



Koulutettu kätilö kanssasi 200 vuotta

Eija Raussi-Lehto, Katri Ryttyläinen-Korhonen (toim.)

Etukansi: Sukanparsintaa Kätilöopiston kallioilla 1920-luvulla. Hoitotyön koulutuksen museo, Tukholmankatu 10, Helsinki. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Takakansi: Kurssikuva_1943. Hoitotyön koulutuksen museo, Tukholmankatu 10, Helsinki. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

**Koulutettu kätilö
kanssasi 200 vuotta**

Koulutettu kätilö kanssasi 200 vuotta

Eija Raussi-Lehto, Katri Ryttyläinen-Korhonen (toim.)

Vammalan Kirjapaino Oy
Sastamala 2016

ISBN 978-952-328-333-6 nid
ISBN 978-952-328-334-3 pdf

Tekijät

Ahonen, Pia

TtT, koulutus- ja tutkimuspäällikkö, Turun ammattikorkeakoulu

Ala-Luhtala, Riitta

TtM, lehtori, Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Berglund, Mari

TtM, koulutusvastaava, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Hoffrén, Päivi

TtM, lehtori, kättilön tutkinto-ohjelma vastaava, Savonia-ammattikorkeakoulu

Häsänen, Marjatta

TtM, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Koski, Pirjo

TtT, sairaanhoitaja, kättilö, hoitotyön lehtori, Metropolia ammattikorkeakoulu

Matintupa, Eva

THM, kättilö-erikoissairaanhoitaja, sairaanhoitaja, lehtori, Yrkeshögskolan Novia

Nirkkonen-Mannila, Anneli

KL, TtM, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Palta, Hannele

TtL, koulutus- ja tutkimuspäällikkö, Turun ammattikorkeakoulu

Raussi-Lehto, Eija

THM, kättilö, lehtori, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Ryttyläinen-Korhonen, Katri

TtT, erikoissairaanhoitaja-kätilö, koulutusjohtaja, Mikkelin ammattikorkeakoulu

Sinisaari-Eskelinen, Maarit

TtM, erikoissairaanhoitaja-kätilö, Auktorisoitu Seksuaalineuvoja (SSS), lehtori,
Metropolia Ammattikorkeakoulu

Stenbäck, Pernilla

HvM, Barnmorska, Lektor i Barnmorskearbete, Arcada

Tervo, Pirjo

KM, sairaanhoitaja, kätilö, seksuaaliterapeutti, laillistettu psykoterapeutti
(Valvira), lehtori, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Tiainen, Elina

THM, kätilö, lehtori, Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Tuomi, Sirpa

TtT, EuHP, kätilö, yliopettaja, Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Tuovinen, Raija

TtM, lehtori, Savonia ammattikorkeakoulu

Valkama, Sirpa

TtL, THO, työnohjaaja, Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Vallimies-Patomäki, Marjukka

TtT, sairaanhoitaja, kätilö, neuvotteleva virkamies, terveydenhuoltoneuvos,
Sosiaali- ja terveysministeriö

Wikberg, Anita

sjuuskötare, barnmorska, HVD, Yrkeshögskolan Novia

Äimälä, Anna-Mari

THM, erikoissairaanhoitaja-kätilö, lehtori,
Tampereen ammattikorkeakoulu

Kielentarkastus

Vanhanen, Jaana

KTM, KK, lehtori,

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Koulutettu kätilö kanssasi 200 vuotta

Esipuhe	9
1. Kätilöopettajat kätilökoulutusta kehittämässä 25 vuotta Anna-Mari Äimälä – Eva Matintupa	16
2. Seksuaali- ja lisääntymisterveys kätilökoulutuksessa Elina Tiainen – Sirpa Tuomi	25
3. MAUSTE-hankkeessa edistetään maahanmuuttajien ja heidän kanssaan työskentelevien ammattilaisten seksuaaliterveyden ja turvataitojen osaamista Riitta Ala-Luhtala – Sirpa Valkama – Päivi Hoffrén	36
4. Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen osaamisen näyttö Metropolia Ammattikorkeakoulun kätilötutkinnossa Maarit Sinisaari-Eskelinen – Pirjo Tervo	44
5. Kenen hyvä toteutuu kätilötyössä? Anna-Mari Äimälä	54
6. Projektit osana kätilöopintoja Turun ammattikorkeakoulussa Mari Berglund – Marjatta Häsänen – Anneli Nirkkonen-Mannila – Pia Ahonen– Hannele Palta	62

7. Simulering en undervisningsmetod i Barnmorskeutbildningen	
Pernilla Stenbäck	71
Simulaatio oppimismetodina kätilökoulutuksessa	
Pernilla Stenbäck	78
8. Mitä pohjoismaisten kätilöiden väitöskirjat kertovat monikulttuurisuudesta ja interkulttuurisuudesta?	
Pirjo Koski– Anita Wikberg	84
9. Kansainvälisyys kätilön tutkinto-ohjelmassa – esimerkkinä Savonia ammattikorkeakoulu	
Päivi Hoffrén – Raija Tuovinen	107
10. Kätilökoulutus katsoo tulevaan	
Marjukka Vallimies-Patomäki	112

Esipuhe

Eija Raussi-Lehto
Katri Ryttyläinen-Korhonen

Kätilöitä on koulutettu Suomessa jo 200 vuotta ja kätilöt edustavat maassamme naisten vanhinta ammattikuntaa. Kätilökoulutus oli ensimmäinen erityisesti naisille tarkoitettu ammatillinen koulutus Suomi-Ruotsissa. Marraskuun 1. päivänä 1816 avattiin Turussa maamme vanhin kätilöiden valmistuslaitokseksi tarkoitettu synnytyslaitos Luostarikorttelissa, Pikkujokikatu 42:ssa. Talon omisti kirkkoherran leski Charlotta Mjödth, jolle maksettiin vuosivuokraa 1 500 seteliruplaa. Synnytyslaitoksen henkilökuntaan kuului seitsemän jäsentä: oppilaitoksen johtajana toimiva lääkäri, kätilö, renki, kirjanpitäjä, kaksi sairaanvartijaa ja pappi. (Pitkänen 1966a.)

Ensimmäinen Turun synnytyslaitoksen lääkäri ja samalla maamme ensimmäinen kätilöopettaja oli Adolph Reinhold Boucht. Hänen jälkeensä nimitettiin kätilöopettajan virkaan Carl Daniel von Haartman, jonka ansioihin kuuluu muun muassa oppikirja ”Handbok för Barnmorskor” vuodelta 1821. Laitoksen ensimmäinen ylikätilö oli Ruotsissa koulutuksensa saanut Lovisa Sandelin. Lääkäri huolehti teoreettisen opetuksen antamisesta ja ylikätilön johdolla suoritettiin käytännön harjoittelu. Oppiaika vaihteli puolesta vuodesta kahteen vuoteen ja opetus tapahtui yksinomaan ruotsin kielellä. Kätilöoppilasmatrikkeli kertoo, että oppilaita ensimmäisenä toimintavuonna oli neljä: vahtimestarin tytär, kersantin vaimo, lippumiehen leski ja näyttelijän vaimo. Kaikkiaan Turussa valmistui 75 kätilöä. (Pitkänen 1966a.)

Vuonna 1833 kätilökoulutus siirrettiin Turusta Helsinkiin ja liitettiin yliopiston yhteyteen. Kätilöopetuksen siirtyessä yliopiston alaisuuteen kätilöopettajan tehtävät siirtyivät kirurgian ja lapsenpäästöopin professorille. Vuonna 1857 perustet-

tiin erityinen lapsenpäästöopin, naistentautien ja lastentautien professorin virka, johon ensimmäiseksi nimitettiin Erik Alexander Ingman. Vuonna 1857 Suomessa toimi vain 97 koulutettua kättilöä, joista kaupungeissa 76. Vuonna 1859 vahvistettiin uusi kättilöohjesääntö, jossa koulutusta määrättiin annettavaksi myös suomen kielellä ja oppilailta vaadittiin sekä luku- että kirjoitustaitoa. Kättilökurssin pituudeksi tuli nyt kaksi vuotta. (Pitkänen 1966a.)

Ensimmäinen suomenkielinen ”Oppikirja suomalaisille kättilöimmille” ilmestyi Knut Samuel Sireliuksen toimesta vuonna 1861. Vuonna 1870 professori Josef Pippingskjöld laati oppikirjasta uudistetun ja laajennetun laitoksen. Se merkitsi myös opetuksen huomattavaa tehostumista. (Pitkänen 1966a.)

Vuoden 1879 ”Uudistetulla Armollisella Ohjesäännöllä kättilöimmille Suomessa” pyrittiin lisäämään sekä kättilöiden kysyntää että heidän pätevyyttään. Kättilöille ryhdyttiin antamaan erillistä opetusta ”koneellisessa lapsenpäästötaidossa” ja myöntämään ”kirvoituspihtimien” käyttöoikeuksia määrätyissä tapauksissa. Tämän ”armollisen” ohjesäännön 6 §:ssä sanottiin: ”Kaiken sen ohessa, mikä kuuluu warsinaiseen kättilöin taitoon sekä pienoisten lasten hoitoon, pitää oppilsten myöskin saada tietoa yleisistä kuppataudin tunnusmerkeistä sekä oppia toimittamaan kuppautsa, panemaan werimatoja ja istuttamaan warjelusrokkoa”. (Pitkänen 1966a, b.)

Gustaf Heinrichius, joka vuonna 1890 nimitettiin Helsingin yliopiston lapsenpäästöopin professoriksi, teki kaikkensa parantaakseen sekä kättilöiden koulutusta että heidän asemaansa suomalaisessa yhteiskunnassa. Hän ryhtyi toimittamaan suomenkielistä, kättilöille tarkoitettua julkaisua, Kättilölehteä. Hänen aloitteestaan perustettiin ensimmäiset kättilöiden ammattiyhdistykset. Hän viritti kättilöissä tälle ammattikunnalle vieläkin ominaisen voimakkaan yhteenkuuluvuuden tunteen ja herätti heissä pyrkimyksen kehittää omaa ammatillista pätevyyttään ja siten kohottaa äitien saaman avun ja hoidon tasoa. (Pitkänen 1966a.)

Vuosi 1934 merkitsi suomalaisen kättilöopetuksen käännekohtaa. Kättilöopistosta tuli itsenäinen laitos yliopistollisen opetuksen siirryttyä vasta valmistuneeseen Naistenklinikkaan. Kättilöopisto oli 172 kättilöoppilaan sisäoppilaitos ja opetussairaala, jossa oli 284 sairaansijaa. Opetustilat olivat kättilöopiston opistorakennuksessa. Itsenäisen Kättilöopiston ensimmäinen johtaja oli professori Carl Hahl. Hänen seuraajansa oli professori Aulis Apajalahti, jonka jälkeen Kättilöopiston johtajaksi nimitettiin professori Heikki Pitkänen. (Pitkänen 1966a.)

Vuonna 1937 kättilöiden työtehtäviin lisättiin asetuksella äitiyshuoltotyö. Tällöin raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan hoito muodostivat kokonaisu-

den, jonka myötä myös kätilön tehtävät laajenivat kokonaisvaltaiseksi äitiyshuoloksi. (Paananen 2015: 16–30.)

Vuodesta 1952 lähtien kätilökoulutukseen pääsi sisäänpääsykokeen läpäisemisen kautta. Sisäänpääsykokeessa oli psykologisten soveltuvuuskokeiden lisäksi perusteellinen lääkärintarkastus ja älyllisten ominaisuuksien ohella huomiota kiinnitettiin myös hakijoiden luonteeseen. Näin pyrittiin löytämään mahdollisimman soveliaita opiskelijoita lopullista koulutusta varten. (Pitkänen 1966a, b.) Luentosarjojen jälkeen kätilöoppilaat joutuvat kirjallisiin kokeisiin, joista saatujen tulosten ja edistymisen perusteella Kätilöopiston johtokunta yhdessä opettajakunnan edustajien kanssa arvioi oppilaiden kelpoisuuden kätilön ammattiin. Arvosanat annettiin sekä tietopuolisissa aineissa että käytännön työssä osoitetuista taidoista merkittäväksi opintojensa päättäneiden oppilaiden kätilökirjoihin (Pitkänen 1966b).

Vastavalmistuneet kätilöt joutuivat vielä antamaan Kätilöopiston johtokunnan edessä seuraavan kätilövakuutuksen: *”Minä N.N. vakuutan kunniani ja omantuntoni kautta, että vakaa ja vilpitön tahtoni on, kaikissa kätilöntehtävissäni tarkasti ja huolellisesti, sekä parhaan kykyni ja taitoni mukaan täyttää ne velvollisuudet, jotka lakien ja asetusten sekä laillisten määräysten nojalla minulle kätilönä ja kansalaisena kuuluvat.”* Tämän vakuutuksen annettuaan uudet kätilöt saivat kätilökirjansa ja heidät oikeutettiin harjoittamaan kätilöntointia Suomessa. Johtokunta antoi vielä asetuksen määräämät tiedot kätilöntoimen harjoittamiseen oikeuttamistaan henkilöistä lääkintöhallitukseen kätilöistä pidettävään luetteloon. (Pitkänen 1966b.)

Professori Heikki Pitkänen korosti synnytyksen hoidon jatkuvuuden merkitystä. Hän totesi seuraavaa: *”Harkitsemisen arvoinen työmuoto avohuollon palveluksessa oleville kätilöille – nimenomaan varsinaista maaseutua ja pienempiä synnytyslaitoksia ajatellen – saattaisi olla sekin, että kentällä toimiva kätilö, joka on valmentanut äidin synnytystä varten, veisi hänet synnytyksen alettua laitokseen ja hoitaisi siellä itse synnytyksenkin sairaalan muun hoitohenkilökunnan apuna. Erikoisesti synnyttävän äidin psykoprofylaksian kannalta tämä ajatus tuntuisi hyvältä ratkaisulta, koska äidin käsittelyn jatkuvuus näin olisi taattu ja äiti itse tuntiessaan olevansa tutuissa ”turvallisissa” käsissä asennoituisi synnytykseensä luonnollisemmin.”* (Pitkänen 1966b.)

Pitkänen jatkaa: *”Luonnolliselta tuntuisi ensinnäkin se, että kätilön tulisi hoitaa vastasyntynyttä lasta koko sen rintaruokinta-ajan, sillä kätilö on jo koulutuksensa yhteydessä harjaantunut arvioimaan imetyksen teknillistä puolta ja siinä mahdollisesti ilmeneviä vaikeuksia paljon paremmin kuin terveyssisar tai sairaanhoi-*

taja, ja rintaruokinnan tärkeyden hän varmasti osaa arvostaa yhtä korkealle kuin sairaanhoitajakoulutuksenkin saanut henkilö.” Pitkäsen mukaan äitien synnytysvalmennuksessa on kättilöiden työ suunnattava nyt entistä paljon aktiivisempaan suuntaan ja äidiksi tulevaa koulutettava vastuuntuntoisesti ja aktiivisesti osallistumaan oman synnytyksensä kulkuun ja siten helpottamaan synnytystään eikä kukaan muu kuin kunnollisen kättilökoulutuksen saanut henkilö pysty ohjaamaan tällaista valmennusta. Myös isät oli otettava mukaan henkiseksi tueksi synnytykseen. (Pitkänen 1966b.)

Vuonna 1966 käynnistyi keskustelu äitiyshuollon kehittämisestä. Kehittämishaasteeksi esitettiin tarve hyvin koulutetuista ja monipuolisen näkemyksen omaavista työntekijöistä. Tämä puolestaan edellytti vanhentuneiden opetusohjelmien uusimista, hyvän koulutuksen saaneita opettajia, hyvää opetettavaa ainesta, hyviä työskentelymahdollisuuksia sekä joustavaa yhteistyötä. (ks. Pitkänen 1966b.)

Kättilöopiston sairaalan ylilääkäri ja sairaalan johtava lääkäri Keijo Soiva julkaisi vuonna 1968 kirjan ”Synnytysopin oppikirja kättilöille”. Teos oli pitkään kättilöopiskelijoiden tärkein oppikirja. Keijo Soiva toimi kättilöiden opintosäätiön puheenjohtajana ja hänet kutsuttiin myös Suomen kättilöliiton kunniajäseneksi. (Castrén 2010.)

Vuonna 1968 annetun asetuksen perusteella kättilötutkinto muutettiin sairaanhoitajakoulutuksen ja työkokemuksen jälkeen suoritettavaksi ja yhdeksän kuukautta kestäväksi erikoistumisopinnoiksi. Tutkintonimike oli kättilö-erikoissairaanhoitaja. Koulutuksen muutosta vauhdittivat kotisynnytysten vähentyminen 1960-luvulla keskussairaalaverkoston kehittyessä. Ensimmäiset opiskelijat aloittivat kättilö-erikoissairaanhoitajan tutkinnon opiskelun vuonna 1969 ja koulutusta alettiin toteuttaa yhä useammalla paikkakunnalla. Tämä koulutus loppui vuonna 1986. Vuonna 1987 keskiasteen uudistuksen myötä opistoasteelle muodostui erikoistumislinjoja, joista yksi oli kättilön erikoistumislinja. Erikoistumislinja oli kättilön ammattiin johtava koulutus.

Vuosina 1987–1995 kättilökoulutus oli 3,5-vuotinen, mutta piteni EU-direktiivien myötä 4,5-vuotiseksi. Vuodesta 1997 kättilökoulutus muuttui ammattikorkeakoulutasoiseksi. EU:iin liittymisvaiheessa määrättiin 3,5 vuoden koulutukseen lisättäväksi vuoden työharjoittelu, kunnes ehdittiin laatia uusi opetussuunnitelma, joka tuli voimaan vuonna 1996. Samanaikaisesti sovittiin, että kättilökoulutusta järjestetään vain kaupungeissa, joissa oli yliopistosairaala, poikkeuksina Vaasa ja Jyväskylä. Nykyisin kättilöitä koulutetaan Suomessa kahdeksassa ammattikorkeakoulussa, joista kahdessa on opetuskielenä ruotsi.

Vuonna 1999 käynnistettiin ammattikorkeakoulujen tutkintorakenteen uudistaminen. Sosiaali- ja terveysalalla hoitotyön koulutusohjelmaan määriteltiin suuntautumisvaihtoehdot, jolloin kätilön tutkintonimikkeeseen johtava koulutus toteutui hoitotyön koulutusohjelman suuntautumisvaihtoehtona. (Arene 1999.) Opetusministeriön vuonna 2005 asettaman työryhmän työskentelyn perusteella kätilö (AMK) ammatteihin johtavat koulutukset sisältävät myös sairaanhoitajakoulutuksen (210 opintopistettä). Tutkinnon suorittaneet laillistetaan myös sairaanhoitajina. Kätilön koulutuksen laajuus kokonaisuudessaan on 270 opintopistettä ja kesto 4,5 vuotta. (Opetusministeriö 2006.)

Vuoden 2015 aikana on Opetus- ja kulttuuriministeriön toimesta selvitetty kätilökoulutuksen koulutuspituuden riittävyyttä suhteessa EU-direktiiveihin. Kätilö- ja sairaanhoitajakoulutusta ohjaavaa Euroopan parlamentin ja neuvoston vuonna 2005 antamaa direktiiviä 2005/36/EY ammattipätevyyden tunnustamisesta muutettiin direktiivillä 2013/55/EU. Muutosten yhteydessä tarkennettiin myös koulutuksen laajuuteen liittyviä kriteereitä. Suomessa valittu sairaanhoitajakoulutuksen ja kätilökoulutuksen yhdistelmä on alusta asti ollut poikkeava muista EU-maista. Opetus- ja kulttuuriministeriön selvityksessä yhtenä kätilökoulutuksen vaihtoehtona esitetään se järjestettäväksi ylempänä ammattikorkeakoulututkintona. (Karttunen – Vallimies-Patomäki 2015.)

Kätilökoulutus on ollut jatkuvien muutosten ja kehityksen kohteena. Kätilökoulutuksen vaiheisiin ovat voimakkaasti vaikuttaneet muun muassa lääketieteen ja myöhemmin hoitotieteen kehittyminen, naisen aseman parantuminen, kotisynnytysten väheneminen ja keskussairaalaverkoston syntyminen, 1990-luvun lama, Suomen liittyminen Euroopan Unioniin, monikulttuurisuus, globalisaatiokehitys, kätilön koulutustason muuttuminen ammattikorkeakoulutasoiseksi sekä voimakas koulutuksen kansainvälistyminen. Kätilön osaamistarpeisiin ovat vaikuttaneet ja vaikuttavat yhä hoitokäytäntöjen kehitys, synnytysten keskittäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistaminen ja lainsäädännön muutokset.

Kätilökoulutuksen juhluvuoden julkaisun ”Koulutettu kätilö kanssasi 200 vuotta” laatimiseen on osallistunut opettajia kaikista kätilökoulutusta järjestävistä ammattikorkeakouluista Suomessa. Kunkin ammattikorkeakoulun opettajat tuovat esiin artikkelissaan omaa osaamistaan ja toimintatapojaan, luoden samalla kuvaa kätilökoulutuksen nykytilasta. Kirjassa käsitellään myös kätilökoulutuksen tulevaisuutta. Kätilöopettajaverkoston panos koulutuksen kehittämislle on ollut kautta vuosien merkittävä. Opetusmenetelmät ovat kehittyneet, ja osaamista han-

kitaan yhä enemmän projekteissa ja simulaatioissa, unohtamatta kätilön työssä kohdattavien eettisten ongelmien reflektointia. Koulutus on kansainvälistynyt ja monikulttuurisuuden lisääntyminen asettaa uusia haasteita myös kätilökoulutukselle. 2000-luvulla valmistuvalla kätilöllä on monipuolinen osaaminen seksuaali- ja lisääntymisterveydestä. Ehdotus kätilökoulutuksen toteuttamisesta tulevaisuudessa ylempänä ammattikorkeakoulututkintona on merkittävä. Maisteritasoinen koulutus nostaisi suomalaisen kätilön osaamisen uudelle tasolle ja suuntaisi terveysalan ammattikorkeakoulutuksen kehittämistä kansainvälisen kehityksen mukaisesti. Suomalainen kätilökoulutus katsoo luottavaisesti tulevaan, ja koulutettu kätilö on kanssasi myös seuraavat 200 vuotta.



Kurssikuvat_1_luokalla_88_II_1910_tuntem. Hoito-
työn koulutuksen museo, Tukholmankatu 10, Helsinki.
Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Lähteet

- Arene 1999. Ammattikorkeakoulujen koulutustarjonnan ja koulutusohjelmarakenteen selkeyttäminen. Arenen koulutusohjelmaprojektin loppuraportti 28.8.1999.
- Castrén, Olli 2010. Keijo Urpo Kalervo Soiva – muistokirjoitus (24.6.2010). Verkkojulkaisu. <www.hs.fi/muistot>. Luettu 6.3.2016.
- Direktiivi 2005/36/EY. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi ammattipätevyyden tunnustamisesta.
- Direktiivi 2013/55/EU. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi ammattipätevyyden tunnustamisesta annetun direktiivin 2005/36/EY ja hallinnollisesta yhteistyöstä sisämarkkinoiden tietojenvaihtojärjestelmässä annetun asetuksen (EU) N:o 1024/2012 (IMI)-asetus) muuttamisesta.
- Karttunen, Päivi – Vallimies-Patomäki, Marjukka 2015. Kättilökoulutukselle uusi suunta. Selvitys rakennevaihtoehdoista. Opetus- ja kulttuuriministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2015:11. Verkkojulkaisu. <<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2015/liitteet/tr11.pdf?lang=fi>>. Luettu 7.3.2016.
- Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakouluista terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäispisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.
- Paananen, Ulla Kristiina 2015. Kättilötyön historia. Teoksessa Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Äimälä, Anna-Mari (toim.): Kättilötyö: Raskaus, synnytys, lapsivuodeaika. Helsinki: Otava. 16–30.
- Pitkänen, Heikki 1966a. 150 vuotta kättilöopetusta Suomessa. Juhlapuhe 4.11.1966. Julkaisu-maton.
- Pitkänen, Heikki 1966b. Nykyisestä kättilökoulutuksesta. Suomen Lääkärilehti 31 (22). 2538–2546.

