

TIIVISTELMÄ

Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004 – 2007. Helsinki, 2003. 167 s. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja ISSN 1236-2050; 2003:18)
ISBN 952-00-1438-1

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asettama hoitotyön työryhmä on uudistanut vuonna 1997 ilmestyneen hoitotyön ensimmäisen kansallisen strategian. Tämän uuden ohjelman tavoitteena on tukea hoitotyössä toimivia yksilöiden, perheiden, yhteisöjen ja väestön terveyden edistämiseksi sekä muussa terveyden- ja sairautenhoidossa. Ohjelmalla tuetaan myös sitoutumista terveystieteiden tavoitteiden toimeenpanoon, hoitotyön kehittämisen yhteensovittamista muuhun terveydenhuollon kehittämistyöhön sekä terveystieteen tutkimuksen ottamista huomioon kuntien päätöksenteossa. Ohjelma on tarkoitettu käytännön hoitotyössä toimiville sekä hoitotyön johtajille, opettajille ja alan tutkijoille, mutta ohjelmaa voivat käyttää myös muut sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevät sekä hoitotyössä toimivien yhteistyökumppanit.

Uuden tavoite- ja toimintaohjelman linjaukset tukevat Terveystieteiden 2015 - kansanterveysohjelman, terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevan kansallisen hankkeen sekä terveydenhuoltoa koskevien kansallisten suositusten toimeenpanoa. Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmassa määritellään hoitotyön toimintaa ja kehittämistä koskevat tavoitteet ja toimenpiteet vuosille 2004 – 2007. Ohjelmaan on koottu myös esimerkkejä uusista toimintatavoista ja rakenteista antamaan toimintayksiköille ideoita oman toiminnan kehittämiseen.

Ohjelmassa annetaan työyhteisöille suosituksia hoitotyön käytännön kehittämiseksi nykyisten tarpeiden ja tulevien haasteiden pohjalta. Käytännön kehittämisessä korostuvat asiakkaiden ja potilaiden terveyden ja itsehoidon edistäminen, psykososiaalinen tukeminen, hoitotyössä toimivien tehtäväkuvien laajentaminen sekä lapsiperheiden ja ikääntyneiden palvelutarpeeseen vastaaminen. Hoitotyön johtamista, koulutusta ja tutkimusta käsitellään hoitotyön käytännön tukemisen näkökulmasta. Johtamisen keskeiset kehittämiskohteet ovat asiakaslähtöisten palveluiden, moniammatillisen yhteistyön, näyttöön perustuvan toiminnan sekä toiminnan laadun, vaikuttavuuden ja kustannusten seurannan kehittäminen. Hoitotyössä toimivien osaamista kehitetään suunnitelmallisella ja pitkäjänteisellä täydennyskoulutuksella, johon liitetään oman työn kehittäminen ja urakehitys. Terveydenhuollon toimintayksiköiden, terveystieteen koulutuksen ja hoitotieteellisen tutkimuksen välille tarvitaan uusia yhteistyömuotoja työelämän edellyttämän osaamisen vahvistamiseksi ja näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi.

Sairaanhoitopiirit ja terveystieteiden keskuksien ovat päävastuussa ohjelman toimeenpanosta. Siihen osallistuvat myös yliopistot, ammattikorkeakoulut, ammatilliset oppi-

laitokset ja alan järjestöt. Tarkoituksena on, että ohjelman tavoitteita ja toimenpidesuosituksia hyödynnetään terveydenhuollon toimintayksiköiden toimintasuunnitelmissa ja kehittämishankkeissa sekä oppimateriaalina. Toimeenpanoa voidaan koordinoita ja tukea perustamalla alueellisia ja seudullisia hoitotyön verkostoja. Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes, lääninhallitukset ja Suomen Kuntaliitto tukevat ohjelman toimeenpanoa vuotuisten työkokousten ja asiantuntija-avun avulla.

Asiasanat: hoitotyö, johtaminen, suositukset, tavoitteet, terveystalitiikka

REFERAT

Hälsa och välbefinnande genom kunskapsbaserat vårdarbete. Det nationella mål- och verksamhetsprogrammet 2004 – 2007. Helsingfors 2003. 167 s. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer, ISSN 1236-2050; 2003:18) ISBN 952-00-1438-1.

Den av social- och hälsovårdsministeriet tillsatta arbetsgruppen för vårdarbete har förnyat den år 1997 utkomna första nationella strategin för vårdarbete. Målsättningen med detta nya program är att stöda vårdpersonal såväl i främjandet av individers, familjers, gemenskapers och befolkningens hälsa som i annan hälso- och sjukvård. Programmet ger även stöd när det gäller att engagera sig i verkställandet av hälsopolitiska målsättningar, sammanpassa utvecklandet av vårdarbetet med annat utvecklingsarbete inom hälsovården samt beakta hälsosynvinkeln i kommunernas beslutsfattande. Programmet är avsett såväl för personer som gör praktiskt vårdarbete som för vårdarbetets ledare samt lärare och forskare inom området, men programmet kan användas även av andra som arbetar inom social- och hälsovården samt av vårdarbetarnas samarbetspartner.

Det nya mål- och verksamhetsprogrammets utstakningar stöder verkställandet av Hälsa 2015-folkhälsoprogrammet, det nationella projektet för säkerställandet av hälsovårdens framtid samt de nationella rekommendationerna om hälsovård. I vårdarbetets mål- och verksamhetsprogram definieras de mål och åtgärder som rör vårdarbetet och dess utvecklande under åren 2004 – 2007. I programmet har även samlats exempel på nya tillvägagångssätt och strukturer som kan ge verksamhetsenheterna idéer när de utvecklar sin egen verksamhet.

I programmet ges arbetsgemenskaperna rekommendationer om hur det praktiska vårdarbetet borde utvecklas på basis av nuvarande behov och kommande utmaningar. I utvecklandet av praxis blir det viktigt att främja kundernas och patienternas hälsa och egenvård, ge psykosocialt stöd, utvidga vårdarbetarnas befattningsbeskrivningar samt att svara på barnfamiljernas och de äldres servicebehov. Ledningen av och utbildningen och forskningen i vårdarbetet behandlas på ett sätt som stöder vårdarbetet i praktiken. Vad gäller utvecklandet av ledarskapet är det viktigast att utveckla kundorienterade tjänster, multiprofessionellt samarbete, kunskapsbaserad verksamhet och uppföljning av verksamhetens kvalitet, slagkraft och kostnader. Vårdarbetarnas kunnande utvecklas med systematisk och långsiktig fortbildning i vilken ingår utvecklandet av det egna arbetet och den egna karriärutvecklingen. Det behövs nya samarbetsformer mellan hälsovårdens verksamhetsenheter, utbildningen inom hälsovårdssektorn och den vårdvetenskapliga forskningen för att stärka det kunnande som arbetslivet förutsätter och utveckla den kunskapsbaserade verksamheten.

Sjukvårdsdistrikten och hälsocentralerna har huvudansvaret för programmets verkställande. I verkställandet av programmet deltar även universitet, yrkes­högskolor, yrkesläroanstalter och vårdsektorns organisationer. Man syftar till att programmets målsättningar och åtgärdsrekommendationer skall utnyttjas i verksamhetsplanerna för hälsovårdens verksamhetsenheter och i dessa enheters utvecklingsprojekt samt som läromedel. Genom att upprätta regionala och regionella nätverk för vårdarbete kan man koordinera och stöda verkställandet av programmet. Social- och hälsovårdsministeriet, Stakes, länsstyrelserna och Finlands Kommunförbund stöder verkställandet av programmet med hjälp av årliga arbetsmöten och experthjälp.

Nyckelord: hälsopolitik, ledarskap, mål, rekommendationer, vårdarbete

SUMMARY

Health and well-being by evidence based nursing. The national target and action plan 2004 – 2007. Helsinki 2003. 167pp. (Publications of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-2050; 2003:18)
ISBN 952-00-1438-1.

The Working Group on Nursing set up by the Ministry of Social Affairs and Health has revised the first strategy for nursing published in 1997. The purpose of this new plan is to support those engaged in nursing practice in promotion of the health of individuals, families, communities and populations as well as in other health and medical care. The plan also underpins commitment to the implementation of health policy objectives, co-ordination of the development of nursing with other development of health care and taking into account the health point of view in municipal decision-making. The plan is principally meant for those engaged in nursing practice, directors of nursing, teachers and researchers in the field, but it can also be used by other professionals working within social welfare and health care as well as by their co-operation partners.

The guidelines of the new Target and Action Plan support the implementation of the Health 2015 public health programme, the National Project to Secure the Future of Health Care Service and the national guidelines for health care. The Target and Action Plan for Nursing defines the goals and actions for nursing and its development from 2004 to 2007. Examples of new patterns of work and structures are included to give health care units ideas to develop their own activities.

The plan gives workplaces recommendations to develop nursing practice on the basis of the present needs and future challenges. Issues that are highlighted in the practical development are promotion of the health and self-care of clients and patients, psychosocial support, enhanced roles of nursing professionals and responding to the service needs of families with children and older persons. The management, education and research regarding nursing are dealt with from the point of view of support for nursing practice. The key objectives of the development of management are to develop client-oriented services, multiprofessional co-operation and evidence-based activities and to improve the monitoring of the quality, effectiveness and costs of activities. The competencies of nursing professionals are developed by systematic and long-term continuing professional education linked with the development of one's own work and career development. New types of co-operation between health care units, health care education and nursing research are needed to strengthen the competencies required in working life and to develop evidence-based activities.

The hospital districts and health centres bear the main responsibility for the implementation of the plan. Also universities, polytechnics, vocational education

institutions and professional organisations are involved in the implementation of the plan. The purpose is that the goals and recommendations for actions of the plan are used in the action plans and development projects of health care units and as teaching material. It is possible to co-ordinate and support the implementation by establishing regional and sub-regional nursing networks. The Ministry of Social Affairs and Health, the National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), the State Provincial Offices and the Association of Finnish Local and Regional Authorities support the implementation of the plan by arranging joint annual meetings and by lending expertise.

Key words: health policy, management, nursing, objectives, recommendations

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	3
REFERAT	5
SUMMARY	7
SISÄLLYS	9
LUKIJALLE.....	11
1 OHJELMAN TAUSTA JA TARKOITUS.....	13
Tausta	13
Tarkoitus, tavoitteet ja kohderyhmät.....	13
Ohjelman lähtökohdat.....	15
Hoitotyön toimintatapojen ja osaamisen uudistaminen terveydenhuollon kehittämistyössä	15
LÄHTEET	17
2 VÄESTÖN TERVEYS JA HYVINVOINTI SEKÄ TERVEYDENHUOLLON TOIMINTAYMPÄRISTÖ.....	19
2.1 Yhteiskunnalliset muutokset	19
2.2 Kansanterveyden muutokset	23
2.3 Terveyspoliittiset suuntaviivat	25
2.4 Terveyspalvelujärjestelmän ja hoitohenkilöstön työn muutokset.....	25
LÄHTEET	31
3 HOITOTYÖ VÄESTÖN TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄMISESSÄ.....	35
3.1 Hoitotyön lähtökohdat	35
3.2 Hoitotyön toimintastrategiat	36
3.3 Terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitäminen ja edistäminen elämänkulun eri vaiheissa.....	40
3.4 Innovatiivisten toimintatapojen kehittäminen ja kokeilu.....	55
LÄHTEET	63
4 HOITOTYÖN JOHTAMINEN, KOULUTUS JA TUTKIMUS KÄYTÄNNÖN TUKENA	73
4.1 Hoitotyön johtaminen käytännön tukena	73
LÄHTEET	87
4.2 Koulutus hoitotyön käytännön tukena	91
LÄHTEET	99
4.3 Tutkimus hoitotyön käytännön ja johtamisen tukena.....	101
LÄHTEET	111

5	HOITOTYÖN TAVOITE- JA TOIMINTAOHJELMAN TOIMEENPANO JA SEN TUKEMINEN.....	113
5.1	Toimeenpanon tarkoitus ja tavoitteet.....	113
5.2	Hoitotyön suunta -strategian toimeenpanosta saatuja kokemuksia..	113
5.3	Avainhenkilöt tavoite- ja toimintaohjelman toimeenpanossa	114
5.4	Tavoite- ja toimintaohjelman toimeenpano ja sen tukeminen	115
5.5	Tiedottaminen ja toimeenpanon arviointi	117
5.6	Toimeenpanon tukemisesta aiheutuvat kustannukset.....	117
	LÄHTEET	119
	Liite 1. Hoitotyön työryhmä.....	121
	Liite 2. Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmaluonnosta koskenut kuulemistilaisuus sosiaali- ja terveysministeriössä	122
	Liite 3. Münchenin julistus	123
	Liite 4. Hoitotyön ja kättilötyön vahvistamista koskeva WHO:n yleiskokouksen päätöslauselma	126
	Liite 5. Esimerkit 1-33	128

LUKIJALLE

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuoden 2002 alussa hoitotyön työryhmän, jonka tehtävänä oli uudistaa vuonna 1997 ilmestynyt hoitotyön ensimmäinen kansallinen strategia. Tässä uudessa ohjelmassa määritellään hoitotyötä koskevat tavoitteet ja toimenpiteet vuosille 2004 – 2007. Tavoitteena on tukea väestön terveyttä ja hyvinvointia tehostamalla hoitotyön osaamisen käyttöä ja parantamalla hoitotyön vaikutavuutta.

Ministeriö tukee tällä ohjelmalla hoitotyön käytännön kehittämistä osana Terveys 2015 -kansanterveysohjelman ja terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevan kansallisen hankkeen toimeenpanoa. Niiden keskeiset tavoitteet liittyvät terveyspalveluiden saatavuuden ja toimivuuden parantamiseen sekä kansanterveystyön vahvistamiseen. Terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoitteet ja keskipitkän aikavälin toimenpiteet vaikuttavat myös hoitotyön toimintatapojen ja rakenteiden uudistamiseen sekä osaamisen kehittämiseen. Kansallisten ohjelmien ohella hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman lähtökohtina ovat Maailman terveysjärjestön WHO:n hoitotyön ja kättilötyön vahvistamista koskevat päätöslauselmat ja kehittämislinjaukset.

Hoitotyön työryhmä koostui monipuolisesti hoitotyössä toimivista ammattiryhmistä. Työryhmän jäsenet edustivat erikoissairaanhoidoa, perusterveydenhuoltoa, sosiaali- ja terveysministeriötä, opetusministeriötä ja Suomen Kuntaliittoa. Työryhmän asiantuntijat edustivat Stakesia, Sairaanhoidon Tutkimuslaitosta, ammatillista ja korkeakoulutusta, alan työmarkkina- ja ammattijärjestöjä sekä lääninhallituksia. Hoitotyön työryhmä kuuli työnsä aikana terveyskeskusten, sairaanhoitopiirien, eri asteisten koulutusyksiköiden sekä tieteellisten, ammatillisten ja työmarkkinajärjestöjen edustajia. Kuultavina olivat lisäksi Terveyskeskusten oikeusturvakeskus, Stakes, FinOHTA, Kansanterveyden neuvottelukunta, Sairaanhoidajien koulutussäätiö ja Suomen Potilasliitto ry. Asiantuntijat antoivat arvokasta palautetta ohjelman tavoitteiden ja toimenpiteiden priorisointiin sekä viimeistelyyn. Hoitotyön työryhmä kokosi myös tietoa terveydenhuollon toimintayksiköiden kehittämistoimista. Niistä on esimerkkejä ohjelman liitteenä.

Sosiaali- ja terveysministeriö suosittaa, että kunnat ja sairaanhoitopiirit käyttävät uutta hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmaa terveydenhuollon toimintasuunnitelmien laatimisessa ja toimipaikkakoulutuksessa sekä käynnistävät ohjelman perusteella kehittämistyötä. Ohjelmaa voidaan käyttää myös opetussuunnitelmien laadinnassa ja oppimateriaalina ammatillisissa oppilaitoksissa, ammattikorkeakouluissa ja yliopistoissa. Ammattijärjestöillä on tärkeä rooli ohjelman tunnetuksi tekemisessä. Ministeriö järjestää yhteistyössä Stakesin, lääninhallitusten ja Suomen Kuntaliiton kanssa seminaareja ohjelman toimeenpanon tukemiseksi.

Helsingissä 8.12.2003

Peruspalveluministeri

Liisa Hyssälä

1 OHJELMAN TAUSTA JA TARKOITUS

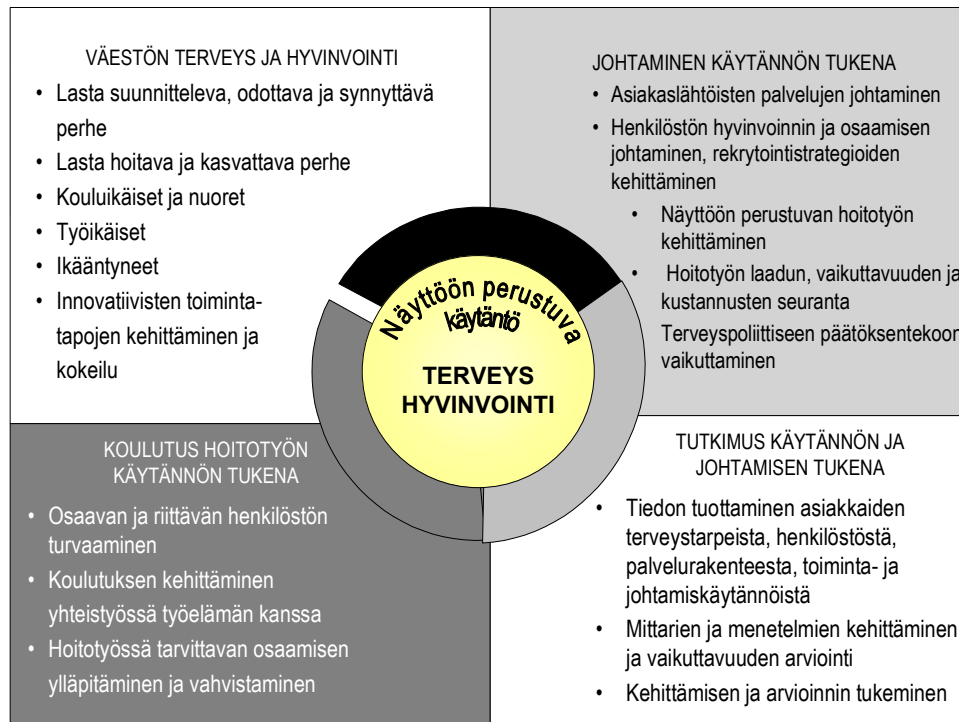
Tausta

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama hoitotyön työryhmä (liite 1, ks. myös liite 2) on laatinut hoitotyön kansallisen tavoite- ja toimintaohjelman ”Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä”. Tässä uudessa ohjelmassa määritellään hoitotyötä koskevat tavoitteet ja niihin liittyvät toimenpiteet vuosille 2004 – 2007. Ohjelmalla tuetaan hoitotyön kehittämistä hoitotieteellisen ja muun terveystieteellisen tutkimuksen esille nostamien tarpeiden sekä valtioneuvoston terveystieteellisten ohjelmien pohjalta. Niistä keskeisiä ovat Terveys 2015 - kansanterveysohjelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001) ja Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (jatkossa kansallinen terveyshanke, Sosiaali- ja terveysministeriö 2002). Vuonna 1997 julkaistu Hoitotyön suunta –strategia ja sen käytöstä saatu palaute ovat uuden ohjelman taustana (Perälä 1997). Suomi on sitoutunut myös kansanvälisessä yhteistyössä vahvistamaan hoitotyön ammattilaisten asemaa ja osallistumista terveystieteellisen suunnitteluun ja toimeenpanoon (liitteet 3 ja 4). Maailman terveysjärjestö WHO velvoittaa hoitotyön ammattilaisia osallistumaan terveystieteellisen suunnitteluun ja toimeenpanoon sekä hoitotyön kansallisten toimintasuunnitelmien laatimiseen (WHO 2002).

Tarkoitus, tavoitteet ja kohderyhmät

Ohjelman tarkoituksena on tukea hoitotyössä toimivia yksilöiden, perheiden, yhteisöjen ja väestön terveyden edistämiseksi sekä terveyden- ja sairaanhoidossa (kuviot 1). Ohjelmalla tuetaan myös hoitotyössä toimivien sitoutumista terveystieteellisiin tavoitteisiin, hoitotyön kehittämisen yhteensovittamista muuhun terveydenhuollon kehittämistyöhön ja terveystieteellisen näkökulman ottamista huomioon kuntien päätöksenteossa. Johtamisen, koulutuksen ja alan tutkimuksen kehittämistä käsitellään hoitotyön käytännön tukemisen näkökulmasta.

Kuvio 1. Näyttöön perustuva käytäntö, johtaminen, koulutus ja tutkimus hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmassa. (Mukaeltu Perälä ym. 2003.)



Ohjelman tavoitteina ovat hoitotyön osaamisen saaminen käyttöön nykyistä paremmin ja hoitotyön vaikuttavuuden parantaminen. Tulevina vuosina hoitotyössä korostuvat asiakkaiden ja potilaiden¹ terveyden ja itsehoidon edistäminen, psykososiaalinen tukeminen, lapsiperheiden ja ikääntyneiden palvelutarpeeseen vastaaminen sekä tehtäväkuvien laajentaminen. Selvitysten mukaan suomalaiset haluavat ottaa vastuuta omasta terveydestään (esimerkiksi Wennerström & Wilskman 2003). Terveyspalveluiden saatavuuden ja toimivuuden perusedellytyksinä ovat henkilöstön riittävä määrä sekä toiminnan kannalta tarkoituksenmukainen osaaminen, henkilöstörakenne ja työnjako.

Hoitotyössä toimivat muodostavat määrällisesti suurimman henkilöstöryhmän sosiaali- ja terveydenhuollossa. He ovat toisen asteen ammatillisen, ammattikorke- ja tiedekorkeakoulutuksen tai vastaavan aikaisemman koulutuksen saaneita terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Ohjelmaa voivat käyttää myös muut sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevät ja hoitotyössä toimivien kanssa yhteistyötä tekevät.

¹ Ohjelmassa käytetään rinnakkain käsitteitä potilas ja asiakas. Jatkossa niitä käytetään asiayhteyden mukaan.

Ohjelman lähtökohdat

Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman lähtökohdat liittyvät väestön terveystarpeisiin, terveydenhuollon eettisiin ja juridisiin perusteisiin sekä ammattitoiminnan vaatimuksiin. Terveydenhuollon yleiset periaatteet, palveluiden saatavuuden turvaaminen, asiakaslähtöisyys ja potilaan itsemääräämisoikeus ohjaavat hoitotyön käytäntöä ja johtamista. Suomen perustuslain mukaan jokaisella on oikeus yhdenvertaiseen kohteluun ja julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistettävä väestön terveyttä. Terveydenhuollon erityislainsäädännön mukaan kunnan tai kuntayhtymän on järjestettävä terveyspalvelut asukkailleen alueella esiintyvän tarpeen perusteella. Kunta voi ostaa palveluja myös yksityisiltä palveluntuottajilta tai kolmannelta sektorilta. Periaate hoitoon pääsystä kohtuullisessa ajassa sisällytetään lakiin vuoteen 2005 mennessä. Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon kulloinkin käytettävissä olevien voimavarojen rajoissa. Potilaan oikeudet kattavat myös hyvän kohtelun, tiedon saamisen ja itsemääräämisen. Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen edellyttää potilaan tarpeiden huomioon ottamista ja hoitamista yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan suostumus hoitoon edellyttää riittävää tiedon saamista ja ymmärtämistä.

Terveydenhuollon ammatinharjoittamista säädellään sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Säänneltyjen ammattien vaatimukset on otettava huomioon työntekijöiden rekrytoinnissa, perehdytyksessä ja johtamisessa sekä terveysalan koulutuksessa. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta, palvelujen laatua ja palvelujärjestelmän toimivuutta varmistamalla, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammatti-toiminnan edellyttämä koulutus ja valmiudet, sekä valvomalla heidän ammatti-toimintaansa. Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on lakisääteinen velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan sekä perehtyä ammatti-toimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Euroopan unionin jäsenmaissa yhteisöainsäädäntö vaikuttaa erityisdirektiiveillä lääkärin, hammaslääkärin, sairaanhoitajan, kättilön ja proviisorin koulutukseen ja ammatinharjoittamiseen. Koulutuksen tunnistamista koskevasta yleisestä järjestelmästä annetut EY:n direktiivit vaikuttavat sosiaali- ja terveysalan muuhun ammattikorkeakoulutukseen ja toisen asteen koulutukseen.

Hoitotyön toimintatapojen ja osaamisen uudistaminen terveydenhuollon kehittämistyössä

Terveydenhuoltohenkilöstön tulee toimia terveydenhuollon eettisten periaatteiden ja hyväksytyjen toimintatapojen mukaisesti. Ammatilliseen vastuuseen liittyvät oleellisesti toimivalta, työhön sitoutuminen ja velvollisuus perustella toimintansa. Lääkäri ja sairaanhoitaja muodostavat keskeisen työparin terveyden-

huollossa. Lääkärin erityisiä oikeuksia lukuun ottamatta terveydenhuollon ammattihenkilöryhmien tehtäviä ei ole juurikaan rajattu. Hoitotyötä tehdään terveyden- ja sairaanhoidon kaikilla alueilla, ja hoitotyö muodostaa merkittävän osan potilaan hoidon kokonaisuutta. Terveydenhuollon toiminnalliset ja rakenteelliset muutokset edellyttävät hoitotyön toimintatapojen uudistamista ja ammatillisen osaamisen vahvistamista. Lisäksi on tarpeen tehostaa hoitotyössä toimivien, hoitotyön johtajien, opettajien ja hoitotieteen tutkijoiden yhteistyötä ja aktiivista vaikuttamista alueellisella ja seudullisella tasolla.

Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman toimeenpanon päävastuu on sairaaloilla ja terveyskeskuksilla sekä terveysalan koulutus- ja tutkimusyksiköillä. Hoitotyön paikallinen ja alueellinen suunnittelu- ja kehittämistyö muodostavat osan toimintayksiköiden ja hoidon kokonaiskehittämistä. Strategioiden ja toimintasuunnitelmien tavoitteita voidaan konkretisoida hoitotyön näkökulmasta tässä ohjelmassa määriteltyjen tavoitteiden ja toimenpiteiden avulla. Ohjelmaan on koottu myös esimerkkejä ohjelman tavoitteita tukevista toimintatavoista. Esimerkkien tarkoituksena on antaa toimintayksiköille ideoita oman toiminnan kehittämiseksi.

LÄHTEET

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.

Perälä M-L. (toim.) 1997. Hoitotyön suunta. Strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Stakes.

Perälä M-L., Vallimies-Patomäki M. & Kuivalainen S. 2003. Hoitotyön suunta – strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Arviointitutkimus strategian käytöstä ja toimivuudesta. (Julkaise-maton käsikirjoitus.)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 – kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001: 4.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevai-suuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2002: 6.

Wennerström P. & Wilskman K. 2003. Väestö haluaa tukea elämäntapojen muutokselle. Sai-raanhoitaja 76(4), 45-46.

World Health Organization. 2002. Nursing and Midwifery Services. Strategic Directions 2002 - 2008. World Health Organization, Geneva.

2 VÄESTÖN TERVEYS JA HYVINVOINTI SEKÄ TERVEYDENHUOLLON TOIMINTAYMPÄRISTÖ

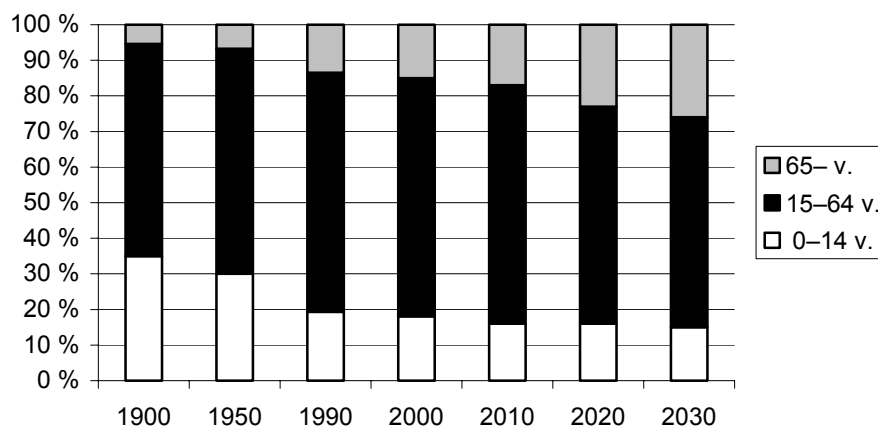
Ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat sosiaali- ja terveystalouden ohella yhteiskunnan muut sektorit. Hoitotyössä ja muussa sosiaali- ja terveydenhuollossa on tunnistettava yhteiskunnan muutosten asettamat vaatimukset ja kehitettävä toimintaa niiden ja väestön tarpeiden mukaan. Seuraavassa tarkastellaan väestön terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavia muutoksia yhteiskunnallisesta, kansanterveydellisestä, terveystaloudellisesta sekä terveydenhuollon palvelujärjestelmän ja henkilöstön näkökulmasta.

2.1 Yhteiskunnalliset muutokset

Väestömuutokset

Suomen väestön kokonaislukumäärä pysyy seuraavien vuosikymmenten aikana suhteellisen vakaana. Lasten osuus vähenee ja iäkkäiden osuus kasvaa tasaisesti lähivuosikymmeninä (kuviot 1 ja 2). Työikäisten määrän arvioidaan kääntyvän laskuun vuoden 2010 jälkeen (kuviot 1 ja 2). Työttömyyttä esiintyy tulevaisuudessakin. Pitkäaikaistyöttömien ja syrjäytyneiden on vaikea ylläpitää terveyttään johtuen köyhyydestä ja siitä aiheutuvasta valinnanmahdollisuuksien kapenemisesta. Ikääntyneiden määrän kasvu, eliniän nousu sekä iän myötä kasvava hoivan ja hoidon tarve lisäävät sosiaali- ja terveystalouden tarvetta. (Elinkeinoelämän valtuuskunta 1998.) Työvoiman ikääntyminen edellyttää panostamista työkyvyn ylläpitämiseen ja työssä jatkamiseen lakisääteiseen eläkeikään asti.

Kuvio 2. Väestön ikärakenteen muutos ja ennuste 1900 – 2030 (Lähde: Tilastokeskus.)



Maan sisäinen muuttoliike on edelleen voimakasta. Väestö keskittyy kasvukeskuksiin ja ikääntynyt väestö tietyille alueille. Muuttoliike tuo osaltaan lisäpainetta terveyspalveluiden järjestämiseen ja priorisointiin. (Elinkeinoelämän valtuuskunta 1998, Valtioneuvoston kanslia 2000.) Työvoiman saatavuus vaihtelee alueellisesti. Jos lääkäreiden rekrytointiongelmat haja-asutusalueilla jatkuvat, niillä on otettava nykyistä enemmän käyttöön sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajavetoisia terveyspalveluita ja kehitettävä etäkonsultointia. Yksinhuoltajatalouksien ja monimuotoisten perheiden lisääntyminen edellyttävät perheiden kanssa tehtävän työn rakenteiden ja sisällön kehittämistä (taulukko 1).

Taulukko 1. Perherakenteen muutos 1990-luvulla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002d.)

Vuosi	Aviopari ja lapsia	Avopari ja lapsia	Äiti ja lapsia	Isä ja lapsia
	%	%	%	%
1990	76,6	9,4	12,3	1,7
1992	74,0	10,8	13,4	1,9
1994	71,4	11,7	14,8	2,0
1996	69,1	12,9	15,8	2,2
1998	67,0	14,3	16,4	2,3
2000	65,1	15,5	17,0	2,4

Väestön koulutustaso on noussut, ja nuoremmissa ikäryhmissä sen arvioidaan nousevan edelleen. Koulutustason nousu vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden odotuksiin. He ovat tiedostavampia, vaativampia ja osallistuvampia sekä suhtautuvat palveluihin kriittisemmin kuin aiemmin. Asiakkaista osa on moniongelmaisia ja syrjäytymisvaarassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000a.) Tämä asettaa haasteita uusien työmenetelmien kehittämiseksi, koska perinteinen terveyttä edistävä toiminta tavoittaa parhaiten ne, joiden terveystottumukset ja terveydentila ovat parhaimpia ja joilla on vähiten tarvetta muutoksiin.

Väestöryhmien välisiin terveyseroihin vaikuttavat muiden ohella asuinalue, siviilisääty, sukupuoli, tulotaso, koulutus ja työllisyys. Terveyserot näkyvät terveys-tarpeissa, sairauksien esiintyvyydessä ja kuolleisuudessa. (Helakorpi ym. 2002.)

Ympäristöterveys

Suomessa altistuminen elinympäristön terveydellisille haittatekijöille on eurooppalaiseen tasoon verrattuna suhteellisen vähäistä. Lähitulevaisuudessa ei ole näköpiirissä suuria muutoksia ympäristöperäiseen altistumiseen. Sisäilmaongelmat, liikenteen hiukkaspäästöt ja juomaveden mikrobit todennäköisesti vähenevät. Ympäristömelu on lisääntymässä, eikä tähän trendiin ole näkyvissä muutosta lähitulevaisuudessa. (Kansanterveyslaitos 1997.) Tapaturmiin liittyvä kuolleisuus on arviolta noin 2 500 henkilöä vuodessa. Vaikka tupakoinnin arvioidaan vähenävän, ympäristön tupakansavulle altistuu jatkuvasti noin 300 000 henkilöä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000b). Suomessa aikaisemmin harvinaisten tautien

esiintyminen lisääntyy matkailun ja maahanmuuton myötä. Ympäristön aiheuttamat terveyshaitat ovat haaste myös hoitotyössä. Suuronnettomuuksiin ja poikkeustiloihin varautuminen vaatii hoitotyössä toimivilta poikkeusolojen edellyttämien valmiuksien jatkuvaa ylläpitämistä ja yhteistyötä eri asiantuntijatahojen kanssa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000c, Sosiaali- ja terveysministeriö 2002b).

Vaikka tartuntataudeista johtuva kuolleisuus on pieni, infektiot aiheuttavat sairastuvuutta ja lisäävät terveyspalvelujen käyttöä. Elinympäristön ja elintapojen muuttuessa infektio-ongelmat lisääntyvät, ja mikrobilääkitykselle resistentit mikrobit (esim. MRSA, ESBL, VRE) ovat lisääntymässä. Hoitotyön tehtävänä on resistenttien mikrobien torjuntaan liittyvien hyvien työtapojen ylläpitäminen ja edistäminen sekä asiakkaiden neuvonta ja ohjaus. (Helakorpi ym. 2002, Kansanterveyslaitos 2003a, Mikkola 2001.)

Kansantalous

Kansantalouden kehitys vaikuttaa julkisen talouden kehitykseen luomalla edellytykset ja asettamalla rajat kunnalliselle sosiaali- ja terveyspolitiikalle sekä palvelurakenteelle. Terveydenhuollon kustannusten osuus bruttokansantuotteesta on Suomessa pienempi kuin EU- ja OECD-maiden keskiarvo (OECD 2003). Tämän on arvioitu johtuvan pitkälti henkilöstön alhaisesta palkkatasosta. Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitusta, erityisesti valtionosuusjärjestelmän tarjoamaa perusrahoitusta, ei ole kaikilta osin pidetty riittävänä palvelujärjestelmän erityisongelmien ratkaisemiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002a).

Terveydenhuollon rahoituksen kiristyttyä voidaan kustannusten hallintaan pyrkiä vaikuttamaan valistamalla väestöä terveyspalvelujen käytössä. Siitä huolimatta, että terveyspolitiikassa on korostettu terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyjärjestämisen tärkeyttä sekä sosiaaliryhmien välisten terveyserojen kaventamisen merkitystä, ovat monet kuntien ja valtion säästötoimet heikentäneet juuri näiden toimintojen mahdollisuuksia. Myös potilaiden hoidon laatu ja henkilöstön työssä jaksaminen kärsivät hoitotyöhön kohdistuneista leikkauksista. Suomessa julkinen valta on vastuussa terveyspalveluiden turvaamisesta. Tällöin on kysymys myös alan ammattihenkilöstön työstä ja työskentelyn edellytyksistä. Terveyspalvelujen kiinteä yhteys perusoikeuksiin merkitsee sitä, että terveyspalveluiden tulee olla etusijalla yhteiskunnan taloudellisten voimavarojen suuntaamisesta päätettäessä. (Paunio 2002.)

Kansainvälistyminen

Globalisaatio ja Euroopan unionin jäsenyys ovat muuttaneet suomalaisen yhteiskunnan toimintaympäristöä kansainvälisemmäksi (Kaivo-Oja & Suvinen 2001). Työelämän kansainvälistyminen ja maahanmuuttajien määrän lisääntyminen tuovat haasteita terveydenhuollon ammattilaisten saatavuudelle, harvinaisten sairauksien tuntemiselle ja kulttuuriselle osaamiselle. Koulutuksen automaattinen tunnustaminen antaa lääkäreille, sairaanhoitajille ja kättilöille mahdollisuuden vapaaseen liikkuvuuteen ja työskentelyyn EU:n jäsenmaissa. Lisäksi Pohjoismailla on sopimukset eräiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden liikkuvuudesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000d, Terveydenhuollon oikeusturvakeskus 1999.)

Suomi on ollut perinteisesti mukana Yhdistyneiden Kansakuntien toiminnassa ja toiminut aktiivisesti Maailman Terveysjärjestössä WHO:ssa. Suomella on ollut kiinteä yhteys myös Pohjoismaihin sosiaali- ja terveydenhuollon alueella. Yhteistyötä lähialueiden, Venäjän ja Baltian maiden kanssa on rakennettu määrätietoisesti. Euroopan unionin itälaajentuminen sekä Venäjän ja Euroopan unionin välisen suhteen kehitys ovat Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta merkittäviä asioita. EU-maissa pyritään koulutuksen harmonisointiin, jotta työvoiman liikkuvuus paranee. Kansainvälistyminen edellyttää, että myös hoitotyön edustajat tuovat aktiivisesti näkemyksiään kansainväliseen sosiaali- ja terveystieteeseen yhteistyöhön, hyödyntävät kansainvälistä yhteistyötä kansallisessa päätöksenteossa ja ovat mukana alansa kansainvälisten järjestöjen toiminnassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000d.)

Teknologian kehitys

Tietoteknologian kehitys muuttaa terveystieteiden tuotantoprosessia sekä asiakkaan ja henkilöstön suhdetta. Uusi teknologia ei voi koskaan kuitenkaan korvata asiakkaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välistä välitöntä vuorovaikutusta. (Saranto 2001.) Tietoteknologia luo uusia mahdollisuuksia konsultointiin, tiedon siirtoon, hoidon ja hallinnon tehostamiseen sekä palveluiden etäkäyttöön ja viemiseen potilaiden lähiympäristöön. Uutta teknologiaa hyödynnetään tietojärjestelmien ja -kantojen luomisessa ja käytössä, opetus- ja ohjausmateriaalien tuottamisessa sekä neuvonta- ja tukiverkostojen luomisessa ja ylläpitämisessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1998.)

Teknologian keinoin voidaan lisätä asiakkaiden tietoutta terveellisistä elämäntavoista ja sosiaalisten ongelmien ehkäisystä. Asiakkaan mahdollisuudet valita hänelle parhaiten sopivat palvelut ja osallistua aktiivisena osapuolena palvelujen järjestämiseen paranevat, kun palvelut organisoidaan saumattomaksi palveluketjuksi. Kansalaisista osa on vaarassa joutua eriarvoiseen asemaan, sillä kaikilla ei ole mahdollisuutta, tietoja tai taitoa käyttää tietotekniikkaa. Tietoyhteiskunnan

toimintapoliittisena tavoitteena on turvata ihmisen elinympäristön ja teknologisten ratkaisujen esteettömyys sekä kaikkien kansalaisten mahdollisuudet hyödyntää tietoteknologiasovelluksia. Tietoteknologinen kehitys parantaa myös hoitotyössä toimivien mahdollisuuksia uusimman tiedon käyttöön ja eri palveluntuottajien yhteistyöhön. Tämä edellyttää henkilöstön koulutusta sekä tietoturvan ja -suojaan varmistamista. (Lehto 2001, Niinimäki 1999.)

2.2 Kansanterveyden muutokset

Elintavat vaikuttavat terveyteen ja sairauksien syntyyn. Yleisimpiä kansantauteja Suomessa ovat sydän- ja verisuonitaudit, syöpäsairaudet, keuhkohtaumatauti, aikuisiän diabetes, tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja mielenterveyden ongelmat. Terveyden edistämässä ja kansantautien ehkäisyssä tupakointi ja ruokatottumukset, kuten ravintorasvojen määrä ja laatu sekä kasvien käyttö ovat keskeisessä asemassa. Myös alkoholin kulutus, liikunta, hampaidenhoitotottumukset ja liikenneturvallisuus ovat tärkeitä väestön terveyden ja hyvinvoinnin lähtökohtia terveystalouden ja lääkkeiden käytön ohella. (Aromaa ym. 1999.) Suomalaiset kaipaavat hoitohenkilökunnan tukea elämäntapamuutoksiin (Wennerström & Wilskman 2003).

Suomalaisten kansantautien riskitekijöitä kartoittaneen FINRISKI 2002 –tutkimuksen mukaan monien keskeisten riskitekijöiden kohdalla myönteinen kehitys on pysähtynyt viimeisen viiden vuoden (1997-2002) aikana. Väestön ylipaino on lisääntynyt, kolesterolitasojen lasku on pysähtynyt eikä tyydyttyneen rasvan osuus ruokavaliossa ole enää pienentynyt. Huolestuttavinta on, että riskitekijät ovat lisääntyneet erityisesti nuorissa ikäryhmissä ja vähiten koulutetussa väestönosassa. (Vartiainen ym. 2002) Aikuisväestön terveystalouden tutkimuksen mukaan alkoholin kulutus on lisääntynyt ja raittiiden osuus vähentynyt. Vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt 1980-luvun alusta lähtien. Naisten työmatkaliikunta on hiukan lisääntynyt ja miesten pysynyt ennallaan vuodesta 2001-2002. (Hela-korpi ym. 2002)

Vaikka sydän- ja verisuonitauti- sekä syöpäkuolleisuus ovat vähentyneet, niiden kansantaloudellinen merkitys on edelleen suuri. Sydän- ja verisuonisairaudet ovat vähentyneet työikäisessä väestössä mutta lisääntyneet vanhemmissa ikäryhmissä. Sepelvaltimotauti on edelleen Suomessa tärkein kuolinsyy. Vaikka kuolleisuus keski-ikässä on vähentynyt, sepelvaltimotaudin aiheuttama sairaalapaikavaroituksen tarve on suurenemassa. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Kuolleet kuolemansyyn ja sukupuolen mukaan vuonna 2001. (Tilastokeskus 2002.)

Kuolemansyy	Kuolleet kaikkiaan	Miehet	Naiset
Verenkiertoelinten sairaudet	20 787	9 623	11 164
Kasvaimet	10 608	5 471	5 137
Hengityselinten taudit	3 839	2 029	1 810
Ruoansulatuselinten sairaudet	2 010	1 024	986
Muut taudit	7 094	2 710	4 384
Tapaturmat ja väkivaltaiset syyt	4 166	2 903	1 263
– itsemurhat	1 204	933	271
Yhteensä	48 504	23 760	24 744

Syöpäkuolleisuus vähenee, mutta uusien syöpätapausten määrän ennustetaan lisääntyvän. Naisilla syöpään sairastuvuus kasvaa, kun taas miehillä se pysyy samana tai vähenee. Elossa olevien syöpäpotilaiden lukumäärä kasvaa jyrkästi. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Uusien syöpätapausten lukumäärä Suomessa 1993 sekä ennusteet vuosille 2003 ja 2018. (Kansanterveyslaitos 2003b.)

	1993	2003	2018
Miehet	9 513	11 789	16 353
Naiset	10 257	12 548	15 556
Yhteensä	19 760	24 337	31 909

Muita yleisiä sairausryhmiä ovat astma, allergiat ja päihdeongelmat sekä huumeiden käytöstä aiheutuvat terveyshaitat. Väestön ikääntymisen myötä demen-toituneiden määrä, toimintarajoitteisten osuus ja kaatumistapaturmat tulevat lisääntymään. (Aromaa ym. 1999.)

Sosiaali- ja väestöryhmittäiset sekä alueelliset terveyserot ovat Suomessa edelleen suuria. Suomalaisten miesten terveys on naisten terveyttä huonompi. Pitkäaikaistyöttömyys ja syrjäytyminen ovat lisänneet sairastuvuutta ja ennen aikaista kuolleisuutta. Keskimääräinen elinaika on pitempi koulutetuilla ja ylempiin sosiaaliryhmiin kuuluvilla kuin vähän koulutetuilla ja alempiin sosiaaliryhmiin kuuluvilla. Huono-osaisuus ja heikko selviytyminen ovat kasautuneet samoille alueille ja väestöryhmille. (Koskinen & Teperi 1999, Mikkola 2001.)

2.3 Terveyspoliittiset suuntaviivat

Suomalaisen terveystalitiikan linjaukset ovat perustuneet 1980-luvulta lähtien Maailman terveysjärjestön WHO:n Health for All –ohjelmaan. Euroopan alueen uusimman ohjelman Health 21 –Health for All in the 21st Century päätavoitteena on ihmisen terveyden edistäminen ja suojeleu elämän eri vaiheissa sekä sairauksien esiintymisen vähentäminen ja niihin liittyvän kärsimyksen lievittäminen. Ohjelman päästrategiat liittyvät terveysriskeihin vaikuttamiseen, perhe- ja yhteisölähtöiseen perusterveydenhuoltoon, integroituun terveyspalvelujärjestelmään sekä poikkihallinnolliseen yhteistyöhön. Perheen omahoitaja (Family Health Nurse) ja omalääkäri muodostavat perusterveydenhuollon ydintiimin. Hoitotyö nähdään kustannusvaikuttavana voimavarana erityisesti perusterveydenhuollossa. (World Health Organisation 1999.)

Valtioneuvosto on määritellyt Suomen terveystalitiittiset pitkän aikavälin tavoitteet Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa. Siinä korostetaan kansalaisen omaa roolia terveyden edistämisessä ja arkielämän ympäristöjen merkitystä. Ohjelmassa asetetaan tavoitteet terveyden edistämiseksi eri ikäryhmille ja kaikille yhteisesti. Toimeenpano perustuu eri toimijoiden yhteistyöhön. Kuntien tehtävänä on terveys- ja hyvinvointipoliittisiin ohjelmiin perustuva kehittämistyö. Terveyspalvelujärjestelmä vastaa yhtäläisten, korkeatasoisten ja helposti saavutettavien terveyspalvelujen järjestämisestä. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtävänä on vahvistaa terveyden edistämisen näkökulmaa terveyspalveluissa ja rakentaa terveyttä edistävää toimintaa yhteiskunnan eri sektoreilla yhdessä muiden toimijoiden kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001b.) Tämä edellyttää hoitotyön roolin vahvistamista terveyden edistämisen koordinoinnissa ja johtamisessa.

Valtioneuvosto määrittelee lyhyen aikavälin kehittämistavoitteet ja -toimenpiteet Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa. Seuraava ohjelma annetaan vuosille 2004 – 2007. Ohjelman toimeenpanoa tuetaan kunnissa erilaisin hankkein ja muiden valtiovallan toimenpiteiden avulla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000e, Sosiaali- ja terveysministeriö 2003.)

2.4 Terveyspalvelujärjestelmän ja hoitohenkilöstön työn muutokset

Terveyspalvelujärjestelmä

Terveyspalveluiden kehittämisen tavoitteina ovat laitoshoidon vähentäminen, avohoidon ja asumispalveluiden lisääminen, sosiaali- ja terveystoimen yhteistyön tiivistäminen sekä väestövastuisen toiminnan kehittäminen. Porrastetussa terveyspalvelujärjestelmässä korostetaan saumattomuutta ja asiakaslähtöisyyttä. Perusterveydenhuollon avohoito on järjestetty pääosin alueperiaatteella. Erikoissairaanhoidon sairaansijojen määrä on vähentynyt, hoitajaksot ovat lyhentyneet ja

niiden määrät ovat lisääntyneet. Näistä muutoksista huolimatta jonotusajat ovat usein pitkät, ja niissä on suuria alueellisia eroja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002a.)

Mielenterveystyössä avohoidon resurssit ovat riittämättömät. Sairaansijojen vähentämisen yhteydessä ei vastaavia lisäresursseja ole kyetty siirtämään avohoittoon. Supistukset kuntien peruspalveluissa vaikeuttavat myös mielenterveyspotilaiden avohoitoa ja kuntoutusta. Avohoidon toimimattomuus aiheuttaa paineita erikoissairaanhoidon päivystyksyksiköille. Myös lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden määrä on tarpeeseen nähden edelleen niukka. (Lehtinen 2002.)

Kansallisessa hankkeessa terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi on määriteltävä tavoitteet terveyspalveluiden saatavuuden turvaamiseksi ja toimivuuden parantamiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002c). Sosiaali- ja terveystoimen yhteistyönä järjestettävät lähipalvelut muodostavat edelleen palvelujärjestelmän perustan. Toimintaa ohjaavat läheisyys- ja jatkuvuusperiaatteet, ennaltaehkäisy sekä kunnan hyvinvointistrategian määrittämä terveyden edistäminen. Terveyskeskusten toimintaedellytyksiä parannetaan järjestämällä perusterveydenhuolto seudullisena yhteistyönä. Aluesairaaloita liitetään terveyskeskuksiin tai keskussairaaloihin. Erikoissairaanhoidon palvelurakennetta uudistetaan toiminnallisten kokonaisuuksien pohjalta. Tavoitteena on erityisosaamisen turvaaminen, toiminnan tehostaminen ja voimavarojen tarkoituksenmukainen käyttö. Erikoissairaanhoidon yhteistyö toteutetaan yliopistosairaaloiden erityisvastuualueilla lisäämällä sopimusperusteista yhteistyötä tai kehittämällä sairaaloiden yhteistyötä ja työnjakoa nykyisten sairaanhoitopiirien puitteissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002a.)

Terveydenhuollon toiminnalliset ja rakenteelliset muutokset edellyttävät hoitotyön toimintatapojen uudistamista ja hoitotyössä toimivien tehtäväkuvien laajentamista. Tämä merkitsee hoitotyössä toimivien roolin vahvistamista potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa, oikeaan hoitopaikkaan ohjaamisessa, lievien akuuttien sairauksien ja vammojen hoidossa sekä kroonisten sairauksien seurannassa ja hoidossa. Ehkäisevää ja kuntoutumista edistävää työtä sekä keskeisten kansantautien ehkäisyn, seurannan ja hoidon edellyttämiä valmiuksia on vahvistettava kaikissa hoitotyön palveluissa. Hoitotyössä toimivien tehtäväkuvia laajentamalla tarjotaan potilaille vaihtoehtoja, jotka parantavat usein hoitoon pääsyä ja edistävät heidän itsehoitovalmiuksiaan.

