin ottaa oman paikkansa toiminnassa, sillä liittämällä terveyspalvelut sosiaalisen tuen muotoihin, asiakkaita voitaisiin tukea entistä kokonaisvaltaisemmin ”yhdeksi luukulta” omassa elinpiirissä. Kartoitettaessa terveydenhuollon mahdollista roolia liikkuvissa palveluissa on huomioidava olemassa olevat resurssit ja elementit. Terveyttä edistävien toimien tulee käytännössä olla sen tyyppisiä, että toiminta liikkuvassa yksikössä tai jossakin yleisessä paikassa on mahdollista. Tämä luonnollisesti rajaa pois jonkin verran toimintaa ja palveluvalikoimaa. Käytännössä terveydenhuollon toiminta, jonka liittäminen liikkuvaan palveluun olisi mahdollista, voisi olla esimerkiksi terveysneuvontaa, palveluohjausta ja pientoimenpiteitä, kuten haavanhoitoa, verenpaineen ja -sokerin mittausta. Melko vaivattomia terveydenhoidollisia toimia liikkuvissa palveluissa voisivat olla myös esimerkiksi verensokerin ja -paineen mittaus. Mittausvälineistöä on helppo liikutella mukana, ja toimenpide onnistuu lähes missä tahansa. Vaikka edellä mainitut toimenpiteet ovat melko yksinkertaisia ja helposti toteutettavia, niiden avulla voidaan havaita fyysiseen hyvinvointiin merkittävästi vaikuttavia riskitekijöitä. Näiden lisäksi liikkuviin palveluihin olisi mahdollista liittää muitakin asiakkaiden tarpeiden mukaisia pientoimenpiteitä, jotka eivät vaadi suuria laitteistoja tai sairaalatasoista aseptiikan huomioimista. Lähtökohtaisesti palveluvalikoiman tulisi olla asiakaslähtöistä.

Terveydenhuollon taho voisi olla mukana toiminnassa myös erilaisten terveyteen liittyvien teemapäivien muodossa. Käytännön kehittämisenäkökulmia ja ratkaisuja varmasti löytyisi, kun tarkastelisi aiemmin mainitun Eksoten tarjoamia liikkuvia sosiaali- ja terveyspalveluita tai vastaavia palveluita, joita on tarjolla eri puolilla maata. Toimivat ideat ovat hyödynnettävissä, vaikka niitä ei ole aiemmin testattu liikkuvan päiväkeskuksen kontekstissa ja toimintaympäristössä.

## **Yhteistyötahot Kuopiossa**

Yhteistyötahoja kartoitettaessa yhteyttä otettiin eri terveydenhuollon toimijoihin Kuopion alueella ja heitä haastateltiin joko kasvotusten, puhelimitse tai sähköpostin välityksellä. Tavoitteena oli selvittää, minkä tahojen

kanssa yhteistyötä voisi suunnitella liikkuvan päiväkeskustoiminnan kontekstissa. Potentiaalisimmiksi vaihtoehdoiksi nousivat Terve Kuopio -kioski sekä Suomen punainen risti (SPR). SPR:n Kuopion osastolla oli karitoitushetkellä muun muassa kaupungin asukastuvilla ja muilla vastaavilla paikoilla keskustan ulkopuolella toimivia terveystoimintoja. Pisteissä annetaan käypä hoito -suositusten mukaista terveystoimintaa, opastusta, verenpainemittauksia ja -sokerin mittausta. Matalan kynnyksen hengen mukaan asiakkaat asioivat toimipaikassa nimettöminä. Toiminta on vapaaehtois pohjaista, ja toimintaa toteuttavat vapaaehtoiset terveydenhuollon ammattilaiset. Tämän lisäksi toimii kiertävä terveystoimintapiste eri paikoissa ja tilaisuuksissa tarpeen mukaan. (Karjalainen 2016.)

Terve Kuopio -kioskin toiminta on osa Kuopion kaupungin peruspalveluja ja toimii ilman ajanvarausta. Henkilökunta koostuu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista. Kioskilla asiakkaita neuvotaan ja ohjataan ottamaan vastuuta itsehoidostaan. Heitä myös tuetaan omahoidossa ja ohjataan tarvittaessa eri toimijoiden palvelujen piiriin. Terve Kuopio -kioskilla järjestetään myös teemapäiviä alueellisesti yhdessä kumppanuustoimijoiden kanssa, esimerkiksi kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. (Kuopion kaupunki, Terve Kuopio -kioskin toiminta i.a.)

