



Merja Reijonen, Toini Harra, Sirpa Immonen,  
& Minna Marjamäki-Kekki (toim.)

# Yhteiset asiakkaat

Ammattikorkeakoulu ja sairaala  
kehittäjäkumppaneina

Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisusarja



Merja Reijonen, Toini Harra, Sirpa Immonen & Minna Marjamäki-Kekki (toim.)

# Yhteiset asiakkaat

Ammattikorkeakoulu ja sairaala kehittäjäkumppaneina

Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisusarja

TAITO-TYÖELÄMÄKIRJAT 4 • 2012



© Tekijät ja Metropolia Ammattikorkeakoulu

Julkaisija/ Kustantaja Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Bulevardi 31, 00180 Helsinki  
PL 4000, 00079 Metropolia  
puh. 020 783 5000 (vaihde)  
[www.metropolia.fi/julkaisut](http://www.metropolia.fi/julkaisut)

ISBN 978-952-5797-77-0 (PDF)  
ISSN 1799-6007 (PDF)

ISBN 978-952-5797-78-7 (nid.)  
ISSN 1799-599X (nid.)

Painopaikka Unigrafia, Helsinki 2012



LIITTYVÄVOIMA



Vipuvoimaa  
EU:lta  
2007-2013



# SISÄLLYS

<b>Esipuhe</b> .....	<b>6</b>
<b>Miksi kumppanuus? Alkusanat toimittajilta</b> .....	<b>8</b>
Merja Reijonen, Toini Harra, Sirpa Immonen ja Minna Marjamäki-Kekki	
<b>Potilasturvallisuus ja hyvä lääkehoito: ymmärrystä resursseista, viestinnästä ja osaamisesta</b> .....	<b>12</b>
Hannele Ekstam, Päivi Eskola, Soili Huusko, Sirpa Immonen, Tuula Jokela, Hanna-Mari Kieränen, Pia Kolehmainen, Liisa Lukkari, Tuula Penttilä, Lea Pihkala ja Tuula Zenuni	
Kohti turvallisempaa toimintakulttuuria.....	13
Paremmat lääkehoidon käytännöt.....	21
Potilaslähtöinen ja turvallinen kivunhoito .....	28
Toiminnallinen kumppanuus ja työelämäoppiminen .....	37
<b>Onnistunut kotiutuminen: työskentelyä rajojen yli ja rajapinnoilla</b> .....	<b>43</b>
Jaana Henriksson, Marja-Riitta Hirvonen, Sylvia Kuutama, Christina Laakso, Akvaliina Lacho, Päivi Liikka, Tuula Mikkola, Erja Parviainen, Päivi Punsar, Katriina Rantala-Nenonen, Merja Reijonen, Susanna Risku, Saara Rossi, Petteri Sumusalo, Pirjo Säisä-Winter ja Ulla Valkama	
Palveluohjausmalli kuntoutumisen polulla .....	44
Omaiset mukaan potilaan hoito-, kuntoutus- ja kotiuttamisprosessiin .....	52
Sosiaaliohjaaja ja sosiaalityöntekijä työparina sairaalassa .....	61
Yhteistyö kotihoidon kanssa .....	74
Kotiutumisen kehittäminen kestoteemana .....	77
<b>Potilaan toimintakyvyn edistäminen: aktivoivaa arkea ja aitoa monialaisuutta</b> .....	<b>83</b>
Sirpa Ahola, Toini Harra, Hannele Hokkanen, Mia Karlsson, Nina Kilpeläinen, Kaija Nieminen, Robert Nyman, Jari Pihlava, Eija Salomaa, Kajsa Sten ja Suvi Åhman	
Pienillä korjauksilla suuria muutoksia.....	84
Liikkumiskyvyn ja apuvälineiden arviointia eri osastoilla.....	91
Toimintaa potilaille ja henkilökunnalle.....	95
Tutkitun tiedon hyödyntäminen .....	100
Näin sen koimme .....	106

---

<b>Yhteistoiminta on tulevaisuutta</b> .....	111
Toini Harra, Johanna Holvikivi, Sirpa Immonen, Minna Marjamäki-Kekki ja Merja Reijonen	
Kumppanuuden silloitusvälineet .....	111
Lopuksi: kumppanuustoiminnan koordinaatit .....	114
<b>Pedagogiset ratkaisut</b> .....	117
I Harjoittelutoimintaa kehittäviä ratkaisuja .....	118
II Ratkaisuja opetuksen toteuttamiseen ja opetusmenetelmiin .....	123
<b>Liittyvä Voima -hankkeen ydintoimijat</b> .....	131

# LUETTELO KUVIOISTA, TAULUKOISTA JA PEDAGOGISISTA RATKAISUISTA

## Taulukot

TAULUKKO 1. Ammattiryhmien roolit potilaan lääkehoidon toteutuksessa .....	26
TAULUKKO 2. Lääkkeettömän kivunhoidon menetelmiä .....	34
TAULUKKO 3. Kotiutumissuunnitelman sisältö .....	48
TAULUKKO 4. Huolen vyöhykkeet .....	57
TAULUKKO 5. Haasteelliseksi koetut asiakastilanteet .....	60
TAULUKKO 6. Sosiaalisen elämäntilanteen arvio Espoon sairaalassa.....	71
TAULUKKO 7. Toimintakulttuurin muutosta kuvaavat indikaattorit .....	86

## Kuviot

KUVIO 1. Potilaslähtöinen kivunhoidon prosessi .....	32
KUVIO 2. Työelämän tarkastelusta kohti yhteiskehittelyä.....	38
KUVIO 3. Neurologisen kuntoutusosaston kuntoutustoiminnan eetos ....	45
KUVIO 4. Kuntoutumisen polku -seinätaulu .....	46
KUVIO 5. Tilanteeseen valmistautuminen ja huolen selkiyttäminen.....	56
KUVIO 6. Sosiaalityön prosessi suhteessa asiakkaan tilanteeseen ja moniammatilliseen yhteistyöhön.....	69
KUVIO 7. Esimerkki Barthel-indeksin laskemisesta .....	89
KUVIO 8. Innovaatio-opiskelijoiden laatima seinäjuliste .....	99

## Pedagogiset ratkaisut

I Harjoittelutoimintaa kehittäviä ratkaisuja .....	118
II Ratkaisuja opetuksen toteuttamiseen ja opetusmenetelmiin .....	123

## ESIPUHE

”Kumppanuus” (*partnership*) on ollut EU-ohjelmien ja rakennerahastotoiminnan peruskäsitteitä jo pitkään. Miksi kumppanuus on edelleen kiinnostavaa ja tärkeää?

Rakennerahastohankkeita yhdistävät parhaimmillaan uuden luominen ja innovatiivisuus. Kumppanuudessa puolestaan ylitetään parhaimmillaan rajoja sekä toiminnassa että päätöksenteossa ja luodaan samalla jotain kaikille uutta ja arvokasta yhdessä. Kumppanuuteen päädytään tai sitä halutaan usein tilanteessa, jossa monimuotoisesta ongelmasta ei enää selviydytä yksin. ”Kompleksiset ongelmat” (*wicked problems*) on käsite, johon törmää lähes kaikissa yhteiskunnalliseen kehittämiseen liittyvissä yhteyksissä tänä päivänä. Tässä muutamia ensimmäisenä mieleen tulleita vastauksia alussa esitettyyn kysymykseen.

Liittyvä Voima -hankkeessa lähdettiin tarmokkaasti kumppanuustason oppimisen tielle. Organisaatioiden työntekijöiden oli poistuttava omalta mukavuusalueeltaan. Prosessit eivät olleet ongelmattomia ja helppoja, mutta arvioinnit ja palautteet antoivat ymmärtää, että prosessi koettiin pääosin mielekkääksi. Kehittämistoiminnan jatkuva havainnointi ja reflektio auttoivat tunnistamaan ilmiöitä, antoi niille nimiä ja suhteutti toimintaa ja kehittämistä laajempaan kokonaisuuteen, toisin sanoen toi syvyyttä ja levitettävyyttä hankkeen kehittämisprosesseille.

Liittyvä Voima on yksi opetus- ja kulttuuriministeriön ESR-kehittämishohjelman Osaajana työmarkkinoille -korkeakouluosion onnistuneita hankkeita. Kehittämishohjelmasta rahoitetaan 10–13 valtakunnallista hanketta vuosien 2007–2013 aikana. Kehittämishohjelmassa etsitään vastauksia, uudenlaisia toimintatapoja ja rakenteita työmarkkinoiden toimivuuteen muun muassa koulutuksen ja työelämän vuorovaikutuksen tai kumppanuuden ja osaamisen kehittämisen kontekstissa. Työelämän ja korkeakoulutuksen kumppanuuden hyötyjä ei tunnisteta vielä kovin hyvin, joten työosarkaa kehittämissohjelman teemassa riittää tuleville vuosille meillä ja muualla.



Yksi tämän julkaisun mieluisimpia ajatuksia on, että kumppanuudessa jaetaan asiantuntijuutta sekä ammatillista osaamista, mutta myös yhteistyön tuloksena syntynyttä ystävyyttä. On mielenkiintoista seurata, mitä se tarkoittaa hankkeen käynnistämässä prosesseissa tulevaisuudessa, mahdollisesti myös kehittämisohjelmatasolla.

Jaana Lepistö

EU-koordinaattori

Pirkanmaan elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskus

# Miksi kumppanuus? Alkusanat toimittajilta

**Merja Reijonen, Toini Harra, Sirpa Immonen ja  
Minna Marjamäki-Kekki**

Tässä julkaisussa kuvataan kehittämistyötä, jonka motivaationa on ollut idea avoimesta, asiakaslähtöisestä ja uusia mahdollisuuksia rakentavasta työelämän ja korkeakoulun kumppanuudesta. Korkeakoulut ovat luonteva kehittämis-, tutkimus- ja innovaatiotoiminnan kumppani työelämälle. Erityisesti eurooppalaisittain yhteiset tavoitteet elinikäisen oppimisen mahdollisuuksien tehostamisesta, autenttisten oppimisympäristöjen kehittämisestä sekä aikaisemmin opitun osaamisen tunnistamisesta ja tunnustamisesta edellyttävät uudenlaisia yhteistyön malleja työelämän ja korkeakoulun välille. Kasvava työvoimapula sosiaali- ja terveystaloilla vaatii myös koulutuksen ja työelämän rekrytointiyhteistyön kehittämistä sekä työtä ennakoivan rekrytoinnin kehittämiseksi.

Erilaiset organisaatioiden rajat ylittävät toimijuudet kehittyvät kontekstikohtaisesti, mikä lisää työntekijöille erilaisia urapolkumahdollisuuksia ja tuo opiskelijoille vaihtelevia oppimisympäristöjä. Integraalisen yhteistoiminnan mallit ovat vasta kehityksessä, mutta paljon on jo tapahtunut. Työelämässä hyödynnetään jo yhä tietoisemmin ja systemaattisemmin korkeakoulujen tutkimus- ja kehittämisvalmiutta. Samoin kehittyi tutkitun tiedon käyttöönoton kulttuuri ja työelämän ja korkeakoulun välillä vallinnut vuorovaikutus- ja tietokuilu kapenee. Joustavien opintomahdollisuuksien tarjoaminen tarkoittaa sitä, että opettamisessa ja ohjaamisessa työelämän ja korkeakoulujen asiantuntijuuksia hyödynnetään joustavasti, puolin ja toisin. Työelämän ja korkeakoulun monipuolinen asiantuntijuuksien hyödyntäminen opettamisessa ja ohjaamisessa sekä joustavien opintomahdollisuuksien luominen ovat kaikille yhteinen haaste.

Näihin kysymyksiin liittyvä tutkimus- ja kehitystyö sekä osaamisen kehittäminen ovat tämän julkaisun keskiössä. Julkaisun taustalla on vuosiin 2008–2011 sijoittunut, ESR-rahoitusta saanut Liittyvä Voima -hanke. Hankkeessa luotiin työelämän ja korkeakoulun välisen osaamisen ja asiantuntijuuden kumppanuusmalli. Kumppanuusmallia kehitettiin toimintatutkimuksellisella tutkimusotteella. Tämän julkaisun kuvaama kehittämistyö toimi kumppanuusmallin luomisen kokeilualustana ja toimintatutkimuk-

sen kenttänä. Kokeilun toteuttivat Espoon sairaala ja rekrytointipalveluyksikkö sekä Metropolia Ammattikorkeakoulun Hyvinvointi ja toimintakyky- ja Terveys ja hoitoala -yksiköt. Työskentelyssä olivat mukana myös Espoon kotihoito ja Metropolian mediatuotannon, vaatetusalan ja tietotekniikan koulutusohjelmat.

Toiminta sijoittui pääosin Espoon sairaalaan. Osaamisen ja asiantuntijuuden kumppanuuden mallin kehittäminen liittyi muuhun sairaalan kehittämiseen, erityisesti palveluajatuksen kehittämisprosessiin. Sairaalan palveluajatuksiksi määritettiin: ”Hoitava, kuntouttava ja kotiuttava ihmisten sairaala”. Liittyvä Voima -hankkeen tavoitteena oli kehittää tämän ihmisten sairaalan osaamista ja asiantuntijuutta.

Sairaalan osastoille tarjottiin mahdollisuutta tulla mukaan hankkeeseen ihmisten sairaalan kehittämistä edistävin, osastojen itsensä määrittelyn kehittämistarpein. Hankkeeseen lähti mukaan kuusi kuntoutus- ja akuuttiosastoa. Osastojen esille tuomista kehittämistarpeista muodostui kolme osaprojektia, jotka keskittyivät turvalliseen lääkehoitoon, kotiutumiseen ja toimintakyvyn edistämiseen. Näille aiheille rakentuvat myös tämän julkaisun juoni ja päälukujen sisällöt.

Kehittäminen lähti liikkeelle ja eteni projektipäälliköiden johtamissa osaprojektiryhmissä. Kehittämistyön keskeisiä toimijoita ovat kehittäjäopettajat ja kehittäjätyöntekijät. Työtä johti sairaalan johtoryhmä. Organisaatioiden välillä ei ollut varsinaista yhteistyötä ennen hanketta lukuun ottamatta opiskelijoiden lyhyitä harjoittelujaksoja. Samanaikaisesti hankkeen alkuvaiheessa kumppaneiden välille laadittiin puitesopimus ja hie- man myöhemmin toimialakohtainen sopimus.

\*\*\*

Kumppanuus liittyy tähän julkaisuun konkreettisesti myös kirjoittamisen tasolla. Julkaisun luvut on tuotettu yhteiskirjoittamisena. Kirjoittaminen on edennyt samalla tavalla kuin muukin kehittämissä: työn tavoite ja toteuttamisen muoto on määritelty yhdessä. Sen jälkeen jokainen osallistuja on tuonut kirjoittamiseen oman asiantuntijuutensa ja kokemuksensa. Kokonaisuus on muodostunut vähitellen. Kirjoittamisprosessi on sovitettu opettajien ja työntekijöiden aikatauluihin, ja sitä ovat ryhdyttäneet yhteiset tapaamiset sekä yhteiset sähköiset kirjoituslupauskirjeet.

Yhteiskirjoittamisen prosessissa on ollut kysymys asiantuntijuuden ja osaamisen jakamisesta ja oppimisesta innostavassa ja muutoshakuisessa ilmapiirissä. Kyse on ollut kollektiivisesta asiantuntijuudesta sekä kollektiiv-

visesta tiedon tuottamisesta parhaimmillaan; kukaan kehittämistyön osallistuneista ei olisi voinut kirjoittaa julkaisun lukuja yksin.

\*\*\*

Yhteinen asiakas on tarkoitettu ensisijaisesti terveydenhuollon työntekijöille ja palvelujen käyttäjille sekä korkeakouluopettajille ja -opiskelijoille. Julkaisu tarjoaa ideoita ja välineitä työelämän ja korkeakoulun osaamisen sekä asiantuntijuuden jakamiseksi.

Julkaisu sisältää kolme laajaa päälukua, joissa kuvataan Liittyvä Voima -hankkeen osaprojekteissa tehtyä kehittämistyötä ja sen tuloksia. Osaprojekteista ensimmäinen keskittyi edistämään hyvään potilasturvallisuuden liittyvän kulttuurin syntymistä ja erityisesti turvallisen lääkehoidon käytäntöjä Espoon sairaalan eri osastoilla. Sairaalan ja Metropolia Ammattikorkeakoulun kehittämistyö käynnistettiin tarkastelemalla lääkehoidon käytännön toimintoja, ja sitä jatkettiin kehittämällä näitä toimintoja monialaisen yhteistyön keinoin. Pilotoinnin jälkeen käytännöt levitettiin sairaalan kaikille osastoille. Tätä työtä kuvaa luku ”Potilasturvallisuus ja hyvä lääkehoito: ymmärrystä resursseista, viestinnästä ja osaamisesta”.

Toisessa osaprojektissa edistettiin onnistunutta kotiutumista tutkimalla ja kehittämällä asiakkaan kotiutumisprosessiin sisältyvää rajapintatyöskentelyä. Kehittämistyö kohdistui pääosin Espoon sairaalan neurologiselle kuntoutusosastolle. Tästä kerrotaan luvussa ”Onnistunut kotiutuminen: työskentelyä rajojen yli ja rajapinnoilla”.

Potilaan toimintakykyä edistävän, hyvää kuntoutusta ja innovatiivisia toimintatapoja hyödyntävän toimintamallin kehittäminen oli kolmannen osaprojektin ytimessä. Kehittämistyö sijoittui Espoon sairaalan akuuttihoiton osastolle. Tätä työtä kuvataan luvussa ”Potilaan toimintakyvyn edistäminen: aktivoivaa arkea ja aitoa monialaisuutta”.

Lääkehoidon, kotiutumisen ja toimintakyvyn edistämisen ohella julkaisussa esitellään pedagogisia ratkaisuja, joita Liittyvä Voima on kehittänyt sosiaali- ja terveystieteiden opetusta varten. Niiden tavoitteena on tutkia oppimisen mahdollistamista työelämässä ja tukea opetussuunnitelmakeskisydestä luopumista sekä siirtymistä työelämässä toteutuvaan ja opintojakso- ja projektiin rikkovaan oppimiseen. Pedagogisia ratkaisuja esitellään liitteissä. Julkaisun lopussa, luvussa ”Yhteistoiminta on tulevaisuutta”, esitetään yhteenvetona kumppanuustoimintaa koskevat johtopäätökset, erilaisia organisaatioita silloittavat kumppanuusteot ja yleistettävissä olevat kumppanuustulokset.

Ihmisten sairaalan lähtökohta on aina asiakkaan paras. Monialaista hoito-, kuntoutus- ja kotiuttamistyötä keskeisimmin yhdistävä tekijä on asiakas. Asiakkuuteen viitataan sosiaali- ja terveysalalla erilaisin termein. Voidaan puhua potilaasta, kuntoutujasta tai asiakkaasta. Tässä julkaisussa asiakaskeskeisyyttä on vahvistettu rakentamalla tekstiin kehyskertomuksia, joissa asiakkuutta on havainnollistettu fiktiivisten henkilöhahmojen avulla. Esimerkiksi sairaalan hoito- ja kuntoutuspalveluja käyttävä Paavo ja hänen vaimonsa Raili sekä Paavon veli Veikko esiintyvät julkaisun sivuilla. Asiakkaiden lisäksi kehyskertomuksessa esiintyy myös sairaalan ja ammattikorkeakoulun työntekijöitä, esimerkiksi sairaanhoitaja Sinikka ja osastonhoitaja Eila. Näiden hahmojen avulla *Yhteinen asiakas* havainnollistaa monialaisuutta ja työelämän sekä korkeakoulun dialogista oppimista.

\*\*\*

Julkaisun toimittajat haluavat kiittää kaikkia kirjoittamiseen osallistuneita – matka varhaisista ideapalavereista valmiiseen julkaisuun on ollut kumpuileva, vaativa ja hyvin antoisa. Tuleville työelämän ja korkeakoulun kumppanuustoimijoille toimittajat toivottavat rohkeutta, pitkäjänteisyyttä, sitkeää yhteistyötä, riskinottoa ja yhteisöllisyyttä.

# Potilasturvallisuus ja hyvä lääkehoito: ymmärrystä resursseista, viestinnästä ja osaamisesta

**Hannele Ekstam, Päivi Eskola, Soili Huusko, Sirpa Immonen, Tuula Jokela, Hanna-Mari Kieränen, Pia Kolehmainen, Liisa Lukkari, Tuula Penttilä, Lea Pihkala ja Tuula Zenuni**

”Potilasturvallisuudella” tarkoitetaan terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. (Snellman 2009: 37; Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006: 6.) Potilaan turvallinen hoito edellyttää organisaatioilta kokonaisvaltaista ymmärrystä potilasturvallisuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä, kuten riskeistä, osaamisesta, ammattitaidosta ja organisaation toiminnasta (Helovuo ym. 2011: 6.)

Potilasturvallisuuden parantamisessa keskeiseksi tehtäväksi on Suomessa linjattu turvallisuuskulttuurin vahvistamisen terveydenhuollon kaikilla tasoilla. Tavoitteena on, että vuonna 2013 potilasturvallisuus on ankkuroitu organisaatioiden toiminnan rakenteisiin ja toimintatapoihin ja että hoito on vaikuttavaa ja turvallista.

Yhtenäinen potilasturvallisuutta koskeva toimintakulttuuri kattaa monta osa-aluetta. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto (2006: 6) määrittelee potilasturvallisuuden sisältävän hoidon turvallisuuden, lääkehoidon turvallisuuden ja laiteturvallisuuden osa-alueet. Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden kokonaisturvallisuuteen katsotaan kuuluvan myös muun muassa tietojärjestelmät, logistiikka, tutkimus ja koulutus. Ammattillinen osaaminen on turvallisen hoidon keskeinen edellytys. (Pietikäinen 2008: 13.)

Euroopan unionin vuonna 2005 annetussa Luxemburgin potilasturvallisuusjulistuksessa lääkehoidon turvallisuus on nimetty yhdeksi EU:n jäsenmaiden terveydenhuollon yksiköiden tärkeimmistä tavoitteista (European Commission 2005: 2). Kansainväliset tutkimukset osoittavat, että noin kymmenen prosenttia potilaista kokee hoitajakson aikana jonkin hoi-

toon liittyvän haittatapahtuman. Haittatapahtumista merkittävin osa liittyy lääkehoitoon, ja suurin osa haittatapahtumista olisi estettävissä etukäteen (Hughes-Ortiz 2005: 14).

Tässä luvussa kuvataan potilasturvallisuuskulttuurin ja erityisesti lääkehoidon turvallisuuden kehittämistä Espoon sairaalassa. Se liittyy tiiviisti sekä Espoon sosiaali- ja terveystoimen kehittämistoimintaan että muuhun sairaalassa tehtyyn kehittämistyöhön.

Lähtötilanteessa potilasturvallisuus aihealueena oli vielä uusi ja edellytti paljon yhteistä tiedonhakua ja keskusteluja. Kehittämistyön perustan rakentamiseen liitettiin kiinteästi kaksi Metropolia Ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä, joista toinen keskittyi potilasturvallisuuskulttuuriin ja toinen sairaanhoitajien lääkehoitotaitoihin. Taustakartoituksina käytettiin lisäksi terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän (HaiPro) tietojen analysointia sekä sairaalan potilasturvallisuusvastaavan työnä että opinnäytetöinä. Lisäksi tarkasteltiin osastojen lääkehoidon käytäntöjä. Yhteistä tietoperustaa kehittämistyöhön haettiin myös osallistumalla yhdessä potilasturvallisuuskoulutukseen ja tekemällä tutustumiskäynti, jonka yhteydessä käydyt keskustelut ja tutustumiskohteessa tehdyn potilasturvallisuustyön tarkastelu tuottivat kehittämistyöhön materiaalia ja ideoita.

Ensimmäisessä alaluvussa tarkastellaan lähemmin potilasturvallisuuteen liittyvää kulttuuria ja sen kehittämistä. Tämän jälkeen kahdessa alaluvussa käsitellään lääkehoidon turvallisuutta, sairaanhoitajien lääkehoitotaitoja sekä konkreettisia toimenpiteitä Espoon sairaalan lääkehoidon kehittämiseksi. Neljännen alaluvun teemana on turvallinen kivunhoito. Lopuksi arvioidaan potilasturvallisuuteen liittyvän kulttuurin kehittämistyötä yhteistoiminnan näkökulmasta. Tätä kehittämistyötä havainnollistetaan sairaanhoitaja Sinikan, osastonhoitaja Eilan ja kehittäjäopettaja Joukon sekä muiden hahmojen avulla. Näiden hahmojen puheenvuorot tuovat esille ja havainnollistavat nykypäivän sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten työskentelyyn liittyviä haasteita ja niiden ratkaisuja.

## **Kohti turvallisempaa toimintakulttuuria**

– Tehtävänäni on huolehtia potilaiden lääkehoidosta osastollani. Minun täytyy olla tarkka ja huolellinen koko työvuoroni ajan, jotta potilaani saavat lääkkeensä turvallisesti. Ajatella – luin viime viikolla Sairaanhoitaja-lehdestä, että minunkin työhöni vaikuttavat monet eri asiat, kuten Suomen potilasturvallisuusstrategia ja

muu lainsäädäntö. Ja onhan meillä oman sairaalamme toimintaohjeet lääkehoidosta. Työni on hyvin vastuullista, kuvaa sairaanhoitaja Sinikka.

”Potilasturvallisuuskulttuuri” on käsitteenä vielä vakiintumaton. Se kuvaa organisaation potentiaalista toimintaa siitä näkökulmasta, millaiset edellytykset organisaatiossa on työn toteuttamiseen potilaiden kannalta turvallisesti, eikä siihen suoraan sisälly yksittäisen työntekijän toiminnan tuloksellisuus missään tietyssä tilanteessa. Potilasturvallisuuskulttuuria arvioimalla voidaan ennakoida organisaation kykyä toteuttaa työ potilaiden kannalta turvallisesti. Potilasturvallisuuskulttuurin käsitteen käytöllä korostetaan sitä, että terveydenhuollon organisaatioiden sosiaaliset, rakenteelliset ja psykologiset ilmiöt yhdessä vaikuttavat potilasturvallisuuteen. (Reiman – Pietikäinen – Oedewald 2009: 65–68.)

Turvallisuuskulttuuria arvioimalla voidaan saada käsitys organisaation turvallisuuden haasteista. Arviointi auttaa turvallisuuden käsitteiden leviämistä organisaatiossa. Turvallisuuskulttuurin kehittämisessä avainasemassa on organisaation toimintaprosessien kehittäminen. (Reiman – Oedewald 2008: 20, 348–349.) Turvallisuustutkimuksissa, turvallisuuskulttuuritutkimuksissa ja onnettomuustutkinnoissa toistuvat tai painottuvat teemat liittyvät johtajuuteen, tiedonkulun hallintaan, yhteistyön hallintaan, oppimisen ja osaamisen varmistamiseen sekä resurssien ja muutosten hallintaan. (Reiman ym. 2008: 47, 51.)

Reiman, Pietikäinen ja Oedewald (2008) ovat tiivistäneet turvallisuuskulttuurin psykologiset ulottuvuudet viideksi, yksilöissä ilmeneväksi subjektiivisen tuntemuksen ja käsityksen ulottuvuudeksi. Näitä yksilön ja hänen sosiaalisen ympäristönsä ja työnsä välisessä vuorovaikutuksessa syntyviä ilmiöitä ovat työn hallittavuus, turvallisuusmotivaatio, systeminen turvallisuusnäkemys, vastuu organisaation turvallisuudesta ja vaaratietoisuus. Nämä subjektiiviset tuntemukset ja käsitykset ovat sidoksissa työhön ja siihen sosiaaliseen kontekstiin, jossa työ toteutetaan. (Reiman ym. 2008: 67.)

Turvallisuus luodaan päivittäisessä työssä. Organisaatiota, jossa ei ole tapahtunut vakavia onnettomuuksia, ei voi suoralta kädeltä todeta turvaliseksi. Läheltä piti -tilanteiden määrän perusteella ei myöskään voi tehdä suorja johtopäätöksiä organisaation turvallisuuden tasosta. Kyky tunnistaa vaaroja ja hallita niitä ovat turvallisuuden keskeisiä elementtejä. Siksi turvallisuuden määrittelyn lähtökohta on monesti niiden vaarojen kuvaaminen, joita toiminnassa tulisi hallita. (Pietikäinen – Reiman – Oedewald 2008: 21–22.)



Potilas määrittelee saamansa hoidon laadun subjektiivisen kokemuksensa mukaan. Terveysturvallisuuden henkilökunnalle laadukas hoito merkitsee vaikuttavien ja näyttöön perustuvien menetelmien käyttöä. Sairaalan johdolle puolestaan on tärkeää, että potilaiden hoidossa hyödynnetään käytettävissä olevia voimavaroja parhaalla mahdollisella tavalla. (Niemi-Murola – Mäntyranta 2011: 21.)

Potilasturvallisuustilanteen mittaamisessa voidaan käyttää neljää erityyppistä lähestymistapaa: turvallisuuskulttuurikyselyitä, potilaiden kokemusten keräämistä kyselyillä, vaaratapahtumailmoitusten (haittatapahtumien ja läheltä piti -tilanteiden) tilastoimista ja analysointia sekä potilasturvallisuusindikaattoreiden muodostamista ja seuraamista. (Snellman 2008: 8.) Vaikka potilasturvallisuuden systemaattinen tarkastelu on terveydenhuollossa verrattain uutta, monissa organisaatioissa kerätään jo paljon tietoa, jota voidaan tai voitaisiin hyödyntää systemaattisesti organisaation potilasturvallisuuspotentiaalia analysoitaessa. Kerätty tieto ei kuitenkaan suoraan kerro turvallisuusedellytyksistä tai siitä, mihin suuntaan organisaatiota tulisi kehittää. Aineistoja on tulkittava. Tulkinnan tueksi tarvitaan viitekehystä, jossa kuvataan, millaisia piirteitä on organisaatiossa, jossa edellytykset turvallisuudelle ovat hyvät. Suomessa kiinnostus potilasturvallisuustutkimukseen näyttää olevan kasvussa. (Helovuori ym. 2011.)

Potilasturvallisuuskulttuurin arviointi voidaan toteuttaa esimerkiksi lähtöarviona organisaation ja potilasturvallisuuden kehittämiseksi. Turvallisuuskulttuurin käsite on tarpeellinen työkalu potilasturvallisuuden kehittämiseksi, koska se auttaa kiinnittämään huomiota toiminnan turvallisuuteen ja auttaa hahmottamaan potilasturvallisuuden organisaation kokonaistoiminnan ominaisuutena. Turvallisuuskulttuurin joitain piirteitä voidaan käyttää potilasturvallisuuden tason indikaattoreina ja seurata näiden avulla niin sanottua turvallisuustrendiä. (Reiman ym. 2009: 65–68.)

## Kysely potilasturvallisuuskulttuurista ja sen merkityksestä

- Minulle tuli päivystyspotilas, jonka lääkehoidon selvittäminen oli haasteellista. Jouduin tekemään paljon työtä, että sain kotilääkityksen selville ja lääkelistan yhdessä lääkärin kanssa ajan tasalle. Eikä siinä vielä kaikki – potilaalle tuli paljon neste- ja antibioottihoitoa, ja olin tosi kiireinen koko illan. Joskus mietin, että olisi hyvä saada koulutusta iäkkään potilaan lääkehoidosta. Tuntuu, että nykyisillä tiedoilla potku ei aina riitä toteuttamaan potilaslähtöistä ja turvallista lääke-

hoitoa. Mutta nyt on kiirehdittävä taas seuraavan potilaan luokse, kertoo sairaanhoitaja Maarit.

Espoossa potilasturvallisuuden edistäminen liittyy valtuustokauden 2009–2012 tavoitteisiin. Espoon sosiaali- ja terveystoimessa on valtakunnallisen linjauksen mukaisesti asetettu tavoitteeksi, että vuoteen 2013 mennessä on olemassa systemaattinen järjestelmä, jonka avulla varmistetaan, että potilaiden/asukkaiden hoito on turvallista ja vaikuttavaa. Lääkehoidon turvallisuuden edistämiseksi Espoossa on tehty lääkehoitosuunnitelma, joka on laadittu sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän (STM 2005: 32) laatiman valtakunnallisen Turvallinen lääkehoito -oppaan pohjalta. Suunnitelma tarkistetaan ja sitä päivitetään vuosittain lääketyöryhmässä, joka on nimetty erikseen. Potilasturvallisuustyötä tukeva terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointi- ja seurantajärjestelmä (HaiPro) otettiin Espoossa käyttöön keväällä 2010.

Keväällä 2010 Espoon sairaalassa toteutettiin potilasturvallisuuskulttuurikysely Metropolia Ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveystoimen johtaminen ja kehittäminen (YAMK) -koulutusohjelman opinnäytetyönä. Kyselyssä käytettiin VTT:n ja Työsuojelurahaston rahoittamassa Turvallisuuskulttuurin arviointi- ja kehittämismenettely terveydenhuollossa (TUKU) -projektissa vuonna 2008 kehitettyä potilasturvallisuuskulttuurikyselyä. Lea Pihkalan (2011) Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen Espoon sairaalassa. Potilasturvallisuuskulttuurin kartoitus -opinnäytetyön tavoitteena oli muodostaa kuva Espoon sairaalan potilasturvallisuuskulttuurin organisatorista ja psykologisista ulottuvuuksista. Kyselyn myötä Espoon sairaalan henkilöstö tutustui potilasturvallisuuskulttuurin tarkastelussa tarvittaviin käsitteisiin sekä kartoituskysely-työvälineeseen. Henkilöstön kyky arvioida oman organisaationsa turvallisuuskulttuuria ja oman organisaationsa toimintaa kehittyi arvioinnista saatujen kokemusten myötä. Turvallisuuskulttuurin arviointi toimi siten turvallisuuskulttuuriin liittyvänä interventiona. Organisaation johto ja työntekijät saivat hyödynnettäväkseen kartoituksen tulokset, joita voidaan jatkossakin käyttää potilasturvallisuuden tason indikaattoreina. (Pihkala 2010: 1, 17.)

Kyselyssä tuli ilmi, että potilasturvallisuuskulttuuri nähtiin osaksi potilaslähtöistä hoitotyötä. Sen miellettiin tarkoittavan vakiintuneita, yleisiä toimintatapoja ja päivittäisiä käytäntöjä ja ilmaisevan, kenellä on korkein vastuu ja miten vastuut on jaettu. Potilaan hoitoon liittyvien riskien havaitsemista ja eliminointia pidettiin tärkeänä toimintatapana. Jokaisen työntekijän onkin tärkeä ottaa vastuu potilasturvallisuudesta, ja

toimintatapoja kehitetään jatkuvasti yhdessä turvallisuuden lisäämiseksi. Kyselyssä tuli myös ilmi ajatus, että yleisten toimintaohjeiden ja säädösten lisäksi turvallisuuskulttuuriin vaikuttavat työntekijän työkokemus, asenne ja arvomaailma. Tärkeänä nähtiin erityisesti avoimen, keskustelevan ilmapiirin luominen työyhteisöön sekä ammattiryhmien välinen saumaton yhteistyö. (Pihkala 2010: 45–46.)

Henkilöstön käsitykset toiminnan riskeistä ja nykyisestä turvallisuustasosta vaikuttavat keskeisesti toiminnan turvallisuuteen organisaatiossa (Reiman – Oedewald 2008: 296). Espoon sairaalassa työskentelevät kokevat kyselyn mukaan suurta henkilökohtaisen vastuun tunnetta ja pitävät työtään merkityksellisenä. Oman työn tavoitteet nähdään selkeinä, tyytyväisyys on hyvä, ja sairaalan ilmapiiri koetaan hyvänä. Ilmapiiriä ei hallitse turvallisuuteen kohdistuva huolestuneisuus, vaan turvallisuus tunnustetaan sairaalan arjessa arvona (Pihkala 2010: 47).

Organisatoristen ulottuvuuksien tarkastelu toi näkyviin resurssien hallintaan, muutosten hallintaan ja ulkopuolisiin toimijoihin liittyviä kehittämistarpeita. Resurssien hallinta peilasi vastaajien mielipidettä henkilökuntamäärän riittävydestä, työn määrästä ja arviota käytettävissä olevista välineistä ja työtiloista. Muutoksen hallinnan osalta vastaajat arvioivat sitä, miten muutokset suunnitellaan ja toteutetaan. Ulkopuolisten toimijoiden osalta arvioitiin ulkopuolisten toimijoiden määrää, pätevyyttä sekä heidän kanssaan tehtävää yhteistyötä ja tiedonkulkua. (Pihkala 2010: 47–48.)

Kyselyssä tunnistettiin potilasturvallisuuden toteutumisen kannalta riskeinä paitsi resurssiin, myös viestintään ja osaamiseen liittyviä asioita. Vastaajat kokivat, että työyksiköissä käytetään enemmän tilapäistyövoimaa kuin potilashoidon kannalta olisi parasta. Sijaisten suuri määrä nosti esiin perehdytyksen ja yhtenäisten toimintatapojen merkityksen potilasturvallisuuden parantamisessa. Resursoinnissa ei ole kyse pelkästään työntekijöiden määrästä, vaan myös työn rytmittämisestä ja työtehtävien sujuvan toteuttamisen varmistamisesta. Olennainen askel tämän ulottuvuuden kehittämisessä otetaan siinä vaiheessa, kun resurssien hallinnan kysymykset otetaan puheeksi ja tunnistetaan potilasturvallisuuden kannalta keskeiseksi poliittisen päätöksenteon asiaksi. Kyselyssä tuli esille arvioita, että keikkatyöntekijöiden osaamisen puutteet ja sijaistyövoiman suuri määrä voivat vaarantaa potilasturvallisuutta. Kulttuurinen sopeutuminen on nähtävä kaksisuuntaisena prosessina. Herääkin kysymys, miten eri kulttuurista tulevan keikkatyöntekijän sopeutumista ja oppimista on mahdollista tukea ja edistää. (Pihkala 2010: 46–49.)

Potilasturvallisuustyön periaatteita ja potilasturvallisuuskulttuuriin liittyvän kyselyn tuloksia käsiteltiin yhdessä sairaalan henkilökunnan, opettajien, opiskelijoiden ja valtakunnallisten potilasturvallisuuden asiantuntijoiden kanssa työpajassa, jonka teemoina olivat inhimilliset tekijät ja potilasturvallisuus. Työpajassa käytettiin peilinä Vaasan sairaanhoitopiirissä tehtyä potilasturvallisuustyötä ja työstiettiin asioita espoolaisesta näkökulmasta jatkotyöskentelyä varten.

### Kartoitus lääkehoitotaitoihin liittyvästä osaamisesta

Lääkehoitotaidot ovat tärkeä osa terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattitaitoa. Sairaanhoitajien vastuualue lääkehoidossa on laaja. Sairaanhoitajilla odotetaan olevan vankka ja monipuolinen lääkehoidon osaaminen, jotta he kykenevät toteuttamaan lääkehoitoon liittyvät tehtävänsä turvallisesti ja tehokkaasti. Lääkehoidon toteuttamiseen sairaanhoitajilta vaaditaan teoreettista ja käytännön osaamista sekä päätöksentekoon liittyvää osaamista (Sulosaari – Suhonen – Leino – Kilpi 2010: 464). Turvallinen lääkehoito perustuu siihen, että lääkehoitoa toteuttava henkilöstö ymmärtää lääkehoidon merkityksen osana hoidon kokonaisuutta (Taam-Ukkonen – Saano 2010: 21). Ammatillinen peruskoulutus antaa sairaanhoitajille lääkehoidon perusvalmiudet, mutta ammatillinen kokemus ja taitojen täydentäminen ovat välttämättömiä edellytyksiä lääkehoidon ammattitaidon kehittymiselle (Mattila – Isola 2002: 3884–3887).

Lääkehoitoa ohjaavien periaatteiden tarkoituksena on varmistaa työskentelyn yhteiset perusteet ja toimia lääkehoidon laatuvaatimuksena. Lääkehoitoa ohjaavat viisi periaatetta ovat oikea lääke, oikea annos, oikea antotapa, oikea antoaika ja oikea potilas. Viime aikoina listaan on lisätty vielä oikea potilaan ohjaus ja oikea dokumentointi (Veräjänkorva ym. 2006: 84–86). Lääkehoito perustuu potilaan, lääkärin ja lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön väliseen yhteistyöhön, ja se edellyttää hoitohenkilökunnalta lääkehoidon kokonaisuuden hallintaa sekä siihen liittyvää asianmukaista osaamista (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2006: 36–37).

Espoon sairaalassa toteutettiin keväällä 2010 sairaanhoitajien lääkehoitotaitoja kartoittava kysely. Kysely pohjautui Oili Veräjänkorvan (2003) väitöskirjassaan *Sairaanhoitajien lääkehoitotaidot. Lääkehoitotaitojen arviointimittarin ja täydennyskoulutusmallin kehittäminen käyttämään mittariin*. Kyselyn tulokset analysoitiin Metropolia Ammattikorkeakoulun Tuula Zenunin (2011) hoitoalan koulutusohjelman opinnäytetyössä *Kohti turvallisempaa lääkehoitoa. Sai-*

raanhoitajien lääkehoitotaitojen kartoittaminen Espoon sairaalassa. Kyselyssä käsiteltiin sekä teoreettisia että käytännöllisiä lääkehoitotaitoja.

Espoon sairaalan sairaanhoitajien mielipiteet lääkehoidon helpoudesta jakautuivat kyselytutkimuksessa. Nuoremmat sairaanhoitajat arvioivat lääkehoidon helpommaksi kuin iäkkäimmät sairaanhoitajat. Osalle sairaanhoitajista työpaikalla käytettävä lääkehoidon ohjeistus ei ollut täysin tiedossa. Suurin osa vastaajista oli yhtä mieltä siitä, että lääkehoito vaatii suuren työpanoksen päivittäisestä työajasta.

Kyselyn tulokset osoittivat myös, että sairaanhoitajilla oli puutteita farmakologisissa tiedoissa. Lisäkoulutusta kartoittavassa osiossa yleisen farmakologian koulutustarve nousi kolmannelle sijalle. Myös farmakologisen tiedon hankinnassa oli puutteita. Sairaanhoitajat arvioivat saavansa tietoa uusien lääkkeiden vaikutuksesta, arvioinnista ja hoitolinjoista puutteellisesti niin lääkäriltä kuin lääkekeskukseltakin. Sairaanhoitajat kokivat ongelmalliseksi myös ajan tasalla pysymisen lääkkeiden kaupanimien muuttuessa.

Useat vastaajat kokivat ongelmalliseksi sen, ettei toimipaikassa keskustella riittävästi yhdessä lääkehoidon ongelmatilanteista. Yhteensä yli 40 prosenttia kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista ilmoitti, että heille on lääkehoidossa sattunut tilanteita, joissa he ovat aiheuttaneet potilaalle läheltä piti- tai vaaratilanteen. Kyselyyn vastanneet ilmoittivat hyvin yksimielisesti raportoivansa työssä tapahtuvista vaaratilanteista. Oikeanlaisen ilmapiirin luominen työyksikössä onkin tässä suhteessa tärkeää. Mahdollisia ongelmia tulisi lähteä ratkaisemaan yleisellä tasolla avoimessa ja kannustavassa ilmapiirissä.

Sairaanhoitajat olivat kyselyn perusteella hyvin yksimielisiä siitä, että heidän tulee huolehtia lääkehoitotaitojensa kehittamisestä. Työajallaan hoitajat arvioivat kehittävänsä aktiivisesti lääkehoitotaitojaan ja lukevansa lääkehoitoon liittyviä ohjeita ja selvityksiä. Lääkehoitotaitojen kehittäminen työajan ulkopuolella ilmoitettiin suhteellisen vähäiseksi.

Osa sairaanhoitajista koki, että lääkkeiden yhteensopivuuden ja -sopimattomuuden selvittämien jää heidän vastuulleen. Hoitajat ilmoittivat, että ollessaan epävarmoja he hakevat lisätietoja yleensä toiselta hoitajalta tai lääkäriltä. Lääkekeskuksesta haettiin tietoa vähemmän. Suurin osa sairaanhoitajista arvioi käyttävänsä lääkehoidon toteuttamisessa omaa asiantuntemustaan. Aseptisen työskentelyn lääkehoidossa sairaanhoitajat kokivat hallitsevansa hyvin. Ympäristön haluttiin olevan rauhallinen, jotta lääkkeiden jakoon voi keskittyä.

Tietoisuus toisten ammattiryhmien toimintatavoista edistää hoidon jatkuvuutta ja samalla potilasturvallisuutta (Kinnunen – Peltomaa 2009: 14). Kyselyssä ilmeni, että lääkehoidon raportoinnissa ja tiedonsiirrossa lääkehoidosta potilaan siirtyessä kotiin tai toiseen hoitolaitokseen on puutteita. Lääkehoidon turvallisuutta suunniteltaessa ja kehitettäessä kannattaa huomioida kommunikoinnissa olevat puutteet. (McBriden – Fourerin 2007: 64.) Espoon sairaalassa toteutetun kyselyn tulosten mukaan tehtävänjako lääkehoidon ohjauksessa ei ollut sairaanhoitajille selvää. Potilaan lääkehoidon ohjaus on tärkeä osa hoitotyötä ja hyvää lääkehoitoa. Potilas tarvitsee lääkehoidon ohjausta, jotta hän kykenee sitoutumaan lääkehoitoonsa ja osallistumaan lääkehoitoaan koskevaan päätöksentekoon.

Suonensisäisen lääkehoidon Espoon sairaalan sairaanhoitajat kokivat osaavansa hyvin. Vastaajat olivat hyvin yksimielisiä siitä, että tämä vaatii erityisosaamista ja että he kokivat saaneensa riittävästi siihen liittyvää ohjausta. Puutetta vastaajat arvioivat olevan elvytyksessä annettavien lääkkeiden hallinnassa.

Kaiken kaikkiaan Espoon sairaalassa sairaanhoitajille tehty kysely osoitti selvästi, että lääkehoidon lisäkoulutukselle on tarvetta. Kyselyssä nousi esille erityisesti kolme lääkehoidon aihealuetta, josta lisäkoulutusta halutaan. Nämä ovat muistisairaiden lääkehoito, iäkkäiden lääkehoidon erityiskysymykset ja yleinen farmakologia. Avoimen ja kannustavan keskustelukulttuurin luominen työyhteisössä on kaikkien yhteinen tehtävä ja kaikkien vastuulla. Säännöllinen lääkehoidon osaamisen arviointi auttaa keskustelemaan avoimesti vaikeistakin asioista ja tekee samalla näkyväksi toimivia lääkehoidon käytäntöjä sekä myös niiden kehittämiskohteita.