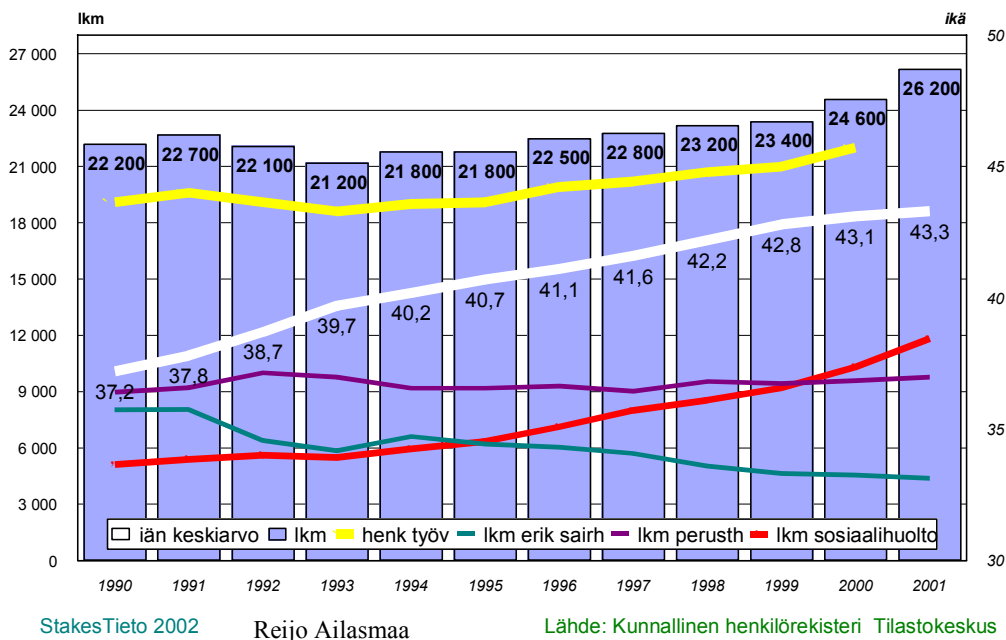
Terveydenhuollon henkilöstö

Henkilöstön riittävyys ja rekrytointi tulevat olemaan sosiaali- ja terveydenhuollon suurimpia haasteita jo lähitulevaisuudessa. Selvitysten mukaan kunnissa on pulaa muiden ohella lääkäreistä, sairaanhoitajista, laboratoriohoitajista, röntgenhoitajista, psykologeista, puheterapeuteista, erityislastentarhanopettajista ja sosiaalityöntekijöistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakoititoi-

mikunta arvioi, että noin 49 000 - 55 000 sosiaali- ja terveysalan koulutuksen saanutta kuntasektorin työntekijää jää eläkkeelle kuluvan vuosikymmenen aikana. Samaan aikaan tarvitaan noin 12 000 uutta työntekijää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen kasvun takia. Lisäksi tarvitaan runsas 6000 työntekijää korjaamaan vanhusten huollon olemassa olevaa henkilöstövajetta. (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2001, Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a).

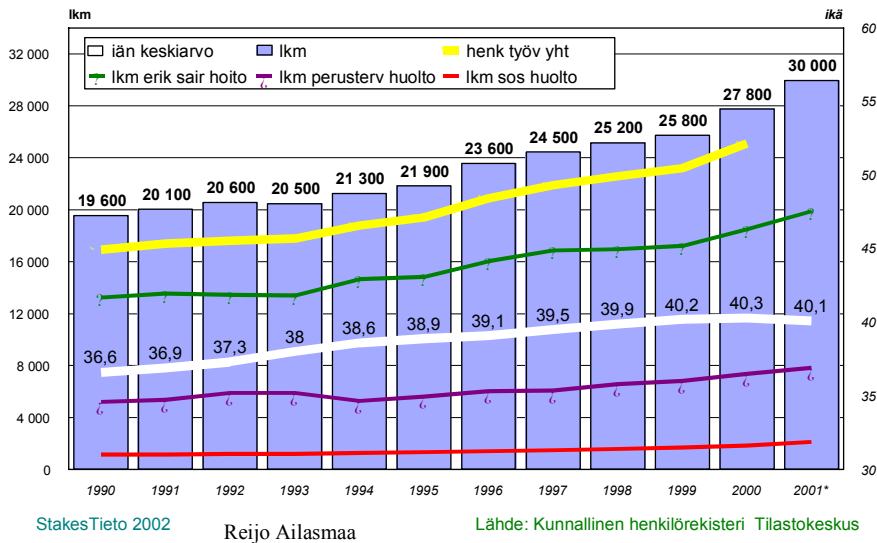
Koulutetun työvoiman saanti ja alalla pysyminen ovat sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen ja kehittämisen perusedellytys (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a). Perus- ja lähihoitajien määrä laski terveydenhuollossa 1990-luvulla, mutta kasvoi sosiaalihuollossa (kuviot 3).

Kuvio 3. Perus- ja lähihoitajien määrä kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa 1990-2001. (Lähde: Ailasmaa R. Stakes, 2002.)



Vaikka sairaanhoitajien määrä kasvoi kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa 1990-luvulla (kuviot 4), terveysalan koulutuksen saaneesta työvarannosta suuri osa on terveydenhuollon työmarkkinoiden ulkopuolella. Heistä osa on vaihtanut alaa ja osa on ulkomailla (Ailasmaa 2002).

Kuvio 4. Sairaanhoidtajien määrä kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa 1990 - 2001. (Lähde: Ailasmaa R. Stakes, 2002.)



Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon työsuhteista neljäsosa oli määräaikaista vuonna 2001, ja työsuhteita saatetaan jatkaa määräaikaisten vuosikausia (taulukko 4). Uusina tulleista oli määräaikaista 73 %. Uusi, yleistymässä oleva ilmiö, työvoiman vuokraus ei edistä pitkäjänteistä sitoutumista potilastyöhön ja sen kehittämiseen.

Taulukko 4. Uusina tulleiden määräaikaisten vakinaistaminen, pysyminen määräaikaistena ja lähteminen pois kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa vuosina 1994 – 2000. (Lähde: Ailasmaa R. Stakes, 2003.)

Uudet työntekijät	Aika uutena työntekijänä tulosta			
	1 vuosi %	2 vuotta %	3 vuotta %	4 vuotta %
Määräaikainen muuttui vakituiseksi.	7	13	18	22
Määräaikainen pysyi määräaikaistena.	49	39	31	27
Määräaikainen lähti pois.	43	47	50	51

Ulkomaisen työvoiman rekrytointi yleistyy myös Suomessa työikäisen väestön määrän kääntyessä laskuun. Tähän asti Suomeen muuttajat ovat olleet pääosin paluumuuttajia ja pakolaisia. Ulkomaisen työvoiman määrässä on nähtävissä kaksi kehityssuuntaa. Ensiksi Suomeen arvioidaan muuttavan työvoimaa EU:n itälaajenemisen alkuvaiheessa. Maahanmuutto tulee kuitenkin olemaan pientä eräisiin Keski-Euroopan maihin verrattuna. Toinen kehityssuunta on koulutetun työvoiman liikkuvuus EU:n vanhojen ja uusien jäsenmaiden välillä. Tässä on usein kyse lyhytaikaisesta työssäkäynnistä ulkomailla. (Työministeriö 2003.) Ulkomaisen työvoiman rekrytointi edellyttää työntekijöiden perehdyttämistä

suomalaiseen terveystalvelujärjestelmään, lainsäädäntöön ja ammattitoimintaan sekä tarvittaessa koulutuksen täydentämistä.

Kansallisessa terveyshankkeessa on määritelty toimenpiteet henkilöstön riittävyyden ja osaamisen turvaamiseksi. Terveystalan koulutuksen lisäysten ohella työvoiman riittävyyteen ja alalla pitämiseen vaikuttavat johtaminen, työnantajan henkilöstöpolitiikka sekä työolosuhteiden ja palkkauksen kehitys. Ikääntyvän henkilöstön työssä jaksaminen, työssä jatkaminen lakisääteiseen eläkeikään asti, työ- ja perhe-elämän yhteensovittaminen sekä mahdollisuudet pitkäjänteiseen täydennyskoulutukseen ja uralla etenemiseen ovat keskeisiä työelämän kehittämishaasteita terveydenhuollossa. Määräaikaista työsuhdetta vakinaistamalla voidaan osaltaan varautua tuleviin työvoimatarpeisiin. (Vallimies-Patomäki ym. 2002.) Hoitotyön johtajat ovat avainasemassa hoitotyössä toimivien ammattitaidon ylläpitämisessä ja kehittämisessä, osaamisen hyödyntämisen tehostamisessa ja hyvinvoinnista huolehtimisessa.

LÄHTEET

- Ailasmaa R. 2002. Lääkäreiden ja hoitajien muutto ulkomaille vähäistä. Dialogi 1, 20.
- Aromaa A., Koskinen S. & Huttunen J. (ed.) 1999. Health in Finland. National Public Health Institute. Ministry of Social Affairs and Health. Edita, Helsinki.
- Elinkeinoelämän valtuuskunta. 1998. Harmaantuvat härmäläiset. Raportti väestön ikääntymisestä ja yhteiskunnan muutoksista. Saatavissa Internetistä, 9.1.2003: www.eva.fi.
- Helakorpi S., Patja K., Prättälä R., Aro AR. & Uutela A. 2002. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2002. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B12.
- Kaivo-Oja J. & Suvinen N. 2001. Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden näkymät vuoteen 2030. Teoksessa: Voutilainen P., Saranto K., Peiponen A. & Mikkola T. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2002. Hoitotyön tulevaisuus. Tammi, Tampere, 9 - 45.
- Kansanterveyslaitos. 1997. Kansallinen ympäristöterveysohjelma. Saatavissa Internetistä, 9.1.2003: www.ktl.fi/ymparisto/.
- Kansanterveyslaitos. 2003a. Ajankohtaista sairaalainfektioista. Saatavissa Internetistä, 25.11.2003: www.ktl.fi.
- Kansanterveyslaitos. 2003b. Uusien syöpätapausten lukumäärä Suomessa 1993 sekä ennusteet vuosille 2003 ja 2018. Saatavissa Internetistä, 13.10.2003: www.ktl.fi/org/esittely/huttunen/uusien_syopatapausten_lukumaara_suomessa.pdf.
- Koskinen S. & Teperi J. (toim.) 1999. Väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen. Raportteja 243. Stakes.
- Kunnallinen työmarkkinalaitos. 2001. Tiedote, 11.6.2001.
- Lehtinen V. 2002. Mielenterveyspalvelut. Teoksessa: Heikkilä M. & Parpo A. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Stakes. Raportteja 268, 106-128.
- Lehto J. 2001. Terveyspalvelujärjestelmän tulevaisuus. Teoksessa: Voutilainen P., Saranto K., Peiponen A. & Mikkola T. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2002. Hoitotyön tulevaisuus. Tammi, Tampere, 101 - 111.
- Mikkola T. 2001. Tulevaisuuden sairaustaakka. Teoksessa: Voutilainen P., Saranto K., Peiponen A. & Mikkola T. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2002. Hoitotyön tulevaisuus. Tammi, Tampere, 49 - 60.
- Niinimäki J. 1999. Tietotekniikka alueellisen yhteistyön ja saumattoman hoitoketjun tukena. Teoksessa: Saranto K. & Korpela M. (toim.) Tietotekniikka ja tiedonhallinta. WSOY, Porvoo, 312-333.
- OECD. 2003. Health at a Glance – OECD Indicators 2003. Saatavissa Internetistä, 25.11.2003: www.databeuro.com.

- Paunio R-L. 2002. Hoitoonpääsy laillisuusnäkökulmasta. Teoksessa: Oikeus hoitoon – toteutuvatko perusoikeudet hoitoon pääsyssä? Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2002: 18, 23-32.
- Saranto K. 2001. Hoitoympäristöjen tulevaisuus. Teoksessa: Voutilainen P., Saranto K., Peiponen A., Mikkola T. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2002. Hoitotyön tulevaisuus. Tammi, Tampere, 112 - 118.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 1998. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntäminen. Osa 1 Saumaton hoito- ja palveluketju, Asiakaskortti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1998: 8.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2000a. Sosiaali- ja terveystietokanta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000: 7.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2000b. Tieteellinen perustelukatsaus ympäristön tupakansavun terveyshaitoista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2000: 11.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2000c. Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2000: 15.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2000d. Terveystietokannan kansainvälinen yhteistyö- suunta ja linjat. Kansainvälisten asiain toimisto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000: 19.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2000e. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003. TATO:n ensimmäinen vuosi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000: 19.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001a. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 2001: 7.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001b. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 – kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001: 4.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002a. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002: 3.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002b. Terveydenhuollon valmiussuunnitteluopas. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002: 5.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002c. Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2002: 6.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002d. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle lasten ja nuorten hyvinvoinnista. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002: 12.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004 – 2007. (Julkaisematon käsikirjoitus.)
- Terveydenhuollon oikeusturvakeskus. 1999. Opas EU-maista Suomeen tuleville terveydenhuollon ammattihenkilöille.
- Tilastokeskus. 2002. Kuolemansyyt 2001. Suomen virallinen tilasto. Terveys 2002: 3.

- Työministeriö. 2003. Työvoima 2020. Osaamisen ja täystyöllisyyden Suomi. Loppuraportti. Työpoliittinen tutkimus 245.
- Vallimies-Patomäki M., Turpeinen A, Ailasmaa R & Taipale V. 2002. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman rekrytointi ja riittävyys. Teoksessa: Heikkilä M. & Parpo A. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakes. Raportteja 268, 171-190.
- Valtioneuvoston kanslia. 2000. Alueellinen kehitys ja aluepolitiikka Suomessa. Julkaisusarja 6.
- Vartiainen E., Laatikainen T., Valsta L. FINRISKI 2002. Lehdistötilaisuus 27.9.2002, Helsinki.
- Wennerström P. & Wilskman K. 2003. Väestö haluaa tukea elämäntapojen muutokselle. Sairaanhoidaja 76(4), 45 - 46.
- World Health Organisation. 1999. Health 21 – health for all in the 21 st century. The health for all policy framework for the WHO European Region. Regional Office for Europe. European Health for All Series N0 6.

3 HOITOTYÖ VÄESTÖN TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄMISESSÄ

3.1 Hoitotyön lähtökohdat

Terveys 2015 –kansanterveysohjelman mukaan kuntalaisten terveyden edellytyksiin ja terveyserojen vähentämiseen vaikuttamista on tehostettava (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001). Kansallisessa terveyshankkeessa keskeisiä tavoitteita ovat palveluiden saatavuuden ja toimivuuden parantaminen sekä henkilöstön riittävyyden ja osaamisen turvaaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002c). Hoitotyötä ohjaavat myös valtakunnalliset suositukset, jotka koskevat esimerkiksi ikäihmisten hoitoa ja palveluita, mielenterveyspalveluja, päihdetyötä, äitiyshuoltoa, kouluterveydenhuoltoa ja lastenneuvolatoimintaa. Hoitotyön kehittämiseen vaikuttavat lisäksi työelämän jatkuvat muutokset, ihmisten lisääntyvät vaatimukset sekä terveydenhuollon teknologian, hoitotieteen, muiden terveystieteiden, lääketieteen ja biotieteiden kehitys.

Terveydenhuollon ammattiryhmien eettiset ohjeet perustuvat yhteisiin arvoihin (Etene 2001). Niistä keskeisiä ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojelu ja terveyden edistäminen. Perusoikeudet kieltävät ikään, sukupuoleen, terveydentilaan, vammaisuuteen ja kulttuuritaustaan perustuvan syrjinnän ja edellyttävät tasavertaisuutta terveyspalvelujen saamisessa (Suomen perustuslaki, § 6 – 23). Terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti (L 559/1994). Hän on velvollinen pitämään potilastiedot salassa sekä ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan jatkuvasti.

Hoitotyön tehtävänä maailmanlaajuisesti on terveyden, terveyden tasa-arvon ja suvaitsevaisuuden edistäminen (ks. esimerkiksi Robinson 2003). Hoitotyön tehtävä yhteiskunnassa on yksilöiden, perheiden, ryhmien ja yhteisöjen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito, kärsimyksen lievittäminen sekä kuolevan auttaminen (ks. International Council of Nurses 2003). Mielenterveys on jokaisen ihmisen terveyden erottamaton osa ja sisältyy hoitotyöhön kaikissa tilanteissa. Hoitotyössä korostetaan ihmisen omaa vastuuta ja terveyttä tukevan ympäristön merkitystä sekä terveyttä edistävien työmenetelmien käyttöä (Pietilä ym. 2002). Terveys- ja voimavaralähtöisyys perustuvat potilaan terveiden elintoimintojen ja –tapojen sekä hänen psyykkisten ja sosioemotionaalisten voimavarojensa tunnistamiseen. Potilasta autetaan käyttämään omia voimavarojaan sekä elämään sairauden tai vamman ja niiden aiheuttamien rajoitusten kanssa. Erityisesti 1990-luvulta lähtien terveyspalveluiden kehittämisessä on alettu ottaa huomioon myös sukupuoleen liittyvät erot (Luoto ym. 2003).

3.2 Hoitotyön toimintastrategiat

Hoitotyön toimintastrategiat perustuvat terveydenhuollon eettisiin periaatteisiin ja ohjelmiin sekä tutkimustietoon vaikuttavista toimintatavoista. Toimintastrategiat konkretisoidaan ohjelman tavoitteissa ja toimenpiteissä. Hoitotyön keskeisiä toimintastrategioita ovat:

1. potilaan itsemääräämisoikeuden sekä omaan terveyteen ja sen hoitoon liittyvän vastuun ottamisen edistäminen,
2. asiakaslähtöisten sekä hoidon saatavuuden ja jatkuvuuden turvaavien toimintatapojen käyttäminen,
3. hoitotyön vaikuttavuuden parantaminen,
4. hoitotyössä toimivien osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen sekä hyvinvoinnista huolehtiminen sekä
5. hoitotyössä toimivien ja moniammatillisen yhteistyön tehostaminen.

Potilaan *itsemääräämisoikeuden sekä omaan terveyteen ja sen hoitoon liittyvän vastuunottamisen edistäminen* edellyttävät, että hoitotyön tarpeen määrittelyssä lähtökohtina ovat potilaan motivaatio, hänen fyysinen ja mentaalinen tilansa, kykynsä, halunsa ja mahdollisuutensa hallita omaa tilannettaan, osallistua hoidon suunnitteluun ja siihen liittyvään päätöksentekoon, tietotasonsa sekä hänen odotuksensa terveyden- ja sairaanhoidon tuloksista (Kyngäs 1995, Leino-Kilpi ym. 1999, Leino-Kilpi ym. 2000, Sainio 2002, Välimäki 1998, Välimäki ym. 2001). Henkilöstön toiminta voi edistää tai ehkäistä itsemääräämisoikeuden toteutumista. Hyvä vuorovaikutus- ja yhteistyösuhde edistää potilaan näkökulman huomiointia. Aito dialogi syntyy asiaan perehtymisestä, reflektoinnista sekä potilaan kuulemisesta ja kokemuksesta kuulluksi tulemisesta (Hirvonen ym. 2002).

Tietojen antaminen on keskeinen osa hoitoa ja potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumisen edellytys. Riittävällä informaatiolla voidaan edistää potilaan itsehoitoa ja välttää yhteydenottoja jälkikäteen. Tiedon saantiin liittyy oikeus käyttää äidinkieltään, suomea, ruotsia tai saamea sekä muunkielisten tai aistivammaisten potilaiden tulkkipalveluista huolehtiminen. Potilaan itsemääräämisoikeus edellyttää myös alaikäisen yksityisyyden kunnioittamista ja hoitoon liittyvään päätöksentekoon osallistumista sekä potilaan hoitotahdon noudattamista tilanteessa, jossa hän ei enää itse kykene ilmaisemaan hoitoa koskevaa tahtoaan. (Ks. L 785/1992) Potilaan itsemääräämisoikeuden edistäminen ja vastuun ottaminen omasta terveydestä ovat peruseriaatteita, jotka koskevat kaikkea luvussa 3.3. käsiteltävää hoitotyötä.

Hoitotyön tuloksellisuus edellyttää, että terveydenhuollon toimintayksiköissä käytetään *asiakslähtöisiä toimintatapoja*. Niitä ovat esimerkiksi yksilövästuinen hoitotyö, perhekeskeinen hoitotyö ja palveluohjaus. Perheen merkitys yksilön terveydelle ja hyvinvoinnille korostuu, kun perhe käsitetään potilaan voimavarana tai stressitekijänä. Perheenjäsenten vuorovaikutussuhteet vaikuttavat yksilön hyvinvointiin ja yksilön hyvinvointi puolestaan perheenjäsenten hyvinvointiin (Hakulinen 1998). Palveluohjaus eli case management –tyyppinen toimintatapa turvaa hoidon jatkuvuutta ja kokonaisuuden hallintaa yksittäisten potilaiden ja potilasryhmien hoidossa. Hoitoketjun saumakohtiin ja kotiutukseen liittyvät toimintakäytännöt ovat kriittisiä jatkuvuuden kannalta (Raatikainen 1993, Malin 1996, Pöyry 1999). Asiakslähtöisiä toimintatapoja käsitellään luvuissa 3.3 ja 4.1.

Palveluiden saatavuuden parantaminen edellyttää hoitotyössä toimivien osaamisen saamista nykyistä paremmin käyttöön ja tehtäväkuvien laajentamista. Sairaanhoidajan vastaanottotoiminnan vahvuutena on aktiivinen tiedon jakaminen potilaille sairaudesta ja itsehoidosta, joka parantaa potilastyytyväisyyttä ja potilaan sitoutumista hoitoon (Vallimies-Patomäki ym. 2003b). Hoitotyön johtajat luovat edellytykset tehtäväkuvien laajentamiselle. Lähtökohtina terveydenhuollon ammattihenkilöryhmien työnjaon kehittämisessä ovat potilaiden tarvitsema hoito, koulutuksen ja kokemuksen mukainen ammattitoiminta sekä osaamisen varmistaminen (Markkanen 2002). Tehtäväkuvien laajentamista käsitellään luvuissa 3.4 ja 4.1.

Hoitotyön *vaikuttavuuden parantaminen* edellyttää näyttöön perustuvan toiminnan kehittämistä (ks. Lauri 2003). Näyttöön perustuvassa hoitotyössä ammatillinen asiantuntemus yhdistetään potilaan tarpeisiin ja kokemuksiin liittyvään sekä tutkimuksen tuottamaan tietoon (Perälä 1999). Käyttämällä ajantasaista tutkimustietoa potilaan ohjauksessa tuetaan hänen osallistumistaan omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (Poskiparta 1997). Hoitotyössä toimivat ovat avainasemassa parhaan ja ajantasaisen hoitotieteellisen ja muun terveystieteellisen tiedon käyttöön ottamisessa. Näyttöön perustuva toiminta edellyttää hoitotyössä toimivilta kriittistä ja arvioivaa asennetta työhönsä. On osattava hakea omaa alaansa koskevaa tutkimustietoa ja pystyttävä arvioimaan sen merkitystä ja sovellettavuutta omassa työssä, jotta tutkimustietoa voidaan hyödyntää päätöksenteon perustana (Elomaa 2003).

Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisessä käytetään hyväksi sähköisiä tietokantoja (ks. esimerkiksi <http://www.terveysportti.fi/>, kohdasta ”Sairaanhoidajan tietokannat”, Evidence-Based Nursing -lehti, <http://ebn.bmjournals.com> tai Impakti-lehti, <http://www.stakes.fi/finoha/>), systemoituja kirjallisuuskatsauksia (ks. Mäkelä ym. 1996) ja valtakunnallisia laatusuosituksia (taulukko 5). Suomen sairaanhoitajaliiton käynnistämässä Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin – projektissa kehitetään valtakunnallisia suosituksia hoitotyön eri toiminta-alueille (Suomen sairaanhoitajaliitto 2003). Hoitotyössä on tarpeen käyttää myös Käypä

Hoito –suosituksia (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2003). Hoitotyön johtajat, opettajat ja tutkijat luovat edellytykset näyttöön perustuvalla toiminnalla. Näyttöön perustuvan toiminnan edellyttämää yhteistyötä käsitellään luvuissa 4.1 ja 4.3.

Henkilöstön kehittäminen on keskeinen menestystekijä työvoimavaltaisella alalla. Osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen edellyttävät terveysalan koulutuksen työelämävastaavuuden parantamista ja jatkuvan täydennyskoulutuksen järjestämistä. Täydennyskoulutus vastaa nopeasti muuttuvan ja kehittyvän terveydenhuollon työelämän tarpeita, kun koulutus perustuu henkilöstön osaamisen kartoittamiseen ja koulutuksen suunnittelu liitetään osaksi organisaation strategista johtamista (Harju & Risikko 2003). Suunnitelmallisella ja pitkäjänteisellä täydennyskoulutuksella tuetaan myös hoitotyössä toimivien uralla etenemistä ja ikään-tyvien työntekijöiden työssä jatkamista lakisääteiseen eläkeikään asti. Täydennyskoulutuksen seuranta liitetään osaksi terveydenhuollon toimintayksiköiden seurantajärjestelmiä. Hoitotyössä toimivien osaamisen kehittämistä käsitellään luvuissa 4.1 ja 4.2.

Hoitotyössä toimivien keskinäinen ja moniammatillinen *yhteistyö* edellyttävät kollegiaalisuutta ja toisten työn tuntemista (Laaksonen-Heikkilä & Lauri 1997). Hoitotyön kehittäminen ja toiminnan korkea laatu perustuvat ammattikunnan sisäiseen sääntelyyn, joka toteutuu eettisten ohjeiden ja yhtenäisten toimintalinjojen luomisena toimintayksiköissä sekä strategisten linjausten sopimisena valtakunnan tasolla. Hoitotyössä toimivien tehtävänä on tuoda asiantuntemuksensa moniammatillisen tiimin päätöksentekoon. Yhteistyö edellyttää tavoitteista sopimista, vastuunottoa, selkeää näkemystä omasta tehtävästä sekä toisten asiantuntemuksen tuntemista ja kunnioittamista. Potilaan näkökulmasta hyvällä yhteistyöllä pyritään parantamaan hoidon laatua ja jatkuvuutta, löytämään ratkaisuja monipuolista asiantuntijuutta edellyttäviin ongelmiin sekä nopeuttamaan palvelun saamista. Henkilöstön näkökulmasta tavoitteena on yhdistää eri asiantuntijoiden tietotaito ja parantaa eri toimijoiden keskinäistä tiedonkulkua.

Taulukko 5. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisia laatusuosituksia ja oppaita.

Julkaisu	Internet-osoite
Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Opas toiminnan suunnitteluun ja seurantaan. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyslaitos, 1997.	www.ttl.fi
Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset 1999. Oppaita 34. Stakes, 1999.	
Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle – Valtakunnallinen suositus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes, Suomen Kuntaliitto, 1999.	www.stakes.fi
Tienviittoja kunnan mielenterveystyön suunnitelman laatimiseen. Mielekäs Elämä! –ohjelma. Stakes, 2000.	
Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001: 4.	www.stm.fi
Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001: 9.	www.stm.fi
Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Etene-julkaisuja 1, 2001.	www.etene.org
Ikäihmisten asuinympäristö turvalliseksi. Hyvien käytäntöjen opas kaatumisten ehkäisyyn. Oppaita 50. Stakes, 2002.	
Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002.	www.stm.fi
Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Oppaita 51. Stakes, 2002.	www.stakes.fi
Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö. ETENE-julkaisuja 4, 2002.	
Päihdepalvelujen laatusuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002: 3.	www.stm.fi
Apuvälinepalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003: 7.	www.stm.fi
Lastenneuvolat lapsiperheiden tukena. Opas lastenneuvolatoiminnan järjestämiseksi kunnissa. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistiota 2003:7.	www.stm.fi

3.3 Terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitäminen ja edistäminen elämänkulun eri vaiheissa

Terveys 2015 –kansanterveysohjelmassa määritellään kansalliset, pitkántähtäyksen terveystavoitteet, jotka koskevat terveyden edistämistä elämänkulun eri vaiheissa. Terveys ymmärretään prosessina, jossa keskeistä ovat elämän tärkeät siirtymävaiheet ja kriittiset ajanjaksot. Ne liittyvät ihmisen ikä- ja kehitysvaiheisiin, rooleihin ja tehtäviin, terveydentilaan ja voimavaroihin. Hoitotyön tavoitteena on auttaa ihmisiä selviytymään elämän siirtymävaiheista siten, että he saavat tietoa tilanteestaan ja pystyvät muuttamaan käyttäytymistään suhteessa terveyteensä ja ympäristöönsä. Erityistä huomiota kiinnitetään terveystavoitteiden varhaiseen tunnistamiseen, väestöryhmien välisten terveyserojen vähentämiseen sekä perustan luomiseen jo lapsuudessa ja nuoruudessa aikuisiän terveydelle ja terveyttä edistävälle käyttäytymiselle. Myös iäkkäiden hoidossa korostetaan terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämisen ja kuntoutumisen edistämisen merkitystä. Ehkäisevä ja kuntoutumista edistävä työ edellyttävät uusien yhteistyömuotojen luomista toisten hallintokuntien ja kolmannen sektorin kanssa.

Seuraavassa esitetään tavoitteet ja niihin liittyvät toimenpiteet ihmisten ja perheiden terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämiseksi ja edistämiseksi elämän eri siirtymävaiheissa. Tavoitteet on määritelty tukemaan terveystavoitteiden linjausten ja terveydenhuollon kehittämishankkeiden toimeenpanoa. Tavoitteet on priorisoitu hoitotieteellisen ja muun terveystieteellisen tutkimuksen esille nostamien kehittämistarpeiden pohjalta. Lukujen loppuun on koottu esimerkkejä kehittämistyöstä ja toimintatavoista, jotka tukevat hoitotyön kehittämistä ohjelman tavoitteiden mukaisesti. Esimerkkien valintaperusteina olivat uuden toimintatavan tavoitteiden ohella alustavat tulokset, mutta esimerkit eivät kata kaikkea relevanttia kehittämistyötä. Esimerkkeihin liittyviä kotimaisia ja ulkomaisia tutkimuksia on koottu lähteisiin.

Lasta suunnitteleva, odottava ja synnyttävä perhe

Raskaus ja lapsen syntymä ovat elämän normaaleja siirtymävaiheita, joilla on pitkäaikaisia vaikutuksia vanhemmuuteen kasvuun ja perheen integraatioon. Synnytykseen liittyvät odotukset ja siihen valmentautuminen, naisen saama psykososiaalinen tuki ja ohjaus sekä äidin ja lapsen varhaiskontakti ovat tärkeitä tekijöitä synnytyksen myönteisenä kokemisessa, varhaisen vuorovaikutuksen käynnistymisessä ja lapsen hoidosta selviytymisessä (Ahonen 2001, Hannula 2003, Tarkka 1996, Vallimies-Patomäki 1998). Hyvä alku elämälle luo perustan uuden sukupolven terveydelle ja tasapainoiselle kehitykselle.

Lasten hankinnan siirtyminen myöhemmälle iälle, lapsettomuus, monikulttuurisuus ja perherakenteiden muutokset vaikuttavat lisääntymisterveyteen liittyvien palveluiden kehittämiseen. Lasta odottavan perheen elämänvaiheeseen kuuluu yhtäältä hyvinvointia vaarantavia ja toisaalta sitä edistäviä tekijöitä. Raskauteen ja synnytykseen liittyvät naisen pelot, synnytyksen jälkeinen masennus (Herzberg 2000, Luoma & Tamminen 2002, Melender 2002, Perheentupa 2003, Vehviläinen-Julkunen ym. 1994), tupakointi (Jaakkola 2002), päihteiden käyttö (esimerkki 1, Halmesmäki 2000) ja perheväkivalta edellyttävät erityistä huomiota tässä elämäntilanteessa.

Miehet tarvitsevat nykyistä enemmän tukea ja ohjausta raskauden ja synnytyksen aikaisissa palveluissa (Kaila-Behm 1997, Liukkonen 1996, Vallimies-Patomäki 1998). Ensimmäisen lapsen syntyminen vaikuttaa perheen hyvinvointiin ja vanhempien yhteenkuuluvuuteen. Puolisoiden kasvava sitoutuminen perheeseen edistää elintapojen muuttamista aikaisempaa terveellisemmiksi (Bondas 2000). Seksuaalisuuden merkitys ja käytännöt muuttuvat, ja syntyvät ristiriidat heijastuvat myös sukupuolielämään (Huittinen 2002).

Äitiyshuollon tehtävänä on seurata äidin ja isän hyvinvointia ja lapsen kasvua ja kehitystä sekä edistää terveitä elintapoja ja valmistautumista uuden perheenjäsenen syntymään. Terveysneuvonta ja tuki suunnataan koko perheelle. Äitiyshuollon kehittämiskohteita ovat synnytykseen valmentaminen, epäsäännöllisten raskauksien ja riskiperheiden tunnistaminen, seuranta ja tarvittava jatkohoito sekä toimenpiteiden kohdentaminen perheen tarpeiden perusteella. Miehiä neuvotaan naisen tukemisessa synnytyksen aikana sekä tuetaan isyyteen kasvamisessa ja lapsen hoitoon osallistumisessa. Kuntien keskinäistä sekä sairaalan ja äitiysneuvolan välistä yhteistyötä ja toimintatapoja kehitetään äitiyshuollon asiantunteumuksen lisäämiseksi perusterveydenhuollossa.

Viime vuosina kättilötyössä on kehitetty synnytyksen hoidon perhekeskeisyyttä, imetyksen ja isän vanhemmuuden tukemista, vaihtoehtoisia hoitokäytäntöjä sekä hoidon jatkuvuutta (esimerkit 2 ja 3, Forsman 1999, Hannula 2003, Raussi-Lehto 1998, Vallimies-Patomäki ym. 2003a). Synnytystoimenpiteissä on tapahtunut sekä myönteistä että kielteistä kehitystä (taulukko 6). Erot synnytystoimenpiteissä sairaaloiden välillä ovat suuret. Episiotomiat ovat selvästi vähentyneet. Synnyttäjistä yli puolet saa epiduraalipuudutuksen. Myös keisarileikkaukset ovat yleistymässä. Synnytyksen hoitoon liittyvät kehittämiskohteet ovat naisen psykososiaalinen ja oma-aloitteisuuden tukeminen, synnytykseen liittyvien odotusten, pelkojen ja kokemusten käsittely sekä vaihtoehtoinen kivunlievitys. Hoitoaikojen lyhentymisen edellyttää tehostettua kotihoidon ohjausta ja seurantaa, vastasyntyneen tarkkailua sekä imetyksen käynnistymisen ja jatkumisen tukemista.

Pienipainoisten tai ennenaikaisena syntyneiden lasten osuus kasvoi 1990-luvulla monisikiöisyyden yleistymisen myötä (Gissler ym. 2002). Joka kymmenes vastasyntynyt tarvitsee tehohoitoa tai tarkkailua lastenosastolla. Hoitotyössä on kehi-

tetty keskosten ja vastasyntyneiden kivun arviointia ja hoitoa (Halimaa 2001, Oksanen & Salanterä 2002) sekä kotihoidon perhepalvelua keskoslasten ja sairaana tai vammaisena syntyneiden imeväisikäisten perheille (Honkamaa 2002). Hoitotyön kehittämiskohteita ovat keskoslapsen hoidon, kasvun ja kehityksen tukeminen, vanhempien tukeminen sekä perheen sosiaalisen verkoston vahvistaminen. Asiantuntijaverkoston ohella vanhemmat hyötyvät erilaisista vertaisryhmistä.

Taulukko 6. Synnyttäjien määrä, tupakointi raskauden aikana ja eräitä synnytystoimenpiteitä vuosina 1990, 1995 ja 2000. (Mukaeltu Vallimies-Patomäki ym. 2003a.)

	1990	1995	2000
Synnyttäjät	65 300	62 700	56 500
Synnyttäjien keski-ikä			
Kaikki, vuotta	29,1	29,7	29,9
Ensisynnyttäjät, vuotta	26,8	27,6	27,6
Alle 20-vuotiaat, %	2,8	2,5	2,9
Yli 35-vuotiaat, %	13,9	15,1	18,4
Tupakoivat, %	15,5	14,6	14,3
Synnytystoimenpiteitä %			
Jokin kivunlievitys	*62,5	70,5	75,8
Episiotomia	*55,2	46,6	41,2
Keisarileikkaus	13,8	15,7	15,8
Perinataalikuolleisuus, 1/1000 syntynyttä	7,8	6,9	5,7

* 1991

Tavoitteet

- Naiset ja miehet saavat tietoa lisääntymisterveyttä koskevan päätöksenteon tueksi.
- Perheet saavat tukea valmistautumisessa uuden perheenjäsenen syntymään ja tietoa terveellisistä elintavoista, erityisesti tupakointiin, alkoholiin ja huumeisiin liittyvistä terveysriskeistä sekä toimivasta vanhemmuudesta ja parisuhteesta.
- Valmennus tukee synnyttäjän kykyä tehdä tietoisia valintoja. Synnytyspelot ja synnytyksen jälkeinen masennus vähenevät. Lapsen syntymä on vanhemmille myönteinen kokemus.
- Toimintatavat tukevat äitiyshuollon asiantuntemuksen hyödyntämistä. Perusterveydenhuollossa toimivien ammattitaito ja asiakasmäärät vastaavat hoitoaikojen lyhentymisen, imetyksen tukemisen sekä riskisynnyttäjien ja moniongelmaisten perheiden avuntarpeen vaatimuksia.
- Vanhemmat saavat tukea keskoslapsen ja sairaan tai vammaisen vastasyntyneen hoidossa sekä kasvun ja kehityksen tukemisessa.

- Äitiyshuollon palvelut toteutuvat asiakaslähtöisinä hoitoketjuina. Uusim-
paan tietoon perustuvat hoito- ja ohjauksetkäytännöt ovat yhtenevät. Alkoholo-
lia ja huumeita käyttävien äitien ja heidän lastensa hoito ja seuranta on jär-
jestetty eri toimijoiden yhteistyönä.

Toimenpiteet

Hoitotyössä toimiva

- ohjaa ja neuvoo naista ja miestä raskauden ehkäisyyn, perhesuunnitteluun
sekä lapsettomuuden hoitoon liittyvissä asioissa.
- tunnistaa perheen terveyttä ja parisuhdetta vaarantavat riskitekijät, ohjaa
niiden ehkäisyssä ja tukee niihin liittyvien ongelmien ratkaisussa, kannus-
taa perhettä omatoimiseen tiedon hankintaan sekä itsehoitoon ja itsenäiseen
selviytymiseen.
- tunnistaa ajoissa synnytyspelon sekä äidin uupumuksen ja masennuksen oi-
reet, tukee perheen voimavaroja ja varhaista vuorovaikutusta sekä järjestää
tarvittaessa muiden asiantuntijoiden apua.
- tukee synnyttäjän selviytymistä ja oma-aloitteisuutta; tukee miestä isäksi
kasvamisessa ja ohjaa häntä synnyttäjän tukemisessa.
- tunnistaa häiriöt äidin terveydessä sekä sikiön kasvussa ja kehityksessä,
ohjaa äidin jatkotutkimuksiin ja hoitoon, seuraa vastasyntyneen ravitse-
mustilaa ja vointia sekä äidin toipumista synnytyksestä lyhentyneiden hoi-
toaikojen vaatimusten mukaisesti ja tukee imetyksen jatkamisessa.
- osallistuu äitiyshuollon hoitoketjujen, hoitoon liittyvän tiedonsiirron ja
perhevalmennuksen toteuttamiseen neuvolan ja synnytyssairaalan yhteis-
työnä.

Lasta hoitava ja kasvattava perhe

Suurin osa lapsiperheistä voi hyvin. Monet lasten sairaudet ja hyvinvointia uh-
kaavat ongelmat ovat kuitenkin lisääntyneet 1990-luvulla. Erilaisia lapsen tervet-
tä kehitystä haittaavia ongelmia arvioidaan olevan perheistä noin 10 - 30 %:lla.
Ongelmista tunnistetaan vain osa, ja vain pieni osa hoitoa tarvitsevista lapsista
saa tarvitsemansa avun (Puura 1998).

Alle kouluikäisten lasten perheiden tuen tarpeet liittyvät vanhemmuuteen, lasten
kasvatukseen ja hoitoon, parisuhteeseen ja sosiaaliseen verkostoon (Heimo 2002,
Häggman-Laitila ym. 2000, Löthman-Kilpeläinen 2001, Puura ym. 2001, Åstedt-
Kurki ym. 1999, taulukko 7). Lapsen ja vanhemman vuorovaikutuksen pulmat
sekä välinpitämättömyys ovat uusia haasteita. Alle 18-vuotiaista 17 % on kotona
nähty tai kokenut väkivaltaa (Heiskanen & Piispa 1998). Pienten lasten äideistä
tupakoi joka viides ja isistä lähes joka kolmas (Jaakkola 2002). Lasten turvatto-
muus, mielenterveyden ongelmat, sosiaalisen kehityksen häiriöt ja oppimisvai-

keudet ovat lisääntyneet (Paavilainen 1998, Voutilainen & Ilveskoski 2000). Liikavuus on yleistymässä myös lapsiväestössä (Nuutinen & Lautala 1997).

Lastenneuvolan terveydenhoitajat tapaavat lähes kaikki alueensa alle kouluikäisten lasten perheet. Näin ollen hoitotyöllä on erinomaiset mahdollisuudet lapsen kehityksen jatkuvaan seuraamiseen sekä perheiden yksilöllisten tarpeiden ja terveyden vaarantumisen varhaiseen tunnistamiseen. Tämä mahdollistaa psykososiaalisten ongelmien ja syrjäytymisen ehkäisyyn sekä tarvittavan ohjauksen ja tuen vanhempien voimavarojen vahvistamiseksi (Pelkonen 1994). Lapsiperheiden keskinäinen sosiaalinen tuki luo uudenlaista yhteisöllisyyttä nyky-yhteiskuntaan.

Taulukko 7. Äitiys- ja lastenneuvoloiden asiakasperheiden ”kymmenen kärjessä” huolen aihetta tutkimusten mukaan.

Lapsiperheiden (n=465) ilmoittamat kuormittavat tekijät (Löthman-Kilpeläinen 2001)	Terveydenhoitajien havaitsemat äitien (n=165) tarpeet synnytyksen jälkeen (Puura ym. 2001)	Perhetyön asiakkaaksi (n=551) tulon syyt MLL:n Lapsiperhe-projektissa (Häggman-Laitila ym. 2000)
Riittämätön puolisoiden yhteinen aika Oman virkistätymisajan puute Raskautta ja synnytystä koskevat asiat Perheen yhteisen ajan puute Perheen tulojen väheneminen Perheenjäsenen sairaus tai vamma Perheenjäsenen ylityöt Perheenjäsenen uupumus Tyytymättömyys sukupuolielämään Ylikuormitus arkipäivän asioissa	Viimeaikaiset elämäntapahtumat Puolisoiden väliset ristiriidat Lapsen jatkuva itkuisuus Äidin huonot lapsuudenkokemukset Somaattinen sairaus tai huoli siitä Eristyneisyys ja sosiaalisen tuen puute Äidin mielenterveysongelmat Vuorovaikutukseen liittyvät vaikeudet Ei-toivottu raskaus Isän mielenterveysongelmat	Vanhemmuus Parisuhde Kasvatus- ja lastenhoito Sosiaalinen verkosto Vanhempien terveys Työelämä ja opiskelu Lasten kehitys ja terveys Taloudelliset seikat ja asuminen Perhekriisit Päihteet

Lastenneuvolatoiminnassa on viime vuosina tehty runsaasti kehittämistyötä (Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2000). Esimerkkejä siitä ovat varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen edellyttämät terveydenhoitajan valmiudet (Puura ym. 2001), vanhemmuuden tukemisen menetelmät (esimerkit 4 ja 5, Pelkonen & Hakulinen 2002), 5-vuotiaiden määräaikaistarkastus (Liuksila 2000) sekä moniammatillisen yhteistyön muodot. Ongelmana on monien kehittämishankkeiden satunnaisuus ja tulosten jääminen usein vain paikalliselle tasolle. Lastenneuvolatyön kehittämis-kohteita ovat vanhemmuuden ja parisuhteen tukeminen sekä erityistukea tarvitsevien lasten ja perheiden varhainen tunnistaminen ja tilanteeseen puuttuminen. Edellytyksenä on kotikäyntien ja vanhempainryhmätöiden kehittäminen sekä lapsiperhetyötä tekevien yhteistyön tiivistäminen kunnassa. Lapsen näkökulmaan (Okkonen 1999) ja isiin (Kaila-Behm 1997, Säävälä ym. 2001) on kiinnitettävä nykyistä enemmän huomiota. Työ on suunniteltava joustavasti perheiden tarpeiden pohjalta, ja työpanos on kohdennettava sitä eniten tarvitseville perheille.

Laadukas lastenneuvolatyö edellyttää, että alle kouluikäisten lasten määrä terveydenhoitajaa kohden on suositusten mukainen. Lastenneuvolatyön kehittämistä on linjattu uudessa lastenneuvolaoppaassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003).

Tavoitteet

- Perheiden luottamus omiin voimavaroihin ja kyky vahvistaa niitä paranevat.
- Perheen sisäinen vuorovaikutus kiinteytyy, ja lapsen tarpeet huomioiva aikuisuus ja vanhemmuus yleistyvät perheen voimavaratekijänä.
- Vanhempien keskinäinen yhteistyö, avunanto ja tuki vahvistuvat.
- Vanhemmat tiedostavat perheen elintapojen merkityksen lapsen kehitykselle ja luovat lapselle tervettä kehitystä edistävät ja turvalliset kasvuolosuhteet. Lapsen suotuisaa kehitystä vaarantavat riskitekijät tunnistetaan varhain ja niihin vaikutetaan siten, että lapset ja perheet saavat tarvitsemansa avun.
- Erityistukea tarvitsevien perheiden mahdollisuudet saada tarvitsemansa tuki, ohjaus ja muu apu paranevat.
- Neuvolapalvelut ovat suunnitelmallinen osa kunnan moniammatillisia lapsiperhepalveluja, jotka koordinoidaan erikoissairaanhoidon ja muiden tarvittavien tahojen kanssa.
- Kunnan väestön lapsimyönteisyys ja lapsiperheiden yhteisöllisyys lisääntyvät.

Toimenpiteet

Hoitotyössä toimiva

- tukee perhettä voimavarojen ja kuormittavien tekijöiden tunnistamisessa sekä voimavarojen vahvistamisessa luomalla luottamuksellisen, yhteistyökumppanuuteen ja dialogisuuteen perustuvan vuorovaikutussuhteen perheeseen ja käyttämällä voimavaroja vahvistavia menetelmiä.
- tukee vanhempien ja lasten varhaista vuorovaikutusta sekä lapsen tarpeet huomioivaa huolenpitoa ja kasvatusta; tukee vanhempia parisuhteen hoitamisessa ja isiä täysivaltaisessa vanhemmuudessa.
- järjestää vertaistukea tarjoavia ryhmiä ensimmäisen lapsen vanhemmille erityisesti lapsen ensimmäisen elinvuoden aikana yhteistyössä muiden lapsiperhetyötä tekevien kanssa.
- ohjaa perhettä terveyttä edistäviä elintapoja koskevan tiedon hankinnassa sekä lapsen tervettä kehitystä edistävien vaihtoehtojen tunnistamisessa, esimerkiksi lapsen suojaamiseksi tupakan savulta.

- kohdentaa palveluita niitä eniten tarvitseville ja tunnistaa varhain lapsen suotuisaa kehitystä, huolenpitoa, kasvatusta ja ympäristöä vaarantavat tekijät; tekee kotikäyntejä ja käyttää apulomakkeita esimerkiksi vanhempien voimavarojen, synnytyksen jälkeisen masennuksen ja perheväkivallan tunnistamisessa sekä alkoholin käytön arvioimisessa.
- tehostaa moniammatillista yhteistyötä lasten terveystalvelujen koordinoimiseksi sekä hoitoketjujen ja yhteisesti sovittujen menettelytapojen luomiseksi neuvolan, muun sosiaali- ja terveystoimen, erikoissairaanhoidon ja muiden yhteistyötahojen kanssa.
- seuraa asiakaskuntaansa kuuluvien lapsiperheiden terveyttä, elinoloja ja niihin vaikuttavia tekijöitä yhteiskunnassa sekä vaikuttaa niihin terveyden edistämishojelmien ja kehittämishojektien avulla.

Kouluikäiset ja nuoret

Vaikka suurin osa kouluikäisistä ja nuorista voi hyvin, huonosti voivien määrä kasvaa. Aikaisempaa moninaisempien ongelmien taustalla ovat usein sosiaaliset syyt. Kouluikäisten kuolleisuus on vähentynyt, mutta pitkäaikaissairaudet ja erityisesti psykososiaaliset ongelmat ovat yleistyneet. Yleistyviä sairauksia ovat astma, allergia ja diabetes. Ylipainoisuus, syömishäiriöt, fyysisen kunnan heikkeneminen, niska- ja hartiasäryt sekä sukupuolitaudit, teiniraskaudet ja raskaudenkeskeytykset yleistyivät 1990-luvun lopulla. Viime vuosina nuorten tupakan, alkoholin ja huumeiden käyttökokeilujen aloittaminen on siirtynyt myöhempään ikään (Rimpelä ym. 2003). Osalla vakavan syrjäytymisuhan alaisista kouluikäisistä ja nuorista on alkoholin ja huumeiden käyttöön liittyviä ongelmia. (Duodecim 2002, Lukkari ym. 1998, Rimpelä ym. 1997, Sosiaali- ja terveysministeriö 2002a, Tossavainen ym. 2002.)

Kouluikäisten ja nuorten yleisimmät terveystalvelmat liittyvät mielenterveyteen. Kouluikäisten merkittävin mielenterveysongelma on masennus. Noin joka kymmenes peruskoulun 8. ja 9. luokkalainen ilmoittaa potevansa keskivaikeaa tai vaikeaa masennusta. Ongelmana on, että lasten ja nuorten oireilua ei aina ymmärretä masennukseksi ja heidän viestinsä tulkitaan väärin. (Duodecim 2002, Lukkari ym. 1998.)

Eriasteisista oppimishäiriöistä kärsii joka viides peruskoululainen. Heillä on merkittäviä vaikeuksia kuuntelemisen, puhumisen, lukemisen, kirjoittamisen, päättelyn, matematiikan tai liikunnan taitojen hankinnassa tai käytössä. Oppimisvaikeuksien taustalla on neurologisia ja kehityksellisiä syitä sekä mielenterveysongelmia. (Rimpelä ym. 1997, Tossavainen ym. 2002.)

Kouluterveydenhuolto tavoittaa kaikki 7 – 15 -vuotiaat ja suurimman osan 16 – 18 -vuotiaista nuorista lukiossa tai ammatillisissa oppilaitoksissa. Opiskelijaterveydenhuollon tavoitettavuudessa on kuitenkin suuria paikkakuntaakohtaisia ero-

ja. Kouluterveydenhoitajalla on mahdollisuus ohjata kouluikäisiä ja nuoria terveystarkastusten, yksilöllisten tapaamisten ja ryhmäohjauksen yhteydessä. Lasten ja nuorten vaikeudet ovat monimutkaistuneet, ja kouluterveydenhoitajat työskentelevät usein yksin etäällä kollegoistaan. Oppilashuollon ja kouluterveydenhuollon työntekijöiden tiimityö parantaa asiantuntija-avun käyttömahdollisuuksia ja edistää työntekijöiden jaksamista.

Koulu on lasten ja nuorten elämässä kodin ohella keskeinen paikka, jossa heidän terveyttään voidaan edistää yksilö- ja yhteisötasolla (esimerkki 6, Jakonen ym. 2001). Tähän pyritään luomalla terveyttä tukeva kouluympäristö sekä oppilaan ikä- ja kehityskauteen ja elämäntilanteeseen sopivalla terveysohjauksella yhteistyössä oppilaiden, vanhempien ja koulun henkilökunnan kanssa. Lasten ja nuorten terveydenhoidon kehittämiskohteita ovat mielenterveyden tukeminen, syrjäytymisen ehkäiseminen, päihteiden käytön ehkäisy ja perheiden tukeminen (Meltaus & Pietilä 1998). Suvaitsevaisuuden edistäminen ja rasismin ehkäisy edellyttävät oppilashuollon tiivistä yhteistyötä. Kouluterveydenhuollon kehittämistä käsitellään kouluterveydenhuollon oppaassa (Stakes 2002) ja vuonna 2004 valmistuvissa laatusuosituksissa.

Tavoitteet

- Kouluikäiset ja nuoret saavat ikä- ja kehityskauteensa ja elämäntilanteeseensa sopivaa terveysohjausta ja –opetusta, minkä kautta terveyden luku-taito ja terveysosaaminen kehittyvät.
- Kouluikäiset ja nuoret tiedostavat ravitsemuksen, liikunnan ja muiden terveellisten elintapojen merkityksen ja ottavat vastuuta omasta terveydestään.
- Pitkäaikaissairaat ja oppimisvaikeuksista kärsivät lapset ja nuoret saavat tarvitsemansa hoidon, tuen ja ohjauksen.
- Lasten ja nuorten mielenterveysongelmat tunnistetaan ja hoidetaan varhaisessa vaiheessa.
- Sukupuolitautilien ja ei-toivottujen raskauksien määrä vähenee.
- Nuorten tupakan, alkoholin ja huumeiden käyttö vähenee.
- Koulukiusaaminen vähenee; kiusatut ja kiusaajat saavat tarvitsemansa avun.
- Koululaisilla ja opettajilla on terveyttä ylläpitävä ja edistävä sekä erilaisia häiriötekijöitä ehkäisevä oppimis- ja opetusympäristö.