Sekä SPR että Terve Kuopio -kioski toimivat matalan kynnyksen periaatteella, mutta ne edellyttävät asiakkaiden paikalle tuloa sinne, missä palvelua annetaan. *Liikkuva Päiväkeskus -hankkeen* alkuaikoina Terve Kuopio -kioski oli jossakin määrin mukana liikkuvassa toiminnassa, mutta yhteistyö tyrehtyi toimintakaudella. Suurin syy tähän oli resurssipula; kioskilla on niin paljon kävijöitä päivittäin, ettei irrottautuminen työpisteestä liikkuvaan palveluun ollut tällöin mahdollista. SPR:n toiminta perustuu vapaaehtoisuuteen, joten mahdollista olisi vapaaehtoisen terveydenhuollon ammattilaisen mukaan tulo liikkuvaan toimintaan.

Pohjois-Savon alueelle on suunnitteilla SOTE -palvelutuotantoa, minkä vuoksi eri palvelumuodot ja niiden kehittäminen ovat ajankohtainen puheenaihe. Pohjois-Savon alueella ei ole vielä juurikaan ollut käytössä liikkuvia palveluita, joten muiden kokemukset, tieto vaikuttavuudesta ja kustannuksista ovat vielä selvityksen alla. (Tikkanen 2016.) *Hyvinvointikioski -hankkeessa* (2011–2014) Ylä-Savossa oli jonkin aikaa käytössä liikkuva yksikkö, mutta lopulta toiminta muotoutui toimintaan monipalvelupisteeksi, joka oli matalan kynnyksen asiakaslähtöinen, asiakkaiden omaehtoista hyvinvointia ja terveyttä edistävä yksikkö. Palvelumuotona liikkuvat palvelut nähdään yhtenä mahdollisuutena uudistuvassa palvelutuotantomallissa, mutta suunnittelu- ja kehittämistyö on vielä kesken.



## Pohdinta

Kaiken kaikkiaan liikkuvissa palveluissa nähdään toiminnan kehittämisen mahdollisuuksia toimintamuodoksi, joka pystyy vastaamaan ihmisten muuttuviin tarpeisiin. Liikkuva palvelu voi paikata palvelujen saatavuutta siellä, missä palvelupisteet ovat harvassa, mutta se myös tavoittaa ihmisiä, joiden hakeutuminen olemassa olevien palvelujen piiriin on syystä tai toisesta vaikeaa. Yhtenä osana palvelujärjestelmän uudistamista liikkuvat palvelut ovat kiinnostava ja tervetullut palvelumuoto. Keskitetyissä palveluissa kiinteät kustannukset ovat suuret, mutta toisaalta yksittäisen asiakkaan kotiin vietävät palvelut sitovat henkilöstöresursseja ja kotiympäristössä palveluntarjonta voi olla melko rajoittunutta. Toimintamallin vakiinnuttamista ajatellen organisaatiolta vaaditaan jatkossa toimenpiteitä. Liikkuva päiväkeskus toimi RAY:n rahoituksella ja jatkuvuuden kannalta on tärkeää kiinnittää toimintamalli osaksi jo olevaa rakennetta. Tärkeää on myös palvelumallin tunnettavuuden lisääminen sekä ammattilaisten että asiakkaiden piirissä. Vaikka liikkuvassa päiväkeskuksessa ajatuksena on viedä palvelu asiakkaan luokse, palvelee se parhaimmillaan suurempaa asiakasjoukkoa, kuten tietyn asuinalueen väestöä. Terveyspalveluiden ja psyykkisen hyvinvoinnin tukemisen lisäksi oman lisäarvonsa tuo sosiaalistumisen elementti; lähelle tuotava palvelu madaltaa kynnystä osallistua ja näin ollen kohdata muita ihmisiä. Sosiaalisilla verkostoilla ja kiinnittymisellä yhteiskuntaan on suuri merkitys ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia ajatellen. Ihminen on psyykkis-fyysis-sosiaalinen kokonaisuus, ja huomioimalla nämä kaikki osa-alueet voimme edesauttaa kokonaisvaltaisesti ihmisten hyvinvointia. Kokonaisuus on enemmän kuin osiensa summa, mikä todettiin myös hankkeessa.

