

S T A D I A

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveydenhoitajan huoli asiakkaista lastenneuvolassa ja työyhteisön tuki

Kirjallisuuskatsaus

Hoitotyön koulutusohjelma,
terveydenhoitaja
Opinnäytetyö
19.4.2007

Minna Pitkänen
Reetta Sopenen



Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyön koulutusohjelma		Terveydenhoitaja	
Tekijä/Tekijät			
Minna Pitkänen ja Reetta Sopanen			
Työn nimi			
Terveydenhoitajan huoli asiakkaista lastenneuvolassa ja työyhteisön tuki			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Kevät 2007	51 + liite	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa kirjallisuuskatsaus siitä, mitä huoli on käsitteenä ja miten se ilmenee käytännön terveydenhoitoalan työssä. Halusimme selvittää, mitä aikaisimpia tutkimuksia ja kirjallisuutta huolesta hoitotyössä on. Lisäksi pyrimme soveltamaan työmenetelmiä terveydenhoitajan työssä huolestuttavien tilanteiden ratkaisemiseksi. Pohdimme, miten terveydenhoitaja voi hyödyntää jo kehitettyjä huolen arvioimisen ja puheeksi ottamisen apuvälineitä.</p> <p>Kartoitimme aiheeseen liittyvää kirjallisuutta ja julkaisuja erilaisia sähköisiä tietokantoja apuna käyttäen. Olemme valinneet kirjallisuutta, väitöskirjoja, pro graduja ja artikkeleita, jotka ovat liittyneet omaan aiheeseemme ja valikoineet tutkimuksia myös niiden tuoreuden perusteella.</p> <p>Tutkimuksien tulokset ovat osoittaneet, että varhainen puuttuminen perheiden mahdollisiin ongelmiin on erittäin tärkeää lapsen hyvinvoinnin, kehityksen ja kasvun tukemiseksi. Terveydenhoitajien keinot puuttua perheiden tilanteisiin ovat parhaimmillaan silloin, kun vakavat ongelmat eivät ole vielä syntyneet. Kuitenkin myös liian herkästi asioihin puuttuminen voi aiheuttaa asiakassuhteen katkeamisen.</p> <p>Huolen puheeksi ottamisen ja tunnistamisen apuvälineet kuten huolen vyöhykkeistö ja huoliseulalomake saattaisivat auttaa terveydenhoitajia vaikeissa asiakastilanteissa jäsentämään huolen tunnetta. Näin he pystyisivät arvioimaan paremmin tarvittavia tukitoimia sekä järjestämään yhteistyötä moniammatillisen tiimin kanssa. Löytämistämme tutkimuksista ei selvinnyt, kuinka paljon terveydenhoitajat käyttävät tällaisia apuvälineitä ja kuinka tietoisia he näistä ovat. Tämän opinnäytetyön avulla he saavat lisää tietoa huoleen liittyvistä asioista.</p>			
Avainsanat			
huoli, terveydenhoitaja, lastenneuvola ja työyhteisö			



Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Public Health Nurse	
Author/Authors			
Minna Pitkänen and Reetta Sopenen			
Title			
Public Health Nurse's Concern about Clients in Child Welfare Clinic and the Public Health Nurse Support Community.			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Spring 2007	51 + appendix	
<p>ABSTRACT</p> <p>The purpose of this study was to write a literature review about the term concern and how it was dealt with in Public Health Care. We studied previous researches and literature to find out what had been written about concern. Moreover, we studied how public health nurses solved the problems on the topic and, how they used already developed working methods of concern in their every day work. Our methods in this study was to chart literature and scientific publications by using electric databases. For the analysis, different studies and literature were chosen the date of year.</p> <p>The results of the studies showed that early intervention in families problems was very important. It supported children's welfare, physical and psychological development. When families' problems were not severe, public health nurses had the best ways to help these families. However, too much involvement may have an effect on trusting relationship. Discussing the concerning matters and the methods of recognizing concern may help nurses in their work.</p> <p>Public health nurses can evaluate what kind of support these families need and arrange possible meetings with other experienced workers.</p>			
Keywords			
concern, public health nurse, child welfare clinic, workcommunity			

SISÄLLYS

1 TYÖN TAUSTA.....	1
2 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	2
2.1 Tiedonhaun kuvaus	2
2.2 Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyönä.....	3
3 TERVEYDENHUOLTOTYÖN MUUTTUMINEN.....	3
3.1 Lastenneuvola toimintaympäristönä tänään	7
3.2 Neuvolatyön kehittämishaasteita ja ongelmia	9
3.3 Perheiden odotukset neuvolatyöstä.....	11
4 TERVEYDENHOITAJAN TYÖ	12
4.1 Intuitio sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan työssä	13
4.2 Hiljainen tiedon merkitys	14
4.3 Terveydenhoitajan työkokemus ja koulutus	15
4.4 Työssä jaksaminen ja voimavarat	16
4.5 Terveydenhoitajan työn kehittyminen ja kuormittavuus.....	17
5 TERVEYDENHOITAJAN KEINOT PERHEIDEN TILANTEIDEN ARVIOIJANA	18
5.1 Huolen syntymisen taustalla olevia tekijöitä ja lapsen laiminlyönnin seurauksia	18
5.2 Vuorovaikutuksen kautta saatu tieto perheistä	20
5.3 Terveydenhoitajan työmenetelmät lastenneuvolassa	22
5.3.1 Kotikäyntien merkitys	23
5.3.2 Ikävuositarkastukset ja terveydenhoitajan vastaanotto.....	24
5.3.3 Kokemuksia ryhmätoiminnasta.....	26
6 KEINOJA HUOLEN PURKAMISEEN.....	27
6.1 Ongelmiin puuttuminen huolestuttavassa tilanteessa ja puuttumisen vaikeuksia.	28
6.2 Apuvälineitä terveydenhoitajan huolen tunnistamiseen ja puuttumiseen	31
6.2.1 Huolen vyöhykkeistö apuna.....	31
6.2.2 Huoliseulalomake työvälineenä	33
6.4 Tietoinen ennakointi valmistaa puheeksi ottamiseen.....	35
6.5 Huolen puheeksi ottaminen	36
6.6 Ennakointidialogi ja verkostokokous huolen purkamiseen	37
7 TYÖYHTEISÖ TERVEYDENHOITAJAN TUKENA	38
7.1 Moniammatillinen yhteistyö lastenneuvolassa	40
7.2 Työnohjauksen antama tuki.....	41
7.3 Työkykyä ylläpitävä toiminta (TYKY).....	42
7.4 Masennuksen vaikutus ja merkitys työyhteisössä.....	43
8 POHDINTA.....	46
8.1 Yhteenveto tuloksista	46
8.2 Työn luotettavuuden pohdinta ja opinnäytetyöprosessi	47
8.3 Ehdotuksia seuraaville opinnäytetöille.....	47
LÄHTEET	49
LIITE 1	

1 TYÖN TAUSTA

Teemme opinnäytetyömme Lapsiperheiden terveyden edistämisen projektiin, joka toteutetaan vuosina 2004–2008. Yhteistyökumppaneina projektissa toimivat Haagan, Laajasalon ja Herttoniemen terveysasemien lastenneuvolan terveydenhoitajat ja heidän johtajansa. Projektin tarkoituksena on terveydenhoitajatyön työmenetelmien ja toimintatapojen kehittäminen näyttöön perustuvan tiedon avulla. Lisäksi pyritään kehittämään toimiva yhteistyöverkosto terveyskeskuksen terveysasemien ja Helsingin ammattikorkeakoulun välille.

Tutkimusten mukaan lapsiperheiden ongelmat ovat lisääntyneet ja vastaanotolla aikaa tarvittaisiin enemmän. Uusavuttomuus, päihde- ja psykososiaaliset ongelmat ovat yleistyneet ja tästä syystä erityistuen tarve on suurentunut. Työntekijämäärät ovat pysyneet ennallaan, vaikka asiakasmäärät ovat kasvaneet. Terveydenhoitajan työssä huoli asiakkaiden tilanteista on lisääntynyt ja varhainen ongelmien tunnistaminen ja puuttuminen olisi tärkeää. Kirjallisuuskatsauksessa olemme pohtineet myös mahdollisia apukeinoja terveydenhoitajan työhön ja niiden käytettävyyttä huolen tunnistamiseksi vastaanotto-työssä lastenneuvolassa.

Herttoniemen peruspiiriin kuuluu Länsi-Herttoniemi, Herttoniemenranta, Herttoniemen teollisuusalue, Roihuvuori ja Tammisalo. Herttoniemi on ensimmäisiä sodan jälkeen rakennettuja asuinalueita Helsingissä. Siellä sijaitsee satama ja laaja teollisuusalue, jossa työpaikkoja on paljon. Länsi-Herttoniemi ja Roihuvuori ovat hyvin kerrostaloasuntovoittoisia. Herttoniemen teollisuusalueella on eniten asukkaita, siellä heitä asuu hieman yli 5300. Näillä alueilla asuu tällä hetkellä yhteensä 26150 ihmistä. Väestön määrä on lisääntynyt paljon viime vuosina, erityisesti Herttoniemenrannan uuden asuinalueen rakentamisen vuoksi. Alueella on hyvät peruspalvelut, työpaikkojen määrä on kasvussa sekä runsaasti ulkoilureittejä ja urheilupuisto. Asuntokuntia Herttoniemen peruspiirin alueella on yhteensä 14062 ja lapsiperheitä 3598. Ikäkeskittymä on lähinnä 40–60-vuotiaissa, joita peruspiirissä asuu noin 34 %. Seuraavaksi ikärakenteeltaan suurin ryhmä on 25–39 -vuotiaat. 0–6-vuotiaita lapsia alueella on yhteensä 2053 ja 7–17-vuotiaita 2868. Alueen väestön keskitulo on ollut vuonna 2004 noin 23 000 euroa vuodessa ja työttömyysaste 10,3 %. Lastensuojelun asiakkaita on ollut vuonna 2005 yhteensä 344. Yksinhuoltajaperheitä on alueella yhteensä 1379. (Helsingin kaupungin tietokeskus

2007.)

Alue on väestöltään suomalaiskulttuuriin painottuvaa, sillä lähes 90 % asukkaista on suomalaisia. Ruotsalaisia ja muita ulkomaalaisia alueella on noin 8 % ja lisäksi ulkomaalaistaustaisia noin 8 %. Vuonna 2005 peruspiirin alueelle syntyi 328 vauvaa/1000 asukasta kohden ja kuolleita oli 216 ihmistä/1000 kohden. (Helsingin kaupungin tietokeskus 2007.)

2 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Työn tarkoituksena on tuottaa kirjallisuuskatsaus siitä, mitä huoli on käsitteenä ja miten se ilmenee käytännön terveydenhoitoalan työssä. Kirjallisuuskatsauksemme tarkoituksena on koota aiheeseen liittyvä tutkimus- ja muu kirjallinen tieto yhteen. Tutkimustiedon avulla pyrimme selvittämään, mistä terveydenhoitajan huoli asiakkaistaan syntyy ja mitkä tekijät lisäävät terveydenhoitajan kokemaa huolta. Tavoitteena on lisäksi kartoittaa työyhteisön vaikutusta terveydenhoitajan työhön, työssä jaksamiseen ja motivaatioon sekä moniammatillisen työryhmän yhteistyötä lastenneuvolassa. Selvitämme aikaisempien tutkimuksien ja muun kirjallisuuden pohjalta, mitä keinoja on kehitetty huolen purkamiseksi ja kuinka ne soveltuvat terveydenhoitajan työhön. Tavoitteenamme on, että opinnäytetyö antaisi tukea Herttoniemen terveydenhoitajien työlle ja että siitä olisi apua heille.

2.1 Tiedonhaun kuvaus

Työmme keskeisiä käsitteitä ovat huoli, terveydenhoitaja, työyhteisö ja lastenneuvola. Etsimme työhön liittyvää kirjallisuutta eri hakukoneita apuna käyttäen, näitä olivat Kurre, Helka, Helmet, Linda, Elektra, Arto ja Medic. Käytimme hakusanoina termejä terveydenhoitaja, lapsiperheet, hoitotyö, perhetyö, moniammatillisuus, työyhteisö, lastenneuvola, huoli, varhainen puuttuminen, puheeksi ottaminen, työnohjaus, työssä jaksaminen, voimavarat, intuitio, hiljainen tieto, työkokemus, kotikäynti, työmenetelmät, huolen vyöhykkeistö ja huoliseula. Haimme kirjallisuutta myös yhdistelemällä kyseisiä hakusanoja. Olemme käyneet läpi erilaisia opinnäytetöitä, pro gradu-tutkielmia, Hoitotiede-lehtiä ja kirjallisuutta, mutta lähinnä suomenkielisiä. Löytämästämme kirjallisuudesta olemme tutustuneet paljon lähdeluetteloihin, tiivistelmiin sekä ammattilehtiin,

kuten Terveydenhoitaja- ja Sairaanhoidajalehti, joista on löytynyt lisää viitteitä. Lisäksi ohjaajat ja opiskelijat ovat myös antaneet vinkkejä. Etsiessämme tietoa erilaisista lähteistä, olemme karsineet lähteitä tutkimusten valmistumisvuoden mukaan. Olemme valinneet lähinnä uudempia ja parhaiten aihetta vastaavia lähteitä.

2.2 Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyönä

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on keskittyä tutkimusongelman kannalta olennaiseen kirjallisuuteen, lehti- ja aikakausiartikkeleihin, tutkimusselosteisiin ja muihin keskeisiin julkaisuihin. Tarkoitus on näyttää, miten ja mistä näkökulmasta asiaa on aiemmin tutkittu sekä osoittaa tärkeimmät tutkimustulokset ja johtavat tutkijanimet. Katsauksen laatiminen kartuttaa myös menetelmätietoa asiasisällön lisäksi. Työtä tehdessä olemassa oleva tieto on eriteltävä ja arvioitava huolellisesti. Kirjoittajan on myös pyrittävä osoittamaan havaitsemansa näkemyserot, ristiriitaisuudet ja puutteet tutkimuksissa. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2000: 108–109.)

Kirjoittaessamme ja erityisesti lähteitä etsiessämme olemme pohtineet tutkimusten sisältöä ja toteutusta. Sisällön kannalta valintoihin on vaikuttanut etenkin se, kuinka hyvin tutkimusten sisältö on vastannut aihettamme ja kuinka voisimme sitä hyödyntää työssämme.

3 TERVEYDENHUOLTOTYÖN MUUTTUMINEN

Kiertävien sairaanhoitajien ammatti eriytyi eri ammattiryhmiksi 1800-luvun lopulla osana maaseudun terveydenhoidon kehittämisohjelmaa. Muut toimintamallit kehittyivät yksi kerrallaan vapaaehtoisjärjestöjen avulla ja osittain myös niiden rahoittamana. (Simoila 1994: 200.) Työn ensimmäistä kehitysvaihetta vuosina 1880–1923 Simoila nimitää Kiertävien hoitajien ajaksi. Sitä edustivat neljä eri ammattiryhmää. Näinä aikoina toimivat kättilöt, tuberkuloosihoitajattaret, kouluhoitajattaret ja huoltosisaret kukin oman asiakaskuntansa kanssa. Kaikki ammattiryhmät olivat eriytyneet tarpeesta avustaa lääkäreitä, vaikka toimivatkin käytännössä itsenäisesti. Kaikkien työ painottui kodeissa tehtävään työhön. Taustalla heillä oli sairaanhoitajan koulutus ja esimerkiksi huoltosisarilla lyhyt kurssi lisänä. Työtä koskeva tieto karttui kuitenkin yksilöllisesti kokemuksen kautta. (Simoila 1994: 74–75.)

Tuberkuloosihoitajia alettiin kouluttaa vuonna 1913. Tuberkuloosin Vastustamisyhdistys koulutti sairaanhoitajia terveydenhoitoon, tuberkuloosin torjuntaan, pienten lasten hoitoon ja köyhäin hoitoon. Kenraali Mannerheimin Lastensuojeluliitto oli perustanut Lastenlinnan lastenhoidon opetuslaitokseksi vuonna 1921. (Punto 1989: 116.) Lastensuojeluliitto aloitti varsinaisen terveystieteiden koulutuksen Suomessa vuonna 1924. Kurssija järjestettiin valmiille sairaanhoitajille ja koulutus kesti 6 kuukautta. Samalla kun valtio otti vastuun sairaanhoitajien koulutuksen järjestämisestä, terveystieteiden koulutus siirtyi myös valtiolle vuonna 1930. Vuonna 1940 koulutus pitenee 8 kuukauteen. (Punto 1989: tiivistelmä.) Vuonna 1924 opetukseen kuului pienten lastenhoidon, terveysopin ja ensiavun ohella myös esimerkiksi köyhäinhoitoa, asunthygieniaa, sielutiedettä sekä tilitysten ja rahainhoitotapojen opiskelua. Käytännön harjoittelua oli tuolloin 23 viikkoa. Harjoittelut toteutettiin esimerkiksi Lastenlinnassa ja äitiys- ja pienten lasten neuvontasemilla. Lisäksi oli harjoitusta esimerkiksi halpahintaisen kotiruoan valmistuksesta. (Punto 1989: 138–139, Kenraali Mannerheimin lastensuojeluliiton vuosikertomus v.1925-MLL: arkisto mukaan.) Arvo Ylppö oli innostunut lääkäri, joka vaikutti merkittävästi terveystieteiden lastenhoidon ja lastentautiopin opetuksen sisältöön. Hän toimi luennoitsijana ja on kirjoittanut myös lastenhoitoa käsitteleviä kirjoja. (Punto 1989:116–117.) Terveystieteilijät kuvasivat, että Arvo Ylppö piti kotikäyntejä terveystieteiden ytimenä. Nämä käynnit jakaantuivat koko väestöön kohdistuviin sairaskäynteihin, joita oli noin puolet käynneistä ja terveysneuvontakäynteihin joiden kohteena olivat etenkin lapset. (Varjoranta 1992: 18–19.)

Vuodet 1924–1967 Simoila on nimennyt Terveystieteilijöiden ajaksi. Työ lakisääteistettiin vuonna 1944, mutta jo ennen sitä oli toiminnassa lähes 200 neuvolaa. Työn lakisääteistämiseen vaikutti vahvasti yhteiskunnallinen tilanne. Elettii sodan jälkeistä, syntyvyys, äitiyskuolleisuus ja imeväiskuolleisuus olivat suurta ja kulkutauteja oli vaikea hallita. Etenkin tuberkuloosisairastavuus oli merkittävä. Ammattia harjoittaneilla oli nyt työn yhtenäinen sääöstö, koulutus ja työnohjaus. Vapaaehtoisjärjestöt olivat suunnitelleet mallin ja siihen liittyvän koulutuksen jo ennen 1920-luvun puoliväliä, mutta toteutus onnistui vasta lakimuutosten yhteydessä. Kukin terveystieteilijä pystyi säätelemään työtään melko itsenäisesti ja sen sisältö erosi sairaanhoitajien laitoksissa tekemästä työstä. (Simoila 1994: 75, 200.)

Vuonna 1944 terveyssisarten työ tuli lakisääteiseksi ja kansanterveyslaki vuonna 1972 muutti oleellisesti terveyssisarthyötä. Varjoranta on tehnyt tutkimuksen tutkimalla näiltä vuosilta löytyneitä pienten lasten neuvolakortteja ja täydentäen näitä tietoja haastattelemalla terveydenhoitajia jotka ovat tällöin työskennelleet. Kiinnostuksen kohteena olivat etenkin kotikäyntien merkitys ja niiden sisällöt. Oli tavallista, että 1940–1950-luvuilla terveyssisaret opettivat kotikäynneillä esimerkiksi käsien pesemistä ja tartuntatautipotilaan eristämistä. 1960-luvulla väestön tietämys tartuntataudeista oli jo lisääntynyt, joten tällainen neuvonta väheni. Päättäit olivat ongelma 40-luvulla ja terveyssisaret saivat niistä tiedon yleensä koululaisten kautta ja menivät tekemään täitarkastuksen tällaisiin perheisiin sekä ohjasivat toimia niiden hävittämiseksi. Luteiden, kirppujen ja torakoiden ehkäisemiseksi neuvottiin siivouksessa ja häätöhoidoksi rikkisavua. (Varjoranta 1992: 1–7, 21–23.)

Kättilöt ilmoittivat terveyssisarille kaikki vastasyntyneet ja sen perusteella terveyssisar teki kotikäynnin. Vanhempien lasten kohdalla hän sai tiedon lapsista kouluista tai naapureilta. 40–50-luvuilla tehtiin kotikäynti lapsen ollessa 2–4 viikon ikäinen ja sen jälkeen muutaman kuukauden väliajoin sekä muutaman kerran leikki-iässä. Neuvoloita ei tällöin ollut paljon ja kulkumahdollisuudet varsinkin maaseudulla olivat hankalat. Lisäksi neuvolatoiminta herätti epäilyjä etenkin isien ja isovanhempien taholta. (Varjoranta 1992: 29–33, 47.)