Toimenpiteet

Hoitotyössä toimiva

- osallistuu terveyden edistämisen ja hoitotyön asiantuntijana opetussuunnitelman valmisteluun, terveystiedon opetukseen ja oppilashuoltoon, ottaa terveystiedon sisällöissä ja opetusmenetelmien valinnassa huomioon oppilaan eri ikävaiheita tukevan tiedon sekä kehittää terveyden ylläpitämiseen ja edistämiseen liittyviä opetus- ja ohjausmenetelmiä.
- tunnistaa kouluikäisten ja nuorten fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja emotionaaliseen kehitykseen ja hyvinvointiin liittyvät ongelmat, ohjaa niiden hoidossa sekä järjestää muun tarpeellisen asiantuntija-avun ja jatkohoidon.
- tehostaa pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten seurantaa ja ohjausta.
- konsultoi koululaisten mielenterveysongelmissa viiveettä lasten- tai nuortenpoliikklinikoita ja lasten- tai nuorten kriisiryhmiä.
- aloittaa nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvän ohjauksen jo varhaisessa murrosiässä.
- kehittää nuorten tupakoinnin ja päihteiden käytön ehkäisyyn uusia menetelmiä yhdessä nuorten ja muiden toimialojen kanssa.
- tiivistää sosiaali- ja terveystoimen ja eri järjestöjen yhteistyötä päihde- ja mielenterveystyössä.
- kehittää kokonaisvaltaisia kouluterveyspalveluja painoalueina oppilaiden voimavarojen ja elämänhallinnan tukeminen, syrjäytymisen ja koulu-kiusaamisen ehkäiseminen, suvaitsevaisuuskasvatus sekä koko kouluyhteisön hyvinvoinnin edistäminen.

Työikäiset

Työelämässä tapahtui 1990-luvulla suuria poliittisia, taloudellisia, sosiaalisia, teknologisia, ekologisia ja väestöön liittyviä muutoksia, jotka vaikuttavat ihmisten työhön, työpaikkoihin, työssä vaadittavaan ammattitaitoon ja terveyteen. Työssä esiintyy edelleen terveyttä uhkaavia riskitekijöitä (Kauppinen ym. 2000). Myönteistä on perinteisten vaaratekijöiden ja ammattitautien vähentyminen, mutta työperäisistä sairauksista aiheutuvat kustannukset ovat edelleen merkittäviä (Karjalainen ym. 2000). Työtapaturmat ovat lisääntyneet, vaikka teknologian kehitys on mahdollistanut työn fyysisen kuormittavuuden vähenemisen (Heiskanen ym. 2000).

Palkansaajien keskimääräinen työkyky työkykyindeksillä mitattuna on hyvä ja terveydentilansa hyväksi arvioivien määrä on lisääntynyt (Ylöstalo 2000). Työkykyään huonona pitävien osuus on kuitenkin lisääntynyt jatkuvasti. Pitkäaikaissairaudet ja fyysiset oireet ovat lisääntyneet nuorissa ikäryhmissä, ja niitä on heillä lähes yhtä paljon kuin ikääntyneillä työntekijöillä. Miehistä kolmasosalla ja naisista kahdella viidesosalla on työhön liittyviä pitkäaikaisoireita (Kauppinen ym. 2000).

Työikäisen väestön merkittävimmät kuolinsyyt ovat verenkiertoelinten sairaudet, tapaturmat ja väkivalta, itsemurhat sekä kasvaimet (taulukko 8). Monien sairauksien taustalta löytyvät ylipaino, tupakointi, vähäinen liikunta, liiallinen alkoholin käyttö, unen puute ja kohonneet kolesteroliarvot. Miesten yleisin kuolemansyy, sepelvaltimotaudin aiheuttama kuolleisuus, pieneni sekä työikäisillä että sitä vanhemmilla. Toiseksi yleisin työikäisten kuolinsyy sekä miehillä että naisilla oli alkoholiin liittyvä sairaus tai myrkytys. Alkoholisyiden aiheuttama kuolleisuus ohitti itsemurhakuolleisuuden 1990-luvun loppupuolella. Alkoholi- ja itsemurhakuolleisuus vaihtelevat suuresti eri puolilla maata. Työelämän ulkopuolella olevien, erityisesti nuorten aikuisten miesten, ongelmia ovat tapaturmainen ja väkivaltainen kuolleisuus yhdistyneenä runsaaseen alkoholinkäyttöön, pitkäaikais-työttömyyteen ja muuhun sosiaaliseen syrjäytymiseen. (Kauppinen ym. 2000, Tilastokeskus 2002.)

Taulukko 8. Työikäisten (15-64-vuotiaiden) yleisimmät kuolemansyyt sukupuolen mukaan vuonna 2001. (Tilastokeskus 2002.)

Miehet				Naiset			
Sija	Kuolemansyy	Ikävakioitu kuolleisuus/100 000	Kuolleiden määrä	Sija	Kuolemansyy	Ikävakioitu kuolleisuus/100 000	Kuolleiden määrä
1.	Sepelvaltimotauti	68,8	1 299	1.	Rintasyöpä	17,4	350
2.	Alkoholisyys	49,3	989	2.	Alkoholisyys	13,2	261
3.	Tapaturmat	48,9	885	3.	Itsemurhat	12,3	223
4.	Itsemurhat	45,5	814		Tapaturmat	12,1	223
5.	Keuhkosityöpä	20,1	374	5.	Sepelvaltimotauti	11,2	214
6.	Aivoverenkierron sairaus	18,4	351	6.	Aivoverenkierron sairaus	9,2	177
7.	Muut kuolemansyyt	110,9	2 104	7.	Muut kuolemansyyt	87,1	1 667
1.-7.	Työikäiset yhteensä	383,9	7 211	1.-7.	Työikäiset yhteensä	162,5	3 115

Työikäisten psyykkiset ongelmat ovat lisääntyneet. Työuupumus on yleisempää pitkää (yli 50 h/vk) työpäivää tekevillä henkilöillä ja työpaikoilla, joilla on tehty henkilöstösaneerauksia (Kauppinen ym. 2000). Työtahdin kiristyminen, kiire, kilpailu, tuottavuuden tavoittelu, työsuhteiden määräaikaisuus ja epävarmuus heijastuvat työyhteisöön ja sen ihmissuhteisiin sekä työntekijöiden psyykkiseen terveyteen. Johtamisongelmat, esimiehen ja työyhteisön tuen vähäisyys sekä työyhteisön ilmapiiri ovat yhteydessä psyykkisten oireiden esiintymiseen. Työn ja perhe-elämän yhteensovittamisen hankaluudet, stressi, masentuneisuus, ahdistuneisuus ja työpaikkakiusaaminen aiheuttavat psyykkisistä ongelmista osan (Kauppinen ym. 2000). Vuoteen 2015 saakka Suomessa arvioidaan olevan Euroopan unionin maista suhteellisesti eniten ikääntyviä työikäisiä. Heidän työkykyisenä pitäminen edellyttää työpaikkojen kehittämistä siten, että työelämässä

jatkaminen olisi houkuttelevampaa kuin enneaikaiselle eläkkeelle siirtyminen (Ilmarinen 1999, Ilmarinen & Rantanen 1999).

Työterveyshuollon tehtävänä on edistää työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta, työyhteisön toimintaa sekä työntekijöiden terveyttä ja työ- ja toimintakykyä yhteistyössä työnantajan kanssa laaditun suunnitelman mukaan (L 1383/2001). Työnantajan velvollisuus on puuttua työpaikkakiusaamiseen varhaisessa vaiheessa (L 738/2002). Palkansaaajista 85 %:lla on mahdollisuus käyttää työterveyspalveluja. Heistä 80 % saa työterveyshuollosta myös sairaanhoitopalveluja (Räsänen ym. 2002). Epätyypillisissä työsuhteissa toimiville, työllistetyille, työttömille ja muusta syystä työelämän ulkopuolella oleville työkäisille on järjestettävä yhtäläiset terveyspalvelut ja mahdollisuudet terveyden edistämiseen kuin muillekin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001). Työterveyshuollon yksiköt ovat kehittäneet terveyden edistämisen toimintatapoja (esimerkki 7). Kunnissa tehdään myös terveystarkastuksia eri ikäryhmiin kuuluvalla aikuisväestölle (esimerkki 8).

Työkäisten ja työpaikkojen terveyden edistäminen edellyttää monitieteistä ja moniammatillista asiantuntijuutta ja yhteistyötä (Naumanen-Tuomela 2001). Kansallisessa terveysthankkeessa on tavoitteena työterveyspalvelujen järjestäminen seudullisena yhteistyönä ja asiantuntijuuden monipuolinen hyödyntäminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002b). Työterveyshuollon kehittämiskohteita ovat työkäisten terveystottumuksiin liittyvä terveysneuvonta, terveyttä uhkaavien riskitekijöiden tunnistaminen ja ehkäisy sekä ikääntyneiden työntekijöiden työssä jatkamisen tukeminen lakisääteiseen eläkeikään asti. Työpaikoilla korostuvat työn ja työympäristön terveellisyyteen ja turvallisuuteen, hyvään työilmapiiriin, yksilöä huomioivaan johtamiseen sekä yksilöllisten työolojen ja vaihtoehtojen työjärjestelyjen kehittämiseen liittyvä neuvonta, erilaiset ympäristön muutostyöt sekä kiusaamisen ja häirinnän poistamiseen vaikuttaminen (Naumanen-Tuomela 2001). Työterveyshuoltokäytäntöä käsittelevässä oppaassa annetaan ohjeet toiminnan suunnitteluun ja seuraamiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö & Työterveyslaitos 1997).

Tavoitteet

- Työssä käyvien terveys paranee niin, että he jaksavat toimia työelämässä nykyistä pidempään.
- Työikäiset ottavat vastuun terveytensä ja toimintakykynsä ylläpitämisestä ja edistämisestä.
- Tupakointi, liiallinen alkoholin käyttö ja ylipaino vähenevät sekä vapaa-ajan, työpaikka- ja hyötyliikunta lisääntyvät.
- Masennus, syrjäytyneisyyden tunne ja työuupumus vähenevät.
- Nuorten työttömien ja työssä käyvien miesten vapaa-aikaan ja alkoholin käyttöön liittyvät tapaturmat, vammat, itsemurhat ja väkivaltaiset kuolemat vähenevät.
- Työpaikalla esiintyvät fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä, työhyvinvointia ja turvallisuutta uhkaavat kuormitus- ja riskitekijät vähenevät.
- Eri ikäisten työntekijöiden työssä jaksamista tuetaan tarvittaessa yksilöllisin työaika- ja työolojärjestelyin.

Toimenpiteet

Hoitotyössä toimiva

- seuraa asiakkaiden terveydentilan kehittymistä terveystarkastusten, erilaisien kyselyjen ja testien avulla, laatii terveyteen ja elämäntapoihin liittyvien riskien kartoittamiseen perustuvat henkilökohtaiset terveysseurantasuunnitelmat, ohjaa, neuvoo ja motivoi asiakasta keskeisten kansanterveysriskien ennaltaehkäisyssä, terveysongelmien hoidossa ja vastuun ottamisessa omasta terveydestään sekä tarvittaessa järjestää muuta asiantuntija-apua.
- tarjoaa terveystarkastuksia ja terveyden edistämistä tukevaa neuvontaa myös työelämän ulkopuolella oleville työikäisille.
- selvittää ja arvioi työpaikkojen terveellisyyttä ja turvallisuutta työpaikkaselvitysten ja –käyntien avulla sekä tekee ehdotuksia havaittujen terveysriskien ja –haittojen poistamiseksi ja työolojen kehittämiseksi.
- laatii yhdessä työnantajan kanssa työpaikkakohtaisen työterveyshuollon toimintasuunnitelman, jossa määritellään tarvittavat työterveyspalvelut ja jota molemmat osapuolet sitoutuvat noudattamaan.
- kehittää yksilö- ja ryhmäkohtaisia ohjaus- ja neuvontamenetelmiä sekä työkykyä ylläpitäviä yksilö- ja ryhmätoimintoja työn mielekkyyden ja työssä jaksamisen tueksi.
- tukee työpaikkojen esimiehiä ja johtajia ottamaan huomioon terveyden edistämisen päätöksenteossa, edistämään työyhteisön jäsenten työssä jaksamista sekä työyhteisöongelmien selvittämisessä.

Ikääntyneet

Ikääntyneistä suurin osa asuu omassa kodissaan omien sosiaalisten verkostojensa ympäröimänä itsenäisesti tai erilaisia kotona asumista tukevia palveluita käyttäen. Osa ikääntyneistä on laitoshoidossa useita vuosia. Koska ikääntyneiden toimintakyky on parantunut, palvelutarve lisääntyy myöhemmällä iällä kuin aikaisemmin. Säännöllisen kotihoidon piiriin tullaan keskimäärin noin 76-vuotiaana, ja pitkäaikainen laitoshoido alkaa keskimäärin 81 vuoden iässä. Huolenpidon ja hoivan tarve kasvaa erityisesti yli 85-vuotiailla. Vuonna 2001 75-vuotta täyttäneistä 90 % asui kotona ja 10 % oli pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Tilanne vastaa vanhuspoliittisessa strategiassa määriteltyjä tavoitteita. Noin joka neljäs tai kolmas kotona asuva 75-vuotta täyttänyt ja noin joka toinen 85-vuotta täyttänyt tarvitsee apua päivittäisiin askareisiin. Kunnallisia kotiin annettavia palveluita on kuitenkin vähennetty, eikä niitä ole tällä hetkellä riittävästi tarjolla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999, Vaarama ym. 2002a ja b, taulukko 9.)

Taulukko 9. Ikääntyneiden keskeisten sosiaali- ja terveyspalvelujen profiili ja muutokset 1988 - 2000. (Vaarama ym. 2002b.)

Asiakkaat palveluittain	1988	1995	1999	2000	Erotus % 1988-2000	Erotus % 1995-2000
<i>Asiakkaat % 75+***</i>						
Kodinhoitoapu	46,2	28,8	25,4	24,4	-47,2	-15,3
Tukipalvelut	36,1	32,6	31,2	30,8	-14,7	-5,5
Omaishoidon tuki	4,2	3,8	4,0	4,2	0,0	10,5
Palveluasuminen*	2,1	4,6	6,0	6,2	195,2	34,8
Vanhainkotipaikat (kaikki)**	10,5	7	6,3	6,1	-41,9	-12,9
Terveyskeskuksen pitkäaikaispaikat	4,1	4,0	4,0	3,9	-4,9	-2,5
Erikoissairaanhoidon pitkäaikaispaikat	3	0,3	0,2	0,2	-93,3	-33,3
Pitkäaikaishoito yhteensä	17	12	12,0	11,4	-32,9	-5,0

* Sisältää sekä tehostetun että eriyttömän palveluasumisen, laskettu systemaattisesti SOTKA-tietokannasta saatavan tiedon perusteella vuodesta 1995-2000, 1988-luku KETISTÄ, mutta on hyvin yhteensopiva SOTKA-tietokannan vuoden 1990 tiedon kanssa.

** Sisältää vanhainkotihoitoa ilman tehostettua palveluasumista. Paikat ovat laskennallisia (hoitopäivien määrä/365).

*** Laskennallinen luku: Asiakkaat 65+ suhteutettu 75 vuotta täyttäneeseen väestöön. Analyysit: Evergreen 2000

Ikääntyneillä on merkittävässä määrin aiemmin toteamattomia hoitoa tai lisäselvityksiä vaativia terveysongelmia sekä keskimäärin kaksi pitkäaikaisrauhaa ja viisi lääkettä käytössä. Eräs tärkeimmistä kotona selviytymistä estävistä tekijöistä on dementia, joka on jo tällä hetkellä haaste niin koti- kuin laitoshoidossakin. Dementoivat sairaudet johtavat yleisesti toimintakyvyn alenemiseen ja palvelutarpeen voimakkaaseen kasvuun, ensin avo- ja myöhemmin laitospalvelujen osalta. Dementoivat sairaudet, kuten Alzheimerin tauti ja vaskulaariset demeniat, liittyvät selvästi korkeaan ikään. Suomessa yli 65-vuotiaista noin 8 % ja yli 85-vuotiaista 35 % kärsii vähintään keskivaikeasta dementiaasta. Vähintään keskivaikeasti dementoituneiden yli 65-vuotiaiden määrän ennakoitua kasvavan nyky-

sestä noin 75 000:sta 128 000:een vuoteen 2030. (Klaukka ym. 1993, Vaarama ym. 2002a ja b).

Iäkkäiden ihmisten yleisin tapaturma ja vammojen aiheuttaja on kaatuminen. Kaatumisesta johtuvien lonkkamurtumien määrä on lisääntynyt. Tästä syystä omatoimisista vanhuksista osa jää laitoshoitoon. Lääkkeiden ja alkoholin käyttö, yksinäisyys ja masennus ovat uhka erityisesti kotona asuvien ikääntyneiden terveydelle. Masennuksen ja alkoholin liiallisen käytön tunnistaminen ja hoito edesauttavat ikääntyneiden hyvinvointia, ehkäisevät elämän kapeutumista ja toimintakyvyttömyyttä sekä vähentävät muiden terveyspalvelujen tarvetta (Suomala 1998, Vihanto 2001).

Yli 74-vuotiaiden määrän ennakoitaan kaksinkertaistuvan vuoteen 2030 mennessä. Väestön vanheneminen ja erityisesti yli 80-vuotiaiden elinajan piteneminen vaativat uudenlaisia toimintamalleja ikääntyvän väestön toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja kotona selviytymisen tukemiseksi (esimerkki 9, ks. Pitkälä & Strandberg 2003, Routasalo 2002, Vaarama ym. 2002a). Kotona asumisen kulmakivet ovat nopeasti ja joustavasti saatavilla olevat terveyden- ja sairaanhoito, kotihoito ja erilaiset kotiin annettavat palvelut sekä kotona läheisiään hoitavien omaisten tukeminen. Hoitotyöllä on keskeinen vastuu iäkkään väestön palvelutarpeen määrittämisessä, toimintakyvyn ylläpitämistä koskevien tavoitteiden asettamisessa ja niiden saavuttamisen arvioimisessa, palvelujen toteuttamisessa ja yhteensovittamisessa sekä omaisten ja muiden läheisten ohjaamisessa ja tukemisessa. Ikääntyneiden hoitotyöhön liittyy myös saattohoidon kehittäminen (ks. esimerkiksi Dementiahoitoyhdistys 2003, ETENE 2002, Isola ym. 2001, Katko-Kesälä ym. 2003, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2002, Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2001.)

Ikääntyneiden hoitotyön kehittämiskohteita ovat kotihoidon saatavuuden parantaminen sekä sen sisällön ja terveyttä edistävien kotikäyntien kehittäminen. Kotihoitoa arvioidaan yhtenäisillä mittareilla, jotta ikääntynyt väestö eri puolilla maata saisi yhdenvertaista hoitoa ja palveluja. Ikääntyneiden hoito perustuu kuntoutumista edistävän työotteen käyttämiseen asiakkaiden omatoimisuuden, toimintakyvyn ja voimavarojen ylläpitämisessä ja lisäämisessä sekä asiakkaiden ja heidän perheidensä osallistumismahdollisuuksien parantamisessa. Ikääntyneiden hoitoa käsitellään ikäihmisten hyvää hoitoa ja palvelua koskevassa Stakesin oppaassa (Voutilainen ym. 2002) sekä laatusuosituksessa (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2001.)

Ikääntyneiden parissa toimivan henkilöstön määrä suhteessa kohdeväestöön on vähentynyt 1990-luvulla, mutta henkilökunnan koulutustaso on noussut (taulukko 10). Sosiaali- ja terveydenhuollon peruskoulutusta vailla olevien työntekijöiden määrä on vähentynyt, ja vastaavasti lähihoitajien ja sairaanhoitajien määrä on noussut. Henkilöstön alimitoituksesta aiheutuu paljon haittaa henkilöstön hyvinvoinnille. Työ koetaan rasittavimmaksi terveyskeskusten vuodeostoilla, joilla

asiakkaiden hoitoisuus on suurin (Vaarama ym. 1999, Wickström ym. 2000). Näillä osastoilla myös sairauspoissaoloja on enemmän kuin palveluasunnoissa tai vanhainkodeissa. Toimintaedellytyksiin liittyviä kehittämiskohteita ovat ikääntyneiden hoito- ja hoivapalveluiden henkilöstön alimitoituksen korjaaminen ja työvoimatarpeen kasvuun varautuminen. Koska henkilöstön keski-ikä on korkea, myös ammattitaidon ylläpitämiseen on panostettava. Ikääntymistä ja ikääntyneitä koskevissa asenteissa tarvitaan muutosta koko yhteiskunnassa. Henkilöstön mitoittamista käsitellään ikääntyneiden hoidon ja palvelun laatusuosituksessa (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö & Suomen Kuntaliitto 2001) sekä Stakesin raportissa (Vaarama ym. 2001).

Taulukko 10. Kotipalvelun, vanhainkotihoitoon ja terveydenhuollon vuodeosaston henkilöstö kuntasektorilla 1990 - 2000; lukumäärä, henkilöstö/1000 yli 75 -vuotiaista. (Lähde: Kunnallinen henkilökisteri, Tilastokeskus.)

	1990	1995	2000	Muutos lkm 1990-2000	Muutos % 1990-2000
Kotipalvelun henkilöstö	13 207	14 805	14 491	1 284	9,7
Kotipalvelun henkilöstö/1000 75-vuotiasta	47	49	43	-4	-8,8
Vanhainkotien henkilöstö	19 864	19 109	19 636	-228	-1,1
Vanhainkotien henkilöstö/1000 75-vuotiasta	70	64	58	-12	-17,8
Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon henkilöstö	22 889	20 012	20 582	-2 307	-10,1
Perusterveydenhuollon vuodeosastohoitohenkilöstö/1000 75-vuotiasta	81	67	60	-21	-25,2

Tavoitteet

- Ikääntyneet toimivat aktiivisesti yhteiskunnassa, kehittävät tietojansa, taitojaan ja itsehoitotaitojaan, jatkavat mahdollisimman pitkään itsenäistä elämää ja pysyvät toimintakykyisinä.
- Entistä useampi ikääntynyt asuu omassa kodissaan.
- Palvelut tukevat ikääntyneiden hyvää elämänlaatua, itsemääräämisoikeutta ja itsenäistä suoriutumista heidän toimintakykynsä mukaisesti.
- Ikääntyneiden masennus, kaatumiset ja turvattomuus vähenevät.
- Ikääntyneet saavat tarvitsemansa terveyspalvelut joustavasti ja yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti; hoidon ja palvelujen jatkuvuus on turvattu.
- Ikääntyneiden hoito- ja hoivapalveluiden henkilöstömitoitus on riittävä ja henkilöstörakenne on tarkoituksenmukainen.
- Omaiset saavat tukea ja osallistuvat toimintakykyä ylläpitävään ja kuntoutumista edistävään hoitoon.
- Asiakkaat voivat kokea arvokkaan ja rauhallisen kuoleman, ja heidän omaisensa saavat tukea surutyössään.

Toimenpiteet

Hoitotyössä toimiva

- kartoittaa iäkkään asiakkaan voimavaroja, toimintakykyä ja terveydentilaa yhteistyössä ikääntyneen itsensä, eri ammattiryhmien edustajien ja omaisten kanssa käyttäen apuna validoituja toimintakyvyn mittareita kotona selviytymisen tukemiseksi ja laitoshoidon tarpeen ehkäisemiseksi.
- asettaa ikääntyneen hoidossa etusijalle kotona asumisen tukemisen ja järjestää sen edellyttämän kodinhoitoavun, kotisairaanhoidon ja muut tarvittavat kotiin annettavat tukipalvelut.
- osallistuu ikääntyneen hoitopaikan valintaan asiakkaan ja hänen omaisensa kanssa huomioiden heidän toiveensa, asiakkaan toimintakyvyn ja hoidon tarpeen sekä taloudelliset mahdollisuudet.
- toteuttaa avo- ja laitoshoidossa ikääntyneen yksilöllisiin tarpeisiin, masennuksen ja tapaturmien ehkäisyyn sekä kuntoutumista edistävään työtöteeseen perustuvaa hoitotyötä.
- toteuttaa ikääntyneen terveystalvet hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti ja sovittaa ne yhteen sosiaalihuollon, muiden toimialojen ja kolmannen sektorin palvelujen sekä omaisten ja läheisten antaman avun kanssa.
- osallistuu ikääntyneen palvelujen kehittämiseen vaikuttamalla henkilöstön määrään, kelpoisuuteen ja koulutustasoon sekä koti- ja laitoshoidon olosuhteisiin käyttäen siinä hyväksi asiakkailta ja omaisilta kerättyä palautetta hoidosta ja palvelusta sekä olemassa olevaa tutkimus- ja tilastotietoa.
- tukee omaishoitajien valmiuksia ja jaksamista tarjoamalla tukea, ohjausta ja koulutusta.
- turvaa ikääntyneelle arvokkaan kuoleman sekä tukee kuolevaa potilasta ja surevia omaisia.

3.4 Innovatiivisten toimintatapojen kehittäminen ja kokeilu

Kansallisen terveyshankkeen keskeisinä tavoitteina ovat terveystalvetuiden saatavuuden turvaaminen ja toimivuuden parantaminen. Sosiaali- ja terveystalvetriö valmistelee yhteistyössä Suomen Kuntaliiton kanssa kiireettömän hoidon ja jonohallinnan ohjeet vuoden 2003 aikana. Periaate hoitoon pääsystä kohtuullisessa ajassa sisällytetään lakiin vuoteen 2005 mennessä. Talvetuiden toimivuutta parannetaan järjestämällä perusterveydenhuollon talvetut toiminnallisina kokonaisuuksina seudullisessa yhteistyössä. Erikoissairaanhoidon toiminnallista yhteistyötä ja työnjakoa uudistetaan yliopistosairaaloiden erityisvastuualueittain. (Sosiaali- ja terveystalvetriö 2002c.)

Terveydenhuollon toiminnalliset ja rakenteelliset muutokset edellyttävät hoitotyön toimintatapojen jatkuvaa kehittämistä. Yhtäältä uudistetaan perinteisiä tehtäväkuvia kaikilla hoitotyön alueilla ja toisaalta luodaan uusia hoitotyön palveluita ja toimintatapoja hoito- ja palveluketjuihin. Tämä edellyttää vastuunjaosta sopimista terveydenhuollon toimintayksiköissä sekä hoitotyössä toimivilta lisäkoulutusta, oman ammattitaidon rajojen tuntemista ja vastuun ottamista potilaan hoitotyön kokonaisuudesta. Suomalaiset suhtautuvat varsin myönteisesti tehtävien siirtoon lääkäreiltä sairaanhoitajille (Wennerström & Wilskman 2003).

Palveluja integroivia toimintatapoja on kehitetty koti- ja sairaalahoidon sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitoketjuihin sekä monien potilasryhmien hoitoon. Eri henkilöstöryhmien välistä työnjakoa on kehitetty viime vuosina etenkin perusterveydenhuollossa ja suun terveydenhuollossa, mutta käytännössä on edelleen suuria eroja terveystieteiden välillä. Perusterveydenhuollossa on käynnistetty sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan vastaanottotoimintaa äkillisesti sairastuneille ja pitkäaikaissairaille sekä kehitetty lääkäri – sairaanhoitaja/terveydenhoitaja –työparin toimintaa. Erikoissairaanhoidossa lääkärin ja sairaanhoitajan/kätilön työnjakoa on kehitetty syöpäpotilaiden ja sydämen vajaatoimintapotilaiden hoidossa, ensihoidossa sekä äitiyshuollossa. Sairaaloissa toimivien sairaanhoitajien, laboratoriohoitajien, röntgenhoitajien ja fysioterapeuttien asiantuntijatehtäviä on kehitetty myös urakehitysmallien avulla. Nimikesuojatuille ammattihenkilöille siirretyt tehtävät liittyvät useimmin lääkehoidon toteuttamiseen. Myös lähihoitajien toimimisesta omahoitajina on saatu hyviä kokemuksia. (Klaukka ym. 2002, Lindström 2003, Markkanen 2002, Meretoja 1999, Perälä ym. 2003, Viisainen ym. 2002)

Seuraavassa käsitellään innovatiivisten toimintatapojen kehittämistä palveluiden yhteensovittamisessa sekä lyhytaikaista hoitoa ja määräaikaista seuranta tarvitsevien potilaiden hoitotyössä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Lisäksi käsitellään toimintatapoja, joiden avulla parannetaan potilaan hoidon tarpeen arviointia ja oikeaan hoitopaikkaan ohjausta sekä tehostetaan potilaan tiedon saantia ja neuvontaa. Ikääntyneiden kotihoitoon ja pitkäaikaiseen laitoshoittoon liittyvät kehittämiskohteet käsitellään luvussa 3.3. Uusiin toimintatapoihin liittyviä osaamistarpeita ja urakehitysmalleja käsitellään luvuissa 4.1 ja 4.2.

Hoidon kokonaisuuden hallinta

Potilaista osa käyttää monia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumuotoja samanaikaisesti. Tutkimusten mukaan terveystieteiden konservatiivisten ja yleislääketieteen alojen, kotihoidon ja vanhainkotien asiakkaista yli 60 %:lla sekä psykiatrian ja palveluasumisen asiakkaista noin puolella on useita palveluja samaan aikaan (Nylander ym. 2000). Sairaalaan kotiuttamiseen liittyy ongelmia tiedonkulussa sekä sektorien välisessä yhteistyössä ja työnjaossa (Eranti 1999, Malin 1996, Perälä ym. 2003, Pöyry 1999, Pöyry & Perälä 2003).

Asiakkaiden hyvä hoito edellyttää verkostoituvaa työtapaa, jossa eri alojen asiantuntijat tuovat asiantuntemuksensa moniammatilliseen tiimiin. Toimintaa tehostaa vastuuhenkilön tai –työparin nimeäminen asiakaskohtaisesti. Näistä ovat esimerkkejä omanuovojoiminta (Ks. L 811/2000), palveluohjaus (Ala-Nikkola & Valokivi 1997) ja PALKO – kotiutumis- ja kotihoitokäytäntö (esimerkki 10, Perälä ym. 2003, Perälä & Hammar 2003, Stakes 2003). Hoidon jatkuvuus turvataan rakentamalla asiakaslähtöisiä hoito- ja palveluketjuja toimintayksikön sisällä ja niiden välillä. Palveluiden rajapinnat ylittävät, case management -tyyppiset toimintatavat integroivat potilaan hoidonkulkua kotoa sairaalaan sekä kotiuttamisen ja jatkossa tarvittavan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon. Hoitoketjun toimivuus perustuu toimiviin yhteistyöprosesseihin hoitoketjun eri osien välillä, yhteistyöhön potilaan omaisten ja läheisten sekä vapaaehtoisjärjestöjen kanssa, hoitoon liittyvän tiedon ajantasaiseen välittämiseen sekä riittäviin tukipalveluihin.

Potilaan hoidon kokonaisuuden hallintaan liittyviä kehittämiskohteita ovat asiakkaan hoidon tarpeen ja tarjolla olevien palvelujen yhteensovittaminen sekä hoidon koordinointi hoitoketjussa. Potilaan oma- tai vastuuhoitaja perusterveydenhuollossa vastaa yleensä hoidon kokonaisuuden koordinoinnista ja tiedon ajantasaisuudesta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, koska hän tuntee potilaan elämäntilanteen. Kotihoidon työntekijät osallistuvat jatkohoidon suunnitteluun jo asiakkaan ollessa sairaalassa. Vastaavasti erikoissairaanhoidon omahoitaja tukee tarpeen mukaan potilaan kotihoitoa. Yksittäisen potilaan tai tietyn potilasryhmän hoidon kokonaisuudesta vastaaminen saattaa edellyttää myös sairaanhoitajan työskentelyä useissa eri toimintayksiköissä yli organisatorajojen.

Tavoitteet

- Potilaan hoito perustuu saumattomaan hoito- ja palveluketjuun sekä asiakaslähtöiseen toimintatapaan.
- Asiakaslähtöisiä tiedonkulun käytäntöjä sekä hoito- ja palveluketjuja kehitetään eri sektorien ja ammattiryhmien sekä yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyönä.

Toimenpiteet

Hoitotyössä toimiva

- on potilaan nimettynä oma- tai vastuuhoidtajana, joka vastaa asiakkaan hoidon ja palvelujen koordinoimisesta ja yhteensovittamisesta sekä tiedon ajantasaisuudesta hoitoketjun eri osissa.
- osallistuu moniammatillisiin työryhmiin, joissa kehitetään yhteistyön ja tiedonkulun käytäntöjä eri sektoreiden välillä.
- hankkii tietoja ja taitoja, joita tarvitaan hoitoketjuihin perustuvassa moniammatillisessa yhteistyössä ja laajentaa tehtäväkuvaansa seinättömän sairaalan ideologian mukaisesti.

Tehtäväkuvien laajentaminen

Tutkimusten mukaan sairaanhoitajan vastaanotto toiminta lievien sairauksien ja vammojen hoidossa on turvallista ja laadukasta sekä parantaa palveluiden saavuutta, joustavuutta, jatkuvuutta, potilaan saamaa ohjausta ja hoitoon sitoutumista (Brown & Grimes 1995, Horrocks ym. 2002, Lindström 2003, Vallimies-Patomäki ym. 2003b). Sairaanhoitajan tehtäväkuvia on laajennettu infektioiden ja pienten tapaturmien sekä päivystyspotilaiden hoidossa terveyskeskuksissa ja sairaaloiden ensiavussa. Kun sivuterveysasemalla on vain sairaanhoitajan vastaanotto, sairaanhoitaja konsultoi pääterveysasemalla toimivaa lääkäriä puhelimitse tai sähköisesti (esimerkki 11, Jaatinen ym. 2002a ja 2002b).

Hoitotyön tehtävä äkillisesti sairastuneiden hoidossa on potilaan tarvitseman terveyspalvelun toteuttaminen kohtuullisessa ajassa ja riittävä potilasohjaus. Sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan osaamista voidaan käyttää nykyistä enemmän esimerkiksi infektiopotilaiden, lievien vammojen hoidon tarpeen arvioinnissa ja hoidossa sekä pienten toimenpiteiden suorittamisessa (esimerkki 12, Klaukka ym. 2002). Hoitoaikojen lyhenemisen ja hoitokäytäntöjen muutoksen seurauksena potilaat tarvitsevat paljon hoitoa ja ohjausta vielä hoitajakson päätyttyäkin. Lyhytaikaisessa hoidossa varmistetaan, että potilas ja hänen omaisensa tietävät, miten potilas voi itse hoitaa itseään ja miten tulee toimia mahdollisten ongelmien ilmetessä. Ohjauksessa otetaan huomioon myös potilaan terveyttä uhkaavat riskitekijät.

Kehittämiskohteita äkillisesti sairastuneiden hoitotyössä ovat sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan vastaanotto toiminta potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa ja toteuttamisessa terveyskeskusten päivystyksessä ja ajanvarausvastaanoilla sekä sairaaloiden poliklinikoilla ja ensiavussa. Tehtäväkuvien laajentamiseen liitetään mahdollisuus lääkärin konsultaatioon ja sähköisten tietokantojen käyttöön sekä potilasryhmäkohtaiset hoito-ohjeet.

Tavoitteet

- Äkillisesti sairastuneet saavat viiveettä tarvitsemansa hoitotyön palvelut.
- Äkillisesti sairastuneiden hoitoon sisältyy potilaan terveysriskeihin ja itsehoitoon liittyvä neuvonta ja ohjaus sekä psykososiaalinen tukeminen.
- Äkillisesti sairastuneiden hoidossa sovitetaan yhteen potilaan tarvitsema jatkohoito ja palvelut kotona sekä niihin liittyvä ohjaus.

Toimenpiteet

Hoitotyössä toimiva

- tarjoaa terveyskeskuksissa ja sairaaloiden poliklinikoilla vastaanotto-, päivystys- ja ensiapupalveluita, joilla parannetaan lievien sairauksien ja vammojen hoidon saamista kohtuullisessa ajassa.
- soveltaa ehkäisevää työtettä ja jakaa aktiivisesti tietoa tarjolla olevista terveyden edistämiskeinoista ja –ryhmistä.
- varmistaa yhteistyössä potilaan hoidon vastuuhoitajan kanssa, että potilas saa tarvitsemansa jatkohoidon ja kotiin annettavat palvelut.

Pitkäaikaissairaiden määrä lisääntyy kaikissa ikäryhmissä. Määräaikaista seurantaan tarvitsevista potilaista osalle ei ole tarjolla riittävästi ohjausta, neuvontaa tai psykososiaalista tukea. Psykiatristen potilaiden avohoidon, kuntoutuksen ja jatkuvien hoitosuhteiden järjestämisessä on paljon puutteita (Kiikkala & Immonen 2003). Sairaanhoidajien ja terveydenhoitajien tehtäväkuvia on laajennettu sepelvaltimotautia ja sydämen vajaatoimintaa sairastavien (esimerkki 18, Miettinen 2002, Strömberg ym. 2000) sekä astma-, diabetes-, reuma-, mielenterveys- ja syöpäpotilaiden (Lindström 2003) seurannassa. Äitiyshuollossa on kehitetty kätilöiden vastaanottotoimintaa synnytystä pelkäävien sekä päihde- ja huumeongelmaisten hoidossa äitiyspoliklinikoilla (Lindström 2003). Lääkärin ja sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan yhteistyötä ja työnjakoa on kehitetty perusterveydenhuollossa lääkäri-hoitaja –työparin avulla, jolloin omalääkärillä ja omahoitajalla on yhteinen vastuuväestö (esimerkki 13, Lindström 2003).

Hoitotyön tehtävä määräaikaista seurantaan tarvitsevien potilaiden hoidossa on potilaan terveydentilan, hoitoon sitoutumisen sekä lääke- ja muun hoidon vaikuttavuuden seuranta, mahdollisten uusien ongelmien tunnistaminen ja hoidon jatkuvuudesta huolehtiminen. Hoitotyöllä tuetaan potilaiden aktiivista osallistumista hoidon suunnitteluun ja siihen liittyvään päätöksentekoon, sairauteen ja hoitoon liittyvien ongelmien käsittelyä sekä itsenäistä selviytymistä. Terveyden edistäminen on osa perussairausten hoitoa. Tavoitteena on lisätä potilaan mahdollisuuksia elää rikasta elämää sairaudestaan huolimatta. Omaisten ja perheen jatkuvan ohjauksen merkitys korostuu pitkäaikaissairaiden hoitotyössä.

Määräaikaista seurantaan tarvitsevien potilaiden hoidon kehittämiskohteita ovat sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien vastaanotto toiminta terveyskeskuksissa ja sairaaloiden poliklinikoilla. Pitkäaikaissairaiden, kuten diabetesta, astmaa, keuhkohtaumatautia, verenpainetautia, sydämen vajaatoimintaa ja reumaa sairastavien seurantaan ja ohjausta sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan vastaanotolla voidaan kehittää esimerkiksi väestövastuuperiaatteen mukaisesti. Erikoissairaanhoidossa sairaanhoitajien tehtäväkuvia laajennetaan eri erikoisalojen poliklinikoilla potilaiden seurannassa ja jatkohoidossa sekä kipupotilaiden hoitotyössä. Mielen-terveystyössä hoitotyön kehittämiskohteita ovat psykiatrisen avohoidon moniammatilliset tiimit ja yhteistyö eri sektoreiden kesken, lasten ja nuorten mielen-terveystyö, matalan kynnyksen palvelut ja kriisipalvelut sekä pitkäaikaissairaiden arkielämästä selviytymistä tukevat palvelut. Kotisairaaloiminta mahdollistaa pitkäaikaissairaiden ja jatkohoitoa tarvitsevien potilaiden vaativan hoidon potilaan kotona. Myös potilaan saattohoitoa tuetaan kotiin vietävin hoitotyön palveluin.

Tavoitteet

- Määräaikaista seurantaan tarvitsevien potilaiden vastaanotto toiminnalla tehostetaan yleisimpien kansantautien primaari- ja sekundaari- ja tertiaari-preventiota.
- Määräaikaissurantaan tarvitsevien potilaiden hoito toteutetaan jatkuvassa hoitosuhteessa.
- Potilaalla ja hänen omaisellaan on riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, ja he ovat mukana hoidon ja palvelujen suunnittelussa ja niihin liittyvässä päätöksenteossa sekä sitoutuvat hoitoon pitkäjänteisesti.

Toimenpiteet

Hoitotyössä toimiva

- tarjoaa vastuuväestönsä kuuluville pitkäaikaissairaille määräaikaisen seurannan ja hoidon omahoitajan vastaanotolla terveyskeskuksissa ja kotisairaanhoidossa.
- tarjoaa pitkäaikaissairaille asiantuntijasairaanhoitajan seuranta- ja hoitovastaanottoja sairaaloiden erikoisalojen poliklinikoilla ja kotisairaalapalveluissa.
- huolehtii sairauteen liittyvästä tehostetusta potilaan ja omaisten ohjauksesta ja neuvonnasta sekä itsehoidon edistämisestä.

Sähköinen neuvonta, konsultointi ja puhelinpäivystys

Tieto antaa potilaalle mahdollisuuden osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, arvioida päätöksensä seurauksia sekä ottaa vastuuta omasta terveydestään

ja sen edistämisestä. Tieto tukee potilaan itsehoitoa ja oireiden hallintaa, helpottaa sairauteen liittyviä pelkoja ja lisää sopeutumiskykyä. (Kukkola 1997.)

Hoitoaikojen lyhentyessä potilaan tiedonsaannin varmistamisesta on tullut entistä tärkeämpää. Tietoteknologia tarjoaa innovatiivisia ratkaisuja tiedonvälityksen, potilasneuvonnan ja konsultoinnin tehostamiseen (Niinimäki 1999, Saranto & Kouri 1999). Myös potilaat pitävät tietoteknologian käyttöä tiedonvälityksessä ja potilasopetuksessa tarpeellisena (Alanen 2002, Välimäki ym. 2002). Äitiyshuollossa on kehitetty Nettineuvola-verkkopalvelua, joka tarjoaa vuorovaikutteisen yhteistyökanavan asiakkaan ja asiantuntijan välillä sekä asiantuntijoiden kesken (esimerkki 3, Palomäki-Jägerroos ym. 2001). Asiakkaille Nettineuvola antaa mahdollisuuden hakea raskauteen liittyviä tietoja ja keskustella samassa elämäntilanteessa olevien ja asiantuntijoiden kanssa. Asiantuntijoille Nettineuvola antaa uusia mahdollisuuksia yhteistyöhön, konsultointiin ja asiakaspalautteen hyödyntämiseen. Potilasoppimiskeskus tarjoaa tietoa potilaille ja omaisille sairauksista sekä niiden ennusteesta ja hoidosta, hoitotarvikkeista, sosiaalisista etuuksista, hoitoketjuista sekä sosiaali- ja terveystalouden järjestöjen toiminnasta (esimerkit 14 ja 15). Potilasoppimiskeskus tarjoaa myös henkilöstölle mahdollisuuksia tiedonhankintaan.

Päiväkirurginen toiminta ja siihen liittyvä jatkohoito sekä kroonisesti sairaiden seurantakäyntien siirtäminen sairaalasta terveyskeskukseen edellyttävät hoitotyössä toimivien keskinäisen konsultoinnin lisäämistä. Konsultointi voi tapahtua puhelimitse, sähköpostitse tai videoneuvotteluna. Suomessa keskussairaalassa toimivan sairaanhoitajan ja terveyskeskuksessa toimivan terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan keskinäistä konsultaatiota on kehitetty esimerkiksi astmaa sairastavien lasten (Kotala 2002), psykiatristen potilaiden (esimerkki 16) ja sydämen vajaatoimintapotilaiden hoidossa ja seurannassa (esimerkki 18, Miettinen 2002). Hoitajalähtöisen seurantakäytännön ohella on kehitetty tehostettua potilasohjausta tavoitteena parantaa potilaiden ohjausta ja vähentää sairaalahoitojaksoja.

Hoidon saatavuuden parantamiseksi ja turhien käyntien vähentämiseksi on kehitetty sairaanhoitajien puhelinpäivystystä. Kokenut ja lisäkoulutuksen saanut sairaanhoitaja vastaa päivystysaikana potilaan tai omaisen puheluihin antamalla neuvoja itsehoidosta, ohjaamalla soittamaan lääkärille tai menemään lääkärin vastaanotolle tai ensiapuun. Tutkimusten mukaan sairaanhoitaja pystyy vastaamaan potilaan neuvonnasta, sairaanhoitajan puhelinpäivystys vähentää lääkärin puhelinneuvontaa, kotikäyntejä ja vastaanotolle hakeutumista sekä nopeuttaa potilaan ohjeiden saantia (Lattimer ym. 1998, Marklund ym. 1991, Werner 2001).

Neuvontaan ja konsultointiin liittyviä kehittämiskohteita ovat informaatioteknologian hyödyntäminen potilasneuvonnassa ja konsultoinnissa, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja kättilöiden keskinäisten konsultaatioiden käyttö sekä puhelimitse tapahtuva hoidon tarpeen arviointi, oikeaan hoitopaikkaan ohjaaminen ja muu neuvonta.

Tavoitteet

- Potilasneuvonta ja itsehoidon tukeminen tehostuvat tietoteknologian avulla.
- Terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon omahoitajien ja asiantuntijasairaanhoitajien väliset konsultaatiot yleistyvät. Myös muiden ammattiryhmien konsultointia kehitetään.
- Puhelinpäivystys ja -neuvonta yleistyvät terveyskeskusten vastaanotoilla ja sairaaloiden poliklinikoilla.

Toimenpiteet

Hoitotyössä toimiva

- osallistuu potilasoppimiskeskusten ja sähköisten neuvontapalveluiden luomiseen ja käyttää niitä aktiivisesti potilaan ja omaisten neuvonnassa ja ohjauksessa.
- käyttää tarvittaessa konsultointia potilaan terveydentilan ja siinä tapahtuneiden muutosten seurannassa sekä hoidon tarpeen arvioinnissa.
- käyttää puhelinneuvontaa potilasohjauksessa, hoidon tarpeen arvioinnissa, oikeaan hoitopaikkaan ohjaamisessa ja potilaan toipumisen seuraamisessa.

LÄHTEET

- Ahonen P. 2001. Matalan ja korkean riskin ensisynnyttäjien raskaudenaikaiset odotukset ja synnytyskokemukset. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C. Osa 167. Turun yliopisto.
- Ala-Nikkola M. & Valokivi H. 1997. Yksilökohtainen palveluohjaus käytäntönä. Loppuraportti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja yksilökohtaista palveluohjausta (case management) koskeneesta tutkimuksesta Hämeenkyrössä ja Tampereella. Stakes. Raportteja 215.
- Alanen S. 2002. Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla. Pro gradu -tutkimus. Tampereen yliopisto.
- Bondas T. 2000. Att vara med barn. En vårdvetenskaplig studie av kvinnors upplevelser under perinatal tid. Åbo Akademi.
- Brown S. & Grimes D. 1995. A Meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care. *Nursing Research* 44(6), 332-339.
- Dementiahoitoyhdistys. 2003. Dementoituneen hyvä kuolema. Saatavissa Internetistä, 9.10.2003: www.dementiahoitoyhdistys.fi.
- Duodecim. 2002. Koululaisten terveys –konsensuslausuma. *Duodecim* 24, 2583-2594.
- Elomaa L. 2003. Research evidence implementation and its requirements in nursing education. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D. Osa 532. Turun yliopisto.
- Eranti E. 1999. Helsingin kotihoitojärjestelmä. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston julkaisusarja A, 3. Helsinki.
- Etene. 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja 1. Terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa Internetistä, 9.10.2003: www.etene.org/dokumentit/EteneFIN.pdf.
- Etene. 2002. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. ETENE-julkaisuja 4. Terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa Internetistä, 9.10.2003: www.etene.org/dokumentit/Sem01f.pdf.
- Forsman L. 1999. Kätilöopiston Haikaranpesä-kehittämiprojektiin osallistuneiden naisten odotuksia ja kokemuksia. Pro gradu –tutkimus. Turun yliopisto.
- Gissler M., Vuori E., Rasimus A. & Ritvanen A. 2002. Lisäntymistilastot 2000. Stakes. Tilastoraportti 3.
- Hakulinen T. 1998. The family dynamics of child-bearing and child-rearing families and support received from child health clinics. *Acta Universitatis Tamperensis* 585. Tampereen yliopisto.
- Halimaa S-L. 2001. Hoidetaanko keskoslapsen kipua? Tutkimus hoitajien valmiuksista arvioida ja hoitaa keskoslapsen kipua. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 91. Kuopion yliopisto.

- Halmesmäki E. 2000. Alkoholien suurkuluttajan ja narkomaanin tunnistaminen ja hoito äitiysneuvolassa ja synnytysairaallassa. Stakes. Ehkäisevä päihdetyö.
- Hannula L. 2003. Imetysnäkömökset ja imetyksen toteutuminen. Suomalaisen synnyttäjien seuranta tutkimus. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C. Osa 195. Turun yliopisto.
- Harju A. & Risikko P. 2003. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksen nykytila ja parhaat käytännöt. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003: 23.
- Heimo E. 2002. Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen ja psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa. Seuranta tutkimus vuosina 1997-2000. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C. Osa 184. Turun yliopisto.
- Heiskanen M., Aromaa K., Niemi H. & Siren R. 2000. Tapaturmat, väkivalta, rikollisuuden pelko. Väestöhaastattelun tuloksia vuosilta 1980-1997. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 171. Tilastokeskus, Helsinki.
- Heiskanen M. & Piispa M. 1998. Usko, toivo, hakkaus. Oikeus 1998:12/Sukupuolten tasa-arvo. Tasa-arvoasiain neuvottelukunta ja Tilastokeskus, Helsinki.
- Herzberg T. 2000. Synnytyksen jälkeinen masennus. Duodecim 116(14), 1491-7.
- Hirvonen E., Pietilä AM. & Eirola R. 2002. Terveyskeskustelu – tavoitteena dialogi terveyden edistämiseksi. Teoksessa: Pietilä AM. ym. (toim.) Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. WSOY, Helsinki, 219-242.
- Honkamaa J. 2002. Keskosprojekti – tukea keskoslasten perheiden arkeen. Sairaanhoidtaja 75(10), 12-14.
- Horrocks S., Anderson E. & Salisbury C. 2002. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. British Medical Journal 324, 819-823.
- Huittinen M. 2002. Lauantai-iltana urheiluruudun jälkeen. Kättilölehti 107, 103–104.
- Häggman-Laitila A., Ruskomaa L. & Euramaa K-I. (toim.) 2000. Varhaista tukea lapsiperheille. Kokemuksia Lapsiperhe-projektin työstä. Mannerheimin lastensuojeluliitto, Helsinki.
- Ilmarinen J. 1999. Ikääntyvä työntekijä Suomessa ja Euroopan unionissa - tilannekatsaus sekä työkyvyn, työllistyvyyden ja työllisyyden parantaminen. Työterveyslaitos. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työministeriö. Paino Miktor, Helsinki.
- Ilmarinen J., Rantanen J. 1999. Promotion of working ability during aging. American Journal of Industrial Medicine Supplement 1:21-23.
- International Council of Nurses. 2003. The ICN definition of nursing. Saatavissa Internetistä, 14.10.2003: www.icn.ch/definition.htm.
- Isola A., Voutilainen P., Rautsiala T., Muurinen S., Backman K. & Paasivaara L. 2001. Vanhusten pitkäaikaishoidon ulkopuolinen tarkastus. Toinen vaihe. Helsingin kaupungin terveysvirasto. Raportteja 12.