1. Kätilöopettajat kätilökoulutusta kehittämässä 25 vuotta

Anna-Mari Äimälä

Eva Matintupa

Johdanto

Viimeiset 25 vuotta ovat olleet kätilökoulutuksen historiassa hyvin merkityksellisiä. 1980-luvun lopun 3,5-vuotinen ja 1990-luvun puolivälistä 4,5-vuotinen keskiasteen opistotason kätilökoulutus johti aluksi suoraan kätilön tutkintoon. Sittemmin kätilökoulutus on muuttunut ammattikorkeakoulutasoiseksi, EU-direktiivien ohjaamaksi ja kansainvälisesti tunnustetuksi koulutukseksi, jolla Suomessa saavutetaan sekä sairaanhoitajan että kätilön tutkinnot.

Koulutus ei kehity tyhjiössä. Kätilökoulutuksen vaiheisiin viimeisten 25 vuoden aikana ovat voimakkaasti vaikuttaneet 1990-luvun lama, Suomen liittyminen Euroopan Unioniin vuonna 1995, kätilön koulutustason muuttuminen ammattikorkeakoulutasoiseksi 1990-luvun lopulla sekä voimakas koulutuksen kansainvälistyminen. Kätilön osaamistarpeisiin ovat vaikuttaneet ja vaikuttavat myös hoitokäytäntöjen kehitys, synnytysten keskittäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistaminen ja lainsäädännön muutokset.

Tässä artikkelissa kuvataan kätilökoulutuksen kehitysvaiheita viimeisen 25 vuoden aikana erityisesti kätilöopettajien yhteistyön näkökulmasta. Kuvaus sisältää kirjoittajien subjektiivisia näkemyksiä ja kokemuksia kätilökoulutuksen kehittymisestä.

Kätilökoulutuksen kehitysvaiheet

Kätilökoulutusta toteutettiin alun perin vain yhdellä paikkakunnalla. Koulutus alkoi Turussa vuonna 1816, mutta siirtyi pian Helsinkiin. Koulutus piteni, mutta

muut puitteet pysyivät samoina 150 vuotta. Tutkintonimike oli kättilö. Vuonna 1969 kättilötutkinto muutettiin sairaanhoitajakoulutuksen ja työkokemuksen jälkeen suoritettavaksi erikoistumisopinnoiksi, jonka kesto oli yhdeksän kuukautta. Tutkintonimikkeeksi tuli kättilö-erikoissairaanhoitaja. Kättilön nimikkeen säilyttämisestä erikoissairaanhoitaja-nimikkeen edellä kävi kiivaasta taistelua Suomen Kättilöliitto, silloisen puheenjohtajansa, Leena Valvanteen johdolla. Koulutusta alettiin toteuttaa yhä useammalla paikkakunnalla. Tämä koulutus loppui vuonna 1986 ja 1987 palattiin jälleen keskiasteen uudistuksen myötä takaisin kättilökoulutukseen, joka sisälsi sairaanhoitajan osaamisen, mutta ei sairaanhoitajan tutkintoa.

Vuosina 1987–1995 kättilökoulutus oli 3,5-vuotinen, mutta piteni sitten EU-direktiivien myötä 4,5-vuotiseksi. Lisäksi se muuttui ammattikorkeakoulutasoiseksi koulutukseksi viimeistään vuonna 1997. EU:iin liityttyäessä lisättiin 3,5 vuoden koulutukseen vuoden työharjoittelu, kunnes ehdittiin laatia uusi opetussuunnitelma, joka tuli voimaan vuonna 1996. Samanaikaisesti sovittiin, että kättilökoulutusta järjestetään vain oppilaitoksissa, jotka ovat kaupungeissa, joissa on yliopistosairaala. Poikkeuksina olivat Vaasa ja Jyväskylä; perusteluina olivat Jyväskylän keskeinen sijainti ja Vaasan ruotsinkielinen koulutus. Näin varmistettiin, että kaikille kättilötyön osa-alueille oli riittävät ja monipuoliset käytännön harjoittelupaikat, joissa oli mahdollista saavuttaa EU-direktiivin määräykset.

Vuoden 2015 aikana Opetus- ja kulttuuriministeriö on selvittänyt kättilökoulutuksen pituuden riittävyttä suhteessa EU-direktiiveihin. Kättilö- ja sairaanhoitajakoulutusta ohjaavaa Euroopan parlamentin ja neuvoston vuonna 2005 antamaa direktiiviä 2005/36/EY ammattipätevyyden tunnustamisesta muutettiin direktiivillä 2013/55/EU. Muutosten yhteydessä tarkennettiin myös koulutuksen laajuuteen liittyviä kriteereitä. Suomessa valittu sairaanhoitajakoulutuksen ja kättilökoulutuksen yhdistelmä on alusta asti ollut poikkeava muista EU-maista. Kättilökoulutuksen kehitystä, direktiivien vaatimuksia ja eri ratkaisuvaihtoehtoja tulevaisuuden linjauksiksi on kuvattu yksityiskohtaisesti Päivi Karttusen ja Marjukka Vallimies-Patomäen vuonna 2015 ilmestyneessä selvityksessä (OKM 2015). Selvityksessä yhtenä kättilökoulutuksen vaihtoehtona esitetään se järjestettäväksi ylempänä ammattikorkeakoulututkintona.

Taulukko 1. Kätilökoulutuksen kehitys 200 vuoden aikana

Ajanjakso	Koulutuksen kesto	Järjestävät oppilaitokset	Tutkintonimike/-taso
1816–1968	1 → 2 v	Turku → Helsinki	kätilö
1969–1986	sh 2,5 v + 1v kätilö	useita oppilaitoksia	kätilö-erikoissairaanhoidaja opistotaso
1987–1995	kätilö 3,5 v (sisälsi sairaanhoitajan osaamisen) + 1 vuoden pakollisen työharjoittelu 1.1.1993 jälkeen aloittaneille	useita oppilaitoksia	kätilö myöhemmin myös sairaanhoitajan tutkinto opistotaso
1996–2016	4,5 v sairaanhoitajan ja kätilön tutkinnot peräkkäin	Helsinki (2 oppilaitosta), Turku, Tampere, Jyväskylä, Kuopio, Vaasa, Oulu	kätilö, sairaanhoitaja (opistotaso) 1990 lopulla → kätilö (AMK) ja sh (AMK)
2016–2017	?		

Kansainvälistä mentorointia Englannista

1990-luvulla alettiin terveydenhuolto-oppilaitoksissa solmia kansainvälisiä kontakteja. Euroopan Unioniin liittyminen oli Suomen tavoitteena, ja sen vaikutusta kätilökoulutukseen alettiin pohtia. Vuonna 1992 Pirkanmaan terveydenhoito-oppilaitos sai innokkaan kumppanin Englannista. Ipswichin kätilökoulun johtaja Helene Overment vieraili oppilaitoksessa ja kutsui opettajia vastavierailulle tutustumaan direktiivien mukaiseen kätilökoulutukseen.

Vierailu Englantiin vuonna 1992 oli hyödyllinen. Taysin ylihoitaja Tiina Surakka ja Pirkanmaan terveydenhoito-oppilaitoksen lehtori Anna-Mari Äimälä saivat tehokkaan perehdytyksen ensinnäkin ”Midwifery”-alasta itsenäisenä ja irrallisena ”Nursing”-alueesta. Toiseksi tuliaisena tuotiin kätilöopiskelijan työkirja ja lupa käyttää sitä suomalaisen vastaavan pohjana. Kolmas kehittämisidea oli, että Suomeen tulisi perustaa kätilöopettajien yhdistys, joka liittyisi sitten International Midwife Teachers Group (I.M.T.G.) -verkostoon, jonka puheenjohtaja Helene Overment oli. Verkoston tavoitteena oli luoda kansainvälisiä yhteyksiä kätilöopettajille opetuksen ja tutkimuksen kehittämiseksi, erityisesti EU-direktiivien saavuttaminen koulutuksessa ja kätilön aseman vahvistaminen olivat kiinnostuksen kohteina.

Lama ja työttömyyttä

Vuonna 1987 tuli voimaan kättilön opetussuunnitelma, joka kyllä sisälsi sairaanhoitajaopinnot, mutta opiskelijat rekisteröitiin vain kättilöiksi. Ensimmäiset valmistuneet vuonna 1991 työllistyivät kohtuullisesti kättilöinä, mutta vuodesta 1992 eteenpäin useina vuosina valmistuneet kättilöt kävelivät suoraan työvoimatoimistoon. Kymmeniä kättilökoulutuksen saaneita siirtyi pitkään muille aloille. Tässä vaiheessa kävi selväksi, että Suomen terveydenhuoltojärjestelmä ei työllistä huonoina aikoina pelkän kättilökoulutuksen saaneita henkilöitä. Vasta, kun ammattikorkeakoulu-uudistuksen myötä kättilökoulutuksen saaneille myönnettiin kaksi tutkintoa, kättilön ja sairaanhoitajan, tehtiin myös päätös, että keskiasteen mukaisen koulutuksen saaneet kättilöt voitiin rekisteröidä myös sairaanhoitajiksi ja aiemmin valmistuneet voivat myös hakea sitä jälkikäteen.

Työttömien kättilöiden määrä lisääntyi. EU:n myötä koulutusta tultaisiin pidentämään vuodella ja ymmärrettiin, että työllistyminen olisi vaikeaa, vaikka lama väistyisikin. Joissakin terveydenhuolto-oppilaitoksissa alettiin järjestää ”Kohti EY-pätevyyttä” kursseja työttömille kättilöille. Kurssit sisälsivät pääasiassa harjoittelua mutta myös kieli- ja kulttuuriopintoja. Harjoitteluissa testattiin kättilön työkirjaa ja haettiin kokemusta, miten EU-direktiivit täyttyivät.

Suomen kättilöopettajat – Finlands Barnmorskelärare

”Mentorimme” suosittelema kättilöopettajien yhdistyminen eteni. Kättilöopettajien yhdistystä valmisteleva kokous pidettiin maaliskuussa 1994 Tampereella ja sovittiin, että varsinainen perustamiskokous olisi elokuussa 1994. Samanaikaisesti kokoonnuttiin myös virallisesti koulutuksen haasteiden äärelle. Kättilöopiston apulaisrehtori Marja Laanti kutsui toukokuussa 1994 kättilökoulutuksesta vastaavat kättilöopettajat keskustelemaan EU-direktiivien vaikutuksesta opetusohjelmiin. Myös kättilön työkirja otettiin keskusteluihin. Koettiin, että yhteinen kehittäminen on tarpeen ja merkityksellistä.

Syksyllä kutsuttiin koolle kaikki halukkaat Suomen kättilöopettajat ja perustettiin Suomen kättilöopettajat - Finlands barnmorskelärare yhdistys 26.8.1994. Tarkoituksena oli tukea ja kehittää kättilökoulutusta sekä ylläpitää kansainvälisiä yhteyksiä. Ajankohtaista oli selvittää EU-direktiivien vaikutusta koulutukseen, järjestää koulutusta opettajille ja edistää kansainvälistä yhteistyötä. Kättilötyön tutkimustiedon kerääminen katsottiin myös yhdistyksen tehtäväksi. Perustajajäseniä oli 28 ja kuukauden kuluessa jäsenmäärä oli jo 42. Puheenjohtajaksi valittiin Kä-

tilöopiston rehtori Sirkka Parpala. On huomattava, että kyseisenä ajankohtana oli Suomessa vielä yli 20 kättilökoulutusta tarjoavaa oppilaitosta. Yhdistys rekisteröitiin joulukuussa 1995. Suomen Kättilöliitto oli alusta asti aktiivisesti mukana yhdistyksen toiminnassa ja Kättilöliiton puheenjohtaja Merja Kumpula valittiin yhdistykseen kunniajäseneksi.

Suomen kättilöopettajat ry otti tehtäväkseen kättilöopiskelijan työkirjan tekemisen ja julkaisemisen. Ensimmäinen painos saatiin käyttöön vuonna 1995. Se oli suomenkielinen, mutta heti samana vuonna se käännettiin myös ruotsiksi ja englanniksi. Työkirjan avulla voitiin seurata EU-direktiivien määrällistä toteutumista harjoittelujen aikana. Se on osoittautunut tehokkaaksi käyntikortiksi myös työnhaussa ulkomailla. Aluksi työkirjan käyttöönotto oli opettajan valinta, mutta myöhemmin se määriteltiin valtakunnallisessa opetussuunnitelmassa pakolliseksi. Suomen kättilöopettajat ry huolehti kirjan päivityksestä ja julkaisemisesta yli kymmenen vuotta. Kun yhdistys lopetti toimintansa, se luovutti julkaisuoikeudet Editalle vuonna 2005.

Suomen kättilöopettajat -yhdistys liittyi myös kansainväliseen I.M.T.G.-yhdistykseen, mutta yhteistyö jäi käytännössä melko vähäiseksi. Suurin ponnistus yhdistykselle oli Suomen ulkoministeriön rahoittaman Etelä-Afrikka-projektin johtaminen vuosina 1999–2001. Projektin kumppaneina olivat Helsingin ammattikorkeakoulu, Pirkanmaan ammattikorkeakoulu, Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Kättilöopiston sairaala ja Väestöliitto. Kolmen vuoden ajan kehitettiin yhteistyössä paikallisten asiantuntijoiden kanssa Etelä-Afrikan KwaZuluNatal-provinsin kättilökoulutusta, äitiyshuoltoa ja seksuaaliterveyden edistämistä.

Yhdistys toimitti listaa kättilötyön Pro Graduista ja väitöskirjoista. Lisäksi yhdistys järjesti koulutuspäivän ”Kehittyvä kättilötyö” toukokuussa 1995 sekä opintokäyntejä Tukholmaan, ensimmäisen tammikuussa 1996.

Ammattikorkeakoulujärjestelmän myötä kättilökoulutusta tarjoavien oppilaitoksien määrä väheni kahdeksaan. Yhdistyksen jäsenmäärä alkoi laskea, mikä oli ymmärrettävää, kun yhdistävää tekijää ei enää ollut. Yhdistys lopetettiin vuonna 2005. Katsottiin, että sen aika oli ohi. Jäsenmäärä oli pieni ja samoja asioita kehitettiin kättilöopettajien verkostossa, jolle oli annettu Opetushallitukselta, myöhemmin Opetusministeriöltä vastuu kättilökoulutuksen opetussuunnitelmatyöstä.

Kätilöopettajat opetussuunnitelmien kehittäjinä

Vuonna 1987 voimaan tullut Ammattikasvatushallituksen opetussuunnitelma laadittiin yhteistyössä terveydenhuollon ja koulutuksen hallinnon, työelämän, alan järjestöjen ja opettajien kanssa. 1990-luvulla Opetushallitus käytti runsaasti resursseja siihen, että kaikkien koulutusammattien edustajat osallistuivat opetussuunnitelmiansa tekemiseen. Vuonna 1996 voimaantullessa viimeisessä opistotason kätilön opetussuunnitelman perusteissa ennakointiin ammattikorkeakoulutasolle siirtymistä ja otettiin huomioon direktiivien edellyttämä koulutuksen pidentys sekä kaksoistutkinnon (sairaanhoitajan ja kätilön tutkinnon) saavuttaminen. Kätilökoulutuksen työryhmän edustajat olivat Helsingin, Porin ja Tampereen terveydenhuolto-oppilaitoksista. Lisäksi työskentelyyn osallistui työelämän edustaja. Tässä opetussuunnitelmassa puhuttiin ensimmäistä kertaa kätilöstä lisääntymisterveyden asiantuntijana ja kuvattiin kätilön laaja-alainen asiantuntijuus. Tätä opetussuunnitelmaa ei ehditty ottaa käyttöön kaikissa oppilaitoksissa, koska aloitettiin jälleen uusi valtakunnallinen kehittäminen eli ns. Terva-projekti siirryttäessä ammattikorkeakoulujärjestelmään ja Opetusministeriön säätelyyn.

Opetusministeriö käynnisti Terva-projektin, jonka tuloksena vuonna 2001 Opetusministeriö julkaisi suosituksen ”Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot”. Terva-projektin työryhmässä oli kaikkien kätilökoulujen edustus sekä Kätilöliiton puheenjohtaja Merja Kumpula, joka edusti myös työelämää. Kätilöopettajien yhteistyö oli tehokasta. Prosessissa nostettiin kätilökoulutuksen ydinasiaksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Termi herätti paljon erilaisia näkemyksiä, mutta siitä pidettiin kiinni, koska haettiin kansainvälistä vastaavuutta ja itsenäisen kätilötyön ydintä. Seuraavat vuodet kiisteltiin oppilaitoksissa, onko Opetusministeriön julkaisu statukseltaan vain suositus vai onko se kaikkia oppilaitoksia velvoittava ohje. Suositus uudistettiin vuonna 2006 ja yhteistyö jatkui verkostossa totutulla tavalla.

Vuonna 2013 kätilöopettajien verkostossa alettiin työstää kätilön minimiosaimiskuvauksia Terveystieteen ammattikorkeakouluverkoston työvaliokunnan innoittamana. Prosessi oli kätilöopettajien yhteinen, mutta vetovastuun siitä otti Metropolia Ammattikorkeakoulu. Kuvaus perustui laajaan kirjallisuuskatsaukseen ja uusimpaan tutkimustietoon. Kuvaus valmistui vuonna 2014. (Pienimaa 2014.)

Kaikissa kätilökoulutuksen vaiheissa kätilöopettajien verkosto on tehnyt saumatonta yhteistyötä. Opetussuunnitelmavaiheiden väliaikoina verkosto on ko-

koontunut 1–3 kertaa vuodessa. Tavoitteena on ollut pitää kättilökoulutus korkeatasoisena ja koko maassa tasalaatuisena sekä kansainvälisesti tunnustettuna. Verkostossa ratkaistaan yhteisiä ongelmia, tehdään lausuntoja ja neuvotellaan kättilökoulutuksen asioista sekä jaetaan uusinta tietoa. Vuonna 2015 keskustelun ytimessä ovat olleet kättilökoulutuksen tulevaisuus, Opetus- ja kulttuuriministeriön selvityshenkilöiden esitys kättilökoulutuksen vaihtoehtoista ja koulutuksen muutospaineet, koska suomalaisen kättilökoulutuksen pituus ei yksiselitteisesti täytä EU-direktiivejä. Selvitysryhmän ehdotus kättilökoulutuksen muuttamisesta ylemmäksi ammattikorkeakoulututkinnoksi sai paljon kannatusta opettajien keskuudessa. Sen nähtiin seuraavan muiden Pohjoismaiden ratkaisuja maisteritasoisesta kättilötutkinnosta.

Kättilötyön oppikirja

Kättilökoulutukselta puuttui oppikirja, joka olisi kattanut syvällisesti kättilöltä vaadittavan osaamisen. Vuonna 1968 oli ilmestynyt legendaarinen Keijo Soivan kirjoittama ”Synnytysopin oppikirja kättilöille”, mutta se ei ollut enää ajantasainen, eikä uusia painoksia enää tullut myyntiin. Vuonna 2006, useamman vuoden uurastuksen jälkeen, Edita julkaisi kättilötyön oppikirjan ”Kättilötyö”, jonka toimitivat Ulla Paananen, Sirkka Pietiläinen, Eija Raussi-Lehto, Pirjo Väyrynen ja Anna-Mari Äimälä. Useita kättilöopettajia oli kirjoittamassa kirjan artikkeleita ja suuri joukko osallistui kommentein ja opastuksin kirjan kirjoittamiseen. Kirja sisälsi koko kättilötyön alueen mukaan lukien naisen hoitotyön. ”Kättilötyö”-kirjan uudistettu painos ilmestyi vuonna 2015. Siitä jätettiin pois naisen hoitotyö, koska siitä oli muodostunut jo niin laaja kokonaisuus.

Kättilökoulutuksen kansainvälinen yhteistyö

Kukin ammattikorkeakoulu on solminut omat kansainväliset kontaktinsa ja verkoston kokouksissa on jaettu kertyvää kansainvälistä tietoa. Suomen kättilöopettajien verkoston asiantuntijuutta on puolestaan käytetty kansainvälisissä tehtävissä.

EU jäsenyyttä vuonna 2004 hakevien uusien maiden terveysalan koulutukset tutkittiin hyvin tarkkaan. Vuonna 2002 EU:n arviointidelegaatioihin kutsuttiin Suomesta Sirkka Parpala (Malta, Romania), Anna-Mari Äimälä (Unkari, Slovakia) ja Merja Kumpula (Unkari, Viro). Kukin osallistui kansainvälisen ryhmän jäsenenä koulutuksen, kättilön aseman ja muiden puitetekijöiden arvioitiin ja neu-

vontaan. Erityisen paljon keskusteluja käytiin kättilön nimikkeen palauttamiseksi maissa, joissa siitä oli luovuttu. Joissakin maissa yhteistyö jatkui vielä tehtävän jälkeekin. Vuonna 2003 Anna-Mari Äimälä kutsuttiin neuvontaryhmän jäseneksi Slovenian kättilökoulutuksen opetussuunnitelmaa kehittämään. Myöhemmin Suomen kättilöopettajat lahjoittivat harjoittelun työkirjan Slovenian kättilökoulutuksen käyttöön.

Vuonna 2011 Suomi osallistui asiantuntijamaana, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen edustamana, Twinning-projektiin Kroatiassa. Projektin tavoitteena oli harmonisoida Kroatian kättilö- ja sairaanhoitajakoulutus EU-direktiivien mukaiseksi ennen Kroatian liittymistä EU:iin. Kättilökoulutuksen asiantuntijana projektissa toimi lehtori Eva Matintupa (Rising the knowledge and skills of nurses and midwives and harmonization educational curricula with Directive 2005/36/EC, 2011).

