

Ammattikorkeakoulu- ja yliopisto-opiskelijat oppimassa työtä yhdessä

Marianne Teräs

Tutkijatohtori, FT
Helsingin yliopisto,
Käyttätymistieteiden laitos,
Toiminnan, kehityksen ja oppimisen
tutkimuskeskus

marianne.teras@helsinki.fi

Erja Nuutinen

Sairaanhoidon opettaja, SHO, TtM
Metropolia Ammattikorkeakoulu
erja.nuutinen@metropolia.fi

Artikkeli on käynyt läpi referee-menettelyn.

Yhteenveto

Väestön ikääntyminen ja suun terveydentilan muutokset haastavat suunterveydenhuollon palvelujen kehittämiseen. Tämä puolestaan vaikuttaa ammattiryhmien koulutukseen, koska yhteiskunnalliset muutokset haastavat ammatillisen koulutuksen kehittämiseen. Tarkastelemme muutosta ja koulutuksen kehittämistä artikkelissamme suuhygienisti- ja hammaslääkärikoulutuksen näkökulmista. Aineistona käytämme potilaan hoitojaksoon liittyvää videoaineistoa sekä hoitoon liittyviä dokumentteja. Analysoimme aineistoa käsikirjoituksen sekä tilan ja paikan käsitteiden avulla. Tulostemme mukaan uusi toimintamalli haastoi aiemman tavan tehdä työtä ja vaati uudenlaisen työn ja toiminnan käsikirjoituksen kirjoittamista. Se edellytti myös tilan ja ajan kohdentamista uudella tavalla. Usein kehitettäessä työtä aiempi ja uusi toimintatapa alkavat kilpailla keskenään tai elävät rinnakkain, mikä niin kehittämistyössä kuin koulutuksessakin olisi hyvä ottaa huomioon.

Johdanto

Laajassa suomalaisten terveyttä käsittelevässä Terveys- 2000 tutkimuksessa selvitettiin yhtenä osana yli 30 -vuotiaiden aikuisten suun terveyttä. Tulokset osoittavat, että suun sairaudet ovat edelleen yleisiä, mutta aikuisten hampaiden kariotuminen eli reikiintyminen on vähentynyt, ja hampaiden kiinnityskudossairaudet ovat suomalaisen aikuisväestön yleisin suun sairaus (Suominen-Taipale ym. 2004, 155-163). Hampaiden kiinnityskudossairauksia ovat ientulehdus eli gingiviitti sekä parodontiitti, jolla tarkoitetaan hampaan luuhun kiinnittävän säierakenteen ja hampaan juurta ympäröivän luun tuhoutumista. Ientulehdusta todettiin jopa kolmeneljäsosalla tutkituista ja eri vaikeusasteista parodontiittia 64 %:lla tutkituista¹ (Knuutila 2004, 88-97). Koska näiden potilaiden hoidossa ensisijaista on heidän kotona suorittama hampaiden ja suun omahoito, tulisi hoitokäynneillä korostua omahoidon neuvonta. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksissa näkyi kuitenkin selvästi terveysneuvonnan ja erityisesti omahoidon ohjauksen vähäisyys (Suominen-Taipale ym. 2004, 155-163).

Käsittelemme artikkelissamme Metropolia Ammattikorkeakoulun (tästä eteenpäin Metropolia) ja Helsingin yliopiston hammaslääketieteen laitoksen (tästä eteenpäin yliopisto) kliinistä harjoittelua, jossa suuhygienisti- ja ham-

maslääkäriopiskelijat hoitavat yhdessä kiinnityskudossairauksia sairastavia potilaita uuteen terveyseskeeseen tiimityön malliin perustuen. Opiskelijoiden kliininen harjoittelu tapahtuu Helsingin kaupungin alueellisessa hammashoitolassa, joka on myös yliopistohammaslinikka sekä Metropolian suunhoidon opetuslinikalla, johon Helsingin terveyseskeus lähettää potilaita koko kaupungin alueelta. Potilaan hoito on siten kolmeen eri organisaatioon kuuluvien ammattihenkilöiden yhteistyötä. Fyysisesti kaikkien organisaatioiden tilat ovat saman rakennuksen eri kerroksissa. Nämä muodostavat tämän tutkimuksen tutkimusympäristön.

Tutkimus liittyy laajempaan tutkimusyhteistyöhön, jossa ovat mukana Helsingin yliopiston Käyttätymistieteiden laitos, Metropolia ja Haaga-Helia ammattikorkeakoulut sekä Haaga-Helia ammatillinen opettajakorkeakoulu (Teräs & Lintula 2009)². Tutkimuksen kohteena on siten muuttuva ja kehittyvä opetustoiminta sen historiallisessa, yhteiskunnallisessa ja työelämän yhteydessä (Kerosuo 2006). Tarkoituksena on tarkastella uudenlaisen työnmallin toteutumista kehittämistyön tiettyssä vaiheessa. Artikkelia ohjaavat tutkimuskysymykset: Miten terveyseskeinen tiimityön malli toteutui kiinnityskudossairautta sairastavan potilaan hoitojaksolla ja missä vaiheessa hoitojaksoa omahoidosta ja neuvonnasta puhuttiin?