Terveyssisarten sairaskäynteihin kuuluivat esimerkiksi siteiden vaihtamiset, kipulääkkeiden antamiset, ihottumasalvojen laittaminen ja silmätulehdusten hoito boorihauteella. He suorittivat myös matokuurien annon. Siihen saattoi mennä useita päiviä saman perheen luona, koska sen toteuttaminen vaati jatkuvaa valvontaa. Tärkein tehtävä oli kuitenkin lääkärin tarpeen arviointi, lääkkeiden hankkiminen ja niiden potilaalle toimittaminen. Usein he myös saattoivat jonkun perheenjäsenen sairaalaan, koska perheet olivat suuria ja äiti ei voinut jättää muita lapsiaan. Myös vainajien laittaminen kodeissa oli yleistä, mutta väheni 50-luvulla kun sairaalat yleistyivät. 50 – ja 60-luvuilla perheet hakeutuivat jo omatoimisemmin lääkäriin, mutta halusivat usein silti varmistuksen terveyssisarelta. Puhelinten yleistyttyä terveydenhoitajat antoivat paljon puhelinneuvontaa. (Varjoranta 1992: 23–27.)

Terveysneuvontakäynneillä tärkeimmät puheenaiheet olivat puhtaus, ravitseminen, pukeutuminen, siisteyskasvatus, nukkuminen ja ulkoilu. Lapsia imetettiin pitkään ravinnon

puutteen vuoksi, mistä syystä lasten riisitauti ja anemiat olivat yleisiä. Imetystä pidettiin myös raskauden ehkäisykeinona. Ravitsemusohjauksessa keskityttiin hygienia-asioihin. 40-luvulla ohjattiin opettamaan lasta astialle jo 4 kuukauden ikäisenä ja vasta 50-luvun loppupuolella tietämys lapsen kehityksestä oli ilmeisesti lisääntynyt niin, että suositus muuttui vasta yli yhden ikävuoden. Lasten ulkoilun suhteen varsinkin isovanhemmilla oli pelkoja, että lapsi sairastuu ulkona. 40 – ja 50-luvuilla ajateltiin, ettei lapsen ole hyvä nukkua äidin vieressä, koska äidiltä saadaan taudinaiheuttajia ja lapsesta voi kasvaa ”kodin tyranni” liiallisen hemmottelun vuoksi. 60-luvulla äidin läsnäoloa alettiin pitää hyvänä asiana lapsen turvallisuuden tunteen kehittymisen kannalta. (Varjoranta 1992: 34–46.)

Kurkkumätärokotteita alettiin antaa 40-luvun alussa perheiden kodeissa ja ohjeita tartunnan saaneiden eristämisestä. Terveysisaret myös kehottivat ihmisiä tulemaan joukkorokotuksiin ja antoivat seerumipistoksia jo tartunnan saaneille aina 50-luvulle asti. Kun penisilliini tuli käyttöön 40-luvun lopulla, sitä annettiin vain injektio muodossa, joten terveystarvikkeiden kotikäynnit lisääntyivät entisestään. Ruiskut ja neulat olivat kertakäyttöisiä ja terveystarvikkeet steriloidivat ne kotonaan keittämällä. (Varjoranta 1992: 25–47.)

Perheet tulivat 60-luvulta lähtien jo yleensä neuvolaan. Jos kättilö epäili, että olisi tulossa vaikea synnytys, hän pyysi terveystarvikkeen mukaansa. Terveystarvikkeet ja kättilöt huolehtivat vastasyntyneen jatkohoitoon kotisyntymän jälkeen, jos lapsi oli esimerkiksi tuberkuloositartuntavaarassa. Lapset pidettiin erillään äidistään 8 kuukauden ikään asti. Lapset calmetoitiin kotikäyntien yhteydessä muutaman viikon ikäisinä. (Varjoranta 1992: 29–33, 47.)

Sairaaloiden vähäisyyden takia terveystarvikkeet huolehtivat keskosten kotihoitoon ohjeistuksesta. Joskus kunnanlääkäri määräsi keskoslapsen sairaalahoitoon ja terveystarvikkeet hoitivat kuljetukset keskoslaatikoissa. Kunnan alueella ei välttämättä ollut omaa lääkäriä, joten työ oli vastuullista ja vaatii itsenäistä päätöksentekoa hoitojen suhteen. (Varjoranta 1992: 25, 49–50.)

Terveystarvikkeet pitivät kotikäyntejä perustana koko neuvolatoiminnalle. Kotikäyntien avulla kehitettiin perheiden ja terveydenhoitajan välistä luottamusta. Tärkeintä oli tehdä neuvolatoimintaa tunnetuksi ja saada ihmiset tulemaan vastaanotoille. Vuonna 1945

35 % lapsista oli neuvolan kirjoissa ja vuonna 1950 jo lähes 90 %. Terveysisäret muistivat perheiden asiat, eikä pitkien päivien jälkeen ollut enää voimia kirjoittamiseen jonka vuoksi kirjaamista ei pidetty tärkeänä. Vuosisadan alussa noin joka viides lapsi kuoli ennen viidettä ikävuottaan. Imeväisyytkuolleisuusikäyrä kulkee yhdenmukaisesti taloudellisen kasvun kanssa 1900-luvulta lähtien. (Punto 1989: 115–119.) Työn tavoitteena oli 40 – ja 50-luvuilla imeväiskuolleisuuden vähentäminen ja lasten terveydentilan parantaminen. Näihin tavoitteisiin terveysisäarten antama ohjaus auttoi hyvin. (Varjoranta 1992: 53–57.) Esimerkiksi Saksassa, Ranskassa ja USA:ssa on otettu aikoinaan mallia Suomen imeväisiän terveydenhuollosta (Punto 1989: 119).

Terveyskeskuksen terveydenhoitajien aika alkoi Simoilan mukaan vuodesta 1968. Tämän jälkeen työ siirtyi tehtäväksi organisoituihin terveyskeskuksiin, tällöin työnjako osittui, suunnittelu erkaantui hallintohenkilökunnalle ja työn itsenäisyys väheni. Työtehtäviä alettiin standardoida. Tehtiin esimerkiksi ikäryhmäkohtaiset terveystarkastusohjeet ja hoitotieteellisen tutkimustoiminnan kautta kehitettiin hoitotyöhön teoreettisia työvälineitä. Kaikissa vaiheissa kehitettiin uusi työtoiminnan malli, jonka tarkoituksena oli ratkaista edellisen vaiheen ristiriidat. 1980-luvun puolivälistä lähtien terveydenhoitajien työtä on kehitetty laaja-alaisempaan ja sisällöltään monipuolisempaan suuntaan väestövastuu kokeilussa. Terveydenhoitajille on annettu enemmän autonomiaa ja työtehtäviä on laajennettu. (Simoila 1994: 75–76, 200.)

3.1 Lastenneuvola toimintaympäristönä tänään

Terveyskeskuksen tulee tuntea alueensa terveystarpeet ja elinolot. Sen tulee myös järjestää ja koordinoida vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten hoitoa sekä turvata sen jatkuvuus tarvittaessa tekemällä aloitteita moniammatillisten toimintamallien toteuttamiseen. Sen tulee myös jatkuvasti seurata ja arvioida toimintaansa, kehittää palvelujaan ja henkilökunnan ammattitaitoa. Kunnan ja yhteiskunnan tasolla kunnan tulee tuntea palvelut, suunnittelu, päätöksenteko ja vaikuttaa niihin tarvittaessa sekä seurata ja edistää yhteisöjen ja ympäristön turvallisuutta sekä erilaisten tekijöiden vaikutuksia perheiden terveyteen. (Lastenneuvolaopas 2004: 21–22.)

Lastenneuvolatyöhön kuuluu asiakkaiden terveyden edistämistä, sairauksien ennaltaehkäisyä ja toteamista mahdollisimman varhaisessa vaiheessa sekä lapsen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kehityksen seurantaa ja tukemista. Tavoitteena on myös koko

perheen psykososiaalisen hyvinvoinnin edistäminen ja vanhemmuuden tukeminen. (Haaranen 2003: 25.)

Neuvolatoiminnasta tehdään pitkittäistutkimuksia, joiden avulla pyritään tunnistamaan syrjäytymisvaarassa olevia perheitä ja puuttumaan heidän tilanteeseensa heti, kun pulmia esiintyy ja näin pyritään kaventamaan perheiden välisiä terveyseroja. Tavoitteena on myös parantaa seuraavan sukupolven terveyttä ja vanhemmuuden voimavaroja nykyiseen tilanteeseen nähden. Lasten fyysiset ja mielenterveydelliset sairaudet, epäsuotuisat asiat elinympäristössä sekä perheiden terveysongelmat tulisi tunnistaa mahdollisimman varhain. Neuvolan tulee huolehtia lasten rokotusohjelman mukaiset rokotukset ja tilanteen vaatiessa ohjata perhe muiden asiantuntijoiden hoitoon. Vanhempien tulisi saada tutkimukseen perustuvaa uusinta tietoa lapseen ja perheeseen liittyvistä asioista sekä tukea vanhemmuuteen ja parisuhteeseen liittyvissä asioissa. Tavoitteena on saada vanhemmat tunnistamaan omat voimavaransa ja tukea heitä terveyttä edistävissä valinnoissaan. Vanhemmille tulisi tarjota vertaistukea muista vanhemmista heidän niin halutessaan sekä osallistumismahdollisuutta neuvolapalvelujen kehittämiseen. (Lastenneuvolaopas 2004: 22–24.)

Neuvolan toiminta on ensisijaisesti lapsilähtöistä ja tarvittaessa lapsen etu menee vanhemman edelle. Äidit, lapset ja isät ovat asiantuntijoita ja perheen elämäntilanne, tottumukset, ympäristö, kulttuuritausta huomioidaan ja kunkin perheen kohdalla tapaamisen lähtökohdaksi otetaan perheen yksilölliset tarpeet ja huolet. Lapsen edun nimissä työntekijöiden on otettava esille epämiellyttäviä asioita, kuitenkin ketään syylistämättä tai moittimatta. Asiat otetaan esille suoraan, avoimesti ja keskustellen. Neuvolassa pyritään parantamaan koko perheen kykyjä tehdä terveyttänsä edistäviä valintoja ja pyritään edistämään terveyttä koko yhteisöön. Yhteistyötä tehdään moniammatillisesti eri sektorien kanssa. (Lastenneuvolaopas 2004: 22–24.)

Lastenneuvolatyö koetaan yleisesti mieluisana ja hyödyllisenä ja palveluita monipuolisin. Vanhemmat ovat kokeneet saaneensa riittävästi tietoa lapsen kasvusta ja kehityksestä, mutta kaipaisivat lisää keskustelua vanhemmuudesta, lasten kasvatuksesta ja ihmissuhteista perheessä. Neuvontaa ei aina koettu riittävän yksilölliseksi ja vaikka perheiden tarpeita kartoitettiin, tietoja ei kuitenkaan hyödynnetty käytännön työssä. (Varjoranta 1997: 27.)

Neuvolatyön kehittämiseksi on ehdotettu enemmän moniammatillisia yhteistyömuotoja, apuvälineiden kehittämistä perheiden psykososiaaliseen tukemiseen sekä jatkuvaa terveydenhoitajien ammattitaitoa kehittävä ja ylläpitävä koulutusta ja työnohjausta. (Haaranen 2003: 25.)

3.2 Neuvolatyön kehittämishaasteita ja ongelmia

Hakulinen-Viitosen tutkimuksen tulosten perusteella näyttäisi siltä, että neuvolatoiminta peruslähtökohdiltaan on toimiva, mutta terveyskeskusten välillä oli suuria eroavaisuuksia etenkin palvelun tarjonnan ja terveyskeskusten toimintatapojen suhteen. Erityistuen tarpeessa olevien perheiden auttamisesta oltiin erityisen huolissaan, koska tulosten mukaan näyttäisi siltä, että neuvola ei pystyisi tarpeeksi auttamaan näitä perheitä. Myös lasten, perheiden terveyserojen ja syrjäytymisen ehkäisystä oltiin huolissaan. Tärkeää olisi parantaa neuvolan henkilöstövoimavaroja, lisätä verkostoitumista lapsiperheiden auttamisessa ja ohjata moniammatillista yhteistyötä paremmaksi. (Hakulinen-Viitanen ym. 2005: 124.)

Koski on omassa tutkimuksessaan päätenyt siihen, että kyse ei ole lastenneuvolan yhteistyötasojen puutteesta, terveydenhoitajien yhteistyöhaluttomuudesta, asenteista vaan yksinkertaisesti siitä, että yhteistyötahoilla ei ole tarpeeksi resursseja neuvolan kanssa toimimiseen. Myös tiedonkulku on todettu ongelmaksi, koska vaihteluvollisuus rajoittaa/estää tahojen keskenään toimivuutta. Terveydenhoitajat toivoivat tutkimuksessa kehitystä lähinnä aika-, raha-, tila- ja työntekijöiden tilanteeseen. Kuitenkin myös hoitajat haluavat joustaa ja ennen kaikkea kehittää näiden asioiden parantamisella asiakasperheiden parempaa kohtaamista, hoitamista sekä hyvinvoinnin lisäämistä. (Koski 2003: 68.)

Valtakunnallisilla neuvolapäivillä 2006 esiteltiin tuloksia kyselystä terveyskeskuksille, joka oli toteutettu keväällä 2005. Tämän jälkeen oli toteutettu asiantuntijaseminaari, jossa oli keskusteltu tulevista kehittämishaasteista lasten terveystarkastuksiin liittyen. Kyselyn tuloksien perusteella esimerkiksi seulunnoissa, kirjaamisessa, tarkastusten ajankodissa, sisällöissä ja menetelmissä on huomattavia eroja ympäri Suomea. Tarkkoja tilastoja lasten terveydentilasta ei voida mitenkään saada, kun käytännöt ovat vaihtelevia. Lasten tuen tarve huomataan liian myöhään ja vanhempien sekä parisuhteen voima-

varoja selvitetään liian vähän. Terveyden arvioinnin rinnalla tulisi toteuttaa niin sanottu lapsen hyvinvointiarvio ja pohtia niitä oloja ja tekijöitä, jotka vaikuttavat kasvuun ja kehitykseen. Hyvinvointiarviointia tulisi painottaa nimenomaan yhdessä vanhempien ja lapsen kanssa sekä sopia jatkotoimenpiteet yhdessä. Lapsen tuen tarve tulisi tunnistaa ajoissa. Arvioinnit pitäisi toteuttaa yhteistyössä eri ammattiryhmien kesken niin, että tietyissä ikävaiheissa kaikki saisivat tiedon tuloksista. Koko maassa tulisi toimia samoilla työmenetelmillä samassa ikävaiheessa, jotta tietoja voitaisiin vertailla. Tietojärjestelmiä tulisi kehittää ja tiedot tulisi tallentaa niin, että niistä saataisiin tilastoja tulosteina kaikille toiminnan tasoille. Henkilöstöä tulisi kouluttaa toteuttamaan hyvinvointiarvioinnit niin, että niitä voitaisiin verrata keskenään. Hyvinvointiarviointi voitaisiin toteuttaa esimerkiksi määräaikaistarkastusten ja koulukypsyysarviontien lisänä raskauden ja ensimmäisen elinvuoden aikana 2–3 kertaa. (Rimpelä 2006.)

Näyttäisi siltä, että neuvolan uusina haasteina pidetään jatkuvaa vanhemmuuden, perheiden tukemista ja isien saamista voimakkaammin mukaan neuvolatoimintaan. Olisikin tärkeää, että asioista kysyttäisiin erikseen äideiltä ja isiltä, koska mielipide eroavaisuuksia oli huomattavissa. Aikaisemmin äidin tarpeet neuvolassa on ymmärretty melko hyvin, mutta nykyisin myös isät ovat aktiivisempia neuvolatoiminnassa. 2000-luvun myötä isien vastuu on kasvanut ja isyysvapaa pidentynyt. Vanhempien odotukset perhekeskeisyydessä, vertaistuessa ovat suurempia kuin neuvolan tarjoamat mahdollisuudet ja näissä asioissa olisi hyvinkin kehittämisen paikka. On tärkeää ottaa huomioon vanhemmuuden eri vaiheet, joilla on merkitystä odotuksien vaihtelevuuteen. Neuvolan tulisi suunnata huomiotaan ensimmäistä lastaan odottaviin perheisiin ja pohtia sosiaalista tuen antamista, koska erityisesti juuri näiden perheiden äidit haluavat pohtia omaa vanhemmuuttaan, kun taas isät haluavat enemmän tietoa. Huolta tämän tutkimuksen mukaan nostavat ne perheet, joiden tuki muualta jää vähäiseksi. Tukea tulisi keskittää näille perheille. (Viljamaa 2003: 90–116.)

3.3 Perheiden odotukset neuvolatyöstä

Yhteistyösuhteelta neuvolassa perheet toivoivat luottamuksellista vuorovaikutusta, kii-reettämyyttä, perhelähtöisyyttä ja palvelujen saatavuutta. Suurimmat odotukset neuvo-lalta liittyivät isien huomioimiseen. Toivottiin ilta-aikoja, isien kutsumista neuvolaan ja heidän kannustamista lapsen hoitoon. Vastaajien mielestä oli tärkeää tavata aina sama terveydenhoitaja ja yli puolet koki tämän toteutuneen hyvin. Lisäksi pidettiin tärkeänä, että synnytyssairaalalla ja neuvolalla on yhteneväiset hoito-ohjeet, mutta neljäsosa ei ollut tyytyväisiä yhteneväisyyteen. (Löthman-Kilpeläinen 2001: 49–53.)

Neuvolapalveluiden saatavuuteen liittyvistä asioista tärkeimpinä koettiin terveydenhoi-tajan tavoitettavuus puhelimitse, nopea ajansaanti neuvolaan, kotikäynti synnytyksen jälkeen ja perhevalmennuksen toteutuminen. Neuvolakäyntejä toivottiin lisää raskauden aikana ja pikkulapsivaiheessakin useammin kuin kerran vuodessa. Kotikäyntejä toivoi-vat lisää etenkin syrjäseuduilla asuvat ja perheet, joilla oli ongelmia. Toivottiin järjestet-täväksi erilaisia vertaisryhmiä, ryhmäneuvolaa, isä-ryhmiä ja äiti-vauvaryhmiä. Neuvo-latoiminta hyödyttää enemmän alemman koulutuksen saaneita kuin ylemmän korkea-koulutuksen saaneita äitejä. (Löthman-Kilpeläinen 2001: 60–66.) Joka kolmas vastaaja piti tärkeänä neuvolatoiminnan kehittämiseen vaikuttamista, mutta vain 5 % koki sen olevan mahdollista (Löthman-Kilpeläinen 2001: 71).

Viljamaan tutkimuksessa ”Neuvola tänään ja huomenna” tulosten mukaan molemmat vanhemmat odottavat neuvolalta eniten tiedon saantia. Konkreettisempi neuvolapalve-luodotus oli vanhemmilla nimenomaan lapsen kehityksen tukeminen ja lapsikeskeisyys korostui tämän päivän neuvolassa. Toisena asiana korostuivat isien ja äitien odotukset myös oman terveydenhoitajan, lääkärin valinta- ja vaihtomahdollisuuteen. Tutkimuksen mukaan yleisesti ottaen äitien neuvolapalveluodotukset ovat merkittävästi korkeammat kuin isillä. Suurin eroavaisuus isien ja äitien mielipiteissä liittyi pienryhmien ja vertais-tuen odotukseen neuvolalta, koska äidit halusivat näitä palveluja merkitsevästi enem-män kuin isät. Vanhempien iällä, koulutuksella, perhemuodolla oli vaikutuksia odotuk-siin, sillä esimerkiksi iältään vanhemmat äidit olivat tyytyväisempiä terveydenhoitajan, lääkärin ja erityisasiantuntijoiden työskentelyyn sekä lapsen kehityksen tukemiseen. He pitivät perhekeskeistä työskentelyä liian vähäisenä, kun taas nuoremmat äidit olivat var-sin tyytyväisiä perhekeskeisyyteen. Miehillä ikä ei vaikuttanut niin merkittävästi odo-

tuksiin, ainoastaan lähinnä vanhemmat isät kokivat lääkärin toiminnan paremmaksi verrattuna nuorempiin isiin. Vanhemmat jotka olivat vähemmän kouluttautuneita, olivat yleisesti ottaen tyytyväisempiä neuvolapalveluihin. Korkeammin kouluttautuneet vanhemmat kokivat vastaanottotilanteet yksilöllisemmiksi ja ilmapiirin luotettavammaksi kuin vähemmän koulutetut vanhemmat. (Viljamaa 2003: 90–116.)