Lisäksi voi myös pohtia moniammatillisen yhteistyömallin hyödyntämistä, missä julkisen ja kolmannen sektorin toimijat tekisivät aitoa yhteistoimintaa. Miksi ei voisi ajatella, että liikkuva päiväkeskus rakentuisi palvelumalliksi, jossa toimijoita on mukana terveydenhuollosta, sosiaalitoimesta, järjestöistä tai seurakunnista. Tämä toki vaatisi vastuiden sopimista ja resurssikeskustelua sekä yhteistoiminnan suunnittelua ennen toteutusta. Voi hyvin kysyä, ovatko edellä mainitut toimijat vielä liian kaukana toisistaan omilla kentillä tehdäkseen yhteistyötä vai onko aika jo kypsä yhteistoteutuksena tuotettaville liikkuville palveluille. Liikkuvassa palvelumallissa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten on lähdettävä asiakkaiden pariin lähiöihin ja kulmakunnille pois toimistoista ja tutuista työympäristöistä. Tulevaisuus osoittaa, jäikö liikkuva päiväkeskus hankekokeiluksi vai lähetevätkö sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset rakentamaan moniammatillista yhteistyötä ja työskentelemään ihmisten pariin kentälle.

## LÄHTEET

- Helsingin Diakonissalaitos i.a. Terveysneuvontapalvelut suonensisäisiä huumeita käyttäville. Viitattu 19.1.2016. <http://stm.fi/documents/1271139/1448516/Syrj%C3%A4ytymisen+v%C3%A4hent%C3%A4minen+loppuarvio+16.4.2015+%284%29.pdf/2e6be4ae-72a5-4c94-a1ff-7ae2e389af04>.
- Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskuslaitos, Eksote 2016. Sosiaali- ja terveystieteiden palvelut. Viitattu 27.8.2016. <http://www.eksote.fi/Sivut/default.aspx>
- Immonen, Mika; Koivuniemi, Jouni; Natunen, Sanna & Laasonen, Kaisa 2012. Liikkuvat palvelukonseptit hyvinvointipalvelujärjestelmässä: Ikäihmisten hyvinvointipalvelutarpeet Etelä-Karjalan haja-asutusalueella. Viitattu 1.2.2016. [http://www.lut.fi/documents/27578/78705/TBRC+Working+Papers+24\\_Liikkuvat+palvelukonseptit+hyvinvointipalveluj%C3%A4rjestelm%C3%A4ss%C3%A4.pdf/15c91623-a802-480c-9e81-98c2f676cb90](http://www.lut.fi/documents/27578/78705/TBRC+Working+Papers+24_Liikkuvat+palvelukonseptit+hyvinvointipalveluj%C3%A4rjestelm%C3%A4ss%C3%A4.pdf/15c91623-a802-480c-9e81-98c2f676cb90).
- Isoherranen, Kaarina 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.
- Karjalainen, Pirkko 2016. SPR Kuopion hallituksen jäsen, terveystieteiden vapaaehtoinen. Henkilökohtainen tiedoksianto 28.1.2016.
- Kuopion kaupunki, Terve Kuopio-kioskin toiminta i.a. Viitattu 3.2.2016. <https://www.kuopio.fi/web/terveyspalvelut/terve-kuopio-kioski>.
- Käypä hoito 2015, Alkoholiongelmaisen hoito. Viitattu 5.2.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksat/suositus?id=hoi50028>
- Leikas, Heli. (2016). Liikkuvat palvelut sosiaali- ja terveysalalla; Katsaus Liikkuvan Päiväkeskuksen toiminnasta ja kehittämismahdollisuuksista Kuopiossa (Opinnäytetyö, Diakonia-ammattikorkeakoulu, terveysalan koulutusohjelma). Saatavilla [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/109386/Leikas\\_Heli.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/109386/Leikas_Heli.pdf?sequence=1)
- Pohjola, Anneli 2010. Asiakas sosiaalityön subjektina. Teoksessa Merja, Laitinen & Anneli, Pohjola (toim.) Asiakkuus sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 19–74.
- Rautava-Nurmi, Hanna; Westergård, Airi; Henttonen, Tarja; Ojala, Mirja & Vuorinen, Sinikka. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Roivainen, Irene 2008. Onko yhdyskuntatyö katoamassa suomalaisesta sosiaalityöstä? Teoksessa Irene, Roivainen; Marianne, Nylund; Riikka, Korkiamäki & Suvi, Raitakari (toim.) Yhteisöt ja sosiaalityö. Kansalaisen vai asiakkaan asialla? Jyväskylä: PS-kustannus, 25–42.
- Sirkkulanpuiston toimintayhdistys ry i.a. Viitattu 26.2.2016. <http://sirkkulanpuisto.net-tisivut.fi/kansalais-ja-vapaaehtoistoiminta/>
- Sirkkulanpuiston toimintayhdistys ry 2016. Opas liikkuvan päiväkeskustoiminnan toteuttamiseen 1.3.2012–31.12.2015. Tuloste tekijän hallussa.
- Sosiaali- ja terveysministeriö i.a. Viitattu 2.2.2016. [https://stm.fi/documents/1271139/1332838/Sote-uudistuksen+tietolehtinen+9\\_2015/a6f19294-ea52-4c47-b13f-ba15c571e843](https://stm.fi/documents/1271139/1332838/Sote-uudistuksen+tietolehtinen+9_2015/a6f19294-ea52-4c47-b13f-ba15c571e843)