Kyselyn tulosten pohjalta lääkehoidon tietotaidon lisäämiseksi järjestettiin yhteistyössä valmentajaopettajan ja työsuojeluhenkilöstön kanssa syksyllä 2010 kaksi samansisältöistä potilasturvallisuusiltapäivää sairaalan henkilökunnalle ja opiskelijoille turvalliseen pistostekniikkaan liittyen. Toiseen työpajaan liitettiin opiskelijoille suunnattu sairaanhoitajien luento ”Sairanhoitaja lääkehoidon toteuttajana”. Syksyllä 211 järjestettiin sairaalan henkilökunnalle ja opiskelijoille yhteinen iltapäivä vanhusten lääkehoidon erityiskysymyksistä. Iltapäivään liittyi tälläkin kertaa sairaalan sairaanhoitajien esitys sairaanhoitajan roolista ja tehtävistä lääkehoidon toteuttamisessa.

## Paremmat lääkehoidon käytännöt

– Minulla on pitkä työkokemus, jään pian eläkkeelle. Kollegani Saila kertoi aamukahvilla, että eilisellä osastotunnilla osastonhoitaja Eija kävi läpi viimeisen kuukauden aikana HaiPro-järjestelmään kirjattuja haittatapahtumailmoituksia. Niitä oli tehty kymmenen, ja neljässä ilmoituksessa oli samantyyppinen haittatapahtuma. Potilaiden pöydiltä oli löytynyt yöllä sekä päivä- että iltalääkkeitä. Osastolla olikin pohdittu yhdessä sitä, mitkä asiat ovat mahdollisesti vaikuttaneet tilanteeseen, että näin on käynyt, ja mitä pitäisi tehdä, ettei tällaisia tilanteita sattuisi. Mietin, sitä, miten kulttuuri on muuttunut sitten omien aikojeni: silloin melkein osoiteltiin sormella ja etsittiin syyllisiä. Tämä nykyinen systeemi tuntuu paljon armollisemmalta, kuvaa sairaanhoitaja Sinikka.

Lääkehoidon käytännön kehittämisen lähtökohtina olivat myös lääkevirheet ja ongelmat lääkehoidon prosessissa. Sairaalassa on käytössä HaiPro-järjestelmä, johon haittatapahtumat kirjataan nimettöminä. Ilmoituksia seurataan säännöllisesti, ja seuranta on osoittanut lääkevirheiden olevan yleisiä. Lisäksi osastojen lääkehoidon käytäntöjä kartoitettiin Fokus Group -tyyppisillä haastatteluilla marraskuussa 2009. Haastattelut nostivat esille kirjavuutta käytännöissä. Espoon sairaalan osastojen lääkehoidon käytäntöjä lähdettiin yhtenäistämään, jotta potilasturvallisuus parantuisi entisestään.

### Vakioituja toimintatapoja

Focus Group -haastattelujen tulosten ja tehdyn opintokäynnin innoittamana työryhmä kiinnitti huomiota lääkelasien väreihin ja työrauhaan lääkkeenjako-tilanteissa. Lääkelasien värit kertovat, mihin kellonaikaan lasissa olevat lääkkeet potilaille annetaan. Väreinä käytettiin kirkasta klo 8, keltaista klo 12, sinistä klo 16 ja punaista klo 19 sekä klo 22. Lääkelasien väreistä sekä käyttöajoista ilmeni potilasturvallisuusriski suhteessa muihin pääkaupunkiseudun sairaaloihin, koska eri sairaaloissa värien merkitys saattoi olla erilainen. Sijaisena toimivien hoitajien mahdollisuus sekoittaa lääkelasien värikoodit eri sairaaloiden välillä oli riski potilasturvallisuudelle. Lisäksi käytössä olevan punaisen lääkelasin kaksi eri antamisen aikaa lisäsi potilasturvallisuusriskiä.

Lääkehoidon käytäntöjen yhtenäistäminen aloitettiin yhtenäistämällä lääkelasien värit ja kellonajat sekä laittamalla koodit esille selkeästi, yh-

denmukaisesti ja riittävän moneen paikkaan. Lisäksi klo 22 annettaville lääkkeille otettiin käyttöön vihreä lääkelasi.

Osastoille tehtyjen haastattelujen ja sairaanhoitajien lääkehoitotaitoja kartoittaneen kyselyn perusteella kävi ilmi, että lääkkeenjako tilanteet olivat usein rauhattomia ja keskeytykset toistuvia, ja siksi lääkityspoikkeamat olivat mahdollisia. Työrauhan merkitystä pyrittiin korostamaan ovikylteillä, joiden malli saatiin yhteiseltä tutustumiskäynniltä. Ovikyyltti oli kiinnitettynä lääkehuoneen oveen muistuttamaan työrauhasta. Kylttiä käyttivät sekä sairaanhoitajat että osastofarmaseutit lääkehuoneessa työskennellessään.

Osastoilla kokeiltiin myös värikästä avainkaulanauhaa merkinä lääkehoidosta. Vastaavien hoitajien oli tarkoitus pitää avainkaulanauhaa kaulassaan, kun he työskentelivät lääkkeiden tai lääkemääräysten parissa. Kaulanauhan käyttöä kokeiltiin kolmella osastolla (2D, 3D ja TK-2). Avainkaulanauhan käyttöä ei koettu hyvänä, koska avainkaulanauhan pikalukko oli jäykkä eikä nauhasta nykäistäessä auennut niskasta riittävän herkästi, mikä koettiin turvallisuusriskiksi. Lisäksi kaulanauhaa ei erottunut hoitajan selkäpuolelta. Tuli myös tilanteita, joissa toinen hoitaja lähestyi vastaavaa sairaanhoitajaa jättämällä pöydälle pienen lapun, jossa pyydettiin tarvittavaa kipulääkettä potilaalle. Hoitaja ei ilmoittanut lapun jättämisestä mitenkään vastaavalle sairaanhoitajalle eikä kontrolloinut, onko lappuun reagoitu eli annettu potilaalle hänen tarvitsemansa lääke. Lapussa ei ollut päivämäärää eikä kellonaikaa, joten vastaava sairaanhoitaja ei voitu olla täysin varma siitä, milloin lappu oli jätetty pöydälle. Toisin sanoen ”häiritsemiskielto” otettiin liian kirjaimellisesti, ja siitä saattoi aiheutua haittaa potilaalle. Kokemusten pohjalta nauhan käytöstä luovuttiin, vaikka kirjallisuudessa onkin hyviä esimerkkejä huomionauhan käytöstä (esim. Helo-vuo ym. 2011: 213).

## Tarkistuskäytännöt osana potilasturvallisuutta

Jorvin terveyskeskusosastolla 2 (TK-2) oli ollut vuodesta 2005 saakka käytössä lääkelistojen tarkistusmalli siten, että tarkistus oli toteutettu kaksi kertaa viikossa yövuorossa tiistain ja keskiviikon sekä lauantain ja sunnuntain välillä. Tarkistuskäytäntö hiipui kuitenkin vuosien saatossa, ja lopulta tarkistusta ei tehty enää systemaattisesti.

Osastolle luotiin seurantalomake, jonka avulla seurattiin lääkelistojen ja lääkemääräyksien toteutumista. Seurantalomakkeen käyttöön ottamisesta sovittiin yhdessä henkilökunnan kanssa osastotunnilla. A4-kokoinen



seurantalomake oli kuukausikohtainen. Lääkelistat ryhdyttiin tarkistamaan jokaisessa yövuorossa. Seurantalista otettiin TK-2-osastolla käyttöön huhtikuussa 2010, ja sitä säilytettiin lääkehuoneessa. Listoihin kertyneitä seurantamerkintöjä seurattiin säännöllisesti osastotunneilla.

Potilaaseen kohdistuvien haittatapahtumien ilmoitusjärjestelmä HaiPro otettiin Espoon sairaalassa käyttöön keväällä 2010. TK-2-osastolla lääkahoitoon liittyvät haittailmoitukset tehtiin järjestelmään maaliskuun lopusta alkaen. Osastolla haluttiin seurata, vaikuttaako seurantalomakkeen käyttöönotto lääkepoikkeamien määrään. Toiminnan muuttumisen myötä myös HaiPro-ilmoitukset muuttuivat. Lääkelistoihin ja lääkemääräyksiin liittyvien virheiden ilmoitukset vähenivät.

## Yhtenäiset lääkehoidon toimintatavat ja selkeä työnjako

– Osallistuin juuri hyvään keskusteluun, joka pidettiin osastotunnilla. Sairaanhoitaja Saira esitti aloitteen, että kehittäisimme lääkehoidon yhtenäisiä toimintatapoja, joilla voitaisiin turvata laadukkaampi lääkehoidon toteutuminen potilaille. Osastoni hoitajilta tulikin hyviä ehdotuksia, muun muassa lääkkeenjakoilanteen työrauhaan ja kirjaamiskäytäntöihin liittyen. Jutellessani ehdotetuista uusista toimintatavoista osastofarmaseutti Niinan ja osastolääkäri Kaarinin kanssa he pitivät niitä hyvinä. Täytyypä soittaa vielä asiakastietojärjestelmistä vastaavalle Mialle, mitä näkökulmia kirjaamiseen liittyy. No, nyt on valmistauduttava osastonhoitajien kokoukseen, huikkaa osastonhoitaja Eila.

Keväällä 2011 Espoon sairaalan johtoryhmä antoi toimeksiannon HaiPro-ilmoitusten perusteella esille nousseiden, nestehoitoon ja niin sanottuun ”pikkukansioon” liittyneiden lääkehoidon toimintatapojen yhtenäistämisestä. Tavoitteena oli potilasturvallisuuden parantaminen sairaalassa. Osastoilla oli ollut potilastietojärjestelmän lisäksi käytössä manuaalinen pikkukansio, johon kirjattiin ja kuitattiin annetuiksi lääkkeet, joita ei voi jakaa potilaille valmiiksi (esimerkiksi injektiot, liuokset ja valolta suojassa säilytettävät lääkkeet) sekä potilaan nestehoito. Nestehoidon kirjaamisessa oli ollut puutteita pikkukansiossa, eikä nestehoidosta jäänyt potilasturvallisuuden kannalta riittävästi merkintöjä potilastietoihin. Pikkukansion ylläpitäminen oli ollut haasteellista, eikä kaikkia lääkemuutoksia ollut huomioitu pikkukansioon asti potilaiden lääkelistoja päivitettäessä. Esimerkiksi lopetettua lääkettä ei välttämättä muistettu poistaa pikkukansioista, ja potilas sai lääkettä pidempään kuin oli määrätty.

Potilasturvallisemman käytännön lähtökohdaksi otettiin selkeä toimijoiden välinen työnjako ja mahdollisimman vähäinen tietojen kopiointi paikasta toiseen. Työskentelyn tuloksena päädyttiin toimintatapaan, jossa luovutaan pikkukansioista kokonaan ja vähennetään samalla tiedon siirtoa. Sairaalan lääkehoidon toimintaohjeen päivytyksen jälkeen syksyllä 2011 toteutettiin lääkehoidon toimintatapojen muutokseen liittynyt, neljä viikkoa kestänyt kokeilu kahdella Espoon sairaalan osastolla (3D ja TK-2). Toiminnan muuttumisen varmistamiseksi järjestettiin iltapäiväkoulutus kokeiluun osallistuneiden osastojen sairaanhoitajille, osastofarmaseuteille ja lääkäreille. Koulutus suunniteltiin ja toteutettiin moniammatillisesti työryhmän tekemän ja ammattikorkeakoulun pedagogisten asiantuntijoiden kommentoiman suunnitelman pohjalta.

Suurin muutos uudessa toimintatavassa koski kirjaamista potilastietojärjestelmään. Pikkukansioiden poistuessa käytöstä dokumentoinnin merkitys potilastietojärjestelmään kasvoi. Yhtenä potilasturvallisen lääkehoidon edellytyksenä on, että tiedetään, mitkä ovat eri ammattiryhmien tehtäviä ja vastuualueita. Lääkehoidon hyviin käytäntöihin kuuluu jokaisen terveydenhuollon portaan keskittyminen tarkistamaan potilaiden lääkelistat ja pitämään ne ajan tasalla. Avohoidon ja kotihoidon potilaiden lääkelistat ovat usein vanhentuneita sähköisessä järjestelmässä. Uudistettuun lääkehoidon toimintaohjeeseen kirjattiin selkeästi lääkärin, sairaanhoitajan ja osastofarmaseutin tehtävät potilaan lääkehoidon osalta. Ammattiryhmien roolit on koostettu taulukkoon 1.

Lääkäri vastaa potilaan lääkityksestä. Potilaan tullessa osastolle arkinen ennen klo 14 lääkäri kuittaa lääkelistan tarkistetuksi ja kirjaa määrättyt lääkkeet sekä Efficca-potilastietojärjestelmässä käytössä oleville Lääkärin määräykset -lehdelle (LÄMÄ) että lääkelistalle (LÄÄKEL) jako-ohjeineen. Näin varmistetaan, että lääkäri saa tietoonsa ja huomioi mahdolliset interaktiot lääkkeitä määrätessään. Uutena asiana lääkelistalle kirjataan potilaan nestehoito. Tarvittaessa olevan nestehoidon ohjeistus, esimerkiksi kokonaisnestemäärä vuorokaudessa (KNM), kirjataan Huomioitavaa-sarakkeeseen.

Sairaanhoitaja huolehtii yhdessä osastofarmaseutin kanssa, että potilaan lääkelistalla on Huomioitavaa-sarakkeessa merkinnät A (= Annosjakelu), F (= Farmaseutti) ja H (= Hoitaja). Merkit kertovat, mitä kautta potilaan lääkkeet laitetaan valmiiksi lääkevaunuihin. Annosjakelu tarkoittaa annosjakelukoneen suorittamaan lääkkeenjakoja tai -annostelua. Tietokoneohjelmoitu laite jakaa potilaille jokaiseen annostelu-aikaan valmiiksi annospussit, joissa lukee potilaan nimi, syntymäaika, pussin sisältämien

tablettien nimi ja lukumäärä, päivämäärä ja kellonaika, koska tabletit otetaan sekä päivämäärä ja kellonaika, koska tabletit on jaettu pussiin. Annosjakelu on käytössä Espoon sairaalassa vain kuntoutusosastoilla. Akuuttihoiton osastoille annosjakelu ei sovi osastojen luonteen ja lääkemuutosten suuren määrän vuoksi. Kaikki lääkkeet eivät kuitenkaan sovellu annosjakeluun, ja osastofarmaseutti jakaa osastolla käsin lääkkeet, jotka voidaan jakaa etukäteen esille lääkevaunuihin. Sellaisia lääkkeitä ovat esimerkiksi purutabletit, osa antibiooteista ja Marevan®.

Sairaanhoitaja katsoo vielä vuorokohtaisesti lääkelistalta lääkkeet, joita ei ole voitu jakaa annosjakelun kautta tai laittaa muuten valmiiksi lääkevaunuihin (esimerkiksi nestemäiset lääkkeet, injektiot ja huumausainekortilla olevat lääkkeet). Sairaanhoitaja päivittää uuden potilaan lääkelistan arkisin klo 14 jälkeen sekä viikonloppuisin. Lääkelista tulostetaan ohjeen mukaisesti, niin että Huomioitavaa-sarakkeen merkit ovat järjestyksessä A, F ja H, mikä helpottaa lääkelistan lukemista. Tuloste laitetaan lääkehuoneeseen kansioon sekä potilaan akuuttikansioon. Osastofarmaseuteilla ei toistaiseksi ole Effic-a-oikeuksia, joten tulostettu lääkelista on heille tärkein työväline potilaiden lääkeshoidossa. Huomioitavaa-sarakkeeseen kirjataan viimeisin vaihtopäivämäärä sellaisten jatkuvana menevien lääkelastarien kohdalle, jotka menevät kolmen päivän välein, ja viimeisin injektion pistopäivämäärä sellaisten jatkuvana menevien injektioiden kohdalle, jotka menevät harvemmin kuin kerran viikossa. Kun päivämäärä kirjataan lääkelistaan, kaikki tiedot löytyvät samasta paikasta, mikä lisää potilasturvallisuutta.

Nestehoidon osalta sairaanhoitaja kirjaa Effic-a-potilastietojärjestelmään toteutuneen nestehoidon Hoitotyö-lomakkeelle (HOI). Suonensisäisen (iv) nestehoidon aloitus, lopetus, annetun nesteen nimi sekä määrä (ml) kirjataan omalla käyntirivillä ”G Lääkehoito” -otsikon alle. Myös iv-antibiootin aloitus ja määrä kirjataan omalla käyntirivillä ”G Lääkehoito” -otsikon alle. Espoon sairaalassa nestevuorokausi vaihtuu klo 6 aamulla, jolloin yövuoron sairaanhoitaja hakee nestehoitoa koskevat tiedot HOI-lomakkeelta ja siirtää tiedot Nestetasapainotaulukkoon (NESTE). Uuden lääkehoidon toimintaohjeen myötä myös Nestetasapainotaulukon kirjausta on tarkennettu. NESTE-lomakkeelle kirjataan kaikki potilaan saamat nesteet, niin suun kautta kuin suonensisäisesti menneet. Nesteet lasketaan yhteen ja lääkärin määräämä KNM kirjataan lomakkeelle näkyviin.

Osastofarmaseutti päivittää osaston potilaslistan ja potilaiden lääkelistan annosjakeluohjelmaan (ATC-Host). Hän jakaa akuuttihoiton osastoilla potilaiden lääkkeet valmiiksi lääkevaunuihin ja kuntoutusosastoilla lääkkeet,

## TAULUKKO 1. Ammattiryhmien roolit potilaan lääkehoidon toteutuksessa

### Lääkäri:

- kirjaa potilaan lääkehoidon Lääkärin määräys- ja Lääkelista-lomakkeelle
- kirjaa lääkelistan jako-ohjetta koskeviin sarakkeisiin annostelun ajankohdan (tabletit numeroina ja muut lääkkeet x-merkillä)
- kirjaa lääkelistalle nestehoidon ja kokonaisnestemäärän sekä insuliinihoidon annostelurajat
- kirjaa lääkelistalle TAUKO-merkinnän annostelusarakeeseen
- kirjaa viimeisimmän annoksen Huomioitavaa-sarakeeseen, jos kyseessä on harvoin annosteltava lääke ja
- tulostaa Lääkärin määräys -lehden hoitajille.

### Osastofarmaseutti:

- neuvottelee sairaanhoitajan kanssa Huomioitavaa-sarakeeseen koodit A, F ja H
- päivittää osaston potilaslistan tilausjärjestelmään
- arvioi potilaan lääkehoitokokonaisuuden ja
- tarkistaa lääkepussit silmämääräisesti.

### Sairanhoitaja:

- merkitsee Huomioitavaa-sarakeeseen kirjaimella, kuka laittaa lääkkeen esille lääkevaunuun: A= Annosjakelu, F= Farmaseutti ja H= Sairanhoitaja yhteistyössä osastofarmaseutin kanssa
- merkitsee lääkelistan Huomioitavaa-sarakeeseen antopäivämäärän harvemmin kuin kerran viikossa annosteltavien lääkkeiden osalta
- merkitsee Huomioitava-sarakeeseen antopäivämäärän kolmen päivän välein annosteltavien lääkkeiden osalta
- klikkaa Huomioitavaa-sarakkeen kohdalta, kunnes kirjaimet ovat järjestyksessä: A=annosjakelu, F=osastofarmaseutti, H=hoitaja
- tulostaa lääkelistasta kaksi kappaletta
- kirjaa HOI-lomakkeelle potilaan nestehoidon ja
- yösairahoitaja laskee yhteen NESTE-lomakkeelle vuorokauden aikana toteutuneen nestehoidon.

jotka eivät sovellu annosjakeluun. Hän myös tarkistaa silmämääräisesti annosjakelusta tulleet lääkepussit sekä neuvottelee lääkärin ja sairaanhoitajan kanssa potilaan lääkityksestä ja tarvittaessa lääkemuodoista.

Lääkehoidon uuden toimintatavan koulutuksen suunnittelussa käytettiin hyväksi potilastietojärjestelmä Effican oppimisympäristöä esimerkkien luomiseen sekä havainnollistamiseen. Vaikka uusi toimintatapa ja -ohje vaativat totutusta poikkeavaa kirjaamista potilastietojärjestelmään, ei koulutusta suunniteltaessa haluttu keskittyä potilastietojärjestelmän kouluttamiseen vaan potilasturvallisuusperiaatteiden, uuden toimintatavan sekä muuttuvan

kirjaamiskäytännön kouluttamiseen. Lääkehoidon toteutusta ja eri ammattiryhmien tehtäviä havainnollistettiin prosessikaaviolla. Yhteisen koulutuksen jälkeen osastot järjestivät vielä osastotunteja sellaisille työntekijöille, jotka eivät päässeet yhteiseen koulutustilaisuuteen. Lisäksi kokeiluun osallistuneilla osastoilla annettiin opetusta ja ohjausta tarpeen mukaan.

Kokeiluun osallistuneille jaettiin koulutuksen yhteydessä arviointilomakkeet. Lisäksi osastonhoitajat jakoivat lomakkeet osastoilla työntekijöille, jotka eivät päässeet yhteiseen koulutukseen. Jokaisella osallistujalla oli velvollisuus antaa palautetta lääkehoidon uudesta toimintatavasta ja -ohjeista. Palautteessa käytettiin strukturoitua lomaketta. Palautelomakkeita palautui hyvin (27/31), ja kaikki ammattiryhmät antoivat palautetta. Yhteenvetona voitiin todeta, että lievän alkujännityksen jälkeen uusi toimintatapa koettiin hyvänä edistysaskeleena kohti turvallisempaa lääkehoitoa. Useiden vastaajien mielestä uusi toimintatapa oli helppo, yksinkertainen, selkeä ja nopea sekä säästi työaikaa. Lääkehoidon yhteiskoulutus ja toimintaprosessin dokumentointi koettiin selkeäksi ja tarpeelliseksi. Tämän lisäksi osastolla toteutettu henkilökohtainen koulutus ja perehdytys olivat välttämättömiä vuorotyön ja vuosilomien vuoksi. Toiminnan pysyvyyden varmistamiseksi osastoille nimettiin sairaanhoitajia, jotka vastaavat lääkehoidon toimintatavan opastamisesta jatkossa. Osastolla tehdyt valmistelut ennen pilotointia (esimerkiksi Lääkelistalle huomioitavaa -sarakkeen kirjainmerkinnät) helpottivat kokeilun aloitusta. Palautteista voitiin päätellä, että lääkehoitoon liittyvä keskustelukulttuuri oli muuttunut avoimemmaksi.

Palaute lääkityksen kirjaamisesta oli enimmäkseen positiivista. Uusi tapa kirjata potilaan lääkitys lääkelistalle koettiin selkeäksi myös nestehoidon osalta, kun kaikki tiedot oli nähtävissä yhdeltä ja samalta lomakkeelta. Ylimääräisestä paperilomakkeelle kirjaamisesta luopuminen koettiin hyväksi. Lääkelistan kirjainmerkinnät koettiin hyväksi kirjaamistavaksi. Huomioitava-sarakkeen täyttämistä ei koettu ongelmalliseksi.

Vuorokausinesteiden kirjaaminen HOI-lehdeltä potilastietojärjestelmän Nestetasapainotaulukkoon oli uutta ja hidasti kirjaamista. Nestehoidon kirjaaminen koettiin tärkeäksi, mutta vähäisen kokemuksen vuoksi se ei ollut vielä sujuvaa. Lääkemääräykset olivat täsmentyneet, ja jako-ohjeet oli tehty ennen tulostusta.

Lääkkeenjarkovaunussa olevien tietokoneiden käyttö oli alussa työlästä, mutta koettiin kokeilun edetessä hyväksi. Tietokoneet lääkevaunussa helpottivat ja nopeuttivat sekä lääkityksen kirjaamista että tarkistamista. Hoitaja voi kirjata annetut lääkkeet reaaliaikaisesti. Lääkevaunussa oli kaikki

tarpeellinen samanaikaisesti mukana. Lääkevaunujen potilaskohtaiset lokerot selkeyttävät lääkkeenjako.

Uuden toimintatavan ja pikkukansion poistamisen koettiin lisäävän potilasturvallisuutta ja vähentävän lääkevirheitä. Lääkärin rooli ja vastuu lääkehoidossa oli selkeytynyt ja tullut näkyvämmäksi. Potilaan lääkityksestä oli myös hoitajilla parempi kokonaiskuva, mikä säästi aikaa. Lääkityksen kirjaaminen oli yhtenäistä ja selkeytti lääkkeiden antoaikaa (esimerkiksi laastarit). Lääkelistojen järjestäminen A-, F- ja H-kirjainmerkein helpotti jakoa ja tarkistusta. Lääkelistan kirjainmerkintöjen jako-ohjeen virheet ja tauolla olevat lääkkeet huomattiin nopeasti.

Uudistettu lääkehoidon toimintatapa otettiin käyttöön koko sairaalassa marraskuun puolivälissä 2011. Ennen käyttöönottoa järjestettiin ensin osastojen lääkevastaaville koulutus ja sen jälkeen sairaalan sairaanhoitajille, osastofarmaseuteille ja lääkäreille yhteiskoulutuksia. Koulutusten sisältö ja koulutustapa olivat samat kuin kokeiluun osallistuneille osastoille järjestetyssä koulutuksessa. Palautteiden perusteella nestehoidon kirjaaminen oli kaikkein haasteellisinta uudessa toimintatavassa, ja sitä painotettiin enemmän koulutuksissa.

Potilasturvallisuuden kehittämisen edellyttää jatkuvaa arviointia ja foorumeita, joissa toimintaa arvioidaan ja kehitetään edelleen. Lääkehoidon osalta sairaalaan perustettiin lääkehoidon työryhmä, joka jatkaa kehittämistyötä. Sen ensimmäiseksi tehtäväksi nostettiin uuden toimintamallia arviointi ja sen mahdollinen täsmentäminen jatkuvan laadun parantamisen toimintamallin mukaisesti.

## Potilaslähtöinen ja turvallinen kivunhoito

– Meidän tulisi kehittää yhtenäisempiä toimintatapoja myös turvallisen kivunhoidon toteuttamiseksi tässä sairaalassa, miettivät yhteistä kehittämistyötään sairaanhoitajat Marja ja Sinikka, opiskelija Minna sekä kehittäjäopettaja Leena istuessaan osaston lepohuoneen pöydän ääressä. Potilaan laadukkaassa, turvallisessa ja yksilöllisessä lääkkeellisen ja lääkkeettömän kivunhoidon kehittämisessä ja kirjauksissa riittää haasteita pitkälle ajanjaksolle.

Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen IASP (International Association for the Study of Pain 1986) määritelmän mukaan kipu on epämiellyttävä aistimus tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosaivuriin tai jota kuvataan kudosaivuriin käsittein. Lisäksi

määritelmässä todetaan, että yksilön kyvyttömyys kommunikoida sanallisesti ei sulje pois sitä, että hän voisi kokea kipua tai olla kivunlievityksen tarpeessa. Kipu on aina yksilöllinen kokemus, johon vaikuttaa muun muassa henkilön oma kipuhistoria.

Hoitotyössä kipu on määritelty muun muassa McCafferyn (1968) mukaan niin, että ”kipu on mitä tahansa yksilö sanoo sen olevan, ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän”. Kipu voidaan jakaa akuuttiin ja krooniseen kipuun sen esiintymisajan perusteella. Kipua voidaan luokitella myös sijainnin ja kivun aiheuttajan mukaan. Kipu on epämiellyttävä kokemus ja aiheuttaa kantajalleen kärsimystä. Kipu vaikuttaa mielialaan, ihmisuhteisiin ja toimintakyvyn ylläpitämiseen kaventaen henkilön elämänpiiriä. (Sailo 2000; Salanterä ym. 2006; Suomen kivunhoitoyhdistys 2009.)

Potilaalla on oikeus saada laadultaan hyvää kivunhoitoa, mikä tarkoittaa tutkittuun tietoon ja vankkaan kliiniseen kokemukseen perustuvien hoitovaihtoehtojen valintaa, käyttöä ja arviointia. Yksi terveydenhuollon ja hoitotyön perustehtävistä on potilaan kivun tunnistaminen ja kivun syyn selvittäminen, jotta kipu pystytään joko poistamaan tai vähintään lievittämään. Koska jokainen tuntee kipunsa omalla tavallaan, on kivun tunnistaminen ja mittaaminen vaikeaa. Monien tutkimusten (mm. Leinonen 2009) mukaan yhtenäiset linjat kivun arvioinnista puuttuvat.

Jokaisella ammattilaisella on oma tärkeä tehtävänsä potilaan kivun lievittämisessä ja hyvän olon edistämässä. Kivun hoitaminen on yksi sairaanhoitajan perustehtävistä niin kotisairaanhoidossa kuin osastoillakin. Potilas itse kulkee hoitoprosessinsa läpi alusta loppuun, ja hän määrittelee kivunhoidon laadun subjektiivisen kokemuksensa mukaan. Potilaan ottaminen mukaan hänen oman kivunhoitonsa suunnitteluun ja toteuttamiseen on oleellinen osa turvallisen kivunhoidon toteutumisessa ja varmistamisessa. Hoitohenkilökunnan työssä tämä tarkoittaa kykyä tunnistaa potilaan kipu, kykyä hallita erilaisia kivunhoitomenetelmiä ja kykyä arvioida kivunhoidon vaikuttavuutta käytettävissä olevilla voimavaroilla ja menetelmillä parhaalla mahdollisella tavalla. (Kinnunen 2010; Koukkula 2001; Leino 1999; Salanterä ym. 2006.)

Moniammatilliselle hoitotiimille laadukas kivunhoito merkitsee vaikuttavien ja näyttöön perustuvien menetelmien käyttöä. Potilaslähtöisen ja turvallisen kivunhoidon tulee olla osa potilaslähtöistä hoitotyötä, joka toteutuu vakiintuneena, yleisiä toimintatapoja ja yhteisiä päivittäisiä käytäntöjä toteutuvana vastuullisena toimintana.

Kehittämistyöhön kiinnittyivät Espoon sairaalassa ensisijaisesti kuntoutusosastot 2D ja 3D sekä Jorvin sairaalan terveystieteiden osasto (TK-2).

Osastoilla 2D ja 3D hoidettavat potilaat ovat enimmäkseen iäkkäitä, usein hyvin monisairaita. 3D-osastolla hoidetaan myös saattohoitovaiheessa olevia, esimerkiksi syöpää sairastavia potilaita. Osastolla korostuu kroonisen kivun hoito. 2D-osastolla puolestaan hoidetaan traumaperäisiä kuntoutuspotilaita, kuten lonkkamurtumapotilaita. Osastolla korostuu akuutin kivun hoito. Kroonisen ja akuutin kivun hoidossa on eroja. Syöpäpotilailla suuri merkitys on lääkkeellisellä kivunhoidolla, kun taas nivelrikkoa sairastavalla pohditaan ensisijaisesti lääkkeetöntä, tarvittaessa toki myös lääkehoitoa. Traumapotilaat puolestaan tarvitsevat kuntoutuksen alussa kunnollisen kivunlievityksen, että kuntoutus pääsee käyntiin.

### Turvallisen ja potilaslähtöisen lääkkeellisen kivunhoidon kehittäminen

*Onpa paljon osallistujia täällä kehittämistyön aloituspäivässä – perusturvajohtaja, vanhusten palvelujen johtaja, sairaalan johtaja, ylihoitaja, hyvin monesta yksiköstä työryhmät ja fasilitaattorit johtavat kehittämistoimintaa. . . Onpa upea juttu päästä mukaan kehittäjäopettajana. Pöydässäni istuvat yhteistyökumppanit sairaalasta, ja nyt alamme miettiä tavoitetta kehittämistyöllemme. Asioiden kehittämiseen ja menetelmiin on tosiaan satsattu tässä sairaalassa. Mielenkiintoista ja haastavaa, mikähän minun roolini on? miettii lehtori Jouko.*

Espoon sairaalassa tavoitteena oli kehittää kivun hoitoa siten, että potilas saisi kipulääkettä turvallisesti ja optimaalisesti. Turvallisen ja optimaalisen kivun hoidon avulla potilaan olo helpottuu ja toimintakyky paranee. Tavoitteena oli myös, että henkilökunnan ammattitaito kivun seurannassa ja kirjaamisessa kehittyisi siten, että kivun hoidon kirjaaminen tarkentuisi ja selkeytyisi. Osastolla kivun hoitoa saavat potilaat olivat useimmiten syöpäpotilaita, joilla oli melko usein säännöllisesti jatkuva kipulääkitys ja lisäksi tarvittaessa annettava kipulääkitys. Jatkuvan kipulääkkeen vaikutuksen seuranta sai usein kirjaamisessa vähän huomiota.

Hyvä kirjaaminen auttaa myös lääkäreitä näkemään, onko kipulääkitys ollut riittävää ja turvallista vai onko kipulääke mahdollisesti aiheutunut sekavuutta, pahoinvointia tai kaatumisia. Syöpäpotilailla toimintakyky vähitellen laskee. Tämän potilasryhmän kohdalla kehittämistyön tavoitteena oli saada pienet, toimintakykyä ylläpitävät asiat onnistumaan mahdollisimman pitkään ja mahdollistaa kivuton, hyvä olo. Kivunhoidon kehittämistä käytiin läpi kuukausittain osastotunneilla sekä informoitiin henkilökuntaa tuloksista tiedottein, jotka sijoitettiin hoitotiloihin näkyville.



Kehittämishankkeeseen (maaliskuusta 2010 lokakuuhun 2010) valittiin osastolta kuusi potilasta, joilla kipu vaikeutti liikkumista. Heille pyrittiin toteuttamaan turvallista ja optimaalista kivun hoitoa. Kivun hoidon kirjaaminen tehtiin Effica-järjestelmän hoitotyön lehdelle (HOI-lehti), ja sitä seurattiin päivittäin joka vuorossa. Kirjaamisessa tavoitteina oli kirjata seuraavia asioita:

- kipulääkkeen tarpeen arviointi (mittaus VAS-mittarilla tai sanallinen kuvaus)
- lääkehoito (mikä lääke, annos, antoreitti, aika, mihin tarkoitukseen lääke annettu?)
- kipulääkkeen vaikutuksen seuraaminen ja kirjaaminen.

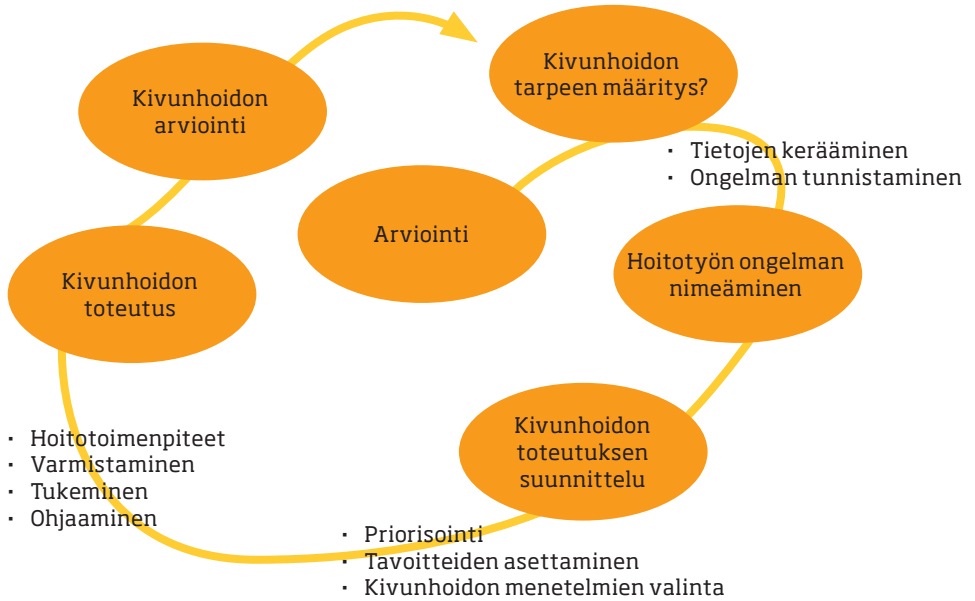
Otos oli pieni, mutta kuvasi kuitenkin riittävästi osaston senhetkistä tilannetta. Tarkasteltaessa HOI-lehdelle tehtyjä merkintöjä havaittiin, että vertailtaessa 0-mittausta (lähtötilanne) ja I-mittausta (tilanne kehittämisajanjakson lopussa) näkyi, että I-mittauksessa kivun seurantamerkinnoissä kipulääkkeen antotarkoitus oli merkitty ja kipulääkkeen vaikutuksen kirjaamisessa oli tapahtunut kehitystä. Molemmissa mittauksissa oli vähän VAS-merkintöjä. Lähtötilanteessa lääkemuodot oli osassa kirjauksista merkitty puutteellisesti, ja antoreitti puuttui suurimmasta osasta merkintöjä. I-mittauksessa kipulääkkeen tarkoitus- ja antoreittimerkinnoissä oli edelleen parantamisen varaa. Myös kipulääkkeen vaikutuksen seuranta tulee edelleen parantaa. Kipulääkityksen vaikutuksen seurannassa oli tapahtunut hieman parannusta, ja vaikutuksia oli seurattu tarkemmin (muun muassa kysyttiin potilaalta, oliko hän saanut annetusta kipulääkkeestä lievitystä).

Kipulääkkeen tarkoitus ja sen vaikutus tulee merkitä aina, kun kipulääke kirjataan. VAS-mittarin käyttöä ei koettu toimivaksi osastolla, sillä syöpäpotilaat eivät useinkaan pystyneet arvioimaan kipua. Eniten muutosta tapahtui potilaalle annetun kipulääkkeen vaikutuksen seurannassa.

## Lääkkeetön kivunhoito osana potilaan kivunhoitoa

Työskentelyn edetessä virisi keskustelu myös lääkkeettömän kivunhoidon kirjaamisen kehittämisestä, ja tavoitteeksi asetettiin yhtenäisemmän käytännön luominen potilaslähtöisen lääkkeettömän kivunhoidon toteutumiseksi lääkkeellisen kivunhoidon rinnalle.

Kevään 2011 aikana tutustuttiin lukuisiin lääkkeetöntä kivunhoitoa käsitteleviin tutkimuksiin ja artikkeleihin. Aiheesta keskusteltiin yhdessä ja pohdittiin, miten lääkkeetön kivunhoito saataisiin näkyvämmäksi syste-



KUVIO 1. Potilaslähtöinen kivunhoidon prosessi, *Hoitotyön käsikirjaa* (Iivanainen ym. 1988: 35–63) mukailten

maattisen kirjaamisen ja yhtenäisen potilasohjauksen avulla. Kehittämistyön viitekehikseksi laadittiin potilaslähtöinen turvallisen kivunhoidon prosessikaavio mukaillen Iivanaista ym. (1998). Prosessikaavio on esitetty kuviossa 1. Lähtökohtana oli, että potilaan kivunhoidon perustana ovat kivun ja sen hoidon jatkuva arviointi, seuranta sekä suunnitelmallinen yhteistyö eri ammattiryhmien välillä. Onnistuneella kivunhoidolla voidaan tällä tavalla merkittävästi parantaa potilaan elämänlaatua ja turvallisuuden tunnetta.

Kivunhoidon prosessi on monivaiheinen. Ensin kartoitetaan, missä ja miksi kipua on ja miten potilas kivun kokee. On selvitettävä potilaan kipuhistoria ja elämäntausta sekä fysiologiset tekijät, kuten ikä, perussairaudet ja diagnoosi(t). Sairauden tai hoidon vaihe arvioidaan ja kivun voimakkuus ja laatu mitataan (esimerkiksi VAS-mittari). Käytössä jo olevien kivunhoidon menetelmien tarkistaminen ja toimivuuden arviointi edeltävät sopivan kivun hoitomuodon valintaa. Myös lääkkeetön kivunhoito lääkkeellisen kivunhoidon tueksi toteutetaan yhteistyössä potilaan kanssa,

ja potilasta motivoidaan sitoutumaan kivunhoitoonsa. Lopuksi arvioidaan hoidon vaikuttavuutta ja huolehditaan sen kirjaamisesta. Tarvittaessa hoitomuotoa vaihdetaan, mikäli ensimmäisellä hoitovaihtoehdolla ei saavuteta toivottua tulosta.

Potilaan kipu voi olla fyysistä tai psyykkistä, sosiaalista, henkistä tai hengellistä kipua. Se muuntuu ja vaihtelee ahdistuksen, depression, erilaisten tilanteiden, vuorokauden- ja vuodenaikojen mukaan. Koska kipua on monenlaista, tarvitaan myös erilaisia kivunhoitomenetelmiä. Kipua helpottamaan pyritään löytämään keinoja, jotka ovat mahdollisimman turvallisia ja tehokkaita. Monien potilaiden hoidossa käytetään esisijaisesti lääkehoitoa, mutta se ei saisi olla ainoa hoitokeino kivun helpottamiseksi. Esimerkiksi pitkäaikaisesta kivusta kärsivien potilaiden hoidossa lääkkeellinen hoito ei yksin riitä, vaan tarvitaan myös muita kivunlievitysmenetelmiä, jotta kipu pystyisi paremmin hallinnassa. Useimmat krooniset kipupotilaat käyttävätkin kipulääkkeiden lisäksi muita kivun lievitysmenetelmiä. Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät kasvattavat potilaan itse-tuntemusta, mikä edistää vastuun ottamista omasta hoidosta. (Sailo 2000; Salanterä ym. 2006.)

Usein lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät määritellään lukuisiksi erilaisiksi lähestymistavoiksi, joihin ei liity lääkkeiden käyttämistä, mutta jotka lievittävät kipua siedettävämmäksi ja antavat henkilölle tunteen tilanteen hallinnasta. Lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien tavoitteena on muuttaa potilaan kipuaistimusta ja kipukäyttäytymistä sekä tarjota hänelle tunne paremmasta kivunhallinnasta. (Pölkki ym. 2001.) Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät ovat edullisia ja potilaslähtöisiä, ja niiden käyttö saa monet potilaat sitoutumaan paremmin omaan hoitoonsa. Lisäksi lääkkeettömällä kivunhoitomenetelmillä ei ole yhtä paljon sivuvaikutuksia kuin lääkkeillä. Taulukossa 2. on lueteltu lääkkeettömän kivunhoidon menetelmiä.

Hoitajan tulee tuntee lääkkeettömiä kivun hoitotyön menetelmiä, joilla kipua voidaan helpottaa. Hoitajan on myös osattava käyttää niitä, koska ne usein tukevat kivun lääkehoitoa. Kipu on ongelmana tai haasteena niin moniulotteinen, että yksittäinen asiantuntija ei pysty hallitsemaan kaikkea sitä monitieteellistä tietoa ja taitoa, jota kivun hoitaminen edellyttää. Jokaisella ammattilaisella on oma tärkeä tehtävänsä potilaan kivun lievittämisessä ja hyvän olon edistämisessä, sillä hyvä kivunhoito edellyttää läheistä yhteistyötä eri ammattikuntien edustajien kanssa. Eri ammattialo-

TAULUKKO 2. Lääkkeettömän kivunhoidon menetelmiä (Estlander 2003; Kulmala 2010; Lampinen – Haapio 2000; Palviainen 2005; Pohjolainen 2009; Vainio 2009; Vuento-Lammi 2010)

**Lääkkeettämiä kivunhoidon menetelmiä ovat esimerkiksi:**

- potilaan kanssa keskusteleminen ja kuunteleminen, kannustaminen ja rohkaiseminen
- potilaalle annettu kirjallinen ja suullinen tieto kivusta ja sen aiheuttajista
- potilaan huomion kiinnittämien toisaalle (eli huomion kiinnittäminen pois kipuaistimuksesta aktivoiden muita aisteja) naurun, huumorin, lukemisen, musiikin, mielikuvien, rentoutumisen, tv:n katselun avulla
- meditaatio, rukoileminen ja hengellisyyden tukeminen
- kosketus ja hierominen
- kylmä- ja lämpöhoidot, lämmin vaatetus ja peitteet
- fysioterapian keinot:
  - termiset hoidot (lämpö-, syvälämpö- ja kylmähoidot)
  - valohoidot (muun muassa infrapuna- ja uv-hoito)
  - mekaaniset hoidot (muun muassa hieronta, manuaalinen lymfaterapia)
  - vetohoidot (muun muassa painepussipuristushoito)
  - mobilisoivat hoidot
  - esihoidot (vesiliikunta, -hieronta, kylvyt)
  - sähköiset kivunhoitomenetelmät (muun muassa TENS)
- erilaiset psykologiset menetelmät, muun muassa terapiat ja kipuryhmät
- mielihyvää tuottavien asioiden tekeminen, viriketoiminta
- asentohoito ja hyvä perushoito
- lepo ja uni
- liikunta ja liikkuminen
- liikkumista helpottavat apuvälineet
- kaatumista estävät toimenpiteet
- mielialan hoitaminen, masennuksen torjuminen
- lemmikkieläimet
- päivittäisten askareiden tekeminen
- ravitsemus, muun muassa painonhallinta
- hengitysharjoitukset (muun muassa puhalluspulloon puhaltaminen)

jen asiantuntijat voivat pitkäjänteisen yhteistyön avulla perehtyä toistensa käytäntöihin ja tapoihin ratkoa potilaan kipua ja kivunhoitoon liittyviä ongelmia. Tällaisella yhteistyöllä on helpompi löytää ratkaisuja vaikeampiinkin tilanteisiin.

## Oppimistehtävä osana kehittämissprosessia

Kevään 2011 aikana Metropolia ammattikorkeakoulun neljä kättilö- ja terveydenhoitajaopiskelijaa toteuttivat neljän viikon laajuisen Kliinisen hoi-

totyön perusteet -harjoittelunsa Espoon sairaalan kuntoutusosastoilla 2D ja 3D. Harjoittelu ajoittui opintojen toiselle opiskelulukukaudelle. Opiskelijan tehtävänä oli tutustua osastolla toteutettavan, sekä lääkkeelliseen että lääkkeettömän kivunhoidon toteuttamiseen oman potilaan tai potilaiden näkökulmasta. Ensimmäisen harjoitteluviikon päättyessä opiskelija asetti tavoitteita turvallisen lääkehoidon oppimiseksi. Tavoitteiden laadinnassa opiskelijan apuna olivat lähiohjaajat, opettaja ja opiskelijan lääkehoidon passi. Opiskelija ja ohjaaja sopivat yhdessä siitä, miten opiskelija voi osallistua potilaiden lääkehoitoon. Opiskelijan tehtävänä oli perehtyä myös osaston lääkehoitosuunnitelmaan.

Opiskelijat perehtyivät potilaan taustaan, sairauksiin ja terveysongelmiin Effica-potilastietojärjestelmästä ja hoitajilta saamiensa tietojen perusteella. Lääkehoitotaitojen oppimiseksi opiskelija selvitti oman potilaansa lääkehoidosta seuraavat asiat:

- Mitä lääkkeitä potilas käyttää ja miten ne vaikuttavat (lääkkeen nimi ja vahvuus)?
- Mikä on lääkkeiden antotapa, kerta-annos ja vuorokausiannosten lukumäärä?
- Miksi potilas saa kyseistä lääkettä?
- Millaisia ovat lääkkeen toivotut vaikutukset ja mahdolliset haittavaikutukset?
- Mitä potilaan tulee huomioida lääkettä ottaessaan, ja mitä hoitajan tulee huomioida lääkettä antaessaan?