Pohjoismaisen kättilöliiton (Nordiskt Jordemoderförbund, NJF) yhtenä tavoitteen on aina ollut kättilökoulutuksen kehittäminen ja tasavertaistaminen ja siten mahdollistaa työvoiman liikkuminen Pohjoismaissa. Suomen Kättilöliiton edustajina tässä koulutustyöryhmässä ovat olleet Yrkeshögskolan Noviasta Eva Matintupa sekä Metropolia Ammattikorkeakoulusta Anna-Kaisa Pienimaa. Pohjoismaisen kättilökoulutus ja kättilöiden ammatinharjoittaminen ovat maailmanlaajuisesti korkealla tasolla. Kaikissa Pohjoismaissa kättilökoulutus on korkeakoulutasoista ja pituus vaihtelee 3,5 vuodesta 6 vuoteen. Osassa koulutuksista on ns. suora kättilökoulutus ja osassa se on jatkokoulutuksena sairaanhoitajakoulutuksen jälkeen. Vain Suomessa se on näiden molempien yhdistelmä. Suurin osa maailman kättilökoulutuksista on suoria kättilökoulutuksia, jotka eivät liity sairaanhoitajakoulutukseen. Myös ne Pohjoismaat, joissa koulutus perustuu sairaanhoitajakoulutukseen, jota seuraa jatkokoulutus kättilöksi, suunnittelevat siirtymistä suoraan maisteritasoiseen kättilökoulutukseen.

Pohdinta

Suomessa on 4,5 vuotta kestävä kättilökoulutus, joka antaa kaksoispätevyyden: kättilön ja sairaanhoitajan. Koulutuksen pituus on tällä hetkellä ongelma, koska EU-direktiivien vaatima koulutuksen pituus ei aivan täyty. Jos koulutus pitenisi puolella vuodella viisivuotiseksi, täyttäisimme direktiivit pituuden suhteen ja voisimme säilyttää kaksoistutkinnon. Samalla olisimme lähellä muita Pohjoismaita ja Bolognan mallin mukainen maisterin tutkinto mahdollistuisi.

Pohjoismaissa ollaan suuntaamassa kättilöiden koulutusta maisteritasoiseen korkeakoulututkintoon. Tanska on vasta saanut ensimmäisen kättilötieteen professorinsa Odensen yliopistoon. Suomessa ei ole yhtään kättilötieteen professoria, eikä suoraan kättilöille tarkoitettua maisteritutkintoa. Suomessa ylempi ammattikorkeakoulututkinto tähtää yleensä enemmän kehittämiseen ja johtamiseen kuin ammatillisen osaamisen syventämiseen. Myöskään suomalainen terveystieteiden maisteritutkinto ei tähtää kättilötyön osaamisen kasvattamiseen kuten kättilöiden maisteritutkinnot muissa Pohjoismaissa. Tohtorikoulutettuja kättilöitä on Suomessa vielä varsin vähän. Nyt tarvitaankin lisää kättilöitä, jotka väittelevät ja jotka vievät yliopistoissa ja ammattikorkeakouluissa suomalaista kättilötiedettä eteenpäin.

Lähteet

- Direktiivi 2005/36/EY. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi ammattipätevyyden tunnustamisesta.
- Direktiivi 2013/55/EU. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi ammattipätevyyden tunnustamisesta annetun direktiivin 2005/36/EY ja hallinnollisesta yhteistyöstä sisämarkkinoiden tietojenvaihtojärjestelmässä annetun asetuksen (EU) N:o 1024/2012 (IMI)-asetus) muuttamisesta.
- Euroopan unionin virallinen lehti. 28.12.2013. Verkkojulkaisu. <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:fi:PDF>>. Luettu 13.1.2016.
- Karttunen, Päivi – Vallimies-Patomäki, Marjukka 2015. Kättilökoulutukselle uusi suunta. Selvitys rakennevaihtoehtoista. Opetus- ja kulttuuriministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2015: 11. Verkkojulkaisu. <<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2015/liitteet/tr11.pdf?lang=fi>>. Luettu 13.1.2015.
- Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakouluista terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäispisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.
- Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Äimälä Anna-Mari 2015. Kättilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Helsinki: Edita.
- Pienimaa, Anna-Kaisa 2014. Kättilön ammatillisen osaamisen kuvaus. Kättilökoulutuksesta valmistuvien osaamisalueet ja keskeiset sisällöt. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

2. Seksuaali- ja lisääntymisterveys kättilökoulutuksessa

Elina Tiainen

Sirpa Tuomi

Johdanto

Kättilön ammatillisen osaamisen kuvauksen (Pienimaa 2014) mukaan kättilö on seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntija, jolla on laaja-alainen seksuaali- ja lisääntymisterveyden osaaminen raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteen aikaisesta seurannasta ja hoidosta. Lisäksi kättilö hallitsee naisen terveyden ja naisten tautien hoitotyön sekä seksuaaliterveyden edistämisen. (Pienimaa 2014.) Kättilökoulutuksessa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä tarkastellaan elämän kaikissa vaiheissa kullekin vaiheelle tyypillisine piirteineen. Kättilön tulee ymmärtää seksuaali- ja lisääntymisterveyden ilmiötä kohdatessaan eri-ikäisiä, eri kulttuurista tulevia ja eri sukupuolta olevia ihmisiä kättilötyön erilaisissa tilanteissa. Artikkelissa hyödynnetään kättilöopiskelijoiden opinnäytetöiden aineistoja (Jormakka – Korpela 2015; Juutilainen – Kankainen 2015; Kangas 2015; Laine – Raina 2016).

Näkökulmia seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteeseen

Tarkasteltaessa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä osana kättilökoulutusta ja kättilötyötä on huomioitava aikakauden ja kulttuurin vaikutus. Esimerkiksi kättilötyötä koskevissa muistelmissa ja elämänkerroissa kättilötyötä kuvataan arkitodellisuuden kautta (ks. Grönroos 1993; Valtonen 1999; Niiranen 2004; Porkka-Helenius 2013). Kättilöillä on ollut merkittävä asema suomalaisessa yhteiskunnassa naisen ja perheen terveyden edistäjänä. Kättilötyön ammatilliset vaatimukset ovat muovautuneet ajansaatossa vastaamaan perheiden ja yhteiskunnan tarpeita. (Kangas 2015.) Kättilötyön ydin on kuitenkin pysynyt samana seksuaali- ja lisääntymister-

veyden edistämisessä, vaikkakin terminologia on muuttunut. Kättilökoulutuksen alkuvaiheissa seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteet liittyivät läheisesti lääketieteen ja luonnontieteen käsitteisiin, kuten emä (kohtu), parittelemine (yhdyntä) tai waimo on kantavana (raskaana) (Sirelius 1873). Nykyisissä opetussuunnitelmissa ja oppikirjoissa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä käsitellään laajemmin kuin varhaisemmissa oppikirjoissa, jolloin painopiste oli enemmän lisääntymisterveydessä.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa (2014) määritellään lisääntymisterveyden (reproductive health) ja seksuaaliterveyden (sexual health) käsitteitä WHO:n määritelmien mukaisesti. Näiden käsitteiden hierarkkinen suhde on herättänyt keskustelua. Toimintaohjelmassa seksuaali- ja lisääntymisterveys nähdään rinnakkaisina ja pitkälti toisiinsa liittyneinä käsitteinä. Kummallakin käsitteellä on omat erityismerkityksensä. Nämä yhdessä muodostavat toisiaan täydentävän kokonaisuuden, seksuaali- ja lisääntymisterveyden. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijat näkevät eroavaisuuksia käsitteiden käytöstä yhdessä tai erikseen. Lisäksi osan mielestä seksuaaliterveys on yläkäsite, joka pitää sisällään myös lisääntymisterveyden ja päinvastoin. (Klemetti – Raussi-Lehto 2014.) Laineen ja Rainan (2016) tekemässä käsiteanalyysissä seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsite koostui niin seksuaaliterveyden kuin lisääntymisterveydenkin ulottuvuuksista, jotka ovat päällekkäisiä eikä niitä voi selkeästi erottaa. Näin ollen ne muodostavat yhdessä toisiaan täydentävän kokonaisuuden kuten seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa (2014) on kuvattu. (Laine – Raina 2016.)

Laineen ja Rainan (2016) tekemän käsiteanalyysin mukaan seksuaali- ja lisääntymisterveys käsitteen käyttötavat ovat moninaiset. Ensimmäisessä käsiteparia käytetään seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijoiden ja ammattilaisten välisessä keskustelussa moniammatillisesti ja poikkitieteellisesti. Käsiteparia käytetään myös virallisissa julkaisuissa, rekistereissä ja tutkimuksissa. Lisäksi käsiteparin käyttö on yleistä seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvissä palveluissa, seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseen liittyvässä toiminnassa, kasvatuksessa ja opetuksessa. (Laine – Raina 2016.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveys käsitteen ominaispiirteinä voidaan nähdä salutogeeninen lähestymistapa, jossa käsitteen käytön lähtökohtana on positiivinen, ihmisen terveyttä ja hyvinvointia edistävä näkökulma. Salutogeenisen lähestymistavan mukaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden nähdään vaikuttavan ihmisen elämänlaatuun, hyvinvointiin ja voimavaroistumiseen. Ominaispiirteisiin vaikuttavat kulttuuri, lainsäädäntö ja aika, mikä on nähtävissä siinä, voidaanko keskus-

telua käydä tasavertaisesti seksuaali- ja lisääntymisterveydestä vai onko esimerkiksi kulttuurin tai ympäröivien olosuhteiden vaikutuksesta painotettava enemmän lisääntymisterveyden näkökulmaa. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden ominaispiirteitä voidaan pitää myös sitä, että se kuuluu jokaisen ihmisen oikeuksiin koko elinkaaren ajan. (Laine – Raine 2016.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveys kättilökoulutuksen opetussuunnitelmissa ja oppikirjoissa

Kättilön koulutusta ovat ohjanneet erilaiset kansalliset ohjesäännöt, esimerkiksi Kättilöohjesääntö vuodelta 1859 ja Keisarillinen ohjesääntö vuodelta 1879, sekä lait ja asetukset, esimerkiksi kättilöopetuksen asetus vuodelta 1926, kansanterveyslaki 1972 ja asetus ammattikorkeakouluista 2014. Opetussuunnitelmista eri vuosikymmeniltä havaitsee sen, miten koulutus on muuttunut kunnankättilökoulutuksesta erikoissairaanhoidajakoulutukseen ja eurooppalaista tasoa vastaavaksi kättilökoulutukseksi. Nykyisin koulutusta ohjaavat ammattikorkeakoululainsäädäntö, EU-direktiivi ja kättilön osaamisen kuvaukset. Koulutusta koskevia dokumentteja tarkastelemalla voidaan todeta, että seksuaali- ja lisääntymisterveys kättilökoulutuksessa muodostuu erilaisista ilmiöistä, jotka ovat muovautuneet ajan saatossa. Ensimmäisissä kättilökoulutusta ohjanneissa ohjesäännöissä pääpaino oli lisääntymisterveydessä ja siihen liittyvässä lääketieteellisessä tiedossa ja kättilötyön käytännön taidoissa. Opetuksessa huomioitiin myös vuorovaikutus waimon kanssa sekä valistus ja neuvontatyö. Opetussuunnitelmissa näkyy yhteiskunnallinen muutos suhtautumisessa seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. Lääketieteellisen lähestymistavan rinnalle nousi vähitellen tutkimus- ja kehittämistoiminnan myötä perheeseen ja äitiyteen liittyvät psykologiset ja sosiologiset näkökulmat. Seksuaalisuuteen liittyvät ilmiöt huomioidaan opetussuunnitelmissa näkyvämmmin 1980-luvun loppupuolelta lähtien. Opetussuunnitelmia ja kättilökoulutusta 1990-luvulla ohjasivat vahvemmin hoitotieteen paradigmat kuin lääketieteellinen ajattelu. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteet näkyvät laajemmin ensimmäisiä kertoja opetussuunnitelmissa 1990-luvun puolivälin jälkeen. Seksuaali- ja lisääntymisterveys on olennainen osa 2000-luvun kättilötyön opetussuunnitelmia. (Juutilainen – Kankainen 2015.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveys on sisältynyt kättilötyön oppikirjoihin koulutuksen alusta lähtien. Terminologia heijastelee kunkin koulutusvaiheen aikalais-keskustelua, kulttuuria sekä hoitotieteen ja lääketieteen kehitystä. Oppikirjojen

terminologiaan on myös vaikuttanut yleinen keskustelu lisääntymisterveydestä ja seksuaaliterveydestä. Varhaisimmista oppikirjoista välittyy raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteisen hoitamisen lisäksi ajan kuvausta naisen asemasta vaimona sekä seksuaalisuuteen ja lisääntymisterveyteen liittyvästä häveliäisyydestä. ”*Wält-tääkseen waimon kainouden loukkaamista, käskeköön kättilö pois kaikki joutavat katselijat älköönkä itse hänen ruumistaan, etenkin häpyseudusta, paljastako muuta, kuin mitä tarwe waatii. Olkoon muutoinkin siisti käytöksistään ja puheistaan.*” (Sirelius 1873.) Seksuaaliterveys käsitteen yleistyessä 1990-luvulla sitä ruvettiin käyttämään käsitteenä kättilötyön oppikirjoissa. Sitä ennen käsitteenä käytettiin muun muassa ihmissuhde- ja sukupuolikasvatuksen käsitettä (Lääkintöhallituksen ohjekirje 7032/02/80. 1980). Pietiläinen (2015) käyttää käsitettä seksuaali- ja lisääntymisterveys, jonka osa-alueita ovat muun muassa parisuhde, turvallinen seksi, ei-toivotut raskaudet, äitiyskuolleisuus, seksitaudit, HIV, laillinen raskauden keskeyttäminen, hedelmättömyys, naiseen kohdistuva väkivalta sekä tyttöjen ja naisten sukuelinten ympärileikkaus. (Pietiläinen 2015.)

Soivan (1977) Synnytysopin oppikirja kättilöille on ollut kättilökoulutuksen perusoppikirjana 1960–1980-luvuilla. Kirjassa painottui lääketieteellinen näkökulma. Seksuaaliterveyteen liittyvinä asioina kirjassa käsiteltiin raskauden ajan sukupuoliyhdyntää, sitä milloin se oli sallittua. Perhesuunnittelu otetaan Soivan (1977) mukaan puheeksi jälkitarkastuksen yhteydessä ”... *sopiva ajankohta seuraavalle raskaudelle ja hedelmöityksen ehkäisy...*”. Soivan (1977) oppikirjassa on luku lainsäädännöstä, jossa on mukana myös vanha asetus kättilötoimen harjoittamisesta ja synnytyslaitoksista (16.4.1920; n:o 91). Tässä asetuksessa kuvataan tarkasti kättilön velvollisuuksia, joihin sisältyi myös terveyden edistämistä. ”12 §. *Kättilön tulee hellästi ja huolellisesti hoitaa synnyttänyttä äitiä ja vastasyntynyttä lasta. Kun kättilön apua ei enää tarvita, tulee hänen, ennen kuin synnyttäjän luota poistuu, antaa neuvoja äidin ja lapsen hoidosta sekä teroittaa imettämisen tärkeyttä äidin ja lapsen terveydelle. ...*” (Soiva 1977).

Kättilötyön oppikirja vuodelta 2015 tuo modernin näkökulman seksuaali- ja lisääntymisterveyteen perinteisen kättilötaidon rinnalle. Esimerkiksi perinteisen terveysneuvonnan lisäksi käsitellään seksuaalisuutta nautinnollisuuden näkökulmasta: ”...*Raskauden puolivälissä suhde kumppaniin on usein vahvistunut ja sukupuolielämä voi olla nautinnollista. Kasvavan vatsan pyöreys ja mystisyys viehättää vanhempia ...*”. (Pietiläinen – Väyrynen 2015.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden ilmiöt kättilökoulutuksessa

Kättilöopiskelijat ovat käyttäneet oppinnäytetöissään aineistoina kättilötyön koulutusta ohjaavia dokumentteja ja kättilötyön oppikirjoja. Näitä analysoimalla voidaan havaita seksuaali- ja lisääntymisterveyden koostuvan erilaisista ilmiöistä. (Jormakka – Korpela 2015; Juutilainen – Kankainen 2015; Kangas 2015; Laine – Raina 2016.) Ilmiöt voidaan kuvata seuraavien yläkäsitteiden mukaisesti: kasvu ja kehitys, terveyden edistäminen, sosiokulttuurisuus, kohtaaminen ja vuorovaikutus, hoitaminen sekä kehittäminen ja johtaminen. Ilmiöt kuvataan kuviossa 1 yläkäsitteiden mukaisesti ryhmiteltyinä.

Seksuaali- ja lisääntymisterveys kättilökoulutuksessa kasvun ja kehityksen ilmiönä

Seksuaali- ja lisääntymisterveys kättilökoulutuksessa kasvun ja kehityksen ilmiönä pitää sisällään fyysisen ja psyykkisen kasvun ja kehityksen sekä seksuaalisen kehittymisen elämänkaaren eri vaiheissa. Se sisältää myös sukuelinten rakenteen ja fysiologisen toiminnan sekä lisääntymisen. Tämän ilmiön ymmärrystä vahvistaa monitieteinen tietoperusta esimerkiksi lääketieteen, seksologian ja psykologian alalta.

Kasvun ja kehityksen ilmiö on sisältynyt kättilökoulutukseen alkuajoista lähtien. ”Meillä tulee naispuoli hedelmä- eli naimaikäiseksi noin 15 eli 16 vuoden paikoilla ja hedelmättömäksi tavallisesti 45 ja 53 ikävuoden välillä. Miehen siitäntökyky kestää kauemmin, 60 jolloinkulloin 80 vuoteen saakka.” (Sirelius 1873.) Kasvun ja kehityksen ilmiöitä sisältyy kättilön ammatillisen osaamisen kuvauksessa (2014) erityisesti ”Kättilö seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäjänä ja kliinisenä osaajana” osaamisalueeseen.

Seksuaali- ja lisääntymisterveys kättilökoulutuksessa terveyden edistämisen ilmiönä

Seksuaali- ja lisääntymisterveys kättilökoulutuksessa terveyden edistämisen ilmiönä tulee nähdä kuuluvaksi naisen ja perheen elämänkulun eri vaiheisiin ja elämäntilanteisiin. Terveyden edistämisen ilmiö sisältää omaehtoisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen ohjauksen, opetuksen, neuvonnan ja valistuksen keinoin. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden riskien tunnistaminen, arviointi ja ehkäisy ovat oleellinen osa terveyden edistämistä. Seksuaali- ja lisääntymister-

veys kättilökoulutuksessa terveyden edistämisen ilmiönä sisältää myös seksuaali- ja lisääntymisterveyttä tukevien palveluiden kokonaisuuden.

Terveyden edistämisen näkökulma on ollut kättilötyön oppikirjoissa jo 1800-luvulta alkaen kuten Sirelius oppikirjassaan kirjoittaa: *”Kättilön eli lastenmuorin wellisuus on olla neuwonantajana ja apuna tarwitsewille ei ainoastaan synnyttämisen työstä, waan usein raskaudenkin aikana ja lapsiwuoteessa, johon wiimeiseen kuuluu myös wastasyntyneen lapsen hoito.”* (Sirelius 1873).

Viimeisimmässä kättilötyön (2015) oppikirjassa tarkastellaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistä omana kokonaisuutenaan ”Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen”. Tässä tuodaan esille erilaisia ohjaukseen ja neuvontaan liittyviä näkökulmia, kuten esimerkiksi lisääntymisterveyttä edistävä neuvonta ja hoito, seksuaaliopetus, seksuaalineuvonta, seksuaalivalistus sekä seksuaaliohjaus. Lisäksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistä tarkastellaan eri-ikäisten ihmisten seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisenä. *”... Kättilön tulee tunnistaa nuoren mahdollinen seksuaalinen riskikäyttäytyminen ja siihen johtavia tekijöitä. Seksuaalisen riskikäyttäytymisen määrittely on kulttuurisidonnaista ja yhteiskunnallisista normeista riippuvaista. ...”*. (Pietiläinen 2015.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveys kättilökoulutuksessa sosiokulttuurisena ilmiönä

Seksuaali- ja lisääntymisterveys kättilökoulutuksessa sosiokulttuurisena ilmiönä kuvastaa sitä, miten esimerkiksi yhteiskunnalliset ilmiöt, kulttuuri, uskonto ja media vaikuttavat seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviin asioihin. Uskonollisen vaikutuksen ollessa vahva kättilökoulutuksen alkuaikoina seksuaali- ja lisääntymisterveys liittyi usein aviolliseen suhteeseen ja waimon tai äiti-waimon arkeen. Häveliäisyys, uskomukset ja moraali vaikuttivat kättilötyöhön ja olivat myös osana oppikirjojen tekstisisältöjä. Raskaana olevan naisen tutkimista opetettiin 1800-luvulla seuraavasti: *”... kättilö asettaa wasemman kätensä waimon ristiselän kohdalle ja wiepi samalla oikean kätensä aluswaatteen suojassa waimon oikeaa reittä pitkin warovasti ylöspäin aina wyötäisille... Watsa on pidettävä ohuesti peiteltynä, älköönkä sitä paljastettako muulloin kuin jos näköä tutkiskeluun tarwitaan. ... Tutkintonsa hawainnoista älköön kättilö ilmoittako waimolle älköönkä hänen likimmillensäkään muuta, kuin tietää olewan aivan totta”*. (Sirelius 1873.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveys kättilökoulutuksessa sosiokulttuurisena ilmiönä sisältää myös keskeisen seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvän lainsäädän-

nön, suositukset ja ohjeet. Näihin liittyen kättilökoulutukseen on sisällytetty seksuaalioikeuksien käsitteleminen 1990-luvulta lähtien. Sosiokulttuuriseen ilmiöön sisältyy kättilön eettinen toiminta. Tämä sisältää ammattietiikan ja erityistilanteisiin liittyvän eettisen pohdinnan henkilökohtaisen toimintaetiikan ja ammattietiikan välillä haasteellisissa ja vaikeissa hoitotilanteissa, joita ovat esimerkiksi raskauden keskeytys, sikiödiagnostiikka ja erilaisten perheiden kohtaaminen. (Synnytyksessä toteutettavan... 2010.) Kättilötyön oppikirjassa (2015) tuodaan esille moraalikonfliktin käsite ”... *Kättilön työssä ei voi välttyä moraalikonflikteilta, ja niihin valmistautuminen edellyttää jatkuvaa keskustelua kättilön työn periaatteista ja etiikan eri teorioista.*” (Paananen – Väyrynen 2015.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveys kättilökoulutuksessa kohtaamisen ja vuorovaikutuksen ilmiönä

Seksuaali- ja lisääntymisterveys kättilökoulutuksessa kohtaamisen ja vuorovaikutuksen ilmiönä pitää sisällään naiseuden tukemisen elämänkaaren eri vaiheissa sisältäen minäkuvan ja kehonkuvan tukemisen. Parisuhteen tukeminen ja seksuaalisuuden puheeksiottaminen sekä rajatun tiedon antaminen ovat keskeisiä kohtaamisen ja vuorovaikutuksen elementtejä kaikilla kättilötyön osa-alueilla. Seksin puheeksiottaminen on mukana jo ensimmäisessä suomenkielisessä kättilötyön kirjassa: ”...*tiheät ja rajut parittelemiset vaarallisia, varsinkin raskauden neljän ensimmäisen kuukauden aikana.*” (Sirelius 1873).

