

ePooki 9/2013

OULUN SEUDUN AMMATTIKORKEAKOULUN TUTKIMUS- JA KEHITYSTYÖN JULKAISUT

Hilkka Honkanen, Liisa Kiviniemi (toim.)

YHDESSÄ MUKANA MUUTOKSESSA

LEA RISSASEN JUHLAKIRJA

ePooki - Oulun seudun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut

© Tekijät ja Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Julkaisu on tekijänoikeussäädösten alainen. Teosta voi lukea ja tulostaa henkilökohtaista käyttöä varten. Käyttö kaupallisiin tarkoituksiin on kielletty.

Julkaisija Oulun seudun ammattikorkeakoulu
www.oamk.fi/epooki
Oulu 2013

ISBN 978-951-597-092-3 (PDF)
Pysyvä osoite: <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-597-092-3>

Ulkoasu: Viestintäpalvelut
Kuvat: Shutterstock

ePooki 9/2013

OULUN SEUDUN AMMATTIKORKEAKOULUN TUTKIMUS- JA KEHITYSTYÖN JULKAISUT

Hilkka Honkanen, Liisa Kiviniemi (toim.)

YHDESSÄ MUKANA MUUTOKSESSA

LEA RISSASEN JUHLAKIRJA

SISÄLLYS

- 5 ESIPUHE
- 6 LUKIJALLE
- 8 TERVEYSTIETEIDEN TOHTORI, YLIOPETTAJA LEA RISSANEN

Sosiaali- ja terveysalan uudistuva koulutus

- 11 TERVEYDENHOITAJAKOULUTUKSEN JUURET JA SIIVET OULUN KOULUSSA
Annikki Lämsä
- 23 HOITOTYÖN OPISKELIJA MIELENTERVEYSTYÖN HARJOITTELUSSA
Pirkko Suua
- 27 POHJOIS-SUOMEN AMMATTIKORKEAKOULUT YHDESSÄ KEHITTÄMÄSSÄ TERVEYDEN EDISTÄMISEN YLEMPÄÄ AMK-TUTKINTOA
Anneli Paldanius, Airi Paloste
- 30 TERVEYDEN EDISTÄMISEN OSAAMISTA POHJOISEN VÄESTÖN TARPEISIIN – JATKOTUTKINTOKOKEILUSTA YLEMPÄÄN AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTOON
Sirkka-Liisa Halme
- 37 YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO JA INNOVAATIO-OSAAMINEN
Hilkka Honkanen
- 43 YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO OULUN SEUDUN AMMATTIKORKEAKOULUSSA
Irene Isohanni

Moniulotteinen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen

- 48 TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN TARKASTELU LASTEN KLIINISEN KIPUTUTKIMUKSEN KONTEKSTISSA – TAVOITTEENA LASTEN HYVÄN OLON EDISTÄMINEN
Tarja Pölkki, Anna-Majja Pietilä
- 54 NÄKÖKULMIA LAPSEN LIHAVUUDEN HOITOON
Leea Järvi
- 64 TULEVAISUUDEN SYÖPÄKUNTOUTUS
Raija Nurminen
- 70 EHKÄISEVÄ POLITIIKKA, ENNALTAEHKÄISEVÄ TOIMINTA JA VARHAINEN TUKI SOSIAALIHUOLTOLAKIEHDOTUKSESSA
Helena Siira

Johtaminen ja työhyvinvointi muuttuvissa toimintaympäristöissä

- 77 TERVEYSTIETEELLISEN TUTKIMUSTIEDON HYÖDYNTÄMINEN JOHTAMISESSA
Leena Paasivaara
- 81 MONIMUOTOISTUVAN TYÖYHTEISÖN JOHTAMISEN HAASTEITA
Helena Heikka
- 87 KEHITTÄMISTYÖLLÄ TYÖYHTEISÖN TOIMIVUUTTA JA TYÖHYVINVOINTIA
Liisa Kiviniemi
- 91 JUST DO IT – MISTÄ SYNTYY INNOVATIIVINEN TOIMINTAYMPÄRISTÖ
Kirsi Koivunen
- 96 KIRJOITTAJAT

Esipuhe

Oulun seudun ammattikorkeakoulu on merkittävä toimija Pohjois-Suomessa. Oulun seudun ammattikorkeakoulussa on noin 9 000 opiskelijaa ja noin 800 työntekijää. Uusia ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita valmistuu Oulusta vuosittain yli 1 200. Oulun seudun ammattikorkeakoulu vastaa ammattikorkeakoulutuksen monimuotoisuudesta. Se tarjoaa ammattikorkeakoulututkintoon johtavaa koulutusta viidelle eri koulutusalueella sekä ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavaa koulutusta neljällä eri koulutusalueella. Lisäksi Oulun seudun ammattikorkeakoulun opettajakorkeakoulu on ainoa Pohjois-Suomen ammatillisten opettajien kouluttaja.

Ammattikorkeakoulun soveltava tutkimus- ja innovaatiotoiminta palvelee ja tukee opetuksen lisäksi alueen kehitystä ja uudistaa elinkeino- ja työelämää Pohjois-Suomessa. Tavoitteena on vahvistaa alueen kilpailukykyä, hyvinvointia ja vaikuttavuutta. Tavoitteeseen pyritään kehittämällä erityisesti kysyntä- ja käyttäjälähtöistä innovaatiotoimintaa sekä osallistamalla hyvinvointipalveluiden kehittämiseen. Näin on sovittu myös ammattikorkeakoulun, opetus- ja kulttuuriministeriön sekä Oulun seudun koulutuskuntayhtymän välisessä sopimuksessa kaudelle 2013–2016.

Oulun seudun ammattikorkeakoulu on sitoutunut toimimaan Oulun innovaatiokeskittymässä omilla painoaloillaan, joita ovat internet ja ICT, energia ja ympäristö, terveys ja hyvinvointi sekä luovat alat. Painalojen lisäksi korkeakoulu yhteisön yhteisiä kehittämiskohteita ovat yritysryhmittäisyys, kestävä kehitys ja kansainvälisyys. Nämä teemat näkyvät kaikessa ammattikorkeakoulun toiminnassa.

Tämä yliopettaja, terveystieteiden tohtori Lea Rissasen juhla- ja esipuhe käsittelee ammattikorkeakoulun terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen painoalan teemoja. Kirjoittajat pohtivat sosiaali- ja terveysalan koulutuksen kehittämistä, terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä, johtamista sekä työhyvinvointia muuttuvissa toimintaympäristöissä. Kirjoittajilla on korkeatasoisista osaamista ja myös kokemusta koulutuksen että työelämän kehittämisestä.

Kiitän lämpimästi kaikkia tämän juhla- ja esipuheen kirjoittajia Sirkka-Liisa Halmetta, Helena Heikkaa, Kirsi Koivusta, Leea Järveä, Annikki Lämsää, Raija Nurmista, Leena Paasivaaraa, Anneli Paldaniusta, Airi Palostetta, Anna-Maija Pietilää, Tarja Pölkkiä, Helena Siiraa ja Pirkko Suuaa. Erityiskiitokset haluan osoittaa juhla- ja esipuheen toimittajille Hilka Honkaselle ja Liisa Kiviniemelle.

Kiitän myös koko Oulun seudun ammattikorkeakoulun puolesta yliopettaja Lea Rissasta arvokkaasta työstä sosiaali- ja terveysalan koulutuksen kehittämiseksi. Lea Rissanen on terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ja sen johtamisen merkittävä kehittäjä ja tutkija. Pitkän työuransa aikana hän on luonut toimivia ja monipuolisia yhteistyöverkostoja muiden korkeakoulujen sekä työelämäyhteisöjen kanssa. Siitä hyvänä esimerkkinä on tämän julkaisun kirjoittajakunnan monipuolisuus ja laaja-alaisuus.

Oulussa 22.5.2013

Irene Isohanni
ePookin päätoimittaja

Lukijalle

Kirjan artikkelit kuvaavat Lean ammattiuran monipuolisuutta – terveyden edistämisen substanssiosaamisesta koulutuksen kehittämiseen. Yhden ulottuvuuden kirjassa muodostavat johtamisen ja työhyvinvoinnin haasteisiin liittyvät artikkelit. Useamman kirjoittajan kontekstina on ylempi ammattikorkeakoulututkinto, jonka kehittämisessä Lealla on ollut merkittävä rooli.

Kirjan ensimmäisessä artikkelissa terveydenhuoltoneuvos Annikki Lämsä vie meidät mielenkiintoiselle historialliselle matkalle terveysalan ammattilaisten koulutuksessa Oulun koulussa. Hän keskittyy erityisesti terveyssisarten koulutukseen sodan jälkeisessä Suomessa, jossa kansanterveyden haasteet olivat suuria. Artikkelit on samalla kuvaus myös Lean työhistoriasta. Hän on ollut aktiivisesti mukana koulutuksen kaikissa uudistuksissa opistoasteelta ammattikorkeakouluun.

Sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa on työharjoittelun osuus merkittävä. Pirkko Suuan artikkelissa tarkastellaan sairaanhoitajakoulutukseen kuuluvaa mielenterveystyön oppimista mielenterveystyön harjoittelun näkökulmasta. Siinä kuvataan mielenterveystyön harjoittelua opiskelijan oppimisympäristönä, siihen kuuluvia erityispiirteitä ja kehittämisen kohteita.

Kirjan seuraavat artikkelit liittyvät ylempään ammattikorkeakoulututkintoon, jossa Lea oli aktiivinen kehittäjä koko kymmenvuotisen historian ajan. Anneli Paldaniuksen ja Airi Palosteen artikkelissa kuvataan yamk-tutkinnon kokeiluvaihetta, jossa Kemi-Tornion, Oulun seudun ja Rovaniemen ammattikorkeakoulut tekijät kiinteää yhteistyötä Terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän työn jatkotutkintokokeilussa.

Myös Sirkka-Liisa Halme kuvaa artikkelissaan ylempään ammattikorkeakoulututkintokoulutuksen alkuvaihetta ja paikkaa terveyden edistämisen osaamisen kehittämisessä, erityisesti Pohjois-Suomen väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tarpeiden ja haasteiden näkökulmasta.

Hilkka Honkasen artikkelissa vastataan joltain osin edellisten artikkelien haasteeseen kehittää yamk-koulutusta yhteiskuntaan vahvasti kiinnittyväksi, laaja-alaista tutkimus- ja kehittämisosaamista tuottavaksi koulutukseksi. Yhteiskunnan nopeasti muuttuessa työelämäkehittäjiltä vaaditaan entistä enemmän rohkeutta käynnistää ja kokeilla uusia tapoja toimia. Puhutaan innovaatio-osaamisesta, mikä pitää sisällään rohkeuden, luovuuden ja innostuneisuuden. Artikkelissa pohditaan, tuottaako nykyinen yamk-koulutus tällaista osaamista ja miten pedagogisilla toteutusvalinnoilla voimme osaamisen kehittämistä edistää.

Ylempää ammattikorkeakoulututkintoa käsittelevien artikkelien sarjan päättää Irene Isohannin artikkeli, jossa kuvataan ylempään ammattikorkeakoulututkinnon sijoittumista suomalaiseen korkea-

koulujärjestelmään sekä tutkinnolle asetettuja osaamisvaatimuksia. Isohannin artikkelin pääpaino on Oulun seudun ammattikorkeakoulun ylempien ammattikorkeakoulututkintojen tulevaisuuden näkymissä ja kehittämistarpeissa.

Seuraavia artikkeleita yhdistää hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen moniulotteinen tarkastelu. Tarja Pölkkin ja Anna-Maija Pietilän artikkelissa tarkastellaan hyvinvointia lasten kliinisen kipututkimuksen kontekstissa, jolloin tarkastelu keskittyy sairaalahoidossa oleviin lapsiin. Lapsen kivuttomuutta tarkastellaan tärkeänä osana lapsen terveyttä ja hyvinvointia, turvallisuuden tunnetta ja sen ylläpitämistä, lapsen osallistumista ja kuulluksi tulemistä sekä perheen merkitystä ja sosiaalisia suhteita.

Leea Järven artikkeli paneutuu yhteen merkittävään kansanterveyden haasteeseen; kaikenikäisten suomalaisten lihavuuden yleistymiseen. Erityisesti lapsuusiän lihavuuden ehkäisy on tärkeää, sillä mitä varhemmin asiaan puututaan, sitä parempi on ennuste. Lisäksi lihomiseen puuttuminen on huomattavasti helpompaa kuin lihavuuden hoito. Leea korostaa elintapaohjauksen ja lihaviiden lasten perheiden ohjaamisen edellyttävän terveydenhuollon ammattilaisilta hyvää vuorovaikutusta lapsen ja perheen kanssa. Vuorovaikutuksen tavoitteena on luottamuksellisen ohjaussuhteen muodostaminen. Ammattilaisten koulutuksessa ohjaustaitojen kehittämiseen tulee panostaa.

Raija Nurminen kuvaa artikkelissaan tulevaisuuden syöpäkuntoutusta, jonka tuloksellisuuden voidaan katsoa perustuvan vankkaan ammattitaitoon, toiminnan kehittämiseen, tarvelähtöiseen toimintaan sekä ihmistä arvostavaan ympäristöön. Kuntoutustoiminnalla on moniulotteiset vaikutukset syöpää sairastavien elämään. Tukevilla ja edistämällä syöpään sairastuneiden ja heidän läheistensä terveyttä ja toimintakykyä voidaan parantaa merkittävästi heidän elämänlaatuaan ja -hallintaa sekä edistää sairautteen sopeutumista ja siitä selviytymistä. Kuntoutuksen tulee olla mahdollisuus jokaiselle syöpää sairastavalle.

Helena Siira pureutuu artikkelissaan uudistuvaan sosiaalihuollon lainsäädäntöön, joka sisältää aikaisempaa laajemman näkemyksen ennaltaehkäisevästä toiminnasta ja varhaisesta tuesta. Uudistuva lainsäädäntö asettaa uusia vaateita myös osaamiselle niin kunnissa kuin oppilaitoksissakin. Ammattikorkeakoulun ja sosiaali- ja terveysalan yksikön haasteena on, miten ehkäisevän sosiaalipolitiikan, sosiaalityön ja sosiaalihuollon sekä lasten ja nuorten kasvun ja tuen orientaatioista nousevan ennalta ehkäisevän ja varhaisen tuen koulutusta, tutkimus- ja kehitys-toimintaa toteutetaan ja miten se organisoidaan koulutusohjelmiin.

Kirjan viimeiset artikkelit liittyvät johtamiseen ja työhyvinvointiin muuttuvissa toimintaympäristöissä. Leena Paasivaara pohtii artikkelissaan tiedon hyödyntämistä johtamistyössä vaikuttavuuden

näkökulmasta. Hän tarkastelee tiedon objektiivista ja toiminnallista luonnetta ja sitä, millaista tietoa pidetään johtamistyössä vaikuttavana. Hänen mielestään tieteen tulee olla johtamiskäytäntöä hyödyntävää, toisaalta käytännön tulee taas osata hyödyntää tieteellistä tutkimusta, mutta tieteellä on aina myös soihdunkantajan rooli, sen on uskallettava avata uusia näkökulmia.

Helena Heikka tarkastelee artikkelissaan monimuotoistuvan työyhteisön johtamisen haasteita. Hän kuvaa monimuotoisuuden ilmenemistä työyhteisöissä kulttuurisen ja eri sukupolvien työorientaatioiden näkökulmasta. Toimivan työyhteisön ja hyvän johtamisen kulmakivenä ovat oikeudenmukaisuus ja luottamus. Henkilöstöjohtamisen keskeisenä menestystekijänä on johtajan kyky aktivoida henkilöstön luova potentiaali ja suunnata se tulosten tekemiseen. Henkilöstöjohtamisen ydinvalmiutena kuvataan työyhteisön jäseniä kannustavat ja tukevat vuorovaikutustaidot. Jatkuvien muutostilanteiden johtaminen edellyttää kykyä organisoida muutostilanteiden osatekijät toimivaksi kokonaisuudeksi sekä kykyä lukea ympäristöstä tulevia signaaleja.

Sosiaali- ja terveysalan organisaatiot ovat asiantuntijaorganisaatioita, joissa vaikuttavat vahvat ammattilaiskulttuurit. Jatkuvat rakenteelliset muutokset, eri sukupolvien erilaiset työorientaatiot sekä kulttuuritaustaltaan monimuotoistuva työyhteisö haastaa johtajat kehittämään valmiuksiaan ja uudistamaan johtamiskäytäntöjään. Sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden merkittävä haaste on lähitulevaisuudessa uhkaava sekä osaavien työntekijöiden että johtajien puute. Hyvällä henkilöstöjohtamisella voidaan vaikuttaa tekijöihin, jotka ovat yhteydessä hyvän työyhteisön syntymiseen ja ylläpitämiseen. Hyvällä henkilöstöjohtamisella voidaan vaikuttaa alan vetovoimaisuuteen ja maineeseen hyvänä ja haluttuna työpaikkana myös tulevaisuudessa.

Työhyvinvoinnista jatkaa Liisa Kiviniemi artikkelissaan, jossa esitellään esimerkin avulla näkökulmia työyhteisön kehittämiseen ja työhyvinvoinnin edistämiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuvat suuret muutokset vaativat esimiehiltä hyvää henkilöstöjohtamista, jotta työn tuloksellisuus ja samalla työntekijöiden työhyvinvointi voidaan turvata. Ikääntyneiden asiakkaiden hoivaan ja asumispalveluihin keskittyneessä yksikössä kahden vuoden kehittämisprosessi oli tulokellinen ja jätti pysyviä työkäytäntöjä työyhteisöön ja esimiestyöhön. Näiden uusien työkäytäntöjen avulla työyhteisö on arvioinut jopa selvinneensä hyvin mittavista organisatorisista muutoksista.

Viimeisenä artikkelina on Kirsi Koivusen artikkeli, jossa tarkastellaan innovatiivista toimintaympäristöä eri näkökulmista, erityisesti systeemiteoreettisesti ja eri asiantuntijoiden tuottamaan tietoon perustuen. Aluksi perehdytään innovaatiotoimintaan, innovatiivisuuteen ja niiden käsitteistöön, pohditaan asiantuntijoiden ja tutkimusten perusteella innovaatioiden syntymistä ja merkitystä, innovatiivisen toimintaympäristön johtamisen haasteita sekä lopuksi sitä, mitkä asiat luovat innovatiivisen toimintaympäristön, eli JUST DO IT -ilmiön.

Me kirjan toimittajat olemme Lea Rissasen läheisiä työtovereita. Vuosien varrella Lean kanssa käyty keskustelut muun muassa eettisistä ja pedagogisista kysymyksistä sekä terveydestä ja hyvinvoinnista ovat olleet meille monin tavoin arvokkaita. Lean asiantuntemus, viisaus ja ihmistä kunnioittava toimintatapa on välittänyt opiskelijoille ja työtovereille eri tilanteissa.

Hilkka Honkanen ja Liisa Kiviniemi
Juhlakirjan toimittajat

Terveystieteiden tohtori, yliopettaja Lea Rissanen

OPINNOT

Aloittaessani terveysalan koulutuksen Oulun sairaanhoito-oppilaitoksen röntgenhoitajakoulutuksessa vuonna 1969 terveydenhoito oppiaineena kiinnosti minua alusta alkaen samoin kuin sairaanhoitajakoulutuksessakin. Tuolloin sain hyvän perustan terveyden edistämiseksi, joskaan silloin en muista terveyden edistämisen käsitettä käytetyn. Sairaanhoidon opettajakoulutuksessa 1980-luvulla terveystieteiden ja kansanterveysyö olivat entistä kiinnostavampia oppiaineita liittyen työkokemukseni terveydenhuollon eri sektoreilla.

Kävin terveydenhoitajakoulutuksen 80-luvun puolivälissä ja se vielä lisäsi kiinnostustani eri-ikäisten ja eri elämäntilanteissa olevien ihmisten terveyteen ja niihin vaikuttaviin tekijöihin. Tällöin myös ympäristöön liittyvät asiat nousivat kiinnostukseni kohteeksi. Yliopisto-opinnot 90-luvulla, maisteritutkinto terveydenhuollon koulutusohjelmassa ja siihen liittyvä hallinnon harjoittelu toivat yhteiskunnallista näkökulmaa siihen, miten julkista terveydenhuoltoa kehitettiin hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Terveystieteiden tohtorin tutkintoon liittyvä väitöskirjani syvensi näkemystäni ikääntyvien ihmisten terveydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä.

MATKANI TYÖSSÄ JA OPETUKSESSA HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄJÄNÄ

Valmistuttuani sairaanhoito-oppilaitoksesta työskentelin terveydenhuollon eri sektoreilla niin sairaalassa kuin avoterveydenhuollossakin. 70-luvun alkupuolella olin erikoissairaanhoitajana Oulun yliopistollisen keskussairaalan röntgenosastolla, jossa pääsääntöisesti toimin sairaanhoitajana erilaisissa toimenpiteissä. Näissä tilanteissa potilaat usein kysyivät, mitä minun pitäisi tehdä tämän sairauden voittamiseksi? Tällöin oli oiva mahdollisuus keskustella potilaiden



kanssa terveyteen vaikuttavista tekijöistä ja samalla ohjata heitä huolehtimaan terveydestään.

Vuonna 1978 muutin perheeni kanssa Keski-Suomeen. Kotisairaanhoidossa työskentelyni silloisessa maalaispitäjässä antoi hyvät mahdollisuudet auttaa ihmisiä hoitamaan omaa terveyttään. Nuorena, innokkaana terveyskasvattajana maalaismiljöössä terveyskasvatuksi tuotti hauskojakin tilanteita. Pidettyäni maalaisäsnälle palopuheen rasvankäytöstä, hän minun lopetettuani palopuheeni sulki oven lähtiessään, aukaisi sen uudelleen ja tuumasi, että ”alkaisit sinäkin syömään, ettei tarvitsi kahta kertaa ovea avata, että näkee sinut.” Monta kertaa työpäivän aikana jouduin miettimään, että miten osaan ja saan ihmiset ymmärtämään ja toimimaan terveytensä hyväksi.

Toimintani diabeteshoitajana, verenpaineneuvolassa sekä kotisairaanhoidossa vanhustyön parissa lisäsi kiinnostustani hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Terveellisen ruoan merkitys korostui myös kansalaisopistossa talousopettajan kanssa pitämässäni ruokailloissa. Siinä työssä tuli hyvin esille elämäntapojen, mutta myös psykososiaalisen ympäristön ja terveysvalintojen merkitys terveyteen ja hyvinvointiin.

Elämäntilanteen muuttuessa palasin työskentelemään Oulun yliopistosairaalaan erikoissairaanhoidajaksi ja vs. osastonhoitajaksi. Eräs röntgenhoitaja sanoi minulle, että ”aina, kun sinä olet tutkimus-huoneissa, siellä keskustellaan potilaan kanssa terveysasioista”. Osastonhoitajana ja työsuojeluasiamiehenä toimiminen laajensi näkemystäni ihmisen terveyden ja työn välisestä yhteydestä.

Sairaanhoidonopettajakoulutukseni aloitin 1980-luvun alkupuolella. Valmistuttuani opettajaksi opetusalueekseni muotoutui Kansanterveystyön ja terveyskasvatuksen opetus ja näitä opetin lähes kaikissa koulutusohjelmissa. Opettajakoulutuksen aikainen terveyskasvatuksen opetus antoi syventävää tietoa terveyskasvatuksen opetuksesta. Tampereen yliopistoon suoritettujen kansanterveystieteen opinnot lisäsivät edelleen kiinnostustani terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Vuonna 1986 ilmestynyt Terveyspolitiikan tavoite ja toiminta-ohjelma Terveyttä kaikilla vuoteen 2000 oli asiakirja, josta tuli tärkeä osa terveyden edistämisen opetusta.

Keskiasteen koulunuudistus vuonna 1987 lisäsi haasteita terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi ja sen opettamiselle. Olin terveydenhoitajakoulutuksen opettajana, mutta edelleen opetettavia aineitani olivat terveyteen liittyvät asiat kaikissa koulutusohjelmissa. Silloiset opetussuunnitelmat painottivat hoitoalan koulutuksissa terveyden edistämisen opetusta. Tätä aikakautta kuvaa hyvin itsehoidon oppimiseen ja opettamiseen liittyvät asiat. Maisteritutkintoon liittyvä graduni käsitteli Potilaan itsehoitoa ja sen oppimista sairaanhoidon opiskelijoiden kuvaamana. Opiskelijoiden mielestä koulutus oli lisännyt heidän tietoisuuttaan terveyden ja itsehoidon merkityksestä. ”Nyt jo osaan toteuttaa itsehoidon periaatteita esimerkiksi kannustamalla potilasta.”

Työskentelyni Oulun yliopiston hoitotieteen laitoksen amanuenssina vuosina 1989–1991 ja maisteritutkintoon liittyvä hallinnon opiskelu

lisäsivät näkemystäni työhyvinvoinnin merkityksestä hyvän henkilöstöjohtamisen perustana.

Palasin takaisin opettajaksi Oulun terveydenhuolto-oppilaitokseen opettajakoulutukseen, jossa pääpaino opetuksessani oli Kansanterveystyö ja terveyskasvatus sekä opetusharjoittelun ohjaus. Opettajakoulutuksen päätyttyä siirryin alkavaan ammattikorkeakoulukokeiluun terveydenhoitajien opettajaksi. Täältä lähdin puoleksitoista kuukaudeksi Englantiin Guilfordiin opettajavaihtoon ja seuraavana vuonna Coventryyn, jossa sain lisätietoa terveyden edistämisen ja terveyskasvatuksen opetuksesta. Myös muut työmatkat Eurooppaan ja Yhdysvaltoihin lisäsivät tietoa terveyden edistämisen opetuksesta näissä maissa.

Terveystieteen tohtoriopintoihini liittyvän väitöskirjani Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen keskittyi vanhenevien ihmisten terveyteen, toimintakykyyn ja sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön. Väitösvuoteni oli vanhusten vuosi, joten väitöskirjani sai tiedostusvälineissä runsaasti huomiota. Tällöin lehdet otsikoivat haastateltavien ikäihmisten sanomaa, että terveyteen kuuluu sairauskin ja vanhenevien ihmisten omaehtoinen terveydenhoito.

Pohjois-Suomen varuskunnista oli laatutyön tiimoilta täydennuskoulutuksessa henkilökuntaa ja keskustelimme alkuun heidän perustehtävästään. Heidän mielestään perustehtävä oli kouluttaa hyviä sotilaita. Minä puolestani kysyin, että eikö tehtäväne ole varusmiesten terveyden edistäminen? Tämä herätti kiivaan väittelyn asiasta varuskuntasairaanhoidajien ollessa terveyden edistämisen kannalla.

Ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtava jatkotutkintokokeilu alkoi vuonna 2002. Kokeiluhakemusta Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn koulutusohjelmaan tehtiin Kemi-Tornion, Rovaniemen ja Oulun seudun ammattikorkeakoulujen yhteistyönä silloisten yksikönjohtajien ohjaamina. Näin muotoutui ensimmäinen Terveyden edistämisen koulutusohjelma, jota toteutettiin moniammatillisena yhteistyönä ja alkaneet ryhmät olivat myös moniammatillisia.

Toimin alkuvuosien ajan koulutusohjelmassa yliopettajana ja koulutusohjelmavastaavana. Kokeilu vakinaistettiin vuonna 2005. Innokkaita eri sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita riitti opiskelemaan terveyden edistämistä ja terveyden edistämisen menetelmiä elämänsä eri vaiheissa niin kliinisellä kuin sosiaalialallakin.

Vuonna 2007 siirryin vastaamaan myös sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmasta. Tässä koulutusohjelmassa painottui työhyvinvoinnin ja henkilöstöjohtamisen välinen yhteys. Esimiehen tehtävä on työhyvinvoinnin edistäminen ja työn muovaaminen ihmiselle sopivaksi.

Näissä koulutusohjelmissa on opiskeltu terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä moniammatillisissa ryhmissä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia sekä yksityiseltä että julkiselta sektorilta. Näinä vuosina olen ohjannut lukuisia sekä kokeilun aikana että vakinaistamisen jälkeen tehtyjä opinnäytetöitä, jotka liittyivät eri-ikäisten terveyteen ja hyvinvointiin niin yksilöiden perheiden kuin erilaisten yhteisöjenkin.



Terveydenhoitajakoulutuksen juuret ja siivet Oulun koulussa

Annikki Lämsä

Terveydenhuoltoneuvos

"Kun minulla nyt on ilo jakaa terveystietoa, pyydän saada toivoa Teille, arvoisat terveysasiantuntijat, menestystä kauniissa, isänmaallisessa tehtävässä levittää terveyttä ja hyvinvointia maamme laajoilla alueilla"

Näin mainitsi kenraali Carl Gustav Emil Mannerheim ensimmäisen terveystietokurssin päätöstilaisuudessa maaliskuun toisena päivänä 1925 juhlapuheensa lopuksi. Terveystietokurssi valmistui tuolloin 11.

TAUSTAA

Kaksikymmentä vuotta myöhemmin (3.3.1945) 16 terveystietokurssin opintonsa Oulun sairaanhoitaja-terveystietokoulussa. Asiakirjoissa mainitaan usein, että tällöin perustettiin "Oulun koulu". Oulussa oli koulutettu sairaanhoitajia vuodesta 1896, mutta terveystietokoulutuksen aloittamisen myötä Oululle tuli kansallinen tehtävä suunnitella ja toteuttaa sellainen sairaanhoitaja- ja terveystietokoulutus, jossa alusta lähtien ehkäisevä terveydenhoito oli johtavana periaatteena.

Tämä tehtävä merkitsi uudentyypistä opetussuunnitelmaa ja sen toteutusta. Terveystietokoululle saatiin päätoiminen opetushenkilös-

tö: johtajatar, kaksi apulaisjohtajataria sekä vähitellen päätoimisia opettajia. Terveystietokurssin Birgit Nieminen toimi sairaanhoitaja-terveystietokoulun, sittemmin Oulun sairaanhoitajaopiston, Oulun sairaanhoito-opiston sekä Oulun sairaanhoito-oppilaitoksen johtajattarena ja rehtorina vuoteen 1973. Nimien muutokset kertovat kunakin aikana tapahtuneista koulutusmuutoksista. Apulaisjohtajattarina aloittivat terveystietokurssit Alli Pyysalo ja Sylvi Askola.

Suomi oli toipumassa sodasta. Lapin sodan jaloista Pohjanmaalle ja Ruotsiin siirretyt olivat palaamassa hävitetylle kotiseudulle. Koko Pohjois-Suomi varustautui kaikin tavoin jälleenrakentamaan kotiseutuaan. Tarvittiin kansallista ja kansainvälistä tukea, jota Pohjois-Suomi saikin eri muodoissa. Vuonna 1944 säädetyt lait kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista, terveystietokurssista ja kättilöistä loivat perustan suomalaiselle kansanterveystyölle ja terveystietokurssityölle, sen koulutukselle ja kehitykselle. Sodan jälkeisen Pohjois-Suomen rakentaminen, 1940-luvun "kansanterveyslakien" velvoittamien rakenteiden ja toimintojen aikaansaaminen alueen kunnissa sekä Oulun terveystietokoulun perustaminen samoihin aikoihin muodostavat poikkeuksellisen ajanjakson maamme terveydenhuollon ja alan koulutuksen historiassa. Sota-aikana ja sodanjälkeisinä vuosina kentillä toimineet ja sittemmin Oulun koulussa koulutetut terveystietokurssit

sisaret ja heidän opettajansa ovat osa sitä sukupolvea, jotka ovat olleet maksamassa sotavelkoja, jälleenrakentaneet maatamme ja kasvattamassa maailman terveimmät lapset. (WHO v.1950.)

He olivat luomassa nykyistä maailman kilpailukykyisintä Suomea. "Oulun koulusta" tuli ennalta ehkäisevän terveydenhoidon opinahjo. "Aurinko nousee pohjoisesta" oli usein todettu sanonta, kun Oulun terveydenhuoltoalan koulutuksesta puhuttiin.

Sairaanhoitajatarkoulun oppilaat palasivat sotaisilta komennuksiltaan:

"Olin kiertänyt eripuolilla Suomea sotasairaalaista toiseen, haavoittuneita, haavoittuneita, leikkauksia, haavojen hoitoa ja haavojen hoitoa" kertoi sittemmin pitkään kirurgisen sairaanhoidonopettajana toiminut Ulla Virkkula. Opettaja Tyyne Meriläinen oli silloin sairaanhoito-oppilas ja suoritti samalla valtion terveydenhuolto-opistossa terveysisarkurssia. Hän oli komennettu sota-ajaksi Säräisniemelle vastuualueenaan koko silloinen Säräisniemi. "Olin yksin koko Säräisniemellä. Suomen Punaisen Ristin (SPR) tarkastava terveysisarkuri kävi kerran ohjaamassa. Kunta oli järjestänyt asunnon. Tehtäväni alueella oli lastenhoidon neuvonta, rokotukset, tuberkuloosiin liittyvät hoito-ohjeiden anto ja näytteiden otto. Lähin lääkäri oli Muhoksella. Laukussa olivat perusvarusteet, joihin silloin kuului myös seerumia, jota tarvittiin esim. kurkkumätätapauksissa. Epäilyssä tapauksessa seerumi on annettava pian. Pieni tyttö oli kuumeessa ja epäilin kurkkumätää. Oli toimitettava omalla vastuulla. Annoin seerumia. Matka tienvarteen oli 1 km ja Kajaaniin 60 km. Linja-auto kulki kolme kertaa viikossa. Olin yön talossa seuraten tilannetta. Aamulla lähdin tienvarteen odottamaan linja-autoa. Niinpä sitten linja-auto muutti reittiään, jätti matkustajat siihen ja lähti viemään lasta kiireisesti sairaalaan. Se oli kurkkumätää ja lapsi parani!"

Oulun uusi lääninsairaala oli valmistunut 1941, mutta oli joutunut lähes välittömästi sotasairaalaksi. Vaikka sairaala oli klinikoineen juuri valmistunut, se oli korjattava sota-aikaisen käytön jälkeen. "Sehän oli ihan kulunut ja sängyt oli uusittava. Russakoita ja luteita oli kaikkialla", kertoo eräs kokemukseen.

"KOULUTUKSEN KEHITYMINEN TAPAHTUU YHTEISKUNNAN KEHITYKSEN MYÖTÄ PITKISSÄ KAARISSA"

Oulun sairaanhoitaja- ja terveysisarkoulu

Pohjois-Suomen kannalta terveysisarkoulun perustaminen Ouluun oli merkittävää. Paitsi, että saatiin terveysisaria Pohjoiseen, tuli Oulun koulusta maamme johtava ehkäisevän terveydenhoidon opinahjo. Koulutusta oli siihen saakka tarjottu vain Helsingissä Valtion terveydenhuolto-opistossa.

Valtion valvontaan vuonna 1931 siirtyneen sairaanhoitajakoulutuksen oli ollut "määrä istuttaa terveydenhoidollinen näkemys sairaanhoitajattariin". Koulutus ei kuitenkaan ollut tuottanut toivottua tulosta, vaikka koulutuksen tarkastaja Venny Snellman asiasta usein huomautti. Siksi Oulun ja Porin koulut saivat tehtäväkseen toteuttaa

koulutusta siten, että tulevat terveysisaret ymmärtäisivät "yhteiskunnallisten tekijöiden ja sosiaalisten olojen merkityksen terveydenhoidossa". Oli oltava hyvä sairaanhoitaja ja samalla ehkäisevän terveydenhoidon asiantuntija!

Opetussuunnitelma, oppisisällöt, opetusmenetelmät ja niin sanottu kenttäopetus oli rakennettava niin, että tämä mahdollistui. Nämä ensimmäiset sairaanhoitaja-terveysisarkoulut olivat maamme opetussuunnitelmatyön uudistajia. Kolmen vuoden aikana teoriaa oli 1 273 tuntia ja käytäntöä 6 120 tuntia. Ensimmäisenä ja toisena vuonna oli tiivistä klinikkaopetusta sekä aiheeseen liittyvää lääkäreiden ja sairaanhoidonopettajien opetusta. Oppiaineet olivat tarkasti lueteltu, samoin kuin käytettävät työtavat.

Psykologia, etiikka, sosiologia, ravitsemusoppi, tilasto-oppi, kirjanpito, didaktiikka ja opetusharjoitustunnit olivat uutta suomalaisessa sairaanhoitajakoulutuksessa. Terveyskasvatus, health education to patient, esiintyi sellaisenaan opetussuunnitelmassa. Vahva perusta luotiin. Oulun koulu lähti matkaan edellä kuvatuin eväin ja sittemmin kansallisesti ohjattu ja valvottu koulutus toteutui läpi vuosikymmenien ennalta ehkäisevän terveydenhoitotyön hengessä. Myöhemmin yhteiskunnallisesta tilanteesta, koulutusjärjestelmien muutoksista, sisäisistä tai ulkoisista tekijöistä johtuen "terveydenhoidollinen liekki" on voinut hiipua, mutta sammunut se ei ole koskaan. Oulun koulun historia on kokonaisuudessaan terveysisarkoulujuurilta kumpuavaa. Oppilaitoksen tehtävät ja nimet ovat vaihtuneet 7 kertaa 60 vuoden aikana. Johtajina, sittemmin rehtoreina ja myöhemmin jälleen johtajina ovat toimineet seuraavat terveysisaret:

johtajatar, rehtori Birgit Nieminen vuosina 1945–1973

terveydenhuoltoneuvos terveystieteiden tohtori

h.c Ines Kuittinen vuosina 1973–1984

terveydenhuoltoneuvos Annikki Lämsä vuosina 1984–2004

ENNALTAEHKÄISEVÄSTÄ TERVEYDENHOIDOSTA TERVEYDEN EDISTÄMISEEN OULUN KOULUSSA

Terveysalan koulutukselle on ominaista, että se ihmisläheisenä liittyy kiinteästi yhteiskunnalliseen kehitykseen ja siitä johdettuun koulutuspolitiikkaan. Historian saatossa yhteiskunnalliset tapahtumat ja niitä toteuttaneet ihmiset eivät ole olleet irrallisia aikansa ilmiöistä.

Sittemmin Oulun kouluun on perustettiin lähes kaikki terveysalan koulutukset. Tavoitteena on ollut, että terveydenhoito, terveyskasvatus ja sittemmin terveyden edistäminen kuuluisi tavalla tai toisella kaikkiin koulutusohjelmiin. On ollut aikoja, että tämä asia on saanut ristiriitaisen vastaanoton!

Seuraavassa on esitelty lyhyesti Oulun koulun terveysalan koulutukseen ja sittemmin laajenevaan terveydenedistämisenäkemykseen vaikuttaneet koulutus uudistukset 1970-luvulta 2000-luvulle.

- a. Sairaanhoidon opettajakoulutuksen ja terveydenhuollon hallinnon koulutuksen aloittaminen 1.9.1974.

b. Terveydenhuollon yliopistollisen koulutuksen aloittaminen vuonna 1984 Oulun yliopistossa. Silloinen Oulunsairaanhoidon oppilaitoksen rehtori Ines Kuittinen toimi terveydenhuollon kandidaattikoulutusta suunnittelevan toimikunnan puheenjohtajana ja oppilaitoksen henkilökunnan jäsenet valmistelijoina ja sihteereinä.

c. Keskiasteen koulu-uudistus v.1987 kosketti kaikkea ammatillista opetusta. Terveysalalla se merkitsi hallinnon, koulutusrakenteiden ja koulutussisältöjen uudistamista. Erityistä huolellisuutta vaadittiin siinä, että terveysnäkökulma saatiin kaikkiin opetussuunnitelmiin. Apulaisrehtori Hanna Hyttinen piti huolen, että esimerkiksi sairaanhoitajien, kättilöiden ja terveydenhoitajien opetus toteutettiin yhdessä kaksi ensimmäistä vuotta. Tuloksen varmistamiseksi opetus toteutettiin sekaryhmissä. Olimme sitä mieltä, että näin voitiin taata, että kaikki sairaanhoitajat saisivat hyvän hoitotyön koulutuksen ja olisivat kansanterveyden tekijöitä! Asia aiheutti vastusta. Terveydenhoidon opettajat olivat huolissaan, että tulevat terveydenhoitajat menettävät ”ammatti-identiteettinsä”. Totesimme silloin, kuten usein sen jälkeenkin, ettei sellaista ammatti-identiteettiä voi menettää, jota ei ole vielä saavutettukaan!

Aikuiskoulutusosaston perustaminen oppilaitokseen 1987 mahdollisti laajamittaisen täydennyskoulutuksen aloittamisen. Aikuiskoulutusosastonjohtajina ovat toimineet terveysasaret Onerva Kainua (sitemmin Cajan), Liisa Ahola ja Leena Mannila-Eilola.

d. Ammattikorkeakoulun aloittaminen 6.1.1992. Oulun koulussa oli ensimmäisessä kokeiluaalossa 25 % koko maan terveystalon opiskelijoista ja kaikki nykyiset koulutusohjelmat olivat kokeilussa mukana. Ammattikorkeakoulun vakinaistaminen kuuluu tähän samaan jatkumoon. Aluksi esitimme kokeiluun terveydenhoitajien, lääkintävoimistelijoiden ja sisätautikirurgisen hoidon opintolinjoja. Tätä ehdotusta pidettiin liian suppeana ja meidät esittäjät lähetettiin kotiin ”laajentamaan näkemyksiämme”.

e. Terveyden edistämisen ylempi ammattikorkeakoulututkinto (master programme), joka oli Pohjois-suomen ammattikorkeakouluissa kokeiluna ja vakinaistettiin vuonna 2005. Se jatkaa komeasti Oulun terveysasarkoulun luomaa perinnettä.

Lähimuistissa on 1990-luvun lopun keskustelu ammattikorkeakoulujen ”maisteriohjelmista”. Laadittiin perustellusti useita koulutusohjelmia. Kuten aina päätöksenteossa, on tehtävä kompromisseja. Valmistelevalle toimikunnan puheenjohtaja toimi Annikki Lämsä ja ohjelman sisältöjä laadittiin oululaisten terveydenhoidon opettajien kanssa. Silloinen opetusministeri, terveydenhoitaja, Maija Rask totesi, että oli tehtävä kompromissi, jotta useat eri ohjelmat voitaisiin yhdistää Terveyden edistämisen ohjelmaksi, jossa on tilaa kaikille.

Mielessä oli kansanterveys, mutta niin että tutkinnon suorittamisessa olivat ovet auki myös muiden ammattiryhmien edustajille.

Terveydenhoidollisia aatteita pohjoiseen 1900-luvun alkuvuosikymmeninä – Birgit Nieminen uranuurtajana

Pohjois-Suomikin oli saanut osansa suomalaisuuteen ja yhteiskunnalliseen edistykseen kytkeytyneestä terveydenhoitoaateesta. Aina kuitenkin niin sanottu sivistys, johon terveydenhoidollinen ajattelukin kuuluu, on tullut meille viiveellä. Tästä on paljon esimerkkejä historian eri vaiheilta.

Kansallisen terveystalouden synty 1900-luvun alussa, kansanterveystyön merkityksen ymmärtäminen, lääketieteen kehitys, olemassa oleva lainsäädäntö ja muut terveydenhoidolliset ohjeistukset sekä ennen kaikkea kansanterveysjärjestöjen aktiivisuus olivat myötävaikuttaneet terveysasarkoulutuksen alkamiseen vuonna 1924. Kenraali Mannerheimin Lastensuojeluliitto vastasi koulutuksesta vuoteen 1931, jolloin valtio otti vastuun terveysasarkoulutuksesta.

Kun SPR ja Mannerheimin lastensuojeluliitto yhteisesti vastasivat koulutuksesta, lasten neuvontapisteiden perustamisesta, opetuksesta ja hallinnossa tarvittavien sairaanhoitajien kansainvälisestä koulutuksesta, syntyi työn merkittävän tukijan ja tekijän Arvo Ylpön sanoin ”tulisieluinen ja valistunut ammattikunta”. Tässä hengessä kasvoi ja toimi pohjoisen kansanterveystyön uranuurtaja Birgit Nieminen.

Birgit Nieminen o.s. Kansanen syntyi Viipurissa vuonna 1906. Hän valmistui sairaanhoitajaksi Helsingin kaupungin sairaanhoitajakoulusta vuonna 1929. Valmistuttuaan hän toimi Tilkan sairaalassa sairaanhoitajana ja suoritti Kenraali Mannerheimin Lastensuojeluliiton terveysasarkurssin vuonna 1930.

Birgit Kansanen toimi Suomen Punaisen Ristin sairausmajalla Kuusamon Paanajärvellä vuosina 1930–33, jonka jälkeen hän 1933–1934 opiskeli Bedford Collegessa Lontoossa. Hänen suorittamansa opinnot The course in Public health nursing vastasivat silloista suomalaista terveysasarkoulutusta. Opinnot sisälsivät henkilökohtaisen ja yleisen terveydenhuollon opintoja sekä perheen ja yksilön asemaa terveydenhoidon näkökulmasta. Etiikka, psykologia, hallinto, opetusmenetelmät sekä sosiaalisten tekijöiden merkitys korostuivat jo silloisessa opiskelussa. Bedfordin koulutuksen katsottiin olevan ”suomalaisen terveysasarkoulutuksen modernien ideoiden lähde”. Todettiin myös, että kansanterveystyössä siirryttiin seuraavaan vaiheeseen Bedfordin vaikutuksesta.

Englannin vuoden jälkeen Birgit Nieminen toimi sosiaaliohittajana SPR:n sairaalassa Helsingissä ja apulaisjohtajattarena Valtion terveydenhuolto-opistossa. Vuonna 1937 hänet valittiin SPR:n Oulun Piirin tarkastavaksi terveysasareksi. Hän toimi tässä tehtävässä siihen saakka, kunnes siirtyi Oulun terveysasarkoulun, sitemmin sairaanhoitaja-terveysasarkoulun johtoon vuonna 1945. Vuosina 1939–1940 Birgit Nieminen opiskeli Rockefeller-säätiön stipendiaattina Kanadassa Torontossa sairaanhoidon opetuksen linjalla. Täällä hän teki Oulun terveysasarkoulun opetussuunnitelman, jossa on vaikutteita Suomessa jo toteutetusta terveysasarkoulutuksesta. Siinä olivat mukana myös silloiset kansainväliset aatteet yksilön, perheen ja yhteiskunnan merkityksestä terveydenhoidossa.

Koulutuksen tuli olla osa yhteiskuntaa ja ennaltaehkäisevä ote tuli toteutua koko koulutuksen ajan. Birgit Nieminen oli yksi niistä lähes neljästäkymmenestä sairaanhoitajasta tai terveysasaresta, jotka opiskelivat joko Bedford Collegessa tai Yhdysvalloissa ja Kanadassa 1920–1940 -luvuilla.

Alkuperäinen englanninkielinen opetussuunnitelma, The Curriculum for the School of Nursing and Public Health Nursing at Oulu, sekä esitelmä Public Health Nursing – Teaching of Students in School of Nursing in Finland, jonka hän piti vuonna 1952 WHO:n stipendi-aattina Sveitsissä, ovat olleet ja ovat edelleenkin kestävä perintöä hänen työtään jatkaville. Birgit Nieminen kuului terveydenhoitajaryhdistykseen ja myös sitä kautta hänellä oli hyvät suhteet sekä Tyne Luomaan että Venny Snellmaniin.

Kun koulutus Oulussa alkoi, Tyne Luoma vieraili usein koululla ja aina silloin olivat kentän edustajien koulutuspäivät. Hän opetti muun muassa kotikäyntitekniikkaa. Noilta ajoilta oli vielä 1960-luvulla käytössä hänen kirjoittamansa ohjeet kotikäyntilaukun käytöstä. Myös koulutuksen tarkastaja Venny Snellman vieraili mielellään Oulun koulussa. Huolestuneena ennaltaehkäisevän terveydenhoidon opetuksesta sairaanhoitajakouluissa, hän pyysi Birgit Niemistä kertomaan kansallisilla päivillä ”no, mitenäs siellä Oulussa”.

Sveitsissä pitämässään esityksessään Birgit Nieminen kuvaa seikka-peräisesti Pohjois-Suomen maantieteelliset olot, väestörakenteen, väestön terveydentilaa, alueen henkilöstöä sekä erittäin yksityiskohtaisesti terveysasarkoulutuksen sisällön, opetusmenetelmät, ohjaavan henkilöstön osuuden sekä lääninhallituksen ja koulun sekä kuntien terveydenhuoltohenkilöstön yhteistyömuodot. Sittenkin kansainvälisiä vieraita kävi tutustumassa oululaiseen terveysasarkoulutukseen. Vieraita kävi muun muassa Etelä-Afrikasta, Libanonista, Intiasta ja Skotlannista, kertoi silloin opettajana toiminut Tyne Meriläinen.

Birgit Niemisellä oli omien kansainvälisten kokemustensa perusteella halu saada Ouluun opettajien ja sairaanhoidonjohtajien jatkokoulutus. Niinpä vuonna 1974 eli seuraavana vuonna hänen eläkkeelle jäämistään, Oulussa alkoi sairaanhoidon opettaja- ja sairaanhoidon johtajakoulutus.

Terveydenhuoltoneuvos, dr.h.c. Ines Kuittinen (1919–2013) eli lapsuutensa ja nuoruutensa Kittilässä ja Petsamossa, joten Lapin olot tulivat hänelle tutuksi. Sodan aikoina hän toimi Lottana Petsamossa.

Valmistuttuaan sairaanhoitajaksi Kuopiossa ja terveysasareksi juuri perustetussa Oulun terveysasarkoulussa hän toimi terveysasarena muun muassa Oulalaisissa ja Oulussa SPR:n terveysasarena. Pian Ines Kuittinen olikin terveysasarkoulun opettajana ja sittemmin apulaisjohtajattarena. Ennalta ehkäisevä terveydenhoito ja sen opettaminen oli mukana Ines Kuittisen toiminnassa koko hänen työuransa ajan sekä Jyväskylässä että Oulussa. Ines Kuittinen teki useita ulkomaan matkoja Jyväskylän vuosinaan.

Hänen toimintakaudellaan terveydenhoito liitettiin kaikkien terveysalan koulutusten opetussuunnitelmiin. Sittenkin vuonna 1972

voimaan tulleen kansanterveyslain terveyskasvatuksen osuus lisääntyi myös muiden kuin terveydenhoitajien koulutuksessa. Minulle oli suuri merkitys saada olla sekä Birgit Niemisen että Ines Kuittisen oppilaana, työtoverina ja sittemmin seuraajana. Heidän ohjauksensa välittyi paljon sellaista, jota itse olen omalta osaltani halunnut välittää työssäni seuraaville sukupolville. Se oli työtä Pohjois-suomen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. He jättivät suuren perinnön.

Ajan lyhyttä historiaa – omia kokemuksia matkan varrelta

Olin 6-vuotias, kun perheeni matkasi Keski-Suomesta kuorma-autolla kohti Sallaa. Isäni oli siellä jälleenrakennustöissä. Muistikuvaani piirtyy kesäinen yö auton lavalla. Olimme pysähtyneet levähtämään Ouluun Karjasillan kohdalle ja omasta mielestäni näin auringon, paistavan silloisen lääninsairaalan takaa. ”Aurinko nousee Oulusta”, oli sanottu Birgit Niemisen työstä! Sittenkin tuo alue ja paikka tulivat tutuiksi, kun 40 vuotta siellä sai tehdä töitä. Lapsen silmin näin Sallaa lähestyttäessä poltettujen talojen raunioita, joidenkin väliaikaisasuntojen ikkunalla palsamin kukkivan säilykepurkissa ja ohikulkevia kuorma-autoja lautakasoineen. Kun asettauduimme keskeneräiseen taloon asumaan, meitä lapsia kiellettiin kulkemasta muuten, kuin pihaan asetettuja lautoja pitkin. Edellisellä viikolla oli mies kuollut miinaan. Jotain jäi kytemään!

Kun sairastimme tuhkarokkoa, hoitaja kävi neuvomassa, että ikkunat tuli peittää, ”ettei näkö mene.” Kuorma-autoja lähti pihasta, rakennettiin kouluja ja neuvoloita. Usein ruskean kotikäyntilaukun kanssa tuli terveysasara samaan kyytiin kuin isäni, joka vastasi koulujen rakentamisesta.

Sittenkin vuonna 1960 istun sairaanhoitajakoulun valintakokeissa ja Birgit Nieminen haastattelee ja toistamiseen vuonna 1965 pyrkiessäni terveysasarkurssille. Parin vuoden kuluttua olin silloisen sairaanhoitajaopiston kouluterveysasarena ja siinä rinnalla rehtori Birgit Niemisen apuna ”järjestelmissä arkistoa”. Silloin sain tutustua koulutuksen alun aikakirjoihin ja aineistoon. Toimin 1970-luvun taitteessa SPR:n Oulun piirin piiriterveysasarena. Kun olimme silloisen SPR:n toiminnanjohtajan kanssa onnittelemassa 75-vuotiaasta sairaanhoitajakoulutusta, Birgit Nieminen kuiskasi toiminnanjohtajan korvaan jotain. Myöhemmin sain tietää, että hän oli sanonut, että ”tuosta työstä on ajateltu tämän koulun rehtoria, kouluttakaa häntä siinä mielessä”. Ja hän koulutti.

Opetusterveyskeskusta kohti 1930-luvulla

Helsinkiin Malmille oli perustettu vuonna 1939 kansanterveystyön opetus- ja kokeilukenttä. Opetuskentällä oli tarkoitus kokeilla ja demonstroida keskitettyä ja perhekeskeistä terveysasartyyötä sekä asiantuntijoiden käyttöä opetuksessa. Moniammatillinen työryhmä osallistui kansanterveystyön opetukseen: pediatri, obstetriikka, psykiatri, psykologi, ravinto-opin sekä sosiaalityön ja mentaalihygienian edustajat. Tarkoitus oli, että siitä kehittyisi myös lääkäreiden ja muiden ammattilaisten harjoittelupaikka. Valtio ja Rockefeller-säätiö toteuttivat sittemmin Oulun läänin ja sairaanhoitajaterveysasarkou-

lun kanssa "maaseutuharjoittelun" ohjelman. Maaseutuharjoittelusta tuli saada kokemuksia koko maata varten ja samalla harjoittelun tuli kehittää myös laajemmin kuntien terveydenhoito-oloja. Tästä kerrotaan myöhemmin artikkelissa.

Samalla idealla, polkupyörää uudelleen keksien, on yritetty saada opetusterveyskeskusta aikaan Oulun kaupungin, Oulun yliopiston ja Oulun sosiaali- ja terveysalan yksikön kesken 1990-luvulla. Valitettavasti toistaiseksi huonolla menestyksellä!

VALTION OSUUS VOIMISTUU KANSANTERVEYSTYÖSSÄ, KOHTI POHJOISTA TERVEYSSISARKOULUTUSTA – POHJOISEN VOIMAT KOOTAAN

Oulussa eri järjestöjen välinen yhteistoiminta kansanterveystyössä oli tuttua jo ennen sotia. SPR:n piiri oli perustettu vuonna 1931. Pohjois-Suomi oli myös silloin laman kourissa. Piirin puheenjohtajana toimi maaherra Pehkonen. Oulun alueella oli kiinteä yhteistyö Oulun talousseuran ja SPR:n kanssa, koska maaherra Pehkonen oli molempien johdossa. SPR ja Mannerheimin Lastensuojeluliiton tekivät yhdessä ja erikseen kansanterveys- ja lastenhoitotyötä koko läänin alueelle. Työhön saatiin vähitellen koulutettuja terveysasiantuntijia. SPR:n ensimmäiseksi tarkastavaksi terveysasiantuntijaksi valittiin vuonna 1937 Birgit Kansanen. Hänen tehtävänsä oli suunnitella, ohjata, valvoa ja tarkastaa kuntien kansanterveystyötä.

Maamme maaherrat osallistuivat 1930-luvulla kansanterveystyöhön sekä työnsä puolesta että toimiessaan lääninsä alueella SPR:n piirien puheenjohtajina. Näin viralliset ja järjestöjen voimat voitiin yhdistää. SPR:n sekä Mannerheimin puheenjohtajana toimi Kenraali Mannerheim. Maaherrat olivat tyytymättömiä vuonna 1927 annetun terveydenhoitolain toteutukseen. "Maaherroilta puuttuvat keinot ohjata kuntien toimintaa", totesi Oulun läänin maaherra E.Y. Pehkonen maaherrojen kokouksessa. Moniin kuntiin ei oltu edes perustettu terveyslautakuntia, eikä maalaiskunnissa ollut kansanterveystyön toteuttajia.

Maaherrojen kokouksessa vuonna 1939 E.Y. Pehkonen otti mainitun epäkohdan esille. Kokous esitti pöytäkirjan, että kansanterveystyö on paikallisesti, alueellisesti ja kansallisesti järjestettävä uudelleen. Maatalousseurojen keskusliitto käsitteli myös asiaa. Samoin Maalaiskuntien liitto kiirehti erityisesti korostaen Pohjois-Suomen tilannetta. Samanaikaisesti myös useiden muiden järjestöjen kokouksissa laadittiin esityksiä "olojen parantamiseksi". Näin muun muassa Oulun läänin ja järjestöjen yhteisillä kansanterveyspäivillä lääkäriliitto ja terveydenhoitajattarien ammattijärjestö esittivät kansanterveystyön uudistamista.

Maaseudun Terveydenhoito-olojen kehittäminen – oululaista osaamista ja vastuunottoa

(Komiteamietintö 5.5.1939, 9)

Valtioneuvosto asetti 1.7.1937 toimikunnan selvittämään, mihin toimenpiteisiin oli ryhdyttävä maaseudun terveydenhoito-olojen parantamiseksi. Puheenjohtajaksi kutsuttiin Oulun läänin maaherra

E.Y. Pehkonen. Komitean kuultavana oli muun muassa tarkastava terveysasiantuntija Birgit Kansanen. Läheinen yhteys SPR:n puheenjohtajan ja samassa järjestössä toimivan tarkastavan terveysasiantuntijaren välillä mahdollisti hyvän yhteistyön myös komiteatyön aikana.

Mietinnön johdannossa todetaan, että lääketieteen saavutukset, väestön taloudellisten olojen paraneminen, kansansivistys, terveydenhoito-oloja koskeva lainsäädäntö sekä yhteisöjen, järjestöjen ja yksityisten henkilöiden toimenpiteet ovat vaikuttaneet siihen, että sairaanhoitoa on kehitetty. Kehityksen kulku on ollut huomattavasti hitaampaa kansanterveystyössä. Kaupungeissa se on tyydyttävää, mutta maaseudun kehitys on jäljessä tai kokonaan pysähtyneenä. Terveydenhoito-olojen alkeellisuus ja puutteellisuus on ollut omiaan edistämään tautien puhkeamista ja leviämistä. Varsinkin lasten kuolleisuus on suurta Pohjois-Suomessa.

Komitean mietinnössä on yksityiskohtaisesti selvitetty olemassa oleva lainsäädäntö, vastuulliset viranomaiset ja terveydelliset epäkohdat tauti- ja kuolleisuustilastoineen. Komitea laati tarkat toimenpideehdotukset, jotka koskivat lääkintöhallitusta ja lääkärin-toimia, kotisairaanhoidon järjestämistä, terveydenhoitolautakuntia, äitiyshuoltoa, koululaisten terveydenhuoltoa sekä terveydenhoidon opetusta ja terveydenhoitajatoimia. Terveydenhoitajatar nimike tulee vaihtaa terveysasiantuntijaksi. Koulutusta tuli laajentaa kiireisesti ja terveysasiantuntijatyön tuli olla keskitettyä ja valtionavustusta tuli osoittaa kunnille 2/3 palkasta. Kaikkiin kuntiin tuli saada terveydenhoitollinen neuvonta-asema (neuvola). Komitean mietinnön liitteessä oli ehdotus terveysasiantuntijaksi.

Terveysasiantuntijalaki oli valmisteltu alatoimikunnissa, joissa oli vahva terveysasiantuntijien edustus. Komiteoissa oli samoja henkilöitä joten eipä ihme, että komitean ehdotus oli lähes sama kuin järjestöjen ehdotus. Komitean aloittaessa työnsä vuonna 1937 oli maassamme terveydenhoitajattaria 289. Näistä 156 kunnassa oli 1 terveysasiantuntija, kaksi terveysasiantuntijaa 43 kunnassa ja 3-5 terveysasiantuntijaa 12 kunnassa. Lisäksi kiertäviä sairaanhoitajia ja diakonisvoja toimi edelleen. Lasten neuvoloita oli vuonna 1930 yhteensä 100 ja vuonna 1942 neuvonta-asemia oli 350. Rajaseutujen ja Lapin ja Oulun läänissä neuvoloita oli vähemmän.

KOMITEAN MIETINNÖN ESITYKSIÄ TOIMEKSI

Lääkintöhallitukseen perustettiin 1940-luvun alussa lääkintöneuvoksen ja asessorin virat. Kansanterveysosastoon keskitettiin koko avohuollon valvonta ja terveydenhoitollinen väestöpolitiikka sekä järjestöjen yhteistyö sekä terveysasiantuntijien ja kättilöiden koulutusasiat. Lääninhallitukseen perustettiin vuonna 1939 annetun lain perusteella lääninlääkärien toimistot vuonna 1943. Näin järjestöjen osuus väheni ja kansanterveystyö siirtyi kuntien ja valtion vastuulle. Kunnallinen kansanterveystyö oli koko maan toimintamalli. Lait yleisestä lääkärin-toimesta, kunnankättilöistä ja kunnallisista terveysasiantuntijasta sekä laki kunnallisista lastenneuvoloista tulivat voimaan vuonna 1944. Näiden lakien mukaan toiminta jatkui lähes 30 vuotta. Laki kunnallisista terveysasiantuntijasta määritteli terveysasiantuntijien avohuollon virallisiksi kansanterveystyöntekijöiksi.

Pohjois-Suomen kuntia tuettiin neuvoloiden perustamisessa niin, että vuonna 1945 Oulun läänissä oli jo 46 neuvola. Lisäksi perustettiin lasten sairaaloita ja lastenkoteja rajaseuduille. Tätä ennen oli perustettu sairasmajoja muun muassa Kuusamon Paanajärvelle, Suomussalmelle, sittemmin Sallan Vuorijärvelle ja saman kunnan Aholanvaaraan.

Maaherra E.Y. Pehkonen yhdisti SPR:n, Lääninhallinnon, Vapaahuollon läänikeskuksen ja Oulun talousseuran toiminnan yhteisten päämäärien saavuttamiseksi läänin kovaosaisten auttamiseksi ja kansanterveystyön kehittämiseksi. Sittemmin maaherrat Kalle Määttä, Niilo Ryhtä, Erkki Haukipuro, Ahti Pekkala ja Eino Siuruainen ovat kaikki olleet Pohjoisen Suomen kansanterveyden ja terveysalan koulutuksen tukijoita ja puolestapuhujia. Eino Siuruainen on johtanut lukuisia alueellisia ja kansallisia aiheeseen kuuluvia hankkeita ja ollut mukana muun muassa ammattikorkeakoulun kehittämisessä. Oulun Lääninhallitus oli valtiovalan edustajana koko toimintansa ajan Oulun koulun tukija ja yhteistyökumppani.

OULUN SAIRAANHOITAJA- JA TERVEYSSISARKOULUN TOIMINTAA KOULUTUKSEN ALKUAIKOINA – KANSANTERVEYSTYÖTÄ YHTEISVOIMIN OULUN LÄÄNISSÄ

Oulun sairaanhoitaja-terveysisarkoulutuksen perustamisen jälkeen Pohjois-Suomessa alkoi koulutuksen, lääkintöhallituksen, lääninhallinnon ja silloisten kuntien kanssa yhteinen kansanterveystyön kehittämisen vaihe. Luotiin perustaa koko maan kunnalliselle järjestelmälle ja alan koulutukselle. Oulun koulu tarvittiin Pohjois-Suomen väestöä varten. Pohjois-Suomessa (Oulun ja Lapin läänissä) oli vuonna 1940 asukkaita 425 278 ja 1950 asukkaita oli 526 964.

1940-luvun lopussa Oulussa oli 240 000 asukasta. Sotavuosien jälkeen syntyvyys alkoi nousta, kuten koko Pohjois-Suomessa. Oulu Oy ja Merikosken voimalaitoksen työmaa toivat työväkeä Ouluun. Tarttuvat taudit lisääntyivät ja rokotuksia lisättiin. Myös Ruotsiin evakuoituidet lapset rokotettiin. Oulussa oli vuonna 1940-luvun alussa kolme Mannerheimin lastensuojeluliiton neuvonta-asemaa. Oulun kaupungilla toimi kunnallissairaala, sairauskoti, hermosairaala ja synnytyslaitos sekä Lääninsairaala, Piirimielisairaala ja Yksityissairaala (vuoteen 1942).

Lääninsairaalassa toimi vuonna 1945 sisätautien, korva-, nenä- ja kurkkutautien, iho- ja sukupuolitautilien sekä lastentautien erikoislääkärijohtoiset osastot. Myös röntgenlääkäri ja serobakteriologian lääkäri toimivat lääninsairaalassa. Nämä sairaalat sekä Päivärinteen tuberkuloosiparantola tarjosivat ajanmukaiset ”työssäoppimisyhteisöt” silloisille oppilaille, jotka olivat tarpeellista työvoimaa.

SPR ylläpiti kiertävää neuvola Kainuun kunnissa. Oulun läänissä oli lähes 700 koulua, joissa oppilaita 40 000. Kouluterveydenhuoltoa ei ollut. Lapsikuolleisuus oli korkea. Vuonna 1947 läänissä kuoli 500 imeväisikäistä lasta vuodessa. Kuusamossa kuolleisuus oli muuta aluetta runsaampaa. Terveystaloja rakennettiin avustusten turvin. Suomen huolto vastasi SPR:n kanssa rakennuttamisesta. Vuosikymmenen lopussa oli 28 terveystaloja ja 1950-luvun lopussa 74.

TERVEYSSISARTYÖN OPETUSTA 1940–2000-LUVUILLA

Kuten aikaisemmin on mainittu, opetussuunnitelmiin kuului terveydenhoidollisten opintojen lisäksi yhteiskunnallisia ja käyttäytymistieteellisiä opintoja kuten opetusoppia ja psykologiaa. Oulussa oli jo tuolloin saatavilla asiantuntijoita. Vuosikymmeniä samat tutut tuntiopettajat toimivat opettajina Oulun koulussa. Psykologi, terveysisark Inka Ensio oli vuosikymmeniä tuntiopettajana ja kuului myös koulun johtokuntaan. Psykologi Alpo Ahola ja psykologi Jouko Mäkelä, sittemmin Oulun läänin sosiaali- ja terveysosaston johtaja, toimivat vastuullisina alansa opettajina 1960-luvulta lähtien lähes kahdensuikymmenen ajan. Oulun yliopiston perustamisen jälkeen oli saatavilla monipuolista opettajavoimaa.