Opiskelijat kirjoittivat lääkkeettömän kivunhoidon toteuttamisesta oppimispäiväkirjaansa havaintoja ja pohtivat sitä, miten olivat itse toteuttaneet ja edistäneet potilaan turvallista hoitoa, hyvää oloa ja hyvinvointia lääkkeettömin keinoin. Harjoittelujakson viimeisellä kolmanneksella toteutettiin opettajan ohjauksessa väliarviointi- ja reflektioseminaari. Opiskelijat kertoivat toisille opiskelijatovereille, miten he olivat toteuttaneet oman potilaansa turvallista hoitoa lääkkeettömin kivunhoidon keinoin. Muutama opiskelija osallistui opettajansa ohjauksessa myös kivunhoidon kehittämisryhmän kokouksiin kevään 2011 aikana.

Oppimispolkunsa alkutaipaleella opiskelijat kuvasivat hoidon suunnitteluun ja toteutukseen liittyviä havaintojaan seuraavasti:

*Osastolla vastaan tuli monta tilannetta, joissa jouduin perehtymään kipuun, sen lääkitsemiseen ja mekanismiin. Kivun tuntemukset pahensivat mielestäni usein*

ratkaisevasti potilaan oloa ja rajoittivat tämän toimintakykyä huomasti, joten kivunhoito sekä sairaala- että avohoidossa on paneutumisen arvoinen asia. Tarvitsen tietoa ja taitoa siitä, mistä kipu syntyy, mikä on mekanismi ja miten sitä hoidetaan. Oli myös valaisevaa opiskella aiheesta lisää ja oppia, että kipu ei tarkoita vain fyysisistä aistimusta, vaan on olemassa myös psyykkistä ja sosiaalista kipua.

Pitäisi aina muistaa, ettei potilas välttämättä osaa tai uskalla toivoa hänen mieltään parantavia asioita sairaalaympäristössä. Voin käyttää mielikuvitustani, jotta saisin sairaalaympäristöön potilaiden pariin asioita, jotka saisivat heidät hetkeksi unohtamaan sairastelun ja kivun.

Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät koetaan usein vieraampina hoitokeinoina ja niistä on vähemmän tutkittua tietoa. Tämän vuoksi niiden käyttö jää usein vähäiseksi. Seuraavassa opiskelijan kommentti kuvaa samaa asiaa:

Potilaan kipua hoidettaessa tavoitteet kuuluvat usein: "Oireenmukainen hoito." Mielestäni kivunhoito keskittyy kuitenkin välttämättömiin kipulääkkeisiin. Psyykinen ja sosiaalinen kipu jäivät hyvin usein hoitamatta. Tutkimusten ja näyttöön perustuvan hoitotyön mukaan tehokkaista lääkkeettömän kivunhoidon menetelmistä musiikin, rentoutumisen, levon ja unen, hieromisen, liikunnan, meditaation ja rukouksen, huumorin ja naurun sekä kylmän ja lämmön soveltaminen ovat mielestäni yllättävän vaikeita toteuttaa tai edes soveltaa sairaalalolosuhteissa. Muissa kuin yhden hengen huoneissa rentoutuminen, lepo, uni, meditaatio ja rukoukset ovat haasteita, sillä toisten läsnä ollessa aito rauhoittuminen ei välttämättä ole mahdollista.

Syksyllä 2011 Metropolia Ammattikorkeakoulun kättilö- ja terveydenhoito- ja opiskelijoiden oppimistehtävää muokattiin. Opiskelijan tehtävänä oli kerätä tietoa hoitoympäristön turvallisuudesta sekä potilaan että opiskelijan näkökulmasta havainnoinnin avulla. Opiskelija osallistui oman potilaansa tai potilaidensa "päivän kulkuun" ja päivittäisiin hoito- ja auttamistilanteisiin lähiohjaajansa ohjauksessa. Opiskelija pohti sitä, miten itse on toteuttanut ja edistänyt potilaan turvallista hoitoa. Hän kirjoitti havaintoja ja ajatuksia joko hoitoympäristön, lääkehoidon tai laiteturvallisuuden näkökulmasta. Potilaan turvallisen hoidon toteutumista pohdittiin yhdessä pienryhmissä väliarviointiseminaarissa. Lisäksi opiskelijat keskustelivat turvallisen hoidon hyvistä käytänteistä ja mahdollisista kehittämisehdotuksista yhdessä lähiohjaajansa kanssa.

## Kivunhoidon jatkuva arviointi ja kirjaaminen

Potilaiden kokemaan tyytyväisyyteen hoidosta vaikuttavat potilaan omat odotukset ja arvostukset hoidosta, tarjottu hoito ja sen arviointi. Nurmen (1999), Prieurin (2002) ja Tasmuthin (2004) tutkimustulosten mukaan potilaiden mieliala ja tyytyväisyys ovat paljolti sidoksissa turvalliseen hoitoympäristöön ja avun saatavuuteen.

Nurmen (1999) ja Prieurin (2002) tutkimusten mukaan useimmilla potilailla kivun lievitykseen käytettiin vain lääkkeitä. Henkilökunta kokee lääkkeellisen kivunhoidon usein kipujen ainoaksi ja tehokkaimmaksi sekä helpoksi ja nopeaksi hoitomuodoksi.

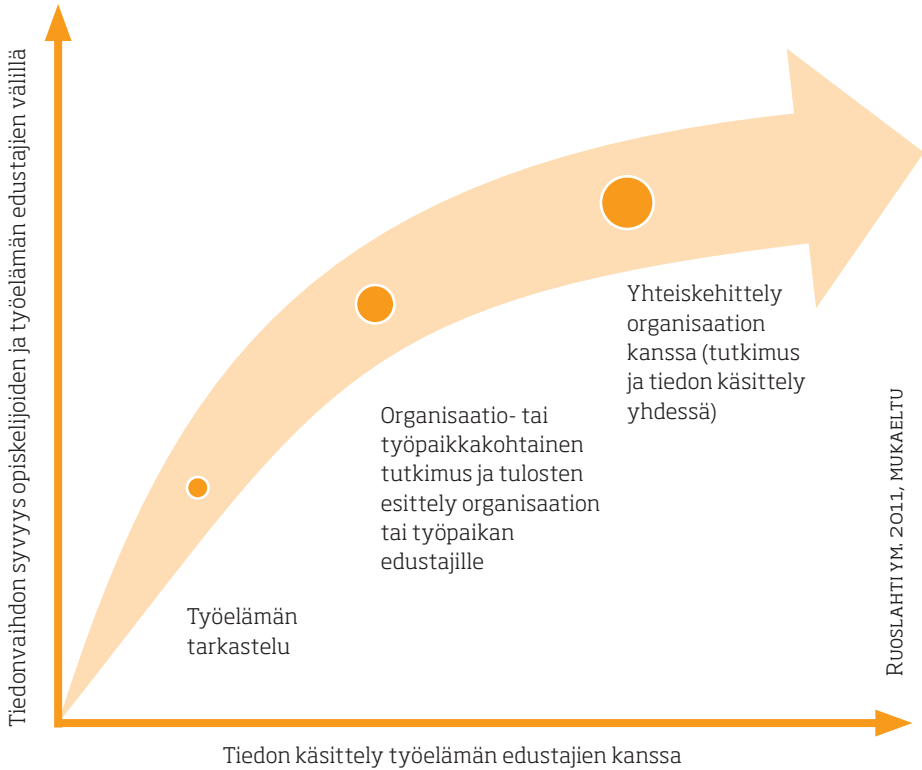
Potilaslähtöisen ja turvallisen lääkkeettömän kivunhoidon toteuttaminen edellyttää johdonmukaisuutta ja yhteisesti luotujen toimintatapojen toteutumista päivittäin. Kehittämistyön myötä heräsi ajatus käytännönläheisten kivunhoidon ohjeiden luomisesta, sillä osastoilla ei ollut yhteisesti sovittua systemaattista kivunhoidon kirjaamiskäytäntöä lääkkeettömän kivunhoidon osalta, vaikka hoitajien kokemusten mukaan kivunhoidon keskeiset periaatteet toteutuivat hoidossa melko hyvin. Potilasohjauksen tueksi osastolla 3D otettiin koekäyttöön Anni Kulmalan (2010) Turun ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä laatima *Lääkkeetön kivunhoito, kirjallinen potilasopas*. Lääkkeettömän kivunhoidon kirjallisen potilasoppaan ajateltiin olevan hyvä apuväline potilaan ohjauksessa, sillä se auttaa potilasta ja omaisia muistamaan asiat ja ohjauksen sisällön paremmin. Kirjallinen potilasopas parantaa hoitotyytyväisyyttä, sitouttaa potilasta omaan hoitoonsa ja edistää potilaan kykyä huolehtia jatkohoidostaan.

Hyvä kivunhoito edellyttää tuekseen myös hyvää kirjaamista. Espoon sairaalassa päädyttiin ohjeistamaan kirjaamista seuraavasti:

- Efficaan Hoitotyön-lehdelle (HOI) Aistitoiminto-otsikon alle kirjataan potilaan kokema kipu ja hänen kohdallaan käytetty lääkkeetön kivunhoito ja sen arviointi.
- Lääkehoito-otsikon alle kirjataan potilaalle annettu tarvittava kipulääkitys sekä lääkityksen seuranta.
- Geriatria-lehdelle (GER) kirjataan hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan potilaan kipuhistoria ja kokemus kivusta sekä sen hoidosta.

## Toiminnallinen kumppanuus ja työelämäoppiminen

Potilasturvallisuuden ja turvallisen lääkehoidon kehittämisessä yhdistettiin toiminnallinen kumppanuus ja työelämäoppiminen käytännön ke-



KUVIO 2. Työelämän tarkastelusta kohti yhteiskehittelyä

hittämistyötä tekemällä. Työskentelymallia kuvaamaan voidaan käyttää kuviossa 2. esitettyä hanke pohjaisen työskentelyn mallia. Työelämän kehittämishanke tarjosi aidon oppimisympäristön erityisesti työskentelyn pohjaksi tehtyjen opinnäytetöiden osalta. Opinnäytetöissä hyödynnettiin opiskelijoiden työelämäntuntemusta, johon liitettiin ammattikorkeakoulun tarjoama tutkimusosaaminen. Opinnäytetyöt tehtiin yhteistyössä kehittämistyötä tekevän työryhmän kanssa ja niiden tuloksia hyödynnettiin yhdessä tehdyssä jatkotyössä. Yhteiseen kehittämishankkeeseen liitettiin myös oppimistehtäviä, joissa lähtökohtana oli tarkastella työpaikan toimintaa ja verrata sitä teoriaopetuksessa läpikäytyihin asioihin.

Kokemukset yhteistoiminnasta olivat onnistuneita. Työskentelyn myötä toimijat oppivat tuntemaan toisensa, mikä synnytti luottamusta. Toiminnan edetessä ryhmä alkoi löytää uusia näkökulmia ja kehittämiskohteita sekä sairaalan toiminnan että opetuksen kehittämiseen liittyen. Syntyi uusia ajatuksia sekä opiskelijoille tarjottavista kehittämistehtävistä että opetuksen kehittämisestä. Hankkeen sairaanhoitajat osallistuvat opetuksen



toteutukseen sekä sairaalan henkilökunnalle ja opiskelijoille järjestetyissä yhteisissä koulutustilaisuuksissa että oppilaitoksessa järjestetyssä laboraatio-opetuksessa. Toiminnallisen kumppanuuden ja työelämäoppimisen kehittämisen tulee olla jatkuvaa toimintaa, jolloin se haastaa sekä työelämää että oppilaitosta uudenslaisiin toimintatapoihin.

## LÄHTEET

- Estlander, Ann-Mari 2003. Kivun psykologia. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- European Commission. DG Health and Consumer Protection. Luxemburg Declaration on Patient Safety. Luxemburg 5.4.2005. Online: <[http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/ev\\_20050405\\_rd01\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf)>. Read 1.3.2011.
- Helovuori, Arto – Kinnunen, Marina – Peltomaa, K. – Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca Oy.
- Hugnes, Ronda – Ortiz, Eduardo 2005. Medication Errors. Why they happen, and how they can be prevented. American Journal of Nursing 105 (3). 14–24.
- Kinnunen, Arja 2010. Sairaanhoidaja kohtaa kroonisen kipupotilaan ja hänen läheisensä. Kroonisen kivun ensitieto-opas. 2. painos. Suomen Kipu ry. 84–85.
- Kinnunen, Marina – Peltomaa, Karolina 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.
- Koukkula, Rauni 2001. Hoitajien ja potilaiden käsityksiä postoperatiivisen kivun hoidosta. Lisensiaatintutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Kulmala, Anni 2010. Lääkkeetön kivunhoito. Kirjallinen potilasopas. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Lahti, Taina – Nordberg, Riitta – Ruhtila, Sari 2007. Henkilökunnan tiedot ja asenteet kivusta ja kivunhoidosta. Kipuviesti 1.
- Lampinen, Anu – Haapio, Maija 2000. Vaihtoehtoisia hoitomuotoja. Teoksessa Kivunhoito. Helsinki: Tammi.
- Leino, Timo 1999. Syöpäpotilaan kivunhoito perusterveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 54 (1–2). 29–36.
- Leinonen, Tiina 2009. Koskoo ja kolottaa joka paikkaan. Kyselytutkimus sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille heidän osaamisestaan arvioida ja hoitaa dementoituneen potilaan kipua. Opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Tutkintoa täydentävä koulutus.

- McCaffery, Margo 1968. Pain and pain management. What is pain? Online: <<http://www.deathreference.com/Nu-Pu/Pain-and-Pain-Management.html>>. Read 22.10.2011.
- Mattila, Markku – Isola, Arja 2002. Sairaanhoitaja lääkehoidon ja verensiirron toteuttajana. Suomen Lääkärilehti 57. 3884–3887.
- McBride, Karen – Foureur, Maralyn 2007. A Secondary Care Nursing Perspective on Medication Administration Safety. Journal of Advanced Nursing 60 (1).
- Niemi-Murola, Leila – Mäntyranta, Taina 2011. Potilasturvallisuus on yhteinen asiamme. Finnanest 44. 21–23.
- Nurme, Pia 1999. Potilaiden kipu- ja tyytyväisyyskokemukset sairaalassa. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Palviainen, Jaana 2005. Pitkäaikaishoidossa olevien asukkaiden kivun hoidon kirjaaminen. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Hoitotyön johtaminen.
- Pietikäinen, Elina 2008. Turvallisuuskulttuurikyselyn toimivuus terveydenhuolto-organisaatioissa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos.
- Pietikäinen, Elina – Reiman, Teemu – Oedewald, Pia 2008. Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa. Espoo: VTT Tiedotteita.
- Pihkala, Lea 2010. Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen Espoon sairaalassa. Potilasturvallisuuskulttuurin kartoitus. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen.
- Pohjolainen, Timo 2009. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006. Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. Stakesin työpapereita 26/2006. Verkkodokumentti. <<http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>>. Luettu 2.6.2011.
- Prieur, Virpi 2002. Potilaiden kipukokemukset sairaalassa ja tyytyväisyys kivunhoitoon sairaalassa. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Pölkki, Tarja – Vehviläinen-Julkunen, Katri – Pietilä, Anna-Maija 2001. Nonpharmacological methods in relieving children's postoperative pain: a survey on hospital nurses in Finland. Journal of Advanced Nursing (4). 483–492.
- Reiman, Teemu – Oedewald, Pia 2008. Turvallisuuskriittiset organisaatiot. Onnettomuudet, kulttuuri ja johtaminen. Helsinki: Editat.

- Reiman, Teemu – Pietikäinen, Elina – Oedewald, Pia 2008.  
Turvallisuuuskulttuuri. Teoria ja arviointi. Espoo: VTT Publications 700.  
Saatavilla osoitteessa: <<http://www.vtt.fi/inf/pdf/publications/2008/P700.pdf>> Luettu 2.6.2011.
- Reiman, Teemu – Pietikäinen, Elina – Oedewald, Pia 2009.  
Potilasturvallisuuuskulttuuria kehittämällä huomio turvallisen työnteon edellytyksiin. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen Sairaanhoidtajaliitto.
- Ruoslahti, Harri – Tiainen, Seija – Kortelainen, Mika – Vesterinen, Osku 2011. Campus Encounters – Bridging Learners Conference “Developing Competences for Next Generation Service Sectors”. April the 13–14, 2011. Porvoo, Finland.
- Snellman, Erna 2008. Potilasturvallisuuuskulttuuri tutkimuskohteena. Suomen Potilaslehti (1). 5–9.
- Snellman, Erna 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoidtajaliitto.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 3. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sulosaari, Virpi – Suhonen, Riitta – Leino-Kilpi, Helena 2010. An integrative review of the literature on registered nurses’ medication competence. *Journal of Clinical Nursing*. 464–478.
- Taam-Ukkonen, Minna – Saano, Susanna 2010. Turvallisen lääkehoidon perusteet. Helsinki: WSOYpro.
- Sailo, Eriikka 2000. Mitä kipu on? Teoksessa Sailo, Eriikka – Vartti, Anne-Maria (toim.): Kivunhoito. Helsinki: Tammi.
- Salanterä, Sanna – Hagelberg, Nora – Kauppila, Marjo – Närhi, Matti 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY:n Oppimateriaalit Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 3. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Helsinki.
- Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry. 2009. Mitä kipu on? Perustietoa kivusta kaikille. Verkkodokumentti. Saatavilla osoitteessa: <[www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi](http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi)>. Luettu 15.10.2011.
- Tasmuth, Tiina – Saarto, Tiina – Kalso, Eija 2004. Onnistuuko syöpäpotilaiden palliatiivinen hoito Husin alueella? Suomen Lääkärilehti (17). 1809–1814.
- Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005: 32. Verkkodokumentti. Saatavilla osoitteessa: <<http://www.stm.fi>>.

fi/c/document\_library/get\_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen\_laakehoito\_fi.pdf>. Luettu 2.6.2011.

Vainio, Anneli 2009. Sattuu! Kroonisen kivun hallinta. Helsinki: Duodecim.

Veräjänkorva, Oili 2008. Sairaanhoidajan lääkehoito-osaaminen yliopistosairaalassa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 72.

Veräjänkorva, Oili – Huupponen, Risto – Huupponen, Ulla – Kaukkila, Hanna-Sisko – Torniainen, Kirsti 2006. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Vuento-Lammi, Maijaliisa 2010. Kivun lääkkeettömät hoitomuodot. Kroonisen kivun ensitieto-opas. 2. painos. Suomen Kipu ry. 15–18.

Zenuni, Tuula 2011. Kohti turvallisempaa lääkehoitoa. Sairaanhoidajien lääkehoitotaitojen kartoittaminen Espoon sairaalassa. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu.

# Onnistunut kotiutuminen: työskentelyä rajojen yli ja rajapinnoilla

**Jaana Henriksson, Marja-Riitta Hirvonen, Sylvia Kuutama,  
Christina Laakso, Akvaliina Lacho, Päivi Liikka, Tuula Mikkola,  
Erja Parviainen, Päivi Punsar, Katriina Rantala-Nenonen, Merja  
Reijonen, Susanna Risku, Saara Rossi, Petteri Sumusalo, Pirjo  
Säisä-Winter ja Ulla Valkama**

Onnistunut kotiutuminen edellyttää paitsi onnistunutta hoitamista ja kuntoutumista, myös onnistuneita rajojen ylittämistä eri toimijoiden välillä. Kotiutumisen rajoja ovat eri ammattilaisten väliset rajat (ks. Suominen – Tuominen 2007; Hänninen 2007; Mikkola 2009; Eloranta 2009), sairaalan ja kotihoidon välinen raja (ks. esim. Hammar 2008; Eloniemi ym. 2006) sekä ammattilaisten ja omaisten välinen raja (ks. tästä esim. Odell – Gerber – Gager 2010; Eloranta 2009; Verhaege ym. 2004).

Tässä luvussa kuvataan ensiksi, miten ammattilaisten välistä yhteistyöskentelyä on kehitetty Espoon sairaalan neurologisella kuntoutusosastolla. Kehittämistyön tavoitteena on ollut yhteisen työskentelyn jäsentäminen asiakaslähtöisesti palveluprosessin muotoon. Palveluprosessi konkretisoi-tuu ”Kuntoutumisen polku” -seinätauluna, joka on ripustettu osaston sei-nälle. Toiseksi kuvataan huoliseula-menetelmää, joka otettiin käyttöön Es-poon sairaalassa syksyllä 2010. Huoliseula tukee omaisten sitoutumista potilaan hoito-, kuntoutus- ja kotiutusprosessiin ja edistää omaisten sekä sairaalan henkilökunnan välistä yhteistyötä. Yhteistyötä edistettiin myös selvittämällä, millaiset asiakkaat näyttäytyivät työntekijöiden näkökulmas-ta hankalina tai vaikeina, ja suunnittelemalla koulutusta vaikeiden tilan-teiden kohtaamista varten. Luvun loppupuolella kuvataan sairaalan ja ko-tihoidon välisen yhteistyön sekä sairaalassa toteutuvan sosiaalialan työn kehittämistä, erityisesti uutta parityöskentelymallia.

Monialaisen kehittämistyön lähtökohtana ja tavoitteena on asiakkaan etu. Kuva onnistuneesta kotiutumisesta ja sen kehittamisestä rakentuu tässä luvussa asiakaskeskeisesti Paavon ja hänen vaimonsa Railin hahmo-jen kautta. Paavo ja Raili ovat siis luvun päähenkilöitä. Paavo on 60-vuotias perheellinen mies, joka on joutunut olemaan sairaalassa kuusi kuukaut-

ta vasemmanpuolisen halvauksen seurauksena. Hänen vaimonsa Raili on 55-vuotias ja käy vielä töissä. Paavon ja Railin kehystarina havainnollistaa kehittämistyötä, jota Espoon sairaalassa on tehty sairaalan ja korkeakoulun kesken.

## **Palveluohjausmalli kuntoutumisen polulla**

Paavo on potilaana ja kuntoutujana Espoon sairaalaan neurologisella osastolla. Hänen tarkoituksenaan on osastolla saadun hoidon ja kuntoutuksen jälkeen palata takaisin omaan kotiin jatkamaan yhteistä elämää vaimonsa Railin kanssa. Neurologisen osaston kotiutumiskäytäntöjä ja palveluohjausmallin kehittämisessä halutaan edistää potilaiden ja kuntoutujien sekä heidän omaistensa, kuten Paavon ja Railin, turvallista kotiutumista ja selviytymistä kotona heidän omassa arkielämässään.

Espoon sairaalan neurologisella kuntoutusosastolla eri ammattiryhmän toimintaan sisältyneet kotiutumiseen liittyvät dokumentit, kotiutumiskäytännöt ja -teot on kuvattu ja järjestetty yhtenäiseksi palveluohjausmalliksi. Kotiutuminen alkaa potilaan saapuessa osastolle. Onnistunut kotiutuminen edellyttää osaston hoito-, kuntoutus- ja sosiaalityön ammattilaisten sekä Paavon ja Railin yhteistä ponnistelua ja yhteistyötä.

Palveluohjausmalli on nimetty ”kuntoutumisen poluksi”. Polku esittää osaston seinällä olevassa seinätaulussa ja tauluun liittyvässä, osaston periaatteita ja eetosta kuvaavassa kyltissä (ks. kuvat 3. ja 4.). Seinätaulussa havainnollistetaan visuaalisesti ja asiakaslähtöisesti asiakkaan sairaalassa olemisen aikaan sisältyviä, hoidon ja kuntoutuksen kannalta merkityksellisiä tekoja ja toimintoja. Taulusta ja kyltistä Paavo ja Raili saavat yleiskuvan siitä, mitä Paavon osastolla olemisen aikana tulee tapahtumaan. Osastolla olemisen aika on prosessi, jonka onnistumisessa Paavon ja Railin osallistuminen ja sitoutuminen ovat avaintekijöitä. Parempi ymmärrys Paavon kuntoutuksesta ja kotiutumisen vaiheista auttaa Railia sopeutumaan Paavon sairauden tuomiin muutoksiin, mikä antaa hänelle uskoa ja auttaa luottamaan mahdollisuuteen jatkaa Paavon kanssa yhteistä elämää sairaalasta kotiutumisen jälkeen.

Palveluprosessin kehittämisen lähtökohtana on sairaalan johtoryhmän Trainers’ Housen konsultaatiossa työstämä ”Päivä paremmaksi palvelulla” -malli, joka tiivistyi ajatukseen hoitavasta, kuntouttavasta ja kotiuttavasta sairaalasta, ”ihmisten sairaalasta”. Palveluprosessia kuvaava



KUVIO 3. Neurologisen kuntoutusosaston kuntoutustoiminnan eetos

seinätaulu suunniteltiin ja työstettiin moniammatillisessa, korkeakoulun ja työelämän asiantuntijoiden yhteistyössä. Osaston fysioterapeutti ja toimintaterapeutti johtivat työskentelyä, mutta suunnittelussa oli mukana myös osaston hoitohenkilökuntaa ja kotihoidon hoitotyön asiantuntijoita, sairaalan sosiaalialan asiantuntija ja Metropolia Ammattikorkeakoulun opettajia. Metropolian opiskelija suunnitteli seinätaulun visuaalisen ilmeen ja kuvituksen.

Kuntoutumisen polku siis kuvaa asiakkaan kuntoutumista sairaalasta kotiin. Paavon osastohoidon lähtökohtana ovat kuntoutumista tukeva hoito ja terapiatyö. Osaston henkilökunta on potilaan ja omaisen vierellä kulki- ja tukija. Henkilökunta ohjaa ja tukee omalla ammattitaidollaan Paavon kuntoutusprosessia ja Railin osallisuutta näiden voimavarat huomioiden. Paavon polku kohti kotia alkaa heti sairaalarakennukseen sisään astuessa. Polkua edetessä tulee sen molemmilla puolilla vastaan kylttejä, jotka kuvaavat Paavon kotiutumista edeltäviä ja sitä edistäviä, konkreettisia hoitoon ja kuntoutukseen sisältyviä tekoja ja tapahtumia.

Tulovartissa Paavolle ja Railille kuvataan hoitoa ja kuntoutusta kotiutumiseen suuntaavina prosesseina. Sen aikana luodaan osaston, potilaan ja omaisten välille yhteistyösuhde ja annetaan kasvot Paavon kanssa työskentelevälle tiimille. Tulovartissa myös kartoitetaan ja kuvataan yhdessä Paavon ja Railin kanssa Paavon osastolla toteutuvan hoidon ja kuntoutumisen tavoite eli kotiutumisen mahdollistava toimintakyky sekä asetetaan hoidon- ja kuntoutuksen tavoitteet. Rauli saa siellä tiedon omaisille suunnatusta omaisten illasta. Tämän lisäksi tulovaiheessa kahden viikon sisällä potilaan sairaalaan saapumisesta seulotaan omaisen hoitoon, kuntoutumiseen ja kotiutumiseen liittyvää huolta huoliseula-menetelmää käyttäen.



KUVIO 4. Kuntoutumisen polku -seinätaulu

## Omaisten ilta

Kuntoutumisen polkua kuvaavan seinätaulun alussa on kyltti ”Omaisten ilta”. Omaisten ilta on säännöllisesti omaisille ja potilaille järjestetty tilaisuus, jossa korostetaan erityisesti omaisten roolia kuntoutuksessa ja kotiutuksessa. Paavot ja Railit saavat tietoa sairaalan monialaista henkilökunnasta, sen osaamisen alueesta ja toiminnasta sekä osaston käytänteistä.

Seuraavaksi kuntoutumisenpolulla on ”Tavoitteeni kuntoutua” -puu, jossa esitellään osaston keskeiset hoidon ja kuntoutumisen välineet, joita sovelletaan Paavon tarpeiden ja tavoitteiden suuntaisesti hoito- ja kuntoutussuunnitelmassa ja sen toteuttamisessa. Paavon kuntoutumisen polkua ohjaa siis hoito- ja kuntoutussuunnitelma, joka on eräänlainen Paavosta tehty pienimuotoinen tutkielma.

Paavolla on oma viikko-ohjelma, joka sisältää hänen viikon aikana saamansa fysio-, toiminta-, puhe- ja musiikkiterapiat sekä viikolle suunnitellut tutkimukset ja tapaamiset. Viikko-ohjelmaan on myös sijoitettu aamupalat, lounaat, päivälliset ja iltapalat. Ohjelma suunnitellaan ja päivitetään Paavon tarpeiden ohjaamana moniammatillisessa tiimissä kerran viikossa.

Kotikäynti tehdään heti, kun Paavon yleistila sen sallii. Kotikäyntiin osallistuvat Paavo, Raili, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti ja mahdollisesti myös kotihoidon työntekijä. Kotikäynnin tavoitteena on mahdollistaa kotiloma myös vaikeasti vammautuneelle kuntoutujalle. Tarkoituksen on kartoittaa kodin fyysinen ympäristö mahdollisia asunnonmuutostöitä ja apuvälinetarvetta ajatellen.

Tuttu kotiympäristö yhtäältä motivoi Paavoja kuntoutumaan ja toisaalta palauttaa Paavon mieleen oman arjen elinympäristön. Osasto on neurologinen kuntoutusosasto, ja aivohalvauskuntoutujilla on usein kognitiivisia ongelmia. Kokemus kotiympäristössä lisää Paavon valmiuksia tiedostaa



oireitaan ja ymmärrystä sairauteen liittyvistä toimintakyvyn muutoksista. Paavon kotilomien pituus kasvaa hiljalleen ennen varsinaista kotiutumista. Näin varmistetaan, että kotiutuminen on turvallista ja kotona ovat tarjolla riittävät apuvälineet, apu ja tuki.

Paavon kuntoutumista seurataan kolmen viikoin välein tehtävin mittauksin FIM-mittarilla (Functional Independence Measurement). FIM on itsenäisen, arkielämässä selviytymistä kuvaava toimintakyvyn mittari, jonka moniammatillinen tiimi tekee yhdessä Paavon kanssa. FIM-mittarin tuloksesta saatu polarigaafikuviokuva on työkaluna Paavon hoidon ja kuntoutumisen tavoitteiden asettamisessa. Polarigaafi havainnollistaa myös Railille Paavon edistymistä.

## Tavoitekokous, kotiutumiskokous ja lähtövartti

Kuntoutumisen polun varrella oleva tavoitekokous pidetään osastolla kerran viikossa niinä päivinä, jolloin lääkäri kiertää osastolla. Kierrolla mukana oleva sairaanhoitaja ja lääkäri keskustelevat Paavon kanssa tämän itse asettamista kuntoutumisen lähitavoitteista. Tavoitekokouksessa muodostetaan Paavon oman tavoitteen, FIM-mittarin ja moniammatillisen tiimin keskustelun pohjalta seuraavan viikon tavoite Paavon hoidolle ja kuntoutumiselle.

Muutamia päiviä ennen kotiutumista Paavo ja Raili osallistuvat kotiutumiskokoukseen ja lähtövarttiin. Kotiutuskokous pidetään aina, kun potilas ei ole aikaisemmin ollut kotihoidon asiakas. Kotiutuskokouksessa käydään läpi kaikki Paavon kotiutumista koskevat asiat. Tapaamisen jälkeen tehdään vielä kotiutumiseen liittyviä lisäselvityksiä ja -valmisteluja, mikäli ne koetaan tarpeelliseksi.

Kotiutumissuunnitelman tarkoituksena on tiivistää kotiutumiseen liittyvät käytännön asiat, kuvata Paavon yksilölliset palvelutarpeet sekä sujuvoittaa Paavon kotiutumista. Kirjallinen kotiutumissuunnitelma laaditaan kotiutumiskokouksessa. Kotiutussuunnitelman laatimiseksi osastolla on kehitetty henkilökunnan kotiutusohje, joka selkiyttää kotiutumiseen liittyviä monimutkaisiakin kysymyksiä. Paavo ja Raili saavat muistinsa tueksi kopion kotiutumissuunnitelmasta, joka myös kirjataan potilastietojärjestelmään. Suunnitelmaa voi vielä täydentää ennen kotiutumista, koska asioihin voi tulla muutoksia ennen varsinaista kotiutumispäivää. Suunnitelman sisältö on esitetty taulukossa 3.

Kotiutumissuunnitelmaan sisältyvä kotiutusohje on osoittautunut hyödylliseksi. Se antaa käytännössä testattua tietoa kotona selviytymisen

TAULUKKO 3. Kotiutumissuunnitelman sisältö

<b>Kotiutumispäivä:</b>	
<b>Kotikokeilu:</b>	
<b>Yhteyshenkilö(t):</b>	
<b>Tukiverkoston osallistuminen kotona selviytymiseen:</b>	
<b>Kotihoito ja alue:</b>	
<b>Sovitut käynnit:</b>	
<b>Ateriapalvelu:</b>	
<b>Kauppapalvelu:</b>	
<b>Turvapuhelin:</b>	
<b>Saunapalvelu:</b>	
<b>Pyykki- ja siivouspalvelu:</b>	
<b>Tarvittavat avainkopioidut yllä oleviin:</b>	
<b>Inkontinenssisuojat:</b>	
<b>Apuvälineet:</b>	
<b>Asunnonmuutostyöt:</b>	
<b>Lääkkeet:</b>	
<b>Todistukset/ lääkärinlausunnot:</b>	
<b>Sosiaalityö/varaa tarvittaessa aika sosiaalityöntekijälle:</b>	
<b>Jatkohoito:</b>	
<b>Seuranta, jatkotutkimukset:</b>	
<b>Fysioterapia:</b>	
<b>Toimintaterapia:</b>	
<b>Puheterapia:</b>	
<b>Sopeutumisvalmennus:</b>	
<b>Tiedoksi (muuta selvittävää):</b>	

tueksi. Hoitohenkilökunta käyttää sitä myös tiedon lähteenä ja muistilistana kotiutumiseen liittyvien asioiden läpikäymisessä. Potilaat ja omaiset ovat henkilökunnan kokemuksen mukaan olleet tyytyväisiä kirjalliseen kotiutusohjeeseen. Ohje auttaa potilaita ja omaisia näkemään paremmin kotiutumisen ja siihen konkreettisesti liittyvät asiat kokonaisuutena. Lisäksi se toimii potilaan senhetkistä tilannetta kuvaavana dokumenttina.

Lähtövartti pidetään kotiutumista edeltävänä päivänä tai viimeistään lähtöaamuna. Lähtövartissa ovat läsnä sairaanhoitaja ja Paavo sekä Raili, jos Paavo niin haluaa tai jos hänellä on vaikeuksia ymmärtää annettua ohjausta. Lähtövartissa Paavo saa kotiutuspaperit, jotka sisältävät esimerkiksi lääkelistan ja tarvittavat lääkkeet, lääkärintodistukset, jatkohoidon ohjeet. Lisäksi sairaanhoitaja keskusteleo Paavon ja Railin kanssa näitä askarruttavista kysymyksistä.

Potilaan kotiutumisen yhteydessä pidettävä lähtövartissa käytetään työvälineenä asiantuntija-sairanhoitaja Ulla Valkaman ja sairaanhoitaja Aicha Savanderin (2010) kehittämää potilaan jatkohoidon ohjauslomaketta. Tiedot jatkohoidon ohjauslomakkeesta löytyvät hoitotyön yhteenvedosta. Jatkohoidon ohjauslomake on tarkoitettu potilaan kotiuttamisen tueksi, hoitohenkilökunnan apuvälineeksi ja potilaalle annettavaksi mukaan oman jatkohoidon suunnitelmana. Ohjauslomakkeen tärkein tavoite on, että potilas kokee selviytyvänsä kotona, luottaa omiin mahdollisuuksiinsa ylläpitää omaa toimintakykyään ja huolehtii sairautensa vaatiman jatkohoidon toteutumisesta avoterveydenhuollon puolella omalla terveysasemallaan tai erikoissairaanhoitopiirissä. Toisaalta tavoitteena on potilaan läheisten sairautta koskevan tietoisuuden lisääntyminen ja selkiintyminen sekä turvallisuudentunteen vahvistuminen. Hoitotyöntekijöiden näkökulmasta tavoitteena ovat yhtenäiset laatuksiteerit täyttävä kotiutuskäytäntö.

## Jatkohoidon ohjauslomake

Jatkohoidon ohjauslomake jäsentää hoitohenkilökunnan antamaa ohjausta kotiutustilanteessa. Lisäksi lomake välittää kotihoidolle kattavat ja tärkeät tiedot potilaan jatkohoidosta. Näin pyritään varmistamaan laadukas ja katkeamaton palveluketju potilaan parhaaksi. Paavo ja Raili ovat onnellisessa asemassa saadessaan mukaansa jatkohoidon ohjauslomakkeen, joka on korvannut aikaisemmin käytössä olleet erilliset ja yksittäiset tiedotteet sekä ohjeet. Yhtenäinen ja kirjallinen jatkohoidon lomake on merkittävällä tavalla uudistanut osaston kotiutuskäytäntöjä, koska aikaisemmin poti-

laalle annettiin ohjeita kotona selviytymistä varten erillisillä ja yksittäisiä asioita käsittelevillä tiedotteilla.

Potilasjärjestöt antavat vertaistukea sekä potilaille että puolisoille. Kotiutumisen lähestyessä Paavo ja Raili osallistuvat osastolla pidettävään, Espoo–Kauniaisten aivoliiton Tapiolan kerhon järjestämään tilaisuuteen, jossa kerrotaan sekä alueellisen yhdistyksen että valtakunnallisen Aivoliiton toiminnasta. He kiinnostuivat erityisesti sopeutumisvalmennuskursseista ja kerhon jäsenilleen tarjoamista retkistä.

Kotiutumisen lähestyessä Paavo ja Raili jäävät kaipaamaan henkilöä, joka koordinoisi potilaan kuntoutumisen toimintoja ja toimijoita. Kotiin siirtyminen tuntuu Paavosta kovin haasteelliselta. Railia puolestaan huoleltaa se, että yhteistyötahoja on paljon ja että aina ei tiedä, missä järjestyksessä ja miten niiden kanssa pitäisi sopia asioista. Potilaan ympärille rakentuvan palveluverkoston koordinoinnilla ja yhteistyön ohjaamisella pyritään varmistamaan tarkoituksenmukaisten ja toimivien kuntoutussuunnitelmien rakentuminen ja toteutuminen. Useilla alueilla tähän tehtävään on palkattu erityinen henkilö, esimerkiksi AVH (aivohalvaus) -yhdyshenkilön nimikkeellä. Asiakaslähtöisen tuen ja ohjauksen avulla voidaan kuntoutujille antaa mahdollisuus ottaa käyttöön omat voimavaransa elämänlaatunsa ylläpitämiseksi ja parantamiseksi (Notko 2006: 61). Mikäli osastolla olisi käytössä AVH-yhdyshenkilö, hän tulisi tapaamaan Paavoja osastolle kotiutumisen lähestyessä ja olisi Paavon ja Railin tukena kotona. Yhdyshenkilö on jatkossa mukana Paavon ja hänen perheensä selviytymisen tukena potilaan hoidon eri porrastuksessa ja käännekohtissa potilaan hoidossa. (Vrt. Alin 2008: 96.)

Yhdyshenkilön olemassa olo on lakisääteinen tavoite, vaikkakin kuntoutumista tukeva ohjaus ja neuvonta kuuluvat terveydenhuollossa kaikkien kuntoutusprosessissa mukana olevien työntekijöiden tehtäviin. Lain-säädännössä edellytetään, että kuntoutuja on ohjattava niiden palvelujen piiriin, jotka häntä koskevat. Potilaan tiedonsaantioikeutta korostaa ohjaus- ja neuvontavelvoite. Tätä painotetaan laissa potilaan asemasta ja oikeudesta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Lehto ym. 2001: 92; Valtioneuvoston kuntoutusselonteko eduskunnalle 2002: 3.)

## Uusi sairaalavaatemallisto

Eteneminen kuntoutumisen polulla vaatii Paavolta paljon fyysistä työtä. Kuntoutumista voi edistää myös vaatetuksen avulla. Pyjamatyyliset sairaalavaatteet ovatkin Espoon sairaalan neurologisen kuntoutuksen osastolla

osittain vaihtuneet raikkaisiin ja reippaisiin asuihin. Kuntoutuminen on vain osa potilaan päivää sairaalassa. Kuntoutuksen lomassa potilaat käyvät kahvilassa, ulkoilevat tai vaikkapa keskustelevat omaisten kanssa sairaalan muissa julkisissa tiloissa. Potilas näyttäytyy potilasvaatteissa muuallakin kuin osastolla. Myös sairastuneella ihmisellä on identiteetti ja pääsääntöisesti halu näyttää hyvältä muiden silmissä. Osana muuta kehittämistä Metropolia Ammattikorkeakoulu, Espoon kaupunki ja Mikkelin pesula aloittivatkin päättäväisen yhteistoiminnan sairaalan uuden vaatemalliston valmistamiseksi.

Potilaiden, sairaalan henkilökunnan ja pesulan tarpeita kuunnellen Metropolian vestonomi-koulutuksen opettajat ja opiskelijat suunnittelivat uudet, monessa suhteessa aiemmista perinteistä eroavat sairaalavaatteet. Vaatemalliston ilme on raikas. Vaatteet ovat helposti puettavia sekä miellyttäviä käyttää sekä hoitaa. Mitoituksessa otettiin huomioon muun muassa kipsin mahtuminen, taskujen toimivuus erilaisissa tilanteissa ja vaippojen näkymättömyys. Taskujen paikkoja ja vaatteiden toimivuutta ja puettavuutta pohdittiin yhdessä potilaiden ja henkilökunnan kanssa. Sairaalavaatteiden materiaalin on kestettävä laitospesu ja oltava muutenkin helppohoitoinen. Vaatteet on värikoodattu sairaalan tarpeiden mukaan. Yleisilmeeltään uudet vaatteet ovat vapaa-ajan vaatteiden näköiset, mikä voi osaltaan vaikuttaa positiivisesti potilaan mielialaan.

## Kuntoutumisen polku -seinätaulun kokonaishyöty

Kuntoutumisen polku -seinätavu perustuu ajatukseen kuntoutujan voimaantumisen, joka toteutuu omaisten sekä positiivisen ja kannustavan henkilökunnan tuella. Kuntoutujaa ja hänen läheisiään halutaan kuunnella ja kuulla. Kuntoutujan voimaantumista edistävä kuntoutus perustuu kokonaisvaltaiseen ymmärrykseen neurologisen potilaan hoidosta ja kuntoutumisesta, jossa lähdetään seuraavista näkemyksistä:

- Kuntoutuja on henkilö, joka tahtomattaan, onnettomuuden tai muun syyn johdosta on joutunut elämässään tilanteeseen, jossa kuntoutuksesta on tullut osa elämää ja arkipäivää.
- Kuntoutuja nähdään fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena.
- Kuntoutujan sairastumisen kokemus ja kuntoutuminen ovat yksilöllisiä ja ainutkertaisia.
- Kuntoutumisprosessi etenee jokaisen kuntoutujan kohdalla omalla tavallaan, askel kerrallaan kohti tavoitetta.

- Kuntoutumisprosessi on oppimis-, kehitys- ja kasvuprosessi, jonka aikana ihminen joutuu muuttamaan käyttäytymistään.

Potilaat ja omaiset pystyvät seuraamaan Kuntoutumisen polku -seinätaululta potilaan kuntoutuksen etenemistä kohti kotiutumista. Seinätaulu auttaa heitä näkemään myös sen, että osaston työntekijät ovat kiinnostuneita sekä heistä yksilöinä ja pariskuntana että Paavon hoidon ja kuntoutumisen edistymisestä.

Seinätaulu auttaa uusien työntekijöiden, opiskelijoiden ja lyhytaikaisten sijaisten perehtymistä ja orientoitumista osaston toimintaan. Lukuisten A4-liuskojen sijaan he voivat hahmottaa kokonaiskuvan suurikokoisesta seinätaulusta. Seinätaulun kautta osastolla käytettävät termit sekä tekojen ja toimintojen järjestys ja seuraamuksellisuus tulevat tutuksi.

## **Omaiset mukaan potilaan hoito-, kuntoutus- ja kotiuttamisprosessiin**

Paavo on sairastunut kuusi kuukautta sitten aivohalvaukseen. Tämä heijastuu myös Paavon ja hänen puolisonsa, heidän lastensa ja ehkä myös lastenlasten elämään. Paavo ei enää hoidakaan suvun raha-asioita tai vie lastenlapsiaan harjoituksiin. Railin osallistuminen naisten eläkeläisryhmään ja SPR:n ystäväpalveluun vähenee. Espoon sairaalan neurologisella kuntoutusosastolla päätettiinkin lähestyä Railia ja lapsia Paavon kumppaneina. Ajateltiin, että Railin ja jälkikasvun oman tilanteen huomioon ottaminen ja kokemusten jakaminen on askel kohti heidän sitoutumistaan Paavon hoito-, kuntoutus- ja kotiutusprosessiin.

Äkillisen ja vakavan aivoihin liittyvän sairauden kohtaaminen on Paavolle, Railille sekä heidän jälkikasvulleen ja ystävilleen alussa shokki. Sairastumisen synnyttämä jäsentymätön tunne ja huoli vellovat ja jäytävät epämääräisesti. Sairaalaosastolla Paavon kokemaa huoli heikentää kykyä olla tässä ja nyt. Se ilmenee levottomuutena, joka vaikeuttaa kykyä keskittyä kuntoutumiseen tai miettiä loogisesti tulevaisuutta.

Omaisten huoli on vaikea kohdata. Railin huoli purkautuu toistuvina työntekijöille esitettyinä kysymyksinä, hoidon laadun vahtimisena ja toistuvina varmistuksina, se vyöryy sisään kansliaan huikkauksina ovelta tai tarttuu kiinni lääkkeitä jakavan sairaanhoitajan hihaan. Toisaalta huoli näyttäytyy avuttomuutena tai voimattomuutena ja mahdollisesti kehittyy myös tai masennukseksi.

Espoon sairaalan neurologisella kuntoutusosastolla päätettiin, että omaisten kokemaa huoli on saatava systemaattisesti kokemuksena esiin, valittuun huolityöskentelyyn täytyy löytyä toimintamalli ja sen rakentavaan ja kertojaa voimaannuttavaan käsittelyyn tulee hankkia osaamista. Tämä toteutui kehittämällä osastolle toiminnallinen malli huoliseulan käytöstä ja siihen liittyvästä keskustelukulttuurista.

Osastolla haluttiin löytää kuntoutustyön tueksi keinoja, jotka edistäisivät omaisten sitoutumista potilaan hoitoon, kuntoutukseen ja kotiutumiseen. Keskeisenä ajatuksena oli ajallinen yhtäaikaisuus eli se, että omaisten prosessi alkaisi sokkivaiheen jälkeen suhteellisen pian ja tuetusti sen jälkeen, kun potilas sairastui aivohalvaukseen. Toinen tärkeänä pidetty asia oli, että omaisilla on mahdollisuus olla prosessissa mukana omiin tunteisiinsa ja ajatuksiinsa oikeutettuina yksilöinä. Samalla kiinnostuttiin kartoittamaan myös muita työntekijöille haasteellisia asiakastilanteita.