Äitys, isyys, vanhemmuus ja varhainen vuorovaikutus korostuvat etenkin raskaana olevien, synnyttävien ja synnyttäneiden perheiden ohjauksessa ja neuvonnassa. Äitiyteen liittyvien tunteiden käsittely on nähty tärkeäksi jo Sireliuksen 1873 oppikirjassa: ”...*Jotenkin tawallista on, että raskas pelkää jonkinlaisia luomanmerkkejä tai rumasyntyisyyttä kohtunsa sikiölle. Kättilön tulee rauhoittaa raskasta tästä katsannosta, sillä tämä wanha periluulo on perätöntä...*”. Nykyiset kättilötyön opetussuunnitelmat ja oppikirjat korostavat naislähtöisyyttä ja perhekeskeisyyttä kohtaamisen ja vuorovaikutuksen ilmiön ydinajatuksena, kuitenkin unohtamatta yksilöllisyyttä. Esimerkiksi perhe- ja synnytysvalmennuksessa huomioidaan molempien vanhempien tarpeet. ”*Vaikka lapsen saaminen on perheen yhteinen asia, perheenjäsenillä on yksilöllisiä tiedon ja tuen tarpeita. ... Jos valmennus vastaa vanhempien yksilöllisiin tarpeisiin, heillä on enemmän voimavaroja toimia toistensa tukena. ...*” (Haapio – Pietiläinen 2015.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveys kätilökoulutuksessa hoitamisen ilmiönä

Seksuaali- ja lisääntymisterveys kätilökoulutuksessa hoitamisen ilmiönä muodostuu raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteen aikaisesta perheen hoitamisesta sekä vastasyntyneen hoidosta.

Hoitamisen ilmiöön kuuluu myös naisen hoitaminen sukupuolielinten toimintahäiriöiden ja sairauksien yhteydessä samoin kuin lapsettomuuteen, raskauden keskeytymiseen tai keskeyttämiseen liittyvä kätilötyö. Seksuaaliongelmien tunnistaminen ja ohjaus sekä lähisuhdeväkivaltaa tai seksuaalista väkivaltaa kokeneen naisen hoitaminen kuuluvat tähän ilmiöön. Osa kätilökoulutuksen hoitamisen ilmiöön liittyvistä menetelmistä on pysynyt lähes ennallaan liki 200 vuoden ajan, kuten esimerkiksi vaikeiden asioiden puheeksi ottaminen: *”Semmoiset seikat, joita neuwonpyytäjät itse ei ymmärrä, ei tahdo tahi ei rohkene selittää, tarkastetaan tunto- tahi muilla aistimilla, waan seikkoja, joita ei käy käsittäminen semmoisella tarkastuksella, tutkitaan puheellisesti eli kysymyksillä”* (Sirelius 1873).

Kätilötyön oppikirjassa (2015) uutena hoitamisen ilmiönä käsitellään laajemmin maahanmuuttajanaisten kätilötyötä. Suomeen saapui 1990-luvulla pakolaisia naisia, joissa tyttöjen ja naisten ympärileikkaus oli osa kulttuurista perinnettä. Hoitamisen ilmiön osana kätilötyön (2015) oppikirjassa kuvataan ympärileikatun naisen raskaus, synnytys ja lapsivuodeajan erityistarpeita sekä muun muassa avausleikkaukseen liittyvää kätilötyötä. (Pietiläinen – Tiilikainen – Johansson 2015.) Tämä on uudenlaista kätilötyön osaamista, jota kunnankätilövaiheessa ei tarvittu.

Seksuaali- ja lisääntymisterveys kätilökoulutuksessa kehittämisen ja johtamisen ilmiönä

Seksuaali- ja lisääntymisterveys kätilökoulutuksessa kehittämisen ja johtamisen ilmiönä sisältää näyttöön perustuvan toiminnan sekä kehittävän ja tutkivan työotteen. Lisäksi siihen sisältyy kätilöjohtoinen toiminta ja moniammatillinen yhteistyö. Kätilön työ on ollut ja on edelleen itsenäistä ja vastuullista, mikä välittyy sekä kätilön ammatillisen osaamisen kuvauksesta (2014) että kätilötyötä käsittelevistä elämänerroista ja muistelmista, joissa kuvataan kunnankätilön toimintaa (Kangas 2015). Kätilön velvollisuuksia määrittelevässä asetuksessa vuodelta 1920 kuvataan kunnankätilön itsenäistä, kollegiaalista ja moniammatillista yhteistyötä. *”Jos kätilö huomaa, että synnytyksen aikana tai sen jälkeen vaara uhkaa äidin tai sikiön henkeä, on hänen, samalla kun itse ryhtyy kaikkiin mahdollisiin toimenpi-*

teisiin uhkaavan vaaran torjumiseksi, siitä ajoissa ilmoitettava äidin omaisille ja, mieluummin todistajain läsnäollessa, vaadittava lääkäriä kutsuttavaksi tai, jollei lääkäriä ole saatavissa, pyydettyä saada neuvotella toisen lähellä olevan kättilön kanssa. ...” (Soiva 1977.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveys kättilökoulutuksen kehittämisen ja johtamisen ilmiönä kuvastaa kättilötyön osaamista, jolla on vahvat juuret kunnankättilön itenäisessä toiminnassa. Nykyajan kättilökoulutus on kuitenkin dynaamista ja muuntuvaa vuorovaikutusta ajassa kehittäen seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijuutta ja toimintaa näyttöön perustuen.



Kuvio 1. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden ilmiöt kättilökoulutuksessa

Lopuksi

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteet ovat muuttuneet ajansaatossa. Tämä muutos heijastuu myös siihen, kuinka seksuaali- ja lisääntymisterveys nähdään kättilökoulutuksessa. Kättilötyön osaaminen on perinteisesti pohjautunut pitkälti lisääntymisterveyteen ja vähitellen seksuaaliterveys on tullut painokkaammin rinnalle. Tänä päivänä seksuaali- ja lisääntymisterveys nähdään yhtenäisenä kokonaisuutena.

Seksuaali- ja lisääntymisterveys kättilökoulutuksessa koostuu seuraavista ilmiöistä: Kasvu ja kehitys, terveyden edistäminen, sosiokulttuurisuus, kohtaaminen ja vuorovaikutus, hoitaminen sekä kehittäminen ja johtaminen. Määriteltäessä kättilö seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijaksi tulee nähdä, että seksuaali- ja lisääntymisterveys muodostuu yllä kuvatuista ilmiöistä. Näistä ilmiöistä muodostuu kättilön laaja-alainen seksuaali- ja lisääntymisterveyden osaaminen. Ei voida ajatella, että seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen on erillinen osa kättilötyötä vaan se on kaikessa läsnä.

Yhteiskunnalliset muutokset ja ilmiöt ovat vaikuttaneet ja tulevat vaikuttamaan vahvasti myös kättilötyön osaamisvaatimuksiin seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijana. Tulevaisuudessa tarvitaan entistä vahvempaa erityisasiantuntijuutta seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueella. Kliininen erityisasiantuntijuus kättilötyössä tulee edellyttämään koulutuksen muuttumista kohti entistä korkeatasoisemman, itsenäisen asiantuntijatyön edellyttämiä vaatimuksia. Eurooppalaisista korkeakouluista löytyy sekä alemman että ylemmän korkeakoulututkinnon kättilökoulutusta ja jatkokoulutuksena kliiniseen erityisasiantuntijuuteen ja tutkimukseen tähtäävää ylempää korkeakoulututkintoa. Koulutuksen murrosvaihe on merkityksellinen. Tällöin voidaan tarkastella, missä kehityksen vaiheessa kättilökoulutus on suhteessa eurooppalaiseen kättilökoulutukseen. Tulevaisuuden näkökulmasta voidaankin pohtia, ollaanko Suomen kättilötyön koulutuksen kehityksessä siinä vaiheessa, että voidaan korkeakoulutuksen, tieteen ja tutkimuksen kehityksessä puhua kättilötieteen paradigmasta eurooppalaisten korkeakoulujen mallien mukaisesti. (ks. Kennedy – Lowe 2001; DeVries –Nieuwenhuijze – Buitendijk – the members of Midwifery Science WorkGroup 2013.)

Lähteet

- DeVries, Raymond – Nieuwenhuijze, Marianne – Buitendijk, Simonen – the members of Midwifery Science WorkGroup 2013. What does it take to have a strong and independent profession of midwifery? Lessons from the Netherlands. *Midwifery* (29). 1122–1128.
- Grönroos, Anja 1993. Sydänääniä: Kättilö-terveydenhoitaja Anja Grönroos muistelee. Huittinen: Huittisten Seudun Invalidit r.y.
- Haapio, Sari – Pietiläinen, Sirkka 2015. Perhe- ja synnytysvalmennus. Teoksessa Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Äimälä, Anna-Mari (toim.). *Kättilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika*. Helsinki: Edita. 208–213.
- Jormakka, Anna – Korpela, Mia 2015. Seksuaali- ja lisääntymisterveys kättilötyön koulutuksessa oppikirjojen valossa. *Opinnäytetyö*. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Kättilötyön suuntautumisvaihtoehto. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. (Julkaisematon).

- Juutilainen, Emmi – Kankainen, Riikka 2015. Seksuaali- ja lisääntymisterveys kättilökoulutuksessa. Opetussuunnitelmien pohjalta tarkasteltuna. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Kättilötyön suuntautumisvaihtoehto. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. (Julkaisematon).
- Kangas, Sanni 2015. Seksuaali- ja lisääntymisterveys kättilötyössä muistelmien ja elämänkertojen valossa. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Kättilötyön suuntautumisvaihtoehto. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. (Julkaisematon).
- Kennedy, Holly – Lowe, Nancy 2001. Science and Midwifery: Paradigms and Paradoxes. *Journal of Midwifery and Women's Health* 46 (2). 91–97.
- Klemetti, Reija – Raussi-Lehto, Eija (toim.) 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Tampere: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkojulkaisu. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-174-7>>.
- Lääkintöhallituksen ohjekirje 7032/02/80. 1980. Ihmissuhde- ja sukupuolikasvatuksesta terveyskeskuksessa. Lääkintöhallitus.
- Laine, Riina – Raina, Niina 2016. Käsiteanalyysi: Seksuaali- ja lisääntymisterveys. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Kättilötyön suuntautumisvaihtoehto. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala.
- Niiranen, Anna 1996. Voiko kättilö tulla? Maalaiskättilön muistelmia 50 vuoden takaa (näköispainos). Helsinki: Otava.
- Paananen, Ulla Kristiina – Väyrynen, Pirjo 2015. Kättilötyön etiikka. Teoksessa Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Äimälä, Anna-Mari (toim.). Kättilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Helsinki: Edita. 26–30.
- Pienimaa, Anna-Kaisa 2014. Kättilön ammatillisen osaamisen kuvaus. Kättilökoulutuksesta valmistuvien osaamisalueet, tavoitteet ja keskeiset sisällöt. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu.
- Pietiläinen, Sirkka 2015. Kättilö seksuaaliterveyden asiantuntijana. Teoksessa Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Äimälä, Anna-Mari (toim.). Kättilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Helsinki: Edita. 41–60.
- Pietiläinen, Sirkka – Tiilikainen, Marja – Johansson, Janneke 2015. Ympärileikatun naisen raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Teoksessa Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Äimälä, Anna-Mari (toim.). Kättilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Helsinki: Edita. 511–524.
- Pietiläinen, Sirkka – Väyrynen, Pirjo 2015. Raskauden ajan seuranta äitiysneuvolassa. Teoksessa Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Äimälä, Anna-Mari (toim.). Kättilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Helsinki: Edita.
- Porkka-Helenius, Aila 2013. Kättilön käsissä: tuntevat kädet, kuunteleva sydän. Joensuu: Kustannusosakeyhtiö Hai.
- Sirelius, Knut 1873. Suomalainen oppikirja kättilöimille. 1. vihko. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran Kirjapaino.
- Soiva, Keijo 1977. Synnytysopin oppikirja kättilöille. 2. painos. Porvoo: WSOY.
- Synnytyksessä toteutettavan hyvän hoidon eettiset perusteet. Kannanotto. 2010. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE.
- Valtonen, Bertta 1984. Kättilönä Karjalassa ja vähän muuallakin. Helsinki: Tammi.

3. MAUSTE-hankkeessa edistetään maahanmuuttajien ja heidän kanssaan työskentelevien ammattilaisten seksuaaliterveyden ja turvataitojen osaamista

Riitta Ala-Luhtala

Sirpa Valkama

Päivi Hoffrén

Johdanto

Maahanmuutto on lisääntynyt Suomessa vähitellen 2000-luvulta alkaen. Syitä maahanmuuttoon ovat pakolaisuuden lisäksi perhe ja työ. Maailmalla riehuvat sodat ajavat ihmisiä pakolaisiksi Euroopan eri maihin. Viimeisen parin vuoden aikana Suomeen on muuttanut yhteensä noin 30 000 henkilöä vuodessa ja tällä hetkellä maahanmuuttajien määrä kasvaa voimakkaasti. Suurin osa maahanmuuttajista tulee Virosta, Venäjältä, Iranista, Irakista ja Syyriasta. Myös Somaliasta, Kiinasta, Thaimaasta ja Kongosta tulee maahanmuuttajia. (Väestöliitto 2015.) Suomessa asuvista ulkomaalaistaustaisista henkilöistä yli puolet on fertiili-ikäisiä. Onkin tärkeää, että heillä on tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ja että niihin liittyvät palvelut ovat heidän saatavillaan. (THL 2015.)

Seksuaaliterveyden edistämisen päämääränä on elämänlaadun ja ihmissuhteiden parantaminen. Seksuaaliterveyden edistämisen työ pohjautuu vahvasti seksuaalioikeuksiin (WAS 2014) ja niiden toteutumiseen. Hyvä seksuaaliterveys edellyttää, että ihminen kunnioittaa sekä omia että toisen ihmisen seksuaalioikeuksia. Seksuaaliterveys edellyttää vastuullista seksuaalikäyttäytymistä ja ehkäisee seksuaalista loukkaavaa väkivaltaa. Seksuaaliterveyden edistämisen keskeisimpinä tehtävinä ovat ymmärrettävän tiedon, tuen ja turvan antaminen oman

elämän hallintaan, oman identiteetin löytämiseen ja itsensä hyväksymiseen sekä vuorovaikutustaitojen vahvistaminen kumppanin ja muiden ihmisten välillä. (Kontula – Lottes 2000.)

Yksilön seksuaaliterveyden edistämisessä ja seksuaalisuuden toteuttamisessa keskeisessä roolissa on turvallisuus. Seksuaaliterveyden ja turvataitojen edistämisen katsotaan alkavan jo ennen lapsen syntymää ja jatkuvan elämänkulun jokaisessa vaiheessa (Bruess – Greenberg 1994; Cacciatore 2000). Turvataitojen edistäminen sisältyy seksuaaliterveyden edistämiseen. Turvataitojen periaatteena on, että jokaisella on oikeus elää turvallisessa ympäristössä sekä kokea itsensä arvokkaaksi. Jokaisella on oikeus olla oma itsensä, saada kunnioitusta ja elää turvassa sekä suojassa ilman väkivallan tai painostuksen uhkaa. Turvataitoja opitaan turvataitokasvatuksessa, joka on ennaltaehkäisevää ja yksilön hyvinvointia edistävää. Turvataitojen edistämisen tavoitteena on hyvinvoiva ja itseään arvostava ihminen, joka kokee, että hänellä on mahdollisuus vaikuttaa omaan elämäänsä ja olla osallisena siinä. Turvataidot edistävät myös vuorovaikutustaitoja ja hyviä ihmissuhteita. Turvataitokasvatuksen lähtökohtana on voimavaralähtöisyys. Voimavaralähtöiset menetelmät korostavat yksilön ja perheen vahvuuksia. (Lajunen – Andell – Ylenius-Lehtonen 2015.) Seksuaaliterveyden palveluja ja turvataitotietouden lisäämisellä ja kohdentamisella voidaan edistää maahanmuuttajien elämänpituista seksuaaliterveyttä.

Haasteita maahanmuuttajien seksuaaliterveyden ja turvataitojen edistämisessä

Maahanmuuttajilla on todettu olevan seksuaali- ja lisääntymisterveyden ongelmia enemmän ja aihealueen tietoa vähemmän kuin kantaväestöllä. He eivät myöskään käytä yhtä aktiivisesti ennaltaehkäiseviä seksuaaliterveyspalveluita kuin kantaväestö. (Koski 2014.) MAAMU-raportin (2012) mukaan maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä naisten osallistuminen muun muassa syöpäseulontoihin oli harvinaisempaa kuin naisilla koko väestössä. Raportin mukaan esimerkiksi somaliaaustaisten naisten ehkäisymenetelmien käyttö oli vähäistä, keskenmenot yleisiä eivätkä miehet suosineet kondomin käyttöä. Lisäksi vakavia masennus- ja ahdistusoireita ilmeni kurditaustaisista naisista joka toisella, venäläistaustaisista naisista ja kurditaustaisista miehistä joka neljännellä. Osalla oli traumaattisia kokemuksia. Useimmiten maahanmuuttajien tiedot seksuaaliterveydestä perustuvat lähtömaan tietoihin, jolloin tieto voi olla vanhentunutta tai tietoa ei ole

lainkaan. Tämä voi vaikuttaa henkilön asenteisiin ja palvelujen pariin hakeutumiseen. Erityisesti ennaltaehkäisevien palvelujen tarvetta ei tunnisteta. Seksuaaliterveys on tärkeä huomioida kaikissa sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä integroida osaksi kotoutumiskoulutusta ja kaikkien oppilaitosten opetusta. Opettajilla ja sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilla on todettu olevan niukasti tietoa monikulttuurisesta seksuaaliterveyden edistämisestä. Ammattihenkilöt tarvitsevat koulutusta maahanmuuttajien seksuaaliterveyden edistämiseen. (Alitolppa-Niitamo ym. 2014; Koski 2014; Aurila ym. 2013; Toivanen – Väänänen – Airila 2013; Castaneda – Rask – Koponen – Mölsä – Koskinen 2012.)

Maahanmuuttajat tuovat mukanaan erilaisia tapoja, normeja ja uskomuksia, ja näiden asioiden kohtaaminen hoitotyössä luo uudenlaisia haasteita ammattilaisille (Väestöliitto 2013). Maahanmuuttajien arvot, normit ja uskomukset liittyen perhe-elämään, seksuaalisuuteen sekä sukupuolirooleihin voivat poiketa suuresti suomalaisista käsityksistä (THL 2015). Siksi on tärkeää kartoittaa maahanmuuttajien seksuaaliterveyden ja turvataitojen edistämisen nykytilaa esimerkiksi parisuhteen näkökulmasta. Seksuaalisuus ja parisuhde muuttuvat lasten syntymisen myötä, joten on tärkeää, että maahanmuuttajilla ja ammattilaisilla on apuvälineitä ja näkemystä voimavarojen tukemiseen tässä elämänvaiheessa.

Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät haasteet on jaoteltu kolmeen ryhmään Väestöliiton toimintasuunnitelmassa (2015). Nämä ryhmät ovat:

- 1) sairauksien ja riskien epidemiologia
- 2) psykososiaaliset ja kulttuuriset tekijät sekä
- 3) kommunikaation haasteet.

Maahanmuuttajien seksuaaliterveyden ja turvataitojen edistäminen

Palveluja suunniteltaessa tulisi huomioida maahanmuuttajien laaja kirjo niin uskonnon, kielen, kulttuuritaustan, sosiaalisen aseman kuin koulutuksenkin suhteen (THL 2015). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmaan (2014–2020) on kirjattu tavoitteeksi muun muassa seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluissa maahanmuuttajataustaisen väestön erityistarpeiden huomiointi ja palvelujen toteutuminen tasa-arvoisesti riippumatta asiakkaan kulttuuritaustasta tai kielestä. Samaisessa toimintaohjelmassa tavoitteeksi on asetettu maahanmuuttajien terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien tutki-

musten lisääminen. (Klemetti – Raussi-Lehto 2014.) Myös Suomen laki edellyttää, että potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon hänen hoidossaan ja kohtelussaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. 1992). Ongelman muodostavat myös kulttuurisidonnaiset arvot ja roolimallit, esimerkiksi tasa-arvoista suomalaista yhteiskuntaa voi olla hankala ymmärtää. Kulttuurieroja voi liittyä alastomuuteen, läheisyyden osoittamiseen ja seksuaalisuudesta puhumiseen. Yksi ongelma on olemassa olevan materiaalin kieli (suomen- ja ruotsinkielistä) ja sen oletus tietystä perustietoudesta. Materiaali ei huomioi kulttuurisia eikä uskonnollisia näkökohtia. (Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006.)

Maahanmuuttajien seksuaaliterveyden ja turvataitojen edistäminen eli MAUSTE-hanke

MAUSTE-hanke on kaksivuotinen (2015–2016) Jyväskylän ammattikorkeakoulun ja Kuopion Savonia-ammattikorkeakoulun yhteistyönä toteutettava hanke. Sen rahoitus tulee Sosiaali- ja terveysministeriön Terveiden edistämisen määrärahoista. Hankkeessa on mukana laaja verkosto maahanmuuttajien kanssa työskenteleviä sosiaali- ja terveysalan sekä opetusalan ammattilaisia niin Jyväskylässä kuin Kuopiossakin. Hanke pohjaa vahvasti ihmis- ja seksuaalioikeuksiin. Keskeiset elementit ihmis- ja seksuaalioikeuksia painottavissa ohjelmissa ovat voimavaroja lähtöisiä ja ennaltaehkäiseviä sekä osallistavia ja tasa-arvoa edistäviä (UNICEF 2003; SEXPO 2015). Tarvitaan innovatiivisia, osallistamista ja ymmärrystä tukevia menetelmiä maahanmuuttajien ja ammattilaisten välisessä työskentelyssä. Menetelminä voidaan suositella esimerkiksi voimaannuttavia ryhmätyömenetelmiä, joilla tuetaan itseluottamusta ja koherenssintunnetta. Yhtenä osallistavana ja aktivoivana menetelmänä voidaan hyödyntää digitalisaatiota, kuten mobiiliohjausta. Hyvä seksuaaliterveys edistää maahanmuuttajien integroitumista suomalaisen yhteiskuntaan ja auttaa kotoutumisessa.

MAUSTE-hankkeen tavoitteena on ennaltaehkäistä maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden ongelmia tehostamalla ammattilaisten monikulttuurista seksuaaliterveyden osaamista. Toisena tavoitteena on väestöryhmien välisen terveyserojen kaventaminen vahvistamalla maahanmuuttajien seksuaaliterveyden tietoja ja taitoja sekä turvataito-osaamista. Kolmantena tavoitteena on, että fertiili-ikäisten maahanmuuttajanaisten seksuaaliterveyspalveluiden käyttö lisääntyy ja että erityisesti maahanmuuttajamiehet osallistuvat enemmän niiden

käyttöön. Neljäntenä tavoitteena on tuottaa kustannustehokkaita, uusia menetelmiä seksuaaliterveyden ja turvataitojen ohjaukseen muun muassa hyödyntämällä mobiiliohjausta ja pelillisyyttä. Viidenneksi monikulttuurinen seksuaalikasvatus integroidaan osaksi seksuaaliterveyspalveluita ja maahanmuuttajien koulutusta. Lisäksi luodaan pysyvä kansallinen verkostomalli maahanmuuttajien kanssa työskenteleville ja tuotetaan uutta tietoa maahanmuuttajien seksuaaliterveyden edistämisestä.