Rehtori Birgit Nieminen halusi Oulun kouluun myös päätoimisia yhteiskunnallisten aineiden opettajia. Maamme ensimmäinen päätoiminen yhteiskunnallisten aineiden opettaja oli maisteri Kerttu Maunu. Sittemmin Kerttu Maunu oli Oulun sosiaalialan koulutuksen perustaja ja sosiaalialan koulutuksen kansallinen uranuurtaja. Tultuaan Oulun kouluun Maunu kuitenkin siirtyi pian opettamaan tutkimustyötä ja hänen aikanaan liitettiin tutkimustyönopetus ja tutkimusten teko kaikkiin terveysalan opetusohjelmiin.

YL Raili Hjelt toimi yhteiskunnallisten aineiden opettajana vuoteen 2004. Käytiin monia neuvotteluja yhteiskunnallisten aineiden opetuksesta ja oikeutuksesta, aina asian uudelleen keksien. Ammattikorkeakoulun myötä toteutettiin nykyisillä opetuskentillä monia projekteja, joissa yhteiskunnallisten aineiden opettajat ja terveydenhoidonopettajat tekivät integrointityötä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lehtori Raili Hjeltin ja terveydenhoidonopettaja Leena Sundströmin kenttämätkat 1990-luvulla Muhokselle ja Ruukkiin ammattikorkeakoulun alkuaikoina olivat nykyisen uuden toimintakulttuurin alkua.

2000-luvulle tultaessa paikalliset, alueelliset ja kansainväliset projektit ja yhteistyö ovat varmistaneet sen, että terveydenhoitotyö on tiukasti sidottu yhteiskuntaan ja sitä tulee tehdä yhdessä myös opiskelun kuluessa. LL Riitta Lievonon toimi 1960-luvulta saakka oppilaitoksen anatomian ja fysiologian ja sittemmin liikunnan lehtorina. 1990-luvulle tultaessa päätoimisten niin sanottujen yleisaineiden opettajien määrä kasvoi. Näin ollen oppilaitos oli moniammatillista asiantuntijaopetusta tarjoava koulu jo ennen kuin moniammatillisuudesta puhuttiinkaan, kuten nykyään.

Lääninlääkäri kertomuksessa vuosilta 1944–1946 kerrotaan läänin alueen sairastavuudesta ja terveysisarkpulasta. ”Oulun pommitus ja evakointitoimenpiteet ovat lisänneet ongelmia. Vilja on käytetty ja vaatteet ovat huonot.” Kertomuksen mukaan puhdistustoimenpiteillä ei ole mitään merkitystä, ennen kuin väestö saadaan käsittämään syöpäläisten vahingollisuus ja vaarallisuus ja ulkonaiset olosuhteet paremmiksi. Lääkäreitä Oulun läänissä oli 1944 vain 17 ja terveysisarkia 35. Vuodesta 1946 lähtien on mainintoja Oulun terveysisarkoulutuksesta. Vuodesta 1946 lähtien laadittiin erilliset opetuskeskän johtavan terveysisarkan toimintakertomukset. Läänissä olivat Oulun ja Kainuun piirit. Oulun piirin lääninterveysisarkena oli Aili Heikkinen ja myöhemmin Nasti Terola. Kainuun piirissä läänin

terveysisarena oli Nasti Terola ja myöhemmin Lahja Petäjäniemi. Lääninkätölä oli Sirkka Leino.

Terveysisartyön kenttäopetuksesta (käytännöllinen opiskelu) koulutuksen alkuvaiheessa

Oulun kaupunki, Haukipudas, Liminka, Lumijoki ja Muhos valittiin terveysisarkoulun opetuskentiksi ja opetuskentän johtavana terveysisarena toimi Aili Heikkinen. Oulun kaupungissa oli terveysisarena silloin muun muassa Tyyne Lahdenperä ja Annikki Karjalainen. Molemmat toimivat myöhemmin Oulun koulun pitkäaikaisina opettajina.

Limingan terveysisarkouksen Hilka Kurkela tuli 1947 opetuskenttien terveysisareksi. Silloin olivat opetuskenttinä Oulu, Haukipudas, Ii, Kempele, Kiiminki, Liminka, Lumijoki, Muhos, Oulujoki, Tyrnävä ja Ylikiminki. Kunnat tuli esitellä tarkastaja Luomalle. Oulu luovutti sopimuksella äitiys- ja lastenneuvolansa, tuberkuloosihuoltotoimistonsa sekä muut terveys- ja kätölytyövoimaa käyttävät laitoksensa opetuskäyttöön. Ohjaava terveysisarkouksen arvioi kuntien terveysisarten valmiudet ja laati yhdessä oppilaan ja terveysisaren työsuunnitelmia. Hän mainitsee, että vuonna 1948 aloitamme kunta-analyysejä teon Uudenmaan läänissä toimineen opetuskentän mallin mukaisesti, kunhan saamme tilastoja! Myös terveysisarkouksen sarkouksen laadittiin. Opetusterveysisarkouksen teki oppilaiden kanssa kotikäyntejä ja kädestä pitäen ohjasi ja neuvoi. Kunnat järjestivät oppilaille asunnot ja koululta saatiin polkupyörät. Sittemmin kiinteä ja säännöllinen yhteistyö koulun, lääninhallituksen ja opetuskenttien kanssa jatkui. Vuonna 1953 koululla pidettiin 13 neuvottelua, joissa olivat mukana opetusterveysisaret, osassa myös lääninlääkärit ja tarkastaja Tyyne Luoma lääkintöhallituksesta. Opetuskenttien terveysisaret tunnistettiin ohjaajiksi ja he olivat usein koululla.

Lääninlääkärit ja kunnanlääkärit osallistuivat kiinteästi ohjaukseen. Lääninlääkäri Asta Kannisto opiskeli Yhdysvalloissa Rockefeller-säätiön toimesta tavoitteena perehtyä "kenttäopetukseen". Hilka Kurkela toimi läänin terveysisarena vuoteen 1964, jonka jälkeen hän tuli koululle opettajaksi. Hänen ohjauksessaan sainkin sitten oppia oikeaa terveysisartyötä vuosina 1965–66. Muutaman vuoden jälkeen olimme jo Hilkan kanssa työtovereita ja kehitimme muun muassa kodin terveydenhoidollisten valmiuksien arviointimallin. Hilka tunsikin alueen terveysisaret. Läänin terveysisaren keskeinen rooli jatkui edelleenkin. Esimerkkinä tästä voi kertoa, kun jostakin kunnasta oli tullut puhelu ja Hilka totesi, että "vaikka terveysisareilla on kengät lintallaan, niin minulle soitetaan".

Oulun terveysisarkoulun opetuskentän johtavan terveysisaren vuosikertomuksessa 1950-luvulta kerrotaan koululla olleen seuraavat terveydenhoidon opettajat: Birgit Nieminen, Ines Kuittinen, Tyyne Lahdenperä, Annikki Karjalainen, Elsa-Liisa Latola ja Liisa Salomaa. Opetusta kritisoitiin liian teoreettiseksi. Muun muassa ylilääkäri Nevanlinna ei voinut hyväksyä, että oppilaat osallistuivat teoriaopetukseen "työaikana" iltapäivisin. Myös sairaanhoitajaliiton Pohjois-Pohjanmaan piiriyhdistys käsitteli uutta koulutusta kokouksessaan

ja totesi, että "koulutus on liian teoreettinen ja huonosti käytäntöä palveleva".

OPISTOASTEEN KOULUTUS JA ERIKOISKOULUTUS ERIYTYVÄT. TERVEYSSISAREN TUTKINNOSTA ERIKOISSAIRAANHOITAJAN TUTKINTO – ENNALTA EHKÄISEVÄN TERVEYDENHOIDON OSUUS HEIKENTYY?

Terveysisarkoulutusta aloitettiin 1950-luvulla myös muualla Suomessa, mutta Oulun koulun kokemusta hyödynnettiin opetusta suunniteltaessa. Vuonna 1957 sairaanhoitajakoulutus ja erikoiskoulutus erotettiin omiksi tutkinnoikseen. Perus- ja erikoiskoulutuksen erottamisen taustalla olivat terveydenhuollonjärjestelmässä tapahtuneet muutokset. Uusien erikoislääkärijohtojen osastojen perustaminen sairaaloihin sai aikaan erikoissairaanhoitaja tarvetta. Ensimmäisinä vuosina alkoivat kirurgisen, psykiatrisen ja sisätautien sairaanhoitajien tutkintoon johtavat koulutukset. Koulutus painottui lääketieteelliseen näkemykseen ja ennaltaehkäisevän opetuksen osuus ei korostunut näissä koulutuksissa. Vuonna 1957 opistoasteen koulutuksen ensimmäisellä eriytyneellä alkaneella kurssilla oli 38 opiskelijaa, pääosin Pohjanmaalta.

Opetussuunnitelmatyöstä oli jo kokemusta, koska terveysisarkoulutusta oli järjestetty sairaanhoitajille aikaisemmin. Ennen terveysisarkoulutusta tuli olla vähintään vuoden työssä. Itse työskentelin sairaanhoitajaksi valmistuttuani silloisessa Oulun Keskusmielisairaalassa osastolla 14.

KANSAINVÄLISYYS OULUN KOULUSSA

1920–1930-luvuilla toteutuneella sairaanhoitajien kansainvälisellä opiskelulla oli suuri merkitys suomalaisen terveysisarkoulutuksen syntyyn ja kehitykseen. Laaja näkemys terveydellisistä asioista, ennaltaehkäisevästä työstä, yhteiskunnallinen tietoisuus ja kasvatusopillinen tietous välittyi terveysisarten koulutukseen ja teki näistä vahvoja itsetietoisia ja asiastaan varmoja ammattilaisia. Se alkoi näkyä sekä koulutuksessa, johtajuudessa ja lainsäädäntövalmisteluissa sekä yleisessä kansanterveysystyössä ja järjestötoiminnassa.

Oulun kouluun oli saatu kansainvälisiä vaikutteita jo sairaanhoitajakoulutuksen alkuaikoina. Karl Fieandt oli ylilääkärinä vuodesta 1898 ja hänen jälkeensä vuoteen 1926 Louis Gratschoff. Viimeksi mainittu oli kielitaitoinen herra, jolla oli suorat yhteydet Euroopan eri keskuksiin ja hän seurasi kehitystä. Toimipaikkakoulutuksessa uusimmat tiedot välittyivät henkilökunnalle.

Ensimmäisenä ylihoitajana toimi Mimmi Cederqvist. Ylihoitaja oli ehdoton edellytys sille, että koulutusta voitiin yleensä aloittaa. Cederqvist oli helsinkiläinen, käynyt rouvaskoulun ja kirurgisella sairaanhoitajakurssin. Hän teki kaksi opintomatkaa 1900-luvun alussa Saksaan ja Amerikkaan, jonne hän sitten myöhemmin muuttikin.

Naima Kurvinen (v. 1904–1926) oli myös helsinkiläinen, käynyt tyttökoulun ja Helsingin kirurgiset kurssit. Hän teki kolmen vuoden opintomatkan Amerikkaan, useita opintomatoja Pohjoismaihin, Englantiin ja Keski-Eurooppaan. Hän kirjoitti sairaanhoidosta koko-

naisvaltaisena syntymästä vanhuuteen olevana tapahtumana. Se ei innostanut etelän kollegoita, mutta Oulun kouluun hän jätti jälkensä. Naima Kurvisen kerrotaan todenneen ”olemme astumassa terveydenhoidon tielle”. Hänen mukaansa tällä alalla on esimerkillä ja etenkin sanoilla äärettömän laaja vaikutusvalta. ”Terveyden oikeasta hoidostahan riippuu kansan hyvinvointi.”

Lukuun ottamatta 1940-luvun lopulla ja 1950-luvun alussa muutamien opettajien omaehtoisia ulkomaanmatkoja, kansainvälisyys ei sittemmin korostunut koulutuksessa. 1930-luvun kansalliset ja kansainväliset tukirahaukset olivat loppuneet eivätkä opettajat ja oppilaat voineet hakeutua ulkomaille. Olin vuonna 1967 Amerikassa vaihto-opiskelijana ja toimin terveysasiana afroamerikkalaisten leirillä. Tämä mahdollisuus järjestyi Oulun yliopiston opiskelijaohjelman kautta. Terveydenhuoltoneuvos Onerva Cajan tutustui englantilaiseen hoitotyöhön 1970-luvun puolivälissä, mutta tämäkin oli omaehtoista toimintaa.

Lukukausien aikana ei opiskelijoilla ollut lupaa matkustaa ulkomaille, vaikka opetus olisi suunniteltu tavoitteiden mukaan. Ammattikasvatusthallitus lähetti Turun terveydenhuolto-oppilaitokselle vielä 1980-luvun lopulla kirjeen, jossa kiellettiin opintomatkat lukukausien aikana.

AJALLISIA VAIHEITA OULUN KOULUSSA

Oulun koulu on toteuttanut yhteiskunnallista tehtäväänsä kouluttaen ammattilaisia Pohjois-Suomeen. Koulutus laajentui vuosikymmenien aikana sairaanhoitaja- ja terveysasarkoulutuksesta käsittämään lähes kaikki silloiset terveysalan ammatit. Uusia koulutusmuotoja ja ammatteja on syntynyt ja osa on muuttunut nimikkeiltään.

Oulun koulussa kaikki uudet ammatit ovat saaneet osansa perinteisestä terveydenhoitajan työhön liittyneestä ennaltaehkäisevän terveydenhoidon opetuksesta. Tämä ei ole aina onnistunut ja on jäänyt usein pinnalliseksi. Kuitenkin yhä voimakkaammin kansainväliset ja kansalliset ohjeet velvoittavat kaikkia ammattilaisia terveyden edistämiseen. On ollut myös aikoja, jolloin terveydenhoitajat ja terveydenhoidon opettajat ovat katsooneet, että terveydenhoidollisen ajattelun laajentuessa terveydenhoitajan identiteetti katoaa. Näin ei ole, terveydenhoitaja on edelleen ainut ennaltaehkäisevän terveydenhoidon ja yksilö-, perhe- ja yhteisötason terveyden edistämisen ammattilainen. Mitä enemmän lainsäädännöllä ja muilla yhteiskunnallisilla päätöksillä, rakenteellisilla muutoksilla tai muiden ammattien edustajien toiminnalla terveyttä edistetään, sitä paremmin terveydenhoitajien työ inhimillisen elämän perustan tukemisessa näkyy väestön parantuneena terveytenä. Vuoden 1970-luvulta lähtien WHO:n Terveyttä Kaikille vuoteen 2000 -ohjelma eri muunnoksineen toimi Oulun koulussa maailmanlaajuisena tavoiteohjelmalla. Tämän ohjelman mukaisesti eri maissa jäsenettiin uudelleen sekä terveyden käsite, että siitä johtuvat kansalliset tavoiteohjelmat. WHO:n asiakirjat kulkivat 1970-luvulta lähtien jokaisen terveysajattelun sisäistäneen opettajan kassissa.

OPETUSOPILLISTA TIETOA HOIDON OPETUKSEEN

Samaan aikaan kun suomalaisia edelläkävijöitä opiskeli Englannissa,

Yhdysvalloissa ja Kanadassa, kotimaassa järjestettiin opetusopillisia kursseja joihin silloiset opettajat, ylihoitajat ja sairaanhoitajat osallistuivat. Kun terveydenhuoltoalan opettajakoulutus alkoi Helsingissä vuonna 1947, myös Oulusta opettajia osallistui opettajakoulutukseen.

Birgit Niemisellä oli tarkoitus saada Ouluun oma opettajakoulutus. Siihen saakka, kun opettajakoulutusta ei ollut, kesäyliopistot täyttivät terveydenhoitajista ja alan opettajista. Opiskeltiin ajankohtaisia asioita, kuten terveyskasvatusta ja vuorovaikutusta aina ajan hengessä. Oulun yliopiston perustamisen jälkeen opettajat opiskelivat kasvatustieteen, psykologian tai jonkun muun aineen approbaturapintoja ja vähitellen jotkut suorittivat maisterin ja lisensiaatin tutkintoja eri aineissa, kuten koko maassa terveydenhoidon opettajat tekivät ennen hoitotieteen opintoja. Näiltä poluilta me aikalaiset ponnistimme ja hakeuduimme sittemmin hankkimaan tehtävässämme vaadittavaa akateemista osaamista tutkintojen kautta, usein opiskelijoittemme kanssa samaa matkaa kulkien.

PEDAGOGISTA JA HALLINNOLLISTA AJATTELUA OPETUKSEEN JA TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIOIHIN

Ouluun perustettiin jatko-opintojen jaosto vuonna 1974. Silloin aloitettiin sekä terveydenhuollon opettajakoulutus että sairaanhoidon johtajien koulutus. Koulutus toi alan opetukseen sekä terveydenhuollon käytäntöön vähitellen uuden toimintakulttuurin.

Tästä Oulun ”steinerilaisesta koulusta” valmistui 20 toimintavuoden aikana yli 500 sairaanhoidonopettajaa ja lähes 400 sairaanhoitaja-johtajaa. Sairaanhoitoa korostavat tutkintonimikkeet ovat peräisin tuon ajan lainsäädännöstä. Hallinnollinen opintolinja ja opettajalinja toimivat käsi kädessä ja yhtenäinen käsitteistö ja ymmärrys levisi koko Pohjois-Suomeen. Koulutus toteutettiin yhdessä Oulun yliopiston kanssa.

Pedagoginen ajattelu ja henkilöstöjohtaminen olivat nyt koulutuksen johtavia periaatteita. Kasvatustieteellisten oppien sekä johtajuusteorioiden ja mallien avulla hahmotettiin sekä yksilön oppimista, että yhteisöjen ja kuntien terveydenhuoltojärjestelmiä. Oltiin mukana koulussa ja kentällä kansanterveyslain antamien velvoitteiden mukaisesti. Hallinnollisen opintolinjan vastaavana opettajana toimi terveydenhoitaja Onerva Kainua (sittemmin terveydenhuoltoneuvos Onerva Cajan) 1970-luvun puolivälissä siihen saakka kun koulutus loppui 1990-luvulla.

Lääkintöhallituksen ohjesääntöjä konkretisoitiin kuntiin. Silloin ennaltaehkäisevässä työssä korostettiin terveyskasvatuksen merkitystä. Johtavat hoitajat ja terveyskasvatuksen yhdyshenkilöt tekivät parhaansa terveyskasvatusta toteutumiseksi niin kunnissa kuin sairaaloissakin.

Kotimaisten ja ulkomaisten kasvatuksen gurujen tuottamien mallien perusteella jäsenettiin terveyteen liittyvät prosessit. Oulun koulussa oli kansanterveystyötä ja terveyskasvatusta oppiaineena kaikille, siis muillekin kuin terveydenhoitajataustaisille. Monet muutkin kuin

terveydenhoitajataustaiset opettajat ja johtajat innostuivat terveyskasvatuksen aatteesta ja matkasivat eri puolille maata terveyttä edistämään. Oli alkanut terveyskasvatuksen aikakausi, uusi terveydenedistämisen aalto.

HOIDOLLINEN ESIYMMÄRRYS OPETUKSESSA

Vähitellen jatko-opintojen jaostossa kasvatustieteellisten teosten rinnalle saatiin amerikkalaisten "sisarten" teoksia. Niinpä nukuimme milloin Kingin, Royn, Oremin, Abdellahin, Peplaun tai jonkun muun gurun kirja tyynyn alla. Työnjakoakin meillä oli, sillä sovimme, että Onerva tutustuu Oremin oppeihin ja muihin systeemiteorioihin ja Annikki perehtyy Kingin ja Royn teorioihin.

Eipä se aina niin helpolla kääntynyt opetettavaksi omaisuudeksi ja soveltunut tänne "pohjolan raukoille rajoille". Niinpä laadimme myös omia terveyskasvatustalleja ja jäsensimme niiden avulla opetusta ja hoitoa. "Opettajat olivat sydänjuuriaan myöten omistautuneet uusille teorioille, sieltä lähti hoitamisen teoreettisen tiedon nälkä" kuvailee näitä aikoja eräs yliopettaja.

HOITOTIETEELLINEN KAUSI - HOITAMISEN JA HOITAMISEN OPETUKSEN TUTKIMUSTA

Kun Oulun yliopistossa alkoi hoitotieteellinen opetus (v.1984) terveydenhoidon opettajat hakeutuivat opiskelemaan sinne. Vähitellen tieteellinen ote sekä koulutukseen että käytännön työhön alkoi todentua ja nykyisin kaikilla opettajilla on vaadittava akateeminen tutkinto.

Terveydenhoitajaopettajat ovat suorittaneet maisterin, lisensiaatin ja tohtorin tutkintoja. Oulun koulun terveydenhoitajat Irja Lepola, Vuoko Lohiniva ja Lea Rissanen ovat vieneet terveydenhoidon liekkiä tohtoritutkintoon saakka.

Ammattikorkeakoulua kohti

Terveyden edistäminen, hoidollinen ajattelu, moniammatillinen yhteistyö, mikro-, meso- ja makrotasolla (paikallinen, alueellinen ja globaali) olivat opetuksen suunnittelun perustana. Koko terveysalan opetuksessa korostui holismin näkökulma. Punaisena lankana koko prosessissa oli kaikessa koulutuksessa terveyden edistäminen. Siihen vannottiin myös ammattikorkeakoulua antaessa Ouluun.

Toimiessani Oulun ammattikorkeakoulukokeilun johtavana rehtorina minulla oli aina laukussani kalvot, joissa oli kuvattu Pohjois-Suomen sosiaalisia oloja: työttömyyttä, sairastuvuutta sekä lasten ja nuorten terveyden häiriöitä. Ne olivat osoituksena siitä, että pohjoiseen tarvitaan monipuolista ja monialaista hyvinvointiammattikorkeakoulua. Ammattikorkeakoulukokeilun alkuaikoina yliopettaja Inkeri Hietasen johdolla kehitettiin holistisen hoidon opetussuunnitelma, jota esitettiin kansallisissa ja kansainvälisissä seminaareissa ja kongresseissa.

Kunnianhimoisesti ajattelimme ja toivoimme että terveyttä edistävä toiminta, taloudellinen ajattelu, yhdyskuntasuunnittelu ja rakentaminen sekä elinympäristön suojele olisivat Oulun ammattikorkeakoulun toimintaa ohjaavia peruspilareita. Näin ammattikorkeakoulu kasvat-

taisi monialaisia terveyden edistäjiä. Nämäkin ajatukset ja intohimot olivat peräisin terveysarkoulutuksen alkuvaiheilta.

Ideoiden täytyttyä konkretisoitua opetuksessa ja toiminnassa. Ammattikorkeakoulun alkuaikoina seurasi terveydenhuollon eri alojen opiskelijoiden ammatillista edistymistä koulutuksen aikana. Tuloksista voitiin todeta muutamia keskeisiä esimerkkejä. Kaikkien hoitotyön opiskelijoiden hoidollinen ja teoreettinen osaaminen kehittyi. Terveydenhoidon opiskelijoilla on selkeämpi näkemys tehtävästään kansanterveysyöntekijöinä kuin muilla terveysalan ammattilaisilla.

Myös Terveyttä vuoteen 2000 -ohjelma on ollut paremmin ohjassa terveydenhoitajaopiskelijoiden kuin muiden koulutusohjelmien opiskelijoiden toimintaa. Myös omasta mielestään terveydenhoidon opiskelijat ovat valmiita toimimaan terveyden edistämistyössä sekä yksilö- että perhetasolla Alueellinen, kansallinen ja globaali vastuu sitä vastoin tunnistui heiveröisenä.

Olimme Inkeri Hietasen kanssa 1994 Englannin Leedsissä Inter-professional Learning -kongressissa, jossa meidän aiheemme oli Health Education in Finland. Tapasimme sittemmin meille oululaisille ammattikorkeakoulukehittäjille tutun professori Hugh Barrin. Hän kiinnostui meidän esittämästämme Holistic care otteesta ja me hänen interprofessionaalista näkemystään. Syntyi kuuluisa kolikko the coin of holistic care (learning) and interprofessional care (learning). Jotta kokonaisvaltainen hoito mahdollistuisi, sen on oltava moniammatillista. Tästä aatteesta on kummunnut paljon. Kansainvälinen sosiaaliryön asiantuntijaturimme on ollut joukossamme noista ajoista. Lukuisia seminaareja ja kuntaprojekteja on järjestetty, joissa hän on ollut moniammatillisen oppimisen, opetuksen, hoidon ja johtamisen asiantuntijana. Suomea ja Oulun koulua hän on vinyt matkoillaan eri puolille maailmaa.

OULUN KOULUN TERVEYDENHOIDONOPETTAJAT JA OPISKELIJAT KOHTI MAAILMANKANSALAISSUUTTA

Ammattikorkeakoulun myötä 1990-luvulla Oulun koulu kansainvälistyi. Opiskelija- ja opettajavaihto-ohjelmat, kansainväliset vierailut ja seminaarit olivat arkipäivää jo 1990-luvulla. Niinpä matkattiin jälleen muun muassa Englantiin, Saksaan, Italiaan, Kiinaan ja Keniaan. Useimmiten matkalla oli sekä terveydenhoidon opettaja että klinisen alan asiantuntija, jotta "sailorit" saattoivat jakaa kokemuksiaan. Näin alkoi muun muassa monivuotinen yhteistyö Englannin silloisen sairaanhoitaja-, kättilö- ja terveydenhoitajakoulutuksesta vastaavan Boardin kanssa (English National Board in Nursing) ja yli kymmenen vuotta jatkunut kansanterveysyön projekti Keniassa.

Toki Oulun koulussa oli ollut tutkimus- ja kehittämishankkeita jo 1970-luvulla. Silloin osallistuttiin muun muassa Oulun yliopiston Pohjois-Suomen lapsen kehitystutkimuksen ja Oulun koulun järjestämään Pohjois-Suomen terveysalan opiskelijoiden terveyskäyttäytymistutkimukseen. Tänäpäin oululaiset terveydenhoidon opettajat ovat terveydenhoitajakoulutuksen lisäksi tiiviisti mukana paikallisissa, alueellisissa ja kansainvälisissä hankkeissa. Tiedän heidät kurkiau- ran johtajan tavoin vievän terveyden edistämisen ideaa eri puolille maailmaa, nyt yhdessä muiden ammattilaisten kanssa.

TERVEYSSISARKOULUTUKSEN JA TERVEYDENHOITAJAKOULUTUKSEN TUKIPILARIT 60-VUODEN AIKANA

Vaikeina aikoina, poikkeuksellisissa olosuhteissa luotiin Oulun terveysisarkoulutuksen ja myöhemmin sen perustalle luodun muun terveysalan koulutuksen kivijalat. Koulutuksen kivijalat ovat olleet opetuskokonaisuuden tunnistaminen ja sen toteutuminen tietopuolisena ja käytännöllisenä oppimisena, eri tahojen yhteisvastuu koulutuksessa, keskitetty ohjaus ja valvonta sekä terveydenhuollon ja terveysalan koulutuksen ethos. Monilla alueilla on tapahtunut muutosta, koulutuksen ja terveydenhuollon alueella vannotaan informaatio-ohjauksen nimiin. Kansallista ja alueellista ammatillista ohjausta ei ole. On syytä olla hereillä, etteivät kivijalat sorru. Olisiko syytä tarkastella esitettyjä kivijalkoja ja niiden lujuttamista 2000-luvulla?

a. Tietopuolisen ja käytännöllisen opetuksen saumaton kokonaisuus ja sen toteutus. Tämä on ollut koulutuksen johtava periaate. Se on ollut ja tulee olla paikallista, alueellista ja kansallista yhteistyötä.

b. Yhteisvastuu opetuksen toteutuksesta.

Koulutus toteutettiin yhteistyössä, niin kansallisesti, alueellisesti kuin paikallisesti. Alueelliset ja paikalliset yhteisyydet kehittyivät terveysisarkoulun alkuaikoina. Paikallisesti kehittyi opettajien ja ohjaajien välille kiinteä yhteistyö. Koulutuspäivät ja yhteistyöneuvottelut toteutuivat säännöllisesti. Terveydenhoidon opettajat ja terveysisaret, sittemmin terveydenhoitajat, tunsivat toisensa. Näitä aikoja monet kaipaavat. ”Tunsin olevani vastuussa tulevan ammattisairaan kouluttamisesta”, toteaa eräs terveydenhoitaja.

c. Ohjaus ja valvonta

Terveysalan koulutus oli lääkintöhallituksen valvonnassa vuodesta 1930 vuoteen 1968. Sitten muodostettiin Ammatikkasvatushallitus ja kaikkien ammattien koulutuksen yhteissuunnittelu alkoi johtaen keskiasteen koulutuksen uudistamiseen vuonna 1987.

Alkuaikoina ohjaus ja valvonta olivat todella tiivistä. Lääkintöhallituksen koulutuksen tarkastaja kulki kouluissa laatien opetussuunnitelmia, tehden henkilökohtaisesti oppilaiden harjoitteluohjelmia ja tuottaen oppimateriaalia. Sittemmin kontrolloiva ote muuttui ohjaavaksi ja suunnitelmat laadittiin oppilaitoksissa, mutta ne hyväksyttiin kansallisesti. Opetussuunnitelmia säätelivät ja säätelivät edelleen monet oikeudelliset normit, moraalinnormit ja kansainväliset sopimukset.

d. Terveydenhuollon ethos

Sairaanhoitajaa koskevat kansalliset ja kansainväliset eettiset ohjeistot ihmisarvon ja elämän kunnioittamisesta, oikeudenmukaisuudesta ja vastuusta luovat perustan terveydenhoitajan työlle.

Lisäksi on lukuisia eettisiä normeja ja kannanottoja sekä sosiaalisia normeja, jotka meitä ohjaavat työssämme. Kunkin terveydenhoitajan oma eettinen koodisto muotoutuu ja kehittyy koulutuksen ja kokemuksen myötä. Näin se ”terveysisarahenki” kulkee meissä sukupolvesta toiseen.

LOPUKSI

Oulusta 1940- ja 1950-luvulla valmistuneet terveysisaret ovat osa sitä sukupolvea, joka on maksanut sotavelat, jälleenrakentanut maatumme ja ollut kasvattamassa maailman terveimmät lapset. Minulla oli suuri kunnia olla terveydenhoitajakoulutuksen edustajana vuonna 1996 Helsingin yliopiston juhlasalissa vastaanottamassa WHO:n kunniamainintaa siitä, että suomalainen lapsi oli 1950-luvulla maailman tervein lapsi. Muita tekemästään kansanterveystyöstä kunnianosoituksen saaneita olivat Terveydenhoitajayhdistys, Lääkärikoulutus ja Lääkäriliitto.

Suomi on maailman kilpailukykyisin valtio, mutta vieläkö lapsemme ja lasten lapsemme ovat maailman terveimpiä? Kokonaisuuden kannalta katsoen olemme hyvinvointima ja sosiaaliturvamme on huippua, kun verrataan keskiarvomaihin. Lääketiede ja hoitomenetelmät ovat huimasti kehittyneet. Mutta kansamme juoksee edelleen kilpaa sairauksien hoitamisen perässä ja uhkakuvia esitetään. Väestön eliniän ennustetaan lyhenevän, pitkäaikaissairauksien määrä lisääntyy ja uusia uhkia ovat maailmanlaajuiset pandemiat. Elintapasairaudet ovat meidän kaikkien uhkana. Missä on maailman tervein lapsemme?

Kysyin nykyisiltä opettajilta, muutamalta terveydenhoitajalta ja opiskelijoilta, mitä meidän olisi tehtävä ja mikä olisi terveydenhoitajien osuus siinä, että saisimme aikaan maailman terveimmän lapsen tähän maailman kilpailukykyisimpään Suomeemme? Useimmat jäivät miettimään vastaustaan. Tänäpäin terveydenhoitajat kulkevat jokaisen suomalaisen rinnalla elämän eri vaiheissa. Mikä olisi tilanne ellei näin olisi? Nuoret äidit toteavat, että ”sehän on itsestään selvää, että on terveydenhoitajat”. Se tuo turvallisuutta ja jatkuvuutta, heitä uskaltaa lähestyä ja he ovat tasavertaisia ja tietäviä.

Tiedämme 1990-luvun alkuvuosina olleiden säästötoimenpiteiden seuraukset. Vähennettiin ennaltaehkäisevää työtä, kuten kouluterveydenhoidosta. Seurauksia korjaamme 2000-luvulla. Tällaista ei saisi tapahtua enää, terveydenhoitajien tulisi olla laaja-alaisesti ammattikuntana osoittamassa ennaltaehkäisevän työn merkitystä. Eihän sitä voi odottaa sellaisilta, joilla ei ole alan koulutusta!

Globalisoituvassa maailmassa yksittäisen maan mahdollisuudet väestön elintapoihin ovat rajalliset. Muotivirtaukset, mainonta, ylikansallinen liiketoiminta ja kauppasopimukset ohjailevat ihmisten käyttäytymistä siinäkin huolimatta, että sairastumisketjut ja elintapojen merkitys terveydelle tiedetään entistä paremmin. Tarttuvuudet, yllättävät luonnonkatastrofit, sotapakolaiset ja muut perinteiset onnettomuudet ovat eri puolilla maailmaa tätä päivää.

Kansainväliset ja kansalliset sosiaali- ja terveystieteelliset ohjelmat, toimenpiteet sekä alueelliset ja paikalliset ohjelmat on kirjattu niin, että niistä voi hahmottaa suuren kansainvälisen, kansallisen, alueellisen ja paikallisen tuen terveyden edistämiseksi. Sitä on varmaan yksityisen työntekijän joskus vaikea huomata. Terveydenhoitajat tekevät työtään hiljaisuudessa, vaatimattomasti, mutta hyvällä itsetunnolla varustettuna. Terveydenhoitajat itse tietävät ja ymmärtävät sen, että ammatillisuus on vastuuta siitä että menneisyyden hyvät

asiat kulkeutuvat seuraavalle sukupolvelle, työ on pitkäjänteistä. Se on iäkkäistä. Pitäisiköhän siitä huolimatta suomalaisten terveydenhoitajien nostaa profiliaan ja olla entistä enemmän edellä mainittujen kansainvälisten, kansallisten ja alueellisten terveydenedistämishankkeiden laatimisessa mukana myös strategiatasolla? Siten monet strategiset asiat myös toteutuisivat. Tärkeän työn tulisi olla enemmän näkyvää, mitä toivovat opiskelijat ja terveydenhoitajat itse.

LÄHTEET

Freeman, R. 1967. Terveysisartyö. Terveysisartyön ala ja menetelmät. Porvoo: WSOY.

Helén, I. & Jauho, M. 2003. Kansalaisuus ja kansanterveys. Tampere: Tammer-Paino.

Hytönen, Y. 2002. Ihminen ihmiselle. Suomen Punainen Risti 1877 - 2002. Jyväskylä: Gummerus.

Joutsivuori, T. & Laakso, M. 1998. Terveystoimintajärjestelmä ammattilaisiksi etujärjestyksi. Suomen terveydenhoitajaliitto STHL ry 60 vuotta. Joensuu: Painotalo PunaMusta.

Järvinen, M-R. 1993. Koulutus hoivatyöhön: Terveystoimintajärjestelmän muuttaminen ja tulevaisuudennäkymät. Turun yliopiston koulutus- ja tutkimuskeskus. Raportteja 15. Turku: Painosalama Oy.

Kainua, O. 1984. Sairaanhoidon opettajien täydennyskoulutus. Hoitotyön kehittäminen. Oulun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia 19.

Karjalainen, A. 1975. Kahdeksan vuosikymmentä sairaanhoitajakoulutusta Oulussa.

Karjalainen, A. 1986. Suomen sairaanhoitajaliiton Pohjois-Pohjanmaan piiriyhdistys ry 1935 – 1985. Aasiakirjojen ja jäsenten kertomaa. Oulun Rivit Oy.

Kohdehistoriallinen analyysi Oulun perusterveydenhuollon kehityksestä. 1991. Toimiva terveyskeskus -projekti. Osaprojekti 2. Keskustan terveysseminari 1991. Oulun kaupungin terveysviraston julkaisu A 11.

Kouluhallitus. 1977. Kouluhallituksen terveyskasvatuksen työryhmän muistio. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Luoma, P. 1989. Markkinat ja muutokset Pohjois-Suomessa – suuren muutoksen yhteiskunnallisten taustojen ja vaikutusten tarkastelua. Oulun yliopiston sosiologian laitoksen tutkimuksia 16.

Lääkintöhallituksen ohjekirje. 1981. Ohjeet kouluterveydenhuollosta.

Manninen, T. 1998. Pohjoisen Suomen sairaanhoidon historia. Jyväskylä: Gummerus.

Markkanen, S. 1955. Oulun sairaanhoitaja-terveysisarkoulun historiikki.

Medicinalstyrelsen 1972. Dno 9721/525/72. Direktiv angående effektivitet av hälsoförhållandena vid hälsovårdscentralerna.

Numminen, I. 1987. Arvo Ylpön vuosisatua. Juva: WSOY.

Pohjois-Suomen terveydenhuoltoalan opiskelijoiden terveyskäyttäytyminen. 1981. Työryhmä: Ines Kuittinen, Annikki Lämsä, Riitta Aulin, Onerva Kainua, Kaisa Kvist, Kerttu Maunu.

Pulliainen, E. & Siuruainen, E. 2000. Mitä tehdä Pohjois-Suomella? Oulu: Kirjapaino Kaleva.

Punto, A. 1991. Terveystoimintajärjestelmän ja terveysisarten neuvontatoiminnan kehitys vuosina 1912–1944. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Vaasa Oy:n kirjapaino.

Räisänen, A. 1993. Terveystoimintajärjestelmän koulutus. Opetushallituksen tutkimus- ja selvityksiä. Helsinki: Painatuskeskus Oy, Hakaniemen pikapaino.

Sairaanhoidajien koulutussäätiö & Vauhkonen, O. 1992. Terveystoimintajärjestelmän historia. Jyväskylä: Gummerus.

Sairaanhoidajien koulutussäätiö. 1967. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Sata vuotta työtä terveyden hyväksi. 1996. Oulun terveydenhuolto-oppilaitos.

Siivola, U. 1984. Terveystoimintajärjestelmän kansanterveysyössä. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Porvoo: WSOY.

Snellman, V. 1956. Sairaanhoidajien koulutuksen 25-vuotistaipaleelta. Helsinki: Frenckellin Kirjapaino Oy.

Sorvettula, M. 1998. Johdatus suomalaisen hoitotyön historiaan. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Jyväskylä: Gummerus.

Suorsa, S. 2002. Katsaus Oulun läänin väestön hyvinvoinnin tilaan v. 2000. Oulun lääninhallituksen julkaisuja 88.

Säilynoja, V. 2002. Minun puumerkkini. Suomussalmi: Myllylahti Oy.

Terveydenhuolto 2000-luvulle. Pohjois-Suomen yhteistoiminta-alue. Oulun lääninhallituksen julkaisuja n:ro 85. Pohjois-Suomen kehittämissuunnitelman loppuraportti.

Varmola, T., Salonen, P. & Hulkko P. 2005. Harjoittelun juurilla. Vaasa: Waasa Graphics Oy.

Valtioneuvoston periaatepäätös. 2001. Terveys 2015 kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4. Helsinki: Edita Oy.

Yppö, A. 1987. Auringonpojan terveisaapinen. Helsinki: Otava.

Terveyden edistämiseen ja moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvää kirjallisuutta:

Teokset sisältävät Oulun ammattikorkeakoulussa / Oulun terveydenhuolto-oppilaitoksessa järjestettyjen seminaarien abstrakteja ja esitelmiä v. 1990 - 2000.

100 vuotta työtä terveyden hyväksi 1996. Oulun terveydenhuolto-oppilaitos.

Introduction to holistic care. 1996. Oulu Polytecnic.

The second conference in promotion wellbeing and holistic care through multidisciplinary education. 1996. Oulun terveydenhuolto-oppilaitos.

Toward holistic wellbeing conference proceedings. 2000. Oulu Polytecnic.

Holistic care, from rhetoric to reality. 2003. Proceeding of the conference. Kakamega, Kenya.

Terveyttä ja hyvinvointia napapiiriltä päiväntasaajalle. Annikki Lämsän juhlaKirja. 2004. Oulun seudun ammattikorkeakoulu.

Komiteamietinnöt

KM 1920:8. Komitealta, asetettu laatimaan ehdotusta sairaanhoitajatarpeiden järjestämiseksi.

KM 1939:9. Maaseudun terveydenhoito-olot ja niiden kehittäminen. Maaseudun terveydenhoitokomitean mietintö.

KM 1945:10. Sairaanhoitohenkilökunnan koulutuksen uudistamista koskeva mietintö.

KM 1951:24. Komitealta, asetettu laatimaan ehdotusta kunnan kätilöistä ja kunnan terveyssisarista annettujen lakien muuttamisesta.

KM 1973:52. Vuoden 1971 koulutuskomitean mietintö.

KM 1973:106. Terveydenhuollon koulutuskomitean mietintö.

KM 1977:3. Terveydenhuollon opetussuunnitelmatoimikunnan mietintö.

KM 1978:9. Terveydenhuollon täydennyskoulustustoimikunnan mietintö.

KM 1988:42. Terveydenhuollon koulutuksen käytännön opetuksen kehittämistoimikunnan mietintö.

KM 1991:51. Terveydenhuollon ammatinharjoittamistoimikunnan mietintö

Lait ja asetukset

SA 18/1920. Laki kätilöiden asettamisesta maalaiskuntiin ja niiden palkkauksesta.

SA 91/1920. Asetus kätilötoimen harjoittamisesta ja synnytyslaitoksista.

SA 340/1929. Laki sairaanhoitajattarien koulutuksesta.

SA 424/1929. Asetus sairaanhoitajattarien koulutuksesta.

SA 426/1929. Asetus sairaanhoitajattaren tai sairaanhoitajatoimen harjoittamisesta.

SA 59/1933. Asetus sairaanhoitajattarien koulutuksesta.

SA 220/1944. Laki kunnallisista terveyssisarista.

SA 223/1944. Laki kunnan kätilöistä.

SA 554/1962. Laki sairaanhoitotoimen harjoittamisesta.

SA 598/1967. Laki sairaanhoitotoimen harjoittajien ja muun vastaavanlaisen henkilöstön kouluttamisesta.

SA 418/1968. Asetus sairaanhoitotoimen harjoittajien ja muun vastaavanlaisen henkilöstön kouluttamisesta.

SA 474/1978. Laki keskiasteen koulutuksen kehittämisestä.

SA 486/1987. Laki ammatillisista oppilaitoksista.

SA 501/1987. Asetus terveydenhuolto-oppilaitoksista.

SA 391 – 392/1991. Laki ja asetukset nuorisoasteen koulutuksen ja ammattikorkeakoulukokeilusta.



Hoitotyön opiskelija mielenterveystyön harjoittelussa

Pirkko Suua
THM, lehtori

JOHDANTO

Mielenterveys- ja päihdeongelmien suuri kansanterveydellinen merkitys edellyttää vahvaa mielenterveys- ja päihdetyön osaamista ja asettaa haasteita myös koulutukselle. Asia on ajankohtainen myös hoitotyön koulutuksessa, jossa tulee kiinnittää huomiota erityisesti mielenterveyteen ja päihteiden käyttöön liittyvään oppimiseen ja opetukseen. Pahkalan ym. (2013) mukaan hoitotyön opiskelijoiden kliinisessä osaamisessa on puutteita mielenterveyteen ja päihteiden käyttöön liittyvässä hoitotyössä. Tutkimuksessa hoitotyön opiskelijoiden kliinisestä osaamisesta ilmeni, että opiskelijat arvioivat mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvän osaamisensa toiseksi heikoimmaksi kliiniseksi osa-alueeksi. Mielenterveyteen ja päihteiden käyttöön liittyvää osaamista lisäsivät harjoittelut ja harjoitteluun käytetty aika. Tutkimus vahvistaa käsitystä harjoittelun merkityksellisyydestä ja velvoittaa edelleen tehostamaan harjoittelussa oppimista ja harjoittelun kehittämistä.

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM 2012) ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisestä sisältävät esityksiä myös koulutukselle. Mielenterveys- ja päihdeosaaminen edellyttää asiakkaan aseman vahvistamista sekä edistävän ja ehkäisevän työn merkitystä ja osaamista. Eri ikäryhmien mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämisessä on painopiste perus- ja avohoitopalveluissa. Pyrkimyks-

nä on ollut yhtenäistää koulutusta määrittelemällä mielenterveystyön opetuksen minimisisällöt sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusaloilla peruskoulutuksen opetusohjelmiin. Tämä määrittäminen ei ole vielä edennyt, vaan opetuksen sisällöt ja laajuudet ja toteutukset vaihtelevat eri oppilaitoksissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöillä tulee olla perusvalmiudet tunnistaa ja ottaa puheeksi mielenterveys- ja päihdeongelmat. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden perustutkintoihin ehdotetaan mielenterveys- ja päihdetyön lisäämistä vastaamaan mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien kansanterveydellistä merkitystä ja työelämän tarpeita.

Tässä artikkelissa tarkastellaan sairaanhoitajakoulutukseen kuuluvaa mielenterveystyön oppimista mielenterveystyön harjoittelun näkökulmasta. Kirjoittaja on mielenterveystyön opettaja ja artikkelin taustalla on työkokemus opiskelijoiden kysymyksistä, kokemuksista ja oppimisesta mielenterveystyön ja psykiatrisen hoidon harjoittelujaksoilta sekä tutkimustyö kyseisestä aiheesta. Artikkelin tavoitteena on kuvata mielenterveystyön harjoittelua opiskelijan oppimisympäristönä, siihen kuuluvia erityispiirteitä ja kehittämisen kohteita. Harjoittelun laadulla on keskeinen merkitys opiskelijan oppimistuloksiin ja mielenterveystyön osaamisen kehittämiseen.

ENNEN HARJOITTELUA – EPÄVARMUUS

Kliininen harjoittelu on tärkeä osa sairaanhoitajakoulutusta. Harjoittelun merkityksellisyys korostuu erityisesti mielenterveytyön ja psykiatrisen hoitotyön harjoittelussa opiskelijan kohdatessa alueen, johon hänellä saattaa liittyä pelkoa ja epävarmuutta kyvyistään kohdata ihmisiä, joilla on mielenterveyden ongelmia sekä kyvystään toimia ammatillisessa roolissa. (Charleston & Happel 2005; Happel 2008). Ennakkokäsitykset tai pelot liittyvät potilaisiin ja psykiatrisiin sairauksiin ja ovat yhteydessä esimerkiksi median luomiin mielikuviin ja käsityksiin psyykkisesti sairaasta ihmisestä ja hoitokulttuurista. Opiskelijoiden mielestä mielenterveytyön harjoittelu on erilaista kuin muut aiemmat harjoittelut koulutuksen aikana. Opiskelijasta tuntuu vaikealta se, että opiskeltavat ilmiöt ovat abstraktimpia, ei ole "käsillä tekemistä" kuten muissa harjoittelussa. Konkreettinen tekeminen tuo turvallisuutta opiskelijalle. Opiskelijat voivat myös kokea, että heillä ei ole riittävästi konkreettisia valmiuksia kohdata psykiatrisen hoitotyön todellisuutta ja harjoitteluun meneminen aiheuttaa sen vuoksi jännitystä. (Charleston & Happel 2005, Koskinen ym. 2011.)

Ohjauksen merkitys ja opiskelijoiden tukeminen ovat edellä mainituista syistä erityisen tärkeitä mielenterveytyön harjoittelussa. Ohjauksessa tulisi kiinnittää huomiota niihin asioihin, joilla vaikutaan positiivisesti opiskelijan harjoittelukokemuksiin ja helpotetaan harjoittelun sujumista ja opiskelijan kiinnostusta mielenterveytyöhön (Henderson 2007).

Opiskelijat kohtaavat mielenterveytyön harjoittelussa emotionaalisesti vaativia tilanteita, joihin he tarvitsevat tietoa ja tukea niiden ymmärtämiseksi ja selkiyttämiseksi (Romppanen 2011). Suotuisa ja tukeva oppimisympäristö harjoitteluun voidaan luoda kiinnittämällä huomio siihen, että opiskelija tuntee itsensä tervetulleeksi, hän saa hyvän perehdytyksen ja saa aktiivisesti osallistua työskentelyyn potilaiden kanssa. Lisäksi opiskelijan harjoittelukokemusten reflektointi sekä tukea antava ohjaus varmistavat myönteisiä harjoittelukokemuksia psykiatrisessa harjoittelussa. (Happel 2008; Koskinen ym. 2011.) Opiskelijat arvostavat hoitajien ammattitaitoa ja erityisesti sitä, että hoitajien työskentelystä välittyy potilasta kunnioittava asenne. (Happel 2008.)

HARJOITTELUSSA – OPPIMINEN OSALLISTUMALLA

Ensimmäinen konkreettinen asia, jolla luodaan myönteinen oppimiskokemus on valmisteltu opiskelijan vastaanotto harjoittelupaikkaan ja nimettyjen ohjaajien toteuttama järjestelmällinen perehdytys. Harjoittelun alkuvaiheen merkitys korostuu erityisesti aloitettaessa mielenterveytyön harjoittelua. Opiskelijan kokemus psyykkisestä turvallisuudesta kuuluu hyvään oppimisympäristöön ja turvallisuudessa ilmapiirissä opiskelijaa rohkaistaan keskustelemaan ja tuomaan ajatuksiaan esille (Saarikoski 2002). Opiskelijalle on myös tärkeää saada havainnoida, osallistua päivittäisiin toimintoihin ja kuunnella potilaiden elämäntarinoita (Koskinen ym. 2011; Kragelund, 2011).

Opiskelijat oppivat kokemuksistaan ja toiminnastaan ja lisäksi he havainnoivat työntekijöiden toimintatapoja. Yhteinen pohdinta ohjaavien henkilöiden kanssa ja ymmärryksen lisääminen etsimällä ja käyttämällä olemassa olevaa tietoa ovat tärkeitä tekijöitä oppimises-

sa ja ammatillisessa kehittämisessä. Myös opiskelijoiden tunnekokemusten ja merkityksellisten oppimiskokemusten puhuminen edistää oppimista. (Romppanen 2011; Haugan ym. 2012.)

Säännöllinen ja toimiva opiskelija-ohjaajasuhde edistää oppimista. Puutteellinen ohjaus haittaa oppimista erityisesti ongelmallisissa hoitotilanteissa (O'Donovan 2006; Henderson ym. 2007). Opiskelija tuntee olemisensa epävarmaksi ja kuormittuneeksi, jos hänet jätetään yksin ilman tukea ja opastusta. Hän ei tiedä, toimiiko hän oikein vai väärin, jos hänellä ei ole mahdollisuutta keskustella hoitajien kanssa toiminnastaan ja kohtaamistaan tilanteista (O'Donovan 2006.)

Ohjaaja voi auttaa opiskelijaa selviytymään epävarmuuden kokemuksen kanssa. Rohkaisemalla opiskelijaa ottamaan kontaktia potilaisiin ohjaaja vahvistaa opiskelijan itseluottamusta ja valmiutta kohdata erilaisia tilanteita. (Charleston & Happel 2005.) Kragelund (2011) on kehittänyt mielenterveytyön harjoittelun ohjaukseen mallin, jonka tarkoitus on auttaa sekä opiskelijaa että ohjaajaa huomaamaan erilaisten tilanteiden potentiaaliset oppimismahdollisuudet. "The Windmill of Learning Processes" -mallin mukaan opiskelijat kohtaavat tiedostamattaan vaativiakin tilanteita potilaiden kanssa osallistessaan itsenäisesti harjoittelupaikan päivittäisiin toimiin. Keskustelut päiväsalissa, ulkoilut ja asioinnit ovat tavallisia opiskelijan ja potilaan yhdessä olemisen tapoja. Näitä näennäisesti arkisia tilanteita ja opiskelijan kohtaamia potilaiden kanssa tulisi ottaa tietoisesti keskusteltavaksi ja analysoinnin kohteeksi ja siten auttaa opiskelijaa tarkastelemaan ja tiedostamaan toimintaansa. Tällä varmistetaan, että opiskelijalle ei synny virheellisiä käsityksiä tai toimintatapoja. (Kragelund 2011.)

Mielenterveytyön harjoittelussa oppimisen ydin on opiskelijan ja potilaan välinen vuorovaikutussuhde. Opiskelijoiden tavoitteena potilaan mielenterveyteen liittyen on taito kommunikoida hoidollisesti potilaiden kanssa ja kyky käyttää omaa persoonaa tavoitteellisesti hoitamisen välineenä. Etukäteen opiskelijaa jännittää, mitä sanoa potilaalle tai miten reagoida tämän mahdollisesti poikkeavaan käyttäytymiseen. (Henderson ym. 2007; Kragelund 2011.)

Opiskelijalla on yleensä harjoittelussa nimetty oma potilas ja tämä yhteistyösuhde on keskeinen oppimisen mahdollistaja (Tölli ym. 2010). Opiskelijoiden mielestä he saavat harjoittelussa ymmärrystä mielen sairastumiseen. Käsitys psyykkisesti sairastuneesta ihmisestä saa sisältöä ja tulee ymmärrys, että psyykkisesti sairastunut ihminen on kuin kuka tahansa ihminen. Samalla opiskelija tulee tietoiseksi auttamismenetelmistä. (Henderson ym. 2007.) Opiskelijoiden mielestä heidän empatiataitonsa lisääntyivät psykiatrisen hoitotyön harjoittelussa harjoiteltaessa kahdenkeskistä vuorovaikutussuhdetta potilaan kanssa (Koskinen ym. 2011).

Vuorovaikutussuhteet ja haasteelliset tilanteet askarruttavat opiskelijoita. Potilaan psyykkisen terveydentilan muutokset ja masentuneen potilaan kohtaaminen ovat tärkeitä ja vaativia oppimiskokemuksia. Tutkimuksessa hoitotyön opiskelijoiden harjoittelujen merkityksellisistä kokemuksista opiskelijoiden oli vaikea ymmärtää masentuneiden potilaiden käyttäytymistä ja siitä johtuvia hankalia tilanteita.

Masentunutta ihmistä oli vaikea oppia ymmärtämään ja opiskelijat kokivat vaikeana sietää potilaan henkistä kärsimystä. Potilaan auttaminen koettiin haasteelliseksi myös sen vuoksi, että potilaiden oli vaikea hyväksyä tarjottua apua. (Romppanen 2011.) Saarikosken ym. (2006) mukaan mielenterveystyön harjoittelussa opiskelijat toivat ohjauskeskusteluissa esille potilaan paranoidisen, aggressiivinen tai itsetuhoisen käyttäytymisen kysymyksiä herättävinä asioina. Harjoittelupaikan toimintatavat herättivät myös eettisiä kysymyksiä.

Kokemukset ja tutkimustieto osoittavat, että harjoittelun päättyessä opiskelijat ovat myönteisesti yllättyneitä oppimisestaan mielenterveystyön harjoittelussa. Alkuvaiheen ennakkokäsitykset ovat yleensä muuttuneet harjoittelun kuluessa ja lopuksi opiskelijat ovat yleensä tyytyväisiä ja kokevat oppineensa ja saaneensa hyödyllisiä valmiuksia ja tietoa. Tätä myönteistä kokemusta ovat mahdollistaneet osallistuminen potilaskontakteihin ja erilaisiin hoitotilanteisiin. Keskustelut opiskelijoiden kokemuksien pohjalta ovat lisänneet opiskelijan valmiuksia kohdata potilaita, joilla on mielenterveyden ongelmia (Henderson ym. 2007; Koskinen ym. 2011; Kragelund 2011). Mielenterveystyön harjoittelukokemukset voivat olla merkityksellisiä opiskelijan harkitessa suuntautumisaluettaan hoitotyössä. Harjoittelussa syntynyt positiivinen oppimiskokemus mielenterveystyötä kohtaan rohkaisee opiskelijaa ajattelemaan mielenterveystyötä mahdollisena omana työpaikkana ja työurana. (vrt. Happel 2008.) Harjoittelun merkitys rekrytoinnin näkökulmasta on korostunut viime vuosina (Saarikoski ym. 2009) ja mielenterveystyössä tämä seikka on myös huomioitu.

MIELENTERVEYSTYÖN HARJOITTELUN JÄLKEEN – KEHITTÄMISKOHEITA

Kehittämisen kohteena ei ole pelkästään harjoittelu, vaan mielenterveysosaamisen kehittäminen sekä opetus suunnitelman että opetuksen toteutuksen tasolla. Ajatellaan, että mielenterveystyön toimintamenetelmiä olisi vaikea opiskella etukäteen ja sen vuoksi valmiuksia psykiatrisen potilaan kanssa työskentelyyn ei harjoittelun alkaessa vielä ole opiskelijoiden mielestä riittävästi (vrt. Pahkala 2013).

Uudet oppimisen ja opetuksen menetelmät, kuten simulaatiooppiminen ja simulaatioympäristöjen hyödyntäminen mielenterveystyön opetukseen voivat tuoda sitä konkreettisuutta ja toiminnallisuutta,

joka edesauttaa harjoitteluun valmistautumista ja vähentää opiskelijan epävarmuutta ennen harjoittelua. Kehittämishaasteina nähdään myös näyttöön perustuvan hoitotyön lisääminen mielenterveystyön opetuksen alueella. Lisäksi entistä tiiviimpi yhteistyö oppimiseen ja opetukseen osallistuvien kesken ja uudenlaiset yhteistyömuodot ovat ajankohtaisia. (Tölli ym. 2010.)

Meneillään on aktiivista kehittämistyötä ja on raportoitu erilaisten strukturoitujen ohjausmallien kehittämistä mielenterveystyön ohjaukseen sekä ryhmäohjauksen ja kasvokkain tapahtuvan ohjauksen yhdistämistä verkossa tapahtuvaan ohjaukseen (vrt. Ashmore ym. 2012; Lindsay ym. 2012). Mielenterveystyön painopisteen muuttuessa perusterveydenhuoltoon ja avohoitoon ovat myös opiskelijoiden harjoittelumahdollisuudet laajentuneet ja mahdollistavat mielenterveyttä edistävän ja tukevan työn oppimista. (vrt. STM 2012.)

Perinteisen harjoittelun ohella myös projektimuotoinen oppiminen ja yhdessä tekeminen mielenterveystyön tekijöiden kanssa ovat monipuolistuneet. Myös opettajien kliinisen osaamisen kehittämistarvetta on arvioitu olevan potilaan mielenterveyteen ja päihteiden käyttöön liittyvässä hoitotyössä. Opiskelijoiden mielestä teorian tiedon ylläpitäminen ja tiiviit työelämäyhteydet, kuten opettajan osallistuminen hoitotyöhön, yhteistyö hoitoyöntekijöiden kanssa sekä harjoittelun ohjaus kehittäisivät opettajan osaamista. (Kettunen ym. 2013.) Opettajan tiedot ja perehtyneisyys alaan nähdään merkittäväksi opiskelijan psykososiaalisen hoitotyön oppimisessa (Pahkala ym. 2013).

Opiskelijan harjoittelun onnistumisessa on kyse aina yhteistyöstä. Siinä on tärkeää olla mukana kaikki harjoittelun ohjaukseen osallistuvat tahot: harjoittelukentän hallinto, opiskelijakoordinaattorit, opiskelijavastaavat, lähiohjaajat, opettajat, oppilaitoksen tukihenkilöt ja opiskelijat. Potilaan aseman vahvistaminen mielenterveystyössä ja potilaan näkökulman vahvistaminen mielenterveystyön harjoittelussa ovat asioita, joita tulee tarkastella. Kehittämällä oppimisen ja ohjauksen muotoja voidaan tarjota opiskelijoille innostava ja turvallinen oppimisympäristö, joka voi synnyttää kiinnostuksen mielenterveystyöhön (Henderson ym. 2007).

LÄHTEET

- Ashmore, R., Carver, N., Clibbens, N. & Sheldon, J. 2012. Lecturers' accounts of facilitating clinical supervision groups within a pre-registration mental health nursing curriculum. *Nurse Education Today* 32 (3), 224-228.
- Charleston, R. & Happel, I. B. 2005. Coping with uncertainty within the preceptorship experience: the perceptions of nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12, 303-309.
- Happell, B. 2008. Clinical experience in mental health nursing: Determining satisfaction and the influential factors. *Nurse Education Today* 28 (7), 849-855.
- Haugan, G., Sørensen, A-H. & Hanssen, I. 2012. The importance of dialogue in student nurses' clinical education. *Nurse Education Today* 32 (4), 438-442.
- Henderson, S., Happel, B. & Martin, T. 2007. So what is good about clinical experience? A mental health nursing perspective. *Nurse Education in Practice* 7, 164-172.
- Kettunen, E., Kääriäinen, M., Lukkarinen, H. & Salminen, L. 2013. Hoitotyön opettajan kliininen osaaminen hoitotyön opiskelijoiden arvioimana. *Hoitotiede* 25 (1), 24-35.
- Koskinen, L., Mikkonen, I. & Jokinen, P. 2011. Learning from the world of mental health care: nursing students' narratives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18, 622-628.
- Kragelund, L. 2011. Student nurses' learning process in interaction with psychiatric patients: A qualitative investigation. *Nurse Education in Practice* 11, 260-267.
- Lindsay, R., Wilson, I., Baker, J., Walton, T., Price, O., Dunne, K. & Keeley, P. 2012. The development and evaluation of a 'blended' enquiry based learning model for mental health nursing students: "making your experience count". *Nurse Education Today* 32 (3), 303-308.
- O'Donovan, M. 2006. Reflecting during clinical placement- Discovering factors that influence pre-registration psychiatric nursing students. *Nurse Education in Practice* 6, 134-140.
- Pahkala, T., Kääriäinen, M. & Lukkarinen, H. 2013. Hoitotyön opiskelijoiden kliininen osaaminen. *Hoitotiede* 25 (1), 12-23.
- Romppanen, M. 2011. Hoitotyön opiskelijoiden merkitykselliset hoitamisen kokemukset ja niistä oppiminen kliinisessä oppimisympäristössä. Väitöskirja. University of Eastern Finland. Dissertations in Health Science 78.
- Saarikoski, M. 2002. Clinical learning environment and supervision. Development and validation of the CLES Evaluation Scale. *Annales Universitatis Turkuensis D* 525. Turun yliopiston julkaisuja.
- Saarikoski, M., Warne, T., Aunio, R. & Leino-Kilpi, H. 2006. Group supervision in facilitating learning and teaching in mental health clinical placements: a case example of one student group. *Issues in Mental Health Nursing* 27, 273-285.
- Saarikoski, M., Kaila, P. & Leino-Kilpi, H. 2009. Kliininen oppimisympäristö ja ohjaus hoitajaopiskelijoiden kokemana – muutokset kymmenvuotiskaudella. *Hoitotiede* 21 (3), 163-173.
- STM 2012. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 24. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Tölli, S., Lukkarinen, H. & Vuokila-Oikkonen, P. 2010. Ymmärtävä oppiminen tuottaa mielenterveyshoitotyön syvällistä osaamista. *Hoitotiede* 22 (4), 324-335.



Pohjois-Suomen ammattikorkeakoulut yhdessä kehittämässä terveyden edistämisen ylempää amk-tutkintoa

Anneli Paldanius

KT, TtL, yliopettaja

Airi Paloste

KT, yliopettaja

Artikkelissa kuvataan Kemi-Tornion, Oulun seudun ja Rovaniemen ammattikorkeakoulujen yliopettajien Anneli Paldaniuksen, Airi Palosteen, Lea Rissasen, Sirkka-Liisa Halmeen ja Vuokko Lohinivan yhteistyötä Terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän työn jatkotutkintokokeilussa. Artikkelimme pohjautuu osin yhteiseen selvitykseemme koulutuskokeilun tuloksista vuonna 2003, jolloin kartoitimme jatkotutkintokokeiluun osallistuneiden opiskelijoiden, yliopettajien ja yksikön johtajien käsityksiä kokeilusta.

Kemi-Tornion, Oulun seudun ja Rovaniemen ammattikorkeakoulujen välinen moniammatillinen yhteistyö käynnistyi syksyllä 2001 jatkotutkintokokeilun yhteishakemuksen työstämisellä. Ammattikorkeakoulujen jatkotutkinnot käynnistyivät elokuussa 2002. Kokeilulaki oli hyväksytty vuoden 2002 alussa pitkien neuvottelu- ja valmisteluvaiheiden jälkeen. Opetusministerinä toimi vuosina 1999–2003 Maija Rask. Hän oli virka-vapaalla Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun lehtorin virasta. Pohjois-Suomen ammattikorkeakouluissa terveyden

edistämisen ja ennaltaehkäisevän työn jatkotutkintoja pidettiin alusta lähtien erityisen tärkeinä turvaamaan terveyden edistämisen asiantuntijoita alueelle.

Kemi-Tornion, Oulun seudun ja Rovaniemen ammattikorkeakoulut toteuttivat yhteistyössä Terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän työn jatkotutkintokokeilun. Koulutuksessa hyödynnettiin kolmessa eri ammattikorkeakoulussa olevaa yliopettajien asiantuntijuutta, kehitettiin terveyden edistämistä ja ehkäisevää työtä sekä vahvistettiin ammattikorkeakoulujen välistä yhteistyötä. Tavoitteena oli, että opiskelijat saavat valmiudet kehittää työelämään soveltuvia terveyden edistämisen ratkaisuja ja toimintamalleja ja menetelmiä. Opiskelijat osaavat edistää terveyttä omalla erikoisalallaan ja kykenevät osallistumaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asiantuntijoina yhdyskuntasuunnitteluun ja hyvinvointiteknologian käyttöön. Lisäksi tavoitteena oli, että opiskelijat hallitsevat projektityöskentelyn ja ovat sisäistäneet hoitotyön tutkivan kehittämisen.

Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkokutkinnon pedagogisten opetusjärjestelyjen lähtökohtana oli konstruktivinen oppimiskäsitys. Opiskelijat nähdään aktiivisina tiedon prosessoijina, jolloin uuden oppimisen perustana on aiemmin opittu tieto ja opiskelijoiden kokemukset aihealueesta. Opetus toteutettiin monimuoto-opetuksena, itsenäisenä työskentelynä sekä lähi- ja verkko-opiskeluna. Uusien työorientaatioiden kehittäminen edellytti opetus- ja oppimismenetelmiltä yhteistoiminnallista osaamisen jakamista, kokemusten vaihtoa, ongelmanratkaisua ja asioiden kriittistä reflektointia. Yhteistyössä suunnitellun opetussuunnitelman toteutusta ohjasi ekologinen lähestymistapa, missä terveyspolitiikka ja terveyden edistämisen strategiat olivat vuorovaikutuksessa yksilön ja hänen elinympäristönsä kanssa.

Kemi-Tornion, Oulun seudun ja Rovaniemen ammattikorkeakoulut hyödynsivät uutta koulutusteknologiaa yhteistyössä järjestettävissä opinnoissa. Opetustarjontaan liittyvässä työnjaossa huomioitiin kunkin ammatikorkeakoulun osaamisvahvuudet. Ohjauksen perusmenetelmänä oli pienryhmätutorointi moniammatillisissa ryhmissä. Ryhmät toimivat ongelmaperusteisella menetelmällä reflektoiden kriittisesti opintokokonaisuuksiin liittyviä oppimistehtäviä. Ohjaukseen osallistui opettajia ja työelämän edustajia sekä asiantuntijoita riippuen käsiteltävänä olevan oppimistehtävän erityispiirteistä. Opetus oli aikataulutettu siten, että se voitiin toteuttaa työn ohessa. Moniammatillinen yhteistyö tuotti Pohjois-Suomen ammattikorkeakouluverkoston ajankohtaista tietoa hyödyntäen eri ammattikorkeakouluissa olevaa asiantuntijuutta ja tehosti terveyden edistämisen yhteistyötä yhdistämällä eri ammattikorkeakoulujen laajan osaamisen.

Kemi-Tornion, Oulun seudun ja Rovaniemen ammattikorkeakoulujen yksiköiden johtajien mielestä ammattikorkeakoulun osaamisen hyödyntämistä tuli lisätä ja tehostaa. Kokeilun edetessä toivottiin työelämäyhteistyön ja projektien pääsevän paremmin mukaan. Yksiköiden johtajien mielestä yhteistyötä oli ollut paljon kokeilun suunnittelu- ja alkuvaiheessa.

Yliopettajien mukaan terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkokutkintokokeilussa käytiin yliopettajien kesken vilkasta keskustelua siitä, mistä ammattikorkeakoulusta ja miltä alueelta löytyy asiantuntijuutta juuri tähän tutkintoon ja näiden opiskelijoiden tarpeisiin. Oululla isona ammattikorkeakouluna oli muun muassa useita eri koulutusohjelmia ja runsaasti erilaisia erikoistumisopintoja sekä lisä- ja täydennyskoulutusta. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu oli usean vuoden ajan toteuttanut hallinnon ja johtamisen erikoistumisopintoja. Rovaniemellä oli puolestaan kansainvälisiä projekteja. Jatkokutkintokokeilusta vastaavat yliopettajat kokivat, että Kemi-Tornion ja Oulun seudun ja Rovaniemen ammattikorkeakoulujen osaamista hyödynnettiin jatkokutkintokokeilun opetuksessa.

Jatkokutkintokokeilun yhtenä tavoitteena oli, että opiskelijat kehittivät valmiuksiaan poikkitieteiseen ja tieteiden väliseen yhteistyöhön. Keskeistä oli, että eri koulutustaustan omaavat ammattihenkilöt työskentelivät yhdessä keskustellen ja oppien toisiltaan. Opiskelijat kuvasivat yhteistyötä monipuoliseksi ja moniammatilliseksi. Yhteistyö opetuksessa pohjoisten ammattikorkeakoulujen kesken

oli opiskelijoiden mielestä opintoja rikastuttava kokemus, mutta käytännössä vaikeutti opiskelua ja opintoihin osallistumista. Pitkien etäisyyksien vuoksi liikkuminen viikonloppuisin oli raskasta ja taloudellisesti kustannuksia vaativaa. Lisäksi opiskelijat toivoivat opiskelun ajoittamista pidemmälle ajalle.

Yliopettajien mielestä yhteistoimintaa sekä suunnittelun että toteutuksen tasolla oli ollut paljon. Yhteistyö oli koskenut koulutuksen järjestämiseen ja opetusjärjestelyihin sekä opetussuunnitelman laatimiseen liittyviä asioita. Yhteistyö vastuuopettajien kesken oli sujunut hyvin. Yhteistyön kautta oli luotu yhteistä näkemystä jatkokutkinnon merkityksestä, aikaansaatu yhteisiä pelisääntöjä ja löydetty synergiaetuja. Kolmen yhteistyökokeilukoulun organisaatioiden päätöksentekojärjestelmät olivat hyvin erilaisia, mikä oli ollut haasteellista yhteistyölle. Yhteistoiminnasta oli nähty olevan hyötyä muun muassa kustannussäästöinä, koska opetus toteutettiin yhdessä. Muutoin pienille ryhmille asiantuntijaluennon olisi mahdoton taloudellisesti järjestää.

Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn koulutusohjelman tavoitteena oli, että jatkokutkinto-opiskelijat omaksuvat uudenlaisia terveyden edistämisen menetelmien valmiuksia tehdä työtä yhdessä eri ammattiryhmien kanssa erilaisissa toimintaympäristöissä. Jatkokutkintokokeilussa se merkitsi avointa ja rakentavaa yhteistyötä koulutuksen, työn ja elinkeinoelämän kanssa.

Opiskelijoiden mielestä toimintaympäristöt eivät olleet rajoittaneet työskentelyä, videoyhteydet ja WebCT-ympäristö olivat olleet erinomainen vaihtoehto perinteiselle luokkaopetukselle. Opettajien toiminta koettiin opiskelijoiden mielestä joustavaksi ja inhimilliseksi. Kirjasto- ja tietopalvelujen koettiin hyvin tukeneen jatko-opiskelua.

Yksiköiden johtajien mielestä ammattikorkeakoulujen toimintaympäristöjen erilaisuudesta ja niistä johtuvista toiminnallisista rooleista ei oltu keskusteltu riittävästi. Erilaisuus nähtiin rikkautena ja haasteena kaikille kolmelle toimijalle. Toimintaympäristöä toivottiin laajennettavan alueen yliopistoihin, mikä lisäisi aluekehitystä. Yliopettajien mukaan toimintaympäristöjen erilaisuudella ei ollut kovinkaan paljon vaikutusta toimijoiden (yliopettajat ja opettajat) yhteistyölle, mutta ehkä enemmänkin hallinnollisille päätöksentekijöille. Yliopettajat kuvasivat, että yhteistoimintaa oli ollut runsaasti kokeilun joka vaiheessa. Ongelmana koettiin eri organisaatioiden toimintamallien erilaisuus.

Useat opiskelijat olivat kokeneet, että työskentely käytännön hoitotyössä samanaikaisesti opiskelun kanssa helpotti uuden opiskeltavan asian sisäistämistä ja työ antoi uudelle tiedolle terveyden edistämässä soveltamismahdollisuuksia. Uutta opittua tietoa saattoi tarkastella käytännön kautta ja näin syntyi uusia ideoita työn kehittämiseksi. Toisaalta opiskelijat olivat kokeneet, että heiltä kyseltiin työpaikoilla tutkinnon nimikettä ja asemaa. He joutuivat toistuvasti selittelemään opiskelunsa tarkoitusta ja sen mielekkyyttä. Konkreettista hyötyä opiskelusta oli joskus vaikea nähdä. Työ, asema ja palkkaus näytti pysyvän samana ja motivaatio joutui joskus koetukselle. Tutkintonimikkeen olemassaolo olisi lisännyt opiskelumotivaatiota.

Opiskelijoiden kokemus oli, että he olivat pystyneet soveltamaan terveyden edistämisen oppimista suoraan käytännön työhön. Erilaiset opiskelutehtävät olivat kohdistuneet suoraan työelämän kehittämiseen ja näiden tehtävien kautta opiskelijat olivat edenneet pienin osin kohden lopputyötä, jossa painottuu terveyden edistämisen oppiminen. Lisäksi opiskelijat olivat päässeet osallistumaan aiempaa runsaammin erilaisiin palavereihin ja markkinoimaan omaa yksikköä ja siinä tapahtuvaa kehitystyötä esimiehille ja lautakunnan jäsenille. Tietoperustan todettiin laajentuneen ja muuttaneen opiskelijoiden käsityksiä moniammatillisen ja projektiluontoisen toiminnan kehittämisen suuntaan. Myös asiakkaan kohtaamiseen terveyden edistämisen työssä koettiin saadun uusia työmenetelmiä.

Opiskelun etenemistä auttavista tekijöistä merkittävimmäksi opiskelijat olivat kokeneet oman opiskelijaryhmänsä tuen. Oman etenemisen tiedostaminen oli tuntunut hyvältä samoin rakentava palaute sekä tietoisuus siitä, että opiskelusta on hyötyä. Opiskeltavien opintokokonaisuuksien mielenkiintoiset ja laajat sisällöt olivat antaneet voimia opiskeluun. Tärkeitä opiskelemaan kannustavia tekijöitä olivat olleet oma motivaatio, perheen sitoutuminen, työnantajan sekä työkavereiden kannustus ja halu edetä omalla uralla. Positiiviset kokemukset, korkeatasoinen opetus ja mielenkiintoiset seminaarit edistivät opiskelua.

Jatkotutkintokokeilussa oli kyseessä yhteiseen etuun pyrkivä terveyden edistäminen ja ehkäisevä työ kaikilla tasoilla ja Pohjois-Suomen ammattikorkeakoulujen yhteistyöverkoston kehittäminen. Moniammatillinen yhteistyö terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkotutkintokokeilussa tuotti ammattikorkeakouluverkostoon ajankohtaista tietoa. Ammattikorkeakouluissa olevaa monialaista asiantuntijuutta oli mahdollisuus hyödyntää Pohjois-Suomen hyväksi ja tehostaa pohjoisen alueen väestön terveyden edistämistä.

Jatkotutkintokokeilusta vastaavat yliopettajat kokivat, että Kemi-Tornion, Oulun seudun ja Rovaniemen ammattikorkeakoulujen osaamista oli hyödynnetty opetuksessa koulutuskokeilussa.

Demokraattinen päätöksenteko edellytti keskustelua, jota oli käyty runsaasti yliopettajien kesken ja yhteistyö oli ollut sujuvaa. Pohjoisuus toi yliopettajien mielestä ”yhteiseen hiileen puhaltamisen meininkiin”. Opiskelijoiden kehittämistehtävät pohjautuivat alueelliseen tarpeeseen ja sitä kautta pohjoisuus nousi esille. Opiskelijoiden ja opettajien yhteistyössä oli koettu, että aina oli ollut toiselle annettavaa ja vastuun jakaminen oli ollut positiivista. Yhteistyön nähtiin tuovan lisäarvoa, koska asioita tarkasteltiin monipuolisemmin ja osin laajemminkin johtuen eri paikkakunnista.

Jatkotutkintokokeilut onnistuivat erinomaisesti Suomessa. Kokeilut päättyivät, kun ylemmät ammattikorkeakoulututkinnot vakinaistettiin vuonna 2005 osaksi suomalaista duaalimallin mukaista korkeakoulujärjestelmää. Ammatilliset ja tieteelliset korkeakoulut antavat eurooppalaisen II syklin mukaista ylemmää korkeakouluopetusta. Koulutuskokeilujen vakinaistamisen jälkeen Kemi-Tornion, Oulun seudun ja Rovaniemen ammattikorkeakoulut toteuttavat itsenäisesti Terveyden edistämisen ylemmän ammattikorkeakoulututkintoon johettavaa koulutusta. Jatkotutkintokokeilussa luotuja hyviä yhteistyösuhteita Pohjois-Suomen ammattikorkeakoulujen kesken ylläpidetään ja kehitetään edelleen.

Kiitämme Sinua Lea yhteistyöstä terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän työn jatkotutkintokokeilussa ja terveyden edistämisen ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon toteuttamisessa. Muistamme Sinut aktiivisena, laaja-alaisena ja positiivisena yhteistyökumppanina yhteisen tavoitteemme toteuttamisessa. Toivotamme Sinulle elämäsi kaikkea hyvää!

”Oppilaskaan ei voi koskaan jäljitellä oppaansa askeleita, koska jokaisella on oma tapansa nähdä maailma ja suhtautua vaikeuksiin ja voittoihin. Opettaminen on sitä, että osoittaa kaiken mahdolliseksi.

Oppiminen on sitä, että tekee sen mahdolliseksi itselleen.”

– Coelho 2008

Kemissä 11.04.2013 Anneli ja Airi

LÄHTEET

Coelho, P. 2008. *Elämä. Kauneimmat mietelauseet.* TBB Slovakia.

Okkonen, E. (toim.) 2005. *Ammattikorkeakoulun jatkotutkinto – tulokset ja tulevaisuus.* Julkaisu 3. Hämeenlin-na.

Terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän työn koulutusohjelman jatkotutkintokokeilusuunnitelma. 2001. Kemi-Tornion, Oulun seudun- ja Rovaniemen ammattikorkeakoulu.



Terveyden edistämisen osaamista pohjoisen väestön tarpeisiin – Jatkotutkintokokeilusta ylempään ammattikorkeakoulututkintoon

Sirkka-Liisa Halme

TtT, yliopettaja

Pohjois-Suomen väestön terveyteen ja hyvinvointiin panostaminen on ollut koko olemassaolon ajan keskeinen tavoite Oulun sairaanhoitajaopiston, Oulun terveydenhoito-oppilaitoksen ja Oulun seudun ammattikorkeakoulun (Oamk) Sosiaali- ja terveysalan yksikön toiminnassa. Terveys on ymmärretty perustavaa laatua olevaksi itseisarvoksi, joka samalla on perinteenä ohjannut oululaista terveysalan koulutusta.

Tämä artikkeli on kirjoitettu yliopettaja Lea Rissasen yhdestä hänen työuransa keskeisestä haasteesta. Saimme olla yhdessä mukana suunnittelemassa ja kehittämässä sosiaali- ja terveysalan ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavaa terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn koulutusohjelmaa Annikki Lämsän tuella. Tuolloin alkuvaiheessa puhuttiin ammattikorkeakoulun jatkotutkinnosta. Tutkintonimike ja sen asema olivat kokeilun alkaessa avoimia.

Oamk sai suunniteltavaksi ja kokeiltavaksi Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn koulutusohjelman yhteistyössä Kemi-Tornion ja Rovaniemen ammattikorkeakoulujen kanssa – ehkäpä juuri historial-

lisen taustansa vuoksi. Koulutusohjelman kehittämisessä onnistuttiin ja se vakinaistettiin vuonna 2005 Terveyden edistämisen ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavaksi ohjelmaksi. Tavoitteeksi ymmärrettiin osaamisen ammatillisen osaamisen Pohjois-Suomen väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen.

Kokeiluvaiheen ja vakinaistetun ylempään tutkinnon alkuvaiheen työskentely tuntui joskus ympäröiväältä työssäololta. Päivät venyivät pitkiksi ja viikonloput jäivät lyhyiksi. Onneksi meillä oli hyvä ”sihteeri” Sari Lehtola ja rakentavat yhteistyökumppanit Kemi-Torniossa ja Rovaniemellä. Kiitos Lea noista luovuuden vuosien yhteistyöstä.

POHJOINEN SUOMI JA POHJOISET OLOT SEN VÄESTÖN TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LÄHTEINÄ

Pohjois-Suomi alueena on laaja. Siihen kuuluu Lappi, Koillismaa, Kainuu ja Pohjois-Pohjanmaa sekä Keski-Pohjanmaa. Alue käsittää neljä sairaanhoitopiiriä: Lapin, Länsi-Pohjan, Pohjois-Pohjanmaan, Keski-Pohjanmaan ja Kainuun sairaanhoitopiirit. Pohjois-Suomen alueella

toimi 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä yli 70 terveyskeskusta. Erikoissairaanhoidon, kansanterveystyön ja sosiaalihuoltoa suunnitteli ja valvoi valtakunnallisesti sosiaali- ja terveysministeriö ja alueellisesti tuolloin vielä lääninhallitus. Palvelujen riittävydestä vastasivat kunnat. Sairaanhoidopiirit vastasivat sairaanhoidosta erikoislääkäritasolla ja ohjasivat alueensa perusterveydenhuoltoa.

Alueen kunnat ovat näihin asti järjestäneet sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät eri tavoin. Osa kunnista tarjoaa palvelut itse, osa sopimuksin yhteistyössä muiden kuntien kanssa tai kuntayhtymien. Palvelut voidaan toteuttaa myös ostopalveluina valtiolta, toiselta kunnalta, kuntainliitolta tai muulta julkiselta tai yksityiseltä palvelujen tuottajalta. (Terveys 2015 ohjelma.) Nyt vuonna 2013 eletään hyvinkin ristiriitaista sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisen aikaa. Oletettavissa on kuntien välisen yhteistyön lisääntyminen ja myös palvelujen yksityistyminen.

Pohjois-Suomi elinympäristönä ja pohjoinen kulttuuri ja väestö

Laajan Pohjois-Suomen sisällä on nähtävissä monenlaista kulttuuria sekä henkisen, hengellisen että liikunta- ja ravitsemuskulttuurin alueella. Ilman kulttuuria on vaikea kuvitella pohjoista ulottuvuutta. Pohjoissuomalaisuuden onkin puolustauduttava sitä vaaraa vastaan, että alueellinen kulttuuri kuuhtuu. Kulttuuri yhdessä muiden palvelujen kanssa on keino alueellisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Kulttuuripalvelut luovat elämänlaatua. Elämänlaatu mahdollistaa hyvän elämän edellytykset ja tukee suoranaisesti myös pyrkimyksiä työttömyys-, terveys- ja sosiaaliongelmien ratkaisemiseksi. Kulttuurilla on aina ollut merkittävä osuus tulevaisuuden ja kestävä kehityksen luojana ja se säilyttää etäisten alueiden ominaispiirteitä ja identiteettiä.

Terveyttä edistävällä ja ennaltaehkäisevällä työllä Pohjois-Suomen alueella on yhteiskunnallinen, taloudellinen ja työelämän laatua kehittävä sekä alueellista syrjäytymistä ehkäisevä vaikutus. Alueelle sovellettujen terveydenedistämishojelmien avulla voidaan edistää monipuolisten terveyspalvelujen saatavuutta ja pitkällä aikavälillä tasoittaa terveyden epätasaista jakaantumista maassamme. Laadukkaat terveyspalvelut luovat pohjan ennalta ehkäisevälle terveyttä edistävälle toiminnalle. Terveyden edistämisen osaamista hyödynnetään ehkäistäessä kansansairauksia ja vaikutettaessa jo sairastuneiden taudin etenemiseen.

Pohjoisen ja eteenkin Lapin luonnolla on omat vaikutuksensa ihmisen hyvinvointiin. Se näyttäytyy mielikuvissa harmonian ja rauhan tyyssijana, mielenterveyttä tukevana, voimia antavana lähteenä. Näin ei kuitenkaan aina ole. Pohjoisella luonnolla ja vuodenaikojen vaihtelulla voi olla oma vaikutuksensa ihmisen mielialaan ja esimerkiksi masennuksen syntymiseen. Kylmä ilmasto taas voi vaikuttaa sairauksien syntymiseen ja etenemiseen. (Hassi & Rintamäki 2002; Suopajarvi & Valkonen 2003).

Näihin edellä oleviin pohjoisen ympäristön asioihin kiinnitettiin erityistä huomiota jatko- tai ylempää tutkintoa kehitettäessä. Tuolloin

todettiin, että tarvitaan monenlaista ja useisiin tieteisiin pohjautuvaa ammatillista terveyden edistämisen osaamista ja tietoa ja ymmärrystä elämästä Pohjois-Suomessa ja pohjoisen voimavaroista.

Tavoitteena terveyden edistäminen

Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn tavoitteena on edistää ja tukea hyvinvointia ja terveyttä ja vastata jo sairastuneiden terveyden edistämisen haasteisiin. Terveyden edistäminen, terveyskasvatus ja neuvonta palvelevat itsehoidon sekä yksilön kasvun prosessia. Sairaus nähdään mahdollisuutena kasvuun ja kasvaneeseen tietoisuuteen. Terveys määritellään yksilön ja psykososiaalisen hyvinvoinnin optimaaliseksi tilaksi. Huomioitavia tärkeitä ominaisuuksia ovat biofyysinen, emotionaalinen, älyllinen, hengellinen ja sosiokulttuurinen ulottuvuus sekä tietoisuus, käsitykset itsestä, elämäntyylä ja hyvinvointi. (Lämsä & Lämsä 1996.)

Terveyden edistämiseen vaikuttavat yhteiskunnalliset sekä kansalliset että kansainväliset muutokset ja kehitys, joka muuttaa terveyttä edistävän toiminnan sisältöä ja tavoitteita. Onnistunut terveyden edistäminen edellyttää näkemystä yhteiskunnan tulevista muutoksista ja niiden vaikutuksesta terveyteen. Väestön terveyden edistäminen ei onnistu pelkästään terveyspolitiikan keinoin vaan tarvitaan laajempaa hyvinvointipolitiikkaa. Terveyttä edistävän työn tulee ilmetä ihmisen ruumiin, mielen ja hengen hyvinvointina.

OPPIA TERVEYDEN EDISTÄMISEEN AMMATTIKORKEAKOULUSTA

Ammattikorkeakoulun perustutkinnon suorittaneen hoitajan toiminta perustuu terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja ylläpitämiseen. Tutkinnon suorittaneen henkilön tulee osata tukea ja aktivoida yksilöä, perhettä ja yhteisöä terveyden, voimavarojen ja toimintakyvyn edistämiseksi. Hänen tulee osata tunnistaa ja ennakoita yksilön ja yhteisön terveysongelmia ja -uhkia sekä toimia yksilön ja yhteisön terveysongelmien ehkäisytyössä. Tavoitteena on, että hän omaa kuntouttavan hoitotyön perustiedot ja taidot sekä osaa toimia asiantuntijana kestävästä kehityksestä ja ympäristön terveyttä edistävässä työssä. Jatkotutkinnosta valmistuneelta terveysalan ammattilaiselta odotetaan myös terveyttä edistävän työn kehittämisvalmiuksia. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2007.)

Ammattikorkeakoulun jatkotutkinto rakentui perustutkinnon pohjalle. Jatkotutkinnossa korostui tutkimus- ja kehittämisvalmiudet, terveyden edistämistyön laadunhallinta ja edellä olevalta pohjalta opintojen kulmakiveksi muodostui opinnäytetyönä tehtävä kehittämis työ. Pohjoisen Suomen ammattikorkeakoulujen jatkotutkinnon tavoitteena oli turvata alueelle väestön ja työelämän tarpeita vastaava osaamisen taso terveyden edistämistyössä.

Toisaalta jatkotutkintokokeilussa ja myöhemmin ylempään ammattikorkeakoulututkinnon koulutusohjelmasta valmistuu kansallisesti ja kansainvälisesti korkeatasoisia terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän työn asiantuntijoita. Koulutusta leimaa tiivis yhteistyö terveysalan työelämän kanssa.

Kemi-Tornion, Rovaniemen ja Oamkin suunnitteleman ja toteuttaman terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkotutkimuksen koulutusohjelmakokeilun tavoitteet olivat:

- Kehittää Pohjois-Suomen toimintaympäristöön sopiva hyvinvointia ja terveyttä edistävä koulutusmalli.
- Hankkia tietoa ja kokemuksia sosiaali- ja terveysalan jatkotutkintojärjestelmän rakenteesta ja toimivuudesta sekä työelämän tarpeista ja työelämäyhteyksistä. Tavoitteena oli myös selvittää tutkinnon asemaa korkeakoulujärjestelmässä.
- Vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstön ammatillista osaamista terveyden edistämisessä ja ehkäisevässä työssä sekä valmiuksia kehittää pohjoisen alueen sosiokulttuuriseen ympäristöön soveltuvia terveydenedistämismenetelmiä.
- Selkeyttää terveydenhuoltohenkilöstön ja erityisesti jatkotutkinnon suorittaneiden roolia, tehtäväaluetta ja työnjakoa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa.
- Selkeyttää toisen asteen, yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen työnjakoa ja yhteistyötä
- Vastata kansallisiin hyvinvointi- ja aluepoliittisiin tavoitteisiin. Kansanterveyslaki (66/1992) ja erikoissairaanhoidolaki (1062/1989) velvoittavat kuntia järjestämään kuntalaisille ennalta ehkäiseviä terveyttä edistäviä palveluita. (Ennalta terveyden edistämisen jatkotutkinnon suunnitelma 2001, Oamk, Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu ja Rovaniemen ammattikorkeakoulu.)

Tavoitteena oli ja on, että jatkotutkinnon eli ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittanut henkilö osaa arvioida terveyspolitiikan mukaista terveyden edistämistä kansallisesti ja kansainvälisesti. Hän osaa tuottaa terveyden edistämisen neuvonta-, suunnittelu-, kehittämis- ja arviointitehtäviin soveltuvia ratkaisu- ja toimintamalleja alueensa olosuhteiden mukaisesti ja osaa toimia terveyden edistämisen asiantuntijana oman erikoisalansa mukaisesti. Lisäksi tavoitteena on, että hän kykenee osallistumaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asiantuntijana yhdyskunta suunnitteluun ja teknologian käyttöön ja omaa valmiudet toimia terveydenhuollon kansainvälisissä organisaatioissa oman erikoisosaamisensa hallintaa edellyttävisä tehtävissä sekä hallitsee projektityöskentelyn ja sisäistää työn tutkivan kehittämisen.

SOSIAALI- JA TERVEYSALA TULEVAISUUDEN MUUTOKSISSA

Väestön hyvinvoinnin eteen toimiminen edellyttää sekä sosiaali- että terveysalan asiantuntijuutta. Ensimmäiset uuden koulutusohjelman opiskelijat koostuivat molempien alojen opiskelijoista – opiskelu olikin rikastuttavan moniammatillista. Opettaja oppi uutta opiskelijoiden mukana. Tämän vuoksi tarkastelen terveyden edistämisen haasteita molempien alojen yhteisinä.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tulevaisuuden tavoitteena on omalta osaltaan luoda sosiaalisesti kestävää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Visioon Suomesta vuonna 2000 liittyy ajatuksia siitä, että ihmiset jatkavat työelämässä 2–3 vuotta nykyistä kauemmin. Väestön toimintakyky paranee nykyisestä ja hoivantarve vähenee. Samalla väestön terveyserot kaventuvat. Keskeistä on, että ennaltaehkäisevä työ on vakiinnutettu osaksi toimintaa ja alueellinen yhteistyö on parantanut palvelujen saatavuutta ja laatua, myös pitkäaikaisia kansansairauksia ajatellen. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisen periaatteita ovat terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, työelämän vetovoiman lisääminen, syrjäytymisen ehkäisy ja toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva. (Lohiniva 1999; Terveys 2015 -ohjelma.)

Huomioitavaa terveyden edistämisessä on. Lapsena hankittu hyvä terveys ja terveyttä edistävät elämäntavat ehkäisevät sairastumista pitkäaikaisiin kansansairauksiin. Pitkäaikaissairauksia sairastavien ihmisten sitoutuminen omaan hoitoonsa ehkäisee sairauteen liittyvien komplikaatioiden muodostumista ja ennen aikaista eläkkeelle jäämistä sekä ylläpitää vanhuuden toimintakykyä. Mikä on pohjoisen ympäristön merkitys tässä ennaltaehkäisevässä ja terveyttä edistävissä projektissa on osin selvittämättä.

Syrjäytymisen ehkäisyssä ja hoidossa ennaltaehkäisevä näkökulma on ensisijainen. Lasten ja nuorten ongelmiin vastaamiseen tarvitaan uusia välineitä. Samoin Pohjois-Suomessa alueellisten hyvinvointierojen kaventamiseen kaivataan monikulttuurisia keinoja ja kansainvälistä yhteistyötä. Terveys- ja sosiaalipalvelujen toimivuus on yhteydessä asiakaslähtöisyyteen ja palvelujen laatuun sekä monipuolisuuteen. Tämä taas liittyy työntekijöiden osaamiseen ja riittävyteen. Palvelujen järjestämiseen tarvitaan toimivia ohjausmalleja ja alueellista yhteistyötä. Yleinen hyvinvointi ja terveyspalvelujen saatavuus taas ehkäisevät kansansairauksia.

Terveyden edistämisen kehittämisen tarpeet – ammattikorkeakoulun jatkotutkinto ja tutkimus kehittämisen kivijalkana

Terveysalan koulutuksen kehittämistä ja hoitotyön opetusta on Oulun terveydenhuolto-oppilaitoksessa ja sittemmin vuodesta 1995 lähtien Oamkin Sosiaali- ja terveysalan yksikössä ohjannut ajatus holistisesta terveyttä edistävästä hoitotyöstä. Holistinen ajattelu pohjautuu näkemykseen, että muutos on enemmän kuin osiensa summa. Hoitotyössä tämä merkitsee, että hoitotyön asiakas tai potilas nähdään kokonaisuutena. Hän on psyko-sosio-biologinen kokonaisuus, johon liittyy kiinteästi hänen elinympäristönsä (Lämsä & Lämsä 1996).

Holistisen hoitotyön kehittäminen on edelleen haaste, vaikka holistisen hoitotyön idea on koulutuksessa ja hoitokäytännöissä tapahtuneiden muutosten keskellä ollut ajoittain koetuksella. Jatkotutkintokokeilussa holistisen hoidon vaatimuksiin pyritään vastaamaan moniammatillisen toiminnan näkökulmasta.

Ammattikorkeakoulun jatkotutkintokokeiluihin liittyy suomalaista tutkimusta, jonka kautta kokeilua suunniteltiin, kehitettiin, arvioitiin ja

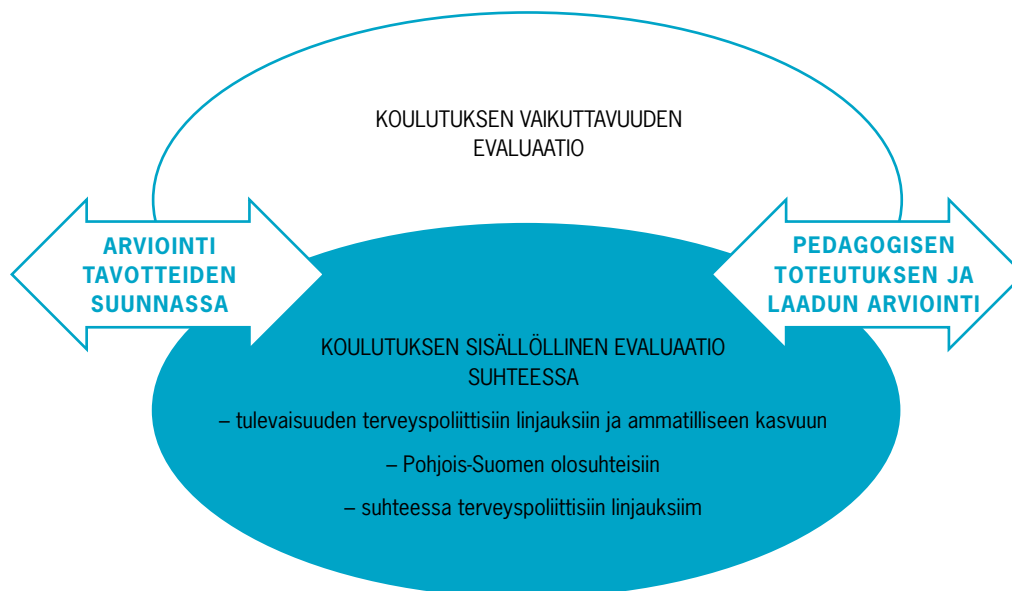
tuotiin esiin uusia kehittämishaasteita. Koulutuksen kehittämisen tueksi tutkimustyötä on muun muassa Oamkin Sosiaali- ja terveystieteiden yksikössä tehty runsaasti sekä eri yliopistojen taholta että oman henkilökunnan itsearviointina vuosina 1992–2000.

Hoitotyön teoreettisen tietoperustan integroitumista hoitotyön käytäntöön on tarkasteltu tutkimusten kautta (Aavarinne 1992; Hyttinen 1992; Kellolompu 1996; Lämsä & Lämsä 1996; Halme 1998; Vanhanen 2000). Tutkimusten mukaan käytännön ja teorian yhdistyminen hoitamaan oppimisessa on ollut ongelmallista. Teoreettisella tasolla omaksuttu tieto ei ole siirtynyt suoraan käytäntöön, koska koulutus on ollut irrallaan työelämästä. Kehittämistä kaipasi hoitotyön opetuksen sekä sisällöllinen että menetelmällinen toteutus. Lisäksi opettajan ja opiskelijan käsitykset oppimisesta poikkesivat, opettajan rooli suhteessa opetustehtävään ja hoitotyöhön oli epäselvä ja käytännön ohjaajan rooli suhteessa opettajan toimintaan oli ja on edelleenkin epäselvä (Lämsä & Lämsä 1996).

Teorian ja käytännön yhdistämisen vaikeus tulee esiin kaikissa asiaa sivuavissa tutkimuksissa, mutta samalla tutkimukset ovat nostaneet esiin kehityshaasteita, joihin on tietoisesti tartuttu. Yksi tietoinen puuttuminen asiaan on ylemmän työelämälähtöisen ammattikorkeakoulututkimuksen kehittäminen.

Oppimiskäsitystä ja sen merkitystä oppimisessa on sivuttu yksikössä tai yksiköstä tehdyissä tutkimuksissa (Hietanen & Rissanen 1991; Aavarinne 1992; Hyttinen 1992; Kellokumpu 1996; Lämsä & Lämsä 1996; Halme 1995 ja 1998; Sandelin 1998). Yhteistä näille kaikille tutkimuksille on, että koulutuksessa puhutaan opiskelijälähtöisyydestä, tutkivasta otteesta ja ongelmalähtöisestä opiskelusta, mutta hoitokäytännöissä toimitaan teoriaopetuksen ohjeiden ja teknisten toimintamallien mukaan. Opiskelijan yksilöllinen huomiointi ja hänen kriittisen refleктоivan ajattelun tukeminen ei vielä toimi hoitotyön käytännön opiskelussa parhaalla mahdollisella tavalla. Tosin muutos ongelmaratkaisupohjainen oppimisen suuntaan on muuttanut oppimiskäsitystä ja toimintaa.

Yhteiskunnallisiin muutoksiin liittyvää tutkimusta on tehty sekä alueellisissa että kansainvälisissä projekteissa. Holistinen näkemys yksilöstä ei enää yksin riitä hoitotyön koulutuksen perustaksi vaan yksilö on aina kiinteässä yhteydessä ympäristöönsä ja elinyhteisöönsä, joka toimii hänen hyvinvointinsa tukijana. Lisäksi yhteiskunnallisia muutoksia on tutkittu eri hoitotyön osa-alueilla, hoitamisen substanssin näkökulmasta ja todettu, että uuden tiedon välittyminen koulumaailman ja hoitoyhteisöjen välillä ei aina toimi. Edellä olevat tutkimukset luovat pohjaa jatkotutkimuksen arviointiseurannalle – tutkimuksen toteutukselle ja kehittämiselle (kuvio 1).



Kuvio 1. Terveystieteiden edistämisen jatkotutkimuksen koulutusohjelman arviointi

Muutos sosiaali- ja terveysalalla – uusien ammattikorkeakoulututkintojen tarve

Tulevaisuus näytti 2000-luvun alussa ja näyttää edelleen sosiaali- ja terveysalalla epämääräisen synkältä, mutta haasteelliselta. Yhteiskunnan jakaantuminen eri hyvinvointiluokkiin näyttää syvenevän ja epävarmuus sekä pahaolo lisääntyvän. Työ sosiaali- ja terveysalalla tulee psyykkisesti ja fyysisesti raskaammaksi – erilaiset ongelmat ja sairaudet lisääntyvät ja pahenevat. (Hyttinen 2004; Lämsä & Virolainen 2004; Moilanen 2004.) Työn houkuttelevuus muun muassa vanhustenhoidon aloilla vähenee. Tosin kokonaisuutena suhteessa muihin sosiaali- ja terveysalalle hakijoita on runsaasti.

Sosiaali- ja terveysalan odotettavien muutosten voidaan nimetä liittyviksi sekä asiakkaisiin että poliittisiin, taloudellisiin, sosiaalisiin, teknologisiin ja ekologisiin tapahtumiin. (Metsämuuronen 2000a, 2000b ja 2001.) Terveyden edistämisen osaamista ja sen oikeaa suuntaamista tarvitaan tulevaisuudessa aiempaa enemmän. Aikuisväestön elintavat ovat viime aikoina muuttuneet terveellisemmiksi – nuorten sitä vastoin huonompaan suuntaan. Elintapoihin liittyvä terveysneuvonta on ajankohtaista, koska esimerkiksi tupakointi, humalajuominen ja huumeiden käyttö ovat meillä yleisempiä kuin muualla länsimaissa. Tämä edellyttää sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilta asiantuntijuutta näiden ongelmien tunnistamiseen että syvempää asiantuntijuutta päihde- ja huumevalistukseen. (Terveys 2015 –ohjelma.)

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveysalan osaaminen voidaan jakaa perusosaamiseen, potentiaaliseen tulevaisuuden osaamiseen sekä aitoon tulevaisuuden osaamiseen. Perusosaamista tarvitaan sekä tämän päivän työssä että tulevaisuudessa. Metsämuuronen (2001) mukaan aitoa tulevaisuudenosaamista tarvitaan tulevaisuudessa selvästi enemmän kuin tänään. Potentiaalista tulevaisuudenosaamista tarvitaan vain hieman enemmän tulevaisuudessa kuin nyt. Aitoa tulevaisuudenosaamista näyttäisi olevan teknologinen osaaminen, kansainvälisyysosaaminen ja yrittäjyysosaaminen. Perusosaamista ovat äänettömien ja pehmeiden taitojen hallinta, ihmisen kohtaamisen osaaminen, arvo-osaaminen ja eettinen osaaminen sekä oman persoonan käytön osaaminen. Näiden taitojen ja valmiuksien yhdistäminen terveyden edistämisen osaamiseen on todellinen haaste.

Muutos sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkaissa

Suomessa väestön keski-ikä nousee ja ikääntyneiden osuus väestöstä kasvaa. Suomi ikääntyy nopeimmin Euroopan maista. Työikäisten terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttäjien määrä tulee vähenemään vuosittain ja eläkeikäisten määrä kasvamaan. Tällöin keskeiset osaamisvalmiudet liittyvät ikääntyvien aluksi työkyvyn ja myöhemmin toimintakyvyn tukemiseen (Metsämuuronen 2001; Hyttinen 2004). Vanhustenhoidon ja palvelujen asiantuntijoiden tarve lisääntyy, mutta myös lasten, nuorten ja perhehoitotyön asiantuntijuutta tarvitaan. Pohjois-Suomessa asuu runsaasti lapsia, nuoria sekä heidän perheitään etenkin Oulun kasvukeskuksen alueella. (Penttilä 2003.) Alueen runsas sydän- ja verisuonisairauksien, diabeteksen ja mielenterve-

ysongelmien esiintyminen tuo terveyspalveluille ja alan koulutukselle omat haasteensa terveyden edistämisen osaamiseen (Lämsä & Virolainen 2004).

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kysyntä tulee kasvamaan niin, että palvelujen tuottamisessa on pakko pyrkiä itsenäistä selviytymistä tukeviin ja tuottavuutta lisääviin ratkaisuihin. Tämä taas tuo paineita ja toisaalta mahdollisuuksia uuden liiketoiminnan kehittämiseen ja uuden teknologian hyödyntämiseen palveluissa. Terveydenhuollon ongelmien painopiste tulee siirtymään biologisesta vanhenemisesta johtuviin sairauksiin ja niiden ennalta ehkäisyyn terveellisten elintapojen kautta motivoimalla ihmisiä niitä noudattamaan. Sairauksien ennaltaehkäisyyn, hoitamiseen ja niiden komplikaatioiden helpottamiseen kehittyi myös asiantuntijuutta ja uusia liiketoimintamahdollisuuksia alalle.

Palvelujen kysyntään, tarjontaan ja laatuun vaikuttavia muutostekijöitä ovat sekä yksilöiden että yhteisöjen ja poliittisten päättäjien arvot. Valintoja tehdään usein sen pohjalta, mitä pidetään itselle tärkeänä. Yksilöllisyyttä arvostetaan tänä päivänä entistä enemmän. Myös itsenäisen selviytymisen merkitys korostuu aiempaa voimakkaammin. Palvelujen tulee olla entistä asiakaslähtöisempiä ja helposti saatavilla olevia. Lisäksi ihmiset haluavat tietoa ja tukea siihen, mistä ja millaisia palveluja on tarjolla. Ihmisyteen ja sosiaali- ja terveysalan ammattietikkaan liittyvien arvojen tulisi toimia myös muutostilanteissa pysyvänä ohjeistuksena palvelujen kehittämiselle, että ammatillisen osaamisen koulutukselle. (Lämsä & Virolainen 2004; Moilanen 2004.)

Terveyteen ja kauneuteen liittyvät asiat ovat tärkeitä tänä päivänä. Terveyttä, kauneutta ja elämyksiä lupaviin tuotteisiin ja palveluihin käytetään rahaa. Nämä palvelut tuotetaan yksityisillä sektoreilla ja ne mahdollistavat liiketoiminnan. Peruspalveluja odotetaan kuntien tuottavan maksuttomina tai ainakin hinnaltaan alhaisina. (Saarela & nuorisosiain neuvottelukunta 2002.)

Hyvinvointiteollisuus muutoksen voimavarana ja uudenlaisen osaamisen haasteena

Hyvinvointiteollisuus kehittyi ja tuottaa terveydenhuoltoon erilaisia laitteita ja toimintamalleihin liittyviä järjestelmiä. (Saranummi 2001.) Tulevaisuudessa hankinnan kohteena usein on kokonaisvaltainen, organisaatorajat ylittävä järjestelmä. Uudeksi hyvinvointiteknologian osa-alueeksi ovat kohoamassa hyvinvoinnin, terveyden ja omahoidon tukijärjestelmät. (Saranummi 2001.) Sekä hyvinvointiteknologian kehittäminen että käyttäminen terveyden edistämiseen edellyttää asiantuntijuutta, joka on saavutettavissa vain alan koulutuksen kautta. Tarvitaan sekä sisällöllistä että teknistä asiantuntijuutta. Asiantuntijuutta kaivataan sekä hyvinvointiteknologian kehittämiseen ja käyttöön soveltamiseen sekä laadun arviointiin tutkimus- ja kehittämissaamista. Tähän kaivattaisiin nimenomaan sekä teknologian, että terveysalan toimijoiden osaavaa yhteistyötä.

SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT – KATSE TULEVAISUUTEEN

Fyysinen elinympäristö on oleellinen tekijä Pohjois-Suomen sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisessä tulevaisuuden alueelliseen terveyden edistämiseksi. Tärkeää on hyödyntää pohjoissuomalaista luontoa kokonaisvaltaisen terveyden voimavarana – ehkä osin myös sen huomioiminen terveysuhkana. Ympäristön hoito ja kulttuuriarvojen säilyttäminen vahvistavat Pohjois-Suomen omaleimaisuutta ja sen maaseudun ja kyläidentiteettiä, millä on monia heijasteita ihmisen hyvinvointiin.

Pitkien etäisyyksien aiheuttamia ongelmia toimivien terveyspalvelujen järjestämisessä voidaan helpottaa tietoverkkojen kautta tiedonsiirrolla. Nykyisten verkkojen käytön tehostaminen sekä telepalveluiden lisääminen ja alueellisen kattavuuden turvaaminen on tarpeen. Verkottumisen avulla voidaan edistää terveyteen liittyvän tiedon ja innovaatioiden siirtämistä syrjäisille alueille sekä kaikkien halukkaiden ulottuville paikoille riippumatta. Terveyspalvelu- ja hoitoketjuja kehitettäessä logistiikka, materiaaliavirtojen hallinta, tulee entistä keskeisemmälle sijalle.

Ulkomaalaisten osuus Suomen väestöstä oli vuonna 2003 Euroopan alhaisimpia eli vain 2 %. Ulkomaalaisten määrä oli kuitenkin kolminkertaistunut 1990-luvun alkupuoliskon aikana. Suomesta ulkomaille muuttavien määrän ei ennusteta kasvavan lähiaikoina. Ongelmana on, että maasta muuttajat ovat korkeasti koulutettuja. Sairaanhoidajat ovat esimerkiksi ammattiryhmästä, joita hakeutuu Suomesta muualle töihin. Myös lääkäreitä siirtyy ulkomaille. Vuoden 2000 lopussa ulkomaille muuttaneita terveydenhuollon ammattihenkilöitä oli seuraavasti: lääkäreitä 6 %, sairaanhoitajia 5 % ja fysioterapeuteja 5 %. (Vartia & Ylä-Anttila 2003.)

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen lisääntyessä alan osaajien määrä vähenee. Nuorisobarometrin (2002) mukaan kaikista 35 % nuorista piti mahdollisena hakeutumista ulkomaille töihin viiden lähimmän vuoden aikana. Korkeakoulututkinnon suorittaneiden kohdalla vastaava luku oli jo 51 %. Alalla tarvitaan kansainvälistä yhteistyötä ja siihen tarvittavaa osaamista. Suomeen ennakoidaan lähiaikoina sosiaali- ja terveysalalle työvoimapulaa, mikä edellyttää myös poliittisia ratkaisukannanottoja.

Yksityisen palvelutuotannon ja yrittäjyyden lisääntyminen

Kunnilla on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisen vastuu ja ne voivat tuottaa palvelut itse tai toimia yhteistyössä muiden kuntien kanssa tai ostaa palveluja yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Kunnat on veloitettu kilpailuttamaan ulkopuolelta tehtävät hankinnat. Kilpailuttamisen odotetaan tuovan palvelujen tuottamiseen uusia toimintatapoja ja vaihtoehtoja sekä lisää asiakaslähtöisyyttä, parempaa laatua ja taloudellisuutta. Toisaalta hintakilpailu voi heikentää palvelujen laatua. Hyvät toimivat sosiaali- ja terveysalan palvelut edellyttävät onnistunutta palvelujen tuotteistamista kautta. (Kauppinen & Niskanen 2003; Terveys 2015 ohjelma.)

Alan yrittäjien määrän toivotaan lisääntyvän. Tulevaisuudessa yrittäjiksi haluvia uusia terveys- ja sosiaalialan ammattilaisia pitäisi löytyä entistä enemmän. Yrittäjyyttä voidaan edistää koulutuksen ja asennekasvatuksen kautta sekä poistamalla yrityksen perustamisen esteitä muun muassa verotukseen ja tulopoliittikkaan liittyviä tekijöitä. Vaikka yrittäjyyttä on lisätty myös sosiaali- ja terveysalan opetussuunnitelmiin, niin suuntautuminen yrittäjäksi ei ole kovin houkuttelevaa. Työelämä on kuitenkin muuttumassa yrittäjämäistä toimintaa edellyttäväksi riippumatta missä roolissa työtä teemme.

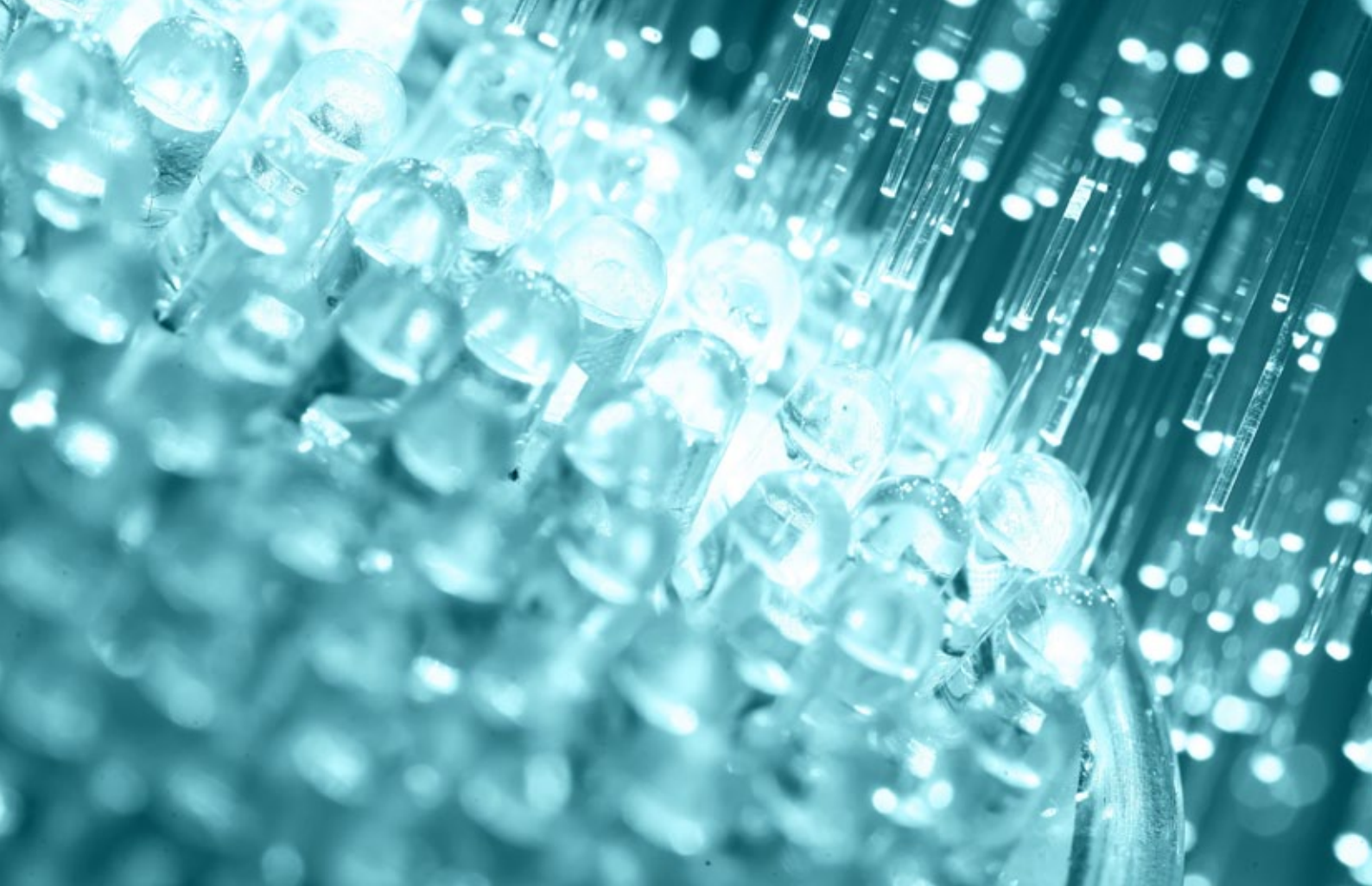
Nuorisobarometrin (2002) mukaan nuorten työelämäasenteet ovat yrittäjämäisiä vaikka yrittäjyys kiinnostaa vain harvoja. Vain 4 % barometrin nuorista olivat aivan varmoja siitä, että voisivat toimia tulevaisuudessa yrittäjänä. Laajan yrittäjyyskasvatuksen myötä asenteet tältä osin voidaan saada muuttumaan. Joka tapauksessa on selvää, että koulutusta pitää tehostaa erityisesti palvelujen tuotteistamisen, hinnoittelun, kustannuslaskennan sekä markkinointitaitojen ja henkilöstöjohtamisen alueilla. Terveysalan yrittäjyys edellyttää näkyä terveyden edistämisestä ja työelämän hallinnollisia ja kehittämisen valmiuksia.

Koulutuspolitiikka

2000-luvun alussa ajateltiin, että työvoiman saatavuuden kasvu hidastuu ja riittävän koulutuksen omaavaa työvoimaa saatavuutta ei voida taata pelkästään nuorisosta koulutusta lisäämällä. Tarvitaan aikuiskoulutusta ja erityisesti työssä tapahtuva lisä- ja täydennyskoulutusta. Tavoitteena oli, että aikuiskoulutuksen keinoin voitaisiin nopeasti reagoida osaamistarpeiden määrällisiin, sisällöllisiin ja laadullisiin muutoksiin. (Vartian & Ylä-Anttila 2003.) Nyt niin ammattiopistoissa kuin -korkeakouluissakin koulutuspaikkoja päinvastoin vähennetään – huomenna neuvotellaan – ylihuomenna lisätään. Mitenhän vastattaneen lopulta sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden tarpeisiin?

LÄHTEET

- Aavarinne, H. 1992. Hoitotyön auttamismenetelmien oppiminen ja omaohjauksellisuus. Teoksessa M. Hentinen, H. Aavarinne & A. Lämsä (toim.) *Rakkaudesta ihmiseen ja työhön. Acta Universitatis Ouluensis D 244.*
- Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. *Terttu Jääskeläinen ja työryhmien puheenjohtajat. Opetusministeriö.*
- Ennalta terveyden edistämisen jatkotutkimuksen suunnitelma 2001. Oamk, Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu ja Rovaniemen ammattikorkeakoulu.
- Halme, S-L. 1998. The development possibilities of critical thinking related to nursing in nursing education. Department of Nursing and Health Administration, University of Oulu. *Acta Universitatis Ouluensis D 501.*
- Hassi, J. & Rintamäki, H. 2002. Kylmän vaikutukset toimintakykyyn ja terveyteen. *Opas kylmätyöhön. Työterveyslaitos, s. 30–49.*
- Hietanen, I. & Rissanen, L. 1991. Potilaan itsehoito ja sen oppiminen sairaanhoidon opiskelijoiden kuvaamana. *Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen laitos.*
- Hyttinen, H. 1992. Käytännön opiskelun kehittäminen sairaanhoitajakoulutuksessa. *Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen laitos.*
- Hyttinen, H. 2004. Yhteisöllisyyden muutos ja markkinamekanismit ikääntyneen ihmisen hyvinvoinnin kannalta. Teoksessa Alatalonen, T. (toim.) *Terveyttä ja hyvinvointia napapiiriltä päivätasaajalle. Terveydenhuoltoneuvos Annikki Lämsän juhlaKirja.*
- Kauppinen, S. & Niskanen, T. 2004. Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Helsinki : Stakes.*
- Kellokumpu, L. 1996. Hoitamaan oppiminen Päivärinteen kuntoutussairaalassa. *Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen laitos.*
- Lohiniva V. 1999. Terveydenhoitajien työ ja koulutustiedot pohjoisessa toimintaympäristössä. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica. Oulu: Oulun yliopisto.*
- Lämsä, A. & Lämsä A-M. 1996. Kohti holistista hoitoa ja sen opetusta. *Oulun terveydenhuolto-oppilaitoksen julkaisu A. Tutkimuksia 2.*
- Lämsä, A. & Virolainen, K. 2004. Tulevaisuuden hyvinvointipalvelujen kehittäminen: tapauksia Pohjois-Suomesta. *Oulu: Oulun seudun ammattikorkeakoulu.*
- Metsämuuronen J. 2001. Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuutta etsimässä. *Viro: International Methelp Ky.*
- Metsämuuronen J. 2000. Maailma muuttuu - miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Sosiaali- ja terveysalan muuttuva toimintaympäristö ja tulevaisuuden osaamistarpeet. *STM, OPH, Stakes, Suomen Kuntaliitto. Työministeriön ESR-sarja 39/98. Helsinki: Oy Edita Ab.*
- Moilanen, P. 2004. Suomalaiset ympäristön muutoksessa. Teoksessa Alatalonen, T. (toim.) *Terveyttä ja hyvinvointia napapiiriltä päivätasaajalle. Terveydenhuoltoneuvos Annikki Lämsän juhlaKirja.*
- Saarela, P. & nuorisosaian neuvottelukunta. 2002. *Nuorisobarometri.*
- Sandelin, P. 2004. Kertomuksia psyykkisestä väkivallasta terveydenhuollon työ- ja opiskeluyhteisöissä. *Lääketieteellinen tiedekunta, Acta Universitatis Ouluensis.*
- Saranummi, N. 2001. Hyvinvointi- ja terveysalan teknologia ja palvelutuotteet. *Helsinki : Teknologian tutkimiskeskus TEKES.*
- Terveys 2015 -kansanterveysohjelma: *Terveyttä kaikille arkielämään toimintakentiltä terveyspolitiikan tuella. Helsinki.*
- Vanhanen, L. 2000. Terveysalan opiskelijoiden suuntautuminen hoitamiseen. *Väitöskirja, Oulun yliopisto.*
- Vartia, P. & Ylä-Anttila, P. 2003. *Kansantalous 2028. Helsinki: Taloustieto.*



Ylempi ammattikorkeakoulututkinto ja innovaatio-osaaminen

Hilkka Honkanen

TtT, yliopettaja

JOHDANTO

Kehittäminen on avainsana kaikkialla työelämässä. Työelämän nopea muutos edellyttää jatkuvaa valveilla oloa. Työyhteisöissä kuuluu usein sanottavan ”saisimmepä olla jonkin aikaa rauhassa, saisimmepä tehdä perustyötämme”. Tämä on tuskin mahdollista enää missään johtuen yhteiskunnan globaaleista muutoksista. Päätöksiä ei tehdä enää vain kansallisella tasolla, vaan yhä useampi toiminta määräytyy Euroopan tasolta. Tieto siirtyy nopeasti paikasta toiseen maailmanlaajuisesti.

Muutoksen vastustamisen sijasta tulisi keskittyä kehittämään toimintatapoja, jotka mahdollistavat aktiivisen muutoksessa mukana olemisen kaikille toimijoille ja kehittämisen liittämistä osaksi arjen työtä. Tämä on suuri haaste muutosprosesseja johtaville tahoille. Onko työyhteisöissä riittävää osaamista organisoida ja hallita arjessa tapahtuvaa kehittämistyötä? Kehittämisen organisointi ja hallinta voi teknisesti onnistua, mutta onko työyhteisöissä innovaatio-osaamista?

Käsittelen tässä artikkelissa arjessa tapahtuvan osallistavan innovaatiotoiminnan haasteita ja mahdollisuuksia ja sitä tuottaako ylempi ammattikorkeakoulututkinto sellaista osaamista, mitä työyhteisöjen ja -organisaatioiden innovaatiotoiminta edellyttää?

Lähestyn aihetta teesien avulla. Nämä teesit pohjautuvat pitkään kokemukseeni ja omaan toimintaani yamk-tutkinnon kouluttajana, siksi uskallan olla myös provosoiva. Toivon artikkelini herättävän keskustelua yamk-toimijoiden keskuudessa lähinnä siitä, miten kouluttajina pedagogisilla valinnoillamme voimme edistää innovaatio-osaamisen kehittymistä yamk-koulutuksessa.

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto on toisella vuosikymmenellä. Se aloitettiin kokeiluna vuonna 2002 ja vakiintui vuonna 2005. Oulun seudun ammattikorkeakoulussa tutkintoa on aktiivisesti kehitetty omaleimaiseksi, selkeästi yliopiston maisteritutkinnosta erottuvaksi, vahvaa työelämän kehittämisosaamista tuottavaksi ylemmäksi korkeakoulututkinnoksi. Siitä kiitos kuuluu vuosina 2002–2012 yliopettajana ja koulutusohjelmavastaavana toimineelle, TtT Lea Rissaselle, jonka pitkäjänteisen työn ansiosta meillä on maanmopuolisin koulutusohjelmatarjonta. Vaikka olemme syksystä 2013 alkaen palaamassa yhden koulutusohjelman tarjontaan, on viiden koulutusohjelman useamman vuoden toteuttaminen tuottanut meille opettajille monopuolista osaamista ja yhteistyöverkostoja työelämän kanssa.

MIKSI INNOVAATIO-OSAAMISTA TARVITAAN SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA?

Kunta- ja palvelurakenteessa on menossa lähihistorian suurin uudistus. Uudistus koskettaa erityisesti sosiaali- ja terveydenhuoltoa, joka on kuntien laajin toimiala. Uudistamisen tavoitteena on saattaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne vastaamaan tulevaisuuden tarpeita, huomioiden erityisesti väestön muuttuvat palvelutarpeet, julkisen talouden kestävyys sekä tulevaisuuden kuntarakenne. Väestön ikääntyminen kasvattaa lähitulevaisuudessa huomattavasti sosiaali- ja terveystalouden käyttöä ja siten myös palvelujen järjestämisestä aiheutuvia kustannuksia. Palvelun järjestäjien on pystyttävä samanaikaisesti vastaamaan palveluiden kasvavaan kysyntään sekä nostamaan palveluiden laatua ja yksilöllisyyttä. Julkisten palveluiden on uudistettava kansalaisten muuttuvien tarpeiden mukana. Tämä edellyttää uusia innovaatioita ja toimintamuotoja, joissa kuntalaiset ohjaavat valinnoillaan palveluita ja joissa kuntalaiset otetaan mukaan suunnittelemaan julkisia palveluita. Terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistäminen, sosiaalisten ongelmien ehkäisy sekä kuntalaisten osallisuuden vahvistaminen ovat tärkeimpiä näkökulmia, kun pyritään väestön yleisen hyvinvoinnin parantamiseen ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen ja kustannusten kasvun hallintaan. (Kuntaliitto 2012; STM 2012.)

Kunta- ja palvelurakennemuutoksen tarve liittyy meneillään olevaan laajempaan yhteiskunnalliseen murrokseen, jotka liittyvät työvoimaan, työkuultuuriin ja työtehtäviin. Työvoiman määrä supistuu ja rakenne muuttuu. Entistä suurempi osa työvoimasta työskentelee palveluiden ja kaupan aloilla. Myös työprosessit ja -tehtävät muuttuvat jatkuvasti. Yksi syy tähän on nopeasti kehittyvät tieto- ja viestintätekniologiat, jotka mahdollistavat tiedon ja osaamisen nopean siirtymisen ja jakamisen organisaatioiden ja verkostojen kesken kansallisesti ja kansainvälisesti. Globaalissa taloudessa entistä tärkeämmiksi kilpailuedun lähteiksi yrityksille nousevat asiakasjoustavuus, nopeus, ketteruus sekä organisaatioiden uudistumis- ja innovaatiokyky. Nopeimmin kehittyvillä aloilla kyvystä tuottaa innovaatioita on tullut uusi merkittävä kilpailuedun lähde. (Alasoini 2011, 141.)

Mikä on innovaatio sosiaali- ja terveysalalla? Tilastokeskuksen (2011) määritelmän mukaan innovaatio on ”yrityksen markkinoille tuoma uusi tai olennaisesti parannettu tuote (tavara tai palvelu), yrityksen käyttöön ottama uusi tai olennaisesti parannettu prosessi, yrityksen käyttöön ottama uusi markkinointimenetelmä tai yrityksen käyttöön ottama uusi organisatorinen menetelmä liiketoimintakäytännöissä, työorganisaatioissa tai ulkoisissa suhteissa”.

Innovaatiotoiminnassa tuotteiden rinnalle nousevat vahvasti palvelut ja prosessit. Hautamäen (2008, 43) mukaan yritysten menestys ei useinkaan perustu niiden tuotteisiin, vaan niihin liittyviin palveluihin ja yrityksen liiketoimintamalliin. Tärkeimmäksi elementiksi nousee yrityksen kyky vastata asiakkaiden tarpeisiin. Sosiaali- ja terveysalan innovaatiot ovat tyypillisesti uudenlaisia palveluita, toimintamalleja ja työn organisointitapoja. OKM ja TEM (2012, 14) korostavat yritysten innovaatiotoiminnan ja kilpailuedun tulevaisuudessa muodostuvan yhä enenevässä määrin aineettoman pääoman varaan. Tällöin myös palvelut kytkeytyvät yhä enemmän osaksi yritysten aineettomia

investointeja ja aineetonta pääomaa, jotka koostuvat muun muassa tuotilusta, brändeistä, organisaatioiden kyvykkyyksistä, aineettomista oikeuksista ja verkostoista. Rajanveto palvelujen ja muiden aineettomien tekijöiden välillä muuttuu tällöin häilyvämmäksi.

Opetushallituksen (2010, 10) mukaan innovaation ei tarvitse olla kaikille uusi, riittää kun se on yksilölle, toiselle yksikölle tai organisaatiolle uusi. Kyse on tässä tapauksessa innovatiivisten hyvien käytäntöjen siirtämisestä. Hyvien käytäntöjen siirto on aina oppimisprosessi. Käyttäjälähtöinen innovaation siirtoprosessi edellyttää prosessista hyötyvien tahojen ottamista mukaan alusta alkaen siirtoprosessin eri vaiheisiin sekä sellaisten tukipalvelujen suunnittelua, jota tarvitaan varmistamaan työpaikalla tapahtuvan oppimisen hyvän käytännön onnistunutta siirtoa. Käyttäjälähtöinen innovaation siirtoprosessi perustuu prosessiin osallistuvien ja siitä hyötyvien tahojen vuorovaikutukseen.

Käyttäjälähtöisessä innovaatiopolitiikassa painottuvat käyttäjien tarpeista lähtevien palvelujen ja tuotteiden kehittäminen, käyttäjien ja käyttäjäyhteisöjen osallistuminen kehittämistyöhön sekä käyttäjien omien innovaatioiden entistä tehokkaampi hyödyntäminen (TEM 2010, 13). Myös Alasoinin (2011, 141) mukaan innovaatioilla kilpailevissa organisaatioissa innovaation tuottamisen prosesseihin osallistuu jatkossa yhä suurempi osa henkilöstöstä, mutta myös asiakkaat ja käyttäjät. Samalla myös itse tapa tuottaa innovaatioita muuttuu. Innovaatioprosessien uusia korostuvia piirteitä ovat interaktiivisuus, nopeus, avoimuus ja integroituneisuus. Innovaatioiden tuottamisen tulisi kietoutua entistä tiukemmin yhteen organisatorisen oppimisen kanssa osaksi yhteistä uuden tiedon tuottamisen prosessia. Tämän myötä innovaatiot arkipäiväistyvät.

Millaista osaamista sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa tarvitaan, jotta henkilöstö ja asiakkaat saadaan mukaan innovoimaan uusia palveluja ja toimintakäytäntöjen muutoksia? Onko innovaatio-osaamista mahdollista tuottaa koulutuksen avulla? Se ei todennäköisesti ole sellainen osaamisen laji, jota opitaan kirjoista lukemalla. Innovaatiotoiminnassa on keskeistä vuorovaikutus ja osallisuuden kokeminen, siksi se vaatii erilaisten dialogia edistävien menetelmien hallintaa.