## Omaisten sitoutuminen

Omaisten sitouttaminen Paavon hoito-, kuntoutus- ja kotiutusprosessiin on suuri haaste. Vaikean aivovamman saaneen henkilön omaisten kokemaan stressiin olisi saatava ammattiapua. Kysymys on nimenomaan vamman luonteesta, ei sen vakavuudesta. Aivohalvauspotilaiden kanssa työskentely on myös osoittanut, että AVH-potilaan arki ja arjen vastuut muuttuvat paitsi potilaalla myös heidän läheisillään.

Aivohalvauspotilaan läheisten merkitys sairastuneen elämässä koetaan tärkeänä. Sairastuneella voi tosin olla vaikeuksia puhua läheisilleen sairauden aiheuttamista vaikeuksista. Sairastunut saattaa haluta suojella perhettään sairauden aiheuttamalta tuskalta, hän saattaa myös vetäytyä perheen sisäisestä kanssakäymistä tai velvoitteista perheessä. (Carlsson- Möller-Blomstrand 2009: 778.) Läheiset saattavat puolestaan pelästyä potilaan fyysisen olemuksen muuttumista (vrt. Muhonen 2007: 20).

Tutkimusten mukaan vaikean aivovamman saaneen henkilön omaisten kokemaan stressiin olisi saatava ammattiapua. Puolisoiden kokemaa stressiä on tutkimustulosten mukaan voimakkaampaa kuin perheen stressiä. Lapsilla näihin tilanteisiin liittyy omanlaisiaan, vanhempi-lapsi-suhteesta nousevia stressitekijöitä. Tutkimusten mukaan potilaan toipuminen edistyy sitä paremmin, mitä paremmin omaiset ja perhe pystyvät käsittelemään ja selviytymään tilanteessa. Omaisilla näyttää olevan funktionaalisia ja ei-funktionaalisia selviytymiskeinoja, ja selviytymiseen vaikuttavat sellaiset tekijät kuin sukupuoli, sosiaalinen ja ammatillinen tuki, mahdollisuus

vastavuoroiseen kommunikaatioon potilaan kanssa ja/tai mahdollisuus afektiiviseen suhteeseen potilaan kanssa (Verhaege ym. 2004: 1004–1012.)

Verhaegen kollegoineen (2004) tekemän laajan kirjallisuuskatsauksen perusteella on ilmeistä, että ammattilaisilta saatu tuki vähentää omaisten stressiä ja voimaannuttaa omaisia selviytymään muuttuneessa tilanteessa. Erityisesti ammattilaisten ja omaisten välisiä konflikteja tulee välttää. (Verhaege 2004: 1004–1012.) Läheisen ihmisen sairastuminen saattaa luoda myös potilaan ja omaisten välisille ristiriitoja ja katkeruutta, joiden selvittäminen on onnistuneen kotiutumisen kannalta tärkeää (Mäkinen 1996: 14). Potilaan toipumisen ja kuntoutumisen edistämiseksi tulee käyttää kaikki mahdollisuudet kehittää malleja sellaiseen omaisten pitkäaikaiseen tukeen, joka vähentää taakkaa ja huolta (Verhaege ym. 2004: 1004–1012).

Omaisten mukaan ottaminen hoito-, kuntoutus- ja kotiutusprosessiin on resurssi. Potilaalla ja hänen omaisillaan on eniten tietoa potilaasta, ja he huomaavatkin usein hienovaraisia merkkejä esimerkiksi potilaan tilan huononemisesta ennen ammattilaisia, mitä ei aina riittävästi huomioida. (Odell – Gerber – Gager 2010.) Potilaat kokevat omaisten läsnäolon neuvotteluissa tärkeäksi (Parkkonen 2011: 21). Kotiutuksen suunnitteluun osallistuneet omaiset ovat tyytyväisempiä kotiutukseen ja kotiutukseen suunnitteluun ja omaksuvat paremmin auttajan roolin kotiutuksen jälkeen (Koponen 2003: 15–17).

Terveystuessa perhetyöllä tarkoitetaan yksilön ja perheen sekä terveyden ja sairauden välisten yhteyksien huomioimista hoitosuunnitelmassa sekä hoitoa analysoitaessa (Rossi – Virtanen 2011: 9). Yhtäältä, kun työntekijät kokevat omaisten olevan potilaille erityisen merkityksellisiä, on omaisten yhteys potilaan kuntoutukseen ja kotiutukseen todettu merkittäväksi (Rossi – Virtanen 2011: 50). Omaisten huomioiminen hoidossa on tyyppillistä esimerkiksi psykiatrisessa hoidossa ja syöpään sairastuneen potilaan hoidossa. Toisaalta niissäkin omaisten tunteet saattavat jäädä syrjään ja omaisten kanssa keskustellaan potilaiden näkökulmasta (esim. von Vogelsang – Wengström – Forsberg 2004; Mäkelä 2008; Vaskelainen 2008). Suurella osalla vakavaan sairauteen, kuten syöpään sairastaneiden potilaiden omaisista on tutkimuksen mukaan erilaisia psyykkisiä oireita, kuten uupumusta, huolia, pelkoa ja stressiä (Mäkelä 2008: 33–34).



## Huoliseula puheeksi ottamisen välineenä

Huoliseula kuuluu suomalaisessa yhteiskunnassa varhaisen puuttumisen työvälineisiin. Varhaisella puuttumisella pyritään estämään ongelmien kasautuminen ja kärjistyminen (THL 2010). Omaisen huoli on signaali, joka tulee ottaa vakavasti ja johon tulee pyrkiä vaikuttamaan, jotta kotiutumisen saadaan valmisteltua hyvin ja onnistuisi.

Läheisen ihmisen sairastuminen aivohalvaukseen äkkiä ja ennakoimatta on kokemus, joka täyttää akuutin traumaattisen stressireaktion tilanteeseen liittyvät kriteerit eli läheisen tai oma koskemattomuus on uhattuna ja tilanteeseen liittyy pelkoa ja avuttomuutta (van der Kolk 1996). Ihmiset kuitenkin eroavat huomattavasti yhtäältä siinä, miten he kokevat nämä tilanteet, ja toisaalta siinä, minkälaisia fysiologisia ja emotionaalisia vasteita he tuottavat (Williams 2011: 235).

Stressille altistuminen voi sisältää kognitiivisen prosessin, kuten huolien ennakoinnin (Williams 2011: 236). Huoli on luonteeltaan subjektiivinen ennakointi omista toimintamahdollisuuksista sekä suhteiden kehittymistä ja koskee aina tulevaisuutta, joko seuraavaa hetkeä tai seuraavaa vuotta (Eriksson – Arnkil 2005: 21). Huoli syntyy epävarmuuden ja epätietoisuuden kokemuksesta. Omaisen näkökulmasta syinä voivat olla esimerkiksi tietämättömyys potilaan sairaudesta ja toimintakyvystä, tarjolla olevista tukitoimista, omasta jaksamisesta tai perheen taloudellisesta tilanteesta (vrt. Hokkanen 2002). Huolen kokemus ja huoli näyttää erilaiselta eri toimijoiden näkökulmasta (Eriksson – Arnkil 2005: 24). Huoli voi syntyä myös mielen kuvittelemista aikaisempiin traumaattisiin kokemuksiin perustuvista ennakoinneista, joiden olemus ei realisoidu menneisyyteen (Williams 2011: 235; Ogden – Minton – Pain 2006; van der Hart – Nijenhuis – Steele 2006).

Huolen ääneen puhuminen on koettu tilannetta selkiyttävänä tekona (Mikkola 2006: 187–188). Tässä projektissa huoliseulatyöskentelyn tavoitteena tarjota omaisille mahdollisuus purkaa omaa huoltaan ja ennaltaehkäistä mahdollista stressihäiriötä. Huoliseula voi toimia psykososiaalisena interventiona ja dialogisen kohtaamisen menetelmänä. Huoliseulan vastavuoroinen keskustelu on ennakointidialogia, joka luo omaisille toivoa ja toiminnan mahdollisuuksia (Eriksson – Arnkil – Rautava 2006: 7–8). Keskustelu luo myös työntekijälle selkeämmän kuvan asemastaan asiakassuhteessa ja siitä, mitkä teot omaisen voisi kokea tukena (vrt. Arnkil – Eriksson 1999).

## Huoliseulan käyttäminen neurologisella osastolla

Espoon sairaalan neurologisella kuntoutusosastolla koko hoitohenkilökunta on koulutettu käyttämään huoliseulaa. Henkilökunta sai ennen huoliseulan käyttöönottoa huoliseulan taustalla olevia ilmiöitä ja toimintamallin näyttöä kuvaavan koulutuksen. Tämän jälkeen he osallistuivat pareittain työpajoihin, joissa he harjoittelivat huoliseulan käyttämistä ja pohtivat henkilökohtaisesti suhdettaan työotteeseen, joka oli heille entuudestaan vieras. Työntekijät toivoivat itse työpajoja saadakseen varmuutta huoliseulan käyttämiseen. Huoliseulan käyttämisen vaiheet ovat dialogin tilanteen valitseminen, huoliseuladialogi, dialogissa saadun tiedon välittäminen asiantuntijoille, joilla on mahdollisuus vaikuttaa omaisen kokemaan huoleen, sekä esitettyyn huoleen liittyvä palaute- ja seurantakeskustelu. Kuvioon 5. on koottu ohjeita huoliseulan käyttämiseen, ja huolen dokumentoinnin lomake (ks. taulukko 4.) hahmottaa huolen vyöhykkeitä.

Osastolla kaikki toimenpiteet liitetään potilaan hoidon ja kuntoutuksen dokumentoinnin järjestelmään. Osastolla päätettiin, että huoliseulan käyttö kirjataan Efficään GER-lehdelle Selviytyminen-fraasin alle (rakenteinen kirjaaminen). Osaston terveystieteiden avustajan huoneesta sekä kanslian pöydän lokerikosta löytyi huoliseulalomakkeita (apukysymykset ja ohjeistus). Aluksi päätettiin, että uusille potilaille ja omaisille tehdään tarvittaessa huoliseula noin kahden viikon kuluttua tulovartin jälkeen. Tarvittaessa huoliseulasta nousseita asioista tuodaan tavoitekokoukseen keskusteltavak-

### Tilanteen valitsemiseen liittyviä ohjeita:

- Varaa aika ja rauhallinen paikka.
- Pysy itse rauhallisena.
- Toimi sovitun ennakoitdialogimallin mukaisesti.
- Muista kuunnella ja varaudu dialogiin.

### Tärkeitä kysymyksiä (kysymysten järjestys on tärkeä säilyttää, mutta muokkaa kieli itsellesi sopivaksi):

- Mikä huolen aiheuttaa? Kuvatkaa huolen kohde mahdollisimman konkreettisesti.
- Onko huolta aiheuttava tilanne toteutunut ennen tai onko omainen luenut tai kuullut tällaisesta tilanteesta? Milloin? Miten siitä selvittiin? Onko potilaan tai omaisen tilanne muuttunut sitten tämän kokemuksen?
- Mitä pitäisi tapahtua, että huoli poistuisi tai vähenisi?
- Mitä nyt voidaan tehdä? Sovi omaisen kanssa, kuka ja miten vie asiaa eteenpäin. Sovi omaisen kanssa myös tapaamisaika, jolloin huoleen palataan.

TAULUKKO 4. Huolen vyöhykkeet (Arnkilia mukailten, Reijonen 2010)

<b>Huolen dokumentoinnin lomake</b>	
<b>Vailla huolta oleva tilanne (1)</b>	Läheinen kokee, että asiat ovat hyvin, potilaan hoito- ja kuntoutustoiminta etenee ja lähellä on tarvittava tuki.
<b>Pienen huolen alue (2-3)</b>	Läheisellä on pientä huolta, mutta hän uskoo saavansa niihin apua ilman erityisiä toimenpiteitä. Keskustelu sinänsä on riittävä tuki.
<b>Harmaa vyöhyke (4-5)</b>	Läheisen huoli on tuntuva ja kasvaa edelleen. Työntekijä vie huolen potilaan kuntoutuksen tavoitekokoukseen monialaisen tiimin tiedoksi ja keskusteluun. Kotiutuminen vaarantuu, ellei huoleen löydy helpotusta. Työntekijä ja omainen sopivat ajankohdan, jolloin huoleen palataan.
<b>Suuri huoli (6)</b>	Läheisen huoli on tuntuva eivätkä osaston auttamiskeinot riitä. Työntekijä vie huolen tiedoksi tavoitekokoukseen ja ottaa yhteyttä osaston sosiaalityöntekijään tai kotihoitoon huolen helpottamista tukevien yhteistyötahojen ja toimenpiteiden kartoittamiseksi. Kotiutuminen vaarantuu ja vaikeutuu huomattavasti, ellei huoleen löydy helpotusta. Työntekijä ja omainen sopivat ajankohdan, jolloin huoleen palataan.

si. Tavoitekokous tekisi myös omaiselle esityksiä mahdollisista toimenpiteistä tai suorista muutoksia, mikäli huoli kattoi alueita, joihin osaston monialainen tiimi pystyi vaikuttamaan.

Huoliseulasta syntyi Metropolia Ammattikorkeakouluun opinnäytetöitä, joissa osastolla toteutunutta huoliseulan käyttöä tarkasteltiin hoitajien, omaisten ja potilaiden näkökulmista. Lisäksi yhdessä opinnäytetyössä tehtiin melko laaja kirjallisuuskatsaus huoliseulan käytöstä. Opinnäytetöiden tulosten mukaan omaiset kokivat huoliseulan tarpeelliseksi ja keskustelutilanteet koettiin pääsääntöisesti myönteisinä. Työntekijän käytöksen ilmaiseman kiireen koettiin vähentävän vuorovaikutusta huoliseulakeskusteluissa. Omaiset toivoivat, että hoitohenkilökunta huomioisi entistä paremmin omaisen. Omaiset puolestaan kokivat, että läheisen sairastuminen saattaa aiheuttaa unettomuutta, ahdistusta, stressiä ja monia muita

huolia. Työntekijän empatian ja kuuntelemisen taidon todettiin jo itsessään vähentävän omaisten huolta. (Nuotio – Tolonen 2011: 20–22.)

Omaisten kokemat huolet liittyivät pääasiassa potilaan selviytymiseen, omaan jaksamiseen ja potilaan saamaan perushoittoon ja kuntoutukseen. Potilaan selviytymisessä huoli liittyi itse sairauteen, potilaan korkeaan ikään, potilaan persoonassa mahdollisesti tapahtuviin muutoksiin, potilaan motivaatioon toipua ja yleensäkin potilaan kuntoutumiseen. Omaisten omassa jaksamisessa huolettivat potilaan kanssa pärjääminen kotona, kotihoidolta saatavan tuen määrä ja luonne, parisuhteen muutokset ja talouteen liittyvät asiat. Potilaan saamassa hoidossa ja kuntoutuksessa omaisia huolettivat potilaan liikkumattomuus ja kuntoutuksen vähäinen näkyvyys osastolla. Perushoidossa omaisia huolettivat potilaan hygienia, ruokailu, suun puhtaus, painehaavojen riittävät ehkäisy ja työntekijöiden suhteellinen vähyys potilasmäärään verrattuna. (Nuotio – Tolonen 2011: 20–22.)

Hoitohenkilöstö koki huoliseulan käyttöä edistäviksi tekijöiksi huoliseula-workshoptit, huoliseulakeskustelun hallinnan sekä työryhmän tuen ja näkemysten huoliseulan hyödyllisyydestä potilaille ja omaisille. Estävinä tekijöinä hoitohenkilöstö koki vielä osaamisen puutteen, yhteisten käytäntöjen puuttumisen sekä resurssien puutteen, puheeksi ottamisen koetut esteet sekä oman uskalluksen puutteen. Hoitohenkilökunta koki huoliseulan käyttämisen myös emotionaalisesti negatiivisesti kuormittavaksi. Tähän johtavia kokemuksia olivat pelko siitä, että huolikeskustelu päättyy osaston ja hoidon haukkumiseen. Emotionaalista negatiivista kuormitusta koettiin aiheuttavan myös sen, ellei työntekijä osannut ohjata asiakasta huolen hoitamiseen tai ellei hän osannut viedä huolta eteenpäin työryhmässä. Omaisen huolen purkautumisen ajateltiin myös aiheuttavan ahdistusta hoitajille. (Markamo – Jäpölä 2011.)

Jo opinnäytetöiden tulokset osoittivat, että osaston henkilökunta tarvitsee vielä varmuutta huoliseulan käytössä. Opinnäytetöiden tulosten jälkeen jatkettiin huoliseulan käytänteiden kehittämistä ja valittiin kolmen henkilön tiimi, joka selkiytti huoliseulan käytön prosessin kuvauksen ja huoliseulan kirjaamisen. Tuloksen syntyi selkeä prosessikuvaus huoliseulan käyttötilanteista ja sitä tukeva ohjeistus. Uusi kirjaamisen ohje oli, että huoliseula kirjataan Effican TIIV 2 -lehdelle ja mainitaan samalla, koskiko huoliseula omaista vai potilasta. HOI-lehdelle voidaan kirjata tarkemmin asiasta huomioiden kuitenkin ohjeen, joka estää omaisen asioiden kirjaamisen suoraan potilaan asiakirjoihin muuten kuin potilaan näkökulmasta.

Railin kanssa huoliseula toteutetaan ensimmäisen kerran hoitosuhteen alussa. Tällöin huoliseula kohdistuu Railin huoleen Paavon tilanteesta ja

Railin voimavarojen tukemiseen. Tavoitteena on, että Raili kokee hoitohenkilökunnan toimivan yhteistyössä Railin kanssa Paavon hoidossa, kuntoutuksessa ja kotiutuksessa. Ellei edellisen huoliseulan perusteella ilmene uutta tarvetta, toinen huoliseula Railin kanssa toteutuu hoitosuhteen puolivälissä, jolloin se kohdistuu suoraan kotiutumiseen ja kuntoutumiseen liittyviin huoliin.

## Haasteellisia asiakastilanteita

Espoon Puolarmetsän sairaalan osastoilla hoidetaan erilaisia potilaita. Osa uskoo selviävänsä ja pitää tukenaan vanhoja ystäviään, jotka ovat kokeneet samaa ja nyt pitävät yhteyttä. Osa potilaista puolestaan on yksin ajatustensa kanssa ja voi kokea kuntoutumisen raskaaksi. Joku lääkitsee pahaa mieltään alkoholilla ja herättää huolta lapsissaan, joista tuntuu, ettei osastolla ole riittävästi aktiviteetteja potilaille. Omaiset saattavat kokevat, ettei henkilöstölläkään ole aikaa kuunnella heitä tai ettei heitä oteta tosissaan. Silloin tulee korotettua ääntä, ja osastolla on sattunutkin muutamia yhteenottoja henkilöstön kanssa.

Espoon sairaalan osastoilla todettiin, että työntekijät tarvitsevat lisäkoulutusta ja toimintaohjeistuksia potilaiden sekä heidän omaistensa kohtaamiseen. Lisäosaamisen tarvetta lähdettiin kartoittamaan ensin havainnoimalla osastoilla erilaisia potilaita. Tämän vaiheen toteutti Metropolian opettaja, osastotyön ulkopuolinen psykologi. Tämän jälkeen toteutettiin kirjallinen kysely hoito- ja terapiahenkilöstölle sekä sosiaalityöntekijöille. Kyselyn avulla kartoitettiin potilaisiin ja heidän omaisiinsa liittyviä haasteita.

Sairaanhoitajat ilmoittavat kohtaavansa työssään terapiahenkilökuntaa enemmän haasteellisia asiakastilanteita. Fysioterapeutit ilmoittavat kohtaavansa haasteellisia asiakastilanteita kuukausittain tai harvemmin. Terveyskeskusavustaja joutuu haasteellisiin tilanteisiin kuukausittain. Taulukko 5. kokoa asiakastilanteet, jotka Espoon sairaalassa koettiin haasteellisiksi.

Henkilökunta halusi kehittää vuorovaikutus- ja yhteistyötaitojaan haasteellisissa omais- ja asiakastapauksissa. Kehittämisen tarvetta koettiin aidon vastavuoroisen vuorovaikutuksen alueella, kuuntelemisen taidossa, läsnäolon kyvyssä, samanarvoisuuden, asiallisuuden, ammatillisuuden ja tiedon jakamisen alueella sekä ja asioiden eteenpäin viemisessä. Tarpeelliseksi koettiin kehittää kykyä ymmärtää paremmin läheisten huoli ja henkinen tila sekä taito osata rauhoittaa heitä kriittisissä tilanteissa.

Asioiden puheeksi ottaminen ja potilaan/omaisten prosessin tukeminen raportoitiin keskeisenä taitona, johon edelleen tarvitaan tukea. Lisäksi

TAULUKKO 5. Haasteelliseksi koetut asiakastilanteet

<b>Aggressiivisen potilaan tai omaisen kohtaaminen</b>	Omaisten aggressiivinen käyttäytyminen liittyy sairastumisen aiheuttaman kriisin läpikäymiseen. Näyttää siltä, että omaisten huoli ja ehkä syyllisyyden kokemus aiheuttavat voimakasta reagoitua. Esiin nousivat myös potilaiden ja omaisten epärealistiset odotukset kuntoutumisesta. Työntekijät kokivat, että potilailla sairauteen liittyvien käytöshäiriöiden taustalla oli potilaan psyykkiseen tilaan ja päihteiden käyttöhistoriaan liittyviä tekijöitä.
<b>Perheiden ammatillinen kohtaaminen sekä tukeminen erilaisissa kriiseissä</b>	"Räyhäävät" omaiset ja heidän ammatillinen kohtaaminen koettiin vaativaksi samoin kuin kuolevan potilaan ja hänen omaistensa tukeminen.
<b>Mielenterveys- ja päihdeongelmista ongelmista kärsivien kohtaaminen ja auttaminen</b>	
<b>Masentuneiden potilaiden kohtaaminen ja motivointi</b>	
<b>Henkisesti rankkojen työtilanteiden aiheuttaman psyykkisen kuormituksen ja sen purkaminen</b>	

toivottiin välineitä asiakkaiden ja omaisten tunteiden kanavoimintaan siten, etteivät tunteet purkautuisi aggressiivisena käytöksensä. Työntekijät halusivat myös kehittää omia itsehillinnän taitojaan ja kykyä olla ottamatta syytöksiä henkilökohtaisesti. Empatiataidon kehittäminen nähtiin tärkeänä.

Perhekeskeisen työn taidot korostuivat vastuissa. Osaston henkilökunta halusi saada menetelmiä siihen, kuinka tukea ja ohjata perheitä sekä neuvoa heitä myös jatkohoitoon. Samoin tarvittiin osaamista omaisten mielen hyvinvoinnin tukemiseen.

Sairaalan työtahti koetaan kiireisenä, jolloin rauhallisen asenteen säilyttäminen työssä on vaikeaa. Monet rutiinityöt painavat päälle. Henkilöstön kokemus on, että jos olisi aikaa pysähtyä ja hoitaa asioita kunnolla ja keskustella potilaan ongelmista, välttyttäisiin useimmin aggressiiviselta

käyttäytymiseltä. Työ koetaan myös psyykkisesti rasittavana. Tukea omaan jaksamiseen kaivataan.

Työryhmä totesi keskusteluissa, että kuormittavan työtilanteen purkamisen koulutetun ulkopuolisen ohjaajan tuella on haasteellista tai jopa mahdotonta toteuttaa vuorotyössä. Työryhmä päätti ehdottaa tilanteiden purkuun liittyvää defusing-koulutusta sairaalan henkilökunnalle. Sairaala myös toteutti tämän koulutuksen. Lisäksi sairaala on tehnyt sopimuksen alueen mielenterveystoimiston kanssa psykiatrisen sairaanhoitajan konsultaatioavusta samoin päihdetyön asiantuntijan konsultaatioavusta.

Osastoilla huomattava osa potilaista on mielenterveys- ja päihdepotilaita. Näiden ryhmien auttamiseen koetaan tarvetta saada osastoille omia erityisasiantuntijoita auttamistyöhön ja ryhmäkuntoutusmuotojen kehittämiseen sekä toteuttamiseen.

## **Sosiaaliohjaaja ja sosiaalityöntekijä työparina sairaalassa**

*Paavon ja Railin arjen käytännöt ovat muodostuneet yhteisen elämän varrella. Sairaalajakso ja sairastuminen ovat nekin perheen arjessa toteutuvia tosiasioita. Ne ovat arjen poikkeustapauksia, jotka etenkin aivovammapotilaalla vaikuttanevat perheen arkeen myös sairaalajakson jälkeen. Arjen ja sairastumisen yhteensovittaminen on prosessi, jossa Paavo ja Raili saavat apua ja tukea koko henkilökunnalta ja etenkin sairaalan sosiaalialan ammattilaisilta. Sosiaalialan työn asiakkaina ovat potilaiden lisäksi ne ihmiset, jotka ovat läheisessä psykososiaalisessa suhteessa Paavoon. Sosiaalialan työssä ovat tärkeitä Paavo ja ne ihmiset, jotka Paavo kokee tärkeiksi.*

Sosiaalialan kehittämistyön lähtökohtana on ollut Espoon sairaalan hoito- ja terapiahenkilöstön kokemus siitä, etteivät he saa riittävästi sosiaalialan asiantuntijoiden tukea potilaan kuntoutus- ja kotiutusprosessissa. Asiaa systemaattisesti tarkastelleessa opinnäytetyössä todettiin lisäksi sosiaalialan asiakkaan fyysiseen kohtaamiseen perustuvalla asiakastyöllä jäävän ajan vähäisyys. Ammattikorkeakoulun ja sairaalan sosiaalialan työn yksikön kehittämistyön tuloksena syntyi sosiaalityöntekijän ja sosiaaliohjaajan työparitoiminnan malli, joka edistää sosiaalialan osaamisen saatavuutta niin henkilökunnalle kun asiakkaillekin.

Sairaalassa kehitettiin sosiaaliohjaajan ja sosiaalityöntekijöiden työparitoiminta vastamaan erityisesti potilaiden ja omaisten arjessa selviyty-

misen, sosiaalipalveluihin, tukitoimiin ja sosiaalietuuksiin liittyviin tarpeisiin. Potilaan onnistunut kotiutuminen edellyttää rajojen ylittämistä, joka toteutuu sairaalan eri ammattiryhmien, asiakkaiden ja muiden tarvittavien viranomaisverkostojen välillä. Espoon sairaalan Puolarmetsän osastoilla työskentelee kaksi sosiaalityöntekijää ja sosiaaliohjaaja. Espoon sairaalassa toteutettava sosiaalityö on osa Espoon kaupungin vanhusten palveluiden sosiaalityötä. Espoon sairaalaan tullaan useimmiten läheteellä erikoissairaanhoidosta, perusterveydenhuollosta tai muun viranomaisen lähettämänä.

## Sosiaalialan työ terveydenhuollossa

Terveydenhuollossa toteutettava sosiaalityö on sosiaalialan työntekijän toimintaa terveyspolitiikan kehyksessä ja terveydenhuollon organisaatioiden tavoitteiden mukaisesti. Terveydenhuollon laitosten sosiaalityöntekijöitä työskentelee niin erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa, kuntoutuslaitoksissa sekä alue- ja yksityissairaaloissa. (Kananoja 2010: 275–278.) Terveydenhuollon laitoksessa sosiaalityön lähtökohtana on kokonaisnäkemys sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä. Työn tavoitteena on vaikuttaa yksilön ja perheen elämäntilanteeseen siten, että sairaudesta huolimatta taloudellinen toimeentulo, sosiaalinen suoriutuminen ja yhteiskunnallinen osallistuminen jatkuisivat mahdollisimman häiriöttömästi. (Lindén 1999: 55.)

Terveydenhuollossa toteutettavan sosiaalialan työn tehtäväkuvaa on pyritty yhtenäistämään terveysosiaalityön valtakunnallisella nimikkeistöllä (Terveysosiaalityön nimikkeistö 2007). Terveysosiaalityön nimikkeistössä sosiaalityön tehtäväksi määritellään auttaminen, jonka tavoitteena on syrjäytymisen ehkäisy, sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen sekä epäkohtien välittäminen päättäjille (Terveysosiaalityön nimikkeistö 2007: 9). Terveydenhuollossa toteutettavan sosiaalityön tavoitteena on auttaa potilasta saavuttamaan ohjauksen ja tuen kautta riittävä itsenäisyys, jolloin potilas voi itse tehdä omaa elämäänsä koskevia valintoja ja päätöksiä (Heinonen – Spearman 2001: 99). Keskeistä terveydenhuollon laitoksessa toteuttavassa sosiaalityössä on auttaa potilaita kohtaamaan sairauden aiheuttamia sosiaalisia, ympäristösidonnaisia ja emotionaalisia ongelmia (Beder 2006: 3).

Terveydenhuollossa toteutettavassa sosiaalityössä korostuu aina potilaan elämäntilanne, ei diagnoosipohjainen ajattelu. Jos sairaus tai vamma rajoittaa tuntuvasti toimintakykyä, tarvitaan ohjausta ja neuvontaa jokapäiväistä elämää helpottavien toimenpiteiden ja palveluiden hyödyntämises-



sä. Vakava sairaus tai vamma koskettaa koko perhettä, joten työskentelyä tarvitaan myös perheen ja lähiyhteisön kanssa. (Kananoja 2010: 275–281.)

Suomalaisissa tutkimuksissa on käyty keskustelua sosiaalityön roolista, tehtävästä ja arvostuksesta perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Sairaalassa toteutuva sosiaalityö on nähty jossain määrin näkymättömänä ja jäsentymättömänä (esim. Pylväs 2003: 30, 56–57; Aho 1999: 8). Sosiaalialan ja terapiatyön yhtenä haasteena on ollut hoitotyön ja lääketieteellisen työn määrällinen ylivoima ja pelko siitä, että ne vielä vahvistaisivat professiotaan sulauttamalla muun muassa sosiaalialan työn tehtäviä itseensä. Sosiaalityön asiantuntijuusrajojen selkiyttäminen vahvistaisi sosiaalialan työntekijöiden asemaa ja työtehtävien säilymistä sosiaalialan koulutuksen saaneilla henkilöillä. (Vrt. Linden 1999: 15.) Toisaalta sosiaalityön näkyvyyden lisääntyminen ja sosiaalityöntekijöiden kasvava aktiivisuus moniammatillisessa yhteistyössä ovat edistäneet sosiaalialan työn asemaa suomalaisissa sairaaloissa jo nyt (esim. Lajunen 2011: 136–137). Myös sosiaalityön palveluprosessien kehittäminen tukee sen näkyvyyttä (esim. Huttunen 2010: 58).

Terveyssosiaalityön keskeinen piirre on sosiaalityön toiminta organisaatiossa, jonka pääasiallinen tehtävä liittyy terveyteen ja sairauteen ja jonka henkilöstö on suurelta osin muiden alojen ammattilaisia. Sosiaalityöntekijän on tällöin osoitettava oma osaamisensa selkeästi muille ammattikunnille ja hoito-organisaatiolle. Terveyssosiaalityöntekijän on kyettävä itsenäiseen toimintaan usein lyhyiden hoitoaikojen puitteissa. Auttaminen on voitava toteuttaa rajatussa ajassa ja oma osaaminen on oltava käytössä välittömästi. (Gregorian 2005: 4–6, 10; Kananoja 2010: 283.) Moniammatillinen työn ympäristö ja työskentely sosiaalitoimen ulkopuolella luo haasteen sosiaalityöntekijöiden professionaaliselle identiteetille (vrt. Björkenheim 2007: 275–276). Kananojan (2010: 283) mukaan oman alansa edustajana terveyssosiaalityöllä tulee olla vankka identiteetti, selkeästi tunnistettava osaamisalue ja sen sisällä kyky yhdistää omaa osaamista organisaation päätehtävän toteuttamiseen. Sosiaalityöntekijä on sosiaalisen asiantuntijana linkki potilaan, terveydenhuollon organisaation ja yhteiskunnan välillä (Lindén 1999: 56–60).

Sairaalassa tehtävää sosiaalityötä ohjaavat muun muassa sosiaalihuoltolaki, asiakkaiden ja potilaiden asemaan ja oikeuksiin liittyvä lainsäädäntö, laki vammaisuuden perusteella haettavista tukitoimista, päihdehuoltolaki sekä kotikuntalaki. Myös edunvalvontaa koskeva lainsäädäntö, terveydenhuoltolaki, potilasvahinkolaki sekä lastensuojelulaki ohjaavat sairaalassa tehtävää sosiaalityötä.

Sairaalassa tehtävälle sosiaalityölle on ominaista moniammatillinen työryhmätyöskentely sekä yhteistyö viranomaisverkostojen ja asiakkaiden sosiaalisten verkostojen kanssa. Kyse on yhteisen tehtävän suorittamisesta, jossa erilainen tieto ja osaaminen yhdistyvät. (vrt. Isoherranen – Rekola – Nurminen 2008: 24–33.) Paukkunen (2003: 21, 38–39) erottaa moniammatillisessa yhteistyössä monitieteisen ja toisaalta tieteiden välisen lähestymistavan. Monitieteisessä yhteistyössä painotetaan sitä, että jokainen ammattilainen on oman alansa asiantuntija. Tieteiden välinen lähestymistapa korostaa kommunikation merkitystä, yhteisiä tavoitteita ja vastuuta tavoitteiden saavuttamisesta. Työskentelyä pyritään laajentamaan yli tieteiden välisten rajojen yhteisvaikutuksen syntymiseksi. Yhteistyön edellytyksenä ovat luonnollisesti työntekijöiden yhteistyötaidot, mutta myös yhteistyökumppanin työnsisältöjen tunteminen ja asiantuntijuuden arvostaminen. Organisaatiokulttuurin tiedostaminen ja siihen perehtyminen tulisi nähdä keskeisenä koko organisaation toiminnan ja yhteistyösuhteiden kehittämisen edellytyksenä (Lindén 1999: 23).

Kananoja (2010: 279) on määritellyt terveysosiaalityön perustehtäviä seuraavasti:

- potilastyö, jossa työskennellään suoraan potilaan ja hänen läheistensä kanssa
- psykososiaalinen työ potilaan ja hänen perheensä kanssa
- kriisityö
- moniammatillinen tiimityö, jossa sosiaalityöntekijä on tiimissä oman alansa asiantuntija ja antaa konsultaatiota terveydenhuollon muille ammattilaisille sekä
- verkostotyö, johon sisältyy sekä potilastyötä tukeva että laajempi yhteistyö terveydenhuollon ulkopuolisten tahojen kanssa.

Työn sisältö jäsennetään sosiaalityön yleisten jäsennysten, esimerkiksi prosessin eri osavaiheiden tai -tehtävien mukaan (Kananoja 2010: 279). Terveysosiaalityön nimikkeistö (2007) määrittelee sosiaalityöntekijän tehtävien pääluokat seuraavasti:

- sosiaalinen arviointi ja suunnittelu
- sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen
- yhteistyö, koordinointi ja verkostotyö
- asiantuntija- ja koulutustehtävät sekä
- hallinto ja kehittäminen.

Sosiaalinen arviointi ja suunnittelu sisältävät potilaan sosiaalisen tilanteen arvioinnin. Ne sisältävät myös tarvittavien jatkoselvitysten ja toimenpiteiden käynnistämistä. Sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen on psykososiaalista tukemista, tiedon ja välineiden tarjoamista sairauden tai vammautumisen sosiaalisten ja taloudellisten seurausten käsittelyyn sekä käytännön avustamista yhteistyössä muiden tukea antavien viranomaisten kanssa. Ohjaus ja neuvonta ovat tärkeä osa sosiaalisen toimintakyvyn tukemista. Yhteistyö, koordinointi ja verkostotyö varmistavat, että tieto potilaan tarvitsemista palveluista ja etuuksista kulkeutuu tarpeellisille yhteistyötahoille. (Terveyssosiaalityön nimikkeistö 2007: 22–25.)

Terveydenhuollon sosiaalityö on kunnan sosiaalitoimen virastotyötä työtä itsenäisempää verkostotyöskentelyä, viranomaisten konsultointia ja potilaskohtaisen relevantin tiedon etsimistä. Sosiaalisten tukien myöntäminen ei kuulu sairaalassa tehtävään sosiaalialan työhön, mikä vähentää viranomaisvallan käyttämistä suhteessa asiakkaaseen. (Vrt. Björkenheim 2007: 275.) Sairaaloissa tehtävä sosiaalityö on ohjaavaa sekä neuvovaa, ja sosiaalityöntekijän on hallittava hyvin sosiaaliturvajärjestelmä (Lindén 1999: 17). Sen muita osa-alueita ovat potilaan kotiuttamiseen liittyvät teot ja toimenpiteet, potilaiden asioiden ajaminen (vrt. Lajunen 2011: 16–17) ja yksilökohtainen palveluohjaus (Ala-Nikkola – Sipilä 1996).

## Tehtävärakenteen kuvaus

Vanhusten palvelujen sosiaalityöntekijät vastaavat sosiaalityöstä Espoon sairaalassa. Sosiaalityöntekijät työskentelevät yhteistyössä asiakkaan, omaisten, osaston moniammatillisen työryhmän sekä muiden tarvittavien verkostoryhmien kanssa (Espoon kaupunki 2011a). Tavoitteena on potilaan tarpeista lähtevä yksilöllinen hoito ja kuntoutus, jota toteutetaan moniammatillisessa yhteistyössä (Espoon kaupunki 2011b). Sairaalaosastoilla sosiaalityöntekijä tekee tiivistä yhteistyötä lääkärin, fysio- ja toimintaterapeutin, hoitajien sekä potilaan omaisten kanssa. Hän työskentelee asiakkaiden ja omaisten kanssa yksilökohtaisesti. (Eerola 2010: 10.) Espoon sairaalan sosiaalityön käytännön työhön kuuluvat muun muassa vanhustenpalveluiden, kotihoidon, vammaispalveluiden, päihde- ja mielenterveyspalveluiden, aikuissosiaalityön ja edunvalvonnan tehtäväalueiden tunteminen ja niihin ohjaaminen sekä palvelutarpeen selvittäminen.

Metropolia Ammattikorkeakoulun sosionomiopiskelija selvitti opinäytetyössään Espoon vanhustenpalveluissa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden tehtäväkuva. Tutkimuksessa olivat mukana kaikki yhdeksän

vanhustenpalvelujen sosiaalityöntekijää mukaan lukien johtava sosiaalityöntekijä. Tutkimuksen alustava kartoitus toteutettiin ajankäytönseurantalomakkeella. Espoon vanhustenpalveluissa työskentelevät yhdeksän sosiaalityöntekijää täyttivät kahden viikon ajan päivittäin työajanseurantalomaketta, johon työntekijät merkitsivät viidentoista minuutin tarkkuudella, mitä tehtäväkokonaisuuksia he olivat työpäivän aikana tehneet. Ajankäytönseuranta-lomake rakentui kategorioista, joita olivat yksilökohtainen asiakasohjaus, omaistyöskentely, kokoukset ja hallinnollinen työ sekä muu työ. Työajanseurannan analyysin jälkeen toteutettiin sosiaalityöntekijöiden ryhmähaastattelut, joiden tavoitteena oli tarkentaa eri kategorioissa toteutuvaa sosiaalialan työn sisältöä. Näin kerättyä tietoa tarkennettiin kahden sosiaalityöntekijöiden ryhmähaastattelun avulla. (Eerola 2010: 9–11.)

Tutkimustulokset osoittivat, että sosiaalityöntekijät työskentelivät mit-tavan aikapaineen alaisina. Asiakasohjaukseen käytettiin 42 prosenttia työajasta (Eerola 2010: 14–24). Asiakasohjaukseen käytettävästä työajasta 21 prosenttia käytettiin henkilökohtaiseen tapaamiseen asiakkaan kanssa. Lähes puolet (49 prosenttia) asiakasohjaukseen käytettävästä ajasta ku-lui asiakkaan tilanteen selvittelyyn ja 25 prosenttia kirjallisen selvityksen tekemiseen. Koko työajastaan sosiaalityöntekijät käyttivät 12 prosenttia omaistyöskentelyyn, jonka sosiaalityöntekijät kokivat kuitenkin tärkeänä. Omaistyöskentely on lähinnä sitä, että sosiaalityöntekijä keskustelevat omaisten kanssa, tukevat ja auttavat heitä jaksamaan sekä neuvovat ja oh-jaavat omaisia esimerkiksi sosiaaliturvaan liittyvissä kysymyksissä. (Eero-la 2010: 14–20.)

Asiakasohjauksen ja omaistyöskentelyn lisäksi sosiaalityöntekijöiden työaika kului kokouksiin (12 prosenttia työajasta), hallinnolliseen työhön (21 prosenttia työajasta) ja muuhun työhön (12 prosenttia työajasta) (Ee-rola 2010: 14). Sosiaalityöntekijät kokivat työnkuvansa epäselväksi. He ko-kivat tekevänsä ”kaikkea sitä työtä, mitä kukaan muu ei tee” (Eerola 2010: 27). Tutkimustulokset osoittivat, että sosiaalityöntekijän rooli ja työn si-sältö ovat epäselviä.

## Valtakunnalliset suositukset

Sosiaalihuollon tehtävärakennetta on uudistettu viime vuosina vastaa-maan sosiaalihuollon toimintaympäristön muutoksia, nykyistä koulutus-rakennetta ja lainsäädäntöä. Sosiaali- ja terveysministeriössä on laadittu sosiaalihuollon tehtävärakennesuositus, joka pyrkii määrittämään tehtä-värakennetta yliopistotasoiselle sosiaalityöntekijän koulutukselle, ammat-

तिकorkeakoulutasoiselle sosionomi (AMK) -koulutukselle sekä lähihoitajakoulutuksen suorittaneille. Lainsäädännön mukaan sosiaalityöntekijöiden koulutuksella valmistutaan sosiaalityöntekijöiksi. Sosionomi (AMK) sijoittuu muun muassa sosiaaliohjaajan tehtäviin. (Sarvimäki – Siltaniemi 2007.)

Suomalaisen ikääntyneiden palvelujen tehtävärakennesuosituksen mukaan sosiaaliturvan ja sosiaalipalveluiden tarpeen arvioinnista ja palvelujen myöntämisestä vastuu on sosiaalityöntekijällä, mutta tarvittaessa myös sosiaaliohjaaja voi suorittaa palvelutarpeen arvioinnin. Palvelusuunnitelma (avo- ja laitoshoidon asiakaskohtainen hoito- ja palvelusuunnitelma) laaditaan moniammatillisessa tiimissä, johon sosiaalityön henkilöstö tarvittaessa osallistuu. Kokonaisvastuu palvelusuunnitelmasta on sosiaalipalvelujen osalta sosiaalityöntekijällä tai sosiaaliohjaajalla. Sosiaaliohjaaja vastaa palveluohjauksesta. Sosiaalityöntekijä vastaa psykososiaalisen työn ja palveluohjauksen koordinaatiosta ja tekee tarvittavat hallinnolliset päätökset. Sosiaalityöntekijä osallistuu myös psykososiaaliseen työhön yhdessä sosiaaliohjaajien kanssa. (Sarvimäki – Siltaniemi 2007: 33–34.)

Suomalaisissa sairaaloissa toimii sekä sosiaalityöntekijöitä että sosiaaliohjaajia. Tyypillistä on, että sairaalan eri tulosalueilla toimii vain yksi työntekijä, sosiaalityöntekijä tai sosiaaliohjaaja. Sosiaaliohjaajat tekevät samoja työtehtäviä kuin sosiaalityöntekijät. (Esim. Huttunen 2010: 13.) Dialoginen ja jäsentynyt sosiaalityöntekijän ja sosiaaliohjaajan parityöskentely ei ole ollut ominaista suomalaisissa sairaaloissa.

## Kehittämiskokeiluja

Sosiaalialan työn kehittämisen taustalla on yhtäältä kokemustieto siitä, ettei muu sairaalan henkilöstö saa riittävästi sosiaalialan asiantuntijoiden tukea potilaan kuntoutus- ja kotiutusprosessissa ja toisaalta tutkimustieto sosiaalialan työntekijöiden varsinaiseen asiakastyöhön jäävän ajan vähäisyydestä (Eerola 2010). Kehittämistyön selkärankana oli kolmen sosionomiopiskelijoiden 15 opintopisteen työharjoittelu Espoon sairaalan Puolarmetsän osastoilla. Harjoittelua ohjasi Metropolia Ammattikorkeakoulun sosiaalialan lehtori, kokeilun sisältöä koordinoi sairaalan johtava sosiaalityöntekijä ja sitä ohjasi Metropolia Ammattikorkeakoulun yliopettaja. Kokeilussa sosionomien työajaksi sovittiin sama kuin terapeuteilla eli päivätyö, ja työ toteutettiin osastotyönä. Työvälineeksi opiskelijat saivat kannettavat tietokoneet. Lähiohjaajana kullakin opiskelijalla toimi sairaalan sosiaalityöntekijä.

Harjoittelujakson alkaessa sosionomi (AMK) oli osastojen työntekijöille ja johdolle tuntematon koulutus ja ammattiryhmä. Sairaalassa ei ollut kokemusta sosionomien ammatillisesta osaamisesta osaston asiakastyössä. Kehittämistyön tukena ei ollut myöskään tutkittua tietoa sosionomien työskentelystä sairaalaympäristössä. Niin ikään opiskelijoilla ei ollut aiempaa kokemusta tai opintoja työskentelystä sairaalassa tai terveydenhuollon sosiaalityöstä.

Harjoittelun alussa kaikki kolme opiskelijaa kartoittivat sosiaalialan työn tarvetta osastoilla, mikä toteutettiin seuraamalla osastoilla toteutuvaa moniammatillista kuntouttavan ja kotiuttavan työn palveluprosessia. Tavoitteena oli löytää sosionomi (AMK) -tutkinnolle soveltuva työnkuvasiten, että sosiaalityöntekijä ja sosiaaliohjaaja toimivat työparina.

Harjoittelun aikana kehitettiin sosiaalityöntekijän ja sosiaaliohjaajan työparitoiminnan mallia. Lähinnä neurologiselle kuntoutusosastolle kehitetyssä mallissa sosiaaliohjaajalla (sosionomi AMK) on asiakkaan sairaalaan tulovaiheessa päävastuu sosiaalityön prosessin aloittamisesta sekä sosiaalisen elämäntilanteen arvioinnista. Tähän kehitettiin myös sosiaalisen elämäntilanteen suppean arvioinnin lomake. Lomake sisältää elämäntilannetta kartoittavia, kuten sosiaalista verkostoa, asumista, kotitilannetta, palveluita, taloudellista tilannetta ja elämänhallintaa koskevia kysymyksiä. Se sisältää myös osion asiakkaan omista näkemyksistä hänen kuntoutuksensa tavoitteesta ja jatkopalveluiden tarpeista. Arviointiin perustuva kuvaus sosiaalialan työn sisällöstä ja etenemisestä dokumentoidaan ja välitetään sosiaalityöntekijälle. Sosiaalityöntekijä kantaa vastuun asiakaskohdattaisen suunnitelmallisen sosiaalityön toteuttamisesta.