Haastattelutulosten perusteella voidaan sanoa, että vanhemmat ovat melko tyytyväisiä tämän päivän neuvolan toimintaan. Vanhemmat pitivät tärkeänä, että neuvola on lähipalvelu ja he haluavat pitää sen edelleenkin niin. Terveystenhoitajan toimintaa, luottamuksellista ilmapiiriä ja palvelujen yksilöllisyyttä pidettiin melko hyvinä asioina. Kuitenkin ilmeni, että neuvolan antama henkilökohtainen tuki ja omakohtainen merkitys saivat tässä tutkimuksessa keskinkertaisen arvosanan haastatelluilta vanhemmilta. Tähän on voinut vaikuttaa muualta saatu tuki, koska jopa 80 % koki saavansa tukea omalta puolisoilta. Vanhemmat kokivat puutteelliseksi terveydenhoitajan, lääkärin valinta- ja vaihtomahdollisuuden ja he olisivat halunneet siihen enemmän vaikutusmahdollisuuksia. Perhekeskeisyys ei ole tänä päivänä toteutu riittävästi ja se näkyi lähinnä lapsen ensimmäisen ikävuoden aikana. Perhekeskeisyyteen vaikuttaa erityisesti jatkuvuus ja tässä tutkimuksessa noin 25 %: lla haastatelluista oli sama terveydenhoitaja äitiys- ja lastenneuvolassa. Äidit olivat antaneet merkitsevästi paremman arvosanan neuvolalle kuin isät. Joka tapauksessa neuvola on onnistunut yksinhuoltajaperheiden tukemisessa melko hyvin, koska yksinhuoltajat olivat yleisesti tyytyväisempiä kuin avioliitossa olevat. (Viljamaa 2003: 90–116.)

4 TERVEYDENHOITAJAN TYÖ

Terveydenhoitaja neuvoo, ohjaa, tukee ja auttaa perheitä heidän tarpeidensa mukaisesti. Terveydenhoitajan työn keskeisimmät periaatteet ovat perhekeskeisyys, yksilöllisyys ja hoidon jatkuvuus. (Haaranen 2003: 25.)

Työssä keskeistä ovat myös tarpeiden tunnistaminen, tiedon jakaminen ja ohjaaminen omien ratkaisujen tekemiseen. Päihde- ja psykososiaaliset ongelmat ovat viime vuosina lisääntyneet ja vaativat terveydenhoitajilta entistä enemmän keinoja tilanteisiin puuttamiseen ja niiden mahdollisimman varhaiseen huomaamiseen. Terveydenhoitajat pyrkivät vastaamaan perheiden huoliin omien resurssiensa ja mahdollisuuksiensa mukaan.

Jos ne eivät riitä, ongelmassa oleva vanhempi voidaan ohjata hakemaan apua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa muualta. (Haaranen 2003: 59–60.)

Vuorovaikutussuhde terveydenhoitajan ja asiakkaan välillä perustuu luottamuksellisuuteen ja avoimeen kumppanuuteen (Haaranen 2003: 25). Tutkimuksessaan Haaranen haastattelemat terveydenhoitajat keräsivät tietoja perheestä keskustelemalla ja pelkkä arkipäiväinen jutustelu voi jo helpottaa asiakkaan hankalaa tilannetta. Avoin ja asenteeton keskustelu antaa asiakkaalle mahdollisuuden osallistua täysipainoisesti. Terveydenhoitajilta vaaditaan myös hyviä vuorovaikutustaitoja. Vuorovaikutuksessa he pyrkivät kiireettömyyteen, inhimillisyyteen, avoimuuteen, joustavuuteen, turvallisuuteen ja vapaaehtoisuuteen. (Haaranen 2003: 48–52.)

Terveydenhoitajalta odotettiin emotionaalista tukea, esimerkiksi kysymyksiä äidin ja isän voinnista, perheiden huolien kuuntelua ja keskustelua vaikeistakin asioista. Emotionaalisen tuen saanti ja vuorovaikutus koettiin hyväksi. Terveydenhoitajalta saadun tiedon odotetaan olevan ennakoivaa ja ajankohtaista sekä häneen tulisi saada yhteyttä helposti. (Löthman-Kilpeläinen 2001: 53,71.) Terveydenhoitajan toiminta koettiin hyödyllisimmäksi lastenkasvatuksen, vanhemmuuden ja perheen terveyden tukemisessa. Vähiten hyötyä oli perheen voimavarojen ja parisuhteen tukemisessa. (Löthman-Kilpeläinen 2001: 66.)

4.1 Intuitio sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan työssä

Intuitio käsitteenä tulee alun perin sanasta *intuieri* (nähdä), jolla tarkoitetaan ”sisäistä näkemistä”, ”pohtimista” ja ”välitöntä oivallusta jonkun asian olemuksesta” ja se on tiedostamatonta, ihmisen alitajunnainen tapahtuma. Hoitotyössä intuitio on yksi hoitajan työvälineistä, minkä avulla terveydenhoitaja tekee päätöksiä työssään. Intuitiivinen ajattelu ohjautuu hoitotilanteessa hoitajan vaistona ja tuntemuksena siitä, että kaikki ei ole aivan kohdallaan. Tähän vaikuttaa oleellisesti myös hoitajan aikaisemmat kokemukset ja tilanteet hoitotyössä. Intuition ilmenemiseen liittyy vahvasti hoitajan oma persoonallisuus ja herkkyys havainnoida asioita ja näiden piirteiden avulla hoitaja kykenee helpommin tunnistamaan asiakkaan mahdollisia ongelmia. (Nurminen 2000: 17, 19, 34–35.) Intuitiivinen sisäinen tunne kehittyy ajallisesti ja on muuntuva, tilannesidonnainen ja syvällinen (Nurminen 2000: 39).

Intuitiivista hoitajaa ohjaa hänen sisäinen tahtonsa, johon voidaan liittää rehellisyys, avoimuus, päättäväisyys, loogisuus, ihmiskeskeisyys, itsetuntemus, eläytyminen ja ammatillinen varmuus. Sisäinen tunne on aina hoitajassa läsnä hänen hoitaessaan ihmisiä ja sen syvyys/herkkyys vaihtelee. Tämän tunteen kehittymistä auttaa potilaaseen pysähtyminen, itsensä herkistäminen kuulemaan asiakasta ja eläytyminen potilaan tilanteeseen. Intuitiivisuus hoitajassa lähtee hänestä itsestään, itsetuntemuksesta ja itsensä arvostamisesta. Näihin vaikuttaa myös oma ajattelu ja työskentelytapa. (Nurminen 2000: 79–80.)

Haaralan haastattelemat terveydenhoitajat kertoivat vastaanottotilanteessa aistivansa tunnelmaa ja havainnoimaan sanattomia viestejä sekä tekemään intuition varassa tulkintoja tilanteista. Osa heistä pyrki välttämään kuitenkin turhia ennako-oletuksia. He pyrkivät luomaan vastaanotolle ilmapiirin, jossa tunteiden näyttäminen olisi mahdollista ja ottamaan huolta aiheuttavia asioita esille hienovaraisesti ja avoimesti. Intuition avulla terveydenhoitajat arvioivat perheen voimavaroja ja tarpeita. (Haaranen 2003: 55, 62.)

4.2 Hiljainen tiedon merkitys

Intuition tullessa hoitajan tietoisuuteen, siitä tulee käsitteellistä ja tällöin puhutaan hiljaisesta tiedosta. Kuitenkin ennen hiljaista tietoa täytyy olla intuitiota. Hiljainen tieto kuvataan hoitajan tietämisenä, jota on mahdotonta ilmaista sanallisesti ja se kasvaa hoitajan kokemuksen karttuessa. Hiljainen tieto voidaan tulkita hoitajan kykynä havaita erilaisia ei-sanallisia merkkejä ja ihmisten käyttäytymistä. (Nurminen 2000: 11–28.) Hiljainen tieto kasvaa, kun työntekijät oppivat kokeneemmiltaan tietoja ja taitoja käytännön harjoittelun, tarkkailun ja imitaation kautta. Asiantuntijaksi kasvetaan aina käytännön työn kautta. Äänettömät taidot kehittyvät ja jossain vaiheessa tulevat tietoisuuteen. Asiantuntija näkee asiat kokonaisuuksina ja noviisi erillisinä. Ongelmallisessa tilanteessa asiantuntija voi luoda itselleen jo ennalta toimintamallin esimerkiksi tiettyyn hankalaan tilanteeseen aikaisempien kokemustensa perusteella. (Huhtanen 2004: 91.)

Terveydenhoitajan huolen ilmenemiseen hoitotyössä vaikuttaa oleellisesti juuri hänen oma intuitiivinen ajattelu, kokemukset ja hiljainen tieto. Saadessaan oivallusta esimerkiksi riskiperheen tilanteesta, hoitajalla nousee huoli perheestä ja heidän tilanteestaan, johon hoitaja yrittää saada ratkaisua. (Eriksson – Arnkil 2005: 21.)

Tutkimuksen mukaan suurin osa työtä ohjaavista ratkaisuista on piiloon jäävää hiljaista tietoa. Jos työtä tehdään tiedostamattoman tottumuksen ohjaamina, sitä on myös vaikea muuttaa. Työkäytäntöjä voidaan kehittää vasta, kun ne on tiedostettu. Terveystenhoitajille tehtävien haastattelututkimuksien avulla voidaan auttaa terveydenhoitajia tunnistamaan ja tiedostamaan omia käsityksiään ja näin mahdollisesti kehittämään työtä. (Simoila 1994: 148.)

Hiljaisen tiedon suhteen on esitetty myös kritiikkiä. Sen on sanottu olevan vain termi jonka avulla voidaan mystifioida ammatillista pätevyyttä ja sulkemaan tieto tieteellisen ja kriittisen tarkastelun ulkopuolelle. Sen avulla voidaan vahvistaa ammatti-identiteettiä. (Simoila 1994:148, Elzingan 1990 mukaan.)

4.3 Terveystenhoitajan työkokemus ja koulutus

Haarasan haastattelemat terveydenhoitajat olivat sitä mieltä, ettei työtä voi tehdä hyvin ilman kokemusta lapsista tai lastenhoidosta. Kokemuksen kautta työntekijä saa laajalaisempaa näkemystä asioihin, varmuutta, luovuutta ja joustavuutta irtautua rutiineista. Tämä antaa myös voimavaroja työssä jaksamiseen. Kokenut terveydenhoitaja pystyy arvioimaan lapsen kehitystä perheen arkirutiineja ja lapsen leikkejä seuraamalla. Lapsen terveyden ja hyvinvoinnin perusta on terve kasvu ja kehitys. Myös halu kouluttautua ja kehittyä lisää voimavaroja perheiden kanssa työskentelyyn ja työssä jaksamiseen. Toisaalta koulutus koettiin raskaana muun työn ohessa ja voimavaroja vähentävänä tekijänä. (Haaranen 2003: 50–56.)

Simoilan haastatteleminen terveydenhoitajien vastauksissa korostui työkokemuksen merkitys työvälineenä. Ne terveydenhoitajat, jotka olivat olleet työssä 16–30 vuotta, kokivat vaikeaksi määritellä työtään ohjaavia teoreettisia perusteita. Työvälineistö oli kerätty vuosien myötä karttuneen kokemuksen kautta tai muilta terveydenhoitajilta malleja jäljitellen. Käytännön kokemus, muisti ja tuntuma ohjasi työtä. (Simoila 1994: 136.) Terveystenhoitajat ohjautuivat työhön tilannekohtaisesti ja omaa persoonaa ensisijaisena työvälineenä käyttäen (Simoila 1994: 145).

4.4 Työssä jaksaminen ja voimavarat

Iltanen (2002) käsittää työssä jaksamisen yksilön taidoksi, jota voi harjoitella ja oppia kokemuksen kautta. Siihen voi saada tukea myös toisilta ihmisiltä. Työssä jaksamiseen vaikuttaa ihmisen persoonallisuuden piirteet, joiden avulla ihminen voi myös helpommin oppia jaksamisen taitoa. Näitä piirteitä ovat muun muassa elämänhallinta, luottamus selviytymiseen ja sitkeys. Työssä jaksamiseen liittyy myös yhteisön taito eikä se ole siis riippuvainen vain yksilöstä itsestään. ”Jaksamista edesauttavat työyhteisön hyvä sosiaalisen tuen verkosto, yhteistyökyky tavoitteiden suuntaan sekä kollektiivinen stressinhallinta.” (Iltanen 2002: 246, Keskinen 1997 mukaan).

”Työssä jaksaminen kuvaa sitä, millä tavalla ihminen suhtautuu työhön. Jaksamisen ääripäissä ihminen on joko motivoitunut, työssä viihtyvä ja tuottava yksilö tai toisessa äärilaidassa ihminen, jolle työ ja elämäntilanne tuottaa kuormitusoireita ja poissaoloja.” (Koivisto 2001: 205.) Työssä jaksamiseen vaikuttaa yksilön omat voimavarat, asennoitumistavat ja mielikuvat sekä työn ominaisuudet. On tärkeää, että työntekijää kuormitetaan kuitenkin tasaisesti ja monipuolisesti, koska se auttaa myös jaksamaan. (Koivisto 2001: 205–206.)

Terveydenhoitajat kokivat, etteivät ehdi tehdä kaikkia töitään ja työssä jaksaminen on tämän vuoksi heikentynyt. Terveydenhoitajat joutuvat jatkuvasti arvioimaan omia voimavarojaan työssä jaksamiseen. Jotkut heistä kokivat runsaat tutkimukset ja koulutukset rasitteeksi. Terveydenhoitajat kokivat tarvitsevansa jatkuvaa työnohjausta. (Haaranen 2003: 66–69.)

Työssä jaksamisen heikentyessä ja tunne siitä ettei ehdi tehdä kaikkea tarvittavaa asiakkaiden asioiden hyväksi, luultavasti lisää myös huolen tunnetta työntekijöissä. Omat voimavarat auttavat tunnistamaan asiakkaiden ongelmia paremmin. Siksi olisi tärkeää, että työntekijät huolehtivat omasta jaksamisestaan ja näin pystyvät vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin paremmin.

Vuorovaikutuksen tukeminen vanhempien ja vauvojen välillä on antoisaa työtä, mutta voi myös joskus ”viedä mennessään”. Terveydenhoitajan tulee suhtautua myös itseensä empaattisesti, kunnioittavasti ja olla tietoinen omista voimavaroistaan, jotta itsestä huolehtiminen mahdollistuu myös. (Hietanen 2006.)

4.5 Terveydenhoitajan työn kehittyminen ja kuormittavuus

Neuvolatyö on muuttunut yhteiskunnan muuttumisen myötä. Yhä useammissa perheissä kaivataan erityistä tukea ja taustalla on erilaisia ongelmia. Asiakkaiden muuttuneiden tarpeiden vuoksi kaivataan neuvolaan uusia työ- ja toimintatapoja. (Haaranen 2003: 25.) Työntekijämäärät ovat pysyneet ennallaan, vaikka asiakasmäärät ovat kasvaneet. Neuvolatyön kehittymisen myötä ja asiakkaiden ongelmien lisääntyessä ja monipuolistuessa, aikaa vastaanotolla tarvitaan enemmän. Ennen keskityttiin lapsen hyvinvointiin, mutta tänä päivänä perheiden psykososiaalisten ongelmien, päihdeongelmien ja uusavuttomuuden lisääntyttä, aika ei enää riitä koko perheen asioiden hoitamiseen. (Haaranen 2003: 67–68.)

Tietokoneet ja muut elektroniset välineet ovat lisääntyneet työvälineiksi ja suurin osa työajasta menee päätetyöskentelyyn. On totta, että tietokoneet helpottavat osaltaan tiedonsaantia, tiedonkäsittelyä ja yhteistyöverkostoja, mutta uudet asiat kuormittavat työntekijöitä entisestään, etenkin jos työntekijöiden kyvyt ja työn vaatimukset eivät ole tasapainossa. Tietotekniikka vaikuttaa työn hallitsemiseen, mikä on hyvinvoinnin kannalta huono asia. (Koivisto 2001: 48–52.)

Informaatioteknologian lisäksi myös monet muut asiat lisäävät niin henkistä kuin fyysistäkin kuormittuneisuutta terveydenhoitajan työhön. Yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset, kuten kansainvälistyminen luovat paineita. Terveydenhoitajatyön kuormittavuutta lisäävät myös erilaiset ongelmat, kuten sairauksien lisääntyminen ja paheneminen. Ihmisten tietoisuus sekä aktiivisuus asioista ovat jo nyt lisääntyneet valtavasti, jolloin terveydenhoitajalta työnsä asiantuntijana vaaditaan entistä enemmän. (Metsämuuronen 2000: 152–153.)

Simoilan tutkimuksen mukaan 25 terveydenhoitajaa hahmottivat työnsä kokonaisuutta kahdeksalla erilaisella tavalla. Näkemys vuosikymmeniä muuttumattomana pysyneestä työstä ei pidä paikkaansa. Muutos on ollut jatkuvaa ja ajoittain ristiriidat ovat kärjistyneet niin, että työhön on kehitetty uusia toimintamalleja. Kätilö- ja terveydenhoitaja koulutuksen saaneet hahmottivat työnsä eri tavalla, joten tämä asia on myös huomioitava terveyskeskustyötä ja terveydenhoitajakoulutusta kehitettäessä. Olisi myös pohdittava kuinka poistaa yksintyöskentelyn haittoja, viemättä kuitenkaan liikaa pois työn itse-

näisyyttä, jota moni terveydenhoitaja pitää työn motivaatiota lisäävänä tekijänä. (Simola 1994: 206–207.)

Hakulinen-Viitanen on haastatellut tutkimuksessaan terveydenhoitajia. Tulosten mukaan lähes puolet tutkimuksessa olleista terveydenhoitajista koki työajan olevan liian vähäinen mahdollisiin lisäkäynteihin, joita erityistuen tarpeessa olevista perheistä tarvitsisi. Tämän vuoksi varhaisen puuttumisen ja – tuen tarpeen periaate jäi toteutumatta. Selvityksessä tuli esille myös, että varhaisen puuttumisen apuvälineeksi kehitettyä huolen puheeksi ottamisen menetelmää käytettiin neuvoloissa hyvin vähän. Viidennes tutkimuksessa olleista terveydenhoitajista käytti menetelmää tarvittaessa ja noin puolet ei tuntenut huolen vyöhykkeistö lomaketta ollenkaan. Kuitenkin tutkimuksen mukaan terveydenhoitajat pitivät varhaisen puuttumisen hanketta erityisen mielenkiintoisena koko Suomessa. (Hakulinen-Viitanen ym. 2005: 113–114.)

5 TERVEYDENHOITAJAN KEINOT PERHEIDEN TILANTEIDEN ARVIOIJANA

Huolella tarkoitetaan huolissaan olemista jostakin. Toisaalta huoli liittyy myös huolehtimiseen eli siihen, että pitää huolta jostakin. Se on jonkin asian puolesta herännyt levoton, rauhaton ajatus, tunne, murhe tai suru. (Nykysuomen sanakirja 1961: 530.)

Psykososiaalisessa työssä olisi järkevää puhua ongelmien sijaan kunkin henkilökohtaisesta huolesta. Huolella tarkoitetaan subjektiivista näkemystä, joka työntekijällä syntyy asiakassuhteessa. Huolen lähtökohtana on lapsen tai perheen jokin pulma. Huoli kohdistuu siis lapsen selviämiseen ja siihen vaikuttaa myös terveydenhoitajan kokemus omista toimintamahdollisuuksista. Huoli koskee aina tulevaisuutta ja se on luonteeltaan subjektiivinen ennakointi suhteiden kehittymisestä. (Eriksson – Arnkil 2005: 21.)

5.1 Huolen syntymisen taustalla olevia tekijöitä ja lapsen laiminlyönnin seurauksia

Vanhemman käytös lastaan kohtaan voi olla puutteellista esimerkiksi päihteiden käytön tai psyykkisten ongelmien vuoksi. Perheiden hyvinvointia uhkaavia tekijöitä ovat työttömyys, autoritaarinen kasvatusote, köyhyys, syrjäytymisen uhka, vanhempien kokeamattomuus lapsen hoitamisen taidoissa tai psyykkisen puolen ymmärtämisessä, perhe-

väkivalta ja vanhemman itsensä kokema väkivalta lapsuudessa. Perheen huono taloudellinen tilanne altistaa huonolle terveydelle ja näissä perheissä lapset käyttävät muita vähemmän terveyspalveluja. Taloudelliset ongelmat painavat myös lapsen mieltä, heitä kiusataan enemmän ja vanhempien voimat eivät välttämättä riitä lapsen riittävään tukemiseen. Yksinhuoltajat, joilta puuttuu sosiaalinen tukiverkosto, hyvin nuoret tai kehitysvammaiset vanhemmat ovat myös riskitekijöitä lapsen kaltoinkohtelulle. Lapsen käyttöhäiriöt, sairaudet ja vammat vaativat vanhemmalta erityistä huolenpitoa ja tämä saattaa altistaa vuorovaikutuksen häiriintymiselle. Lapsen ominaispiirteet tai perheen taloudellinen tilanne ei yksin kuitenkaan selitä kaltoinkohtelua. (Söderholm – Halila – Kivittie-Kallio –Mertsola – Niemi 2004: 12–25, 36.)