Innovaatio-osaamisen kehittämisen tulisi alkaa sosiaali- ja terveysalan perustutkintokoulutuksessa ja siihen tulisi erityisesti panostaa yamk-koulutuksessa. Sitä voidaan edistää koulutuksen toteutuksen pedagogisilla valinnoilla. Seuraavana tarkastelen omiin kokemuksiini pohjaten mahdollisuuksia ja haasteita yamk-tutkinnoissa edistää innovaatio-osaamisen kehittämistä koulutuksen aikana.

TEESI 1. TYÖELÄMÄLÄHTÖISYYS TOTEUTUU OPINNÄYTETÖISSÄ HYVIN, MUTTA INNOVAATIO-OSAAMINEN ON VIELÄ VÄHÄISTÄ

Yamk-tutkinnon opinnäytetyöt ovat kehittämistehtäviä, joita tehdään joko omiin organisaatioihin tai alueen hankkeisiin. Työelämälähtöisyys on toteutunut hyvin koko koulutuksen ajan. Opinnäytetyöprosessit ovat pitkiä, kestäen noin vuoden ajan. Siitä varsinaisen kehittämisprosessi yhteisöissä vie minimissään puoli vuotta. Prosessin aikana opiskelijat oppivat suunnittelemaan, organisoimaan ja

arvioimaan kehittämistoimintaa organisaatioiden arjessa. Lisäksi he kehittävät valmiuksiaan toteuttaa työyhteisöissä kehittämisprosesseja erilaisilla osallistavilla menetelmillä. Opiskelijoiden valitsemat menetelmät ovat vielä toistaiseksi olleet perinteisiä ja opiskelijalle turvallisia. Uusien innovatiivisten käyttäjälähtöisten menetelmien käyttö on ollut vielä vähäistä.

Alasoinin (2011, 142) mukaan osallistava innovaatiotoiminta korostaa aloitteellisuuden, luovuuden ja intohimoisen sitoutumisen merkitystä kriittisinä ominaisuuksina, joiden avulla ihmiset luovat arvoa organisaatioille. Sosiaali- ja terveysalan organisaatioille ei ole tyypillistä ruokia mitään näistä ominaisuuksista ainakaan perustyöntekijöiden työssä. Siksi uskallan väittää, että emme ole vielä kyetneet koulutuksessakaan murtamaan sosiaali- ja terveysalan jäykkyyttä ja järjestelmäkakeskeisyyttä, jossa selvitysten mukaan (esim. Kaseva 2011, 45; Mattila 2011, 326) asiakkaan asema on heikko. Olemme kuitenkin enenevässä määrin kehittäneet opiskelijälähtöisiä menetelmiä, jotka opiskelija omassa toiminnassaan voi siirtää myös asiakastyön menetelmiksi.

Olemme kehittäneet koulutuksen pedagogisia toteutustapoja, jossa opiskelijat voivat kokeilla rohkeasti uusia tapoja innovoida kehittämistoimintaa turvallisesti ensin omassa opiskelijaryhmässä. Tämä on edellyttänyt koulutuksen toteutukseen uudenlaisia rakenteita. Lähipäivistä olemme rakentaneet toiminnallisia ja opiskelijakeskeisiä. Luento-tyyppisestä opetuksesta olemme vähitellen luopuneet kokonaan ja antaneet opiskelijoille lähipäivien materiaalin tutustuttavaksi ennakkoon, jotta yhteisölliselle työskentelylle ja vuorovaikutukselle on lähipäivinä jäänyt aikaa. Olemme vastuuttaneet opiskelijat itse suunnittelemaan ja organisoimaan lähipäivien toimintaa ja rohkaisseet heitä käyttämään erilaisia ja uusia toiminnallisia ja osallistavia työtapoja. Rautajoen (2009, 265) mukaan opettaja voi järjestää mielekkäitä oppimistilanteita ja opiskelijan vastuullisuuden kasvaessa ja asiantuntijuuden kehittyessä opettaja voi siirtää valtaa opiskelijalle

TEESI 2. KOULUTUS RAKENTUU TIETÄMISEN KULTTUURIIN, INNOVAATIOTOIMINNALLE VÄLTÄMÄTÖN KOKEILUKULTTUURI ON VÄHÄISTÄ

Sosiaali- ja terveysalalle on leimallista "oikea tieto", joka on välttämätöntä hoidettaessa sairaita. Suurin osa meistä yamk-tutkinnon kouluttajista on toiminut myös perustutkintokoulutuksessa ja sisäistänyt velvollisuuden olla oikean tiedon vartija. "Hoitovirheiden pelko" voi siirtyä mukana myös yamk-tutkintokoulutukseen. Velvollisuudentuntoisina opettajina etsimme suurimman osan tiedosta ja määrittelemme, mitä tietoa mihinkin opintoihin sisällytetään. Kuitenkin ihmettelemme viimeistään opinnäytetöiden yhteydessä sitä, miksi opiskelijoidemme tiedonhaun taidot ovat heikot, eikä opiskelijoiden työelämätaitoihin kuulu aktiivinen uuden tiedon etsiminen.

Väitän, että tällä oikean tiedon vartioimisella viemme opiskelijoilta löytämisen ilon. Löytäminen on osa innovointia. Tiedon etsiminen, löytäminen ja luova käyttö osana innovointiprosessia on osaamisen laji, johon yamk-koulutuksessa tulisi panostaa. Uusin tieto on helpos-ti kaikkien saatavilla tänä päivänä. Peruskysymys on, haluammeko kouluttaa tietäviä yksilöitä vai älykkäitä yksilöitä?

Koivisto (2011, 23) pohtii julkaisussaan Tieto, tietäminen, innovaatio ja innovointikyky tietävien ja älykkäiden järjestelmien eroja. Tietäville järjestelmille on tyypillistä, että ne tietävät jotakin. Älykkäille järjestelmille on tyypillistä puolestaan se, että ne tietävät jotakin sekä sen, että myös tämän tietämisen ulkopuolella on jotain. Älykkäät järjestelmät kykenevät oppimaan virheistään ja kysymään neuvoa muilta tietäviltä ja älykkäiltä järjestelmiltä.

Innovaatiotoiminnan yhteydessä puhutaan paljon tänä päivänä kokeilukulttuurista. Tuulenmäen (2010, 169; myös OKM & TEM 2012, 11; Sitra 2013) mukaan kokeilukulttuuri haastaa nostamaan ideoiden laatua ja ajattelemaan isosti. Toimialarajoja ei pidä kumartaa ja "näin on aina tehty" asenteen voi unohtaa. Kun ideaa testataan toiminnan tasolla niiden kanssa, joita se eniten koskee, on uskallettava lähteä ulos. Mitä ainutlaatuisempaa asiaa tavoitellaan, sen enemmän on kestävä epävarmuutta, oltava valmis tekemään virheitä ja oppimaan niistä.

Yksi innovaatioprosessien piirteistä on se, että innovaatiotoiminta ja epävarmuus (tiedon puute) kytkeytyvät erottamattomasti toisiinsa. Innovaatioprosessi on uudenlaisten yhdistelmien tuottamisen prosessi. Se mitä haetaan, ei ole ennalta tiedossa. Jos ratkaisu on ennalta tiedossa, kyseessä ei ole innovaatioprosessi, vaan olemassa olevan tiedon hyväksikäyttöprosessi. Uudenlainen ratkaisu kehittyy prosessin ja toiminnan aikana ja osana toimintaa. Innovaatiokyky näkyy siinä, että osaa ja kykenee tekemään havaintoja ja kehittämään ratkaisuja, jotka ovat myös kehittäjän itsensä kannalta yllättäviä. Riskinotto ja täysin uudenlaisten ratkaisuiden syntyminen on epätodennäköisempää ennalta suunnitellussa toimintatavassa. Olennaista muutokseen vastaamisessa on mahdollistaa kokeilevuus, erilaiset joustavat tavat mukauttaa toiminnan sisältöjä, epäjatkuus-kohdissa ja ennalta arvaamattomissa tilanteissa. Kun sekä ongelmat että ratkaisut ovat tuntemattomia, on luotava edellytyksiä radikaaleja innovaatioita synnyttävälle kokeilutoiminnalle. (OKM & TEM 2012, 11; Koivisto 2011, 23.)

Väitän, että emme uskalla kouluttajina heittäytyä "virran vietäviksi", pois mukavuusalueeltamme. Olemmeko aikaisempien kokemustemme vankeja, sillä meistä suurin osa on myös itse sosiaali- ja terveysalan koulutuksen käyneitä. Koulutus ei omien kokemusteni mukaan ole koskaan eikä millään tasolla antanut tilaa luovuudelle ja innovatiivisuudelle. Koulutus ei ole myöskään antanut lupaa olla epävarma ja osaamaton. Pyrimme suunnittelemaan koulutuksen sisällöt ja toteutustavat mahdollisimman valmiiksi, mutta ei ihme, sillä opettajakoulutuksessa meitä ohjeistettiin tekemään tuntisuunnitelmat minuutin tarkkuudella. Jos heittäydymme tuntemattomaan, pelkäämmekö menettävämme auktoriteettiaseman suhteessa opiskelijoihin? Pelkäämmekö paljastavamme tietämättömyytemme ja osaamattomuutemme? Tosiasia on kuitenkin, että myös me kouluttajat (ainakin minä) olemme innovaatio-osaamisen suhteen lähes samalla viivalla opiskelijoidemme kanssa, johtuen alamme pitkästä historiasta vartioida "oikeaa tietoa" sekä vahvasta työelämän hierarkia- ja järjestelmäkakeskeisyydestä. Miksi emme voisi kehittyä yhdessä opiskelijoidemme kanssa rohkeammiksi ja luovemmiksi.

TEESI 3. HALUAMME OPISKELIJOIDEMME EDUSTAVAN UUTTA ASIANTUNTIJUUTTA, MUTTA TOIMIMME EDISTÄEN VANHAA ASIANTUNTIJUUTTA

Keskustelemme paljon uudesta asiantuntijuudesta, mitä työelämässä tarvitaan. Silti pidämme tiukasti kiinni substanssiosaamisesta. Sosiaali- ja terveysalan yamk-tutkinnon suorittaneen tulee sijoittua monenlaisiin asiantuntijatehtäviin sosiaali- ja terveysalalla. Yamk-tutkinnon nimikin on sosiaali- ja terveysalan ylempi korkeakoulututkinto. Keskittymällä liikaa substanssiosaamiseen saatamme sulkea pois opiskelijoiltamme monia urakehitysmahdollisuuksia tulevaisuudessa. Lupaamme yamk-tutkinnon tuottavan osaamista (Valtioneuvoston asetus 423/2005, 6§) vaativiin asiantuntijatehtäviin. Mitä ovat tämän päivän vaativat asiantuntijatehtävät sosiaali- ja terveysalalla? Mitä yleensäkin on tämän päivän asiantuntijuus?

Rautajoen (2009, 15) mukaan asiantuntijatyön muutos kontekstoituu yhteiskunnalliseen muutokseen. Ammattikunnat joutuvat sovittamaan asiantuntijatehtävien monimutkaistuvaan asiantuntijuuksien ja työnjaon kokonaisuuteen. Nykyisen professionaalisen asiantuntijajuuden on katsottu tulleen päätepisteeseen. Yhteiskunnan muutosten seurauksena on tullut tilaus monenlaisille asiantuntijoille ja tiedolle. Tieteelliseen tietoon ja professioihin tai tiettyyn institutionaaliseen asemaan perustuvien asiantuntijuuksien rinnalla on alettu puhua käytännöllisestä eksperttijuudesta tai avoimesta asiantuntijuudesta. Myös Alasoinin (2011, 142) mukaan työelämän kehittämisessä substanssiosaamista tärkeämpää on kehittämisosaaminen, jossa tärkeintä on se, miten osallisuutta edistetään kehittämisprosesseissa. Tämä on myös työhyvinvoinnin ydintekijöitä.

Samassa merkityksessä puhutaan myös kollektiivisesta asiantuntijuudesta (esim. Boreham 2005, 5; Koivunen 2005, 32; Parviainen 2006, 155) tai kollektiivisesta älykkyydestä (Hakkarainen ym. 2012). Kollektiivisellä asiantuntijuudella tarkoitetaan osaamista yhdessä. Se tarkoittaa tiedon muodostamista, jakamista, käsittelemistä ja yhdistämistä toisen tai useamman ihmisen kanssa siten, että yksittäiset osaamisalueet ovat enemmän kuin osiensa summa. Vaikka kyseessä olisi kuinka pätevä asiantuntija, hän ei voi hankkia kaikkea sitä tietoa, jota asiantuntijat yhdessä omaavat. Kollektiivinen asiantuntijuus on tulos, joka saavutetaan ryhmän vuorovaikutuksessa.

Rantasen ja Toikon (2006) sekä Hakkaraisen (2005) mukaan kysymys tiedontuotannon tavoista ja malleista liittyy tiiviisti asiantuntijuuteen. Jos tieto tuotetaan sovelluskohteissaan, niin se myös haastaa perinteisen käsityksen asiantuntijuudesta. Tieteellinen tieto ei ole enää vain professioiden edustajien hallussa, vaan raja-aita asiakkaan ja asiantuntijan välillä on hämärtynyt.

Helakorven (2010, 26) mukaan nykyinen työelämä ja käsitys sen ammattitaitovaatimuksista ovat muuttuneet. Vuosisadan vaihteen kapeanlaisesta, yksilöllisestä asiantuntijuudesta on siirrytty monipuoliseen jatkuvaan oppimiseen, ammattitaidon ja pätevyyden ylläpitämiseen sekä itsensä kehittämiseen. Asiantuntijuus ja ymmärrys siitä ovat muuttuneet uuteen työskulttuuriin sopivaksi. (Taulukko 1.)

VANHA ASIANTUNTIJUUS

Ammattikohtaisuus
Yksinoikeus työtehtäviin
Autonomisuus
Objektiivinen tieteen ihanne
Hierarkia
Stabilisuus
Kaavamaiset ratkaisumallit
Kohteena asiakas

UUSI ASIANTUNTIJUUS

Rajat ylittävä laaja-alaisuus
Useita asiantuntijuuksia ongelmalla alueella
Tiimityö ja verkostoituminen
Koulutuksen ja kokemuksen kautta tulkitseminen
Tasavertaisuus maallikoiden ja asiantuntijoiden välillä
Dynaamisuus, uusiutuminen, kehittyminen
Tilannekohtaisuus
Luovat ratkaisut
Tutkiva ja kehittävä ote
Kumppanuus ja yhteistyö asiakkaan kanssa

Taulukko 1. Vanha vs. uusi asiantuntijuus (Helakorpi 2010, 26)

Kaikkien edellä kuvattujen asiantuntijuusmäärittelyjen perusteella tiukka substanssiosaamisen vartiointi ei edistä opiskelijoidemme työllistymistä asiantuntijatehtäviin tämän päivän hybridiyhteiskunnassa. Uskon niin kuin Alasoinin (2011), että substanssiasiantuntijuuksista tärkeämpää on se, millaista kehittämis- ja innovaatio-osaamista henkilö osoittaa hallitsevansa työnhakutilanteissa.

LOPUKSI

Käynnissä olevan ammattikorkeakoulu-uudistuksen tavoitteena on lainsäädännöllisin muutoksin ja toimilupien uudistamisella vahvistaa ammattikorkeakoulujen roolia entistä itsenäisempinä ja vastuullisempina osaajien kouluttajana, työelämän uudistajana ja alueiden kilpailukyyn rakentajina. Ammattikorkeakoulujen roolia alueiden elinvoimaisuuden ja kilpailukyyn vahvistamisessa tuetaan ja niiden työelämäyhteistyötä vahvistetaan, TKI-toimintaa kehitetään erityisesti tuotanto ja palvelusektorin sekä hyvinvointipalvelujen kehittämisessä. (OKM & TEM 2012, 6.)

Organisaatioiden uudistumiskykyä, kykyä tehdä innovaatioita ja joustavuutta pidetään yleisesti avainasiana pyrittäessä säilyttämään kilpailukyky yhä epävarmemmassa ja nopeasti muuttuvassa toimintaympäristössä. Erityisesti innovaatioiden ja uuden osaamisen tuot-

tamisen tarve ovat merkittävä haaste myös ammattikorkeakoulujen uudistamiselle. Uuden osaamisen merkitys alueiden, työyhteisöjen ja työntekijöiden oman työn kehittämisessä korostuvat. Suomen innovaatiojärjestelmässä on tunnistettu tarve ammattikorkeakouluille, erityisesti alueellisella tasolla. (OPM 2010, 18). Ammattikorkeakoulujen strategioissa otetaan entistä paremmin huomioon tki-toiminnan ja opetuksen integrointi ja työelämäyhteyksien vahvistaminen, oppimisympäristöjen ja -menetelmien kehittäminen sekä opetus suunnitelmien kehittäminen integrointia tukeviksi. (OPM 2010, 23.)

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto on ammattikorkeakoulututkinnon jälkeinen jatkokoulutusväylä, jossa voidaan erityisesti panostaa innovaatio-osaamisen kehittämiseen. Koulutuksessa ei tarvitse panostaa samalla tavalla ammattikohtaiseen spesifiin osaamiseen kuin ammattikorkeakoulututkinnoissa. Siksi koulutuksessa voidaan reagoida nopeasti alueen ja työelämän tarpeisiin edistää ammattikorkeakoulun strategisten päämäärien saavuttamista (esim. Oamk 2010. Osaamisella hyvinvointiin). Opetussuunnitelman tulee olla riittävän väljä mahdollistamaan nopea reagointi ja pedagogisen

toteutuksen joustava, luovuutta ja innovatiivisuutta ruokkiva. Oamkin pedagogiset linjaukset (Oamk 2011. Oppimisen tueksi) kannustavat tutkivaan ja kehittävään yhteistoiminnalliseen oppimiseen, jossa paisti opiskelijat oppivat yhdessä myös opettajat oppivat yhdessä toistensa ja opiskelijoiden kanssa. Opettajilta vaaditaan rohkeutta hypätä tuntemattomaan, pois mukavuusalueelta, tietämisen järjestelmästä älykkääseen järjestelmään, sillä Koiviston (2011, 23) mukaan älykkäät järjestelmät kykenevät oppimaan virheistään ja kysymään neuvoa muilta tietäviltä ja älykkäiltä järjestelmiltä. Tämä on ainoa tapa selvittää jatkuvista muutoksista työelämässä niin, että säilytetään työn hallinta ja mielekkyys.

Päätän artikkelini Kososen ja Dozin (2008) sanoin

"Organisaatiot eivät suinkaan kuole siihen, että tekevät vääriä asioita, vaan siihen, että ne jatkavat aikanaan oikeiden asioiden tekemistä liian pitkään."

LÄHTEET

- Alasoini, T. 2011. Hyvinvointia työstä. Kuinka työelämää voi kehittää kestäväällä tavalla? Tykes. Raportteja 76. Helsinki.
- Boreham, N. 2004. A theory of collective competence: challenging the neo-liberal individualisation of performance at work. *British Journal of Educational Studies* 52 (1), 5-17.
- Hakkarainen, K. 2005. Asiantuntijuus ja oppiminen työelämässä - psykologisia näkökulmia. Puheenvuoro Osaaminen murroksessa. Työelämälähtöisen osaamisen tunnistaminen ja tunnustaminen seminaarissa 12.4.2005 Helsinki. Hakupäivä 1.2.2012. <http://www.helsinki.fi/science/networkedlearning/material/HakkarainenEsitelma2005a.pdf>
- Hakkarainen, K., Lallimo, J. & Toikka, S. 2012. Asiantuntijuus, kollektiivinen luovuus ja jaetut tietokäytännöt. *Aikuiskasvatus* 32, 246-256. Hakupäivä 26.4.2013.
- http://www.academia.edu/594796/Hakkarainen_K_Lallimo_J_and_Toikka_S_2012_Asiantuntijuus_kollektiivinen_luovuus_ja_jaetut_tietokaytannot_Aikuiskasvatus_32_246-256
- Hautamäki, A. 2008. Kestävä innovointi. Innovaatiopolitiikka uusien haasteiden edessä. Sitra. Helsinki.
- Helakorpi, S. 2010. Yhteiskunta ja työ. Teoksessa S. Helakorpi, H. Aarnio & M. Majuri (toim.) *Ammattipedagogiikka uuteen oppimiskulttuuriin. Hämeen ammattikorkeakoulu. Ammatillisen opettajakorkeakoulun julkaisuja* 1, 19-29.
- Kaseva, K. 2011. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä. *Integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita* 16. Hakupäivä 12.4.2013, http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=3320152&name=DLFE-16805.pdf
- Koivisto, T. 2011. Tieto, tietäminen, innovaatio ja innovointikyky. Teoksessa T. Koivisto, T. Mikkonen, T. Vadén, K. Valkokari, M. Ahonen & N. Vainio (toim.) *Rajoja ylittävä innovointi. Liiketaloustiede. Tampereen yliopisto. Tampere University Press*, 12-30. Hakupäivä 22.4.2013, http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66193/tieto_tietaminen_innovaatio_ja_innovointikyky_2011.pdf?sequence=1
- Koivunen, N. 2005. Miten kollektiivinen asiantuntijuus organisoituu? *Hallinnon tutkimus* 24 (3), 32-45.
- Kosonen, M. & Doz, Y. 2008. Nopea strategia. Talentum Oy.
- Kuntaliitto 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistus. Hakupäivä 15.4.2013, <http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/kuntauudistus/Sivut/sote-palvelurakenneuudistus.aspx>
- Mattila, Y. 2011. Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? *Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 116. Helsinki. Hakupäivä 20.5.2013, <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26343/Tutkimuksia116.pdf?sequence=1>
- Oamk 2010. Osaamisella hyvinvointiin. Oulun seudun ammattikorkeakoulun strategia 2015.
- Oamk 2012. Oppimisen tueksi. Oulun seudun ammattikorkeakoulun pedagogiset linjaukset.
- Opetushallitus 2010. Käsikirja työpaikalla tapahtuvan oppimisen hyvien käytäntöjen siirtoon. *Lifelong Learning Programme*.
- OKM & TEM 2012. Suomi osaamispolhjaiseen nousuun. Tutkimus ja innovaatiopolitiikan toimintaohjelma. Opetus- ja kulttuuriministeriö, Työ- ja elinkeinoministeriö. Hakupäivä 21.4.2013. http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Tiede/tiedepolitiikka/liitteet/Tutkimus_ja_innovaatiopolitiikan_toimintaohjelma_12_12_2012.pdf
- OPM 2010. Ammattikorkeakoulujen tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminta innovaatiojärjestelmässä. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 8. Opetusministeriö. Koulutus- ja tiedepolitiikan osasto.
- Parviainen, J. 2006. Kollektiivinen tiedonrakentaminen asiantuntijatyössä. Teoksessa J. Parviainen (toim.) *Kollektiivinen asiantuntijuus. Tampere: Tampereen Yliopistopaino*, 155-187
- Rautajoki, A. 2009. Asiantuntijuutta vakuuttamassa. Opettajien työelämäsuhteen asiantuntijuuspuhe sosiaalialan ammattikorkeakouluverkoston työelämäprojekteissa. *Acta Electronica Universitatis Lapponiensis* 47. Lapin yliopisto, Rovaniemi.
- Sitra 2013. Uusi työ ja tulevaisuuden trendit. Kiiski-Kataja, E. Vekarasta vaariin -seminaari Joensuussa. Hakupäivä 15.4.2013. http://www.poketti.fi/c/document_library/get_file?uuid=8cec6b3e-af6e-45e1-aceb-0ae2bf0fca70&groupId=11562
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Kunta- ja palvelurakenneuudistus. Hakupäivä 15.4.2013, http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakenneuudistus/paras
- TEM 2010. Kysyntä- ja käyttäjälähtöinen innovaatiopolitiikka. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 47. Jäsentely (osa I) toimenpideohjelma (osa II). Hakupäivä 6.4.2013. http://www.tem.fi/files/27546/Jasentely_ja_toimenpideohjelma.pdf
- TEM 2012. Luovuudesta kasvua ja uudistumista. Luovaa taloutta edistävät toimet ja kehittämislinjaukset. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja *Innovaatio* 40. Hakupäivä 22.4.2013. http://www.tem.fi/files/34626/TEM_jul_40_2012_web.pdf
- Tilastokeskus 2011. Käsitteet ja määritelmät. *Innovaatio*. Hakupäivä 13.4.2013. <http://www.stat.fi/til/inn/kas.html>
- Tuulennäki, A. 2010. Lupa toimia eri tavalla. Porvoo: Bookwell Oy.
- Valtioneuvoston asetus 423/2005. Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta. *Luettu* 20.4.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050423>



Ylempi ammattikorkeakoulututkinto Oulun seudun ammattikorkeakoulussa

Irene Isohanni

FT, tutkimus- ja kehitysohjaaja

Ammattikorkeakoulututkinnon suorittanut on voinut suorittaa jatkotutkintona ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon. Oulun seudun ammattikorkeakoulussa ylemmän ammattikorkeakoulututkintokoulutuksen aloituspaikkoja vuoteen 2012 mennessä on ollut yhteensä 886 ja suoritettujen tutkintojen määrä vain 247. Halukkaita opiskelijoita ei ole ollut riittävästi tarjottuun ylempään ammattikorkeakoulututkintokoulutukseen, vaikka tutkinnon suorittaneet ovat työllistyneet kohtalaisen hyvin. Tilanne on samankaltainen koko Suomessa. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon asema korkeakoulujärjestelmässä on vielä vaatimaton ja rooli työelämän kehittämisessä selkiintymätön. Kuitenkin kouluttajien ja tutkinnon suorittaneiden kokemusten perusteella ylempi ammattikorkeakoulututkintokoulutus tuottaa uutta osaamista ja edistää Pohjois-Suomessa hyvinvointia ja elinkeinoelämän kilpailukykyä. Koulutuksen tarjontaan, sisältöihin ja opetusmenetelmiin tulee tehdä nopeasti tarvittavat uudistukset, jotta koulutus vastaa työelämän kehittämisen tarpeita enistä paremmin.

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto on työelämässä jo toimivien ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneiden henkilöiden jatkokoulu-

tusta. Se on yliopiston maisterin tutkinnosta poikkeava jatkotutkinto, koska se rakentuu nimenomaan ammattikorkeakoulun koulutustehävälle: lähtökohtana työelämälaheinen oppiminen ja tavoitteena työelämän osaamisen kehittäminen. Lisäksi ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneelle maisteriopinnot jatkokoulutusväylänä vievät kohtuuttoman pitkän ajan, koska monet yliopistot edelleen hyväksyvät vain osan ammattikorkeakoulututkinto-opinnoista osaksi yliopisto-opintoja.

YLEMmän AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINNON TAVOITTEET

Ylempi ammattikorkeakoulututkintokoulutus on osa eurooppalaista Bolognan prosessia (Eurooppalainen korkeakoulualue 1999; Bologna Process – European higher education area; The European Qualifications Framework (EQF); Qualifications Frameworks in the EHEA). Sen mukaan korkeakoulujärjestelmässä pyritään tutkintorakenteen kaksiportaisuuteen. Ammattikorkeakoulututkinto on bachelor-tason tutkinto ja ylempi ammattikorkeakoulututkinto master-tason tutkinto.

Ylemmän ammattikorkeakoulututkintokoulutuksen tavoitteena on syventää tai laajentaa ammatillista osaamista. Pääsyaatimukse-
na opintoihin on ammattikorkeakoulututkinto tai muu soveltuva
korkeakoulututkinto sekä kolmen vuoden mittainen alan työkokemus
tutkinnon suorittamisen jälkeen.

Ylempi ammattikorkeakoulututkintokoulutus on 60–90 opintopisteen
laajuinen eli vähintään lukuvuoden ja enintään puolentoista lukuvuo-
den päätoimisten opintojen mittainen. Ylempään ammattikorkeakou-
lututkintoon liitetään tutkintonimike ja lyhenne ylempi AMK.

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto antaa kelpoisuuden virkaan tai
toimeen, jolta edellytetään ylempää korkeakoulututkintoa sekä jatko-
opintokelpoisuuden tieteellisiin jatko-opintoihin. (Ammattikorkeakoulu-
laki 9.5.2003/351; Yliopistolaki 558/2009, 37§).

YLEMMÄN AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINNON TUOTTAMA OSAAMINEN

Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon tuottamalta osaamiselta
edellytetään Bolognan prosessin mukaan muun muassa:

- Työelämän kehittämisen edellyttämät laajat ja syvälliset tiedot alalta sekä tarvittavat teoreettiset tiedot asianomaisen alan vaativissa asiantuntija- ja johtamistehtävissä toimimista varten.
- Syvälinen kuva alasta, asemasta työelämässä ja yhteiskunnallisesta merkityksestä sekä valmius asianomaisen alan tutkimustiedon ja ammattikäytännön kehityksen seuraamiseen ja erittelyyn.
- Valmiudet elinikäiseen oppimiseen ja jatkuvaan oman ammattitaidon kehittämiseen.
- Työelämässä vaadittava hyvä viestintä- ja kielitaito kansainvälisen vuorovaikutuksen ja ammatillisen toiminnan edellyttämät valmiudet.

Osaamisvaatimusten perusteella ylemmän ammattikorkeakoulutut-
kinnon tavoitteena on joko tuottaa laaja-alaista osaamista esimer-
kiksi johtamistaitoja tai kapea-alaista erikoisosaamista esimerkiksi
erikoistuneita erityisosaamista vastaavia käsitteitä, menetelmiä ja
tietoja (Rauhala 2012). Oulun seudun ammattikorkeakoulussa tek-
niikan ylempät ammattikorkeakoulututkinnon koulutusohjelmat ovat
olleet lähinnä erikoisosaamiseen pyrkiviä koulutusohjelmia. Muilla
aloilla koulutus on tavoitellut laajempaa työelämässä vaadittavaa
osaamista. Tästä voi päätellä, että ylemmän ammattikorkeakoulutut-
kintokoulutuksen tavoitteet sisällöllisesti etsivät vielä muotoaan.

TYÖLLISTYMISTAVOITE PÄÄOSIN SAAVUTETTU

Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneiden työllistyminen
näyttää olevan kohtalaisen hyvää. Pohjois-Suomessa ylemmän
ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneista työttömien työnhaki-
joiden määrä on ollut vuosina 2010–2012 vuosittaisella keskiar-
volla mitattuna noin 10 % ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon

suorittaneista (Työ- ja elinkeinoministeriö). Valtakunnan tasolla luku
on samansuuruinen. Aloituspaiikat ovat kasvaneet vuosittain. Vuonna
2005 aloituspaikkoja oli yhteensä 519 ja vuonna 2012 yhteensä
3 754 (OKM 2013).

OPINNÄYTETYÖN ROOLI

Koska ylempi ammattikorkeakoulututkinto perustuu opiskelijan
työkokemukseen, opiskelun lähtökohtana on työelämälähtöinen op-
piminen. Siten on luonteavaa, että opinnäytetyö kohdentuu työelämän
käytänteiden kehittämiseen.

Opinnäytetyö on koko koulutuksen aikainen oppimisprosessi. On
suositeltavaa, että jo opiskelijaksi hakeutumisasiässä opiskelijalla
on opinnäytetyön aihe, joka pohjautuu mahdollisesti hänen omaan
työpaikkaan. Esimerkiksi Oulun seudun ammattikorkeakoulun ylemp-
mässä ammattikorkeakoulututkintokoulutuksessa lähes kaikki opis-
kelijat tekevät opinnäytteenä omaan työpaikkaansa ja yhteistyössä
työelämän edustajien kanssa.

Samankaltainen tilanne on koko maassa. Ylempien ammattikorkea-
koulututkintoihin sisältyvistä opinnäytetöistä 91 % vuonna 2010 ja
86 % vuonna 2011 oli työelämän tilaamia eli niin sanottuja hankkeis-
tettuja. (OKM 2013.)

YLEMMÄSSÄ AMMATTIKORKEAKOULU- TUTKINTOKOULUTUKSESSA PARANNETTAVAA

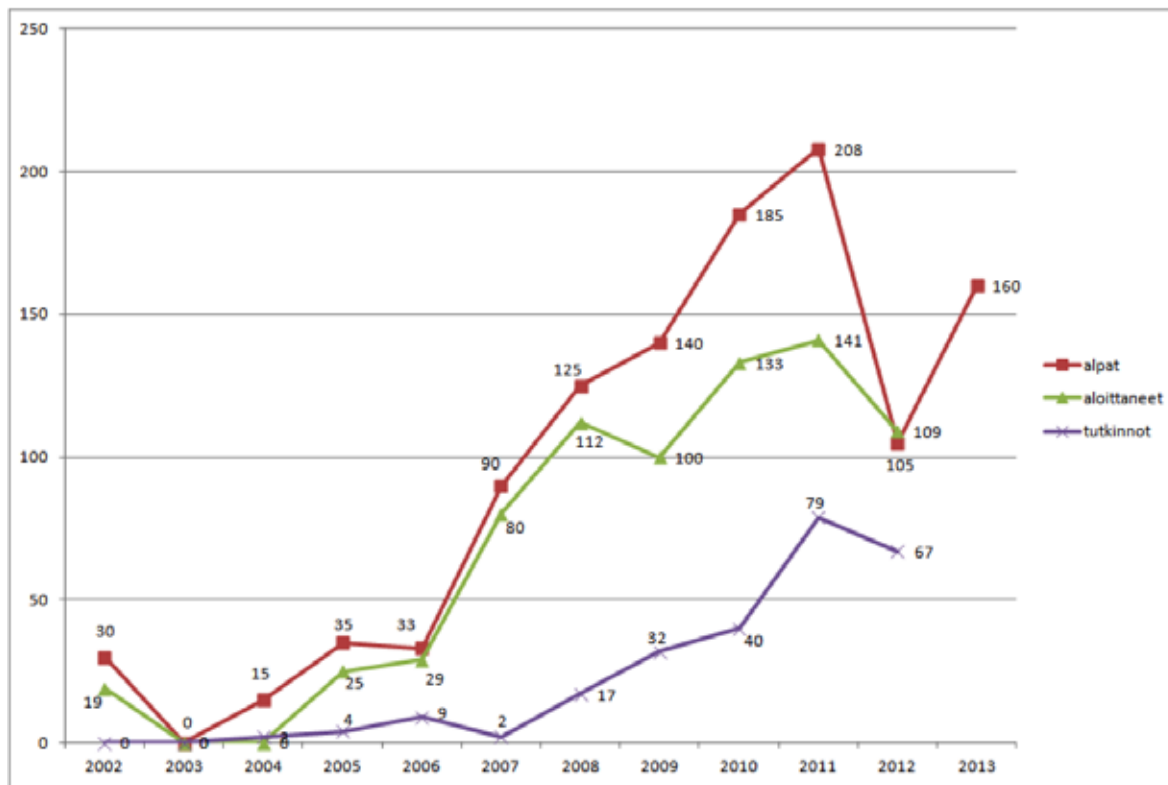
Oulun seudun ammattikorkeakoulussa on ollut yli kymmenen vuotta
ylempää ammattikorkeakoulututkintokoulutusta. Se käynnistyi ko-
keiluna vuonna 2002 ja vakinaistettiin vuonna 2005. Koulutus alkoi
terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn sekä korjaus- ja täyden-
nysrakentamisen koulutusohjelmilla. Ensimmäiset kaksi opiskelijaa
valmistui sosiaali- ja terveysalalla vuonna 2004.

Vuoteen 2012 mennessä yhteensä 247 henkilöä on suorittanut
ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon. Koulutuksen aloituspaikkoja
on ollut yhteensä 886, joista 704 opiskelijaa aloitti (kuva 1). Koulu-
tuksen tarjonta ja kysyntä eivät ole olleet tasapainossa. Aloituspai-
koja on jäänyt täyttämättä ja aloittaneista vain noin kolmasosa on
suorittanut tutkinnon.

Vuoteen 2012 mennessä yhteensä 247 henkilöä on suorittanut
ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon. Koulutuksen aloituspaikkoja
on ollut yhteensä 886, joista 704 opiskelijaa aloitti koulutuksen.

Tarkasteltaessa koulutusaloittain suoritettuja ylempiä ammatti-
korkeakoulututkintoja ja aloittaneita tilanne on lähes sama kaikilla
koulutusaloilla. Aloituspaiikkoja on jäänyt käyttämättä.

Vuonna 2009 aloittaneista opiskelijoista viimeistään kahdessa
vuodessa on valmistunut yhteensä 26,4 % ja viimeistään kolmessa
vuodessa 43,4 %. Sosiaali- ja terveysalan sekä tekniikan alan koulu-
tuksessa viimeistään kolmessa vuodessa reilut puolet opiskelijoista
on valmistunut kun luonnonvara-alan ja liiketalouden koulutukses-
sa vajaa 30 %.



Kuva 1. Aloituspaikat, aloittaneet ja suoritettavat ylemmät ammattikorkeakoulututkinnot kaikilla koulutusaloilla Oulun seudun ammattikorkeakoulussa vuosina 2002–2012

Vajaat aloituspaikat ja opintojen pitkittyminen ovat yhteydessä moniin syihin kuten esimerkiksi koulutusohjelmien tarjonnan osuvuuteen, niiden kiinnostavuuteen ja opetusjärjestelyihin ja -menetelmiin. Perinteiset opetusmenetelmät eivät tue parhaalla mahdollisella tavalla aikuisopiskelijan opiskelua. Opiskelijoiden työssäkäynti luonnollisesti voi venyttää opiskelua ja tutkintojen syntymistä. (Maassen ym. 2012.)

KOULUTUKSEN KEHITTÄMINEN OULUN SEUDUN AMMATTIKORKEAKOULUSSA

Oulun seudun ammattikorkeakoulussa aloitettiin systemaattinen arviointi ylemmän ammattikorkeakoulututkintokoulutuksen kehittämiseksi vuonna 2012. Aineisto arviointia varten kerättiin opiskelijapalautekyselyn avulla, analysoimalla opetussuunnitelmat sekä kartoittamalla verkko-opetuksen toimintatapoja. Näiden toimintojen tulosten arviointi ja toimeenpano on parhaillaan menossa. Vuonna 2013 valmistaudutaan ylempien ammattikorkeakoulututkintojen uudistamiseen ylempien ammattikorkeakoulututkintojen kehittämisprojektissa. Tavoitteena on parantaa ylemmän ammattikorkeakoulututkintokoulutuksen tuloksellisuutta ja houkuttelevuutta Oulun seudun ammattikorkeakoulun toiminta-alueella. Keinoina on muun muassa koulutuksen toteuttaminen osana tutkimus- ja kehitystyötä sekä lisätä opetuksen joustavuutta, monialaisuutta sekä verkkototeutusta.

Oulun seudun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalla ylempien ammattikorkeakoulututkintokoulutus on jo nyt kytketty yhteen ammattikorkeakoulun painoaloista eli Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen painoalan toteuttamiseen. (Osaamisella hyvinvointiin.

Oulun seudun ammattikorkeakoulun strategia 2015.) Painoalan edellyttämää monialaista yhteistoimintaa kehitetään kolmen kehittämissuunnan avulla, joita ovat lasten, nuorten ja lapsiperheiden, työikäisten ja työyhteisöjen, ikääntyvien sekä palvelurakenteiden ja prosessien kehittämissuunnissa. Näiden kehittämissuunnien tavoitteena on tuottaa:

- Tulevaisuutta ennakoivia innovatiivisia palvelujen toimintamalleja ja ratkaisuja, joissa hyödynnetään teknologiaa terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämisessä ja edistämässä. Tulevaisuuden ennakointiin määritellään kärkikohteet, joihin kehittämissuunnien hankkeita suunnataan.
- Tukea monialaista opettaja-, opiskelija ja työelämän toimijoiden työelämää kehittävää yhteistyötä.
- Hankkia Oulun seudun julkisten ja yksityisten toimijoiden kanssa yhteisiä hankkeita erityisesti OuluHealth ja Avaus hankeyhteistyö.
- Edistää kansainvälisyyttä Globaalit arvoverkot -hankkeessa.

YLEMmän AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINNON ASEMA

Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon asema suomalaisessa korkeakoulujärjestelmässä on vielä epäselvä, vaikka tutkinnon uudistuksen arviointiryhmä totesikin sen vakiinnuttaneen asemansa korkeakoulujärjestelmässä (Niemelä ym. 2010). On kokemusta siitä, että kaikissa yliopistoissa tämä tutkinto ei riitä esimerkiksi tohtorikoulutukseen pääsemiseksi, vaikka yliopistolain mukaan

ylempi ammattikorkeakoulututkinto antaa muodollisen kelpoisuuden yliopiston tohtoriopintoihin.

Tutkinnon työmarkkinakelpoisuuden osoittaminen edellyttää selkeää koulutus- ja työmarkkinaprofilia niin kotimaassa kuin maailmallakin. Valitettavasti ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon tuottaman osaamisen tunnettuus ei ole vielä sillä tasolla, mitä sen pitäisi olla. Tämä on iso ongelma. Sen puuttuminen on vaikuttanut muun muassa koulutuksen markkinointiin, vähäisiin hakijamääriin ja valmistuneiden epäselvään asemaan työpaikoilla. Osin tästäkin syystä opiskelijamäärät ovat olleet lähes kaikissa Oulun seudun ammattikorkeakoulun ylemmissä ammattikorkeakoulututkinnoissa pieniä. Koulutus on kallista ja hankaloittanut opetuksen järjestämistä.

Maassenin ym. (Maassen ym. 2012) mukaan ylemmät ammattikorkeakoulututkinto-opinnot tulisi kytkeä tutkimus- ja kehitystoimintaan oman ammattikorkeakoulun profiiliin ja painoalojen mukaisesti kaikilla koulutusaloilla. Myös ylempien ammattikorkeakoulututkinto-opiskelijoiden potentiaali tutkimus- ja kehitystoiminnassa ja sen kehittämisessä tulee hyödyntää täysimääräisesti.

MITÄ TULEE TEHDÄ NYKYTILAN KORJAAMISEKSI?

Ylempi ammattikorkeakoulututkintokoulutusmalli ja koulutuksen tavoitteet ovat tarpeellisia, jotta työelämän osaaminen kasvaisi. Ylemmän ammattikorkeakoulututkintokoulutuksen tulee vahvistaa ammattikorkeakoulun profiilia ja tuoda näkyvästi esille ammattikorkeakoulun osaamista työelämän kehittäjänä. Tavoitteena on tarjota selvästi työelämäorientoitunut vaihtoehto yliopiston maisteriopinnoille. Koulutuksen toteuttaminen ei vielä onnistu parhaalla mahdollisella tavalla. Osaamispotentiaalia jää käyttämättä. Koulutus ei ole tällä

hetkellä riittävän haluttu, tunnettu ja tunnustettu tutkinto työelämässä eikä korkeakoulujärjestelmässä. Koulutus on lisäksi kallista ammattikorkeakoululle. Uuden rahoituslain mukaan suoritettujen ylempien ammattikorkeakoulututkintojen määrä vaikuttaa ammattikorkeakoulun saamaan perusrahoitukseen.

Ylemmän ammattikorkeakoulututkintokoulutuksen kehittämiseen liittyviä tehtäviä ovat seuraavat:

- Koulutuksen tarjontaan ja sisältöihin tulee tehdä nopeasti tarvittavat uudistukset, jotta koulutuksen sisältö vastaa työelämän kehittämisen tarpeita. Tavoitteena on, että ylempi ammattikorkeakoulututkinto profiloituu selvästi työkäytäntöjen ja palveluiden kehittämiseen.
- Opetusjärjestelyt tulee organisoida ja sovittaa aikuisopiskelijan erilaisiin tarpeisiin nykyistä selkeämmin. Oulun seudun ammattikorkeakoulussa ylempi ammattikorkeakoulututkintokoulutus pyritään toteuttamaan maksimaalisesti verkossa syksystä 2014 alkaen.
- Ylemmän ammattikorkeakoulutuksen opiskelijat tulevat toteuttamaan ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyötä osana opetustaan. Esimerkiksi Oulun seudun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalla ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelijat osallistuvat systemaattisesti Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen painoalan toteuttamiseen. Ylempien ammattikorkeakouluopiskelijoiden tutkimus- ja kehitystyön valmiuksien kehittyminen on yksi keskeisimmistä tavoitteista.

LÄHTEET

Ammattikorkeakoululaki 9.5.2003/351. Hakupäivä 30.4.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030351>

Bologna Process – European higher education area. Hakupäivä 30.4.2013. <http://www.ehea.info/>

Tutkintojen ja muun osaamisen kansallinen viitekeys. 2009. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 24. Hakupäivä 30.4.2013. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2009/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

Eurooppalainen korkeakoulualue. 1999. Bolognassa 19. päivänä kesäkuuta 1999 kokoontuneiden Euroopan opetusministereiden yhteinen julistus. Hakupäivä 30.4.2013. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Koulutus/artikkelit/bologna/liitteet/bolognasuomi.doc>

Maassen, P., Kallioinen, O., Keränen, P., Penttinen, M., Spaapen, J., Wiedehofer, R., Kajaste, M. & Mattila, J. 2012. *From the bottom up. Evaluation of RDI activities of Finnish Universities of Applied Sciences. Publications of the Finnish Higher Education Evaluation Council 7.* Hakupäivä 30.4.2013. http://www.kka.fi/files/1482/KKA_0712.pdf

Osaamisella hyvintointiin. Oulun seudun ammattikorkeakoulun strategia 2015. Hakupäivä 30.4.2013. www.oamk.fi/utills/opendoc.php?aWRfZG9rdW1lbnR0aT0xMTk5MQ

OKM. 2013. Vipunen. Ammattikorkeakoulun tilastot. Hakupäivä 20.5. <http://vipunen.csc.fi/fi-fi/ammattikorkeakoulutus/opintosuoritukset/Pages/Opinn%C3%A4ytety%C3%B6t.aspx>

Rauhala, P. 2012. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon laadun kehittäminen. Teoksessa A. Töytäri (toim.) *Kehittyvä YAMK – Työelämää uudistavaa osaamista. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hämeenlinna.*

Qualifications Frameworks in the EHEA. Hakupäivä 30.4.2013. <http://www.ehea.info/article-details.aspx?ArticleId=65>

Työ- ja elinkeinoministeriö. 2013. Työnvälitystilasto. Hakupäivä 20.5.2013. <http://www.temtoimialapalvelu.fi/>

The European Qualifications Framework (EQF). Hakupäivä 30.4.2013. http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/eqf_en.htm

Yliopistolaki 558/2009. Hakupäivä 30.4.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090558>



Terveyden ja hyvinvoinnin tarkastelu lasten kliinisen kipututkimuksen kontekstissa – tavoitteena lasten hyvän olon edistäminen

Tarja Pölkki

TT, dosentti, tutkija

Anna-Maija Pietilä

THT, professori

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen eri ikäryhmissä on keskeinen tavoite hoitotyössä ja hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Terveydenhuollon ja sen ammattilaisten tehtävänä on sairauden hoitaminen, kärsimyksen lievittäminen ja terveyden edistäminen sekä yhteistyö asiakkaiden ja työntekijöiden välillä (Hanlon 2001).

Erityisesti lasten hoitotyössä edellä mainitut hyvän hoidon ominaispiirteet korostuvat. Lapsuuden aikaiset huonot kokemukset, kuten hoitamattoman kivun aiheuttamat lyhyt- ja pitkäaikaisvaikutukset, ovat merkityksellisiä lapsen myöhemmän elämän kannalta, koska ne vaikuttavat lapseen kasvuun ja kehitykseen myös tulevana vuosina (Grunau ym. 2009). Hoitotyöllä onkin selkeä tehtävä vahvistaa yksilöiden mahdollisuuksia terveyden saavuttamiseen niiden kohdalla, jotka ovat haavoittuvassa asemassa (ks. Pietilä ym. 2013).

Lapsilla terveyden ja hyvän olon kokemukset rinnastuvat toisiinsa. Niihin sisältyvät oleellisesti mahdollisuus tehdä itselle mieluisia asioita, tunne turvallisuudesta ja toimivat sosiaaliset suhteet erityisesti kavereiden kanssa. (Okkonen 2004.) Aikaisemmat tutkimukset ovat tarkastelleet terveyttä ja hyvinvointia erityisesti päiväkodeissa tai avoterveydenhuollon ympäristöissä. Tutkimuksissa on usein käsitelty tätä ilmiötä aikuisten näkökulmasta. Tässä artikkelissa tarkastelemme hyvinvointia lasten kliinisen kipututkimuksen kontekstissa, jolloin tarkastelu keskittyy sairaalahoidossa oleviin lapsiin.

KIVUTTOMUUS TÄRKEÄ OSA TERVEYTTÄ JA HYVINVOINTIA

Lapselle terveys ja hyvä olo merkitsevät kivuttomuutta

(Okkonen 2004). Sen sijaan kipu ilmenee erilaisina muutoksina lapsen käyttäytymisessä ja fysiologisissa tekijöissä, kuten sydämen sykkeen ja hengityksen muutoksina. Lapselle kipu leikkauksen jälkeen voi aiheuttaa pahoinvointia, päänsärkyä ja muita komplikaatioita, jotka haittaavat lapsen normaalia elämää (Wiggins & Foster 2007). Lisäksi lapsen käyttäytymisessä tapahtuvia muutoksia, kuten itkuisuutta, kiukkuisuutta ja vanhempiin turvautumista voi esiintyä jopa viikkoja sairaalasta kotiuttamisen jälkeen (Kotiniemi 1997).

Lasten kivun arvioimiseksi on kehitetty useita kipumittareita, joiden käyttö luo edellytykset kivun objektiiviselle ja systemaattiselle havaitsemiselle, ja siten mahdollistaa entistä paremmin riittävän kivunlievityksen. Aikaisempien tutkimusten mukaan kipumittareiden käyttö lasten hoitotyössä on kuitenkin vähäistä niin kansallisella kuin myös kansainvälisellä tasolla tarkasteltuna (Taylor ym. 2008; Pölkki ym. 2009).

Lapsella on eettinen oikeus saada kipuunsa lievitystä (American Academy of Pediatrics 2001) siinä missä muillakin asiakas- ja potilasryhmillä terveydenhuollossa. Tutkimusten mukaan lasten kivunlievitys on kuitenkin edelleen riittämätöntä. Esimerkiksi kouluikäisistä lapsista suurin osa arvioi kipunsa olevan kovaa tai kohtalaista kirurgisen toimenpiteen jälkeen sairaalassa (Pölkki ym. 2003). Lisäksi tehohoitoon joutuville keskosvauvoille voidaan tehdä jopa yli kymmenen kivuliasta toimenpidettä päivässä, ja tähän liittyvästä kivusta suurin osa jää hoitamatta (Carbajal ym. 2008). Keskokset ovat erityisen haavoittuvia kivun aiheuttamille lyhyt- ja pitkäaikaisvaikutuksille, koska heidän keskushermostonsa on vielä kehittymätön (Anand ym. 2006; Grunau ym. 2009). Tämän potilasryhmän kivunlievitykseen tulee kiinnittää tulevaisuudessa huomiota, koska pienillä lapsilla kivun havaitsemisen ja arvioimisen vaikeus voivat helposti johtaa kivunhoidon laiminlyömiseen.

Jotta lapsen kivuttomuus tai mahdollisimman hyvä kivunhoito voidaan turvata sairaalassa, edellyttää se terveydenhuoltohenkilöstöltä ymmärrystä lapsen kivun kokonaisvaltaisesta luonteesta. Tällöin lapsen kipukokemusta on oleellista tarkastella paitsi fysiologisten myös psykologisten ja kokemuksellisten tekijöiden kautta ja suhteessa lapsen kasvu- ja kehitysvaiheeseen (Pölkki 2002).

Kivunhoito edellyttää monipuolisten kivunlievitysmenetelmien käyttöä, jolloin kipulääkitys ei yksinomaan riitä. Useissa tutkimuksissa on tarkasteltu lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käyttöä. Kaikkia hyväksi todettuja menetelmiä kuten fysikaalisia menetelmiä ja kognitiivis-behavioraalista keinoista rentoutumista ja mielikuvien käyttöä ei toteuteta vielä riittävästi hoitotyössä (Pölkki ym. 2001). Viime vuosina näyttöön perustuva tutkimustieto lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien vaikuttavuudesta on kuitenkin lisääntynyt huomattavasti (Cignacco ym. 2006; Stinson ym. 2008; Pillau Riddell ym. 2011), mikä luo perusteet menetelmien laajalle käytölle lasten kivunhoidossa.

TURVALLISUUDEN TUNNE JA SEN YLLÄPITÄMINEN

Lapsen hyvinvointiin liittyy oleellisesti turvallisuuden tunne ja sen ylläpitäminen. Lapsen turvallisiksi koettuja paikkoja ovat yleensä koti, kavereiden kodit ja lapsen ”omat” paikat, kuten majat ja muut vapaa-

ajan viettopaikat (Okkonen 2004). Sen sijaan sairaala on lapselle aina vieras ja outo paikka. Tämän vuoksi on tärkeää ottaa huomioon sairaalaympäristön viihtyisyys, jotta se loisi mahdollisimman hyvät edellytykset lapsen turvallisuuden tunteen ylläpitämiselle. Tällöin on merkityksellistä kiinnittää huomiota osaston sisustukseen, kuten värien käyttöön, valoihin, huonekaluihin, leikkitilojen monipuolisuuteen ja terveydenhuoltohenkilöstön käyttämään vaatetukseen. Lisäksi melutason tulisi olla alhainen, jotta sairaalaympäristö mahdollistaisi riittävän levon lapsipotilaille. Vanhempia on hyvä informoida myös etukäteen mahdollisuudesta ottaa osastolle mukaan lapsen lempitavaroita, mikä muistuttaisi lasta kodista ja edistäisi täten osaltaan lapsen turvallisuuden tunnetta. (Pölkki 2002.)

Turvallisen ympäristön ylläpitäminen on kuitenkin haaste erityisesti teho-osastoilla oleville lapsille. Esimerkiksi tehohoitoa vaativat vastasyntyneet joutuvat alttiiksi monille ympäristön aiheuttamille stressitekijöille, kuten kirkkaille valoille ja melulle (Anand ym. 2006; Cignacco ym. 2006). Melu johtuu pääsääntöisesti valvontalaitteiden hälytysäänistä ja häiritsevistä puheista lapsen huoneessa, ja nämä äänet yleensä ylittävät raja-arvot melutason suosituksista (Pölkki ym. 2012).

Lapselle kipuun liittyy monia tunteita, kuten pelkoa ja ahdistusta. Tämä on tärkeää tiedostaa, koska ne voivat aiheuttaa lapselle lähes samanlaisen tunteen kuin itse kipua tuottava toimenpide. Kouluikäisten lasten kuvausten perusteella heistä suurin osa koki pelkoa sairaalahoitoa kohtaan (Pölkki 2002). Kaikissa pistämiseen liittyvissä toimenpiteissä lapset ilmoittivat kokevansa pelkoa. Lisäksi lapset kuvasivat psyykkisiksi kiputuntemuksiksi epämiellyttävyyden tunteen, kauhun ja ahdistuksen (Pölkki ym. 1997).

Vastaavasti leikki-ikäisistä lapsista lähes kaikki ilmaisivat pelkäävänsä vähintään yhtä asiaa sairaalassa. Pelot liittyivät useimmiten kipuun, pistämiseen, mutta myös sairaalassa olemiseen ja joutumiseen eroon vanhemmista. (Salmela ym. 2009.) Tämän vuoksi lasta ei tulisi erottaa vanhemmistaan myöskään sairaalassaolon aikana ja vanhemmille olisi tärkeää turvata vapaat vierailuajat ja mahdollisuus yöpymiseen lapsen luona. Useimmat lapsen peloista voidaan poistaa valmistelemalla hänet huolellisesti toimenpiteitä varten. Tällöin lapselle on tärkeää kertoa realistisesti ja lapsen kehitystason mukaisesti sellaisistakin asioista, joita pidetään itsestään selvinä, koska lapsen pelkojen taustalla on usein tiedon puute ja siitä johtuvat väärinkäsitykset. Lisäksi lapsen mielikuvitus voi lisätä pelkoja sairaalahoidon aikana.

LAPSEN OSALLISTUMINEN JA KUULLUKSI TULEMINEN

Lapsen osallistuminen ja kuulluksi tuleminen on tuotu esille yhdeksi merkittäväksi ulottuvuudeksi tarkasteltaessa lapsen hyvinvointia (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2011). Lapsipotilaiden oikeudesta päättää hoidostaan ja tutkimukseen osallistumisestaan on säädetty myös laissa. Esimerkiksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa, että alaikäisen potilaan mielipide hoitotoimenpiteeseen on selvitettävä silloin, kun se on hänen ikänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista. Lisäksi laki lääketieteellisestä tutkimuksesta ottaa kantaa tietoon perustuvan suostumuksen pyytämiseen lapselta ja tai hänen vanhemmiltaan.

Nykypäivänä näkemys hyvästä hoidosta onkin yhä potilas- ja asiakaslähtöisempää. Asiakkaiden rooli on muuttunut siinä mielessä, että heillä on oikeus ja myös mahdollisuus osallistua oman hoitonsa päätöksentekoon. Ammattilaisten eettisen pohdinnan tulisi toteutua osana toiminnan kokonaisuutta. (Kangasniemi 2013.)

Lapsen mukaan ottaminen häntä koskevan päätöksentekoon on kuitenkin edelleen haaste terveydenhuollossa, vaikka lapsen näkökulman huomioimisen tärkeys on tiedostettu. Aikaisempien tutkimusten mukaan lapsilla on jo leikki-ikästä alkaen kyky kuvata kipuaan (Kortesuoma & Nikkonen 2006). Lisäksi lapset osaavat kertoa kipua lievittävistä menetelmistä ja selviytymiskeinoista, kun lapsille annetaan siihen mahdollisuus (Pölkki ym. 2003, He ym. 2007).

Kouluikäisten lasten haastattelututkimuksessa (Pölkki ym. 2003) kaikki kuvasivat käyttävänsä ainakin yhtä lääkkeitöntä kivunlievitysmenetelmää kirurgisen toimenpiteen jälkeen sairaalassa. Lisäksi lapsilla oli hoitohenkilökunnalle ja vanhemmille kehittämisehdotuksia, jotka liittyivät kivunhoidon kehittämiseen osana hyvän oloa sairaalassa (taulukko 1). Lapsen omien näkemysten esille saaminen edellyttää terveydenhuoltohenkilöstöltä kuitenkin aloitteellisuutta ja hyviä vuorovaikutustaitoja. Tähän kuuluu oleellisesti myös lapsen aito kuunteleminen (Okkonen 2004). Lapsi tuo harvoin esille toivomuksiaan kivun hoidon suhteen ja tyytyy saamaansa kivunhoitoon. Pölkin (2002) tutkimuksen mukaan hoitajista vain noin puolet ilmoitti kysyvänsä säännöllisesti lapsen mielipiteen hänelle parhaiten auttavasta kivunlievitysmenetelmästä sairaalassa. Osallisuus ja oikeus tulla kuulluksi omassa tärkeissä asioissa ovat kuitenkin lapselle tärkeitä, koska ne lisäävät myös lapsen riippumattomuutta aikuisista (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2011).

Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että terveydenhuoltohenkilöstöllä on taipumus aliarvioida lapsen kipua. Tämä on tullut esille tutkimuksissa, joissa on verrattu hoitajien, lääkäreiden, vanhempien ja lasten itsensä arvioita kivun voimakkuudesta (Garcia-Munits ym. 2006; Pölkki ym. 2007). Tämän vuoksi lapsen osallistuminen myös oman kipunsa arviointiin on tärkeää, kun tehdään päätelmiä kivun voimakkuudesta ja sen hoidon riittävydestä. Lisäksi on tärkeää käyttää lapsen itsearviointiin perustuvia kipumittareita aina silloin, kun se on lapsen iän ja kehitystason mukaan mahdollista. (Taulukko 1.)

PERHEEN MERKITYS JA SOSIAALISET SUHTEET

Perhe ja lapsen sosiaaliset suhteet muuhun lähipiiriin ovat tärkeitä voimavaroja, jotka vaikuttavat lapsen terveyteen ja hyvinvointiin (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2011). Vanhemmat ovat yleensä lapsensa parhaita lähipiiriin asiantuntijoita, mikä on oleellista tunnistaa tehtäessä lapsen kivunhoitoa koskevia hoitopäätöksiä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että vanhempien osallistuminen lapsensa hoitoon tehostaa hoitohenkilökunnan lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käyttöä ja lisää vanhempien tyytyväisyyttä lapsensa saamaan hoitoon sairaalassa (Johnston ym. 2011; Tait 2001).

Osallistumisen eduista huolimatta vanhemmilla on edelleen passiivinen rooli lapsensa kivunhoidossa, vaikka he halusivat osallistua aktiivisesti hoitoon ja olla lapsen turvana myös sairaalassa. Vanhempien kyselytutkimuksen (Pölkki ym. 2004) mukaan vain muutaman vanhemman mielestä heillä oli selkeä käsitys osuudestaan lapsen kivunlievityksessä, vaikka valtaosa arvioi mahdollisuutensa osallistua hoitoon hyväksi omien mieltymyksiensä mukaan. Corlettin ja Twycrosin (2006) tutkimuksen mukaan vanhempien osallistumista lapsensa hoitoon estivät hoitajien puutteelliset kommunikaatio- ja yhteistyötaidot vanhempien kanssa. Kuitenkin vanhemmat toivoivat informaatiota siitä, mitä osallisuus edellyttäisi heiltä vanhempana. Informaatio osallisuudesta ja perhekeskeisestä hoidosta jäi vähäiseksi.

Useat vanhemmat kokevat huolta, pelkoa ja avuttomuutta lapseltaan sairaalahoidon aikana (Pölkki ym. 2004; He ym. 2010). Tämä voi johtua osaltaan heidän epäselvästä roolistaan, mutta myös lapsen terveydentilaan liittyvästä epävarmuudesta. Tämän vuoksi vanhemmat tarvitsevat emotionaalista tukea lapsensa sairaalahoidon aikana. Esimerkiksi lasten vanhemmista alle puolet oli täysin samaa mieltä siitä, että heillä oli mahdollisuus keskustella avoimesti huolenaiheistaan hoitohenkilökunnan kanssa ja että heille oli opetettu lapsen kivunlievitysmenetelmiä (Pölkki ym. 2004). Lisäksi vanhemmille annettavan tiedon määrään ja ymmärrettävyyteen on tärkeää kiinnittää jatkossa huomiota (Pölkki ym. 2004; Franck ym. 2012).

Vanhempien osallisuuteen lastensa kivun hoitoon liittyy merkittävästi perhekeskeinen hoito, jossa tärkeinä periaatteina ovat vanhempien kuulluksi tuleminen ja kunnioittaminen, vanhempien sitoutuminen lastensa hoitoon ja huolenpitoon, tiedon välittyminen vanhemmille, erilaisuuden hyväksyminen ja kumppanuus (Kuo ym. 2011). Perhekeskeinen hoito edellyttää hoitohenkilökunnalta saatua ohjausta, tukea ja rohkaisua.

Franckin ym. (2012) tutkimuksen mukaan vanhempien emotionaalinen tila, kommunikaatio hoitohenkilökunnan kanssa ja heiltä saatu tuki vaikuttivat vanhempien osallistumisen tasoihin. Lisäksi pienten lasten vanhempien osallistumishalukkuutta on selittänyt osaltaan äidin kiintymyksen tunteet ja tehohoitoon liittyvä stressi (Axelin ym. 2010). Perheen merkitys lapselle korostuu entisestään hänen ollessaan vieraassa sairaalaympäristössä. Tällöin myös sisarusten huomioon ottaminen lapsen hoitoon osallistumisessa on tärkeää.

Osa lapsista voi joutua olemaan sairaalahoidossa pitkään, jolloin korostuu lapsen normaalin kasvun ja kehityksen turvaaminen ja mahdollisuus ikäistensä tavoin sosiaalisin suhteisiin. Koulunkäynti kuuluu lapsen oikeuksiin ja se on merkittävä tekijä myös lapsen hyvinvoinnin kannalta (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2011). Tämän vuoksi on tärkeää järjestää lapsille myös mahdollisuus koulunkäyntiin sairaalassa ja kannustaa heitä pitämään yhteyttä ystäviinsä.

LASTEN EHDOTUKSIA HOITOHENKILÖKUNNALLE

Viihtyisemmän ympäristön järjestäminen

– Ettei ois liikaa melua. Sillai kun yöllä koittaa nukkua, niin saattaa yhtäkkiä kuulua semmonen melu ja huuto...

– Että ois kavereita samassa huoneessa.

Lapsen luona käyminen säännöllisesti ja hänen luonaan oleminen

– Oisin halunnu, että hoitaja olis kiertäny joka tunti, niin ettei olis tarvinnu kärsiä kivusta...

– Ois hoitaja mun kanssa vähän enemmän... silloin kun äiti on poissa, niin tai kyllä sillonkin käy kun äiti on.

Enemmän ja voimakkaampaa kipulääkettä ilman viivytystä

– Hoitajat sano aina, että pittää oottaa ja sitten kun mä painoin tätä hätänappia, niin sitten ne anto mulle vasta sen lääkkeen... mielummin oisin halunnu semmosen lääkkeen, joka olisi vieny kokonaan sen kivun pois.

Kotiin pääseminen

– Ei muuta toivomuksia, kunhan pääsen kotia vai ... se on tuttu paikka.

Mielekkäämmän toiminnan järjestäminen

– No jotain mukavaa ois tehny mun kanssa... ne vaan käy kattomassa, antaa lääkettä ja sitten ne lähtee aina johonki.

Tutut, ystävälliset hoitajat, jotka antavat hyvää hoitoa

– Hoitajat ois kiltimpiä... Vois olla kaikilla potilailla semmonen omahoitaja koko päivän... se ois semmosta hyvää hoitoa. ja ois semmonen, että vois vähän jutella.

Paremmat ruokapalvelut

- Jokainen sais valita mitä ruokaa haluaa.

- Että hoitajat toisivat sen ruuan silloinkin, kun ei ole huoneessa ... eilen mä en meinannu saaha iltapallaa, kun me justiin tultiin seitsemäksi tuohon...

LASTEN EHDOTUKSIA VANHEMILLE

Lapsen luona oleminen enemmän

– Vanhempien pitäisi olla enemmän täällä sairaalassa, mutta ymmärrän että ne eivät aina voi täällä...

Lapsen auttaminen hänen toivomustensa mukaan

– Vanhempien pitäisi auttaa niin paljon kuin mahdollista... - Heidän tulisi uskoa, kun sä sanot jotain pikkusen... kun ne eivät anna mun yrittää yksin.