Työparitoiminnan ja sosiaalisen elämäntilanteen alkuarvioinnin lisäksi kokeilun aikana päivitettiin neurologisen kuntoutusosaston hoitohenkilökunnan käytössä olleiden kotiutusohjeiden sosiaalialan työn osuus. Kotiutusohjeisiin lisättiin tietoa kysymyksistä, joita sosionomiharjoittelijoiden eteen oli tullut osastoilla, esimerkiksi tietoa sairaalamaksuista, etuuksista ja avoimuuden palveluista. Sosionomiopiskelijat pitivät osastoilla osastotunteja sairauden vaikutuksista asiakkaan sosiaaliseen verkostoon ja omaisten merkityksestä asiakkaan kuntoutus- ja kotiutumisosprosessiin.

Sosionomiopiskelijoiden harjoittelun aikana sosiaalityön näkyvyyden voidaan sanoa parantuneen. Sosiaalityöntekijöiden ja sosiaaliohjaajien työparitoiminta, joka on vakiintumassa muilla suomalaisen sosiaalihuollon alueilla, kuten lastensuojelussa ja aikuissosiaalityössä (ks. esim. Horsma – Jauhiainen 2004), sai hyvän vastaanoton. Asiakkaat, omaiset ja sairaalan henkilökunta kokivat sosionomiopiskelijoiden harjoittelun positiivisena.

Erityisesti asiakkaille ja omaisille annettava aika lisääntyi, ja suurin osa potilaista tapasi sosiaalialan työntekijän vähintään kerran. Myös yhteistyöta- hoilta saatiin positiivista palautetta sosiaalityön saatavuudesta. Erityisesti kotihoito arvosti jo ennen kotiutumista vireille laitettuja etuuksia ja pal- veluja. Sosiaalityöntekijöiden ja sosiaaliohjaajan välisen työparitoiminnan kehittäminen on prosessi, joka on jatkunut myös sosionomiopiskelijoiden harjoittelun päätyttyä joulukuussa 2010. Harjoittelun päätteeksi yksi sosio- nomiopiskelija työllistyi sosiaaliohjaajaksi sairaalaan.

## Sosiaalialan parityön prosessi

Asiakastyön prosessi on sarja systemaattisia tekoja ja toimintoja, joilla pyri- tään yhdessä sovittuun päämäärään. Paavon asiakkuus voi olla yksinkertai- nen ja selkeä – kertaluontoinen - mutta se voi olla myös monimuotoinen prosessi. Sosiaalityön prosessi määrittyy nimenomaan Paavon tilanteen ja tarpeiden perusteella, ja sitä ohjaavat sosiaalialan työn arvot ja periaat- teet (ks. kuvio 6.). Jokaisessa asiakastapauksessa on omat erityispiirteet-

Lääketiede, hoitotyö, terapia	Potilaan prosessi	Sosiaalityön prosessi
<b>Tulotilanne:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tulovartti</li> <li>• Omaisten ilta</li> <li>• Huoliseula</li> <li>• Tavoitekokous</li> <li>• Lääketieteellinen arvio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sairastuminen</li> <li>• Vaikutukset elämäntilanteeseen, olosuhteisiin ja sosiaaliseen tilanteeseen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asiakkaaksi tuleminen</li> <li>• Sosiaalisen arviointi ja suunnittelu</li> <li>• Moniammatillinen yhteistyö</li> </ul>
<b>Kuntoutuminen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoito</li> <li>• Kuntoutus</li> <li>• Tavoitekokous</li> <li>• Hoitokokous</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoidon ja terapian vaikutukset</li> <li>• Omat tavoitteet</li> <li>• Omaisten näkemykset</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asiakas- ja omaistyöskentely</li> <li>• moniammatillinen yhteistyö</li> <li>• Verkostotyö</li> </ul>
<b>Kotiutuminen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kotiutusohjeet</li> <li>• Lähtövartti</li> <li>• Jatkohoidon ohjaus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohjauksen, neuvonnan, palveluiden ja tuen ym. tarpeet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etuudet, tuet ja palvelut sekä näihin liittyvät (yksilölliset, yhteisölliset ja yhteiskunnalliset) arviot</li> <li>• Selvitykset, palveluohjaus ym.</li> <li>• Työskentelyn päättäminen</li> </ul>

KUVIO 6. Sosiaalityön prosessi suhteessa asiakkaan tilanteeseen ja moniammatilliseen yhteistyöhön

sä, eivätkä samat ongelmien käsittely- ja ratkaisumallit ole siirrettävissä tapauksesta toiseen (vrt. Juhila 2006: 140). Tarkka prosessimallien noudattaminen voi johtaa asiakastyöhön, jossa asiakaslähtöisyys ei toteudu asianmukaisesti (esim. Suominen – Tuominen 2007).

Sosiaalialan työn asiakasprosessin vaiheita neurologisella kuntoutusosastolla ovat asiakkaaksi tuleminen, tilannearvion ja suunnitelman laatiminen, työskentelyvaihe, seuranta- ja arviointivaihe sekä asiakassuhteen päättymisen vaihe. Vaiheet eivät ole tarkkarajaisia, ja asiakkuussuhde voi joskus rajautua vain kertatapaamiseen. Asiakasprosessin vaiheet määrittyvät asiakaskohtaisesti.

Paavo ohjautuu sosiaalityön asiakkaaksi joko omasta, omaisen, osaston henkilökunnan tai muun viranhaltijan aloitteesta. Tyypillisesti sosiaalityön asiakkaaksi ohjaututaan neurologisella kuntoutusosastolla järjestettävissä tulovartissa. Ilman Paavon tai Railin läsnäoloa sosiaalialan työn tarve voidaan todeta esimerkiksi osastoilla viikoittain järjestettävissä moniammatillisissa tavoitekokouksissa, joihin sosiaalialan työntekijä osallistuu. Asiakkaaksi tulemisen jälkeen seuraava vaihe on sosiaalisen elämäntilanteen arvio. Se sisältää muun muassa asiakkaan esitiedot, asumistilanteen ja aikaisemman palvelujärjestelmän käytön selvittämisen, taloudellisen tilanteen kuvauksen, tiedot sosiaaliseen toimintakykyyn vaikuttavista sairauksista, elämänhallintaan mahdollisesti liittyvät haasteet ja tulevaisuuden odotukset.

Tilannearviota tehdään Paavon ja/tai omaisten sekä ammattilaisten kanssa käytävän keskustelun aikana (ks. taulukko 6.). Tilannearviossa arvioidaan Paavon hoidon, kuntoutumisen ja kotiutumisen toteutumista. Sosiaalityön tarpeen ilmetessä laaditaan suunnitelma tai muutetaan vanhaa suunnitelmaa. Suunnitelmaa tarkennetaan tarvittaessa viikoittaisissa tavoitekokouksissa. Suunnitelmaa tarkistetaan myös aina asiakastapaamisten yhteydessä.

Kuntoutuksen aikana sosiaalialan työssä arvioidaan asiakkaan kuntoutuksen etenemistä ja kotiutumisen mahdollisuuksia, jatkokuntoutuksen mahdollisuuksia ja turvallista kotiutumista mahdollistavia tuen muotoja. Sosiaalityöntekijä tai sosiaaliohjaaja osallistuu säännöllisesti järjestettäviin tavoitekokouksiin ja asiakkaan nykyisestä toimintakyvystä ja avun tarpeesta käytävään moniammatilliseen keskusteluun. Sosiaalityö osallistuu näihin kokouksiin palvelujärjestelmän tuntevana asiantuntijana.

Kuntoutuksen alkuvaiheessa sosiaalityö kohdistuu asioihin, jotka ovat ilmenneet tulovaiheessa tai jotka ilmenevät kuntoutuksen aikana. Tästä alkaa työskentelyvaihe. Sosiaalialan työn sisältönä on Paavon ja Railin psy-



TAULUKKO 6. Sosiaalisen elämäntilanteen arvio Espoon sairaalassa

Komponentti	Pääluokka	Alaluokka
Tulotilanne/esitiedot	Tulopaikka	Mistä tulee
	Sairaalassa oloon vaikuttavat tekijät	Sairauden, hoidon ja kuntoutuksen syyt ja tarpeet, sosiaaliset syyt
	Muut tekijät	Aiemmat sairaala- ja laitosjaksot
Asuminen	Asumismuoto	Asunto, hallintasuhde
	Ruokakunta	Yhdessä asuvat henkilöt
Sosiaalinen verkosto	Läheisverkosto	Perhe- ja läheissuhteet
		Asioiden hoidossa avustavat henkilöt
	Viranomaisverkosto	Kontaktit viranomaiseen/asiakkuus
	Muut toimijat	Vapaaehtoistoimijat, tukihenkilöt ym.
Palvelut	Yksityiset palvelut	Koti-, siivous-, ateria- ym.
		Palvelutalot ja -keskukset
	Kunnalliset palvelut	Kotihoito
		Vanhustenpalvelut
		Päihde- ja mielenterveyspalvelut
		Vammaispalvelut
		Perhe- ja sosiaalipalvelut
Taloudellinen tilanne	Toimeentulo	Tulot (ja varallisuus)
		Tuet ja etuudet
	Sairastumisen vaikutukset taloudelliseen tilanteeseen	Terveydenhuoltomenot
		Tuet ja etuudet
		Palvelumaksut
Sos. toimintakyky	Sairaalassaolon ja sairastumisen vaikutukset	Tuen, avun ja palvelun tarve
	Somaattiset sairaudet	Mm. afasia, muistiongelmät, halvaus
	Mielenterveys	Vaikutukset elämänhallintaan ja tuen tarpeeseen
	Päihteiden käyttö	Vaikutukset elämänhallintaan ja tuen tarpeeseen
	Kyky huolehtia itsestään ja asioistaan	Tuen, avun ja palvelun tarve
		Edunvalvonnan tarve
Tulevaisuuden odotukset		Asiakkaan näkemys
		Omaisien näkemys
		Sidosryhmien näkemys

kososiaalinen tukeminen, joka toteutuu vuorovaikutussuhteessa: kohtamalla, keskustelemalla. Keskustelun käyminen edesauttaa Paavoja ja Railia oman tilanteensa hahmottamisessa ja vaihtoehtojen perkaamisessa. Psykososiaalisen tuen lisäksi sosiaalialan työssä järjestetään kotiin potilaan tarvitsemaa tukea, selvitetään taloudellisia asioita ja tehdään hakemuksia yhdessä potilaan ja omaisten kanssa. Paavon ja Railin kanssa keskustellaan heidän mieltään askarruttavista kuntoutukseen ja kotiutukseen liittyvistä asioista ja tuetaan koko perhettä sairauden aiheuttamassa muutoksessa. Erityisesti syrjäytymisvaarassa olevien asiakkaiden kohdalla ohjauksen ja tuen tarve kasvaa entisestään sairauden myötä. Työ sisältää myös omaisten ohjaamista erilaisiin avoimuuden palveluihin.

Kuntoutuksen loppuvaiheessa sosiaalialan työssä arvioidaan työskentelyvaiheen tuloksia ja valmistaudutaan Paavon kotiutukseen ja asiakassuhteen päättämiseen. Kotiutumisen suunnittelu aloitetaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Sosiaaliala arvioi jatkuvasti Paavon tilanteen kehittymistä. Sosiaaliala on myös tarvittaessa mukana kotiutumisen suunnittelussa sekä tarvittavien palveluiden ja tukimuotojen tarpeiden arvioimisessa sekä tarvittavien tukitoimien ja palveluiden järjestämisessä.

Sosiaalityö vastaa jatkotoimiin liittyvistä selvityksistä. Jatkotoimiin liittyviä selvityksiä ovat esimerkiksi vanhustenpalveluiden, vammaispalveluiden ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden kautta haettavien asumispalveluiden tarpeiden selvitys. Etuuksien osalta sairaalan sosiaalityön vastuulla on arvioida Paavon oikeutta esimerkiksi Kelan tukijärjestelmiin. Lisäksi sosiaalialan työntekijät tekevät palvelujärjestelmään liittyvää ohjausta ja neuvontaa. Asiakkaan kanssa arvioidaan halukkuutta ja tarvetta vaikkapa päihde- ja mielenterveyspalveluihin ja erilaisiin Paavon sopeutumista tukeviin palveluihin.

Sosiaalityöntekijä siirtää tarvittaessa jatkotyöskentelyn muulle sosiaali- ja terveydenhuollon yksikölle tai holhoustoimelle. Sosiaalityön prosessi päättyy asiakkaan kotiutumiseen tai asiakkaan siirtyessä toiseen sosiaali- ja terveydenhuollon yksikköön. Tarvittaessa sovitaan jälkiseurannasta osaston sosiaalityöntekijän tai sosiaaliohjaajan kanssa.

Paavon sairastuminen on muutos koko perhesysteemissä, ja asioiden hoito saattaa jäädä täysin Railin vastuulle. Sairastuminen voi aiheuttaa suuria haasteita myös asiakkaan sosiaalisissa suhteissa. Railin ja lasten arkipäivä sekä vapaa-aika vaihtuvat sairaalavierailuiksi, hoitoneuvotteluiksi ja asioiden uudelleen järjestämisiksi. Paavon sairaus mullistaa useamman kuin yhden henkilön elämäntilanteen.

Sosiaalialan työ ei pääätä työtään asiakkaan mahdolliseen kuolemaan. Sairaalassa tehtävään sosiaalialan työhön kuuluu myös surevien omaisten tukeminen. Läheisen ihmisen poismenolla on suuri vaikutus yksilöön. Useat omaiset tarvitsevat tukea ja ohjausta vielä asiakkaan poismenon jälkeen käytännön järjestelyissä.

Sairaalan sosiaalityössä tehdään paljon yhteistyötä kaupungin muiden tulosyksiköiden kanssa, joita ovat muun muassa Kansaneläkelaitos, vakuutusyhtiöt, maistraatti, holhoustoimi ja oikeus-aputoimistot.

### Sairastuminen arjen ja asiantuntijaverkostojen haasteena

Sairaalassa tehtävän sosiaalityön lähtökohtana on holistinen näkemys sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä. Yhteiskunnalliselta toimintaympäristöltään terveydenhuollon alueella tehtävä sosiaalityö on mielenkiintoisella tavalla ”rajapinnassa” asiakkaiden (potilaan, omaisen), viranomaisten ja muiden tarvittavien toimijoiden välisessä yhteistyössä.

Työn tavoitteena on vaikuttaa yksilön ja perheen elämäntilanteeseen siten, että sairaudesta huolimatta taloudellinen toimeentulo, sosiaalinen suoriutuminen ja yhteiskunnallinen osallistuminen jatkuisivat mahdollisimman häiriöttömästi. (Lindén 1999: 55.) Taloudellinen toimeentulo ei aina jatku häiriöttömästi, eivätkä kaikki tällaiset tilanteet tule heti sosiaalityön tietoon. Tähän vaikuttavat edelleen organisaatorajat. Esimerkiksi erikoissairaanhoidosta tulevien asiakkaiden mahdollisesta sosiaalityön tarpeesta ei saada suoraan tietoa, vaikka asiakkaalla olisi ollut kontakti sosiaalityöhön. Tämä aiheuttaa vaikean tilanteen sekä asiakkaalle että sosiaalityölle. Toisaalta myös asiakkaalle itselleen saattaa olla vaikeaa ilmaista sosiaalityön tarvetta. Sosiaalityöhön ja työntekijöihin liittyvät ennakkoluulot, byrokratia, salassapitovelvollisuus ja muut organisaatioiden väliset yhteistyön ongelmat vaikeuttavat palvelun sujuvuutta.

Ulkomaalaisten asiakkaiden määrä lisääntyy ja tuen, avun sekä ohjauksen tarve kasvaa. Sairaalan sosiaaliala selvittää tarvittaessa epäselvien asiakastapausten oikeudet esimerkiksi suomalaisiin vammais-, mielenterveys-, vanhus- ja päihdepalveluiden osalta. Sosiaalialan sähköiset, poikkiorganisatoriset järjestelmät ovat heikosti kehittyneitä, mikä lisää turhaa tai päällekkäistä työtä.

Sairaalan kuntoutusosastoilla työskentelevät sosiaalialan työntekijät eivät tee hallinnollisia päätöksiä. Sairaalassa tehtävän sosiaalityön tehtäviin kuuluvat muun muassa edunvalvonta ja palveluohjaus. Avo- ja laitospalvelujen erillisyyks on joskus ongelmallista sairaalassa tehtävässä sosiaalialan

työssä. Minne asunnoton päihdeongelmainen kotiutuu, ja kuka hänestä pitää huolta avohoidossa? Vastuu on kotiuttajalla.

Sosiaalityön tehtäväkuva sairaalassa näyttäytyy edelleen rajattomana verrattuna esimerkiksi hoitoon ja kuntoutukseen keskittyviin ammattiryhmiin. Sosiaalityön asiantuntemukselle on paljon kysyntää sairaalassa. Muiden ammattien selkeä rajallisuus ja sosiaalityön rajojen heikkous aiheuttavat sen, että sosiaalialan työn resursseja käytetään edelleen paljon sellaiseen työhön, joka on toki tärkeää asiakkaan kotiutumisen kannalta, mutta joka ei vaadi sosiaalityön asiantuntijuutta.

Suomalaisen terveydenhuollon rakenteet ovat vuosikymmenien kuluessa muuttuneet, ja uusia rakenteellisia muutoksia on tulossa. Toivottavasti on vain ajan kysymys, milloin terveystieteiden sosiaalityö löytää paikkansa muutoksen keskellä. Sairastuminen on arjen poikkeustila ja sosiaalialan työntekijät ovat arjen ammattilaisia.

## **Yhteistyö kotihoidon kanssa**

Hyvällä yhteistyöllä sairaalan ja kotihoidon välillä varmistetaan toimijoiden välinen riittävä tiedonsaanti, tietojen oikea-aikainen käsittely sekä jaettu ymmärrys asioista. Keskeistä sairaalan ja kotihoidon yhteistyössä on Paavon johdonmukaisen palveluprosessin turvaaminen. Kaikkien Paavon kuntoutusprosessiin osallistuvien tulee olla tietoisia Paavon ja Railin kanssa sovituista tavoitteista ja päätöksistä. Se varmistetaan ainoastaan hyvällä yhteistyöllä.

Espoon sairaalan ja kotihoidon välinen yhteistyö kotiutumistilanteissa oli kehittämistyön alussa osittain puutteellista ja sattumanvaraista. Lähtötilanteen kartoituksen jälkeen kehittämisen kohteiksi päätettiin ohjaavien mittareiden jakaminen sekä sairaalan ja kotihoidon vuorovaikutusmahdollisuuksien jäsentäminen ja kehittäminen.

Sairaalan ja kotihoidon toimintakykymittarit ovat erilaiset. Paavon kotiutuminen ja siirtyminen sairaalasta kotihoitoon on turvatonta ja haasteellista tilanteessa, jossa sairaala ja kotihoito eivät tunne toistensa käyttämiä toimintakykymittareita. Sairaalassa oli käytössä FIM-toimintakykymittari, Barthel-indeksi sekä Ravatar (RaVa) ja kotihoidossa puolestaan Barthel-indeksi, RaVa ja RAI.

Sairaalaan tulo- ja kotiutumistilanteet ovat toimintakyvyn arvioinnin kannalta merkittäviä vaiheita. Yhteinen tieto käytetystä toimintakykymittarista sekä jaettu ymmärrys niiden dokumentoinnista ja tulkinnasta ovat

keskeinen yhteinen osaamisalue. Mittareiden sisältämät toiminnot ja toimintojen arviointikriteerit tulee kuvata siten, että ne antavat Paavon toimintakyvystä mahdollisimman yhdenmukaisen kuvan Paavolle ja Railille, kuten myös kotihoitoon ja sairaalan miniammatillisen tiimin jäsenille. Tähän ammattilaisilla on käytössään mittarin kuvallisen selvityksen mahdollisuus eli polarigraafi. Sen avulla on helpompi hahmottaa konkreettisesti toimintakyvyn eri osa-alueet ja niistä saatu arvio. Myös Paavon ja hänen vaimonsa Railin kanssa toimintakyvystä voidaan keskustella kuvallista havaintomateriaalia käyttäen. Ammattilaisten keräämä tieto on tällöin maalikoille tulkittavissa olevassa muodossa, ja siihen voidaan liittää Paavon ja Railin näkemys Paavon edistymisestä.

Paavon hoidon, kuntoutumisen ja kotiutumisen edellyttämän tiedon keruuseen ryhdytään heti Paavon tultua osastolle. Kotiutuminen alkaa siitä hetkestä. Varsinaisen kotiutumismuutoksen koittaessa Paavolle, tehdään senhetkiseen tietoon ja ymmärrykseen pohjautua kotiutumissuunnitelma, joka laaditaan yhdessä Paavon ja hänen vaimonsa Railin ja heidän lastensa kanssa sekä moniammatillisen työryhmän yhteistyönä. Paavon toimintakyvyn arvio pohjautuu tällöin FIM-toimintakykymittarilla saatua mittaukseen.

Kotiutumista edeltää yksi tai useampi kotikäynti. Kotikäynnit edistävät potilaan motivaation suuntautumista sairaalasta kotiin. Kotikäynneillä on tärkeä rooli myös kotiutumissuunnitelmaa luotaessa, sillä niiden aikana testataan kuvitellun ja todellisen toimintakyvyn välinen ero. Kotikäyntien aikana Paavo on ikään kuin testaa kotiympäristössään toimintakykyään vaimonsa ja lastensa avustamana ja tukemana. Paavon kuntoutumisen tilanearvio sairaalassa (loppuarvio) eli hoitotyön yhteenveto tehdään sekä Barthel- että FIM-mittauksia seuraten ja hyväksi käyttäen. FIM-toimintakykymittarissa on 18 mitattavaa toimintaa. Niistä kustakin voi saada yhdestä seitsemään pistettä, joista yksi kuvaa täydellistä avuttomuutta ja seitsemän omatoimisuutta. Toiminnot kuvaavat suolen ja rakon toimintaa, liikkumista, kommunikaatiota sekä sosiaalisia ja kognitiivisia taitoja (Kuntaliitto 1998; Pohjola 2006).

Barthel-indeksi, joka on ehkä vanhin ja käytetyin toimintakyvyn mittari, muodostuu kymmenestä toimintakyvyn osa-alueesta. Arvioitavia toimintoja ovat suolen toiminta, rakon toiminta, ruokailu, tuolista vuoteeseen tai vuoteesta tuoliin siirtyminen, henkilökohtainen hygienia, WC:ssä asiointi, kävely tai pyörätuolilla liikkuminen, portaissa liikkuminen, pukeutuminen (Mahoney – Barthel 1965).

Paavon ollessa kotona hoidon jatkuvuus varmennetaan ja hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan RaVa- sekä kotihoidon RAI-mittareita käyttäen. Nämä toimintakykymittarit antavat todennököisesti parhaiten tietoa Paavon voimavaroista ja toimintakyvyn vajeista kotiympäristössä. RaVa-mittari on pääasiassa fyysisen toimintakyvyn mittari. Siinä ei huomioida välinetoimintoja eikä mitata asuin- ja elinympäristöä. Se on Suomessa käytetyin toimintakykymittari, jonka avulla mitataan erityisesti ikääntyvien toimintakykyä ja palveluntarvetta. Mittari koostuu kahdestatoista osiosta, jotka ovat näkö, kuulo, puhe, liikkuminen, rakon toiminta, suolen toiminta, syöminen, lääke, pukeutuminen, peseytyminen, muisti sekä psyyke/käytös. RAI-järjestelmä puolestaan on vanhusasiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantarjestelmä. Se perustuu yksilön monipuoliseen systemaattiseen arviointiin. Mittarissa on satoja kysymyksiä, jotka muodostavat kansainvälisesti testattuja, päteviksi ja luotettaviksi todettuja mittareita.

Kotihoidon RAI-vertailutietokannassa on kehitetty asiakasrakennetta kuvaava ryhmittely, jossa asiakkaat luokitellaan seitsemään pääluokkaan heidän saamansa hoidon, kuntoutuksen sekä avun mukaan. Pääluokat ovat monialainen kuntoutus, erittäin vaativa hoito, erityishoito, kliinisesti monimuotoinen, kognitiivisten toimintojen heikentyminen, käytöshäiriöt sekä heikentynyt toimintakyky. RAI pitää sisällään fyysistä, kognitiivista, psyykkistä sekä terveydentilaa kuvaavia mittareita ja muita asiakasta kuvaavia tunnuslukuja. Lisäksi RAI:ssa on huomioitu asiakkaisiin tai hoitokäytäntöihin liittyviä kielteisiä tiloja, kuten kaatuilu tai haavat, jotka ovat myös hoidon laatuindikaattoreita. Laatuindikaattorijärjestelmä on sekä palvelun kehittämisen sekä yksittäisen asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman työväline.

Sairaalan ja kotihoidon yhteistyön tarkoituksena on lisätä ja syventää sairaalan ja kotihoidon välistä yhteistyötä niin, että Paavon kotiutuminen onnistuu ennakkoidusti ja suunnitellusti. Tämä turvaa Paavon ja Railin selviytyminen kotona. Verkostoituminen on ollut avaintekijä yhteistyön lisäämisessä osaston ja kotihoidon välillä. Sairaala ja kotihoito kävivät yhdessä läpi molempien käyttämät toimintakykymittarit, niiden tulkinna ja dokumentoinnin, mikä mahdollisti aidosti asiakastietojärjestelmään dokumentoidun tiedon käytön molemmissa organisaatioissa. Osana yhteistä asiakastietojärjestelmää on sairaalan ja kotihoidon yhteinen ajanvarauskirja.

Ajanvarauskirjan käyttäminen vakiintui kehittämistyön aikana. Sitä käytetään sovittaessa sairaalaan asiakkaan hoitoon liittyvistä kokouksista, joissa kotihoidon osallistuminen on tarpeellinen. Ajanvarauskirjan kautta

kotihoidolle ilmoitetaan ajankohta, jolloin heidän asiakkaansa tulee osastolle kuntoutukseen, sen kautta jaetaan tietoa potilaan kuntoutumisen edistymisestä ja voinnin muutoksesta sekä varmistetaan kotiutumispäivä. Myös kotihoidon niin sanotun vanhan asiakkaan tullessa osastolle sieltä otetaan heti yhteyttä kotihoitoon ajanvarauskirjan kautta. Yhteyden saaminen kotihoitoon on parantunut ja nopeutunut, ja kokoukset ovat järjestyneet sitä kautta sujuvammin.

Kehittämistyöskentelyn aikana tutkittiin ja kokeiltiin myös Connect Pro -verkkokokous- ja viestintäjärjestelmän käyttämistä sairaalan ja kotihoidon yhteistyömuotona. Ajatuksena oli, että ryhmäneuvottelun ja asiapapereiden samanaikaisen jakamisen ja tutkimisen mahdollistava yhteys säästäisi siirtymisiin kuluva työaika, helpottaisi monialaisten tiimien yhteisen ajan löytämistä sekä mahdollistaisi tarvittaessa, asiakkaan tilanteen niin vaatiessa nopeastikin monialaisen ryhmäneuvottelun toteuttamisen esimerkiksi juuri kotiuttamistilanteissa. Mallin ajateltiin soveltuvan myös neuvotteluihin potilaiden muualla Suomessa tai ulkomailla asuvien perheiden kanssa.

Virtuaalisen yhteyden käyttäminen jäi kokeiluasteelle. Työntekijät saivat koulutuksen ohjelman käyttämiseen ja kokouksia harjoiteltiin workshoppeissa, mikä ei vielä riittänyt yhteyden käyttämisen omaksumiseen. Virtuaalisen yhteyden käyttöönotto terveydenhuollossa on osa toimintakulttiin muutosta, mikä vaatii innostuneen henkilökunnan lisäksi uusia tilaratkaisuja.

## **Kotiutumisen kehittäminen kestoteemana**

Rajapinnoilla tapahtuvan työskentelyn kehittäminen perustuu dialogiin ja yhteiseen tahtoon muutoksen kohteesta, työskentelyn vaiheista ja vastuista. Kotiutumisen kehittämisen tavoitetilana Espoon sairaalassa oli onnistunut kotiutuminen. Työskentelyn vaiheet ja vastuut kirjattiin kehittämissuunnitelmaan, jonka kautta työskentelyn etenemistä myös arvioitiin yhdessä puolivuositain.

Kotiutumisen kehittäminen onkin sairaaloiden kehittämisen kestoteema. Monialaisen ja hallinnollisesti erillisten toimijoiden asiakaslähtöinen yhteistoiminta on haastavaa. Tässä Espoon sairaalan ja Metropolia Ammattikorkeakoulun kehittämistyössä yhteistyö oli toimijatasolla dynaamista. Kehittämistyö toteutui molemmista kehittäjäorganisaatioista hallinnolli-

sesti irrallisen, monialaisen työryhmän työnä. Sen jäsenet toimivat asiantuntijoina ja jakoivat osaamistaan asiakasnäkökulmaa painottaen.

Itse asiakas oli työskentelyssä mukana erityisesti sairaalavaatteiden suunnittelussa. Omaisten kokemus oli merkittävästi esillä huoliseulaa kehitettäessä. Monialaisten työntekijöiden kokemukset nousivat esille haasteellisia asiakastapauksia kartoitettaessa, huoliseulan käyttöön ottamisessa, virtuaalisen yhteyden rakentamisessa sairaalan ja kotihoidon välille sekä sosiaalialan parityöskentelyn kehittämistyössä. Palveluohjausprosessin kehittäminen tapahtui kaikkien potilaan ja omaisten kanssa sairaalassa työskentelevien ammattiryhmien oman työn kriittisen reflektoinnin ja jakamisen lähtökohdasta. Kaikki mukana olleet oppivat toisiltaan ja itsestään, omasta organisaatiostaan ja kumppanistaan.

Monialaisen asiakaslähtöisen työskentelyn edistämisessä siltakompetenssien kehittäminen on keskeistä. Ideana olisi, että sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten joukossa on kullakin alalla asiantuntijoita, joilla on perusymmärrys jonkun toisen ammattiryhmän työn lähtökohdista ja mahdollisuuksista. Esimerkiksi sairaanhoitajalla on tällainen ymmärrys fysioterapeutin ammatista tai sosionomilla toimintaterapeutin ammatista. Näin työntekijä oivaltaa herkemmin toisten työntekijäryhmien mahdollisuudet asiakaskohtaisessa työssä. Samalla oman asiantuntijuuden jäsentyminen selkeytyy ja yhteinen asiantuntijuus kannattelee eteenpäin esimerkiksi vaativissa sosiaali- ja terveydenalan ammateissa.

## LÄHTEET

- Aho, Päivi 1999. Sosiaalityön luokitus – esiselvitys. Aiheita 14/1999. Helsinki: Stakes.
- Ala-Nikkola, Päivi – Sipilä, Jorma 1996. Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) – uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Teoksessa Metteri, Anna – Ala-Nikkola, Merja (toim.): Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Helsinki: Edita.
- Alin, Tarja 2008. Aivojen verenkierronhäiriö (AVH) -yhdyshenkilön verkostoituva työ. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Arnkil, Tom Erk – Eriksson, Esa – Rautava, Marie 2006. Ennakointidialogeja huolten vyöhykkeellä. Verkkokonsultin käsikirja – ohjeita verkostomaiseen työskentelyyn. Stakesin työpapereita. Helsinki.
- Arnkil, Tom – Eriksson, Esa 2005. Huoli puheeksi. Opas varhaisista dialogeista. Helsinki: Stakes.



- Arnkil, Tom – Eriksson, Esa 1999. Kelluvia vuoropuhelurakenteita. Teoksessa Virtanen, Päivi (toim.): Verkostoituva asiastyö. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Beder, Joan 2006. Hospital Social Work. The Interface of Medicine and Caring. London – New York: Routledge.
- Björkenheim, Johanna 2007. Knowledge and Social Work in Health Care – The Case of Finland. *Social Work in Health Care*. Vol. 44 (3). 261–278.
- Carlsson, Gunnel E. – Möller, Anders – Blomstrand, Christian 2008. Managing an every-day life of uncertainty – A qualitative study of coping in persons with mild stroke. *Disability and Rehabilitation* 2009. 31 (10). 773–783.
- Eerola, Oona 2010. ”Sossut Espoon vapassa”. Sosiaalialan työn tehtäväkuvasu Espoon vanhustenpalveluissa. Opinnäytetyö. Sosiaalialan koulutusohjelma. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu.
- Eloranta, Sini 2009. Supporting older people’s independent living at home through social and health care collaboration. Turun yliopiston julkaisuja, sarja D, osa 869. Turku.
- Espoon kaupunki 2011a. Seniorin palveluopas. Espoon sosiaali- ja terveystoimi. Vanhusten palvelut.
- Espoon kaupunki 2011b. Verkkodokumentti. Saatavilla osoitteessa: <<http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;11866;97332;97344;98240;106918&voucher=87B25B24-87DC-4E20-AF83-87B8DA1C34B6>>. Luettu 11.7.2011.
- Gregorian, Camille 2005. A Career in Hospital Social Work: Do You Have What It Takes? *Social Work in Health Care*. Vol. 40 (3). 1–14.
- Forsbom, Maj-Britt – Kärhi, Erja – Leppänen, Liisa – Sairanen, Riitta 2001. Aivovauriopotilaan kuntoutus. Helsinki: Tammi.
- Hammar, Teija 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa. Kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Tutkimuksia 179. Helsinki: Stakes.
- Heinonen, Tuula – Spearman Len 2001. *Social Work Practise: Problem Solving and Beyond*. Toronto: Irwin Publishing.
- Hokkanen, Virve 2002. Vaikutusteema: huoli ja epävarmuus. Stakes. Verkkodokumentti . Päivitetty 16.10.2007. Saatavilla osoitteesta: <<http://info.stakes.fi/iva/FI/Toteutus/Tunnistaminen/huoli.htm>>. Luettu 17.7.2011.
- Horsma, Teija – Jauhiainen, Elina (toim.) 2004. Sosiaalihuollon tehtävä- ja ammattirakenteen kehittämissuorituksen loppuraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla osoitteesta: <<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta>>. Luettu 8.9.2011.
- Huttunen, Marketta 2010. Näkymätön näkyväksi. Sairaalan sosiaalityön palveluprosessi Kainuun maakunta -kuntayhtymässä, Kainuun

- keskussairaalassa. Opinnäytetyö. Ylempi ammattikorkea-koulututkinto. Savonia ammattikorkeakoulu.
- Hänninen, Kaija 2007. Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Stakesin raportteja 20. Helsinki.
- Häggman – Laitila, Arja – Rekola, Leena 2011. Työelämän ja korkeakoulun kumppanuus. Työelämäntutkimus 1/2011. Työelämäntutkimusyhdistys ry.
- Isoherranen, Kaarina – Rekola, Leena – Nurminen, Raija 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.
- Juhila, Kirsi 2006. Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.
- Kananoja, Aulikki 2010. Sosiaalityö terveydenhuollossa. Teoksessa Kananoja, Aulikki – Lähteinen, Martti – Marjamäki, Pirjo (toim.): Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma. 275–285.
- Koponen, Leena 2003. Iäkkään potilaiden siirtyminen sairaalan ja kodin välillä. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos.
- Kärki, Jarmo 2007. Asiakaskohtaisen sosiaalityön luokitukset. Sosiaalityöntekijän asiakaskohtainen toimintoluokitus ja asiakaskohtaisen sosiaalityön kohdeluokitus, versiot 1.0. Ohjeita ja luokituksia/Stakes 2007: 2.
- Lajunen, Helena 2011. Paikkansa kullakin. Terveydenhuollon perinteisten ammattiryhmien ja sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä sosiaalityön asemasta terveydenhuollon organisaatiossa Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Lehto, J. – Kananoja, A. – Kokko, S. – Taipale, V. 2001. Sosiaali- ja terveydenhuolto. Helsinki: WSOY.
- Liikanen, Hanna-Liisa – Kaisla, Susanna – Viljaranta, Liisa 2007. Gerontologisen sosiaalityön pioneerit kentällä. Soccan ja Heikki Waris -instituutin julkaisusarja, nro 12.
- Lindén, Mirja 1999. Terveydenhuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Raportteja 234. Helsinki: Stakes.
- Mahoney, F. I. – Barthel, D. W. 1965. Functional evaluation: the Barthel index. Md State Medical Journal 1965, 14. 61–65.
- Markamo, Minna – Jäpölä, Pia 2011. Huoliseulan käyttö neurologisella kuntoutusosastolla. Haastattelu hoitajien kokemuksista. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Sairaanhoidajan AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Mikkola, Leena 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Humanistinen tiedekunta.

- Mikkola, Tuula 2009 Sinusta kiinni – Tutkimus puolisoivoivan arjen toimijuuksista. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja A Tutkimuksia 21. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Muhonen, Minna 2007. “Minustakin tulee vielä jonkunlainen.” Aivohalvauspotilaan kokemuksia sairastumisestaan ja kuntoutuksestaan puoli vuotta sairastumisen jälkeen. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen laitos.
- Mäkelä, Hanna 2008. Syöpää sairastavan potilaan omaisen kokemus potilaan saamasta hoidosta ja omasta selviytymisestä. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Mäkinen, Birgitta 1996. Kuolevan potilaan omaisen tukeminen – hoitohenkilökunnan näkökulma. Tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Mäntynen, Raija 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Kuopion yliopiston julkaisusarja E. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.
- Notko, T. 2006. Kuntoutus- ja palveluohjauksen mahdollisuudet. Janus Vol. 14 (1).
- Nuotio, Tiina – Tolonen, Miia 2011. Omaisten kokemuksia huolen kuuntelemisesta ja huomioimisesta Espoon sairaalassa. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Sairaanhoidaja AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Odell, M. – Gerber, K. – Gager, M. 2010. Call 4 Concern: Patient and Relative Activated Critical Care Outreach. British Journal of Nursing 2010 Dec 9, 19 (22).
- Parkkonen, Karita 2011. Ikääntyneiden kokemuksia palveluneuvotteluista. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Sosionomi AMK. Sosiaalialan koulutusohjelma.
- Paukkunen, Leena 2003. Sosiaali- ja terveysalan yhteistyöosaamisen kehittäminen. Koulutuskokeilun arviointitutkimus. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 103. Kuopion yliopisto.
- Pohjola, Leena. 2006. TOIMIVA -testit yli 75-vuotiaiden miesten fyysisen toimintakyvyn arvioinnissa. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Pylväs, Maria 2003. Sosiaalityön asiantuntijuus esikoissairaanhoidossa. Tapaustutkimus yliopistollisen sairaalan sosiaalityöstä. Pohjois-Suomen osaamiskeskus julkaisusarja 8. Oulu: Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus.
- Rossi, Saara – Virtanen, Reetta 2011. Potilaan läheisenä sairaalassa työntekijöiden näkemyksiä potilaiden kanssa tehtävästä perhetyöstä. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Sosionomi AMK. Sosiaalialan koulutusohjelma.
- Sarvimäki, Pirjo – Siltaniemi, Aki (toim.) 2007. Sosiaalihuollon ammatillisen

- henkilöstön tehtävärakennesuositus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 2007: 14.
- Somekh, Bridget 2006. *Action Research: a Methodology for Change and Development*. Maidenhead: Open University Press.
- Suomen Kuntaliitto 1998. *Opas kuntoutuksen yhtenäiseen seuranta- ja arviointijärjestelmään*. Sisältää FIM-toimintakykymittarin. Versio 5. Helsinki.
- Suominen, Sauli – Tuominen, Merja 2007. *Palveluohjaus: Portti itsenäiseen elämään*. Helsinki: Profami.
- Terveys- ja sosiaalivaltion tutkimuskeskus 2007. *Terveys- ja sosiaalivaltion tutkimuskeskuksen nimikkeistö 2007*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- THL 2010. *Varhainen puuttuminen (Varpu) – vastuunottoa omasta toiminnasta toisten tukemiseksi*. Verkkodokumentti. Päivitetty 9.2.2010. Saatavilla osoitteessa: <<http://groups.stakes.fi/VERK/FI/Varpu/index.htm>>. Luettu 18.7.2011.
- Valtioneuvoston kuntoutusselonteko eduskunnalle 2002. *Julkaisuja 2002: 6*. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.
- van der Hart, Onno – Nijenhuis, Ellen – Kathy Steele 2006. *The Haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York: Norton.
- van der Kolk, Bessel A. 1996. *Traumatic Stress*. New York: Guilford Press.
- Vaskilainen, Ulla 2008. *Sairaanhoitajien näkemyksiä lyhytaikaishoidon aikana kuolevan potilaan omaisten tukemisesta terveyskeskuksen vuodeosastolla*. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Verhaege, Sofie – Defloor, Tom – Grypdonck, Mieke 2004. *Stress and Coping among Families of Patients with Traumatic Brain Injury: a Review of the Literature*. *Journal of Clinical Nursing* 14. 1004–1012.
- von Vogelsang, Ann-Christin – Wengström, Yvonne – Christina Forsberg 2004. *Patient Information after Ruptured Intracranial Aneurysm. Issues and innovation in Nursing Practice*. Oxford: Blackwell.
- Williams, Paula G. 2011. *Stress Regulation, Executive Functioning, and Physical and mental Health*. In Suchy, Y.: *Clinical Neuropsychology of Emotion*. New York: Guilford Press. 235–246.

# Potilaan toimintakyvyn edistäminen: aktivoivaa arkea ja aitoa monialaisuutta

**Sirpa Ahola, Toini Harra, Hannele Hokkanen, Mia Karlsson,  
Nina Kilpeläinen, Kaija Nieminen, Robert Nyman, Jari Pihlava,  
Eija Salomaa, Kajsa Sten ja Suvi Ähman**

Espoon sairaalan akuuttihoiton osasto (TK-1-osasto) tarjoaa hoitoa akuuttisesti sairastuneille aikuisille espoolaisille, joiden sairaus ei vaadi erikoissairaanhoidoa. Sairaalan toimintaperiaatteita ovat asiakaslähtöisyys ja kuntoutumisen edistäminen. TK-1-osastolla tavoitteena ovat lisäksi innovatiiviset toimintatavat potilaiden toimintakyvyn tukemiseksi. Osasto esimerkiksi hyödyntää kuntoratoja, joita Espoon sairaala on perustanut potilaiden omaehtoisten kuntoutumismahdollisuuksien lisäämiseksi. Kuntoradalla potilaat voivat käydä sekä yksin että omaistensa, hoitajien tai opiskelijoiden kanssa. Tarkoitus on, että potilas saa yksilöllistä, hänen erityiset tarpeensa huomioon ottavaa hoitoa.

Tämä luku keskittyy potilaan toimintakyvyn edistämiseksi tehtyyn kehittämistyöhön TK-1-osastolla ja myös muilla Espoon sairaalan osastoilla. Aluksi esitellään konkreettisia tekoja, valintoja ja kokeiluja, joiden avulla osastolle on rakennettu aktivoivan arjen toimintamallia. Sen jälkeen kuvataan, miten ikääntyneiden potilaiden liikkumiskykyä ja apuvälineisiin liittyvää tyytyväisyyttä on selvitetty ja arvioitu sairaalan neljällä osastolla. Lisäksi kuvataan tutkitun tiedon hyödyntämistä kehittämistyössä. Alaluvusta viimeiseen on koottu kehittämistyöhön osallistuneiden kokemuksia, kommentteja ja palautteita näistä uusista avauksista. Luvun keskuksenä esiintyy kuvitteellinen henkilö Veikko, joka tekstissä edustaa tyyppillistä TK-1-osaston potilasta. Potilaan toimintakyvyn edistämiseen tähtäävää kehittämistyötä tarkastellaan tässä luvussa siis Veikon hoidon ja hänen kokemustensa kautta.

## Pienillä korjauksilla suuria muutoksia

Veikko on 82-vuotias, yksin asuva mies. Veikon puoliso kuoli äskettäin, ja siitä lähtien hänen toimintakykynsä on ollut laskussa. Kotihoito on käynyt vaimon kuoleman jälkeen Veikon luona päivittäin ja ollut jo jonkin aikaa huolissaan Veikosta.

On kuuma kesä. Helteisiä päiviä on jatkunut jo pitkään, ja yötkin ovat kuumia. Veikon on vaikea juoda riittävästi nestettä, kun pelkkä vesi ei hänen suussa maistu miltään. Kotihoito löytää kuumeisen ja huonokuntoisen Veikon eteisen lattialta. Veikko on kaatunut lehdenhakumatkalla unohdettuaan rollaattorin makuuhuoneeseen. Hän ei jaksa nousta ylös edes avustettuna. Kotihoito toimittaa Veikon Jorvin sairaalan ensiapuun, josta hänet siirretään hoitoon terveyskeskusosastolle 1.

TK-1-osastolla hoidon ihanteina ovat erityisesti yksilöllisyys ja toimintakyvyn edistäminen. Kuntoutumista edistävä hoitotyö tarkoittaa yksilö- ja terveyslähtöistä hoitamista, jossa kaikki hoitajan toiminta tukee kuntoutujan itsenäistä selviytymistä (Routasalo 2003). Kuntoutusta edistävää toimintaympäristöä ja olosuhteita rakennetaan arvioimalla ja muokkaamalla esimerkiksi yhteisten tilojen sisustusta ja valaistusta sekä tilojen käyttöä. Monialaisella yhteistyöllä pyritään luomaan potilaalle paremmat mahdollisuudet voimavarojen käyttämiseen mielekkäällä ja toimintakykyä edistävällä tavalla.

Yksilöllisen hoidon avulla voidaan vaikuttaa potilaan hoitotuloksiin. Yksilöllinen hoito perustuu potilaan kliiniseen tilanteeseen, potilaan henkilökohtaiseen elämäntilanteeseen sekä potilaan mahdollisuuksiin osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Potilaan kokemus yksilöllisen hoidon toteutumisesta muodostuu siitä, miten hoitotyön toiminnoilla on tuettu potilaan yksilöllisyyttä ja yksilönä olemista. Yksilöllisen hoidon toteutuminen edistää potilastyytyväisyyttä, potilaan autonomian toteutumista sekä terveyslähtöistä elämänlaatua. Yksilöllisen hoidon toteutumista voidaan arvioida hoitajien tai potilaiden näkökulmasta laadituilla mittareilla. (Suhonen ym. 2007a; Suhonen ym. 2007b.)

Potilaan toimintakyvyn arviointia tarvitaan yhtäältä hoidon ja kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseksi. Toisaalta arviointia tarvitaan palvelutarpeen arvioimiseksi. Iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeen arvioinnissa ei ole vielä käytettävissä yhtä, riittävän laaja-alaista ja herkkää menetelmää, jonka avulla heidän toimintakykyään, voimavarojaan ja avun tarvettaan voitaisiin arvioida riittävän laaja-alaisesti. Tutkimusten mukaan hoitajilta

kuitenkin kaivataan enemmän arvioita potilaiden päivittäisistä toiminnoista selviytymisestä (Mäntynen 2007). Vakuuttavien ja riittävän herkkien arviointimenetelmien hallinnan lisäksi tarvitaan menetelmien systemaattista ja harkittua käyttöä osaston arjessa.

Toimintakykyä edistävän hoidon kehittäminen on ollut Espoon sairaalassa jo pitkään aktiivista. Perusterveydenhuollon osastoilla potilailla on monenlaisia sairauksia, ja siksi heidän toimintakykyään on tärkeää arvioida monipuolisesti. Toimintakyvyn muutokset on havaittava pikaisesti, ja heikentävät riskitekijät on löydettävä tehokkaasti. Tämä vaatii henkilökunnalta huolellista tarkkaavaisuutta ja monialaista keskustelua. Harran ym. (2006) mukaan ICF-luokittelun (International Classification of Functioning, ks. Stakes 2004) käyttö auttaa hahmottamaan toimintakykyä aiempaa laajemmin. Monialaisen yhteistyön avulla voidaan saada laaja-alainen käsitys potilaan elämäntilanteesta, toimintakyvystä ja sen muutoksista.