Neuvolassa huolestuneisuus perheestä lisääntyy usein tavallisista oireista, kuten itkuisuudesta, syöttövaikeuksista, äidin alavireydestä tai väsymyksestä, lapsen huonosta kasvusta, neurologisista ongelmista tai ongelmista motorisessa kehityksessä. Neuvolassa lasta tavataan niin usein, että se on oiva paikka todeta avun tarve. (Söderholm ym. 2004: 244–245.)

Laiminlyönnin seurauksena lapselle voi kehittyä moninaisia ongelmia. Hänellä voi ilmetä somaattisia tai psyykkisiä oireita, häiriöitä ja sairauksia. Laiminlyönnin selvittämiseksi ja ehkäisemiseksi viranomaisten ja ammattilaisten tulisi tehdä yhteistyötä ja puuttua aktiivisemmin jo pieneenkin epäilyyn. Lapsella on aina kaltoinkohtelun seurauksena vaikeuksia luoda myönteinen minäkuva ja pitää sitä yllä. (Söderholm ym. 2004: 58, 196.)

Lapsi voi oireilla laiminlyönnistä johtuen ainoastaan tunnetasolla. Siksi olisikin tärkeää tunnistaa vauvoilta ja isommilta lapsilta poikkeavan vuorovaikutuksen merkkejä ja oireita. Lapsen käsitys itsestään voi vääristyä, ja tämä voi näkyä isommalla lapsella korostuneena varhaisena kypsyytinä tai poikkeuksellisenä estyneisyytenä. Hän voi olla vastaanotolla passiivinen tai suhtautua liiankin yhteistyöhaluisesti ja luottavaisesti. Hän voi olla myös levoton, impulsiivinen ja jäljessä kehityksessään. (Söderholm ym. 2004: 67 – 76.)

Päihdeperheen lapset kärsivät puutteellisesta päivärhythmistä, valvonnan puutteesta, perheenjäsenten roolien epäselvyydestä, väkivallasta ja vanhempien vaihtelevasta käytöksestä (Söderholm ym. 2004: 157–158). Kun lapsen vanhemmalla on psyykkinen sairaus, on lapsen sairastumisriskiksi psyykkisiin häiriöihin eri tutkimuksissa saatu 30–70 %.

Lapset pohtivat sairautta enemmän kuin aikuiset ajattelevat ja sairaudesta olisi hyvä keskustella hänen kanssaan. Jos näin ei käy, tämä yleensä aiheuttaa psyykkistä ahdistusta, pelokkuutta, arkuutta, syyllisyyden tunnetta ja turvattomuutta. (Söderholm ym. 2004: 177–178.)

Ei ole mahdollista ennustaa tarkasti, mitä laiminlyönnistä lapselle seuraa, koska lapsen yksilölliset psyykkiset ominaisuudet vaikuttavat paljon selviytymiseen. Osa lapsista keksii johdonmukaisia selityksiä kaoottisiin tilanteisiin ja osa on täysin kokemustensa armoilla. Yksi turvallinen suhde johonkin läheiseen aikuiseen saattaa selittää normaalia kehitystä. Lapsi voi toisaalta myös ”imeä” ympäristöstään positiivisia asioita selviytyäkseen. (Söderholm ym. 2004: 77–82.)

Pitkäaikaiset seuraukset lapselle riippuvat paljon varhaislapsuuden kiintymyshistoriasta. Turvaton kiintymyssuhde muodostaa riskin kaltoinkohtelulle, mutta myös siitä toipumiselle. Kaltoinkohtelulla voi olla pysyviä aivojen toiminnallisia ja kehityksellisiä seurauksia. Psyykkiset seuraukset voivat vaikuttaa sukupolvesta toiseen, jos niitä on mahdoton sisäistää. On todettu, että yli 12 kuukautta jatkunut vakava kaltoinkohtelu, hoivan ja emotionaalinen laiminlyönti pienellä lapsella aiheuttaa pysyviä vaikutuksia kognitiiviseen kehitykseen, mikä näkyy alentuneena älykkyytenä. Tämän jälkeen vauriot eivät ole korjattavissa. Kaltoinkohtelun pitkäaikaisia seurauksia kuvaa se, että esimerkiksi seksuaalisesti hyväksikäytetyistä lapsista vain 20–40 % on psyykkisesti terveitä aikuisia. (Söderholm ym. 2004: 191–195.)

Kuolemanriski liittyy aina kaltoinkohteluun ja on arvioitu, että se on 1–40 % niillä lapsilla, jotka tulevat terveydenhuollon tietoon. Lastensuojelun luvut nousevat joka vuosi ja sijoitusten määrä nousee 1–6 % vuosittain. (Söderholm ym. 2004: 202, 221.)

5.2 Vuorovaikutuksen kautta saatu tieto perheistä

Terveydenhoitajalla on kokemuksen kautta taito oivaltaa ja aistia asioita perheen tilanteesta, vaikka perhe ei asioista terveydenhoitajan vastaanotolla puhuisi ollenkaan. Terveydenhoitajat kertoivat Kosken tutkimuksessa, että jo ulkoinen ensivaikutelma perheestä antoi heille viitteitä perheen tilanteesta. Ulkoisen olemuksen lisäksi vanhemmat saattoivat näyttää jännittyneiltä, mikä näkyi asennossa, katseessa, kasvojen ilmeissä ja hymyttömyydessä. Terveydenhoitajien mielestä kommunikointi oli epäluontevaa, koska

vanhemman puhe saattoi olla tauotonta, runsasta ja yli-innokasta. Vanhemmat usein välttelivät asioiden kertomista ja olivat puolustuskannalla. Perheen vanhempiin liittyvien asioiden huomaamiseen vaikutti suuresti terveydenhoitajan ammattitaito, kokemus sekä yleiset taustatiedot perheestä. Kokemus työstä oli tuonut terveydenhoitajille taidon tunnistaa asioita tunnepohjaisesti, sekä myös vuorovaikutuksen kautta asioiden huomaamisen. (Koski 2003: 48–67.)

Terveydenhoitajan ja vanhemman suhde tulee olla tasavertainen. Aitous, empaattisuus ja nöyryys auttavat vanhempaa tuntemaan olonsa arvokkaaksi, vaikka ongelmia esiintyykin. Vanhempi on asiantuntija omassa vanhemmuudessaan ja terveydenhoitaja ammatillinen asiantuntija. Aito kiinnostus vanhempaa ja perhettä kohtaan auttaa elämäntarinoiden kuulemiseen, mikä auttaa ongelmien ymmärtämiseen ja yhteisten päämäärien löytymiseen. On tärkeää muistaa, että terveydenhoitajan ei tarvitse löytää vastausta jokaiseen ongelmaan, vaan hän voi ohjata vanhempaa itse löytämään vastauksia, jotka toimivat tämän perheen elämässä parhaiten. Ratkaisujen löytymiseksi tulisi tunnistaa vanhemmassa olevia hyviä puolia ja vahvistaa niitä voimia joita hänellä on. (Hietanen 2006.)

Löthman-Kilpeläisen tutkimuksen vastaajista 80 % arvioi terveydenhoitajan hyväksi kuuntelijaksi. 70 % olivat tyytyväisiä perheen yksilöllisyyden ja koko perheen tukemiseen. Puolet perheistä arvioi, että terveydenhoitaja onnistui hyvin keskusteluissa, jotka koskivat perheen tunneilmastoa. Vastaajista 40 % arvioi, että kielteisten tunteiden käsittely toteutui hyvin, mutta yhtä suurella osalla ei ollut asiasta lainkaan kokemusta. Perheet odottivat erityisesti, että perheen ja äidin jaksamisesta kysyttäisiin lapsen syntymän jälkeenkin. He toivoivat, että ongelmat otettaisiin vakavasti ja ettei pelkkä myönteinen kannustaminen riitä. (Löthman-Kilpeläinen 2001:55–56.) Lapsiperheet odottivat saavansa enemmän myönteistä palautetta omista vahvuuksistaan vanhempina. Ne perheet joilla oli kuormittavia tekijöitä parisuhteessa, perheen terveydentilassa ja ajankäytössä eivät olleet tyytyväisiä yhteistyösuhteeseen, palveluiden saatavuuteen, koko perheen tukemiseen, eivätkä emotionaalisen, arvioivan, tiedollisen ja käytännöllisen tuen saantiin. (Löthman-Kilpeläinen 2001: 63,75.)

Suvivuo-Niemelä on tutkimuksessaan selvittänyt terveydenhoitajien mielipiteitä lapsiperheiden uusavuttomuudesta ja sitä miten hoitajat kykenevät tunnistamaan näitä perheitä. Haastatellut terveydenhoitajat olivat sitä mieltä, että uusavuttomuus näkyi eniten

perheen vaikeutena selviytyä päivittäisistä kotitöistä, kuten ruuanlaitosta. Uusavuttomuutta ei ole helppo huomata, eikä näillä perheillä ole mitään tarkkaa profiilia heidän tunnistamisen helpottamiseksi. Uusavuttomuus tämän tutkimuksen mukaan ilmenee nuorien perheiden, kouluttamattomien vanhempien, varttuneempien ja myös hyvin koulutettujen perheiden keskuudessa. Aikaisemmin on tutkittu, että ongelmat päivittäisissä askareissa ilmenisivät lähinnä vain nuorempien keskuudessa, mutta tässä tutkimuksessa kyseinen asia ei koskenut pelkästään heitä. Terveystenhoitajat kokivat, että kyseiset perheet ovat yleensä halukkaita yhteistyöhön neuvolan kanssa, mutta juuri näiden perheiden tunnistamisessa on oleellista erottaa uusavuttomat psykososiaalisista ongelmista kärsivistä perheistä. Terveystenhoitajien mielestä perheiden tunnistamista helpottaa työ- ja elämäkokemus sekä oma vanhemmuus. Koulutus, täydennyskoulutus tai erilaiset kurssit eivät heidän mielestään tuoneet apua näiden perheiden löytämiseen. Tutkimuksen mukaan hoitajat haluaisivatkin enemmän koulutusta perheiden terveyden edistämiseen, koska osa koki tietonsa liian vähäiseksi. (Suvivuo-Niemelä 2000: 47–49.)

Terveystenhoitajat auttoivat uusavuttomia perheitä vahvistamalla heidän voimavaroja erilaisin menetelmin. He antoivat perheelle enemmän neuvontaa konkreettisia ohjeita antaen ja lisäsivät neuvolakäyntejä. Perheitä pyrittiin rohkaisemaan omatoimisuuteen ja korostamaan heidän omia vahvuuksiaan. Tämän tutkimuksen mukaan juuri vanhempien itsetunnon tukeminen pitäisi olla tärkeä tavoite perheiden tukemisessa. Kuitenkin on myös hoitajan ammattitaitoa ohjata asiakasta muille moniammatillisen tiimin osaajille ja hyödyntää heidän osaamista, jos tarve niin vaatii. Tämä tuo parhaan mahdollisen tuen perheelle ja se on myös erittäin tehokas tapa auttaa. Perhe tarvitsee paljon tukea, erityisosaamista ja se tuo myös terveystenhoitajalle lisää työtä, haasteita sekä terveystenhoitajat saattavat kokea huolta perheen selviytymisestä arkielämässä. Tämänkin tutkimuksen mukaan tarvitaan lisää työaika- ja muita resursseja, jotta henkilökunnan jaksaminen ja perheiden tukeminen toteutuisi paremmin. (Suvivuo-Niemelä 2000: 50–51.)

5.3 Terveystenhoitajan työmenetelmät lastenneuvolassa

Varjorannan haastatteleminen terveystenhoitajien mukaan lastenneuvoloiden terveystenhoitajien käytetyimmät työmenetelmät ovat vastaanottokäynnit ja kotikäynnit. Muita työmenetelmiä olivat ryhmäneuvolavastaanotot, pienryhmämuotoinen vanhempainneuvonta, perhevalmennus, puhelinneuvonta, yhteistyökokoukset ja vanhempainillat päiväkodeissa. Lisäksi mainittiin vapaaehtoisjärjestötoiminta esimerkiksi Mannerheimin Las-

tensuojeluliiton kanssa ja seurakuntien kanssa tehtävä työ. Kotikäyntien merkitystä korostettiin myös tulevaisuudessa, esimerkiksi yhteiskunnan tilanteen muuttuessa ja perheiden tuen tarpeen lisääntyessä. Myös synnytysosastojen ja erikoissairaanhoidon hoitoaikojen lyhentyessä kotikäyntien merkitys korostuu. Yksilövastaanotto on tärkeä työmuoto kun ongelmat ovat psyykkisiä, sosiaalisia, muuten arkaluontoisia tai asiakas ei ole halukas osallistumaan ryhmään. (Varjoranta 1997: 35–55).

Hoitotyön johtajien haastattelujen perusteella todetaan, että kaikkia työmenetelmiä tarvitaan myös jatkossa, mutta niiden käytössä tulee käyttää tarveharkintaa. Vastaanottoja tulisi vähentää ja kohdentaa niille, jotka kaipaavat yksilöllistä neuvontaa sekä eritystuen tarpeessa oleville perheille. Jotta yhteisö- ja perhekeskeisyys toteutuu, terveydenhoitajien on kehitettävä työmenetelmiä yhdessä perheiden kanssa. Terveydenhoitajien tulisi käyttää enemmän tutkimustietoa työn perustana, osallistua yhteiskunnalliseen keskusteluun ja yhteisöjen terveystarpeiden selvittämiseen. (Varjoranta 1997: 79–81.)

5.3.1 Kotikäyntien merkitys

Terveydenhoitajan tekemä kotikäynti lastenneuvolatyössä on yksi tärkeä työmenetelmä, minkä avulla terveydenhoitaja pääsee tutustumaan perheen arkeen, kotioloihin arkiympäristössä. Suositus toteutettavista kotikäynneistä olisi, että terveydenhoitaja tekisi kotikäynnin jokaiseen oman alueensa perheeseen ja tapaisi molemmat vanhemmat jo äidin ollessa vielä raskaana. Usein kotikäynnin toteutus sijoittuu vauvan ja äidin päästyä kotiin, mutta terveydenhoitaja arvioi yksilöllisesti jokaisen kotikäynnin tarvetta ja ajan kohtaa yhdessä vanhempien kanssa. Mahdollisuutena on myös, että vanhemmat tulevat lastenneuvolaan käynnille, mutta se ei kuitenkaan vastaa terveydenhoitajan samaa tietoa perheestä verrattuna kotikäyntiin. Kotikäynti edistää hyvin perheen ja terveydenhoitajan välistä vuorovaikutusta, koska on tärkeää keskustella koko perheen kanssa uudesta tilanteesta ja suuresta muutoksesta vauvan synnyttyä. (Lastenneuvolaopas 2004: 121–125.)

Pääasiana kotikäynnillä on keskustelu yhdessä vanhempien kanssa ja myös ohjata vauvan hoidossa yksilöllisten tarpeiden mukaan. Terveydenhoitajan tehtävänä on havainnoida äidin, isän ja vastasyntyneen lapsen hyvinvointia ja tukea varhaista vuorovaikutusta. Myös perheen muiden lapsien tilanne on hyvä ottaa keskusteluun mukaan yhdessä

lasten kanssa. Terveystenhoitajan on tärkeää tarkastaa äidin vointi tutkimalla mahdolliset episiotomia – tai keisarinleikkaushaavat sekä repeämät. Myös äidin rinnat tulee tarvittaessa tutkia, ohjata ja neuvoa äitiä vauvan imettämisasiossa. Lapsen vointia tutkitaan tarkastamalla yleisvointi, keltaisuus, eritteiden laatu sekä määrä, paino ja napa. (Lastenneuvolaopas 2004: 121–125.)

Vehviläinen–Julkunen, Varjoranta ja Karjalainen ovat tutkineet terveydenhoitajan tekemän kotikäynnin etuja ja haittoja asiakkaiden sekä terveydenhoitajien mielipiteisiin perustuvassa tutkimuksessa. Tutkimus toteutettiin kyselyllä, johon vastasi yhteensä 263 terveydenhoitajaa ja 323 asiakasta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että jopa 96 % asiakkaista koki kotikäynnin tarpeelliseksi. Asiakkaat pitivät tärkeänä myös, että perhe saa olla kotona ja he kokivat saavansa yksilöllisempää tietoa ja ohjausta terveydenhoitajalta. Suurin osa asiakkaista piti kotikäynnin sisällön tärkeimpänä asiana lapsen yleisvoinnin tarkastusta, painon mittaamista sekä yleisen tiedon saamisen lapsen kasvusta ja hoidosta. Terveystenhoitajien mielestä kotikäynnillä tärkeimpänä asiana, oli tuen ja kannustuksen antaminen perheelle sekä luoda turvallisuutta perheeseen ja jatkuvuutta hoitosuhteeseen. He arvioivat, että kotikäynnin hyviä etuja oli perheen tilanteen ja olosuhteiden näkeminen sekä perheen isän tapaaminen. Kotikäynnin kielteisenä asiana yli kolmannes tutkimuksessa haastatelluista terveydenhoitajista oli sitä mieltä, että kotikäynti vei paljon aikaa. Kaikki terveydenhoitajat olivat sitä mieltä, että perheellä oli mahdollisuus valita joko kotikäynti tai neuvolakäynti. Kuitenkin ilmeni, että vain noin puolet haastatelluista asiakkaista oli tietoinen valinnan mahdollisuudesta neuvolakäynnin ja kotikäynnin välillä. Molemmat arvioivat, että kotikäynnistä oli yleensä sovittu jo etukäteen ja asiakkaat olivat yleensä aktiivisempia asian esille ottamisessa. (Karjalainen, Varjoranta, Vehviläinen–Julkunen 1994: 22–29.) Kosken tutkimuksessa kotikäynnit eivät osoittautuneet kovinkaan suosituksi työmenetelmäksi terveydenhoitajien mielestä ja ainakin yhtenä syynä tähän näyttäisi olevan liian vähäiset resurssit kotikäyntien tiheään toteuttamiseen. (Koski 2003: 66.)

5.3.2 Ikävuositarkastukset ja terveydenhoitajan vastaanotto

Terveystenhoitajan suorittamat lasten määräaikaistarkastukset ovat yksi lastenneuvolassa tapahtuvia perustehtäviä, joissa hoitaja seuraa lapsen fyysisistä, psyykkistä kehitystä sekä myös sosiaalista kasvun kehitystä. Terveystenhoitajan tehtävänä on tukea lasta ja koko perhettä sekä mahdollisten poikkeamien ja ongelmien huomiointi tarpeeksi aikai-

sessä vaiheessa. Perheeseen liittyvät ongelmat ovat monimutkaistuneet nykyaikana entistä enemmän ja perhe tarvitsee ohjausta ja tukea neuvolakäynneillä. Terveystenhoitaja tapaa perheen lastenneuvolassa yhteensä 16 kertaa, joista viisi kertaa yhdessä lääkärin kanssa. Jos perhe tarvitsee enemmän apua, voi terveystenhoitaja yksilöllisesti jokaisen perheen kohdalla varata useampiakin aikoja tarpeen mukaan. Etenkin jos hoitaja kokee huolta perheen tilanteesta, on hyvä sopia uusi aika. Perheen vaikeissa tilanteissa on tärkeää, että terveystenhoitajalla on aikaa keskustella asiasta lääkärin kanssa ja ilmaista oma huolensa perheestä. Huolestuttavissa tilanteissa voidaan asioista keskustella neuvolatyöryhmässä, jossa vanhemmat ovat mukana. Jos vanhempien mukana olo ei ole mahdollista, terveystenhoitaja voi vanhempien luvalla keskustella asiasta. (Lastenneuvolapöytäkirja 2004: 127–129.)

Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa tutkimuksen mukaan, lastenneuvolassa määräaikaistarkastuksista puutteellisimmin toteutuivat imeväisikäisten lasten tarkastukset. Terveystenhoitajan tekemistä suositusten mukaisista määräaikaistarkastuksista toteutui yhteensä kolmasosassa terveystakeskuksesta, vaikka määrällisesti suosituksen mukaiset tarkastukset tulisi vähintäänkin toteutua. Määräaikaistutkimuksien avulla terveystenhoitaja kykenee paremmin tunnistamaan lapsen sekä perheen ongelmia sekä tukemaan varhaisen vuorovaikutuksen syntymistä. Psykososiaalisten ongelmien ilmeneminen tässä vaiheessa lapsen kehitystä on merkittävintä ja siksi liian vähäinen käyntien määrä estää ennaltaehkäisevää toimintaa, ongelmien tunnistamista ja niiden hoitoa. (Hakulinen-Viitanen, Pelkonen, Haapakorva 2005: 112.)