Mielekkään toiminnan järjestäminen

– Mun äiti ja isä voisivat kertoa vitsejä, esimerkiksi... tai siten voisivat ehkä piirtää mun kanssa tai lukea tai jotain sen kaltaista.

Mahdollisuus antaa kipulääkettä

– Niillä (vanhemmilla) pitäisi myös olla mahdollisuus antaa kipulääkettä...

LOPUKSI

Yhteenvedon voidaan todeta, että lasten kivunhoito terveyden ja hyvän olon osana on moniulotteista, jolloin se edellyttää terveydenhuollon ammattilaisilta hoidon kokonaisuuden jäsentämistä eettisistä periaatteista käsin. Tässä artikkelissa olemme korostaneet lapsen kivuttomuutta tärkeänä osana lapsen terveyttä ja hyvinvointia, turvallisuuden tunnetta ja sen ylläpitämistä, lapsen osallistumista ja kuulluksi tulemistä sekä perheen merkitystä ja sosiaalisia suhteita.

Miten edellä mainitut asiat ovat saavutettavissa? Terveydenhuollon ammattilaisten työssä on tärkeää tunnistaa perheiden kokonaiselämäntilanne ja toimia lasten ja vanhempien puolesta puhujina, mikä ilmentää parhaimmillaan hyvinvoinnin sekä terveyden tasa-arvon edistämistä (Reutter & Kushner 2010; Pietilä ym. 2013). Tärkeää on myös pohtia, miten terveysalan koulutuksessa otetaan huomioon terveyden ja terveyden edistämisen yhteiskunnallinen konteksti sekä asiakkaan arvokkaaseen ja oikeudenmukaiseen kohteluun perustuva toiminta.

Yliopettaja, TtT, Lea Rissanen on opetuksessaan tuonut vahvasti esiin eri-ikäisten ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä kysymyksiä sekä esittänyt monia ratkaisuvaihtoehtoja. Lea on erityisesti kiinnittänyt huomiota siihen, mitä tarkoittaa hyvän edistäminen laajassa terveyteen ja elämänlaatuun tähtäävässä terveydenhuollon ammattilaisten työssä. Kiinnostuksen kohteena ovat olleet yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatason kysymykset. Oli merkittävää havaita, kuinka Lea sitoutui myös pohtimaan lasten hyvän olon ja kivuttomuuden edistämistä kirjoittaessamme yhteistä artikkelia 1990-luvun loppupuolella. Niitä eettisiä periaatteita, jotka olivat Lealle tärkeitä, olemme myös tässä artikkelissa halunneet tuoda esille.

"Sydämen mahdollisuuksia ei kukaan vielä ole mitannut."

- V.A. Koskeniemi 1946

LÄHTEET

American Academy of Pediatrics 2001. The assessment and management of acute pain in infants, children, and adolescents. *Pediatrics* 108(3), 793–97.

Anand, K.J., Aranda, J.V., Berde, C.B., Buckman, S., Capparelli, E.V., Carlo, W., Hummel, P., Johnston, C.C., Lantos, J., Tutag-Lehr, V., Lynn, A.M., Maxwell, L.G., Oberlander, T.F., Raju, T.N., Soriano, S.G., Taddio, A. & Walco, G.A. 2006. Summary Proceedings From the Neonatal Pain-Control Group. *Pediatrics* 117(3 Pt 2), S9–S22.

Axelin, A., Lehtonen, L., Pelander, T. & Salanterä, S. 2010. Mothers' different styles of involvement in preterm infant pain care. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 39(4), 415–24.

Carbajal, R., Rousset, A., Danan, C., Coquery, S., Nolent, P., Ducrocq, S., Saizou, C., Lapillonne, A., Granier, M., Durand, P., Lenclen, R., Coursol, A., Hubert, P., de Saint Blanquat, L., Boëlle, P.Y., Annequin, D., Cimerman, P., Anand, K.J. & Bréart, G. 2008. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. *JAMA* 300(1), 60–70.

Cignacco, E., Hamers Jan, P.H., Stoffel, L., van Lingen, R.A., Gessler, P., McDougall, J. & Nelle, M. 2006. The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates. A systematic review. *European Journal of Pain* 11(2), 139–152.

Corlett, J. & Twycross, A. 2006. Negotiation of parental roles within family-centered care: a review of the research. *Journal of Clinical Nursing* 15, 1308–16.

Franck, L., Oulton, K. & Bruce E. 2012. Parental Involvement in Neonatal Pain Management: An Empirical and Conceptual Update. *Journal of Nursing Scholarship* 44(1), 45–54.

Garcia-Munitis, P., Bandeira, M., Pistorio, A., Magni-Manzoni, S., Ruperto, N., Schivo, A., Martini, A. & Ravelli, A. 2006. Level of agreement between

children, parents, and physicians in rating pain intensity in juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis and Rheumatism* 55(2), 177–83.

Grunau, R.E., Whitfield, M.F., Petrie-Thomas, J., Synnes, A.R., Cepeda, I.L., Keidar, A., Rogers, M., Mackay, M., Hubber-Richard, P. & Johannesen, D. 2009. Neonatal pain, parenting stress and interaction, in relation to cognitive and motor development at 8 and 18 months in preterm infants. *Pain* 143(1-2), 138–46.

Hanlon, C.R. 2001. Ethical principles for everyone in health care. *Journal of the American College of Surgeons* 192(1), 72–8.

He, H-G., Vehviläinen-Julkunen, K., Pölkki, T. & Pietilä, A-M. 2007. Children's perceptions on the implementation of methods for their postoperative pain alleviation: an interview study. *International Journal of Nursing Practice* 13(2), 89–99.

He, H-G., Vehviläinen-Julkunen, K., Pölkki, T. & Pietilä, A-M. 2010. Chinese parents' perception of support received and recommendations regarding children's postoperative pain management. *International Journal of Nursing Practice* 16(3), 254–61.

Johnston, C., Barrington, K.J., Taddio, A., Carbajal, R. & Filion F. 2011. Pain in Canadian NICUs: have we improved over the past 12 Years? *Clinical Journal of Pain* 27, 225–32.

Kangasniemi, M. (toim.) 2013. Lähietiikan lähteillä. Terveydenhuollon eettisten kysymysten pohdintaa. Tehyn julkaisusarja F, 1. Vantaa: Multiprint Oy.

Kortesluoma, R-L. & Nikkonen, M. 2006. "The most disgusting ever": children's pain descriptions and views of the purpose of pain. *Journal of Child Health Care* 10(3), 213–27.

Kotiniemi, L.H., Ryhänen, P.T. & Moilanen, I.K. 1997. Behavioural changes in children following day-case surgery: a 4-week follow-up of 155 children. *Anaesthesia* 52(10), 970–6.

Kuo, D.Z., Bird, M. & Tilford, J.M. 2011. Associations of family-centered care with health care outcomes for children with special health care needs. *Maternal and Child Health Journal* 15(16), 794–805.

Okkonen, T. 2004. Lapsen terveystähtäyksiä lapsen terveyden yhteistoiminnalliseen edistämiseen. Kuopion yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet 112. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Kuopio: Kopijyvä.

Pietilä, A-M., Halkoaho, A., Matveinen, M., Länsimies-Antikainen, H., Häggman-Laitila, A. & Kangasniemi, M. 2013. Terveystasa-arvo ohjaavana periaatteena: arvotyöskentelystä toimintojen suuntaamiseen terveyden edistämiseksi. *Tutkiva Hoitotyö* 11(1), 35–43.

Pillau, Riddell, R.R., Racine, N.M., Turcotte, K., Uman, L.S., Horton, R.E., Din Osmun, L., Ahola Kohut, S., Hillgrove Stuart, J., Stevens, B. & Gerwitz-Stern, A. 2011. Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. *Cochrane Database Systematic Review* 5(10), CD006275.

Pölkki, T., Rissanen, L. & Pietilä, A-M. 1997. "Tuntuu kuin siili nippais jalakaan..." Kouluikäisten lasten kipukokemuksia sairaalassa. *Hoitotiede* 9, 159–68.

Pölkki, T., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A-M. 2001. Non-pharmacological methods in relieving children's postoperative pain: a survey on hospital nurses in Finland. *Journal of Advanced Nursing* 34(4), 483–92.

Pölkki, T. 2002. Postoperative pain management in hospitalized children. Focus on non-pharmacological pain relieving methods from the viewpoints of nurses, parents and children. Kuopion yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet 97. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Pölkki, T., Pietilä, A-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2003. Hospitalized children's descriptions of their experiences with postsurgical pain relieving methods. *International Journal of Nursing Studies* 40(1), 33–44.

Pölkki, T., Pietilä, A-M., Vehviläinen-Julkunen, K. & Laukkala, H. 2004. Vanhempien näkemyksiä osallistumisestaan lapsen kivunhoitoon sairaalassa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 41, 29–37.

Pölkki, T., Pietilä, A-M., Vehviläinen-Julkunen, K., Laukkala, H. & Kiviluoma, K. 2007. Interventiotutkimus: mielikuvien käyttö ja rentoutuminen lapsipotilaiden postoperatiivisen kivun lievityksessä. *Hoitotiede* 19, 102–12.

Pölkki, T., Pietilä, A-M., Vehviläinen-Julkunen, K. & Korhonen, A. 2009. Miten keskusten kipua arvioidaan? Kyselytutkimus vastasyntyneiden tehohoito- ja valvontayksiköiden hoitajille. *Tutkiva Hoitotyö* 7(3), 28–35.

Pölkki, T., Korhonen, A., Saarela, T., Peltoniemi, O. & Laukkala, H. 2012. Are there differences between parents', nurses' and physicians' expectations of using music in NICU? *Open Journal of Nursing* 2, 215–21.

Reutter, L. & Kushner K.E. 2010. Health equity through action on the social determinants of health: taking up the challenge in nursing. *Nursing Inquiry* 17, 269–80.

Salmela, M., Salanterä, S. & Aronen, E. 2009. Child-reported hospital fears in 4 to 6-year-old children. *Pediatric Nursing* 35(5), 269–76.

Wiggins, S.A. & Foster, R.L. 2007. Pain after tonsillectomy and adenoidectomy: "ouch it did hurt bad". *Pain Management Nursing* 8(4), 156–65.

Opetus- ja kulttuuriministeriö 2011. Lasten hyvinvoinnin kansalliset indikaattorit. Tavoitteena tietoon perustuva lapsipolitiikan johtaminen. Opetus- ja kulttuuriministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 3.

Stinson, J., Yamada, J., Dickson, A., Lamba, J. & Stevens, B. 2008. Review of systematic reviews on acute procedural pain in children in the hospital setting. *Pain Research & Management* 13(1), 51–7.

Tait, A. 2001. Parents' preferences for participation in decision made regarding their child's anaesthetic care. *Paediatric Anaesthesia* 11(3), 283–90.

Taylor, E.M., Boyer, K. & Campbell, F.A. 2008. Pain in hospitalized children: A prospective cross-sectional survey of pain prevalence, intensity, assessment and management in a Canadian pediatric teaching hospital. *Pain Research & Management* 13(1), 25–32.



Näkökulmia lapsen lihavuuden hoitoon

Leea Järvi

MMM, laillistettu ravitsemusterapeutti,
kuntoutuksen ohjaaja (YAMK)

Yhteistyöni Terveystieteiden tohtori, yliopettaja Lea Rissasen kanssa alkoi vuonna 2007, kun pyrin Oulun seudun ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveysalan yksikköön opiskelemaan terveyden edistämisen koulutusohjelmaan päämääränäni suorittaa ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Pyrin opiskelemaan, koska kaipasin uusia ajatuksia ja uudenlaista näkemystä työhöni Oulun yliopistollisen sairaalan ravitsemusterapeutina ja terveyden edistämisen yhdyshenkilönä.

Terveyden edistämisen opiskelu oli antoisaa ja mielenkiintoista. Opetus oli korkeatasoista ja opettajat ammattitaitoisia. Parasta koulutuksessa oli taitavasti suunniteltu monimuoto-opetus, joka mahdollisti opiskelun työn ohessa. Oli myös miellyttävää tutustua kursssillamme olleisiin toisiin opiskelijoihin sekä heidän ammatteihinsa ja työtehtäviinsä. Nautin erityisesti opintoihini sisältyneistä opetustehtävistä ja esiintymisharjoituksista sekä palautteen saamisesta. Terveyden edistämisen ylempään ammattikorkeakoulututkintoon tähtäävä koulutusta voi todella suositella uusia ajatuksia ja itsensä kehittämistä kaipaaville.

Artikkelini, näkökulmia lapsen lihavuuden hoitoon, perustuu terveyden edistämisen ylempään ammattikorkeakoulututkinnon opinnäyte

työhön, lapsen lihavuuden hoito, elintapaohjaus ja hoidon porrastus (Järvi 2008).

JOHDANTO

Terveys arvotetaan yhdeksi tärkeimmistä asioista ihmisen elämässä. Elintavoilla on keskeinen merkitys terveyden edistämässä sekä yksilö- että väestötasolla. Lähtökohdat suomalaisten terveyden edistämiseksi ovat teoriassa hyvät. Useat lait ja asetukset sisältävät ennaltaehkäisevän työn merkitystä korostavat osuudet. (Pyykkö 2006, 10.) Keskeisiä näistä laeista ovat perustuslaki (11.6.1999/73) ja uudistettu kansanterveyslaki (1.3.2005/928).

Perustuslaki velvoittaa julkisen vallan huolehtimaan lasten ja perheiden hyvinvoinnista (11.6.1999/73,11§). Kansanterveyslaki korostaa terveydenhuollon roolia terveyden edistäjänä ja yhteistyön aktiivisena rakentajana muiden hallinnonalojen kanssa. (Perttilä & Uusitalo 2006, 14.) Hallituksen politiikkaohjelma 2007 sisältää terveyden edistämisen ohjelman, jonka yhtenä yhteiskunnallisena vaikuttavuustavoitteena on suomalaisten kansansairauksien ehkäisy pyrkimällä vaikuttamaan väestön elintapoihin niin, että ne muuttuvat

entistä enemmän terveyttä edistäviksi. Ohjelman keskeisenä kohde-ryhmänä ovat lapset ja kärkitavoitteena erityisesti lasten ylipainosuuden vähentäminen.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on käynnistänyt kansallisen lihavuusohjelman 2012 - 2015, jonka tavoitteena on ehkäistä väestön lihomista ja kääntää lihomiskehitys laskuun. Ohjelma vetoaa terveydenhuollon ammattilaisiin, päättäjiin, kuntiin, kansanterveys- ja liikuntajärjestöihin sekä kauppaan, teollisuuteen ja mediaan, että ne lähtisivät kansallisiin talkoisiin ja toteuttaisivat ohjelmassa esitettyä väestön lihavuutta ehkäiseviä ja terveyttä edistäviä toimenpiteitä. (THL 2012.)

Huolimatta siitä, että teoreettiset edellytykset väestömme terveyden ja hyvinvoinnin edistymiselle ovat olemassa, käytäntö näyttötyy erilaisena. Esimerkkinä tästä on kaiken ikäisten suomalaisten lihavuuden yleistymisen. Kansaneläkelaitoksen teettämässä Mini-Suomi -tutkimuksessa vuosilta 1978–1981 (Aromaa & Heliövaara 1989) ja Terveys 2000 -tutkimuksessa (Aromaa & Koskinen 2002) on osoitettu, että lihaviin osuus Suomessa on kasvanut 20 vuoden aikana ja trendi on kiihtynyt. Lihaviin miesten osuus on lähes kaksinkertaistunut ja naisten osuus selvästi suurentunut. Erityisen selvästi tämä kehitys heijastuu sairaalloisen lihavuuden esiintyvyyssuissa, jotka ovat miesten osalta kahdeksankertaistuneet ja naisten osalta kolminkertaistuneet. (Reunanen 2005, 11.) Myös lasten ja nuorten lihavuus on yleistynyt hälyttävästi. (Veijola ym. 2012, 4)

Yleisen käsityksen mukaan väestön lihomisen taustalla on elinympäristön muuttuminen lihomista edistäväksi. Muutos on ilmennyt muun muassa työ- ja arki liikunnan vähenemisenä, elintarvikkeiden pakkauskojojen ja ruoka-annosten suurenemisenä ja ravitsemussuosituksista poikkeavien kulutustottumusten lisääntymisenä. Erityisesti lapsuusiän lihavuuden ehkäisy on tärkeää, sillä mitä varhemmin asiaan puututaan, sitä parempi on ennuste. Lisäksi lihomiseen puuttaminen on huomattavasti helpompaa kuin lihavuuden hoito. (Veijola ym. 2012, 1.)

LAPSUUSIÄN LIHAVUUDEN YLEISYYS JA LIHAVUUDEN VAIKUTUS TERVEYTEEN

Lapsuusiän lihavuus lisää riskiä olla lihava myös aikuisena (Veijola ym. 2012; Salo ym. 2005; Vanhala ym. 1998). Pituuspainokriteereiden mukaan määriteltynä 5-vuotiaista tytöistä ylipainoisia oli 2000-luvun puolivälissä noin 20 % ja lihavia 5 % ja pojista vastaavasti ylipainoisia oli 14 % ja lihavia 4 %. Lisäksi 12–18-vuotiaiden ikäryhmässä ylipainoisten ja lihaviin osuus on Suomessa kolminkertaistunut kolmen viime vuosikymmenen aikana. (Veijola ym. 2012.)

Pojilla ylipainoisten osuus pysyy melko vakiona 12-vuoden iästä 18-vuotiaaksi, kun taas tyttöjen joukossa lihavuus vaikuttaa olevan yleisintä esimuross- ja murrosiässä. (Lagström 2005, 113.) Lihavuuden lisääntymisessä ei ole vielä saavutettu huippua ja nykyhetkeä synkentää erityisesti lihavuuden yleistymisen yhä nuoremmissa ikäryhmissä (Reunanen 2005, 12). Lihavuus lisää riskiä sairastua muun muassa tyypin 2 diabetekseen (Jousilahti 2005, 13).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän selvityksen mukaan vuonna 2003 Suomessa oli tyypin 2 diabeetikoita 160 000 ja arviolta 50 000 suomalaista sairastaa tyypin 2 diabetesta tietämättään (Etu-Seppälä ym. 2004, 3). Diabeteksen hoidon kustannukset ovat yhteiskunnallisesti merkittävät. Kankaan (2003, 1) mukaan diabeteksen hoidon kustannukset vuonna 2003 olivat 1,02 miljardia euroa per vuosi. Kustannukset kymmenkertaistuivat diabeteksen liitännäissairauksien vuoksi. Sokeriaineenvaihdunnan häiriöihin liittyvän metabolisen oireyhtymän esiintyvyyks lapsilla ja nuorilla näyttää kasvavan lihavuuden yleistymisen myötä, mutta aikuistyyppin diabetes on lapsilla toistaiseksi vielä harvinaisen. (Lagström 2005, 118.)

Lihavuus tulee yhteiskunnalle kalliiksi ja lisäksi se aiheuttaa fyysistä haittaa ja erityisesti lapsille myös psyykkistä haittaa. Lihavuus on lapsille ja nuorille yksi sosiaalisen syrjäytymisen aiheuttajista. Lihavuuteen liitetään negatiivisia luonteenpiirteitä, kuten epäluotettavuus ja laiskuus. Lihavat lapset ovat yleensä isokokoisempia kuin saman ikäiset normaalipainoiset, minkä vuoksi kodin ulkopuoliset aikuiset usein vaativat lapsilta enemmän kuin heidän ikätovereiltaan. Tämä saattaa johtaa epäonnistumisen kokemuksiin ja tekee lihavan lapsen perheestään riippuvaiseksi, mikä lisää syrjäytymisen vaaraa. (Dietz 1998, 508.) Lasten lihavuuden hoidon kehittäminen on sekä yksilön kannalta että yhteiskunnallisesti tärkeää.

LAPSEN LIHAVUUDEN ARVIOINTI

Lihavuudella tarkoitetaan kehon rasvakudoksen liian suurta määrää. Lihavuuden määrittelmä ja luokittelu ovat sopimuksenvaraisia (Salo ym. 2005, 1). Lihominen edellyttää pienempää energian kulutusta saantiin verrattuna. Lihavuuden tausta on monisyinen. Siihen vaikuttavat geneettiset, sosiaaliset ja psyykkiset tekijät sekä elämäntavat. (Lagström 2005, 119.)

Lasten ruokatottumuksissa makeiden mehujen, virvoitusjuomien ja makeisten kulutus on lisääntynyt (Urho & Hasunen 2003, 39). Elintarvikkeiden pakkauskoot ovat suurentuneet. Perinteinen ruokakulttuuri ja säännölliset ateriat ovat korvautumassa välipaloilla niin aikuisilla kuin lapsillakin. (Lagström 2005, 120.)

Lasten lihavuuden arviointi poikkeaa aikuisten arvioinnista, sillä painoindeksi on yhteydessä lapsen ikään ja sukupuoleen. Lasten keskimääräinen painoindeksi on pienimmillään 4–6 vuoden iässä, jonka jälkeen se suurenee aikuisikään saakka. Aikuisilla käytettäviä painoindeksirajoja ei voida sellaisenaan käyttää lasten ylipainon ja lihavuuden osoittimina. (Lagström 2005, 113.)

Lasten lihavuus käypä hoito -suosituksen (Veijola ym. 2012, 1) mukaan lasten ja nuorten lihavuutta voidaan arvioida pituuspainokäyrien ja käyrien ohella suomalaisella BMI-käyrästä. Suomalaiset käyrästä poikkeavat hieman kansainvälisistä käyristä. Vyötärön ympärysmitta on osoittautunut lapsillakin käyttökelpoiseksi kehon rasvapitoisuuden osoittimeksi, mutta suomalaiset viitearvot puuttavat. (Lagström 2005, 113.)

LAPSEN LIHAVUUDEN HOITO

Lasten elintapoihin vaikutetaan vanhempien kautta. Vanhempien lihavuus on lapsuusiän lihavuuden merkittävä riskitekijä. Lihavien lasten vanhemmat ovat usein ylipainoisia tai lihavia. Noin 80 %:lla lihavista lapsista ainakin toinen vanhemmista on lihava ja 25–30 %:lla molemmat ovat lihavia. (Danielszik ym. 2002, 132; Salo ym. 2005, 4.; Veijola ym. 2012, 5.)

Vanhemmat päättävät perheen ruokahankinnoista, ruoanvalmistusmenetelmistä sekä siitä, missä perhe syö. Ruokailutilanteiden miellyttävyyden ja perheen yhteiset ateriat ohjaavat lapsia terveyttä edistävien ruokien valintaan. Vanhempien tietämys ravitsemuksesta lisää lasten hedelmien ja kasvien syömistä sekä vähentää rasvan saantia. (Salo ym. 2005, 6.) Vanhemmat voivat tukea lastensa ruokatottumusten ja -mieltyksien suotuisaa kehitystä, antamalla lasten päättää ruoka-annostensa koosta ja välttämällä ruoan käyttämistä palkintona. (Veijola ym. 2012, 8.)

Vanhempien sosioekonomisella asemalla on havaittu olevan yhteyttä lapsuusiän lihavuuteen. Vanhempien alhainen koulutus ja perheen pienet tulot näyttävät olevan yhteydessä lapsuusiän lihavuuteen. Hoitamalla ja ehkäisemällä lasten lihavuutta voidaan vaikuttaa koko perheen hyvinvointiin. (Veijola ym. 2012, 5.)

Suomalaisia lasten lihavuuden hoito-ohjeita on kehitetty. Esimerkkinä mainittakoon Kalavaisen ja Korhosen (1999) laatima Mahtavat mukut -ohjeisto ja Kalavaisen ja Nykäsen (2000) Suurenmoiset nuoret -ohjeisto. Ohjeistoja on hyödynnetty muun muassa Pohjois-Savon alakouluikäisten elintaparyhmäohjaukseen liittyvässä väitöskirjatutkimuksessa (Kalavainen 2012). Suomen sydänliitto on kehittänyt lapsiperheiden elintapaohjaukseen Neuvokas perhe -aineiston, joka soveltuu sekä ryhmä- että yksilöohjaukseen (Suomen Sydänliitto 2006). Muun muassa Rantala (2013) on soveltanut Neuvokas perhe -aineistoa lihavien leikki-ikäisten lasten ja heidän perheittensä ryhmäohjauksessa.

Englantilaisessa Cochrane-katsauksessa (Summerbell ym. 2003) vertailtiin 18:aa, vähintään puoli vuotta kestänyttä, kontrolloitua lasten lihavuuden ryhmähoitotutkimusta (n=975). Osassa ryhmähoitoja keskityttiin liikuntaan ja ravitsemukseen, osassa käyttämisterapeuttisiin menetelmiin, osassa kognitiiviseen terapiaan ja rentoutukseen. Perhekeskeisessä hoidossa vanhemmat osallistuivat hoitoon erillisenä vanhempien ryhmänä ja useimmiten vanhempien tavoitteena oli myös oma painonhallinta.

Eri menetelmien tuloksellisuuden vertailu on vaikeaa tutkimusten epähomogeenisuuden vuoksi. Nuutisen (2005, 124) mukaan käyttäytymisen muutosta edistävien ohjausmenetelmien, kuten käyttäytymisterapian soveltaminen yhdessä liikunta- ja ruokaintervention kanssa johtaa todennäköisimmin parhaaseen lopputulokseen. Myös liikunnallisen passiivisuuden vähentämisellä on merkitystä lasten lihavuuden hoidossa.

Lapsuusiän lihavuuden hoito on yksilöllistä lapsen iän, kehitystason ja lihavuuden asteen mukaan. Hoidon ja seurannan kesto ovat myös

yksilöllisiä. Lihavuuden hoidossa ensisijaisena tavoitteena ovat lapsen hyvinvointi ja terveys sekä ruokailu- ja liikuntatottumusten pysyvät muutokset. Tavoitteiden on oltava lapsen ja perheen omia ja niiden on oltava pieniä ja konkreettisia. Niihin edetään pienin pysyvin askelin. Ohjaaja ei anna valmiita ratkaisukeinoja perheelle, vaan houkuttelee ne esiin perheen omina ehdotuksina. Esimerkkinä käyttäytymisterapeuttisen ja ratkaisukeskeisen menetelmän soveltamisesta lapsiperheen painonhallintaan on perheen ruokatottumusten, ruokavalion ja ateriaritmin arviointi, liialliseen syömiseen johtavien riskitilanteiden analysointi ja niihin varautuminen, arkiarvojen vähärasvaisuuden ja -sokerisuuden pitäminen perustana ruoka-aineiden valinnassa ja myönteinen palaute toivotuista muutoksista. Suurimmalle osalle kasvavista lapsista riittää nykyajan ylläpito, jolloin lapsi hoikistuu pituuskasvun myötä. Kouluikäisten vaikeassa lihavuudessa tavoitteena on vähittäinen hoikistuminen: esimerkiksi laihtuminen enintään 1–2 kiloa per kuukausi. (Nuutinen 2005, 124–127.)

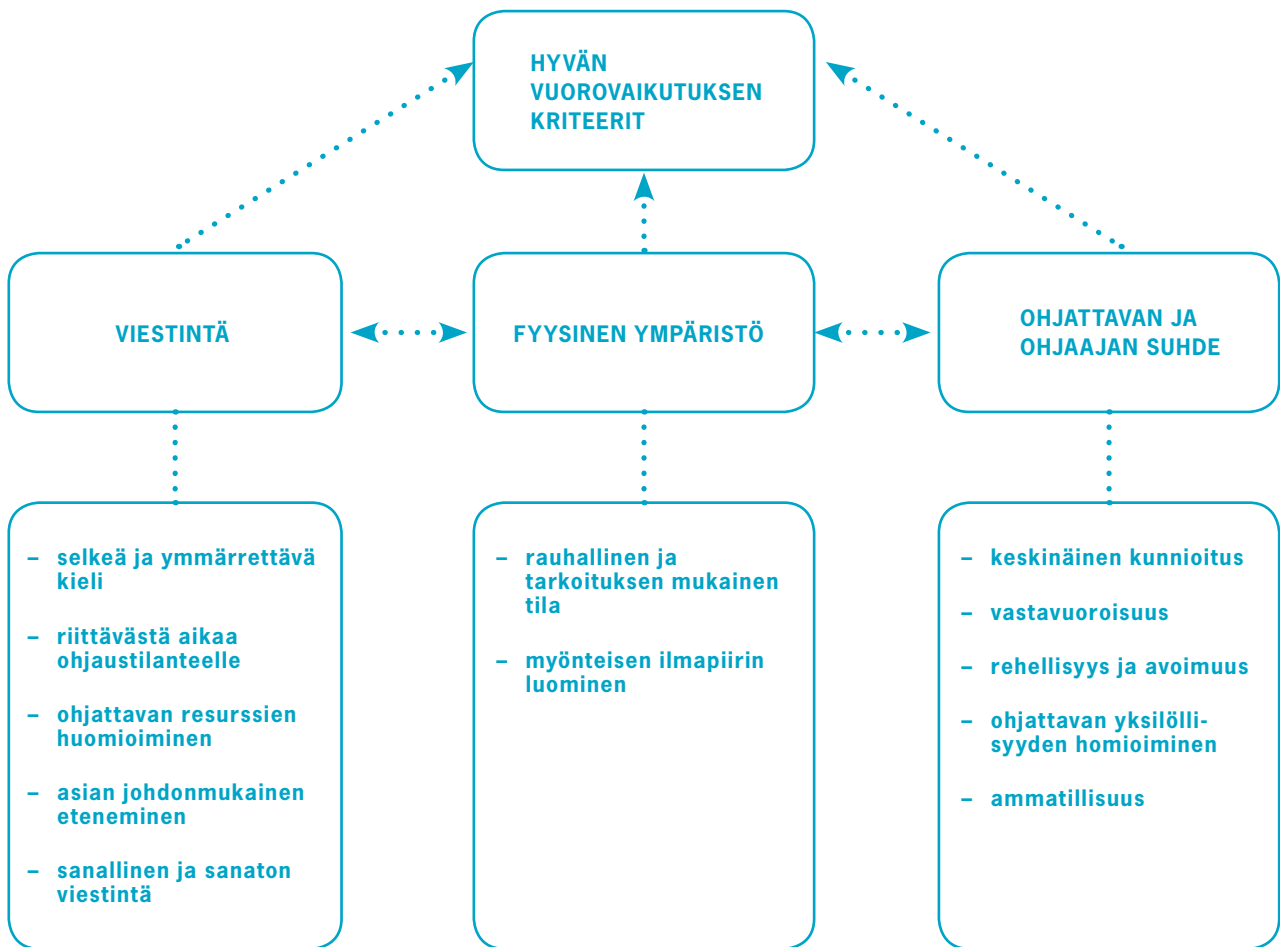
NÄKÖKULMIA ELINTAPA-OHJAUKSESTA JA VUOROVAIKUTUKSESTA

Elintapaohjaukseen soveltuu terveystietämisen muutosvaihemalli, jonka ovat laatineet Prochaska ja DiClemente (1983, 393). Suomessa muutosvaihemallin soveltuvuutta elintapaohjaukseen on tutkinut muun muassa Poskiparta (2006, 1416). Elintapamuutoksen eteneminen voidaan jakaa eri vaiheisiin: esiharkintaan ja harkintaan, valmistautumisvaiheeseen, toimintaan ja ylläpitoon. Ylläpitovaiheeseen liittyy myös repсахduksen mahdollisuus, jossa palataan entiseen toimintatapaan. Muutoksen eri vaiheissa elintapaohjaus on erilainen. Muutosvaihemallia on käytetty muun muassa liikuntakäyttäytymisen tukemiseen (Kasila ym. 2004, 83). Mallia tulee hyödyntää myös lihavien lasten hoidossa ja ohjauksessa.

Elintapaohjaus ja lihavien lasten perheiden ohjaaminen edellyttävät terveydenhuollon ammattilaisilta hyvää vuorovaikutusta lapsen ja perheen kanssa. Vuorovaikutuksen tavoitteena on luottamuksellisen ohjaussuhteen muodostaminen. Ohjaussuhteessa ohjattavan oma näkemys itsestään ja elämästään ovat avainasemassa, samoin hänen toiveensa siitä, minkä hän itse haluaisi muuttuvan (Ahonen 1997; Mattila 2001, 21).

Aarnion ja Enqvistin (2001, 17–19) mukaan dialogi on vuorovaikutuksen ydin ja edellytys luottamuksen syntymiselle. Luottamus edellyttää viiden dialogisuuden periaatteen omaksumista ja toteuttamista. Ne ovat osallistuminen, sitoutuminen, vastavuoraisuus, vilpittömyys ja refleksiivisyys (Huovinen & Rovio 2006, 102). Sattumanvaraisuus vuorovaikutuksessa on hämmästyttävän yleistä.

Muun muassa Mattila viittaa väitöskirjatyössään (2001, 18) useisiin tutkimuksiin, joiden mukaan ihmisten väliseen vuorovaikutukseen liittyy valta, jota hoitosuhteessa käytetään positiivisessa mielessä potilaan hyväksi. Terveystietämisen ammattilaisen tiedonhallintaan ja osaamiseen liittyy potilaan asianajajana toimimisen valta ja ongelman ratkaisovalta. Vuorovaikutus potilaan kanssa muuttuu ja kehittyy aloittelija-työntekijän tehtävä- ja ongelmaorientoituneesta potilaskeskeiseksi työkokemuksen lisääntyessä. Taitavan ja asiantuntijan vuorovaikutus potilaan kanssa on dialogia ja herkkää



Kuvio 1. Hyvän vuorovaikutuksen kriteerit (Hankonen ym. 2006; Hiidenhovi 2007; Mattila 2007)

potilaan viesteille. Asiantuntija tuo potilaalle esiin mahdollisuuksia ja toivoa. Hän näkee potilaan voimavarat ja auttaa kehittämään niitä. Vuorovaikutuksessa ilmenee ohjaajan persoonallisuus, jolloin myös potilas voi olla oma itsensä. (Aarnio & Enqvist 2001, 17–19; Mattila 2001, 22.)

Muun muassa Lipponen, Kyngäs ja Kääriäinen (2006) ovat kehittäneet potilasohjausta ja ohjausmalleja kehittämishankkeessa, jossa tarkastelun kohteena oli vuorovaikutus ohjaussuhteessa. He havaitsivat vuorovaikutuksen toteutumista videoimalla kuusi ohjaustapahtumaa Oulaskankaan sairaalan eri toimipisteissä. Työryhmän työskentelyn tuloksena syntyivät hyvän vuorovaikutuksen kriteerit, jotka on esitetty kuviossa 1. Myös Mattila (2001, 21–25) ja Hiidenhovi (2001, 63) ovat väitöskirjatutkimuksissaan päätyneet samankaltaiseen näkemykseen.

Ohjaajan persoonallisuudella on merkittävä osuus ohjauksen onnistumisen ja ohjaajan ja ohjattavan välille syntyvän hyvän vuorovaikutuksen kannalta (Hankonen ym. 2006, 30).

LASTEN LIHAVUUDEN HOIDON ALUEELLINEN YHTEISTYÖ POHJOIS-POHJANMAALLA

Opinnäytetyössäni (Järvi 2008) etsin vastausta siihen, miten lihavien lasten elintapaohjausta voi kehittää erikoissairaanhoidossa ja miten alueellista yhteistyötä voi tehostaa. Työ tehtiin Oulun yliopistollisen sairaalan lastentautien poliklinikalla lihavien lasten perheitä ja hoitohenkilökuntaa haastatteleamalla sekä ohjaustilanteita havainnoimalla.

Perheiden haastatteluisaan kertomat kokemukset kuvasivat suurelta osin perheen kokemuksia elintapaohjauksesta kokonaisuutena, erittelemättä tarkemmin, mitkä ovat kokemuksia erikoissairaanhoitosta, mitkä kokemuksia perusterveydenhuollosta. Tosin vanhem-

mat olivat useimmiten olleet mukana erikoissairaanhoidon käynneillä ja vähemmän terveydenhoitajan vastaanotolla. Tavallista oli, ettei vanhempi ollut käynyt kertaakaan lapsen kanssa kouluterveydenhoitajan vastaanotolla. Vanhempiin oli pidetty yhteyttä kirjallisten viestien avulla. Lapsen terveystottumuksiin vaikuttamisen kannalta on tärkeää, että vanhemmat osallistuvat myös kouluterveydenhuollon käynneille. Kouluterveydenhuollolla ja lastenneuvoloilla on suuri haaste olla vaikuttamassa lapsiperheiden terveystottumuksiin. Lapsiperhe on avoin vastaanottamaan tietoa ja tukea, jonka avulla voi toimia lapsen parhaaksi. Vanhemmat kuitenkin haluavat panostaa lapsen terveyteen ja samalla he tulevat panostaneeksi myös omaan terveyteensä. (Kuusipalo & Filppula 2007, 37.)

Vanhempien kokemukset elintapaohjauksesta olivat pääsääntöisesti äitien kokemuksia. Äitien mielipiteet yhdistettynä lapsen näkemyksiin kuvaavat mielestäni hyvin perheen kokemusta terveyttä edistävien elintapojen onnistumisesta perheessä ja ohjauksen vaikuttavuudesta. Esimerkiksi Häggman-Laitila ja Pietilä (2007, 51) toteavat, että äidit ovat perheen ja perheenjäsenten terveyden avainedistäjiä ja heidän arvioitaan pidetään luotettavina ja muiden perheenjäsenten kokemuksia vastaavina. Toisaalta yksittäisen perheenjäsenen, kuten lapsen ja nuoren omiin näkemyksiin tulee kiinnittää enemmän huomiota.

Koska vanhemmat ovat olleet useimmiten läsnä Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) lasten ja nuorten poliklinikalla, voi heidän kertomiensa kokemusten ajatella kuvaavan erityisesti erikoissairaanhoidoa. Vanhempien esille tuoma asiantuntijakeskeisyys koski toimintaa kokonaisuudessaan lasten ja nuorten poliklinikalla, ei pelkästään elintapaohjausta. Erityisesti vanhempia kuitenkin vaivasi lasten jääminen taka-alalle ohjauksessa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan valtakunnallisessa suosituksessa (Outinen & Lindqvist 1999, 12) todetaan, että vaikka asiakaslähtöisyys olisikin tavoitteena, asiakkaiden kyvyt, mahdollisuudet ja halu tasavertaiseen kumppanuuteen vaihtelevat. Erityistä osaamista ja herkkyyttä työntekijältä edellytetään silloin, kun kysymys on lapsista. Lapset eivät välttämättä ole lainkaan halukkaita tasavertaiseen kumppanuuteen (Outinen & Lindqvist 1999, 13).

Asiakaslähtöisyydessä keskeistä on luottamus. Ilmosen ja Jokisen (2002, 95–99) mukaan luottamuksella on monta tehtävää. Ensiksi luottamus on sosiaalisesti sitova mekanismi, joka luo ja ylläpitää solidaarisuutta. Toiseksi luottamus luo tilaa toimia vapaasti, jolloin toinen saa mahdollisuuden ottaa vastuuta teoistaan ja valinnoistaan. Kolmanneksi luottamus lisää resursseja niin yksilön kuin yhteisönkin tasolla. Neljänneksi luottamus helpottaa tiedonkulkua, mikä puolestaan pienentää yhteisymmärryksen pääsemiseen ja sopimusten tekemiseen vaadittavia ponnistuksia. Viidenneksi se valaa uskoa toistuvien toimintojen pitävyyteen. Kuudenneksi luottamuksen tehtävä on sen kyky luoda ja ylläpitää turvallisuudentunnetta. Lasten ja nuorten poliklinikan työntekijöiden haasteellisenä tehtävänä on lyhyessä ajassa luoda luottamuksellinen suhde lihavuuden hoitoon huonosti sitoutuneeseen ja motivoitumattomaan perheeseen.

Heikkilä (2007) selvitti lääketieteen syventävien opintojen tutkielmana retrospektiivisesti sairaskertomustiedoista lihavien lasten hoitoa OYS:ssa vuosina 2001–2005. Tämän selvityksen mukaan lihavat lapset kävivät OYS:ssa lasten ja nuorten klinikassa keskimäärin 2 kertaa. Lapsista 74 % oli tavannut ravitsemusterapeutin kerran ja seurantakäynti oli ollut 36 %:lla.

Painonhallintatulokset olivat vaatimattomia, mutta niin myös ravitsemusterapeutin osuus perheen elintapaohjauksessa, vaikkakin erikoissairaanhoidon käynteihin suhteutettuna ravitsemusterapeutin palveluja oli käytetty paljon. Heikkilän havaintojen mukaan lasten hoitomotivaatio lihavuuden suhteen vaikutti huonolta. Perhe kokonaisuudessaan oli huonosti hoitoon sitoutunut ja motivoitunut. Vanhemmat vaikuttivat usein välinpitämättömiltä. Kuitenkin mitä intensiivisemmin lasta seurattiin erikoissairaanhoidossa, sitä parempiin tuloksiin lapsi ja perhe pääsivät. Muutamien lasten kohdalla tarjottuja seurantakäyntejä ei hyödynnetty.

Perusterveydenhuollossa vaikeasti lihavia lapsia on hoidettu perusteellisesti ja perhekeskeisesti. Esimerkkinä perusterveydenhuollon käytännöistä mainittakoon Oulun kaupungin kouluterveydenhuollon käytäntö, jota Sandstrom (2007) on ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyössään kuvannut ja kehittänyt. Hänen mukaansa Oulun kaupungissa terveydenhoitajan työn lähtökohtana, lihavan lapsen hoidossa, on tarkka anamneesi perheestä, elintavoista, perheen muiden jäsenten paino-ongelmista ja motivaatiotasosta. Anamneesin pohjalta terveydenhoitaja muotoilee hoitosuunnitelman, jonka tekee yhdessä perheen kanssa.

Todennäköisesti Sandströmin kuvauksessa kyseessä on pikemmin ohjauksen tavoite, eikä niinkään käytännön toiminta. Havaintojeni ja perheiden haastattelujen mukaan lastentautien poliklinikalle lähetettyjen lihavien lasten perheille ei ole tehty hoitosuunnitelmaa, eikä perheille tehdystä terveydenhoitajan tekemästä anamneesista ole ollut mainintaa läheteissä. Haastattelu- ja havainnointitietoja tältä osin vahvistaa myös yli 20 vuoden työkokemukseni OYS:ssa, jona aikana olen tavannut lukuisia lihavia lapsia ja heidän perheitään. Terveydenhoitajan tekemän hoitosuunnitelman liittäminen lapsen läheteeseen antaisi mahdollisuuden lihavien lasten nykyistä laadukkaampaan elintapaohjaukseen myös OYS:n lasten ja nuorten poliklinikalla. Tiedolla aikaisemman elintapaohjauksen sisällöstä edistetään hoidon jatkuvuutta. Niukkoja resursseja ei kannata tuhata samojen asioiden kertaamiseen (vrt. Ahonen ym. 2007, 2).

Akuutissairaalan ominaispiirre on kiire ja asiantuntijoiden keskittyminen omaan osaamisalueeseensa. Perheet pitivät erikoissairaanhoidon toimintaa OYS:n lasten ja nuorten poliklinikalla toimenpidekeskeisenä ja liian kiireisenä. Perheiden käynti poliklinikalla kaipaaville uudelleen organisoitua. Työn sujuvuuden ja asiakaslähtöisyyden edistymisen kannalta rakenteita ja toimintamalleja tärkeämpiä ovat kuitenkin työntekijöiden asenteet, keskinäinen luottamus ja hyvä yhteistyö. (Rantakari, 2005, 1.) Asiantuntijat OYS:n lasten ja nuorten poliklinikalla ovat tietoisia hyvän yhteistyön ja vuorovaikutuksen periaatteista ja pyrkivät ottamaan ne huomioon perheiden tapaamisessa. Puutteelliset lähetetiedot vaikeuttavat ohjauksen onnistumista.

Perheet saivat poliklinikakäynnillä tietoa. Jylhä selvitti pro gradu -työssään (2007) terveydenhuollon asiakkaiden ja henkilökunnan näkökulmia tiedosta ja sen vaikutuksista. Hänen selvityksensä mukaan tiedon tarpeen määrittely asiakkaiden tekemien kysymysten pohjalta on haastavaa mm. asiakkaiden tekemien kysymysten epäselvyyden ja taustatietojen puutteellisuuden vuoksi (Jylhä 2007, 39).

Se, että perheet OYS:n lasten ja nuorten poliklinikalla saivat heille entuudestaan tuttua tietoa, selittyy myös tässä tapauksessa taustatietojen puutteellisuudella ja sillä, ettei kommunikaatio työntekijöiden ja perheen välillä ole ollut riittävän vuorovaikutteista. Vaikka tiedon merkitys elintapojen muuttamisessa ei ole suuri, se on kuitenkin olennainen osa muutokseen tähtäävää prosessia. Tiedon saaminen, sen sisäistäminen ja käyttö johdattavat omalta osaltaan käyttäytymisen muuttumiseen. Tieto, jota tarjotaan, tulee olla yksityiskohtaista ja perheen tarpeita vastaavaa. Jos asiakas kokee, että samaa ohjausta saa hoitopolun kaikissa vaiheissa, hänen mielenkiintonsa opittavaa asiaa kohtaan laskee tai hän saattaa tuntea, että hänen oppimiskykynsä aliarvioidaan. Sen vuoksi on tärkeää, että hoitosuunnitelmiin ja lähetettiin kirjataan tarkasti, millaista ohjausta asiakas tai perhe on jo saanut. (vrt. Iso-Kivijärvi, 2006, 16.)

Ohjaukseen käytettävissä olevan ajan rajallisuus on johtanut siihen, että osa tiedosta tarjotaan kirjallisena. Tietoa siitä ei ole, kuinka suuri osa lasten ja nuorten poliklinikalla annetusta kirjallisesta materiaalista tulee todelliseen hyötykäyttöön. Kirjallista materiaalia käytetään kuitenkin potilasohjauksessa runsaasti ja sitä pidetään olennaisena osana ohjausta. Kirjallisen materiaalin avulla perheen on mahdollista palata suullisesti esitettyihin asioihin ja kerrata annettuja ohjeita. (vrt. Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6-9.)

Lasten lihavuuden hoidossa tulokset ovat sitä parempia, mitä pitkäkestoisempi ja tiiviimpi seuranta on (Nuutinen 1995, 1267). Lasten ja nuorten poliklinikalla lasten lihavuuden hoito ja elintapaohjaus eivät kuitenkaan voi perustua pitkäkestoiseen seurantaan, vaan ohjauksen tulee olla perusterveydenhuollon toimintaa täydentävää. Lihavien aikuisten hoitoon on suositeltu mini-interventiota, 1–3 tapaamista, joiden kesto on puolesta tunnista tuntiin. Sen tarkoituksena on kiinnostuksen herättäminen laihduttamiseen ja painonhallintaan (Mustajoki 2002). Vaikeasti lihavia lapsia on motivoitu perusterveydenhuollossa usein jo vuosia ennen kuin lapsi lähetetään erikoissairaanhoidon, jolloin aikuisten mini-intervention sovelluksesta saatu hyöty lasten kohdalla on kyseenalainen

Lasten lihavuus on koko perheen ongelma. Pohjoissuomalaisessa seurantatutkimuksessa (Laitinen, Power & Järvelin 2001, 287–294) selvitettiin lapsen paino-pituus -suhteen (BMI) kehitystä syntymästä yhden vuoden, 14 vuoden ja 31 vuoden iässä sekä sen suhdetta äidin BMI:iin. Lihavien lasten äitien BMI oli korkeampi kaikissa ikäryhmissä. Vanhemmat ovat mallina lapsilleen painonhallinnan epäonnistumisessakin. Lihavuus kulkee suvuitain (Pietiläinen 2004, 10).

Perheen elämäntilanne ja vanhempien vaikeus asettaa lapselle rajoja, vaikuttavat lapsen painonhallinnan ja terveyden elintapojen omaksumisen onnistumiseen. Tätä tulosta vahvistaa vuosien työkokemukseni vaikeasti lihavien lasten perheiden kanssa. Terveelliset

elämäntavat ovat olennainen osa lapsen hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä.

Vanhempien tehtävä on toimia hyvinä esimerkkeinä ja heidän käytäytymisensä ja elämäntapansa tulisi luoda turvallisuuden tunnetta lapselle. Vanhemmat ovat pääosassa, kun lapsi opettelee arkielämän taitoja, tapoja ja perinteitä. Rohkaisemisen, rajojen asettamisen ja rakkauden tulisi olla tasapainossa keskenään. Virtasen lasten lihavuutta käsittelevän tutkimuksen (Virtanen 2007 ja 2012) tulosten mukaan, lasten yksinäisyys ja vanhemmuuden puute näyttävät olevan osaltaan syynä lasten lihavuuteen.

Perheiden mielestä hyvä elintapaohjaus on käytännönläheistä, ryhmämuotoista, hienotunteista ja lapsen yksilöllisyyden huomioon ottavaa. Erikoissairaanhoidon toimintaympäristö ja tutkimuskeskeinen toimintamalli asettavat haasteita elintapaohjaukselle. Ohjauksen haasteet on tiedostettu ja OYS:ssa on kehitetty käytännön hoitotyöhön soveltuvia ohjausmalleja osana laajaa Potilasohjauksen haasteet -hanketta. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen, 2006.)

Ohjauksen kehittämiseksi sairaanhoitopiiriin on perustettu työryhmiä, joiden tehtävänä on ollut kehittää ohjauksen eri osa-alueita. Lasten ja nuorten klinikan työryhmän tehtävänä on ollut kehittää ohjauksen organisointia. Työryhmä on selvittänyt, miten ohjausta tulisi organisoida ja miten se organisoituu klinikan eri yksiköissä. Ohjauksen organisoinnin tavoitteena on ollut vastuunjaon selkeyttäminen, ohjauksen saannin varmistaminen, hoidon jatkuvuuden ja yhteneväisten käytänteiden turvaaminen ja yhteistyön sujuminen. (Heikkinen ym. 2006, 19–21.)

Lasten ja nuorten klinikassa työntekijöiden välistä yhteistyötä on kehitetty sähköisellä kirjaamisella. Lisäksi on kehitetty yhteisiä ohjauksiteorejeja. Työryhmä laati mallin Ohjauksen organisoinnista, jossa ohjauksen kriteereiden laatimisesta vastaa ohjaustyöryhmä, jonka alaisuudessa toimivat ohjaustiimit. Tiimien tarkoituksena on huolehtia eri potilasryhmien ohjauksessa käytetyn tietotaidon ajantasaisuudesta. Tarvittaessa pohjatiimi kouluttaa muuta henkilökuntaa.

Osa perheistä oli osallistunut kotikuntansa terveyskeskuksen tai urheiluseuran järjestämään ryhmäohjaukseen. Ryhmäohjaukseen osallistuneet perheet kokivat sen mielekkäänä, samoin koettiin kaikki konkreettiset käytännön ohjeet, esimerkiksi kaupassa käynti ravitsemusterapeutin kanssa tai malliateriat lasten sisätautiosastolla. OYS:n kaltaisessa akuutisairaalassa kertaluonteinen ryhmäohjaus on mahdollinen. Pitempikestoisen ryhmäohjauksen soveltuvuus perusterveydenhuollon toimintaan. Terveyskasvatuksen näkökulmasta ryhmät ovat tehokkaita, koska ryhmässä on mahdollisuus keskustella toisten samassa tilanteessa olevien kanssa ja samalla oppia, kuinka selvittää epäterveellisten elintapojen mukanaan tuomista ongelmista. (Järvinen 1998.)

Kuopion yliopistollisessa sairaalassa on tutkittu ryhmäohjauksen vaikuttavuutta lasten lihavuuden hoidossa 7–9-vuotiailla lapsilla (Kalavainen 2006). Kyseisessä kuopiolaisessa tutkimuksessa ryhmätapaamisissa pyrittiin pieniin pysyviin muutoksiin lasten ja muun perheen ruoka- ja liikuntatottumuksissa sekä syömiskäyttäytymises-

sä ja ajatusmalleissa. Lisäksi haluttiin tukea vanhempien vanhemmuutta sekä lasten itsetuntoa. Vanhempien ryhmien ryhmänvetäjinä toimivat ravitsemusterapeutit ja lasten ryhmien ravitsemustieteen opiskelijat. Aikuisten ohjelma koostui tietoisuista, keskusteluista ja toiminnallisista tehtävistä. Lasten ohjelma oli hyvin toiminnallista, liikunnallista ja hauskaa. Ohjelma osoittautui hyvin toteutettavissa olevaksi, perheet osallistuivat innokkaasti.

Ryhmätoiminta on mielekästä toteuttaa perheen kotipaikkakunnalla. Tämä käy ilmi myös haastatteluaineistosta. Ohjauksen ja seurannan toivottiin ylipäätään olevan kotipaikkakunnalla. Tämä on sekä valtakunnallisen lasten lihavuuden käypähoito -suosituksen (Salo ym. 2005) että alueellisen lasten lihavuuden hoitoketjun linjauksen mukaista.

Lapset toivat itse esiin terveydenhoitajan painokontrolit, joita toivottiin toteutettaviksi nykyistä hienovaraisemmin ja huomaamattomammin. Terveydenhuollon eettiset periaatteisiin (ETENE, 2004)

kuuluvat muun muassa potilaan tai asiakkaan itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri. Nämä periaatteet velvoittavat ottamaan huomioon lapsen koulupäivän ja lapsen toiveen painokontrolleja suunniteltaessa. Se, että painokontrolli on keskellä oppituntia, ei ole perusteltavissa ammattieettisinkään perustein, jonka turvin jokin terveydenhuollon työntekijän toiminta voi olla ristiriidassa yleisen etiikan kanssa.

Elintapaohjauksesta vastaavien terveydenhuollon ammattilaisten työhön tarvitaan käytännön työkaluja lasten lihavuuden hoidon suunnitelmallisuuden lisäämiseksi. Toimenpideohjelmassa suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005–2011 on esitetty, että kehitetään neuvolatyön valtakunnallinen malli, jossa sydänterveyden tekijöitä seurataan systemaattisesti ja vahvistetaan perhekeskeistä elintapaneuvontaa. (Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005–2011.) Tämä on samansuuntaista alueellisen hoitoketjumallin sisällön kanssa ja auttaa hoitoketjutyön jalkauttamista.

LÄHTEET

- Aaltola, J. & Syrjälä, L. 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa L.T. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija, missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena Kustannus, 19-23.
- Aarnio, H. & Enqvist, J. 2001. Dialoginen oppiminen verkossa: Diana-malli ammatillisen osaamisen rakentamiseen. Opetushallitus, Helsinki.
- Ahonen, O., Koivukoski, S., Savola, S. & Reinholm, M. 2005. Hoitotyön jäsentynyt suunnitelma kehittää tiimin työtä. Sairaanhoitajalehti 1. Sairaanhoitajaliitto.
- http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_uralpalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/1_2005/muut_artikkelit/hoitotyon_jasentynyt_suunnitelma/
- Alasuutari, P. 1994. Laadullinen tutkimus. 2. uud. p. Tampere: Vastapaino.
- Aromaa, A. & Heliövaara, M. 1989. Terveys, toimintakyky ja hoidon tarve Suomessa. Helsinki: Kelan julkaisuja AL: 32.
- Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.) 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3.
- Danielzik, S. Langnäse, K., Mast, M. Spethman, C. & Muller, M.J. 2002. Impact of parental BMI on the manifestation of overweight 5-7 year old children. *European Journal of Nutrition* 41, 132-138.
- Dietz, W. 1998. Health consequences of obesity in youth. *Childhood predictors of adult disease. Pediatrics* 101 (3), 518-25.
- Salo, M., Angle, S., Kaukua, J., Ketola, E., Komulainen, J., Lipsanen-Nyman, M., Nuutinen, O., Pere, A., Vanhapelto, T. & Veijola, R. 2012. Lasten lihavuus. Käypä hoito suositus. Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi50034>
- Duodecim. 2007. Lasten lihavuuden alueellinen hoitoketju. Hakupäivä 30.9.2007. <http://www.terveysportti.fi/>
- Engeström, Y. 1995. Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- ETENE. 2004. Terveystieteiden eettiset perusteet. <http://www.etene.fi/julkaisut/2001>
- Etu-Seppälä, L., Ilanne-parikka, P., Haapa, E., Marttila, J., Korkee, S. & Sampo, T. (toim.) 2004. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003–2010. Suomen Diabetesliitto ry. 2. p. Jyväskylä: Gummerus.
- Fogelholm, M., Nuutinen, O., Pasanen, M., Myöhänen, E. & Säätelä, T. 1999. Parent and child relationship of physical activity patterns and obesity. *International Journal of Obesity* 23 (12), 1262–1268.
- Hankonen, A., Kaarlela, E., Palosaari, T., Pinola, K., Säkkinen, M., Tolonen, A. & Virola, M. 2006. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Julkaisussa K. Lipponen, H. Kyngäs & M. Kääriäinen (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4.
- Hasunen, K., Kalavainen, M., Keinonen, H., Lagström, H., Lyytikäinen, A., Nurttila, A., Peltola, T. & Talvia, S. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 11. <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/lapsi.perhe.ruoka.pdf>
- Heikkinen, M., Kivipää, R., Krook, N-M., Kuoppamaa, S., Saulio, S., Tainio-Lantto, S., Takalo, O. & Tuohimaa, K. Ohjauksen organisointi. Julkaisussa K. Lipponen, H. Kyngäs & M. Kääriäinen (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4, 19-21.
- Heikkinen, H. L. T., Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) 1999. Siinä tutkija, missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: WSOY.
- Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2006. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 1. p. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Henkilötietolaki 22.4.1999/523. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>
- Hiidenhovi, H. 2001. Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 125.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus.
- Hirvonen, A. 2007. Eettisesti hyvä tutkimus. Teoksessa J. Hallamaa, V. Lounis, S. Löjtönen & I. Sorvali (toim.) Etiikkaa ihmistieteille. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Huovinen, T. & Rovio, E. 2006. Toimintatutkijat kentällä. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 1. p. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Häggman-Laitila, A. & Pietilä, A-M. 2007. Lapsiperheiden terveyttä edistävä tuki ja sen lähtökohdat. Katsaus kehittämiskohteisiin ja jatkotutkimusaiheisiin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 44, 47–62.
- Ilmonen, K. & Jokinen, K. 2002. Luottamus modernissa maailmassa. *SoPhi* 60. Jyväskylä: Koipijyvä kustannus.
- Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P., Aolsbo, A., Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Julkaisussa K. Lipponen, H. Kyngäs & M. Kääriäinen (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4, 10-17.
- Jousilahti, P. 2005. Lihavuus ja sairaudet. Lihavuus, painavaa asiaa painosta konsensuskokous 24–26.10.2005. Espoo. Luentolyhennelmät s. 13–21.
- Jylhä, V. 2007. Terveystieteiden verkkopalvelun tarjoama tieto ja sen vaikutukset. Asiakkaiden ja henkilökunnan näkökulmat. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. <http://www.uef.fi/documents/1084483/1438176/graduVJylha.pdf/67676036-b992-48a9-8df7-4d8ce245e5e6>
- Järvi, L. 2008. Lapsen lihavuuden hoito – elintapaohjaus ja hoidon parastus. Oulun seudun ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto, terveyden edistämisen koulutusohjelma.

- Kalavainen, M. & Nykänen, E. 2000. Suurenmoinen nuori – ratkaisuja liikapainoisen nuoren painonhallintaan. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. Helsinki: Dieettimedia Oy.
- Kalavainen, M. 2006. Lihavien lasten ryhmäohjaus. Luentolyhennelmä. Dehko-päivät 7.8.2006. Tampere. <http://www.diabetes.fi>
- Kalavainen, M. 2011. Treatment of Obesity in Children, a Study on the Efficacy of a Family-based Group Program Compared with Routine Counselling, väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto
- Kasila, K., Kettunen, T., Poskiparta, M. & Vähäsarja, K. 2004. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. *Liikunta & tiede*. 6, 81–84.
- Kangas, T. 2003. Diabeteksen hoidon kustannukset. Suomen Diabetesliitto ry:n julkaisu.
- Kansanterveyslaki 1.3.2005/928. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050928>
- Kautiainen, S., Rimpelä, A., Vikat, A. & Virtanen, SM. 2002. Secular trends in overweight and obesity among Finnish adolescents in 1977-1999. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 26 (4), 544–552.
- Kokko, R-L. 2006. Tulevaisuuden muistelu. Ennakointialogit asiakkaiden kokemina. Stakes, Helsinki.
- Koskenkorva, J. 2007. Neuvokas perhe osaa hakea apua. *Sydänliiton verkkolehti* 4.
- Korhonen, A. & Kalavainen, M. 1999. Mahtavat muksut – ratkaisuja lihavien lapsen hoitoon. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. Helsinki: Dieettimedia Oy.
- Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino.
- Kuula, A. 2006. Yksityisyyden suoja tutkimuksessa. Teoksessa J. Hallamaa, V. Launis, S. Löytönen & I. Sorvali (toim.) *Etiikkaa ihmistieteille. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu*. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Tietolipas 211. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Kuusniemi, K., Nurttila, A., Isotalo, L., Kaprio, E., Vuorinen, T., Vilkinen, K., Lepola, P., Laine, E. & Parkkonen E. 2003. Lasten lihavuuden alueellinen hoitoketju. Hoito-ohjelmat HUS-Peijas.
- Kuusipalo, M. & Filppula, P. 2007. Lapsiperheen ravitsemus- ja liikunnanohjaus. Kehittämisraportti. Oulun Eteläisen lastenneuvolatyön kehittämishanke. Oulun seudun ammattikorkeakoulu, terveysalan Oulaisten yksikkö.
- Kyngäs, H. 1995. Diabeetikkuuoreen hoitoon sitoutuminen: teoreettisen mallin rakentaminen ja testaaminen. *Acta Universitatis Ouluensis D352*. Oulu.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3-12.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitajalehti* 10, 6-9.
- Laggström, H. 2005. Lasten lihavuuden hoidon erityspiirteet, epidemiologia. Lihavuus, painavaa asiaa painosta. Konsensuskokous 24–26.10.2005 Espoo, luentolyhennelmät s. 113–121.
- Lewin, K. 1948. *Resolving social Conflicts*. New York: Harper & Brothers.
- Laitinen, J., Power, C. & Jarvelin, MR. 2001. Family social class, maternal body mass index, childhood body mass index and age at menarche as predictors of adult obesity. *American Journal of Clinical Nutrition* 74 (3), 287–294
- Launis, K. 1997. Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa A. Eteläpelto, J. Kirjonen & P. Remes (toim.) *Muuttuva asiantuntijuus*. Jyväskylä: Koulutuksen tutkimuslaitos.
- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen M. (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 4.
- Mattila, L-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsittejärjestelmän kehittäminen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 107.
- Mustajoki, P. 2002. Perushoito ja lyhytohjaus – uudet vanhat lääkkeet. *Diabetes ja lääkäri* 1.
- Niemi, M. & Winell, K. 2005. Diabetes Suomessa. Esiintyvyys ja hoidon laadun vaihtelu. Raportteja, Stakes. http://www.diabetes.fi/files/1058/Diabetes_Suomessa.pdf
- Nuutinen, O. 1995. Lapsuusiän lihavuuden hoito kannattaa. *Suomen Lääkärilehti* 11 (50) 1265–1269.
- Nuutinen, O. & Nuutinen, M. 2001. Lapsuusiän lihavuus lisää sepelvaltimotautien vaaraa. *Duodecim* 2011(117), 1356–62.
- Outinen, M. & Lindqvist, T. (toim.) 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta
- 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. STM, Stakes ja Suomen Kuntaliitto. Jyväskylä: Gummerus. http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/laadunhallinta_2000.pdf
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Perttilä, K. & Uusitalo, M. 2006. Terveiden edistämisen vastuu ja rakenteet kunnassa. *Ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan verkostolehti* 1, 14-18.
- Pietiläinen, K. 2004. Born to be heavy? Determinants of body size from birth to early adulthood in Finnish twins. *Kansanterveystieteen laitoksen julkaisu* M 185. Helsinki: Yliopistopaino.
- Polit, D. & Hungler, B. 1995. *Nursing Research: Principles and Methods*. US: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Poskiparta, M. 2006. Muutosvaihemallin soveltaminen elintapaneuvonnassa. *Terveystieteiden tutkimus* 6, 14–15.
- Prochaska, J. O & DiClemente, C. C. 1983. Stage and process of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51 (3), 390–395.
- Pyykkö, M. 2006. Terveiden edistämisessä on tekojen aika. *Ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan verkostolehti* 1, 10–13.

Rantakari, S-M. 2005. Toivottavasti siellä sit saa äänensä kuuluvaks. Asiakaslähtöisyys sosiaalityössä. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö. Diakonia – ammattikorkeakoulu. Järvenpään yksikkö. http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/1BFB1990-3BF1-4E01-A769-F16939D22739/0/arvrapportti_rantakari.pdf

Reunanen, A. 2005. Lihavuuden epidemiologia. Lihavuus, painavaa asiaa painosta konsensuskokous 24–26.10.2005. Espoo. Luentolyhennelmät s. 9-12.

Saarelainen, R. 1999. Kun suora työnohjaus Suomeen tuli. <http://www.suomentyonohjaajat.fi/Osviitta/artikkeli1.html>

Solantaus, T. & Beardslee, W. 1996. Interventio lasten psyykkisten häiriöiden ehkäisemiseksi, *Duodecim* 112 (18), 1647. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinumero&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo60345

Stakes. 2006. Toimiva lapsi & perhe -hanke.

Suomen Sydänliitto. 2006. Neuvokas perhe -ohjausmenetelmä. Saatavilla sositteesta <http://www.sydänliitto.fi/neuvokas-perhe-ohjausmenetelma>

Summerbell, C.D., Ashton, V., Cambell, K.J., Edmunds, L., Kelly, S. & Waters, E. 2004 Interventions of treating obesity in children, *Cochrane Review*. *Cochrane Library* 1. UK, Chichester: Wiley & Sons.

Suomen perustuslaki (11.6.1999/731). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantas/1999/19990731>

Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset.

Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005–2011. Sydän- ja verisuoniterveyden edistämistä ja –sairauksien ehkäisyä koskeva osa Suomalaisesta sydänohjelmasta. Suomen Sydänliiton julkaisuja 1. Helsinki.

Tuominen, A., Halme, N. & Åstedt-Kurki, P. 2007. *Hoitotiede* 19 (4), 212–222.

Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake, 2004. Suomen Diabetesliitto ry.