- Jaakkola N. 2002. Passive smoking during pregnancy and early childhood: occurrence, determinants, health effects and prevention. Academic dissertation. University of Helsinki. Helsingin yliopisto.
- Jaatinen P., Kiiippa P., Tasanko A. & Vanhatalo R. 2002a. Mitä tehdä, kun terveysasemalla ei ole lääkäriä? Toimintamallin kuvaus. Suomen Lääkärilehti 57(7), 783-786.
- Jaatinen P., Vanhatalo R. & Tasanko A. 2002b. Miten terveysaseman hoitaja toimii, jos terveysasemalle ei ole saatu lääkäriä. Suomen Lääkärilehti 57(25-26), 2795-2799.
- Jakonen S., Tervonen E., Moilanen A., Eskelinen M., Kallinen S., Kähkönen E., Pekkonen P., Hiltunen T. & Tossavainen K. 2001. Terveys ja hyvinvointi koulu yhteisössä - Kiva Koulu kehittämishankkeen (1996-2001) toiminta ja arviointi. Itä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja 47. Joensuun yliopistopaino ja kuvakeskus, Joensuu.
- Kaila- Behm A. 1997. Miehestä esikoisen isäksi. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 49. Kuopion yliopisto.
- Karjalainen A., Aalto L. & Jolanki R. 2000. Ammattitaudit 1999. Katsauksia 141. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Katko-Kesälä E., Ratala A., Sulkava H., Wiro M., Koivula S. & Lammi M. 2003. Saattohoito Noormarkun sairaalassa. Suomen Lääkärilehti 58(8), 941-943.
- Kauppinen T., Heikkilä P. & Lehtinen S. ym. (toim.) 2000. Työ ja terveys Suomessa vuonna 2000. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Kiikkala I. & Immonen T. 2003. Rakenteista sisältöön, sanoista tekoihin! Mielenterveyttä peruspalveluissa. Pääsky-ohjelman loppuraportti ja toimenpide-ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002: 23.
- Klaukka T., Helin-Salmivaara A., Huupponen R. & Idänpää-Heikkilä J E. (toim) 2002. Hoitajat - liian vähän käytetty voimavara infektioiden hoidossa? Suomen Lääkärilehti 57(44), 4480-4483.
- Klaukka T., Mäkelä M. & Sipilä J. 1993. Multiuse of medicines in Finland. Medical Care 31, 445-450.
- Kotala T. 2002. Hoitotyön videokonsultaatiot astmaa sairastavien lasten terveyskeskuskontroleissa osana TEL LAPPI III -projektia. Opinnäytetyö. Rovaniemen ammattikorkeakoulu. Saatavissa Internetistä, 31.12.2002: www.lshp.fi/tellappi3/opinnayte_astmalast.htm.
- Kukkola S. 1997. Kommunikatiivinen potilas-hoidonantajasuhde. Tutkimus halutun ja saadun kommunikaation vastaavuudesta perusterveydenhuollossa. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos. Väitöskirjat 2. Helsingin yliopisto.
- Kyngäs H. 1995. Diabeetikonuorten hoitoon sitoutuminen: teoreettisen mallin rakentaminen ja testaaminen. Acta Univ. Oul. D 352. Oulun yliopisto.
- Laaksonen-Heikkilä R. & Lauri S. 1997. Moniammatillinen yhteistyö kotihoidossa. Hoitotieteen laitoksen julkaisusarja A 18. Turun yliopisto.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun ja sosiaaliturvakortin kokeilusta 811/2000.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.
- Lattimer V., George S., Thompson F., Thomas E., Mullee M., Turnbull J., Smith H., Moore M., Bond H. & Gasper A. 1998. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 317(7165),1054-1059.
- Lauri S. (toim.) 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. WSOY, Porvoo.
- Leino-Kilpi H., Mäenpää I. & Katajisto J. 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperustan käsittely. *Stakes. Raportteja* 229.
- Leino-Kilpi H., Välimäki M., Arndt M. ym. 2000. Patients' autonomy, privacy, and informed consent. *Biomedical and Health Research, Vol 40. IOS-Press, Amsterdam.*
- Lindström E. 2003. Terveydenhuollon eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. *Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita* 2003: 12.
- Liukkonen A. 1996. Isän synnytyskokemus ”Yksi elämäni parhaita hetkiä – nyt olen onnellinen isä”. Pro gradu -tutkimus. Kuopion yliopisto.
- Liuksila P-R. 2000. Lastenneuvolan viisivuotistarkastus ja sen merkitys lapsen selviytymiselle ensimmäisellä luokalla koulussa. *Sarja C:161. Turku.*
- Lukkari O., Kaltiala-Heino R., Rimpelä M. & Rantanen P. 1998. Nuorten kokema avuntarve ja hoitoon hakeutuminen masentuneisuuden vuoksi. *Suomen Lääkärilehti* 53(15), 1765-1768.
- Luoma I. & Tamminen T. 2002. Äidin masennus ja lapsen psyykinen kehitys. *Suomen Lääkärilehti* 41, 4093-4096.
- Luoto R., Viisainen K. & Kulmala I. (toim.). 2003. Sukupuoli ja terveys. *Vastapaino, Jyväskylä.*
- Löthman-Kilpeläinen L. 2001. Lapsiperheiden voimavarat ja voimavarojen vahvistaminen neuvolassa. Pro gradu -tutkimus. Kuopion yliopisto.
- Malin M. 1996. Kotihoito Helsingissä: vanhusten ja henkilöstön kokemuksia. *Helsingin kaupungin tietokeskuksen tutkimuksia, Helsinki.*
- Marklund B., Koritz P., Bjorkander E. & Bengtsson C. 1991. How well do nurse-run telephone consultations and consultations in the surgery agree? Experience in Swedish primary health care. *British Journal of General Practice* 41, 462-465.
- Markkanen K. 2002. Tehtäväsiirrot terveydenhuollossa. *Tehy ry. Sarja B. Selvityksiä* 1.
- Melender H-L. 2002. Feelings of fear and security associated with pregnancy and childbirth. *Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D Osa* 501. Turun yliopisto.
- Meltaus A. & Pietilä A.-M. 1998. Perheidentiteetti ja nuoren elintapavalinnat: Interventiivinen haastattelumenetelmä perheen vahvuuksien arvioinnissa. *Hoitotiede* 10(5), 279-88.
- Meretoja R. 1999. Sairaanhoitajien urakehitysmalli. *Sairaanhoitaja* 8, 6-8.

- Miettinen H. 2002. TeHoVa. Hoitajälähtöinen sydämen vajaatoimintatutkimus. Tiedote lääkäreille, 15.10.2002. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Mäkelä M., Varonen H. & Teperi J. 1996. Systemoitu kirjallisuuskatsaus tiedon tiivistäjänä. *Duodecim* 112, 1999-2006.
- Naumanen-Tuomela P. 2001. Työterveyshoitajan asiantuntijuus työikäisten terveydenedistämistyössä muuttuvassa yhteiskunnassa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteen 88. Kuopion yliopisto.
- Niinimäki, J. 1999. Tietotekniikka alueellisen yhteistyön ja saumattoman hoitoketjun tukena. Teoksessa: Saranto K. & Korpela M. (toim.) Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. WSOY, Porvoo, 312-333.
- Nuutinen O. & Lautala P. 1997. Lasten lihavuuden ehkäisy ja hoito. Teoksessa: Simell O. (toim.) Neuvolakirja. Orion yhtymä, Vammala, 431-438.
- Nylander O. & Nenonen M. 2000. Julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto verkottuu. Teoksessa: Uusitalo H., Parpo A. & Hakkarainen A. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes. Raportteja 250, 185-192.
- Okkonen T. 1999. Neuvolakäynti kuusivuotiaan lapsen kuvaamana. Lisensiaatintutkielma. Kuopion yliopisto.
- Oksanen I. & Salanterä S. 2002. Vastasyntyneen kivun lievittäminen glukoosiliuoksella kanta-päänverinäytteenottolanteessa. *Hoitotiede* 5, 233-242.
- Paavilainen E. 1998. Lasten kaltoinkohtelu perheessä. Perheen toiminta ja yhteistyö perhettä hoitavan terveydenhoitajan kanssa. *Acta Universitatis Tamperensis* 604. Tampereen yliopisto.
- Palomäki-Jägerroos T. 2001. Nettineuvola äitiyshuollon uutena palvelumuotona ja asiantuntijatyön tukena. *Terveydenhoitaja* 1, 5-8.
- Pelkonen M. 1994. Lapsiperheiden voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 18. Kuopion yliopisto.
- Pelkonen M. & Hakulinen T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. *Hoitotiede* 14(5), 202-212.
- Pelkonen M. & Löthman-Kilpeläinen L. 2000. Neuvola lapsiperheiden tukena. Selvitys äitiys ja lastenneuvolatoimintaan kohdistuneista tutkimuksista ja kehittämishankkeista 1990-luvulla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2000:10.
- Perheentupa A. 2003 Synnytyksen jälkeinen masennus - onko vika hormoneissa? *Suomen Lääkärilehti* 4, 387-391.
- Perälä M-L. 1999. Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Teoksessa: Simoila R., Kangas R. & Ranta J. (toim.) Hoitotyötä johtamaan. Kirjayhtymä, Helsinki, 53-67.
- Perälä M-L. & Hammar T. 2003. Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatioajat ylittävänä yhteistyönä (PALKO-malli). Stakes. Aiheita 29.

- Perälä, M-L, Rissanen, P, Grönroos, E, Hammar, T, Pöyry, P, Noro, A, Teperi, J. 2003. PAL-KO - Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito. Koeasetelma ja lähtötilanteen arviointi. Stakes. Aiheita 27.
- Pietilä A-M., Hakulinen T., Hirvonen E., Koponen P, Salminen E-M. & Sirola K. 2002. Terveyden edistäminen – uudistuvat työmenetelmät. WSOY, Helsinki.
- Pitkälä K. & Strandberg T. 2003. Missä vanhustenhoidossa näyttöä? Missä sudenkuopat? Suomen Lääkärilehti 58(1), 39-44.
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2002. Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenettelystä ja hoidosta. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä. Saatavissa Internetistä, 9.10.2003: www.ppshp.fi/julkaisut/saattohoito.pdf.
- Poskiparta M. 1997. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista: videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjänä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelminä. *Studies in sport, physical education and health* 46. Jyväskylän yliopisto.
- Puura K. 1998. What children tell and adults notice. Psychiatric disturbances among Finnish children. *Acta Universitatis Tampereensis* 605. University of Tampere. Tampereen yliopisto.
- Puura K., Tamminen T., Mäntymaa M., Virta E., Turunen M-M & Koivisto A-M. 2001. Lastenneuvolan terveydenhoitaja vauvaperheen tuen tarpeen havaitsijana. *Suomen Lääkärilehti* 47(56), 4855-4861.
- Pöyry P. 1999. Kotisairaanhoidon ja sairaaloiden henkilöstön yhteistyö ja tiedottaminen yli 65-vuotiaan asiakkaan kotiutumisen tukemiseksi. Pro gradu -tutkimus. Tampereen yliopisto.
- Pöyry P & Perälä M-L. 2003. Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saamiskohdissa. Stakes. Aiheita.
- Raatikainen R. 1993. Omatoimisuus kotisairaanhoidossa. Potilaiden avun tarve ja saama apu Helsingin kotisairaanhoidossa. Helsingin kaupungin terveysviraston raportteja. Sarja B, 77.
- Raussi-Lehto E. 1998. Synnyttäjien kokemuksia palvelujen laadusta. *Kansanterveystieteen julkaisuja* M156. Helsingin yliopisto.
- Rimpelä A., Lintonen T., Pere L., Rainio S. & Rimpelä M. 2003. Nuorten terveystapatutkimus 2003. Tupakkatuotteiden ja päihteiden käytön muutokset 1977 - 2003. Stakes. Aiheita 13.
- Rimpelä M., Rimpelä A., Vikat A., Hermanson E., Kaltiala-Heino R., Kosunen E. & Savolainen A. 1997. Miten nuorten terveys on muuttunut 20 vuoden kuluessa? *Suomen Lääkärilehti* 52(24), 2705-2712.
- Robinson J. 2003. ICN on Nursing and Development. Policy Background Paper. International Council of Nurses. Saatavissa Internetistä, 19.3.2003: www.icn.ch/policy_paper1.htm.
- Routasalo P. 2002. Sairaanhoitajat iäkkään potilaan kuntoutumisen edistäjänä. *Gerontologia / Kasvun ja vanhenemisen tutkijat* ry 16(3), 109-119.
- Räsänen K., Peurala M. & Husman K. 2002. Katsaus työterveyspalvelujen tuottajien toimintaympäristöön, henkilöstöön ja toimintoihin. Teoksessa: Räsänen K. (toim.) *Työterveyshuol-*

- to Suomessa vuonna 2000. 1990-luvun kehitystrendit. Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki, 7-59.
- Sainio C. 2002. Cancer patient's participation in decision-making about treatment and nursing care. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D. Osa 502. Turun yliopisto.
- Saranto K. & Kouri P. 1999. Tieto- ja viestintäteknikka kansalaisten ja ammattilaisten vuorovaikutuksen ja tiedonhankinnan välineenä. Teoksessa: Saranto K. & Korpela M. (toim.) Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. WSOY, Porvoo, 334-357.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 1999. Vanhuspolitiikka. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 1999: 4.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 – kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001: 4.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002a. Sosiaali- ja terveystietokertomus 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:11.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002b. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002: 3.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002c. Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2002: 6.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. Opas lastenneuvolatoiminnan järjestämisestä kunnissa. Lastenneuvolatoiminnan asiantuntijatyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003: 7.
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. 2001. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001: 4. Saatavissa Internetistä, 9.10.2003: www.stm.fi.
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Työterveyslaitos. 1997. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Opas toiminnan suunnitteluun ja seurantaan.
- Stakes. 2002. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Oppaita 51.
- Stakes. 2003. Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito (PALKO). Saatavissa Internetistä, 14.10.2003: www.stakes.fi/palko/.
- Strömberg A., Mårtensson J., Frilund B. & Dahlström U. 2000. Nurse-led failure clinics in Sweden. *European Journal of Heart Failure* 3, 139-144.
- Suomala M-T. 1998. Masentuneen ihmisen kokemus autetuksi tulemisesta. *Stakes. Aiheita* 34.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2003. Käypä hoito. Saatavissa Internetistä, 17.10.2003: www.duodecim.fi/kh/.
- Suomen sairaanhoitajaliitto. 2003. Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin -johtoryhmä tiedottaa. Saatavilla Internetistä, 17.10.2003: www.sairaanhoitajaliitto.fi.

- Säävälä H., Keinänen E. & Vainio J. 2001. Isä neuvolassa – työvälaineitä ja ajatuksia vauvaa odottavien ja hoitavien isien kanssa työskenteleville. Sosiaali- ja terveysministeriön tasa-arvojulkaissuja 2001:8.
- Tarkka M-T. 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki: Ensisynnyttäjän selviytyminen äitiyden varhaisvaiheessa. Tampereen yliopiston julkaisuja. Sarja A Vol. 518. Tampereen yliopisto.
- Tilastokeskus. 2002. Kuolemansyyt 2001. Suomen virallinen tilasto. Terveys 2002: 3.
- Tossavainen K., Tupala M., Turunen H. & Larjomaa R. 2002. Kouluterveydenhuollon hyvä käytäntö: Kouluterveydenhuollon seurantajärjestelmän arviointitutkimus. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Työterveyshuoltolaki 1383/2001.
- Työturvallisuuslaki 738/2002.
- Vaarama M., Kainulainen S., Perälä M.-L. & Sinervo T. 1999. Vanhusten pitkäaikaishoidon tila. Voimavarat, henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu. Stakes. Aiheita 46.
- Vaarama M., Luomahaara J., Peiponen A. & Voutilainen P. 2001. Koko kunta ikääntyneiden asialle. Näkökulmia ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen sekä hoidon ja palvelun laadun kehittämiseen. Stakes. Raportteja 259.
- Vaarama M & Voutilainen P. 2002a. Kaksi skenaariota vanhusten hoivapalvelujen kehityksestä ja resurssitarpeista ajalla 1999 - 2030. Yhteiskuntapolitiikka 67(4), 352-363.
- Vaarama M., Voutilainen P. & Kauppinen S. 2002b. Ikääntyneiden palvelut. Teoksessa: Heikkilä M. & Parpo A. (toim.) Sosiaali- ja terveyshuollon palvelukatsaus 2002. Stakes. Raportteja 268, 76-105.
- Vallimies-Patomäki M. 1998. Synnytys naisen ja miehen kokemana. Tutkimus hoitokäytäntöjen yhteyksistä synnytystapaan ja synnytyskokemukseen. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 64. Kuopion yliopisto.
- Vallimies-Patomäki M., Gissler M. & Viisainen K. 2003a. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika suomalaisessa terveystutkimuksessa. Teoksessa: Luoto R., Viisainen K. & Kulmala I. (toim.) Sukupuoli ja terveys. Vastapaino, Jyväskylä, 139 - 154.
- Vallimies-Patomäki M., Perälä M-L. & Lindström E. 2003b. Miten sairaanhoitajan tehtäväkuviensa laajentaminen on onnistunut? Systemoitu Kirjallisuuskatsaus. Tutkiva hoitotyö 2: 10-15.
- Vehviläinen-Julkunen K., Lauri S., Laine T., Peni R., Beaton J., Gupton A. 1994. Naisen synnytysodotukset ja synnytykseen valmentautuminen. Pitkittäistutkimus naisten käsityksistä synnytyskivuista, tilanteen hallinnasta ja päätöksenteosta sekä saamastaan tuesta synnytyksessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:6/1994. Turun yliopisto.
- Wennerström P. & Wilskman K. 2003. Väestö haluaa tukea elämäntapojen muutokselle. Sairaanhoitaja 76(4), 45-46.
- Werner E L. 2001. Legevakten i Arendal – en ny modell for interkommunal legevakt. Tidsskrift for den norske laegeforening. 121, 1704-1706.

- Wickström G., Laine M., Pentti J., Elovainio M. & Lindström K. 2000. Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla – muutokset 1990-luvulla. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Vihanto, M. 2001. Ikääntyneen naisen kokemus masentuneisuudesta. Pro gradu -tutkimus. Kuopion yliopisto.
- Viisainen K., Saalasti-Koskinen U., Perälä M-L., Kinnunen J. & Teperi J. 2002. Terveystuolto 2000-luvulle –hankkeen alueellisen toimeenpanon arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2002: 8.
- Voutilainen A. & Ilveskoski I. 2000. Terveystuollon rooli oppimisvaikeuksien tutkimisessa ja hoidossa. *Duodecim* 116(18), 2025-31.
- Voutilainen P., Vaarama M., Backman K., Paasivaara L., Eloniemi-Sulkava U. & Finne-Soveri U H. 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Oppaita 49.
- Välimäki M. 1998. Self-determination in psychiatric patients. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D. Osa 288. Turun yliopisto.
- Välimäki M., Nyrhinen T., Leino-Kilpi H., Dassen T., Gasull M., Lemonidou C., Scott P A., Arndt M. & Kaurila T. 2001. Potilaan itsemäärääminen ja suostumus pitkäaikaisessa laitoshoidossa: vanhusten ja hoitajien näkökulma. *Gerontologia* 2, 136-146.
- Välimäki M., Suhonen R., Nenonen H., Tamminen A. & Viininkoski P. 2002. Potilaan tiedonsaannin kehittäminen – ratkaisu informaatioteknologiasta?. *Suomen Lääkärilehti* 57(46), 4729-4733.
- Ylöstalo P. 2000. Työolobarometri, lokakuu 1999. Työpoliittisia tutkimuksia 217. Työministeriö.
- Åstedt-Kurki P., Hopia H. & Vuori A. 1999. Family health in everyday life: a qualitative study on well-being of families with children. *Journal of Advanced Nursing* 29(3), 704-11.

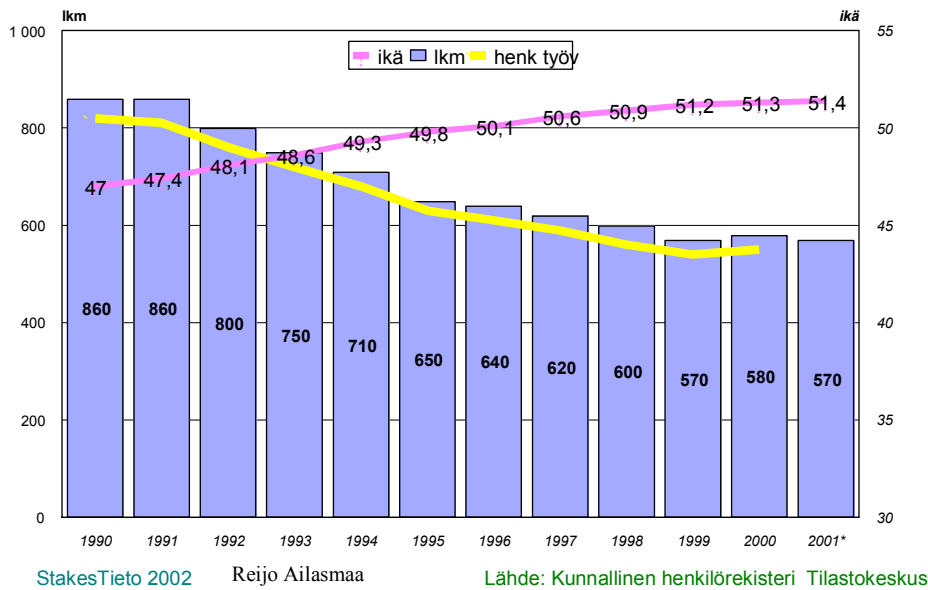
4 HOITOTYÖN JOHTAMINEN, KOULUTUS JA TUTKIMUS KÄYTÄNNÖN TUKENA

4.1 Hoitotyön johtaminen käytännön tukena

Hoitotyön johtamisen päämääränä on tukea väestön terveyden edistämistä (Simola 1999) sekä terveydenhuollon toiminnan tavoitteita, asiakkaille tarjottavia palveluja ja ammattihenkilöstön toimintaa. Hoitotyön johtamisella kanavoidaan terveystavoitteet alueelliseksi ja paikalliseksi käytännön toiminnaksi. Hoitotyön johtaminen on osa organisaation kokonaisjohtamista ja kehittämistä. Terveydenhuollon toimintayksiköiden operatiivisia toiminta-alueita voidaan organisoida eri tavoin. Hoitotyön johtamisen lähtökohdat määräytyvät organisaation strategisista tavoitteista ja menestystekijöistä. Ne konkretisoidaan hoitotyön tavoitteiksi ja toimenpiteiksi toimintayksikön ja työyksikköjen toimintasuunnitelmissa. Viime vuosina joihinkin sairaaloihin on muodostettu ylihoitajien johtamia hoitotyön palveluyksiköitä, jotka tuottavat hoitotyön palvelut sairaalan kaikille vuodeosastoille ja poliklinikoille (esimerkki 17). Perusterveydenhuollon johtotehtävissä korostuu erityisesti kuntanäkökulma sekä väestön terveys ja sen edistäminen koko kunnassa. Se edellyttää verkostojohtamista ja kunnan eri sektorien toimintaan vaikuttamista.

Hyvät johtamiskäytännöt ovat hoitotyön kriittisiä menestystekijöitä. Terveydenhuollon toimintayksiköiden johtamiseen kuuluu hyvän hoitotyön toimintaedellytysten luominen, toiminnan linjaaminen ja seuraaminen, arviointi ja kehittäminen sekä hoitotyössä toimivien osaamista ja hyvinvointia tukevien tekijöiden edistäminen. Hoitotyön johtamisen painoalueena on hoitotyön vaikuttavuuden parantaminen kehittämällä näyttöön perustuvaa toimintaa. (Miettinen 2000, Perälä 1999.) Tässä otetaan huomioon potilasturvallisuuteen ja palveluiden laatuun liittyvät vaatimukset. Toimintaedellytysten turvaaminen edellyttää henkilöstön riittävyydestä huolehtimista sekä palveluiden järjestämistä seudullisena ja alueellisena yhteistyönä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002). Näin parannetaan mahdollisuuksia työn uudelleen organisointiin ja työnjaon kehittämiseen, sijaisjärjestelyjen turvaamiseen, konsultaatiokäytäntöjen kehittämiseen ja täydennyskoulutuksen toteuttamiseen. Hoitotyön kehittäminen ja toimintaedellytysten turvaaminen edellyttävät, että strategisessa, keski- ja lähijohdossa on riittävästi hoitotyön edustajia johtajina. Lähivuosina uusien ylihoitajien ja osastonhoitajien rekrytointi tulee olemaan merkittävä haaste terveydenhuollon organisaatioille suuren eläkepoistuman takia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a) (kuviot 5).

Kuvio 5. Ylihoitajien lukumäärä, keski-ikä ja henkilötyövuodet kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa vuosina 1990 – 2001. (Lähde: Ailasmaa R. Stakes, 2003)



Lähijohtajat vastaavat operatiivisesta johtamisesta, lyhyen ja pitkän ajan suoritus- tavoitteiden saavuttamisesta sekä ammattitoiminnan asianmukaisuudesta (Ruohotie 2000). Hoitotyön lähijohto (osastonhoitajat) keskittyy palveluiden saatavuuden ja toimivuuden, kustannustehokkuuden ja toiminnan asiakaskeskeisyyden parantamiseen, toiminnallisten prosessien kehittämiseen sekä innovaatiotoiminnan, kuten hoitotyön kehittämisen ja tutkimuksen edellytysten luomiseen. Lähijohtajat tukevat henkilöstön hyvinvointia, jaksamista ja osaamista, havainnoivat niissä tapahtuvia muutoksia ja puuttuvat niihin tarvittaessa.

Keskijohto huolehtii henkilökunnan osaamisesta ja sen kehittymisestä, toiminta- edellytysten luomisesta sekä näyttöön perustuvan toiminnan kehittamisestä (Ruohotie 2000). Keskijohdossa toimivat ylihoitajat ovat lähijohtajien ja henkilöstön valmentajia ja mentoreita, jotka ohjauksen avulla yhdistävät eri työyhteisöissä olevaa osaamista toimiviksi ja työtä kehittäviksi kokonaisuuksiksi. Keski- johto huolehtii siitä, että jokaisella työntekijällä on mahdollisuus ja hyvät toiminta- edellytykset ammatilliseen kehittymiseen. Keskijohto tukee myös lähijohtajia, jotta he pystyvät edistämään henkilöstön jaksamista.

Ylin, strateginen johto (esimerkiksi hallintoylihoitajat ja johtavat ylihoitajat) on vastuussa organisaation tehtävän ja toiminnan perustasta, niiden laajemmista toimintaedellytyksistä, strategisesta johtamisesta sekä suhteista sidosryhmiin. Strategisen johdon tehtävänä on luoda toimintaa kehittäviä tavoitteita, määritellä toimintaa ohjaavia eettisiä periaatteita ja kehittää henkilöstön identiteettiä organisaation muutosvaatimuksia vastaavaksi. Ylin johto varmistaa organisaation ja työntekijöiden jatkuvan uudistumisen ja huolehtii siitä, että henkilöstö sitoutuu

muutoksiin. (Ruohotie 2000.) Ylin johto vaikuttaa hoitohenkilökunnan jaksamiseen esimerkiksi varmistamalla henkilöstömäärän ja koulutuksen riittävyyden sekä tarkoituksenmukaisen henkilöstörakenteen (Partanen 2003). Heidän tulee huolehtia myös siitä, että tieto asioista kulkee tehokkaasti jokaiselle tasolle. Hoitotyön johtajien asiantuntemuksen hyödyntäminen myös muissa laajemmissa organisaation johtamistehtävissä on ajankohtaista.

Kansallisessa terveyshankkeessa kehitetään moniammatillista johtamiskoulutusta, johon voivat osallistua sekä jo aiemmin koulutetut että johtajakoulutukseen hakeutuvat. Moniammatillinen johtamiskoulutus on tarkoitus käynnistää viimeistään vuonna 2005. Työelämän kehittäminen edellyttää hoitotyön johtajien yliopistollisen koulutuksen lisäämistä (Elomaa 2003). Lisäksi hoitotyön johtajat tarvitsevat terveydenhuollon toimintayksiköiden omista lähtökohdista, hoitotyöstä ja muista erityiskysymyksistä lähtevää jatkuvaa täydennyskoulusta.

Hoitotyön johtamisen keskeisiä kehittämisalueita ovat

- asiakaslähtöisten palvelujen johtaminen,
- henkilöstön hyvinvoinnin ja osaamisen johtaminen sekä rekrytointistrategioiden kehittäminen,
- näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen,
- toiminnan laadun, vaikuttavuuden ja kustannusseurannan johtaminen sekä
- paikalliseen ja alueelliseen hyvinvointi- ja terveystieteelliseen päätöksentekoon vaikuttaminen.

4.1.1 Asiakaslähtöisten palvelujen johtaminen

Hoitotyön ensisijaisina asiakkaina ovat palveluja käyttävät kuntalaiset. Asiakaslähtöisten palvelujen johtaminen edellyttää toimintayksikköjen sisäisten ja välis-ten palvelu- ja hoitoketjujen luomista, ylläpitämistä ja koordinoitua sekä niiden toimivuuden ja vaikuttavuuden arvioimista. Palvelu- ja hoitoketjut luodaan keskeisten terveysongelmien ehkäisyyn ja hoitoon. Hoitotyön johtamisen kehittämiskohteenä on ottaa käyttöön asiakaslähtöiset toimintatavat, varmistaa jatkuvuus hoidon kokonaisuuden kattavilla ja saumakohtien toimivuuden varmistavilla toimintatavoilla ja prosesseilla sekä hoitoon liittyvän tiedon ajantasaisuudella koko hoitoketjussa. Palveluiden saatavuus ja hoitoketjujen toimivuus edellyttävät hoitotyössä toimivien osaamisen hyödyntämistä nykyistä paremmin sekä yli organisaatio- ja hallintokuntarajojen tapahtuvaa toiminnan organisointia. Asiakaslähtöisiä toimintatapoja käsitellään luvussa 3.1 ja hoitotyössä toimivien tehtävien laajentamista luvussa 3.2.

Asiakaslähtöisten palvelujen ja hoidon tuottaminen perustuu moniammatillisiin tiimeihin ja verkostoihin (esimerkki 18). Hyvin toimivat tiimit mahdollistavat monitieteisen asiantuntijuuden käytön ja palveluiden joustavuuden muuttuvia

tarpeita vastaavasti. Tiimin jäsenistä kukin vastaa asiantuntemuksensa mukaan tiimin toiminnasta. Tiimit arvioivat itse omaa toimintaansa ja vaikuttavat arvioinneillaan hoidon laatuun ja tiimiprosesseihin. Tiimit muodostavat uudenlaisen oppimisympäristön yksittäisille jäsenille. Tiimissä jäsenet opettavat ja ohjaavat toisiaan (Heikkilä-Laakso & Heikkilä 1997, Ruohotie 2000). Hoitotyössä kehittämiskohteena on erityisesti sellainen tiimityö, jolla edistetään kuntalaisten terveyttä ja itsenäistä selviytymistä.

Tavoitteet

- Palveluketjut ovat asiakaslähtöisiä ja takaavat hoidon saumattomuuden ja jatkuvuuden.
- Keskeisten terveysongelmien hoitoketjut ja hoito-ohjelmat sekä käytännöt tukevat asiakasta itsenäiseen selviytymiseen ja nopeaan kuntoutumiseen.
- Hoitotyössä toimivien tehtäväkuvien laajentamiseen perustuvia uusia toimintatapoja kehitetään ja otetaan käyttöön palveluiden saatavuuden turvaamiseksi.
- Terveyspalvelut tuotetaan moniammatillisena tiimityönä.

Toimenpiteet

Hoitotyön johtaja

- luo edellytykset asiakaslähtöisten toimintatapojen käyttämiselle ja kehittämiselle (esimerkiksi yksilö-, perhe- ja yhteisölähtöiset toimintatavat kuten omahoitajakäytäntö, yksilövastuinen hoitotyö, palveluohjaus ja väestövaastuinen toimintatapa).
- osallistuu palvelu- ja hoitoketjujen luomiseen, koordinointiin, ylläpitämiseen ja arviointiin.
- ottaa käyttöön ja kehittää mittareita, joiden avulla palvelu- ja hoitoketjuja arvioidaan.
- johtaa palvelujen järjestämistä seudullisena ja alueellisena yhteistyönä sekä luo hoidon kokonaisuuden hallintaan, kotiutukseen ja tiedon saatavuuteen liittyviä uusia toimintatapoja.
- vaikuttaa siihen, että elektroniseen potilaskertomusjärjestelmään sekä hoitoon liittyvään tiedon kulkuun ja siirtoon integroidaan hoitotyön tietotarpeet.
- kehittää terveydenhuollon eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä ja työnjakoa, luo hoitotyön asiantuntijatehtäviä ja lisää hoitotyön konsultaatiojärjestelmiä.
- varmistaa, että hoitotyössä toimivilla on valmiudet tiimi- ja moniammatilliseen työhön.

- osallistuu aktiivisesti hoitotyön julkisen ammatillisen kuvan parantamiseksi tarkoitettun asiakassuuntaisen informaation kehittämiseen ja jakamiseen eri tiedotusvälineiden kautta.

4.1.2 Henkilöstön hyvinvoinnin ja osaamisen johtaminen sekä rekrytointistrategioiden kehittäminen

Hoitotyön henkilöstön saatavuus ja ammattitaito ovat terveydenhuollon toimintayksiköiden tärkeimpiä menestystekijöitä. Terveysalan koulutusta lisätään sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakoitumisen ehdotusten mukaisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työ muuttuu teknologisen kehityksen sekä taloudellisen ja sosiaalisen toimintaympäristön muutosten myötä (Kinnunen & Vuori 1999, Metsämuuronen 2000). Näkyvinä seurauksina kehityksestä ovat tiedon lisääntyminen, verkottumisen vaikutukset työkuviin, näyttöön perustuvien hoitomenetelmien ja teknologioiden käyttöönotto ja niiden jatkuva kehittäminen sekä tarve työn uudelleen organisointiin. Työn ja toimintaympäristön muutokset luovat jatkuvasti uusia haasteita johtamiselle.

Hoitotyön johtajien tehtävänä on kehittää sellaisia henkilöstöstrategioita, joilla edistetään hoitotyössä toimivien osaamista ja hyvinvointia sekä uudistetaan rekrytointia (Miettinen 1999a ja 1999b, Miettinen & Perko 1998, Ståle & Grönroos 1999). Johtamisen kehittämiskohteita ovat työolot, työyhteisö ympäristöineen ja ihmissuhteineen, hyvät johtamiskäytännöt, ammatillinen osaaminen sekä rekrytointimenetelmät ja -käytännöt (Juuti 2002, Pokki ym. 1997). Hoitotyössä toimivien voimaantumisen keskeisiä tekijöitä ovat osallistuminen täydennyskoulutukseen, kiinnostus uralla kehittymiseen, pysyvä virka ja oman työn kokeminen arvokkaaksi (Heikkilä ym. 2002, Kuokkanen 2003). Vetovoimaisia sairaaloita koskevat tutkimukset ovat osoittaneet varsin yhdenmukaisesti, että osallistava johtaminen, oman työn hallinta ja riittävä autonomia parantavat työtyytyväisyyttä ja hoitotyön tuloksia (ks. esimerkiksi Buchan 2002, Havens & Aiken 1999, Kramer & Schmalenberg 2003a ja 2003b, Scott ym. 1999). Esimerkkeinä ovat Magnet Hospital -tunnuksen saaneet sairaalat.

Ammatillisen osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen perustuvat jatkuvaan, yksilöllisesti toteutuvaan oppimisprosessiin (Ruohotie 2000). Tavoitteena on hankkia sellaiset tiedot, taidot ja kyvyt, jotka mahdollistavat asiakaslähtöisen ja vaikuttavan toiminnan, työn muuttuvien vaatimusten ennakoinnin sekä vaativimpiin tehtäviin kouluttautumisen. Osaamisen jatkuva kehittyminen ja arviointi edellyttävät systemaattisten rekrytointi-, perehdyttämis- ja urakehitysmallien käyttöön ottamista (esimerkit 19, 20, 21 ja 22) sekä suunnitelmallisesta täydennys- ja toimipaikkakoulutuksesta huolehtimista. (Harju & Risikko 2002.) Terveystieteiden henkilöstön täydennyskoulutusta käsitellään lisää luvussa 4.2.3.

Rekrytointimenetelmien ja -käytäntöjen avulla arvioidaan työnhakijoiden ammatillista osaamista suhteessa organisaation osaamistarpeeseen. Oikeanlaisella

osaamisella oikeassa paikassa turvataan organisaation perustehtävän onnistuminen ja joustava toiminta. Henkilöstön suunnitelmallinen ja pitkäjänteinen rekrytointi ja kehittäminen perustuvat organisaation perustehtävään ja toiminnan kehittämisstrategioihin (Miettinen 1999a ja 1999b, Miettinen & Perko 1998). Ajantasainen ja uudistuva ammatillinen osaaminen lisää henkilöstön hyvinvointia ja jaksamista sekä parantaa eri ammattiryhmien yhteistyötä, palveluiden laatua ja toiminnan tuloksellisuutta. (Syvänen 2002, Vahtera ym. 2002.) Henkilöstön hyvinvoinnin edistäminen edellyttää johtamiselta yhteistyön ja viestinnän tehostamista. On tärkeää, että esimiestoiminta koetaan oikeudenmukaisena ja työntekijöillä on mahdollisuuksia vaikuttaa omaan työhönsä sekä sen uudistamiseen (Vahtera ym. 2002).

Henkilöstön hyvinvointiin vaikuttaa oleellisesti myös se, että hoitotyön henkilöstömitoitus ja rakenne ovat potilaiden, toiminnan ja hoitotyössä toimivien kannalta optimaalisella tasolla (Fagerström & Rauhala 2003). Taulukossa 11 on esimerkki henkilöstömitoituksen suunnittelu- ja arviointimallista (Partanen 2002). Se käsittää useita kliinisiä, potilaiden hoitoa, henkilöstön käyttöä ja toimintaympäristöä kuvaavia tunnuslukuja.

Taulukko 11. Hoitotyön henkilöstömitoituksen arviointi- ja suunnittelumalli.
(Lähde: Partanen 2002.)

Muuttuja	Sisältö
Potilaiden demografiset piirteet	Hoidettavien potilaiden lukumäärä, piirteet Potilaiden lääketieteelliset- ja hoitotieteelliset diagnoosit ja toiminnot (hoidon tarve/kompleksisuus)
Potilaiden hoitoisuus	Yksittäisten potilaiden hoitoisuus - kaikkien potilaiden hoitoisuuden keskiarvon (indeksi) tason seuranta; matala – keskimääräinen – korkea Hoitoisuus hoitajaa kohti -tunnusluku Keskimääräiset hoitopäiväkohtaiset (hoitoisuusluokittaiset) ajat
Yksikön toiminnan intensiteetti	Päivystys-/elektiivisten potilaiden suhde Potilasvaihto, kuormitus tilanne Koko työn määrä yksikössä, terveydenhuollon opiskelijat
Hoitotyön voimavarat	Henkilöstön käyttö: hoitotyön tunnit hoitopäivää kohti, sairaanhoitajien tuntien osuus, potilaat sairaanhoitajaa kohti Hoitotyön henkilöstön koulutustaso ja kokemus (noviisi - asiantuntija) Täydennyskoulutus Osallistuminen kehittämishankkeisiin Työelämän laatu: vaihtuvuus, sairauspoissaolot, työtyytyväisyys
Toimintaympäristö	Yksikön arkkitehtuuri, välineistö, teknologia (tietokoneet, potilaskutsujärjestelmä, puhelimet) Tukipalvelut: sihteeri-, laitoshuolto-, kuljetus-, farmasia- ja laboratorio- palvelut ym.
Laatu-/tulosindikaattorit	Seuranta: hoitotyösensitiiviset ja muut laatuindikaattorit, kuten esimerkiksi: potilastyytyväisyys tiedonsaantiin/ohjaukseen potilastyytyväisyys kivun hoitoon potilastyytyväisyshoidon/hoitotyön laatuun painehaavaumat, sairaalainfektiot muut komplikaatiot ja niiden seuraukset hoitojakson pituus ja potilaiden kuolleisuusluvut

Tavoitteet

- Hoitotyön henkilöstömitoituksen määrä ja rakenne ovat potilaiden, toiminnan ja hoitotyössä toimivien kannalta optimaalisella tasolla.
- Terveystieteiden toimintayksiköissä varaudutaan eläkepoistuman ja palvelutarpeen kasvuun.
- Hoitotyön henkilöstöstrategiat edistävät yhtenäistä ydinosaamista ja henkilöstön hyvinvointia sekä parantavat rekrytoinnin osuvuutta.
- Hoitotyössä toimivat päivittävät osaamistaan jatkuvana, yksilöllisesti toteutuvana oppimisprosessina.
- Hoitotyössä toimivat ovat motivoituneita, ymmärtävät hoitotyön perustehävän, sitoutuvat toimintayksikön tavoitteisiin ja työhönsä, viihtyvät siinä hyvin ja heidän hyvinvointinsa on kestäväällä pohjalla.
- Hoitotyössä toimivilla on urakehitysmahdollisuuksia kliinisessä hoitotyössä.
- Hoitotyössä toimivat osallistuvat työn ja työolojen uudistamiseen, heillä on vaikutusmahdollisuuksia ja autonomiaa työssään, tiedonkulku ja palaute on avointa ja esimiestoiminta oikeudenmukaista.
- Rekrytointistrategia parantaa hoitohenkilöstön saatavuutta ja lisää kiinnostusta hoitotyöhön.

Toimenpiteet

Hoitotyön johtaja

- turvaa hoitotyön toimintaedellytykset organisoimalla työn ja henkilöstörakenteen palveluiden saatavuuden ja toimivuuden edellyttämällä tavalla sekä vakinaistamalla määräaikaista työntekijöitä.
- kehittää tietojärjestelmien potilaita ja henkilöstöä koskevien tietojen sekä henkilöstön käyttöä koskevien erillisten tunnuslukujen yhdistämistä niin, että henkilöstömitoituksen vaikuttavuus voidaan osoittaa.
- seuraa hoitotyössä toimivien käyttöä yhtenäisin ja ajanmukaisin tunnusluvin sekä käyttää kriteerejä ja tasokuvauksia työnhakijoiden kompetenssin määrittämiseksi.
- mahdollistaa hoitotyössä toimivien osaamisen jatkuvan kehittymisen ja arvioinnin ottamalla käyttöön systemaattisen perehdyttämishojelman ja urakehitysmallin sekä huolehtimalla jatkuvasta täydennys- ja toimipaikkakoulutuksesta.
- soveltaa osallistavia johtamiskäytäntöjä esimerkiksi antamalla työntekijöille mahdollisuuksia osallistua työhönsä liittyvään päätöksentekoon ja työn uudistamiseen, varmistamalla työn riittävän autonomian sekä huolehtimal-

la osaamista ja motivaatiota lisäävän palautteen antamisesta ja tiedonkulun avoimuudesta.

- käyttää ja kehittää arviointi- ja palautejärjestelmiä hoitohenkilöstön määrän, rakenteen ja osaamisen arvioinnissa.
- käyttää hoitohenkilöstön kannustamisessa järjestelmiä, jotka palkitsevat tulevaisuuteen suuntaavista hankkeista ja kehittämisestä.
- mahdollistaa ja tukee työssä oppimista säännöllisillä kehityskeskusteluilla, projekteilla ja tutkimuksilla sekä järjestää niihin riittävästi aikaa.
- huolehtii, että jokaisella hoitotyössä toimivalla on haasteellinen vastuualue, joka perustuu hänen osaamiseensa ja on organisaation tavoitteiden mukainen.

4.1.3 Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen

Tällä hetkellä hoitokäytännöt perustuvat valtaosin kokemukseen perustuvaan tietoon. Tavoitteena on kehittää hoitotyön käytäntöä näyttöön pohjautuvaksi. Näyttöön perustuvassa toiminnassa käytetään parhaaseen ajantasaiseen tietoon perustuvia toimintatapoja tai menetelmiä. Paras tieto on peräisin tasokkaista tutkimuksista. Sellaisen puuttuessa käytetään myös seuranta- ja arviointitietoa sekä asiantuntijoiden yksimielisiä kannanottoja. Käytännön toiminta- ja päätöksentekotilanteessa hoitotyöntekijä hyödyntää asiantuntemustaan ja ottaa huomioon näytön lisäksi tiedon potilaan tarpeista ja tilanteesta sekä toimintayksikön voimavarat. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, Miettinen 2000, Perälä 1999, Sinkkonen 2000, Simoila 2001.)

Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämiskohteena on luoda hoitotyössä toimiville valmiudet ja mahdollisuudet perehtyä uusimpiin tutkimuksiin, käyttää hoitotyön sähköisiä tietokantoja päätöksenteon tukena sekä osallistua tutkimus-, kehittämis-, projekti- ja laatutyöhön. Kehittämisen perustana on toimintapolitiikka, jolla kuvataan organisaation antamat kehittämismahdollisuudet ja -linjaukset. Hoitotyön johtajat ovat avainasemassa uusien, innovatiivisten toimintakäytäntöjen kehittämisessä ja kokeilussa. (Miettinen 1999b, Perälä 1999.) Valtakunnan tasolla näyttöön perustuvan toiminnan kehittämistä tuetaan luomalla hoitotyön kansallisia hoitosuosituksia. Näitä käytäntöjä tarkastellaan luvussa 3.

Tavoitteet

- Käytössä olevat hoitotyön menetelmät ja käytännöt perustuvat parhaaseen ajantasaiseen näyttöön.
- Näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen ja tukeminen tapahtuu yhteistyössä koulutuksen ja tutkimuksen edustajien kanssa.
- Hoitotyön menetelmien vaikutuksia koskeva tutkimustieto on hoitotyössä toimivien saatavilla ja heillä on valmiudet käyttää sitä.

- Hoitotyössä toimivilla on mahdollisuudet hakea tutkimuksia, hyödyntää niiden tuloksia sekä osallistua tutkimusten tekemiseen.
- Hoitotyön johtajien ja hoitotyössä toimivien valmiudet näyttöön perustuvaan toimintaan kehittyvät jatkuvasti.

Toimenpiteet

Hoitotyön johtaja

- laatii yhdessä koulutuksen ja tutkimuksen asiantuntijoiden kanssa strategian näyttöön perustuvaan käytäntöön siirtymiseksi pitkällä aikavälillä ja seuraa sen toimeenpanoa organisaatiossa.
- kehittää työyksiköihin tutkimus- ja laatu-kulttuurin, jossa systemaattinen laatutyö on osa päivittäistä toimintaa ja tutkimuksia käytetään hyväksi hoitopäätöksiä tehtäessä (tieteellisten julkaisujen seuraaminen, tutkimustulosten pohdinta oman toiminnan näkökulmasta työyhteisössä, tieteellisen ajattelun kehittäminen toimipaikkakoulutuksella).
- perustaa yhdessä tutkimus- ja koulutusorganisaatioiden kanssa uusia asiantuntijatehtäviä ja verkostoja, joiden tukemana näyttöön perustuvaa toimintaa kehitetään toimintayksikössä.
- osallistuu tutkimustiedon hyödyntämiseen, kirjallisuuskatsausten tekemiseen ja hoitosuosituksen laadintaan organisoimalla toimintaa alueellisesti ja verkostoitumalla kansallisesti.
- järjestää hoitotyössä toimiville mahdollisuuden harjaantua englanninkielen taidossa ja keskeisten tietokantojen käytössä (CINAHL, Cochrane, Medic, LINDA).
- hankkii hoitotyössä toimivien käyttöön tutkimustietoa tiivistäviä kirjallisuuskatsauksia ja kansallisesti laadittuja näyttöön perustuvia hoitosuosituksia ja potilasohjeita yksikössä tarvittavista keskeisistä aihepiireistä.
- varmistaa, että hoitotyössä toimivat käyttävät kustannustehokkaita ja vaikuttavia toimintatapoja ja menetelmiä, jotka perustuvat parhaaseen näyttöön (esimerkiksi Käypähoito –suositukset, hoito-ohjelmat, hoitotyön suositukset).
- kehittää tutkimustoiminnan muita edellytyksiä: hoitotyön tutkimusvoimavaroista huolehtiminen, henkilöstön kannustaminen jatkokoulutukseen ja tutkijoiksi, hoitotyön tutkimuskongresseihin osallistuminen, sähköisen viestinnän hallintataidot (tietokantahaut, internet ym.).
- välittää tuloksia ja kokemuksia kansainvälisistä tutkimuksista esimerkiksi erilaisten verkostojen kautta ja osallistumalla kansainvälisiin kongresseihin.

- vaikuttaa perus-, täydennys- jatkokoulutusohjelmien sisältöön niin, että ne antavat valmiudet kriittiseen ajatteluun ja näyttöön perustuvaan toimintaan.

4.1.4 Hoitotyön laadun, vaikuttavuuden ja kustannusten seurannan kehittäminen

Hoitotyön johtaja tarvitsee kehittyneitä sähköisiä seuranta- ja raportointijärjestelmiä pystyäkseen osoittamaan ja arvioimaan hoitotyön laatua, vaikuttavuutta ja kustannuksia. Näyttöön perustuva toiminta edistää hoidon laatua, ja hoidon vaikuttavuutta pystytään arvioimaan aikaisempaa paremmin. Sähköisellä kirjaamisella potilaan hoitoa koskeva tieto kirjataan kertaalleen ja sitä käytetään useissa konteksteissa. Muodostuvat sähköiset tietovarastot tukevat hoitotyön johtamista (esimerkki 22.) Kansallisessa terveyshankkeessa kehitetään hoitotyön kirjaamisen yhteistä struktuuria osana sähköistä potilaskertomusta (esimerkki 23, Ensio 2001, Saranto 2000, Sosiaali- ja terveysministeriö 2002b, Virtanen 1995).

Erikoissairaanhoidossa on kehitetty hoitotyön johtamista tukevia tietojärjestelmiä, joiden avulla voidaan seurata, arvioida ja ohjata hoidon laatua, henkilöstöresurssien riittävyyttä ja oikeaa kohdentumista sekä hoitotyön toimintaprosesseja ja tuottavuutta (esimerkit 24 ja 25). Hoitotyön johtamisen kehittämiskohteena on luoda arviointijärjestelmiä ja vertailutietokantoja hoidon laadun, vaikuttavuuden ja kustannusten seurantaan sekä kehittää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sähköistä tiedonsiirtoa yhteistyössä tutkijoiden ja kouluttajien kanssa. (ks. Outinen ym. 2001, Turtiainen 2003, Töyry & Tuomainen 2002.)

Tavoitteet

- Hoitotyössä on kansalliset sähköiset tietovarastot hoidon laadun, vaikuttavuuden, toimintaprosessien ja kustannusten seuraamiseen ja arviointiin.
- Hoitotyössä käytetään vaikuttavia ja kustannustehokkaita toimintatapoja, menetelmiä ja välineitä.

Toimenpiteet

Hoitotyön johtaja

- varmistaa, että hoitotyössä toimivilla on valmiudet osallistua laadun kehittämiseen ja arviointiin.
- varmistaa, että hoitotyössä toimivat toteuttavat työssään organisaation laatupolitiikkaa ja ovat laatineet oman työn laatukriteerit organisaation laatu-järjestelmään sopivaksi.
- varmistaa, että hoitotyö kirjataan sähköisiin tietojärjestelmiin, joissa on kansallisesti sovittu hoitosuunnitelman rakenne.

- vertaa hoidon laatua ja vaikuttavuutta toisiin vastaaviin palveluntuottajiin (benchmarking).
- käyttää päätöksenteossa systemaattisesti laatuun, vaikuttavuuteen ja kustannuksiin liittyvien mittausten tuloksia ja korjaa ja parantaa hoitotyötä niiden perusteella (esimerkiksi RAI, RAVA, FIM, 15D, hoitoisuusmittarit, STAKESin asiakastytyväisyysmittarit ja pitkäaikaishoidon laatumittarit sekä erilaiset kustannusmittarit).
- analysoi jatkuvasti käytössä olevia strategioita tavoitteena luoda omaan organisaatioon parhaiten soveltuvia palvelujen tuottamistapoja (strateginen benchmarking).
- luo arviointijärjestelmiä sekä kehittää tietoteknisiä välineitä ja järjestelmiä hoidon laadun, vaikuttavuuden ja kustannusten seurantaan yhteistyössä tutkijoiden, kouluttajien ja järjestelmätoimittajien kanssa.