MAUSTE-hankkeen koulutus ammattihenkilöille ja ryhmät maahanmuuttajille

Hankkeessa toteutetaan Maahanmuuttajien seksuaaliterveyden ja turvataitojen edistäminen koulutus (5 opintopistettä). Koulutus on suunnattu maahanmuuttajien kanssa työskentelevälle oppilaitosten ja sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöstölle. Koulutukseen sisältyy seitsemän lähiopetuspäivää, tavoitteena on vahvistaa ammattilaisten monikulttuurista seksuaaliterveyden ja turvataitojen osaamista. Koulutuksessa käsitellään muun muassa monikulttuurisuutta seksuaalisuudessa, yhdenvertaisuutta ja tasa-arvoa perheissä, asiakkaan kohtaamista, seksuaaliohjaukseen, -neuvontaan ja kasvatukseen liittyviä taitoja sekä erilaisia kysymyksiä monikulttuurisuuden näkökulmasta. Turvataitoteemassa käsitellään trauman kohdanneen ihmisen kohtaamista ja turvakeskustelun toimintamallia.

MAUSTE-hankkeessa maahanmuuttajille tarjotaan seksuaaliterveyden ja turvataitojen opetusta ryhmämuotoisena. Yhtenä kohderyhmänä ovat myös maahanmuuttajien vertaisohjaajat. Ryhmissä toteutetaan toiminnallisia ja kokemuksellisia menetelmiä, jotka mahdollistavat maahanmuuttajan oman osallistumisen ja tiedon käsittelyn eri näkökulmista, mikä auttaa tiedon ymmärtämistä. Ryhmissä löydetään myös vaihtoehtoisia mahdollisuuksia elämän eri tilanteisiin. Tavoitteena on erityisesti osallistujan itsereflektion lisääntyminen, omien asenteiden tunnistaminen, eläytyvän, voimavaraistavan vuorovaikutuksen vahvistaminen ja spontaani toiminta (Aitolehti – Silvola 2008). Erilaisia ryhmiä toteutetaan muun muassa neuvoloissa, monikulttuurisissa keskuksissa, maahanmuuttajapalveluissa ja toiseen asteen oppilaitoksissa. Ryhmiä on naisille ja miehille, nuorille ja odotaville perheille.

MAUSTE-hanke ja kättilökoulutus

MAUSTE-hanke liittyy kiinteästi kättilökoulutukseen. Kättilö on naisen hoitotyön ja erityisesti seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntija. Valmistuvalla kättilöllä on vahvat kliiniset perustiedot ja -taidot, hyvät vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot ja osaaminen perustuu näyttöön. Kättilötyön tietoperusta on hoitotieteessä ja muissa terveystieteissä ja sitä täydentävät muut tieteenalat. Kättilötyön perusta on yksilön, naisen ja perheen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämässä ja vahvassa kliinisessä kättilötyössä. Kättilökoulutus tuottaa laaja-alaista osaamista seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueelle. Kättilö vastaa itsenäisesti normaalin raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteen aikaisesta seurannasta ja hoidosta. Kättilö toimii myös naisen terveyden ja naistentautien hoito- ja kättilötyön asiantuntijana sekä seksuaaliterveyden edistäjänä. (Pienimaa 2014.) Maahanmuuttajat ovat usein kättilöiden asiakkaina raskaus-, synnytys- ja lapsivuodeaikana sekä myös naistentautien poliklinikoilla tai osastoilla. Kättilökoulutuksessa saadaan valmiuksia myös projekti- ja hanketyöhön. MAUSTE-hanke integroidaan tutkimus-, kehittämisen- ja innovaatiotoimintaan (TKI-toiminta). Integroimalla MAUSTE-hanke TKI-toimintaan voidaan kehittää myös työelämässä toimivien kättilöiden ammattitaitoa ja kättilöiden tuottamia palveluita, kuten esimerkiksi maahanmuuttajien perhevalmennus, maahanmuuttajien synnytysten hoito tai matalan kynnyksen palvelujen tuottaminen, esimerkiksi kolmannen sektorin palvelut. Hankkeen tuottamia materiaaleja hyödynnetään kättilökoulutuksessa eri opintojaksojen ja kättilön tutkinto-ohjelman opetussuunnitelman kehittämistyössä.

Lähteet

- Aitolehti, Sirkku – Silvola, Kirsti 2008. Suhteiden näyttämöt. Näkökulmia psykodraamaan. Helsinki: Duodecim.
- Alitolppa-Niitamo, Anne – Fågel, Stina – Säävälä, Minna 2013. Olemme muuttaneet ja kotoudumme. Verkkojulkaisu. <http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/2d40e8181bacf288f9457a2f9581ffa6/1457607387/application/pdf/4715338/Olemme%20muuttaneet%20-%20ja%20kotoudumme_final%202608%20%283%29.pdf>. Luettu 10.3.2016.
- Alitolppa-Niitamo, Anne – Haikkola, Lotta – Laatikainen, Tiina – Le, Trang – Leinonen, Eliina – Levälähti, Esko- Malin, Maili – Markkula, Jaana – Mäki, Päivi – Parikka, Suvi – Säävälä, Minna – Wikström, Katja 2014. Maahanmuuttajataustaisten nuorten terveys ja hyvinvointi. Tutkimus pääkaupunkiseudun somali- ja kurditaustaisista nuorista. Verkkojulkaisu. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116199/URN_ISBN_978-952-302-212-6.pdf?sequence=1>. Luettu 10.3.2016.

- Aurila, Auli – Toivanen, Minna – Väänänen, Ari – Bergbom, Barbara - Yli-Kaitala, Kirsi – Koskinen, Aki 2013. Maahanmuuttajien onnistuminen työelämässä. Tutkimus venäläis-, kurdi ja somalitaustaisista Suomessa. Verkkojulkaisu. <<http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Documents/Maahanmuuttajan%20onnistuminen%20tyossa.pdf>>. Luettu 10.3.2016.
- Bruess, Clint E. – Greenberg, Jerrold S. 1994. Sexuality Education. Theory and Practice. USA: Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Cacciatore, Raisa 2000. Lasten seksuaaliterveys. Teoksessa Kontula Osmo – Lottes Ilsa (toim.) Seksuaaliterveys Suomessa. Helsinki: Tammi. 251–269.
- Castaneda, Anu – Rask, Shadia – Koponen, Päivikki – Mölsä, Mulki - Koskinen Seppo (toim.) 2012. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalilais- ja kurdi-taustaisista Suomessa. Raportti 61. Verkkojulkaisu. <<http://www.julkari.fi/handle/10024/90907>>. Luettu 10.3.2016.
- Klemetti, Reija – Raussi-Lehto, Eija 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. THL.
- Kontula, Osmo – Lottes, Ilsa (toim.) 2000. Seksuaaliterveys Suomessa. Helsinki: Tammi.
- Koski Pirjo 2014. Somaliperheiden perhevalmennuksen kehittäminen toimintatutkimuksen keinoin Suomessa. Studies in sport, physical education and health 202. Jyväskylän yliopisto. Verkkojulkaisu. <<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/42963/978-951-39-5608-0.pdf?sequence=2>>. Luettu 10.3.2016.
- Lajunen, Kaija – Andell, Minna – Ylenius-Lehtonen, Mirja 2015. Tunne- ja turvataitoja lapsille. THL.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.
- Lottes, Ilsa 2013. Sexual rights: meanings, controversies, and sexual health promotion. J Sex Res. 50 (3–4). 367–91.
- Pienimaa, Anna-Kaisa 2014. Kättilön ammatillisen osaamisen kuvaus. Kättilökoulutuksesta valmistuvien osaamisalueet, tavoitteet ja keskeiset sisällöt. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu.
- Sexpo-säätiö. Verkkojulkaisu. <<http://www.sexpo.fi/>>. Luettu 28.9.2015.
- THL 2015. Maahanmuuttajat ja monikulttuurisuus. Seksuaali- ja lisääntymisterveys. Verkkojulkaisu. <<https://www.thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/terveys-ja-hyvinvointi/seksuaali-ja-lisaantymisterveys>>. Luettu 7.4.2015.
- Toivanen, Minna – Väänänen, Ari – Airila, Auli (toim.) 2013. Venäläis-, kurdi- ja somalilais-taustaisten työ ja terveys Suomessa - samankaltaisuudet ja erot kantaväestöön. Verkkojulkaisu. <http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Documents/Vertailuraportti_nettiin.pdf>. Luettu 10.3.2016.
- United Nations Children`s Fund (UNICEF) 2003. The state of the world`s children 2004 New York: UNICEF. 91–93.
- WAS 2014. Sexpo säätiö. Verkkojulkaisu. <<http://frantic.s3.amazonaws.com/sexpo/2012/03/Seksuaalioikeuksien-julistus-2014.pdf>>. Luettu 15.12.2015.
- Väestöliitto. Maahanmuuttajat. Verkkojulkaisu. <http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja-ja-linkkeja/tilastotietoa/maahanmuuttajat/>. Luettu 4.9.2015.

- Väestöliitto 2006. Seksuaaliterveys -poliittinen toiminta ohjelma. Verkkojulkaisu. <<http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/f9de0ed46999beb5abeeb50dac5167cd/1457608038/application/pdf/906885/Sekstervpolohjelma.pdf>>. Luettu 5.8.2015.
- Väestöliitto 2009. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Verkkojulkaisu. <<http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/86449a9d174f5c762552e1ec231bf8c7/1457606730/application/pdf/906852/maahanmuuttajien%20seksuaaliterveys.pdf>>. Luettu 10.3.2016.
- Väestöliitto 2014. Toimintasuunnitelma. Verkkojulkaisu. <<http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/5ded27855ab710a716bfca9585ff5b76/1450165600/application/pdf/4682533/toimintasuunnitelma2015.pdf>>. Luettu 14.12.2015.
- Väestöliitto 2015. Väestöntutkimuslaitos. Maahanmuuttajien määrä. Verkkojulkaisu. <http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja-ja-linkkeja/tilastotieto/maahanmuuttajat/maahanmuuttajien-maara/>. Luettu 7.4.2015.

4. Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen osaamisen näyttö Metropolia Ammattikorkeakoulun kätilötutkinnossa

Maarit Sinisaari-Eskelinen

Pirjo Tervo

Johdanto

Suomi on ensimmäinen eurooppalainen maa, joka on julkaissut kaksi kansallista toimintaohjelmaa väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi (STM 2007; Klemetti – Raussi – Lehto 2014). Molempien toimintaohjelmien päätavoitteena on väestön, pariskuntien ja yksilöiden seksuaalisen hyvinvoinnin edistäminen.

Seksuaalineuvontaa on tarjottava terveyskeskusten vastaanottotoiminnan lisäksi äitiys- ja lastenneuvoloissa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Perhe-työssä ja lastensuojelussa toimivien ammattilaisten tulee ohjata esimerkiksi seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan kohteeksi joutuneita asiakkaita seksuaalineuvontaan. Näiden lisäksi seksuaalineuvontaan tarvitaan ammattitaitoista henkilöstöä kolmannella sektorilla esimerkiksi kuntoutukseen, maahanmuuttajien kanssa työskentelyyn ja seksuaalista moninaisuutta edustavien henkilöiden kanssa työskentelyyn (STM 2007). STM:n ensimmäisessä kansallisessa toimintaohjelmassa (2007) painotetaan terveysalan ammattihenkilökunnan seksuaaliterveyden edistämisen osaamisen kehittymistä koulutuksen aikana.

Ammattikorkeakoulujen terveysalan ammattilaisen osaamisvaatimuksia on päivitetty vuosina 2005 ja 2014. Sairaanhoitajan (AMK) ja kätilön (AMK) osaamisvaatimuksissa vuodelta 2005 seksuaaliterveys on yksi keskeisistä terveyden edistämisen sisällöistä. Vuonna 2014 uusitussa kätilön ammatillisessa osaamisku-

vauksessa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen on nostettu omaksi ammatilliseksi osaamisalueekseen (Raussi-Lehto – Pienimaa 2015; Pienimaa 2014).

Kätilön seksuaaliterveyden edistämisen osaamisen kompetenssi

Suomessa kätilö määritellään seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijaksi. Kätilö toimii seksuaaliterveyden edistämistehtävässä kätilötyön toimintaympäristöissä erilaisissa tilanteissa olevien yksilöiden, naisten ja perheiden parissa. (Pienimaa 2014.)

Kätilötyön tietoperusta on hoitotieteessä ja muissa terveystieteissä ja sitä täydentävät muut tieteenalat. Kätilötyön perusta on yksilön, naisen ja perheen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisessä ja vahvassa kliinisessä kätilötyössä. Kätilökoulutus tuottaa laaja-alaista osaamista seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueelle. Kätilö vastaa itsenäisesti normaalin raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteen aikaisesta seurannasta ja hoidosta. Kätilö toimii myös naisen terveyden ja naistentautien hoito- ja kätilötyön asiantuntijana sekä seksuaaliterveyden edistäjänä. (Pienimaa 2014.)

Kätilön ammatillinen osaaminen rakentuu valmistuvan kätilön, sairaanhoitajan ja ammattikorkeatutkintojen yhteisestä ammatillisesta osaamisesta, joka luo perustan työelämässä toimimiselle, yhteistyölle ja asiantuntijuuden kehittymiselle. Kätilön ammatilliset osaamisalueet (90 opintopistettä) ovat kätilön ammatillinen toiminta (10 opintopistettä), kätilötyön asiakkuus (10 opintopistettä), kätilö seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäjänä ja kliinisenä osaajana (60 opintopistettä) ja kätilötyön kehittäminen ja johtaminen (10 opintopistettä).

Kätilöopinnoissa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen osaamistavoitteissa on kuvattu koulutuksen aikana hankittava osaaminen seuraavasti:

Opiskelija

- ymmärtää seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen merkityksen yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan näkökulmasta
- osaa tarkastella ja edistää seksuaali- ja lisääntymisterveyttä näyttöön perustuvasti
- osaa toimia seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäjänä ja ohjata asiakasta seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvissä kysymyksissä.

Seksuaaliterveyden opintojen sisältöalueita ovat:

- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen käsitteet
- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen yhteiskunnalliset ilmiöt ja visiot
- Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelut
- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden haasteet kansallisesti ja kansainvälisesti
- Monialainen yhteistyö seksuaali- ja lisääntymisterveyden terveydenedistämisessä
- Terveyden edistämisen tasot, mallit, prosessit ja menetelmät osana kätilötyötä
- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen menetelmät
- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen elämänkulun eri vaiheissa
- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen eri toimintaympäristöissä
- Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen mallit ja tasot (Pienimaa 2014.)

Seksuaaliterveyden edistämisen opetus Metropolia Ammattikorkeakoulun kätilökoulutuksessa

Metropolia Ammattikorkeakoulun kätilötutkinnossa seksuaaliterveyden edistämisen opintoja on toteutettu ammattikorkeakoulu-uudistuksesta lähtien vuodesta 1995. Kätilötyön opintoihin seksuaaliterveyttä tukevia asiasisältöjä on lisätty systemaattisesti. (Opetussuunnitelma. Helsingin väliaikainen ammattikorkeakoulu 1995.)

Kätilöopintojen ensimmäisen lukukauden opintoihin sisältyvässä Kätilötyön perusta opintojaksossa (3 opintopistettä) perehdytään kätilötyön historiaan, keskeisiin käsitteisiin, arvo- ja tietoperustaan sekä toimintaa ohjaaviin kansallisiin ja kansainvälisiin säädöksiin. Opinnoissa perehdytään seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen käsitteisiin ja seksuaalisuuden puheeksi ottamisen malleihin ja tasoihin. (Opetussuunnitelma, Hoitotyön koulutusohjelma, Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto. Helsingin väliaikainen ammattikorkeakoulu 1995; Helsingin ammattikorkeakoulu 1997; Metropolia Ammattikorkeakoulu 2005; Oppijan polku 2014.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistä elämänkulun eri vaiheissa ja kätilötyön eri toimintaympäristöissä käsitellään kätilökoulutuksen opintojaksoissa. Useat kätilötutkinnon opiskelijoiden tekemistä opinnäyte- ja innovaatiotöistä on tehty Metropolia Ammattikorkeakoulun seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen hankkeisiin.

Seksuaaliterveyden edistämisen osaaminen

Asiakkaan seksuaaliterveyden edistäminen edellyttää kättilöltä seksuaalisuutta koskevien asioiden puheeksi ottamisen. Puheeksi ottamisen tasoja ovat seksuaaliohjaus, -neuvonta ja -terapia (Annon 1976).

Seksuaaliohjaus tarkoittaa kaikissa hoitotilanteissa tapahtuvaa, tilannekohtaista ja tavoitteellista potilaan seksuaaliterveyteen liittyvää ammatillista vuorovaikutusta. Seksuaaliohjauksessa on keskeistä tiedon antaminen ja potilaan seksuaalisuuden hyväksyminen. (Ryttyläinen – Valkama 2010.) Seksuaalisuutta koskevat asiat tulee ottaa puheeksi aina, kun potilaan sairauden, hoidon tai lääkityksen arvioidaan aiheuttavan häiriöitä potilaan seksuaaliterveyden tai minäkuvan alueelle (Aalto 2002). Seksuaalisuuden puheeksi ottamisessa seksuaaliohjaus kuuluu kaikille terveydenhuollon asiantuntijoille (Ryttyläinen – Valkama 2010). Seksuaalioikeuksien näkökulmasta terveydenhuollon asiakkailla on oikeus tietoon sairauden, hoitojen ja lääkityksen vaikutuksista seksuaalisuuteen (International Planned Parenthood Federation 2008).

Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen tasojen kuvauksessa käytetään Jack Annonin kehittämää PLISSIT-mallia (Annon 1976). PLISSIT-malli on Suomessa tunnetuin ja käytetyin seksuaalisuuden puheeksiottamisen malli (ks. kuvio 1). PLISSIT-mallin erityinen hyöty on siinä, että se jäsentää seksuaalisuuden puheeksiotossa tarvittavaa ammatillisen osaamisen tasoa suhteessa asiakkaiden ongelmiin. PLISSIT-malli auttaa arvioimaan, minkä tasoista apua potilas tarvitsee, voiko avun antaja olla esimerkiksi terveysalan ammattilainen peruspalveluissa vai tarvitseeko potilas erikoispalveluita, joita voi antaa vain erikoislääkäri tai seksuaali- ja pariterapeutti. (Ryttyläinen – Valkama 2010.)

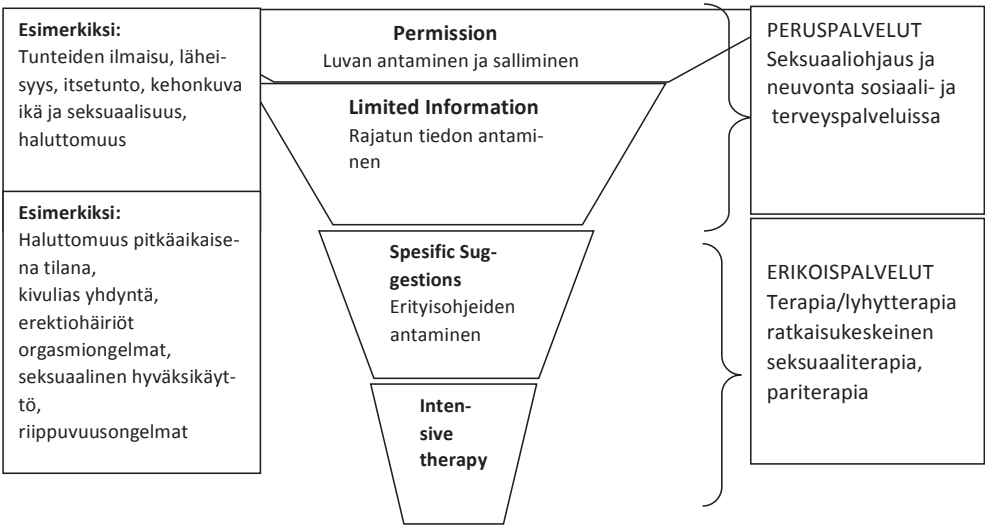
Permission (kuvio 1) tarkoittaa luvan antamista ja sallimista. Luvan antaminen on myönteistä ja sallivaa suhtautumista seksuaalisuuteen sen erilaisissa ilmene-mismuodoissa. Tällä tasolla kuullaan asiakkaan huolenaiheita seksuaalisuuteen liittyvistä ajatuksista, fantasioista, unelmista, tunteista ja käyttäytymisestä. Permission-tasolla on eniten asiakkaita ja tyypillisesti asiakkaan kysymyksissä ja huolenaiheissa haetaan lupaa omaan seksuaalisuuteen, lupaa saada olla sellainen kuin on. Annonin (1976) mukaan suurinta osaa ihmisissä voidaan auttaa antamalla tietoa ja ohjeita seksuaalisuuteen liittyvissä pulmissa.

Limited Information tarkoittaa rajatun tiedon antamista asiaan, josta tietoa puuttuu. Asiakkaan kysymykset voivat liittyä sairauden tuomiin pulmiin kuten kehon toimintaan, muuttuneeseen ulkonäköön, sooloseksiin ja erilaisiin tapoihin kokea seksuaalista mielihyvää. **Specific Suggestions** pitää sisällään vuorovaiku-

tukseen tai elämäntapaan liittyviä ohjeita, harjoituksia tai erityisohjeita. **Intensive Therapy** tarkoittaa seksuaalisuuteen liittyvien ongelmien hoitoa erilaisilla terapia- menetelmillä tai menetelmien yhdistelmillä.

Kaksi ensimmäistä tasoa – luvan ja tiedon antaminen ja jossain määrin myös erityisohjeiden antaminen – kuuluvat kaikille terveydenhuollon ammattilaisille. Seksuaalisuuden puheeksi ottamista tulisi olla kaikissa terveydenhuollon ja sosiaalitoimen peruspalveluissa ja perusterveydenhuollossa. Henkilökunnan tulee pystyä toimimaan ainakin kahdella PLISSIT-mallin tasolla. (Ilmonen 2006; STM 2007; Ryttyläinen – Valkama 2010.)

Seksuaaliohjauksen ja -neuvonnan palvelutarve kasvaa suomalaisessa yhteiskunnassa. Parisuhdeongelmat, seksuaalisten toimintahäiriöiden yleisyys, nuorten seksuaaliterveyden edistäminen, lasten seksuaalisen hyväksikäytön ehkäisy ja hoito ovat synnyttäneet yhä enemmän tarvetta seksuaalineuvontaan ja -terapiaan.



Kuvio 1. PLISSIT-malli ja esimerkkejä mallin eri tasoilla käsiteltävistä asioista (Tervo – Sinisaari-Eskelinen; mukaillen Annon 1976; Ryttyläinen – Valkama 2010).

Seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen tarvittavat edellytykset

Aalto (2002) on määritellyt sisätautikirurgisen sairaanhoitajan seksuaaliterveyden edistämisen osa-alueet ja seksuaaliterveyden edistämiseen tarvittavan tietoperustan ja menetelmäosaamisen. Sairaanhoitajalla tulee olla tietoa seksuaalisuudesta, seksuaalisuuden kehittymisestä ja ilmenemismuodoista, seksuaaliterveydestä, sairauksien vaikutuksista seksuaaliseen toimintakykyyn ja minäkuvaan. Seksuaaliterveyden edistäminen edellyttää erilaisuuden hyväksymistä, avoimuutta, oman seksuaalisuuden kohtaamista ja uskallusta keskustella potilaan kanssa seksuaalisuudesta.