Urho, U. & Hasunen, K. 2003. Yläasteen kouluruokailu. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 17. Helsinki.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005. Ravitsemussuositukset.

Vanhala, M., Vanhala, P. & Kumpusalo, E. 1998. Relation between obesity from childhood to adulthood and the metabolic syndrome: population based study. *BMJ* 317 (7154), 319–320. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28624/>

Veijola, R., Komulainen, J., Angle, S., Ignatius, A., Jääskeläinen, J., Ketola, E., Lipsanen-Nyman, M., Nuutinen, O. & Ventola, A-L. 2012. Lihavuus lapset, Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1990. *Nursing in Child Health Care: Maintaining Awareness of the child's development*. Kuopion yliopiston julkaisuja, alku-peräistutkimukset 3. Kuopio.

Virtanen, K. 2012. Äiti, täällä on toisia samanlaisia, ku mä!" Voimisteluseura ja kouluterveydenhuolto perheiden tukena lasten painonhallinnassa. Väitös-kirjatyö. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Tammi

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Vaajakoski: Tammi

JULKAISEMATTOMAT LÄHTEET:

Heikkilä, A-R. 2007. Ylipainoiset lapset OYS:n lasten- ja nuortenkliniikassa 2001–2005. Lääketieteen syventävien opintojen tutkielma. OYS lasten ja nuorten klinikka.

Jyrkämä, J. 1999. Toimintatutkimus ja vanhuspalvelujen toimintakäytännöt. toimintatutkimus: Kohteena sosiaali- ja terveyspalvelut. Esityksiä työseminaarissa 7.-8.5.2001. Kuntokallio.

Kuorilehto, R. 2007. Oulun eteläisen lastenneuvolatyön kehittämishanke. Hankkeen kuvaus.

Rantala, S. 2013. Perheliikuntamalli lapsiperheiden elämäntapamuutoksissa tukemiseksi. Oulun seudun ammattikorkeakoulu, Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK.

Sandström, S. 2007. Paino hallintaan. Ylipainon ja lihavuuden hoidon ohjausmalli Oulun kaupungin kouluterveydenhuollossa. Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelman opinnäytetyö. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Kemi.

Saulio, S. 2006. Diabetes – perehdytysopas. Ohje OYS:n lastentautien klinikan henkilökunnalle.

Sillanoja, A. 2007. Tyypin 2 diabeteksen riskiseulonta Oulun kaupungin äitiys- ja lastenneuvolatyössä. Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelman opinnäytetyö. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Kemi.

Nuutinen, O. 2005. Lasten lihavuuden hoidon erityispiirteet, lapsuusiän hoidon periaatteet. Lihavuus, painavaa asiaa painosta. Konsensuskokous 24–26.10.2005 Espoo. Luentolyhennelmät s. 123–128.



Tulevaisuuden syöpäkuntoutus

Raija Nurminen

TtT, yliopettaja

Kuntoutustoiminnalla on moniulotteiset vaikutukset syöpää sairastavien elämään. Tukemalla ja edistämällä syöpään sairastuneiden ja heidän läheistensä terveyttä ja toimintakykyä voidaan parantaa merkittävästi heidän elämänlaatuun ja -hallintaa sekä edistää sairauteen sopeutumista ja siitä selviytymistä. Kuntoutuksen tulee olla mahdollisuus jokaiselle syöpää sairastavalle. Kuntoutuksen tuloksellisuuden voidaan katsoa perustuvan vankkaan ammattitaitoon, toiminnan kehittämiseen, tarvelähtöiseen toimintaan sekä ihmistä arvostavaan ympäristöön.

"Kuntoutukseen ja sopeutumisvalmennukseen, joka perustuu aitoon ja lämminhenkiseen ilmapiiriin on helppo tulla, ja sieltä on myös helppo lähteä kotiin, omaan arkiseen ympäristöön."
(Ruoansulatuskanavan syöpää sairastava).

Näillä sanoilla omistan tämän kirjoituksen syvällistä kokemustietoa, intuitiivista oivallusta ja hiljaista tietoa omaavalle asiantuntijalle yliopettaja, TtT Lea Rissaselle.

SYÖPÄKUNTOUTUKSEN NYKYTILAN TARKASTELUA

Syövän hoito valitaan ja suunnitellaan aina yksilöllisesti sairauden ja potilaan muiden yksilöllisten tekijöiden ja elämäntilanteen mukaan.

Kuntoutus kuuluu olennaisena osana syöpäpotilaan hyvään hoitoon. Kuntoutuvan tuen tarve ja kyky selviytyä sairauden aiheuttamasta muutostilanteesta vaihtelevat yksilöllisesti. Tuen tarpeeseen vaikuttavat sairauden ja hoitojen luonne sekä niiden aiheuttamat psyykkiset ja fyysiset ongelmat, persoonallisuus, henkilökohtaiset kyvyt selviytyä kriisistä, oma ja läheisten elämäntilanne sekä työelämään liittyvät kysymykset. Perheeltä, läheisiltä ja työtovereilta saadun tuen määrä vaikuttaa muun tuen tarpeeseen. Erilaisten tukimuotojen avulla pyritään auttamaan potilaan selviytymistä takaisin terveen rooliin tai sairauden hallintaan. Tavoitteena on potilaan tilanteeseen nähden paras mahdollinen elämänlaatu. (Leskinen 2000; Rissanen ym. 2008; Rautalahti 2008.)

Syöpäkuntoutuksen tavoitteena on kuntoutujien työ- ja toimintakyvyn palautumisen tai parantumisen edistäminen syöpähoitopolun eri vaiheissa. Kuntoutumisen tukeen liittyvän tiedollisen ja psykososiaalisen tuen sekä vertaistuen eri muotojen tarkoituksena on yksilön psyykkisten, fyysisten ja sosiaalisten voimavarojen tukeminen sekä yksilön ja yhteisön välisen vuorovaikutuksen edistäminen. Tärkeää on myös tuki terveellisten elämäntapojen omaksumiseen, arjessa ja työelämässä selviytymiseen sekä hyvinvoinnin, osallistumismahdollisuuksien ja työllistymisen tukeminen. (Leskinen 2000; Rissanen ym. 2008; Rautalahti 2008.)

Kansainvälisesti arvetettuun tutkimukseen perustuva syövän diagnosointi, hoito ja seuranta ovat Suomessa erinomaisella tasolla, kun tilannetta tarkastellaan palvelun tuottamisena järjestelmän, syöpäasiantuntijoiden erityisosaamisen ja hoitotulosten näkökulmasta. Tällä hetkellä ongelmana kuntoutuksen näkökulmasta on syöpähoiton suunnittelun, toteutuksen ja seurannan kokonaisnäkömyksen pirstaleisuus, syöpähoitopolusta vastaavan kuntoutuksen asiantuntijan puuttuminen sekä asiakas- ja potilaslähtöisyyden tulkinta professionaalisen viitekehityksen kautta. Kuntoutumisketjun koordinaatio ja saumaton yhteistyö ei välttämättä toteudu perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja kolmannen sektorin välillä. Pääsääntöisesti syöpähoitopolusta vastaava asiantuntija puuttuu. Syöpähoitoprosessi on pirstoutunut eikä ole olemassa koko syöpähoitopolun kattavaa vastuutahoa. Näin ollen asiakas- ja potilaslähtöisyys sekä asiakasymmärrys häviävät tuotanto-organisaation prosesseihin. (Kylä-Kaila 2011; Nurminen ym. 2011; Salakari 2011; Välimäki 2012).

Kuntoutukseen hakeutumisen tai hakeutumattomuuden syistä ja ammattilaisten toteuttamasta kuntoutusohjauksesta on niukasti tietoa. Hoitojen aikana syöpäpotilaat ja heidän läheisensä tarvitsivat kuntoutusta enemmän kuin he tänä päivänä saavat. Kuntoutus painottuu syöpähoitopolun loppuvaiheeseen ja tapahtuu pääosin sopeutumisvalmennuskurssien muodossa. Kuntoutus on myös vielä pitkälti sattumanvaraista ja sen toteuttaminen vaihtelee paikkakuntien sekä alueiden kesken. Ei ole olemassa myöskään yhtenäisiä ja tasa-arvoisia toimintatapoja keitä hoidetaan, missä ja mitä terapioida käytetään tai kuinka kauan kuntoutus kestää. (Kylä-Kaila 2011; Nurminen ym. 2011.)

Eniten on puutteita potilaan tarpeisiin perustuvan tiedollisen ja psykososiaalisen tuen saannista syöpähoitopolun eri vaiheissa. Syöpäpotilaat ja heidän läheisensä kokevat olevansa melko yksin sairautensa kanssa. Tiedon saanti syöpäpolun eri vaiheissa koetaan vähäiseksi ja psykososiaalisen, fyysisen toimintakykyä tukevan sekä hengellisen tuen osalta puutteita on paljon. (Kylä-Kaila 2011; Nurminen ym. 2011; Laine 2012; Välimäki 2012; Vainio 2013; Sarjomaa 2013.)

TIEDOLLINEN TUKI SYÖPÄHOITOPOLUN ERI VAIHEISSA

Syöpäpotilaiden selviytymisen ja sopeutumisen kannalta on ensiarvoisen tärkeää välittää tietoa potilaille sekä osallistaa potilaat omaan hoitoonsa ja hoitopäätöksiinsä, koska syöpähoitopolkua määrittää vakava elämäntilanne. Syöpähoitopolkua rasittavat henkisen kuormittavuuden lisääntyminen sekä fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen toimintakyvyn ajoittainen tai pysyvä aleneminen. Syöpää sairastavat ja läheiset etsivät tasapainoa itsenäisen selviytymisen, työtehtävistä selviytymisen, fyysisten terveysongelmien sekä mielialan (alაკuloi-suus, surullisuus, masentuneisuus, toiveikkuus, pelot) välillä. Lähes kaikki potilaat kokevat syöpähoitopolun eri vaiheissa vaikeusasteeltaan eritasoisia terveysongelmia (kivut, unettomuus, väsymys, liikerajoitukset), toimintakyvyn heikentymistä, tunne-elämään sekä sosiaalisiin suhteisiin ja parisuhteeseen liittyviä vaikeuksia. Hoidon sivuvaikutukset ja pelko syövän parantumattomuudesta sekä uusiutumisesta aiheuttavat tunteen elämän hallitsemattomuudesta. Syöpää sairastavilla ja heidän läheisillään on kuitenkin kykyä kohda-

ta vaikeita tilanteita ja ehkäistä niihin liittyviä ahdistavia kokemuksia yksilöllisellä tavalla. (Kylä-Kaila 2011; Nurminen ym. 2011.)

Syövänhoidon suunnittelun, toteutuksen ja seurannan kokonaisnäkömyksen puuttuminen sekä tiedon saanti erillisinä palasina vaikeuttavat syöpäsairauteen sopeutumista. Mikäli potilas ja hänen läheisensä eivät saa riittävästi tietoa, elämänhallintaan liittyvät fyysiset ja psyykkiset voimavarat joudutaan hoitopolun eri vaiheissa suuntaamaan syöpätietouden etsimiseen, hoidon toteutuksen ja vastuuhenkilöiden selvittämiseen sekä itse hoidon toteutuksen etenemisen selvittämiseen (Nurminen ym. 2011).

Kaikilla syöpään sairastuneilla ilmenee tiedollisen tuen tarvetta (Kylä-Kaila 2011; Nurminen ym. 2011; Laine 2012; Välimäki 2012; Vainio 2013; Sarjomaa 2013). Tiedon tarpeet ovat yhteydessä sairastuneiden pyrkimyksiin hallita omaa sairauttaan. Sairastuneet tarvitsevat tietoa sairaudesta, sen hoidoista, ennusteesta ja hoitojen aiheuttamista haitoista sekä terveyttä edistävästä ajattelusta. Kuntoutujat ja läheiset kysyvät usein ”Miten kykenisin ajattelemaan asioita olemassa olevan terveyden kautta, en syöpäsairauden kautta?”. Terveyttä edistävä lähtökohta sisältää tietoa terveydestä osana syöpää, ravinnon merkityksen sekä lääkkeiden vaikutuksen suhteessa syöpään ja sen hoitoihin, tunne-elämän hallinnasta ja parisuhteen tasapainosta. Odotukset kohdistuvat tietoon liikunnasta suhteessa syöpään ja yksilöohjauksen erilaisiin liikuntamuotoihin. Tietoa toivotaan myös ammatillisiin ja taloudellisiin ongelmiin. (Nurminen ym. 2011.)

PSYKOSOSIAALINEN TUKI SYÖPÄHOITOPOLUN ERI VAIHEISSA

Psykososiaalisen tuen tarkoituksena on parantaa potilaan psyykkistä ja sosiaalista selviytymistä sairauden eri vaiheissa. Erilaiset tukiryhmät parantavat potilaiden mielenilmaa, vähentävät kipua, lisäävät sopeutumista, selviytymistä ja elämänlaatua sekä parantavat ennustetta. Sairastuneille suunnatun, kuntoutuksessa järjestetyn psykososiaalisen tuen tulisi lieventää sairastuneiden emotionaalisia häiriötekijöitä, itseluottamuksen puutetta ja pelkoa sairauden uusimisesta. Psykososiaalinen tuki kohdentuu potilaan voimavarojen ja selviytymiskeinojen aktivointiin, sosiaalisten verkkojen vahvistamiseen tai omaisten tuen käyttöön saamiseen. Psykososiaaliseen tukeen kuuluu psykoterapia eri muodoissaan. (Laine 2012.)

Puolisoiden ja läheisten kuntoutustoimintaan on kiinnitetty yhä enemmän huomiota. Puolisot kokevat masentuneisuus- ja ahdistuneisuusoireita jopa enemmän kuin syöpään sairastuneet. Puolisot ovat kuvanneet myös taloudellisia vaikeuksia, stressiä, muutoksia perhesuhteissa ja yhteydenpidossa sekä tarvetta saada tietoa toisen puolison sairastuttua syöpään. Puolison on todettu olevan tärkein tuki sairastuneelle. Puolison tuki, hyvä ja luotettava avioliitto sekä muut sosiaalisen tuen muodot ovat keinoja, joilla on suojaava vaikutusta sairastuneelle ja joiden on jopa osoitettu vähentävän kuolleisuutta. (Laine 2012.)

Tuen muodoista merkittävin on vertaistuki. Se psykososiaalista tukea, joka antaa läheisyyden ja inhimillisyyden tunnetta, rohkeutta

puhua sairaudesta sekä auttaa ymmärtämään omaa sairautta osana vakavaa elämäntilannetta. Vertaistuki on lisätukea, erityistukea ja henkistä tukea. Sairauden aiheuttamat oireet ja muutokset synnyttävät sairastaville ja heidän läheisilleen tarvetta tavata toisia samassa tilanteessa olevia. Vertaisten kanssa vastavuoroisten tunteiden jakaminen koetaan erittäin merkitykselliseksi perheen ja sairaalasta saadun tuen rinnalla.

Vertaisryhmässä tai vertaisen kautta saatu tieto on kuntoutujan ja läheisen omakohtaisesti sisäistettyä kokemustietoa, hiljaista tietoa syövästä ja sen kanssa elämisestä hoitopolun eri vaiheissa. Vertaistuki on usein kuntoutujien ja heidän läheistensä tärkein odotus ja anti kuntoutustoiminnasta. Vertaisryhmiin osallistutaan, kun tarvitaan toisten saman kokeneiden tukea ja mahdollisuutta jakaa omia kokemuksia. Lähiverkoston ja ammattilaisten tuki ei aina ole riittävää, sillä heillä ei ole omakohtaista kokemusta sairastumistilanteesta. Tällöin vertaisryhmästä tulee sopiva tuen ja avun antaja. (Nurminen ym. 2011.)

FYYSISEN HYVINVOINNIN TUKI SYÖPÄHOITOPOLUN ERI VAIHEISSA

Syövän hoidoilla on usein negatiivisia vaikutuksia fyysisen toimintakykyyn, painoon ja sydän- ja verenkiertoelimestön terveyteen. Negatiiviset vaikeudet saattavat vaikuttaa haitallisesti päivittäisten toimien tekemiseen ja työhön sekä lisätä kielteistä suhtautumista terveisiin elämäntapoihin, kuten säännölliseen liikuntaan. Fyysinen aktiivisuus, kuntoutuksesta saatu fyysinen tuki ja esimerkiksi fysioterapia edistävät syöpäkuntoutujien toipumista ja selviytymistä. Fyysinen harjoittelu parantaa selvästi elämänlaatua ja lisäksi liikunnalla on positiivinen vaikutus mielialaan. (Spence ym. 2009.)

Harjoittelu ja liikkuminen ovat turvallisia useimmille syöpäpotilaille ja tarjoavat paljon terveyshyötyä. Liikunta myös vähentää syöpäpotilaan riskiä sairastua esimerkiksi muihin kroonisiin sairauksiin, kuten diabetekseen tai sydänsairauksiin (Wolin ym. 2012). Liikunta vaikuttaa fyysisen suorituskykyyn, lihasmassaan, luuntiheyteen sekä parantaa sydämen ja keuhkojen toimintaa. Lisäksi liikunnalla näyttää olevan vaikutusta hoitoihin liittyvien luuston ja lihaksiston oireiden sekä esimerkiksi uupumusoireiden vähenemiseen (Mc Neely ym. 2006). Liikunta ja ruokavalio vaikuttavat myönteisesti syöpää sairastavan elämänlaatuun, ja kotioloissa tapahtuvat ja jatkuvat ruokavalio- ja liikuntaohjelmat ovat tehokkaita edistämään terveellisiä elämäntapoja, painonhallintaa ja toimintakykyä. (Demark-Wahnefried ym. 2008).

Suurin osa syöpäpotilaista on kiinnostuneita saamaan neuvontaa sairaalassa tai kuntoutuskeskuksessa kunnon kohentamiseen heti hoitojen jälkeen. Monet ovat kiinnostuneita saamaan harjoitusohjelman ja haluavat aloittaa heti liikkumisen. Suurin osa syöpäpotilaista haluaisi osallistua ohjattuun liikuntaryhmään syöpä- tai kuntokeskuksessa. Erityisesti liikuntaa harrastavat potilaat odottavat yksilöllistä ohjausta. Liikuntaohjeet ja -reseptit pitäisi laatia liikunnan ammattilainen tai fysioterapeutti konsultoiden syöpähoitotiimiä. Liikuntareseptin antajana fysioterapeutti tekee arvioita ja mittauksia, ja hän pystyy samalla antamaan yksilöllisiä ohjeita. Samalla fysioterapeutti arvioi

tarvitseeko syöpäpotilas yksilöllistä kuntoutusta avo- tai laitoskuntoutuksena vai riittääkö yksilöllinen itseharjoitteluohjelma. (Wolin ym. 2012.)

TAIDE JA KULTTUURI SYÖPÄKUNTOUTUKSESSA

Taiteen ja kulttuurin eri muodoilla on yksilön hyvinvointia ja terveyttä edistävä vaikutus. Taiteen ja kulttuurin eri muodoilla voidaan parantaa itsetuntoa, mielen hyvinvointia, merkityksellisyyttä, elämänlaatua ja arvokkuutta vaikeassa elämänvaiheessa sekä fyysistä hyvinvointia. Kulttuurin terveysvaikutuksia ovat stressitason väheneminen sekä elämänlaadun ja sosiaalisen yhdessäolon koheneminen. Arjessa toteutettu, yksilöllinen taide- ja kulttuuritoiminta edistää ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia paremmin kuin satunnaisesti järjestetty virkistystoiminta. (Lehto 2012.)

Musiikin eri elementtejä (rytmi, harmonia, melodia, äänensävy, dynamiikka) hyödyntävillä menetelmillä on terapeuttista merkitystä. Musiikkia, kuten myös kuvataidetta käytetään vuorovaikutuksen keskeisenä välineenä yksilöllisesti asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi lapsilla, nuorilla, aikuisilla ja vanhuksilla. Musiikkiterapeuttinen työskentely liitetään psyykkisten sairauksien lisäksi somaattisten sairauksien kokonaisvaltaiseen hoitoon eri potilasryhmillä, myös syöpää sairastavilla. Työskentely perustuu kehon ja mielen yhteyteen, joka vaikuttaa ihmisen hyvinvointiin ja terveyteen. Erityisesti musiikkiterapialla on todettu myönteistä vaikutusta masennukseen, ahdistukseen, jännitystiloihin ja stressiin, hengityksen tukemiseen, potilaan itseilmaisuuksiin, tunnetyöskentelyyn, elämänlaatuun sekä potilaan ja omaisen välisen suhteen vahvistumiseen. Tutkimusnäyttöä musiikin vaikutuksista kivun hallintaan ja lievenemiseen selvitetään aktiivisesti. (Lehikoinen 2011; Nyberg 2012.)

TULEVAISUUDEN SYÖPÄKUNTOUTUS

Tulevaisuudessa syöpäkuntoutuksen tulee perustua koko syöpähoitopolun kattavalle asiakaslähtöisyyden arvolupaukselle sekä tarvelähtöiselle, näyttöön perustuvalle ja moniammatilliselle syöpäkuntoutuksen palvelutarjonnalle. Asiakaslähtöisyyden tulee perustua ihmisarvoisuudelle. Palvelutoiminnan kehittämistyötä ohjaavat asiakkaan palveluymmärryksen rakentaminen, asiakkaan osallistumismahdollisuuksien lisääminen, palveluiden muodon, sisällön ja jakelukanavien kehittäminen, asiakasymmärryksen syventäminen, palvelua tuottavan organisaation asenteiden ja palvelukulttuurien muuttaminen sekä johtaminen.

Palvelutarjonnan tulee sisältää terveyttä edistävän ja ennaltaehkäisevän toiminnan. Näin palvelutoiminta kohdistetaan syöpää sairastaviin tai sairastaneisiin sekä syövän ennaltaehkäisystä, terveyttä edistävistä ja oman elämänlaadun parantamisesta kiinnostuneisiin asiakkaisiin. Palvelutoiminnan tulevaisuuden innovaatio on nykyaikaisen teknologian hyödyntämisessä, mukaan lukien informaatioteknologian hyödyntävät syöpäkuntoutuksen virtuaaliset tutkimusmuodot. Palvelukonsepti mahdollistaa itseohjautuvuuteen tai interaktiivisiin ohjausmetodeihin perustuvan syöpäkuntoutuksen tiedollisen, psykososiaalisen ja fyysisen tuen muotojen hyödyntämisen. On otettava huomioon, että syöpäkuntoutuksen tulee olla tasavertaisesti saavutettavaa.

Syöpäsairaahan kuntoutus- ja hoitoprosessin suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin tulee kattaa saumattomasti koko prosessi oireista hoidon jälkeiseen seurantaan. Syöpäkuntoutuksen kehittämistyön edellyttää tuen eri muotojen yksityiskohtaista kehittämistyötä sekä toimintojen mallintamista, kuten syöpähoitopolun kattavan kuntoutuksen (Vainio 2013), psykososiaalisen tuen (Laine 2012) ja seksuaalisuuden (Sarjoma 2013) mallinnusta.

Vainion (Vainio 2013) tulevaisuuden syöpäkuntoutuksen mallissa kuntoutus on järjestetty kiinteäksi osaksi koko syöpähoitopolkua (syöpähoitopolun syöpädiagnoosin vaihe, hoito ja sen toteutus, hoidon päättymisvaihe). Malli sisältää yhdessä kuntoutuksen vastuuhenkilön ja potilaan kanssa laadittavan kuntoutussuunnitelman, eri ammattihenkilöiden ja tukiryhmien tarjoamat palvelut ja tukimuodot, joita voidaan käyttää syöpäpotilaan ja hänen läheisensä erikseen määriteltävien tarpeiden mukaan. Tulevaisuuden syöpäkuntoutusmalli on kehitetty asiakaslähtöisesti eli se perustuu kokonaisvaltaisesti syöpäpotilaiden ja heidän läheistensä tahtotilaan, mitä palveluja ja tukimuotoja he tarvitsevat hallitakseen elämäänsä syövän kanssa. Sen inhimillinen tavoite on luoda pohja sille, että syöpäpotilas ja hänen läheisensä voi nauttia elämästä syövästä huolimatta. Tavoitteena on, että syöpäpotilas pääsisi osalliseksi enemmän oman kuntoutuksensa vastuun ottamisesta. Tällöin hän oppii hallitsemaan sairastumiseen ja sairauden hoitoon liittyviä ongelmia tai oppii käyttämään omia korvaavia kykyjä ja muuttamaan terveyskäyttäytymistään. Näihin tavoitteisiin vastaaminen ylläpitää potilaan motivaatiota osallistua toimintaan ja hyötyä siitä. Tästä syystä terveydenhuollon suunnitelmat tulisi kuntoutumiseen liittyvissä palveluissa sitoa paremmin yhteen potilaan elämään liittyvän muun palvelu-, hoito- ja työelämäsuunnittelun.

Laineen (Laine 2012) psykososiaalisen tuen mallin tavoitteena on vahvistaa syöpäpotilaiden voimaantumista sairautta vastaan, kohentaa fyysisiä voimavaroja ja lisätä elämänhallinnan keinoja. Mallin lähtökohdina ovat todettu tuen tarve ja tieto kuntoutusmahdollisuuksista, perheen tarvitsema tuki, psykologinen apu ja sosiaalisen tuen tarve kaikissa syöpähoitopolun eri vaiheissa.

Sarjomaan (Sarjoma 2013) seksuaalimalli NYT syöpäkuntoutujien kokonaisvaltaisen selviytymisen tukena tarkoituksena on tukea sekä kuntoutujien että läheisten kokonaisvaltaista selviytymistä. Seksuaaliohjausmallin tarkoituksena on lisätä kuntoutujien kokonaisvaltaista hyvinvointia, tehostaa kuntoutustoiminnan tuloksellisuutta ja kehittää henkilökunnan osaamista. Ohjausmalli on osa kuntoutuksen tukitoimintaa. Seksuaaliohjausmalli etenee seksuaaliohjauksen tarpeesta neuvontaan, yksilöllisyyteen ja tiedonsaantiin. Seksuaaliohjausmallissa korostuvat neuvonnan tarvelähtöisyys, tiedonsaanti ja yksilöllisyys. Tarve-tasolla tarkoituksena on kartoittaa tarpeet ja toiveet kuntoutuksesta saatavalle seksuaaliselle ohjaukselle ja tuelle. Neuvonta-taso sisältää yleisen ja asiantuntijan potilasohjauksen. Yksilöllisyys-tasolla tarkoituksena on sekä yksilöllinen seksuaaliohjaus että kuntoutujien yksilöohjaus. Tiedonsaanti-taso takaa kuntoutujille oikea-aikaisen tiedonsaannin sairaudesta, sen hoidoista ja niiden vaikutuksista seksuaalisuuteen. Seksuaaliohjausmallissa on kuvattu myös sen toimivuudelle välttämätön henkilökunnan osaaminen, kou-

luttaminen ja osaaminen johtaminen, joiden tarkoituksena on antaa valmiuksia ohjaajana ja tukijana toimimiseen ja mallin implementoimiseen ja juurruttamiseen kuntoutustoimintaan. Toiminnan edellytyksenä on, että mallia arvioidaan jatkuvasti ja kehitetään arvioinnin pohjalta. Arviointia tapahtuu kuntoutujien, henkilökunnan ja johdon tasolta.

Kuten edellisissä malleissa korostetaan, on tiedostettava, että tuen erilaiset tarpeet täytetään erilaisin menetelmin, eivätkä kaikki potilaat tarvitse samoja palveluita, ja potilailla on yksilölliset tarpeet sairauden aiheuttamiin yleisiin ongelmiin. Vaikuttava kuntoutus on monialaista yhteistyötä, ja kuuluu olennaisena osana kokonaisvaltaista hoitoa ja toipumista. Tarvelähtöinen ja asiakkaan osallistava toiminta tuottaa parhaat tulokset. Lähtökohdina on asiakaslähtöisyys ja asiakasymmärrys, moniammatillinen yhteistyö syöpää hoitavien ammattihenkilöiden välillä kattaen yhteistyön tekemisen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja kolmannen sektorin välillä.

SYÖPÄKUNTOUTUKSEN TASAVERTAISUUS JA SAAVUTETTAVUUS

Kehittämällä syöpäkuntoutusta osana koko syöpähoitopolkua tasavertaisuus ja saavutettavuus syöpäpotilaiden, kuntoutujien ja läheisten tarpeiden ja syöpäkuntoutuksen palvelumahdollisuuksien välillä paranee, koska

- asiakastasolla syöpäpotilaalla, kuntoutujalla ja läheisellä on yhdenvertainen osallistumismahdollisuus ja toimijuus suhteessa syöpäkuntoutuksen tuen eri muotoihin syöpähoitopolun kaikissa eri vaiheissa riippumatta hoitopaikasta, asuinkunnasta tai varallisuudesta,
- syöpäpotilaan, kuntoutujan ja läheisen tieto ja ymmärrys omasta roolista ja asemasta syvenee (palveluyymmärrys) suhteessa syöpäkuntoutuksen palvelumahdollisuuksiin,
- asiakas- ja organisaatiosalla syöpäpotilaan, kuntoutujan ja läheisten asiakastietojen kerääminen ja hyödyntäminen (asiakasymmärrys) sekä syöpäkuntoutuksen palvelujen muoto ja sisältö sekä tiedottamiskanavat kohtaavat sekä edistävät kehittämistyötä,
- syöpäkuntoutusta tarjoavan organisaation tasolla syöpäkuntoutuksen asiakaslähtöinen organisaatiokulttuuri ja asenteet sekä johtaminen paranevat,
- tiede- ja koulutusorganisaatiot suuntaavat tutkimus- ja kehittämistyötään syöpäkuntoutuksen vaikuttavuustutkimukseen sekä uusien syöpäkuntoutuksen palvelujen kehittämistyöhön,
- tiede- ja koulutusorganisaatiot uudistavat koulutuksen tuottamia osaamisvaatimuksia ja kompetensseja ja
- yhteiskunnallinen vaikuttavuus paranee, koska syöpäkuntoutuksen vaikuttavuustutkimus paranee.

SYÖPÄKUNTOUTUKSEN VAIKUTTAUVUUS

Tällä hetkellä syöpäkuntoutusta on arvioitu erityisesti asiakasvaikutusten, määrällisten ja laadullisten vaikutusten, subjektiivisten ja objektiivisten vaikutusten näkökulmasta, mutta ei kovin paljon lyhyt- ja pitkäkestoisten vaikutusten, yhteiskunnallisten vaikutusten, ulkoisvaikutusten, myönteisten ja kielteisten vaikutusten sekä odotettujen ja odottamattomien vaikutusten näkökulmasta. Lisätietoa tarvitaan erityisesti siitä, minkälainen syöpäkuntoutus soveltuu kullekin syöpäpotilaalle, kuntoutujalle ja läheiselle ja miten voidaan vaikuttaa vaikeimmin kuntoutettavien tilanteeseen. On myös huomioitava mittareiden ja erilaisten arviointimenetelmien hyödynnettävyys, olennaisuus, mihin tietoa tullaan käyttämään ja miten kuormittava mittarin ja arviointimenetelmän käyttö on kuntoutujan ja hänen läheistensä kannalta. Monitieteisesti julkaistua tutkimustietoa hyödynnetään sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämistyössä valtakunnallisesti, alueellisesti ja paikallisesti. (Nurminen ym. 2011.)

SYÖPÄKUNTOUTUKSEN TULEVAISUUDEN OSAAMINEN

Syöpäkuntoutuksen kehittämistyö ja toteutus edellyttävät syöpäkuntoutuksen osaamispääoman vahvistamista. Tulevaisuuden tavoitteeksi voidaan asettaa se, että kaikissa syövänhoitoa ja kuntoutusta toteutettavissa terveydenhuollon organisaatioissa ja kolmannella sektorilla on tulevaisuudessa syöpäkuntoutuksen erityisosaamisalueen asiantuntija. Tavoitteena on koulutuksen myötä luoda alueelliset syöpäkuntoutuksen asiantuntijaverkostot. Koulutuksen kohderyhmänä ovat syövän hoitoa ja kuntoutusta erilaisissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä ja kolmannella sektorilla toteuttavat ammattilaiset, erityisesti sairaanhoitajat, fysioterapeutit, kuntoutuksen ohjaajat, sosionomit, psykologit ja muut liikunta-, sosiaali- ja terveysalan asiantuntijat. Koulutus voidaan toteuttaa ammattikorkeakoulututkinnon tai korkeakoulututkinnon jälkeisenä syöpäkuntoutuksen syventävää lisäkoulutuksena. Luontevinta on se, että koulutuksesta vastaavat jatkossakin ammattikorkeakoulut yhteistyössä sairaanhoitopiirien sekä syövän hoidon ja syöpäkuntoutuksen asiantuntijoiden kanssa monialaisessa ja moniammatillisessa yhteistyössä. Syöpäkuntoutuksen koulutusta voidaan kehittää yhdessä monien muiden vakavien kroonisten sairauksien kuntoutuksen kanssa. Näitä ovat muun muassa sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes ja krooniset keuhkosairaudet.

Syöpäkuntoutuksen koulutuksen keskeisiä osaamisalueita ovat

- näyttöön perustuvien ja vaikuttavien syöpäkuntoutuksen toimintamallien, hoito- ja kuntoutusprosessien sekä syöpäkuntoutuksen tiedollisen, psykososiaalisen ja fyysisen hyvinvoinnin tuen eri muotojen arviointi- ja kehittämistyö ja näiden liittäminen suunnitelmallisesti osaksi syöpäpotilaan hoitopolkua,
- työ- ja toimintakyvyn palautumiseen tai parantumisen edistämiseen tähtävien toimintamallien omaksuminen,
- syöpää sairastavien sairastavuushaasteiden ja elämisen monimuotoisuuden huomioiminen tuen tarpeen arvioinnissa, suunnittelussa ja toteutuksessa,

- ammattispesifisen syöpäkuntoutuksen perus- ja erityisosaamisen jakaminen ja kehittäminen sekä asiantuntijaverkostotyö,
- monialaisen ja moniammatillisen yhteistyön hyödyntäminen,
- tietoyhteiskunnan ja teknisen kehityksen sovellusten hyödyntäminen ja
- tieteiden, teknologioiden ja taiteiden verkostoituminen.

VERKOSTOITUNUT TUTKIMUS-, KEHITYS- JA INNOVAATIOYHTEISTYÖ

Tämä artikkeli perustuu laajaan ja monipuoliseen yhteistyöhön Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry:n (LSSY), Suomen Syöpäjärjestön ja Turun ammattikorkeakoulu Terveysala-tulosalueen välillä. Tavoitteena on laajentaa ja monipuolistaa yhteistyön eri muotoja sekä edistää eri osapuolia hyödyttävien toiminnallisten tavoitteiden saavuttamista. Syöpäpotilaan hyvä hoitopolku -tutkimus-, kehitys- ja innovaatiohankke (2010–2015) mahdollistaa alan asiantuntijoiden, opiskelijoiden ja opettajien tutkimuksen, kehittämistyön ja innovaatiotoiminnan toteutumisen monialaisissa oppimisympäristöissä.

Tutkimus-, kehitys ja innovaatioyhteistyö tukee alueellisen innovaatiojärjestelmän vahvistumista tuottamalla tietoa syöpäpotilaan sopeutumisvalmennus- ja kuntoutustoimintaan sekä sen tuloksellisuuden arviointiin. Edelleen se tuottaa tietoa syöpää sairastavien ja heidän läheistensä elämänhallinnasta ja -laadusta syöpähoitopolun eri vaiheissa potilaan tai kuntoutujan ja läheisen näkökulmasta kuvattuna sekä palliatiivisen, erityisesti saattohoidon hoidon kehittämistyöhön. Uutta osaamista syntyy soveltamalla syöpää sairastavan potilaan hoitopolkua kuvaavaa tutkimustietoa toimintaan. Henkilöstön ja opiskelijoiden osaamisvaatimuksiin tuotetaan uutta tietoa ja siten se palvelee syöpää sairastavan ihmisen hoitopolun eri vaiheissa edellytettävän osaamisen tunnistamista ja käyttöönottoa. Asiakas- tai potilasnäkökulman kautta saadaan uutta tietoa palveluprosessin sujuvuuteen sekä kuntoutustoiminnan tuloksellisuuden arviointiin.

Tieteellisen tiedon hyödyntäminen syöpää sairastavan ihmisen hoidon kehittämisessä syöpähoitopolun eri vaiheissa on keskeinen. Yhtä merkittäviä ovat ihmisen elämänhallinnan ja -laadun sekä sopeutumisen ja kuntoutuksen tarpeita ja toiveita koskevan tiedon käyttö. Edelleen merkittäviä ovat syöpäpotilaan tai kuntoutujan hoitotyön ja hoidon sekä kuntoutuksen asiantuntijoiden kokemustietoon, hiljaiseen tietoon perustuvan tiedon käyttö sekä syöpäpotilaan tai kuntoutujan hoitopolun toimintaympäristöjen mahdollisuuksiin perustuvan tiedon käyttö. Tästä näkökulmasta tavoitteena on edistää syöpää sairastavan ihmisen ja heidän läheistensä hyvän hoidon sekä kuntoutuksen päätöksenteon, toiminnan, menetelmien ja arvioinnin perustumista mahdollisimman hyvään näyttöön vaikuttavuuden ja tehokkuuden lisäämiseksi syöpähoitopolun eri vaiheissa.

LÄHTEET

- Demark-Wahnefried, W., Lawrence, H., Kushi, S., Byers, T., Courneya, K., Grant, B., McTiernan, A., Rock, C., Thompson, C., Gansler, T. & Andrews, K. 2008. *Nutrition and Physical Activity During and After Cancer Treatment. An American Cancer Society Guide for Informed Choices. CA Cancer Journal for Clinicians* 56(6), 323-53.
- Kylä-Kaila, O. 2011. *Sopeutumisvalmennuksen merkitys aivo- ja selkäydinkasvaintilaiden elämänhallintaan. Opinnäytetyö (YAMK). Turku: Turun ammattikorkeakoulu.*
- Laine R. 2012. *Syöpäkuntoutujan psykososiaalinen tuki syöpähoitopolun aikana. Opinnäytetyö (YAMK). Turku: Turun ammattikorkeakoulu.*
- Lehikoinen, J. 2011. *Musiikkipsykoterapia somaattisesti sairastuneen potilaan sairaalahoidossa. The Louis Armstrong Center for Music and Medicine -musiikkiterapiaosaston työskentelymallit. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.*
- Lehto, K. 2012. *Taiteesta tulevaisuuden hyvinvointia Varsinais-Suomessa. Taide- ja kulttuuritoiminnan nykytila ja tulevaisuudennäkymiä terveys- ja hyvinvointialalla. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 138.*
- Leskinen, A. 2000. *Syöpäpotilaan sopeutumisvalmennuskurssien laatu ja vaikuttavuus. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja. Selvityksiä ja raportteja.*
- Mc Neely, M., Campbell, K., Rowe, B., Klassen, T., Mackey, J. & Courneya K. 2006. *Effects of exercise on breast cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. CMAJ, 175.*
- Nurminen, R., Salakari, M., Lämsä, P. & Kemppainen, T. 2011. *Syöpäsairaiden ja heidän läheistensä kuntoutuksen tuloksellisuus. Teoksessa R. Nurminen & K. Ojala (toim.) Tuloksellisuus syöpäsairaiden kuntoutuksessa. Turku: Turun ammattikorkeakoulun raportteja 118, 82-101.*
- Nyberg, M. 2012. *Voimaannuttavaa värähtelyä – äänenkäyttö rentoutumisen tukena työikäisten aikuisten kivunhallinnassa. Opinnäytetyö. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.*
- Rautalahti, M. 2008. *Syöpäkuntoutus. Syöpäsäätiön XXXV symposiumi 7-8.2.2008, Rintasyöpä Focus Oncologiae. Syöpäsäätiön julkaisusarja 9. Helsinki: Syöpäsäätiö.*
- Salakari, M. 2011 *Kuntoutus osana syöpäsairaahan hoitopolkua. Teoksessa R. Nurminen & K. Ojala (toim.) Tuloksellisuus syöpäsairaiden kuntoutuksessa. Turku: Turun ammattikorkeakoulun raportteja 118, 11 - 30.*
- Rissanen, P., Vertio, H. & Lanning, M. 2008. *Syöpä. Teoksessa P. Rissanen, T. Kallanranta & A. Suikkanen. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim.*
- Sarjomaa, M. 2013. *Syöpää sairastavan seksuaalisuus. Seksuaaliohjausmallin kehittäminen sopeutumisvalmennukseen. Opinnäytetyö (YAMK). Turku: Turun ammattikorkeakoulu.*
- Spence, R. R., Heesch, K. C. & Brown, W. J. 2009. *Exercise and cancer rehabilitation: A systematic review. The University of Queensland, School of Human Movement Studies. Australia.*
- Vainio, T. 2013. *Syöpäkuntoutuksen tulevaisuus. Opinnäytetyö (YAMK). Turku: Turun ammattikorkeakoulu.*
- Wolin, K. Y., Schwartz, A. L., Matthews, C. E., Courneya, K. S. & Schmitz, K. H. 2012. *Implementing the exercise guidelines for cancer survivors. Review. The Journal of Supportive Oncology.*
- Välimäki, J. 2012. *Lapsisyöpäperheiden sopeutumisvalmennuskursseille osallistuvien vanhempien kokemus elämänhallinta ja hoitopolku. Opinnäytetyö (YAMK). Turku: Turun ammattikorkeakoulu.*
- Kuva. Janne Nurminen, janne.nurminen@utu.fi



Ehkäisevä politiikka, ennaltaehkäisevä toiminta ja varhainen tuki sosiaalihuoltolakiehdotuksessa

Helena Siira

YTT, yliopettaja

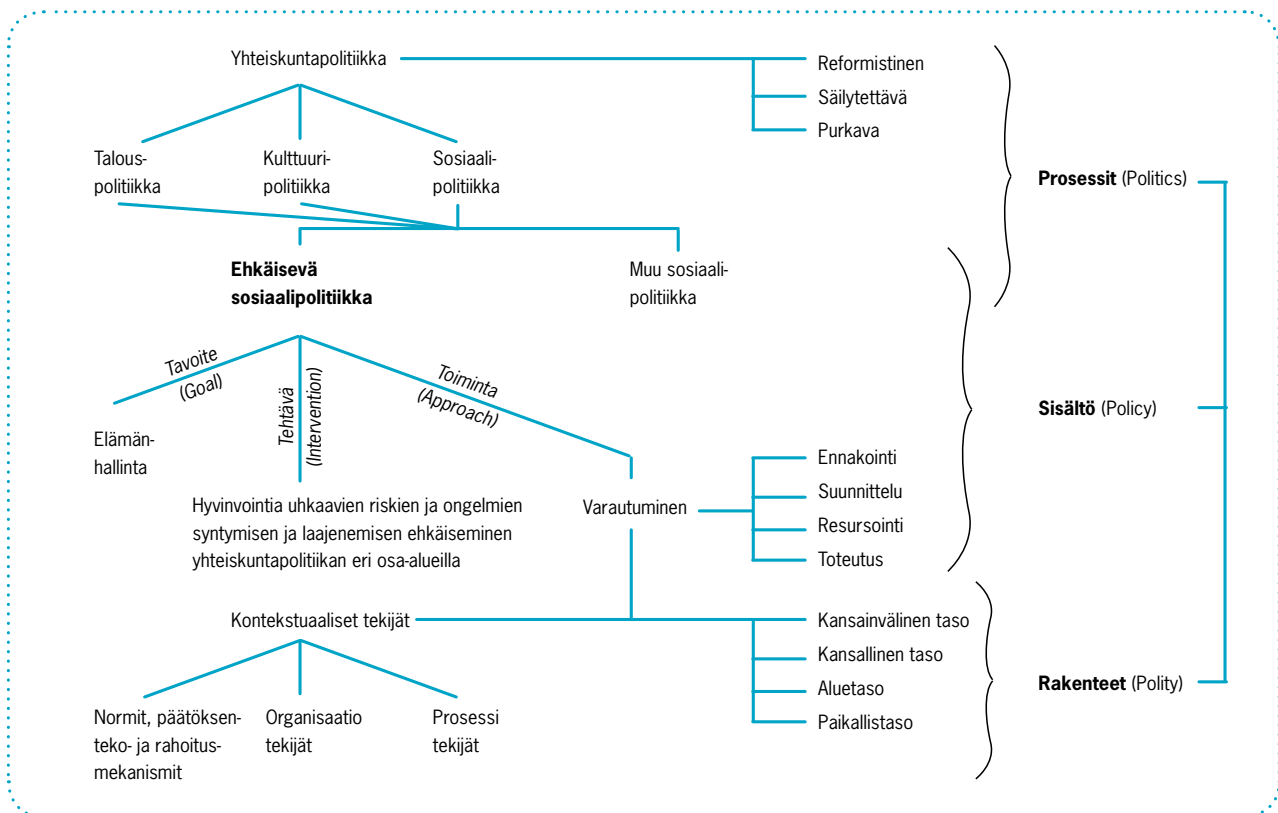
Sosiaali- ja terveysministeriön asettama sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmä on tehnyt ehdotuksen uudeksi sosiaalihuoltolaiksi vuonna 2012. Lakiehdotukseen sisältyy aikasempaa laajempi näkemys ennaltaehkäisevästä toiminnasta ja varhaisesta tuesta. Miten sosiaalihuoltolakiehdotus määrittää ennaltaehkäisevää toimintaa ja varhaista tukea?

ENNALTAEHKÄISEVÄN TOIMINNAN HISTORIAA

Puhe ennalta ehkäisevästä toiminnasta ei ole uutta Suomessa. ”Satusetänäkin” tunnettu Sakari Topelius aloitti keskustelun ehkäisevän köyhäinhoidon tarkoituksenmukaisuudesta jo vuonna 1859. Topeliuksen mielestä yhteiskunnan oli autettava jäseniään silloin, kun oli vielä mahdollista torjua yksilön sortuminen kurjuuteen ja siveelliseen häviöön. Siksi työväen asunto-oloja oli parannettava muun muassa kunnallisella tonttipolitiikalla ja huokeakorkoisilla lainoilla. Tällöin ehkäisevän sosiaalipolitiikan idea kiinnittyi köyhäinhuolto- ja huoltoliittiseen keskusteluun. (Rauhala 1998, 122.)

Varsinainen ehkäisevän sosiaalipolitiikan ajaminen sosiaalihuoltoyhteisyydessä käynnistyi 1930-luvulla. Sen pontimena oli kolme eri teemaa. Ensimmäisenä tavoitteena oli talous ja kustannuksissa säästäminen, toisena tavoitteena tarve kontrolloida köyhiä, irtolaisia ja ”pahatapaisia” lapsia ja kolmantena väestöpoliittiset tavoitteet, jotka näkyivät tarpeena tasata lasten syntymän aiheuttamia kustannuksia. Tavoitteena oli syntyvyyden lisääminen väestömäärän kasvattamiseksi ja tähän tarvittiin niin sanottua perhekustannusten tasaamista. 1960-luvulla ehkäisevä sosiaalipolitiikka nähtiin investointina tulevaisuuteen. Ajateltiin, että ehkäisevän sosiaalipolitiikan kustannukset korvautuisivat uusina hyötyinä yhteiskunnalle. (Rauhala 1998, 123–129.)

1990-luvulla ehkäisevä sosiaalipolitiikka koki uuden tulemisen. Esko Ahon hallitus asetti ehkäisevän toiminnan yhdeksi sosiaali- ja terveydenhuollon toimintastrategiaksi. Tämän toteuttamiseksi STM asetti vuonna 1991 työryhmän, joka valmisti Ehkäisevän sosiaalipolitiikan työryhmän muistion. Vuonna 1995 julkaistiin sitten Ehkäisevän sosiaalipolitiikan valtakunnallinen toimenpideohjelma. (Rauhala 1998, 130.)



Kuvio 1. Ehkäisevä sosiaalipolitiikka osana yhteiskuntapolitiikkaa (Pajukoski 2006, 33)

Ehkäisevän sosiaalipolitiikan ohjelmien toteuttamiseksi kunnissa käynnistettiin lukuisia ehkäisevän toiminnan projekteja ja hankkeita. Mutta ehkäisevää sosiaalipolitiikkaa tukevien rakenteiden tai toimintamallien puuttuminen on kuitenkin aiheuttanut sen, että ehkäisevä sosiaalipolitiikka ei ole siirtynyt kuntien normaalikäytäntöjen osaksi. Ohjelmallinen projektityö sopii ehkäisevän toiminnan käynnistämiseen, mutta oleelliseksi nousee kysymys, miten toiminta onnistutaan muuttamaan normaalitoiminnoiksi organisaation sisällä. (Pajukoski 2000, 75-77; Pajukoski 2006, 321-325.)

ENNALTAEHKÄISEVÄN TOIMINTA OSANA YHTEISKUNTAPOLITIikkaa

Pajukoski (2006) on väitöskirjatutkimuksessaan voimassa olevaa lainsäädäntöä aineistonaan käyttäen määritellyt ehkäisevän sosiaalipolitiikan paikkaa osana yhteiskuntapolitiikkaa ja päätenyt kuviossa 1 olevaan kontekstointiin. Ehkäisevä sosiaalipolitiikka on osa yhteiskunta- ja sosiaalipolitiikkaa, mutta kiinnittyy myös osaksi kulttuuri- ja talouspolitiikkaa.

Kuvion 1 mukaan ehkäisevän sosiaalipolitiikan tavoitteena on elämönhallinta. Hyvinvointia uhkaavien riskien ja ongelmien syntyminen ja laajenemisen ehkäiseminen on tehtävä ennakoita yhteiskuntapolitiikan eri osa-alueilla. Jotta tähän päästään on toimittava: on ennakoitava, suunniteltava, resursoitava ja toteutettava ennalta ehkäisevän sosiaalipolitiikan toimenpiteitä. Kun varautumista tehdään, niin huomiota on kiinnitettävä normeihin, päätöksenteko- ja rahoitusmekanismeihin, organisaatiotekijöihin ja prosesseihin ja niiden toteuttajiin. Lisäksi on huomioitava kansainvälinen, kansallinen, alue- ja paikallistaso. (Pajukoski 2006, 32-34.)

Käytännön toimintana ehkäisevä toiminta on siten yksilö- ja perhekohtaisen työn lisäksi kuntalaisten elämän olosuhteisiin kohdistuvaa sosiaalisten riskien ehkäisyä sekä jo olemassa olevia voimavaroja ja suojausmekanismeja säilyttäviä ja lisääviä toimintoja, jotka turvaavat yksilöiden ja perheiden elämönhallintaa erilaisissa elämäntilanteissa ja olosuhteissa. Tällöin ehkäisevän toiminnan vastuut kunnassa laajenevat perinteisiä sosiaalihuoltopalveluja huomattavasti laajemmalle.

ENNALTAEHKÄISEVÄ TOIMINTA UUDESSA SOSIAALIHUOLTOLAKIEHDOTUKSESSA

Vuonna 2009 Sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän valmistelevaan sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamista. Työryhmä jätti työnsä loppuraportin vuonna 2012. Loppuraporttiin sisältyi myös ehdotus uudeksi sosiaalihuoltolaiksi.

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmä näki ennaltaehkäisevän toiminnan ja varhaisen tuen niin merkittävänä, että asetti yhdeksi tavoitteeksi sosiaalihuollon lainsäädäntötyössä painopisteen siirtämisen ennaltaehkäisevään työhön ja varhaiseen tukeen. Nyt voimassa olevassa vuonna 1982 säädettyssä Sosiaalihuoltolaissa ennaltaehkäisevä toiminta ei tule juuri esille. Sen ennaltaehkäisevää toimintaa määrittävä kohta löytyy sosiaalihuollon tarkoitusta koskevasta pykälästä. Sen mukaan sosiaalihuollolla tarkoitetaan sosiaalipalveluja, toimeentulotukea, sosiaalivastuuksia, sosiaalista luottoa ja niihin liittyviä toimintoja, joiden tarkoituksena on edistää ja ylläpitää yksittäisen henkilön, perheen sekä yhteisön sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä. (Sosiaalihuoltolaki 710/1982, § 1.)

Työryhmä perustelee ennalta ehkäisevän toiminnan ja varhaisen tuen vahvistamisen Suomea velvoittavilla kansainvälisillä sopimuksilla ja Suomen perustuslailla (Suomen perustuslaki 731/1999, § 19 mom 3). Työryhmä nostaa erityisesti esille perustuslain 19 § 3 momentin, joka sisältää veloitteen julkiselle vallalle turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistää väestön terveyttä. Työryhmä tulkitsee em. lain kohdan tarkoittavan toisaalta sosiaali- ja terveydenhuollon ennaltaehkäisevästä toiminnasta ja varhaisesta tuesta huolehtimisen sekä toisaalta yhteiskunnan olosuhteiden kehittämisen julkisen vallan toimesta niin, että hyvinvoinnin ja terveyden edistyminen mahdollistuu. (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2012, 16, 102, 212.)

Työryhmän pyrkimys siirtää sosiaalihuollon painopistettä ennaltaehkäisevän toiminnan ja varhaisen tuen suuntaan näkyy myös itse lakiehdotuksen rakenteessa. Sosiaalihuoltolakiehdotukseen (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen, 2012, s. 170–172, § 6–13) on sisällytetty oma lukunsa, luku 2, Hyvinvoinnin edistäminen, määrittämään ennaltaehkäisevää toimintaa ja varhaista tukea ja niiden yksityiskohtia. Luku sisältää määräyksiä ennaltaehkäisevän toiminnan ja varhaisen tuen

1. tavoitteen asettelusta,
2. toimenpiteistä ja työmuodoista,
3. väestön hyvinvointikehityksen ennakoinnista, seurannasta ja arvioinnista sekä
4. kansalaisten osallisuuden vahvistamisesta ehkäisevässä toiminnassa ja varhaisessa tuessa.

Sosiaalihuoltolakiehdotuksessa sosiaalihuollon yleisenä tavoitteena on vaikuttaa ennen kaikkea väestön sosiaaliseen hyvinvointiin, turvallisuuteen, toimintakykyyn ja osallisuuteen. Työryhmä näkee myös

lain yksityiskohtaisissa perusteluissa, että on olemassa väestöryhmiä, joiden kohdalla hyvinvoinnin edistäminen tarkoittaa eriarvoisuuden ja syrjäytymisen vähentämistä. Lisäksi lakiehdotuksessa uuden sosiaalihuoltolain tarkoituksena on määritelty sosiaalihuollon toimintaedellytysten ja sosiaalihuollon ja kunnan muiden toimialojen sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävän yhteistyön parantaminen hyvinvoinnin edistämiseksi ja väestön tuen tarpeisiin vastaamisessa. (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2012, 102, 169.)

ENNALTAEHKÄISEVÄN TOIMINNAN JA VARHAISEN TUEN TAVOITTEEN ASETTELU, TYÖMUODOT JA SISÄLLÖT

ENNALTAEHKÄISEVÄN TOIMINNAN JA VARHAISEN TUEN TAVOITTEEN ASETTELU

Sosiaalihuoltolakiehdotuksessa ennaltaehkäisevän toiminnan ja varhaisen tuen tavoitteeksi määritetty hyvinvoinnin edistäminen. Sosiaalihuoltolakiehdotus määrittää hyvinvoinnin edistämisen toiminnaksi, jolla tarkoitetaan kunnan eri toimialojen yhteistyössä toteuttamaa yksilöön, perheeseen, yhteisöihin ja väestöön ja näiden elinympäristöihin kohdentuvaa sosiaalista hyvinvointia ja terveyttä, turvallisuutta ja osallisuutta tukevaa ja lisäävää toimintaa. Lisäksi hyvinvoinnin edistämistä on toiminta, joka ehkäisee ja vähentää köyhyyttä, syrjäytymistä ja muita sosiaalisia haittoja ja kohdentaa suunnitelmallisesti voimavaroja hyvinvointia edistävällä tavalla. (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2012, 169, § 3 kohta 5.)

Sosiaalihuoltolakiehdotuksen mukaan kunnan strategisessa suunnittelussaan on asetettava paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin perustuvat hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet. Strategisessa suunnittelussa on määriteltävä myös hyvinvoinnin tavoitteiden edellyttämät käytännön toimenpiteet. Hyvinvoinnin tavoitteiden asettelussa kunnan on otettava huomioon myös eri väestöryhmät ja heitä koskevat suunnitelmat. (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen, 2012, 170, § 7.)

Sosiaalihuoltolakiehdotus pyrkii myös kuntalaisten osallisuuden vahvistamiseen ennaltaehkäisevän ja varhaisen tuen toiminnoissa. Sosiaalihuoltolakiehdotus määrittelee osallisuuden yksilön tosiasiallisina mahdollisuuksin osallistua ja vaikuttaa voimavarojensa mukaisesti ja tarvittaessa tuettuna itseään koskevien asioiden käsittelyyn sekä oman toimintaympäristönsä, yhteisönsä ja yhteiskunnan toimintaan sekä tehdä valintoja omissa asiassaan. (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2012, 170, § 8, 2 ja 169, § 3.)

Jotta tämä osallisuuden vaade täyttyy, niin kunnan on vähintään kerran valtuustokaudessa varattava kunnan asukkaille mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa hyvinvoinnin edistämisen tavoitteiden asettamiseen samoin kuin niitä tukevien toimenpiteiden määrittelyyn. (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2012, 170, § 8.)

Sosiaalihuoltolakiehdotus ottaa kantaa myös yhteistyöhön. Sosiaalihuoltolakiehdotuksen mukaan hyvinvoinnin edistäminen on kunnan eri toimialojen, järjestöjen ja yritysten keskinäiseen yhteistyöhön perustuvaa. Kunnan on nimettävä eri toimialojen vastuutahot hyvin-

voinnin edistämisen koordinoimiseksi. Lisäksi kunnan on huomioitava Terveydenhuoltolain (1362/2010, § 12) säädökset hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Kunnan on myös yhteistyössä muiden alueella toimivien tahojen kanssa koottava tietoa tarjolla olevasta muiden toimijoiden tarjoamasta tuesta ja ohjattava asukkaitaan tämän muiden toimijoiden järjestämän tuen hyödyntämiseen. (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2012, 170-171, § 7, § 10.)

ENNALTAEHKÄISEVÄN TOIMINNAN JA VARHAISEN TUEN TOTEUTUS JA TYÖMUODOT

Ennaltaehkäisevän toiminnan ja varhaisen tuen työmuodot nimetään lakiehdotuksessa neuvonnaksi ja ohjaukseksi, muiksi ennaltaehkäiseviksi toimiksi, rakenteelliseksi sosiaalityöksi, yhteisötoiminnan tukemiseksi ja hyvinvointivaikutusten ennakoinniksi ja arvioinniksi.

Neuvonta, ohjaus ja muut ennaltaehkäisivät toimet. Sosiaalihuoltolakiehdotuksen mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että asukkaiden saatavissa on riittävästi hyvinvointia tukevaa neuvontaa ja ohjausta sekä muita ennalta ehkäiseviä palveluita ja tukitoimia. Asukkailla pitää olla mahdollisuus asioida halutessaan myös nimettömänä. Tarvittaessa neuvontaa ja ohjausta voidaan tarjota myös kotikäynnin. Lisäksi vaikeassa asemassa oleville asukkailla tai kunnassa asuville henkilöille, jotka eivät itse kykene hankkimaan riittävästi apua, on kunnan sosiaalityön keinoin turvattava riittävästi tietoa ja tukea, jotta he voivat korjata elämäntilannettaan. Jos henkilöllä on muita kuin ennalta ehkäisevän toiminnan tarjoaman avun tarvetta, hänet on ohjattava sen tahon luo, jolta hän saa apua. Muissa ennaltaehkäisevissä toimissa lakiehdotus viittaa Terveydenhuoltolain (1362/2010) 13 § tarkoittamaan perusterveydenhuollon terveysneuvontaan, mutta jättää muut toimialat ja niitä koskevan lainsäädännön mainitsematta. (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2012, 171, § 11.)

Lisäksi sosiaalihuoltolakiehdotuksen mukaan kunnan on tehtävä yhteistyötä muiden alueellaan toimivien tukea tarjoavien toimijoiden kanssa. Kunnan on huolehdittava, että näiden muiden tukea tarjoavien tahojen tukea koskeva tieto on koottu ja jaettu asukkaille ja että tuki ohjautuu asiakkaiden hyväksi. (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2012, 171, § 10.)

Rakenteellinen sosiaalityö. Sosiaalihuoltolakiehdotus ei määrittele suoraan rakenteellisen sosiaalityön käsitettä. Sosiaalihuoltolakiehdotus sisältää kuitenkin sosiaalityön määrittelyn. Sosiaalihuoltolakiehdotuksen mukaan sosiaalityö on tutkimustietoon perustuvaa sosiaalihuollon ammatillisen henkilön suunnitelmallista ja tavoitteellista sosiaalisia ongelmia ehkäisevää, vähentävää tai poistavaa rakenteellista asiantuntijatyötä. Lisäksi sosiaalityö on yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen tuen tarpeen selvittämistä ja arviointiin pohjautuvaa sosiaalista asiantuntija-apua ja sen yhteensovittamista muiden toimijoiden tarjoaman tuen kanssa ihmisten hyvinvoinnin, turvallisuuden ja osallisuuden, sosiaalisen oikeudenmukaisuuden ja yhdenvertaisuuden ja yhteisöjen toimivuuden edistämiseksi. (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2012, 169, § 3.)

Sosiaalihuoltolakiehdotuksessa rakenteellisen sosiaalityön pitää:

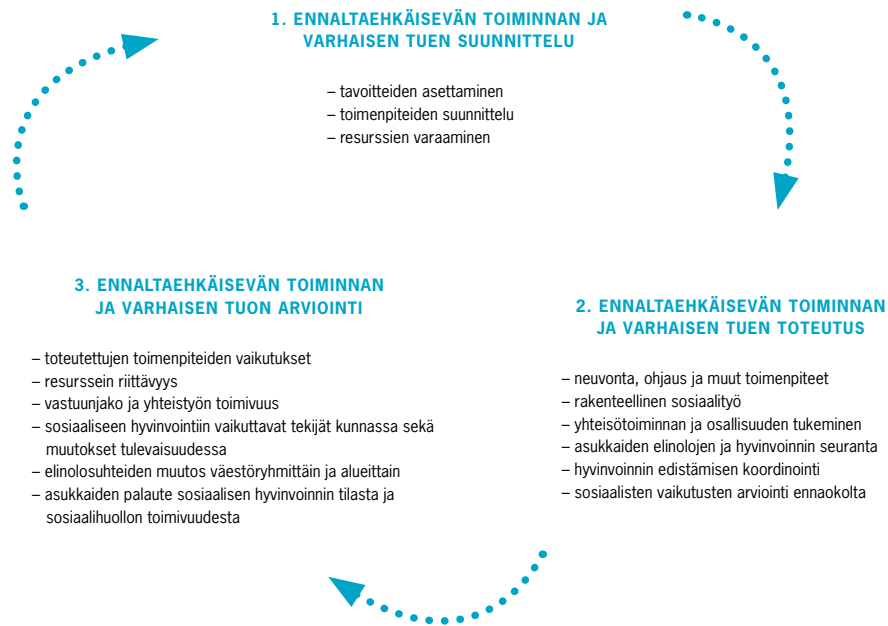
1. Tuottaa asiakastyöhön perustuvaa tietoa asiakkaiden tarpeista ja niiden yhteiskunnallisista yhteyksistä ja tarpeisiin vastaavien sosiaalipalvelujen ja muiden sosiaalihuollon tukitoimien vaikuttavuudesta.
2. Toteuttaa ennaltaehkäiseviä ja varhaiseen tukeen liittyviä toimenpiteitä.
3. Tuottaa toimenpideehdotuksia sosiaalisten ongelmien ennalta ehkäisemiseksi ja kunnan asukkaiden asuin- ja toimintaympäristöjen kehittämiseksi.
4. Tuoda sosiaalihuollon asiantuntemus kunnan muiden toimialojen suunnittelua varten.
5. Kehittää yhteistyössä muuta palvelu- ja tukivalikoimaa yksityisten palvelutuottajien ja järjestöjen kanssa. (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2012, 171-172 § 12.)

Yhteisötoiminnan ja osallisuuden tukeminen. Sosiaalihuoltolakiehdotuksessa yhteisö on määritelty yksilöiden muodostamaksi ja sosiaalisessa vuorovaikutuksessa olevaksi sekä jäsentensä osallisuutta edistäväksi ja tukeväksi ryhmäksi, joka on muu kuin perhe. (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2012, 169, § 3, kohta 6.)

Sosiaalihuoltolakiehdotuksen mukaan kunnan on luotava edellytyksiä aktiiviselle yhteisötoiminnalle ja yksilöiden kiinnittymiselle yhteisöön. Kunnan on toisaalta huolehdittava ehkäisevän sosiaalityön toteuttamisesta sen kaikissa muodoissa, mutta lisäksi sosiaalihuollon on yhdessä muiden toimialojen kanssa huolehdittava, että kunnassa on riittävästi tuen tarpeessa olevien yhteisöjen toimintamahdollisuuksia ja voimavaroja vahvistavaa ohjattua toimintaa. Lisäksi on oltava esteettömiä kokoontumispaikkoja, toimintavälineitä ja ohjausta asukkaiden yhteisöllistä ja omaehtoista toimintaa varten sekä mahdollisuus myös niiden hyödyntämiseen. Kunnan on myös poistettava haittoja, jotka rajoittavat kuntalaisten toimintamahdollisuuksia ja osallistumista. (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2012, 172, § 13.)

Hyvinvointivaikutusten ennakointi. Sosiaalihuoltolakiehdotuksen mukaan kunnan on päätöksensä valmistelussa, päätöksissä ja toteuttamisessa ennakoitava, arvioitava ja otettava huomioon niiden vaikutukset väestön hyvinvointiin ja ehkäistävä epäkohtien syntymistä. (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2012, 170, § 6 ja 7.)

Hyvinvoinnin edistämisen koordinointi ja yhteistyö. Kunnan on nimettävä eri toimialojen vastuutahot hyvinvoinnin edistämisen koordinoimiseksi. Sosiaalihuoltolakiehdotus sisältää myös määräyksen, että kunnan on tehtävä yhteistyötä muiden kunnassa toimivien julkisten tahojen, yritysten ja järjestöjen kanssa. (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2012, 170, § 7.)