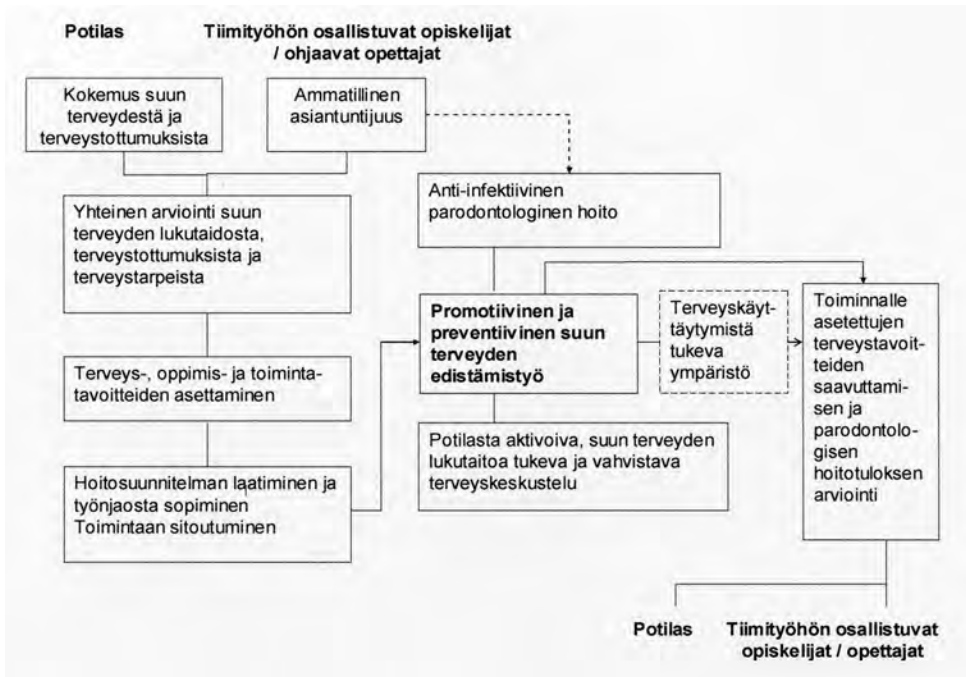
¹ Käytämme artikkelissa tästä eteenpäin parodontiittista nimeä kiinnityskudossairaus, vaikka nimitys kattaa myös ientulehduksen, keskitymme parodontiittipotilaisiin.

² Artikkelin ensimmäinen kirjoittaja toimii Metropolia-yhteistyössä tutkijana ja toinen kirjoittaja Metropolia Ammattikorkeakoulun opettajana. Tutkimusaineiston keruuseen sekä analyysiin ja analyysimenetelmän rakentamiseen ovat osallistuneet kasvatustieteen opiskelijat Elisa Tauriainen ja Antti Kervinen, jotka tekevät aineistosta omia pro gradu -töitään.

Terveyskeskeinen tiimityön malli kiinnityskudossairauspotilaan hoidossa

Metropolia ja yliopisto sekä Helsingin terveystieteiden keskus käynnistivät vuonna 2005 hankkeen: Terveyskeskeinen työn organisointi suun terveydenhuollossa. Vuonna 2006 käynnistyi tiimityön kokeilu osana tuota hanketyöskentelyä. Tiimityö edustaa terveystieteiden työn organisointimallia. Työn organisointitapa sisältää porrastetun työskentelyn tiimissä, jonka jäseninä ovat hammaslääkäri, suuhygienisti ja hammashoitaja. (Sorakari-Mikkonen ym. 2006.) Terveyskeskeinen tiimityön malli perustuu terveystieteiden suun terveydenhoitotyön malliin (Lehtonen 2007).

Malli edustaa ns. salutogeensista eli terveyttä ylläpitävää ja tuottavaa lähestymistapaa vaihtoehtona ns. patogeneettiselle lähestymistavalle, millä puolestaan ymmärretään sairautta synnyttäviä tekijöitä ja mekanismeja (kuvio 1). Terveystieteiden mallin avulla pyritään lisäämään hoidon systemaattisuutta, suunnitelmallisuutta, moniammatillisuutta ja yhteistyötä. Uuden mallin ideana on, että potilasta ei nähdä perinteisesti toiminnan kohteena, vaan tiimityön keskeisenä toimijana, jolloin potilaan henkilökohtaiset kokemukset ja näkemykset omasta terveydestään ja sen ylläpitämisestä ohjaavat hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Kliininen hoito tehdään joko itsenäisesti tai opiskelijoiden yhteistyönä, jolloin työnjako määrittyy ien- ja kiinnityskudossairauden vaikeusasteen mukaisesti. Hoidon kes-



Kuvio 1. Terveyskeskeinen toimintamalli parodontologiseen tiimityöhön (Lehtonen 2007).

keinen menetelmä on terveystalku, jonka avulla potilasta motivoidaan, aktivoidaan ja sitoutetaan kotona tapahtuvaan päivittäiseen suunhoitoon (Uitto ym. 2003; Paron manuaali 2008; Nuutinen 2009).

Teoreettisista lähtökohdista

Metropolian suun terveydenhuollon koulutusohjelmassa on jo pitkään tutkittu ja kehitetty suuhygienistikoulutusta yhteistyössä työelämän ja yliopiston kanssa (ks. esim. Keto & Roos 2006). Keskeisenä tutkimuksen ja kehittämisen lähestymistapana on ollut kehittävä työntutkimus, joka yhdistää tieteellisen tutkimuksen, käytännöllisen työn kehittämisen ja oppimisen (ks. esim. Engeström 1998, 2004). Esimerkiksi uuden työnteon mallin luomista voidaan kuvata kehittävä työntutkimuksen syklillä (Engeström 1998), jossa entinen työtapa (perinteinen korjaava hoito) ei kiinnityskudossairauksia sairastavan potilaan kohdalla ollut enää riittävä ja työyhteisö on kehittänyt uuden työtavan, terveystalkuun tiimityömallin, ratkaisemaan tilannetta. Kehittävässä työntutkimuksessa vanhan työtavan ja uuden työtavan välisiä ristiriitoja kuvataan ns. kolmannen asteen ristiriidoilla. Tämä tutkimus tarkastelee sitä, miten työn etenemistä ohjaavan käsikirjoituksen tunnistaminen ja näkyväksi tekeminen auttaa ratkaisemaan kolmannen asteen ristiriitoja. Tutkimus sijoittuu syklin loppuvaiheeseen eli uuden mallin käyttöönottoon ja sen tukemiseen ja arviointiin. Sykliä voidaan käyttää kuvaamaan pitkiä koko syklin kattavia prosesseja tai jonkin osavaiheen tapahtumaketjuja (Engeström 1998, 127-129).