Petäjä (2010) on esittänyt seksuaaliohjauksen vähimmäisvaatimukset naisten tautien vuodeosastolle. Petäjän mukaan hoitotyöntekijän tulee tuntee hoitamien sa potilaiden sairauksien, oireiden ja sairauden hoitojen vaikutukset potilaan seksuaaliterveyteen, uskaltaa ottaa seksuaalisuuteen liittyvät asiat puheeksi osana potilasohjausta. Hoitajan tulee osata arvioida potilaan sairauteen liittyvän seksuaaliterveyden tila ja tuntee klinikan seksuaaliterveyspalvelut. Seksuaaliohjauksen toteuttamiseksi hoitotyöntekijän tulee osata ottaa seksuaalisuutta koskevat asiat puheeksi potilaan kanssa.

Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen osaamisen näyttö Metropolia Ammattikorkeakoulun kättilötutkinnossa

Koulutuksen aikana kättilöopiskelijat opiskelevat seksuaalisuuden ilmiöitä ja seksuaalisuuden puheeksiottamisen malleja eri opintojaksoissa. Kättilöopiskelijoiden seksuaalisuuden puheeksi ottamisessa tarvittavat tiedot ja taidot lisääntyvät ja syvenevät opintojen edetessä.

Valmistuvalla kättilöllä on vahvat kliiniset perustiedot ja -taidot, hyvät vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot ja osaaminen perustuu tutkittuun tietoon ja näyttöön. Metropolian kättilökoulutuksen viimeisellä lukukaudella opiskelija osoittaa koulutuksessa hankitun osaamisensa ns. osaamisen näyttöinä. Ennen valmistumistaan kättilöopiskelijoilla on simulaatioviikko, jonka aikana opiskelija harjoittelee simuloiden erilaisia kättilötyön tilanteita.

Seksuaaliterveyden edistämisen osaamisen näyttöön sisältyvät seksuaalisuuden puheeksiottamisen simulaatiotilanteen toteutus ja arviointi kättilötyön toimintaympäristöihin liittyvistä asiakastilanteista (Opinto-opas 2010).

Simulaation tärkeä tavoite on harjoitella tulevassa ammatissa tarvittavia taitoja turvallisesti ja suunnitelmallisesti terveydenhuollon reaali maailmaa muistuttavissa

sa olosuhteissa. Simulaatio-opetus mahdollistaa todellisia tilanteita vastaavan tapahtuman jäljittelyn. Simulaatiossa voidaan harjoitella ammattitaitoon kuuluvia perustaitoja tai tilanteita, joissa toimiminen on haasteellista tapausten harvinaisuuden tai riskialttiuden takia. Simulaation avulla voidaan myös vähentää toimintavirheitä ja parantaa suorituskyykyä. (Rall 2013.)

Kätilöopiskelijat saavat simuloitavat asiakastilanteet työstettäväksi etukäteen. Simuloitavien tilanteiden aiheita ovat olleet muun muassa raskauden aikainen seksuaalisuus, sukupuoli ja seksuaalinen suuntautuminen sekä nuoren seksuaaliterveyden edistämisen tilanne. Asiakastilanteen käsittelyssä tulee näkyä PLISSIT-mallin tasot Permission (luvan antaminen ja salliminen) ja Limited Information (rajatun tiedon antaminen), asiakaskeskeisyys, asiakkaan voimavaroja huomioiva lähestyminen sekä potilasohjauksen vuorovaikutukselliset tekijät. Opiskelijat esittävät suunnittelemansa tilanteen simulaatiotilassa. Kaikki muut paikalla olevat opiskelijat havainnoivat kameroiden välityksellä näkyvää seksuaalisuuden puheeksiottotilannetta strukturoidun havainnointilomakkeen mukaisesti (taulukko 1).

Taulukko 1. Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen havainnointilomake (Tervo – Sini-
saari-Eskelinen 2012, 2016).

Havainnoinnin kohde	Havainnoijat
1. PLISSIT-mallin tasojen näkyvyys	
1.1. Permission myönteistä ja sallivaa suhtautumista seksuaalisuuteen ja sen eri ilmenemismuotoihin luvan antamista,	– Miten myönteinen ja salliva suhtautuminen ilmeni? – Miten annettiin lupa puhua seksuaalisuudesta?
1.2. Limited Information asiakkaalle annettu konkreettinen ja rajattu tieto – Tiedon antamista siihen nimenomaiseen asiakkaan huoleen tai kysymykseen mistä häneltä puuttuu tietoa – Asioiden normalisointi	– Miten rajatun tiedon antaminen ilmeni? – Jäikö ohjaajalta jotain kuulematta? – Jäikö jokin seikka/asia huomioimatta? – Miten asiantilan normalisointi ilmeni puheessa?
2. Ohjaustaidot	
2.1. Ammatillisten käsitteiden käyttö	– Arvioi seksuaalisuutta ilmaisevien käsitteiden käyttöä: arvolatautuneisuus, heteronormatiivisuus, kulttuuri – Käsitteiden sopivuus kontekstiin: ikä, tilanne, aihe
2.2. Asiakaslähtöisyys	– Mistä teit päätelmiä, että ohjaustilanne oli asiakaslähtöistä? – Miten asiakaslähtöisyys ilmeni?
2.3. Ohjaustilanteen kulku Ohjaustilanteen avaamiseen liittyvät kysymykset – aiheita koskevat kysymykset – ohjaustilanteen sulkemiseen liittyvät kysymykset Kysymysten muotoilu	Miten ohjaustilanteessa näkyi siirtyminen yleisestä yksityiseen tai menneisyydestä nykyisyyteen? Minkälaisia kysymyksiä käytettiin ohjaustilanteessa? – avoimet kysymykset – suljetut kysymykset – ?

Jokainen simuloitu tilanne käydään rakentavasti keskustellen läpi eli ”jälkipuidaan”. Havainnoitavia asioita ovat PLISSIT-mallin tasojen Permission ja Limited Information ilmeneminen, ohjaustaidot ja ohjaustilanteen kulku. Jälkipuinnissa ensimmäiseksi (1. kuvailuvaihe) simulaatiotilanteen toteuttaneet opiskelijat kertovat omin sanoin, mikä seksuaalisuuden puheeksi otossa sujui hyvin ja mitkä asiat olivat haastavia. Jokaista tilanteessa mukana ollutta kuunnellaan kuvailuvai-

heessa. Seuraavaksi (2. analyysivaihe) puheeksi ottotilanne analysoidaan havainnointilomakkeen jäsennyksen mukaisesti. Tilannetta seuranneet opiskelijat kuvaavat puheeksi ottotilanteesta tekemiään havaintojaan. Simulaatiotilanne päättyy aina kysymykseen: Mitä opin tästä simuloidusta tilanteesta? (ks. Dieckmann – Lippert – Østergaard 2013.)

Simulaation hyödyt seksuaalisuuden puheeksi otossa

Onnistunutta simulaatiotilannetta ohjaavat selkeästi määritellyt opetukselliset tavoitteet. Simulaatiossa tarjoutuu ainutlaatuinen mahdollisuus reflektoida omaa toimintaa varsin aidoissa olosuhteissa. Seksuaalisuuden puheeksi oton simulaatiossa opiskelija voi turvallisesti harjoitella PLISSIT-mallin tasojen käyttöä, seksuaalisuuden puheeksiottamisen herättämiä tunteita itsessä, kysymysten muotoilua ja vuorovaikutusta.

Seksuaalisuutta koskevien asioiden puheeksiottamisen tulisi olla osa terveydenhuollon ammattilasten osaamista. Sekä kansalliset että kansainväliset tutkimukset osoittavat, että potilaat odottavat terveydenhuollon ammattilaisten tekemän aloitteen seksuaalisuudesta keskustelemiseen. Ohjauksen toivotaan olevan yksilöllistä, ammatillista ja osa hoitosuunnitelmaa. Potilaat kokevat saavansa tietoa seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen liittyvistä asioista huomattavasti vähemmän kuin he tuntevat tarvitsevansa. Terveydenhuollon ammattilaiset pitävät seksuaalisuuteen liittyvää keskustelua potilaiden kanssa työhönsä kuuluvana, mutta todellisuudessa keskustelua käydään harvoin ja useimmiten potilaan aloitteesta. Terveydenhuollon ammattilaiset arvioivat tämän johtuvan ajan ja koulutuksen puutteesta. (Hautamäki-Lamminen 2012.)

Metropolia Ammattikorkeakoulun kättilökoulutuksessa opiskelijoiden seksuaalisuuteen liittyvien asioiden puheeksi ottamisen taitoihin on haluttu vaikuttaa. Kättilökoulutuksen opinnoissa käsitellään seksuaalisuutta ja harjoitellaan seksuaalisuuden puheeksi ottamista. Näin olemme voineet vaikuttaa kättilöiksi valmistuvien kykyyn ja rohkeuteen huomioda asiakkaiden seksuaaliterveys ja ottaa seksuaalisuutta koskevat asiat puheeksi.

Lähteet

- Aalto, Seija 2002. Sairaanhoidaja seksuaaliterveyden edistäjänä sisätautikirurgisella vuodeosastolla, hybridinen käsiteanalyysi. Pro Gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Annon, Jack 1976. The PLISSIT Model. *J Sex Educational Therapy* 2. 1–15.
- Dieckmann, P. – Lippert, A. – Østergaard, D. 2013. Jälkipuinti. Teoksessa Ranta, Iiri (toim.) Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa. Keuruu: Fioca. 195–216.
- Klemetti, Reija – Raussi-Lehto, Eija 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. THL.
- Hautamäki-Lamminen, Katja 2012. Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa – tiedontarpeet ja tiedonsaanti. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis; 1716.
- Ilmonen, Tuisku 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa Apter, Dan – Väisälä, Leena – Kaimola, Kari (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim. 41–68.
- International Planned Parenthood Federation 2008. Sexual Rights. Verkkojulkaisu. <<http://www.ippf.org/resource/Sexual-Rights-IPPF-declaration>>. Luettu 16.12.2015.
- Opinto-opas 2010. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, Kättilötyön suuntautumisvaihtoehto.
- Petäjä, Hanna 2010. Seksuaaliterveyden edistämisen toimintamallin kehittäminen. Opinnäytetyö (YAMK) Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Turun ammattikorkeakoulu. Kliininen asiantuntija.
- Pienimaa, Anna-Kaisa 2014. Kättilön ammatillisen osaamisen kuvaus. Kättilökoulutuksesta valmistuvien osaamisalueet, tavoitteet ja keskeiset sisällöt. Metropolia Ammattikorkeakoulu.
- Pienimaa, Anna-Kaisa – Raussi-Lehto, Eija 2015. Kättilön osaaminen. Teoksessa Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Äimälä, Anna-Mari (toim.) Kättilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Helsinki: Edita. 31–40.
- Rall, Marcus 2013. Simulaatio – mitä, miksi, milloin ja miten? Teoksessa: Ranta, Iiri (toim.) Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa. Keuruu: Fioca. 9–20.
- Ryttyläinen, Katri – Valkama, Sirpa 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkojulkaisu <<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76132/passthru.pdf?sequence=1>>. Luettu 1.4.2016.
- Tervo, Pirjo – Sinisaari-Eskelinen, Maarit 2012/2016. Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen havainnointilomake. Kättilötyön suuntautumisvaihtoehto. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Julkaisematon.

5. Kenen hyvä toteutuu kättilötyössä?

Anna-Mari Äimälä

Johdanto

Kättilön ammatillinen kasvu ei ole automaattinen prosessi, jossa työvuodet takaavat korkeatasoisen eettisen osaamisen lisääntymisen. Taitava ammatinharjoittaja on tehnyt useita omaan kasvuunsa liittyviä valintoja vuosien varrella, ja ne ovat muokanneet häntä. Kehityksen pysähtyminen tasolle, jossa työ tehdään muodollisesti oikein, niin kuin muutkin sen tekevät, saattaa synnyttää rutiineja ylläpitävää asiantuntijuutta. Usein asiakas kokee rutiininomaisen kohtaamisen persoonattomana ja epätydyttävänä. Sen sijaan kättilötyötä vievät eteenpäin dynaamiset asiantuntijat, jotka haluavat päivästä toiseen esittää itselleen kysymyksiä: Teenkö työni parhaalla mahdollisella tavalla? Toiminko eettisesti oikein?

Kättilökoulutuksen tehtävänä on tukea kättilöopiskelijan eettistä kasvua ja vahvistaa hänen kykyään toimia eettisesti tulevassa työssään. Tässä artikkelissa pohditaan kättilön eettisen osaamisen vaatimuksen lähtökohtia ja merkitystä kättilön ammatillisessa osaamisessa. Lisäksi kuvataan, miten ammatillista moraalikehitystä on kuvattu ja miten kättilötyön etiikan oppimista voidaan edistää sekä millaisia eettisiä dilemmoja opiskelijat kohtaavat kättilötyön harjoitteluissa.

Professionaalinen kättilötyö

Kättilön ammatti on maailman vanhimpia ammatteja, ja se on Suomen vanhin naisen koulutusammatti. Kättilön arvo tunnustetaan ja kättilöön luotetaan. Onko kättilön ammatti professio? Perinteisesti professio on määritelty ammatiksi, jolla on yhteiskunnassa merkityksellinen ja vahva asema. Professioniin liitetään erikois-

osaamista, autonomiaa ja legitimoitua valtaa, jota tavallisella kansalaisella ei ole. Perinteiseen professio-ajatteluun sisältyvät koulutuksen toteutus ammatin sisällä ja ammatin oma teoreettinen perusta, jota uusintavat ja uudistavat profession haltijat. Legitimoituun valtaan sisältyy lupa ylittää tavallisen kansalaisen rajat profession toiminta-alalla, ja siihen sisältyy aina vastuu. Siksi professiolla on oltava oma eettinen koodi, jonka mukaan toimitaan. Perinteiseen professioon on liitetty myös negatiivisia piirteitä, kuten liiallinen kollegiaalinen suojelu.

Profession tunnusmerkkejä voidaan tunnistaa kättilön tehtävää ja koulutusta ohjaavissa EU-direktiiveissä (2013/55/EU ja 2005/36/EY). Niissä määritellään kättilön ammattinimike, osaaminen, tehtävät ja vastuut sekä edellytetään, että valmistuvalla kättilöllä on ”riittävät tiedot kättilön ammattietiikasta ja kättilön ammatin harjoittamista koskevasta lainsäädännöstä”. Vastuu kättilön ammattiin kouluttamisesta on kättilöillä. Direktiivit tukevat kättilötyön professionaalista perustaa.

Foster ja Lasser (2011) esittävät, että professionaalinen etiikka on hyvä asiakkaalle, kättilöille ja professiolle. Eettiset ohjeet suojelevat kaikkia osapuolia ja auttavat päätöksenteossa. Eettinen koodi auttaa ammatin sisäisessä itsesäätelystä, vaihtoehtona ulkoa, muiden ammattien taholta tulevaan kättilötyön säätelyyn. Eettinen koodi edistää professionaalista identiteettiä ja vahvistaa sitä, mikä on kättilöille yhteistä ja mikä erottaa heidät muista. Lisäksi se suojelee asiakkaita ja vastavaroisesti lisää asiakkaiden luottamusta kättilöihin. Kättilötyölle kehittyy ajan myötä yhteiskunnallinen status, jonka uskotaan tuottavan hyvää ja se tunnetaan. (Foster – Lasser 2011: 1–5.)

Professionaalinen kättilötyö rakentuu alan kasvavan tutkimuksen perustalle ja myös muiden alojen tieteelliseen tietoon sekä koeteltuun traditioon. Kättilö on alansa asiantuntija, joka hallitsee oman alansa teoreettisen perustan ja kättilön työssä vaadittavat kädentaidot sekä tietää itsenäisen alueensa rajat. Itsenäistä työtä ohjaa ammatin sisäistetty eettinen koodi.

Kättilön työssä kohdataan asiakas merkityksellisellä ja intiimillä alueella. On tärkeää, että asiakas voi ilman epäilystä luottaa siihen, että kättilön ammatin harjoittaminen perustuu vahvaan kättilötyön osaamisen ja korkean eettisen ajattelun. Kun asiakas kohtaa kättilön, hänellä on lupa uskoa, että hänen hyvänsä edistetään tässä suhteessa.

Kättilökoulutuksen tehtävänä on mahdollistaa oppimisprosessi, jossa voi kehittyä hyväksi kättilöksi. Tämä on kättilökoulutuksen suuri haaste. On koulutusaloja, joissa laadunvarmistusvastuu siirtyy työnantajalle, joka voi valita hyvät tai sopi-

vat. Sitä vastoin kättilöitä kouluttava organisaatio vastaa siitä, että jokainen valmistuva kättilö on pätevä harjoittamaan kättilötyötä, jopa kaikkialla maailmassa.

Moraalikasvu

Professionaalisen työn ydin eli sisäistynyt eettinen ajattelu ei rakennu automaattisesti, vaan sitä edistetään etiikan opetuksella. Etiikka sanaa käytetään, kun halutaan painottaa yleistä filosofista pohdintaa siitä, mikä on hyvää ja oikeaa. Sanalla moraali viitataan yksilön valintoihin ja ratkaisuihin erilaisissa eettisissä tilanteissa. Ihmisen moraalista kehitystä on tutkittu paljon, ja yhtä mieltä ollaan siitä, että moraalien kehitys tapahtuu eri vaiheiden kautta. Moraalikehityksen vaiheiden kuvauksen klassikko Lawrence Kohlberg on ehkä tunnetuin ja lainatuin moraalikehityksen tutkija. Kohlbergin teoria perustuu nuorten poikien systemaattiseen tutkimukseen, ja siinä pidetään korkeimpana arvona periaatteiden mukaan toimimista. Hänen teoriaansa (Kohlberg 1981) on kritisoitu, ja haastaja Carol Gilligan (1982) on puolestaan kuvannut naisen moraalikehityksen vaiheet, joissa nostetaan arvoon ”huolenpidon etiikka”. Kohlbergin ja muiden kasvatustieteilijöiden käsitykset eettisen kasvun vaihteellaisuudesta ja yhteisen dialogin merkityksestä kasvun katalysaattorina, ovat kestäneet hyvin aikaa ja ovat toimineet väljästi ammatitieteistä kasvua tukevien pedagogisten valintojen taustalla jo 25 vuotta. (Kemppe 1995.)

Kohlbergin (1981) mukaan ihmiset, kyetäkseen elämään yhdessä, kasvattavat lapset tunnistamaan oikean ja väärän ja toimimaan oikein. Kasvattajat auttavat lapsia omaksumaan vähitellen yhteisiä pelisääntöjä, normeja ja lakeja. Myöhemmin koulun, yhteiskunnan, työelämän ja kunkin työyhteisön säännöt ohjaavat yhteistä toimintaa. Moraalinen kehitys on aluksi ulkoapäin ohjautuvaa. Palkkiot ja rangaistukset kertovat, mikä on oikein ja väärin ja miten pitää toimia. Myös mallin merkitys on suuri. Kehitystä ohjaa myöhemmin tarve kuulua ryhmään ja oman viiteriiksen arvot vaikuttavat siihen, mikä on oikein ja väärin. Kohlbergin mukaan tähän vaiheeseen asti kehittyy suurin osa ihmisistä itsestään, ja useimmat myös jäävät sille tasolle. Työelämässä se näyttäytyy siten, että nopeasti omaksumaan työpaikan ”oikea ja väärä”, opitaan välttämään rangaistuksia, ja tehdään niin kuin kaikki muutkin. Ryhmään kuulumisen ja samaistumisen tarve voi estää moraalikasvua tästä vaiheesta pidemmälle.

Korkeampi moraalisen kehityksen taso edellyttää sisäistyneitä eettisiä periaatteita, jotka ohjaavat päätöksentekoa ristiriitaisissa tilanteissa, ja antavat voiman ja pe-

rustelut valita oikein. Silloinkin, kun muut ovat eri mieltä ja toimivat ryhmän koodin mukaisesti ”riittävän hyvin”, voi valita toisin. Kehitys itsenäiseen eettiseen ajatteluun edellyttää ristiriitatilanteiden tunnistamista ja pysähtymistä pohtimaan, teinkö oikein tai parhaalla mahdollisella tavalla, kenen hyvää tilanne edisti, vai olisiko pitänyt toimia toisin? Eettinen kasvu edellyttää tilanteiden pohtimista jälkikäteen, jakamista, muiden ajattelusta oppimista, keskustelua ja tilanteiden pohdintaa eettisten ohjeiden ja lakien valossa. Eettisen reflektion on hyvä olla vaiheessa, jossa tilanteen herättämät tunteet ja reaktiot ovat jäähtyneet, ja ne voidaan tunnistaa sekä pitää erillään pohdinnasta.

Kätilön eettinen osaaminen ja eettisen kehityksen tukeminen

Kätilöopettajien verkosto kuvasi Kätilön ammatillisen osaamisen vuonna 2014, ja siinä yksi osaamisalue on eettinen osaaminen. Eettisessä osaamisessa tavoitteena on, että kätilö osaa toimia kätilötyön arvojen ja periaatteiden mukaisesti, hän tunnistaa omat arvonsa ja asenteensa, ja ymmärtää niiden vaikutukset toimintaansa. Etiikan opetuksen sisällöt ovat: Kätilötyön ammatilliset arvot, eettiset ohjeet ja periaatteet ja niiden mukainen toiminta, tietoisena annettu suostumus (informed consent) kätilötyössä, yksilön, naisen ja perheen edun puolustaminen, kollegiaalisuus, itsemääräämisoikeuden rajoitukset kätilötyössä ja eettiset ristiriitatilanteet kätilötyössä. (Pienimaa 2014.)

Jo sairaanhoitajaopintojen vaiheessa kätilöopiskelija omaksuu sairaanhoitajan eettiset ohjeet ja eettinen ajattelu alkaa kehittyä. Kätilötyön etiikan opetus toteutuu eri tavoin eri oppilaitoksissa. Tampereen ammattikorkeakoulussa (aikaisemmin Pirkanmaan terveydenhuolto-oppilaitos, Pirkanmaan ammattikorkeakoulu) on pitkään toteutettu kätilötyön etiikan oppiminen siten, että lyhyen etiikan perusteiden kertauksen jälkeen opiskelijoiden lähtiessä kätilötyön harjoitteluihin he saavat oppimistehtävän. Tehtävä on: Valitse parisi kanssa käytännöstä eettinen ongelmatilanne, joka on jäänyt sinua vaivaamaan. Etsi lait, eettiset ohjeet ym., joiden avulla vastaavia tilanteita voisi ratkaista ja tee tästä alustus seminaariin. Harjoittelujen jälkeen toteutetaan seminaari, jossa opiskelijat ja opettaja keskustelevat tapauksista ja eettisistä ongelmista kollegiaalisesti. Alkuperäinen tilanne, josta on häivytetty tunnistettavat asiat, esitetään lyhyesti keskustelun käynnistämiseksi. Tilanne analysoidaan yhdessä ja ratkaisuja tukevat lait, asetukset ja eettiset koodit kerrataan.

Mitä eettisiä dilemmoja kättilöopiskelijat kohtaavat?