Kuvio 2. Sosiaalihuoltolakiehdotuksen määräykset ennaltaehkäisevästä toiminnasta ja varhaisesta tuesta suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheessa

ELINOLOJEN JA HYVINVOINNIN SEURANTA JA ARVIOINTI

Sosiaalihuoltolakiehdotus edellyttää, että kunta seuraa asukkaidensa elinoloja, hyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin ja alueittain. Tämän lisäksi on seurattava suoritettujen toimenpiteiden vaikutusta asukkaiden hyvinvointiin. (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2012, 170, § 7.)

Vuosittain ennen talousarvion laatimista on raportoitava kunnanvaltuustolle kunnan asukkaiden elinoloista ja hyvinvoinnin tilasta samoin kuin palvelujen ja tehtyjen toimenpiteiden vaikutuksista asukkaiden hyvinvointiin. (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2012, 170, § 7.)

Lisäksi raportin tulee sisältää sosiaalihuollon osalta:

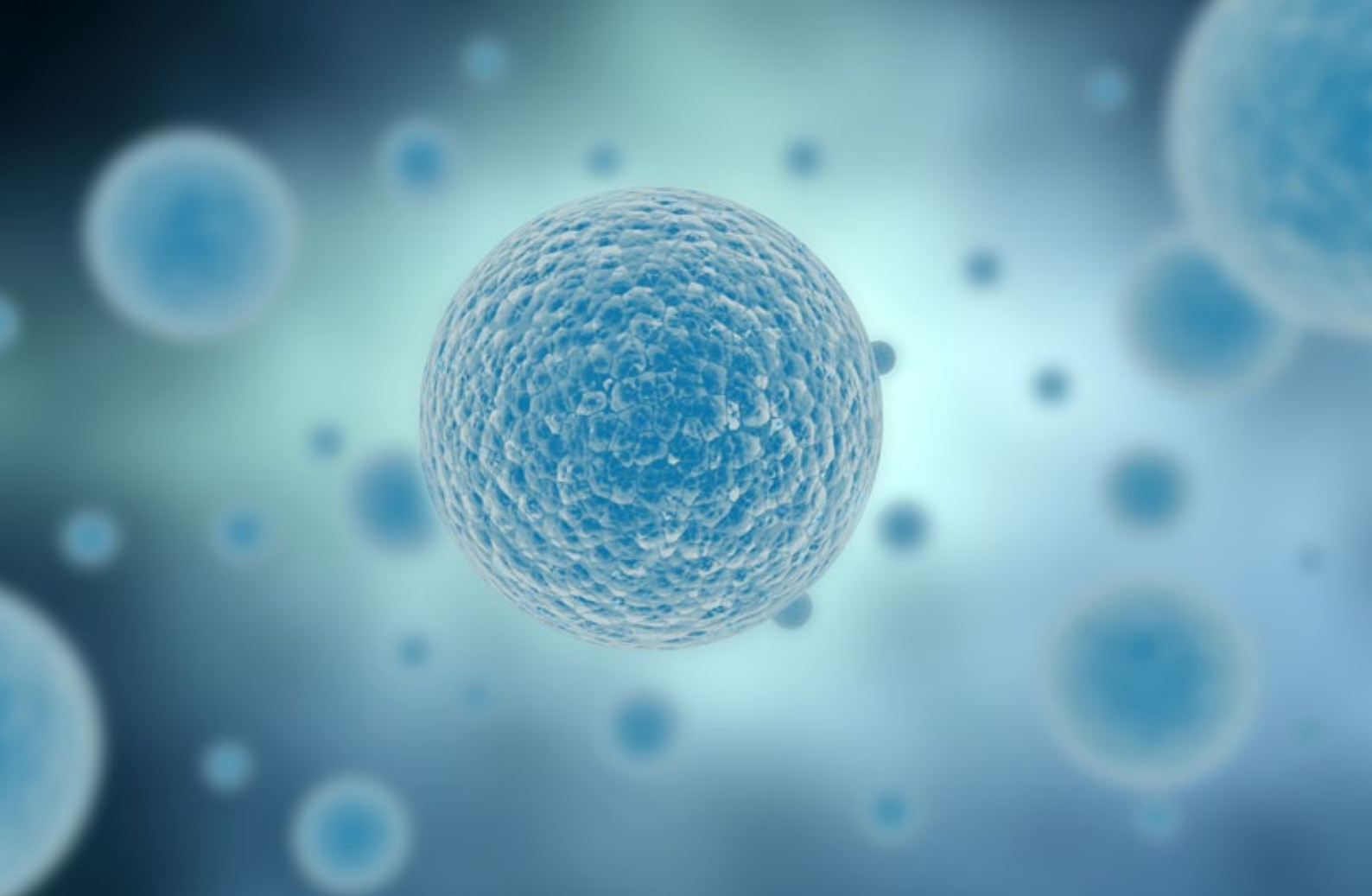
1. Kunnan asukkaiden sosiaaliseen hyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden arviointi ja ennakointi.
2. Arvio sosiaalihuoltoon varattujen voimavarojen riittävydestä ja tilasta.
3. Arvio asukkaiden saamien sosiaalipalvelujen ja muiden sosiaalihuollon tukitoimien määrästä ja laadusta suhteessa asukkaiden tarpeisiin.
4. Ehdotukset toimenpiteiksi, joilla havaitut puutteet ja epäkohdat voidaan korjata. (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2012, 171, § 9.)

Kerran valtuustokaudessa valtuustolle annetaan vuosittaista raporttia laajempi hyvinvointikertomus Terveystalouden (1362/2010, § 12) määräykset huomioon ottaen. Sosiaalihuollon osalta hyvinvointikertomuksessa on oltava vuosittaisen raportointitiedon lisäksi:

1. Väestöryhmittäin laadittu kattava ammatillinen arvio hyvinvoinnin edistämiseksi asetettujen tavoitteiden ja tehtyjen suunnitelmien toteutumisesta ja vaikutuksesta asukkaiden sosiaaliseen hyvinvointiin.
2. Arvio eri toimijoiden välille tehdyn vastuunjaon ja yhteistyön toimivuudesta.
3. Asukkailta kerätty palaute kunnan väestön sosiaalisen hyvinvoinnin tilasta ja sosiaalihuollon toimivuudesta kunnassa sekä toimenpide- ja kehittämissuhteet. (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2012, 171, § 9.)

Kunnan on raportoinnin tulosten perusteella tarkistettava myös hyvinvoinnin edistämisen tavoitteita ja niitä tukevia toimenpiteitä ja huomioitava ne myös talousarvion tekemisessä. (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2012, 171, § 9.)

Lisäksi niin vuosittaisen raportin kuin valtuustokausittain tehtävän hyvinvointikertomuksen tekemisessä on hyödynnettävä myös rakenteellisen sosiaalityön asiakastyöhön perustuvaa tietoa sekä sosiaaliamiehen vuosittaisia selvityksiä. (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2012, 171, § 9.)



Terveystieteellisen tutkimustiedon hyödyntäminen johtamisessa

Leena Paasivaara

TtT, professori

Terveysalan toimintaympäristöä kuvaa kompleksisuuden käsite. Tämä haastaa johtajia hyödyntämään tietoa johtamistyössään. Aihe näyttäytyy tutkijoille hyvin monimuotoisena ja ilmeisenä teemana. Pohdin tässä artikkelissa tiedon hyödyntämistä johtamistyössä vaikuttavuusdiskurssin näkökulmasta. Tarkastelen myös sitä, miten näemme tiedon, sen objektiivisen ja toiminnallisen luonteen ja yleensä mitä näyttöä pidetään vakuuttavana ja hyväksyttävänä. Näiden tekijöiden pohdinta vaikuttaa siihen, millaista tietoa pidetään johtamistyössä vaikuttavana.

TOIMINTAYMPÄRISTÖN KOMPLEKSISUUS – HAASTE JA MAHDOLLISUUS JOHTAMISEEN

Suomalaisessa terveysalan organisaatiossa johtamisjärjestelmää on usein kuvailtu pystysuuntaisena byrokraattisena systeeminä, jonka toiminnan perustana on valta ja kontrolli. Toiminta on huolellisesti suunniteltu, etukäteen määriteltyä, kaavamaista ja stabiilia. Asioita johdetaan usein määräyksillä, ohjeilla ja tiedotteilla, jotka tukevat johdon suunnitelmia. Ideaalimallin mukainen viranhaltija noudattaa toimissaan tunnollisesti ja onnistuneesti annettuja sääntöjä. Näiden periaatteiden soveltaminen ei ole tukenut julkisen sektorin toimijoiden innovatiivisuutta (Olsen 2006) ja tiedon uudistamista.

Julkisen hallinto muuttuu kuitenkin jatkuvasti poliittisten muutosten, hallinto- ja palvelukehittämisprosessien yhteydessä, josta innovaatio-perusteinen muutos muodostaa yhden osa-alueen (Anttiroiko 2009). Vigoda-Gadot ym. (2008) mukaan ongelmaksi muodoutuu se, että julkishallinto ja innovatiivisuus muodostavat varsin yhteensopimattoman käsiteparin. Julkishallinnon byrokratiaan kuuluvat klassiset piirteet korostavat oikeusturvaa ja hierarkkisia hallintasuhteita, eivätkä lähtökohtaisesti tue innovatiivista tiedon tuottamista ja uudistamista.

Viime vuosien yhteiskunnallista ja työelämän kehitystä voidaan yleisesti kuvata monessa mielessä kompleksisena. Tämä näkyy luonnollisesti myös terveysalan toimintaympäristön ja siinä tapahtuvan johtamistyön muovautumisessa. Kompleksisuus tarkoittaa sellaisen kokonaisuuden tai järjestelmän ominaisuutta, joka koostuu monesta, toisiinsa vaikuttavasta osasta ja nämä osien vaikutukset ovat vaikeasti selitettäviä.

Kompleksisuuden määritelmät näyttäytyvät arkikielessä melko kielteisenä vastineena niille asioille, joiden hallitseminen tai edes ymmärtäminen on tuntunut inhimillisesti katsoen vaikealta. Kansallista ja paikallista terveys- ja sosiaalialan päätöksentekoa on hallinnut

palvelujärjestelmän toimintojen ja rakenteiden muovautuminen yhä monikerroksisemmaksi. Käytäntö on osoittanut, että tätä myöten myös terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen keskustelu kadotetaan helposti järjestelmän vaikeaselkoisiin verkostoihin.

Pietiläisen (2010) mukaan kielteisen keskustelun ohella kompleksisuudesta on löydettävissä myös yllättäviä mahdollisuuksia. Mahdollisuuksien taustalla on vaikuttanut oletus todellisuuden hyväksymisestä monimutkaisena ja osittain hallitsemattomana kokonaisuutena, joka vapauttaa ihmisen ajattelemaan luovasti tarjoten samalla ulospääsyn toimimattomista rutiineista.

Kompleksisuutta voidaan avata esimerkiksi työyhteisöjen tasolla hyvin konkreettisesti siten, että ne ovat nykyään yhä harvemmin stabiileja kokonaisuuksia. Toimintaympäristönä ne ovat muovautuneet ja muovautumassa yhä liikkuvammaksi, sääntelemättömämmäksi ja joustavammaksi (Julkunen 2008). Ajasta ja paikasta riippumaton työn tekeminen on mahdollistunut nykYTEKNOLOGIAN avulla. Uudessa yhteiskunnallisessa tilanteessa myös yksilöiden sitoutuminen työyhteisöihin on muuttunut. Työurat katkeilevat, projektiluontoiset päätkätyöt lisääntyvät ja ihmiset vaihtavat työtä ja ammatillista suuntautumistaan useaan kertaan elämänsä aikana (Feldt ym. 2007; Järvinen 2011). Työyhteisön ja siihen liittyvien ilmiöiden määrittely on siten yhä monimuotoisempaa ja haastavampaa.

Ilahduttavaa on, että tutkijoiden kiinnostus myös terveysalan toimintaympäristön kompleksisuutta kohtaan on voimakkaasti lisääntynyt (esim. Ryttilä 2011; Simonen 2012). Kompleksisuus on nähty avaavana tekijänä ymmärtää monimutkaisten ilmiöiden tutkimiseen. Tutkijat ovat joutuneet usein umpikujaan viimeisten vuosikymmenten ja perinteisten tieteellisten selitysmaallisen puutteellisuuteen ymmärtää turbulentiasta ja vaikeasti ennustettaviksi muuttunutta toimintaympäristöä.

VAIKUTTAVUUSKESKUSTELU OSANA TIETOPERUSTEISTA TOIMINTAA

Kompleksisuuden hallinnan käsitepariksi on myös terveysalalla tuotu vaikuttavuus käsite. Vaikuttavuus määritellään usein kyvyksi saavuttaa haluttu tavoite tai taso, jolla tulokset saavutetaan. Nykyisellään vaikuttavuuspuheissa on pohjimmiltaan kyse siitä, että rajalliset voimavarat on pyrittävä käyttämään mahdollisimman hyvin kansalaisten rajattomien tarpeiden tyydyttämiseen, minkä vuoksi toiminnan on oltava vaikuttavaa. Kuten hyvin tiedetään, julkinen terveysala hakee ratkaisuja miten selvitä kasvavasta ja muuttuvasta palvelutarpeesta yhä niukenevilla resursseja sekä tiukemmilla talousvaateilla.

Voimme hyvällä syyllä siis kysyä, mitä tämä vaikuttavuuskeskustelu sivuaa terveystieteellisen tieteen ja tiedon kenttää? Terveys- ja sosiaalialan kompleksisuuden hallintaan ja vaikuttavan tulosten saavuttamiseen on esitetty yksinkertaista lääkettä: sitä tulee hallita tiedolla ja johtamisella. Tiedon merkitys lisääntyy jatkuvasti, mutta myös ymmärrys sen monimuotoisuudesta lisääntyy.

Vaikuttava terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvä toiminta ja sen johtaminen perustuu tosiasioihin. Tosiasioihin perustuva toiminta

tarkoittaa asioiden parempaa ymmärrystä, syvempää logiikkaa ja tosiasioita, jotka antavat mahdollisuuden tehdä asioita paremmin. Tiedon johtaminen tarkoittaa tiedon laaja-alaista hyödyntämistä johtamisessa, jonka tavoitteena on pyrkiä parantamaan organisaation suoritusta, luomaan uusia näkökulmia päätöksentekoon ja tukea moninaista tiedon hyödyntämistä. Tiedon avulla pyritään ohjaamaan toimintaa haluttuun suuntaan ja vahvistamaan organisaation yhteistä asioiden ymmärtämistä. Tiedon avulla voidaan myös etsiä uusia, innovatiivisia toiminnan tapoja sekä tuoda uutta näkökulmaa johtamistyöhön (Simonen 2012).

Johtamisen ongelmat johtuvat Pfefferin ja Suttonin (2006) mukaan puolittouksien ja uskomusten käytöstä. Tietoperusteisessa toiminnassa yhdistyvät näyttö eli evidenssi, tieto ja tiedon käyttö välineenä, mutta myös kokemuksellisuus ja kyvykyys soveltaa hyviä käytäntöjä.

Keskeinen kysymys onkin, miten tiedon luonne ymmärretään, miten tietoa jaetaan, miten se siirtyy ja miten sitä käytetään? Tiedon luonteen ymmärtämiseen on kirjallisuudessa kaksi pääsuuntaa sen mukaan, nähdäänkö tieto objektina vai toimintana eli tietämisenä (kuvio 1).

OBJEktiivisten ja toiminnalliset näkemykset tiedosta (Hislop 2005)

| TIETO OBJEKTINA | TIETO TOIMINTANA |
|--|---|
| – älyllisestä prosessista peräisin oleva tieto | – käytäntöön upotettu tieto |
| – tieto on aineeton kokonaisuus tai kohde | – tietämisen ja tekeminen erottamattomat |
| – tieto on objektiivista faktatietoa | – tieto on sidoksissa ihmiseen |
| – eksplisiittinen tieto/implisiittinen tieto | – tieto on sosiaalisesti luotoa |
| – erilliset tiedon kategoriat | – tieto on moniulotteista |
| | – vaikuttavuuden deskriptiivinen luonne? |

Kuvio 1. Objektiivisten ja toiminnalliset näkemykset tiedosta (Hislop 2005)

Ensimmäisen näkökulman mukaan organisaation tietoa tarkastellaan sen omistuksessa olevana resurssina. Tieto voidaan nähdä siis jonain, mitä organisaatio pitää hallussaan, kuten aineeton pääoma. Tietoa voidaan myös pitää jonain, mitä organisaatio tuottaa ja sen jälkeen omistaa, kuten uudet ideat, innovaatiot ja oppiminen. Toinen näkökulma tarkastelee tietoa dynaamisena prosessina, kuten tiedon jakamisena, siirtämisenä ja luomisena. Itse näen terveystieteellisen tutkimuksen kytköksen nimenomaan tähän jälkimmäiseen, tieto toimintana, jolloin siinä korostuu tiedon deskriptiivinen luonne.

MITEN TIEDOSTA ON SITTEN PYRITTY TEKEMÄÄN VAIKUTTAVAA?

Vaikuttavuusdiskurssi on ollut kehittämisen tunnusomainen piirre 2000-luvulla. Vaikuttavuuden käsitteen ympärille on muotoutunut erilaisia tietokulttuureja, joilla on omat lähtökohtansa ja yhteiskunnallinen tilauksensa. Vaikuttavuusdiskurssi on jatkumoa laatukselulle ja pitää tätä nykyään sisällään Evidence Based Practice (EBP) tai Knowledge Based Practice (KBP) -lähestymistavat. Näiden lähtökohtana on toiminnan työkäytäntöjen ja -menetelmien kehittäminen tutkitun, arvioidun tiedon pohjalta. Tätä kuvataan myös muun muassa hyvä käytäntö -käsitteellä. Johtamisteoreettisessa kentässä hyvä käytäntö -käsitteellä viitataan näyttöön perustuvaan johtamiseen (evidence-based management), jossa yhdistetään tiedon hyödyntäminen johtamiseen.

Hyvät käytännöt -ajattelutavan taustalla olevia erilaisia käsityksiä siitä, millaista näyttöä hyvydestä ja vaikuttavuudesta on ja mitä näyttöä pidetään vakuuttavana ja hyväksyttävänä. Kyse on mielestäni erilaisten arviointisuuntausten taustalla olevista ontologisista näkemyksistä. Näyttöperusteisuutta ja vaikuttavuustietoa esille tuovassa keskustelussa viitataan usein näytön hierarkiaan, jossa arvotetaan erilaisin filosofioin ja erilaisin menetelmin tuotettua tietoa sen mukaan, kuinka luotettavana sitä pidetään näytön suhteen. Tutkimustiedon hyödyntäminen ja siirrettävyys on sitä vaikeampaa mitä vähemmän teknisestä ja mitä abstraktisemmasta ja systeemisesti kompleksisesta ilmiöstä on kyse

Toiseksi tuon esille hyvä käytäntö -käsitteen deskriptiivistä luonnetta. Se korostaa vaikuttaviin käytäntöihin liittyviä periaatteita, eikä niinkään käytäntöjen siirtämistä sellaisenaan kontekstista toiseen. Deskriptiiviset hyvät käytännöt ovat kuvauksia toimintatavoista, jotka on aina jossakin määrin sovellettava ja tulkittava kontekstissaan uudestaan. Hyvien käytäntöjen siirtäminen kontekstista toiseen tarkoittaa keskeisten tekijöiden tunnistamista ja uudelleen tuottamista uudessa toimintaympäristössä.

KASVAVA TIETOPÄÄOMA – OSATAANKO SITÄ KÄYTTÄÄ?

Terveystieteiden kehittämisen taustalla olevia tietokantoja on jo paljon olemassa. Tietopääomaa meillä on siis käytettävissä jo valtavasti. Myös terveystieteellinen tutkimus terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen näkökulmasta on alati laajeneva ja kasvava tietoaalue. Tätä tietopääomaa voidaan joko lisätä, hukata tai jättää käyttämättä. Haasteellisenä voidaan nähdä tietointensiivisessä työssä, miten tieteellinen tieto ja tietovarannot saadaan realisoitua. Tämä aihealue on tutkimuksellisesti vielä kovin vähäistä, joten tarvitaan uutta tutkimusta ymmärtämään paremmin tiedon ja vaikuttavuuden hyödynnettävyyttä (Ryttilä 2011).

Tässä mielessä keskeinen huomio ja kysymys on: tietoa on, mutta osataanko sitä käyttää? Tieto muodostetaan eri lähteistä palapelin tavoin, jolloin yksilön henkilökohtaiset kokemukset, asiantuntemus sekä koulutustaustat oleellisesti vaikuttavat kokonaistiedon rakentamiseen, analysointiin sekä miten tietoa osataan tai voidaan jalostaa omaan tietotarpeeseen sopivaksi. Esimerkiksi johtamistutkimuksen näkökulmasta – jota itse edustan – analysoimaton raakatiedon

käyttäminen voi johtaa väärään tai puutteelliseen päätöksentekoon, tai muotoittaa työn ad hoc eli tilannetyyppiseksi.

Tietoa soveltaa, käyttää, jalostaa ja siirtää aina ihminen. Tietointensiivisellä terveydenhuoltoalalla myös polttopisteessä on ihminen. Parviainen ym. (2005) mukaan tiedonkäytön neljä perushaastetta ovat absoluuttinen tiedon puute, tiedon kulun esteet, kyvyttömyys analysoida olemassa olevaa tietoa ja kyvyttömyys hyödyntää analyysin tuomaa tietoa. Kaksi ensimmäistä liittyy tiedon keräämiseen, kaksi jälkimmäistä liittyvät tiedon käyttäjään. Terveystieteiden haasteena onkin tiedon käyttämättä jättäminen, kyky ja osaaminen analysoida tietoa sekä hyväksikäyttää analysoitua tietoa palveluiden suunnittelussa, toiminnassa ja päätöksenteossa.

TIEDONPOLUN MUODOSTAMINEN – JOHTAMISEN KULMAKIVI

Tästä näkökulmasta julkisen terveydenhuollon johtamisen kulmaksi muodostuu johtajan tiedonpolun muodostaminen työntekijöille, henkilöstölle. Tietopolulla tarkoitetaan analysoidun tiedon käyttämistä johtamisessa toiminnan suunnan näyttämiseen ja ohjaamiseen. Tietopolun muodostaminen on yksi kriittinen johtamisosaamisen alue tietoperusteisessa johtamisessa.

Ward ym (2009) tutkimus esittää tietopolun vaiheita mallin, jossa kuvataan tiedon muuntamiseksi toiminnaksi. Tällöin tullaan hyvin lähelle näyttöön perustuvaa toimintaa. Prosessissa tunnistetaan ongelma, johon tarvitaan tieto. Tietoa haetaan kirjallisuudesta ja sitä analysoidaan ja arvioidaan. Haetusta tiedosta tehdään synteesi, josta tehdään päätelmät ja joita käytetään tulkintojen tulevan toiminnan perustana. Tutkimustiedon käytännöllisyyttä ja tuloksellisuutta myös arvioidaan. Tutkimuksen mukaan tiedon vieminen käyttöön voidaan järjestää kolmeksi erilliseksi tiedonsiirtoprosessiksi.

Linearisessa prosessissa tiedon hyödyntäminen käytäntöön eteni asteittain vaiheesta toiseen. Näitä vaiheita olivat ongelman tunnistus, tiedon kerääminen ja tiedon valinta, konteksti analyysi ja tiedonsiirtotoimen sekä tiedon hyödyntäminen. Syklisessä prosessissa prosessin aikana voidaan palata edellisiin vaiheisiin. Dynaaminen, monisuuntainen prosessi kuvaa tutkimuksessa kehitettyä mallia, jossa hahmotetaan eri vaiheet, mutta tiedon hyödyntäminen nähdään jatkuvana ja vuorovaikutteisena prosessina. Tutkijoiden kehittänyt malli on vielä varsin yleisellä tasolla tukeakseen käytännön johtamistyötä. Malli kuitenkin avaa mielenkiintoisen tarkastelunäkökulman hahmottaa polveilevaa ja jatkuvasti muuntuvaan johtamisessa vaadittavaa tiedonpolkua.

LOPPUKESKUSTELU

Vaikuttavan tiedon keräämiseen ja soveltamiseen liittyy myös eettisiä kysymyksiä. Nämä korostuvat juuri terveystieteellisessä tutkimustiedon hyödyntämisessä, sillä tuotettua tietoa tullaan tulevaisuudessa käyttämään yhä enenevässä määrin niukkenevien resurssien käyttöä suuntaavissa priorisointikeskusteluissa. Eettisissä pohdintoissa on syytä muistaa, että tutkittu tieto ei ole välttämättä objektiivista, vaan tiedonkeruun eri vaiheissa tutkijan on tehtävä mo-

nenlaisia arvovalintoja. Tiedon syntyyn vaikuttavat niin aihevalinnat ja painotukset, arvioinnin kohteet, tutkimusasetelmat ja menetelmät. Näiden tekijöiden vaikutus on tunnistettava tiedon merkitystä tulkittaessa ja sitä käytäntöön soveltaessa. Muutoin vaikuttavan tutkimustiedon käsite on tyhjä, joka tulee näkyväksi vasta, kun kohdennetaan kysymykseen siitä, millaisten pyrkimysten valossa tutkimustietoa hyödynnetään (Saarni 2010).

Johtamistyössä vaikuttavuuden käsite kohdistuu toiminnan arvioinnin näkökulmasta asiakkaisiin tai palvelujen käyttäjiin, jolloin vaikuttavuutta tulee arvioida suhteessa organisaation tavoitteisiin tai asiakkaiden tarpeisiin. Vaikuttavuutta on alettu pitää ammatillisen työn kehittämisen eettisenä perustana, sikäli kuin arvioinnilla voidaan auttaa tunnistaa asiakkaiden kannalta vaikuttavia lähestymistapoja ja menetelmiä. Eettisenä pohdintana voidaan todeta, että vaikuttavuustiedon kysyntää selittää osin palveluiden priorisoinnin tarve, mutta

siihen liittyy myös priorisoinnin vaikeus, kun on kyse sosiaali- ja terveysalaa koskevasta päätöksenteossa..

Loppuyhteenvetona voi todeta, että jokaisen tutkimustyötä tekevän tai sitä hyödyntävän on syytä pohtia, millainen tieteellinen tutkimus vaikuttavaa? Tuleeko tieteellisen tutkimuksen tavoitella vaikuttavuutta ja kenen ehdoilla? Millaisia ovat eettisesti kestävä johtamistyön tietopolut? Vaikuttavan terveystieteellisen tutkimustiedon hyödyntämisen pohdinta saa vahvaa tukea Niiniluodon (2002) listauksesta tieteiden tulevaisuuden relevanssista. Omasta mielestäni tieteeseen tulee olla johtamiskäytäntöä hyödyntävää, toisaalta käytännön tulee taas osata hyödyntää tieteellistä tutkimusta, mutta tieteellä on aina myös soihdunkantajan rooli, sen on uskallettava avata uusia näkökulmia. Emme voi alistaa terveystieteellistä tutkimusta yksin sosiaali- ja terveysministeriön mietintöjen poliittisiin pohdintoihin, vaan oltava rohkeasti myös eri mieltä ja uutta luovilla tiedonpoluilla.

LÄHTEET

Anttiroiko, A.-V. 2009. Innovaatiot muutoksen lähteenä. Kuntien innovaatiotoiminta kunnallishallinnon muutoksen suuntaajana. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 3, 276–293.

Feldt, T., Kinnunen, U., Rönkö, T., Kinnunen M.-L. & Rusko H. 2007. Työnkuormituksesta palautuminen ja sen mittaaminen: psykologinen ja fysiologinen näkökulma. Teoksessa A. Aro, T. Feldt & V. Ruohomäki (toim.) Puheenvuoroja työ- ja organisaatiopsykologiasta. Helsinki: Edita, 60-83.

Hislop, D. 2005. *Knowledge Management in Organizations. A Critical Introduction.* Oxford: Oxford University Press.

Julkunen, R. 2008. Uuden työn paradoksit. Keskusteluja 2000-luvun työprosess(e)ista. Tampere: Vastapaino.

Järvinen, P. 2011. Suomen työelämän muutoksia 2000-luvulla. Tutkimuksia vaikuttavuuden kehittämiseen. TEM-analyseja 35. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.

Niiniluoto, I. 2002. *Johdatus tieteenfilosofiaan: käsitteen ja teorianmuodostus.* Helsinki: Otava.

Olsen, J. 2006. Maybe It Is Time to Rediscover Burawczyk. *Journal of Public Administration Research and Theory* 16(1), 3-15.

Parviainen, P., Lillrank, P. & Ilvonen, K. 2005. Johtaminen terveydenhuollossa. Käytännöt, vastuut, valvonta. Tampere: Talentum Media Oy.

Pfeffer, J. & Sutton, R.I. 2006. *Hard Facts, Dangerous Half-Truths And Total*

Nonsense: Profiting From Evidence-Based Management. Boston: Harvard Business Review Press.

Pietiläinen, V. 2010. Johtajan ammatillisten kompetenssien profiloituminen kompleksisessa toimintaympäristössä - tapausesimerkinä opetustoimen alaiset oppilaitosorganisaatiot. Väitöskirja. Lapin yliopisto.

Rajavaara, M. 2007. Vaikuttavuusyhteiskunta. Sosiaalisten olojen arvostelua vaikutusten todentamiseen. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 84. Helsinki.

Rytilä, M. 2011. Tietoperustainen johtaminen palvelutoiminnan suunnittelussa julkisella terveydenhuoltoalalla. Väitöskirja. Lapin yliopisto.

Saarni, S. 2010. Vaikuttavuuden huomiointi terveydenhuollon päätöksenteossa. Eettinen analyysi. *Tutkimus* 40. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki.

Simonen, O. 2012. Vaikuttavuustiedon hyödyntäminen erikoissairaanhoidon johtamisessa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Vigoda-Gadot, E., Shoham, A., Schwabsky, N. & Ruvio, A. 2008. Public sector innovation for Europe: a multinational eight-country exploration of citizens perspectives. *Public Administration* 86(2), 307-329.

Ward, V., House, A. & Hamer, S. 2009. Developing a framework for transferring knowledge into action: a thematic analysis of the literature. *Journal of Health Services Research and Policy* 14(3), 156-164.



Monimuotoistuvan työyhteisön johtamisen haasteita

Helena Heikka
TtT, yliopettaja

Sosiaali- ja terveysala on suuri yksityisen ja julkisen sektorin työllistäjä ja kansalaisten hyvinvointia edistävä toimialue, joka muuttuu ja kehittyy jatkuvasti. Koko terveys- ja hyvinvointipalvelujen kansallinen kenttä on rakentumassa uudestaan niin ohjauksen, osaamisen kuin organisaatioidenkin osalta. Toimintaympäristön muutokset lisäävät sekä henkilöstön että johtajien osaamistarpeita ja haastavat johtajat pohtimaan, miten työyhteisön monimuotoisuuden lisääntyminen saadaan osaksi organisaation voimavaroja. Johtamisen keskeisenä tehtävänä on toiminnan suuntaaminen siten, että ihmiset, organisaatio ja verkostot saavuttavat toiminnalle asetetut tavoitteet. Verkostomaiset palveluprosessit ja monimuotoiset uudet organisaatiot ovat keskeinen osa sosiaali- ja terveyspalveluiden johtamisessa.

Työmarkkinoiden rakenteellinen muutos, eläkkeelle siirtyvien suuri joukko, nuorten ikäluokkien pieneneminen ja monimuotoistuva henkilöstörakenne tuovat henkilöstökysymykset organisaatioiden strategisen johtamisen ytimeen. Kun vuoteen 2025 mennessä yli puolet kuntien henkilöstöstä jää eläkkeelle, nousee henkilöstöjohtamisen haasteeksi osaavan työvoiman riittävyyden turvaaminen sekä ihmisten luovuuden ja osaamisen monipuolinen hyödyntäminen

(Pakarinen 2009). Tulevaisuudessa uusien työntekijöiden rekrytointi vaikeutuu kaikilla aloilla, jolloin palvelut on tuotettava entistä pienemmällä henkilöstömäärällä (Lammintakanen 2011).

Sosiaali- ja terveysalan työvoimapula on sidoksissa alaan ja alueeseen. Työvoimapulaan on vastattu muun muassa hankkimalla työntekijöitä ulkomailta ja lisäämällä maahanmuuttajien kouluttamista alalle. Koposen ym. (2012) mukaan noin 38 000 sosiaali- ja terveysalan koulutuksen saaneista henkilöistä työskentelee muissa kuin oman alansa tehtävissä ja alan vaihtoa pohtivien hoitajien osuus on melko suuri, vaikka töitä uskotaan riittävän pitkälle tulevaisuuteen ja ammatista ollaan ylpeitä. Merkittävä osa epäilee jaksavansa alalla työuran loppuun. Houkuttelevuuden kannalta alan jatkuva muutostila näyttää olevan kielteinen ilmiö.

Sosiaali- ja terveystoimen organisaatiot ovat riippuvaisia toimintatavoista, joilla osaamiseen perustuvia voimavaroja käytetään ja kehitetään. Toimintamallien uudistaminen ja kehittäminen nostaa esiin kysymyksen siitä, miten uudentyypistä osaamista hankitaan organisaatioon. Esillä on ollut kysymys osaavan työvoiman riittävyy-

destä ja henkilöstöjohtamisen valmiudesta hyödyntää kaikkien kyky- ja luovuspotentiaalia organisaation tavoitteiden saavuttamiseksi. (Pakarinen 2009.) Sosiaali- ja terveystieteiden siirtyä eläkkeelle noin 10 000 henkilöä vuodessa. Kokeneille työntekijöille räätälöityjen, fyysisesti helpompien tehtävien avulla voitaisiin osaltaan estää työvoiman poissiirtymistä. Maahanmuuttajien kouluttamisessa riittävän kielikoulutuksen rinnalla merkittävä kysymys on työyhteisöjen ja niiden johdon valmentaminen monikulttuurisuuteen ja monimuotoisen työyhteisön johtamiseen. (Koponen, Laiho & Tuomaala 2012.)

Sosiaali- ja terveystieteiden henkilöstön voimavarojen johtamista ja sen kehittämistä pidetään tärkeänä johtamisen alueena. Työyhteisön monimuotoisuuden lisääntyminen haastaa johtajat pohtimaan, miten erilaisuus saadaan organisaation voimavaraksi. Henkilöstöjohtaminen on osoittautunut merkittäväksi niin rekrytoinnissa kuin työpaikkaan sitoutumisessakin. Hyvällä johtamisella voidaan vaikuttaa myös työntekijöiden motivoitumiseen, työssä jaksamiseen sekä työn tuloksellisuuteen (Heikka 2008).

Mitä monimutkaisemmaksi toimintaympäristö muuttuu, sitä enemmän henkilöstön johtamisessa korostuu oppimista ja tiedon tuottamista edistävä, vuorovaikutteinen henkilöstöjohtaminen (Pakarinen 2009). Erityisesti asiantuntijaorganisaatioissa henkilöstö pitää tärkeänä arvostusta, oikeudenmukaisuutta ja yhteisöllistä toimivuutta (Lammintakanen 2011). Tärkeää on ymmärtää henkilöstön strateginen rooli, sillä henkilöstöstä huolehtiminen vaikuttaa koko organisaation strategian toteutumiseen. Henkilöstöjohtamisen strategia ja käytännöt määrittelevät miten henkilöstöä kohdellaan, hankitaan, valitaan, kehitetään ja motivoidaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon monimuotoistuminen näkyy henkilöstön lisäksi myös palvelujen tuotannossa, jossa voi olla julkisia, yksityisiä ja kolmannen sektorin toimijoita. Tämä edellyttää koordinoitua ja uudenlaisten kumppanuuksien syntymistä. (Lammintakanen 2011.) Tulevaisuudessa korostuu moniammatillisten verkostojen johtaminen, mikä edellyttää moniammatillisuuden toimintamekanismien ja erilaisen osaamisen merkityksen tunnistamista sekä erilaisten asiantuntijoiden vuorovaikutuksen tukemista (Niiranen 2011). Moniammatillisten verkostojen toimintaan vaikuttaa vahvasti organisaatiokulttuuriset tekijät, jotka voivat olla yhteistyötä edistäviä tai estäviä. Johtajien tuella ja vaikuttamalla organisaatiokulttuuriin tekijöihin voidaan edistää yhteistyön onnistumista. (Korhonen ym. 2000.)

Monimuotoisuudella on esitetty saavutettavan kilpailukykyä ja hyötyjä, kuten henkilöstön vaihtuvuuden alenemisella saavutettavat kustannussäästöt, lisääntynyt ongelmien käsittelykyky ja innovatiivisuus, parantunut työnantajamaine ja markkinoille pääsy sekä joustavuuden kasvu. Toisaalta siihen liitetään erilaisia haasteita, kuten epävarmuutta, uhkaa, ennakkoluuloja, lisääntynyttä konfliktialttiutta, kustannuksia tai tehokkuuden alenemista. (Sippola 2008.) Tyypillisin monimuotoisuuden johtamiseen liittyvä ongelma on kulttuurisen integraation ratkaiseminen. Tällä tarkoitetaan sitä, että pitäisikö erilaiset kulttuuriset ryhmät sulauttaa toisiinsa siten, että näiden yhdistelmästä muodostuisi kokonaan uusi yhteinen kulttuuri vai pitäisikö kulttuurien jatkaa olemassaoloaan organisaatioissa. (Heikkinen 2005.)

MONIMUOTOISUUDEN ILMENEMINEN TYÖYHTEISÖISSÄ

Perinteisesti määriteltynä monimuotoisuus (diversity) viittaa eroavaisuuksiin sukupuolesta, iästä ja etnisestä taustasta. Laajemmat määritelmät puolestaan huomioivat lisäksi fyysisten kykyjen ja muiden henkilökohtaisten ominaisuuksien eroavaisuudet. Monimuotoisuusteoriassa kulttuurinen monimuotoisuus tarkoittaa ihmisten kulttuurista eroavaisuutta, joka viittaa lähinnä arvojen, asenteiden, normien, tyylien ja käyttäytymisen eli kaikkien kulttuuristen piirteiden erilaisuuteen. Kulttuuri määritellään yleensä laajasti, jolloin mukaan otetaan myös eri ammattiryhmien ja osastojen kulttuurit organisaation sisällä. (Heikkinen 2005; Mor Barak 2005.) Se voi olla kaiken kattavaa erilaisuutta vakaumusten, mielipiteiden ja toimintatapojen kirjoa. Monimuotoisuus mielletään parhaimmillaan luontevaksi osaksi organisaatiota ja sen johtamisella on merkittävä rooli moniammatillisten ja -kulttuuristen tiimien rakentamisessa ja laadun parantamispyrkimyksissä.

Organisaatioiden lähestymistapa monimuotoisuuden johtamiseen vaihtelee suuresti. Erilaisten lähestymistapojen ja luokittelujen ero on siinä, sallitaanko erilaisuus vai onko se samanlaisuuden edistämistä ja samanlaista kohtelua lainsäädännön velvoitteisiin vedoten. Johdon asenteet ja näkemys monimuotoisuudesta heijastuvat vahvasti työyhteisöön ja organisaatiokulttuuriin. Johtamisen tavoitteena tulisi olla monimuotoisuuteen liittyviä haittojen vähentäminen ja saada sen edut esiin edistämällä yksilöllistä kohtelua, oikeudenmukaisuutta ja yhdenvertaisuutta tehokkuuden rinnalla. (Sippola 2008.) Monimuotoisuuden johtaminen, voidaan ajatella johtamistyyliksi, jossa kaikkien ryhmien taidot on huomioitu. Laajasti määriteltynä sillä viitataan yleisesti organisaation systemaattiseen ja suunniteltuun pyrkimykseen rekrytoida, säilyttää, palkita ja kunnioittaa heterogeenista työntekijöiden joukkoa. (Heikkinen 2005.)

Kun monimuotoisuutta halutaan edistää tai monimuotoista työyhteisöä rakentaa, edellyttää se proaktiivista lähestymistapaa. Tämä sisältää johdon monimuotoisuuteen sitoutumisen ja tukemisen, monimuotoisuuden integroinnin ja viemisen organisaation visioon, missioon ja strategiaan sekä kokonaisvaltaista, suunnitelmallista ja systeemistä monimuotoisuusasioiden kehittämistä. Muutosten tulisi tapahtua sekä yksilö- että organisaatiotasolla, asenteissa, käyttäytymisessä, toimintatavoissa, rakenteissa ja kulttuurissa. Tähän tarvitaan riittävää resursointia, pitkäjänteisyyttä ja sen tiedostamista, että muutos koskee valtasuhteita. Kehitystoimenpiteiden toteuttamisessa ja monimuotoisuusasioiden implementoinnissa on henkilöstöjohtamisella esitetty olevan keskeinen tehtävä ja asema. (Sippola 2008.)

Tärkeimmäksi asiaksi nousee organisaatiokulttuurin muutos, joka vaatii paljon aikaa, resursseja ja johdon huomiota. Monimuotoisuuden oikeanlainen johtaminen voi johtaa kustannussäästöihin, mikäli sen avulla onnistutaan vähentämään poissaoloja ja työpaikan vaihtohalukkuutta. Tässä olennaisena osana on erilaisuuksia kunnioittavan työilmapiirin rakentaminen (Heikkinen 2005).

Myös sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristön muutosten seurauksena organisaatioiden henkilöstörakenne muuttuu, jolloin monimuotoisuus liittyy eri kulttuuristen piirteiden, erilaisten henkilökohtaisten ominaisuuksien erilaisuuden sekä eri sukupolvia edustavien työntekijöiden erityispiirteiden huomioimiseen johtamisessa. Haaviston (2010) tutkimuksen mukaan eri sukupolvia edustavien työntekijöiden työorientaatiot eroavat, joka voi tuoda erilaisia jännitteitä työyhteisöön. Vanhemmat ikäpolvet painottavat vahvemmin kulttuurisesta ja sosiaalisesta ympäristöstä lähteviä arvostuksia, joissa työnteko on arvo sinänsä. Nuorilla puolestaan painottuvat minälähtoisemmät arvostuskriteerit kuten, työn mielekiintoisuus, itsetoteutus, elämyksellisyys, hyvät työoverit sekä työn ja vapaa-ajan yhteensovituksen tärkeys. Työn mielekkyyteen ja kiinnostavuuteen vaikuttaa se, kuinka monipuolisesti omaa osaamistaan voi hyödyntää työssä. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuksissa on ilmennyt, että organisaatioissa on paljon käyttämätöntä osaamista. Joko osaamista ei ole mahdollista hyödyntää tai työntekijät kokevat joutuvansa tekemään koulutukseensa nähden vaatimattomampia työtehtäviä (Lammintakanen 2012).

Nuorten ja vanhempien välistä ristiriitaa kuvastaa se, että monet nuoret aikuiset syrjäytyvät työelämästä. Tämä asettaa erityisiä haasteita esimiestyölle ja johtamiselle. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyspalvelujen haasteisiin vastaaminen edellyttää, että työmarkkinoilta syrjäytymistä ehkäistään ja luodaan monipuolisemmat mahdollisuudet olla mukana työelämässä. Tuohisen (2010) mukaan nuorten työmarkkinoille pääsyn kannalta on suuri merkitys myös sillä, millaisia mielikuvia heidän sukupolvestaan vallitsee työnantajien keskuudessa. Yksittäiset huonot kokemukset yleistetään helposti, jos tarjolla on samansuuntainen tulkintakehikko.

Y-sukupolven työntekijät, jotka ovat syntyneet 1980–1990-luvuilla, hallitsevat uuden teknologian paremmin ja ovat koulutetumpia kuin edeltävät sukupolvet ja siten valmiimpia työelämään. Toisaalta y-sukupolven arvot eivät helposti istu perinteiseen tapaan toimia työelämässä. Y-sukupolven työntekijät haastavat johtamisen ja organisaation johtamismallit avoimesti. He eivät ota asioita itseltään selvyyksinä, he eivät pelkää lähestyä esimiestään hierarkian pelossa. He tulevat esimiehensä luokse, vaativat häneltä huomiota, palautetta sekä tasa-arvoista, ei tasapäistävää kohtelua. Y-sukupolvi haluaa vuorovaikutteisen ja läsnä olevan esimiehen, se on tottunut nopeaan reagointiin ja aktiiviseen asioihin vaikuttamiseen. Heille on merkityksellistä tehdä asioita yhdessä. Kaikkien mielipiteillä on merkitys, tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus ovat hyveitä. (Ahonen, Hussi & Pirinen 2010.)

Y-sukupolven edustajat ovat sopeutuneita ryhmätyöhön ja toimivat joustavasti ryhmissä. He haluavat olla osa organisaation toimintaa. He odottavat työltä mielenkiintoisuutta, merkitystä, useita tehtäviä samanaikaisesti, hyviä suhteita, heidän tarpeidensa huomioon ottamista sekä tunnustusta ja palkkioita. He arvostavat myös suuresti monimuotoisuutta. (Smola & Sutton 2002.)

Y-sukupolvi sitoutuu työhön, ei niinkään työnantajaan ja kokemukset erilaisista työpaikoista ovat arvostettuja. Työsuhteet eivät tule olemaan kymmenien vuosien pituisia. Y-sukupolven edustajat haluavat

vaikuttaa nykyisen työpaikkansa työkuultuuriin, toimintatapoihin ja johtamiseen. Heidän elämäntyyliinsä on hyvin pitkälle verkosto-orientoitunut, lähtökohtaiset edellytykset yhteisölliselle tiedon tuottamiselle ovat erityisen hyvät. Työelämän tulee kyetä sopeutumaan nuorten aikuisten erityispiirteisiin. (Ahonen, Hussi & Pirinen 2010.)

Z-sukupolven edustajat, jotka ovat syntyneet 1990-luvulla, eivät myöskään pidä tärkeimpänä asiana yhteen organisaatioon tai samaan työtehtävään sitoutumista useammaksi vuodeksi. He ovat kiinnostuneet kokeilemaan erilaisia töitä nuorena ja päättävät myöhemmin millaisen työn parissa he viihtyisivät pitempään. Tämä näkyy myös heidän tavassaan tehdä töitä. He tekevät töitä fyysisellä työpisteellään, mutta nauttivat myös vapaudesta valita etätyöpäivä silloin tällöin. Tämän vuoksi he odottavat, että työpaikalla on hyvät välineet, joilla etätyön mahdollisuus on turvattu. Vapaus näkyy myös heidän tavastaan suhtautua vapaa-aikaansa ja siihen, kuinka paljon he ovat valmiita käyttämään työskentelyyn aikaa. Useimmat arvostavat vapaa-aikaansa niin paljon, etteivät halua ryhtyä luomaan uraa siten, että työpäivät venyvät pitkiksi. Vapaa-aika ja se, miten he pystyvät sillä ajalla nauttimaan elämästään ja tekemänsä työn tuottamista resursseista, on erittäin merkityksellistä. (Viljakainen 2011.)

Tälle sukupolvelle on olennaista myös se, että asioista tehdään yksilöllisiä. Enää ei riitä se, että esimerkiksi jokin laite toimii, vaan se täytyy myös saada räätälöityä omannäköiseksi. Tämä yksilöllisyyden tavoittelu on peräisin ajatuksesta, että hyvältä näyttäminen on olennainen osa nykyistä elämää. Oma persoonallisuus kehittyy suhteessa siihen, mitä muut ovat siitä mieltä. Tässä on kyse itsensä brändäämisestä. (Tienari & Piekkari 2011.)

Sosiaali- ja terveyspalvelualan työvoiman tarvetta ja tarjontaa koskevat arviot osoittavat, että palvelutarpeiden kehityksen mukaista palvelutarjontaa ei kyetä turvaamaan ilman merkittäviä palveluja ja niiden tuottavuutta koskevia uudistuksia. Ennakoidusta työvoimavaajeesta ei selviydytä ilman työvoiman rekrytointia maassa jo asuvista uussuomalaisista ja myös Suomen ulkopuolelta. Molemmissa tapauksissa hyvin tärkeiksi asioiksi nousevat kielitaito ja sen saattamiseksi tarvittava kielikoulutus sekä työyhteisön ja johtamisen valmentaminen monikulttuurisuuteen. Ennen kaikkea tarvitaan eri osapuolten kesken yhteistyössä tehtäviä pitkäjänteisiä linjauksia siitä, miten eettisesti kestävä, systemaattinen ja joustava kansainvälinen rekrytointi järjestetään. (Koponen ym. 2012.)

Kulttuuri on johtajalle suuri haaste, pääosin näkymätön ja tiedostamaton kulttuuri ei ole samalla tavoin käsiteltävissä kuin johtamisen monet muut osa-alueet. Erityisesti muutoksissa kulttuurin merkitys korostuu. Kulttuurin pohjalta johtaminen voi avata uudenlaisia mahdollisuuksia koko organisaation oppimiselle ja uusien älykkäämpien toimintaprosessien vakiinnuttamiseen. Tietoinen kulttuurin analyysi voi olla vapauttava ja vahvistava myös yksilöille, koska se auttaa heitä tulkitsemaan ja ymmärtämään kulttuurijärjestelmää entistä paremmin. (Kinnunen 2012.)

Sosiaali- ja terveysalan organisaatiot ovat myös asiantuntijaorganisaatioita, jotka perustuvat osaamiseen sekä eri toimijoiden ja toimijaryhmien erityisosaamisen yhdistämiseen. Korostuneen

yksilöasiantuntijuuden ohella organisaatiot ovat voimakkaiden ammattikuntien työyhteisöjä, joiden ongelmaksi muodostuvat helposti professionalistiseen erikoisosaamiseen liittyvät valta-asemien vinoumat. Asiantuntijabyrokratian vallitsevaksi kulttuuriksi muotoutuu usein ammattilaisten harvainvalta. Vahvan ammattikulttuurin edustajat voivat hallita liikaa omilla näkemyksillään yhteistyön kehittämisen muotoja ja vaikuttaa toiminnan uudistuksiin joko myönteisesti tai kielteisesti. Myönteisessä mielessä asiantuntijabyrokratiasta puhutaan silloin, kun organisaation normit ovat ajan tasalla ja kaikki asiakkaat saavat oikeudenmukaisesti yhtenäisten normien mukaisen palvelun (Kinnunen & Vuori 1999).

Asiantuntijaorganisaatioissa asiantuntijuuden ja organisaation välisen jännitteiden on todettu heikentävän johtajuutta, koska asiantuntijat eivät halua tulla johdetuksi eikä johtaminen ei ole niin arvostettua kuin asiantuntijatyö. (Kirjavainen 2003.)

Kinnunen ja Vuori (2005) määrittelevät johtamisen ja johtajuuden kulttuurin ominaisuudeltaan ilmiöksi, joka tapahtuu aina jossakin kontekstissa. Se määrittää missä määrin erilaiset johtamiseen liittyvät toiminnot ja ajattelutavat ovat hyviä ja huonoja suhteessa toiminnan tavoitteisiin. Johtaja tulkitsee organisaatiossa vallitsevia kulttuurisia piirteitä ja valitsee tiedostamatta tai tiedostaen tietyn suhtautumis- ja toimintatavan työyhteisönsä, organisaatioonsa ja sen toimintaympäristöön. Se on johtajan kontekstisidonnainen tarkastelutapa, jossa hän ymmärtää työyhteisön sosiaalisia suhteita ja niiden taustalla olevia ajattelumalleja.

Schein (1992) näkemyksenä on se, että kun johtaja saa organisaation työntekijät hyväksymään hänen arvonsa ja olettamuksensa, organisaatio alkaa rakentaa kulttuuriaan näiden asioiden pohjalta. Yleensä uuden johtajan tulo organisaatioon mahdollistaa kulttuuri muutoksen. Toisaalta johtaja voi alkaa omaksua organisaatiossa vallitsevaa kulttuuria eli organisaation jäsenten ajattelu-, tuntemus- ja käyttäytymistapoja. Johtajan on jossain määrin kyettävä mukautumaan organisaatiokulttuuriin, mutta hänen on myös ymmärrettävä sitä ja kyettävä ohjailemaan sen muodostumista niin sisäisissä kuin ulkoisissa vuorovaikutussuhteissa. Muutoin organisaatiokulttuuri alkaa johtaa johtajaa.

MONIMUOTOISEN TYÖYHTEISÖN KULMAKIVENÄ OIKEUDENMUKAISUUS JA LUOTTAMUS

Organisaatioiden oikeudenmukaisuutta on yleensä tarkasteltu kolmena erillisenä, joskin toisiinsa liittyvinä ulottuvuuksina: 1. palkkioiden, etujen ja velvoitteiden jako, 2. päätöksentekoprosessien menettelytavat sekä 3. vuorovaikutuksen ja henkilöstön kohtelun säännöt, normit ja tavat. Työntekijöiden näkökulmasta oikeudenmukaisuus tarkoittaa muun muassa reilua palkitsemista, kuulluksi tulemistä, osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuutta, tiedon saantia sekä kunnioitettavaa ja rehellistä kohtelua. Oikeudenmukaisen johtamisen merkityksistä korostuu erityisesti sen yhteys luottamuksen syntyyn ja vahvistamiseen organisaatiossa (Aryee ym. 2002).

Eri sukupolvien edustajat ovat kuvanneet toimivan työyhteisön ja hyvän johtamisen kulmakiveksi koetun oikeudenmukaisuuden. Se

on tärkeä osatekijä ja edellytys toimivan johtaja-työntekijä-suhteen syntymiselle. (Hujala, Laulainen, Sinkkonen & Taskinen 2009.) Oikeudenmukaisuutta on usein korostettu eräänä organisaation keskeisenä perusarvona. Sitä pidetään myös ihmisen perustarpeena rehellisyyden, reiluuden ja suunnitelmallisuuden ohella. Sosiaalisten suhteiden mikrotasolla oikeudenmukaisuus ilmentää jotakin, joka on meille luontaista ja automaattista, mutta joka tutkimuksessa on suhteellisen vaikeasti tavoitettavissa. (Elovainio & Kivimäki 2002.)

Menettelytapojen oikeudenmukaisuus on tärkeä työntekijöiden johtajiin kohdistama luottamuksen synnyn lähde. Hakosen ym. (2004) tutkimuksen mukaan vuorovaikutuksen oikeudenmukaisuus oli vahvin ja tärkein luottamuksen synnyn selittäjä. Oikeudenmukaiseksi koetun toiminnan on todettu lisäävän myös työntekijöiden keskinäistä luottamusta organisaatiossa ja organisaatioon sitoutumista. Epäoikeudenmukaiseksi koettu kohtelu viestii työntekijöille vähäisestä arvostuksesta ja vähentää yhteenkuuluvuutta ja sosiaalisten suhteiden tiivyyttä (Elovainio & Kivimäki 2002).

Luottamus on osa työyhteisön sosiaalista pääomaa, vahva sisäinen luottamus mahdollistaa luovan ja aktiivisesti kehittyvän työorganisaation. Työyhteisön luottamusta edistää oikeudenmukainen johtaminen, sovittujen toimintatapojen noudattaminen, toisia arvostava vuorovaikutus, vastuullisuus ja avoin tiedonvälitys. (Hujala, Laulainen, Sinkkonen & Taskinen 2009.) Luottamus liittyy paljon etiikkaan ja moraaliin sekä kompetenssiin. Työntekijän tulee voida luottaa siihen, että johtaja osaa johtaa organisaatiota. Luottamus tulee ansaita. Työpaikan myönteiset vuorovaikutussuhteet ovat keskeisessä asemassa henkilöstön hyvinvoinnin rakentumisessa ja säilymisessä. Työoverisuhteissa esiintyy kuitenkin myös ristiriitoja, jotka voivat pitkittyessään laajentua vaikeasti ratkaistaviksi kiusaamisprosesseiksi. Työpaikan ristiriidat voivat lisätä koko työyhteisön pahoinvointia. Työyhteisön vuorovaikutussuhteiden ongelmatilanteissa korostuu erityisesti esimiehen rooli ja vastuu. Ristiriitatilanteissa esimies on tavalla tai toisella prosessin keskeinen osapuoli. Johtaja on asemansa puolesta työnantajan edustajana velvollinen puuttamaan häirintään ja epäasiallisen kohteluun työpaikalla ja ryhtymään tarvittaviin toimenpiteisiin epäkohdan poistamiseksi. Asiantuntijaorganisaatioissa asiantuntija-alaiset edellyttävät osallistavaa johtamisviestintää. (Rouhiainen-Neunhäuserer & Tuikka 2011.)

HYVÄLLÄ JOHTAMISELLA TULEVAISUUTEEN

Sosiaali- ja terveydenhuollossa avautuu suuri määrä työpaikkoja uusille työntekijäpolville. Kysyntää työntekijöistä on enemmän kuin tarjontaa, jolloin tulevaisuuden työntekijöillä on yhä enemmän mahdollisuuksia kilpailuttaa työnantajia – raha ei enää ratkaise samalla tavalla kuin aikaisemmin. Kyse on pikemminkin siitä, mikä organisaatio kykenee tarjoamaan mielekkäimmän kokonaisuuden. Nuorten vahvuudet ja kehitymisedellytykset aineettomaan pääoman kannalta avaavat uudenlaisen näkökulman siihen, mitä annettavaa y-sukupolvella on tulevaisuuden työelämässä. Erityisesti johtamiselle ja esimiestoiminnalle kehitys asettaa haasteita. Tulevaisuuden työmarkkinoilla menestyminen edellyttää keinoja ja välineitä, joiden avulla organisaatiot kykenevät paremmin johtamaan sekä viestimään sisäisesti ja ulkoisesti vastuullista työnantajajaimagoa.

(Ahonen, Hussi & Pirinen 2010.) Hyvällä johtamisella voidaan edistää työvoiman saatavuutta, joka on sosiaali- ja terveydenhuollonkin kannalta kriittinen kysymys. Hyvää työnantajajainoa tarvitaan myös nuorten sukupolvien sosiaalisissa verkostoissa jotta ala pystyy kilpailemaan muiden alojen kanssa.

Hyvän johtamisen keskeinen elementti on henkilöstöjohtaminen, joka on todettu haasteelliseksi ja myös vaikeimmaksi johtamisen alueeksi. Henkilöstöjohtamisen taidot ovat korostuneet useissa tutkimuksissa ja niiden kehittäminen on koettu tärkeäksi (Sinkkonen-Tolppi & Viitanen 2005; Parvinen ym. 2005).

Henkilöstöjohtamisen menestystekijänä korostuu johtajan kyky aktivoida henkilöstön luova potentiaali ja suunnata se tulosten tekemiseen. Tärkeää on nähdä työntekijät yksilöinä ja erilaisuus voimavarana eikä uhkana. Tulevaisuuden johtajan ydinvalmiuksina henkilöstöjohtamisen alueella on työyhteisön jäseniä kannustavat ja tukevat vuorovaikutustaidot. Vuorovaikutustaidot korostuvat sosiaali- ja terveystoimen tehtävissä, joissa joudutaan jatkuvasti olemaan kanssakäymisessä erilaisten ihmisten kanssa ja luomaan monialaisia verkostoja (Sinkkonen-Tolppi & Viitanen 2005; Niiranen 2004).

Johtamistyössä tarvitaan myös motivointi- ja palautteenantotaitoja sekä delegointi- ja viestintätaitoja. Organisaation osaamispääomasta tai henkisestä pääomasta huolehtiminen edellyttää, että työntekijät saavat aitoa arvostusta, kiitosta ja myös ohjaavaa palautetta. Palautteen tarkoituksena on ylläpitää toiminta perustehtävän ja tavoitteiden suuntaisena ja auttaa työntekijöitä kehittymään omassa työssään. Tämän vuoksi onkin tärkeää, että palautteiden antaminen ja vastaanottaminen on aitoa, rehellistä, reaaliaikaista ja se on normaali tapa toimia. Tämän vuoksi esimiehen ja alaisen vuorovaikutuksen tulee olla aktiivista ja laadukasta.

Ristiriitojen käsittelyssä tarvitaan lähestymistapaa, jossa avoimesti pyritään ongelman tarkentamiseen ja ratkaisuun ammatillisesta näkökulmasta. Tarkasteltavan asian kytkeä organisaation tavoitteisiin mahdollistaa ammatillisen etäisyyden syntymisen, jolloin sen subjektiivinen merkitys vähenee. Toimivien työyhteisöjen piirteiksi on tunnistettu avoin ilmapiiri, yhteistoiminnallisuus ja asioiden yhteinen pohdinta. (Juuti & Vuorela 2002.) Johtajan taidot työntekijän työhön sitouttamisessa ja motivoinnissa vaikuttavat tavoitteiden saavuttamiseen ja työssä viihtymiseen (Tubbs & Schulz 2005).

Hyvä henkilöstöjohtaja konsultoi, kyseenalaistaa ja kannustaa keskusteluun. Henkilöstöjohtamisen haasteellisuuteen liittyy työyhteisön sosiaalisten suhteiden ja ristiriitatilanteiden hallinta. Hyvä johtaminen on tutkimusten mukaan tärkein työhyvinvoinnin lähde. Tärkeimpiä työpaikan henkilöstön työhyvinvointia tukevia tekijöitä ovat hyvin toimiva esimiestyö, johtamisen oikeudenmukaisuus, yhteistyön sujuvuus sekä sosiaalinen tuki.

Kokonaisuutena voidaan sanoa, että tulevaisuuden sosiaali- ja terveysjohtajilta edellytetään samoja johtamisen kompetensseja kuin johtajilta yleensä, hyviä persoonallisuuden ominaisuuksia sekä alan tuntemusta. Tulevaisuuden haasteena on uhkaava työvoimapula ja työn vaatavuuden kasvaminen. Jatkuvat muutokset kuormittavat johtajan työtä tuoden mukanaan uusia tehtäviä haastaen kehittämään omaakin osaamista. Muutoksen johtaminen edellyttää paitsi suotuisia olosuhteita, myös aktiivista muutoshenkistä asennoitumista ja johtamiskykyä. Myös tärkeänä on kyky organisoida muutosprosessin osatekijät toimivaksi kokonaisuudeksi sekä kyky lukea ympäristöstä tulevia signaaleja ja johtaa muutosprosessia pitkäjänteisesti poliittisten realiteettien puitteissa. Muutos edellyttää kykyä hallita monimutkaisia yhteiskunnallisia ilmiöitä ja vaikutussuhteita. uudistaja tarvitsee epävarmuudensietokykyä. Esteitä muutokselle ovat huonot suhteet sidosryhmiin ja se, ettei henkilöstöä oteta mukaan suunnitteluun ja päätöksentekoon. (Heikka 2008.)

LÄHTEET

- Ahonen, G., Hussi, T. & Pirinen, H. 2010. Y-sukupolvi haastaa johtamisen Suomen työelämässä. *Työpoliittinen Aikakauskirja* 4, 23-32.
- Aryee, S., Budhwar, P.S. & Chen, Z.X. 2002. Trust as a mediator of the relationship between organizational justice and work outcomes: test of a social exchange model. *Journal of Organizational Behaviour* 3, 267-285.
- Elovainio, M. & Kivimäki, M. 2002. Sosiaalisten suhteiden oikeudenmukaisuus ja terveys. *Yhteiskuntapolitiikka* 5, 470-473.
- Haavisto, I. 2010. Työelämän kulttuurivallankumous. EVA:n arvo- ja asennetutkimus 2010. Taloustieto Oy, Helsinki.
- Hakonen, M., Vartiainen, M. & Kokko, N. 2004. Luottamuksen synty hajautetuissa työryhmissä. *Psykologia* 2, 125-133.
- Heikka, H. 2008. Sosiaali- ja terveysjohtajan työn sisältö ja kompetenssit. *Acta Universitatis Ouluensis. Oulun yliopisto. Oulu.*
- Hujala, A., Laulainen, S., Sinkkonen, M. & Taskinen, H. 2009. Hyvä johtaminen – reilua peliä. *Premissi* 4.
- Juuti, P. & Vuorela, A. 2002. Johtaminen ja työyhteisön hyvinvointi. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Koponen, E-L., Laiho U-M. & Tuomaala, M. 2012. Mistä tekijät sosiaali- ja terveysalalle - työvoimatarpeen ja -tarjonnan kehitys vuoteen 2025. TEM-analyysseja 43. Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Korhonen, K., Santala, R., Utriainen, P. & Teräväinen, R. 2000. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisen prosessimalli, esimerkkinä Lahti. *Hallinnon Tutkimus* 3, 278-287.
- Lammintakanen, J. 2011. Sosiaali- ja terveysjohtaminen 2020-luvulla. Teoksessa S. Rissanen & J. Lammintakanen (toim.) *Sosiaali- ja terveysjohtaminen*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 186.
- Niiranen, V. 2011. Moniammatillisten verkostojen johtaminen. Teoksessa S. Rissanen & J. Lammintakanen (toim.) *Sosiaali- ja terveysjohtaminen*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 97-103.
- Niiranen, V. 2004. Sosiaalityön johtamisen vaatimukset ja kriteerit. *Janus* 2, 226-231
- Pakarinen, T. 2009. Puolet kuntatyöntekijöistä eläköityy - valtuustot avainasemassa palvelujen turvaajana. Hakupäivä 14.4.2013. <http://www.kunnat.net/fi/Sivut/default.aspx>
- Parviainen, P., Lillrank, P. & Ilvonen, K. 2005. Johtaminen teveydenhuollossa. Käytännöt, vastuut, valvonnat. Talentum Media Oy. Tampere: Tammerpaino.
- Rouhiainen-Neunhäuserer, M. & Tuikka, S. 2011. Haitallinen johtamisviestintä Aikuiskasvatus 2, 120-127.
- Sinkkonen-Toppi, M., & Viitanen, E. 2005. Johtamisosaamisen vaatimukset terveydenhuollossa. Teoksessa
- J. Vuori (toim.) *Terveys ja johtaminen*. Helsinki: WSOY, 78-104
- Sippola, A. 2008. Monimuotoistuva työyhteisö haastaa henkilöstöjohtamisen, *Työpoliittinen Aikakauskirja* 1, 29-39.
- Tienari, J. & Piekkari, R. 2011. Z ja epäjohtaminen. *Talentum*.
- Tubbs, S.L. & Schulz, E. 2005. Leadership Competencies: Can They Be Learned. *The Business Review, Cambridge* 2, 7-12.
- Viljakainen, P. 2011. No Fear: johtaja kohtaa digicowboyt. Helsinki: WSOYpro.