Käsikirjoituksella tarkoitetaan kehittävässä työntutkimuksessa työn ja vuorovaikutuksen etenemistä ohjaavaa suunnitelmaa, säännöstöä tai traditiota, joka voi olla julkilausuttua tai julkilausumatonta. Se voi olla vakiintunut säännöllisesti toistuva kaava, kertaluontoinen suunnitelma, vaiheittainen kuvaus tai ohje, siitä miten tapahtumien tulee edetä alusta loppuun. Samalla se sisältää roolijaon eli määrittelee millaisia näkökulmia ja intressejä eri osanottajien odotetaan edustavan ja mitä heidän odotetaan tekevän tai sanovan eri vaiheissa. Se kuvastaa työn normaalia kulkua, mutta ei täydellisesti määrää sitä. Uudessa ja epäselvässä tilanteessa käsikirjoitus voi olla epämääräinen ja häiriöaltis (Engeström 1998, 64; 2004, 113-114). Kiinnityskudossairauspotilaan hoitokäyntiä ohjaavat julkilausutut säännöt ovat esimerkiksi hammaslääkäriopiskelijoiden Paron manuaali -niminen ohjeistus ja suuhygienistiopiskelijoiden kiinnityskudossairauspotilaiden hoitotiimityönä -malli. Käsikirjoitus on siten kristallisoitunut sääntö toiminnasta ja samalla se on myös opiskelijoiden oppimisen ja työn teon väline. Käsikirjoituksen käsitettä on käytetty myös kohteellisen vuorovaikutuksen tutkimukseen (ks. esim. Engeström 2004), mutta emme käytä sitä tässä tutkimuksessa tuossa yhteydessä vaan käytämme käsikirjoituksen käsitettä kuvaamaan työn tekemisen etenemistä ja säännöllisesti toistuvaa kaavaa tapahtumien kulusta hoitokäynnillä.

Tilan, ajan ja paikan käsitteitä ja niiden välisiä suhteita on tutkittu eri tieteen alueilla kuten yhteiskuntatieteissä, kulttuurintutkimuksessa ja kasvatustieteissä (ks. esim. Lefévre 1991; Bhabha 1993; Massey 1995; 2008; Gordon

ym. 2000). Tilan ja tilallisuuden käsitteellä tarkoitetaan yleensä spatiaalista ulottuvuutta ja vuorovaikutussuhteita, jotka voivat olla fyysisiä (esim. rakennus tai katu), sosiaalisia (ihmisten välisiä suhteita) ja henkisiä (ajattelu ja erilaiset symbolit). Tila-aika -käsiteparilla Massey tarkoittaa näiden kahden yhteenkietoutumista ja sitä, että niitä tulisi tarkastella samanaikaisesti. Hän kirjoittaa, että ”tila ja aika tuotetaan yhdessä ja ne ovat välttämättömiä toistensa olemassaololle.” (Massey 2008, 14). Myös tilan ja paikan käsitteet ovat yhteenkietoutuneita. Massey kirjoittaa, että ”paikka rakentuu erityisistä sosiaalisten suhteiden konstellatioista, siitä kuinka nuo suhteet kohtaavat ja kutoutuvat yhteen erityisessä kohdassa.” (Massey 2008, 29). Tila-aika ja paikka -käsitteillä on oma merkityksensä ja niitä rakennetaan ja niitä koetaan kulttuurisesti ja historiallisesti kehittyvinä ilmiöinä.

Tässä tutkimuksessa ymmärretään tilan, ajan ja paikan yhteenkietoutuneisuus hoitokäynnillä siten, että aiheille, jotka koetaan tärkeiksi annetaan sekä tilaa että aikaa, ja että niillä voi olla oma paikkansa hoitokäynnin kullussa. Esi-merkiksi suun omahoitoon ja neuvontaan liittyvät aiheet ovat tärkeitä, koska sairauden hoidon kannalta ne ovat merkittäviä. Oma paikka niillä voi olla hoitokäynnin alussa tai lopussa.

Analyysi keskittyy terveyskeskeisen tiimityön mallin käytännön toteutumiseen käsikirjoitus, tila-aika ja paikka -käsitteiden avulla tarkastelemalla sitä, missä vaiheessa käyntiä omahoidosta ja neuvonnasta puhuttiin ja kuinka paljon siihen käytettiin aikaa ja muodostuiko sille oma tilansa ja paikkansa, kohtansa käynnin käsikirjoituksessa.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen menetelmät perustuvat kehittävässä työntutkimuksessa käytettyihin menetelmiin mm. etnografisiin menetelmiin. Käytössä on erityinen ns. muutoksen etnografiaa (ks. esim. Hasu 2005), missä yleensä valitaan se, mitä muutosta seurataan. Tässä tutkimuksessa kiinnityskudossairauspotilaiden hoito tiimityönä edustaa muutosta suun terveydenhoidossa. Huomio kohdistuu muutoksen ja kehittämisen kannalta kriittisiin tapahtumiin kuten kiinnityskudossairauspotilaiden hoitokäynteihin. Tutkimuskohteesta hankittiin tietoa haastattelemalla, videoimalla sekä keräämällä dokumentteja. Analyysi jakaantui kahteen: yhtäältä videomateriaaliin, josta koottiin julkilausumaton käsikirjoitus ja toisaalta dokumentteihin, joista koottiin julkilausuttu käsikirjoitus.

Tässä artikkelissa raportoidaan yhden kiinnityskudossairautta sairastavan potilaan videoitu hoitajakso. Se koostuu yhdeksästä hoitokäynnistä marraskuun 2008 ja tammikuun 2009 välisenä aikana. Lisäksi käytetään kolmea eri dokumenttia: Paron manuaali -ohjeistusta, kiinnityskudossairauspotilaiden hoito tiimityönä -mallia sekä aikuisten ja ikääntyneiden suun terveydenhoitotyön -ohjetta.