Eettiset ristiriitatilanteet tulevat usein esiin ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa, kun joudutaan valitsemaan hyvän ja pahan, oikean ja väärän välillä. Syntyy arvojen ristiriitoja tai arvojen ja toiminnan välisiä ristiriitoja. Usein tilanteessa ei ole enää valittavissa hyvää ratkaisua, vaan joudutaan hakemaan ns. pienempää pahaa. Kättilön roolit ovat moninaiset näissä tilanteissa. Hän toimii asiakassuhteessa tai samassa tilanteessa on useita asiakkaita kuten esimerkiksi nainen, mies ja syntymätön lapsi. Asiakassuhteessa kättilön rooli vaihtelee informaation ja tuen antajasta potilaan asianajajana toimimiseen. Samanaikaisesti kättilön rooli vaihtuu suhteesta toiseen hänen työskennellessään kollegojen, opiskelijoiden ja muiden asiantuntijoiden kanssa vuorovaikutuksessa. Eettisessä ristiriitatilanteessa päätöksentekoon vaikuttavat kunkin osallisen omat arvot ja taustat sekä tilannetekijät.

Seuraavaksi kuvaillaan ja tehdään yhteenvetoa siitä, millaisia eettisiä dilemmoja opiskelijat tuovat yhteiseen pohdintaan. Samat teemat toistuvat vuodesta toiseen pienin variaatioin. Opiskelijat kuvaavat tilanteita, joissa harvoin on yhtä, hyvää ratkaisua ja hyvä tai oikea on tilanteen osapuolille erilainen. Asiakkaiden haastavuus ja tilanteiden moniongelmaisuus näyttävät lisääntyvän tapauksissa vuosi vuodelta.

Eettisten ongelmatilanteiden kuvaukset (N = 40) tehtiin useimmiten opiskelijoiden parityönä, ja ne ovat kolmen vuoden ajalta. Tapaukset olivat kaikilta kättilötyön alueilta. Lainaukset ovat opiskelijoiden kuvauksista.

”Se, että jokin on laillista, ei tee sitä eettiseksi”

Ammatillinen toiminta, jossa toimitaan lain tai yhteisesti hyväksytyn periaatteen mukaisesti on yleisen ajattelun mukaan oikeaa toimintaa. Opiskelijoiden kuvauksien perusteella voi sanoa, että asia ei ole näin yksinkertainen kättilötyön arjessa. Valtaosa kuvauksista liittyi asiakkaan itsemääräämisoikeuteen ja sen toteutumiseen tai toteutumattomuuteen. Eettisiä ongelmatilanteita kättilötyössä syntyy, kun itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan ja myös, kun sen yli kävellään.

Ehdottomana periaatteena on kunnioittaa ihmisen omaa tahtoa ja itsemääräämisoikeutta, mutta joissain tilanteissa sitä ei kunnioiteta, vaan toimitaan valta-aseman suojassa potilaan toiveen vastaisesti. Tilanne perustellaan potilaan hyvän edistämisellä erilaisin selityksin tai jätetään perustelematta. Toiminta on eettisesti kyseenalaista erityisesti silloin, kun asiakkaan toiveet eivät tuota vaaraa eikä ole estettä hänen tahtonsa toteuttamiseen.

Esimerkkinä toisesta ääripäästä on itsemääräämisoikeuden liiallinen kunnioitus. Tällöin synnyttäjälle synnytyssali on kuin valintatalo, jossa ei-asiantuntija valikoi lääkkeet ja toimenpiteet, vaikka kätilö asiantuntijana tietää, etteivät valinnat tue synnytyksen optimaalista kulkua. Kyseessä on tilanne, jossa ”keskitytään hyvään synnytyskokemukseen ohi lapsen hyvän”. Kätilön ammatillinen osaaminen kutistuu merkityksettömäksi, ja häneltä viedään mahdollisuudet tukea synnyttäjää kohti (kätilön mielestä) mahdollisimman hyvää lopputulosta. Eettinen ristiriita kärjistyy, kun kätilön (opiskelijan, lääkärin) käsitys hyvästä hoidosta, mikä on hoitotyön ehdoton tavoite, on ristiriidassa asiakkaan käsityksen kanssa. Asiakkaan toiveita noudatetaan, vaikka asiantuntijan käsitys tilanteesta on toinen. Milloin tilanteeseen on oikeus puuttua? Pitääkö odottaa, kunnes sikiön hyvinvointi vaarantuu?

Potilaan itsemääräämisoikeutta ja päätöksentekoa pitää tukea. Ja hänellä on oltava riittävästi oikeaa tietoa voidakseen tehdä hyviä omaa hoitoansa koskevia päätöksiä. Tämä vaade johtaa seuraaviin ongelmiin, joita opiskelijat kuvasivat: Oikeaa tietoa ei anneta, sitä tietoisesti pimitetään ja potilas saa harhaanjohtavaa tai riittämätöntä tietoa. Osassa tapauksia potilas ei ymmärtänyt saamaansa tietoa, esimerkiksi ulkomaalaiset, joille ei saada tulkkia tai tulkkina toimii perheen jäsen, jonka omat arvot vaikuttavat tilanteeseen ja tiedon saantiin.

”Lainsuojaton sikiö”

Suomessa syntymättömällä lapsella ei ole oikeuksia. Laki antaa naiselle itsemääräämisoikeuden, joka voi joskus olla ristiriidassa syntymättömän lapsen hyvän kanssa. Noin puolet tapauksista, joita opiskelijat nostivat esiin, liittyivät sikiön laillisten oikeuksien puutteeseen.

Esille tulivat tilanteet, joissa lasta ei haluta ja silti raskauden ehkäisy laiminlyödään. Tämä johtaa ei-toivottuun raskauteen, raskauden keskeytykseen tai lapsen antamiseen adoptioon. Toisissa tapauksissa lasta halutaan, mutta raskaudessa on ongelma. Esimerkiksi sikiöseulontojen varmat ja epävarmat löydökset, myöhäiset keskeytykset ja monisikiöraskauden osakeskeytys lapsettomuushoitojen jälkeen puhuttivat kätilöopiskelijoita. Lisäksi hedelmällisyyshoidoista jäävien ylimääräisten alkuioiden kohtelu oli yksi pohdittavista aiheista.

Monet opiskelijat ottivat esiin tilanteen, jossa lasta halutaan, mutta syntymättömän lapsen terveys on uhattuna, esimerkkinä runsaasti päihteitä käyttävät äidit tai äidin oman hyvinvoinnin laiminlyönti. Pakkohoidon mahdollisuus, jolloin

haettaisiin ensisijaisesti syntyvän lapsen hyvää, viimekädessä myös äidin hyvää, herätti opiskelijoissa paljon ajatuksia. Myös monenlaiset lastensuojeluun liittyvät tilanteet synnyttivät keskusteluja.

Näissä pohdinnoissa korostui, miten vaikeita valintoja asiakkaat joutuvat tekemään. Se, mitä laki sallii, ei aina tunnu hyvältä. Usein työntekijän omat tunteet sekoittuivat eettisiin pohdintoihin ja he unohtivat, kenen eettisestä dilemmasta oli kyse. Kätilön työssä ollaan läsnä ihmisten vaikeimpien eettisten ongelmien ratkaisemisessa. Näissä tilanteissa pitäisi oppia erottamaan toisistaan oma ja asiakkaan arvomaailma, omat ongelmat ja asiakkaan ongelmat. Liika samaistuminen ei ole ammatillista. Toisen ihmisen maailmaa ei voi koskaan täysin ymmärtää. Asiakas ratkaisee oman elämänsä eettiset ristiriidat ja tekee vaikeat päätöksensä niiden mahdollisuuksien rajoissa, joita hän uskoo itsellään olevan elämäntilanteessaan. Kätilön antama oikea tieto ja tuki voivat auttaa päätöksenteossa, mutta toisen puolesta ei voi eikä saa päättää.

”Periaatteet ovat ristiriidassa, mikä on ensisijainen?”

Osa eettisistä ongelmatilanteista oli kätilön omia eettisen kasvun haasteita. Ammatillinen osaamattomuus, tiedon puute, mukavuuden halu, sosiaaliset suhteet työpaikalla tai esimerkiksi hierarkiassa ylempien asiantuntijoiden pelko eivät oikeuta tekemään vääriä valintoja professionaalisessa kätilötyössä. Esimerkiksi imetysohjauksessa liikutaan eettisyyden rajoilla, ellei asiakkaita ohjata riittävästi, vastasyntyneelle annetaan lisämaitoa, vaikka sitä ei tarvita tai annetaan harhaanjohtavaa ohjausta. Yksi teema-alue, joka aiheutti opiskelijoille pohdintaa, olivat salassa pidettävät asiat ja vaitiolovelvollisuuden tulkinnat. Esimerkiksi tilanteessa, jossa syntyi huoli, voiko tai pitääkö asiakkaan tilanteeseen puuttua vasten asiakkaan tahtoa.

Kätilöopiskelija ei jää ilman kirjallista tukea pohtiessaan oikeaa ja väärää hoitotilanteissa. Näiden tapausten pohdinnan tueksi oli löytynyt yli 20 julkaisua, jotka olivat lakeja, eettisiä ohjeita, suosituksia tai oppikirjoja. Eniten käytetyt materiaalit olivat Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ja Tiedolla, taidolla, tunteella – kätilötyön eettiset ohjeet (Kätilöliitto 1998).

On vaativaa kasvaa kättilöksi

Suurin osa kättilöopiskelijoista on nuoria aikuisia, vielä lapsettomia ja ilman laajaa elämäkokemusta. Harjoittelussa kohdatut eettiset ristiriitatilanteet ovat sellaisia, joita yksilötasolla henkilö joutuu ratkaisemaan ehkä vain kerran elämässä, jos olenkaan ja useimmiten hieman vanhempana. Asiakkaiden haasteelliset valintatilanteet herättivät opiskelijoissa voimakkaita tunteita ja käynnistivät myös opiskelijoiden omien arvojen ja mahdollisuuksien pohdinnan. Kättilötyön eettiset dilemmat esiintyivät usein hetkissä ja tilanteissa, joissa parhaan valinnan mahdollisuus on jo ohitettu. Tämä tuotti opiskelijoille ammatillista turhautumista monella tavalla. Valmiita malleja ja ratkaisuja ei ole olemassa.

Kättilökoulutus ”pakottaa” nuoret kehittymään ja kypsymään henkisesti ikäisiään nopeammin. Seminaareissa tapahtuva yhteinen eettinen pohdinta ja vertaistuki johtavat omien arvojen tiedostamiseen ja vahvistumiseen. Myös käsitys asiakkaan oikeuksista omiin valintoihinsa kirkastuu. Tarkoituksena on, että näiden pohdintojen avulla voidaan lisätä opiskelijoiden valmiuksia olla asiakkaiden tukena tulevassa ammatissaan.

Lähteet

- Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/55/EU, 40/3b ja 2005/36/EY, 40 ja liite V. Foster, Illysa – Lasser, John 2011. Professional Ethics in Midwifery Practice. USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Gilligan, Carol 1982. In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development. USA: Harvard University Press.
- Kemppi, Anna-Mari 1995. Kasvatus hyväksi hoitajaksi. Filosofinen, historiallinen ja pedagoginen orientaatio moraalikasvatukseen hoitotyön koulutuksessa. Pro Gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Kohlberg, Lawrence 1981. Essays on Moral Development. Volume I. The Philosophy of Moral Development. Moral Stages and the Idea of Justice. San Francisco: Harper & Row, Publishers.
- Pienimaa, Anna-Kaisa 2014. Kättilön ammatillisen osaamisen kuvaus. Kättilökoulutuksesta valmistuvien osaamisalueet, tavoitteet ja keskeiset sisällöt. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

6. Projektit osana kätilöopintoja Turun ammattikorkeakoulussa

Mari Berglund

Marjatta Häsänen

Anneli Nirkkonen-Mannila

Pia Ahonen

Hannele Paltta

Johdanto

Projektit ovat tärkeä osa ammattikorkeakoulujen lakisääteistä tehtävää ja strategisesti merkittävää tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoimintaa. Turun ammattikorkeakoulu toteuttaa kehittämäänsä työelämä- ja ongelmalähtöistä oppimisetotetta, innovaatiopedagogiikkaa, jossa opiskelijoilla on asiantuntijoiksi kehittyessään aktiivinen rooli projekteissa jo opiskeluaikana. Innovaatiopedagogiikka luo oppimisjatkumon, jossa vastataan työelämän kehittämistarpeisiin yhdistämällä opiskelijoiden luovat ja innovatiiviset ideat, opettajien asiantuntijuus sekä projektiammattilaisten osaaminen. Osaamisen laadun tavoitetilaa Turun ammattikorkeakoulussa kuvaa ”Excellence in Action”. Tämä strategia on työstetty yhdessä alueen työelämän, opiskelijoiden ja henkilöstön kanssa. Strategian avulla mahdollistetaan jokaisen opiskelijan, yhteistyökumppanin ja henkilökunnan jäsenen kehittyminen oman alansa mestariksi tulevaisuuden kansainvälisessä toimintaympäristössä. Työelämlähtöisissä projekteissa opiskelu mahdollistaa opiskelijoiden toimimisen moniammatillisissa ryhmissä, tarjoaa yhteistyömahdollisuuksia sekä perehdyttää taloudelliseen ajatteluun. Kätilöopintojen laaja-alainen opinnollistaminen alueellisissa, kansallisissa ja kansainvälisissä projekteissa on keskeinen tavoite kätilökoulutuksen oppimissisältöjä suunniteltaessa. Projektiosaaminen auttaa kätilöopiskelijaa ymmärtämään terveydenhuollon kokonaisuutta ja toimintoja laajasti eri sektoreilla.

Tässä artikkelissa tarkastellaan ensin kätilöopiskelijoiden oppimisprosesseja ja oppimisympäristöjä kansainvälisessä kätilötyön eettisen osaamisen kehittämissprojektissa ja sitten alueellisella tasolla toteutuneessa neuvolatoiminnan kehittämishankkeessa. Lopuksi esitämme esimerkkejä pienimuotoisista oppimisprojekteista, joissa oppimista edistävänä tekijänä ovat olleet autenttiset oppimisympäristöt.

Kätilötyön eettistä osaamista edistämässä INEC-projektissa

Eettisellä osaamisella kätilötyössä tarkoitetaan herkkyyttä tunnistaa eettisiä ongelmia ja kykyä ratkaista niitä sekä taitoa toimia eettisesti. Eettisen osaamisen vaatimukset kätilötyössä korostuvat, koska yhteiskunta on muuttunut yhä moniarvoisemmaksi. Kätilöt kohtaavat työssään monenlaisia eettisiä haasteita, esimerkiksi hoitaessaan päihdeongelmaisia perheitä, lapsettomuudesta kärsiviä perheitä tai raskaudenkeskeytyspotilaita. Eettistä ongelmanratkaisua vaativat tilanteet ovat läsnä jokapäiväisessä kätilön työssä. Riittävän eettisen osaamisen saavuttaminen kätilökoulutuksen aikana on yksi koulutuksen kompetenssitavoitteista, jotta valmistumisen jälkeen kätilönä osaa toimia ammattieettisesti oikein. Eettinen osaaminen kehittyy kätilöopiskelijoiden mielestä pääsääntöisesti käytännön harjoittelujen aikana kohdattujen eettisten ongelmatilanteiden ja niiden ratkaisujen myötä. (Berglund – Häsänen 2015.)

Kätilötyön eettistä osaamista kätilökoulutuksen aikana ja käytännön kätilötyössä edistävä kansainvälinen projekti, Increasing Ethical Competence in Midwifery Education and Practice (INEC), toteutuu 1.10.2013–30.9.2016 Euroopan Unionin Lifelong Learning Programme-ohjelman taloudellisella tuella. Turun ammattikorkeakoulu koordinoi projektia, jossa partnereina ovat Turun yliopistollisen keskussairaalan Naistenklinikka, Virosta Tallinn Health Care College – Health/Midwifery ja East Tallinn Central Hospital – Womens’ Clinic sekä Sveitsistä Bern University of Applied Sciences – Health/Midwifery. Tutkimustietoa kätilötyön eettisestä osaamisesta kliinisen työn ja koulutuksen näkökulmasta oli olemassa varsin niukasti, myös konkreettiset työkalut eettisen osaamisen tukemiseen puuttuivat. Näistä lähtökohdista sai alkunsa kansainvälinen INEC-projekti, jonka tavoitteena on kehittää työkaluja eettisen osaamisen tukemiseen kätilökoulutuksen teoriaopinnoissa ja harjoittelujaksoilla opiskelijoille, opettajille sekä harjoittelua ohjaaville kätilöille. Lisäksi tavoitteena on luoda etiikan täydennyskoulutus- ja mentoimintamalli kliinistä työtä tekeville kätilöille. (Berglund – Häsänen 2015.)

Projektin ensimmäisessä vaiheessa vuonna 2013 tehtiin kätilöopiskelijoiden opinnäytetöinä alkukartoitukset eettisen osaamisen ja sen tukemisen nykytilasta kätilöiden, kätilöopiskelijoiden ja opettajien näkökulmasta. Toisessa vaiheessa laadittiin alkukartoitusten perusteella pilotointimalli etiikan täydennyskoulutukselle sekä mentoroinnille, ja sitä testattiin 2014–2015 naistenklinikoiden kätilöillä Suomessa ja Virossa. Lisäksi kehitettiin konkreettisia työvälineitä kätilöopiskelijoiden eettisen osaamisen tukemiselle, joita voidaan hyödyntää harjoitteluissa sekä teoriapinnoissa. Kätilöopiskelijat osallistuivat pilottimallin interventoiden laatimiseen aktiivisesti opinnäytetöissään sekä kätilötyön kehittämistehtävissään. Esimerkkinä laajimmasta pilotoitavasta interventiosta on kätilöopiskelijoiden kehittämä Etiikka-työtila, joka vietiin Naistenklinikan henkilökunnan ja siellä harjoittelussa olevien opiskelijoiden käytössä olevaan sähköiseen Moodle oppimisympäristöön. Oppimisen lähtökohtana Etiikka-työtilassa ovat videoin, tekstein tai piirroksin havainnollistetut arkisen kätilötyön caset (tapaukset) kätilötyön eri osa-alueilta (raskaus, synnytys, lapsivuode ja naistentaudit). Casien yhteyteen opiskelijat valmistelivat pohdintaa ohjaavat kysymykset ja linkit lähdemateriaaliin, jotta eettisesti haastaviin ongelmatilanteisiin löydettiin teoriataustaa ja tukea päätöksenteolle. Case-materiaalia voidaan käyttää eettisiä tekijöitä käsittelevien opiskelijaohjauskeskustelujen runkona. Myös opiskelijat tai kätilöt voivat käyttää materiaalia oman eettisen pohdintansa tukena.

Koulutusmallin pilotoinnin aikana testattiin myös kliinisessä harjoitteluympäristössä kokoontuvaa opiskelijoiden reflektiopiiriä. Kerran kuussa yhdeksi tunniksi kokoontuvaan reflektiopiiriin opiskelija voi tulla luottamuksellisesti keskustelemaan mielessään olevista eettisesti ongelmallisista tilanteista tai vain kuuntelemaan. Ryhmässä käsiteltiin tilanteita, joita opiskelijat kokivat eettisesti haastavina potilastyössä. Ryhmän keskustelut käytiin luottamuksellisesti ja vaitiovelvollisuus huomioiden. Ryhmään sai tulla kerran tai useammin eikä etukäteen tarvinnut ilmoittautua. Ryhmää ohjasivat ammattikorkeakoulun kätilötyön lehtorit ja harjoitteluympäristön ohjaajakouluttaja. Kätilöopiskelijoiden reflektiopiiristä antamissa palautteissa korostui eri vaiheissa olevien opiskelijoiden kohtaaminen voimavarana, saatu vertaistuki ja työnohjauksellisia piirteitä sisältänyt tervetullut pysähtymistuokio.

Lisäksi yksi kätilöopiskelijaryhmä suunnitteli ja toteutti opinnäytetöinään etiikan teemapäivän, joka järjestettiin koulussa. Teemapäivään osallistui terveydenhoitajaopiskelijoita ja nuoremman vuosikurssin kätilöopiskelijoita sekä hoitotyön opettajia. Käytettyjä opetusmetodeja olivat esimerkiksi Learning Cafe -menetel-

mä, paneelikeskustelu, sosiodraama, lautapeli-Sleptellä© pelaaminen pienryhmissä ja sähköisten äänestyskapuloiden käyttö osallistavassa luennossa. Teemapäivä oli kerätyn palautteen mukaan erinomainen esimerkki opiskelijoiden kehittämistä innovaatioista, vertaisoppimisesta ja oppimisen ilosta.

INEC-projektiin kytkeytyvissä kättilötyön kehittämistehtävissä ovat opiskelijaryhmät jatkotyöstäneet oman opinnäytetyönsä sisältöä eteenpäin konkreettisiksi tuotoksiksi tai tapahtumiksi. Osa opinnäytetyönsä INEC-projektissa tehneistä kirjoitti kättilötyön kehittämistehtävässä yhteisen artikkelin opinnäytetyön ohjaajan tuella. Näistä kaksi on julkaistu Kättilölehdessä ja kolmannelle on annettu julkaisulupa. Kaksi kättilöopiskelijaa toteutti kättilötyön kehittämistehtävänsä Viron Tallinn Health Care Collegen kättilöopiskelijoiden parissa järjestämällä Tallinnassa etiikkaa käsittelevän oppimistapahtuman.

INEC-projektin pilotoinnin jälkeen koulutusmallia kehitetään edelleen eri interventioista kerätyn arviointitiedon avulla. Projektin tavoitteena on saada pysyviä eettisen osaamisen tukemisen käytänteitä ja työkaluja kättilötyön koulutuksen ja klinisen hoitotyön käyttöön Turun ammattikorkeakoulussa ja kumppaniorganisaatioissa. (Berglund – Häsänen 2015.) Projektin vahvuutena on sen alusta lähtien ollut hyvin toimiva kansainvälinen projektitiimi, jossa kumppanit ovat saaneet toisiltaan tukea ja myös eri näkökulmia eettisen osaamisen kehittämiseen. Projektiin osallistuneiden kättilöopiskelijoiden mielestä alkuun abstraktilta ja vaikealta tuntunut etiikka aiheena on muuttunut luonnolliseksi osaksi omaa ajattelua ja eettisessä osaamisessa kehittyminen osaksi omaa kättilöksi kehittymistä.

Kymppi-hanke moniammatillisen yhteistyön lähtökohtana

Alueellisesta hankkeesta kättilöopiskelijoiden ammatillisen osaamisen edistäjänä esimerkkinä toimii vuosina 2007–2011 toteutettu Kymppi-hanke eli Neuvolatoiminnan kehittäminen 2010-luvulle. Ahosen (2010) mukaan hankkeen pohjana oli moniammatillinen aluevaikuttaminen useiden vuosien ajan. Hankkeen laajana tavoitteena oli vahvistaa terveyttä ja hyvinvointia edistävää palveluketjua sekä kehittää äitiyshuollon palvelurakenteita. Tämä edellytti laajaa moniammatillista ja monialaista yhteistyötä, jossa osaprojektien kautta luotiin uusia toimintatapoja. Hankkeeseen osallistuivat Turun ammattikorkeakoulu, Turun Sosiaali- ja terveystoimi, Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri, Turun Yliopistollisen sairaalan Naistenklinikka, kolmannen sektorin toimijoita sekä Turun ja Kaarinan seurakuntayhtymä.