4.1.5 Terveyspoliittiseen päätöksentekoon vaikuttaminen alueellisella ja paikallisella tasolla

Terveyden eriarvoisuus ja alueelliset erot ovat kasvaneet 1990-luvulla. Samana aikana kunnissa heikentyi myös hoitotyön asiantuntemus terveyspoliittisessa päätöksenteossa, kun terveyden edistämistoiminnasta vastuussa olevien johtavan hoitajan virkoja lakkautettiin, terveyskasvatuksen yhdyshenkilöiden toimintaa supistettiin ja terveyskasvatuksen neuvottelukuntia lakkautettiin (Pirskanen & Pietilä 2000, Poikajärvi & Perttilä 2003). Tällä hetkellä terveyden edistämisen johtamiseen liittyvissä järjestelyissä on suuria eroja kuntien välillä ja voimavarat ovat usein niukat. WHO:n asiantuntijoiden tekemässä arvioinnissa Suomen terveydenedistämispoliitikasta nousi kehittämishaasteena esille se, että kunnissa ei ole edellytyksiä vastata kuntalaisten terveyden edistämisestä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002). Tähän tarvittaisiin näkemys johtajuudesta ja riittävät voimavarat.

Terveyspolitiikkaan liittyvänä haasteena on yhtäältä tunnistaa väestöryhmien terveysuhkia ja vahvistaa terveyttä ja hyvinvointia edistäviä tekijöitä sekä toisaalta tunnistaa väestöryhmien tarpeisiin nähden riittämättömät terveyspalvelut ja luoda edellytykset puutteiden korjaamiseksi. Hoitotyön johtajat tarvitsevat kaikissa toimintayksiköissä vastuualueensa selkiyttämistä ja roolin vahvistamista terveystoiminnassa päätöksenteossa. Tähän liittyy aktiivinen vaikuttaminen toimintayksiköiden strategioihin sekä kunnalliseen, alueelliseen ja valtakunnalliseen terveystoimintaan. Hoitotyön johtajat ovat avainasemassa väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen edellyttämien toimenpiteiden integroimisessa alueellisiin ja paikallisiin terveys- ja hyvinvointipoliittisiin strategioihin ja kunnan toiminnan ja talouden suunnitteluun sekä terveyden edistämistoiminnan suunnittelussa, koordinoimisessa ja johtamisessa. Paikalliselle tasolle on luotava uusi terveyden edistämisen infrastruktuuri, jolla on vastuu terveyden edistämisen

toiminnan johtamisesta (esimerkki 26, Poikajärvi & Perttilä 2003, Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001b). Lähtökohtana on kunta-/seutukunta-kohtainen arvokeskustelu sekä visioiden ja strategioiden rakentaminen siitä, mihin palvelujen tarjonnassa pyritään, miten palveluja priorisoidaan, mitkä painoalueet palveluille asetetaan ja miten kattavat palvelut tuotetaan.

Terveyspoliittiseen päätöksentekoon vaikuttamisen kehittämiskohteita ovat hoitotyön johtajien roolin vahvistaminen terveyden edistämistoiminnan johtamisessa ja koordinoinnissa sekä terveys- ja hyvinvointipoliittisten linjausten määrittelyssä. Tämä edellyttää laajaa näkemystä yhteiskunnallisista kehitystrendeistä ja verkostoitumista avaintahojen kanssa.

Tavoitteet

- Hoitotyön palvelut vastaavat väestön tarpeita.
- Hoitotyön toiminta tukee kansallisia terveyspoliittisia tavoitteita.
- Hoitotyön johtajat vaikuttavat aktiivisesti terveys- ja hyvinvointipoliittiseen päätöksentekoon paikallisella ja alueellisella tasolla.
- Terveyden edistämistoiminnalla on kunnissa toimivat johtamis- ja toimeenpanorakenteet ja toimeenpano perustuu eri sektoreiden yhteistyöhön.
- Hoitotyön johtajien päätöksenteko on avointa, läpinäkyvää ja vuorovaikutteista niin terveydenhuollon organisaatioissa kuin koko yhteiskunnassa.

Toimenpiteet

Hoitotyön johtaja

- hyödyntää tilastoja ja luo mekanismeja (esimerkiksi kansalaisfoorumeja), joilla erityisesti riskiryhmiin kuuluvien, syrjäytymisvaarassa olevien asiakasryhmien tarpeita voidaan tunnistaa ja toimii palvelujen kehittämiseksi.
- tekee aktiivisesti yhteistyötä päättäjien kanssa ja osallistuu kunta- ja sairaanhoitopiirikohtaisiin kehysneuvotteluihin.
- osallistuu hoitotyön johtajien, opettajien ja alan tutkijoiden alueellisten verkostojen muodostamiseen ja toimintaan hoitotyön strategioiden toimeenpanemiseksi.
- osallistuu terveyden edistämisen infrastruktuurin rakentamiseen sekä vastaa terveyden edistämistoiminnan johtamisesta ja koordinoimisesta kunnassa ja sairaanhoitopiirissä.
- osallistuu terveyttä ja hyvinvointia koskevien päätösten valmisteluun liittyen kuntalaisten arkielämän ympäristöjen, esimerkiksi asumiseen, liikennejärjestelyihin ja vapaa-ajan toimintoihin.

LÄHTEET

- Buchan J. 2002. Magnet hospitals. Attraction of opposites. *Health Services Journal* 112(5812), 22-4.
- Elomaa L. 2003. Tutkimustiedon käyttö ja sen edellytykset hoitotyössä. *Tutkiva Hoitotyö* 1(2), 4-9.
- Ensio A. 2001. Hoitotyön toiminnan mallintaminen. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 89. Kuopion yliopisto.
- Fagerström L. & Rauhala A. 2003. Finnhoitoisuus – hoitotyön benchmarking. Projektin loppuraportti 2000 – 2002. Suomen Kuntaliitto.
- Harju A. & Risikko P. 2002. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksen nykytila ja parhaat käytännöt. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002: 23.
- Havens DS. & Aiken LH. 1999. Shaping systems to promote desired outcomes. The magnet hospitals model. *Journal of Nursing Administration* 29(2), 14-20.
- Heikkilä J., Miettinen M., Paunonen T. & Mäkelä N. 2002. Sairaanhoidajien urakehityksen tukeminen koulutuksen ja työelämän yhteistyönä. *Sairaanhoidajalehti* 75(12), 14-17.
- Heikkilä-Laakso K. & Heikkilä J. 1997. Innovatiivisuutta etsimässä. Irtiottoa keskinkertaisuudesta. Turun opettajankoulutuslaitos. Painosalama Oy, Turku.
- Juuti P. 2002. Hyvä esimies saa organisaation kukoistamaan. *Työyhteisöviesti* 3; 4-6. Työturvallisuuskeskus.
- Kinnunen J. & Vuori J. 1999. Hoitotyön johtamisen perusolollisuudet ja toimintamallien muutokset. Teoksessa: Simoila R., Kangas R. & Ranta J. (toim.). *Hoitotyötä johtamaan*. Kirjayhtymä, Helsinki, 26-52.
- Kramer M. & Schmalenberg CE. 2003a. Magnet hospital nurses describe control over nursing practice. *Western Journal of Nursing Research* 25(4), 434-52.
- Kramer M. & Schmalenberg CE. 2003b. Magnet hospital staff nurses describe autonomy over nursing practice. *Nursing Outlook* 51(1), 13-19.
- Kuokkanen L. 2003. Nurse empowerment. A model of individual and environmental factors. Turun yliopiston julkaisuja D, osa 558. Turun yliopisto.
- Leino-Kilpi H. & Lauri S. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa: Lauri S. (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyö*. WSOY, Porvoo, 7-20.
- Metsämuuronen J. 2000. Maailma muuttuu - miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Edita, Helsinki.
- Miettinen M. 1999a. Hoitohenkilöstön rekrytointi. Teoksessa: Kinnunen J., Meriläinen P., Vehviläinen-Julkunen K., Nyberg T. (toim.). *Terveystieteiden monialainen tutkimus ja yliopistokoulutus*. Suunnistus poluilta tiedon valtateille. Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteen 74, 511-523. Kuopion yliopisto.

- Miettinen M. 1999b. Hoitotyön kehittäminen ja sen johtaminen. Teoksessa: Simoila R., Kangas R. & Ranta J. (toim.) Hoitotyötä johtamaan. Kirjayhtymä, Helsinki, 84-91.
- Miettinen M. 2000. Näyttöön perustuva hoitotyö. Teoksessa: Miettinen S. ym. Itsensä johtaminen sosiaali- ja terveysalalla. WSOY, Helsinki, 31-37.
- Miettinen M. & Perko U. 1998. Sopiva ja pätevä sairaanhoitaja. Sairaanhoitajalehti 71(9), 21-24.
- Outinen M., Mäki T., Siikander S. & Liukko M. 2001. Laatu kannattaa - mikä kannattaa laatu-työtä? Selvitys laadunhallinnasta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes. Aiheita 8.
- Partanen P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 99. Kuopion yliopisto.
- Perälä M-L. 1999. Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Teoksessa: Simoila R., Kangas R. & Ranta J. (toim.). Hoitotyötä johtamaan. Kirjayhtymä, Helsinki, 53-67.
- Pirkanen M. & Pietilä A-M. 2000. Terveyskasvatuksen yhdyshenkilöt ja terveyden edistäminen. Selvitys terveyskasvatuksen yhdyshenkilöiden toiminnasta ja sen kehittämistarpeista. Stakes. Aiheita 11.
- Poikajärvi K. & Perttilä K. 2003. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen kunnassa. Est Ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan verkostolehti 1, 26-30. Etelä-Suomen lääninhallitus.
- Pokki H., Merasto M. & Hämäläinen M. 1997. Hoitohenkilökunnan asema ja johtaminen. Tehy. Osastonhoitajatoimikunnan jatkotyöryhmä. Sarja C: muistioita 1.
- Ruohotie P. 2000. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. WSOY, Juva.
- Saranto K. 2000. Sähköisen kirjaamisen haasteet hoitotyössä. Sairaanhoitaja 73(3), 36-38.
- Scott JG., Sochalski J. & Aiken L. 1999. Review of magnet hospital research: findings and implications for professional nursing practice. Journal of Nursing Administration 29(1), 9-19.
- Simoila R. 2001. Hoitotyön johtaja näyttöön perustuvan hoitotyön mahdollistajana. Ylihoitajalehti 29 (2), 4-7.
- Sinkkonen S. 2000. Näyttöön perustuvan hoitotyön haasteet ylihoitajille. Ylihoitajalehti 28 (5), 4-14.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 2001: 7.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001b. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 – kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001: 4.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002: 3.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. Terveys- ja terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. (Julkaisematon käsikirjoitus.)

- Ståle P. & Grönroos M. 1999. Knowledge management. Tietopääoma yrityksen kilpailutekijänä. WSOY, Porvoo.
- Syvänen S. 2002. Henkilöstövoimavaroja kehittävä evaluointi- erityisesti organisaatio- ja talusteoreettisista käsityksistä tuloksellisuudesta. Teoksessa: Suurnäkki T. (toim.) Henkilöstövoimavarojen analysointi, seuranta ja kehittäminen. Asiantuntijat kertovat. Työturvallisuuskeskus, Helsinki, 58-73.
- Turtiainen A-M. 2003. Helsingin kaupungin terveystieteiden laatustrategia vuosille 2003-2005 ja vuoden 2003 laatumittauksessa käytettävät manuaaliset mittarit. Helsingin kaupungin terveystieteiden raportteja 2.
- Töyry E. & Tuomainen R. 2002. Potilaan kokemuksen ymmärtäminen ja hoidon laatu: Hoitotiede medikalisaation vastavoimana. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 39 (3), 230-235.
- Vahtera M., Kivimäki M. & Virtanen P. 2002. Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa - tutkittua tietoa ja haasteita. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Virtanen S. 1995. Tutkimus atk:n vaikutuksesta hoitotyön kirjaamiseen: Laatu parani ja sisältö monipuolistui. Sairaala 57(9), 23-24.

4.2 Koulutus hoitotyön käytännön tukena

Terveysalan koulutus luo perustan käytännön hoitotyölle. Terveysthuollon ammattitoimintaa säännellään kansallisesti ja kansainvälisesti. Sääntelyn tarkoituksena on potilasturvallisuuden ja terveystpalveluiden laadun edistäminen. Terveysthuollon ammatinharjoittaminen perustuu koulutuksessa saavutettuihin teoreettisiin ja käytännöllisiin valmiuksiin sekä koulutuksen jälkeen työssä saatuaan kokemukseen. Ammattiopintojen sisällön ja menetelmien tulee perustua tutkittuun tai hyväksytyyn kokemuseräiseen tietoon ja hyväksytyihin hoitokäytäntöihin. Koulutus- ja toimintayksiköt sopivat, mikä on koulutuksen aikana saatava riittävä kliininen osaaminen. Opiskelijalla on vastuu oppimisestaan ja osaamisensa kehittymisestä. Myös vastuullisuus työelämän edellyttämän ammattitaidon jatkuvaan ylläpitämiseen omaksutaan jo koulutuksen aikana. Terveysthuollon organisaatioissa vastataan työelämän lisääntyviin ja uudistuviin osaamisvaatimuksiin hyödyntämällä koulutuksen antamaa osaamista sekä tarjoamalla mahdollisuudet jatkuvaan osaamisen ylläpitämiseen ja kehittämiseen sekä kliiniseen urakehitykseen.

Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmassa hoitotyön koulutusta tarkastellaan perustutkintoihin johtavan terveystalan toisen asteen koulutuksen, ammattikorkeakouluissa ja yliopistoissa annettavan korkeakoulutuksen, ammatillisten erikoistumisopintojen, ammattikorkeakoulujen jatkotutkintojen sekä ammatillisen täydennyskoulutuksen ja urakehityksen näkökulmasta. Hoitotyön johtajan tehtävää osaamisen johtamisessa käsitellään luvussa 4.1.

Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmassa koulutuksen tehtävänä on

- kouluttaa riittävä määrä yhteiskunnan ja työelämän osaamisvaatimukset täyttäviä terveysthuollon ammattihenkilöitä hoitotyön tehtäviin,
- kehittää koulutusta yhteistyössä työelämän ja palvelujen käyttäjien kanssa sekä
- edistää yhteistyössä työelämän kanssa hoitotyössä toimivien jatkuvaa ammatillista kasvua ja urakehitystä.

4.2.1 Hoitotyön käytännössä tarvittavan osaavan ja riittävän henkilöstön turvaaminen

Terveysalan koulutusta koskevilla rakenteellisilla ja sisällöllisillä ratkaisuilla luodaan edellytykset kouluttaa osaavia terveydenhuollon ammattihenkilöitä hoitotyön eri tehtäviin sekä varmistetaan työvoiman kysynnän ja tarjonnan vastavuus. Terveysalan koulutusta kehitettäessä otetaan huomioon myös tutkintojen kehittämissuunnitelmat Euroopassa sekä yhteisöainsäädännön vaatimukset. Yliopistoissa toteutettava kaksiportainen tutkintorakenne vaikuttaa osaltaan terveysalan koulutukseen.

Terveydenhuollon erityisvaatimuksena on, että eri koulutusyksiköistä valmistuvien osaaminen täyttää työelämässä tarvittavat potilasturvallisuuteen ja palveluiden laatuun liittyvät vähimmäisvaatimukset. Siksi säänneltyihin ammatteihin johdettavaa koulusta ohjataan valtakunnallisesti. Opetusministeriö vahvistaa ammattikorkeakoulun koulutusohjelmat, mutta ammattikorkeakoulu päättää koulutusohjelmien opetussuunnitelmista. Terveysalan ammattikorkeakoulutusta koskevissa osaamiskuvauksissa määritellään terveydenhuollon ammatillinen ydinosaaminen tutkintonimikkeittäin ja yhtenäiset koulutukselliset vaatimukset, kunkin ammatin toiminta- ja vastuualue, ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja niiden vähimmäisopintoviikkomäärät sekä ohjattu harjoittelu (Opetusministeriö 2001). Lähihoitajakoulutuksen opetussuunnitelman ja näyttötutkinnon valtakunnallisissa perusteissa määritellään vastaavasti työelämän edellyttämä ammatillinen osaaminen (Opetushallitus 2001). Yliopistojen terveystieteiden kandidaatin ja maisterin tutkintojen sisältö ja rakenne määritellään terveystieteiden tutkinnoista annetussa asetuksessa (628/1997). Se on tarkoitus uudistaa uuden yliopistolain myötä. Tutkintojen alakohtaiset tavoitteet ja opetussuunnitelmat laaditaan yliopistokohtaisesti.

Koulutuksen kehittämiskohteita ovat hoitotyössä toimivien kliinisen ja johtamisosaamisen vahvistaminen sekä hoitotyön ammattien, erityisesti vanhustyön, vetovoimaisuuden lisääminen. Kliinisen erityisosaamisen vahvistaminen on tarpeen sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa (esim. Räisänen 2002). Johtamisen kehittämisessä on kiinnitettävä huomiota monialaisiin tiimeihin, saumattomiin palveluketjuihin sekä terveyden edistämisen johtamiseen. Sairaanhoidon parissa toimivat tarvitsevat nykyistä enemmän terveyden edistämisen ja terveydenhoidon parissa toimivat sairaanhoidon valmiuksia (Jaroma 2002, Räisänen 2002). Maahanmuuttajien koulutusta varten kehitetään tukitoimia, jotka edistävät koulutustavoitteiden saavuttamista ja suomalaisen kulttuuriin integroitumista. Opetuksessa korostuvat myös näyttöön perustuvan hoitotyön sekä siihen liittyvän kriittisen ajattelun ja päätöksentekotaitojen varmistaminen (esim. Elomaa 2003, Kuokkanen 2000, Stenfors 1999).

Tavoitteet

- Terveysalan koulutuksessa saadut valmiudet vastaavat väestön terveystarpeiden, terveydenhuollon ammatinharjoittamisen, terveystieteiden tavoitteiden, terveydenhuollon työelämän ja sen kehittämisen sekä teknologian vaatimuksia.
- Koulutuksen taso ja sisältö ovat yhdenmukaisia eri puolilla maata kuitenkin niin, että otetaan huomioon koulutusyksiköiden vastuu työelämän alueellisesta kehittämisestä.
- Terveysalan toisen asteen koulutuksen ja korkeakoulutuksen tarjonta vastaavat hoitotyön tehtävissä toimivien terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja terveystieteiden maistereiden alueellista kysyntää.
- Eteneminen toiselta asteelta ammattikorkeakouluun ja edelleen yliopistoon tapahtuu mahdollisimman joustavasti ja yksilöllisesti.
- Terveysalan koulutus koetaan vetovoimaisena ja alalle on riittävästi soveltuvia hakijoita.
- Opettajat tuntevat hoitotyön ammatit ja niiden tulevaisuuden kehittämistarpeet.
- Hoitotyön johtamistehtäviin tähtäävä koulutus on ensisijaisesti yliopistotasoisista ja moniammatillisista, vastaa sisällöltään ja määrältään työelämän tarpeita ja edistää johtamistyön vaatimuksiin vastaamista.

Toimenpiteet

Koulutusyksiköt huolehtivat siitä, että opetus

- vastaa terveystieteiden ammattikorkeakoulutuksesta valmistuvien valtakunnallisissa osaamiskuvauksissa ja lähihoitajakoulutuksen opetussuunnitelman perusteissa määritellyjä osaamisvaatimuksia.
- perustuu hoitotieteen ja muiden tieteenalojen ajankohtaiseen ja arvioituun tutkimustietoon.
- perustuu yksilöiden, perheiden ja väestön terveystarpeisiin sekä terveystieteisiin painoalueisiin.
- mahdollistaa valmiuksien saamisen asiakaslähtöisten, potilasturvallisuuden, palvelujen saatavuuden ja toimivuuden sekä hoidon jatkuvuuden turvaavien toimintatapojen soveltamiseen, moniammatilliseen yhteistyöhön sekä tiimi- ja verkostotyöskentelyyn.
- kattaa teoreettisen tiedon, hoitoperiaatteiden ja hoitotyön menetelmien opiskelun erilaisissa toimintaympäristöissä sekä harjaantumisen eri ikäisten ja monikulttuuristen asiakkaiden terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämiseen ja edistämiseen.

- mahdollistaa valmiuksien saamisen näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamiseen, kriittiseen ajatteluun, itsenäiseen tiedonhankintaan sekä itsensä, työyhteisön ja alan jatkuvaan kehittämiseen, oman ja työyhteisön työn laadun hallintaan, taloudelliseen toimintatapaan sekä teknologian ja tietotekniikan hyödyntämiseen.

Koulutusyksiköt huolehtivat

- yhdessä hoitotyössä toimivien ja hoitotyön johtajien kanssa määrällisten ja laadullisten työvoimatarpeiden ennakoinnista alueellisella tasolla.
- koulutusrakenteen ja ammattirakenteiden vastaavuuden arvioinnista ja kehittamisestä työelämän tarpeiden pohjalta.
- opiskelijavalinnan kehittamisestä yhteistyössä työelämän edustajien kanssa.
- opettajien kliinisen ammattitaidon ylläpitämisestä ja kehittämisestä sekä hoitotyön kehittämiskohteiden edellyttämistä valmiuksista.
- hoitotyön johtajien koulutuksen uudistamisesta ja tarjonnan lisäämisestä työelämän tarpeiden ja eläkepoistuman mukaisesti.

4.2.2 Koulutuksen sisällön kehittäminen yhteistyössä työelämän kanssa

Hoitotyön koulutuksen tulee vastata yhteiskunnan ja työelämän tarpeisiin sekä joustavasti ja yksilöllisesti myös opiskelijoiden oppimistarpeisiin. Ammattikorkeakoulun tehtävänä on perustehtävänsä ohella kehittää ammattikorkeakoulutusta sekä työelämää alueellisella ja paikallisella tasolla (L 351/2003). Uuteen yliopistolakiin ehdotetaan säännöstä, joka velvoittaa yliopistot toimimaan vuorovaikutuksessa ympäröivän yhteiskunnan kanssa ja edistämään tutkimustulosten yhteiskunnallista vaikuttavuutta (Opetusministeriö 2003). Ammatillisen koulutuksen tehtävänä on kehittää työelämää sekä edistää työllisyyttä (L 630/1998). Nämä kehittämistehtävät edellyttävät terveystieteiden painoalueiden, väestön terveys- tarpeiden ja niihin vastaamisessa tarvittavien valmiuksien tuntemista, niiden vertaamista koulutuksessa saatuihin valmiuksiin sekä koulutuksen uudistamista työelämän kehittämisvaatimusten mukaisesti.

Koulutuksen laatua kehitetään itsearviointin, yhteistyötahojen ja ulkopuolisten arvioitsijoiden antaman palautteen sekä laaja-alaisten laadunhallintajärjestelmien avulla. Koska koulutuksessa sidotaan yhteen teoria, ammattitoiminta ja ympäristön vaateet, koulutuksen ja työelämän yhteistyö on välttämätöntä. Ohjatun harjoittelun ja työssäoppimisen kehittäminen ovat avainasemassa työelämässä tarvittavien valmiuksien takaamiseksi ja opiskelun liittämiseksi työelämää tukeviin kehittämishankkeisiin. Ohjattua harjoittelua on kehitetty muiden ohella itsearviointin, hyvien käytäntöjen tunnistamisen ja uusien menetelmien (esim. Ylipulli-Kairala & Lohiniva 2002) sekä opiskelijoiden työkirjojen (esim. Suomen Terveystieteidenhoitajaliitto 2001) avulla. Terveystieteidenhoitajien ja am-

mattikorkeakoulujen yhteistyönä on toteutettu harjoittelupaikkojen hoitotyön laadunvarmistukseen (esimerkki 27), opiskelijaohjaukseen (Halsinaho 2002) ja -arviointiin, harjoittelun toteuttamiseen ja ohjaajien ohjaus- ja arviointivalmiuksiin liittyviä kehittämishankkeita sekä kokeiltu moniammatillista harjoittelua (esimerkki 28). Yhteistyössä yliopiston kanssa on kehitetty potilasopetusta (esimerkki 29). Toisen asteen koulutukseen sisältyvää työssäoppimista varten on laadittu opiskelijaohjauksen ohjeistusta ja harjoittelusopimusmallit sekä kehitetty ohjaajien valmiuksia (esimerkki 30). Yliopistoissa on kehitetty hoitotieteen professoreiden tehtäviä erikoissairaanhoidon lisäksi perusterveydenhuollossa (esimerkki 31). Sosiaali- ja terveysministeriössä on valmisteltu myös terveysalan koulutukseen kuuluvaan työssäoppimiseen ja ohjattuun harjoitteluun liittyvät suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003).

Koulutuksen ja työelämän yhteistyöhön liittyviä kehittämiskohteita ovat yhteistyömuotojen ja -rakenteiden kehittäminen, harjoittelupaikkojen hoitotyön ja ohjauksen laadun varmistaminen, opiskelijoiden arvioinnin kehittäminen ja ohjaajien valmiuksien parantaminen sekä hoitotyön toimintatapojen kehittäminen.

Tavoitteet

- Työelämän ja koulutuksen välillä on toimivat yhteistyömuodot ja rakenteet ohjatun harjoittelun ja työssä oppimisen kehittämiseksi sekä tiedonkulun varmistamiseksi.
- Harjoittelupaikan hoitotyön laatu täyttää etukäteen asetetut laatuvaatimukset, ja henkilöstö antaa opiskelijoille hyvän roolimallin.
- Ohjauksen laatu on varmistettu, ja kaikilla ohjaajilla on ohjauksen ja opiskelijoiden arvioinnin edellyttämät valmiudet.
- Harjoittelun arviointi perustuu koulutuksen ja työelämän yhdessä määrittelemiin kriteereihin.

Toimenpiteet

Koulutuksen ja työelämän edustajat

- sopivat paikallisella yhteistyösopimuksella ohjatun harjoittelun ja työssä oppimisen työnjaosta ja vastuusta.
- kokeilevat esimerkiksi yhdysopettaja- tai työpaikkaopettaja-järjestelmää ja työkiertoa perustamalla yhteisiä opettajien toimia sairaaloihin ja terveyskeskuksiin.
- laativat ohjatun harjoittelun oppilaitoskohtaisen suunnittelu-, arviointi- ja seurantajärjestelmän.

- laativat ohjattuun harjoitteluun ja työssä oppimiseen yhtenäiset hoitotyössä toimivilta vaadittavat kliiniset ammattitaitovaatimukset.
- kokeilevat monialaista harjoittelua.
- kehittävät yhteistyössä toimintatapoja näyttöön perustuvan hoitotyön toiminnan edistämiseksi.
- käyttävät työelämän ja koulutuksen systemaattisessa kehittämisessä hyväksi yhteisiä hankkeita ja työelämään kehittämistarpeisiin perustuvia opinäytetöitä, ennakoivat osaamistarpeita, osallistuvat opetussuunnitelmien laatimiseen sekä kliinisten erikoistumisopintojen, urakehitysmallien ja täydennyskoulutuksen kehittämiseen.
- laativat harjoittelun arviointikriteerit, jotka perustuvat hoitotyössä toimivilta vaadittaviin kliinisiin ammattitaitovaatimuksiin.
- järjestävät kaikille ohjaajille lisäkoulutusta ohjauksesta ja opiskelijoiden arvioinnista.

4.2.3 Hoitotyössä tarvittavan osaamisen ylläpitäminen ja vahvistaminen

Koulutuksella on keskeinen tehtävä hoitotyössä tarvittavan osaamisen ylläpitämisessä ja vahvistamisessa. Siihen kuuluu työelämän tarpeiden ennakointi ja koulutusten suunnittelu ja järjestäminen. Työelämän ja toimintaympäristön muuttuminen edellyttää jokaiselta hoitotyössä toimivalta kykyä kehittää omaa asiantuntijuuttaan ja elinikäisen oppimisen periaatteen sisäistämistä. Terveystieteiden ammattihenkilölaki (599/1994) velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa. Työnantajan on luotava edellytykset täydennyskoulutukseen osallistumiselle. Työterveyshuoltolaki (1383/2001) velvoittaa työterveyshuollon työnantajaa huolehtimaan siitä, että työterveyshuollon ammattihenkilö ja asiantuntija osallistuvat riittävästi, kuitenkin vähintään kolmen vuoden välein, ammattitaitoaan ylläpitävään täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutusvelvollisuus koskee myös itsenäisenä ammatinharjoittajana työterveyshuoltotehtävissä toimivaa terveydenhuollon ammattihenkilöä.

Vuoden 2004 alusta tulevat voimaan kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain muutokset, jotka koskevat terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulusta sekä työntekijän ja työnantajan velvollisuuksia (HE 65/2003). Lisäksi on tarkoitus antaa asetuksella tarkempia ohjeita täydennyskoulutuksen sisällöstä, laadusta, määrästä, järjestämisestä, seurannasta ja arvioinnista. Näitä säädösmuutoksia täydentävät terveydenhuollon valtakunnalliset täydennyskoulutussuositukset (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003).

Täydennyskoulutus toteutetaan terveydenhuollon toimintayksiköiden perustehtävään liittyvää ammatillista osaamista ylläpitävänä koulutuksena ja toiminnan pitkäjänteiseen kehittämiseen liittyvänä, ammatillista osaamista kehittäväenä ja eri-

koistavana koulutuksena (esimerkki 32). Täydennyskoulutukseen liitetään myös toimintatapojen kehittämistä ja uralla etenemismahdollisuuksia. Terveystieteiden ammattihenkilöiden työnjaon kehittäminen edellyttää osaamisen varmistamista ja riittävää täydennyskoulutusta. (Harju & Risikko 2003)

Urakehitys tukee työssä kehittymistä pitkäjänteisesti ja suunnitelmallisesti sekä korostaa asiantuntijuuden merkitystä hoitotyössä. Urakehitystä voidaan tukea jo sairaanhoitajan peruskoulutuksessa, kun opetussuunnitelmatyö perustuu työelämälähtöisten ja näyttöön perustuvien koulutustarpeiden ennakointiin työelämän, koulutuksen ja opiskelijoiden yhteistyönä. Myöhemmin koulutuksen tehtävänä on edistää urakehitysohjelmien luomista ja toteuttamista yhteistyössä työelämän kanssa. Lähtökohtana on jokaisen työntekijän vastuu omasta tehtävästään ja potilaan hyvästä hoidosta. Tavoitteena on varmistaa hoitotyön hyvä laatu. (Esimerkit 19, 20, 21 ja 22, Meretoja 1999, Mäkelä ym. 2003.) Mentoroinnin käyttäminen työyhteisön kehittämismenetelmänä on lisääntynyt. Sen avulla edistetään työssä oppimista ja ammatillista kehittymistä (esimerkki 33).

Koulutuksen kehittämiskohteita osaamisen ylläpitämiseksi ovat väestön ikärakenteen, terveystarpeiden ja terveydenhuollon toimintatapojen uudistamisen edellyttämän täydennyskoulutuksen järjestäminen, urakehitysohjelmien tukeminen sekä työelämän kannalta keskeisten ammatillisten erikoistumisopintojen vertaillavuuden varmistaminen. Tehtäväkuvien laajentaminen edellyttää kliiniseen hoitotyöhön, vastaanottotoimintaan, näyttöön perustuviin hoitokäytäntöihin ja oman työn kehittämiseen liittyvien valmiuksien vahvistamista. Perusterveydenhuollossa korostuvat yleisimpien kansantautien primaari-, sekundaari- ja tertiäriprevenktion sekä erikoissairanhoidossa kliiniseen erityisosaamiseen liittyvät vaatimukset. Uudet toimintatavat edellyttävät myös sähköiseen potilasohjaukseen ja -neuvontaan sekä konsultointiin liittyviä valmiuksia.

Tavoitteet

- Hoitotyössä toimiville on tarjolla suunnitelmallista, jatkuvaa ja uralla etenemistä tukevaa täydennyskoulutusta, jossa käytetään innovatiivisia aikuiskoulutukseen ja etäopiskeluun soveltuvia menetelmiä.
- Työelämälähtöinen ja omaehtoinen täydennyskoulutus vastaavat terveyspoliittisia painoalueita sekä hoitotyön ja terveydenhuollon muuttuvia tarpeita.
- Hoitotyössä toimivien urakehityksen tukeminen perustuu yhteisiin kansallisiin linjauksiin.
- Osaamisen kehittäminen liittyy toiminnan ja asiantuntijuuden kehittämiseen.
- Työelämään palaavien ja ulkomaisen hoitohenkilöstön osaaminen vastaa työelämän vaatimuksia.

Toimenpiteet

Koulutuksen ja työelämän edustajat

- suunnittelevat terveydenhuollon jatkuvan täydennyskoulutuksen yhteistyössä käytännön hoitotyön, tieteellisten ja ammatillisten järjestöjen edustajien kanssa.
- varmistavat eri ammattikorkeakoulujen työelämän kannalta keskeisten ammatillisten erikoistumisopintojen vertailtavuuden opetusministeriön johdolla laadittavien yhtenäisten linjausten perusteella.
- kokeilevat uusia täydennyskoulutusmuotoja, esimerkiksi työssä oppimista ja kouluttajien 'jalkautumista' työelämään, sekä arvioivat niiden vaikuttavuutta.
- liittävätkin kehittämissuomiin täydennyskoulutusta.
- luovat yhteistyössä viranomaistahojen, Suomen Kuntaliiton sekä alan tieteellisten ja ammatillisten järjestöjen kanssa yhteiset linjaukset urakehityksen tukemiseksi.
- järjestävät työelämään takaisin palaaville täydennyskoulutusta monimuoto-opetuksena yksilöllisten tarpeiden mukaan.
- perehdyttävät ulkomaiset työntekijät suomalaiseseen terveydenhuoltoon, sitä koskevaan lainsäädäntöön ja terveydenhuollon kulttuuriin sekä terveydenhuollon suomenkieliseen sanastoon.

LÄHTEET

Ammattikorkeakoululaki 351/2003.

Elomaa L. 2003. Research evidence implementation and its requirements in nursing education. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D, osa 532. Turun yliopisto.

Halsinaho E. 2002. Uusi näkökulma opiskelijaohjaukseen. Klinikkaopettajien avulla tehostetaan hoitotyön oppimista ohjatussa harjoittelussa. Lasaretti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin lehti 3, 22.

Harju A. & Risikko P. 2003. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksen nykytila ja parhaat käytännöt. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002: 23.

Jaroma A. 2000. Koulutus ja tuleva toiminta hoitotyössä. Kysely kättilö-, sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoille. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 83. Kuopion yliopisto.

Kuokkanen R. 2000. Opiskelijoiden päätöksenteon kehittyminen osana ammattitaitoa sairaanhoitajakoulutuksessa. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Meretoja R. 1999. Sairaanhoitajien urakehitysmalli. Sairaanhoitaja 72 (8), 6.

Mäkelä N., Leiwo L., Paunonen T., Tiikkanen P., Liimatainen L., Tervo M. & Heikkilä J. 2003. Opetussuunnitelma sairaanhoitajan osaamisen ja urakehityksen tukena. Sairaanhoitaja 76 (8), 16-19.

Opetushallitus. 2001. Sosiaali- ja terveystieteen perustutkinto 2001. Määräys 7/011/2001. Hakapaino, Helsinki.

Opetusministeriö. 2001. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintoviikkomäärät. Saatavissa Internetistä, 26.11.2003: www.minedu.fi/julkaisut/.

Opetusministeriö. 2003. Luonnos hallituksen esitykseksi eduskunnalle laiksi yliopistolain muuttamisesta, 16.9.2003.

Räisänen A. 2002. Hoitotyöntekijöiksi valmistuvien osaaminen. Vertailututkimus opistoasteelta ja ammattikorkeakouluista valmistuvien hoitotyöntekijöiden hoitotyön toimintojen hallinnasta sekä opetuksen ja opiskelun painotuksista. Turun yliopiston julkaisuja C 17. Turun yliopisto.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Suomen 1990-luvun terveydenedistämisen politiikan kansainvälinen arviointi ja kehittämissuhteet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2002: 18.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. Ohjattu harjoittelu ja työssäoppiminen terveysalan koulutuksessa. Suositus sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille. (Julkaisematon käsikirjoitus.)

Stenfors P. 1999. Tieteellisen ja kriittisen ajattelun kehitys hoitotyön koulutuksessa. Seuranta-
tutkimus sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja- ja kättilökoulutuksesta. Acta Universitatis Tampe-
rensis 657. Tampereen yliopisto.

Suomen Terveydenhoitajaliitto. 2001. Terveydenhoitajaopiskelijan ohjatun harjoittelun työkirja.
Helsinki.

Ylipulli-Kairala K. & Lohiniva V. (eds.) 2002. Development of supervised practice in nurse
education. Oulu and Rovaniemi Polytechnics. Publications of the Finnish Higher Education
Council 14. Saatavissa Internetistä, 26.11.2003: www.kka.fi.

4.3 Tutkimus hoitotyön käytännön ja johtamisen tukena

Hoitotyöhön liittyvää tutkimusta tehdään eri tieteenaloilla. Tutkimusta tehdään yliopistojen hoitotieteen ja muilla laitoksilla, tutkimuslaitoksissa, ammattikorkeakouluissa sekä sellaisissa terveydenhuollon toimintayksiköissä, joissa on tutkijakoulutuksen saanutta henkilöstöä. Suomen Akatemian terveydenhuollon tutkimusohjelma on asettanut tutkimukselle terveydenhuoltoon liittyviä keskeisiä sisällöllisiä teema-alueita (Suomen Akatemia 2003). Erillistä kansallista hoitotyötä tukevaa tutkimusstrategiaa ei ole tehty, mutta ensimmäisessä kansallisessa hoitotyön strategiassa oli tutkimuksen ja tutkimustoiminnan kehittämisen painopistealueita (Perälä 1997).

Hoitotieteellisen ja sitä sivuavan tutkimuksen painopisteitä on määritelty yliopistojen ja tutkimuslaitosten tutkimusohjelmissa. Niistä on koottu viimeisiä saatavilla olevia tietoja taulukkoon 12 (Erikson ym. 2002, Isola & Lahdenperä 2002, Leino-Kilpi ym. 2002, Saranto ym. 2002, Stakes 2003a ja 2003b, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2002, Åstedt-Kurki & Paavilainen 2002).

Suomen Akatemia teetti vuosilta 1997 – 2002 hoitotieteen tieteenala-arvioinnin, jonka toteutti kansainvälinen paneeli. Arviointi koski hoitotieteen tieteellistä laatua, tutkijakoulutusta ja tutkimuksen yhteiskunnallista relevanssia. Arvioitsijoiden mukaan hoitotieteen kehittäminen on Suomessa päässyt hyvään vauhtiin. Hoitotieteen tutkimuksen tulisi kohdentua entistä enemmän terveydenhuollon ja väestön kannalta merkittäviin aiheisiin. Huomiota tulisi kiinnittää hoitotyön toiminnan tuloksiin ja tutkimustulosten käyttöön näyttöön perustuvassa toiminnassa. Myös yliopistojen, tutkimuslaitosten ja terveystalvelujärjestelmän välisen yhteistyön lisääminen sekä poikkitieteellisen tutkimuksen kehittäminen olisi tärkeää. (Academy of Finland 2003.)

Hoitotieteellisestä tutkimuksista on tehty joitakin analyysyjä (esim. Haapaniemi ym. 2003, Kaila-Behm & Vehviläinen-Julkunen 1997, Leino-Kilpi & Suominen 1997, Leino-Kilpi ym. 2001, Naumanen-Tuomela 2003, Partanen & Perälä 1997). Tutkimuksia, kuten yliopistojen opinnäytetöitä ei ole hyödynnetty systemaattisesti hoitotyössä.

Taulukko 12. Hoitotieteellisen ja sitä sivuavan tutkimuksen painopisteet yliopistoissa ja tutkimuslaitoksissa.

Laitos	Tutkimuksen painopisteet	
Kuopion yliopisto - Hoitotieteen laitos - Terveystieteiden ja - talouden laitos	Lasten, nuorten ja perheiden terveyden edistäminen Lasten kivun hoito ja arviointi Terveystieteen liittyvä elämänlaatu erilaisissa potilasryhmissä Terveystieteen ja siihen liittyvät eettiset ja oikeudenmukaisuuskysymykset Kansalaisten terveyteen liittyvät tarpeet, palvelujen kysyntä ja käyttö	Terveystieteen koulutuksen tutkimus Hoitotyön johtaminen ja sen vaikuttavuus Terveystieteen ja kulttuuri Sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen ohjaus, johtaminen ja organisointi Palvelujärjestelmän menetelmien kehittäminen ja arviointi
Oulun yliopisto	Gerontologisen hoitotieteen kehittäminen Pitkäaikaisesti sairaan hoitoon sitoutuminen ja selviytyminen	Kirurgisesti tai konservatiivisesti hoidettujen potilaiden elämänlaatu, elämäntapa ja kuntoutus Potilasohjauksen kehittäminen
Tampereen yliopisto	Perhehoitotieteen kehittäminen: Hoitamisen perusteiden ja lähtökohtien tutkimus, Perheiden hoitamisen kliininen tutkimus	
Turun yliopisto	Hoitamisen arvoperusta ja etiikka Kliinisen hoitotyön arviointi ja kehittäminen	Terveystieteen oppimisen ja organisaatioiden arviointi ja kehittäminen
Åbo Akademi	Hoitamisen perustan ja ytimen tutkimus Kliininen perustutkimus	Hoitotieteen didaktiikka Terveystieteen huollon hallinto Poikkitieteellinen tutkimus
Sosiaali- ja terveystieteen tutkimus- ja kehittämiskeskus, Stakes	Hoidon, hoitotyön ja palvelujen laatu, laatumittarit ja laatusuosituksien Asiakas ja omaisen palvelujärjestelmässä Mielenterveys ja mielenterveystyö Hoitotyö väestön terveyden edistämisen tukena	Palvelurakenne, palveluiden käyttö, ja palvelujärjestelmän toimivuus, johtaminen ja arviointi Toimintakäytäntöjen kehittäminen asiakas- ja väestönäkökulmasta Ikääntyneiden elinolot ja asenteet

Tässä strategiassa tutkimuksen tehtävä on

- tuottaa tietoa asiakkaiden, ryhmien ja väestön terveydentilasta ja terveystarpeista.
- tuottaa tietoa menetelmistä, joilla yksilön ja asiakasryhmien terveystarpeisiin vastataan, kehittää menetelmiä sekä arvioida niiden vaikuttavuutta ja tuloksellisuutta.
- tuottaa tietoa palvelurakenteesta sekä toiminta- ja johtamiskäytännöistä, kehittää näitä menetelmiä ja arvioida niiden vaikuttavuutta ja tuloksellisuutta.

Lisäksi tutkimuksen ja koulutuksen asiantuntijoiden tehtävänä on

- tukea asiantuntemuksellaan hoitotyön palvelujen ja koko terveydenhuoltojärjestelmän kehittämistä ja arviointia.

Seuraavassa on esitetty tutkimuksen pitkántähtäyksen tavoitteita. Tavoitteiden saavuttaminen on yhteydessä siihen, miten tutkimusta tekevät tahot kohdentavat ja yhdistävät voimavarojaan ja laativat mielekkään työnjaon sekä miten painopisteille saadaan kohdennettua voimavaroja.

4.3.1 Tiedon tuottaminen asiakkaiden terveystarpeista

Tutkimuksen painopisteinä ovat valtakunnallisten terveystieteiden strategioiden ja ohjelmien painopisteet (esim. Sosiaali- ja terveysministeriö 2000, 2001a ja b, 2002a, b ja c), joista tutkimus tuottaa tietoa tunnistamalla alueita, joihin hoitotyössä toimivien tulisi erityisesti suunnata toimintaansa. Suomen hoitotieteellinen tutkimus on yhteydessä alan kansainvälisen tutkimuksen linjauksiin (esim. ICN 1999, WENR 2002, WHO 2002) ja noudattaa alan eurooppalaisen tutkimuspolitiikan suosituksia (Council of Europe 1996).

Tavoitteet

- Tuotetaan tietoa yksilöiden ja asiakasryhmien terveystarpeista mm. Terveys 2015 –kansanterveysohjelman painopistealueilta, kuten lasten, nuorten, työkäisten ja ikääntyneiden terveydestä, sekä voimavaroista.

Toimenpiteet

Tutkimusta tekevät tahot

- tekevät tutkimusta terveystarpeisiin liittyvistä asiakasryhmittäisistä eroista ja erityistukea tarvitsevista ryhmistä.
- kokoavat aikaisempaa tietoa tekemällä katsauksia yksilöiden ja ryhmien keskeisistä terveystarpeista ja tunnistavat tiedon aukot, joilta tutkimusta tarvitaan.
- tutkivat tekijöitä, joilla on merkitystä
 - yksilöiden ja asiakasryhmien terveysongelmien ehkäisemisessä, terveyden ylläpitämisessä ja edistämisessä,
 - sairaudesta toipumisessa ja sairauden kanssa arkielämässä selviytymisessä sekä
 - elämisen laadulle laitoshoidossa.

4.3.2 Terveystarpeisiin vastaamisen menetelmien kehittäminen ja vaikuttavuuden arviointi

Hoitotyössä ja koko terveydenhuollossa korostetaan näyttöön perustuvaa päätöksentekoa ja toimintaa. Sen edellytyksenä on yhtäältä tiedon saaminen menetelmien vaikuttavuudesta ja toisaalta tuotetun tiedon käyttö päätöksenteossa ja asiakkaiden hoidossa (Perälä 1999, 2000). Hoitotyössä käytettyjen menetelmien vaikuttavuudesta on toistaiseksi rajoitetusti tutkimustietoa (Lauri 2003, Partanen & Perälä 1997).

Uuden tiedon tuottaminen ja tiedon tiivistäminen vaativat tutkimuksen asiantuntemusta, kun taas tutkimustiedon käyttäminen on hoitotyön johtajien ja hoitotyössä toimivien vastuulla (Perälä 2000). Hoitotyön johtajat ja hoitotyössä toimivat perustavat toimintansa uusimpaan tutkimustietoon (mm. yksittäiset ja meta-analyttiset tutkimukset, FinOHTAn välittämä tieto menetelmistä) ja hoitosuosiin (Suomen sairaanhoitajaliitto 2003: Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim: Käypä Hoito -suositukset) sekä koko toimintaympäristön asiantuntemukseen. Tutkijat tarvitsevat hoitotyössä ja sen johtamisessa toimivilta tiedon niistä uusista tai vanhoista menetelmistä, joiden vaikuttavuutta tulisi tutkia. Tutkijat voivat kehittää menetelmiä ja tuottaa tietoa jo kehitettyjen menetelmien vaikuttavuudesta kokoamalla tehtyjä tutkimuksia, arvioimalla niitä (systemoidut kirjallisuuskatsaukset ja meta-analyysit) ja välittämällä tietoa yleistajuisessa muodossa.

Tavoitteet

- Kehitetään ja arvioidaan menetelmiä, joilla lisätään yksilöiden ja asiakasryhmien hoidon vaikuttavuutta ja osoitetaan niihin liittyviä näyttöön perustuvia hoitotyön interventioita.
- Käynnistetään valtakunnallisia menetelmien arviointiin liittyviä tutkimusprojekteja.
- Organisoidaan menetelmien arviointitutkimus hoitotyössä osaksi terveydenhuollon arviointitutkimusta.

Toimenpiteet

Tutkimusta tekevät tahot

- kehittävät menetelmiä, arvioivat menetelmien vaikuttavuutta ja tuottavat systemoituja katsauksia menetelmistä alueilla, joilla yksilöiden ja asiakasryhmien
 - terveyttä voidaan ylläpitää ja edistää,
 - sairaudesta toipumista voidaan edistää,
 - sairauden kanssa arkielämässä selviytymistä voidaan edistää ja
 - elämisenlaatua laitoshoidossa voidaan lisätä.
- käynnistävät yhteistyötä valtakunnallisen menetelmien arviointitutkimuksen kanssa.
- käynnistävät valtakunnallisia projekteja, joissa kehitetään hoitotyön suosituksia.

4.3.3 Tiedon tuottaminen henkilöstöstä, palvelurakenteesta sekä toiminta- ja johtamiskäytännöistä

Tiedon tuottaminen henkilöstöstä, palvelurakenteesta sekä toiminta- ja johtamiskäytännöistä on edellytys toiminnan suunnittelulle ja seurannalle. Kokonaiskuvan muodostumiseksi toiminnasta tarvitaan tietoa henkilöstön määrän ja rakenteen suhteesta asiakasrakenteeseen, asiakkaille tarjolla olevien hoitojen ja palveluiden toimivuudesta, toiminta- ja johtamiskäytännöistä sekä muista aineellisten ja henkisen hyvinvoinnin edellytyksistä työyhteisössä.

Tavoitteet

- Tuotetaan tietoa palvelujen toimivuudesta, johtamisesta ja henkilöstöstä sekä näihin liittyvistä tekijöistä.

Toimenpiteet

Tutkimusta tekevät tahot

- laativat systemoituja katsauksia hoitotyön johtamisen painoalueista kuten johtamiskäytännöistä ja hyvän johtajuuden edellytyksistä,
- kohdistavat tutkimusta alueille, jotka tuottavat tietoa
 - hoitotyön henkilöstön määrästä, rakenteesta ja valmiuksista erilaisissa toimintayksiköissä.
 - hoitotyön koulutuksen antamien valmiuksien ja työelämän vaatimusten vastaamisesta.
 - henkilöstön hyvinvoinnista ja osaamisesta sekä näihin yhteydessä olevista asioista.
 - sosiaali- ja terveydenhuollon, kolmannen sektorin sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluiden saumakohdista ja asiakkaan hoitoketjuista sekä asiakaslähtöisistä toimintamalleista ja palvelukokonaisuuksien johtamisesta.
 - hoitotyön johtamistehtävissä tarvittavasta asiantuntemuksesta ja siitä, miten asiantuntemusta vahvistetaan.

4.3.4 Toiminta- ja johtamiskäytäntöjen kehittäminen ja vaikuttavuuden arviointi

Terveydenhuoltotutkimuksessa eräänä keskeisenä sisältönä on terveydenhuollon vaikuttavuus ja tehokkuus sekä terveydenhuollon uusien menetelmien ja tieto- ja viestintäteknologian hallittu hyödyntäminen (Suomen Akatemia 2003). Tässä tarkastelu kohdistuu myös toiminta- ja johtamiskäytäntöihin sekä uusien ja aiemmin kehitettyjen käytäntöjen vaikuttavuuteen, joilla potilaan hoidon jatkuvuutta, palvelujen inhimillisyyttä ja saatavuutta sekä henkilöstön hyvinvointia lisätään. Tähän kuuluvat asiakaslähtöisten toimintatapojen, hoitokokonaisuuden huomioivien ja palvelujen rajapinnat ylittävien käytäntöjen vaikuttavuuden arviointi samoin kuin henkilöstön jaksamista, hyvinvointia ja ammattitaidon ylläpitämistä tukevien toimintatapojen arviointi.

Tavoitteet

- Kehitetään toimintaympäristön erityisvaatimukset huomioivia toiminta- ja johtamiskäytäntöjä sekä henkilöstön ammattitaidon ja hyvinvoinnin ylläpitämisen menetelmiä.
- Arvioidaan uusien ja vanhojen toiminta- ja johtamiskäytäntöjen, henkilöstön ammattitaidon ja hyvinvoinnin ylläpitämisessä käytettyjen menetelmien vaikuttavuutta.

Toimenpiteet

Tutkimusta tekevät tahot

- kehittävät menetelmiä ja arvioivat uusien ja vanhojen menetelmien vaikuttavuutta seuraavilla painopistealueilla
 - potilaan hoidon jatkuvuutta, palvelujen inhimillisyyttä ja saatavuutta lisäävät toiminta- ja johtamiskäytännöt.
 - johtamisen menetelmät, joilla tuetaan henkilöstön osaamista ja hyvinvointia (esimerkiksi urakehitysohjelmat, portfolioit, täydennyskoulutus).
 - organisaatio- ja sektorirajat ylittävät toiminta- ja johtamiskäytännöt.
 - hoitotyön johtamisen menetelmät, joilla edistetään näyttöön perustuvaa toimintaa.
- lisäävät hoitotyön toimintakäytäntöjen ja johtamisen vaikuttavuuden tutkimisessa tarvittavaa metodologista tietämystään.
- toimivat niin, että toiminta- ja johtamiskäytäntöjen arviointitutkimus voidaan liittää osaksi valtakunnallista menetelmien arviointitutkimusta.