Hoitokäyntien analyysi oli kaksivaiheinen. Ensimmäisessä vaiheessa videoidut hoitokäynnit organisoitiin jaksoihin, teemoihin ja aiheisiin käyttämällä apuna seuraavaa ristiintaulukointia (Taulukko 1). Dokumentit analysoitiin vaiheistamalla. Dokumenttien ja videoaineiston organisoinnin avulla muodostettiin käsitys hoitokäynnin julkilau-

sutusta ja julkilausumattomasta käsikirjoituksesta. Toisessa vaiheessa analyysi kohdistui videoilla teemaan omahoito ja neuvonta ja sen tilaan ja aikaan sekä paikkaan hoitokäynnillä.

Videoaineiston organisointi oli kolmiulotteinen koostuen jaksoista, teemoista ja aiheista. Jaksot jakaantuivat puheeseen, tekoihin ja puhetekoihin. Puhejakso koostui pelkästä puheesta ja

Taulukko 1. Videoitujen hoitokäyntien organisointi jaksoihin, teemoihin ja aiheisiin.

JAKSOT	→ PUHE	PUHETEKO	TEKO	HUOM!
TEEMAT	↓			
Tiimityö	Aiheet	Aiheet	Aiheet	
Ohjaus				
Hoito				
Omahoito ja neuvonta				
Muut				

tekojakso taas teoista ja puhetekojaksoissa nämä kaksi yhdistyivät. Jaksot muodostuivat aineistosta käsin. Teemat jakautuivat viiteen: tiimityö, ohjaus, hoito, omahoito ja neuvonta sekä muut. Käynnin teemat ja aiheet muodostuivat kahdella tavalla toisaalta aineistosta käsin ja toisaalta tutkimuskysymyksistä käsin. Jaksot ja teemat jakautuivat aiheisiin. Esimerkiksi tiimityöteeman alle koottiin aiheet, jotka käsittelivät tiimityön mallia kuten opiskelijoiden keskustelua työnjaosta. Ohjausteemaan kuuluivat pääasiassa aiheet, joissa opiskelijat ja heidän ohjaajansa olivat vuorovaikutuksessa kuten ohjaajan kysymys opiskelijalle. Hoitoteeman taas muodostivat potilaan hoitoon liittyvät aiheet esimerkiksi keskustelu hoidon toteutuksesta. Omahoitoon ja neuvontaan kuu-

luivat päivittäiseen suuhygieniaan ja suun terveydenhoitoon liittyvät aiheet.

Jaksot, teemat ja aiheet kietoutuivat yhteen niin, että ne olivat jonkin verran päällekkäisiä. Pääsääntöisesti jakson ja teeman ympärillä oli useampia aiheita. Tämä kuvastaa videomateriaalin luonnetta, joka ei ole lineaarinen, niin että jakson tai teeman alkaessa toinen aina päättyi, vaan asioita tapahtui samanaikaisesti esimerkiksi ohjaajan tarkistaessa opiskelijan antamaa hoitoa, hän kysyi potilalta kysymyksen. Mutta analyytisesti video on jaettu lineaarisiin merkintöihin eli annotaatioihin, joissa kaikissa siis oli kolme ulottuvuutta: jakso, teema ja aihe. Esimerkiksi merkintä oli seuraavanlainen teko (jakso), hoito (teema), hoito (aihe). Merkinnässä siis opiskelija

hoitaa potilaan hampaita ja suuta. Jos ulottuvuudet olivat päällekkäisiä, ne merkittiin seuraavasti: puheteko, teko (jaksot), ohjaus, omahoito ja neuvonta (teemat), tarkistus, kotihoito (aiheet). Merkinnässä ohjaaja puhuu ja tarkistaa potilaan antamaa hoitoa ja kertoo omaa kotihoitoon liittyviä asioita. Kolmen ulottuvuuden yhteenkietoutuminen nosti esiin kysymyksen rajoista, koska merkinnät olivat lineaarisia, miten merkinnän rajat muodostuivat. Käytännössä mikä tahansa kolmesta ulottuvuudesta saattoi muodostua rajakohdaksi niin, että teko, jakso tai aihe vaihtui, mutta suurimmassa osassa jaksot ja teemat olivat rajakohtia.

Seuraavaksi esitellään tuloksia. Ensin kuvataan koko hoitajakso ja sen

jälkeen yksittäinen hoitokäynti. Sitten tarkastellaan aineistoa käynnin käsikirjoituksen ja lopuksi omahoidon ja neuvonnan tilan, ajan ja paikan näkökulmista.

Hoitojakson kuvaus

Hoitajaksoissa oli yhdeksän hoitokäyntiä. Hoitokäynnit kestivät 27 minuutista 2 tuntiin 23 minuuttiin. Keksimääriin yksi hoitokäynti kesti noin 1 tunnin 19 minuuttia. Koko hoitajakso kesti yhteensä 11 tuntia ja 53 minuuttia. Hoitokäynnille osallistui kahdesta viiteen henkilöä. Kaikille käynneille osallistui vähintään potilas ja joko suuhygienisti- tai hammaslääkäriopiskelija. Opiskelijoiden ohjaajat osallistuivat hoitokäynnille tarpeen mukaan.

Taulukko 2. Hoitajakso.

KÄYNTI /PAIKKA	KESTO /MIN	TIIMI	OHJAUS	HOITO	TERVEYS	MUJ	YHT.	OSALLISTUJAT
1. Alkutarkastus 3.krs	143	38	56	111	12	6	223	5
2. Suuhygienisti 4.krs	81	17	13	123	11	1	165	4
3. Suuhygienisti 4.krs	54	2	6	67	8	2	85	4
4. Suuhygienisti 4.krs	96	6	21	55	5	5	92	3
5. Hammaslääketieteen kandidaatti 3.krs	70	0	0	48	3	6	57	2
6. Evaluaatio 3.krs	63	16	27	68	11	6	128	4
7. Hammaslääketieteen kandidaatti 3.krs	96	0	34	84	0	6	124	3
8. Suuhygienisti 4.krs	83	8	20	62	9	8	107	5
9. Lopputarkastus 3.krs	27	2	27	23	10	2	62	4
YHT.	713= 11t53m	89	204	641	69	42	1045	