Espoon sairaalassa potilaan toimintakykyä edistävän toimintamallin kehittäminen käynnistyi TK-1-osastolla syksyllä 2009. Toimintamuotona oli yhteiskehittely, ja yhteisensä viitekehyksenä käytettiin kansainvälistä toimintakyvyn ICF-luokittelua. Ryhmän jäsenet toivat esille omia käsitteisiään potilaan toimintakyvystä, ja niitä luokiteltiin ICF:n pääluokkien avulla. Jokaisen käsitystä kunnioitettiin, ja luokittelu tehtiin arvottomalla käsityksen merkitystä suhteessa toimintakyvyn edistämiseen. Seuraavaksi syvennyttiin siihen, miten potilaan toimintakykyyn vaikutetaan ja halutaan vaikuttaa. ICF-luokittelua hyödynnettiin suunnittelussa ja toteutuksessa. Tavoitteena oli, että potilaan toimintakyky ja siihen vaikuttavat tekijät tulisivat kokonaisvaltaisesti ja monialaisesti huomioiduksi. Yhteisesti jaetun ymmärryksen rakentaminen avasi tietä yhteistoiminnalle. Yhteisen ymmärryksen kautta luotiin yhteisiä periaatteita, joiden kautta opittiin paremmin ymmärtämään toisten asiantuntijuusalueita sekä sitouduttiin ja rohkaistuttiin osallistumaan aktiivisesti kehittämistoimintaan.

Konkreettinen muutostoiminta käynnistyi lähtötilanteen kuvauksella sekä kehittämistehtävän kannalta tarpeellisen tiedon etsinnällä (ks. taulukko 7.). Tämä tieto koski muun muassa mahdollisesti sovellettavissa olevia, näyttöön perustuvia ja/tai hyviä käytäntöjä. Metropolia Ammattikorkeakoulun opiskelijat keräsivät kysely-, havainnointi- ja haastatteluaineistoja muun muassa toimintaympäristöön liittyvistä tekijöistä ja potilaan yksilöllisen hoidon toteutumisesta opettajien ja henkilökunnan ohjauksessa. Alkuvaiheen tuloksia hyödynnettiin kehittämistyön suunnittelussa ja toteutuksessa. Kehittämistyön alussa ja lopussa kerättiin tietoa palvelukulttuurista sekä potilaiden toimintakyvystä. Palvelukulttuuriin kohdistuvan

TAULUKKO 7. Toimintakulttuurin muutosta kuvaavat indikaattorit

Kohde	Keino	Menetelmä	Toteutusvaihe
Henkilökunnan asenteet ja toimintakäytännöt	<u>Kysely työntekijöille</u> Sairaanhoidon opinnäytetyöt	Individualised Care Scale – Nurse Version (Suhonen 2007)	Alku- ja loppuvaihe
Potilaan kokema yksilöllisen hoidon toteutuminen	<u>Strukturoitu potilashaastattelu</u> Sairaanhoidon opinnäytetyö	The Individualized Care Scale (ICS) (Suhonen 2009; Suhonen – Schmidt – Radwin 2007)	Alkuvaihe
Toimintakyky-mittareiden käyttö tavoitteiden asettelussa	<u>Osastonhoitajan seuranta</u> Opettajan ja kehittäjätyöntekijän osastotunnit aiheesta	Toimintakykymittareiden käytön seuranta potilaspapereista  Henkilökunnalle tehty kysely	Koko kehittämistyön ajan
Potilaan toimintaa mahdollistavat ja rajoittavat ympäristötekijät	<u>Toimintaympäristön havainnointi</u> Toimintaterapian ja optometrian opiskelijaryhmät  <u>Toimintatilanteiden havainnointi</u> Toimintaterapian opiskelijaryhmä ja opinnäytetyö  <u>Liikkumiskyvyn ja apuväline-tyytyväisyyden arviointi</u> Apuvälinetekniikan ja fysioterapian opiskelijat	Raportointi ja havainnollistavat valokuvat, kartat, videot, lomakkeet  Etnografinen potilaan päivän ja toimintatilanteiden havainnointi	Alku-, toteutus- ja loppuvaihe
Keskimääräinen hoitoaika	Osastonhoitaja poimii säännöllisistä raporteista		Koko kehittämistyön ajan, neljän kuukauden välein

tiedonkeruun avulla kuvattiin asenteiden, toimintakäytäntöjen ja potilaiden yksilötekijöiden huomiointia sekä potilaan toimintaa mahdollistavia tai estäviä ympäristötekijöitä, joita olivat ruokailu, siirtyminen ja liikkuminen, peseytyminen, pukeutuminen sekä virike- ja harrastetoiminta. Alku- ja lopputilanteiden kuvausten vertailu osoitti, että palvelukulttuurissa ja toimintakyvyn edistämistoiminnassa oli tapahtunut positiivisia ja tavoitteiden suuntaisia muutoksia.

Aluksi määriteltiin myös osaston voimavaroja ja tarkennettiin kehittämiskohteita suhteessa potilaan toimintakyvyn edistämisen. Espoon sairaala



kerää ja käsittelee säännöllisesti tietoja keskimääräisestä hoitoajan pituudesta. Nämä tiedot on saatu neljän kuukauden välein, ja myös ne ovat osoittaneet muutosta positiiviseen suuntaan, kun hoitoajat ovat lyhentyneet.

## Opiskelijat muutoksen katalysoijina

Ikääntyneiden asiakkaiden toimintakyky heikkenee monella eri osa-alueella. Sen keskeisiä alueita ovat muun muassa päivittäiset toiminnot, kognitiiviset puutteet, kuten kommunikaatio-ongelmat, näön ja kuulon heikkous, unihäiriöt, virtsanpidätyskyky, tasapaino ja liikkuminen. (Tilvis 2001: 32–37.) Itsenäistä selviytymistä haittaavien ongelmien tunnistamista tulisi edistää monialaisesti (Isoherranen 2005: 14–17).

TK-1-osaston kehittämistyöhön osallistuneiden Metropolia Ammattikorkeakoulun opiskelijoiden kokemukset monialaisesta yhteistyöstä olivat positiivisia. He arvostivat myös mahdollisuutta tavata potilaita ja kokemuksia iäkkään henkilön kanssa toimimisesta. Monialaisen opintokokonaisuuden koettiin laajentavan ammatillista ymmärrystä ja sen koettiin myös lisäävän tulevan ammatin arvostusta. Opiskelijoita puhututti monialaisuuden todentuminen ”oikeassa” työelämässä. Myös työelämän edustajien kokemukset opintokokonaisuudesta olivat pääsääntöisesti positiivisia. Osastoilla havaittiin, että opiskelijat suhtautuivat potilaisiin kunnioittavasti ja arvostavasti. Potilaille osallistuminen oli vapaaehtoista, mutta he olivat mukana mielellään.

Heikentynyt näkökyky on yksi merkittävä ikääntyneen henkilön toimintakykyä heikentävistä tekijöistä. Syy arjen toimintojen hankaluuksiin voi johtua näkemisen ongelmista. Näön huomioiminen osana ikääntyneen toimintakykyä on vähäistä, vaikka sen tärkeys tiedostetaankin. Valaistusolosuhteet tulisi huomioida osana asiakkaan toimintakyvyn tukemista etenkin tiloissa, joissa liikkuu asiakkaita, joilla on heikentynyt toiminnallinen näkökyky. Metropoliaassa optikoiksi opiskelevat opiskelijat tekevät TK-1-osastolla valaistusolosuhdeselvityksiä sekä henkilökunnalle näön tarkastuksia ja silmänpaineen mittauksia. Selvityksien tarkoituksena olivat valaistusolosuhteiden kartoitus ja siihen perustuvat keittämisehdotukset. Yksi ulottuvuus hoitotyössä on oma kokemus arjen haasteista, ja sairaalaosastolla toteutetun opintojakson myötä sekä opiskelijoiden että sairaalaan työntekijöiden tietoisuus näkökyvyn merkityksestä osana toimintakykyä lisääntyi. Autenttinen oppimisympäristö myös mahdollisti koulussa opitun osaamisen konkretisoitumisen, kun osaaminen siirrettiin käytäntöön. TK-1-osastolla kartoituksesta nousseita kehitysehdotuksia hyödynnettiin he-

ti. Päiväsalin valaistusta lisättiin, osastolle hankittiin suurentavia lukuvii-vaimia potilaiden lukemisen avuksi ja esimerkiksi WC:n ja suihkun oviin vaihdettiin isommat kyltit. Olosuhdekartoitusta on tarkoitus hyödyntää myös myöhemmin osaston remontoinnissa, muun muassa pintamateri-aalien valinnoissa.

Metropolian toimintaterapeuttiopiskelijat puolestaan tekivät TK-1-osas-tolla toimintaympäristön ja toimintatilanteiden arviointeja havainnoi-malla ja dokumentoimalla sitä erityisesti ikääntyneen potilaan toimin-taympäristönä. Kartoituksen tuloksena osastolle saatiin tietoa potilaan toimintakykyä edistävästä ja osastolla kehitettävästä asioista. Tulosten pohjalta esimerkiksi päiväsalia pelkistettiin, isoja hyllyjä ja tekokukkia poistettiin ja askartelutarvikkeita, lehtiä, pelejä sekä kuvakirjoja lisättiin. Potilaiden orientoitumisen edistämiseksi potilashuoneisiin ja päiväsaliin lisättiin kalentereja. Käytävien seinille vaihdettiin värikkäämpiä, suurem-pia kuvia ja käytäviä tyhjennettiin ylimääräisistä vuoteista, kalusteista ja muista tarpeettomista tavaroista. Valaistusta lisättiin näkemisen helpot-tamiseksi. Fyysistä kuntoilua varten käytävälle järjestettiin kaksi erityistä tilaa. Kylpyhuoneisiin ja wc-tiloihin tehtiin useita pieniä muutoksia. Tar-peettomia tarvikkeita poistettiin ja vanhoja suihkutuoleja vaihdettiin uu-siin. Tilat järjesteltiin viihtyisimmäksi ja toimivuutta parannettiin muun muassa lisäämällä hyllyjä.

Toimintaterapiaopiskelijoiden tekemän kartoituksen seurauksena osas-tolla aloitettiin uusi käytäntö: opiskelijat esimerkiksi pelaavat, lukevat tai askartelevat potilaiden kanssa ennen ruokailua, jotta lounaan odottamis-aika ei olisi niin pitkä. Hoitajat sekä fysioterapeutit ovat ruokailuhetkessä mukana auttamassa, mikä on lisännyt ruokailutilanteen yhteisöllisyyttä. Osastolle on hankittu myös vieraskirja, johon potilaat ja omaiset voivat kirjoittaa tuntemuksiaan ja ajatuksiaan ja jossa he voivat antaa palautetta. Vieraskirjan kautta osaston henkilökunta saa arvokasta tietoa siitä, miten potilaat ja läheiset kokevat olonsa osastolla.

Opiskelijat toimivat katalysoijina muutoksille. Muutosehdotukset oli-vat pieniä asioita, mutta toteuduttuaan ne ovat osoittautuneet potilaiden toimintakyvyn ja osaston kuntouttavan työotteen kannalta isoiksi korjauk-siksi. Osaston henkilökunta toteutti muutokset. Valaistuksen paraneminen lisäsi lehtien lukua päiväsalissa, ja potilaiden, omaisten sekä hoitajien mie-lestä tilasta tuli selkeämpi ja viihtyisämpi. Henkilökunnan kokemuksen mukaan kylpyhuoneet olivat muutosten jälkeen siistimpiä ja toimivampia ja uudet suihkutuolit koettiin aiempia käyttökelpoisemmiksi.

Espoon sairaala  
Liittyvä Voima -projekti

Barthel-indeksi	Skaala	Tulo, päiväys	Lähtö, päiväys
		28.10.2010	1.11.2010
1. Ruokailu	(0-10)	10	5
2. Siirtyminen	(0-15)	10	10
3. Henkilökohtainen hygienia	(0-5)	5	5
4. WC:ssä asiointi	(0-10)	5	5
5. Peseytyminen	(0-5)	5	5
6. Kävely tasaisella maalla	(0-15)	0	0
7. Portaiden nouseminen ja laskeutuminen	(0-10)	0	0
8. Pukeutuminen ja riisuutuminen	(0-10)	5	0
9. Suolen hallinta	(0-10)	5	5
10. Virtsarakon hallinta	(0-10)	5	5
<b>Pisteet yhteensä</b>	(0-100)	50	40

KUVIO 7. Esimerkki Barthel-indeksin laskemisesta

## Sähköinen Barthel-kaavio arvioinnin apuvälineeksi

Espoon sairaalassa kaikilla osastoilla käytössä olevalla Barthel-indeksillä arvioidaan potilaan toimintakykyä (Mahoney – Barthel 1965: 56–61). Espoon sairaalassa toimintakyvyn mittauksia tehdään potilaan tulo- ja lähtötilanteessa. Arvioinnin tulos annetaan toimintakyvyn tasoa kuvaavana indeksilukuna (ks. kuvio 7). Saatujen indeksilukujen muutosta voidaan seurata hoidon aikana. Se on luonnollisesti käyttökelpoinen tutkimus- ja seurantakäytössä, mutta yksittäisen potilaan toimintakyvyn edistämisen kannalta se ei kerro, millä toimintakyvyn alueilla ongelmia on ja mihin asioihin kuntoutuksessa pitäisi kiinnittää huomiota.

Kehittämistyössä tavoiteltiin arviointituloksen ilmaisemista kuvaavammalla tavalla. Tavoitteena oli, että arvioinnista saatavia tuloksia voisi helpommin hyödyntää esimerkiksi kuntoutustavoitteiden asettamisessa. Toisena tavoitteena oli vahvistaa henkilökunnan motivaatiota mittarin käyttöön. Haluttiin löytää keino, jonka avulla mittauksen tulokset voidaan kuvata, siirtää ja säilyttää taloudellisella tavalla. Yhtenä ideana oli kaavio-

kuva, josta näkee nopeasti ja helposti potilaan voimavara-alueet sekä ne osa-alueet, joita tulisi vahvistaa. Oletuksena oli, että mittauksen tekemisen kynnys madaltuu, kun tulosta voi hyödyntää kätevästi ja tulos saadaan tarvittaessa esiin potilaskohtaisesti tietojärjestelmästä.

Metropolia Ammattikorkeakoulun kehittäjäyöntekijöistä ja -opettajista koostuva ryhmä kehitti niin sanotun sähköisen Barthel-kaavion. Käytännössä Excel-ohjelmaan luotiin sähköinen taulukkopohja, johon Barthelin tulokset voidaan helposti merkitä. Taulukkopohja laskee automaattisesti indeksiluvun ja luo kaaviokuvat.

Graafisesta tuloksien kuvaamisesta näkee helposti ongelmakohdat ja voimavarat, joiden perusteella tehdään asiakkaan hoito- ja kuntoutussuunnitelma monialaisilla kierroilla. Kuntoutussuunnitelmaan asetetaan asiakkaan kokonaisvaltaiset kuntoutumisen lähitavoitteet ja määritellään keinot. Graafisesta kuvauksesta on helppo todeta toimintakyvyn muutos, kun tulo- ja lähtömittauksen tulokset on mahdollista saada samaan kuvaajaan. Kaaviokuvan avulla Barthelin tuloksia on helpompi hyödyntää asiakkaan kuntoutustavoitteiden asettelussa, kun tarpeet ja toimintakyvyn vahvuudet tulevat selkeästi esille.

Barthel-kaavio on saatu käyttöön siten, että tulokset voidaan viedä Excel-taulukkoon ja kaavio tulostetaan neuvottelutilanteita varten. Käytettävyyden suurena puutteena on, että kaaviota ei pysty tallentamaan potilaan tietoihin Effica-potilastietojärjestelmässä. Sen takia tulosteet kerätään erilliseen kansioon, jota käytetään tavoitekokouksissa. Tuloksia tarkastellaan potilaskohtaisesti esimerkiksi hoito- ja kuntoutussuunnitelmakokouksissa.

Koska Barthel-kaaviota ei saa tallennettua Efficaan, tulosten hyödyntäminen jää vain osaston sisäiseksi hyödyksi. Kaavio ei ole käytettävissä sähköisessä potilastietojärjestelmässä eikä kotihoidossa. Potilaan kotiuduttua terveyskeskusavustaja arkistoi Barthel-kansiosta kaaviokuvat potilaan pape-reihin. Hoidon kannalta olisi tarkoituksenmukaista, että kaikki hoitavat tahot voisivat hyödyntää sähköistä Barthel-kaaviota. Potilaan toimintakyvyn edistämisen näkökulmasta olisi tärkeää, että tieto kulkee esteettä kaikille niille, jotka tietoa tarvitsevat parhaan mahdollisen hoidon ja kuntoutuksen toteuttamiseksi. Tulo- ja lähtöarvioinnin tulosten vertailu auttaa palvelutarpeen arvioinnissa ja motivoi potilasta sekä osastonhenkilökuntaa.

Osaston lääkärin mukaan potilaan kotiutustilanteessa Barthel-kaavio hyödyttää häntä, kun hän kirjoittaa epikriisejä ja C-lausuntoja. Kehitystyö on innostanut myös sijaisia. Sähköinen kuvaus on herättänyt kiinnostusta mittaria kohtaan. Sijaisten mukaan siinä potilaan toimintakyvyn osa-alueet

havainnollistuvat hyvin. Kehittämistyön aikana on pidetty yhteyttä valtakunnalliseen TOIMIA-verkostoon, joka on siten tietoinen kehitystyöstä.

## Liikkumiskyvyn ja apuvälineiden arviointia eri osastoilla

Veikko osallistui liikkumiskyvyn arviointiin ja apuvälinetyytyväisyyden kartoitukseen yhdessä muiden potilaiden kanssa, jotka olivat 68–86-vuotiaita. Siellä oli muitakin, jotka olivat joutuneet sairaalaan kaatumisen takia. Kaikki käyttivät rullaattoria ja joillakin oli myös pyörätuoli käytössään. He totesivat olevansa melkoisia välineurheilijoita, sillä monet käyttivät muitakin apuvälineitä. Kaikkien mielestä apuvälineiden käytön kolme tärkeintä tekijää ovat käytön helppous, tarkoituksenmukaisuus, turvallisuus ja luotettavuus. Moni harmitteli, että omat, tutut apuvälineet olivat jääneet kotiin äkillisen sairaalan lähdön takia eikä välineen saaminen sairaalaan ilman omaisten tai tuttavien apua ollut helppoa.

Veikko suhtautui vastahakoisesti liikuntaryhmään, vaikka ryhmä kuulostikin hänestä järkevältä kotiin pääsyn kannalta. Tutuksi tulleen perushoitajan innostamana hän kuitenkin päätti lähteä mukaan. Veikko oli lopulta tyytyväinen, että suostui mukaan toimintaryhmään. Siellä harjoitteita tehtiin yhdessä muiden kanssa, mikä piristi mieltä. Alaselän jäykkyys ja jomotuskin tuntuivat hetkeksi hellittävän, kun Veikko huomasi, että ryhmässä oli yksi entuudestaan tuttu mies. Se lämmitti mieltä, ja miehet päättivät jäädä päiväsaliin juttelemaan ryhmän jälkeen. Pieni hymy väreili Veikon kasvoilla pitkästä aikaa.

Osana kehittämistyötä kartoitettiin ikääntyneiden potilaiden liikkumiskykyä ja apuvälineisiin liittyvää tyytyväisyyttä neljällä Espoon sairaalan osastolla. Arviointiin osallistui 44 Metropolia Ammattikorkeakoulun apuvälinetekniikan ja fysioterapian koulutusohjelmien opiskelijaa. Yhteistyökentely vaati huolellista etukäteissuunnittelua ja tiivistä yhteyttä työelämän ja korkeakoulun välillä, jotta toteutus autenttisessa ympäristössä onnistuisi. Yhteinen suunnittelu käynnistyi kuukausia etukäteen. Työelämän edustajat ja opettajat tapasivat opiskelijaryhmät korkeakoululla. Se haastoi opiskelijoita osaamisensa kartuttamiseen sekä monialaiseen yhteistyöhön.

Opintojakson tavoitteena oli edistää opiskelijoiden ymmärrystä monilla osa-alueilla, jotka olivat:

- ikääntymisen myötä elimistössä tapahtuvat muutokset ja niiden yhteys toimintakykyyn

- ikääntyneen kohtaaminen, kun asiakkaalla on hauraat fyysiset voimavarat sekä muistin, päättelyn ja oman toiminnan ohjaamisen vaikeutta
- ikääntyneen toimintakyvyn mittaaminen hyödyntäen ja soveltaen toimintakyvyn arvioinnissa käytettäviä menetelmiä ja mittareita
- kliinisen päättelyn harjaannuttaminen sekä
- ikääntyneen toimintakykyä/elämänlaatua edistävä työote.

Sairaalan kuntoutushenkilökunnan toiveesta liikkumiskykyä arvioitiin Elderly Mobility Scale (EMS) -mittarilla, jotta saataisiin tietoa muun muassa sen käyttökelpoisuudesta. Mittari on tarkoitettu ikäihmisten liikkumiskyvyn ja siinä tapahtuvien muutosten arviointiin (Proser – Canby 1997). Sen avulla kartoitetaan liikkumisen itsenäisyyttä seitsemällä osa-alueella, jotka ovat makuulta istumaan nousu, makuulle meno, istumasta seisomaan nouseminen, seisominen, kävely, kävelynopeus ja kurkotus eteenpäin seisten. Tulosten maksimipistemäärä on 20. Kokonaispistemäärän avulla saadaan kuva henkilön liikkumiskyvystä ja sen itsenäisyyden asteesta.

Apuvälinetyytyväisyyttä arvioitiin Quest (Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology) -mittarilla. Se on standardoitu mittari, jossa potilas arvioi kokemuksensa perusteella tyytyväisyyttään hänelle tärkeimpiin apuvälineisiin (Jääskeläinen – Salminen 2008). Tyytyväisyyttä apuvälineisiin arvioitiin kahdeksan tekijän kautta, jotka olivat mittasuhteet, paino, osien kiinnittämisen ja säätämisen helppous, turvallisuus ja luotettavuus, kestävyys, käytön helppous, mukavuus ja miellyttävyys sekä tarkoituksenmukaisuus. Tyytyväisyyttä apuvälinepalveluun arvioitiin neljän tekijän kautta, jotka olivat prosessi, jonka kautta potilas oli saanut apuvälineen käyttöönsä, apuvälineen huolto- ja korjauspalvelut, ammattihenkilöltä saatu apuvälineen käytön ohjaus ja apuvälineen käyttöönoton jälkeen saatavilla ollut tuki.

Osastoille nimitettiin sairaalan kuntoutusyksiköstä avainhenkilöt. Heidän kanssaan sovittiin aikataulut, käytiin huolellisesti läpi opiskelijoiden tehtävä ja kerrattiin hanketyön eettinen ohjeisto. Avainhenkilöt valitsivat apuvälineitä käyttävät ikäihmiset, varmistivat heidän halukkuutensa osallistua kartoitukseen ja kertoivat heille, mitä kartoitus tulee sisältämään. Yhdessä opettajien kanssa he etsivät tarkoituksenmukaiset tilat.

Sairaalan projektityöntekijä ja opettaja ottivat yhdessä opiskelijat vastaan kartoittamispäivänä. Opiskelijat jakautuivat ennalta sovittuihin pienryhmiin, jotka saatettiin osastoille avainhenkilöiden luokse. Pienryhmille oli varattu puolitoista tuntia aikaa potilaan tapaamiseen. Tavoitteena oli

kohdata potilas, kartoittaa hänen liikkumiskykyään ja apuvälinetyytyvyyttä kiireettömästi. Tutorina toimi sairaalan fysioterapeutti tai ammattikorkeakoulun opettaja.

Tulokset koottiin yhteen ja esiteltiin sairaalassa henkilökunnalle ja opiskelijoille. Lisäksi sairaalan henkilökunnalle järjestettiin koulutusiltpäivä, jossa esiteltiin toteutunut kumppanuustoiminta, arviointien tulokset ja käytiin yhteiskeskustelu toteutuksesta. Koulutusiltpäivän toteuttivat työelämän projektisuunnittelija, opettajat ja kaksi opiskelijaa.

Työelämäkumppanit pitivät toteutusta kokonaisuudessaan hyvin suunniteltuna. Se toi vaihtelua työhön ja kuntoutujien arkeen. Kuntoutujat olivat mielissään, vaikka arviointikokonaisuuden toteutus yhdellä kertaa saattoi olla myös raskasta. Opettajien läsnäoloa testitilanteessa pidettiin hyvänä epäselvyyksien varalta. He olivat mukana aktiivisina toimijoina ja ryhmien jäseniä. Toteutuksen kautta testi tuli tutummaksi myös henkilökunnalle.

Metropolian aikuisfysioterapeuttiopiskelijat toteuttivat neljä toimintaryhmää syksyllä 2010 Espoon sairaalan akuuttiosastolla. Toiminta suunnattiin toimintakyvyltään heikentyneille, apuvälineitä tarvitseville osaston potilaille. Tarkoituksena oli edistää ja aktivoida osaston potilaita huomioiden heidän ikänsä, terveytensä, vointinsa ja toimintakykynsä.

Ensimmäisessä suunnittelutapaamisessa sairaalan akuuttiosastolla olivat osastonhoitaja ja kaksi ammattikorkeakoulun lehtoria. Huomiota kiinnitettiin erityisesti huolelliseen tiedonkulkuun. Osaston fysioterapeuttien rooli ja osallistuminen ryhmätoiminnan toteuttamisessa oli oleellinen, jotta opiskelijoiden ohjaustoiminta olisi osaston kuntoutusajattelun mukainen. Ryhmätoiminta toteutettiin potilaiden iltpäiväkahvin yhteydessä osaston päiväsalissa noin puolen tunnin jaksoissa. Potilaille tiedotettiin ryhmästä ja heitä innostettiin mukaan. Lähtökohtana oli jokaisen oma osallistumishalukkuus ja kyky siirtyä joko omatoimisesti tai avustettuna päiväsaliiin. Henkilökunnan osallistuminen oli tärkeää potilaiden aktivoimiseksi, osallistumishalukkuuden selvittämiseksi sekä siirtymisissä avustamiseksi. Potilaat vaihtuvat viikoittain, ja heidän toimintakykynsä vaihteli suuresti.

Ryhmän suunnittelijoina ja vetäjinä toimineet opiskelijat saivat tietoa osallistujista ryhmätilannetta edeltäneenä päivänä. Ryhmän toteutuksen suunnittelussa huomioitiin seuraavat seikat:

- Karkea- ja hienomotoriset harjoitukset ilman välinettä ja välineiden kanssa vilkastuttavat verenkiertoa, aktivoivat vartalon ja raajojen lihaksia sekä ylläpitävät liikeratoja.
- Hengitysharjoitukset tehostavat hengitystä.

- Venyttelyt ja ravistelut rentouttavat lihaksia.
- Piirissä tehtävät harjoitukset mahdollistavat luontevan kommunikation ja katsekontaktin sekä lisäävät yhteenkuuluvaisuuden tunnetta.

Ryhmissä oli keskimäärin kahdeksan iäkästä potilasta. Ohjauksesta vastasi joka kerralla kolme fysioterapeuttiopiskelijaa. Kolme opiskelijaa toimi havaintasijoina ja tarvittaessa apukäsinä. Välineiksi opiskelijat valitsivat muun muassa jättiläisvarjon sekä erilaisia palloja, jotka herättelivät virikkeitä aisteissa ja ajatuksissa.

Kukin ryhmätoimintakerta jakautui kolmeen osaan: virittäytymiseen, harjoitteluun ja jäähdyttelyyn. Virittäytymisen tavoitteena oli potilaan aktivoituminen omien voimavarojensa käyttöön. Harjoittelun tavoitteena oli edistää istumatasapainon hallintaa, vartalonlihasten ja raajojen käyttöä sekä liikkuvuutta. Istumatasapaino tukee arkiaskareissa selviytymistä, kuten pukeutuminen ja peseytyminen, riisuutuminen ja ruokailu. Jäähdyttelyn tavoitteena oli osallistujien rauhoittuminen ja rentoutuminen. Sosiaalinen ryhmässä toimiminen sinänsä jo aktivoi potilaita. Tämä näkyi parempana läsnäolona, katsekontaktina ja iloisena hymynä kasvoilla. Toiminta lisäsi vuorovaikutusta potilaiden välillä ja opiskelijoiden kanssa. Harjoitukset paransivat pystyasennon hallintaa ja hengityksen syvenemistä.

Opiskelijat kokivat ohjaustilanteet haasteellisiksi ja erityisen antoisaksi oppimiskokemukseksi aidossa ympäristössä. Haastetta toi toimintakyvyltään heterogeeninen potilasryhmä, joka edellytti oman ohjaustoiminnan nopeaa muuttamista tarpeen mukaan. Opiskelijat harjaantuivat tekemään arvokkaita havaintoja iäkkäistä potilaista ja heidän kehollisista muutoksista. Henkilökunnan kokemukset olivat myönteisiä. Ajoitus kahvihetken yhteydessä ei kuormittanut kohtuuttomasti päivän muita toimintoja tai häirinnyt osaston rutiineja.

Soveltavan liikunnan ryhmät koettiin osastolla potilaan toimintakykyä edistävinä. Potilaiden osallistuminen ryhmiin aktivoi ja lisäsi sosiaalista kanssakäymistä sekä paransi orientaatiota. Liikunta aktivoi ja edisti potilaiden toimintakykyä huomioiden potilaiden iän, terveyden ja voimien. Liikuntatuokio säästi henkilökunnan aikaa ja voimavaroja muuhun hoitotyöhön. Tuokion toteutus ei häirinnyt osaston normaalia arkitoimintaa. Potilaiden iloiset ilmeet ilahduttivat ja palkitsivat henkilökuntaa ja opiskelijoita. Fysioterapiaopiskelijat toivat elämää osaston arkeen, ja heidän käyttöksensä oli reipasta ja potilaita kunnioittavaa. Soveltavan liikunnan ryhmätoimintakokeilu antoi arvokkaan kokemuksen siitä, miten liikun-



taryhmä voi aktivoida sairaalan akuuttiosaston potilaiden arkea, vaikka osaston potilaat vaihtuvat nopeasti ja heidän toimintakykynsä vaihtelee suuresti.

## Toimintaa potilaille ja henkilökunnalle

Veikko tapasi osastolla hoitohenkilökunnan lisäksi opiskelijakolmikon, joka haastatteli häntä perin juurin. Opiskelijat olivat kiinnostuneita hänen elämämpiiristään, toiveistaan ja odotuksistaan kuntoutuksen ja hoidon suhteen. Veikko on tyytyväinen saamastaan huomiosta, ja se innosti häntä ajattelemaan taas kotia ja siellä elämistä. Veikko halusi itse hoitaa aamutoimensa, mutta oli iloinen siitä, että opiskelijat olivat lähellä auttamassa, jos siihen oli tarvetta. Veikon itsekunnioitus ja rohkeus vahvistuivat, kun hän muutaman harjoittelukerran jälkeen oppi itse laittamaan sukat jalkaan sukanvetolaitteella.

Opiskelijakolmikko houkutteli Veikon lähtemään myös muisteluryhmään. Veikko on aina kuunnellut ja kertonut itsekin tarinoita, vaikkei hän mikään sadunkertoja olekaan ollut. Ryhmässä Veikko innostui muistelemaan ”Pientä punahilkkaa”. Hän oli koulutovereineen joskus kouluvuosinaan esittänyt sitä luokassa esittäen metsänvartijaa. Veikon mieleen kumpusi monia kouluajan tapahtumia ja muistoja silloisista opettajista ja luokahuoneista. Ryhmässä oli muitakin saman aikakauden lapsia, ja he ryhtyivät muistelemaan pitkiä koulumatkojaan. Keskustelu ikätovereiden kanssa virkisti, vaikka he eivät entuudestaan tuttuja olleetkaan. Hoitajat alkoivat nähdä Veikkoa uudella tavalla.

Espoon sairaalassa on pyritty potilaan toimintakyvyn edistämiseen monialaisesti ja monin eri tavoin. Potilaiden osallistumismahdollisuuksia lisäävästä, toimintavalmiuksia vahvistavasta ja virikkeitä tarjoavasta monialaisesta tiimiharjoittelusta on saatu TK-1-osastolla monia myönteisiä kokemuksia. Monialainen tiimiharjoittelu on synnyttänyt uudenlaista rajoja ylittävää toimintaa ammattikorkeakoulun ja sairaalan osaston välillä.

Monialainen tiimiharjoittelu tarkoittaa, että sairaanhoitaja-, fysioterapia-, toimintaterapiaopiskelijat muodostivat monialaisen tiimin kolmen viikon ajaksi. Harjoittelujaksoa edelsi yllä mainittujen ammattien työelämänohjaajien ja opettajien suunnittelu yhteiskehittelynä. Sen mukaisesti opiskelijat laativat hoito- ja kuntoutussuunnitelman yhdestä potilaasta. Potilaaksi valittiin henkilö, jonka erityisesti koettiin hyötyvän kokonaisvaltaisesta hoidosta ja kuntoutuksesta. Sopivan potilaan valinnassa auttoi

osaston vastaava lääkäri. Ilman hänen osallistumistaan tiimiharjoittelun toteuttaminen ei olisi ollut mahdollista.

Opiskelijoilla oli runsaasti aikaa keskittyä potilaaseen, ja potilaan toiveet ja tavoitteet tulivat paremmin esille hoito- ja kuntoutussuunnitelmasa. Vaikka opiskelijat olivat alkuvaiheessa opiskelujaan, se ei kuitenkaan ollut este monialaisen työskentelyn kehittymiselle. He tukivat toisiaan ja luottivat toistensa osaamiseen. Opiskelijat ottivat yhdessä hyvin vastuuta potilaan kuntoutumisesta ja hoidosta. Heidän tiivis yhteistyönsä alkoi ensimmäisestä päivästä. He keskustelivat ja suunnittelivat kolmen viikon harjoittelujakson loppuvaiheessa myös oma-aloitteisesti ja innovatiivisesti tavoitteita ja keinoja. Lisäksi he pystyivät arvioimaan ohjatusti kuntoutustavoitteiden toteutumista ja muuttivat näitä yhdessä tarpeen vaatiessa.

Monialaisen harjoittelun organisointi haastoi korkeakoulun ja osaston perinteisiä toimintatapoja niin ajallisesti kuin ohjauksellisesti. Toimintatapa kasvatti monitieteisyyttä ja yhteisöllisyyttä osastolla sekä koulussa. Opiskelijat kokivat, että arvostus ja luottamus toisen ammatilliseen osaamiseen vahvistuivat. Heidän yhteisvastuullinen toimintansa oli esimerkkinä myös työyhteisölle. Dialogisuus potilaan ja opiskelijan välillä sitoutti potilasta paremmin hoidon tavoitteisiin. Opiskelijoiden tiivis yhteistyö potilaan kanssa sitoutti hänet paremmin hoitosuunnitelman toteuttamiseen. Tiimiharjoittelusta informoitiin osastotunnilla. Tietoa tiimiharjoittelun tavoitteista ja toteutuksesta olisi kaivattu lisää. Nyt se jäi osalle etäiseksi. Henkilökunta olisi toivonut, että opiskelijat olisivat tulleet opettajiensa kanssa esimerkiksi osastotunnille esittäytymään ja kertomaan harjoittelusta.

Kokemus tiimiharjoittelusta oli osastolla positiivinen, mutta toiminnan jatkaminen kaipaa lisää työelämän ja ammattikorkeakoulun välistä yhteiskehittelyä. Yhdeksi kehittämisideaksi nousi opettajien läsnäolon lisääminen osastolla työharjoittelun aikana. Se voisi toteutua esimerkiksi siten, että opettaja ja opiskelija toimisivat osastolla työparina. Kenttäohjaajille toivottiin yhteistä koulutusta monialaisuudesta. Tiimiharjoittelu vaatii lisää monialaista ja yksikkörajat ylittävää yhteistyötä korkeakoulun sisällä. Kolmen koulutusohjelman opettajat huomasivat, että monialaisuus ei paljosta teoreettisesta puheesta huolimatta siirry käytäntöön kovinkaan helposti. Myös yhteisen harjoitteluajankohdan löytäminen osoittautui haasteelliseksi.

## Läsnäoloa ja osallisuutta muisteluryhmästä

Monialaisen tiimiharjoittelun lisäksi TK-1-osastolla kokeiltiin myös tarinoiden kerrontaan perustuvaa muisteluryhmää. Potilaiden osallistumisen lisäämiseksi osaston toimintakulttuuriin haluttiin nimittäin etsiä uusia, potilaita aktivoivia ja heidän toimintakykyään tukevia toimintatapoja. Toimintaterapiaopiskelijat kutsuttiin mukaan käsinukkien kanssa (Isotalus – Väärtinen 2011). Opiskelijat pitivät käsinukeilla osaston potilaille ”tarinatuokion”, joka perustui ikääntyneiden lapsuudessaan kuulemiin satuihin ja tarinoihin. Tuokio eteni potilaiden kertomusten ehdoilla. Henkilökunnasta tuokioon osallistui muutama hoitaja ja fysioterapeutti. Potilaita haettiin päiväsaliiin, missä tuokio pidettiin yhdessä opiskelijoiden kanssa.

Henkilökunnan ja opiskelijoiden mukaan tarinoiden muistelu ja kertominen stimuloivat monia potilaiden aisteja. Ne myös nostivat esiin monia muistoja menneestä sekä lapsuudesta, ja yhdessäolo toi muutoinkin vaihtelua potilaiden arkeen. Tuokio vahvisti osastolla yhteisöllisyyttä ja vahvisti kokemusta siitä, että tehtiin ”yhdessä”. Tuokio koettiin myös osallistujalähtöiseksi, se toi vaihtelua osaston rutiineihin ja laajensi henkilökunnan ajattelutapoja. Lisäksi luova toiminta oli terapeutista potilaille. Opiskelijoiden itse tekemät käsinuket jäivät osaston käyttöön.

Osallistuminen muistelutuokioon edisti potilaiden toimintakyvyn kehittymistä. Henkilökuntaa palkitsivat potilaiden osallistumisinnostus ja halu näytellä omilla käsinukeilla. Potilaiden heittäytyminen rooleihin ylätti. Potilaiden mielestä tuokio toi kaivattua vaihtelua osaston arkeen, kuten seuraavista potilaiden spontaaneista palautteista ilmenee:

”Kun tuolla itsekseen pötköttää sängyn päällä, niin on mukava yhdessä tehdä.”

”Vähän sai aivoja verrytellä.”

”Voi, miten kivasti se meni.”

Tuokion onnistumiseen vaikuttivat kiireettömyys ja osallistujien oma tahiti. Jatkossa toimintaan tulisi saada mukaan osastolla harjoittelevia toimintaterapeutti-opiskelijoita, jotka voivat pitää tuokiota säännöllisesti, tuoda niihin uusia ideoita ja rohkaista myös henkilökuntaa. Heräsi ajatus, että tällaisten ryhmien ohjaaminen pitäisi saada juurrutettua osastolle niin, että siihen valikoitaisiin tiettyjä vetäjiä, jotta ryhmien säännöllinen pitäminen olisi mahdollista. Heräsi myös ajatus, että aiheet voisivat olla jatkossa

ehkä jotain muuta kuin satuja, koska monet potilaat eivät olleet lukeneet lapsilleen satuja.

### Pieniä innovaatioita käytännön tarpeisiin

Jo kumppanuustoiminnan alkuvaiheessa syntyi tarve saada kaikki toimijat ja erityisesti potilaat ja omaiset paremmin mukaan potilaan toimintakyvyn edistämiseen tähtäävään toimintaan. Jokaisella sairaalaosastolla on omanlaisensa toimintakulttuuri, ja eri toimintakulttuurit muodostavat sairaalaorganisaation sisälle pieniä, omine periaatteineen toimivia yksiköitä. Hoitajat kokivat, että potilaat ja omaiset eivät olleet riittävän tietoisia niistä periaatteista ja toimista, joilla potilaan toimintakykyä pyritään osastolla edistämään.

Syntyi ajatus osaston toimintaperiaatteita ja toimintakyvyn edistämistä koskevan materiaalin ideoinnista ja tuottamisesta. Aluksi ajatuksena oli esittelyvideo, jota voitaisiin hyödyntää potilaiden ja omaisten ohjauksessa sekä uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksessä.

Metropolia Ammattikorkeakoulun kaikille opiskelijoille yhteiset innovaatio-opinnot ovat mahdollisuus luoda innovatiivisia tekoja työelämän tarpeisiin yhdistämällä opiskelijoiden, opettajien ja työelämän edustajien asiantuntijuus ja luovuus yhdessä asetetun tavoitteen saavuttamiseksi. Viiden hoitotyön opiskelijan ryhmä tarttui osaston tarpeesta syntyneeseen aiheeseen. Koska opiskelijat pitivät esittelyvideoin toteuttamista liian laajana tehtävänä, he päätyivät tuottamaan käsikirjoituksen videota varten. Opiskelijat saivat lisämateriaalia ja tukea käsikirjoituksen tekoon myös mediatekniikan yliopettajalta.

Seuraavaan innovaatioprojektiryhmään kuului toimintaterapia- ja geronomiopiskelijoita. Jälleen videoidea kariutui, mutta tällä kertaa syy oli toinen. Opiskelijat nimittäin huomasivat, ettei video välttämättä tavoita omaisia ja potilaita, koska osastolla ei ole videolaitteita käytössä. Videon sijaan opiskelijat ehdottivat toimintakyvyn edistämistä kuvaavien julisteiden laatimista ja sijoittamista osaston seinille. Siten ne olisivat esillä muistuttamassa kaikkia kuntouttavan työskentelytavan tavoitteista ja tuottaisivat virkistävää ilmettä osastolle. Kuviossa 8. on esimerkki innovaatio-opiskelijoiden näkemyksestä asioista, jotka vaikuttavat potilaan toimintakyvyn edistämiseen sairaalaosastolla.

Monialainen henkilökunta antoi innovaatio-opiskelijoille kehittämistyöhön aiheen. Henkilökunta antoi myös informaatiota osaston toimintaympäristöstä ja kulttuurista. Opiskelijoita oli kolmesta eri koulutusohjel-

## OSALLISTU KUNTOUTUMISEESI VOIMAVAROJESI MUKAAN

Arkiset asiat auttavat  
kuntoutumisessasi:

- istuminen
- ruokailu päiväsalissa
- peseytyminen
- pukeminen
- WC-käynnit

Sosiaalinen kanssakäyminen  
pitää mielen virkeänä ja  
tukee kuntoutumistasi.



KUVIO 8. Innovaatio-opiskelijoiden laatima seinäjuliste

masta vastaamassa osaston haasteeseen. Opiskelijat olivat motivoituneita, koska opinnoissa oli mahdollisuus osallistua aitoon työelämän kehittämiseen. Työelämä sai kipinää ja tukea toimintakykyä edistävän kulttuurin edistämiseen. Yhteistyössä innovaatioprojektio opiskelijoiden kanssa osastolla saadaan jatkossakin työstettyjä ohjeistuksia sekä kehitettyä uusia keinoja parantaa hoidon laatua ja tuloksellisuutta.

### Muutostukea ja vahvistusta henkilöstön hyvinvointiin

Yhteisen toimintamallin rakentamiseen tähtäävä, tavoitteellinen valmennus on hyvä tuki koko henkilökunnan sitouttamisessa osaston käytäntöjen muutokseen. TK-1-osastolla toteutettiin valmennusta kolmessa muutostukiryhmässä puolentoista vuoden ajan, ja toimintaan osallistuivat lähes kaikki osastolla työskennelleet henkilöt kolmessa ryhmässä. Kukin ryhmä kokoontui yhden tunnin kestäviin keskustelutilanteisiin kolme kertaa syksyllä ja keväällä. Muutostukiryhmätoiminnan tarkoitus oli tukea osastolla tehtävää kehittämistyötä, toimia henkilökunnan osaamisen tunnistamisen apuna ja mahdollistaa paikka, jossa voi vapaasti keskustella myös muutospainesta. Osastonhoitajan rooli muutostukiryhmätoiminnassa oli tärkeä ja koko henkilöstöä kehittämistoimintaan sitouttava: hän on koonnut ryhmät, toiminut koollekutsujana ja osallistunut kaikkiin ryhmiin.

Ulkopuolisena valmentajana toimi Metropolian yliopettaja, jolla on sekä työnohjaaja- että valmentajakoulutus.

Keskusteluteemat käsittelivät potilaan tavoiteasettelukäytäntöjä ja niiden yhdenmukaistamista, potilaiden toiminnan aktivointikäytäntöjä sekä potilaan ja omaisten osallistumista potilaan toimintakyvyn edistämiseen. Muutostukiryhmän lopputulokseksi muodostui potilaan toimintakykyä edistävä toimintamalli, jonka henkilökunta tuotti yhdessä. Potilaan näkökulman avaamiseksi käytettiin muun muassa mielikuvaharjoittelua, jossa osallistujia pyydettiin kuvittelemaan itsensä osaston potilaaksi ja käymään omakohtaisesti läpi suihku–pesutilanne osastolla. Mielikuvien kautta päästiin tarkastelemaan pesutilannetta uudesta näkökulmasta. Tilanteen jälkeen pesutilaan tehtiin konkreettisia muutoksia, jotta suihkuhuone olisi miellyttävämpi ja aktivoisi paremmin potilaan omaa toimintaa.

Työelämän näkökulmasta muutostukiryhmät koettiin hyödyllisiksi ja informatiivisiksi. Henkilökunnan sitoutuminen potilaan toimintakyvyn edistämiseen vahvistui muutosryhmien ansiosta. Ryhmien koettiin tuovan kehittämistyötä tutummaksi ja läheisemmäksi.

Toisena keinona muutostyön tueksi ja uusiin ammatteihin tutustumiseksi osastolla järjestettiin henkilökunnalle tutustumismahdollisuus osteopatiaan. Osteopaatteja koulutetaan Metropolian Hyvinvointi ja toimintakyky -yksikössä. Ammattikorkeakoulututkintona osteopatia on Suomessa vielä uusi, eikä Espoon sairaalassa ole osteopaatin toimia. Valmistuvat opiskelijat antoivat työnäytteitä henkilökunnalle ja kertoivat osastotunnilla osteopatiasta ja alan koulutuksesta. Henkilökunta koki saaneensa rentouttavien hoitojen yhteydessä kattavasti tietoa kehon toiminnasta. Tieto lisäsi henkilökunnan ymmärrystä kehon toimintaan liittyvistä asioista myös potilaiden näkökulmasta ja herätti keskustelua osastolla.