Ajanpuutteella todettiin olevan merkittäviä vaikutuksia terveystenhoitajan työhön ja niihin perheisiin, joilla oli erityistä tuen tarvetta. Perheet saattoivat kokea, että aikaa ei vain ollut tarpeeksi arkaluontoisten asioiden läpikäymiseen ja usein ensisijaisena asiana vastaanotolla oli lapsen kasvun ja kehityksen seuranta. Vastaanottoajan vähyydellä saattoi olla vaikutusta perheen ongelmien puuttumattomuuteen. Tutkimuksessa olevista terveystenhoitajista yli kolmasosa käytti määräaikaistarkastuksiin aikaa 60 minuuttia ja enemmän, mikä oli myös suosituksen mukainen aika. Määräaikaistarkastusten avulla pystyttiin mahdollisesti pohtimaan myös lapsen myöhempää kehitystä. (Hakulinen-Viitanen ym. 2005: 113–114.)

Haarasan tutkimuksessa hoitosuhteen jatkuvuuden kannalta terveystenhoitajat pitivät tärkeänä, että sama hoitaja hoitaa perheen asioita. Tarvittaessa tavallisten neuvolakäyntien lisäksi järjestettiin kontrollikäyntejä jonkin asian seuraamiseksi tai tarkistamiseksi.

Nämä lisäsivät hoidon jatkuvuutta ja niistä sovitaan erikseen perheen kanssa. Terveystenhoitajat kokivat työnsä ajoittain kiireiseksi, mutta pyrkivät itse järjestämään käynnille riittävästi aikaa, varsinkin sellaisten perheiden kanssa, joiden arvelivat sitä tarvitsevan. He pyrkivät myös saamaan vastaanottotilanteen kiireettömän oloiseksi. Turvallisen ja rauhallisen oloinen tilanne on tärkeää sujuvan vuorovaikutuksen ja etenkin lasten kannalta. (Haaranen 2003: 53–54.)

5.3.3 Kokemuksia ryhmätoiminnasta

Varjorannan haastattelemat terveydenhoitajat mainitsivat ryhmätoiminnan muotoina ryhmäneuvolat, pienryhmämuotoisen perhevalmennuksen, ryhmävastaanotot, äitilapsikahvilat, leikki-ikäisten lasten vanhempien ryhmät ja isovanhempien ryhmät. (Varjoranta 1997: 56).

Varjorannan mukaan ryhmiä järjestettiin vanhempien, terveydenhoitajien tai organisaation aloitteista. Lasten iän mukaan järjestetyissä ryhmissä käsiteltiin lapsen ikäkauden mukaisia asioita. Perhevalmennuksen jatkoryhmissä käytiin läpi synnytyskokemuksia, lapsen hoitoon liittyviä asioita ja vanhemmat pitivät tärkeänä toisten samassa elämäntilanteessa olevien tapaamista. Ryhmässä on myös helppo puhua arkaluontoisistakin asioista, kun ne eivät kosketa ketään henkilökohtaisesti. Ryhmät jatkuivat usein muutaman kerran jälkeen itseohjautuvasti. (Varjoranta 1997: 64–74.)

Ryhmäneuvoloita järjestettiin yleisimmin alle 1-vuotiaille lapsille, jolloin se korvasi osan lapsen yksilökäynneistä. Ryhmävastaanotolla oli myös varattu kaikille yksilöaikaa. Avoimiin ryhmiin saivat osallistua kaiken ikäiset lapset ja heidän vanhempansa. Näillä tapaamisilla oli usein jonkun alan asiantuntija, esimerkiksi hammashoitolasta tai Kansaneläkelaitokselta, alustamassa keskustelua. (Varjoranta 1997: 64–74.)

Terveystenhoitajat kokivat lähentyneensä niitä perheitä, jotka olivat osallistuneet ryhmiin. Yksilökäyntien sisältö oli myös asiakaslähtoisempää, koska ikäkausiasiat oli jo käsitelty ryhmässä. Ryhmien vetäminen koettiin vaativaksi, mutta palkitsevaksi. Se lisäsi ammattitaitoa ja elävöitti työtä. Terveystenhoitajat saivat myös arkielämän tietoa asiakkaista. Toiset kokivat ryhmät aikaa säästäviksi verrattuna yksilökäynteihin ja toiset päinvastoin. (Varjoranta 1997: 64–74.)

Vanhemmat kokivat neuvolan ja terveydenhoitajan tulleen tutummaksi ja helpottavaksi sen, että muillakin on samanlaisia ongelmia kuin itsellä (Varjoranta 1997: 64–74).

Vanhemmat pitivät terveydenhoitajien eri työmenetelmiä tärkeinä mutta kokivat, että eivät aina saaneet valita eri vaihtoehtojen välillä. Eniten heidän mielestään olisi tarvetta ryhmille, joissa koko perheen elämäntilanne otetaan huomioon. (Varjoranta 1997: 35–36.)

Hoitotyön johtajien mukaan terveyskeskuksen voimavarat (esimerkiksi henkilöstö, tilat) joko estivät tai edistivät ryhmien järjestämistä. Taloudellisesti huonossa tilanteessa terveysasemalla vastaanottojen ja kotikäyntien määrää oli vähennetty ja tilalle oli aloitettu ryhmiä. Toisaalta varojen tai tilojen puute ja terveydenhoitajien työmäärän kasvaminen olivat esteinä esimerkiksi ryhmän jatkamiselle. Hoitotyön johtajat olivat ryhmätoiminnan kannalla, koska näin säästetään aikaa, siirrytään asiantuntijakeskeisyydestä asiakaskeskeisyyteen ja rutiinit työssä vähenevät. He perustelivat asiaa myös asiakkaiden saadessa kokemuksellista ja sosiaalista tukea toisiltaan ja näin perheiden omatoimisuus ja vastuunotto omasta terveydestään kasvaa. (Varjoranta 1997: 56–57.)

Ryhmässä terveydenhoitajan on myös helpompi tunnistaa erityistuen tarpeessa olevia perheitä ja antaa asiakkaille mahdollisuus saada toisiltaan sosiaalista tukea. Terveydenhoitaja koulutuksessa tulisi lisätä ryhmänohjaustaitojen kehittämistä, jolloin myös rohkeus ja valmiudet kehittää omia työmenetelmiä kasvaa. (Varjoranta 1997: 86–87.)

Erilaisten työmenetelmien avulla terveydenhoitajan tieto asiakkaista lisääntyy ja tätä kautta hän pystyy havainnoimaan asiakkaiden tilannetta eri näkökulmista. Asiat, jotka eivät välttämättä tule esiin vastaanotolla, voivat olla helpommin huomattavissa esimerkiksi kotikäynnin yhteydessä.

6 KEINOJA HUOLEN PURKAMISEEN

Terveydenhoitajan huolen taustalla on työntekijän intuitiivinen kuva sekä lapsen tai nuoren tilanteesta että omista ja tiedossa olevan verkoston oletetuista voimavaroista. Tämä kuva rakentuu tiedosta, tunteista ja velvoitteista. Työntekijän huoli herää, kun hän tekee havaintoja lapsen tai nuoren tilanteesta. Näitä havaintoja hän tarkastelee suhteessa aikaisemmin oppimaansa, kokemuksiinsa ja tietoihinsa. Tämä kaikki herättää kokonais-

valtaisen näkemyksen tilanteesta, joka voi ilmetä eriaistisena huolena. Tunteiden voimakkuus ja laatu määrittävät huolen asteen. Perinteisesti arvostetaan kovasti tietoa ja yleisempää tuntumaa asiasta pidetään petollisena. Tuntuma asioista on kuitenkin tärkeä työväline. Se on työntekijän koulutuksen, työ- ja elämäkokemuksen tuottama intuitiivinen kuva, jonka pohjalta hän kiinnittää huomiota tiettyihin asioihin ja antaa niille merkityksiä. Moraali eli ammattietiikka vaikuttaa siihen, kokeeko työntekijä velvollisuudekseen tehdä jotain esimerkiksi lapsen tilanteelle. Asiakastilanteessa syntyvä ymmärrys perustuu siis intuitiiviseen kuvaan, joka rakentuu kolmesta eri elementistä: kognitiivisesta, emotionaalista ja moraalista. (Eriksson – Arnkil 2005: 21.)

Ihminen ennakoii aina tekojensa seurauksia rutiininomaisesti. Esimerkiksi, jos tulee tunne, että huolen esiin ottaminen loukkaisi toista, sen ikään kuin tuntee etukäteen. Jos tunnelma kertoo, että kannattaa pidättäytyä, sitä luultavasti toimiikin niin. Sama pätee myös päinvastoin. Vasta teot tehtyään työntekijä voi arvioida niiden seurauksia asiakkaalle ja itselleen ja oppia lisää asiakassuhteesta ja sen mahdollisuuksista sekä vastaavanlaisten tilanteiden hoitamisesta. (Eriksson – Arnkil 2005: 22.)

Huolestuttavassa tilanteessa toimiminen edellyttää signaalien ilmenemistä, toisin sanoen ”savu nousee, vaikka tulta ei näy”. Signaali on lapsen käyttäytymiseen, kehitykseen tai olemukseen liittyvä asia. Se voi olla välitön ja kertoa lapsen erityistuen tarpeesta tai välillinen viesti muuttuneista lähiympäristön olosuhteista ja kriiseistä. Sitä tulee tarkkailla ja siihen tulee puuttua asian vaatiessa. Ajan myötä signaali voi heikentyä, vahvistua tai jopa kadota. Signaali voi olla myös pelkästään lapsen esiin tullutta luonnetta, joka joutuu törmäykseen ympäristön kanssa. Tätä signaaleihin puuttumista on kuvattu Varpu-hankkeessa, jonka mukaan ongelmia tulee ehkäistä jo pikkulapsivaiheessa ja huolestuttaviin tilanteisiin puututaan aina heti, kun niitä havaitaan. Puuttumisen tarvetta voivat työntekijät jäsentää huolen vyöhykkeistöä apuna käyttäen. (Huhtanen 2004: 46.)

6.1 Ongelmiin puuttuminen huolestuttavassa tilanteessa ja puuttumisen vaikeuksia

Jos lapsen hyvinvoinnille perheessä on yksi tai useampi riskitekijä olemassa, olisi tärkeää selvittää muitakin. Joitain asioita ei saa selville kuin suoraan kysymällä. Vastaanotolla kaikkein yksinkertaisimmilta ja selvimmiltä tuntuvat kysymykset saattavat olla niitä ”oikeita”. Etenkin perheväkivallan suhteen viimeaikaisissa tutkimuksissa on korostettu

että esimerkiksi sairaalassa ja muissa lasten hoitopaikoissa tulisi riskitekijöitä selvittää rutiininomaisesti, vaikka mitään epäilyä ei olisikaan. Jos laiminlyöntiä tai riskitekijöitä lapsen hyvinvoinnin suhteen tulee esille, tulisi perheen ja viranomaisten yhdessä pohtia jatkotoimenpiteet. (Söderholm ym. 2004: 66–67.) Väkivallan uhrin suhtautuivat myönteisesti suoraan kysymykseen perheväkivallasta. Suomessa harvoin kysytään suoraan ennen kuin asiasta on vahva epäily. (Söderholm ym. 2004: 244.)

Varhainen puuttuminen asiaan on äärimmäisen tärkeää lapsen kehityksen ja kasvun tukemiseksi, jos riskitekijöitä lapsen hyvinvoinnille on kasaantunut useampia. On ehdotettu, että kun tällaiseen perheeseen on tulossa lapsi, perhe tavattaisiin jo ennen lapsen syntymää ja asiasta keskusteltaisiin ja annettaisiin tarvittavaa tukea. Tällöin vanhemmat eivät koe, että heidän kasvatustaitojensa kritisoitaisiin, ja voidaan päästä parempiin tuloksiin. Jos kaltoinkohtelua epäillään tai todetaan, perheeseen on hyvä tehdä kotikäynti ja pitää yllä riittävän tiheitä kontakteja. (Söderholm ym. 2004: 71–72.) Erilaiset lapsen kaltoinkohtelun muodot ja tunnusmerkit tulisi määritellä nykyistä tarkemmin, jotta ne voitaisiin tilastoida. Näin kehitettäisiin tutkimusta, lastensuojelun ja psykiatrisen auttamisen käytäntöjä. (Söderholm ym. 2004: 77.)

Koski on tutkinut lapsiperheiden pahoinvointia ja siihen liittyviä syitä. Perheiden pahoinvointiin, sen toteamiseen ja puuttamiseen, lastenneuvolan keinoilla on vaikeaa. Tutkimuksen mukaan terveydenhoitajien keinot puuttua ovat parhaimmillaan silloin, kun vakavat ongelmat eivät ole vielä syntyneet. (Koski 2003: 48–67.)

”Lapsen laiminlyönnistä on kysymys kun syystä riippumatta lapsen perustarpeista ei huolehdi” (Söderholm ym. 2004: 58). Lapsen kaltoinkohteluun ja laiminlyöntiin ei välttämättä puututa, vaikka epäily olisikin. Suurin syy on se, että lasten kanssa työskentelevillä ammattilaisilla on tietoinen tai tiedostamaton taipumus kieltää asia. Todellisuus on niin karu, että ajatus torjutaan. Lisäksi lapsen sana painaa yleensä vähemmän kuin aikuisen. Ongelmia tuovat myös tilanteet, joissa kaltoinkohtelusta ei näy ulkoisia merkkejä. (Söderholm ym. 2004: 12.) Lapsen laiminlyönti on kaltoinkohtelun muodoista yleisin, mutta vaikein määritellä ja tunnistaa hitaasti kehittyvän luonteensa vuoksi. (Söderholm ym. 2004: 72).

Pieni lapsi ei voi, eikä välttämättä osaa kertoa ongelmistaan varsinkaan jos niitä ei suoraan kysytä. Sanattomia viestejä on vaikea ymmärtää ja lapsi saattaa elää uskossa, että

tilanne on normaali. (Söderholm ym. 2004:58.) Lapset ovat myös lojaaleja vanhemmilleen ja ovat hiljaa, jos on kielletty. He saattavat myös syyllistää itseään tapahtuneista. Leikeissä saattaa ilmetä jähmettyneisyyttä tai raivoa. Lapsi voi toistaa tai piirtää kokemuksiaan. (Söderholm ym. 2004: 197–198.)

Jokainen lasten kanssa työskentelevä on velvollinen lastensuojelulain 40§ mukaan ilmoittamaan lastensuojeluviranomaisille jos epäilee, että lapsen kasvu ja kehitys on vaarassa. Ilmoitusvelvollisuutta kuitenkin laiminlyödään. Lastensuojelulakia ei tunneta riittävästi ja turhaan pelätään väärän ilmoituksen seuraamuksia. Asiallisella huolella ei ole seurauksia, koska huolissaan saa olla ilman, että on velvollinen todistamaan mitään vakavaa tai rikollista tapahtuneeksi. Aiheettoman huolen seurauksena voi paljastua seikkoja, jotka hälventävät kyseistä huolta ja auttavat asiakkaan asemaa. (Söderholm ym. 2004: 12.)

Ongelmana on viime vuosiin asti ollut myös lainsäädännön sekavuus. Salassapitovelvollisuus on rajoittanut eri alojen ammattilaisia. Jokaisella ammatti-alalla on ollut omat salassapitosäännökset jotka ovat olleet huonosti yhteensopivia ja epäselvästi säänneltyjä. Nyt oikeus saada ja velvollisuus antaa tietoja on parantanut mahdollisuuksia moniammatilliseen toimintaan. (Söderholm ym. 2004: 56.)

Vastaanotolla on syytä olla huolissaan, jos vanhemmat eivät pidä ongelmallista tilannetta itse huolestuttavana tai he pitävät viranomaisten puuttumista huolestuttavampana kuin huolta lapsesta. Vanhemmat saattavat myös syyttää lasta, olla tälle vihamielisiä tai liian kontrolloivia. Lapsi voi myös turvautua ennemmin lääkäriin tai hoitajaan kuin vanhempiinsa. Tällaisessa tilanteessa asia tulisi ottaa keskusteluun ja kirjata. Eri viranomaisten kesken sekä lapsen vanhempien kanssa voidaan olla eri mieltä tilanteen vakavuudesta ja tällöin olisi tärkeää löytää jonkinlainen yksimielisyys. Riski epäonnistumiseen hoidossa tai seurannassa kasvaa, jos yhteisymmärrystä ei löydy. Laiminlyöntitilanne vaatii useiden eri asiantuntijoiden yhteistyötä, arviointia ja suunnittelua ja tämä on hyvä selvittää myös vanhemmille. Mahdollinen ilmoitus lastensuojeluun tulisi pyrkiä tekemään yhdessä vanhempien kanssa. On myös selkeästi sovittava, kuka on vastuussa hoidon tai seurannan toteutumisesta. (Söderholm ym. 2004: 68–70.)

Liian herkkä puuttuminen voi aiheuttaa välirikon asiakkaan kanssa. Työntekijän tulisi kerätä riittävästi taustatietoa epäilynsä tueksi ennen puheeksi ottamista. Asia kannattaa

suunnitella huolellisesti, varsinkin jos vanhemmilla on taipumusta voimakkaisiin tunne-reaktioihin. Rehellisyys ja selkeys auttavat tilanteessa. (Söderholm ym. 2004: 85.) Turvallisuus on aina ensisijaisin asia, esimerkiksi perheväkivallasta kysyttäessä, se tulee tehdä uhrin kanssa kahden ja suhtautua vakavasti uhrin arviointiin tekijän vaarallisuudesta. (Söderholm ym. 2004: 140.)

6.2 Apuvälineitä terveydenhoitajan huolen tunnistamiseen ja puuttumiseen

6.2.1 Huolen vyöhykkeistö apuna

Huolen vyöhykkeistö kehitettiin Stakesin eli Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskuksessa Palmuke -projektin yhteydessä ja sen tarkoituksena on auttaa hoitajaa ja muita ammattihenkilöitä arvioimaan ilmenevän huolen astetta, omia auttamismahdollisuuksia ja mahdollisen lisävoimavarojen tarvetta lapsen hoitotyössä. Vyöhykkeistö lisää hoitajan ja moniammatillisen tiimin sekä muiden eri hallinnonalojen yhteistyötä ja sen avulla tunnistetaan nopeammin lapsen mahdollisesti hankala tilanne. (Eriksson – Arnkil 2005: 25.)

TAULUKKO 1. Huolen vyöhykkeistö (Eriksson – Arnkil 2005: 25.)

Huoleton tilanne	Pieni huoli		Harmaa vyöhyke		Suuri huoli	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Ei lainkaan huolta	Pieni huoli tai ihmettely käynyt mielessä; luottamus omiin mahdollisiin vahva.	Huoli tai ihmettely käynyt toistuvasti mielessä; luottamus omiin mahdollisiin hyvä. Ajatuksia lisävoimavarojen tarpeesta.	Huoli kasvava; luottamus omiin mahdollisuuksiin heikenee. Mielessä toivomus lisävoimavarojen ja kontrollin lisäämisestä.	Huoli tuntuva; omat voimavarat ehtymässä. Selvästi koettu lisävoimavarojen ja kontrollin lisäämisen tarve	Huolta paljon ja jatkuvasti; lapsi/nuori vaarassa. Omat keinot loppumassa. Lisävoimavaroja ja kontrollia saatava mukaan heti.	Huoli erittäin suuri; lapsi/nuori välittömässä vaarassa. Omat keinot lopussa. Muutos lapsen tilanteeseen saatava heti.

Taulukko 1. mukaan on kehitetty seitsemän eri huolen aluetta, joiden mukaan hoitaja voi arvioida omaa huolen tasoaan. Huoleton tilanne (1) on taso, jossa terveydenhoitaja kokee, että lapsen asiat ovat hyvin eikä huolta ilmene. Lapsen fyysinen ja psyykinen kehitys on normaalia ja hoitaja kokee oman toimintansa hyväksi. Pienen huolen alueella (2-3) hoitaja kokee pientä ja mahdollisesti toistuvaa huolta. Terveystoimittajan luottamus omiin auttamismahdollisuuksiin, toimintaan on edelleen hyvä ja tässä vaiheessa huolen puheeksi ottaminen ja varhainen puuttuminen koetaan helpommaksi. Harmaa vyöhyke (4-5) on alue, jolloin terveydenhoitaja kokee kasvavaa huolta lapsen tilanteesta. Hoitaja kaipaa moniammatillista tiimiä avuksi ja saattaa kokea samalla omien auttamismahdollisuuksien ehtyvän. Harmaalla vyöhykkeellä olevat asiakkaat ovat usein kuormittavia ja tarvitsevat apua myös muilta ammattihenkilöiltä. Hoitaja saattaa kokea tilanteen epävarmaksi ja pelkää liioittelevansa tilanteen vakavuutta. Suuren huolen alueella (6-7), työntekijä kokee lapsen olevan vaarassa ja tarvitsee muiden ammattihenkilöiden apua. Asiakkaan tilanteeseen on puututtava mahdollisimman nopeasti ja hoitaja

tarvitsee avuksi sosiaalityöntekijää, psykiatria tai poliisia. Suuren huolen alueella eli kriisivyöhykkeessä, on selkeämpi toimia verrattuna harmaaseen vyöhykkeeseen, koska siinä työntekijän on toimittava välittömästi. (Eriksson – Arnkil 2005: 25–26.)