Taulukossa 2 esitetään se, missä paikassa hoitokäynti tapahtui. Kolmannessa kerroksessa oli yliopiston klinikka ja neljännessä Metropolian opetusklinikka. Hoitokäynnin luonne esimerkiksi alkutarkastus tai evaluaatio sekä kumpi opiskelijoista toteutti käynnin. Hoitajaksoon kertyi eniten puhetekojaksoja. Lyhyin merkintä oli 2 sekuntia ja pisin yli 23 minuuttia. Suurin osa merkinnöistä oli alle minuutin mittaisia. Taulukossa 2 näkyy eri teemoihin jakautuminen, hoitoteemaa oli eniten ja omahoito- ja neuvontateemaa vähiten. Teema ”Muu” käsitti lähinnä tutkimukseen liittyviä aiheita ja ylimääräisten henkilöiden kävääsyä hoitokäynneillä. Eri aiheita hoitotaksolla oli yhteensä 63. Alkutarkastuksessa, evaluaatiossa sekä lopputarkastuksessa olivat läsnä molemmat opiskelijat. Muilla käynneillä joko suuhygienistiopiskelija (4.kerroksessa) tai hammaslääkäriopiskelija (3.kerroksessa) hoitivat potilaan itsenäisesti.

Hoitokäynnin kuvaus

Hoitokäynneillä opiskelijat työskentelivät joko yhdessä tai itsenäisesti. Se jakaantui viiteen vaiheeseen: valmistelu, hoito, tarkistus, korjaus ja lopetus. Valmisteluvaiheessa opiskelija tutustui potilaan tietoihin, koki tarvittavat välineet ja keskusteli potilaan kanssa. Hoitovaiheessa hoidettiin sovittu asian esimerkiksi hammaskiven poisto. Tarkistusvaiheessa ohjaaja tarkisti hoidon ja ohjasi ja opetti opiskelijaa. Käynnin korjausvaiheessa tehtiin ohjaajan osoittamat korjaukset. Lopuksi hoitokäynti päätettiin. Toinen opiskelija saattoi käydä keskustelemassa opiskelijan ja potilaan kanssa.

Potilaalle suunnattu puhe oli valtaosaksi kertomista asioista (sairaudesta,

suun tilanteesta, hoidon etenemisestä) tai hänelle suunnattu kysymys (ks. esimerkit 1 ja 2), jolla kerätään tietoa potilaasta (omahoidosta, kivuista, aikatauluista). Potilaalle suunnatut teot olivat pääsääntöisesti hampaiden ja suun tilannetta korjaavia hoitotekoja.

Hoitokäynnin käsikirjoitus

Hoitokäynnin julkista käsikirjoitusta edustavat hammaslääketieteen opiskelijoiden Paron manuaali -ohjeistus ja suuhygienistiopiskelijoiden suun terveydenhoitotyön ohje. Paron manuaali -ohjeistuksen mukaan hoidon vaiheita on neljä: systeeminen, anti-infektiivinen (hygieniavaihe) ja korjaava (kirurginen) vaihe sekä ylläpito-hoidon vaihe. Ohjeistukseen sisältyy ensimmäisen tutkimuskäynnin potilaskirjaohje, jota voidaan kuvata ensimmäisen käynnin julkilausutuksi käsikirjoitukseksi. Siinä oli kuusi vaihetta: tuloosyn kartoittaminen, esitietojen kerääminen, oireiden kartoittaminen, suun statuksen tutkiminen, diagnoosin laadinta sekä hoitosuunnitelman laatiminen. Suuhygienistiopiskelijan aikuisten ja ikääntyneiden suun terveydenhoitotyön ohjeessa kuvataan hoidon kulku käyntikerroittain. Ensimmäisellä hoitokäynnillä oli neljä vaihetta: tarkistetaan esitiedot, haastatellaan asiakasta, tutkitaan asiakkaan suun terveydentila ja kirjataan tiedot potilaskorttiin. Potilastietojärjestelmä, johon käynnit kirjataan, on vahva väline, joka ohjasi hoitokäynneillä annettua hoitoa ja siten myös ”käsikirjoitti” hoitoa ja hoitokäyntiä.

Silloin kun molemmat opiskelijat olivat paikalla käsikirjoitukseen tuli mukaan vaihe, jossa keskusteltiin ja sovittiin yhteistyöstä ja työnjaosta. Tämä si-

joittui pääasiallisesti hoitokäynnin valmistelu- ja lopetteluvaiheeseen.

Käynnin vaiheistuksesta näkyy se, että ammattikorkeakoulu ja yliopisto-opiskelijoilla on erilaiset työn käsikirjoitukset, mikä sinällään ei ole yllättävää, koska on kyse kahdesta eri ammattiryhmästä. Se mikä sekä videonalyysissä, joka edustaa julkilausumatonta käsikirjoitusta että dokumenttianalyysissä, joka edustaa julkilausuttua käsikirjoitusta, näkyi, oli vahva perinteinen korjaavan hoidon käsikirjoitus. Voidaankin sanoa, että uuden terveystieteellisen toimintamallin julkilausutun ja hoitokäynnin- ja jakson julkilausumattoman käsikirjoituksen välisestä jännitteestä nousi kehittävä ristiriita, jota voidaan kutsua ns. kolmannen asteen ristiriidaksi (ks. Engeström, 1998). Tässä tapauksessa ristiriita perinteisen korjaavan hoitomallin ja terveystieteellisen tiimityönmallin välillä. Tämä kuvastaa mielestämme hammaslääkäri- että suuhygienistiopiskelijan koulutuksen ja työn historiallista kerrostuneisuutta (ks. Keto & Roos, 2006).

Haasteelliseksi uuden mallin toteuttamisen teki se, että käytössä oli koko ajan myös perinteinen työskentelytapa silloin, kun opiskelijat hoitavat muita potilasryhmiä ja myös kiinnityskudos-sairauspotilaita hoidettiin itsenäisesti. Voisi sanoa, että perinteinen työn teon tapa oli rinnakkainen ja kilpaileva uuden kanssa. Jos tarkastellaan sitä käsikirjoituksen käsitteen avulla, voidaan sanoa, että kyseessä oli kilpaileva käsikirjoitus (Engeström 1998).