4.3.5 Mittareiden kehittäminen vaikuttavuuden, laadun ja kustannusten seurantaan

Toiminnan vaikuttavuuden, laadun ja kustannusten seurantaan painotetaan valtakunnallisissa laatusuosituksissa. Tämän edellyttää luotettavia hoitokokonaisuuksien huomioivia menetelmiä, mittareita ja indikaattoreita, joita voidaan käyttää toiminnan seurannassa tuottamaan monipuolista tietoa. Määrävälein kerätty näyttö/tieto tuottaa pitkällä aikavälillä seurantatietoa, jota voidaan käyttää jatkuvan laadun kehittämisen lisäksi myös vaikuttavuustutkimuksessa sekä työyksiköiden välisessä vertailussa ja kehittämisessä (benchmarking). Tutkimuksen tehtävä on kehittää luotettavia seuranta- ja arviointimenetelmiä, joita voidaan käyttää jatkuvassa laadun ja käytännön toiminnan vaikuttavuuden seurannassa.

Tavoitteet

- Tutkimuksella kehitetään ja testataan menetelmiä ja työvälineitä hoitotyön laadun, vaikuttavuuden ja kustannusten jatkuvaan seurantaan.

Toimenpiteet

Tutkimusta tekevät tahot tuottavat

- laatumittareita ja -indikaattoreita tarvittaessa yhdessä muiden terveydenhuollon toimijoiden kanssa.
- tietojärjestelmien taustalla olevia hoidon tarve-, toiminto- ja lopputulosluokituksia ja käsitejärjestelmiä tarvittaessa yhdessä muiden terveydenhuollon toimijoiden kanssa.
- hoitokokonaisuuden huomioivia arviointimenetelmiä toiminnan vaikuttavuuden arviointiin.
- menetelmiä, joilla voidaan arvioida ja seurata työntekijöiden valmiuksien kehittymistä (urakehitys, portfolio) työyksikössä.
- menetelmiä, joilla hoitotyön palvelujen kustannuksia voidaan seurata.

4.3.6 Parhaan ajantasaisen näytön käyttöön yhteistyöllä

Tutkimustiedon siirtymistä käytännön toiminnaksi sekä näyttöön perustuvaa päätöksentekoa voidaan lisätä tutkijoiden, opettajien ja hoitotyön johtajien ja käytännön työntekijöiden saumattomalla yhteistyöllä. Jotta tutkijat ja kouluttajat voivat antaa asiantuntemustaan myös toiminnan kehittämiseen käytännössä, tarvitaan koulutuksen, tutkimuksen ja käytännön edustajien uudenlaista ajattelua sekä uusia rakenteita ja toimintakäytäntöjä. (Perälä 1999, 2000.)

Tavoitteet

- Luodaan rakenteita ja yhteistyökäytäntöjä, jotka mahdollistavat tutkimuksen ja koulutuksen asiantuntemuksen hyödyntämisen toiminnan kehittämisessä terveydenhuollon toimintayksiköissä.
- Terveydenhuollon toimintayksiköihin ja tutkimus- ja koulutusorganisaatioihin luodaan toimintakulttuuri, johon kuuluu tutkimuksesta tiedottaminen ja tutkimukseen liittyvän asiantuntemuksen antaminen terveydenhuollon toimintayksiköille.
- Tutkijoiden ja kouluttajien asiantuntemus ja tuki on tarvittaessa hoitotyön johtajien käytössä.

Toimenpiteet

Tutkimusta tekevät tahot

- luovat yhteistyössä hoitotyön johtajien ja käytännön edustajien kanssa keskinäistä yhteistyötä edistävän toimintakulttuurin ja yhteistyökäytännöt (yhteistyöhankkeita, joissa ko. asiaa edistetään).
- antavat asiantuntemusta hoitotyön toiminnan kehittämisessä ja muuttamisessa sekä toiminnan arvioinnissa (arviointitutkimus, vaikuttavuustutkimus).
- antavat asiantuntemustaan näyttöön perustuvan toimintastrategian laadinnassa ja tutkimustulosten soveltamisessa käytäntöön.
- antavat asiantuntemustaan, kun lisätään käytännössä työskentelevien tutkimuksen lukemisen ja muita tutkimusvalmiuksia.
- osallistuvat hoitosuositusten laatimiseen ja niiden toteutumisen arviointiin.
- edistävät tutkimustulosten hyödyntämistä kirjoittamalla tutkimusraportit yleiskielellä, raportoimalla tuloksista yleistajuisesti ja ilmaisemalla tutkimustulosten merkitys käytännölle ja tulosten soveltamisala.
- kehittävät tutkimusten abstraktien informatiivisuutta ja laatua antamalla sisältöä kuvaavia hakusanoja (hakusanojen yhtenäistäminen kansallisesti).
- käynnistävät toimenpiteitä, joita tarvitaan tutkimusta tekevissä ja koulutusorganisaatioissa sekä palvelujärjestelmässä, jotta tutkijoiden ja kouluttajien jalkautumista käytäntöön tapahtuisi alueellisesti ja paikallisesti (mm. yhteisten toimien, nimikko- ja yhdysopettajien tai vastaavien nimeäminen alueen organisaatioihin).

LÄHTEET

- Academy of Finland. 2003. Nursing and Caring Sciences. Evaluation report. Publications of the Academy of Finland 12/03.
- Council of Europe. 1996. Nursing Research Report and Recommendations. European Health Committee, Strasbourg.
- Erikson K, Bondas T. & Kasén A. 2002. Den vårdvetenskapliga forskningstraditionen vid Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. *Hoitotiede* 14(6), 307-315.
- Haapaniemi H., Routasalo P. & Lauri S. 2003. Hoitotieteellinen vanhustutkimus: analyysi vuosina 1979-2000 Suomessa tehdyistä yliopistollisista opinnäytetöistä. *Hoitotiede* 15, 89-99.
- ICN. 1999. Position statement on nursing research. Saatavissa Internetistä, 28.11.2003 www.icn.ch/psresearch99.htm.
- Isola A. & Lahdenperä T. 2002. Oulun yliopiston hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos Pohjois-Suomen väestön hyvinvoinnin edistäjänä. *Hoitotiede* 14(6), 283-292.
- Kaila-Behm A. & Vehviläinen-Julkunen K. 1997. Miehestä isäksi – katsaus hoitotieteelliseen tutkimukseen. *Hoitotiede* 9(1), 12-24.
- Lauri S. (toim.) 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. WSOY, Helsinki.
- Leino-Kilpi H. & Suominen T. 1997. Suomalainen hoitotieteellinen tutkimus 1950-luvulta nykypäivään. *Hoitotiede* 2, 55-65.
- Leino-Kilpi H, Routasalo P. & Salaneterä S. 2002. Hoitotieteellinen tutkimus Turun yliopistossa. *Hoitotiede* 14(6), 299-306.
- Leino-Kilpi H., Välimäki M., Dassen T., Gasull M., Leminidou C., Scott A. & Arndt M. 2001. Privacy: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* 38(6), 663-71.
- Naumanen-Tuomela P. 2003. Katsaus työterveyshoitajan työhön liittyviin tutkimuksiin Suomen yliopistoissa. *Kasvatus* 4, 416-424.
- Partanen P. & Perälä M-L. 1997. Menetelmien arviointi hoitotyössä. Kansallisen ja kansainvälisen kirjallisuuden systemoitu kirjallisuuskatsaus. *FinOhta & THTY, FinOHTAn raportti 7, Stakes*.
- Perälä M-L. (toim.) 1997. Hoitotyön suunta. *Strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Stakes*.
- Perälä M-L. 1999. Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Teoksessa: Simoila R., Kangas R. & Ranta J. (toim) *Hoitotyötä johtamaan. Kirjayhtymä, Helsinki, 53 – 67*.
- Perälä M-L. 2000. Evidence-based practice and clinical effectiveness. Second WHO Ministerial Conference on Nursing and Midwifery. Munich, Germany 15 – 17 June 2000. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2000.

- Saranto K, Hyvärinen H. & Kinnunen J. 2002 Terveystalouden ja -talouden laitos sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen, organisoimisen, terveyspolitiikan, -talouden ja tietohallinnon tutkimuksen yksikkönä. *Hoitotiede* 14(6), 273-282.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2000. Terveystalouden kansainvälinen yhteistyö - suunta ja linjat. Kansainvälisten asiain toimisto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000: 19.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001a. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010 - kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001: 3.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001b. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveystalouden 2015 - kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002a. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Väliraportti. Terveystalouden rahoitus, rahoituksen taso ja vakaus, rahoituskanavat ja voimavarojen kohdentaminen, valtionosuusjärjestelmä, kuntalaskutus, asiakasmaksupolitiikka, valtion ohjausjärjestelmien kehittäminen.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002b. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Väliraportti. Toimenpide-ehdotukset palvelujärjestelmän toiminnallisten muutosten ja hallinnollisten rakenteiden uudistamiseksi sekä tehokkuuden ja taloudellisuuden lisäämiseksi.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002c. Sosiaali- ja terveyskertomus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:11.
- Stakes. 2003a. Ikääntyminen ja palvelut. Saatavissa Internetistä, 4.12.2003: www.stakes.fi/palvelut/ikaantyneet
- Stakes. 2003b. Käytäntöjen tutkimusryhmä (KÄY). Saatavissa Internetistä, 4.12.2003: www.stakes.fi/palvelut/KAY.
- Suomen Akatemia. 2003. Terveystaloututkimuksen tutkimusohjelma. Helsinki.
- Suomen sairaanhoitajaliitto. 2003. Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin -hankkeen johtoryhmä tiedottaa. Saatavissa Internetistä, 25.11.2003: www.sairaanhoitajaliitto.fi.
- Vehviläinen-Julkunen K. & Pietilä A-M. 2002. Hoitotiede Kuopion yliopistossa - alueellista vaikuttavuutta, valtakunnallista vastuuta ja kansainvälistä yhteistyötä. *Hoitotiede* 14(6), 266-272.
- Åstedt-Kurki P. & Paavilainen E. 2002. Hoitotieteellinen tutkimus Tampereen yliopistossa. *Hoitotiede* 14(6), 293-298.
- WENR. A position paper: Nursing research in Europe. 2002. Workgroup of European Nurse Researchers. Saatavissa Internetistä, 3.12.2003: www.wenr.org.
- WHO. 2002. Nursing and Midwifery Services. Strategic Directions 2002 - 2008. World Health Organization, Geneva.

5 HOITOTYÖN TAVOITE- JA TOIMINTAOHJELMAN TOIMEENPANO JA SEN TUKEMINEN

5.1 Toimeenpanon tarkoitus ja tavoitteet

Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman tarkoituksena on tukea terveystieteiden tavoitteiden ja terveydenhuollon valtakunnallisten kehittämishankkeiden toimeenpanoa hoitotyössä. Ohjelma toimii informaatio-ohjauksen välineenä, jonka avulla pyritään tukemaan hoitotyössä toimivia ja hoitotyön laadukasta järjestämistä. Toimeenpanon edellytyksenä ovat kansallinen, alueellinen ja paikallinen tahtotila ohjelman toteuttamiseksi, selkeät tavoitteet, riittävä resursointi ja riittävän pitkä aikajänne (ks. Viisainen ym. 2002). Ohjelman toimeenpano tapahtuu osallistuvan lähestymistavan kautta, jossa alueelliset ja paikalliset toimijat valitsevat ohjelmasta itselleen sopivat tavoitteet ja toimenpiteet.

Toimeenpanon tavoitteena on, että ohjelmaa hyödynnetään terveydenhuollon toimintayksiköissä. Toimeenpanon tukemisen tavoitteena on saada hoitotyössä toimivat, hoitotyön johtajat, opettajat ja alan tutkijat sitoutumaan ohjelmassa määriteltyihin tavoitteisiin. Lisäksi tavoitteena on tiedottamalla ja ohjelmasta saatua kokemusta jakamalla edistää ohjelman toimeenpanoa eri puolilla maata.

5.2 Hoitotyön suunta -strategian toimeenpanosta saatua kokemusta

Vuonna 1997 julkaistun Hoitotyön suunta –strategian toimeenpano tapahtui paikallisten ja alueellisten hankkeiden avulla. Tavoitteena oli, että strategiaa voitaisiin käyttää hyväksi työyksikötasolla toimintasuunnitelmien tekemisessä, päivittäisessä työssä sekä työpaikkakoulutuksessa. Koulutusyksiköiden ja yliopistojen toivottiin hyödyntävän strategiaa opetuksessa. Lisäksi tavoitteena oli, että ammatilliset organisaatiot voisivat liittää tavoitteet osaksi toimintaansa. (Perälä 1997.)

Toimeenpanon toteutumista arvioitiin vuonna 2000 terveyskeskuksille, sairaaloille, sairaanhoitopiireille, yliopistoille, ammattikorkeakouluille ja –instituuteille, työmarkkina- ja ammattijärjestöille, lääninhallituksille sekä eräille asiantuntijoille tehdyllä kyselyllä. Vastaajista 75 % (N= 241) tunsi strategian ja noin puolet oli hyödyntänyt strategiaa omassa organisaatiossaan. Eniten strategiaa oli hyödynnetty sairaaloissa ja koulutuksessa sekä vähiten perusterveydenhuollossa. Opettajista ja tutkijoista noin kaksi kolmasosaa ja ylihoitajista 60 % mutta sairaanhoitajista ja osastonhoitajista vain noin kolmasosa hyödynsi strategiaa työssään. Toimeenpanoa vaikeuttivat puute ajasta, henkilöstöstä ja rahasta, koulutuksen puute, henkilöstön heterogeenisuus sekä muiden ammattiryhmien ja johdon tuen puute. Toimeenpanoa haittasivat myös organisaatiomuutokset ja muut kehittämishankkeet. Strategian hyödyntämistä edistivät tiedottaminen, lääninhallituksen ja sairaanhoitopiirin järjestämä koulutus sekä julkaisun hyvä saatavuus. Toimeenpa-

non tueksi toivottiin kansallisia ja alueellisia seminaareja sekä projekteja. Yhteistyön tehostamista eri tahojen välillä pidettiin tärkeänä ja sitä toivottiin lisäävän. Strategian sähköisen version uskottiin edistävän toimeenpanoa. (Perälä ym. 2003.)

5.3 Avainhenkilöt tavoite- ja toimintaohjelman toimeenpanossa

Hoitotyön johtajat, opettajat ja tutkijat ovat avainhenkilöitä hoitotyön tavoite- ja tavoiteohjelman toimeenpanossa. Hoitotyön johtajien tehtävänä on varmistaa, että työyhteisössä kaikki tietävät toiminnan strategiset ja työyksikkökohtaiset tavoitteet (Sireeni 2001). Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmassa määritellään terveystieteisiin tavoitteisiin ja terveydenhuollon kehittämishankkeisiin perustuen hoitotyön kansalliset tavoitteet ja niihin liittyvät toimenpiteet. Hoitotyön johtajat konkretisoivat ne alueellisissa ja organisaatioiden omissa toimintasuunnitelmissa (ks. esimerkiksi Mäkinen 2002). Hoitotyön johtajat luovat aineelliset ja aineettomat edellytykset hoitotyön ja henkilöstön kehittämiseksi, näyttöön perustuvalle toiminnalle ja palveluiden laadulle (Oranta ym. 2002, Perälä 1999, Simoila 2001).

Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman tiedottamista ja toimeenpanoa ei voi vastuuttaa ainoastaan hoitotyön johtajille, sillä tiedon kulku organisaatioissa pelkästään johtajatasolta käytännön hoitotyöhön voi olla epäsystemaattista ja hidasta. Ohjelman toimeenpanoa on tuettava sekä johtaja- että henkilöstötasolla esimerkiksi alueellisten ja paikallisten hankkeiden avulla. Valtakunnallisella ja alueellisella tiedotus- ja julkaisutoiminnalla pyritään siihen, että kaikki hoitotyössä toimivat saavat tietoa ohjelmasta ja työyksiköissä on mahdollisuus valita oman toiminnan kannalta merkittävät tavoitteet ja toimenpiteet ohjelmasta. Ideaalista olisi, jos tavoite- ja toimintaohjelmasta pystytään kertomaan kaikille hoitotyöntekijöille toimipaikkakoulutuksena ja muuna ammatillisena lisäkoulutuksena vuoden 2004 aikana.

Opettajat voivat käyttää tavoite- ja toimintaohjelmaa opetussuunnitelmien laatimisessa ja oppimateriaalina terveysalan toisen asteen koulutuksessa ja ammattikorkeakoulutuksessa. Ohjelmaa voidaan käyttää oppimateriaalina myös terveystieteellisessä yliopistokoulutuksessa. Hoitotyön johtamisen, alan tutkimuksen ja koulutuksen välistä yhteistyötä tehostamalla ja uusia yhteistyörakenteita luomalla saadaan tutkimustieto ja tutkijoiden asiantuntemus tukemaan hoitotyön käytännön kehittämistä. Tutkijoiden vastuulla on uuden tiedon tuottaminen ja tiivistäminen käytännössä hyödynnettävään muotoon. Tutkijat tukevat asiantuntemuksellaan terveydenhuollon kehittämistä ja arviointia.

5.4 Tavoite- ja toimintaohjelman toimeenpano ja sen tukeminen

Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman toimeenpano perustuu valtakunnallisten ohjelmien toimeenpanoa koskeviin suosituksiin. Niiden mukaan paikalliset toimijat pyritään sitouttamaan ohjelman linjauksiin niin, että heille syntyy kokemus ohjelman omistajuudesta. Siksi hoitotyön työryhmän jäseniksi nimettiin jo ohjelman laatimisvaiheessa toimeenpanosta vastaavien tahojen edustajia. (Ks. Viisainen ym. 2002)

Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmaa voidaan hyödyntää hoitotyötä ja terveydenhuollon koko kenttää koskevassa strategia- ja kehittämistyössä. Sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset ovat päävastuussa ohjelman toimeenpanosta osana niiden normaalia toimintaa.

Ohjelman toimeenpanoa varten terveyskeskukset ja sairaanhoitopiirit

- valitsevat ohjelmasta painoalueet ja tavoitteet omiin strategioihinsa ja toimintasuunnitelmiinsa,
- tiedottavat ohjelmasta omalle henkilöstölle ja sidosryhmille,
- käyttävät ohjelmaa uusien työntekijöiden rekrytoinnissa, perehdytyksessä, toimipaikkakoulutuksessa ja muussa ammatillisessa lisäkoulutuksessa,
- käynnistävät kehittämishankkeita osana ohjelman toimeenpanoa sekä
- osallistuvat toimeenpanoon liittyvään alueelliseen yhteistyöhön lääninhallitusten, yliopistojen, ammattikorkeakoulujen ja toisen asteen ammatillisten oppilaitosten kanssa.

Hallintoylihoitajat, ylihoitajat, johtavat hoitajat ja osastonhoitajat vastaavat ohjelmaa koskevasta tiedottamisesta sekä organisaation sisäisestä ohjelman toimeenpanosta. Hoitotyössä toimivat voivat hyödyntää ohjelmaa jokapäiväisessä hoitotyössä toimintayksikön ja työyksikön toimintasuunnitelmiin perustuen. Näin ollen jokainen hoitotyössä toimiva voi omaksua ohjelman tavoitteet osaksi ammatillista osaamistaan.

Terveysalan toisen asteen koulutuksessa, ammattikorkeakoulutuksessa ja terveystieteellisessä yliopistokoulutuksessa ohjelmaa käytetään

- oppimateriaalina sekä
- tutkimus- ja kehittämistyön suuntaamisessa hoitotyön käytännön kehittämisen tukemiseksi.

Lääninhallitukset ja sairaanhoitopiirit sekä terveystakeskukset tukevat toimeenpanoa alueellisella ja seudullisella tasolla

- tiedottamalla ohjelmasta,
- käynnistämällä ja koordinoimalla kehittämishankkeita osana ohjelman toimeenpanoa sekä
- kokoamalla hoitotyön alueellisia ja seudullisia verkostoja ja asiantuntijaryhmiä.

Kehittämishankkeet toteutetaan seudullisessa ja alueellisessa sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisessä yhteistyössä. Kehittämishankkeissa tehdään yhteistyötä myös terveysalan koulutusyksiköiden ja yliopistojen kanssa sekä käytetään Stakesin eri yksiköiden asiantuntija-apua.

Ministeriö yhteistyössä Stakesin, lääninhallitusten ja Suomen Kuntaliiton kanssa tukee ohjelman toimeenpanoa

- järjestämällä lääneittäin alueelliset seminaarit ohjelman tunnetuksi tekemiseksi ja toimeenpanon käynnistymisen tukemiseksi,
- järjestämällä työseminaareja, joissa toimeenpanosta vastaavat tahot jakavat tietoa ja vaihtavat kokemuksia toimeenpanovaiheen etenemisestä sekä kertovat ohjelmaan liittyvistä hankkeista sekä
- selvittämällä mahdollisuuksia koota rekisteri hankkeista, jotka tukevat ohjelman toimeenpanoa.

Ammattijärjestöt tukevat ohjelman toimeenpanoa

- ottamalla ohjelman osaksi toimintaansa,
- alueellisessa ja paikallisessa yhteistyössä hoitotyön johtajien kanssa ja
- käsittelemällä ohjelmaa koulutustilaisuuksissa.

Alueelliset seminaarit järjestetään keväällä 2004. Työseminaareja pyritään järjestämään säännöllisesti. Ensimmäinen työseminaari järjestetään vuonna 2005, seuraava vuonna 2006 ja viimeinen vuonna 2007. Toimeenpanon seuraamisen ja arvioimisen tarkoituksena on saada tietoa siitä, kuinka toimeenpano on onnistunut, mitkä tekijät ovat sitä edistäneet ja estäneet sekä miten ohjelmaa hyödynnetään ja mitä mukana olevat tahot voivat oppia toistensa kokemuksista ja hankkeista.

5.5 Tiedottaminen ja toimeenpanon arviointi

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa ohjelman valtakunnallisesta tiedottamisesta ja julkaisutoiminnasta sekä tukee alueellista tiedottamista tarpeen mukaan. Ohjelmasta tiedotetaan hoitotyön valtakunnallisissa ja alueellisissa tapahtumissa sekä ammattilehdissä. Julkaisun levittämisessä ja toimeenpanon seurannassa käytetään myös sähköisiä tiedotuskanavia. Selvitetään mahdollisuudet hankkia ohjelmalle oma extranet-järjestelmä, jolloin kaikki ohjelmaan liittyvät asiakirjat ovat kaikkien ohjelman piirissä toimivien saatavilla samassa paikassa. Selvitetään myös mahdollisuutta luoda ohjelmalle omat Internet-sivut.

Toimeenpanoa arvioidaan tutkimusten avulla. Niiden tuloksia voidaan verrata Hoitotyön suunta –strategian toimeenpanosta tehtyyn arviointitutkimukseen.

5.6 Toimeenpanon tukemisesta aiheutuvat kustannukset

Sosiaali- ja terveysministeriö on varannut määrärahan hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman toimeenpanon tukemiseksi vuodelle 2003. Vuosien 2004 – 2007 osalta laaditaan kustannusarvio vuosittain osana ministeriön talousarvion valmistelua. Ohjelman toimeenpanosta vastaavat tahot voivat anoa ohjelman toimeenpanoa varten rahoitusta normaalin käytännön mukaisesti sosiaali- ja terveysministeriön, lääninhallitusten sekä muiden tahojen hankerahoitusjärjestelmien kautta.

LÄHTEET

- Mäkinen A. 2002. Hoitotyön alueellinen strategiaryhmä. Hyvä hoito. Satakunnan sairaanhoitopiirin hoitotyön lehti 1, 41-42.
- Oranta O., Routasalo P. & Hupli M. 2002. Sairaanhoidaja tutkimustiedon hyödyntäjänä – estävät ja edistävät tekijät. *Hoitotiede* 14(1), 26-37.
- Perälä M-L. (toim.) 1997. Hoitotyön suunta. Strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Stakes.
- Perälä M-L. 1999. Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Teoksessa: Simoila R., Kangas R. & Ranta J. (toim.). *Hoitotyötä johtamaan. Hygieia*, Helsinki, 53-67.
- Perälä M-L., Vallimies-Patomäki M. & Kuivalainen S. 2003. Hoitotyön suunta – strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Arviointitutkimus strategian käytöstä ja toimivuudesta. (Julkaisematon käsikirjoitus.)
- Simoila R. 2001. Hoitotyön johtaja näyttöön perustuvan hoitotyön mahdollistajana. *Ylihoitajalehti* 29(2), 4-7.
- Sireni M-L. 2001. Esimies ja henkilöstön motivointi. *Sairaanhoidaja* 74(7), 15-17.
- Viisainen K., Saalasti-Koskinen U., Perälä M-L., Kinnunen J. & Teperi J. 2002. Terveystieteiden huolto 2000 –luvulle –hankkeen alueellisen toimeenpanon arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2002:8.

HOITOTYÖN TYÖRYHMÄ

Toimikausi: 1.1.2002 – 31.3.2003

- Puheenjohtaja Marjukka Vallimies-Patomäki, ylitarkastaja, sosiaali- ja terveysministeriö
- Varapuheenjohtaja Merja Miettinen, toimialueylihoitaja, Keski-Suomen keskussairaala

Jäsenet:

- Terttu Jääskeläinen, opetusneuvos, opetusministeriö
- Maire Kolimaa, ylitarkastaja, sosiaali- ja terveysministeriö
- Ritva Larjomaa, erityisasiantuntija, Suomen Kuntaliitto
- Leena Koponen, ylihoitaja, Helsingin yliopistollinen keskussairaala
- Anneli Rauhasalo, hallintoylihoitaja, Kymenlaakson sairaanhoitopiiri
- Pirkko Tervo, johtava ylihoitaja, Oulun yliopistollinen sairaala
- Tiina Mäkelä, kehityspäällikkö, Lahden sosiaali- ja terveysvirasto
- Sirpa Rautiainen, ylihoitaja, Mikkelin terveyskeskus
- Sinikka Soukka, johtava hoitaja, Vieskan terveydenhuollon kuntayhtymä

Asiantuntijat:

- Marja-Leena Perälä, tutkimuspäällikkö, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes
- Sirkka Lauri, professori, Turun yliopisto
- Marjaana Pelkonen, dosentti, Sairaanhoidon Tutkimuslaitos
- Katriina Laaksonen, puheenjohtaja, Suomen sairaanhoitajaliitto
- Merja Kumpula, puheenjohtaja, Suomen Kätilöliitto
- Eeva-Liisa Urjanheimo, puheenjohtaja, Suomen Terveystieteidenliitto
- Tuula Pitkänen, koulutusasiain sihteerit, Tehy
- Arja Niittynen, kehittämisspäällikkö, SuPer
- Iselin Krogerus-Therman, toimialajohtaja, Arcada-Nylands svenska yrkeshögskola
- Arja Kaila, terveydenhuollon tarkastaja, Itä-Suomen lääninhallitus, 7.8.2002 asti
- Paula Naumanen-Tuomela, terveydenhuollon tarkastaja, Itä-Suomen lääninhallitus, 8.8.2002 lähtien
- Ritva Korte, koulutuslajohtaja, Tavastia

Sihteerit:

- Auli Tukiainen, osastonhoitaja, Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, 31.8.2002 asti
- Jaana Perttunen, sairaanhoitaja, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, 1.9.2002 lähtien

Liite 2.

HOITOTYÖN TAVOITE- JA TOIMINTAOHJELMALUONNOSTA KOSKENUT KUULEMISTILAISUUS SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖSSÄ

Ajankohta: 3.2.2003

Kirjalliset lausunnot:

Pääsihteeri Taru Koivisto, Kansanterveyden neuvottelukunta, sosiaali- ja terveysministeriö

Ylijohtaja Eila Uotila ja ylilääkäri Pirjo Pennanen, Terveystieteiden tutkimuskeskus

Kehittämispäällikkö Irma Kiikkala, Stakes / Mielenterveys

Kehittämispäällikkö Päivi Voutilainen, Stakes / Ikääntyminen ja palvelut

Kehittämispäällikkö Niina Kovanen ja suunnittelija Heidi Anttila, Stakes / FinOHTA

Hallintoylihoitaja Kaija Nojonen, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, hallintoylihoitaja Anja Seppälä, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri ja hallintoylihoitaja Kaarina Torppa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, yhteinen lausunto

Operatiivisen tulosalueen ylihoitaja Pirjo Aho, Satakunnan sairaanhoitopiiri, Satakunnan sairaanhoito-piirin, Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin yhteinen lausunto

Hallintoylihoitaja Annikki Thodén, Helsingin kaupungin terveysvirasto ja hallintoylihoitaja Anja Vannes, Turun kaupungin terveysvirasto, yhteinen lausunto

Johtava ylihoitaja Sirkka Kukkola, osastonhoitaja Outi Luoma, sairaanhoitaja Sirpa Orava, sairaanhoitaja Eeva Sahari, perushoitaja Eeva Alho, Riihimäen seudun terveyskeskuksen ky, johtava ylihoitaja Eeva Mikkola, Forssan seudun terveydenhuollon ky ja johtava hoitaja Aino Hirvonen, avohoidon ylihoitaja Riitta Nykänen, vastaanoton osastonhoitaja Eija Peltonen, Sisä-Savon terveydenhuollon ky, yhteinen lausunto

Puheenjohtaja Karl-Gustav Södergård ja toiminnanjohtaja Anneli Juutinen, Suomen Potilasliitto ry

Osastopäällikkö Merja Merasto, Tehy ry/Hallinnon jaosto

Puheenjohtaja Katriina Laaksonen ja hallituksen jäsen Inkeri Nousiainen, Suomen sairaanhoitajaliitto ry / Johtamisen asiantuntijaryhmä ja Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin –projekti

Puheenjohtaja Ann-Marie Turtiainen, Terveystieteiden akateemiset johtajat ja asiantuntijat ry

Apulaistoiminnanjohtaja Santero Kujala ja järjestöpäällikkö Erkki Laakso, Suomen Lääkäriliitto

Professori Helvi Kyngäs, Hoitotieteen professorikunta/Oulun yliopisto, Kuopion yliopisto, Tampereen yliopisto, Turun yliopisto ja Hoitotieteiden tutkimusseura HTTS ry, yhteinen lausunto

Puheenjohtaja Katariina Rajj, Ammattikorkeakoulujen terveysalan koulutusjohtajien valtakunnallinen verkostoryhmä

Hallituksen puheenjohtaja Marianne Mustajoki, Sairaanhoitajien koulutussäätiö

MÜNCHENIN JULISTUS
SAIRAANHOITAJAT JA KÄTILÖT:
VAIKUTTAJIA TERVEYDEN EDISTÄMISEKSI

17.6.2000

Maailman terveysjärjestön II hoito- ja kätilötyötä koskeva ministerikokous käsittelee Euroopan kuuden miljoonan sairaanhoitajan ja kätilön ainutlaatuista osuutta ja panosta terveyden kehittämisessä ja terveyspalvelujen järjestämisessä. Ensimmäisen, yli kymmenen vuotta sitten Wienissä pidetyn WHO:n ministerikokouksen jälkeen Euroopassa on saavutettu joitakin edistysaskeleita sairaanhoitajien ja kätilöiden aseman vahvistamiseksi ja heidän kykyjensä hyödyntämiseksi täysimittaisesti.

WHO:n Euroopan alueen jäsenvaltioiden terveysministereinä, jotka osallistuvat Münchenin kokoukseen:

USKOMME, että sairaanhoitajat ja kätilöt ovat yhä enemmän avainasemassa, kun on kyse yhteiskunnan ponnisteluista vastata aikamme kansanterveyshaasteisiin, samoin kuin sellaisten korkeatasoisten, esteettömien, tasa-arvoisten, tehokkaiden ja ihmisten tarpeet huomioivien terveyspalvelujen varmistamisesta, jotka turvaavat hoidon jatkuvuuden ja ottavat huomioon ihmisten oikeudet ja muuttuvat tarpeet.

KEHOTAMME kaikkia WHO:n Euroopan alueen asianomaisia viranomaisia tehostamaan toimintaansa hoito- ja kätilötyön vahvistamiseksi:

- varmistamalla hoito- ja kätilötyön edustajien osallistumisen päätöksentekoon *toimintapolitiikan* kehittämisen ja toteuttamisen kaikilla tasoilla;
- kiinnittämällä huomiota *esteisiin*, erityisesti rekrytointipolitiikkaan, sukupuolta ja asemaa koskeviin asioihin sekä lääketieteen valta-asemaan;
- antamalla taloudellisia kannustimia ja mahdollisuudet *uralla etenemiseen*;
- parantamalla ammatillista peruskoulutusta ja jatkuvaa *koulutusta* sekä pääsyä korkeampaan sairaanhoitaja- ja kätilökoulutukseen;
- luomalla *sairaanhoitajille, kätilöille ja lääkäreille mahdollisuudet oppia yhdessä* sekä perusopintojen että jatko-opintojen yhteydessä, jotta voitaisiin varmistaa yhä paremmin yhteistoimintaan perustuva ja monialaisempi työskentely potilaan hoidon edistämiseksi;
- tukemalla tutkimusta ja tiedon *levittämistä tiedollisen perustan ja näyttöön perustuvan toiminnan* kehittämiseksi hoito- ja kätilötyössä;

- pyrkimällä löytämään mahdollisuuksia luoda ja *tukea perhekeskeisiä yhteisöhoito- ja kätilötyön* ohjelmia ja palveluja, mukaan lukien tarpeen mukaan Family Health Nurse;
- vahvistamalla sairaanhoitajien ja kätilöiden asemaa *kansanterveyden, terveyden edistämisen ja yhteisön kehittämisen alueella*.

HYVÄKSYMME, että sitoutumista ja vakavia ponnisteluja hoito- ja kätilötyön vahvistamiseksi maissamme tulisi tukea:

- kehittämällä kattavia *strategioita työvoimasuunnitteluun* hyvin koulutettujen sairaanhoitajien ja kätilöiden riittävän määrän varmistamiseksi;
- varmistamalla, että terveydenhuoltojärjestelmän kaikilla tasoilla on olemassa *tarpeellinen lainsäädäntö ja tarvittavat sääntelyjärjestelmät*;
- tekemällä sairaanhoitajille ja kätilöille mahdolliseksi työskennellä tehokkaasti ja vaikuttavasti hyödyntäen kykyjään täysimittaisesti, sekä *itsenäisinä että toisista riippuvaisina* ammatinharjoittajina.

SITOUDEMME työskentelemään yhteistyössä kaikkien asianomaisten ministeriöiden sekä lakisääteisten ja kansalaisten muodostamien elinten kanssa, maiden sisällä, kansallisella ja kansainvälisellä tasolla, tämän julistuksen tavoitteiden toteuttamiseksi.

LUOTAMME siihen, että WHO:n Euroopan aluetoimisto antaa strategista ohjautusta ja auttaa jäsenvaltioita kehittämään yhteensovittamisjärjestelmiä silmällä pitäen yhteis-työtä kansallisten ja kansainvälisten elinten kanssa hoito- ja kätilötyön vahvistamiseksi, sekä

PYYDÄMME aluejohtajaa raportoimaan säännöllisesti Euroopan aluekomitealle ja järjestämään vuonna 2002 ensimmäisen kokouksen tämän julistuksen seurantaan ja arviointia varten.

VAKUUTUS

TERVEYS-21 SAIRAANHOITAJA

TERVEYS-21 KÄTILÖ

TERVEYS-21 sairaanhoitajana ja/tai kättilönä sitoudun käyttämään tietojani, taitojani ja inhimillisyyttäni kaikkien ihmisten terveyden hyväksi yhteiskunnassa. Tehtävänäni on työskennellä yhdessä yhteiskunnan kanssa terveyden edistämiseksi ja sen varmistamiseksi, että kaikilla ihmisillä on oikeus ennalta ehkäisyyn, hoivaan ja hoitoon. Yhdessä hoito- ja kättilötyössä toimivien kollegojeni kanssa ja yhteistoiminnassa julkisen sektorin ja muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa pyrin jatkuvasti parantamaan kykyjäni edistää terveitä elintapoja sekä työpaikkojen ja yhteisöjen terveellisyyttä. Yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen terveyden parantuminen toimii onnistumiseni mittarina. Johtoajatukseni on jatkuvasti myötätuntoinen ja eettinen hoito.

Liite 4.

Hoitotyön ja kätilötyön vahvistamista koskeva WHO:n yleiskokouksen päätöslauselma

21.5.2001

Hoitotyön ja kätilötyön vahvistaminen

54. maailman terveyskokous,
joka on tarkastellut hoitotyön ja kätilötyön vahvistamista koskevaa raporttia,

muistuttaa mieliin päätöslauselmat WHA42.27, WHA45.5, WHA 47.9, WHA 48.8 ja WHA 49.1, joissa on suositeltu toimia hoitotyön ja kätilötyön vahvistamiseksi,

tunnustaa terveyspalveluiden saatavuuden tärkeyden pyrittäessä parantamaan väestön terveyttä siten kuin Maailman terveysraportissa 2000 tähdennetään,

tunnustaa, että terveyspalveluja järjestettäessä on tärkeää käyttää hyväksi tarkoituksenmukaisia voimavaroja, henkilöstöresurssit mukaan lukien,

on tietoinen siitä, että sairaanhoitajilla ja kätilöillä on merkittävä ja kustannustehokas rooli vähennettäessä liiallista kuolleisuutta, sairastavuutta ja vammaisuutta sekä edistetäessä terveitä elämäntapoja, ja on sitä mieltä, että tarvitaan lisää toimia heidän panoksensa maksimoimiseksi,

on huolissaan sairaanhoitajien ja kätilöiden vajauksesta maailmanlaajuisesti,

tunnustaa hoitotyön ja kätilötyön palveluiden tärkeyden, sillä ne muodostavat jokaisen terveysjärjestelmän ytimen, samoin kuin niiden tärkeyden väestön terveyden kannalta,

ottaa huomioon jatkuvan tarpeen työskennellä kaikkien niiden yhteistyökumppaneiden kanssa, joiden työ vaikuttaa väestön terveyteen, terveyden edistämiseen ja terveydenhuoltoon,

1 KEHOTAA jäsenvaltioita:

- (1) edistämään terveysjärjestelmänsä kehittämistä ja uudistamaan terveydenhuoltoalaa ottamalla sairaanhoitajat ja kätilöt mukaan terveyspolitiikan muotoiluun, suunnitteluun ja toteuttamiseen kaikilla eri tasoilla,
- (2) arvioimaan uudelleen tai kehittämään ja toteuttamaan terveyttä koskevia kansallisia toimintasuunnitelmia sekä sairaanhoitajia ja kätilöitä koskevia koulutus-, lainsäädäntö-, sääntely- ja toiminnanharjoittamismalleja sekä varmistamaan, että niissä huomioidaan riittävästi ja asianmukaisesti taidot ja tiedot, joiden avulla sairaanhoitajat ja kätilöt kykenevät vastaamaan sen väestön tarpeisiin, joita he palvelevat,
- (3) luomaan laajoja henkilöstövoimavarojen kehittämisohjelmia, jotka tukevat koulutusta, työhönottoa sekä ammattitaitoisen ja motivoituneen hoitotyön ja kätilötyön työvoiman säilyttämistä terveyspalveluissa,

- (4) kehittämään ja toteuttamaan toimintapolitiikkoja ja ohjelmia, joilla varmistetaan sairaanhoitajille ja kättilöille terveellinen työpaikka ja laadukas työympäristö,
- (5) tukemaan edellä mainittuja toimia jatkuvalla hoitotyön ja kättilötyön tarpeiden arvioinnilla sekä kehittämällä, tarkastelemalla säännöllisesti ja toteuttamalla hoitotyötä ja kättilötyötä koskevia kansallisia toimintasuunnitelmia kiinteänä osana kansallista terveyspolitiikkaa,
- (6) tehostamaan sellaisen hoitotyön ja kättilötyön kehittämistä, jolla vähennetään riskitekijöitä ja vastataan terveystarpeisiin vankan tieteellisen ja kliinisen näytön perusteella,
- (7) laatimaan suunnitelmia hoitotyön palvelujen arvioimiseksi;

2 PYYTÄÄ pääjohtajaa:

- (1) tukemaan jäsenvaltioita niiden luodessa järjestelmiä, joiden avulla voidaan saada tietoa maailmanlaajuisesta henkilöstövajauksesta hoitotyössä ja kättilötyössä, mukaan lukien siirtolaisuuden vaikutus, ja niiden kehittäessä henkilöstövoimavaroja koskevia suunnitelmia ja ohjelmia, ottaen huomioon myös eettinen kansainvälinen rekrytointi,
- (2) tukemaan jäsenvaltioita niiden pyrkimyksissä vahvistaa sairaanhoitajien ja kättilöiden panosta väestön terveyden hyväksi ja ryhtymään tarpeellisiin toimiin WHO:n hoitotyön ja kättilötyön yhteistyökeskusten määrän lisäämiseksi kehitysmaissa,
- (3) varmistamaan hoitotyön ja kättilötyön asiantuntijoiden osallistumisen terveydenhuollon henkilöstövoimavarojen kokonaisvaltaiseen suunnitteluun, mukaan lukien niiden jäsenvaltioiden tukeminen, jotka käynnistävät synnytyksessä avustavia työntekijöitä koskevia ohjelmia, kehittämällä ohjeita ja koulutusohjelmia, näin laajentaen sairaanhoitajien ja erityisesti kättilöiden roolia,
- (4) jatkamaan yhteistyötä hallitusten kanssa tehokkaan yhteensovittamisen edistämiseksi kaikkien hoitotyön ja kättilötyön kehittämiseen osallistuvien tahojen ja järjestöjen välillä,
- (5) tukemaan jatkuvasti maailman hoitotyön ja kättilötyön neuvoa-antavan työryhmän Global Advisory Group on Nursing and Midwifery työtä ja ottamaan huomioon hoitotyön ja kättilötyön osallisuus ja panos WHO:n toimintapolitiikan ja ohjelmien kehittämiseen ja toteutukseen laajemmissa puitteissa,
- (6) kehittämään ja toteuttamaan järjestelmiä ja yhtenäisiä tulostittareita maiden, alueiden ja maailmanlaajuisella tasolla näiden tavoitteiden saavuttamisen seuraamiseksi ja mittaamiseksi sekä asiasta raportoimiseksi,
- (7) laatimaan pikaisesti toimintasuunnitelma hoitotyön ja kättilötyön vahvistamiseksi sekä järjestämään lopuksi sen ulkopuolinen arviointi,
- (8) pitämään Maailman yleiskokous ajan tasalla tämän päätöslauselman toteuttamisen edistymisestä sekä raportoida siitä vuonna 2003 pidettävälle 56. maailman terveyskokoukselle.

Liite 5.

Hoitotyön käytäntöä, johtamista ja koulutusta koskevat esimerkit

Esimerkki 1

PÄIHDEONGELMA RASKAUDEN AIKANA, HAL -hoitoketju Keski-Suomessa

Tausta ja tavoitteet

Suomessa syntyy arviolta 80 FAS-lasta ja noin 150 FAE-lasta vuodessa. Keski-Suomessa FAS-lapsia syntyi 1-2, eikä FAE-lasten lukumäärää täsmällisesti tiedetty. On arvioitu, että vielä enemmän syntyi lapsia, joilla on todettavissa äidin liiallisen alkoholin käytön aiheuttama keskushermoston toimintahäiriö.

Päihdeongelmaisten äitien hoidossa on tärkeintä ongelman tunnistaminen, äidin päihdeettömyyteen tai mahdollisimman vähään päihdeiden käyttöön motivoiminen sekä hänen ja koko perheen tukeminen. Hoitoketjun muita tavoitteita ovat sikiön suojeleminen päihdeiden aiheuttamilta kehitysvammaisuuksilta ja muilta häiriöiltä, saumattoman raskauden- ja synnytyksenaikaisen hoidon ja tuen varmistaminen, synnytyksen jälkeisen tukiverkoston luominen, lastensuojelun tukitoimien arviointi sekä äidin ja perheen tukeminen mahdollisessa huostaanottotilanteessa.

Toteutus

HAL-hoitoketjun kehittäminen aloitettiin Keski-Suomessa 1997 ja otettiin käyttöön vuonna 2001. Toimijat ovat neuvola, Keski-Suomen keskussairaala, sosiaalitoimi, päihdepalvelut sekä Ensi- ja Turvakoti. Päihdeongelmaisen äidin ja häneen perheensä tukeminen ja auttaminen suunnitellaan ja toteutetaan yksilöllisesti ja tiiviissä yhteistyössä hoitoketjun eri toimijoiden kanssa. Tarvittaessa järjestetään yhteisneuvotteluita kaikkien äitiä hoitavien tahojen kanssa.

Tulokset

Päihdekyselyn on todettu olevan hyödyllinen osa normaalia neuvolatoimintaa ja helpottavan keskustelun aloittamista päihdeiden käytöstä. Vuoden 2001 aikana ei Keski-Suomen keskussairaalassa diagnosoitu yhtään FAS-, FAE- tai huumevaurioitunutta lasta, vaikka hoidettavana oli 11 päihdeongelmaista äitiä. Onnistunutta yhteistyötä eri toimijoiden kanssa tehtiin ainakin viiden päihdeongelmaisen äidin kanssa. Heistä jokainen pystyi olemaan ilman päihdeitä suurimman osan raskauden ajasta eri tukitoimien avulla eikä heidän lapsillaan todettu FAS- tai FAE-oireita.

Päihdeongelmaisten äitien ja perheiden auttamista ja tukemista kehitetään Keski-Suomessa edelleen. Vuoden 2003 alussa avattiin Jyväskylässä Ensi- ja turvakotien liiton ”Pidä kiinni” –projektin osana päihdeongelmien hoitoon erikoistuva avopalveluyksikkö ja loppukeväällä aloitti päihdeongelmiin erikoistunut ensikoti.

Tuula Kiuttu, osastonhoitaja, Keski-Suomen keskussairaala,
 tuula.kiuttu@ksshp.fi
Erja Humalamäki, ylihoitaja, Keski-Suomen keskussairaala,
 erja.humalamaki@ksshp.fi

Esimerkki 2

HAIKARANPESÄ - JATKUVUUS SYNNYTTÄJÄN HOIDOSSA

Tavoitteet

Päätavoitteena on antaa odottavalle perheelle mahdollisuus valita hoidosta vastaava yksikkö, jossa synnytysten ja lapsivuoteen ajan hoidosta vastaavat kättilöt valmentavat perheet synnytykseen ja vastasyntyneen lapsen hoitoon. Synnytys ja lapsivuodeaika hoidetaan samassa yksikössä, ja samat kättilöt hoitavat perheitä koko hoitojakson ajan. Kättilöillä on mahdollisuus käyttää ammattitaitoaan laajasti hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi ja turvallisuuden luomiseksi.

Toteutus

Haikaranpesä on Kättilöopiston sairaalan yksikkö, jonka toiminta aloitettiin vuoden 1998 alussa. Haikaranpesään ilmoittaudutaan 18. viikon ultraäänitutkimuksen jälkeen. Ensi- ja uudelleensynnyttäjien valmennukset ovat erilliset. Ensisynnyttäjillä on kaksi kolmen tunnin valmennuskertaa ja uudelleensynnyttäjillä yksi. Lisäksi pareilla on mahdollisuus osallistua ryhmiin, joissa käsitellään äidin mielialojen muutoksia raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen sekä parisuhdetta ja seksuaalisuutta. Äideille järjestetään rentoutusharjoituksia ja isille ryhmiä, joissa he voivat keskustella omista tuntemuksistaan keskenään. Valmennuksen jälkeen parit tekevät synnytyssuunnitelman kättilön kanssa. Siinä käydään läpi synnytykseen liittyvät perheen odotukset, näkemykset, mahdollisuudet ja pelot. Synnytyksen jälkeisessä keskustelussa arvioidaan tapahtumien kulua suhteessa suunnitelmaan.

Tulokset

Ensimmäisenä vuonna Haikaranpesässä valmennettiin 380 asiakasta ja hoidettiin 267 synnytystä. Vuonna 2002 valmennettavia oli 1200 ja synnytyksiä 650. Valmennetuista 38 % ei voinut synnyttää Haikaranpesässä, koska heillä oli raskauteen liittyviä ongelmia tai potilaspaiikat olivat täynnä. Asiakasmäärän lisääntymiseen on pyritty vastaamaan toimintaa ja henkilökuntaa lisäämällä. Asiakasmäärät ovat kuitenkin lisääntyneet niin nopeasti, että satoja perheitä odottaa valmennukseen pääsyä. Vuonna 2003 on tarkoitus valmentaa 1500 perhettä. Määrä muodostaa Kättilöopiston synnytyksistä lähes kolmasosan.

Haikaranpesän hoitoajat ovat lyhentyneet 3,1 päivästä 2,2 päivään. Hoitoaikojen lyhydestä huolimatta perheet luottavat omiin kykyihinsä kotiutuessaan. Haikaranpesään voi tarvittaessa ottaa yhteyttä myös jälkikäteen.

Asiakaspalautteet kootaan neljästi vuodessa. Asiakkaat ovat antaneet kiitosta valmennuksesta, koska sitä antavat alan asiantuntijat, joille synnytysprosessi on tuttu ja jotka

pystyvät kertomaan hoitokäytännöistä. Mahdollisuus keskustella tulevasta tapahtumasta synnytyksiä hoitavien kätilöiden kanssa synnytyssuunnitelmaa tehtäessä on koettu hyödylliseksi ja asiakkaan näkemyksiä kunnioittavaksi. Asiakkaat pitivät hyvänä, että kätilöt, jotka hoitavat heitä sairaalassa, ovat tulleet tutuiksi jo raskauden aikana. Tämä luo turvallisen ja luottamuksellisen ilmapiirin tulevaan synnytykseen. Samalla kätilöt oppivat tuntemaan tulevat synnyttäjät ja pystyvät kirjaamaan synnytyssuunnitelmaan ne asiat, jotka ovat hoidon jatkuvuuden kannalta oleellisia.

Merja Kumpula, ylihoitaja, HUS, Naistensairaala, Kätilöopistonsairaala,
merja.kumpula@hus.fi

Esimerkki 3

NETTINEUVOLA JA HAIKARA – TIETOYHTEISKUNNAN PALVELUITA

Nettineuvola

Tausta ja tavoite

Elämisen alkuun projektissa (1996–2000) kehitettiin ja tuotteistettiin tietoteknologian avulla sosiaali- ja terveydenhuollon työprosessien kuvaaminen ja uudistaminen, sosiaali- ja terveydenhuollon verkostoitumisen kuvaaminen ja mallintaminen, äitiyshuollon palvelujen tehostaminen ja testaaminen yhteistyössä perheiden kanssa sekä opetus- ja oppimismenetelmien kehittäminen ja kokeilu. Tarkoituksena oli uudistaa äitiysneuvolatoimintaa ja varmistaa joustava palveluketju kodin, neuvolan ja synnytyssairaalan välillä.

Toteutus

Nettineuvola-hankkeen aikana monialainen asiantuntijaryhmä kuvasi laajasti nykyisen äitiyshuollon palveluketjun, selvitti uusimpien tutkimusten pohjalta äitiyshuollon kehittämistarpeita sekä kehitti tietoteknisiä ratkaisumalleja, joita pilottiperheet testasivat Kuopiossa ja Kajaanissa. Hanketta koordinoi Pohjois-Savon ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö.

Tuloksia

Kehittämistyön tuloksena syntyi Internetissä toimiva Nettineuvola-palvelu. Sitä voivat käyttää lasta odottavat perheet, äitiyshuollon eri asiantuntijat sekä kätilö- ja terveydenhoitaja-opiskelijat. Nettineuvolan päätoimintoja ovat erilaiset kanavat ja *tietopankki*, josta perheet saavat ajantasaista tietoa raskaudesta, synnytyksestä, synnytyksen jälkeisestä ajasta ja vastasyntyneen hoidosta sekä yleistä tietoa terveydestä ja hyvinvoinnista. Tietosisältöä hyödynnetään myös uusien työntekijöiden perehdyttämisessä. *Neuvontakanavan* kautta perheet voivat konsultoida asiantuntijaa ja saada kysymyksiinsä henkilökohtaisen vastauksen. *Keskustelukanavassa* perheet voivat keskustella anonyyminä vertaisryhmien, samassa elämänvaiheessa olevien perheiden kanssa. *Palautekanavan*

kautta käyttäjät voivat antaa palautetta. Nettineuvolan ylläpitoa helpottamaan on luotu omat *työkalut sisällöntuotannolle ja toimituskuntatyöskentelylle*.