Helsingin yliopiston opiskelijakirjaston sivuilla internetissä on luettavissa artikkeli huolen harmaasta vyöhykkeestä ja puheeksi ottamisesta. Osana Palmuke -projektia Hämeenlinnassa ja Raisiossa toteutettiin kartoitus, jossa eri toimipisteissä työskentelevät ammattilaiset tarkastelivat kuukauden aikana lapsi- ja perhekontaktejaan ja huolestuneisuuden astetta asiakastaan. (Arnkil – Eriksson – Saikku 1998.)

6.2.2 Huoliseulalomake työvälineenä

Ammattilaisten oman huolen tunteen jäsentämiseksi ja varhaisen tuen tarpeen tunnistamiseksi on kehitetty myös Huoliseulalomake (LIITE 1). Se on tarkoitettu arviointivälineeksi helpottamaan ongelmien havaitsemista ja niihin puuttumista. Huoliseulalomakkeelle työntekijä voi kuvailla havaintoja lapsesta, lapsen ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta sekä perheen voimavaroista ja kodissa mahdollisesti esiintyvistä pulmista. Havaintojen aiheuttama huoli voidaan arvioida erilaisilla mitta-asteikoilla. Asian varmentamiseksi, on joissain tilanteissa hyvä keskustella lapsen ja vanhemman sekä kollegoiden ja muiden alan ammattilaisten kanssa. Kun huoli on aiheellinen, se on otettava puheeksi. Ongelmien ratkaiseminen vaatii usein moniammatillista yhteistyötä eri asiantuntijoiden kanssa ja erilaisia tukipalveluja. (Huhtanen 2004: 48.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden tunteman huolen tasoa voidaan tarkastella käyttämällä huolimittaria. Sen avulla voidaan perustella lasten ja perheiden tarvitsemien palveluiden kehittämistä ja kohdentamista. Mittari on tutkimusmenetelmä, jota käytetään tutkittaessa jonkin alueen tai ammattiryhmän kokemaa huolen tasoa kunkin asiakkaan kohdalta. (Kaunisto 2004.)

Lomakkeelle työntekijä voi kuvailla havaintojaan lapsen toiminnasta ja käyttäytymisestä, vanhemman ja lapsen välisestä vuorovaikutuksesta sekä perheen olosuhteista ja mahdollisista pulmista kotona. Huolitunteet arvioidaan mittariasteikolla 1, ei huolta, -5, olen erittäin huolissani. Lomakkeen avulla voidaan suunnitella kuinka asia voidaan ottaa puheeksi ja esimerkiksi yhteisen arvioinnin kohteeksi. Lomakkeella on myös työsuunnitelma-osio, jonka avulla voidaan kirjata seuranta, arvioida tilanteen kehittymistä ja sitä kuinka mahdolliset jatkotoimet ovat toteutuneet. (Kaunisto 2004.)

Lomake on osa lapsen asiakaskertomusta, mutta sitä voidaan käyttää myös seulana neuvoloissa, päiväkodeissa ja kouluissa. Lomake kehitettiin osana lastensuojelupalveluiden laadun kehittämishanketta LASSOA. (Kaunisto 2004.)

Somer tutki huolen ilmenemistä päiväkodin työntekijöiden keskuudessa kyselylomakkeella ja huoliseulamittaria apuna käyttäen. Opinnäyte liittyi Kivikon alueella käynnissä olleeseen Positiivisen diskriminaation eli Varhaisen tuen hankkeeseen. Oli havaittu, että varsinkin maahanmuuttajaperheiden lapsilla oli suuri riski syrjäytyä huonon kielitaidon ja kulttuuristen sopeutumisongelmien vuoksi. Varhaisen tuen avulla pyrittiin ehkäisemään mahdollisia tulevia ongelmia. Kartoituksen avulla todettiin, että Kivikossa on Helsingin alueen suurimmat syrjäytymisen riskit. (Somer 2003: 3–17, 30.)

Opinnäytteen kyselyn tuloksista selvisi, ettei työtehtävänimikkeellä ollut vaikutusta koetun huolen asteeseen. Sen sijaan työkokemus vaikutti siihen millaisena työntekijä huolen koki. 0–5 vuotta työssään olleet olivat kaikkein vähiten huolissaan lapsista. 5,1–10 vuotta työskennelleet sijoittivat eniten lapsia huolen harmaisiin vyöhykkeisiin ja olivat muutenkin enemmän huolissaan. Huoli ei ollut riippuvainen lapsiryhmän koosta. Lasten ikä vaikutti niin, että isojen yli 3-vuotiaiden kohdalla tunnettiin enemmän huolta kuin alle 3-vuotiaiden. Kriisitasoista huolta oli myös enemmän vanhempien kohdalla. Päivähoidon työntekijöiden huolen heräämisen todettiin liittyvän perheiden tukemiseen liittyviin ongelmiin, kuten esimerkiksi vanhempien kanssa liian pintapuoliseksi jääviin suhteisiin, vanhempien vastarintaan ja vähätteleviin asenteisiin lasta koskevissa asioissa. Lapsen oireilu väkivaltaisesti ja levottomasti nosti huolta. Kehityksessä ilmenevät häiriöt ja kielitaidon puute sekä työntekijöiden kokema resurssipula ja voimattomuus vastata lapsen tilanteeseen sekä keinojen puute aiheutti työntekijöissä huolta. (Somer 2003: 36–44.)

Huolen harmaalle vyöhykkeelle sijoitettujen lasten tilanteesta huoli nousi yleensä siksi, että kokonaisuudessaan heidän tilanteensa on epäselvä. Ei tiedetä perhetilannetta kokonaisuudessaan eikä esimerkiksi, hoitaako asioita jokin viranomaistaho vai ei. Yleisesti ottaen tutkimuksen tulokset myötäilivät aiemmin muilla paikkakunnilla saatuja tuloksia. Huolimittarin kehittäjätkin ovat tämän todenneet. Yleisimmin huolta herättivät lapsen kehityksen häiriöt ja perheen elämäntyyli sekä kasvatusasenteet. Somer pohtii toimintavaihtoehtoja huolen herätessä. Hän ehdottaa yhteistyöverkostojen luomista ja palaveri-

den pitämistä. Verkostomaisella yhteistyöllä pyritään näkemään perhe kokonaisuutena, ei vain ongelmista käsin. Lisäresurssit, vanhempien tukeminen ja moniammatillinen yhteistyö luultavasti helpottaisivat tilanteita. Huolen puheeksi ottaminen tulisi tehdä niin, ettei asiakas koe sitä hyökkäykseksi, vaan kokee saavansa tukea ja apua ja siihen tulisi liittää tukitarjous. Tutkimuksen luotettavuutta pohtiessaan Somer kirjoittaa huolestusta vaikeana terminä. Jokainen työntekijä ymmärtää huolen käsitteen omalla tavallaan ja vastaa sen mukaan. (Somer 2003: 47–53.)

6.4 Tietoinen ennakointi valmistaa puheeksi ottamiseen

Tietoinen ennakointi liittyy oleellisena osana terveydenhoitajan huolen puheeksi ottamiseen, koska se on terveydenhoitajan käymää ajatusprosessia siitä, mitä seurauksia huolen puheeksi ottamisella voi asiakastilanteessa olla. Ennakointi ei sinällään ole mikään uusi asia, koska tiedostamatta ennakoimme asioita päivittäin, mutta tiedostettu ennakointi hyötykäyttönä on uudempi asia. Sen avulla terveydenhoitaja pystyy hyvin jäsentämään omaa toimintaansa huolen ilmetessä sekä arvioimaan omaa tuen antamistaan. On oleellista muistaa, että ennakointi ei varmista tiettyyn lopputulokseen pääsemistä eikä estä yllättävien asioiden esiin nousemista, koska emme kykene ennustamaan toisen ihmisen toimintaa. Se kuitenkin auttaa hoitajaa pääsemään mahdollisimman hyvään lopputulokseen, jolloin asiakkaan kanssa kontakti säilyy hyvänä. Joskus suuri huoli ja asioiden ratkeamattomuus voi aiheuttaa terveydenhoitajassa voimattomuuden ja epätoivon tunteita, jolloin luottamus asioiden paremmaksi muuttumiseen voi olla vähäinen. Silloin tietoinen ennakointi auttaa herättämään toivoa ja uusien toimintatapojen mukaan ottamista hoitosuhteeseen, koska tilanne saattaa muutenkin vaatia pidempää prosessia puheeksi ottamisessa. (Eriksson – Arnkil 2005: 27–29.)

Ennakoiminen valmistaa terveydenhoitajaa myös kielteisiin reaktioihin asiakassuhteessa. Silloin hoitajan henkinen valmistautuminen on huolellisempaa, eikä hän pelästy ja jätä asiakkaan kanssa keskustelua kesken. On hyvin yleistä, että huolen puheeksi ottamistilanteessa asiakas voi kokea surullisuutta tai vihaisuutta, jolloin vastareaktiot voivat olla hyvinkin voimakkaita. Se ei kerro sitä, ettei asiakas olisi ollut tilanteesta tietoinen, mutta puolustusreaktioina on pyyhkinyt asian pois mielestään. Terveydenhoitaja kykenee tietoisesti ennakoinnin avulla suhtautumaan tilanteeseen rauhallisesti ja silloin asiakkaan kanssa keskusteleminen voi jatkua ennallaan. Jos hoitaja kokee tilanteen uhkaavaksi, on tärkeää miettiä muita keinoja huolen esiin ottamiseen. Joskus tilanne vaatii

muiden osapuolten, esimerkiksi viranomaisten väliin tuloa, mitä on syytä pohtia asiakaskohtaisesti. (Eriksson – Arnkil 2005: 27–29.)

6.5 Huolen puheeksi ottaminen

Huolen puheeksi ottoa helpottaa huolta herättävien havaintojen konkretisointi ja kirjaaminen. Keskustelu säilyy asiakasta kunnioittavana, eikä vääristy arvosteluksi, jos hoitaja esimerkiksi kertoo konkreettisista havainnoistaan ja kuinka esimerkiksi vanhempi joissakin tilanteissa toimii. Yleisellä tasolla ilmaistu huoli saattaa jäädä vanhemmalta ymmärtämättä ja heidän saamisensa yhteistyöhön vaikeutuu. Huolen ollessa suuri, se voidaan jakaa pienempiin osiin tai voidaan pohtia, mikä asia olisi tällä hetkellä tärkein. Vanhemmallakin on aikaa pohdiskella kuulemaansa. Hoitaja voi helpottaa omien ajatustensa jäsentelyä ja työnsä suunnittelua kirjaamalla puheeksi otettavia asioita jo ennen asiakkaan kanssa keskustelua. Jos hoitaja kiertelee ja kaartelee todellista asiaansa, asiakas vaistoa sen ja arvailee, mitä hän ei saanut sanottua. Myönteiset kokemukset puheeksi ottamisen kokeilussa perustuvat osittain siihen, että ottamalla huolen puheeksi, työntekijä sanoo ääneen sen, mikä on ollut läsnä vuorovaikutussuhteessa koko ajan. Suhteessa vallitsee salailu-arvailurakenne. Kontaktitieto on eri sektorien työntekijöillä eri toimipisteissä saman asiakkaan kanssa aivan erilaista. Tämä johtuu huolen subjektiivisesta luonteesta ja siitä, että jokaisella on oma näkökulmansa asiaan. Kontaktitieto on ainutlaatuista, tietoa vuorovaikutuksen sisältä ja kokonaisvaltaiseen kuvaan liittyvää ymmärrystä asiakkaan ja suhteen luonteesta. (Eriksson – Arnkil 2005: 20–24.)

Stakesin varhaisen puuttumisen hankkeessa huolta määritellään työntekijän omien vaikutusmahdollisuuksien kautta. Ei arvioida perheiden tai lasten ongelmia, vaan omia keinoja ja mahdollisuuksia auttaa perhettä. Esimerkiksi eri työntekijöillä voi olla erilainen huoli samasta lapsesta tai erilainen huoli kahdesta eri lapsesta, vaikka heidän diagnosoidut ongelmansa ovat samat. Nämä asiat liittyvät niin sanottuun kontaktitietoon. Siihen liittyvät jokaisen työntekijän erilaiset kontaktit lapseen ja perheeseen sekä vuorovaikutussuhteen laatuun ja toimivuuteen. Työntekijän subjektiivinen huoli auttaa myös tunnistamaan ulkopuolisen tuen ja yhteistyön tarpeen. Huolen kasvaessa yleensä turvaudutaan verkostoihin. Huoli jatkaa kasvamistaan, kun työntekijän voimavarat eivät enää riitä. Tuki ei silloin toimi asiakkaalle tukena ja asioiden kontrolloiminen ei enää tuo tilanteenhallinnan tunnetta. (Pyhäjoki 2003.)

Tutkimuksen mukaan terveydenhoitajan havaitessa ongelmia perheessä, he tarttuvat asioihin nopeasti ja keskustelevat asioista suoraan. Perhettä kohdellaan yksilöllisesti ja heidän tilanteeseen paneudutaan yhdessä perheen kanssa. Perheen pahoinvointiin tulisi puuttua nopeasti, koska perheen pahoinvointi saattaa jatkua jopa toisessa sukupolvessa lasten perustaessa omia perheitään. Tämä voi johtua vanhemmuuden mallin puuttumisesta, jota lapsi ei ole perheessä saanut. (Koski 2003: 48–67.)

6.6 Ennakointidialogi ja verkostokokous huolen purkamiseen

Ennakointidialogi käsitteenä on uusi ja se on kehitetty Stakesin verkostotutkimuksen ja kehittämisen ryhmässä yhdessä psykososiaalisen työn ammattilaisten kanssa. Ennakointidialogit eivät niinkään ole hoitokäytäntöjä, mutta uusi tapa toimia verkostokokouksissa ja ne auttavat lievissä pulmissa terveydenhoitajan työssä, silloin kun terveydenhoitaja kokee oman auttamiskykynsä riittämättömäksi. (Seikkula – Arnkil 2005: 57.)

Usein perheen ongelmallisissa tilanteissa on useita tahoja mukana, jolloin ennakointidialogista verkostokokouksessa on eniten hyötyä. Saattaa myös olla, että hoitotyön osapuolet eivät välttämättä ole tyytyväisiä toistensa toimintaan ja silloin tarvitaan yhteisiä voimavaroja, jotta asiakkaan tilanne saataisiin koordinoitua yhdenmukaiseksi. (Seikkula – Arnkil 2005: 57.)

Terveydenhoitaja saattaa olla huolestunut esimerkiksi lapsen tilanteesta ja kokee tilanteen vaikeaksi itselleen auttamisy yrityksistä huolimatta, jolloin on syytä miettiä moniammatillista tiimiä verkostokokoukseen. Joskus työntekijäverkostossa saattaa olla puutteita tai muita ongelmia, jolloin on erittäin tärkeää saada yhteinen linja, niin hoitohenkilökunnan, kuin lapsen perheen kanssa. (Seikkula – Arnkil 2005: 58–59.)

Terveydenhoitajan ensimmäinen tehtävä on ottaa puheeksi huoli lapsen huoltajien kanssa ja ehdottaa heille palaveria. On kuitenkin tärkeää miettiä, kuinka puheeksi ottaminen tapahtuu niin, että vanhemmat eivät loukkaannu ja välttyään turhilta syytelyiltä. Usein terveydenhoitajan kannattaa pyytää apua oman huolensa vuoksi, jolloin vanhemmat kokevat sen vilpittömänä, eikä heille tule vahvoja syyllisyydentunteita. Terveydenhoitajan huoli voi johtua osittain myös omien auttamismahdollisuuksien vähyyden kokemisesta ja usein auttamisyrietykset helpottavat lapsen tai perheen tilannetta vain väliaikaisesti, kunnes tilanne päättyy alkuperäiseen. (Seikkula – Arnkil 2005: 58–59.)

Ennakointidialogi perustuu tulevaisuuden muistelu- menetelmään ja vetäjänä kokouksissa on usein ulkopuolinen työpari. Työpari ei ole mitenkään sidoksissa perheeseen ja tästä on syytä varmistua keskustelemalla vanhempien kanssa. Verkostopalaveriin kutsutut ihmiset ovat perheen päätettävissä, mistä terveydenhoitajan on tärkeä keskustella yhdessä lapsen vanhempien kanssa. Perheellä on mahdollisuus pyytää ystäviä mukaan tueksi verkostokokoukseen. Kokoukseen ei kuitenkaan tule ihmisiä, joista ei ole sovittu erikseen perheen kanssa. Terveydenhoitajan on tärkeää selittää perheelle, kuinka dialogi käytännössä toteutuu. (Seikkula – Arnkil 2005: 58–60.)

7 TYÖYHTEISÖ TERVEYDENHOITAJAN TUKENA

”Työyhteisöllä tarkoitetaan ihmisten muodostamaa sosiaalista yhteisöä, jolla on yhteinen työtehtävä.” Samoissa tiloissa työskentelevät ihmiset eivät muodosta työyhteisöä, vaan heillä täytyy olla kuuluvuuden tunne, jotta yhteisöstä voidaan puhua. (Kellberg 1999: 13, Hurme 1992 mukaan.)

Työyhteisö voi tukea työntekijöitä hyvään työsuoritukseen ja lisätä työmotivaatioita, mutta se voi myös osoittautua kuormitustekijäksi. Aktiivinen työyhteisö, joka pysyy ajan tasalla uusissa asioissa, aktivoi työntekijöitä itsensä kehittämässä. Työyhteisöön liittyvät keskeiset asiat ovat yksilöllisyys, tasa-arvo, vuorovaikutus- ja ihmissuhteet sekä palaute. Näistä tekijöistä vuorovaikutus on tärkeimpiä tekijöitä, koska vuorovaikutusta on joka työyhteisössä. Vuorovaikutuksen ollessa avointa, voidaan estää myös työuupumusta sekä edistää työkykyä ylläpitäviä asioita. (Koivisto 2001: 30–31, 220–221.)

Hyvät vuorovaikutus- ja ihmissuhteet ovat työyhteisössä erittäin tärkeä voimavara. Työyhteisössä annettu tuki vähentää työn kuormittavuutta huomattavasti ja lisää työtyytyväisyyttä. Tuki voidaan jakaa sosiaaliseen ja tiedolliseen tukeen. Sosiaalinen tuki on henkisempää tukea, jolloin työntekijät ja esimies osoittavat toisilleen arvostusta, kuuntelevat ja antavat myös palautetta sekä arviointitukea toisilleen. Sosiaalinen tuki lisää henkilökunnan hyvinvointia ja auttaa työntekijöitä jaksamaan työssään paremmin. Tiedollisella tuella tarkoitetaan lähinnä työyhteisön antamia neuvoja ja ohjeita toisilleen hankalissa tilanteissa. Monet työntekijät kokevat esimieheltä saadun sosiaalisen tuen tärkeämmäksi kuin työntekijöiltä saadun tuen. (Kellberg 1999: 13–14, Vahtera 1993, House 1981 mukaan.)

Työyhteisön toimivuuteen vaikuttavat työntekijöiden ammattitaidon hyödyntäminen ja kehittäminen sekä yhteishenki, kuulusitulemisen tunne ja yhteisön jäsenten mahdollisuus vaikuttaa työtään koskeviin päätöksiin. Työilmapiirillä on selkeä yhteys työtehokkuuteen ja – motivaatioon. Hyvän työilmapiirin muodostumiseen vaikuttavat esimerkiksi ihmissuhteiden toimivuus, avoimuus, tasavertaisuus, luottamus ja kunnioitus. Esimiehen rooli on tärkein, mutta jokaisen työntekijän panos vaikuttaa. Kannustava ilmapiiri ja jäsenien erilaisuus työyhteisössä on voimavara, johon kannattaa panostaa, koska se tuo siihen käytetyt resurssit takaisin työssä jaksamisena, työtyytyväisyytenä ja motivaationa. (Vähäniemi 1998: 6, 33.)