- Sosiaali- ja terveysministeriö i.a.a. Syrjäytymistä vähentävä toimenpideohjelma. Viitattu 18.1.2016. <http://stm.fi/documents/1271139/1448516/Syrj%C3%A4ytymisen+v%C3%A4hent%C3%A4minen+loppuarvio+16.4.2015+%284%29.pdf/2e6be4ae-72a5-4c94-a1ff-7ae2e389af04>
- Suonio, Mari; Pekonen, Elina; Meriluoto, Laura; Ruuskanen, Petri & Mönkkönen, Urpo 2015. Sirkkulanpuisto ristipaineiden aallokossa. Kansalaisyhteiskunta 1/2015, 149–156. Viitattu 25.2.2016. [https://asiakas.kotisivukone.com/files/kyts.kotisivukone.com/KY-lehti/2015-1/KY2015-1\\_PuhSuonioPekonenMeriluotoRuuskanenMonkkonen.pdf](https://asiakas.kotisivukone.com/files/kyts.kotisivukone.com/KY-lehti/2015-1/KY2015-1_PuhSuonioPekonenMeriluotoRuuskanenMonkkonen.pdf)
- Tarkiainen, Aki & Valoheimo, Virve 2015. Liikkuvien palvelujen mahdollisuudet Pohjois-Karjalassa. Karelia-Ammattikorkeakoulun julkaisuja C, Raportteja 23. Joensuu: Karelia-Ammattikorkeakoulu. Viitattu 27.8.2016. <https://www.luovi.fi/wp-content/uploads/2016/03/liikkuvien-palvelujen-mahdollisuudet-pohjois-karjalassa.pdf>
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015. viitattu 31.1.2016. <https://www.thl.fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/palvelujen-jarjestamisprosessi/palveluohjaus>
- Tikkanen, Päivi 2016. Ylihoitaja, Kuopion kaupunki, perusturvan ja terveydenhuollon palvelualueet. Henkilökohtainen tiedoksianto 2.2.2016.
- Väisänen, Raija 2011. Toivon ja epätoivon rajapinnoilla. Näkökulmana ehkäisevä päihdesosiaalityö. Teoksessa Petri T, Ruuskanen; Katri, Savolainen & Mari, Suonio (toim.) Toivo sosiaalisessa. Toivoa luova toimintakulttuuri sosiaalityössä. Helsinki: Unipress, 172–193.



## LOPPUSANAT

Tämän julkaisun tekeminen on opettanut kaikkia osapuolia. Ammatti-  
korkeakoulun ja työelämän yhteistyö on välttämätöntä nyt ja tulevai-  
suudessa, ja yhä enemmän oppimisympäristöt ovat koulun seinien ulko-  
puolella. Tämän kaltaiset osallistavat kehittämistyöt vaativat onnistuakseen  
työelämästä aikaa kehittämistarpeiden kartoittamiseen ja sen jälkeen niiden  
muotoilemista kehittämistyön konkreettiseksi aiheiksi. Opiskelijat tarvitsevat  
selkeitä aiheita, joista työskentelyä on helppo lähteä suunnittelemaan ja toteuttamaan.  
Opiskelijoiden pitivät prosessinaikaista yhteistyötä merkityksellisenä työelämän kanssa.  
Joku henkilö tulisi vastuuttaa käytännön kentältä yhteistyöhön. Opiskelijat kokivat,  
että he pääsisivät vielä paremmin vaikuttamaan asioihin, jos palaute olisi molemminpuolista.  
Näin he pystyisivät vastaamaan paremmin myös työelämän tarpeisiin. Suurin osa  
opiskelijoista oli sitä mieltä, että koulutuksen aikana voisi olla enemmän oppimistehtäviä,  
jotka hyödyttävät suoraan työelämää ja sitä kautta vahvistavat ammatillista kasvua.  
Opiskelijat toivoivat enemmän osallisuutta yhtä lailla kehittämisen suunnitteluun.