## Tutkitun tiedon hyödyntäminen

Veikko oli aluksi mielellään vain omassa huoneessaan. Mikään ei maistunut, ja hoitajat saivat hänet vain vaivoin houkutelua päiväsaliin syömään. Toisten potilaiden hoitotoimenpiteet ja läheisten vierailut häiritsivät hänen lepäämistään. Laitosympäristössä oleminen vei kaikki voimat niin, ettei Veikko jaksanut kiinnostua maailman menosta tai ryhtyä keskustelemaan kenenkään kanssa. Veikko ajatteli, että aika kuluisi parhaiten sängyssä loikoillen. Hän ajatteli, että olisipa osastolla enemmän hoitajia, joilla olisi aikaa hoitaa ja auttaa häntä. Veikko odoteli kaikessa rauhassa lepäillen, kunnes hoitajien apua oli saatavilla. Hän ei ha-

lunnut ryhtyä yksin touhuamaan päivittäisiä toimiaan, ettei hermostuttaisi suotta kiireisiä hoitajia. Onneksi valvutuneet ja herkät hoitajat ymmärsivät Veikon tilanteen vieraassa ympäristössä. Heillä oli myös taitoa rohkaista Veikkoa omatoimisuuteen ja osallistumiseen.

Kuntoutuksen vaikuttavuudesta on jo saatavilla näyttöä useilta alueilta (Pohjolainen 2005), esimerkiksi ikääntyneiden toimintakyvyn edistämisestä ennaltaehkäisevässä toimintaterapiassa (Clark ym. 1997; Hay ym. 2002) sekä dementiaan sairastuneiden ja heidän läheisensä tukemisesta avokuntoutuksessa (Graff ym. 2006). Tutkitun tiedon ja näytön hyödyntäminen potilaan toimintakykyä edistävässä toiminnassa on osasto-olosuhteissa edelleen haaste. Näyttöön perustuvan toiminnan vahvistamisessa voidaan hyödyntää ammattikorkeakoulun monialaista osaamista hyviin kokemuksiin perustuvan tiedon etsimisessä, soveltuvien käytäntöjen valinnassa, käyttöönotossa ja juurruttamisesta.

Tutkitun tiedon hyödyntämistä ja henkilökunnan osaamista pyrittiin Espoon sairaalassa vahvistamaan monin tavoin. Osana kehittämistyötä Metropolia Ammattikorkeakoulun opettajat pitivät osastotunneilla alustuksia toimintakyvyn edistämisestä. Muutostukiryhmissä puolestaan keskusteltiin toimintakyvyn arvioinnista, tavoitteiden asettelusta sekä potilaan ja hänen läheisensä näkökulmasta sairaalassa olemiseen ja toimintakyvyn edistämiseen. Erityisesti tutkitun tiedon hyödyntämiseen keskityttiin osaston tutkimusklubitoiminnassa ja opinnäytetöissä. Molemmissa on tärkeää, että tuotettu tieto vastaa työelämästä nousevaan tiedon tarpeeseen.

## Tutkimusklubi tiedon kohtaamispaikkana

Tutkimusklubien tarkoituksena on lisätä hoitoon osallistuvien työntekijöiden tietoa oman alansa tutkimuksista ja auttaa heitä etsimään sekä käyttämään tutkimustietoa sekä arvioimaan sitä (Meriö – Haapio 2009; Sarajärvi – Mattila – Rekola 2011). TK-1-osastolla tutkimusklubi toteutettiin osana sairaanhoidon opiskelijoiden opintoja. Tapaamisia oli kaksi lukukaudessa. Osaston henkilökunta sai tehdä ehdotuksia tarpeellisista aiheista. Opettaja valitsi tutkimusklubin aiheen ja sopivan artikkelin, joka lähetettiin osallistujille etukäteen luettavaksi. Kullakin kerralla opiskelija oli perehtynyt artikkeliin huolellisesti. Hän toimi artikkelin esittelijänä ja puheenjohtajana. Merkityksellisintä oli opiskelijan esityksen jälkeen käyty keskustelu aiheen tuomasta tiedosta ja sen sovellettavuudesta osaston työskentelyyn. Tutkimusklubiin osallistui eri ammattiryhmien edustajia, mikä rikastutti

keskustelua ja antoi mahdollisuuden monialaiseen keskusteluun ja eri näkökulmien esiin tuomiseen.

Tutkimusklubeja pidettiin mielenkiintoisina, ja ne herättivät keskustelua. Myös kehittämisen haasteita tuli esille. Mielekästä olisi samojen työntekijöiden mahdollisuus sitoutua klubitoimintaan pidemmäksi aikaa. Klubin teoreettinen perusta myös edellyttäisi, että klubin toiminta olisi pitkäjännitteistä ja sitoutunutta, jolloin osallistujien tietoperusta kasvaisi valitulta aihealueelta. Haasteen muodostavat myös klubissa esille nostettavat aiheet. TK-1:n tutkimusklubissa aiheet liittyivät hoitotyölle keskeisiin sisältöihin. Lisähaaste on näyttöön perustuvan tiedonhaun ja tutkimusartikkeleiden lukemisen taitojen lisääminen.

Tutkimusklubin aiheiden tulisi joka tapauksessa lähteä osaston tarpeista ja toiveista. Aiheet tulisi valita yhdessä niin, että henkilökunta sitoutuu toimintaan ja kokee tiedon tarpeelliseksi. Artikkelien tulee olla todella hyvissä ajoin henkilökunnan luettavissa. Vieraskielisten artikkelien mukana olisi hyvä olla liitteenä suomenkielinen tiivistelmä. Olisi toivottavaa, että klubitoimintaan voisi osallistua eri osastoilta. Tapaamisten ajankohtien tulisi olla hyvissä ajoin tiedossa, jotta kiinnostuneet osallistujat pääsevät mukaan.

## Opinnäytetöistä tietoja ja opastusta

Tutkimusklubin ohella toinen tapa hyödyntää tutkittua tietoa TK-1-osastolla olivat ammattikorkeakouluopiskelijoiden opinnäytetyöt. Yhtäältä opinnäytetöiden avulla etsittiin tarkoituksenmukaista tutkittua tietoa kirjallisuudesta ja tuotiin se osastolle käyttöön. Toisaalta opinnäytetöiden avulla selvitettiin ja arvioitiin systemaattisesti osaston nykytilaa ja toimintakäytäntöjä, kehitettiin uusia toimintatapoja sekä materiaaleja ja omakuttiin uusia käytäntöjä. Siten opinnäytetyöt lisäsivät henkilöstön tietoisuutta oman osaston toiminnan sisällöstä ja kehittämisen lähtökohdasta. Ne vahvistivat tietoutta toimintakyvyn edistämisestä, ja niiden avulla tarkasteltiin yksilöllisen hoidon toteutumista kehittämistyön aikana.

Monialaiset opinnäytetyöpajat olivat toimiva ammattikorkeakoulun ja sairaalan edustajien yhteiskehittelyfoorumi. Ne olivat antoisia kaikille osapuolille. Opinnäytetyöpajoissa työelämän edustajat saivat vaikuttaa osaston opinnäytetöiden aiheisiin ja suunnitelmiin, niin että ne hyödyttävät osastoa, parantavat potilaiden saamaa hoidon laatua sekä vahvistavat potilaan toimintakykyä. Opinnäytetöiden avulla vaikutettiin hoidon laatuun ja potilaan toimintakyvyn edistämiseen. Alkuiltaan sijoittuneiden opinnäyte-



työpajojen ajankohta oli haasteellinen. Työelämänkehittäjät tulivat sinne suoraan aamuvuoron päätyttyä, jolloin työpäivästä tuli tavallista pidempi. Tästä huolimatta opinnäytetyöpajoista saatu hyöty koettiin haastetta merkittävämmäksi. Opinnäytetyöpajat kokoontuivat Metropolia Ammattikorkeakoulun tiloissa 1–2 kertaa lukukaudessa.

Opinnäytetöiden tulosten ja sisältöjen julkistaminen ja levittäminen on tärkeää. Opinnäytetöitä esiteltiinkin monella tavalla, esimerkiksi julkaisemistilaisuuksissa, osastotunneilla sekä oppilaitoksella, ja niistä tehtiin julisteita osastolle. Julkistamistilaisuuksia pidettiin kerran lukukaudessa Espoon sairaalassa. Opinnäytetyöt herättivät keskustelua, ja osa niistä muodosti yhtenäisen jatkumon. Esimerkiksi yksilöllisen hoidon mittaamista käsittelevä opinnäytetyö sai myöhemmin jatkoa toisesta opinnäytetyöstä, jossa mitattiin tilannetta samalla mittarilla uudestaan ja katsottiin, onko yksilöllisessä hoidossa tapahtunut muutosta kehittämistyön aikana. Muutos oli positiivinen.

Julkistamiseen ja tiedon levittämiseen liittyy toki myös haasteita. Henkilökunnan vuorotyön vuoksi tilaisuuksia tulisi olla useampia, jotta kaikki kiinnostuneet voisivat tulla kuulemaan opinnäytetöiden tuloksista. Järjestettyihin tilaisuuksiin osallistui melko vähän henkilökuntaa. Yhtenä ratkaisuna ehdotettiin tilaisuuksien tallentamista esimerkiksi Connect Pron avulla, jolloin kaikilla olisi mahdollisuus seurata tilaisuutta ajasta tai paikasta riippumatta myös jälkikäteen. Myös opiskelijoille olisi tärkeää saada tietää, miten heidän työtään hyödynnetään julkistamisen jälkeen.

Yksilöllisen hoidon toteutumisesta tehtiin TK-1-osastolla kaksi opinnäytetyötä. Näistä ensimmäisessä tarkasteltiin potilaan kokemuksia hoidon yksilöllisyydestä (Ottelin – Pulkka 2010). Tulosten mukaan yksilöllinen hoito toteutui osastolla melko hyvin. Tulosten pohjalta kehittämistarpeina tulivat esille erityisesti potilaan taustatietojen, elämäntilanteen ja aikaisempien sairaalakokemusten huomioiminen sekä sairauden merkitys ja sen vaikutus potilaaseen. Erityisesti potilaan elämäntilannetta ei huomioitu tarpeeksi hoitoa suunniteltaessa. Opinnäytetyön tuloksista ja potilaan elämäntilanteen huomioimisesta keskusteltiin muutosryhmissä ja osastotunneilla. Elämäntilanteen kirjaamisista seurattiin ja tarkasteltiin yhdessä kolmen kuukauden välein osastotunneilla.

Yksilöllinen hoito avautuu ilmiönä uudella ja merkittävällä tavalla, kun sitä tarkastellaan samanlaisten kysymysten avulla sekä potilaiden että hoitajien kannalta. Toisessa opinnäytetyössä tarkasteltiin yksilöllisen hoidon toteutumista hoitajien näkökulmasta (Backman-Sappinen – Sihvo 2011). Tulosten mukaan yksilöllinen hoito toteutui osastolla kaiken kaikkiaan

hyvin. Parhaiten toteutui potilaan kliinisen tilanteen arviointi ja lähes yhtä hyvin potilaan päätöksenteon kontrolli. Heikoimmin toteutui potilaan elämäntilanteen huomioiminen – sama kehittämistarve nousi esille paitsi opinnäytetyössä, myös hoitajien itsensä arvioimana. Myös omaisten mahdollisuutta osallistua potilaan hoitoon ja päätöksentekoon tulisi kehittää. Yksilöllisen hoidon mittarin sisältö auttoi hahmottamaan käsitettä yksityiskohtaisemmin ja pohtimaan sen toteutumista omalta ja osaston kannalta. Tulokset antoivat viitteitä siitä, missä on onnistuttu hyvin ja mitä alueita tulisi kehittää. Hoitajien näkemykset yksilöllisen hoidon toteutumisesta mitattiin uudelleen hankkeen loppuvaiheessa. Uusintakyselyllä katsottiin, ovatko hoitajien asenteet ja käsitykset yksilöllisestä hoitotyöstä hankkeen aikana muuttuneet. Tuloksissa oli tapahtunut muutos positiiviseen suuntaan.

Potilaan hoidossa omaisten ja omaishoitajien näkemysten huomiointi jää usein vähäiseksi. Parempien palvelujen järjestämiseksi osastotyössä tarvitaan lisää keskustelutilanteita potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Laaja-alainen ymmärrys potilaan tarpeista ja voimavaroista syntyy vain palvelua tarvitsevan ihmisen ja hoitavan tahon monialaisen yhteistyön tuloksena (Voutilainen – Vaarama 2005). Vapaamuotoisten keskustelujen rinnalla potilaan ja hänen läheistensä osallistuminen tavoite-, hoito- ja kuntoutussuunnitelmakokouksiin olisi toivottavaa. Hokkasen ym. (2009) mukaan keskeisinä esteinä potilaan kuulemiselle kuntoutuksen suunnittelussa ovat kiire ja rutiininomaisuus. Potilaan omien tavoitteiden esiin nostamista tulisi kuitenkin vahvistaa. Kuntoutujan on koettava tavoitteet omikseen, jotta hän voi sitoutua niihin pitkällä tähtäimellä (Pitkälä ym. 2007). Nykyisin myös läheiset haluavat lisää mahdollisuuksia osallistua hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja päätöksentekoon (Isola ym. 2007). Koska omaisten osallisuutta haluttiin lisätä, lähdettiin selvittämään omaishoitajien näkemyksiä akuuttisairaanhoidon kuntoutuksesta ja sen haasteista sairaalassa (Tupamäki – Hämäläinen 2010).

Hoidon yksilöllisyyden lisäksi potilaan omatoimisuuden tukeminen on tärkeä tekijä pyrittäessä toimintakyvyn edistämiseen. Jotta olisi mahdollista jäsentää, mitä omatoimisuuden tukemisella tarkoitetaan, koottiin tietoa systemaattisesti toteutetun kirjallisuuskatsauksen avulla siitä, mitä iäkkään potilaan omatoimisuutta tukeva hoitotyö on, mitkä ovat sen edellytykset ja mitkä tekijät edistävät tai estävät sen toteutumista hoitotyössä (Alasvuo – Herttuainen 2011). Kirjallisuuskatsauksen tuottaman tuloksen mukaan omatoimisuutta tukevan hoitotyön edellytyksiä ovat potilaan taustojen, toimintakyvyn ja voimavarojen tunteminen, tietoisuus tavoitteista ja nii-

den laatimisesta, sitoutuminen kuntouttavan hoitotyön periaatteen noudattamiseen sekä hoitajan ammatilliset ominaisuudet. Omatoimisuutta estäviä tekijöitä ovat puutteet tiedonkulussa, omaisten huomioimisessa ja monialaisessa yhteistyössä sekä potilaan passiivisuus.

Henkilökunnalle ei ole välttämättä selvää, millainen on potilaan päivän sisältö ja miten kuntoutukselliset tavoitteet ilmenevät hoitopäivän aikana potilaan näkökulmasta. Pohjosen (2010) opinnäytetyö tuotti tietoa osastolle potilaan kuntoutuksellisten tavoitteiden toteutumisesta päivän aikana. Opinnäytetyöstä tuli konkreettisesti ilmi, miten potilaat viettävät aikaansa osastolla esimerkiksi kuuntelemalla musiikkia. Mielenkiintoista oli, että potilaat eivät oma-aloitteisesti keskustele osastolla kotioloistaan tai siitä, miten he selviytyvät kotona askareistaan. Potilaan ajatuksia voitaisiin ohjata enemmän kotiin esimerkiksi suihkutilanteissa kyselemällä ja keskustelemalla kotiin liittyvistä asioista, esimerkiksi siitä, miten potilas peseytyy kotona. Potilaan osallistuminen päivittäisiin toimintoihin painottui aamuvuoroihin. Iltaisin he oleskelivat enimmäkseen vuoteissa. Opinnäytetyön mukaan potilasvaatteita tulisi uudistaa ja lisätä oloasuja potilaille.

Opinnäytetyö herätti osastolla paljon keskustelua potilaalle annettavasta ajasta ja potilaan toiminnoista. Keskusteltiin esimerkiksi siitä, miten potilaiden liikkuminen painottuu aamu- ja iltapäiviin. Hoitajien tulisi iltavuoroissa kannustaa omaisia menemään rohkeasti potilaan kanssa kuntoradalle. Aamuvuoroissa tapahtuu suurin osa päivän toiminnoista, ja silloin on hoitohenkilökuntaakin enemmän. Työn tuloksena tunnistettiin myös, että potilaiden tavoitteet osastohoidossa voisivat olla pikemminkin kuntoutuksellisia kuin hoidollisia.

Näkeminen vaikuttaa merkittävästi potilaan toimintakykyyn. Näkökyvyn häiriöt voivat muun muassa rajoittaa toimintaa ja lisätä kaatumisen riskiä. Opinnäytetyön avulla laadittiin ikääntyneen toiminnallisen näkökyvyn palvelutarpeen arviointikäytäntö osastolle (Sten 2011). Opinnäytetyön tuloksena saatiin osastolle työvälineeksi NÄKY eli ikääntyneen toiminnallisen näkökyvyn palvelutarpeen arviointiväline.

Opinnäytetyön seurauksena osastolla voidaan huomioida paremmin potilaan näkökyky. Opinnäyte tarjosi henkilökunnalle paljon tietoa näkemiseen liittyvien tekijöiden huomioimisesta ja arvioimisesta. Erityisesti ikäihmisellä heikko näkökyky on yhteydessä vahvasti toimintakykyyn. Heikko näkökyky rajoittaa toimintoja ja altistaa kaatumisille. Osastolla on pidetty palaverereja NÄKY-mittarin käyttöönotosta ja mittaria käytetään niille potilaille, jotka siitä hyötyvät. Osastolla on potilaita, jotka ovat kaatuneet kotona ja joiden näkökyky on mitattaessa osoittautunut huonoksi.

Heidät on ohjattu jatkotutkimuksiin ja heille tai heidän omaisilleen on annettu silmälääkäreiden tai optikoiden yhteystietoja.

Toiminnallisuuden lisäämiseen tähtäävänä opinnäytetyönä tuotettiin tietoa ikääntyneiden tasapainoharjoittelusta (Tervonen 2011). Opinnäytetyö liittyi heikentyneeseen tasapainoon, joka on keskeinen aihe ikäihmisen toimintakyvystä keskusteltaessa. Henkilökunnan mukaan opinnäytetyö toi käyttöön uutta tutkittua tietoa ja vahvistusta osastolla olevan kuntoradan tarpeellisuudesta. Opinnäytetyö antaa tietoa siitä, miten ikäihmisten toimintakyvyn vahvistamisessa voidaan käytännössä hyödyntää tasapainoharjoitteita. Sitä on hyödynnetty osastotunneilla, mutta hyödyntämisprosessi on vielä kesken.

Nielemisen häiriö johtaa vähitellen toimintakyvyn heikkenemiseen ja saattaa jäädä huomioimatta osastorutiineissa. Nielemisvaikeuksien tunnistamiseksi ja niistä kärsivän potilaan auttamiseksi osaston henkilökunnalle laadittiin opas (Heitto 2011). Oppaassa kerrotaan, miten hoitaja voi auttaa potilasta syömään ja juomaan turvallisesti sekä riittävästi. Henkilökunta pystyi vaikuttamaan oppaan sisältöön ja oppaan laatinut opiskelija oli yhteydessä osaston henkilökuntaan koko työskentelynsä ajan. Oppaan avulla osastolla on kiinnitetty huomiota potilaiden mahdollisiin nielemisen häiriöihin. Esimerkiksi opiskelijoita ja uusia työntekijöitä on perehdytetty nokkamukien vaarallisuuteen.

Opinnäytetyöt ovat tärkeä resurssi monenlaisen tiedon tuottamiseen, arviointiin ja kehittämiseen. Niiden hyödyntäminen on vasta alussa.

## **Näin sen koimme**

Uusia toimintatapoja ja -malleja suunnitteli ja koordinoi Espoon sairaalan TK-1-osastolla monialainen sairaalan työntekijöistä sekä Metropolia Ammattikorkeakoulun opettajista koostuva ryhmä. Yhteistyön ansiosta ammattikorkeakoulun opiskelijat pääsivät tekemään oppimistehtäviä aidossa työelämäympäristössä ja harjoittelemaan ammatissaan tarvittavaa osaamista konkreettisissa, monialaisissa käytännön tilanteissa. Yhteistyö avarsi henkilökunnan ja opettajien näkökulmia potilaan kuntouttavaan hoitoon. Tämä tuli näkyväksi monissa yhteiskeskusteluissa. Lisäksi tutustuttiin toisten työ- ja organisaatiokulttuureihin, tuotettiin yhteistä tietoa keskustelujen ja yhteisten pohdintojen kautta ja rakennettiin liittymäpintaa korkeakoulun ja työelämän välille. Ryhmä tuotti yhdessä esimerkiksi

toimintasuunnitelmia, kongressiesityksiä sekä tämän Yhteiset asiakkaat -julkaisun luvun.

Monialainen sitoutuneiden jäsenten ryhmä molemmista organisaatioista jakoi ja kehitti asiantuntijuutta ja osaamista erilaisten yhteistyökokeilujen kautta. Kehittäjäopettajat tutustuivat toisiinsa ja toimivat sairaalassa monin tavoin, ja samoin kehittäjätyöntekijät toimivat Metropoliassa käytännön asiantuntijoina. Joustavien opintojaksototeutusten kautta on paljastunut kriittisiä kohtia, jotka vaikuttavat monialaisuuden mahdollistamiseen ja opetuksen toteuttamiseen autenttisesti työelämässä.

Kehittäjäopettajat ja -työntekijät keskustelivat hankkeen aikana erilaisista potilaan toimintakykyä edistävästä mahdollisuuksista, joita voitaisiin toteuttaa yhteistyössä. Kaikki ideat eivät edenneet toteutuksen tasolle, mutta monia yhteisiä kokeiluja ehdittiin tehdä. Osa niistä tuotti nopeasti kestäviä muutoksia osaston arkeen, ja toiset asiat edellyttävät edelleen yhteistyön jatkamista ja jatkokehittelyä. Aito yhdessä tekeminen lisäsi kiinnostusta työelämän kehittämiseen ja kehittämistyön tulosten tarkasteluun. Uutena kokeiluna käynnistyivät monialaiset opinnäytetyöpajat yhdessä työelämän kanssa. Ne lähensivät opiskelijoita työelämään ja lisäsivät opinnäytetyön mielekkyyttä. Osaston kiinnostus opinnäytetöiden hyödyntämiseen vahvistui, koska henkilökunta pystyi vaikuttamaan niiden aiheisiin ja tarkastelunäkökulmiin. Vastaavasti opiskelijat tunnistivat monia etuja monialaisissa opintojaksojen työelämätoteutuksissa. Konkreettiset tilanteet haastoivat heitä pohtimaan asiakkaan kohtaamista ja kuuntelun tärkeyttä. Onnistunut kohtaaminen tuotti iloa molemmille. Opiskelijat oppivat konkreettisissa asiakastilanteissa menetelmien käyttöä ja saivat samalla osaamista vahvistavia kokemuksia.

Elävässä elämässä potilaat ja asiakkaat eivät välttämättä vastaa stereotyyppisiä käsityksiä. Konkreettisiin työtilanteisiin liittyy aina sattumanvaraisuutta ja yllätyksiä, jotka haastavat opiskelijat etsimään yksin ja yhdessä sopivia ratkaisuvaihtoehtoja. Kuten eräs opiskelija kuvasi:

*Asiakas oli haastava, joten soveltamista tarvittiin. Se oli hyvä asia!*

Lähtökohtaisesti opiskelijat olivat halukkaita ja kiinnostuneita tekemään monialaista yhteistyötä, jonka he kokivat mielekkääksi. Opiskelijat saivat mahdollisuuden työskennellä aidossa työelämän ympäristössä sekä peilata omia ajatuksiaan eri alojen asiantuntijoiden avulla. Autenttiset työelämätilanteet haastoivat opiskelijat perustelevaan ja kyseenalaistamaan omia ennakoajatuksiaan, kuten seuraavista lainauksista tulee esille:

Opin, miten erilaisia ihmiset ovat ja miten tärkeää on tehdä koulussa jo asiakastyötä mahdollisimman paljon.

Voisiko tällaisia poikkitieteellisiä töitä olla enemmänkin?

Espoon sairaalan TK-1-osastolla tapahtui muutoksia potilaita aktivoivaan ja toimintakykyä edistävään suuntaan. Korkeakoulussa opettajat ja opiskelijat saivat kokemuksia tehokkaasta ja mielekkästä monialaisesta oppimisesta työelämässä. Tehtävää ja haasteita kuitenkin riittää. Asenteet ja toimintatavat eivät muutu hetkessä. Onnistuakseen pitkäjänteinen kumppanuus tarvitsee tukevat rakenteet.

## LÄHTEET

- Alasvuo, Kristiina – Harttuainen Nina 2011. Iäkkään potilaan omatoimisuutta tukeva hoitotyö – hoitajan näkökulma”. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu.
- Backman-Sappinen, Teija – Sihvo, Sari 2011. Hoitajien näkemykset yksilöllisen hoidon toteutumisesta terveyskeskuksen vuodeosastolla. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu.
- Clark, Florence – Jackson, Jeanne – Carlson, Mike – Chou, Chih-Ping – Cherry, Barbara J. – Jordan-Marsh, Maryalice – Knight, Bob G. – Mandel, Deborah – Blanchard, Jeanine – Granger, Douglas A. – Wilcox, Rand R. – Lai, Mei Ying – White, Brett – Hay, Joel – Lam, Claudia – Marterella, Abbey – Azen, Stanley P. 2011. Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *Journal of Epidemiol & Community Health* 2011.
- Graff, Maud J. L. – Vernooij-Dassen, Myrra J. M. – Thijssen, Marjolein – Dekker, Joost – Hoefnagels, Willibrord H. L. – Olde Rikkert, Marcel G. M. 2006. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ* 2006, 333. 1196.
- Harra, Toini – Aralinna, Virpi – Heikkilä, Maija – Korkiatupa, Riitta – Löytönen, Kari – Onkalo-Okkonen, Riitta 2006. Kohti kokonaisvaltaista toimintakyvyn arviointia. *Duodecim* 2006 (5). 554–62.
- Hay, Joel – LaBree, Laurie – Luo, Roger – Clark, Florence – Carlson, Mike – Mandel, Deborah – Zemke, Ruth – Jackson, Jeanne – Azen, Stanley P. 2002. Cost-Effectiveness of Preventive Occupational Therapy for Independent-Living Older Adults. *JAGS* 50, 8. 1381–1388.

- Heitto, Maria 2011. Nielemisvaikeuksien tunnistaminen terveyskeskusosastolla. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu: Helsinki.
- Hokkanen, Liisa – Härkäpää, Kristiina – Järvikoski, Aila – Martin, Marjatta – Nikkanen, Pirjo – Notko, Tiina – Puumalainen, Jouni. 2009. Asiakkaan äänellä vaikeavammaisten kuntoutuksesta – tulkintoja ja johtopäätöksiä. Teoksessa Järvikoski, Aila – Hokkanen, Liisa – Härkäpää, Kristiina (toim.): Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Kuntoutussäätiön tutkimuksia. Research reports 80/2009. Helsinki: Kuntoutussäätiö. Saatavilla myös osoitteessa: <[http://www.kuntoutussaatio.fi/files/161/Asiakkaan\\_aanella.pdf](http://www.kuntoutussaatio.fi/files/161/Asiakkaan_aanella.pdf)>.
- Stakes 2004. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Ohjeita ja luokituksia.
- Isola, Arja ym. 2007. Akuuttisairaalan hoitotyön ulkopuolinen tarkastus. Helsingin kaupungin terveyskeskuksen tutkimuksia.
- Isoherranen, Kaarina 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.
- Isotalus, Taina – Väärtinen, Marika 2011. Toiminnallinen tuokio käsinukeilla. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu.
- Jääskeläinen, Marke – Salminen, Anna-Liisa 2008. QUEST 2.0 Apuvälinettyytyväisyyttä arvioivan mittarin käyttöönotto ja soveltuvuus Suomessa. Työpapereita10/2008. Helsinki: Stakes.
- Kettunen, Reetta – Kähäri-Wiik, Kaija – Vuori-Kemilä, Anne – Ihalainen, Jarmo 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY.
- Meriö, Anu – Haapio, Marja 2009. Hoitotyön tutkimusklubit tuovat teorian käytäntöön. Sairaanhoidaja 12 (82). 29–31.
- Mahoney, F. I. – Barthel, D. 1965. Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Med Journal 1965, 14. 56–61. Used with permission.
- Mäntynen, R. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta.
- Ottelin, Milla – Pulkka, Mari 2010: Yksilöllinen hoito potilaan näkökulmasta. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu.
- Pitkälä, Kaisu ym. 2007. Miten ikääntyneiden kuntoutusta tulisi kehittää? Suomen Lääkärilehti 42. 3851–3856.
- Pohjolainen, Timo 2005. Kuntoutuksen vaikuttavuus – mitä se tarkoittaa ja onko näyttöä? Lääkärilehti 60 (35). 3399–3405.
- Pohjonen, Hanna 2010. Potilaan päivän sisältö ja kuntoutuksellisten tavoitteiden ilmeneminen sen aikana terveyskeskusosastolla. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu.
- Proser – Canby 1997. Further validation of the Elderly Mobility Scale for measurement of mobility of hospitalized elderly people. Physiotherapy Department, Bristol General Hospital, United Bristol Healthcare Trust, UK.

- Routasalo, P. 2003. Sairaanhoidajien asennoituminen iäkkääseen kuntoutuspotilaaseen ja kuntoutusta edistävään hoitotyöhön. *Hoitotiede* 14 (5). 254–263.
- Sarajärvi, Anneli – Mattila, Lea-Riitta – Rekola, Leena 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYPro.
- Siitonen, Juha 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun yliopisto.
- Sten, Kajsa 2011. Ikääntyneen toiminnallisen näkökyvyn palvelutarpeen arviointikäytäntö. Kehittämistyö. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu.
- Suhonen, Riitta. ym. 2005. Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 50 (3). 283–292.
- Suhonen, Riitta – Välimäki, Marita – Katajisto, Jouko – Leino-Kilpi, Helena 2007a. Provision of individualised care improves hospital patient outcomes: an explanatory model using LISTEL. *International Journal of Nursing Studies* 44. 197–207.
- Suhonen, Riitta – Schmidt, Lee A – Radvin, Laurel 2007b. Measuring individualized nursing care: assessment of reability and validity of three scales. *Journal of Advanced Nursing* 59 (1). 77-85.
- Tilvis, R. 2001. Vanhusten ravitsemus. Teoksesta Tilvis, R. – Hervonen, A. – Jäntti, P. – Lehtonen, A. – Sulkava, R. (toim.): *Geriatría*. 1. painos. Hämeenlinna: Karisto. 315–320.
- Tervonen, Kirsi 2011. Ikääntyneen tasapainoharjoittelu. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu.
- Tupamäki, Hanna – Hämäläinen, Maria 2010. Omaishoitajien näkemyksiä akuuttisairaanhoidon kuntoutuksesta ja sen haasteista sairaalassa. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu.
- Voutilainen, Päivi – Vaarama, Marja 2005. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Raportteja 7. Helsinki: Stakes.
- Vähäkangas, P. – Noro, A. – Björkgren, M. 2006. Provision of rehabilitation nursing in long-term care facilities. *Journal of Advanced Nursing* 55 (1). 29–35.



# Yhteistoiminta on tulevaisuutta

**Toini Harra, Johanna Holvikivi, Sirpa Immonen,  
Minna Marjamäki-Kekki ja Merja Reijonen**

Tässä julkaisussa on kuvattu Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Espoon sairaalan yhteistä kehittämistyötä, jonka tavoitteena on ollut potilaiden turvallisuuden, kotiutumisen ja toimintakyvyn edistäminen sekä henkilöstön osaamisen, tehokkaan rekrytoinnin ja korkeakoulun ja työelämän kumppanuuden kehittäminen. Työn edetessä opettajista ja työntekijöistä on kehkeytynyt aktiivisia muutosagentteja korkeakoulun ja työelämän kumppanuudelle – he ovat rohkaistuneet, ja kumppanuuden moninaiset mahdollisuudet ovat avautuneet heille.

Yhteistyön vahvistuessa on syntynyt organisaatioita silloittavia kumppanuustekoja ja yleistettävissä olevia kumppanuustuloksia. Näitä tuloksia on tässä päätösluvussa jäsennetty kumppanuuden silloitusvälineiden, osaamisen ja asiantuntijuuden kehittämistekojen ja osaavan työvoiman mahdollistavan kumppanuuden avulla (ks. Engeström – Kerosuo – Kajamaa 2008: 2007).

## **Kumppanuuden silloitusvälineet**

Oleellista Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Espoon sairaalan yhteisessä kehittämistyössä on ollut, että sitä toteuttaneet ryhmät ovat olleet *tuloshakuisia*. Ryhmien ytimen muodostivat kehittäjätyöntekijät ja kehittäjäopettajat, jotka asiantuntijoina työskentelivät pitkäjänteisesti yhdessä sovittujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Jokaisen kehittämisryhmän työskentelystä vastasi projektipäällikkö, joka myös osallistui aktiivisesti ryhmän toimintaan. Ryhmät käyttivät työssään hyväksi sekä työelämän että korkeakoulun asiantuntijoita sekä opiskelijaresursseja. Monialaiset organisaatioiden väliset ryhmät tarjosivat kehittäjille innovaatioiden syntymistä tukevan ja perinteistä vapauttavan toimintaympäristön, mahdollisuuksien kentän laajenemisen ja kasvun uusiin avauksiin, kuten esimerkiksi Kuntoutujan polku-seinätauluun.

Tärkeitä ovat olleet sairaalan henkilöstön ja korkeakouluopettajien yhteiskehittelypäivät. Työelämä ja korkeakoulu osallistuivat säännöllisesti kak-

si kertaa lukukaudessa työpajaseminaareihin, joissa etsittiin ratkaisuja molemmille organisaatioille ajankohtaisiin teemoihin.

Korkeakoulun opettajat, joilla on valmennuksen ja ryhmäohjauksen osaamista, valmensivat yhdessä osastonhoitajan kanssa sairaalaosastojen henkilökuntaa muutostyöhön muutostukiryhmissä. Osastonhoitaja jakoi osaston henkilökunnan kolmeen muutostukiryhmään siten, että yhden ryhmän koko oli noin kymmenen henkilöä. Muutostukiryhmän toiminnan kautta korkeakoululle välittyi ymmärrys niistä ajankohtaisista haasteista ja ongelmista, joita osaston moniammatillinen henkilökunta kohtaa, mikä edistää opetussuunnitelmatyötä ja opetuksen sisältöjen kehittämistyötä. Opiskelijoiden oppimistehtäviä pystytään ohjaamaan senhetkisiin työelämän tarpeisiin ja samalla saadaan käsitys myös työelämän kehittämistarpeista.

## Osaamisen ja asiantuntijuuden kehittäminen

Tärkeää kehittämistyössä on, että tieto hankitaan ja sitä tuotetaan yhdessä. Kehittäjäopettajat ja -työntekijät etsivät, analysoivat ja tuottivat kehittämistyön edellyttämää ja mahdollistamaa tietoa. Tuotetun tiedon pohjalta laadittiin myös abstrakteja ja esityksiä kansallisiin sekä kansainvälisiin kongresseihin. Kehittäjäopettajat ja -työntekijät hakivat työpareina koulutusta kehittämistyöhön liittyneisiin substansseihin. Kehittämistyötä tekevien yhteinen kouluttautuminen mahdollisti korkeakoulun ja työelämän välillä samanaikaisen uuden tiedon reflektoinnin ja sen arvioinnin kehittämiskohteiden näkökulmasta. Työelämä ja korkeakoulu tekivät kumppaneina benchmarking-käyntejä kohteisiin, joissa työelämän ja korkeakoulun yhteistoimintaa on kehitetty kohti kumppanuutta.

Korkeakoulu ja työelämä tarjosivat toisilleen mahdollisuuden liittyä jo käytössä oleviin kehittämisen välineisiin ja menetelmiin. Esimerkiksi opettajat osallistuivat Espoon Osallistuva arjen kehittäminen (OSAKE) -työskentelyyn, ja korkeakoulun tutkimusklubiopintoja toteutettiin Espoon sairaalassa. Tutkimusklubeissa opiskelijat hankkivat ja esittivät tutkittua tai parasta saatavilla olevaa tietoa työelämäkumppanin identifioimiin monialaisiin kehittämiskohteisiin.

Opettajat ovat työskennelleet työelämässä. Harjoittelua ohjaavilla opettajilla oli mahdollisuus työskennellä Espoon sairaalan osastoilla, kotihoidossa ja sosiaalityössä 40–80 tuntia. Työelämäjaksojen tavoitteena oli kehittää harjoittelua ja harjoitteluohjausta sekä tuoda korkeakoululle ajantasaista tietoa muun muassa opetussuunnitelmien kehittämiseen. Opettajien pedagogiseen ja kliiniseen osaamiseen liittyvä asiantuntijuus vahvistui työelämä-

jakson aikana. Opettajien ja harjoitteluyksiköiden työntekijöiden välinen yhteistyö parani ja molemminpuolinen asiantuntijuuden vaihto kehittyi. Tämä motivoi myös opiskelijoita.

Ammattipedagogiikka vahvistui ja uusiutui samalla, kun työelämän ja korkeakoulun asiantuntijuudet loivat yhdessä uusia *pedagogisia* ratkaisuja erilaisiin oppimistilanteisiin: Eri aloja edustavat ja eri koulutusvaiheessa olevat opiskelijat opiskelivat ja harjoittelivat yhdessä moniammatillista, tavoitteellista työskentelyä kehittäjäopettajien ja -työntekijöiden ohjaamana. Opiskelijat suorittivat teoriaopintojaan todellisissa potilas- ja työtilanteissa ja tekivät opinnäytetöitään työelämän ja korkeakoulun yhdessä määrittelemiin kohteisiin. Kehittäjätyöntekijät tulivat mukaan korkeakoulun opinnäytetyöseminaareihin, joita toteutettiin monialaisesti sekä Metropoliassa että Espoon sairaalassa.

Korkeakouluopettajat jakoivat asiantuntijuuttaan ja päivittivät dialogissa työelämäymmärrystään sairaalan osastotunneilla henkilökunnan kanssa. Koko Espoon sairaalan henkilökunnalle avoimissa koulutuksissa korkeakoulun opettajat alustivat kehittämistyöhön liittyvistä teemoista asiantuntija-alueensa puitteissa. Työelämäedustajat opettivat Metropoliassa omaan asiantuntijuuteensa liittyvillä alueilla. Esitysten aiheet määriteltiin työelämässä ja korkeakoulussa.

## Osaavan työvoiman mahdollistava kumppanuus

Kumppanuuteen liittyi oleellisesti ennakoivan rekrytoinnin kehittäminen. Aikaisempaa rekrytointiyhteistyötä ei ollut, ja sairaalassa oli ollut hyvin vähän Metropolian opiskelijoita. Opiskelijoiden kokemus oli, että Espoon sairaalan sijainti on etäinen suhteessa Metropolian sosiaali- ja terveysalan toimipisteisiin. Pääkaupunkiseudulla seuturajojen yli liikkuminen on opiskelijalle kallista. Tämä heikensi opiskelijoiden kiinnostusta Espoon sairaalaa kohtaan, vaikka sairaala olisi muutoin ollut vetovoimainen. Tähän etsittiin ratkaisua kumppanuudessa, ja päädyttiin kokeilemaan matkakorvauksia Espoon ulkopuolelta tuleville opiskelijoille. Helsingin seutuliikenteeltä ostettiin 10 euron arvoisia matkalahjakortteja, joita annettiin ohjattuun harjoitteluun tuleville opiskelijoille. Opiskelija oli oikeutettu saamaan 10 euron arvoisen matkalahjakortin jokaista Espoon sairaalassa toteutuvaa opiskeluviikkoa kohti.

Toinen vetovoimaisuuteen liittynyt asia oli tuetun opiskelijaruokailun puuttuminen Espoon sairaalan Puolarmetsän yksiköstä, mikä nousi esiin vasta kumppanuusyhteistyön edetessä. Ennakoivan rekrytoinnin näkökul-

masta tämä oli heikentävä tekijä. Kumppanuuden aikana käynnistettiin aiheeseen liittyvä neuvottelu, ja sen lopputuloksena Puolarmetsään saatiin Kelan tuettu opiskelijaruokailu.

Kaikki kehittämisteot eivät tuottaneet tulosta. Puolarmetsän yksikön parvekkeiden virkistyskäyttöön etsittiin innovatiivisia ratkaisuja suunnittelukilpailulla, Espoo–Metropolia Diilillä. Lähtötilanteessa parvekkeet olivat karuja, ja niitä käytettiin vähän. Metropolian opiskelijoille markkinoitiin suunnittelukilpailua bannerilla Metropolian verkkosivujen etusivulla ja rekrytointipahtumassa Metropolian tiloissa. Kilpailussa etsittiin edullisia ja helposti toteutettavia ratkaisuja parvekkeiden viihtyisyyden ja toimivuuden parantamiseksi. Espoon kaupungin rekrytointiyksikkö lupasi palkita parhaan ja toteuttamiskelpoisimman idean. Opiskelijat eivät kuitenkaan tarttuneet tähän haasteeseen.

Työelämä järjesti perinteiseen tapaan korkeakoululla ”rekrytointi-isku-ja”, jotka oli suunnattu erityisesti loppuvaiheen opiskelijoille. Perinteinen markkinointi ei tavoittanut opiskelijoita toivotulla tavalla. Tämä synnytti ajatuksen muun muassa Facebookin ja muun sosiaalisen median käyttämisestä ennakoivan rekrytoinnin välineenä.

## **Lopuksi: kumppanuustoiminnan koordinaatit**

Onnistunut kumppanuustoiminta energisoi ja inspiroi kaikkia osapuolia. Uudet näkökulmat ja työn tekemisen mahdollisuudet aktivoivat osapuolia arvioimaan omaa toimintaansa ja etsimään uusia ratkaisuja. Kumppanuustoimintaan liittyvät asiantuntijuuden ja osaamisen, ennakoivan rekrytoinnin ja kumppanuuden rakentamisen näkökulmat.

Vaikka konkreettiset kehittämistarpeet ovat ilmeisiä, yhteisen osaamisen tunnistaminen, jakaminen ja käyttäminen osana kummankin organisaation toimintaa vaativat huolellista valmistelutyötä. Se edellyttää oman osaamisen itsereflektiota sekä yksilö- että organisaatiotasolla sekä valmiutta ja mahdollisuutta hyödyntää osaamista ennakkoluulottomasti. Organisaatioilta tarvitaan halukkuutta sovittaa yhteen organisaatioiden rytmiikkaa ja tehdä samarytmisyyteen tähtääviä päätöksiä. Tarvitaan yhteisiä foorumeita ja alustoja, joilla toimintaa voi tehokkaasti viedä eteenpäin. Yhteisen keskustelun ja kielen kautta voidaan löytää liittymäpintoja, jotka mahdollistavat yhteisen tahtotilan ja toiminnan. Tällöin yksittäisten toimijoiden ja organisaatioiden rajat laajenevat ja syntyy uusia yhteyksiä, joissa ihmiset voivat innostua, inspiroitua ja innovoida.

Asiantuntijuuden ja osaamisen kehittämiseen ja näyttöön perustuvaan toimintaan liittyvät uudet toimintakäytännöt ovat yksi kumppanuuden merkittävä saavutus. Uusia toimintakäytäntöjä voidaan ottaa käyttöön ja soveltaa muissa oppimis- ja toimintaympäristöissä. Muutosvalmiuden tukeminen ja tietoisuuden lisääminen työn kehittämisestä osana sosiaali- ja terveystieteiden ja korkeakoulun henkilöstön arkityötä ovat asia, jota ei voi olla liikaa korostamatta nykyisissä toimintaympäristöissä. Opetushenkilökunnan, työntekijöiden ja opiskelijoiden dialogi autenttisten oppimisympäristöjen ja pedagogiikan kehittämiseksi on lähtökohta ajantasaiselle oppimiselle, osaamiselle ja asiantuntijuudelle.

Tässä julkaisussa kuvatussa toiminnassa kehittäjätyöntekijät ja -opettajat toivat monialaisissa, tuloshakuisissa ryhmissä itsenäisesti oman asiantuntijuutensa ongelmien ratkaisemiseen. Yhteistyön kuluessa ryhmät kehittivät kehittämistoiminnalle, kumppanuudelle ja yksittäisille jäsenille voimaannuttaviksi areenoiksi. Yllättävin positiivinen kokemus oli, miten selkeästi yhdessä tehdyt abstraktit ja esiintymiset kansainvälisissä kongresseissa voimaannuttivat kehittäjätyöntekijöitä ja -opettajia.

Ennakoivan rekrytoinnin ja harjoittelutoiminnan edistämiseksi tehtiin monia tekoja, mutta niiden juurruttamiseen olisi tarvittu enemmän aikaa ja vahvempi esimiestason osallistuminen yhteistyöhön ja sen suunnitteluun. Tälle alueelle olisi pitänyt tehdä selkeämpi yhteinen suunnitelma ja sopia roolit, kuka vastaa asioiden eteenpäin viennistä. Erityisesti ennakoivan rekrytoinnin näkökulmasta keskeinen kysymys ovat oppimisen mielekkyys, oppimis- ja työympäristöjen vetovoimaisuus ja työntekijöiden hyvinvointi. Kumppanuuden tuomat uudenlaiset mahdollisuudet monipuoliseen asiantuntijuuden hyödyntämiseen ja uudenlaiset työtehtävät lisäävät työntekijöiden hyvinvointia ja työn mielekkyyden kokemusta. Irrouttuminen omasta työroolista kehittäjäksi mahdollistaa pysähtymisen ja tarjoaa radikaalin mahdollisuuden uuden toteuttamiseen.

Toimivat mentorointikäytännöt on yksi mahdollisuus tukea kehittäjäroolin löytämistä ja uuden asiantuntijuuden käyttöönottoa. Toteutuakseen nämä edellyttävät esimiesten päätöksiä ja tukea. Kumppanuuden kehittäminen tarvitsee toimintaa ohjaavan ryhmän, joka muodostuu kumppaniorganisaatioiden päätösvaltaisista jäsenistä. Ryhmä ohjaa kehittämistoimintaa eteenpäin ja turvaa sen toimintamahdollisuudet. Johtotason henkilöt ovat avainasemassa kumppanuuden kehittämisessä.

Kumppanuusnäkökulman rakentamista korkeakoulun ja työelämän välillä lähdettiin alusta alkaen testaamaan myös kansainvälisillä areenoilla. Varsinaista osaamispankkia ei onnistuttu näissä aikaraameissa raken-

tamaan. Osaamispankin tyyppinen toiminta vaatii riittäviä resursseja ja tietoista otetta sosiaalisen median hyödyntämisessä.

Miten siis luoda erilaisista toimijoista yhteisö, jossa vuorovaikutus on rikastuttavaa ja tuloksellista? Se edellyttää jatkuvaa tahtotilan ylläpitämistä, työtä, valmiutta liikkua oman mukavuusalueen ulkopuolelle ja yhteistä päätöksentekoa. Tässä julkaisussa kuvatussa kumppanuustyössä on päästy alkuun. Toiminnan vakiinnuttaminen sekä yhteiskehittelyn jatkaminen vaatii vielä aikaa, tahtoa sekä paneutumista yhteiseen prosessiin. Tärkeintä on, että kumppanuudesta syntyy sellaista lisäarvoa, joka motivoi yhteiseen toimintaan.