Terveydenhoitajan kohdatessa perheitä, jotka nostavat huolta, on tärkeää, että terveydenhoitaja voi kääntyä oman työyhteisönsä puoleen. Hyvä työyhteisö auttaa huolen purkamisessa ja vaikeissa tilanteissa työntekijät voivat pyytää apua toisiltaan. Terveydenhoitajan kyvyt auttaa perheitä, voivat jopa lisääntyä, jos hän tietää, ettei ole koskaan tilanteissa yksin. Vuorovaikutus muiden työyhteisön jäsenten kanssa lisää auttamismahdollisuuksien vertailua ja samalla tuo perheille parhaan mahdollisen avun. Terveydenhoitaja pystyy hyödyntämään muiden työntekijöiden ammattitaitoa ja tämä auttaa erityisesti niitä hoitajia, joiden työkokemus on vähäisempi. Vähemmän aikaa työskennelleet terveydenhoitajat oppivat muilta työyhteisön jäseniltä ja saavat voimavaroja kohdata erityistuen tarpeessa olevia perheitä jatkossa entistä paremmin.

7.1 Moniammatillinen yhteistyö lastenneuvolassa

Moniammatillinen yhteistyön perusta on yhteistyöverkoston luominen, osaamisen jakaminen ja uusien työ- ja toimintatapojen kehittäminen (Huhtanen 2004: 85).

Neuvolatyössä terveydenhoitajan yhteistyö toteutuu pääosin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kanssa, yleisimmin kumppaneina ovat toiset terveydenhoitajat, lääkärit ja kätilöt. Muita tahoja ovat perheet, päiväkodin työntekijät ja sosiaalityöntekijät. Terveydenhoitajat pitivät yhteistyötä auttavana tekijänä henkilöiden tuttuutta ja sitä, että vastapuoli ymmärtää ennaltaehkäisevän työn merkityksen, joka takaa mahdollisimman varhaisen avun asiakkaalle. Jonkin verran yhteistyöstä toteutuu myös terveydenhoitajien markkinoissa omaa toimintaansa ympäröivään yhteisöön. (Haaranen 2003: 62–67.)

Työryhmätyöskentely vaatii joustavuutta toimia ympäristön tarpeiden mukaan. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on paljon työryhmiä, joissa hyvinkin erityyppistä asiantuntemusta yhdistetään. (Elovainio – Kalliomäki-Levanto – Kivimäki 1997: 9.)

Varjorannan haastattelemat hoitotyön johtajat olivat sitä mieltä, että terveydenhoitajien ei tarvitsisi olla ”kaikkietäviä”, vaan käyttää enemmän hyödyksi eri asiantuntijoiden tieto-taitoa ja ohjata asiakkaat heille. Heidän mukaansa yhteistyötä esimerkiksi seurakuntien ja vapaaehtoisjärjestöjen kanssa tulisi lisätä ja kaikkea tiimityöskentelyä enemmän asiakkaan osallistumista mahdollistavaksi. (Varjoranta 1997: 60–61.)

Simoilan tutkimuksen mukaan kolmannes vastaajista oli tyypillinen yksintyöskentelijä joka oli rakentanut yhteistyöverkostonsa oman ammattikunnan sisälle. Kollega koettiin parhaaksi auttajaksi ongelmien ilmetessä. Kun yhteistyössä ilmeni ongelmia, tilanne koettiin kiusalliseksi ja siitä vaiettiin. (Simoila 1994: 156.)

7.1.1 Moniammatillisen yhteistyön ongelmia

Moniammatillisessa yhteistyössä jokainen ryhmän jäsen on asiantuntija. Työryhmässä erilaisten asiantuntijoiden paikalla olo voi johtaa keskinäiseen paremmuuden osoitteluun ja kilpailuun sekä toisten asiantuntijoiden syrjäyttämiseen. Liian tiivis yhteistyö taas siihen, että ryhmän jäsenet tyytyvät mukautumaan toistensa ajatuksiin. Salassapitovelvollisuus koetaan viranomaisyhteistyötä rajoittavana tekijänä. Salassapitolaki suoja

perheen oikeusturvaa ja yksityisyyttä. Lapsen asioiden yleiseen käsittelyyn esimerkiksi kokouksessa on saatava vanhempien lupa. (Huhtanen 2004: 92–95.)

Kaikkien yhteistyöhön osallistuvien on tunnettava säännökset ja menettelytavoista on sovittava, jotta salassapitovelvollisuuden noudattamisesta ei muodostuisi yhteistyölle estettä. Terveystieteiden puolella Laki potilaan asemasta ja oikeuksista ja sosiaalihuollon puolella Laki sosiaalihuollon asemasta ja oikeuksista estää tietojen siirtoa eri toimintayksiköiden välillä ilman asiakkaan kirjallista suostumusta. Sosiaalihuollon viranomaisilla on oikeus saada tietoja terveydenhuollon toimintayksiköltä ilman asiakkaan lupaa, jos ne ovat tarpeen asiakkaan hoidon tai lapsen edun vuoksi. Lastensuojelulain puitteissa työntekijä on velvollinen ilmoittamaan sosiaalilautakunnalle lastensuojelun tarpeesta olevasta lapsesta, jolloin lupaa ei tarvita. (Lastenneuvolaopas 2004: 42–53.)

Jos oman aseman säilymisestä ollaan huolissaan tai työn tavoitteet ovat kovinkin erilaisia, yhteistyö voi jäädä vain virallisten asiakirjojen tasolle. Omaa reviiriä puolustetaan entistäkin tarkemmin ja niitä puolustetaan jatkossa vielä tiukemmin. Erilaisten työntekijöiden ja työkuultuurien yhteensovittaminen voi tuoda mukanaan ristiriitoja, kilpailua, epävarmuutta ja valtataistelua. Vapaamuotoinen yhteistyö kärsii, jos työ on liian virallista tai sisältää esimerkiksi määräilyä. (Elovainio – Kalliomäki-Levanto – Kivimäki 1997: 9.)

Terveystieteiden hoitajat kokivat avun jakamisen välikäsien kautta vaativaksi. Koettiin että yhteydenotot ovat riippuvaisia henkilöistä ja yhteistyö hajanaista. He kokivat yhteistyön tärkeänä, mutta ajanpuute ja suuret asiakasmäärät koettiin yhteistyön esteiksi. (Haaranen 2003: 62–67.) Ajanpuute usein heikentää yhteistyön laatua. Kiireen vuoksi ihmiset käyttävät vähemmän aikaa tiedottamiseen, neuvotteluihin ja konsultointiin. Työryhmän suuri jäsenmäärä on myös este asioiden sujuvalle käsittelylle esimerkiksi palaverissa. (Huhtanen 2004: 92–95.)

7.2 Työnohjauksen antama tuki

Työnohjaus voidaan käsittää vuorovaikutusprosessiksi, jossa ohjaaja ja ohjattava käyvät työhön liittyviä asioita läpi. Se tukee työntekijän ammatillista kasvua, auttaa ratkaisemaan työhön liittyviä ongelmia, arvioimaan työtä sekä suunnittelemaan mahdollisia toimenpiteitä työssä. Työnohjaus on intensiivistä toimintaa, koska siinä käydään läpi

juuri tietyn työyhteisön ongelmia. Työnohjaajana voi olla asiantuntija tai kokenut työntekijä, joka on saanut käytännön- ja teoreettisen koulutuksen. Pääpaino työnojauksessa on nykyisyydessä ja tulevaisuudessa, eikä menneitä asioita käydä läpi. Se ei ole työhön perehdyttämistä. Työnohjauksen tavoitteet ovat työn kuormittavuuden vähentäminen, parempi työn hallinta, selkeämpi sisäinen malli työstä, kyky ennakoida tulevia ongelmatilanteita. Näiden avulla voidaan pitkällä aikavälillä välttyä stressiltä. (Moilanen 1995: 274 – 275.)

Paunonen-Ilmonen käsittää työnohjauksen lähinnä menetelmäksi, jossa se on säännöllistä, määräajoin toistuvaa ja tärkeä osa työntekijän työtä. Työnohjauksen tavoitteena on lisätä työntekijän ammatillisia ja persoonallisia valmiuksia ja on oleellista, että työnantaja tukee ja kustantaa työnohjaukseen. (Paunonen-Ilmonen 2001: 29, 33.)

Työnohjaus toimii voimavarana työntekijöille, koska se antaa tukea työpaikassa tapahtuviin muutoksiin ja kehitykseen. Jotkut tilanteet saattavat aiheuttaa työyhteisössä lukkiutuneisuutta sekä kehityksen pysähtymistä, jolloin työnohjauksesta voi olla tarvittavaa apua. Yhteisöllinen työnohjaus on pienryhmätoimintaa, johon osallistuvat kaikki työntekijät. Ryhmä keskustelee työn tavoitteista sekä tarkastelee omaa työtään ja siinä pyritään pääsemään tehokkaampaan sekä tuloksellisempaan työtoimintaan. (Koivisto 2001: 229–231.)

Työnohjauksella on myös merkitystä työntekijöiden voimavaroihin työssä jaksamiseen. Yhdessä työnohjaukseen osallistuvien muiden kanssa voidaan pohtia myös työntekijöiden huolen tunteita asiakkaista ja näin auttaa käsittelemään asioita ja vähentämään henkistä kuormittumista työssä.

7.3 Työkykyä ylläpitävä toiminta (TYKY)

”Työkykyä ylläpitävällä toiminnalla (Tyky) tarkoitetaan toimintaa, jolla työnantaja ja työntekijät sekä työpaikan yhteistyöorganisaatiot yhteistyössä pyrkivät edistämään ja tukemaan jokaisen työelämässä mukana olevan työ- ja toimintakykyä hänen työuransa kaikissa vaiheissa.” (Työterveyslaitos 2006).

Työkykyä ylläpitävän toiminnan taustalla on 1970-luvun lopun korkeat työttömyysluvut ja väestön ikärakenteen muutos. 1980-luvun puoliväliin saakka työkyvystä puhuttiin

lähinnä yksilön työkyvyn arvioinnin yhteydessä. Tällöin Työterveyslaitos toteutti laajan ikääntyneitä työntekijöitä koskeneen tutkimuksen, jonka tuloksissa huomio kiinnitettiin työkyvyn edistämiseen. Näkökulma on vaihdellut vuosien kuluessa, mutta vakiintui edistämisen ajatukseen viimeistään vuonna 1990, kun työmarkkinaosapuolet nimesivät eläkkeelle siirtymistä hidastavan toimenpidekokonaisuuden nimellä ”työkykyä ylläpitävä toiminta”. Samaan aikaan tehtiin työterveyshuoltolakiin muutos, joka velvoitti työnantajaa järjestämään työkykyä ylläpitävää toimintaa. Usein työkyvyn ylläpitämisestä puhuttaessa tarkoitetaan kuntoliikuntaa, vaikka käsite on kokonaisuudessaan laajempi. Viime aikoina osa yrityksistä onkin jättänyt työkyvyn käsitteen pois ja alkanut puhua työhön liittyvästä hyvinvoinnista ja sen edistämisestä. (Antti-Poika – Martimo – Husman 2003: 142–144.)

7.4 Masennuksen vaikutus ja merkitys työyhteisössä

Tutkimuksessaan ”Kun mikään ei riitä” Suonsivu on selvittänyt hoitotyöntekijöiden masentuneisuutta ja sen merkityksiä suhteessa itseen, työympäristöön, työhön, toimintakykyyn ja työnhallintaan. Pää tavoitteena oli selvittää niitä työyhteisötekijöitä, jotka ovat yhteydessä työntekijöiden masennukseen sekä mitä yksilöllisiä ja työyhteisöllisiä tukitoimia masentuneet käyttävät. Tutkimus toteutettiin vuosin 1996–1997 ja osin 2002 kyselyjen ja haastattelujen avulla ja se kohdistui Pirkanmaan sairaanhoitopiirin viiden sairaalan hoitotyöntekijöihin. (Suonsivu 2003: 9.)

Masentuneeksi itsensä kokevia työntekijöitä oli 21,6 % ja 54,1 % vastaajista koki itsensä uupuneeksi. Hoitotyöntekijöiden masennuksen tunnusmerkit olivat samanlaisia diagnosoitujen masennuksen oireiden kanssa. Terveystieteiden ammattilaisena masennuksen tunnistaminen ja hyväksyminen koettiin hankalaksi. ”Vahvuusidentiteetin” koettiin murentuvan, kun siirrytään avun antajasta sen pyytäjäksi, mikä aiheutti myös häpeän tunnetta. (Suonsivu 2003: 221.)

Masentuneet työntekijät kokivat, että työyhteisötekijät liittyivät vahvasti masennuksen aktivoitumiseen tai pahenemiseen, mutta toisaalta taas ne saattoivat myös edistää hyvinvointia. Johtamisen tavat koettiin tärkeäksi tekijäksi masennuksen kehittymisessä. Luottamuksen määrä ja oikeudenmukaisuuden aste vaikutti masennukseen tai hyvinvointiin. Avointa keskustelua eri kokoonpanoissa, muutuskoulutusta ja -valmennusta

pidettiin tärkeänä jaksamisen kannalta. Muutokset työssä aiheuttavat kokemuksia työn hallinnan puutteesta ja se aiheuttaa muun muassa pettymyksen tunnetta, kiukkua johtoa kohtaan, yhteistyön huonontumista, "kastijakoa" ja pelkoa tulevaisuudesta sekä työn menettämisestä. Muutoksina todettiin työtehtävien, -olojen ja -ympäristön muutoksia ja ne olivat usein äkkinäisiä ja hallitsemattomia sekä toteutettiin "ylhäältä alaspäin".(Suonsivu 2003: 222, 229–230.)

Kaikki masentuneet kokivat itsensä kuormittuneeksi. Se koostui peloista, uusista työtehtävistä, arvostuksen ja luottamuksen puutteesta, osaamattomuuden tunteista, yhteistyövaikeuksista ja siitä ettei muutosvaiheessa kokenut voivansa vaikuttaa omaan työhönsä. Kuormittumisen tunteeseen vaikutti esimerkiksi kiire, työmäärän lisääntyminen, työn hallinnantunteen menetys, uudet tehtävät, perehdytyksen puute, muutokset ja yksilölliset tekijät, kuten sairaudet ja ikääntyminen. (Suonsivu 2003: 223.)

Vastajat kokivat, että työyhteisöstä puuttuivat järjestelmät, joissa henkilöstö pystyisi säännöllisin väliajoin keskustelemaan työyhteisön ongelmista. Olemassa olevia organisaation tukitoimia (työterveyshuollon edustajat, psykologi, työsuojelun edustajat, luottamusmiehet, johto) ei tunnustettu ja heidän kanssaan oli keskusteltu vain vähän. Vastajien mielestä jaksamista vahvisti ja voimia toivat säännölliset palautteet, työnohjaus, koulutus, perehdytys, kuntoutuskurssit ja tyky -toiminta. Tärkeintä olisi kuitenkin organisaatiokulttuurin ja työtoimintamallien nykyaikaistaminen sellaisiksi, että työ kuormittuu oikein, tulostavoitteet ja työn vaatimukset olisivat tasapainossa resurssien ja voimavarojen kanssa. Lisäksi työyhteisön ilmapiirin tulisi olla sellainen, jossa olisi mukava työskennellä ja työn laadukas tekeminen olisi mahdollista. (Suonsivu 2003: 228.)

Työtovereilta vastajat toivoivat avoimuutta, erilaisuuden hyväksymistä, tukemista, arvostusta, kunnioitusta, luottamuksellisuutta, tasa-arvoisuutta ja hyväksytyksi tulemisen tunnetta. Toivottiin, ettei tarvitsisi pelätä työpaikkakiusaamista, eikä toisia työtovereita. Ristiriitojen nopea selvittäminen, positiivinen palaute ja joustavuus olivat myös toiveina. Työterveyshuollolta toivottiin enemmän keskustelutilaisuuksia, määräaikaista paamia sekä masennusta ehkäiseviä ja hoitoa tukevia toimenpiteitä. Esitettiin myös, että avun saatavuutta tulisi parantaa, sairaslomakynnystä laskea, kuntoutuslomiamia, selviytymiskursseja ja enemmän panostusta henkilökunnan jaksamiseen. (Suonsivu 2003: 194–195.)

Masennus on usein kehämäinen, jolloin työyhteisössä monet tekijät voivat vahvistaa masennusta tai päinvastoin. Masennusta vahvistaa esimerkiksi tunne osaamattomuudesta tai palaute huonosti tehdystä työstä tai virheestä. Osaamattomuus lisää pärjäämättömyyden tunnetta entisestään ja masennus lisääntyy. Masennus vaikuttaa myös työyhteisön muihin jäseniin ja ryhmän ilmapiiriin. (Suonsivu 2003: 229.)

8 POHDINTA

8.1 Yhteenveto tuloksista

Terveydenhoitajan varhainen puuttuminen lapsiperheiden ongelmiin ja huolen puheeksi ottaminen ovat tärkeä osa terveydenhoitajan tekemää työtä. Lapsen hyvinvointia, kasvua ja kehitystä tulisi tukea, jotta ongelmat eivät pääse kasvamaan huolen vyöhykkeistössä harmaan vyöhykkeen alueelle. Tutkimusten mukaan, terveydenhoitaja kykenee puuttumaan ongelmiin parhaiten siinä vaiheessa, kun perheiden ongelmat eivät ole syntyneet liian vakaviksi. Tähän vaikuttaa osittain henkilöstön vähentyminen ja asiakkaiden kasvaneet vaatimukset sekä ongelmaperheiden lisääntyminen. Terveydenhoitajalla ei ole tarpeeksi aikaa vastaanotoilla perheiden kokonaisvaltaiseen hoitoon. Ajanpuute ja muiden resurssien vähyys johtaa terveydenhoitajan kuormittumiseen ja vähentää työssä jaksamista. Huoli tulisi ottaa puheeksi mahdollisimman varhain, ilman vanhempien syyllistämistä ja heidän kanssaan yhteistyössä. Tutkimusten mukaan terveydenhoitajat puuttuvat asioihin nopeasti ja keskustelemalla ongelmista suoraan. Eräs tutkimus antoi viitteitä kuitenkin siitä, että lastenneuvolan keinoilla perheiden pahoinvoinnin toteaminen ja siihen puuttuminen on hankalaa.

Stakesin Palmuke -projektissa kehitetty huolen vyöhykkeistö auttaa terveydenhoitajaa tunnistamaan omaa huolen tunnetta asiakkaista, arvioimaan puuttumiskeinoja ja moniammatillisen työryhmän tuen tarvetta. Stakes on kehittänyt myös huolen puheeksi otton ennakointilomakkeen, jota terveydenhoitaja voi tarvittaessa käyttää apuna ja sen täyttäminen onnistuu internetissä. (Arnkil – Eriksson 2006.) Huoliseulalomakkeelle työntekijä voi eritellä perhettä koskevia ajatuksiaan sekä tukitoimien tarvetta ja niiden toteutumista. Yksi tutkimus antoi viitteitä, että neuvoloissa käytetään huolen puheeksi ottamisen menetelmää hyvin vähän ja puolet terveydenhoitajista ei tunne huolen vyöhykkeistöä lainkaan. Huolen tunteen jäsentämiseen ja puheeksi ottamiseen kehitetyt apuvälineet olisivat mielestämme käyttökelpoisia lastenneuvolatyössä.

Työyhteisö, joka pysyy ajan tasalla uusissa asioissa, aktivoi työntekijöitä itsensä kehittämisessä. Se tukee työntekijöitä hyvään työsuoritukseen ja lisää työmotivaatioita, mutta voi olla myös kuormitustekijä toimiessaan huonosti. Tutkimuksen mukaan terveydenhoitajat joutuvat jatkuvasti arvioimaan omia voimavarojaan työssä jaksamisen suhteen.

Jotkut heistä kokivat runsaat tutkimukset ja koulutukset rasitteeksi ja tarvitsivat jatkuvaa työnohjausta.

8.2 Työn luotettavuuden pohdinta ja opinnäytetyöprosessi

Valitsimme opinnäytetyöhömmä monipuolisesti tutkimuksia ja kirjallisuutta. Tutkimuksista olemme käyneet läpi tiivistelmiä ja valinneet parhaiten aiheesemme sopivia lähteitä. Työmme luotettavuutta kasvattaa kriittinen arviointimme lähteitä kohtaan ja olemme käyneet niitä läpi laajasti. Pyrimme välttämään toissijaisia ja liian vanhoja lähteitä. Suurin osa lähteistämme on julkaistu vuoden 2000 jälkeen.