Työelämälähtöisiä kehittämistehtäviä raamittavat ammattikorkeakoulujen opintokokonaisuuksien sisällöt ja tavoitteet, mutta oppimisympäristönä työelämä on mitä hedelmällisin jokaisen toimijan näkökulmasta katsottuna. Kehittämistehtävät voivat olla luonteeltaan kartoittavia, uusia käytäntöjä tuottavia tai hyvinkin kokeilevia innovaatioita. Tärkeintä on yhteistyö ja avoin vuoropuhelu. Tässä julkaisussa työelämän toimeksiannot olivat hyvin erilaisia, ja jälkikäteen on vaikea sanoa, mikä palveli eri tahoa ja parhaiten. Opiskelijat kokivat, että kun työelämän kanssa oli yhteistyötä matkan aikana, onnistumisen kokemus oli suuri riippumatta siitä, millainen tehtäväksiänto oli alun perin. Opiskelijat tarvitsevat ohjausta oman oppimisen reflektointiin niin opettajilta kuin työelämästä.

Tämän kaltaiset kehittämistehtävät vaativat niin ammattikorkeakoulun opettajilta, opiskelijoilta kuin työelämältäkin sitoutumista pitkäjänteiseen työhön. Opettajilta vaaditaan innovatiivista tapaa työskennellä. Opintopisteiden ja ajan puitteissa tämän kaltaiset kehittämistehtävät eivät ole mahdollisia, jos eri opintokokonaisuuksien opettajat eivät tekisi yhteistyötä. Ohjauksen näkökulmasta olisi selkeintä, jos sama ohjaaja olisi sekä työelämästä että koulusta alusta loppuun asti prosessissa mukana. Tämä julkaisu on vaatinut sitoutumista, heittäytymistä ja joustavuutta. Tehtävän mielekkyyttä opiskelijoiden näkökulmasta kuvaa se, että jokainen kehittämistyöhön mukaan lähtenyt opiskelija oli mukana tehtävän alusta loppuun saakka. Entistä enemmän sairaanhoitajat ovat mukana työelämän hankkeissa ja erilaisissa kehittämistehtävissä, ja tämän kaltaiset kehittämistyöt jo opiskelun aikana antavat hyvän pohjan ja asenteen erilaisille kehittämishankkeille myös tulevaisuudessa – valmistuneina sairaanhoitajina.

## SARJOJEN KRITEERIT

**DIAK TUTKIMUS** -sarjassa julkaistaan uutta ja innovatiivista tietoa tuottavia tieteellisiä tutkimuksia Diakonia-ammattikorkeakoulun opetus-, tutkimus- ja kehittämistoiminnan alueilta. Julkaisut ovat monografioita tai artikkelikokoelmia.

**DIAK TYÖELÄMÄ** -sarjassa julkaistaan tutkimus- ja kehittämisraportteja sekä opinnäytetöitä, jotka ovat tuottaneet innovatiivisia ja merkittäviä työelämää kehittäviä tuloksia. Sarjaan voivat tarjota julkaisuja Diakonia-ammattikorkeakoulun työntekijät, opinnäytetyöntekijät ja ulkopuoliset kirjoittajat.

**DIAK PUHEENVUORO** -sarjassa julkaistaan Diakonia-ammattikorkeakoulun temaattisia puheenvuoroja, erilaisia selvityksiä sekä opinnäytetöitä. Tekstilajiltaan julkaisut voivat poiketa tieteellisestä tai raportoivasta tekstistä.

**DIAK OPETUS** -sarjassa julkaistaan pedagogista kehittämistä kuvaavia julkaisuja, oppimateriaaleja, oppaita ja työkirjoja.

# DIAK PUHEENVUORO

**DIAK PUHEENVUORO** –sarjassa julkaistaan Diakonia-ammattikorkeakoulun temaattisia puheenvuoroja, erilaisia selvityksiä sekä opinnäytetöitä. Tekstilajiltaan julkaisut voivat poiketa tieteellisestä tai raportoivasta tekstistä.

Diak Puheenvuoro 1: Liisa Kauppinen & Irina Leino & Kirsti Kauppinen (toim.), 2016. Kokemuksellista taidetietä kulkemassa.

Diak Puheenvuoro 2: Jorma Niemelä (toim.), 2016. Sote sosiaalisen kestävyuden vahvistajana (saatavana vain verkkojulkaisuna)

Diak Puheenvuoro 3: Raili Gothóni, Mikko Malkavaara & Minna Valtonen (toim.), 2016. Muutosvoimaa – tutkielmia diakista ja teologiasta