Toinen uudessa mallissa esiin tuleva asia painottaa opiskelijoiden yhteistyötä potilaan hoidossa, mutta yhteistyötä ei julkilausutun käsikirjoituksen analyysis-

sa tule esille, mikä voi yhtäältä vahvistaa perinteistä yksin hoitamisen toimintatapaa ja toisaalta estää ja vaikeuttaa uuden mallin käyttöönottoa. Kolmas asia on potilaan osallisuus, jota uusi malli korostaa. Hoitokäynnin analyysissä kuvastuu perinteinen potilaan rooli passiivisena hoidon vastaanottajana, jolta kysytään kyllä tietoja, mutta hänen kanssaan ei neuvotella esimerkiksi hoidon tavoitteista (ks. esimerkit 2 ja 3). Toisaalta myös potilas odottaa, että hänen ”suunsa hoidetaan kuntoon”, kuten seuraavassa esimerkissä 1, joka on potilashaastattelusta 7. hoitokäynnin jälkeen. Haastattelija kysyy, mitä millainen käsitys potilaalla on siitä, mitä hoitokäynnillä tehtiin ja miksi.

Esimerkki 1.

Haastattelija: Niin tuliks sulle selväksi, ett mikä siellä oli ongelma?

Potilas: (...) Varmaan, kun on tää infektio ja ett hoidetaan näitä hampaita, se on tullu, kyl sillai selväksi, ett se on korjausoperaatio.

(...)

Potilas: No kyllä kai se lähinnä on, ku sinne pöpö pääse, mutta mä oon yrittäny sanoa, että en mä. Ett kyllä mä omasta mielestä hoidan niinku pitääänkin, ett tota, rupee rassaamaa tollai, eihän sitä itte pysty siihen
Haastattelija: Miten sä, mikä siinä on ollu vaikeeta, ku sanoit, että sitä ei itte pysty?

Potilas: Ei mikään vaikeeta oo, mutta siinä mielessä, että eihän sitä itte pysty sen tekee, minkä pystyy, kyllähän siinä niinku noita kiviä rasaan.

Esimerkissä potilas kertoo käsityksestään, että kyseessä on hampaiden korjausta, ja hän kyllä hoitaa hampaitaan,

mutta hammaskiviä ei itse pysty poistamaan.

Suun omahoidon ja neuvonnan tila, aika ja paikka hoitokäynneillä

Kotona toteutuva päivittäinen omahoito on ensiarvoisen tärkeää kiinnityskudossairauksien hoidossa. Huolellisella päivittäisellä suuhygienialla voidaan estää sairauden eteneminen ja suun terveydentilan huononeminen. Tämä oli myös yksi syy siihen, miksi uusi terveyseskeinen tiimityön malli kehitettiin. Tämän vuoksi erityistä huomiota kiinnitettiin siihen, missä vaiheessa hoitokäyntiä omahoidosta puhuttiin ja että oliko omahoidon neuvonnalla oma tilansa ja aikansa käynnin käsikirjoituksessa. Aiheita tässä teemassa olivat mm. kotihoito, välineet, tupakointi ja motivointi, jolla tarkoitetaan sitä, että potilasta motivoidaan hampaiden huolelliseen puhdistukseen. Kokonaisaika tähän teemaan oli 50 minuuttia, joka edustaa n. 7 % hoitajakson ajasta. Kaikilla muilla käynneillä paitsi 7. käynnillä tämä teema oli esillä, teeman ottivat esille niin opiskelijat kuin ohjaajatkin. Kun katsotaan omahoidon ja neuvonnan tilaa ja paikkaa käynnillä kiinnitty huomio siihen, se on hajallaan erillisinä paloina hoitokäynnin kullussa. Sillä ei siis ole määrättyä paikkaa tai tilaa hoitokäynnillä.

Hoitokäynnin käsikirjoitukseen ei siten kuulu erillistä vaihetta, jossa suun omahoito ja neuvonta otetaan esille. Mutta teema kulkee kyllä mukana yleisellä tasolla. Esimerkiksi Paron manuaali -ohjeistuksessa hoidon toisen vaiheen sisällä on yhtenä kohtana ”Potilaan informointi, motivointi, terveystasvatus, kotihoidon opetus ja sen kontrollointi”.

Samoin haastattelussa ohjataan kysymään yhtenä asiana potilaan tupakoinnista ja suun hoitotavoista ja tottumuksista, jotka myös kirjataan hoitosuunnitelmaan.

Mitä aiheita suun omahoidossa ja neuvonnassa sitten käsiteltiin. Huomio keskustelujen sisällöstä kiinnitty siihen, että ne olivat yleisellä tasolla ja monesti myös maininnan kaltaisia. Suuri osa liittyi tiedon keräämisen potilaalta ja suun hoidon välineisiin. Seuraavissa on esimerkkejä tästä. Ensimmäisessä suuhygienistiopiskelija tiedustelee opiskelijan hammasharjan käytöstä, pulloharja viittaa hammasväliharjaan, ja toisessa suuveden käytöstä.

Esimerkki 2. Hoitokäynti 1.

Opiskelija: Teillä oli se harjaaminen, kaks kertaa päivässä harjasitte hampaat?

Potilas: Aamulla ja illalla.

Opiskelija: Joo, onks käytössä ihan normaali harja vai käytätkö sähköhammasharjaa?

Potilas: Sähkö.

Opiskelija: Ja sithän teillä oli ne pulloharjat käytössä?

Potilas: Joo

Opiskelija: Eli periaatteessa tos on kaikki, mitä tarvitaan ja hammastahna vaan päälle.

Potilas: Niin.

Opiskelija: Periaatteessahan sähköhammasharja on paras, mitä pystyy suositteleen.

Potilas: Niin,

Opiskelija: Mutt sitten teidän täytyy vaan kattoa, että

Potilas: Se pulloharja, onks se tarkoitus hammastahnan kanssa vai ilman hammastahnaa?

Opiskelija: No mää on yleensä suositeltu potilaille, että ottaa hammastahnan kanssa ja vaikka huuhtoo pois.