Kehittämistyöllä työyhteisön toimivuutta ja työhyvinvointia

Liisa Kiviniemi
TtT, yliopettaja

Kuvaan artikkelissa esimerkin avulla näkökulmia työyhteisön kehittämiseen ja työhyvinvoinnin edistämiseen. Kehittämistyöhön osallistui ikääntyneiden asiakkaiden hoivaan ja asumispalveluihin keskittynyt yksikkö. Kahdesta eri yksiköstä muodostuneessa työyhteisössä työskenteli 25 henkilöä, joista yksi oli lähiesimies. Työntekijät olivat koulutukseltaan lähi-, perus- tai sairaanhoitajia. Työyhteisö toimi kehittämisaikana kunnan toimintana. Kaksi vuotta kehittämistyön päättymisen jälkeen työyhteisöstä tuli osa viiden kunnan muodostama kuntayhtymää.

Kehittämistyö jatkui kahden vuoden ajan ja toteutui säännöllisinä, noin kuukauden välein tapahtuvina kehittämistilaisuuksina ja niiden välillä tapahtuvana työskentelynä ja uusien työmuotojen kokeiluina. Työyhteisö nimesi kehittämistyön päätavoitteeksi hyvin toimivan, yhteen hiileen puhaltavan työyhteisön. Osatavoitteita olivat työyhteisön yhteiset sopimukset ja pelisäännöt, mielekäs ja toimiva työnjako sekä työntekijöiden vahvuuksien ja osaamisen hyödyntäminen työssä. Ulkopuolisten kehittäjien työpanos toteutettiin Työelämän kehittämisohjelman TYKES-rahoituksella vuosina 2006–2007.

Ulkopuolisina kehittäjinä toimi pääosin kaksi henkilöä, joilla oli koulutusta ja kokemusta työyhteisöjen ja organisaatioiden kehittämistyöstä.

Kehittämistyön menetelmät perustuivat ratkaisu- ja voimavarakeskeinen toimintatapaan (Berg 2001; Furman & Ahola 2007). Sen lähtökohdaksi on vahvistaa hyvin toimivia osa-alueita sekä löytää etenemisvaihtoehtoja ongelma- ja muutostilanteisiin. Kehittämisen kohteiksi nimetyt asiat täsmennettiin yhteisen keskustelun kautta realistisiksi tavoitteiksi. Tavoitteen saavuttamiseksi oli tärkeä etsiä ratkaisuja pitkällä aikavälillä sekä samanaikaisesti myös miettiä eteneminen konkreettisten osatavoitteiden kautta kohti päätavoitetta. Seuraavan etapin sopiminen auttaa ryhmää suuntaamaan ja konkretisoimaan toimintaansa. Seuraava etappi voi esimerkiksi olla asian puheeksi ottaminen työyhteisön palaverissa tai yhteydenotto päätöksentekoon vaikuttavaan tahoon. Ilman tavoitteiden konkretisointia kehittämistyö saattaa jäädä epämääräiseksi, eikä etene sovitulla tavalla (Mäkisalo 2007 ja 2011).

KOHTI HYVINVOIVAA JA TOIMIVAA TYÖYHTEISÖÄ

Kehittämistyön alkuvaiheessa työyhteisön jäsenet olivat melko hiljaisia ja jännittyneitäkin, minkä he kuvasivat myöhemmin palautteissaan ja mitä tukivat myös kehittäjien havainnot. Alkuvaiheessa keskusteluun osallistuivat aktiivisimmin esimies ja muutamat työntekijät. Osallistavat ryhmätyön menetelmät mahdollistivat kaikkien osallistumisen. Vähitellen myös yhteisiin keskusteluihin osallistui luontevalla tavalla useampi henkilö. Osallistujat totesivat, että työstä oli totuttu puhumaan sen sisällön, työtehtävien ja asiakkaiden tilanteiden kuvaamisen avulla. Sen sijaan oman kokemuksen esille tuominen ja sen reflektointi muiden kanssa oli uutta.

Rohkeus ottaa asioita puheeksi lisääntyi kahden vuoden aikana. Samalla lisääntyi myös keskinäinen luottamus, mikä koettiin merkittäväksi asiaksi. Puheeksi ottamista harjoiteltiin muun muassa rooliharjoitusten avulla. Onnistuneessa puheeksi ottamisessa etsitään ratkaisuja ja toimintamenetelmiä, joiden avulla päästään kohti tavoiteltua tilaa. Se tehdään rakentavasti ketään syyttämättä. Lisäksi siihen kuuluu puheeksi otettavan asian konkretisointi ja yhdistäminen johonkin tapahtuneeseen tilanteeseen. Lopuksi sovitaan, mitä asian ratkaisemiseksi tehdään ja milloin asiaan palataan yhdessä seuraavan kerran (Manka, Kaikkonen & Nuutinen 2007). Työyhteisön jäsenet pitivät tärkeänä myös positiivista puheeksi ottoa, eli toisen kehumista esimerkiksi hyvin tehdyn työn jälkeen.

Koko työyhteisön yhdessä laatimat työyhteisön pelisäännöt liittyivät esimerkiksi avoimuuteen, oikeudenmukaisuuteen, rehellisyyteen ja työyhteisön jäsenten toisiaan kunnioittavaan käytökseen. Pelisääntöjä mietittäessä käytettiin apuna kysymystä, mitä olen valmis lupaamaan työkollegoille, esimiehelle ja alaisilleni. Pelisääntöjen laatimisprosessi ja arviointi niiden toteutumisesta sisälsi paljon koko työyhteisöä yhdistävää osin huumorinkin sävyttämää keskustelua. Palautteiden mukaan se koettiin koko kehittämisprosessin onnistuneimmaksi osioksi. Pelisäännöt viimeisteltiin kirjalliseen muotoonsa ja ne sijoitettiin henkilökunnan kahvihuoneen seinälle.

Yksilön näkökulmasta työhyvinvointi on Marjalan (2009) mukaan yksilöllinen ja kokonaisvaltainen hyvinvoinnin tila, johon vaikuttavat muun muassa kokemukset omasta elämästä, vastuullisuus itsestä, sitoutuminen työhön, arvostava esimiestyö sekä ilon ja onnistumisen kokemukset työssä. Lisäksi työhyvinvoinnin kokemukseen ovat yhteydessä kokemukset yhteisöllisyydestä ja siihen liittyvästä dialogisuudesta. Dialoginen yhteisöllisyys mahdollistaa sosiaalisen tuen antamisen ja saamisen sekä vahvistaa kokemusta kuulumisesta yhteisöön (Marjala 2009). Työhyvinvointia edistävät myös työntekijän selkeä käsitys perustehtävästä sekä yhdessä sovitut pelisäännöt (Mäkisalo 2011). Suonsivun (2011) mukaan asiakkaiden tyytyväisyys ja hyvinvointi ovat sosiaali- ja terveysalalla työntekijän työhyvinvointia merkittävästi lisääviä seikkoja.

Jälkeenpäin tarkasteltuna työyhteisön kehittämisessä korostuivat työyhteisötaidot. Työyhteisötaitoihin kuuluvat esimerkiksi vastuun kantaminen, perustehtävään keskittyminen, avoin vuorovaikutus, omaaloitteisuus ja aktiivisuus, luotettavuus, toisen arvostaminen sekä erilaisuuden hyväksyminen. (Luukkala 2011; Manka 2011).

Työyhteisötaidot ovat merkittävässä asemassa työhyvinvoinnin edistämässä (Sinisammal 2011; Kettunen 2013). Työyhteisötaitoihin kuuluvat myös tunnetaidot, jotka edesauttavat tietoiseksi tulemista omista tunteista ja vahvistavat avointa ja ammatillista toimintaa haastavissa tilanteissa. Tunnetaidot vahvistavat itsetuntemusta ja auttavat jaksamaan työn haasteita. (Luukkala 2011; Manka ym. 2011).

OSAAMISEN MONIPUOLINEN HYÖDYNTÄMINEN

Yhtenä kehittämistyön tavoitteena oli osaamisen hyödyntäminen ja lisääminen työyhteisössä. Osaaminen ja sen myötä työnjako oli määritelty lähinnä koulutusammattien mukaan, eikä osaamisen tarkempaan tarkasteluun oltu kiinnitetty huomiota. Osaamisen koki, että heidän osaamistaan ei hyödynnetty riittävän monipuolisesti. Esimerkiksi lisä- ja täydennyskoulutuksista saatua osaamista ei juurikaan huomioitu työtehtävissä. Lisäksi joillakin työntekijöillä oli harrastusten myötä osaamista, jota ikääntyneiden kanssa työskennellessä voi hyödyntää. Yhdessä esimiehen kanssa sovittiin, että kehityskeskusteluun laajennetaan osaamiseen liittyvää osa-aluetta. Työntekijöillä oli mahdollisuus kuvata muutakin kuin tutkintoon johtavassa koulutuksessa hankittua osaamista. Osaaminen oli teemana kahdessa kehittämistilaisuudessa, joiden yhteydessä sovittiin konkreettisista ja uudeltaisesta osaamisen hyödyntämisestä.

Esimerkkinä osaamisen uudeltaisesta hyödyntämisestä työyhteisössä oli kahden hoitajan käsityö- ja askartelutaitojen hyödyntäminen asiakkaiden viriketoiminnassa. Työyhteisöstä oli lopetettu osaaikainen virikeohjaajan toimi, joten viriketoimintaan tarvittiin uusia toimijoita. Hoitajat suunnittelivat ikääntyneille asukkaille sopivaa viriketoimintaa sovittuina aikoina viikossa ja ottivat mukaan ideointiin ja toteutukseen myös muita hoitajia. He kokivat tämän työnsä innoittavana ja olivat tyytyväisiä, että esimies edesauttoi sen toteuttamista työaikajärjestelyillä ja muilla resursseilla. Lisäksi yksi hoitajista oli omaehtoisesti opiskellut ravitsemukseen liittyviä asioita. Hän järjesti asiakkaille ohjaustilanteita terveellisestä ravinnosta ja teki yhteistyötä keittiön kanssa muun muassa erilaisten teemaruokailujen järjestämisessä.

Osaamisen aiempaa monipuolisempi huomiointi vapautti henkilöstöä. Se toi myös onnistumisen ja työn ilon kokemuksia, jotka Marjalan (2009) mukaan edistävät hyvinvointia. Työhyvinvointia lisää myös myönteisesti koettu vuorovaikutus sekä arvostuksen kokeminen työssä ja työyhteisössä. Työ edistää työhyvinvointia silloin, kun työntekijällä on mahdollisuuksia vaikuttaa työhönsä ja työ koetaan monipuolisesti ja mielekkääksi (Marjala 2009; Utriainen 2009). Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) suosittelee säännöllisiä osaamiskartoituksia, jotka huomioivat työntekijöiden kehittämistarpeet ja ohjaavat koulutussuunnittelua.

Mentorointi on yksi tapa vahvistaa työyhteisössä olevan osaamisen ja kokemuksen hyödyntämistä. Karjalaisen (2010) mukaan mentorointi on kokemustiedon ja osaamisen välittämistä ja työn reflektiivistä oppimista. Hänen mukaansa se on luonteva tapa oppia työtä kokeneemalta työtoverilta. Organisaation tehtävänä luoda rakenteet toimivalle mentoroinnille, jossa kokeneempi työntekijä

perehdyttää ja ohjaa työpaikkaan tulijaa. Myös työnohjauksella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia työhyvinvointiin. Se voi edistää esimerkiksi tunteiden hallintaa, toimivien ratkaisujen löytymistä ongelmatilanteisiin ja me-henkeä (Suonsivu 2011.) Hyrkäksen (2005) mukaan hyvin toimiva työnohjaus ennaltaehkäisee työuupumusta, kun taas toimimaton ja tehoton työnohjaus voi heikentää työhyvinvointia.

ESIMIESTYÖ TYÖHYVINVOINNIN EDISTÄMISESSÄ

Valtakunnallisen KASTE-ohjelman mukaan työhyvinvoinnin johtaminen on välttämätöntä, jotta voidaan turvata palvelujen laadukkuus ja toimivuus sekä työntekijöiden saatavuus ja pysyvyys myös tulevaisuudessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.) Esimerkkinä olevan työyhteisön kehittämistyön nimettynä tavoitteena ei ollut johtamisen ja esimiestyön kehittäminen, mutta niihin liittyviä seikkoja oli esillä kehittämisprosessin eri vaiheissa. Lähiesimies oli mukana aktiivisesti kehittämistyössä. Hän osallistui jokaiseen kehittämistilaisuuteen ja oli aktiivinen ideoimaan ja kehittämään uusia työhyvinvointia edistäviä toimintatapoja. Hän muun muassa kehitti kehityskeskustelujen rakennetta ja oli aloitteellinen työyhteisön yhteisten palaverien käynnistämässä. Lisäksi palautteiden mukaan kehittämistyön loppuvaiheessa hänen tapansa johtaa oli muuttunut avoimemmaksi ja keskusteleavamaksi. Lähiesimiehen lisäksi kunnan perusturva- ja hoitotyön johtaja olivat mukana useissa kehittämistilaisuuksissa. Idean kehittämishankkeen käynnistämiseksi esitti perusturvajohtaja.

Työhyvinvointia edistävä johtaja välittää työntekijöistään, arvioi työn tuloksia ja osaa toimia muuttuvissa tilanteissa. Lisäksi hän antaa tilaa työntekijöiden ideoille ja ajatuksille. Avoin vuorovaikutus lisää luottamusta ja sitoutumista työhön. (Kanste 2005, 2008 ja 2011; Marjala 2009). Toimiva sisäinen viestintä parantaa työhyvinvoinnin lisäksi myös työn tuloksellisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

Kuvatussa esimerkissä kehittämistyön painopiste oli työyhteisötasolla. Tarkkosen (2012) mukaan työhyvinvoinnin tuloksellinen kehittäminen vaatii ylimmän johdon aktiivisen sitoutumisen ja osallistumisen esimerkiksi strategiатыön avulla työhyvinvoinnin johtamiseen. Työhyvinvointi tulisi nähdä koko organisaatiossa ja sen päätöksenteossa työn tuloksellisuuden merkittävästi vaikuttavana tekijänä (Tarkkonen 2012). Esimerkkinä olevassa kehittämistyössä organisaation ylittä johtoa edustivat perusturvajohtaja ja hoitotyön johtaja. Jälkeenpäin arvioiden heidän positiivinen asenteensa ja sitoutumisensa kehittämis-työhön vaikuttivat merkittävästi tulosten saavuttamiseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuvat suuret muutokset vaativat esimiehiltä hyvää henkilöstöjohtamista, jotta työn tuloksellisuus ja samalla työntekijöiden työhyvinvointi voidaan turvata (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 2011). Tarvitaan tietoa ja toimintatapoja johtamisen tueksi muuttuvissa tilanteissa (Alasoini 2011). Sinisammal ym. (2011) ovat kehittäneet tilanneherkän työhyvinvoinnin johtamisen mallin, jossa hyvinvoinnin osatekijät eivät ole stabiileja vaan ne ovat jatkuvassa liikkeessä. Niiden merkitys vaihtelee eri tilanteiden mukaan. Mallissa esitetyt hyvinvoinnin osatekijät ovat työntekijä, työ, lähityöyhteisö, johtaminen ja ulkopuoliset tekijät. Esimiehen tehtävä on pitää työhyvinvoinnin osatekijät tasapainossa. Se vaatii kykyä reagoida työyhteisön sisäisten tai ulkoisten tekijöiden muutoksiin.

Työhyvinvoinnin tilanneherkässä johtamismallissa korostuvat työn ja työyhteisön ulkopuolisten tekijöiden merkitys johtamisessa. Ulkopuolisia tekijöitä ovat muun muassa perhe, vapaa-aika, lainsäädäntö sekä taloudelliset ja kansainväliset muutokset. Ulkoiset tekijät vaikuttavat työhyvinvointiin ja siksi ovat keskeisiä huomioitavia asioita myös työhyvinvoinnin johtamisessa (Sinisammal ym. 2011).



Kuvio 1. Työhyvinvoinnin tilanneherkkä johtamismalli (Sinisammal ym. 2011)

KEHITTÄMISTYÖ JATKUVAKSI TOIMINTATAVAKSI

Kaksivuotisen kehittämishankkeen jälkeen esimerkkinä olevassa työyhteisössä on säännöllisesti selvitetty työyhteisön toimivuuden ja työhyvinvoinnin tilaa. Kartoitus on perustunut Mäkisaloon (2007 ja 2011) kehittämiin työyhteisön toimivuutta kartoittaviin osa-alueisiin. Työyhteisö on oman arviointinsa mukaan selviytynyt mittavista organisatorisista muutoksista hyvin, mikä tarkoittaa joustavuutta ja samalla tukeutumista työn ja työyhteisön kannalta tärkeisiin periaatteisiin. Työyhteisössä on jatkettu säännöllisiä sisäisiä kehittämisspalaveriteita, joissa teemoina ovat olleet muun muassa työnjakoon, uusiin työmenetelmiin ja osaamisen jakamiseen liittyvät asiat. Työyhteisössä kehitetyistä hyvistä käytännöistä on kerrottu muille työyhteisöille ja kuntayhtymille. Esimiehen arvon mukaan työyhteisön vahvuudet ovat joustavuus, sisäisten vahvuustekijöiden tunnistaminen ja hyödyntäminen sekä taito ja tahto kehittämiseen.

LÄHTEET

- Alasoini, T. 2011. Hyvinvointia työstä. Kuinka työelämää voi kehittää kestäväällä tavalla? Tykes raportteja 76. Helsinki: Tykes.
- Berg, I.K. & Dolan, Y.M. 2001. *Tales of Solutions: A Collection of Hope-Inspiring Stories*.
- Furman, B. & Ahola, T. 2007. *Onnistuminen on joukkuelaji. Reteaming-valmentajan käsikirja. Lyhytterapiainstituutti*.
- Hyrkäs, K. 2005. *Clinical supervision, burnout, and job satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. Issues in Mental Health Nursing* 26, 531–556. Hakupäivä 26.12.2012. <http://web.ebscohost.com.ezp.oamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=29dfc406-90ee-4e20-ae01-ffc6bc6bd6d9%40sessionmgr15&hid=20>
- Kanste, O. 2005. *Moniulotteinen hoitotyön johtajuus ja hoitohenkilöstön työuupumus terveydenhuollossa. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveydenhuollon hallinnon laitos. Väitöskirja. Hakupäivä 2.5.2013. http://herkules.oulu.fi/isbn9514276485/isbn9514276485.pdf*
- Kanste, O. 2008. *Työhyvinvointi ja työhön sitoutuminen terveysalalla. Premissi* 6, 36–41.
- Kanste, O. 2011. *Johtajuuden yhteys hoitohenkilöstön työasenteisiin ja työhyvinvointiin. Tutkiva hoitotyö* 2, 30–36.
- Karjalainen, M. 2010. *Professionals' Conceptions of Mentoring at Work. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 388.
- Kettunen, K. 2013. *Kehittämistyöllä työhyvinvointia vuorotyöhön. Työhyvinvoinnin johtaminen ja kehittäminen palvelukoti Kotipolussa. Oulun seudun ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan kehittämissen ja johtamisen koulutusohjelma. Hakupäivä 15.5.2013. http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201305138208*
- Luukkala, J. 2011. *Jaksaa, jaksaa, jaksaa - työhyvinvointitaitojen kirja. Helsinki: PROTammii*.
- Manka, M-L. Kaikkonen, M-L & Nuutinen, S. 2007. *Hyvinvointia työyhteisöön. Eväitä kehittämistyön avuksi. Hakupäivä 3.5.2013. http://www.uta.fi/jkk/synergos/tyohyvinvointi/tyhyopas.pdf*
- Manka, M-L. 2011. *Työn ilo. Helsinki: WSOYpro*.
- Marjala, P. 2009. *Työhyvinvoinnin kokemukset kertomuksellisina prosesseina – narratiivinen arviointitutkimus. Oulun yliopisto. Teknillinen tiedekunta. Tuotantotalouden osasto. Hakupäivä 3.5.2013. http://herkules.oulu.fi/isbn9789514290244/isbn9789514290244.pdf*
- Mäkisalo, M. 2007. *Tarinat työn tukena. Helsinki: Tammi*.
- Mäkisalo, M. 2011. *Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi*.
- Sinisammal, J. 2011. *Työhyvinvoinnin ja työympäristön kokonaisvaltainen kehittäminen – tuloksia osallistuvista tutkimus- ja kehittämisprojekteista sekä asiantuntijahaastatteluista. Acta Universitatis Ouluensis C Technica* 409. Oulu: Oulun yliopisto.
- Sinisammal, J., Belt, P., Autio, T., Härkönen, J. & Möttönen, M. 2011. *Tilanneherkkä työhyvinvoinnin johtamismalli. Premissi: terveys- ja sosiaalialan johtamisen erikoisjulkaisu* 6 (4), 28–35.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. *Johtamisella laatua ja työhyvinvointia sosiaalialalle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja* 17. Hakupäivä 8.5.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10778.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. *Työympäristön ja työhyvinvoinnin linjaukset vuoteen 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja* 13. Hakupäivä 2.5.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-16254.pdf
- Suonsivu, K. 2011. *Henkilöstön työhyvinvointi laitoshoidon tuotantoalueella. Työhyvinvoinnin tarkastelua vanhusten hoitotyössä. Tampereen kaupungin tietotuotannon ja laadunarvioinnin julkaisusarja A* 14. Hakupäivä 14.3.2013. http://www.tampere.fi/material/attachments/s/5ySC6RXOW/A_14_Tyohyvinvointi_laitoshoidon_tuotantoalueel_la.pdf
- Tarkkonen, J. 2012. *Työhyvinvointi johtamistehtävänä. Periaatteet, rakenteet ja käytännöt. Oy UNIpress Ab*.
- Utriainen, K. 2009. *Arvostava vastavuoroisuus ikääntyvien sairaanhoitajien työhyvinvoinnin ytimenä hoitotyössä. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 1014. Hakupäivä 2.5.2013. <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514291128/isbn9789514291128.pdf>



JUST DO IT – mistä syntyy innovatiivinen toimintaympäristö

Kirsi Koivunen
TtT, yliopettaja

Tässä artikkelissa tarkastellaan innovatiivista toimintaympäristöä eri näkökulmista, erityisesti systeemiteoreettisesti ja eri asiantuntijoiden tuottamaan tietoon perustuen. Aluksi lähtökohtaisesti perehdytään innovaatiotoimintaan, innovatiivisuuteen ja niiden käsitteistöön, pohditaan asiantuntijoiden ja tutkimusten perusteella innovaatioiden syntymistä ja merkitystä, innovatiivisen toimintaympäristön johtamisen haasteita sekä lopuksi sitä, mitkä asiat luovat innovatiivisen toimintaympäristön eli JUST DO IT -ilmiön.

Tarkastelun perusteella innovatiivisuus ja innovaatiot syntyvät ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa, yhteistoiminnassa. Innovatiivisen toimintaympäristön muodostuminen edellyttää, että organisaatioon pystytään luomaan verkostoitumisen kulttuuri ja niin sanottu rikastava vuorovaikutus, siten että ihmiset luottavat toisiinsa, auttavat toisiaan menemään yhä pidemmälle ja käyttämään koko potentiaallinsa. Tällaisessa toimintaympäristössä kaikki yrittävät. Ja erityisen tärkeää on se, että yrittämisessä epäonnistuminen on hyväksyttyä – jopa toivottavaa.

Johtaminen on jaettava, tasa-arvoista ja kannustavaa, mutta toisaalta kannustamisen lisäksi tarvitaan kriittisen keskustelun kulttuuri. Parhaita yhteisöjä luonnehtii se, että niissä voidaan heti puuttua asioihin, jotka ovat menossa väärään suuntaan. Kannustavuuden luoma rikastava, innovatiivinen toimintaympäristö mahdollistaa paljon avoimemman ja suuremman kritiikin kulttuurin. On kuitenkin huomioitava, että siinä kritiikki on rakentavaa, ei toisia alistavaa tai osaamisen aliarviointia. Vain siten syntyy innovatiivinen toimintaympäristö.

INNOVAATIOT JA INNOVATIIVISUUS SYNTYVÄT YHTEISTOIMINNASTA

Jotta voimme tarkastella innovatiivista toimintaympäristöä on meidän ymmärrettävä myös innovaatiotoimintaa, sen käsitteistöä sekä merkitystä niin alueellisesti kuin yhteiskunnallisestikin. Tilastokeskus (2012) määrittelee innovaation uudeksi tai olennaisesti parannetuksi tuotteeksi, palveluksi, prosessiksi, uudeksi organisatoriseksi menetelmäksi käytännöissä, työorganisaatiossa tai ulkoisissa suhteissa.

Innovaatio on osaamisesta syntynyt ja hyödynnetty kilpailu, joka hyödyttää liiketoimintaa, yhteiskuntaa ja hyvinvointia (Työ- ja elinkeinoministeriö 2010).

Innovaatiotoiminnalla tarkoitetaan kaikkia niitä toimenpiteitä, jotka johtavat tai joiden tavoitteena on johtaa innovaatioiden käyttöönottoon, eli se on idean kehittelyyn liittyvää tutkimus- ja kehitystyötä sekä idean kaupallistamiseen tai yleishyödyllisten uudistusten käyttöönottoon liittyviä toimenpiteitä (Lemola 2008; Työ- ja elinkeinoministeriö 2010).

Tänä päivänä korostetaan kysyntä- ja käyttäjälähtöistä innovaatiotoimintaa. Avoimet markkinat ja toimiva kilpailu luovat yleiset edellytykset innovaatioille. Kasvava kysyntä kannustaa kehittämään uusia tuotteita, palveluita ja ratkaisuja. Innovoimille suotuisilla markkinoilla markkinatoimijat ovat valistuneita, vastuullisia ja vaativia, mutta myös kokeilunhaluisia. Markkinoiden innovaatiomyönteisyyteen ja innovaatioiden kysyntään voidaan vaikuttaa kysyntälähtöisen innovaatiopolitiikan välinein, kuten sääntelyllä, julkisilla hankinnoilla ja standardisoinnilla. Käyttäjälähtöinen innovaatiotoiminta hyödyntää käyttäjätietoa asiakkaista, käyttäjäyhteisöistä ja asiakasyrityksistä. Käyttäjät nähdään aktiivisina innovaatiotoimintaan osallistujina ja tärkeänä voimavarana. Keskeistä on tieto käyttäjien tarpeista, olivatpa nämä tiedostettuja, piileviä tai tulevaisuudessa mahdollisesti herääviä (Orava 2009; Työ- ja elinkeinoministeriö 2010).

Perinteisesti innovaatiot yhdistetään keksintöihin eli teknologisiin innovaatioihin. Myös kaupalliset tuote- ja palveluinnovaatiot ovat hyvin tunnistettuja. Mutta viime vuosikymmeninä on huomattu, että pelkästään näillä innovaatioilla ei enää saavuteta sitä kilpailukykyä, jonka esimerkiksi Nokia Suomeen synnytti. Tarvitaan uusia aloitteita ja osittain siksi tätä keskustelua innovaatioista on täydennetty sosiaalisten, kulttuuristen ja pedagogisten, bisnes- ja muotoiluinnovaatioiden näkökulmalla (Himanen 2007).

Luovuuden käsite on viime vuosikymmenenä yhdistetty tutkimus- ja kehitystoiminnan sekä korkean teknologian kautta syntyviin uusiin ja innovatiivisiin, tekijänoikeuksilla ja patenteilla suojattaviin ideoihin. Luovuudella ja yhteiskunnan menestymisellä on täten kiinteä yhteys toisiinsa. Innovaatio käsitteenä tässä keskustelussa merkitsee samaa ja osin korvaa luovuuden käsitteen. Innovaatio on luovuuden kaupallinen versio. Innovaatioiden keskeinen ominaisuus on kilpailukyvyyn tuottaminen. Erityisesti kansainvälisen kilpailukyvyyn kasvattaminen on valtioiden keskeisin menestysstrategia pyrittäessä turvaamaan taloudellista vakautta ja kasvua sekä kansalaisten hyvinvointia ja elämänlaatua. (Kanerva 2004.)

Niin kuin edellä esitettiin, innovaatioita on luokiteltu eri näkökulmista. Esimerkiksi sosiaalisilla innovaatioilla tarkoitetaan sellaisia säännösjärjestelmien, politiikan, organisatoristen rakenteiden ja toimintamallien uudistuksia, jotka parantavat yhteiskunnan taloudellista ja sosiaalista suoritus- ja toimintakykyä niin julkisella kuin yksityiselläkin sektorilla (Hämäläinen & Heiskala 2004). Sosiaali- ja terveydenhuollon sosiaalinen innovaatio on yksilön, ryhmän, yhteisön tai verkoston luovan toiminnan tuloksena syntynyt uusi idea, joka johtaa lisäarvoa tuottavaan tulokseen yksilön tai yhteisön hyvinvoinnissa,

terveydessä tai palvelujärjestelmässä (neuvolakonsepti, isyysloma ja sauvakävely) (Taipale & Hämäläinen 2007).

Keskeistä määrittelyissä on vaikuttavuus. Kekseliäisyydellä on merkitystä, mutta innovaatio on innovaatio vasta, kun vaikuttavuus voidaan todentaa joko mikro- tai makrotasolla. Vaikuttavuuden tulee olla todennettavissa ja mitattavissa (Taipale & Hämäläinen 2007). Lopulta ratkaisevaa tuottavuuden ja tuotannon kasvun kannalta on innovaatioiden lajien yhdistäminen ja yhtäaikainen menestyksellinen läpivieminen (Himanen 2007).

Meillä Suomessa arvostetaan paljon huippuosaamista ja huippututkimusta. Ajatellaan, että innovaatiot syntyvät vain huippuosaamisesta. Toisaalta, vaikka oppiminen on yksilössä tapahtuvaa muutosta, eikä voida ajatella yhteisön muuttuvan ilman yksilöiden muuttumista, voidaan katsoa, että yhteisön oppiminen on enemmän kuin yksilöiden oppimisen summa (Johnson & Johnson 2006; Johnson, Johnson & Smith 2007; Kotnour & Landacta 2007).

Eräs laaja eurooppalainen innovaatiotutkimus osoittaa, että vain 4 % innovaatioista syntyy yksilötasolla tieteellisen tutkimuksen pohjalta ja 96 % yhteisötasolla tapahtuvan yhteisen oppimisen tuloksena (Harmaakorpi 2008). Oppiminen voi yhteisössä tulla kattavammaksi ja laadukkaammaksi kuin yksilöiden yksinään aikaansaamat oppimistulokset. Yhteisön oppimisessa tärkeimmäksi seikaksi nostetaan sosiaalinen vuorovaikutus. Sosiaalisessa vuorovaikutuksessa tapahtuvasta oppimisesta alalajeiksi esitellään yhteisöllinen, yhteistoiminnallinen ja kollaboratiivinen oppiminen (Siltala 2010).

Innovaation synnyttäminen ei siis ole tekninen prosessi, vaikka tuloksena syntyisikin uutta teknologiaa. Ihmiset luovat innovaatiot, ja siksi innovointi on inhimillinen ja sosiaalinen prosessi (Gertler & Wolfe 2002; Stähle & Sotarauta 2003; Taatila ym. 2006). Yhteistoiminnallisen oppimisen viisi peruspilaria ovat positiivinen riippuvuus, avoin vuorovaikutus, yksilöllinen vastuu, sosiaaliset ryhmätaidot ja arviointi (Johnson & Johnson 2006; Johnson ym. 2007).

Innovatiivisuudella taas tarkoitetaan toimintatapaa, jossa yhdistyvät spontaanisuus, kekseliäisyys ja järjestelmällisyys. Innovatiivisuus on lähellä luovuutta ja keksimistä oleva käsite (Siltala 2010). Usein innovatiivisuudella tarkoitetaan ominaisuutta, joka on kykyä ja halua luoda ja ottaa käyttöön innovaatioita eli tietynlaista uudistus- ja uudistumisvalmiutta. Stählen (2004) ja Siltalan (2010) mukaan innovatiivisuuden voidaan katsoa olevan luovuutta, johon liittyy käytäntönsaattamispyrkimys. Innovatiivisuus on monipuolista oppimista edellyttävää luovuutta, jolla on prosessiin tai tapahtumaan liittyviä positiivisia vaikutuksia käytännössä (Stähle 2004; Siltala 2010).

Innovaatiot syntyvät siis innovatiivisessa ympäristössä ihmisten välisistä solmukohdista, mutta vain jos osataan kommunikoida. Solmukohta taas muodostuu eri alojen osaajista ja heidän verkostoistaan. Asiantuntijoiden välillä syntyvät ristiriidat haastavat totuttuja ajatusmalleja ja pakottavat asiantuntijat kyseenalaistamaan totuuksiaan. Tällöin tapahtuu luovaa tuhoa: osaajat oppivat toisiltaan nopeasti uusia tapoja käsitellä tietoa ja hylkäävät toimimattomia ajatusmalleja. Innovaatio on aina systeemin tulos. Se, millaiseen

vuorovaikutukseen systeemi kykenee, määrittää samalla sen mahdollisuudet uudistumiseen, radikaaliin muutokseen, innovaatioon ja vaikutusvoimaan. (Stähle 2004.)

Innovaatioprosesseissa on siis tunnistettavissa yhteistoiminnallisen oppimisen peruspilareita (Kotnour & Landacta 2007; Siltala 2009; Tajeddini 2009). Prosesseissa korostuvat erityisesti yksilöiden välinen positiivinen riippuvuus, yksilön vastuu ja sosiaaliset taidot. Yhteistoiminta on välttämätöntä innovaatioprosessiin liittyvässä osaamisen- ja tiedonhankinnassa. Myös jaetun tietämyksen, luottamuksen ja vastuunoton merkitys korostuu (Siltala 2009).

INNOVATIIVISUUS JA VERKOSTOITUMINEN HAASTAVAT JOHTAMISEN

Tieto- ja viestintäteknologian huikkea kehitys ja nopea globalisoituminen on vienyt meitä kohti verkostojen aikakautta. Elämme verkostotaloudessa, jossa tärkeäksi menestymisen edellytykseksi on tullut kyky toimia verkostoissa (Sydänmaanlakka 2011). Organisaatiot eivät yleensä voi yksin toimia alueensa hyväksi, vaan ne tarvitsevat kumppaneikseen muita toimijoita ja niiden muodostamia verkostoja. Oman osaamisen terävöittäminen tapahtuu verkostoitumisen avulla, sillä itse ei voida enää tuottaa kaikkea tarvittavaa.

Innovaatioekosysteemi on yhteisö, joka koostuu vuorovaikutuksessa olevista organisaatioista ja yksilöistä. Organisaatiot ovat siis aina osana laajempaa kokonaisuutta. Innovaatioekosysteemi on kuin elävä ekosysteemi. Siinä toistuvat samat avainilmiöt, joita havaitaan luonnossa. Kilpailu, erikoistuminen, yhteistyö, hyväksikäyttö, oppiminen, kasvu ja niin edelleen ovat keskeisiä myös tässä (Sydänmaanlakka 2011). Kyseessä on siis omavarainen ja itseään jatkuvasti uudistava systeemi (Stähle 2004).

Verkostotaloudessa toimintaa ohjaavat avoimuus, nopeus, yhteistoiminta, tiedon jakaminen ja globaalisuus. Kaiken tämän ovat mahdollistaneet uudet sosiaalisen median työkalut. Kun siirrymme perinteisestä suljetusta organisaatiosta kohti avointa ekosysteemiä, muuttaa johtaminen muotoaan ja siitä tulee entistä haasteellisempää, perinteisestä tiukasta suunnittelusta ja kontrolloinnista siirrytään kohti itseorganisoitumista. Tällöin meidän on opittava ymmärtämään, miten verkostot ja ekosysteemit toimivat ja miten niitä johdetaan. Tällöin perinteisen hierarkkisen ohjauksen rinnalle tulee myös markkina-, sosiaalinen ja strateginen ohjaus. Tällöin joudumme kysymään, onko johtaminen ollenkaan mahdollista vai onko toiminta enemmän itseohjautuvaa. (Stähle 2004; Sydänmaanlakka 2011.)

Oppiminen, muuntautuminen ja sopeutuminen ovat jatkuvassa muutoksessa olevassa alueellisessa toimintaympäristössä välttämättömyyksiä kaikille organisaatioille. Stähle (2004) painottaa, että nykyään miltei kaikki kehitysprosessit toteutetaan laajapohjaisessa verkostomaisessa yhteistyössä. Verkostotalouteen siirryttäessä koko verkoston osaaminen korostuu. Yhdistämällä verkostossa olevaa osaamista voidaan organisaation osaamisen tasoa nostaa.

Engeström (1995) käyttää uutta luovasta oppimisesta nimitystä ekspansiivinen oppiminen. Oppimisen kohteena on koko toiminta-

järjestelmä ja tavoitteena laadulliset muutokset. Oppimisprosessi on luonteeltaan kollektiivinen ja pitkäkestoinen tapahtuma. Opittavia asioita ei voida omaksua oppikirjoista, kokeneiden työntekijöiden työkäytännöistä eikä yhteiskunnan kulttuurivarannosta. Organisaation on kyettävä luomaan uutta. Jotain, mitä ei ole vielä olemassa. (Engeström 1995).

Uudistumiskyky edellyttää monenlaisen asiantuntemuksen sekä erilaisten intressien, ihmisten ja organisaatioiden yhteen sovittamista. Tällaisen kompleksisuuden hallinta onkin kaikissa projekteissa suuri haaste sekä johtamisen että tiedon käsittelyn kannalta. Onnistuminen perustuu jaettuun johtajuuteen ja itseuudistumisen dynamiikkaan (Stähle 2004).

Innovaatiivinen, rikastava toimintaympäristö edellyttää, että johtaja toimii riittävän läheisesti työntekijöiden kanssa kannustavassa hengessä. Johtajan persoonallinen esimerkki ilmaisee todellisen työkuultuurin – ja tätä viestiä ihmiset myös seuraavat (Himanen 2007). Siltalan (2009) mukaan Behnin (1995) luokittelu soveltuu edelleen hyvin tarkasteltaessa innovatiiviseksi yhteisöksi kehittymistä. Tällöin johtamisessa on tärkeää kymmenen peruseriaatetta:

1. Vastaa välittömästi pyyntöihin työolosuhteiden parantamisesta.
2. Salli virheitä.
3. Luo tietty päämäärä ja tapa arvioida suorituksia.
4. Laajenna työnkuvia.
5. Siirrä ihmisiä eri tehtäviin.
6. Palkitse ryhmiä, älä yksittäisiä henkilöitä.
7. Tee hierarkia niin merkitykselliseksi kuin mahdollista.
8. Hajota toiminnallisia yksiköitä.
9. Anna jokaiselle kaikki työssä tarvittava tieto.
10. Tuo esiin ja kerro toimivista innovaatioista.

Toisaalta innovatiivisuus ja rikastava toimintaympäristö ei synny vain johtajan esimerkistä, vaan se on summa siitä, kuinka rikastavasti kaikki yhteisön jäsenet toimivat (Kratzer ym. 2005; Himanen 2007).

KOHTI RIKASTAVAA, INNOVATIIVISTA TOIMINTAYMPÄRISTÖÄ

Alueellisen kehittämisen tulisi yhä enemmän perustua innovaatioekosysteemin toiminnan ymmärtämiseen (Stähle & Sotarauta 2003). Itseuudistumiseen perustuva muutosdynamiikka tuottaa sekä sopeutumista että aktiivista muutosta. Se huomioi reunaehdot (joita ei voi muuttaa) ja mahdollisuudet (joihin voi vaikuttaa), mutta kulloinkin lopputulos syntyy kuitenkin aina vuorovaikutuksen, ei kontrollin tuloksena. Itseohjautuva kontrolli syntyy verkossa vaikuttajien kesken, eikä siis ole ennalta keskitetty. (Stähle & Sotarauta 2003.) Stählen (2004) mukaan innovatiivisen toimintaympäristön eli itseuudistuvan systeemin perusedellytykset muodostuvat neljästä osatekijästä: toimijoista, verkostosta, tietojohtamisesta ja ajoituksen hallinnasta.

Innovaatioekosysteemi koostuu toimijoista, joiden välisen vuorovaikutuksen kautta tapahtuu toimintaa ja syntyy tuloksia. Olennaista on, keitä systeemiin kuuluu ja miten vahvasti he tuntevat kuuluvansa siihen sekä paljonko he panostavat siihen aikaa, energiaa ja resursseja. Merkityksellistä on myös se, miten toimijat kestävät kesken eräisyyttä ja epävarmuutta. Toimijoiden välillä tarvitaan kriittistä keskustelua, jotta uutta voidaan luoda, mutta kriittinen keskustelu ei ole toisen alistamista tai osaamisen aliarviointia. Kriittinen keskuste-

lu perustuu luottamukseen, toisten kunnioittamiseen ja osaamisen arvostamiseen. Luottamus tekee systeemin rakentumisen mahdolliseksi ja toisaalta tuottaa systeemiin voimaa yhä riskialttiimpaan itsensä uudistamiseen. Toimijoiden välinen luottamus on toiminnan universaali edellytys. (Stähle 2004.)

Himanen (2007) korostaa, että ydinverkostojen tulisi perustua fyysisesti kasvotusten tapahtuvalle vuorovaikutukselle, minkä syy on Collinsin käsite ”emotionaalinen energia” (emotional energy). Luovaa toimintaa ajavaa emotionaalista energiaa – kuten luovaa intohimoa, innostusta, unelmia ei voi aikaansaada pelkästään virtuaalisesti sähköposteja lähettämällä. Hänen mukaansa sen jälkeen, kun fyysinen tilanne on ensin ladannut emotionaalista energiaa, voidaan toimia myös osittain virtuaalisesti.

Himanen (2007) edelleen täydentää tätä selitystä lisäämällä vastakäsitteet ”emotionaalinen tyhjeneminen” (emotional exhaustion / emotional vacuum) ja ”kulttuurinen tyhjiö” (cultural vacuum). Erilleen jäädessään innovaattori ei saa vahvistusta luovalle intohimolleen eivätkä hänen ideansa kulttuurisessa tyhjiössä tule kytketyiksi ja tunnustetuiksi merkitykselliseksi, mikä vähitellen johtaa emotionaaliseen tyhjenemiseen.

Verkostot ovat itseuudistuvan systeemin tärkein toimintamuoto. Toimivat verkostot muodostuvat tiivistä kytköksistä toimijoiden välillä, luottamuksesta ja monenvälisistä positiivisista riippuvuuksista (Stähle 2004). Yhteistoimintaa ohjaa siis niin sanottu win-win periaate, eli kaikkien on hyödyttävä ja mitä enemmän riippuvuusuhteita systeemi sisältää, sitä uudistuskypyisempi se on (Stähle 2004; Kratzer ym. 2005).

Tieto ja sen prosessointi ovat itseuudistuvan systeemin keskeisiä asioita. Systeemeissä on oltava sekä tekniset välineet että sosiaaliset käytännöt tietovirtojen ohjaamiseen, vuorovaikutuksen mahdollistamiseen ja uuden tiedon synnyttämiseen. Tietovirtojen ohjaamiseen ja rikastuttamiseen tarvitaan siis työkaluja, organisaatorakenteen toimintaympäristöjä, jotka toimivat parhaalla mahdollisella tavalla. Innovaatioiden syntymisen osalta ajoitus ratkaisee kaiken. On ymmärrettävä, milloin aika on millekin asialle kypsä ja toimittava aina tilanteen mukaan. (Stähle & Sotarauta 2003; Stähle 2004.)

Rikastavaa vuorovaikutusta luonnehtii se, että ihmiset haluavat innostaa toisiaan olemaan parhaimmillaan ja toisten onnistuminen inspiroi myös itseä hieman kilvoitellenkin toteuttamaan potentiaaliaan täydemmin (Mirel & Johnson 2006; Song ym. 2007). Köyhdyttävässä yhteisössä puolestaan ihmiset ovat epäinnostuneita toisistaan ja toisten onnistuminen ei inspiroi toteuttamaan itseään täydemmin vaan ainoastaan ottamaan toiselta jotakin pois (Himanen 2007).

Piilaakso lienee tunnetuin ja arvostetuin innovatiivinen toimintaympäristö maailmassa tällä hetkellä. Piilaaksossa toimivat erikoiset yritykset ja ympäristössä korostuu monipuolinen yhteistoiminta. Yhteistoimintaa luonnehtii huippuunsa viety verkostoituminen, kierrätys (ideoiden, ihmisten ja tuotteiden) ja innovatiivisuus. Verkostoyrityksiä ruokkivat hyvin monipuolinen pätevä työvoima,

korkeakoulu ja tutkimuslaitokset, rahoittajat sekä palveluyritykset (mahdollistajat, hyödyntäjät, kehittäjät, käyttäjät ja operaattorit). Menestyksen mahdollistaa ehdottomasti Piilaakson työskentelykulttuuri, jota leimaa yrittäjähenkisyys, avoimuus, jakaminen, riskinsieto, yhteistoiminta ja kova työnteko Tämä kulttuuri on voimakas, melkein käsin kosketeltava, ja se näyttää tarttuvan nopeasti lähes kaikkiin. Ihmisillä on sellainen tunne, että ”here everything is possible, just do it”. Siellä uskalletaan myös epäonnistua. Usein monia epäonnistumisia pidetään jopa edellytyksenä todelliselle onnistumiselle. (Sydänmaanlakka 2011.)

Sydänmaanlakka (2007) esittää, että suomalaista yrittäjäkulttuuria luonnehti hyvin Märten Mickos, aikaisemmin MySQL:n ja nyt Eucalyptus Systemsin yrittäjähenkisen toimitusjohtaja toteamalla, että ”Suomessa pelätään liikaa epäonnistumista, mutta myös onnistumista”.

LOPUKSI

Monet organisaatiot painottavat strategioissaan innovatiivisuuteen liittyviä arvoja ja periaatteita. Myös Oulun seudun ammattikorkeakoulun (Oamk) arvoja ovat luovuus, rohkeus, oikeudenmukaisuus, rehellisyys sekä vastuullisuus. Lisäksi Oamkin toimintaperiaatteissa korostuvat asiantuntijuus, yhteistyö ja jatkuva uudistuminen. Mutta miten sitten saadaan organisaatioihin aikaiseksi todellinen innovatiivinen toimintaympäristö eli niin sanottu JUST DO IT -ilmiö? Eli työskentelykulttuuri, jota leimaa yrittäjähenkisyys, avoimuus, jakaminen, riskinsieto, yhteistoiminta ja kova työnteko? Miten saadaan tästä kulttuurista niin voimakas, että se tarttuu nopeasti jokaiseen. Opettajiin ja heistä opiskelijoihin, niin että kaikilla on sellainen tunne, että ”here everything is possible, just do it”.

Asiantuntijoiden (Martins & Tenblance 2003; Kratzer ym. 2005; Stähle 2004; Taatila ym. 2006; Himanen 2007; Tajeddin 2009; Sydänmaanlakka 2011) mukaan tällainen innovatiivisen toimintaympäristön muodostuminen edellyttää, että organisaatioon pystytään luomaan huippuunsa viety verkostoituminen ja niin sanottu rikastava vuorovaikutus. Eli että ihmiset luottavat toisiinsa, auttavat toisiaan menemään vielä pitemmälle ja taas toisaalta kilvoittelevat siitä kuka toteuttaa potentiaaliaan kaikkein pisimmälle. Tällaisessa toimintaympäristössä kaikki yrittävät. Ja erityisen tärkeää on se, että yrittämisessä epäonnistuminen on hyväksyttyä – jopa toivottavaa. Se osoittaa että henkilö on yrittänyt jotakin kunnianhimoista ja todennäköisesti myös oppinut epäonnistumisesta ja saavuttanut siitä uudelle yrittämiselle arvokasta kokemusta. Vastaavasti onnistuminen palkitaan sekä yhteisön tunnustuksena että taloudellisesti. Tämä on jyrkkä vastakohta monille toimintaympäristöille, jossa pelätään ja varotaan niin epäonnistumista kuin onnistumistakin.

Tällaisessa toimintaympäristössä johtaminen on tasa-arvoista ja kannustavaa, mutta toisaalta kannustamisen lisäksi tarvitaan kriittisen keskustelun kulttuuri. Parhaita yhteisöjä luonnehtii se, että niissä voidaan heti puuttua asioihin, jos ne ovat menossa väärään suuntaan. Kannustavuuden luoma rikastava organisaatio mahdollistaa paljon avoimemman ja suuremman kritiikin kulttuurin, mutta on huomioitava, että kritiikki on rakentavaa. (Himanen 2007.)

Lopuksi on todettava Tommy Hellstenin sanoin:

”Luovuus on sitä että synnyttää jotain mitä ei aiemmin ole ollut. Siksi luovuus liikkuu aina lähellä haavoittuvuutta ja rohkeutta”

– Tommy Hellsten

LÄHTEET

- Gertler, M.S. & Wolfe, DA. 2002. *Innovation and Social Learning: Institutional Adaptation in an Era of Technological Change*. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Kanerva, A. 2004. Kansainväliset luovuusstrategiat – selvitys. Kulttuuri-politiittisen tutkimuksen edistämissäätiö (CUPORE). Hakupäivä 2.1.2013. http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Kulttuuri/kulttuuripolitiikka/linjaukset_ohjelmat_ja_hankkeet/luovuusstrategia/liitteet/KvselvitysCUPORE.pdf
- Kratzer, J., Leenders, R. & Van Engelen, J.M.L. 2005. Informal contacts and performance in innovation teams. *International Journal of Manpower* 26(6), 513-28.
- Himananen, P. 2007. *Suomalainen unelma. Innovaatioreportti. Teknologia-teollisuuden 100-vuotissäätiö*. Helsinki: Artprint.
- Hämäläinen, H. & Heiskala, R. 2004. *Sosiaaliset innovaatiot ja yhteiskunnan uudistumiskyky*. Helsinki: Edita.
- Johnson, D & Johnson, RT. 2006. *Joining Together: Group Theory and Group Skills*. 9. p. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Johnson, D., Johnson, R.T. & Smith, K. 2007. The State of Cooperative Learning in Postsecondary and professional Settings. *Educational Psychology Reviews* 19(1), 15-29.
- Kotnour, T. & Landaeta, R.E. 2007. Extending Cooperative learning principles to Multiple Learning Groups and Timeframes: A Case Example. *The Journal of Faculty Development* 21(3), 201-216.
- Lemola, T. 2008. Tiede- ja teknologiapolitiikasta innovaatiopolitiikkaan. Teoksessa T. Oksanen & M. Salminen (toim.) *Näkökulmia laaja-alaiseen innovaatiotoimintaan. Valtiontalouden tarkastusviraston tutkimuksia ja selvityksiä*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Martins, E.C. & Terblance, F. 2003. Building Organisational Culture that Stimulates Creativity and Innovation. *European Journal of Innovation Management* 6(1), 64-74.
- Mirel, B. & Johnson, N. 2006. Social Determinants of Preparing a Cyber-Infrastructure Innovation for Diffusion. *Technical Communication Quarterly* 15(3), 329-53.
- Orava, J. 2009. Living Lab -toiminta Suomessa. Aluekeskushohjelmien verkostojulkaisu 3. Innovaatiot ja osaaminen-verkosto / Seinäjoen Teknologiakeskus Oy. Vaas: Waasa Graphics. Hakupäivä 6.6.2012. <http://www.kommunerna.net/fi/asiantuntijapalvelut/tuke/palveh/innovatiiviset-palvelut/innovaatiopolitiikka/Living%20Lab/Documents/Living%20Lab%20-toiminta%20Suomessa%20-julkaisu.pdf>
- Siltala, R. 2009a. Peruskoulu innovatiivisena organisaationa ja oppimisympäristönä. Teoksessa A. Tenhunen, S. Keskinen & R. Siltala (toim.) *Opetuksen innovaatiot ja innovatiivisuus opetuksessa. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisusarja* 41.
- Siltala, R. 2009b. Yhteistoiminnallinen oppiminen innovaatioyhteyksissä. Teoksessa V. Taatila (toim.) *Innovaatioiden lähteillä. Laurea-ammattikorkeakoulun julkaisusarja* A68, 44-75.
- Siltala, R. 2010. *Innovatiivisuus ja yhteistoiminnallinen oppiminen liike-elämässä ja opetuksessa*. Turun yliopisto, Turku.
- Song, S., Nerur, S. & Teng, J.T.C. 2007. An Exploratory Study of the Roles of Network Structure and Knowledge Processing Orientation in Work Unit Knowledge Management. *Database for Advances in Information Systems* 38(2), 8-26.
- Stähle, P. & Sotarauta, M. 2003. Alueellisen innovaatiotoiminnan tila, merkitys ja haasteet Suomessa. Loppuraportti. Eduskunnan kanslian julkaisuja 3. Helsinki. Hakupäivä 6.6.2012. http://www.eduskunta.fi/fakta/julkaisut/ekj3_2003.pdf
- Stähle, P. 2004. Itseuudistumisen dynamiikka: Systeemijattelu kehitysprosessien ymmärtämisen perustana. Teoksessa M. Sotarauta & K-J. Kosonen (toim.) *Yksilö, kulttuuri, innovaatioympäristö: Avauksia aluekehityksen näkyvämmään dynamiikkaan*. Tampere: Tampere University Press.
- Sydänmaanlakka, P. 2011. Johtamisesta on tullut yhä haastavampaa: miten johtaa verkostoja ja ekosysteemejä? Pertec Consulting Oy. Hakupäivä 6.6.2012. <http://www.pertec.fi/tutkimus/artikkelit/>
- Taatila, V., Suomala, J., Siltala, R. & Keskinen, S. 2006. Framework to study social innovation networks. *European Journal of Innovation Management* 9(3), 312-326.
- Taipale, V. & Hämäläinen, H. 2007. *Kertomuksia sosiaalisista innovaatioista*. Stakes. Helsinki.
- Tilastokeskus. Käsitteet ja määritelmät. Suomen virallinen tilasto (SVT): Innovaatiotoiminta [verkkajulkaisu]. ISSN=1797-4380. Helsinki: Tilastokeskus. Hakupäivä 7.6.2012. <http://tilastokeskus.fi/ti/inn/kas.html>
- Tajeddini, K. 2009. Examining the Effect of Learning Orientation on Innovativeness. *International Journal of Collaborative Enterprise* 1(1), 53-65.
- Työ- ja elinkeinoministeriö. 2010. Innovaatiot. Hakupäivä 2.1.2013. <http://www.tem.fi/index.phtml?s=2069>
- Työ- ja elinkeinoministeriö. 2010. Kysyntä- ja käyttäjälähtöinen innovaatiopolitiikka. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 47. Jäsentely (osa I) toimenpideohjelma (osa II). Hakupäivä 6.6.2012. http://www.tem.fi/files/27546/Jasentely_ja_toimenpideohjelma.pdf

Kirjoittajat

Annikki Lämsä

Terveydenhuoltoneuvos,
terveys sosiologi



THM Pirkko Suua

Lehtori

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
pirkko.suua@oamk.fi

THM Pirkko Suua on toiminut opettajana yli 20 vuotta ja päätehtävänä on mielenterveytyön ja psykiatrisen hoitotyön opetus hoitotyön koulutusohjelmassa. Hänen kiinnostuksen kohteitaan ja keskeisiä tehtäväalueitaan ovat opiskelijoiden koulutukseen kuuluva harjoittelu, harjoittelussa oppiminen, harjoittelun ohjaus sekä kehittäminen ja tutkimus. Harjoittelun kehittäminen oppimisympäristönä on tärkeää, koska ammattitaidon kehittymisen ohella harjoittelun sujuminen ja opiskelijan kokemukset harjoitteluyhteisöistä ovat merkittäviä myös opiskelijan oman hyvinvoinnin ja opiskelumotivaation kannalta.



KT, TtL Anneli Paldanius

Yliopettaja

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu
anneli.paldanius@tokem.fi

KT, TtL Anneli Paldanius toimii yliopettajana Kemi-Tornion ammattikorkeakoulussa.



KT Airi Paloste

Yliopettaja

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu
airi.paloste@tokem.fi

KT Airi Paloste on koko työuran ajan toiminut terveyden edistäjänä. Aluksi terveydenhoitajana ja myöhemmin kouluttajana ja tutkijana. Hänen oma tutkimusintressi on suuntautunut hoitotyön koulutuksen tuottamaan ammatilliseen pätevyyteen. Tällä hetkellä hän toimii yliopettajana Kemi-Tornion Ammattikorkeakoulussa, jossa hän kouluttaa terveydenhoitajia sekä terveyden edistämisen ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskelijoita.



TtT, THO, psyk.esh.

Sirkka-Liisa Halme

Yliopettaja (emerita)

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
v. 2000–2011

TtT Sirkka-Liisa Halme on Oulun seudun ammattikorkeakoulun yliopettaja (emerita) 28.2.2011 alkaen). Sen jälkeen hän on toiminut tutkimustyön luento-opettajana. 45-vuotinen työura on suuntautunut lasten, nuorten ja perheiden pariin sekä mielenterveytysohjon vuosina 1968–1999. Opetustyön sisältönä on ollut lastensairaanhoito, psykiatrisen hoitotyö ja ennen kaikkea hoitotiede, hoitotyön etiikka, tutkimus- ja kehittämistyö, opinnäytteiden ohjaus sekä erinäiset projektit ja koulutusohjelmien kehittämiseen liittyvät haasteet vuosina 1990–2013.



TtT, terveydenhoitaja

Hilkka Honkanen

Yliopettaja

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
hilkka.honkanen@oamk.fi

TtT, terveydenhoitaja Hilkka Honkanen toimii yliopettajana Oulun seudun ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveystieteiden yksikössä. Hänen työtehtävänsä keskittyvät tutkimus-, kehitys-, ja innovaatiotoimintaan (tki) ja YAMK-koulutukseen. Hän on erityisesti kiinnostunut kehittämään uusia pedagogisia toteutustapoja, joissa yhdistyy tki-toiminta ja koulutus työelämäälähtöisellä tavalla. Tki-toiminnassa hänen erityisenä vastuualueenaan on lasten, nuorten ja lapsiperheiden kehittämissuunnitelman koordinointi sekä terveyden edistämisen teemat.



FT, KM, OPINTO-OHJAAJA, SHO, ESH, SH Irene Isohanni

Tutkimus- ja kehitysjohtaja
Oulun seudun ammattikorkeakoulu
irene.isohanni@oamk.fi

FT, KM, OPINTO-OHJAAJA, SHO, ESH, SH Irene Isohanni toimii tutkimus- ja kehitysjohtajana Oulun seudun ammattikorkeakoulussa. Aikaisemmin hän on työskennellyt sairaanhoitajana, erikoissairaanhoitajana, apulaisosastonhoitajana, sairaanhoidonopettajana ja opinto-ohjaajana. Ammattikorkeakoulun kehittämisessä hän on ollut mukana alusta alkaen ensin suunnittelijana ja opintoasianpäällikkönä sekä myöhemmin kehitysjohtajana. Ammattikorkeakoulun tutkimusjohtajana hän vastaa ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön sekä innovaatiotoiminnan strategisesta kehittämisestä ja koordinoinnista. Hänen tutkimuskohteinaan ovat olleet työyhteisöjen ja opinto-ohjauksen kehittäminen, koulutuksen ja mielenterveyden yhteydet sekä koulutuksen kehittäminen.



TtT Tarja Pölkki

Dosentti, tutkija
Oulun yliopisto, terveystieteiden laitos

THT Anna-Majja Pietilä

Professori
Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta, hoitotieteen laitos
Perusturvan ja terveydenhuollon palvelualueet, Kuopio

MMM, laillistettu ravitsemusterapeutti, kuntoutuksen ohjaaja (YAMK)

Leea Järvi

Terveydenedistämisen koordinaattori
Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
leea.jarvi@ppshp.fi

Yhteistyöni Terveystieteiden tohtori, yliopettaja Lea Rissanen kanssa alkoi vuonna 2007, kun pyrin Oulun seudun ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveysalan yksikköön opiskelemaan terveyden edistämisen koulutusohjelmaan päämääräni suorittaa ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Pyrin opiskelemaan, koska kaipasin uusia ajatuksia ja uudenlaista näkemystä työhöni Oulun yliopistolaisen sairaalan ravitsemusterapeutina ja terveyden edistämisen yhdyshenkilönä. Terveyden edistämisen opiskelu oli antoisaa ja mielenkiintoista. Lean ammattitaitoisessa ja kannustavassa ohjauksessa sain käytännön työkaluja työhöni. Opinnäyteyöni Lasten lihavuuden hoidon kehittämisestä tein Lean ohjaamana. Työ pohjusti lasten lihavuuspoliklinikan perustamista OYS:n lasten ja nuorten poliklinikalle. Lean esimerkki opettajana sai minut kiinnostumaan opettajan työstä, johon tehtävään olen nyt pätevyitymässä.



TtT Raija Nurminen

Yliopettaja
Turun ammattikorkeakoulu
raija.nurminen@turkuamk.fi

Minä etsin viisautta hiljaisesta tiedosta sekä osaamisesta, sen kehittämisestä ja johtamisesta.

Hiljainen tieto on lähellä monitasoista ja laaja-alaista viisautta. Mitä tämä viisaus on? Viisaus on omakohtaisesti sisäistettyä, koettua ja arvostettua tietoa, johon liittyy kyky nähdä ja eläytyä toisen ihmisen todellisuuteen. Hiljainen tieto on ajallista, kulttuurista ja sosiaalista kokemustietoa, myös inhimillistä elämäkokemusta. Mutta... miten todella löydän hiljaisen tietoni ja äänettömän osaamiseni?

Osaamisen kehittäminen on vastuunottoa omasta työstä ja yhteisistä tavoitteista. Se on muutokseen osallistumista ja aktiivista tiedonhankintaa ja jakamista, oppimista toisilta ja toisten kanssa sekä positiivista asennetta. Mutta... Miten tämä saavutetaan yksilö- ja yhteistasolla?

Tutkimusmatkani jatkuu ja siinä haluan korostaa monialaista ja asiakaslähtöisyyttä arvostavaa arviointi- ja kehittämistyötä. Mielenkiintoni kohteina ovat edelleen osaamisen johtaminen eri toimintaympäristöissä, hiljainen tieto osaamispääomana, syöpää sairastavien kuntoutumisen tuki (tulevaisuuden syöpäkuntoutus) sekä parantumattomasti sairaan ihmisen (palliativinen hoito ja saattohoito) hoitoprosessin rakenteellinen, toiminnallinen ja sisällöllinen arviointi ja kehittämistyö.

Lapsuudessa saatu liikuntainnostonus on säilynyt keski-ikäni asti. Rummakko, kuten pohjoiskarjalaiset sanovat, taipuu vielä zumba- ja showtanssikuvioidessa, vähitellen häviävä lihasvoima elpyy ja säilyy lihaskuntoilussa, itsehillintä kasvaa golfissa, koko rummakko hiihdossa sekä keho ja mieli tasapainottuvat kehonhuollossa.

Poikamme Janne on omalla elämänpolullaan ja isäksi tulossa rakas Heini rinnallaan. Lääketieteen alaan kuuluva väitöskirja vanhusten toimintakyvystä ja lääkehoidosta on loppusuoralla. Hienoa on, että perhe on taas yhdessä – täällä Turussa.

Leaa lämmöllä muistaen ja meille kaikille innostavia kehittymisen polkuja!

YTT Helena Siira

Yliopettaja
Oulun seudun ammattikorkeakoulu
helena.siira@oamk.fi
YTT Helena Heikka toimii yliopettajana Oulun seudun ammattikorkeakoulussa.



TtT Leena Paasivaara

Professori

Oulun yliopisto, Terveystieteiden laitos
leena.paasivaara@oulu.fi

TtT, dosentti, Leena Paasivaara toimii Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksella terveyshallintotieteen professorina. Hän osallistuu aktiivisesti opetukseen sekä kandi-, maisteri- että tohtorikoulutuksessa, jonka tarkoituksena on kouluttaa henkilöstöä tutkimus-, kehittämis- ja johtotehtäviin. Hän on julkaissut lukuisia tutkimusartikkeleita ja julkaisuja johtamisen ja projektityön alueelta. Näkökulmana on usein ollut sosiaali- ja terveysalan erityiskysymykset. Hän toimii laajalti myös moniammatillisten johtamiskoulutusten kehittämis- ja koulutustehtävissä.



Tervehdykseni Lealle:

Ensi-innostukseni opettajuuteen ja tieteelliseen uraan on löydettyävissä oppitunneiltasi ja luennoiltasi. Tapasi esittää asiat ohittivat vallitsevan ja perinteisen opettajälähtöisen oppimisenäkemyksen. Näkemyksesi toimi meidän opiskelijoiden tiedonpolun visionäärisenä avajana. Opettajana näit oppimisen uudistumisprosessien ylläpitämisenä ja uuden tiedon kehittämisenä.

Olen hyvin kiitollinen sinulle Lealle siitä, että olen saanut jakaa vaikuttavaa kokemuksellista ja tieteellistä tietoa kanssasi.

TtT Helena Heikka

Yliopettaja

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
helena.heikka@oamk.fi

Helena Heikka toimii yliopettajana, terveys ja hyvinvointi painoalan koordinaattorina sekä YAMK:n sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa johtamisen opettajana. Heikan tutkimuksen ja kehittämisen kohteena on ollut terveyden edistäminen ja sosiaali- ja terveysalan johtaminen. Hän on erityisen kiinnostunut tulevaisuuden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen menetelmien ja palvelujen kehittämisestä eHealth viitekehityksessä. Mielenkiinnon kohteena on myös johtamisen kehittäminen toimintaympäristön muutosprosesseissa.

**TtT, psyk. esh. Liisa Kiviniemi**

Yliopettaja

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
liisa.kiviniemi@oamk.fi

TtT, psyk. esh. Liisa Kiviniemi toimii yliopettajana Oulun seudun ammattikorkeakoulussa Terveysalan Oulaisten alueyksikössä. Hän toimii mielenterveyshoitotyön opettajana ja kehittäjänä. Lisäksi hän on viime vuosina osallistunut työhyvinvoinnin edistämishankkeisiin ja toimii työnohjaajana eri organisaatioissa.

**TtT Kirsi Koivunen**

Yliopettaja

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
kirsi.koivunen@oamk.fi

TtT Kirsi Koivunen toimii yliopettajana ja tutkimus-, kehitys- ja innovaatiotoiminnan (tki) päällikkönä Oulun seudun ammattikorkeakoulussa. Hän hallinnoi Sosiaali- ja terveysalan yksikön tki-toimintaa ja toimii erilaisissa kansallisissa ja kansainvälisissä hyvinvointialan ja tki-toiminnan verkostoissa. Omana tutkimusintressinä on sosiaali- ja terveydenhuollon arviointitutkimus (vaikuttavuus/kustannukset) sekä käyttäjälähtöinen kehittäminen, innovatiivisuus ja innovatiivinen toimintaympäristö sosiaali- ja terveysalalla.