Haikara

Tausta ja tavoite

Haikara-projekti käynnistyi vuonna 2000 Nettineuvolan pohjalta KYSin ja Novogroup-yrityksen aiempien synnytystietojärjestelmien uudistamistarpeiden myötä. Tavoitteena oli rakentaa moniammatillisena yhteistyönä nykyaikainen, asiakaslähtöinen ja saumattoman tiedonkulun mahdollistava tietojärjestelmä terveystieteiden ja sairaalan välille.

Toteutus

Haikaran sisältöryhmä muodostettiin käytännön työntekijöistä, ja ohjelma toteutettiin Windows-ympäristössä. Äitiyshuollon sähköisessä tiedonsiirto- ja sairauskertomusjärjestelmässä raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan seurantatieto kirjataan samaan tietokantaan. Tietosisältö on yhteinen kaikille äitiyshuollon ja äidin tai sikiön hoitoon liittyville yksiköille perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Ohjelma on ainoa koko äitiyshuollon kattava tietojärjestelmä, ja se on rakennettu nykyajan vaatimin tietosuojaturvauksin.

Tuloksia

Haikara-ohjelma on ollut käytössä KYSissä Naistentautien ja synnytysklinikan sisäisessä tiedonkulussa sekä Lasten klinikan vastasyntyneiden teho-osastolla vuodesta 2002 alkaen. Keväällä 2002 seitsemän neuvolaa aloitti perusterveydenhuollon osion pilotoinnin. Käyttöä on sittemmin laajennettu äitiyshuollon palveluketjun eri osiin. Kehitystyö ja käyttökokemukset ovat olleet myönteisiä, ja ohjelmasta on ollut hyötyä asiakkaan hoidossa. Haikaran kehitystyöhön liittyy kiinteästi myös tutkimusyhteistyö Kuopion yliopiston kanssa.

Pirkko Kouri, yliopettaja, Pohjois-Savon ammattikorkeakoulu, Pirkko.Kouri@pspt.fi

Annukka Vaattovaara, ylihoitaja, KYS, Naistentautien ja synnytysklinikka

Päivi Heiskanen, projektikoordinaattori, kättilö, KYS, Naistentautien ja synnytysklinikka, Paivi.Heiskanen@kuh.fi

Helena Kulin, projektipäällikkö, oh, KYS, Naistentautien ja synnytysklinikka, Helena.Kulin@kuh.fi

Esimerkki 4

VAUVAPERHEEN ARJEN VOIMAVAROJEN TUNNISTAMINEN JA VAHVISTAMINEN NEUVOLASSA

Tausta ja tavoite

Vauvaperheen arjen voimavarojen tunnistaminen ja vahvistaminen neuvolassa on osa Voimavarainen vanhemmuus – terveellinen lapsuus –projektia. Hanke toteutettiin toimintatutkimuksen keinoin vuosina 2000-2003 yhteistyössä Pohjois-Karjalan terveydenhoitajien kanssa. Projektin tavoitteena oli vahvistaa vanhempien hyvinvointia ja voimavaroja, jotta he osaavat ja jaksavat tukea oman lapsensa tervettä kasvua ja kehitystä. Tavoitteena oli myös lisätä terveydenhoitajien ja kättilöiden valmiuksia lapsiperheiden tukemiseksi voimavaralähtöistä ja perhekeskeistä periaatetta noudattaen.

Toteutus

Vauvaperheiden voimavarojen ja niitä kuormittavien tekijöiden tunnistamiseksi laadittiin apulomake sekä perheiden että terveydenhoitajien käyttöön. Apulomake sisälsi kuusi aihepiiriä, joiden tiedettiin aikaisemman tutkimustiedon perusteella olevan olennaisia vauvaperheissä: vauvan syntymän jälkeinen uusi elämäntilanne, vanhemmuus ja vauvan hoito, parisuhde, perheen tukiverkosto, perheen terveys ja elämäntavat ja perheen tulevaisuudennäkymät. Avoimilla kysymyksillä tiedusteltiin muita voimaa antavia tai kuormittavia tekijöitä. Saatekirjeessä isää ja äitiä pyydettiin ottamaan kunkin aihealueen väittämiin (yht. 52) kantaa mieluiten yhdessä keskustelemalla. Työryhmän jäsenet kokeilivat ja arvioivat lomaketta vuosina 2001 - 2002. Palautetta kerättiin sekä asiakailta että työntekijöiltä itseltään. Kiteellä kerättiin lisäksi pieni aineisto 6 - 10 kuukauden ikäisten vauvojen vanhemmilta. Mittaria muokattiin saadun palautteen pohjalta. Palaute mittarin käytöstä on ollut rohkaiseva.

Tuloksia

Terveydenhoitajien näkökulmasta perheiden voimavarojen tunnistaminen kehittyi ja voimavarakeskeisestä keskustelusta tuli osa neivolakäyntejä. Perheiden kannalta tarkasteltuna mittari aktivoi vanhempia keskustelemaan aihealueista, joista ei ehkä muuten olisi tullut keskusteltua. Halutessaan vanhemmat voivat keskustella aiheista myös neivolakäynneillä. Terveydenhoitajan on myös luontevaa palata aihepiireihin vastaanottokäynneillä. Voimavaramittari osoittaa vanhemmille ja neuvolassa työskenteleville, että neuvolassa ollaan kiinnostuneita lapsen kehityksen ja kasvun tukemisen lisäksi perheestä lapsen kehitys- ja kasvu ympäristönä. Lomake on sittemmin otettu käyttöön projektissa mukana olevissa kunnissa asiakasperheille, joiden ensimmäinen lapsi on 3 - 5 kuukauden ikäinen. Lisäksi projektin pohjalta on kehitetty voimavaramittari ensimmäistä lastaan odottavan perheen voimavaraisuuden tunnistamiseen.

Tuovi Hakulinen, yliopettaja, Laurea AMK, terveystalo, tuovi.hakulinen@laurea.fi

Marjaana Pelkonen, ylitarkastaja, sosiaali- ja terveystministeriö, marjaana.pelkonen@stm.vn.fi

Esimerkki 5

PERHEINTERVENTIO MASENTUNEIDEN LASTEN VANHEMMILLE

Tavoite

OYSin psykiatrian poliklinikalla vuonna 2002 toteutetun perheintervention tavoitteena on huomioida sellaiset lapset, joiden toisella tai molemmilla vanhemmilla on masennus ja mielialahäiriö, ja antaa lapsille mahdollisuus elää hyvin vanhemman masennuksesta huolimatta. Perheinterventio on uusi työväline, mutta se ei korvaa muita hoitomuotoja vaan tukee ja täydentää niitä. Perheintervention avulla uudistetaan depression hoitokäytäntöä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä liittämällä interventio osaksi masennuksen hyvää hoitoa.

Toteutus

Vanhempien istunnoissa käydään heidän kanssaan läpi menetelmä, keskustellaan puolison kokemuksista ja vanhempien huolista ja apuun liittyvistä toiveista sekä selvitetään lasten tilannetta. Lasten kanssa käydään läpi asioita, joista vanhemmat ovat toivoneet puhuttavan, arvioidaan heidän käsityksiään vanhemman sairaudesta ja selvitetään asioita, joista lapset ovat huolissaan. Lasten selviytymistä pohditaan yhdessä vanhempien kanssa. Perheistunnossa luodaan etukäteen sovituista aiheista keskustelua lasten ja vanhempien välille. Nuorimmat perheinterventioon soveltuvat lapset ovat yleensä 4 - 5 - vuotiaita.

Hanke on toteutettu osana Stakesin valtakunnallista Toimiva perhe –hanketta. OYSin psykiatrian klinikalla on vuoden aikana työskennelty 20 perheen kanssa. Syksyllä 2002 hankkeessa koulutettiin 26 työntekijää, jotka edustivat perusterveydenhuoltoa, mielen-terveystyötä sekä aikuis- ja lastenpsykiatria. Keväällä 2003 koulutettiin toinen työntekijäryhmä. Projektin työntekijät saavat myös työnohjausta. Hankkeessa toimivilla tiimeillä on mahdollisuus tarvittaessa lastenpsykiatriseen apuun. Hankkeeseen liitetään myös valtakunnallisia ja alueellisia tutkimuksia.

Tuloksia

Alustavien tulosten mukaan perheinterventio soveltuu hyvin perusterveydenhuoltoon ja on tehokasta ehkäisevää toimintaa. Vanhemmat toivovat, että perheinterventio liitettäisiin aina masennushoitoon. Interventio auttaa perhettä keskustelemaan avoimesti tilanteesta. Tulevaisuudessa perheinterventio voidaan ulottaa myös sellaisiin perheisiin, joiden vanhemmilla on vaikeita somaattisia sairauksia.

Mika Niemelä, perheterapeutti, sairaanhoitaja, OYS, psykiatrian klinikka, mi-
ka.niemela@ppshp.fi

Leena Väisänen, perheterapeutti, erikoislääkäri, OYS, psykiatrian klinikka, lee-
na.vaisanen@ppshp.fi

Esimerkki 6

KIVA KOULU –KEHITTÄMISHANKKEELLA TERVEYTTÄ JA HYVINVOINTIA KOULUYHTEISÖÖN

Tavoite

Hankkeen päämääränä oli kehittää koulun henkilökunnan, oppilaiden ja vanhempien sekä kouluterveydenhuollon yhteistyönä toimintamalleja ja kouluympäristöä siten, että ne tukevat oppilaiden tasapainoista kasvua sekä ehkäisevät syrjäytymistä ja keskeisiä kansantauteja. Hankkeella pyrittiin kehittämään ja vakiinnuttamaan pysyviä koulukoh- taisia terveyttä edistäviä toimintakäytäntöjä.

Toteutus

Kiva Koulu kehittämishanke toteutettiin pohjoiskarjalaisessa yhtenäiskoulussa (perus- opetuksen 0-9 luokat) vuosina 1996 – 2000. Hanketta koordinoi työryhmä, jossa oli opettajia, koulun muuta henkilökuntaa, oppilaita, vanhempia, kouluterveydenhoitaja ja tutkija. Käytännön toiminta liittyi oppilaiden terveyden edistämiseen (terveystiedon opetussuunnitelma, ensiapu ja elämäntaidot valinnaiskurssi, tupakoimattomuuskilpailut ja tapahtumat), oppilaskunnan ja tukioppilastoimintaan, oppilashuollon ja verkostotyön kehittämiseen, henkilöstön koulutukseen, kodin ja koulun yhteistyöhön, tiedottamiseen sekä lapsia ja nuoria koskevaan poliittiseen päätöksentekoon vaikuttamiseen.

Tuloksia

Arviointitulosten mukaan Kiva Koulu -hankkeella oli myönteistä vaikutusta koulun ilmapiiriin ja yhteishenkeen, henkilökunnan työssä jaksamiseen, oppilaiden ja kouluyh- teisön terveystietoisuuteen, moniammatilliseen yhteistyöhön, koulun kasvatuskäytäntöi- hin sekä kouluterveydenhuollon asemaan ja näkyvyyteen. Oppilaat olivat kiinnostuneita koulun terveysopetuksesta. Oppilaita kiinnosti eniten heidän elämänpiiriään lähellä ole- vat jokapäiväisen terveydenhoidon kysymykset ja ensiaputaidot, tupakoinnin ja alkoho- lin käytön sekä seksuaalikäyttäytymisen terveysvaikutukset. Koulun hyvinvointiarvi- oinnin osa-alueet liittyivät koulun johtamiseen ja toimintakulttuuriin, ihmissuhteisiin, opetusjärjestelyihin ja opetukseen, oppilashuoltoon, oppilaiden samanikäistoimintaan ja fyysiseen ympäristöön. Koulun hyvinvointiin vaikuttavia indikaattoreita olivat myös kodin ja koulun yhteistyö, kunnallinen päätöksenteko ja muuttuva toimintaympäristö. Tervettä koulua kuvaavia ja edelleen kehitettäviä alueita olivat viihtyisyys, turvallisuus, keskinäinen kunnioitus, edistyksellisyys, terveyden edistämistoiminta, työrauha, laadu- kas opetus ja oppiminen sekä yhteisvastuullisuus.

Sirkka Jakonen, terveydenhuollontarkastaja, Itä-Suomen lääninhallitus,
sirkka.jakonen@islh.intermin.fi

Esimerkki 7

IKÄÄNTYVIEN TYÖNTEKIJÖIDEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN TYÖTERVEYS- HUOLLOSSA

Tausta ja tavoitteet

Vuonna 2002 alkoi Itä-Suomen lääninhallituksen organisoimana ja Työministeriön Kansallisen Työelämän Kehittämisohjelman myöntämän rahoituksen turvin Ikääntyvien työntekijöiden terveyden edistämisen projekti, joka kesti vuoden 2003 marraskuun loppuun saakka. Projektiin osallistuivat Honkalammen kuntayhtymä, Juuan terveyskeskus, Lieksan terveystalokeskus, Lääkäriasema Resetti Kiteeltä ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri. Näissä yksiköissä kehitettiin terveystarkastuksen sisältöä, työntekijän kuntoa, työssä jaksamista ja johtamista. Kaikille yhteisenä projektina oli ikääntyvän työntekijän terveydenedistämismallin laatiminen.

Projektin tavoitteina oli kehittää uusia työterveyspalveluja ja tehostaa olemassa olevien hyödyntämistä, arvioida toteutettujen työterveyspalvelujen tuloksellisuutta, hyödyntää aiempaa tietoa toiminnan ja mallin kehittämisessä, kehittää moniammatillista yhteistyötä ja osallistujien välistä keskinäistä verkostoyhteistyötä sekä laatia ikääntyvän työntekijän terveydenedistämismalli.

Toteutus

Hankkeen alkaessa jokainen työterveysyksikkö tarkisti oman kehittämissuunnitelmansa. Yksiköiden henkilöstölle järjestettiin 1-2 kuukauden välein yhteisiä kokouksia, joissa osaprojekteja ohjattiin eteenpäin yhdessä asiantuntijoiden järjestämän koulutuksen turvin. Jokaisessa projektiin osallistuneessa yksikössä haastateltiin noin 10 asiakasta kunkin yksikön kehittämistyön tueksi. Lisäksi projektiin osallistunut työterveyshuollon henkilöstö (n=16) kirjoitti ryhmätyönä näkemyksiään ikääntyvän työntekijän terveyden edistämisestä, sen sisällöstä ja merkityksestä. Ryhmiltä saatu aineisto analysoitiin laadullisesti sisällön analyysillä ja tulosten perusteella muodostettiin ikääntyvien työntekijöiden terveydenedistämismalli. Mallia kehitettiin yhteisissä kokouksissa koko projektin ajan. Lisäksi kysyttiin asiakkaiden näkemyksiä mallissa esitettyjen asioiden tärkeydestä.

Tuloksia

Projektiyksiköissä kehitettiin terveystarkastuksissa käytettävä haastattelulomake, malli terveystarkastustiedon hyödyntämisestä työpaikalla, henkisen jaksamisen koulutus- ja tukiohjelma, erilaisia työterveyshuollon toimintaohjeita, fyysistä kuntoa ylläpitäviä ja edistäviä toimintoja sekä terveyttä huomioivaa johtamista. Muina tuloksina havaittiin ikääntyneiden työntekijöiden ja työnantajien kiinnostuneisuus ja aktiivisuus yksilön ja työpaikan terveydenedistämistyötä kohtaan sekä työterveysyksiköiden henkilöstöjen välisen yhteistyön lisääntyminen.

Yhteisenä kehittämiskohteena ollut ikääntyvien työntekijöiden terveydenedistämismalli koostuu työntekijän itsensä, työpaikan ja työterveyshuollon toteuttamista terveyttä edistävästä toiminnosta. Ikääntyvän työntekijän henkilökohtaisessa terveyden edistämässä

korostuvat terveystottumukset, tasapainoinen elämäntapa, koulutus, myönteinen yleis-
 asenne asioihin sekä henkiset, fyysiset ja sosiaaliset voimavarat. Työpaikalla painottuu
 henkilöstöjohtaminen, jossa on keskeistä työntekijän yksilöllisten edellytysten huomi-
 oiminen työtehtävissä, työjärjestelyissä ja työoloissa, koulutus, työyhteisön yhteinen
 toiminta sekä työntekijän arvostaminen, kuunteleminen ja kannustaminen. Työterveys-
 huollon toiminnot tukevat yksittäistä työntekijää ja työpaikkaa. Keskeisiä toimintoja
 ovat terveystarkastukset, terveysneuvonta, sairaanhoito, kuntoutus, testaukset ja mitta-
 ukset, työpaikkakäynnit, ryhmätoiminta, koulutus ja työnohjaus. Myös eri asiantuntija-
 organisaatiot tukevat osaltaan työntekijän terveyttä. Terveyttä edistävän toiminnan seu-
 raukset ilmenevät työntekijän ja työpaikan terveytenä, työkykynä, tyytyväisyytenä, mo-
 tivaationa, tuottavuutena ja yhteistyönä. Saatua tietoa voidaan hyödyntää myös nuorem-
 piin työntekijöiden terveydenedistämistyössä. Malli jäsentää ja antaa kokonaiskuvan
 terveyden edistämistä tukevista keinoista, toteuttamistahoista ja toiminnan tuloksista
 työterveyshuollon henkilöstölle, työpaikoille ja työntekijälle itselleen.

Paula Naumanen-Tuomela, projektipäällikkö, tutkija, Itä-Suomen lääninhalli-
 tus/Kuopion Alue työterveyslaitos, paula.naumanen-tuomela@dnainternet.net

Esimerkki 8

AIKUISVÄESTÖN TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA TERVEYSTARKASTUKSET PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Tarkoitus

Luoteis-Satakunnan terveyskeskuksessa aikuisväestön terveystarkastukset järjestetään
 vuonna 2000 toteutetun terveyden edistämisen laatuhanke pohjalta. Tavoitteena on
 aikuisväestön fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitäminen, sairauk-
 sien ehkäisy sekä erilaisten elämäntilanteiden ennakoiminen ja niihin valmistautuminen.

Toteutus

Terveyden edistämistoiminnan suunnitellusta, koordinoinnista, seurannasta ja tiedotta-
 misesta vastaa laaturyhmä. Terveyden edistämisen painoalueet hyväksytään vuosittain
 osana kuntayhtymäsuunnitelmaa. Terveyden edistäminen kuuluu kaikille työntekijöille
 ja liittyy olennaisena osana jokaisen terveyskeskuskäynnin sisältöön. Terveyden edis-
 tämisen ohjelma kattaa (1) terveyden edistämisen periaatteet ja lähtökohdat, (2) Luoteis-
 Satakunnan terveyden edistämistoiminnan painoalueen ja interventiostrategian, (3) kes-
 keisten käsitteiden ja kansanterveyden ongelma-alueiden määrittelyn, (4) ikäkausittai-
 sen terveystarkastusohjelman sekä (5) terveystarkastusten järjestämisen, kirjaamisen ja
 seurannan.

Terveystarkastusohjelma perustuu terveyden edistämisen periaatteisiin, tutkimustietoon
 ja väestön tarpeisiin. Ikäryhmittäiset terveystarkastukset perustuvat tutkimustiedon ar-
 viointiin, ja ohjelma päivitetään vuosittain. Terveystarkastuskäynnit tilastoidaan ja nii-
 hin liittyviä uusia löydöksiä ja jatkohoitoon ohjaamista seurataan. Myös terveystarkas-
 tuksiin osallistuneiden osuutta seurataan, jotta voidaan arvioida tarkastuksen taloudellista
 kannattavuutta ja sisällön kehittämistarpeita.

Terveystarkastuksiin kutsutaan koko ikäryhmä. Niihin kutsutaan myös työterveyshuol-
lon piiriin kuuluvat. Ikäkausitarkastuksille on määritelty tavoitteet ja tehtävät tutkimuk-
set. Terveystarkastusten yhteydessä tehdään myös muut asiakkaan tilanteen perusteella
tarpeelliset tutkimukset ja riskitekijäkartoitukset, jaetaan terveyskasvatusaineistoa sekä
annetaan yksilöllistä terveysneuvontaa. Lisäksi vuosittain valittavalle kohderyhmälle
järjestetään terveyskasvatuskampanjoita, terveysneuvontaa ja – tarkastuksia sekä tiedo-
tetaan muiden tahojen järjestämästä terveyttä edistävästä toiminnasta. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Luoteis-Satakunnan terveyskeskuksen aikuisväestön ikäkausitarkastuk-
set.

Ikäryhmä	Tarkastuksen tavoite	
	Naiset	Miehet
25-vuotiaat	Kohdunkaulan syövän seulonta	
30-vuotiaat	Suppea terveystarkastus	
35-vuotiaat	Kohdunkaulan syövän seulonta	Terveyskasvatusaineisto
40-vuotiaat	Kansantautien ehkäisy ja var- hainen toteaminen	Kansantautien ehkäisy ja varhainen toteaminen
45-vuotiaat	Suppea terveystarkastus	Kuten 40-vuotiaat
50-vuotiaat	Vaihdevuosiin valmistautumi- nen, työkyvyn ylläpitäminen, mahdolliset perheeseen liittyvät muutokset	Kuten 40-vuotiaat
55-vuotiaat	Suppea terveystarkastus	Suppea terveystarkastus
60-vuotiaat	Eläkkeelle siirtymiseen valmis- tautuminen, vireyden, toiminta- kykyisyyden ja positiivisen elä- mänsänteen vahvistaminen, sairauksien etenemisen ehkäisy	
65-vuotiaat	Kuten 60-vuotiaat	Eläkkeelle siirtymiseen valmistautumi- nen, vireyden, toimintakykyisyyden ja positiivisen elämänsänteen vahvista- minen, sairauksien etenemisen ehkäisy
70-vuotiaat	Kuten 65-vuotiaat	Kuten 65-vuotiaat
75-vuotiaat	Erillisen ohjelman mukaan asi- akkaan kotona	Erillisen ohjelman mukaan asiakkaan kotona
≥80 vuotta	Vuosittain, kuten 75-vuotiaat	Vuosittain, kuten 75-vuotiaat

Ulla Pelto-Piri, ylihoitaja, Luoteis-Satakunnan terveyskeskus,
ulla.pelto-piri@luotsata.fi

Esimerkki 9

KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄN HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN RIISTAVUOREN VANHUSTENKESKUKSESSA

Tausta ja tarkoitus

Riistavuoren vanhustenkeskuksessa vuosina 1999-2000 alkaneen kehittämistyön pääta-voitteena on asukkaan mielekäs ja mahdollisimman hyvä elämä laitospöidissa. Kehittä- mistyön taustalla oli halu eheyttää asukkaan pirstaleista hoitoa. Pirstaleisuus näkyi muun muassa hoitohenkilökunnan epäselvänä ja epävarmana roolina asukkaiden kun- toutumisessa.

Toteutus

Kuntoutumista edistävän hoitotyön toimintaperiaate sai pontta tutkitun tiedon omaksu- misesta ja tuottamisesta, henkilökunnan myönteisestä suhtautumisesta opiskeluun ja oppimiseen sekä johdon sitoutumisesta muutokseen ja tulevaisuuden innovatiivisesta näkemisestä. Tutkitun tiedon myötä organisaatiossa tapahtui lisäksi moniammatillinen asenneherätys. Tätä tuki osaltaan Riistavuoren laaja peruskorjaus, jolloin henkilökun- nan ja asukkaiden toiveet riittävästä liikkumatilasta, esteettömyydestä, esteettisyydestä ja valoisuudesta toteutuivat.

Kehittämistyössä fysioterapeuttien työtä muutettiin yksilöllisestä kuntoutustyöstä asuk- kaiden ja henkilökunnan ohjaamiseen, tukemiseen, motivoimiseen ja liikemallien opet- tamiseen. Hoitotyön sisällön muutos kuntoutumista eteenpäin vieväksi voimaksi toteu- tettiin organisaation sisäisellä ja ulkopuolisella koulutuksella sekä pienten laatuhan- keiden, kehityskeskustelujen ja jatkuvan yhteisen pohdinnan avulla.

Tulokset

Ensimmäiset pitkäaikaishoidon päätökset on purettu, ja asukkaita on muuttamassa ta- kaisin omaan kotiin tai palveluasuntoihin. Tulosten rohkaisemina on tavoitteena muut- taä osa tehostetun kotihoidon asunnoista ja vanhainkodin osastoista sellaisiksi, että toi- minta niissä tukee ja mahdollistaa kuntoutumisen takaisin kotiin.

Malla Hinttala, johtaja, Helsingin sosiaalivirasto, marjaleena.hinttala@hel.fi

Esimerkki 10

PALVELUJA YHTEENSOVITTAVA KOTIUTUMINEN JA KOTIHOITO potilaslähtöinen malli PALKO

Tarkoitus

Hankkeessa kehitettiin kuntien kotihoidon (kotipalvelun ja kotisairaanhoidon) sisäistä sekä kotihoidon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä iäkkäiden asiakkaiden kotiutumisissa ja kotihoidossa. Tavoitteena oli tuottaa kotiutuminen ja kotihoitokäytäntö -malli, sekä menettely mallin toimeenpanemiseksi muissa toimintayksiköissä. Toinen tavoite oli arvioida mallin soveltuvuutta ja vaikuttavuutta asiakkaan, tämän läheisen, henkilöstön ja kustannusten näkökulmasta.

Mallin sisältö ja toimeenpano

Uusi malli kehitettiin tutkijoiden, kotihoidon ja sairaalan toimijoiden yhteistyönä. Malli tukee asiakkaan kotona selviytymistä, sovittaa yhteen palveluja ja lisää hoidon jatkuvuutta. Malli sisältää käytäntöjä, joilla edistetään asiakkaan ja tiedon esteetöntä ja viiveetöntä siirtymistä hoitopaikasta toiseen, kotihoitoa sekä yhteistyötä asiakkaan, omaisen ja hoitoa ja palveluja antavien tahojen välillä. Hoitoa koordinoi yhdessä asiakkaan (ja tämän läheisten) kanssa nimetty kotihoidon tiimi, jonka jäsenistä nimetään vastuuhenkilö(t). Hankkeessa kehitettiin myös uusi menettely käytännön siirtämiseksi muihin toimintayksiköihin ja kehittämistyön etenemisen seurannaksi.

Mallin arviointi

Arviointia varten kehitetty käytäntö juurrutettiin kuntien (22) kotihoidon palveluihin, joissa sen vaikutuksia ja soveltuvuutta on arvioitu käyttäen koe- ja vertailuasetelmaa. Arviointikohteita ovat asiakkaan kotona selviytyminen, toimintakyky ja hoitokokemukset, kustannukset, palveluiden laatu sekä yhteistyö- ja toimintatavat. Tietoa kerätään asiakkailta, läheisiltä ja kotihoidon työntekijöiltä. Arviointi tuottaa myös pitkäaistietoa palveluiden käytöstä ja niiden kustannusvaikuttavuudesta suhteessa erilaisiin hoitokäytäntöihin.

Tarja Hammar, tutkija, Stakes, tarja.hammar@stakes.fi

Marja-Leena Perälä, tutkimuspäällikkö, Stakes, marja-leena.perala@stakes.fi

Esimerkki 11

LÄÄKÄRIN JA HOITAJAN VÄLINEN ETÄKONSULTAATIO

Tarkoitus

Luoteis-Satakunnan terveystieteiden keskuksessa kokeiltiin vuonna 2000 uutta toimintamallia, jossa sivuterveysasemien terveydenhoitajat tekivät osan lääkärille perinteisesti kuuluneista tehtävistä, kun terveysasemalla ei ollut lääkäreitä. Tavoitteena oli vähentää potilaiden käyntejä lääkärin vastaanotolla ja lisätä lääkärin ja potilaan välistä yhteydenpitoa puhelinnäköavun avulla. Projektissa selvitettiin myös lääkärin ja potilaan välisen sähköisen kommunikoinnin käyttöä ja potilaiden suhtautumista uuteen toimintatapaan.

Toteutus

Projektiin osallistui terveystieteiden keskuksen kaksi lääkäreitä ja kaksi terveydenhoitajaa kahdella sivuterveysasemalla. He muodostivat kaksi virtuaalista lääkäri–hoitaja –työparia. Lääkärit hoitivat virtuaalisesti noin 50 km päässä olevalta pääterveysasemalta käsin kahden sivuterveysaseman potilaita. Hoitajat vastasivat väestön hoitotarpeeseen sivuterveysasemilla. He olivat yhteydessä pääterveysasemalla työskentelevään lääkäriin puhelimitse, sähköpostilla ja Internetin välityksellä. Lääkäri ja hoitaja järjestävät toimipaikkakoulutusta henkilöstölle kerran kuukaudessa, ja heillä on palaveri ajankohtaisista asioista kahdesti kuukaudessa.

Tulokset

Kokeilun aina saatiin tietoa 1 010 asiointikerrasta. Noin puolet asiointista tapahtui puhelimitse. Terveydenhoitajat pystyivät hoitamaan terveysaseman potilastoimistoon tulevasta asiointista 71 %. He vastasivat saman tien potilaiden palvelutarpeesta 41 %:iin ja ohjasivat potilaista 30 % hoitajan vastaanotolle. Potilaista 22 % ohjattiin lääkärin vastaanotolle. Lääkärit hoitivat lääkärin apua edellyttävistä asioista 80 % etäasiointin keinoin. Hoitajien hoitama palvelutarve liittyi yleisimmin diabetekseen, verenpaineeseen, sairauslomatoimintoihin, hengitystieinfektioihin, virtsatietulehduksiin ja tules-ongelmiin. Hoitajien itsenäiset suoritteet kaksinkertaistuivat kokeilun aikana verrattuna edellisvuoden tuloksiin. Uuden toimintamallin mukaista toimintaa on otettu käyttöön kuntayhtymän muillakin terveysasemilla. Lääkäreiden työmäärää on onnistuttu vähentämään hallitusti potilasturvallisuuden vaarantumatta, kun lääkäreille ohjautuu osin etukäteen seuloitu potilasmateriaali.

Petri Kiippa, vt. johtava lääkäri, Luoteis-Satakunnan terveystieteiden keskus,
petri.kiippa@luotsata.fi

Anne Tasanko, terveydenhoitaja, Luoteis-Satakunnan terveystieteiden keskus,
anne.tasanko@luotsata.fi

Esimerkki 12

VIESKAN TERVEYDENHUOLTOKUNTAYHTYMÄN POLIKLINIKALLA TYÖSKENTELEVIEN SAIRAANHOITAJIEN TEHTÄVÄKUVAN LAAJENTAMINEN

Tavoitteet

Pitkään poliklinikkatyössä olleiden sairaanhoitajien tehtäväkuvan laajentamisen tavoitteena on lyhentää asiakkaiden jonotusaikoja, parantaa palveluiden joustavaa saamista, normalisoida lääkäreiden työkuormaa ja parantaa sairaanhoitajien ammattitaidon hyödyntämistä.

Toteutus

Sairaanhoitajan tehtäväkuvaa laajennettiin tehtävillä, jotka kuuluivat lääkäreille. Sairaanhoitajille siirrettiin infektiopotilaiden hoidon tarpeen arviointia, tutkimista, hoitoa ja seurantaa, pienten vammojen hoitoa, pieniä toimenpiteitä, asiakkaan voinnin ja hoidon tarpeen arviointia sekä lyhyiden sairauslomien myöntäminen. Asiakas päättää, meneekö hän sairaanhoitajan vai lääkärin vastaanotolle. Lääkärit perehdyttivät sairaanhoitajat uusiin tehtäviin, ja sairaanhoitajien osaamista kehitetään jatkuvan työpaikkakoulutuksen avulla.

Sairaanhoitajien tehtäväkuvan laajentaminen toteutettiin kokeiluna helmi – huhtikuussa 2002. Kokeiluun osallistui aluksi neljä sairaanhoitajaa. Hyvät tulokset saivat jatkamaan kokeilua toistaiseksi ja ottamaan siihen yhden sairaanhoitajan lisää. Sairaanhoitajille siirretyt tehtävät luetteloitiin, ja kuntayhtymän yhtymähallitus vahvisti kokeilun.

Tuloksia

Marraskuun loppuun 2002 mennessä sairaanhoitajien vastaanotolla oli käynyt yhteensä 1304 asiakasta. Jonotusajat ovat vähän lyhentyneet. Asiakkaat ovat hyväksyneet sairaanhoitajien uuden toimintatavan ja ovat olleet tyytyväisiä sairaanhoitajien antamaan hoitoon. Sairaanhoitajat ovat olleet erittäin innostuneita työhönsä. Myös lääkärit ovat olleet tyytyväisiä sairaanhoitajien toimintaan. Lääkärien ja sairaanhoitajien välinen yhteistyö on parantunut ja tullut entistä joustavammaksi.

Sinikka Soukka, johtava hoitaja, laatu päällikkö, Vieskan terveydenhuoltokuntayhtymä, sinikka.soukka@y livieska.fi

Esimerkki 13

OMAOHITAJA TERVEYSKESKUSVASTAANOTOLLA SISÄ-SAVOSSA

Tavoite

Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymän väestövastuiseen toimintamallin ja omahoitajan laajennetun tehtäväkuvan tavoitteina ovat vastaanottojen potilasjonojen poistaminen, päivystyskäyntien ja erikoissairaanhoidon palvelutarpeen vähentäminen sekä hoidon jatkuvuuden, lääkäri-hoitaja yhteistyön ja asiakastyytyvyyden parantaminen.

Toteutus

Avosairaanhoidon palvelut tuotetaan väestövastuuseen perustuvan toimintamallin mukaisesti Suonenjoella, Rautalammilla ja Karttulassa. Ensimmäiseksi toimintamalli otettiin käyttöön Suonenjoella vuonna 1999. Toimintamalli perustuu omalääkärin ja omahoitajan tehokkaaseen tiimityöhön. Kukin työpari huolehtii oman alueensa potilaista. Potilaat/asiakkaat tulevat lääkärin vastaanotolle keskusteltuaan ensin omahoitajansa kanssa. Hän arvioi, kuinka kiireellistä hoitoa potilas tarvitsee. Omahoitaja pitää omaa vastaanottoa, johon kuuluvat diabetes-, verenpaine-, sydän-, reuma- ja astmahoitajan tehtävät. Vastaanotoilla käy myös laihduttajia, injektiopotilaita, päihdeseuranta-asiakkaita, sotainvalideja, sairasloman tarvitsijoita ja mielenterveysasiakkaita. Omahoitaja hoitaa vastuuväestönsä asiakaspalvelun. Hänellä on päivässä kaksi puhelintuntia, jolloin asiakkaat voivat varata vastaanottoaikoja, tiedustella laboratoriotuloksia sekä saada tarvitsemiaan ohjeita ja neuvoja. Lisäksi omahoitaja avustaa lääkäreitä toimenpiteissä, käsittelee uusittavat reseptit ja huolehtii muista erityistehtävistä kuten kuulokäyristä ja verenpaineen vuorokausiseurannoista.

Tulokset

Uuden toimintamallin myötä vastaanotolla työskentelevä terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja vastaa omasta vastuuväestöstään ja pitkäaikaispotilaiden määrääkaikaisseurannasta. Hoitaja ja lääkäri työskentelevät läheisessä yhteistyössä ja tuntevat potilaansa aikaisempaa paremmin. Parityöskentely on joustavaa ja kokonaisvaltaista. Työparityöskentelyn erityinen hyöty on toimivassa yhteydenpidossa ja konsultaatiossa. Hoidon suunnitelmallisuus ja jatkuvuus ovat parantuneet. Puhelinyhteyden joustava saaminen omahoitajaan on vähentänyt asiointia vastaanotolla. Vastaanottoajat pitävät aikaisempaa paremmin paikkansa ja järjestelyjono on lyhyt. Potilaista noin kaksi kolmasosaa pääsee vastaanotolle kolmen päivän sisällä. Hoitajan tehtävänkuvan laajentaminen on vaatinut lisäkoulutusta ja erityistaitojen hallintaa, mutta samalla työ on muuttunut entistä kiinnostavammaksi ja mielekkäämmäksi.

Eija Peltonen, osastonhoitaja, Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymä, Suonenjoen terveysasema, eija.peltonen@sstk.kuh.fi

Esimerkki 14

POTILASOPPIMISKESKUS SOPPI – Innovatiivinen ratkaisu potilaan tiedon saantiin

Tarkoitus

Potilasoppimiskeskus Soppi perustettiin Hyvinkään sairaalaan vuonna 2000. Idea on USA:sta ja malli Ruotsin ”patientinfocentrumeista”. Potilaat ja omaiset saavat Sopesa tietoa sairauksista, hoitoon liittyvistä asioista ja selviytymisestä sairauden kanssa. Tavoitteena on lisätä itsehoitovalmiuksia ja potilastyytyväisyyttä, lieventää sairaudesta johtuvaa pelkoa ja epävarmuutta tiedon avulla sekä lisätä kiinnostusta oman terveyden edistämiseen. Palvelu on tarkoitettu kaikille lisätietoa etsiville, hoitosuhdetta sairaalaan ei tarvita.

Toteutus

Sopessa on käytettävissä viimeisin tietous alan kirjojen, lehtien, potilasjärjestöjen toimittaman materiaalin, videoiden, cd-rom-ohjelmien sekä Internet -yhteyksien avulla. Tietoa voi etsiä joko itsenäisesti tai opastettuna. Kehittämisen painopisteenä on tietotekniikan hyödyntäminen potilasohjauksessa.

Soppi on avoinna arkisin, toimii ilman ajanvarausta ja on potilaille maksuton. Sopesa työskentelee sairaanhoitaja tukenaan moniammatillinen verkosto. Yhteistyö potilasjärjestöjen kanssa lisätiedon ja vertaistuen löytämiseksi potilaille on vilkasta.

Tuloksia

Keväällä 2001 aloitettiin Potilasopetuksen kehittämis- ja arviointiprojekti (PoKe-projekti) yhteistyössä Tampereen yliopiston Hoitotieteen laitoksen, Laurea ammattikorkeakoulun Hyvinkää Instituutin sekä Hyvinkään sairaanhoitoalueen hoitotyön asiantuntijoiden kanssa. Projektin tulokset ovat käytettävissä keväällä 2004. Projektiin liittyneiden potilaskyselyiden mukaan palaute on ollut erittäin myönteistä. Vuonna 2002 Sopesa oli noin 700 tilastoitua kävijää, ja kävijämäärät ovat lisääntyneet koko ajan palvelun tunnettavuuden lisääntymisen myötä.

Arja Laukka, potilasasiamies, sairaanhoitaja, Potilasoppimiskeskus Soppi, Hyvinkään sairaala, HUS, arja.laukka@hus.fi

Esimerkki 15

JORVIN SAIRAALAN POTILASINFOKESKUS - Virtuaalinen oppimiskeskus

Tarkoitus ja tavoitteet

Jorvin sairaalan Potilasinfokeskus on sähköisen viestinnän keinoin Internetiin toteutettu informaatiopalvelu. Toimintaa ohjaavat terveystavoitteet, jotka korostavat terveyden edistämistä, potilaan aseman ja osuuden vahvistamista, uusien työmenetelmien kehittämistä ja käyttöönottoa sekä eri yhteistyökumppaneiden yhteen saattamista.

Tarkoituksena on ohjata ja tukea potilasta sekä hänen omaisiaan sairauteen ja terveyteen liittyvien tietojen löytämisessä verkkoympäristöstä sekä jakaa luotettavaa (evidence based), ajantasaista ja Jorvin hoitokäytännöissä sovittua tietoa. Tavoitteena on myös tukea hoitoyksiköiden oman potilasinformaation kehittämistä, henkilökunnan ammattitaidon ylläpitämistä ja päivittämistä, tarjota samat ohjeet erikois- että perusterveydenhuollon työntekijöiden käyttöön sekä jakaa hyödyllistä tietoa kuntalaisille, päättäjille, perusterveydenhuollon ja potilasjärjestöjen henkilökunnalle sekä alan opiskelijoille.

Toteutus

Potilasinfokeskuksen toimintaa olivat käynnistämässä alueen erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto, terveydenhuoltoalan oppilaitos ja ammattikorkeakoulu sekä merkittäviä potilasjärjestöjä. Jorvin sairaalassa Potilasinfokeskuksella on laaja yhdyshenkilöiden verkosto, jossa ovat edustettuina kaikki potilaan hoitoon ja tutkimuksiin osallistuvat ammattiryhmät. Osastoilla yli sata eri alan asiantuntijaa tuottaa aineistoa Potilasinfokeskuksen sivuille.

Potilasinfokeskuksen Internet-sivut (www.jorvi.fi) sisältävät potilaan hoitopolkuun osallistuvien työntekijöiden ja yksiköiden yhteystiedot, tarkat kuvaukset Jorvin sairaalan hoito- ja tutkimusyksiköistä sekä hoitokäytännöistä. Palvelu on suunnattu kaiken ikäisille, ja aineiston suunnittelussa lähdetään potilaan näkökulmasta ja tarpeista. Toiminta perustuu potilaan ja omaisten itsenäiseen tiedonhakuun sekä ohjaukseen ja neuvontaan Internetin kautta. Osastoilla henkilökunta voi opastaa potilasta palvelun käytössä ja hyödyntää sivustoa erilaisissa ohjaustilanteissa. Tavoitteena on saada sairaalaan keskeisiin tiloihin yleisöpäätteitä, joista potilaat ja omaiset voivat ohjattuna etsiä tietoa.

Laura Mäkelä, sairaanhoitaja, HUS, Jorvin sairaala, laura.makela@hus.fi

Esimerkki 16

TELPSEKO – PSYKIATRIAN ALAN TELELÄÄKETIEDEPROJEKTI

Tavoite

Mielenterveyteen liittyvän telelääketieteen projektin, Telpsykon tavoitteena on edistää harvaan asutussa Pohjois-Suomessa psykiatrissa potilastyötä ja etäopiskelua teleteknologian avulla.

Toteutus

Projektissa vakiinnutetaan Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikan ja sairaalan toimialueeseen kuuluvien keskussairaaloiden, terveyskeskusten ja yksityisten hoitokotien välille videoneuvottelujen ja tietoverkkojen hyödyntäminen osaksi mielenterveytyötä. Tekniset edellytykset verkkoympäristön ja videoyhteyksien käytölle ovat jo olemassa.

Tuloksia

Mielenterveysyksiköiden asiakkaat saavat teleteknologian avulla asianmukaista hoitoa omalla paikkakunnalla. Videoneuvotteluyhteyksien ansioista projektiin osallistuvien yksiköiden erikoistuvat lääkärit saavat ohjausta ja hoitohenkilöstö saa monipuolista tukea työhönsä aikaisempaa helpommin. Sairaalassa tai terveyskeskuksessa erikoistuva lääkäri voi suorittaa osan erikoistumisopinnoistaan etäopiskeluna verkossa. Kun psykiatrian alan uusin tieto on saatavissa tietokoneen välityksessä, syrjäisessäkin mielenterveysyksikössä työskentelevä sairaanhoitaja tai psykologi voi kehittää ja ylläpitää ammattitaitoaan aikaisempaa helpommin.

Marja-Leena Mielonen, erikoissuunnittelija, OYS, psykiatrian klinikka, marjaleena.mielonen@ppshp.fi.

Esimerkki 17

HOITOTYÖN ORGANISOINTI POHJOIS-KARJALAN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ

Tarkoitus

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä siirryttiin uuteen organisaatiomalliin vuoden 1997 alusta. Muutoksen pidemmän tähtäimen tavoitteena oli luoda edellytyksiä verkostomaisen yhteistyön kehittämiseksi alueen terveyskeskusten kanssa. Haluttiin vahvistaa kliinisten yksiköiden asemaa palvelujen myyjinä kunnille ja muodostaa muusta sairaalan toiminnasta sisäisiä palveluja tuottavia yksiköitä. Tavoitteena oli myös lisätä henkilöstön joustavaa käyttöä.

Toteutus

Sairaalan toiminta organisoitiin erikoisalakohtaisiin klinisiin toimintayksiköihin (nykyisin klinikat), sairaanhoidon palveluyksiköihin (tutkimus- ja toimenpideyksiköt) ja tukipalveluihin. Hoitotyön vuodeosasto- ja poliklinikkatoiminnasta muodostettiin konservatiivinen, operatiivinen ja psykiatrian hoitotyön palveluyksikkö, joiden tehtävänä on tuottaa hoitotyön palveluja ylilääkärijohtoisille klinikoille. Hoitotyön palveluyksiköjä johtavat ylihoitajat, joilla on toiminnallinen ja taloudellinen vastuu yksikkönsä toiminnasta. Johtosäännön mukaan heitä koskevat samat valtuudet ja velvoitteet kuin ylilääkäreitä. Kullakin alueella on henkilöstöä 250 - 350. Hoitotyön palveluyksiköiden talousarviot ovat alueen koosta riippuen 13 - 20 miljoonaa euroa. Muutoksessa osa ylihoitajista siirtyi asiantuntijatehtäviin ja tutkimus- ja toimenpideyksiköt jäivät ilman ylihoitajaa.

Tulokset

Ylihoitajilla on alueellaan toimivalta ja vastuu hoitotyön palvelujen järjestämisessä. Myös osastonhoitajien toimivalta ja vastuu lisääntyivät ja selkiytyivät. Muutos on koettu myönteisenä. Oma, riittävän suuri vastuualue mahdollistaa aikaisempaa paremmin hoitotyön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen ja henkilöstön joustavamman käytön. Ensimmäisenä toimintavuotena saavutettiin 30 henkilötyövuoden säästö. Muutos on edellyttänyt työtapojen tarkistamista. Myös taloustietoisuus on kasvanut. Hoitotyön näkökulmasta kehittämistä tarvitaan vielä hoitotyön palvelujen alueen, ylihoitajien vastuualueiden koon ja hallintoylihoitajan roolin määrittämisessä.

Pirkko Keskisärkkä, hallintoylihoitaja, Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri, pirkko.keskisarkka@pkshp.fi

Esimerkki 18

TeHoVa – HOITAJALÄHTÖINEN SYDÄMEN VAJAATOIMINTATUTKIMUS

Tausta ja tavoitteet

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä on varsin hyvin toimiva sydäntukihoitajien verkosto, joka on jo vuosia kehittänyt sydänsairaiden potilaiden hoitoa. Tämä verkosto antaa mahdollisuuden tehostetun potilasohjauksen ja hoitajalähtöisen seurannan joustavaan käyttöönottoon. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, voidaanko sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden seurantavastuuta siirtää erikoiskoulutetuille sairaanhoitajille turvallisesti, vähentääkö tehostettu potilasohjaus uusia sairaalahoitajaksoja ja hoidon kustannuksia sekä parantaako tehostettu potilasohjaus vajaatoimintapotilaiden elämänlaatua. Tavoitteena on kehittää sairaanhoitajien työpanosta painottava hoito- ja seurantamalli, jota voidaan käyttää Suomessa sydämen vajaatoimintaa sairastavien seurannassa.

Toteutus

Aineiston muodostavat yhden vuoden aikana Keski-Suomen keskussairaalassa sydänpotilaiden hoitoon erikoistuneella osastolla hoidetut sydämen vajaatoimintapotilaat. Potilaiden ohjaus ja seurannan kriteerit perustuvat tuoreeseen eurooppalaiseen Käypä hoito –suositukseen. Tehostetun potilasohjauksen aihepiireinä ovat muiden ohella sairaus ja sen oireet, tavallista ohjausta perusteellisempi ohjaus ja motivointi lääkitykseen, terveellinen ravinto, liikunta ja lepo sekä painonseuranta. Potilaalle mahdollistetaan tiivis potilas-hoitaja -kontakti hoitoon sitoutumisen tueksi.

Potilailla ja terveyskeskusten sydäntukihoitajilla on mahdollisuus jatkuvaan puhelinneuvontaan, josta vastaavat keskussairaalan sydänpotilaita hoitavan osaston sairaanhoitajat. He voivat konsultoida tarvittaessa lääkäriä. Nämä hoitajat ovat saaneet sydämen vajaatoimintahoitajakoulutuksen. Terveyskeskusten hoitajat tekevät potilaiden luo vähintään yhden kotikäynnin sairaalasta kaksi viikkoa kotiutumisen jälkeen. Tällöin arvioidaan osastolla annetun potilasohjauksen riittävyys ja täydennetään sitä tarvittaessa. Tutkimukseen kuuluvat potilaat käyvät normaalin hoitokäytännön mukaisten poliklinikakäyntien lisäksi kertaalleen kardiologisella poliklinikalla kolmen kuukauden kuluttua sairaalahoitajaksesta. Tutkimukseen osallistuville potilaille lähetetään oireita ja elämänlaatua mittaava postikysely kolmen kuukauden välein vuoden seuranta-aikana.

Tutkimuksen merkitys

Suomessa ei ole aikaisemmin toteutettu tämän kaltaista tutkimusta. Asiaa on tutkittu kansainvälisesti, jolloin tulokset ovat olleet sekä potilasturvallisuuden että hoidon laadun parantumisen kannalta erinomaisia. Nämä tutkimukset eivät kuitenkaan ole suoraan sovellettavissa Suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään.

Johanna Heikkilä, yliopettaja, Jyväskylän ammattikorkeakoulu,
johanna.heikkila@jypoly.fi

Marja-Leena Paananen, osastonhoitaja, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri,

marja-leena.paananen@ksshp.fi

Heikki Miettinen, kardiologi, projektin johtaja, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, heikki.miettinen@ksshp.fi

Esimerkki 19

SURAKE – SAIRAAHOITAJIEN URAKEHITYS

Tausta ja tavoitteet

SURAKE on sairaanhoitajien ja sairaanhoitajaopiskelijoiden ammatillista osaamista tukeva koulutuksen ja työelämän yhteinen, alueellinen urakehityshanke. SURAKKEESSA on kehitetty kolme mittaria: sairaanhoitajan osaamista arvioiva mittari, organisaation mahdollisuuksia tukea urakehitystä ja kehittämistä mittaava mittari sekä ammattikorkeakoulutuksen tuottamaa sairaanhoitajien osaamista mittaava mittari. Sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen arviointia voidaan hyödyntää esimerkiksi arvioitaessa sairaanhoitajan osaamista toimi- tai virkavaaleissa, uusien sairaanhoitajien työhön perehdyttämisessä sekä oman ja työyhteisön osaamisen arvioinnissa ja kehittämistavoitteiden asettamisessa. Tämän lisäksi ammatillisen osaamisen arviointitietoa voidaan käyttää suunniteltaessa tutkintoon johtavien koulutusten sisältöjä, uusia erikoistumisopintoja sekä lisä- ja täydennyskoulutuksia. Organisaatioiden edellytykset urakehityksen ja osaamisen kasvun edistämisen arvioinnilla mitataan organisaatioiden kykyä tukea ja kehittää osaamista. Vastaajien antamien tietojen perusteella arvioidaan, mitä interventioita ja muutoksia osaamisen tukeminen edellyttää organisaatiolta ja työyhteisöiltä.

Toteutus

Hankkeeseen on liittynyt ammattikorkeakoulussa toteutettava muuntokoulutus sairaanhoitajasta AMK-sairaanhoitajaksi (60 ov). Muuntokoulutuksen lisäksi toteutettiin organisaatioiden rajat ylittäviä koulutuskokeiluja, joissa käytettiin uusia opetus- ja oppimismuotoja osaamisen lisäämiseksi. Koulutuskokeiluihin osallistui yli 120 sairaanhoitajaa. Sairaanhoitajat lisäsivät osaamistaan osallistumalla portfoliokoulutukseen, vertaisarviointikoulutukseen ja työkiertoon. Lisäksi toteutettiin yhden työyhteisön kuusi viikkoa kestänyt perehdytyskoulutus. Pitkäkestoinen Osaamisen poluilla ja valtateillä -koulutus kuuluu myös hankkeeseen. Se on suunnattu alueen lähiesimiehille ja osaamisen kehittämisestä kiinnostuneille sairaanhoitajille. Sen tarkoituksena on luoda alueellinen yhteinen visio sairaanhoitajien osaamisesta sekä koulutuksen ja työelämän yhteistyöstä. Koulutuksessa ovat luennoineet valtakunnalliset ja alueelliset osaamisen tutkijat ja kehittäjät. Työyksiköissä on järjestetty kertaluonteisia osaamisen kasvua tukevia koulutustahtumia osastotunneilla.