Potilas: Joo.

Opiskelija: Että ottaa sen kanssa, se tuo fluorii sinne hampaitten väliin.

Potilas: Joo.

(...)

Esimerkki 3. Hoitokäynti 2

Opiskelija: Tuliks puhuttua suuveden käytöstä?

Potilas: Ei.

Opiskelija: Käytättekö sitä?

Potilas: En.

Potilaalta siis pyydetään tietoa hänen käyttämistään suun omahoidon välineistä. Potilas on muuten aika passiivinen ja vastaa vain yhdellä tai kahdella sanalla, mutta ensimmäisessä esimerkisä hän myös kysyy neuvoa hammastahnan käytöstä hammasväliharjan kanssa.

Yhtäältä hoitokäynnin julkilausuttu käsikirjoitus vahvisti sitä, suun omahoito teema on yleisellä tasolla ja tämä näkyy myös puheen sisällössä. Opiskelija vastaa potilaan esittämään kysymyseen ”No, mää oon yleensä suositeltu potilaille...”. Toisaalta hoitokäynnin julkilausumaton käsikirjoitus ei osoita paikkaa ja tapaa puhua omahoidosta ja neuvonnasta. Tämä voi johtua juuri siitä, että hoitokäyntiä ohjaa vielä perinteinen korjaavan toimintatavan käsikirjoitus.

Uusi malli on epävarma ja altis häiriöille ja sen käyttöönotto vaatii uudenlaisen käsikirjoituksen kirjoittamista ja mallin vakiinnuttamista konkreettisilla teoilla. Kehittämishankkeessa on edetty niin, että tämän tutkimuksen tuloksia on esitelty hankkeen toimijoille ja

tämän jälkeen on etsitty uudenlaista käsikirjoitusta ja luotu yhteisiä välineitä. Esimerkiksi sekä hammaslääkäri- että suuhygienistiopiskelijoiden teoriaopinnojen käsitteistöä on yhtenäistetty niin että molempien opinnoissa esiintyvät samat terveysohjaukseen liittyvät käsitteet ja sisältöalueet, myös ohjeita on yhtenäistetty. Lisäksi toiminnan sujuvuutta on parannettu yhteisellä ajanvarausjärjestelmällä (Keto ym. 2010).

Pohdinta

Tutkimuksemme käsittelee uuden toimintatavan ja vanhan toimintatavan välisiä jännitteitä korkeakouluopiskelijoiden yhteistyössä. Tässä tapauksessa terveyskeskeinen tiimityönmalli suuhygienisti- ja hammaslääkärikoulutuksessa edusti uutta toimintatavaa. Tutkimuskysymyksissä kysyttiin: miten terveyskeskeinen tiimityön malli toteutui hoitojaksolla ja missä vaiheessa hoitojaksoa omahoidosta ja neuvonnasta puhuttiin? Analysoimme käynnin toteutumista hoitokäynnillä käsikirjoituksen käsitteen avulla. Käsikirjoitus on työn ja vuorovaikutuksen etenemistä ohjaavaa suunnitelmaa, säännöstö tai traditio. Se voi olla julkilausuttu tai julkilausumaton (Engeström 2004). Lisäksi analysoimme omahoidon ja neuvonnan toteutumista tila-aika ja paikka käsitteiden avulla (ks. esim. Gordon ym. 2000; Massey 2008).

Tulosten mukaan hoitokäynnin käsikirjoitus vaihteli hieman riippuen siitä, osallistuivatko molemmat opiskelijat käynnille. Silloin kun molemmat opiskelijat olivat koko käynnin paikalla, tuli käsikirjoitukseen mukaan neuvotteluvaihe. Se piti sisällään sopimista ja keskustelua työnjaosta ja rooleista potilaan hoidossa.

Kiinnityskudossairauspotilaiden hoidossa tärkeää on potilaan kotona tekemä huolellinen suun ja hampaiden puhdistus. Tämä tuodaan esiin hammaslääkäriopiskelijoiden Paron manuaali -ohjeistuksessa, joka edustaa julkilausuttua käsikirjoitusta. Käytännöllinen toteutus näkyi hoitojaksolla omahoidon ja neuvonnan osuudella käynnin teemoista. Omahoidon ja neuvonnan määrä ja siihen käytetty aika hoitojaksolla oli vähäinen ollen alle 10 %. Se oli myös hajalään käynnin kulussa. Tämä tarkoittaa sitä, että siihen käytettiin vähän aikaa, ja ettei sillä ollut omaa tilaa ja paikkaa käynnin käsikirjoituksessa. Tämä haastaa koulutusta katsomaan hoitojakson muodostumista tarkemmin ja etsimään hoitojaksolle ja -käynnille vaiheen ja ajan sekä tilan ja paikan, jossa paneudutaan potilaan suun omahoitoon ja neuvontaan. Mitä ammatti-ihminen tekee ja mihin hän käyttää aikaa, välitty merkityksellisenä myös potilaille. Videoanalyysi toiminnan kehittämisen ja kuvaamisen välineenä tuo esille sellaista tietoa arjen toiminnasta ja käytännöstä, mitä voi muuten olla vaikea tavoittaa. Esimerkiksi haastattelussa voidaan kertoa käsityksiä asiasta, mutta videoanalyysin avulla pääsimme seuraamaan tosiasiallista toimintaa.

Uusi terveyskeskeinen tiimityön malli korostaa kahta toiminnan haastetta: potilaslähtöistä moniammatillista yhteistyötä sekä terveyskeskeistä toimintatapaa. Mallin avulla voidaan muuttaa perinteistä harjoittelu- ja työskentelymallia, jossa hammaslääkäri- ja suuhygienistiopiskelijat suorittavat kliinisen harjoittelun omissa yksiköissään ja harjoittelussa painottuu vertikaalinen asiantuntija- ja toimenpidekeskeisyys. Mutta se vaatii vielä vakiinnuttamista kaikilta osapuolilta.