Tämän aiheen kartoittaminen oli aluksi hyvin hankalaa sen abstraktisen luonteensa vuoksi. Työtä aloittaessamme lähteiden löytäminen tuntui vaikealta, koska aiheen kokonaisuuden hahmottaminen oli hankalaa. Työn kirjoittamisen aloittaminen oli aluksi hidasta ja työlästä, koska työn lähtökohta ja rajaus eivät olleet selvillä. Koemme, että kirjoitusprosessiin ei kokonaisuudessaan mennyt niin paljon aikaa, kuin asiasisällön jäsentämiseen. Olemme tutkineet lähteitä itsenäisesti ja yhdessä. Kirjoitimme opinnäytetyötä lähinnä erikseen, mutta tekstin yhdistäminen ja muokkaus tapahtui yhdessä. Työyhteisönäkökulma helpotti ajattelemaan asiaa laajemmin ja pystyimme tarkastelemaan aihetta paremmin useammasta näkökulmasta. Opinnäytetyön työstämiseen järjestetyt kahden viikon jaksot vuoden sisällä, olivat liian lyhyitä työn etenemisen kannalta. Mielestämme olisi helpompaa ja selkeämpää tehdä työtä pidempi aika kerrallaan tai kokonaan yhdessä jaksossa. Työn aloittaminen vaatii aina lähteiden saamisen ja uudelleen orientoitumisen aiheeseen.

Aluksi ajatuksenamme oli tehdä toiminnallisempi opinnäytetyö ja haastatteleamalla selvittää terveydenhoitajien huolitunteita asiakkaistaan. Koska samasta aiheesta ei ole aiemmin tehty opinnäytteitä, päädyimme tekemään kirjallisuuskatsauksen.

8.3 Ehdotuksia seuraaville opinnäytetöille

Seuraava opinnäytetyö aiheesta voitaisiin toteuttaa toiminnallisemmin esimerkiksi toteuttamalla kysely terveydenhoitajille tästä aiheesta. Lisäksi olisi hyödyllistä pohtia kei-

noja, kuinka terveydenhoitajat pystyisivät paremmin motivoimaan asiakkaita yhteistyöhön huolestuttavissa tilanteissa ja osallistumaan myös mahdollisiin jatkotoimenpiteisiin perheen asioiden hoidossa.

LÄHTEET

- Antti-Poika, Mari – Martimo, Kari-Pekka – Husman, Kai (toim.) 2003: Työterveyshuolto. Helsinki: Duodecim.
- Arnkil, Tom Erik – Eriksson, Esa – Saikku, Peppi 1998: Huolen harmaa vyöhyke. Verkkodokumentti.
<http://www.opiskelijakirjasto.lib.helsinki.fi/eres/valt/art/arnkil_7_98.pdf.>
> Luettu 13.4.2007.
- Arnkil, Tom Erik – Eriksson, Esa 2006: Huolen puheeksi oton ennakointilomake. Verkkodokumentti. Päivitetty 30.1.2007.
<<http://www.groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/4DED3306-7C17-4E4C-A456-62BE3EDAD8FD/0/puheeksiottolomake.pdf>> Luettu 13.4.2007.
- Elovainio, Marko – Kalliomäki-Levanto, Tiina – Kivimäki, Mika 1997: Työ, yhteistyö ja asiantuntemuksen jakautuminen väestövastuisessa tai alueellisessa sosi-aali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: STAKES tutkimuksia 79.
- Eriksson, Esa – Arnkil, Tom Erik 2005: Huoli puheeksi. Opas varhaisista dialogeista. Helsinki: STAKES oppaita 60.
- Haaranen, Ari 2003: Lapsiperheiden terveyden edistäminen – Virikkeitä antava haastat-telu ja terveydenhoitajan työ. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Hakulinen-Viitanen, Tuovi – Pelkonen, Marjaana – Haapakorva, Arja 2005: Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Verkkodokumentti. Päivitetty 4.1.2006.
<<http://www.stm.fi>.> Luettu 26.2.2006.
- Helsingin kaupungin tietokeskus. Helsingin seudun aluesarjat. Verkkodokumentti.
<<http://www.aluesarjat.fi/>>. Luettu 23.3.2007.
- Helsingin kaupungin tietokeskus. Helsinki alueittain 2006: Verkkodokumentti. Päivitet-ty 20.2 2007.
<http://www.hel2.fi/tietokeskus/julkaisut/pdf/07_02_20_vuori_hki_alueittain_2006.pdf.> Luettu 23.3 2007.
- Hietanen, Raija 2006: Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen lastenneuvolassa. Neuvo-latyön kehittämis- ja tutkimuskeskus. Verkkodokumentti. Päivitetty 30.1.2007.<http://www.neurolakeskus.fi/resources/neurolapaiivat/2006/tiivistelma_hietanen.pdf>. Luettu 11.3.2007.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 1997: Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

- Huhtanen, Kristiina 2004: Varhainen puuttuminen – Erityisen tuen tarpeen kohtaaminen päivähoitossa. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab.
- Karjalainen, Kristiina – Varjoranta, Pirjo – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1994: Asiakkaiden ja terveydenhoitajien arviointeja äitiys- ja lastenneuvoloiden kotikäynneistä. *Hoitotiede* 6. 22–29.
- Kaunisto, Marketta 2004: Huoliseulamittari. Huoliseulalomake. Suomen kuntaliitto. Verkkodokumentti. Päivitetty 30.3.2004.<www.kunnat.net.> Luettu 14.12.2006.
- Koivisto, Kari 2001: Tunnista ja torju työuupumus. Helsinki: Yrityskirjat Oy.
- Koski, Anna 2003: Lapsiperheiden pahoinvointi lastenneuvolan terveydenhoitajan näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Löthman-Kilpeläinen, Leeni 2001: Lapsiperheen voimavarat ja voimavarojen vahvistaminen neuvolassa. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Metsämuuronen, Jari 2000: Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? 2. tarkistettu painos. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Moilanen, Liisa 1995: Työnohjaus. Teoksessa Matikainen, Esko – Aro, Timo – Kalimo, Raija – Ilmarinen, Juhani – Torstila, Ilkka (toim.): Hyvä työkyky. Työkyvyn ylläpidon malleja ja keinoja. Työterveyslaitos. Helsinki: Eläkevakuutusosakeyhtiö Ilmarinen.
- Nurminen, Raija 2000: Hiljainen tieto hoitotyössä. Hygieia. Helsinki: Tammi.
- Nurminen, Raija 2000: Intuitio ja hiljainen tieto hoitotyössä. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Paunonen-Ilmonen, Marita 2001: Työnohjaus. Toiminnan laadunhallinnan varmistaja. Helsinki: WSOY.
- Punto, Anni 1989: Terveysisärien hoito- ja kasvatusterveystieteiden lisensiaattitutkimus. Kasvatustieteen lisensiaattitutkimus. Helsingin yliopisto.
- Pyhäjoki, Jukka 2003: Ongelmapuheesta huolipuheeseen: Subjektiiivinen huoli varhaisen puuttumisen ja verkostotyön määrittäjänä. Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus. Verkkodokumentti. Päivitetty 7.3.2007. <<http://www.neurolakeskus.fi/resources/neurolapaivat/2003/pyhajoki.rtf>>. Luettu 11.3.2007.

- Rimpelä, Matti 2006: Seulonnat 3–7-vuotiailla: Kyselytulokset nostavat uudeksi tavoitteeksi lapsiperheiden hyvinvointiarvioinnin. Luentoesitys. Valtakunnalliset neuvolapäivät. Espoo. 30–31.10.
- Sadeniemi, Matti (toim.) 1961: Nykysuomen sanakirja. Helsinki: WSOY
- Seikkula, Jaakko – Arnkil, Tom-Erik 2005: Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Tammi.
- Simoila, Riitta 1994: Terveystoimittajan työn kehitys, ristiriidat ja työorientaatiot. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Somer, Kirsi 2003: Huoli Kivikon päiväkodissa. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2004: Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Helsinki.
- Suonsivu, Kaija 2003: Kun mikään ei riitä – Hoitotyöntekijöiden masennuksen kokemukset ja niiden yhteydet työyhteisötekijöihin. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hallintotieteen laitos.
- Suvivuo-Niemelä, Pia 2000: Terveystoimittajien käsityksiä uusavuttomuudesta ja lapsiperheiden arjessa selviytymisen tukemisesta neuvolassa. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Söderholm, Annlis – Halila, Ritva – Kivitie-Kallio, Satu – Mertsola, Jussi – Niemi, Sirkku (toim.) 2004: Lapsen kaltoinkohtelu. Helsinki: Duodecim.
- Viljamaa, Marja-Leena 2003: Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Lisensiaatin tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Hallintotieteen laitos.
- Tykytoiminta - suomalainen innovaatio. Työterveyslaitos. Verkkodokumentti. Päivitetty 29.8.2006. <<http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Aihesivut/Tykytoiminta>>. Luettu 18.10.2006.
- Varjoranta, Pirjo 1992: Terveystoimittajien kotikäynnit suomalaisessa lastenneuvolatyössä vuosina 1944–1972: Syöpäläisten torjunnasta keskosten huoltoon. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Varjoranta, Pirjo 1997: Terveystoimittajien toimintamallit ja työmenetelmät lastenneuvolassa. Lisensiaatintyö. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Vähäniemi, Anu 1998: Työyhteisön hyvinvointi ja kehittämistyön lähtökohdat. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Työntekijän nimi	Toimipiste	Päivämäärä				
Lapsen nimi ja ikä / lasten nimet ja iät						
KUVA VAPAASTI MIELEESI TULEVAT ASIAT LOMAKKEEN KOHDISSA 1-3.						
1 Havainnot lapsen toiminnasta ja käyttäytymisestä						
<input type="checkbox"/> Ei huolestuttavia tekijöitä						
2 Havainnot lapsen ja vanhemman / vanhempien vuorovaikutuksesta Vanhemmuus suhteessa lapsen tarpeisiin						
<input type="checkbox"/> Ei huolestuttavia tekijöitä						
3 Havainnot perheen olosuhteista ja/tai kodissa ilmenevistä tekijöistä (esim. kotikäynnillä)						
<input type="checkbox"/> Ei huolestuttavia tekijöitä						
4 Laukaiseeko jokin kuvaamistasi tekijöistä huolesi lapsesta Jos kuvauksesi perusteella olet huolissasi, huolen yleensä laukaisee lapsen fyysiseen ikään tai hänen yksilölliseen kasvuvauhtiinsa kuulumaton asia / oire / piirre. Se voi osoittautua myös perheen elämänmuutoksiin liittyväksi asiaksi / kehityskriisiksi (esim. perheen muuton tai avioeron heijastuminen lapsen toimintaan ja kehitykseen), ja joka kuitenkin mielestäni vaatii lapsen erityistä tukemista. Joudut siis samalla pohtimaan mitä itse ajattelet kuuluvan yleensä normaaliin ikä / kehitystason mukaiseen kasvuun. Arviointi onkin hyvä ankkuroida johonkin ammattityössä jatkuvasti käyttämäsi viitekehukseen.						
Huolestuttavat tekijät ja mistä havainnoista huolesi syntyy, yhteenveto.						
Vanhempien toimet huolenaiheen suhteen. Tiedossasi olevat tukitoimet.						
Kuinka huolissasi olet lapsesta (arvioi asteikolla)						
En ole yhtään huolissani	1	2	3	4	5	Olen erittäin huolissani

5 Miten voit varmistaa huolesi aiheellisuuden

Vaikeiden asioiden puheeksiottamisessa hyväksihavaittuja käytäntöjä ovat: esim. otat huolesi puheeksi lapsen vanhempien kanssa, järjestät mahdollisuuden perheen niin halutessa kotikäyntiin, keskustelet asiasta kollegoiden kanssa, konsultoit sen alan ammattilaista, jonka erityisasiantuntemusalueelle arvelet tällaisten ongelmien kuuluvan.

6 Jos olet huolissasi lapsesta (asteikolla 2-5), mitä voit itse tehdä tai mitä työyhteisössäsi voidaan lapsen kehityksen tukemiseksi tehdä

Mitä voit tehdä (listaa keinoja)

- lapsen arjessa: päivähoitopäivän aikana, koulussa, kotihoidossa jne.
- yhdessä vanhempien kanssa: vanhempainryhmätoiminnassa, vanhempainilloissa jne.
- sosiaalityön palveluilla

6.1 Jos tämä tuki ei ole lapselle ja hänen perheelleen riittävää, minkä lisätuen tai palvelun arvelet auttavan lasta / perhettä

Listaa vapaasti mielestäsi tarpeellisia tukitoimia / palveluja (esim. jumppa, kuntoutus, puheterapia, kasvatus- ja perheneuvola, perheasiain neuvottelukeskus, sosiaalitoimisto, psykologi, lääkäri jne.).

6.2 Miten viet asiaa eteenpäin

Ensiaskleet, joilla aiot lapsen asiaa edistää

- Keskusteltu lapsen vanhempien kanssa, päivämäärä _____
- Keskusteltu työyhteisössä, päivämäärä _____

7 Seuranta: toteutuneet jatkotoimesi

Voit palata asiaan jonkin ajan päästä ja tarkistaa tilanteen (merkitse myös tarkistuspäivämäärä/-päivämäärät).

- Lapsen tilanne edistynyt Lapsen tilanne ei ole edistynyt

Voinko jäädä vielä odottamaan (muutosta parempaan)

- Kyllä En, otettu yhteyttä, kehen, pvm _____

Tiedossasi olevat jatkotoimet

HUOLISEULAN KÄYTTÖ

Huoliseula on kehitetty lapsen ja/tai perheen kanssa työskentelevän työntekijän työvälineeksi. Sen avulla työntekijä voi jäsentää lapsen ajankohtaista tilannetta paperille pannen – onko minulla aiheita olla huolissani lapsesta vai ei?

Huoli on signaali: työntekijä jäsentää (aluksi itselleen) näkyväksi sen mistä on huolissaan, pohtii miten ottaa asian puheeksi ja yhteisen arvioinnin kohteeksi ja käynnistää tukitoimet huolen aiheen poistamiseksi. Huoliseulalomakkeella työntekijä voi tehdä työsuunnitelmaa siitä miten aikoo ottaa asian puheeksi ja miten hän toimii lapsen tueksi.

Huoliseulaa voivat käyttää eri ammateissa toimivat. Lastenneuvolan terveydenhoitaja, päivähoidon työntekijä – esimerkiksi perhepäivähoitaja – tai koulun opettaja voivat pysähtyä arvioimaan joko yksittäisen lapsen tilannetta tai myös koko lapsiryhmää / lapsiasiakkaiden tilannetta. Samoin sosiaalityöntekijä ja kotipalvelun työntekijä voi jäsentää huolen tunnetaan asiakkaanaan olevan lapsen ja perheen tilanteesta. Tilanteen jäsennyksen myötä työntekijä tarvittaessa kohdentaa omaa työtään kyseisen lapsen tarpeita vastaavaksi.

HUOLISEULALLA ON MONIA KÄYTTÖ-MAHDOLLISUUKSIA

Yksilö- ja perhekohtaisessa työssä

1. Huolen / ei aiheita huoleen -tunteen tunnistaminen – työntekijä pysähtyy lapsen tilanteen tunnistamiseen ja oman huolen / ei-huolen jäsentämiseen.
– erityistä huolta aiheuttavien lasten osalta työntekijä jäsentää lapsen tilanteen seurantaansa ja huolen puheeksi ottamista vanhempien ja tarvittaessa muiden asiantuntijoiden kanssa.
2. Kun lapsen tilanteen arviointi kirjoitetaan auki, toimii tämä myös perusteluna lapsen / perheen tarvitsemien tukitoimien järjestämisessä.
3. Työntekijä kohdentaa omaa työtään lapsen tarpeiden mukaiseksi (seulan suunnitelmaosio).

Palvelujen kehittäminen, hoitoketjujen toimivuuden parantaminen

4. Seulontatiedon (huolimittari) avulla voidaan perustella lasten ja perheiden tarvitsemien palvelujen kehittämistä ja uudelleen kohdentamista (varsinkin jos on seulottu vaikkapa jokin lasten ikäluokka).
5. Seulan palautetietoa (tilastollinen seurantatieto eri asteista huolta aiheuttavien lasten määrän kehityksestä) voidaan käyttää lasten terveyden ja hyvinvoinnin kehittymisen seurantaan.

TYÖVÄLINEEN KÄYTTÖSTÄ

Työväline on suunniteltu ensisijaisesti työntekijän apuvälineeksi lapsen varhaisen tuen tunnistamiseen ja tuen kohdentamiseen. Sen – kuten yleensä muidenkin työyksikön käytössä olevien lapsesta / perheestä täytettävien lomakkeistojen yms. – käyttämisestä on kuitenkin hyvä aina informoida lasta ja huoltajia / vanhempia esimerkiksi "että meidän yksikössä käytetään erilaisia lomakkeita ja muistiinmerkitsemistapoja. Arvioimme ja kirjaamme aika ajoin kunkin lapsen kehityksen edistymistä keskustellen lapsen ja vanhempien kanssa".

Lomake ei ole työntekijän salatietao lapsesta, vaan osa lapsesta syntyvää dokumentaatiota samalla tavoin kuin lapsen ja perheen perustiedot, hoitosopimukset ja -suunnitelmat, lapsen ja perheen kirjaamat hoitotavoitteet, palvelusuunnitelmat, muistiinpanot yms. Työyhteisöissä kannattaa siis yhdessä sopia toimintatavat, joilla huoliseulaa käytetään. Voit käyttää lomaketta myös ajatustesi muistiin merkitsemiseksi käsin ja sen pohjalta siirät yhteenvedon asiakkaan asiakirjoihin / tiedostoihin työpaikan käytäntöjen mukaisesti.

Varhaisen tunnistamisen avulla työntekijä ja työyhteisö (esim. päivähoito, kotipalvelu, koulu jne.) kohdentaa riittävästi erityistä huomiota lapsen päivittäisiin tarpeisiin ja voi ryhtyä yhdessä vanhempien kanssa tarvittaessa järjestämään lapsen / perheen tarvitsemia tukipalveluja (on ne sitten puhe-terapiata tai muuta kuntouttavaa toimintaa).

Varhainen tunnistaminen ja tuolloin tapahtuva tukityö saattaa ehkäistä myös lapsen ja perheen lastensuojelulain tarkoittamien tukipalvelujen tarvetta. Jos kuitenkin lapsi tarvitsee nimenomaan lastensuojelun erityispalveluja, on lastensuojelulain 40 §:n mukaan työntekijä velvollinen keskusteltuaan asiasta vanhempien kanssa ottamaan yhteyttä sosiaalityöntekijään. Työntekijä on osaltaan vastuussa siitä, että lapsi ei jää vaille tarvitsemiaan tukipalveluja.

Jos on huolta – kannattaa huolesta konsultoida omaa työyhteisöä tai muita erityisasiantuntijoita. Konsultatiivinen keskustelu kohdentuu aina asiaan – huoleen, ei henkilöön. Lapsen tai perheen nimi ei siirry konsultaatioissa ulkopuolisten tietoon.

Huoliseula on nimensä mukaisesti huoli-näkökulmainen – olen huolissani. Huolen vähentämiseksi tai poistamiseksi työntekijä hakee tukea lapsen perheen piiristä ja tarvittaessa muista auttajatahoista.

Työvälineen käyttö ei ole lapsen ja perheen ongelmien diagnosointia. Se ei perustu myöskään muiden antamiin toisen käden tietoihin, vaan ankuroituu työntekijän omiin havaintoihin ja niiden jäsentämiseen. Jos työntekijä on huolissaan lapsesta tai ihmettelee jotain lapsen käyttäytymisessä, näistä asioista luonnollisesti työntekijä keskustelelee avoimesti aina tilanteen vaatimalla tavalla – esimerkiksi saman päivän aikana – lapsen vanhempien kanssa. Vanhemmat arvostavat sitä, että työntekijä ottaa puheeksi havaintonsa tai ihmettelynsä ja yhteistyö rakentuu luottamukselliseksi ja läpinäkyväksi.

TÄYTTÖOHJEITA

Katso huoli-lomakkeen kysymysten yhteyteen sisällytetyt täyttöohjeet.

Huoliseula voidaan kirjoittaa joko vain lapsista, joista huolitunnetta on tai kaikista lapsista. Kun lomaketta käytetään kaikkien lasten osalta (esim. koko ikäluokan seula) täytetään lomakkeen etusivun kysymykset. Jos työntekijä ei ole huolissaan lapsesta, vastaukseksi yhteenvetokohtaan 4. riittää "ei huolestuttavia tekijöitä" ja huoliasteikossa kohdan 1 ympyröiminen.

Jos samassa perheessä on useampia lapsia, eikä työntekijän mielestä ole tarvetta täyttää jokaisesta lapsesta lomaketta erikseen, voidaan lomaketta käyttää perhekohtaisesti merkiten lasten nimet ja lasten iät (suositeltavaa on kuitenkin lapsikohtainen lomake).

Jos olet huolissasi (asteikolla 2–5 ympyröidyt), täytä myös lomakkeen kääntöpuoli. Näillä kysymyksillä voit jäsentää sitä miten otat huolen puheeksi ja minkälaiset tukitoimet olisivat paikallaan, ja joita itse voit jo osin varmasti toteuttaa.