Tuloksia

Projektin tähänastisen toiminnan perusteella on vahvistettu koulutuksen ja työelämän suhteita, koulutuksiin osallistuneiden sairaanhoitajien osaamista ja sitä kautta on parannettu mahdollisuuksia ammatillisen liikkuvuuteen. Tiivis yhteistyö koulutuksen ja työ-

elämän välillä on mahdollistanut uudenlaisten osaamisen kehittymistä tukevat koulutuskokeilut sekä uusien yhteistyömuotojen syntyminen organisaatioiden, koulutusyksiköiden ja ammattikorkeakoulun välille.

Viimeisen toimintavuoden haasteena on syntyvän urakehitysmallin kouluttaminen ja soveltaminen eri työyhteisöihin ja koulutukseen. Lisäksi tarvitaan malli yksilöllisen urakehityksen suunnittelulle ja laajemmin urakehitysten seurannalle. Tässä kehittämissuunnitelmassa ovat mukana kaikki alueelliset SURAKE-organisaatiot.

Johanna Heikkilä, yliopettaja, projektin johtaja, Jyväskylän ammattikorkeakoulu, johanna.heikkila@jypoly.fi

Merja Miettinen, ylihoitaja, projektin kehityspäällikkö, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, merja.miettinen@ksshp.fi

Esimerkki 20

Verkkosalkku2 -projekti: URAKEHITYSOHJELMALLA OSAAMISEN KEHITTÄMISEEN

Tausta ja tavoitteet

Verkkosalkku2 -projekti on Pohjois-Savon ammattikorkeakoulun koordinoima ja Itä-Suomen lääninhallituksen sekä Euroopan sosiaalirahaston rahoittama avoimen oppimisympäristön kehittämisprojekti. Verkkopohjaisen urakehitysohjelman rakentaminen on osa Verkkosalkku2 -projektia. Urakehitysohjelman tavoitteena on edistää sosiaali- ja terveysalan henkilöstön ja opettajien ammatillista osaamista, tukea henkilöstön uralla etenemistä ja auttaa heitä tunnistamaan oma ammatillinen kasvuprosessinsa ja tätä kautta ottamaan vastuuta omasta kehittymisestään. Lisäksi tavoitteena on edistää ja ylläpitää henkilöstön työtyytyväisyyttä, työmotivaatiota ja sitoutumista työhönsä sekä suunnata ja ohjata yksilöllistä urakehitystä. Rakennettavan urakehitysohjelman odotetaan kehittävän organisaatiokulttuuria oppimista tukevaan, avoimeen vuorovaikutukseen ja yhteistoinnilliseen suuntaan. Ohjelman avulla tuotettua tietoa voidaan käyttää osaamisen johtamisen suunnittelussa ja kehittämisessä.

Toteutus

Yhteistyötahot ovat Kuopion sosiaali- ja terveyskeskus (pitkäaikaishoito), Kuopion yliopistollinen sairaala, Pohjois-Karjalan keskussairaala, Pohjois-Savon ammatillinen instituutti, HRD-group, Mindcom Oy ja projektin liittyvän tutkimuksen osalta Kuopion yliopiston terveyshallinnon ja talouden laitos. Rakennettavan urakehitysohjelman keskeisinä osa-alueina ovat rekrytointi (hakemukset, testit jne.), perehtymisohjelma (esim. itseohjautuvat perehtymiseen liittyvät tehtävät), osaamisalueet, osaamisen arviointijärjestelmä (itsearviointi, vertaisarviointi, sidosryhmäarviointi, asiakaspalaute, esimiesarviointi, tietotestit), kehityskeskustelut, digitaalinen portfolio (CV, arvioinnin tulokset ja niiden reflektointi, kehityssuunnitelma, koulutussuunnitelma). Työportfoliosta voidaan muodostaa näyteportfolio esimerkiksi verkossa tapahtuvaa työnhakua varten. Lisäksi urakehitysohjelma pitää sisällään avoimen oppimisympäristön, jonka avulla voidaan järjestää osa henkilöstön koulutuksesta verkossa tapahtuvana, esimerkiksi organi-

saation sisäisenä koulutuksena, organisaatioiden välisenä koulutuksena tai räätälöitynä kursseina eri koulutus- organisaatioiden kanssa.

Tavoitteena on luoda ohjelma, joka soveltuu mahdollisimman moneen erilaiseen organisaatioon ja joka ohjaa organisaatiota urakehitysohjelman rakentamisessa. Rekrytointiprosessi ja uuden työntekijän perehtymisprosessi voidaan halutessa suorittaa osittain verkossa. Osaamisalueiden tunnistamisen lähtökohtana voivat olla organisaation arvot, visiot, strategiat, asiakkaat, sidosryhmät, organisaation asiantuntijat jne. Osaamisalueille voidaan halutessa asettaa eri tasoja ja niiden kuvauksia. Osaamisen arvioinnin tuloksia voidaan tarkastella joko koko organisaation, klinikan, osaston tai yksittäisen henkilön tasolla. Digitaalinen portfolio on jokaisen henkilökohtainen ”toimintaympäristö”, johon työntekijä kerää arvioinnin tuloksensa, reflektoi niitä ja laatii sen pohjalta itselleen kehittymissuunnitelman ja sen osaksi koulutussuunnitelman (ohjelma antaa jatkuvasti tietoa erilaisista kouluttautumismahdollisuuksista). Lisäksi koulutusten vaikutusta seurataan työntekijöiden reflektioista saadun tiedon avulla, josta ohjelma antaa haluttaessa yhteenvetoja esimerkiksi hallinnon käyttöön. Keskeistä tässä luotavassa mallissa on jatkuva oman osaamisen ja ammatillisen kasvun reflektointi, jota kehitettävä digitaalinen ohjelma ohjaa ja tukee jatkuvasti eteenpäin.

Aija Hietanen, projektipäällikkö Pohjois-Savon ammattikorkeakoulu,
aija.hietanen@pspt.fi

Esimerkki 21

HOITOHENKILÖSTÖN AMMATTIURAMALLIT JA HENKILÖSTÖN OSAAMISEN KEHITTÄMINEN

Tarkoitus ja tavoitteet

Ammattirakenne on yhteiskunnassamme nopeasti muuttumassa ja erikoisosaamisen kysyntä kasvaa. Muutos näkyy asiantuntijatehtävien kasvuna myös terveydenhuollossa. Ammatillisten uramallien tarkoituksena on tukea, ohjata ja hyödyntää hoitohenkilöstön ammatillista osaamista sekä luoda mahdollisuuksia klinisiin asiantuntijatehtäviin. Ammattiuramallit tarjoavat viitekehyksen eri henkilöstöryhmien työtehtävien teoreettiseen jäsentämiseen, arviointiin ja uudelleensuunnitteluun. Mallien avulla tehdään näkyväksi ammatillisen kehittymisen kasvuprosessia työuran eri vaiheissa kehityttäessä perehtyvistä asiantuntijaksi. Organisaatioiden ja yksilöiden osaamisen kehittäminen vastamaan yhteiskunnan muuttuvia haasteita on tulevaisuuden avainkysymys.

Toteutus

HUS:ssa 1990-luvun alussa käynnistyneen kehittämistyön tuloksena on syntynyt ammattiuramallikuvaukset sairaanhoitajille (AURA), laboratoriohoitajille (LAURA), röntgenhoitajille (RAURA) ja fysioterapeuteille (FAURA). Ammattiuramallien käyttöönotto etenee portaittain ja tavoitteena hoitotyön strategian mukaisesti on, että ammattiuramallit ovat käytössä koko organisaatiossamme vuoden 2005 aikana.

Tulokset

HUS:ssa on vakiintunut kehityskeskustelukäytäntö. Sen avulla kehitetään toiminnan suunnittelua ja laaditaan esimiesten ja työntekijöiden yhteistyönä henkilökohtaiset kehityssuunnitelmat. Esimiesarvioinnit pohjautuvat ammattiuramallien osaamistasovaatimuksiin, ja niitä edeltää systemaattinen oman osaamistason itsearviointi ja reflektointi. Osastonhoitajien mukaan osaamistason tunnistaminen vaikuttaa yksilöllisten työtehtävien määrittelyyn, mutta palkkaukseen sillä ei tällä hetkellä ole juurikaan vaikutusta. Osaamistasokuvauksia hyödynnetään lisäksi henkilöstön rekrytoinnissa, perehdytyksessä, opiskelijaohjauksessa sekä henkilöstökoulutuksen suunnittelussa. Vertaiselta saadun palautteen systemaattinen hyödyntäminen osaamisen kehittämisessä on vielä vähäisempää, samoin portfolion käyttö oman ammatillisen osaamisen peilinä ja esiintuojana.

Ammattiuramallien kehittämisessä HUS on saavuttanut vaiheen, jossa osaamista ja kokemuksia jaetaan. Ammattiuraverkoston (Aura- Faura-, Laura- ja Raura -ryhmä) työskentely painottuu tällä hetkellä erityisesti asiantuntijatehtävien sisältömäärittelyihin. Työyksikkö- tai toimialakohtaisten osaamiskriteereiden lisäksi kaivataan tulevaisuudessa myös vertailtavuuden mahdollistamista. Edelleen tiedon, ohjauksen ja koulutuksen tarve on suuri. Niissä yksiköissä, joissa uramallit eivät ole vielä käytössä, yleisimmiksi syiksi käyttämättömyydelle osastonhoitajat kuvaavat ajan puutteen sekä myös osittain koulutuksen riittämättömyyden. Selkeyttämistä ja päätöksiä tarvitaan työn vaativuuden

arviointiin liittyvän peruspalkan ja ammatissa kehittymiseen liittyvän henkilökohtaisen lisän perusteista.

Riitta Meretoja, johtava ylihoitaja, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri,
riitta.meretoja@hus.fi

Jaana Helenius, koulutussuunnittelija, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri,
jaana.helenius@hus.fi

Mirja Hirvonen-Kari, projektisuunnittelija, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri,
mirja.hirvonen-kari@hus.fi

Irmeli Rajantie, fysioterapeutti, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri,
irmeli.rajantie@hus.fi

Esimerkki 22

SAIRAANHOITAJAN AMMATILLISEN KEHITTÄMISEN TUKEMINEN POHJOIS-KARJALAN SAIRAANHOITOPIIRIN KUNTAYHTYMÄSSÄ

Tausta ja tavoitteet

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä valmistui vuonna 1999 hankesuunnitelma sairaanhoitajien urakehitysmallin käynnistämiseksi. Hanke perustui Pohjois-Savon ammattikorkeakoulun Kumppanuus työelämän ja koulutuksen toimintamallina – koulutukseen. Sen tavoitteena oli luoda osallistujien omaan organisaatioon urakehitysmalli, ammatillisen kasvun malli tukijärjestelmineen, joka on Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin tietojärjestelmässä kaikkien käytettävissä. Ammatillisen kehittämisen tukeminen jatkuu Pohjois-Savon ammattikorkeakoulun hallinnoimassa verkkosalkku 2 uraprojektissa verkkopohjaisen urakehitysohjelman muodossa.

Toteutus

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin eri toimintayksiköistä koottu sairaanhoitajien ryhmä on työstänyt urakehitysohjelman sisältöä. Ohjelmaa pilotoitiin sisätautien vuodeosastolla helmi-toukokuussa 2003. Siihen osallistui osaston koko henkilöstö. Tavoitteena on saada käyttöön toimiva urakehitysohjelma vuoden 2003 loppuun mennessä. Kokonaisuudessaan ohjelma sisältää portfolion ja organisaatio-osuuden lisäksi perehtymisen, rekrytoinnin ja oppimisen/koulutus osion. Oma osaamista arvioidaan suhteessa organisaation/oman yksikön strategiaan ja sen edellyttämään osaamiseen sekä laaditaan henkilökohtainen ammatillisen kehityssuunnitelma. Ohjelma ohjaa verkkopohjaisen henkilökohtaisen portfolion tekemisessä. Henkilökohtaista kehityssuunnitelmaa hyödynnetään esimiehen kanssa käytävissä kehityskeskusteluissa. Ohjelma palvelee osaamisen johtamista antamalla tietoa yksiköissä olemassa olevasta osaamisesta osaamisprofiilien avulla.

Tulokset

Ohjelman pilotointivaiheen alustavien tulosten perusteella voidaan todeta, että hoitohenkilöstön aktiivinen pohdinta omasta osaamisesta on herännyt, tietotekniikan osaami-

nen on kasvanut ja kiinnostus henkilökohtaiseen ammatilliseen kehittymiseen on lisääntynyt.

Sinikka Vara, ylihoitaja, Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri,
sinikka.vara@pkshp.fi

Esimerkki 23

HOITOTYÖN KIRJAAMISEN STRUKTUROITU MALLI

Tausta ja tavoitteet

Kansallisen terveysthankkeen Hoitotyön kirjaamisen strukturoitu malli -osaprojekti on jatkoa Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä toteutetuille tietojärjestelmän ja kirjaamisen kehittämishankkeille. Potilasasiakirjojen tehtävänä on palvella potilaan hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia sekä edistää hoidon jatkuvuutta. Terveysthankkeen ammattihenkilöiden velvollisuus on merkitä potilasasiakirjoihin niiden käyttötarkoituksen kannalta tarpeelliset tiedot (L 523/1999). Sähköinen asiakirja helpottaa tietojen käyttöä ja siirtämistä.

Projektin tarkoituksena on kehittää hoitotyön kirjaamista sähköisessä potilaskertomuksessa strukturoimalla ja jäsentämällä hoitotyön kertomuksen sisältöä hoitotyön luokitusten avulla. Potilaan hoitosuunnitelmaan sisältyy hoitotyönsuunnitelma, joka koostuu potilaan hoidon tarpeen määrittämisestä, tavoitteiden asettamisesta, suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista.

Projektin tavoitteena on erityisesti:

- testata kehitettyä hoitotyön toimintoluokitusta,
- kehittää hoidon tarveluokitus ja testata sitä,
- selvittää kehitettävän kirjaamisen mallin soveltuvuutta perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoitoon,
- laatia ehdotukset testattujen hoitotyön luokitusten sisällöistä sekä
- suunnitella ja toteuttaa systemaattisesti uuden kirjaamiskäytännön edellyttämä koulutus.

Toteutus

Prosessimallin käyttö sähköisessä kirjaamisessa antaa mahdollisuuden kerätä tietoa hoitotyöstä koko hoitajakson ajan. Joensuun keskussairaalassa käytössä olevassa sähköisessä potilastietojärjestelmässä hoitotyön päivittäiset merkinnät kirjataan prosessimallin mukaan hoitotyön suunnitelman kirjaamisosioon. Kirjaamisen sisällöllisen rakenteen muodostaa hierarkkinen luokitus, joka perustuu kansainväliseen Home Health Care –luokitukseen (HHCC). Osahankkeen ensimmäisessä vaiheessa (2003) testattiin Suomalaisista hoitotyön toimintoluokitusta (SHToL). Pilottiyksikköinä oli 11 osastoa (ortopedia, infektio-osasto, kardiologia, keuhkosairaudet, lasten teho-osasto, lasten psykiatria, aikuispsykiatrian 4 osastoa) ja 3 poliklinikkaa (kirurgia, sisätaudit, lasten urologia). En-

simmäisessä vaiheessa kehitetään myös Suomalainen hoitotyön tarveluokitus (SHTaL), jota testataan osahankkeen toisessa vaiheessa (2004).

Alustavia tuloksia

Vuonna 2003 ennen kokeilun käynnistymistä pilottiyksiköiden henkilökunnasta 352 osallistui kirjaamiskoulutukseen. Testauksen aikana laadittiin sähköinen hoitosuunnitelma 815 potilaalle (lokakuu 2003). Sähköinen kirjaaminen on muuttanut kirjaamiskäytäntöjä ja työprosesseja esimerkiksi lääkärinkierrolla. Hoitotyön suunnitelman kirjaamisalusta mahdollistaa tietojen moniammatillisen käytön. Hoitotyön kirjaamisen sisältö on monipuolistunut ja yhtenäistynyt, ja kirjaaminen on nopeutunut. Jo pilotointivaiheessa hoitosuunnitelman kirjaamisalustan sisältö toimi päätöksenteon tukena ja perehdytyksen apuvälineenä. Strukturoitu kirjaaminen on tuonut hoitoketjut näkyviksi erityisesti psykiatriassa. Perinteisestä raportoinnista ollaan luopumassa, ja raportointiajat ovat lyhentyneet.

Helena Ikonen, projektipäällikkö, Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri,
helena.ikonen@pkshp.fi

Anneli Ensio, tutkimusjohtaja, Kuopion yliopisto, Terveystalouden ja -talouden laitos,
anneli.ensio@uku.fi

Kaija Saranto, tutkimusjohtaja, Kuopion yliopisto, Terveystalouden ja -talouden laitos,
kaija.saranto@uku.fi

Esimerkki 24

HOITOTYÖN JOHTAMISEN TIETOTARPEET JA TIETOSISÄLTÖJEN KEHITTÄMINEN

Tarkoitus ja tavoitteet

Johtamistoiminnan tukeminen tietojärjestelmiä kehittämällä on yksi hoitotyön strategisista kärkihankkeista HUS:ssa vuosille 2002-2005. Tietosisällölliset kehittämishaasteet liittyvät potilaiden hoidon tarvetta vastaavien toimintaprosessien kehittämiseen, henkilöstöresurssien ja osaamisen varmistamiseen, kustannusten hallintaan ja työvoimatarpeiden ennakoimiseen. Hankkeen tarkoituksena on määrittellä tietosisältöjä hoitotyön johtamista palvelevalle tietojärjestelmälle. Nykyiset tietosisällöt eivät anna riittävän kattavaa kuvaa potilaiden hoitotyön tarpeesta ja tarvittavasta henkilöstöresurssista. Vaikka hoitohenkilöstö muodostaa puolet sairaalan henkilöstöstä ja merkittävän osan palkkakustannuksista, ei hoitotyön työpanoksesta ja sen osuudesta toimintaprosesseihin ole tällä hetkellä riittävästi tietoa.

Toteutus

Hoitotyön johtamisen ja tietotekniikan asiantuntijoista koottu asiantuntijaryhmä määritteli vuoden 2002 aikana hoitotyön tietosisällölliset ja tietotekniset kehittämistarpeet. Tietotarpeita jäsennettiin tasapainotetun mittariston avulla. Tietotarpeiden määrittämisessä hyödynnettiin aikaisempia selvityksiä mitoituksesta ja työajankäytöstä. Kehitettävien tietosisältöjen tarkoituksena on laajentaa nykyisten tietojärjestelmien käyttöalueita potilashoidon laatua, toimintaprosesseja ja henkilöstötyön tuottavuutta paremmin ohjaavaksi. Keskeisenä tarvealueena oli myös hoitoisuusluokitustietojen (Rafaela) ja hoitotyön toimintotietojen (FinNMDS) liittäminen olemassa olevista järjestelmistä (MUSTI, TYKO) saataviin tietoihin. Hankkeen yhteydessä testattiin yhteistyössä alan yrityksen kanssa tietosisältöjen analysointi- ja raportointikäyttöön suunniteltu ohjelmistosovellus kahdeksalla vuodeosastolla ja yhdellä teho-osastolla tammikuussa 2003.

Tulokset

Tietosisältöjen kehittäminen tukee hoitotyön johtamista tuottamalla aineistoa toimintaprosessien ja henkilöstötyön analysointiin sekä toiminnan suunnitteluun. Tietosisältöjen luotettavuudesta huolehtiminen on keskeistä. Tasapainotettu mittaristo osoittautui toimivaksi kytkettäessä hoitotyön toimintaprosessien johtamista osaksi sairaalatoiminnan kokonaisjohtamista. Tulokset osoittivat lisäksi, että nykyisten tietojärjestelmien analysointi- ja raportointivälineitä tulee edelleen kehittää, jotta voidaan muokata tarvittavia raportteja eri käyttäjäryhmille ja johtoryhmien käyttöön.

Taina Ala-Nikkola, ylihoitaja, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri,
taina.alanikkola@hus.fi

Riitta Meretoja, johtava ylihoitaja, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, riitta.meretoja@hus.fi

Esimerkki 25

FINNHOITOISUUS – HOITOTYÖN BENCHMARKING –VALTAKUNNALLINEN HOITOISUUSLUOKITUS -PROJEKTI 2000-2002

Tavoitteet

Suomen Kuntaliitossa toteutettiin valtakunnallinen hoitoisuusluokitus -projekti, jonka tavoitteina oli 1) selvittää käytettyjen hoitoisuusluokitusmittareiden toimivuutta, 2) kehittää ja standardisoida mittaristoa ja sen käyttöä, 3) vertailla hoitotyön tuottavuutta, laatua ja kustannuksia eri sairaaloissa, 4) edistää hoitohenkilökunnan optimaalista resurssointia ja 5) käynnistää hoitoisuuden benchmarking-toiminta Suomessa.

Toteutus

Tutkimusaineisto kerättiin 86:lta osastolta vuonna 2001 seuraavista sairaaloista: Oys, Tays, Tyks, Vaasan, Seinäjoen, Satakunnan, Kanta-Hämeen ja Keski-Suomen keskussairaalat sekä Jorvin, Kinkomaan, Pietarsaaren, Satalinnan ja Reumasäätien sairaalat ja Rauman aluesairaala. Hoitoisuusmittarina käytettiin Oys:n kehittämää potilaiden luokittelun OPC (Oulu Patient Classification) – mittaria. Optimaalinen hoitoisuus määritettiin käyttäen RAFAELA-järjestelmää, joka sisältää OPC:n lisäksi Vaasassa kehitetyn PAONCIL (professionaalinen arviointi optimaalisesta hoitoisuustasosta) –mittarin ja hoitajaresurssitiedon. Tieto kerättiin päivittäisestä, DRG (diagnosis related groups) – hoitajaksokohtaisesta ja optimaalisesta hoitoisuudesta sekä osastojen hoitohenkilöresursseista ja kustannuksista. Ajankohtaista ja osin uutta tietoa kerättiin myös osastojen organisoinnin ja toiminnan luonteesta.

Tulokset

Useimmilla erikoisaloilla hoitoisuus oli noin puolet päivistä optimialueen yläpuolella. Optimaalinen hoitoisuus olisi edellyttänyt keskimäärin 1,5 hoitajatyövuoron päivittäistä lisäystä. Tulokset osoittivat myös, että hoitoisuudessa oli kohtalaisen suuria päivittäisiä vaihteluita. Suurinta vaihtelu oli lapsia hoitavilla erikoisaloilla ja pienintä sisätaudeilla. Myös eri DRG-ryhmien välillä oli sekä kokonaihoitoisuudessa että sen kuuden osaluheen välillä kohtalaisia eroja, samoin hoitoisuuden päivittäisessä hinnassa ja hoitajakson kestossa samoissakin DRG-ryhmissä eri osastoilla. Useimmilla aikuisosastoilla potilaan päivittäisen hoitotyön kustannukset olivat noin 100 €.

Tulosten avulla on mahdollista edistää hoitohenkilöstön optimaalista resurssointia koskevaa henkilöstöhallinnollista päätöksentekoa. Projektin perusteella OPC-mittaria ja RAFAELA-järjestelmää voidaan pitää riittävän toimivina ja käyttökelpoisina suomalaisen erikoissairaanhoidon. RAFAELA-järjestelmä tarjoaa hoitotyön johtajille erinomaisen välineen toiminnan suunnitteluun ja arviointiin. Sen avulla voidaan myös tuottaa tietoa kunnallisen päätöksenteon tueksi. Projekti edesauttoi hoitoisuuden benchmarking-toimintaa, jota jatketaan vakiintuneena toimintana Qualisan Oy:n toteuttamana Suomen Kuntaliitossa.

Ritva Larjomaa, kehityspäällikkö, Suomen Kuntaliitto,
ritva.larjomaa@kuntaliitto.fi

Esimerkki 26

TERVEYDEN EDISTÄMISEN PAIKALLISET RAKENTEET JA JOHTAMINEN KUNNASSA - TEJO-HANKE 2002-2005

Tavoite

TEJO-hankkeen tarkoituksena on auttaa eri kokoisia kuntia löytämään toimivat järjestelyt terveyden edistämisen toimeenpanorakenteen vahvistamiseksi ja tämän alueen aseman selventämiseksi kunnallisessa hallinnossa. Tarkennetut tavoitteet ovat:

- Selvittää hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamista ja johtamisrakenteita kunnissa;
- Selvittää, millaista tietoa kunnissa nykyisin käytetään hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisessa ja kehittää Terveys 2015 -kansanterveysohjelman toteuttamista tukevaa informaatio-ohjausta;
- Kehittää yhteistyössä pilottikuntien kanssa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamista ja johtamisrakenteita ja valmistella niitä koskevia suosituksia eri kuntatyypeille;
- Vahvistaa ja tukea kunnan johtotehtävissä olevien osaamista hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisessa yhteistyössä ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen asianomaisten laitosten kanssa.

Toteutus

Hanke käynnistettiin syksyllä 2002 esitutkimuksena tehdyllä kuntaselvityksellä (49 kuntaa). TEJO-hanke jatkuu muutamissa kunnissa ja seutukunnissa erillisinä kehittämisprojekteina, joihin sisältyy hanketta arvioiva tutkimus ja kehittämisprojekteja tukeva koulutus. TEJO-kuntaprojekti sisältää a) kuntien ja seutukuntien kehittämisprojektit, b) tutkimusosion, c) koulutusosion ja d) verkostotyötä ylläpitävät ja prosessia kokoavat valtakunnalliset työkokoukset. Kehittämisprojektit räätälöidään kunnassa/seutukunnassa paikallisten mahdollisuuksien ja tarpeiden mukaan. Kehittämisprojektien tarkoituksena on löytää toimivia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita, johtamisen malleja ja käytäntöjä eri kokoisissa kunnissa ja seutukunnissa.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikallista johtamista tuetaan

- rakentamalla hyvinvointijohtamisen edellyttämää tietopohjaa ja seurannan välineitä;
- valmistelemalla hyvinvointistrategiaa tai päivittämällä olemassa olevaa strategiaa seuraavalle valtuustokaudelle kansallisen Terveys 2015 -ohjelman tavoitteiden mukaisesti;
- käynnistämällä päätöksenteon vaikutusten ennakoimista ja arviointia sekä

- luomalla hyvinvointijohtamista tukevaa terveyden edistämisen laatujärjestelmää.

Yli hallinnonrajojen ja yli kuntarajojen menevä hyvinvointijohtaminen edellyttää kordinaatiota, toimivia rakenteita ja uudenlaisia menettelytapoja. Yhtenä kehittämissuunnitelman tavoitteena on tuoda väestön hyvinvointi-intressi selkeästi kunnassa talousintressien rinnalle. TEJO-kuntaprojektissa hyvinvointijohtamisen kehittämisen työkalut tukevat kuntien/seutukuntien normaalia hyvinvointipolitiikan suunnittelu- ja toimeenpanoprosessia.

Tulokset

Hankkeen esitutkimuksen tulokset ovat nähtävissä osoitteessa www.stakes.fi/hyvinvointi/khs/johtamishanke. Esitutkimusraportti julkaistaan Stakesin Aiheita-sarjassa syksyllä 2003.

Kerttu Perttilä, kehittämispäällikkö, Stakes, kerttu.perttila@stakes.fi

Kristiina Poikajarvi, projektipäällikkö, Stakes, kristiina.poikajarvi@stakes.fi.

Esimerkki 27

ARVI-PROJEKTI 1999 – 2002

HOITOTYÖN OPISKELIJOIDEN OHJATUN HARJOITTELUN OPPIMISYMPÄRISTÖJEN ARVIOINTI- JA SEURANTAJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMINEN

Tausta ja tavoitteet

Projektissa olivat mukana edustajat Kymenlaakson sairaanhoitopiiristä, Kymenlaakson keskussairaala, Kotkan sosiaali- ja terveystoimesta sekä Kymenlaakson ammattikorkeakoulun Kotkan terveysalalta. Projektin tavoitteiksi asetettiin seuraavat asiat:

- Luodaan systemaattinen arviointi- ja palautejärjestelmä, jonka avulla ohjatun käytännön harjoittelupaikat on arvioitu ja hyväksytyt harjoittelupaikat täyttävät asetetut kriteerit, sekä laaditaan harjoittelupaikoista oppimisympäristökuvaukset.
- Arviointijärjestelmän sekä oppimisympäristökuvausten avulla seurataan, että opiskelijoiden ohjattu harjoittelu tapahtuu opetussuunnitelman, opiskelijoiden ammatillisten tavoitteiden ja opiskeluvaiheen mukaan.
- Opiskelijoiden valmiudet (projektiosaaminen, toiminnan arvioiminen ja kehittäminen) toimia tulevaisuuden työelämässä kehittyvät.
- Ohjaajien opiskelun ohjaus- ja arviointitaidot, ammatillinen osaaminen sekä itsearviointitaidot kehittyvät.
- Opiskelijoiden, opettajien ja harjoittelujaksoilla toimivien ohjaavien hoitajien yhteistyö tavoitteellistuu.

Toteutus ja tulokset

Projektissa on laadittu seuraavat hyvän ohjatun harjoittelun oppimisympäristön standardit ja kriteerit:

- Oppimisympäristö tarjoaa henkilökunnan, varusteiden, osaamisen, työturvallisuuden ja ilmapiirin osalta riittävät edellytykset oppimiselle (4 kriteeriä).
- Yksikön hoitotyö on määritelty, ja henkilökunta on sitoutunut kehittämään tutkimukseen perustuvaa hoitotyötä yksikössään (6 kriteeriä).
- Toimintayksikön ja ammattikorkeakoulun välillä on jatkuva yhteistyö ja tehokas viestintä (6 kriteeriä).
- Oppiminen on vuorovaikutuksellista toimintaa opiskelijan, ohjaajan, potilaan/asiakkaan ja opettajan välillä. Opiskelijaohjauksen ja arvioinnin lähtökohtana on yhteinen näkemys koulutuksen tavoitteista ja ammatillisen kasvun tukemisesta (8 kriteeriä).

Vuoden 2002 loppuun mennessä on auditoitu noin 30 terveydenhuollon oppimisympäristöä. Auditointiryhmässä on ollut mukana edustaja erikoissairaanhoidosta, perusterveydenhuollosta ja ammattikorkeakoulun terveystalalta. Opiskelijoilta on ryhdytty keräämään lokakuusta 2001 alkaen systemaattista kirjallista palautetta harjoittelujaksoistaan.

Päivi Mäenpää, lehtori, Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, paivi.maenpaa@kyamk.fi
Toini Nurminen, lehtori, Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, toini.nurminen@kyamk.fi

Esimerkki 28

YHTEISOPETUS SOSIAALI- JA TERVEYSALAN KOULUTUSOHJELMIEN OPISKELIJOILLE

Tausta

Ammattikorkeakoulu Arcadassa on kahden vuoden aikana järjestetty yhteisopetusta kaikille sosiaali- ja terveystalan koulutusohjelmien opiskelijoille opintojen alkuvaiheessa. Tämä pienimuotoinen kokeilu koskee sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja-, kättilö-, ensihoitaja-, fysioterapeutti-, toimintaterapeutti ja sosionomiopiskelijoita.

Opintokokonaisuus käsittelee yhteiskunnallista hyvinvointia ja sen sisältöaiheet ovat seuraavat:

- Elinympäristön, kulttuurin, terveyden ja sosiaalisen turvallisuuden välinen yhteys sekä yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutuksen merkitys hyvinvoinnille.
- Ihmisen hyvinvointia tukevat ja turvaavat yhteiskunnalliset resurssit
- Terveydenhuollon ja sosiaalihuollon kuntoutusperiaatteet ja kuntoutustoiminta.
- Terveyttä edistävä toiminta ihmisen elinkaaren aikana.

Kasvatustieteellisenä taustana alojen yhteisessä, seitsemän viikkoa kestävässä opintokokonaisuudessa on ongelmalähtöinen oppiminen (PBL). Näin ollen opiskelijat opiskelevat pienissä sekaryhmissä (6-8 opiskelijaa). Tämä on mahdollista, koska ensimmäisen vuoden kokonaisaloituspaikkamäärä on 140. Opintokokonaisuus sisältää kaksi teemaa: ihminen yhteiskunnassa ja terveyttä edistävät resurssit.

Toteutus

Opiskelijat opiskelevat ainoastaan yhtenä päivänä viikossa omassa ammattiryhmässään, eli ryhmässä, jossa heillä on koulutuspaikka. Pienet ryhmät merkitsevät alussa turvallisuutta mutta suurin anti on siinä, että opiskelijat oppivat tuntemaan toisensa ja eri ammattien näkökulmia alusta asti. Kokeilun pääajatuksena on, että opiskelijat myöhemmässä vaiheessa kolmannella lukuvuodella opiskelevat jälleen sekaryhmissä. Silloin he ratkaisevat keskusteluryhmissä moniammatillisia ongelmia ja raportoivat kirjallisesti niistä. Tällä hetkellä käydään neuvotteluja lääkärikoulutuksessa olevien kandidaattien liittymisestä mukaan mainitulle opintojaksolle.

Tulokset

Opiskelijoita on pyydetty arvioimaan yhteisopetuksen vaikutuksia kahtena vuotena. Tulosten mukaan opiskelijat pitävät pienryhmätyöskentelystä ja oppivat tuntemaan toisensa hyvin. He arvostavat myös sitä, että ryhmän jäsenet edustavat muita koulutusaloja. Ensimmäisen vuoden kokeilun jälkeen lisättiin yksi ammattikohtainen opiskelupäivä viikossa. Opiskelijat toivoivat saavansa tavata myös oman ammattiryhmänsä opiskelijat alusta asti. Yli 60 % kaikista opiskelijoista oli vuonna 2002 tyytyväisiä opiskeluun pienissä sekaryhmissä. Yhteisopetus on haaste myös opettajille: heiltä vaaditaan yhteistyökykyä, neuvottelutaitoa ja monipuolista näkemystä. Opintojaksoa kehitetään edelleen.

Iselin Krogerus-Therman, vararehtori, Arcada,
iselin.krogerus-therman@arcada.fi

Esimerkki 29

POTILASOPETUS PONTEVASTI PAREMMAKSI. KOKONAISHANKE TURUN YLIOPISTOLLISESSA SAIRAALASSA

Tavoite

Vuosina 1999-2005 toteutettavan Turun yliopistollisen sairaalan, Turun ammattikorkeakoulun ja Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen yhteishankkeen tavoitteena on kehittää Turun yliopistollisen keskussairaalan potilasopetuskäytäntöjä näyttöön perustaviksi siten, että potilas kykenee hallitsemaan oman terveysongelmansa, osallistumaan omaan hoitoonsa ja tekemään terveyttään koskevia päätöksiä. Hankkeessa on mukana koordinaatioryhmä, osa-aikainen projektityöntekijä, klinikkakohtaiset kehittämistiimit, potilasohjetyöryhmä sekä lukuisia ammattikorkeakoulun ja yliopiston opiskelijoita.

Toteutus

Hankkeessa kartoitetaan potilasopetuskäytännöt ja evaluoidaan niitä sekä testataan uusia potilasopetuksen interventioita ja niiden vaikuttavuutta. Kartoitusvaiheessa vuonna 2002 selvitettiin 754 potilaan ja 623 hoitajan näkemykset potilasopetuksesta ja analysoitiin 611 potilasohjetta. Tulosten mukaan potilaat olivat melko tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen, mutta he toivoivat enemmän ohjausta henkilökohtaisesti sekä tietokoneen ja videoiden kautta. Potilaan oppimistarvetta selvitettiin epäsystemaattisesti ja useissa potilasohjeissa oli monia puutteita. Interventiovaiheessa kehitetään potilaiden oppimisprosessin lähtötilanteen analyysia, ohjausprosessin jatkuvuutta, ohjausjärjestelyjä ja –sisältöjä sekä arviointikäytäntöjä. Klinikat kehittävät interventioita omien tarpeidensa mukaan, minkä lisäksi kehitetään yhteisiä välineitä, esimerkiksi yleistä tiedontarvemitaria.

Tulokset ja arviointi

Interventiot arvioidaan interventiosuunnitelmien perusteella ja raportoidaan vuosina 2004-2005 tieteellisesti ja ammattilehdissä. Hankkeesta valmistuu lukuisia oppinnäytteitä ja muita julkaisuja.

Pia Ahonen, ylihoitaja, Turun yliopistollinen sairaala, pia.ahonen@tyks.fi

Esimerkki 30

OPPIMISVERKKOJEN KUTOJAT

Tavoite

Toisen asteen ammatillisessa koulutuksessa on lisätty ja vahvistettu työssäoppimisen osuutta ja työpaikkaohjaajat osallistuvat opiskelijoitten ammattitaidon arviointiin. Oppimisverkkojen kutojat -projektissa uudistetaan lähihoitajien työssäoppimista yhdessä työelämän kanssa. Tavoitteena on parantaa lähihoitajakoulutuksen vastaavuutta työelämän tarpeisiin. Projektissa on muodostettu sosiaali- ja terveystieteiden työpaikkojen kanssa kiinteä yhteistyö- ja vuorovaikutusverkosto. Työssäoppiminen keskitetään pääosin verkostoon kuuluviin työpaikkoihin, joista suurin osa on Helsingissä. Ohjaustaitojen lisäksi parannetaan ohjaajien opetussuunnitelman ja ammattikoulutusta ohjaavan lainsäädännön tuntemista.

Toteutus

Keskeisenä menetelmänä on työpaikkaohjaajakoulutus (2ov), jota järjestetään kurssimuotoisena ja työyksiköihin kohdennettuna. Oppilaitoksessa järjestettävä kurssimuotoinen työpaikkaohjaajakoulutus soveltuu esimerkiksi pienten työyksiköitten henkilöstölle. Työpaikoilla toteutetussa työpaikkaohjaajakoulutuksessa, esimerkiksi sairaaloissa ja muissa suurissa yksiköissä, voidaan ottaa huomioon erilaisten työyhteisöjen koulutus- ja mahdollisuudet osallistua koulutukseen. Projektissa muodostetaan työpaikkaohjaajakoulutuksen ja muun kehittämistoiminnan suunnittelua varten vähintään yksi yhteistyöryhmä kutakin lähihoitajakoulutuksen opintokokonaisuutta ja koulutusohjelmaa kohden. Oppilaitoksen ja projektissa mukana olevien työyhteisöjen yhteisen työskentelyn vakiintuessa syntyy uusi toimintamalli opiskelijoitten työssäoppimisen toteuttamiseen ja ohjaamiseen. Tämä kehittää myös työyhteisön omaa toimintaa.

Tulokset

Lähihoitajaopiskelijoitten työssäoppimisen toteutusta varten on vuoden 2002 lopussa luotu 15 yhteistyöryhmää. Työpaikkaohjaajia on koulutettu yhteensä 422. Työssäoppimisesta 60 % toteutuu oppilaitoksen ja työpaikkojen yhteistyöverkostossa, johon on koulutettu työpaikkaohjaajia. Yhteistyömalli ja työpaikkaohjaajakoulutus ovat vakiintuneissa sekä työpaikoilla että oppilaitoksessa. Opettajista osa on osallistunut työelämäjaksolle. Projektin tulosten arviointia varten on luotu palautejärjestelmä. Projektin tulokset saadaan vuoden 2004 alussa.

Lea Leveelahti projektikoordinaattori, lehtori, Helsingin Diakoniaopisto
lea.leveelahti@helsingindiakoniaopisto.com

Esimerkki 31

MALLI PERUSTERVEYDENHUOLLON JA YLIOPISTON YHTEISTYÖSTÄ KUOPION SOSIAALI- JA TERVEYSKESKUKSESSA

Tausta

Kuopion sosiaali- ja terveystieteiden keskus perustettiin preventiivisen hoitotieteen professorin sivuvirka 1.1.2000 alkaen. Keskeisiä tehtäväalueita ovat: 1) tutkimus- ja kehittämissuunnittelu, 2) koulutusten suunnittelu ja toteutus, 3) perusterveydenhuollon toiminnan arviointi ja 4) perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöprojekteihin osallistuminen.

Toteutus

Vuosille 2002-2006 on laadittu hoitotyön tutkimus- ja kehittämissuunnitelma 'Terveystieteiden edistämistä moniammatillisena yhteistyönä'. Lähtökohtana ovat kansalliset tavoiteohjelmat ja strategiat (esim. Terveystieteiden 2015 -kansanterveysohjelma ja kansallinen terveystieteiden projekti) sekä Kuopion henkilöstö- ja kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon strategiat. Ohjelman päätavoitteena on tuottaa tietoa moniammatillisena yhteistyönä potilaiden ja asiakkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Lisäksi tavoitteena on saada tietoa eri menetelmien (preventiiviset työmenetelmät, hoitotyön auttamismenetelmät) vaikuttavuudesta yksilöiden terveyteen ja terveysvalintoihin. Ajankohtainen tutkimustieto väestön terveyden edistämiseksi ja terveyden edistämisen työmenetelmistä sekä toimintojen vaikuttavuudesta ovat suunnanneet tutkimus- ja kehittämissuunnitelman laadintaa. Hankkeet toteutetaan yhteistyössä Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksen henkilöstön ja opiskelijoiden sekä Kuopion sosiaali- ja terveystieteiden eri henkilöstöryhmien kanssa. Tutkimus- ja kehittämissuunnittelua tehdään myös Kuopion yliopiston muiden laitosten tutkijoiden ja opiskelijoiden, Kuopion yliopistollisen sairaalan eri henkilöstöryhmien, Pohjois-Savon ammattikorkeakoulun ja tutkimusyhteisöjen sekä järjestöjen edustajien kanssa. Tutkimussuunnitelman toteutumista arvioidaan säännöllisesti ohjausryhmän kokouksissa.

Tulokset

Perusterveydenhuollon sivuvirkakäytäntöä on esitelty uudenlaisena työelämän ja yliopiston välisenä toimintamallina kansallisesti ja kansainvälisesti. Suomessa muiden yliopistojen hoitotieteen laitoksilla ei ole vastaavaa sivuvirkajärjestelyä perusterveydenhuollossa. Tutkimus- ja kehittämissuunnitelmiensa tulokset ja niistä tuotetut raportit toimivat osaltaan työyksiköissä työn kehittämisen välineinä.

Anna-Maija Pietilä, professori, Kuopion yliopisto, anna-maija.pietila@uku.fi

Esimerkki 32

HENKILÖSTÖN OSAAMISEN KEHITTÄMINEN OSANA STRATEGISTA JOHTAMISTA PIRKANMAAN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ

Tausta

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategisen suunnitelman mukaan henkilöstöpoliittisina tavoitteina ovat henkilöstön koulutustason ja osaamisen jatkuva kehittyminen sekä henkilöstön sitoutuminen toiminnan kehittämiseen. Pitkänäikävälisin tavoitteina ovat (1) henkilöstön osaamisen kehittäminen muuttuvia tehtäviä vastaavasti, (2) sairaanhoitopiirin strategisia tavoitteita tukeva henkilöstöpolitiikka, rekrytointi ja palkkapolitiikka sekä (3) työyhteisöjen kehittäminen.

Toteutus

Keinoina tavoitteiden saavuttamiseksi ovat muiden ohella perehdytysohjelma ja siinä määritellyt ammattiryhmittäiset osaamistavoitteet, sairaanhoitopiirin strategiaan perustuva systemaattinen täydennyskoulutus, kehityskeskustelut, jokaiselle työntekijälle laadittu yksilöllinen kehitysohjelma, kannustava palkkauspolitiikka sekä työyhteisöjen kehittämisprojektit. Täydennyskoulutus järjestetään klinikoiden ja yksiköiden sisäisenä koulutuksena, sairaanhoitopiirin sisäisenä ja alueellisena koulutuksena sekä TAYSin erityisvastuualueen keskussairaaloille suuntaamana koulutuksena. Painopiste on moniammatillisessa ja työryhmien koulutuksessa.

Koulutuksen ohjausryhmä määrittää keskeiset koulutusteemat sairaanhoitopiiriin strategiaan perustuen. Vastuuyksiköt tekevät yksikön osaamistarpeisiin perustuvat ehdotukset koulutusaiheiksi. Koulutussuunnittelija kokoaa ehdotukset koulutusohjelmiksi, jotka muodostavat sairaanhoitopiirin strategian mukaiset kokonaisuudet. Kaksi kertaa vuodessa laadittava koulutussuunnitelma käsitellään koulutuksen ohjausryhmässä, sairaanhoitopiirin johtoryhmässä ja yhteistyötoimikunnassa. Koulutuksen organisointiin, laadunhallintaan ja tulevaisuuden haasteisiin liittyviä tehtäviä tullaan keskittämään perusteilla olevaan koulutusyksikköön.

Tulokset

Täydennyskoulutusrekisterin avulla seurataan ja arvioidaan henkilöstön kehittämistä, suunnitellaan koulutusta, seurataan yksittäisen työntekijän osaamisen ja asiantuntijuuden kehittymistä, arvioidaan sairaanhoitopiiriin strategian henkilöstöpoliittisten tavoitteiden toteutumista. Täydennyskoulutuksen vaikuttavuutta arvioidaan systemaattisen asiakaspalautteen, toimintaprosessien arvioinnin ja henkilöstön hyvinvointia ja työtyytyväisyyttä mittaavan tulokuntomittarin avulla. Ammattiryhmittäisten osaamisalueiden pohjalta ollaan laatimassa mittaria yksittäisten työntekijöiden osaamisen arvioimisen ja kehittämisen tueksi.

Anne Pellikainen, koulutussuunnittelija, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, anne.pellikainen@tays.fi

Esimerkki 33

MENTOROINNIN KEHITTÄMINEN SOSIAALI- JA TERVEYSALAN TYÖVOIMAN TULEVAISUUS –PROJEKTISSA

Tausta ja tavoitteet

Mentorointia käytetään yhä enemmän työyhteisön kehittämismenetelmänä myös sosiaali- ja terveysalalla. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun hallinnoimassa Sosiaali- ja terveysalan työvoiman tulevaisuus –projektissa mentorointia kehitetään yhteistyössä Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin ja Honkalammen kuntayhtymän kanssa. Mentoroinnin kehittämisen tavoitteena hankkeessa on 1) edistää aktorin (uran alussa oleva työntekijä) työssä oppimista ja ammatillista kehittymistä 2) mahdollistaa työyhteisössä hankitun kehittyneen osaamisen ja hiljaisen tiedon siirtäminen mentorointisuhteessa 3) tukea aktorin urakehitystä 4) edistää koko työyhteisön oppimista ja vahvistaa työyhteisön edellytyksiä vastaanottaa uusia työntekijöitä.

Mentoroinnin tavoite on myös, että mentorointisuhde auttaa aktoria löytämään omat vahvuutensa ja kehittymään niissä, auttaa häntä etsimään keinoja vahvistaa omia ammatillisia kehittämishaasteita ja tukea hänen henkistä kasvuaan. Mentorille kahdenkeskiset tapaamiset antavat tilaisuuden oppia uutta ja mahdollisuuden henkiseen kasvuun sekä vahvistavat mentorin työmotivaatiota ja itsetuntoa.

Toteutus

Hankkeessa arvioidaan, onko mentorointi sopiva menetelmä, jonka avulla uran alussa olevien työntekijöiden työn hallinta, työhön sitoutuminen ja työtyytyväisyys lisääntyvät. Lisäksi arvioidaan, onko mentorointi sopiva keino lisätä mentorin työmotivaatiota ja työssä oppimista ja millaisille mentoriaktoripareille (sairaanhoitaja, osastonhoitaja, liinavaatevarastonhoitaja jne.) menetelmä on hyödyllisin. Lopussa arvioidaan myös, hyötykö koko työyhteisö menetelmästä.

Mentorointiohjelmassa on mukana 15 mentoria ja 15 akrtoria. He hakivat ohjelmaan kirjallisella hakemuksella. Valinta suoritettiin hanketta arvioivassa ja ohjaavassa projektiryhmässä, jossa on edustettuna mukana olevien organisaatioiden hoitotyön johto ja ammattikorkeakoulun edustus. Kaikki hakijat eivät mahtuneet mukaan ohjelmaan. Valintaan vaikuttivat hakijoiden motivaatio, sitoutuneisuus ja perusteltu parin valinta. Mentorit ja aktorit edustavat monipuolisesti eri ammatteja. Mukana on Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiristä sairaanhoitaja- ja osastonhoitajapareja, toimintaterapeuttipari, siivoustyötä edustava pari ja liinavaatevarastonhoitajapari. Honkalammen kuntayhtymästä mukana on neljä hoitajaa, yksi kehitysvammahoitaja, yksi sosionomi, yksi sosiaalikasvattaja ja yksi fysioterapeutti.

Tulokset

Mentorointiohjelma on käynnistynyt vuoden 2003 alussa. Mentorit ja aktorit ovat aloittaneet kahdenkeskiset tapaamiset. Koulutuksellisissa teemapäivissä käsitellään mentorointia tukevia teemoja kuten hiljaista tietoa, työyhteisön historiaa ja erilaisia oppimis-

käsityksiä. Päivien aikana vaihdetaan kokemuksia mentoroinnin edistymisestä, onnistumisista ja epäonnistumisista. Jo nyt on osoitettu, että mentoroinnin käytäntöön saattaminen vaatii tukitoimia ja koulutusta. Vuoden kuluttua arvioidaan menetelmän sopivuutta käytännön arkityöhön.

Ritva Väistö, projektipäällikkö, Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu,
Ritva.Vaisto@ncp.fi

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN JULKAISUJA
SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS PUBLIKATIONER
PUBLICATIONS OF THE MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH

ISSN 1236-2050

- 2003: 1 Developing Sectoral Strategies to Address Gender Pay Gaps.
ISBN 952-00-1280-X
- 2 Suomen lähialueyhteistyön keskipitkän aikavälin (2003-2005) toimintasuunnitelma sosiaali- ja terveysalalla. Yhteenveto.
ISBN 952-00-1300-8
- 3 План действий (на 2003 - 2005 гг.) в сфере социального обеспечения и здравоохранения по сотрудничеству Финляндии и России в сопредельных регионах. (Edellisen venäjänkielinen laitos)
ISBN 952-00-1306-7
- 4 Action Plan for Co-operation with Neighbouring Areas in North-West Russia and the Baltic States in the Field of Social Protection and Health (2003-2005).
ISBN 952-00-1307-5
- 5 Ilpo Suoniemi, Hannu Tanninen, Matti Tuomala. Hyvinvointipalveluiden rahoitusperiaatteet.
ISBN 952-00-1330-X
- 6 Sosiaaliturvan suunta 2003.
ISBN 952-00-1352-0
- 7 Irmeli Penttilä, Olli Kangas, Leif Nordberg, Veli-Matti Ritakallio. Suomalainen köyhyys 1990-luvun lopulla – väliaikaista vai pysyvää?
ISBN 952-00-1368-7
- 8 Mielekäs Elämä! –ohjelman loppuraportti. Toim. Tuula Immonen, Irma Kiikkala ja Juha Ahonen.
ISBN 952-00-1381-4
- 9 Government Resolution Concerning the National Policy Definition on Early Childhood Education and Care.
ISBN 952-00-1354-7
- 10 Lapset ja rekisteröity parisuhde. Rekisteröityihin parisuhteisiin liittyviä erityiskysymyksiä selvittäneen toimikunnan mietintö.
ISBN 952-00-1390-3
- 11 Lääkepolitiikka 2010.
ISBN 952-00-1396-2
- 12 Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma TATO 2000-2003. Seurantajulkaisu.
ISBN 952-00-1409-8
- 13 Uppföljning av mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården 2000-2003.
ISBN 952-00-1411-X
- 14 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonala 2002.
ISBN 952-00-1414-4
- 15 Den sociala tryggheten i Finland 2002.
ISBN 952-00-1415-2
- 16 Finnish Social Protection in 2002.
ISBN 952-00-1416-0
- 17 Trends in Social Protection in Finland 2003
ISBN 952-00-1430-6
- 18 Terveystta ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. ISBN 952-00-1438-1