Käsikirjoituksen käsite hahmottaa työprosessin etenemistä lineaarisesti alusta loppuun. Tässä tutkimuksessa käytetty tila-aika käsite rikastaa käsikirjoituksen lineaarisuutta tuomalla siihen mukaan syklisyyden ja tilallisuuden. Tärkeille vaiheille ja asioille on tilaa ja niihin käytetään myös aikaa ja niihin palataan yhä uudelleen. Tässä tutkimuksessa siis potilaan omahoitoon ja neuvontaan.

Uuden toimintamallin käyttöönotto vaatii yleensä myös uudenlaisia välineitä. Puonti (2004), tuo esille sen, että organisaatorajoja ylittävässä yhteistyössä, tarvitaan uudenlaisia työvälineitä. Näitä välineitä hän kutsui horisontaalisiksi välineiksi erotukseksi organisaation sisäisen työskentelyn vertikaalisista välineistä. Tarvitaan siis uudenlaisia yhdessä tekemisen välineitä. Suuhygienisti- ja hammaslääkärikoulutuksessa tällaisia uusia horisontaalisia välineitä voi olla esimerkiksi yhteinen ajanvarausjärjestelmä, mitä hankkeessa on kehitetty. Omahoidon ja neuvonnan kehittämiseksi tarvitaan myös välineitä, jotka yhdistävät potilaan suun tilanteen ja diagnoosin hänelle suunnattuun terveysneuvontaan. Näin hammaslääkäri- ja suuhygienistikoulutuksen sisäiset välineet laajentuisivat yhdessä tekemisen välineiksi.

Monessa ammattikorkeakoulussa ja ammatillisessa oppilaitoksessa kehitetään innokkaasti uudenlaisia tekemisen malleja. Tämän tutkimuksen tulosten pohjalta voidaan kuitenkin sanoa, että kehittämistyö ja uudenlaisen toimintatavan vakiinnuttaminen ei ole helppoa, koska vanha ja uusi kohtaavat koko ajan arjessa ja kilpailevat toimijoiden ajasta ja teoista.

Lähteet

- Bhabha, H. K. (1998). *The location of culture*. London: Routledge.
- Engeström, Y. (1998). *Kehittävä työntutkimus: Perusteita, tuloksia ja haasteita* (2. painos). Helsinki: Hallinnon kehittämiskeskus. EDITA.
- Engeström, Y. (2004). *Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä*. Tampere: Vastapaino.
- Gordon, T., Holland, J. & Lahelma, E. (2000). *Making spaces: Citizenship and difference in schools*. Houndmills: Macmillan Press.
- Hasu, M. (2005). In search of sensitive ethnography of change: Tracing the invisible handoffs from technology developers to users. *Mind, Culture, and Activity*, 12(2), 90-112.
- Kerosuo, H. (2006). *Boundaries in Action: An Activity-theoretical Study of Development, Learning and Change in Health Care for Patients with Multiple and Chronic Illnesses*. Helsinki: Department of Education. University of Helsinki.
- Keto, A., Nuutinen, E. & Teräs, M. (2010). *Terveyslähöisen tiimityön mallin vakiinnuttaminen suuhygienisti- ja hammaslääkäriopiskelijoiden harjoitellussa*. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Keto, A. & Roos, M. (2006). *Suuhygienistikoulutuksen kehittäminen ekspansiivisen oppimisnäemyksen ohjaamana*. Pro Gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Otettu 27.9.2008 <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01134.pdf>.
- Knuuttila, M. (2004). Hampaiden kiinnityskudossairaudet. Teoksessa L. Suominen-Taipale, A. Nordblad, M. Vehkalahti ja A. Aromaa (toim.) *Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus*. (s. 88-97). Kansanterveyslaitoksen julkaisu B 16/2004.
- Lefebvre, H. (1991). *Production of space*. Oxford: Blackwell.
- Lehtonen, E. (2007). *Suun terveyden edistämisen toimintamallin kehittäminen suunhoidon opetus-klinikalle*. Kandidaatin tutkielma, terveystieteiden kasvatuksen aineopinnot. Jyväskylän yliopisto, avoin yliopisto.
- Massey, D. (1995). The conceptualization of place. In D. Massey & P. Jess (toim.), *A place in the world? Places, cultures and globalization* (s. 46-86). Oxford: Oxford University Press, The Open University.
- Massey, D. (2008). *Samanaikainen tila*. Tampere: Vastapaino.
- Nuutinen, E. (2009). *Parodontologisen hoidon potilaan ja suuhygienistiopiskelijan välinen keskustelu ja yhteistyö - potilaiden ajatuksia ja mielipiteitä*. Pro Gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto: Terveystieteiden laitos.
- Paron manuaali. (2008). Helsingin yliopisto, Hammaslääketieteen laitos. Suubiologian oppiala.
- Puonti, A. (2004). *Learning to work together: Collaboration between authorities in economic-crime investigation*. Vantaa: National Bureau of Investigation.
- Sorakari-Mikkonen, L., Keto, A. & Suomalainen, K. (2006). Terveyskeskeinen työn organisointimalli suun terveydenhuoltoon - uudenlaisia yhteistyötä hammaslääkäri- ja suuhygienistiopiskelijoiden koulutukseen. *Suomen Hammaslääkärilehti* 16, 898-900.
- Suominen-Taipale, L., Vehkalahti, M., Nordblad, A. & Aromaa, A. (2004). *Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus* (s. 155-162). Kansanterveyslaitoksen julkaisu B 16/2004.
- Teräs, M & Lintula, L. (2009). Kohti uudenlaista tutkimusyhteistyötä yliopistojen ja ammatikorkeakoulujen välillä. *KeVer-verkkolehti* 8(1). Osoitteessa <http://ojs.seamk.fi/index.php/kever/issue/current>.
- Uitto, V-J., Asikainen, S., Knuuttila, M., Nieminen, A., Pernu, H., Ruokonen, H. & Suomalainen, K. (2003). Parodontologia. Teoksessa JH. Meurman, H. Murtomaa, Y. Le Bell ja H. Autti (toim.) *Therapia Odontologica, Hammaslääketieteen käsikirja*. (s. 459-528). Hollola: Academica kustannus.