#### **LÄHTEET**

- Engeström, Y. – Kerosuo, H. – Kajamaa, A. 2008. Vaikuttavuuden arvioinnista seuraamusten tutkimukseen. Teoksessa Mäkitalo, J. – Turunen, J. – Vilkkumaa, I. (toim.): Vaikuttavuus muutoksessa. Helsinki: Verve. 19–44.
- Engeström, Y. – Kerosuo, H. – Kajamaa, A. 2007. Beyond discontinuity: Expansive organizational learning remembered. *Management Learning Journal* 38 (3). 319–336.

---

# Pedagogiset ratkaisut

Seuraavilla sivuilla kuvataan pedagogisia ratkaisuja, joita työelämä ja korkeakoulu suunnittelivat ja kokeilivat yhteistyössä *Liittyvä Voima* -hankkeen osana. Kokonaisuus muodostuu kahdesta osasta. Ensimmäisessä osassa kuvataan harjoittelutoimintaa kehittäviä ratkaisuja (ratkaisut 1.–7.). Toisessa osassa kuvataan työelämäyhteydessä toteutuvaan opetukseen ja opetusmenetelmiin luotuja ratkaisuja, joiden avulla vahvistetaan työelämän kehittämistoimintaa sekä mahdollistetaan opiskelijoille mielekkäitä oppimistilanteita konkreettisessa työelämäympäristössä (ratkaisut 8.–14.).

## I Harjoittelutoimintaa kehittäviä ratkaisuja

### 1. Ohjaajien pedagoginen koulutus

#### **Miksi? (osaamisen kuvaus: mitä osaamista tavoitellaan?)**

Tavoitteena on ohjaajien ohjausosaamisen kehittyminen.

#### **Miten?**

Koulutus toteutetaan opiskelijoiden kenttäohjaajille yhden opintopisteen laajuisena. Osa koulutuksesta on lähiopetusta ja osa itsenäistä opiskelua, johon sisältyy harjoittelun ohjauksen oppimistehtäviä. Koulutus järjestetään työelämäohjaajien työpaikalla, jolloin koulutettavien osallistuminen koulutukseen kesken työpäivän on helpompaa. Valmentajaopettaja koordinoi ja organisoii koulutuskokonaisuuden. Kouluttajina toimivat korkeakoulun eri asiantuntijat.

#### **Kenelle?**

Koulutus on tarkoitettu työelämän ohjaajille.

#### **Kumppanuselementti (yhteistyö työelämän kanssa):**

Koulutuksen suunnittelussa on mukana valmentajaopettaja, kehittäjäopettaja kuntoutuksen puolelta sekä sairaalan ylihoitaja ja opiskelijavastaavia hoitotyön sekä kuntoutuspalvelujen yksiköistä.

#### **Kriittinen kommentti:**

Osallistujien oletetaan pitävän osastotunteja omissa yksiköissään koulutuksen ydinannista ja huolehtivan siitä, että koulutusmateriaali jaetaan kollegoille, mikä ei kokeiluvaiheessa toteutunut. Työelämän ohjaajien itsenäistä työskentelyä ja oppimistehtäviä tulee kehittää enemmän työelämän rytmiin soveltuvaksi.

### 2. Työelämän opiskelijavastaavien verkosto

#### **Miksi?**

Tavoitteena on luoda rakenne sairaalan osastojen yhtenäisille ohjauskäytännöille ja ohjauksen hyvälle laadulle.

#### **Miten?**

Luodaan opiskelijavastaavien verkosto, joka tapaa säännöllisesti kerran kuukaudessa. Työskentelyn aikana ryhmän kanssa kartoitetaan ja päivitetään jo olemassa olevia ohjauksen välineitä. Lisäksi ammattikorkeakouluopiskelijoiden ohjauksen tueksi luodaan opiskelijajansio, johon tallennetaan opetussuunnitelmia, harjoitteluohjeistusta eri harjoitteluihin liittyen, arviointiohjeita ja pedagogisen koulutuksen materiaalia.

#### **Kenelle?**

Verkosto on tarkoitettu opiskelijaohjauksesta vastaaville henkilöille.



**Kumppanuuselementti:**

Valmentajaopettaja informoi ja keskustelee tarvittaessa sairaalan ylihoitajan kanssa ryhmän työskentelystä. Ryhmän työskentely tapahtuu sairaalan toimintalinjojen mukaisesti.

**Kriittinen kommentti:**

Korkeakoulussa tulee olla henkilö, joka fasilitoi verkoston toimintaa.

### 3. Opettajien työelämäjaksot ja työelämän asiantuntijoiden korkeakoulujaksot

**Miksi?**

Tavoitteena on 1) opettajien työelämäosaamisen vahvistaminen, 2) harjoittelun ohjauksen suunnittelun ja toteutuksen kehittäminen ja 3) koulutusta koskevan ajantasaisen tiedon vahvistaminen työelämässä. Työelämäjakson aikana on lisäksi mahdollisuus löytää keinoja opiskelijoiden harjoittelun tukemiseen ja opettajien verkostoitumiseen työelämän kanssa. Toisaalta tavoitteena on työelämän osaamisen siirtyminen koulutuksen sisältöihin ja työelämän kokemustiedon saaminen osaksi korkeakoulun opetuskulttuuria.

**Miten?**

Opettajat työskentelevät 40 tuntia yhden tai kahden viikon aikana työelämässä. Työelämäjaksoilla olleet opettajat pitivät osastotunneilla alustuksia opetussuunnitelmista, harjoitteluun liittyvistä opintojaksoista, opetuksen ja harjoittelun toteutuksesta, eri ammattialojen substanssiin liittyvistä aiheista ja teorian ja käytännön integroinnista. Työelämän edustaja osallistuu vastavuoroisesti oppilaitoksen laboraatiotunnille, jolloin opiskelijat voivat kysyä hoitokäytännöistä ja saavat näin ajankohtaista työelämätietoutta.

**Kenelle?**

Jaksot on tarkoitettu ammattikorkeakoulun opettajille ja työelämän asiantuntijoille.

**Kumppanuuselementti:**

Yhteiset osastotunnit lähentävät oppilaitoksen sekä työelämän edustajien näkemyksiä ja luovat yhteistä ohjauskulttuuria. Yhtenä kumppanuuselementtinä on asiantuntijuuden vaihto opettajien ja työelämän asiantuntijoiden välillä. Työelämän asiantuntijat saavat mahdollisuuden keskustella korkeakoulun koulutusohjelmista ja opetussuunnitelmista sekä niiden merkityksestä työelämälle. Opettajat saavat lisäaineksia opetukseensa uusista hoitokäytännöistä, lisäaineksia opetukseensa ja mahdollisesti asiantuntija-apua oppilaitoksessa pidettävään opetukseen.

Työelämän edustajien mukanaolo asiantuntijan roolissa oppilaitoksessa motivoi opiskelijoita sekä kehittää opettajien ja ohjaajien yhteistyötä. Työelämän edustajien osallistuminen opetuksen suunnitteluun ja toteuttamiseen vahvistaa opetuksen työelämäläheisyyttä.

**Kriittinen kommentti:**

Opiskelijat motivoituvat harjoittelussa eri tavalla silloin, kun opettaja on läsnä käytännön toimijana. Hyvin positiivisena koetaan myös opettajan lähentyminen työelämään ja yhteistyön syventyminen, teorian ja käytännön kohtaaminen, opettajan asiantuntijuuden

lisääntyminen ja työelämän tiedon saaminen koulutuksesta. Kokonaisuutena opettajien työelämäjaksot ovat kulttuurinen muutos verrattuna aikaisempaan – molemmat osapuolet tutustuvat toisiinsa ja löytävät yhteistyön ja vuorovaikutuksen, jonka avulla on helppo jatkaa yhteistyötä jatkossa.

## 4. Opiskelijakammari

### **Miksi?**

Tavoitteena on luoda oppimisympäristö, jossa opiskelijat voivat keskustella oppimis- ja ohjauskokemuksistaan sekä reflektoida ja arvioida oppimistaan ohjatun harjoittelun aikana.

### **Miten?**

Varataan rauhallinen reflektoinnin paikka ja aikaa monialaisen opiskelijaryhmän ajatusten purkamiseen ja niistä keskusteluun. Tilanne voi olla etukäteen suunniteltu tai spontaani. Kuuntelemiseen keskittyvä valmentajaopettaja rohkaisee ja tukee opiskelijoita heitä askarruttavissa kysymyksissä. Samalla opettaja saa arvokasta tietoa osastojen ohjausolosuhteista ja ohjauskäytännöistä.

### **Kenelle?**

Opiskelijakammari on tarkoitettu monialaisille opiskelijaryhmille.

### **Kumppanuuselementti:**

Tapaamisissa mietitään yhdessä potilaan hoidosta, kuntoutuksesta ja hoitoympäristöstä kohoavia olennaisia asioita, joita pyritään integroimaan teoriatietoon. Keskusteluteemoina ovat olleet opiskelijan oppimis- ja ohjauskokemukset, potilaan hoitoon liittyvät kokemukset, hoitokäytännöt (esimerkiksi aseptiikka), moniammatillinen yhteistyö ja monialainen harjoittelu, iäkkään potilaan kohtaaminen sekä eettinen toiminta iäkkään hoitotyössä ja kuntoutuksessa.

### **Kriittinen kommentti:**

Opiskelijat oppivat jo opiskeluvaiheessa monialaiseen reflektointiin.

## 5. Ryhmävalmennustunti

### **Miksi?**

Tavoitteena on valmentaa monialaisesti harjoittelua aloittelevia opiskelijoita kohtamaan tuleva potilasryhmä ennen harjoittelua.

### **Miten?**

Valmentajaopettaja pitää alustuksen iäkkään potilaan tilan arviointiin vaikuttavista päätekijöistä. Ryhmätunnin aikana voidaan tarkastella esimerkiksi sairaalassa käytettäviä iäkkään potilaan tilan arviointiin kehitettyjä mittareita. Ryhmäopetustunti kestää yhteensä tunnin, josta 15 minuuttia kuluu opettajan alustukseen. Alustuksen jälkeen opiskelijat saavat käyttöönsä esimerkkipotilaan tiedot ja työskentelevät moniammatillisissa pienryh-

missä noin 20 minuutin ajan keskustellen ja kartoittaen esimerkkipotilaan tilan arviointiin liittyviä asioita sekä miettien hoidon ja kuntoutuksen tavoitteita.

**Kenelle:**

Ryhmävalmennustunti on tarkoitettu harjoittelussa oleville opiskelijoille.

**Kumppanuselementti:**

Opetuksen sisältö luodaan yhdessä moniammatillisessa tiimissä työelämäedustajien kanssa. Työelämästä saadaan myös opiskelijoiden käyttöön aito potilasesimerkki.

**Kriittinen kommentti:**

Opiskelijat toivovat, että ryhmätilanteita voisi olla harjoittelun aikana useampiakin. Kokeilussa todettiin myös, että opetustilanteeseen tulisi varata riittävästi aikaa, noin 1,5 tuntia. Opetuksen tuntirunkoa voisi kehittää vielä eteenpäin ja havainnollistaa sitä esimerkiksi kuvien avulla. Ryhmäopetukseen ryhmä voi olla laajasti monialainen.

## 6. Monialainen tiimiharjoittelu

**Miksi?**

Tavoitteena on lisätä opiskelijan mahdollisuutta keskittyä monialaiseen potilaan hoitoon ja kuntoutukseen sekä potilaan toiveisiin ja tavoitteisiin. Monialaisessa tiimiharjoittelussa opiskelijat oppivat tukemaan toisiaan ja luottamaan toistensa osaamiseen. Opiskelijat ottavat yhdessä vastuuta potilaan kuntoutumisesta sekä hoidosta ja oppivat ohjatusti arvioimaan kuntoutustavoitteiden toteutumista ja muuttamaa niitä tarpeen vaatiessa.

**Miten?**

Tiimiharjoittelussa opiskelijat muodostavat monialaisen tiimin, joka laatii ohjatusti toimintakyvyn arviointiin ja yhteiseen harkintaan perustuvan hoito- ja kuntoutussuunnitelman potilaalle. Tiimiharjoittelussa opiskelijat etsivät ja sovittavat yhteen potilaan tavoitteita ja niihin tähtäviä keinoja.

1. Työelämäohjaajat ja opettajat laativat yhteiskehittelynä harjoittelujaksosuunnitelman.
2. Opiskelijoiden tiivis tiimiyhteistyö käynnistyy heti ensimmäisestä päivästä, jolloin opiskelijat suunnittelevat alkavaa kolmen viikon harjoittelujaksoa.
3. Opiskelijoiden tehtävänä on laatia toimintakyvyn arviointiin pohjaava hoito- ja kuntoutussuunnitelma potilaalle, joka tarvitsee monialaista hoitoa ja kuntoutusta. Potilasvalinnasta neuvotellaan hoitavan lääkärin kanssa.
4. Opiskelijoiden ohjaus ja arviointi toteutetaan tiimissä.

**Kenelle?**

Tiimiharjoittelu on tarkoitettu esimerkiksi fysioterapia-, sairaanhoitaja- ja toimintaterapia-opiskelijoille sekä työelämäohjaajille ja harjoittelua ohjaaville opettajille. Opiskelijat voivat osallistua monialaisen tiimiharjoitteluun jo opintojensa alkuvaiheessa.

**Kumppanuselementti:**

Tiimiharjoittelu kasvattaa monitieteisyyttä ja yhteisöllisyyttä osastolla ja koulussa, kun ohjaajat ja opettajat laativat yhteiskehittelynä harjoittelujaksosuunnitelman. Monialainen

tiimiharjoittelu synnyttää uudenlaista rajoja ylittävää toimintaa ammattikorkeakoulun ja sairaalan osaston välillä, ja opiskelijat harjoittelevat konkreettisesti intensiivistä monialaista yhteistoimintaa. Monialaisen harjoittelun organisointi haastaa korkeakoulun ja osaston perinteisiä toimintatapoja. Opiskelijoiden yhteisvastuullinen toiminta voi olla esimerkiksi työyhteisölle.

**Kriittinen kommentti:**

Tiimiharjoittelutoiminnan jatkaminen kaipaa vielä lisää yhteiskehittelyä. Opiskelijoiden tiivis yhteistyö potilaan kanssa sitouttaa myös potilaan paremmin hoitosuunnitelman toteuttamiseen. Tiimiharjoittelusta pitää tiedottaa osastotunneilla etukäteen ja toteutuksen aikana: opiskelijoiden ja opettajien odotetaan esittäytyvän osastotunnilla ja kertovan harjoittelun etenemisestä. Opettajien läsnäoloa osastolla pitäisi kyetä lisäämään työharjoittelun aikana. Työelämäohjaajille toivotaan koulutusta monialaisuudesta. Tiimiharjoittelu vaatii lisää monialaista, yksikkörajat ja -rakenteet ylittävää yhteistyötä korkeakoulun sisällä.

## 7. Opiskelijoiden alkuperehdytys sairaalaan

**Miksi?**

Tavoitteena on, että opiskelija sitoutuu harjoitteluun ja harjoittelupaikkaan.

**Miten?**

Sairaalassa järjestetään kaikille ohjattuun harjoitteluun tuleville opiskelijoille infotilaisuus, jossa opiskelijat toivotetaan tervetulleiksi.

Infotilaisuus järjestetään opiskelijoiden ensimmäisenä harjoitteluun tulopäivänä. Opiskelijoiden kanssa käydään läpi muun muassa harjoittelun pelisääntöjä ja esitellään harjoittelupaikka ja se organisaatio, johon paikka kuuluu. Tilaisuuden loputtua opiskelijoille esitellään harjoittelupaikan sairaala, ohjataan pukutiloissa suojavaatetukseen pukeutumisessa ja saatetaan opiskelijat harjoitteluyksikköön.

**Kenelle?**

Alkuperehdytys on tarkoitettu kaikille ohjattuun harjoitteluun tuleville opiskelijoille.

**Kumppanuuselementti:**

Infotilaisuudessa ovat läsnä sekä työelämän että korkeakoulun valmentajaopettaja tai harjoittelua koordinoiva opettaja. Infotilaisuutta kehitetään ja suunnitellaan yhteisesti työelämän ja ammattikorkeakoulun kanssa.

**Kriittinen kommentti:**

Opiskelijat saavat yhdenmukaista tietoa harjoittelupaikasta ja sen käytänteistä ennen varsinaiseen harjoitteluyksikköön menemistä

## II Ratkaisuja opetuksen toteuttamiseen ja opetusmenetelmiin

### 8. Kuntoutusta tukevan potilasvaatekokoelman suunnittelu ja toteutus: useiden peräkkäisten opintojaksojen avulla toteutettu kehittämisprosessi

#### Miksi?

Potilasvaate-kehittämisprosessin kautta vestonomin (AMK) moniosaajuus syvenee. Kehittämistyö laajentaa opiskelijan tutkimuksellista kehittämisosaamista ja luovaa ongelmanratkaisutaitoa. Opiskelija oppii hyödyntämään soveltavan tutkimuksen menetelmiä käyttäjälähtöisyyden ja palvelumuotoilun näkökulmasta erityisryhmille suunnattuun tuotekehitykseen. Hänen kulttuuriosaamisensa ja yhteiskuntavastuuseen liittyvä ymmärryksensä kasvavat.

Opiskelijan prosessien kokonaishallintakyky kehittyy ja kattaa koko vaatetusalan toimintaketjun suunnittelusta ohjeituksen, kaavoituksen ja valmistuttamisen kautta aina markkinointiin saakka. Opiskelijan tiimi- ja projektityötaidot kehittyvät. Hän oppii hakemaan tietoa, käyttämään sitä työhönsä ja ottamaan vastuuta erilaisissa vaatetusalan käytännön tilanteissa.

Opiskelijan vaatetusalan tuntemus sekä mallisto- ja valikoimasuunnitteluosaaminen syvenevät. Hän oppii valitsemaan ja hyödyntämään materiaaleja potilasvaatteille asetettujen vaatimusten mukaisesti ottaen huomioon tuoteryhmän erityisvaatteet niiden käytön ja huollon kannalta. Kehittämistehtävän kautta opiskelijan vaateen muodon ja laadun sekä valmistuttamisen osaaminen syvenee. Hänen markkinointi- ja liiketalousosaamisensa sekä valmiutensa ennakoida tulevia trendejä kehittyvät.

#### Miten?

Tuotekehitysprosessi toteutetaan perättäisten opintojaksojen yhteistyönä. Opettajat ja opiskelijat saattavat vaihtua. Sairaalan potilasvaatekokoelman toteuttaminen syntyi kokeiluvaiheessa osana seuraavia opintojaksoja: innovaatioprojekti, neulosvaatteiden muodon ja laadunhallinta, syventävä kaavatietotekniikka ja ohjeistaminen, materiaalien rekisteröidyt kauppanimet, materiaalien kemialliset käsittelymenetelmät, vaatetusfysiologia, standardit ja testausmenetelmät, brändimarkkinointi ja viestintä.

Prosessi toteutettiin jatkuvassa avoimessa vuorovaikutuksessa työelämän ja asiakkaiden kanssa. Oppimista tuettiin erilaisia tilannekohtaisia työskentelymenetelmiä käyttäen ja integroiden eri opintojaksoja.

#### Kenelle?

Prosessi on tarkoitettu kaikille opiskelijoille sekä nuorisoasteen eri vuosikursseilta että aikuisopiskelijaryhmistä. Työn edetessä prosessi siirtyi ryhmältä toiselle integroiden eri opintojaksoja toisiinsa.

**Kumppanuuselementti:**

Koko toiminta toteutui kolmikantayhteistyössä julkisen ja yksityisen sektorin kanssa. Yhteistyö yhtä aikaa useiden erilaisten kumppaneiden kanssa antaa prosessiin osallistuneille tietoa ja uudenlaisia näkökulmia työskentelyyn. Lisäksi prosessi herättää uusia ajatuksia opiskelijoiden tulevaisuuden työtehtäviksi.

**Kriittinen kommentti:**

Monialaisen prosessin läpi vieminen oli kohtalaisen raskasta. Prosessi opetti, että työnjaoista, työrooleista ja vastuunjaosta ajoissa sopiminen on ensiarvoisen tärkeää onnistuneen käytännön toiminnan turvaamiseksi. Lisäksi olisi tärkeää, että osallistujien tehtäväkuvat ja yhteystiedot ovat selvillä jo alussa.

## 9. Opintojakson osien toteuttaminen autenttisessa työelämäyhteistyössä: menetelmäkokeilut käytännössä

**Miksi?**

Tavoitteena on edistää opiskelijoiden ymmärrystä opintojakson sisältöihin kuuluvilla osa-alueilla, joita ovat esimerkiksi ikääntyneen asiakkaan kohtaaminen, toimintakyvyn mittaaminen ja toimintakykyä ja elämänlaatua edistävän työotteen sekä kliinisen päättelyn harjoittelu. Sairaalan henkilökunta saa tietoa uusien menetelmien ja välineiden soveltuvuudesta kyseisen osaston tarpeisiin. Lisäksi henkilökunta saa tietoa niiden hyödyllisyydestä ja käytön ehdoista sekä niihin liittyvistä rajoituksista.

**Miten?**

Työelämän edustajat ja opettajat käynnistävät suunnittelun yhdessä riittävän aikaisin ja tapaavat opiskelijaryhmät ensimmäisen kerran korkeakoululla.

1. Osastoille nimetään tarkoituksenmukaisesti sairaalan avainhenkilöt.
2. Työelämän avainhenkilöiden kanssa sovitaan aikataulu, ratkaistaan tilakysymykset, käydään huolellisesti läpi opiskelijoiden tehtävät ja kerrataan hanketyön eettinen ohjeisto.
3. Avainhenkilöt valitsevat kokeiluun sopivat osallistujat (esimerkiksi potilaat), varmistavat heidän osallistumishalukkuutensa sekä esittelevät heille kokeilun toteutussuunnitelman.
4. Opiskelijat työskentelevät pienryhmissä, jotka muodostetaan jo ennen työelämään tuloa.
5. Kaikille pienryhmille varataan riittävästi (esimerkiksi 1,5 tuntia) aikaa potilaan tapaamiseen.
6. Jokaisella ryhmällä on tuutor, joka ohjaa ja auttaa ryhmää kokeilun toteutuksessa (esimerkiksi sairaalan fysioterapeutti tai ammattikorkeakoulun opettaja, yhdellä tuutorilla on useampia ryhmiä ohjattavana).
7. Opettaja kokoaa yhteen ryhmien tulokset ja keskustelee niistä sairaalassa henkilökunnan ja opiskelijoiden kanssa.
8. Sairaalan henkilökunnalle voidaan järjestää laajemmin koulutusiltapäivä, jossa esitellään toteutunut kokeilu ja arviointien tulokset. Lisäksi keskustellaan yleisesti toteutuksen onnistumisesta ja arvioidaan yhdessä kokeiltujen menetelmien käyttökelpoisuutta.

**Kenelle?**

Menetelmäkokeilut on tarkoitettu AMK- ja YAMK-tutkintoa suorittaville sosiaali- ja terveystieteiden alan opiskelijoille, osastonhoitajille, työelämän kehittäjille ja opettajille.

**Kumppanuuselementti:**

Opiskelijat saavat tilaisuuden työskennellä monialaisesti aidossa toimintaympäristössä asiakkaiden kanssa sekä kokeilla ja arvioida käytännössä opiskeltavien menetelmien käytettävyyttä ja käyttökelpoisuutta. Sairaalan henkilökunta ja opettajat tutustuvat käytännössä uusien menetelmien käytettävyyteen ja saavat tarvitsemaansa ajantasaista tietoa sekä kokemusta menetelmän soveltuvuudesta.

**Kriittinen kommentti:**

Kokeilut tuovat vaihtelua työhön ja asiakkaiden arkeen. Opettajien läsnäolo testitilanteessa on tarpeen epäselvyyksien varalta. Opettajat ovat pienryhmissä mukana aktiivisina toimijoina ja ryhmän jäsenenä.

## 10. Liikuntaryhmän toteutus

**Miksi?**

Tavoitteena on opiskelijoiden ryhmäohjausosaamisen vahvistaminen konkreettisesti toimintaympäristössä potilaiden kanssa. Potilasryhmä on toimintakyvyiltään heterogeeninen, mikä edellyttää opiskelijoilta nopeaa oman ohjaustoiminnan muuttamista tarpeen mukaan. Opiskelijat harjaantuvat tekemään havaintoja iäkkäistä potilaista ja heidän toimintansa muutoksista ryhmätilanteen aikana. Henkilökunta saa kokemuksia ryhmätilanteiden järjestämisestä sekä niiden ehoista ja merkityksestä potilaan toimintakyvyn edistämiseksi.

**Miten?**

Onnistumisen kannalta tärkeä asia on hyvä tiedonkulku. Ryhmätoiminnan tulee noudattaa osaston kuntoutusajattelua. Kokeiluvaiheessa ryhmätoiminta suunnattiin toimintakyvyiltään heikentyneille, apuvälineitä tarvitseville osaston potilaille. Tarkoituksena oli edistää ja aktivoida osaston potilaita huomioiden heidän ikänsä, terveytensä, vointinsa ja toimintakykynsä. Ryhmän (noin 8 henkilöä) suunnittelussa huomioitiin harjoitukset ilman välineitä ja välineiden (esimerkiksi jättiläisvarjo ja erilaisia palloja) kanssa, kehoa ja lihaksia aktivoivat harjoitukset, lihaksia venyttävät ja rentouttavat toiminnot sekä piiriasetelma, joka mahdollisti luontevan kommunikaation sekä katsekontaktin ja sen myötä lisäsi yhteenkuuluvuuden tunnetta.

1. Ensimmäinen suunnittelutapaaminen oli sairaalan akuuttiosastolla. Mukana oli sekä työelämän että korkeakoulun edustus (osastonhoitaja ja kaksi ammattikorkeakoulun lehtoria).
2. Ryhmätoiminta (noin ½ tuntia) toteutettiin potilaiden iltapäiväkahvin yhteydessä osaston päiväsalissa. Potilaille tiedotettiin ryhmästä ja heitä innostettiin mukaan. Osallistuminen oli vapaaehtoista.
3. Ohjauksesta vastasi kerralla kolme fysioterapeuttiopiskelijaa. Kolme opiskelijaa toimi havaitsijoina ja tarvittaessa apukäsinä.
4. Kukin ryhmäkerta jakautui kolmeen osaan: virittäytyminen, harjoittelu ja jäähdyttely. Virittäytymisen tavoitteena oli potilaan aktivoituminen omien voimavarojensa

käyttöön. Harjoittelun tavoitteena oli vahvistaa ja edistää toimintakykyä. Jäähdyttelyn tavoitteena oli osallistujien rauhoittuminen ja rentoutuminen.

### **Kenelle?**

Liikuntaryhmä on tarkoitettu ammattikorkeakoulun aikuisopiskelijoille ja työelämän asiantuntijoille.

### **Kumppanuuselementti:**

Henkilökunnan osallistuminen on tärkeää erityisesti alueilla, jotka ovat potilaiden aktivointi, osallistumishalukkuuden selvittäminen ja avustaminen siirtymisessä. Potilaat vaihtuvat viikoittain, ja heidän toimintakykynsä vaihtelee suuresti. Ryhmän suunnittelijoina ja vetäjinä toimineet opiskelijat saavat tietoa osallistujista ryhmätilannetta edeltäneenä päivänä. Reippaat ja potilaita kunnioittavat opiskelijat tuovat elämää osaston arkeen.

### **Kriittinen kommentti:**

Ryhmät koetaan osastolla potilaan toimintakykyä edistävinä. Potilaiden osallistuminen ryhmiin aktivoi ja lisää sosiaalista kanssakäymistä ja parantaa orientaatiota. Toiminta aktivoi ja edistää potilaiden toimintakykyä huomioiden potilaiden iän, terveyden ja voinnin. Tuokion toteuttaminen päiväkahvin yhteydessä häiritsee vähemmän osaston tavallista arkea. Potilaiden iloiset ilmeet ilahduttavat ja palkitsevat niin henkilökuntaa kuin opiskelijoitakin.

## 11. Muisteluryhmän toteutus

### **Miksi?**

Tavoitteena on, että opiskelijat saavat käytännössä kokeilla toiminnan käyttöä sekä tutkia sen terapeuttisia vaikutuksia. Potilaiden osallistumisen lisäämiseksi työelämän asiantuntijat voivat etsiä uusia, potilaita aktivoivia ja toimintakykyä tukevia toimintatapoja yhdessä korkeakoulun opiskelijoiden kanssa.

### **Miten?**

Tarinoiden muistelu ja kertominen stimuloivat potilaiden aisteja monin tavoin ja nostavat iäkkäälle potilaalle esiin muistoja menneestä ja lapsuudesta. Yhdessäolo tuo vaihtelua osaston arkeen ja vahvistaa kokemusta siitä, että tehdään jotakin yhdessä. Tuokio laajentaa henkilökunnan ajattelutapoja sekä käsityksiä potilaiden vahvuuksista.

1. Tarinatuokioiden alkusuunnitteluun osallistuvat opinnäytetyövaiheessa olevat opiskelijat yhdessä osastonhoitajan ja tarvittaessa muiden työelämän asiantuntijoiden kanssa.
2. Opiskelijat hankkivat ja valmistelevat ryhmätilanteessa tarvittavat välineet ja materiaalit, esimerkiksi käsinuket.
3. Opiskelijat pitävät päiväkahvin yhteydessä osaston päiväsalissa potilaille "tarinatuokion", joka perustuu ikääntyneiden potilaiden lapsuudessaan kuulemiin satuihin ja tarinoihin.
4. Tarinatuokio pidetään osaston yhteistilassa (päiväsalissa). Henkilökunta kertoo potilaille ryhmästä ja tarvittaessa avustaa siirtymisissä. Työelämän asiantuntijat ovat mukana tilanteessa tutustumassa menetelmään, jotta toimintaa voidaan jatkaa omin voimin, mikäli se osoittautuu mielekkääksi.



5. Osallistujat saavat kokeilla, tunnustella ja käyttää esimerkiksi käsinukkeja.
6. Tuokio etenee potilaiden kertomusten ehdoilla.

### **Kenelle?**

Kokeiluvaiheessa ryhmään osallistui ikääntyneitä potilaita, kaksi toimintaterapeuttipiskelijää sekä joitakin hoitajia ja fysioterapeutteja.

### **Kumppanuuselementti:**

Ryhmiin käyttöä halutaan juurruttaa osastolle. Säännöllinen ryhmätoiminta edellyttää sitoutuneita ohjaajia. Opiskelijoiden ryhmätilanteisiin osallistumalla henkilökuntaa saa kokemuksia erilaisista ryhmätilanteista sekä niiden vaikutuksista potilaisiin. Ryhmätoimintaa voivat toteuttaa myös osastolle harjoitteluun tulevat toimintaterapeuttipiskelijät, jotka voivat tuoda uusia ideoita erilaisista ryhmistä. Opiskelijoiden itse tekemät käsinuket ja muut välineet jäävät osaston käyttöön, jolloin henkilökunta voi jatkaa toimintaa omin voimin.

### **Kriittinen kommentti:**

Tuokion onnistumiseen vaikuttavat kiireettömyys ja osallistujien omassa tahdissa eteneminen. Potilaiden innostuminen ja heittäytyminen rooleihin voi yllättää.

## 12. Monialaisen ammatillisen argumentaation kehittäminen

### **Miksi?**

Tavoitteena on kehittää valmiutta osallistua monialaiseen ammatilliseen keskusteluun. Opiskelijat harjaantuvat näyttöön perustuvan tiedon soveltamisessa asiakastyöhön. Opiskelijat tunnistavat omia havaintojaan ja tuntemuksiaan monialaisissa keskustelutilanteissa ja kuvaavat niitä selkeästi ja jäsentyneesti. Opiskelijat antavat ja vastaanottavat kritiikkiä rakentavasti. Opiskelijat kehittyvät ammatillisessa dialogissa ja asiakaslähtöisten moniammatillisten johtopäätösten tekemisessä.

### **Miten?**

Monialainen opiskelijaryhmä työskentelee todellisen asiakastapauksen parissa työelämän ja ammattikorkeakoulun ohjauksessa.

1. Työelämä antaa useasta eri koulutusohjelmasta tuleville opiskelijoille pohdittavaksi todellisen asiakastapauksen.
2. Opiskelijat tekevät tilanteesta kirjallisen analyysin ja suunnitelman oman ammattinsa näkökulmasta.
3. Monialainen opiskelijaryhmä kokoontuu työelämän edustajan ja korkeakoulun lehtorin ohjauksessa. Jokainen opiskelija esittää oman analyysinsä ja suunnitelmansa. Ryhmä käy dialogista keskustelua esitetyistä suunnitelmista ja muodostaa tilanteesta yhteisen analyysin ja suunnitelman.
4. Ryhmä antaa kullekin jäsenelle palautetta opiskelijan oman esityksen selkeydestä, monialaiseen dialogiin osallistumisesta, panoksesta ryhmän tavoitteeseen pääsemisessä. Lisäksi opiskelija saa opettajan antaman palautteen toisen vaiheen kirjallisesta työstä. Työelämän edustaja antaa palautteen ryhmän suunnitelman saavuttamisen prosessista ja suunnitelman toteuttamisen mahdollisuuksista.

**Kenelle?**

Työskentely on tarkoitettu ammatillisen opintojen vaiheessa oleville sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijoille.

**Kumppanuuselementti:**

Työelämä tuo opiskelijaryhmälle asiakastapauksen, mikä motivoi ja haastaa opiskelijoita. Dialogisessa keskustelussa mukana olevat sekä työelämän että korkeakoulun edustajat tuovat keskusteluun sekä käytännön työn että teorian sisältöjä. Asiakastapauksesta tulee monimuotoinen, mikä edistää opiskelijoiden kriittisyyden kehittymistä ja vahvistaa argumentaatiohaasteita.

**Kriittinen kommentti:**

Monialaisen opiskelijaryhmän toiminnan mahdollistaminen vaatii myös esimiesten ohjausta. Työelämän mukaan saaminen edellyttää luontevaa työelämäyhteistyötä, jossa osaamisen kehittämisen muodot ulottuvat työelämästä korkeakoulun puolelle.

## 13. Monialainen opinnäytetyöpaja

**Miksi?**

Tavoitteena on kehittää kehittämiskumppanuudessa tarvittavia keskustelu-, neuvottelu- ja perustelutaitoja. Monialaisessa opinnäytetyöpajassa opitaan rajaamaan kehittämiskohde, määrittelemään tutkitun tiedon etsimiselle tarvittavat kriteerit, suunnittelemaan opinnäytetyön toteutusta sekä keskustelemaan opinnäytetyön tuloksista yhdessä työelämän asiantuntijoiden kanssa.

Pajat lisäävät työelämän asiantuntijoiden tietoisuutta oman työtoiminnan sisällöistä ja kehittämisen lähtökohdista. Monialainen opinnäytetyöpaja tarjoaa laaja-alaisemman näkökulman kehittämistyöhön ja mahdollistaa eri koulutusohjelmien hyvien käytäntöjen jakamisen.

**Miten?**

1. Monialaiset opinnäytetyöpajat kokoontuvat kaksi kertaa lukukaudessa klo 16–18.00, jotta eri alojen opiskelijat ja työelämänkehittäjät voisivat osallistua mahdollisimman hyvin.
2. Ideavaiheessa olevat opiskelijat keskustelevat yhdessä työelämän asiantuntijoiden kanssa ideoistaan tai työelämän esittämistä kehittämistarpeista realististen suunnitelmien laatimiseksi.
3. Suunnitelmavaiheessa olevat opiskelijat esittelevät suunnitelmansa, jonka konkreettisesta toteutuksesta neuvotellaan osaston kanssa.
4. Työelämäasiantuntijat ovat mukana opinnäytetöiden julkaisutilanteessa joko korkeakoululla tai työelämässä niin, että paikalla voi olla edustajia laajasti koko organisaatiosta tai keskitetysti juuri sillä osastolla, mistä kehittämistyön tarve on noussut.

**Kenelle?**

Opinnäytetyöpajoihin osallistuu monialaisesti ja tarkoituksenmukaisesti osaston henkilökuntaa, työelämässä opinnäytetyön tekemistä suunnittelevia tai sitä toteuttavia opiskelijoita ja opinnäytetyöskentelyn ohjaajia (esimerkiksi sairaanhoidon, fysioterapian, optometrian, vanhustyön ja toimintaterapian sekä kuntoutuksen YAMK-opiskelijoita ja opettajia).

**Kumppanuselementti:**

Monialaisessa opinnäytetyöpajassa työelämän kehittäjät, opiskelijat ja opettajat neuvottelevat yhdessä työelämän kehittämiskohteesta. Työelämän tiedolliset tarpeet ja tiedon soveltamista koskevan keskustelun kuuleminen ja siihen osallistuminen kirkastavat opiskelijalle käytännön työn moninaisuutta ja kehittämistyöhön liittyviä konkreettisia pulmia ja mahdollisuuksia. Eri ammattiryhmien edustajien mukanaolo rikastuttaa opinnäytetyöstä käytävää keskustelua, ja eri näkökulmat täydentävät toisiaan.

**Kriittinen kommentti:**

Monialaiset opinnäytetyöpajat ovat hyvä yhteiskehittelyfoorumi, jonka avulla opinnäytetyöt palvelevat paremmin käytännön tarpeita ja toteutukset tapahtuvat suunnitelmallisemmin ja työelämäläheisemmin. Opinnäytetyöt saavat yhteisen prosessin ja julkaisun kautta vahvemman merkityksen kehittämisen välineinä ja tuotteina.

## 14. Tutkimusklubin monialainen sovellus

**Miksi?**

Tutkimusklubin tavoitteena on tarjota foorumi, jossa korkeakoulun ja työelämän toimijat voivat yhdessä etsiä ja määrittää työelämästä nousevaa tutkitun tiedon tarvetta. Tutkimusklubi vahvistaa opiskelijoiden osaamista näyttöön perustuvan käytännön toteuttamisessa ja vahvistaa työntekijöiden osaamista tutkimustiedon hyödyntämiseksi käytännön työssä.

**Miten?**

1. Tutkimusklubi kokoontuu työelämän tiloissa sovitusti, esimerkiksi 2–3 kertaa tai tarpeen mukaan.
2. Osaston monialainen henkilökunta tekee etukäteen ehdotuksia tarpeellisista aiheista.
3. Tutkimusklubiin osallistuvat työelämän asiantuntijat valitsevat aiheen yhteistoiminnassa opettajan ja opiskelijoiden kanssa.
4. Opiskelijat etsivät yhdessä opettajan kanssa sopivan artikkelin, joka lähetetään osallistujille etukäteen luettavaksi.
5. Opiskelijat perehtyvät artikkeliin huolellisesti ja toimivat tutkimusklubissa artikkelin esittelijöinä.
6. Alustuksen jälkeen keskustellaan monialaisesti aiheen tuomasta tiedosta ja sen merkityksestä sekä hyödynnettävyydestä osaston työskentelyssä.

**Kenelle?**

Tutkimusklubi on tarkoitettu sairaanhoitajille, fysioterapeuteille ja toimintaterapeuteille.

**Kumppanuuselementti:**

Opettajat ja opiskelijat välittävät työelämän tarvitsemaa tutkittua tietoa. Työelämän tiedollisiin tarpeisiin vastaava ja tiedon soveltamista koskeva keskustelu kirkastaa opiskelijoille ja opettajille käytännön työn moninaisuutta ja tuo esiin tutkitun tiedon soveltamiseen liittyviä pulmia ja mahdollisuuksia. Eri ammattiryhmien edustajien mukanaolo rikastuttaa keskustelua, kun eri näkökulmat täydentävät toisiaan. Tutkimusklubi tarjoaa monialaiselle ryhmälle tilaisuuden pohtia yhdessä toiminnan kehittämistä.

**Kriittinen kommentti:**

Tutkimusklubit koettiin kokeiluvaiheessa mielenkiintoisina. Jatkuvuuden ja pitkäjänteisen muutokseen pyrkimisen kannalta olisi mielekästä, että samat työelämän asiantuntijat sitoutuvat klubitoimintaan pidemmäksi aikaa. Kun tutkimusklubi toimii pitkäjänteisesti ja sitoutuneesti, kasvavat osallistujien tietoperusta ja ymmärrys konkreettisten muutosten ehdoista ja merkityksestä käytännön työssä.

Tutkimusklubin aiheiden tulee lähteä osaston tarpeista ja toiveista. Aiheet tulee valita yhdessä, jotta henkilökunta sitoutuu toimintaan ja kokee sen hyödylliseksi. Artikkelien tulee olla todella hyvissä ajoin henkilökunnan luettavissa, ja vieraskielisten artikkelien mukana olisi hyvä olla liitteenä suomenkielinen tiivistelmä, josta ilmenevät artikkelin keskeisten käsitteiden käännökset. Klubitoiminnan erilaisia muotoja niin organisaation sisällä kuin organisaatioiden yhteistoimintana kannattaa pohtia.

# Liittyvä Voima -hankkeen ydintoimijat

Ahola, Sirpa, lehtori, Metropolia Ammattikorkeakoulu  
 Björn, Kari, kehityspäällikkö, Metropolia Ammattikorkeakoulu  
 Ekstam, Hannele, apulaisylilääkäri, Espoon kaupunki  
 Eskola, Päivi, lehtori, Metropolia Ammattikorkeakoulu  
 Gerstenmaier, Irma, lehtori, Metropolia Ammattikorkeakoulu  
 Grahn, Raija, opettaja, Metropolia Ammattikorkeakoulu  
 Harra, Toini, yliopettaja, Metropolia Ammattikorkeakoulu, Liittyvä Voima -  
 hankkeen projektipäällikkö  
 Henriksson, Jaana, kotihoidon aluevastaava, Espoon kaupunki  
 Hirvonen, Marja-Riitta, lehtori, Metropolia Ammattikorkeakoulu  
 Hokkanen, Hannele, koulutus­päällikkö, Metropolia Ammattikorkeakoulu  
 Huusko, Soili, sairaanhoitaja, Espoon kaupunki  
 Häggman-Laitila, Arja, kehityspäällikkö, Metropolia Ammattikorkeakoulu,  
 Liittyvä Voima -hankkeen tutkimuspäällikkö  
 Immonen, Sirpa, erityisasiantuntija, Espoon kaupunki, Liittyvä Voima -hank-  
 keen projektipäällikkö  
 Janhonen, Hilikka, taloussihteeri, Metropolia Ammattikorkeakoulu  
 Jokela, Tuula, sairaanhoitaja, Espoon kaupunki  
 Kallionpää, Laura, Metropolia Ammattikorkeakoulu, Liittyvä Voima -hank-  
 keen projektityöntekijä  
 Karjalainen, Lea, sairaanhoitaja, Espoon kaupunki  
 Karlsson, Mia, sairaanhoitaja, Espoon kaupunki  
 Kieränen, Hanna-Mari, sairaanhoitaja, Espoon kaupunki  
 Kilpeläinen, Nina, toimintaterapeutti, Espoon kaupunki  
 Kolehmainen, Pia, sairaanhoitaja, Espoon kaupunki  
 Kuutama, Sylvia, lehtori, Metropolia Ammattikorkeakoulu  
 Kylmänen-Kurkela, Elina, projektipäällikkö, Espoon kaupunki  
 Laakso, Christina, lähihoitaja, Espoon kaupunki  
 Lacho, Akvaliina, toimintaterapeutti, Espoon kaupunki  
 Liesvirta, Ülle, lehtori, Metropolia Ammattikorkeakoulu  
 Liikka, Päivi, osastonhoitaja, Espoon kaupunki  
 Lindberg, Noora, rekrytointiasiantuntija, Espoon kaupunki  
 Lukkari, Liisa, lehtori, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Marjamäki-Kekki, Minna, osastonhoitaja, Espoon kaupunki, Liittyvä Voima -  
projektisuunnittelija

Mikkola, Tuula, lehtori, koulutusohjelmavastaava, Metropolia Ammatti-  
korkeakoulu

Mikkonen, Raija, lehtori, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Mäkinen, Elisa, yliopettaja, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Nieminen, Kaija, lähihoitaja, Espoon kaupunki

Nuutila, Kaija, laskenta-asiantuntija, Espoon kaupunki

Nyman, Robert, fysioterapeutti, Espoon kaupunki

Pahikainen, Tiina, ylihoitaja, Espoon kaupunki

Parviainen, Erja, lehtori, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Penttilä, Tuula, sairaanhoitaja, Espoon kaupunki

Pihlava, Jari, lehtori, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Punsar, Päivi, sairaanhoitaja, Espoon kaupunki

Rantala-Nenonen, Katariina, opettaja, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Reijonen, Merja, yliopettaja, Metropolia Ammattikorkeakoulu, Liittyvä Voi-  
ma -hankkeen projektipäällikkö

Rekola, Leena, yliopettaja, Metropolia Ammattikorkeakoulu, Liittyvä Voima -  
hankkeen tutkija

Risku, Susanna, fysioterapeutti, Espoon kaupunki

Roivas, Marianne, lehtori, julkaisutoimittaja, Metropolia Ammattikorkea-  
koulu

Rossi, Saara, sosiaaliohjaaja, Espoon kaupunki

Salomaa, Eija, osastonhoitaja, Espoon kaupunki

Salonen, Arto O., lehtori, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sten, Kajsa, opettaja, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sumusalo, Petteri, sairaanhoitaja, Espoon kaupunki

Säisä-Winter, Pirjo, lehtori, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Tanninen, Heidi, lähihoitaja, Espoon kaupunki

Törmä, Leena, sairaanhoitaja, Espoon kaupunki

Valkama, Ulla, sairaanhoitaja, Espoon kaupunki

Widen, Maria, lähihoitaja, Espoon kaupunki

Åhman, Suvi, fysioterapeutti, Espoon kaupunki



# Yhteiset asiakkaat

## Ammattikorkeakoulu ja sairaala kehittäjäkumppaneina

Korkeakoulut ja työelämä ovat luontevia kumppaneita, kun kehitetään asiakaslähtöisyyttä ja hyvää palvelua sosiaali- ja terveysalalla. *Yhteiset asiakkaat* kuvaa Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Espoon sairaalan työskentelyä potilaiden turvallisuuden, kotiutumisen ja toimintakyvyn edistämiseksi. Julkaisu käsittelee havainnollisesti myös sosiaali- ja terveysalan henkilökunnan osaamisen sekä tehokkaan ja ennakoivan rekrytoinnin kehittämistä.

Onnistunut kumppanuustoiminta energisoi ja inspiroi kaikkia osapuolia. Uudet näkökulmat ja työn tekemisen mahdollisuudet aktivoivat arvioimaan omaa toimintaa ja etsimään uusia ratkaisuja.

Julkaisu on toteutettu Metropolian opettajien ja Espoon sairaalan henkilökunnan yhteiskirjoittamisena. Se on tarkoitettu terveydenhuollon työntekijöille ja palvelujen käyttäjille sekä korkeakouluopettajille ja -opiskelijoille.