Neuvolatoiminta 2010-luvulle Varsinais-Suomessa kattoi äitiyshuollon palvelu-reitin kokonaisuuden raskaudenajasta perheeksi kasvuun. Hanke eteni alkukartoitusten ja tiedonkeruun kautta osaprojekteihin, tuloksiin ja implementointiin. Toimenpiteinä olivat kartoitukset, interventiot, toiminnallinen luominen, juurrutus, koulutus sekä yhteistyö julkisen ja kolmannen sektorin kanssa. (Ahonen 2010; Ahonen 2012.) Osaprojekteina ovat toimineet ammattikorkeakoulun ja ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelijoiden tekemät opinnäytetyöt ja yliopiston väitöskirjatutkimukset. Hanketuotoksena luotiin terveyttä ja hyvinvointia tukeva 2010-luvun neuvolatoiminnan ja äitiyshuollon palvelumalli Turun seutukuntaan.

Kymppi-hankkeessa tehtiin opinnäytetöinä AMK-tutkintoon johtavassa koulutuksessa 32 opinnäytetyötä, 14 kättilökoulutuksen kehittämistehtävää ja kahdeksan YAMK-opinnäytetyönä tehtyä projektia. Hankkeen pohjalta käynnistyi myös kaksi väitöskirjatutkimusta. (Ahonen 2012.) Toinen väitöskirjatutkimuksista on edennyt YAMK-opiskelijan opinnäytetyön pohjalta suomalaisen neuvolapalvelujärjestelmän tutkimiseen (ks. esim. Tuominen – Kaljonen – Ahonen – Rautava 2012; 2014).

Kymppi-hankkeen Valmiina vanhemmuuteen -osaprojektin moniammatillinen perhevalmennuksen pilotointi Turun sosiaali- ja terveystoiminnan neuvoloissa toteutettiin vuosina 2010–2011. Perhevalmennuksella tarkoitettiin moniammatillisen asiantuntijaryhmän ensimmäistä lastaan odottaville vanhemmille suuntaamaa ryhmämuotoista äitiys- ja lastenneuvolan järjestämää perhevalmennusta. (Tuominen – Ahonen 2012.) Perhevalmennuksen kehittämisen taustalla toimi vuonna 2008 tehty selvitys, jonka perusteella havaittiin, että perhevalmennusten sisällöt ja toteutukset vaihtelivat suuresti (Tuominen 2009). Perhevalmennuksen kehittämisen tavoitteina oli toteutumistapojen ja sisältöjen näyttöön perustuvaan tietoon perustuva uudistaminen sekä luominen Turun äitiys- ja lastenneuvoloihin. (Ahonen – Tuominen 2010, Tuominen – Ahonen 2012.)

Turun ammattikorkeakoulussa vuosina 2010–2011 opiskelleet kättilöopiskelijat tekivät opinnäytetyönsä tässä osaprojektissa. Perhevalmennuksen kehittämisen ensimmäisessä vaiheessa kättilöopiskelijoiden opinnäytetöiden aiheet jaettiin Kymppi-hankkeen ja Valmiina vanhemmuuteen -osaprojektin tavoitteiden ohjaamina kolmeen aihealueeseen eli moniammatillisen perhevalmennustilanteen alkukartoitukseen, kuvaukseen ensisynnyttäjän neuvolakäyntien prosessista ja ole-massa olevan perhevalmennusmateriaalin kartoittamiseen. (Nirkkonen-Mannila 2012.)

Moniammatillisen perhevalmennustilanteen alkukartoituksella haluttiin selvittää sitä, miten eri tahot kokivat omat roolinsa osana kokonaisuutta, miksi perhe-

valmennuksen kehitysprosessissa haluttiin olla mukana ja mitä yhteiseltä toiminnalta odotettiin. Kohderyhminä olivat äitiysneuvolan kätilöt ja terveydenhoitajat, seurakuntien työntekijät ja kolmannen sektorin edustajat eli Ensi- ja turvakotien liiton Turun yksikkö sekä Mannerheimin Lastensuojeluliitto (MLL) Varsinais-Suomen piiri. Ensisynnyttäjien neuvolassa käynnin prosessista haluttiin selvittää sitä, mitä neuvolakäynneillä todella tapahtui. Kohderyhminä olivat sekä äitiysneuvolan kätilöt ja terveydenhoitajat että ensimmäistä lastaan odottavat naiset ja parit. Neuvoloissa ollutta perhevalmennusmateriaalia ja niiden sisältöjä kartoittamalla pyrittiin selvittämään sitä, millaista uutta materiaalia tarvitaan pilottimallia varten. (Nirkkonen-Mannila 2012.)

Perhevalmennuksen kehittämisen toisessa vaiheessa kätilöopiskelijat lähtivät kätilötyön lehtorin ohjaamina ensimmäisen vaiheen kätilöopiskelijoiden opinäytetöiden tulosten pohjalta kartoittamaan moniammatillisen perhevalmennuksen pilotointiin osallistuneiden kohderyhmien kokemuksia uuden perhevalmennusmallin pilotoinnista, mallin toimivuudesta ja kohderyhmien jatkotoiveista (Nirkkonen-Mannila 2012).

Kätilöopiskelijoiden opinäytetyöprosessien tulosten yhteenvetona perhevalmennuksen kehittämiseksi voidaan todeta, että kätilöt ja terveydenhoitajat odottivat uuden mallin mahdollistavan parempaa yhteistyötä ja vertaistuen käyttöä. Moniammatillisen yhteistyön odotettiin avaavan ja mahdollistavan uusia näkökulmia monipuoliseen asiakkaan kohtaamiseen ja hoitoon. Mallin pilotoinnissa aikapula koettiin ongelmana, samoin vanhentuneet tukimateriaalit. Perhevalmennukseen kaivattiin yhteisiä ohjeita, mutta toisaalta haluttiin säilyttää perhevalmennuksen toteutuksessa yksilöllinen valinnanvapaus. Seurakunnan, Mannerheimin Lastensuojeluliiton ja Ensi- ja turvakotien liiton toiveina oli, että uusi malli lisäisi yhteistyön mahdollisuuksia kaikkien osapuolien välillä. Mallin pilotoinnissa moniammatillisten voimavarojen yhdistämisen katsottiin koituvan asiakkaiden hyväksi. Potentiaalia ja halukkuutta koettiin löytyvän, mutta yhteistyön lisäämisen ongelmana nähtiin resurssien puute. (Nirkkonen-Mannila 2012.)

Perheet toivoivat perhevalmennustilaisuuksiin enemmän harjoittelua. Synnytyksestä ja lastenhoidosta kaivattiin syvällisempää tietoa. Ennen synnytystä tapahtuvalta valmennuksesta kaivattiin luentotyyppistä esittämistä ja synnytyksen jälkeen keskustelutyyppisiä toteuttamistapoja. Isät kokivat, että heitä otettiin liian vähän huomioon raskauden aikana. Valmennustilaisuuksia toivottiin ilta-aikoihin. Seksuaalisuutta oli vastaajien mielestä käsitelty liian vähän. Perheiden, terveydenhoitajien ja kätilöiden kuvaukset ensimmäisestä neuvolakäynnistä olivat

yhtenevät. Perheet olivat tyytyväisiä ensimmäisellä kerralla saamaansa neuvontaan. Suuret ryhmäkoot koettiin ongelmana. Kätilöopiskelijat tuottivat perhevalmennukseen uudet sisältömaterialit kätilöiden ja terveydenhoitajien käyttöön synnytyksen ja lapsivuodeajan aihealueista. (Nirkkonen-Mannila 2012.)

Valmiina vanhemmuuteen -osaprojektissa kätilöopiskelijat perehtyivät terveydenhuoltoon, mutta myös kolmannen sektorin toimijoihin Mannerheimin Lastensuojeluliittoon ja Ensi- ja turvakotien liittoon sekä seurakuntien perhetoimintaan. Moniammatillisten ryhmien toiveiden ja odotusten kartoittamisella saatiin tietoperustaa siihen, mihin suuntaan uutta perhevalmennusmallia tulisi edelleen kehittää. Moniammatillisessa projektissa opiskelu laajensi kätilöopiskelijoiden näkökulmaa kehittää uudenlaisia raskaana olevien perheiden palveluja. Lisäksi opinnäytetöiden analysointi, synteesi ja pohdinta auttoivat opiskelijoita kehittämään omia tietojaan ja taitojaan soveltaa ammatillista osaamistaan kätilötyössä.

Autenttiset oppimisympäristöt kätilöopiskelijaprojektien oppimisen edistäjänä

Kätilökoulutuksessa on toteutettu sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajien sekä kolmannen sektorin kanssa opintojaksojen sisällä erilaisia yhteistyön muotoja (Häsänen – Ahonen – Nieminen 2014). Tällaisten ilman ulkopuolista rahoitusta toteutettujen opiskelijaprojektien oppimista edistävänä tekijänä ovat olleet autenttiset oppimisympäristöt. Kätilöopiskelijat ovat pitäneet seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen ohjaustilanteita Turussa toimivan Daisy Ladies ry:n jäsenille. Daisy Ladies ry on Suomeen muuttajanaisten yhdistys, jonka tavoitteena on toimia naisten sosiaalisena tukiverkkona lähentäen kulttuureita toisiinsa ja vahvistaen eri etnisten ryhmien omaa kulttuuri-identiteettiä (Daisy Ladies ry 2011). Kätilöopiskelijat ovat käyneet kertomassa muun muassa raskauden ehkäisyn mahdollisuuksista ja vaihdevuosista, jolloin vaihdettujen kokemusten myötä myös opiskelijoiden monikulttuurinen osaaminen on parantunut.

Osana opetusta on kehitetty perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköiden erilaisia potilas- ja henkilökuntaoppaita imetykseen ja synnytyksen aikaiseen kivunlievitykseen liittyen. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden ohjaustilanteista on kätilöopiskelijoilla jo vuosien perinteet elämänkaaren eri vaiheissa olevien ihmisten seksuaalikasvatuksesta, ohjauksesta ja neuvonnasta päiväkodeissa, ala- ja yläkouluissa, toisen asteen oppilaitoksissa ja vanhusten päivätoiminnassa.

Kätilötyön ammatillisen osaamisen kasvun yhteistyökumppaneina ovat toimineet myös Tyttöjen talo, Turun Väestöliiton yksikkö ja Ensikoti Pinja.

Lopuksi

Kätilöopiskelijat oppivat projektityössä luovaa ongelmanratkaisukykyä, kokonaisvaltaista ajattelua, päämäärätietoisuutta sekä kykyä toimia yhteistyössä ja verkostoissa. Valmistuvan kätilön osaamistavoitteissa (Pienimaa 2014) edellytetään kykyä soveltaa kehittämis-, tutkimus- ja projektiosaamisen taitoja kätilötyön kehittämiseen. Projekteissa kätilöopiskelijat harjaantuvat näyttöön perustuvaan toimintaan sekä tutkivaan ja kehittävään työotteeseen, mikä on vahvuus tämän päivän ja tulevaisuuden monimuotoisissa kätilötyön haasteissa.

Lähteet

- Ahonen, Pia 2010. Varsinaissuomalaista äitiyshuoltoa kehittämässä. Kymppi-hanke innovaatioympäristönä. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 98. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Ahonen, Pia & Tuominen, Miia 2010. Tutkimus- ja kehittämistyö etenee Kymppi-hankkeessa. Teoksessa Ahonen, P. (toim.) Varsinaissuomalaista äitiyshuoltoa kehittämässä. Kymppi-hanke innovaatioympäristönä. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 98. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Ahonen, Pia 2012. (toim.) Uusia toimintoja äitiyshuoltoon. Kymppi-hanke moniulotteisena vaikuttajana. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 137. Turku: Turun ammattikorkeakoulu
- Berglund, Mari & Häsänen, Marjatta 2015. INEC - Increasing Ethical Competence in Midwifery Education and Practice 2015. <http://www.turkuamk.fi/fi/tutkimus-kehitys-ja-innovaatiot/hae-projekteja/inec-increasing-ethical-competence-midwifery-educa/> Viitattu 27.10.2015
- Daisy Ladies ry 2011. http://www.daisyladies.org/DaisyLadies_ry/Etusivu.html. Viitattu 27.10.2015.
- Häsänen, Marjatta, Ahonen, Pia & Nieminen, Marika 2014. Kotikutoisia kätilöitä. Vinkkeli 2, 20–21. <http://www.satshp.fi/tietoa-meista/organisaatio/Vinkkeli/Vinkkeli%202014%20nro%202.pdf> Viitattu 27.10.2015.
- Nirkkonen-Mannila, Anneli 2012. Kätilöopiskelijat perhevalmennuksen kehittäjinä. Teoksessa Ahonen, P. (toim.) Uusia toimintoja äitiyshuoltoon. Kymppi-hanke moniulotteisena vaikuttajana. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 137. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Pienimaa, Anna-Kaisa 2014. Kätilön ammatillisen osaamisen kuvaus. Kätilökoulutuksesta valmistuvien osaamisalueet, tavoitteet ja keskeiset sisällöt. Viitattu 28.1.2016. <http://www.>

metropolia.fi/fileadmin/user_upload/Sosiaali_ja_terveys/K%C3%A4til%C3%B6ty%C3%B6/Katilon_ammattillisen_osaamisen_kuvaus.pdf

Tuominen, Miia 2009. Valmiina vanhemmuuteen. Perhevalmennuksen kehittäminen Turun sosiaali- ja terveystoimessa. Turun ammattikorkeakoulun tutkimuksia 30. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Tuominen, Miia & Ahonen, Pia 2012. Uudistettu perhevalmennuksen malli. Teoksessa Ahonen, P. (toim.) Uusia toimintoja äitiyshuoltoon. Kymppi-hanke moniulotteisena vaikuttajana. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 137. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Tuominen Miia, Kaljonen Anne, Ahonen Pia, Rautava Päivi 2012. Does the organizational model of the maternity health clinic have an influence on women's and their partners' experiences? A service evaluation survey in Southwest Finland. BMC Pregnancy and Childbirth 2012,12:96 <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/96>

Tuominen Miia, Kaljonen Anne, Ahonen Pia, Rautava Päivi 2014. Relational continuity of care in integrated maternity and child health clinics improve parents' service experiences. International Journal of Integrated Care 2014, 14:e029. <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/1451>

7. Simulering en undervisningsmetod i Barnmorskeutbildningen

Pernilla Stenbäck

Simulering är en pedagogisk metod som strävar till att i en trygg omgivning återge en händelse eller ett händelseförlopp, som är så verklighetstrogen som möjligt. Begreppet simulering beskrivs som att efterlikna en händelse eller situation (SAOL 2006). Eftersom avsikten i simulering är att studenten/personen som simulerar får utföra, öva, hitta och prova sig fram till lösningar och utföra handlingsmönster blir simuleringen den förmedlande länken/metoden eller verktyget till inläring i en trygg miljö för deltagarna (Dieckmann (red.) 2009).

Simulering som pedagogiskt verktyg i undervisningen

Simulering som en pedagogisk metod är idag en använd och vedertagen pedagogisk lösning i vårdutbildningar. Antalet utbildningar inom medicin och vård med simulering som en del av utbildningen ökar hela tiden världen över. Tyvärr har vi ingen statistik från Finland över användningen av simulering som undervisningsmetod, men alla barnmorskeutbildningar har i undervisningen av gammal tradition övningar av varierande art och omfattning, vilka kan beskrivas som en form av simulering. Simulering är inget nytt fenomen inom barnmorskeutbildningen, genom tiderna har man använt övningsdockor av olika slag. Den första kända övningsdockan som fanns inom barnmorskeutbildningen användes i Frankrike 1760–1783 då madam Coundray reste runt i de franska provinserna och undervisade kvinnor i förlossningsvård med hjälp av en förlossningsdocka gjord av skinn och äkta ben. Hennes konkreta arbete resulterade i en reduktion av spädbarns- och mödradödligheten i Frankrike (Gerbert 1998). Johan von Hoorn som

anses vara den svenska och därmed också den finländska barnmorskeutbildningens grundare, använde också förlossningsdockor i undervisningen för barnmorskor på 1700-talet i Stockholm (Djurberg 1995). Övningsdockorna inom obstetrik och förlossningsvård har utvecklats sedan 1700-talet och utvecklas kontinuerligt. Idag finns det en uppsjö av dockor, från enkla återgivningar av bäcken och foster i olika storlekar och material, till datorstyrda dockor i full storlek av en födande kvinna och hennes foster. Med dessa datorstyrda obstetriska simuleringsdockor kan både normal och extremt komplicerad förlossning med efterföljande komplikationer efterliknas.

I forskning kring simulering användes ofta begreppet simuleringsbaserad inläring, där syftet med simuleringen är en pedagogisk lösning. Teräs, Poikela och Lahtela (2013) vill förändra begreppet till simuleringsförmedlande inläring eftersom inläring av expertis eller av yrke inte är simuleringsbaserad utan snarare simuleringsförmedlad inläring (Teräs et al. 2013). En förmedlande inläring bygger på tanken att möjliggöra inläringen för studenten. För att simulering i undervisningen skall uppnå önskad målsättning bör studenten/deltagaren ha klart identifierade inlärningsmål. All simulering har ett eller flera tydligt utskrivna lärandemål. Dessa lärandemål styr dels simuleringsförloppet inne i simulatorn, dels debriefing-diskussionen. Simuleringsförmedlad inläring lämpar sig mycket väl speciellt inom obstetrik och förlossningsvård. Den kan dels ge ny kunskap och dels upprätthålla tidigare kunskap om sällan förekommande situationer, som bör hållas aktuell. Denna metod kan förverkligas i så väl utbildning, i arbetsplatsskolning och -fortbildning, som i fortlöpande bedömning av professionell personal. (Ennen – Satin 2010) Inom barnmorskearbetet finns det dock kunskapsområden som kan vara svåra att simulera. Eftersom barnmorskearbetet är en emotionell disciplin med drag av konst och filosofi (ICM 2011a; ICM 2011b) kan det vara svårt att avbilda det i simulerad miljö med hjälp av simuleringsdockor.

Utbildning till barnmorska med hjälp av simulering

Barnmorskeprofessionen är starkt bunden till kliniska färdigheter och ett självständigt arbetssätt. Arbetet är idag omfattande och kräver förutom förmåga att fatta beslut ett starkt evidensbaserat kunnande, självständighet och ett ansvarstagande. Den enskilda barnmorskan har i sitt arbete ett stort ansvar att genom gjorda beslut genomföra vårdhandlingar på ett ändamålsenligt sätt, samtidigt som situationsbedömning och ledarskap är essentiella faktorer för patientens vård och

säkerhet. Den kliniska färdigheten som arbetet förutsätter har genom tiderna krävt och kräver än idag goda handlingsfärdigheter, vilka kan uppnås genom individuell övning. Simulering i form av övningsstationer (skills-stations) kan möjliggöra övning av enskilda kliniska färdigheter, medan så kallade omfattande fullskalig (full-scale) simulering innebär att större helheter övas. Både övningsstationer och fullskalig simulering ger positiv effekt på klinisk praxis. Genom övning på dockor i simulerade situationer möjliggörs en inläring där studenten får ta tid på sig, göra fel och misstag samt upprepa tills hen uppnått önskade färdigheter (Bell-Gordon et al. 2014; Steinemann et al. 2011; Egenberg et al. 2015; Tolsgaard et al. 2015a; Tolsgaard et al. 2015b). Både komplicerade och mycket enkla övningar i simuleringsmiljö lämpar sig väl för att uppnå inlärningsmål i vårdutbildningen, speciellt inom förlossningsvården. Litteraturstudier visar att simulering jämförd med traditionell klassrumsundervisning är en speciellt effektiv metod för att bland annat öva och bedöma klinisk kompetens (Reese et al. 2010; Reising et al. 2011).

Studier inom vård har visat en positiv överföringseffekt av kliniska färdigheter (Thomseth et al. 2012) samtidigt som patientsäkerhet har lyfts fram i studier kring simulering. Genom förståelse om de mänskliga faktorer som inverkar på människans arbete har metoder som t ex. ”Crew Resource Management” (CRM) utvecklats. Den har inom vården utvecklats till ”Crisis Resource Management” och ”Non-Technological Skill” (NTS) som en del av patientsäkerheten. CRM och NTS är båda uppbyggda enligt ett schema för hantering av mänskliga faktorer genom situationsmedvetenhet (situation awareness), beslutsfattande (decision making), uppgiftshantering (task management) och teamarbete (teamwork). En simulering är uppbyggd av tre delar, en inledande/förberedande del (briefing) där såväl övergripande mål som individuella målsättningar för simuleringen sätts upp, själva simuleringen (genomförandet av simuleringen) och en reflekterande och medvetandegörande (debriefing) diskussion, vars målsättning är en validering och utvärdering med syfte att uppnå ny inläring. Simulering beskrivs i studier som en social metod där medverkarna kan ha olika individuella målsättningar, men i debriefingen sammanförs dessa till en gemensam målsättning (Dieckmann (red.) 2009).

Trots att barnmorskans arbete, kunskap och arbetsförhållanden i Finland är självständiga är ett samarbete och en nätverksbaserad syn på arbetet klart uttalad från såväl arbetsgivaren som från yrkeskåren. Arbetslivets krav och kravet på kunskapsbehållningen som studenten skall få under utbildningen ställer krav på ut-

vecklingen och förverkligandet av utbildningen (Kauppi 2004). Barnmorskans professionella kompetenser är nationellt definierade och beskrivna i en miniminivå vid examen. Dessa professionella kompetenser är uppdelade i fyra huvudkategorier: barnmorskans professionalitet, familjecentrerad barnmorskekunskap, barnmorskan som expert på främjandet av den reproduktiva hälsan och klinisk barnmorskekunskap samt utveckling och ledarskap inom barnmorskekunskap (Pienimaa et al. 2014). I undervisningen inom dessa kunskapsområden kan simuleringsförmedlad undervisning användas, dels i form av enskilda handlingsövningar, dels genom helhetsövningar där situationsmedvetenhet, beslutsfattande, uppgiftshantering och teamarbete kan övas.

Att använda simuleringen i barnmorskeutbildningen

Simulering har vid Arcada använts som en pedagogisk lösning i undervisningen under de senaste tio åren och den har integrerats även i teoriundervisningen. Inom barnmorskeutbildningen har simuleringsförmedlad inläring varit en del av undervisningen sedan 2008. Likväl studenter som lärare har visat ett stort intresse och upplever denna form av inläring som mycket givande (Nyström – Wallinvirta 2006). Efter simuleringsövningarna upplever sig barnmorskestudenterna ha en högre beredskap att handla i klinisk praxis. Simulering som pedagogisk lösning sker under hela studietiden. På Arcada strävar vi till att simuleringen i huvudsak sker före det kliniska praktikavsnitt som är kopplat till teorikursen. All simulering har ett eller flera tydligt utskrivna lärandemål, som dels styr simuleringsförloppet inne i simulatorn, dels debriefing-diskussionen utanför. Lärandemålen är uppbyggda utgående från barnmorskearbetets nationella kompetenser (Pienimaa et al. 2014) och förverkligandet av simulering i de olika kurserna sker utgående från teorikursens målsättningar. Genom simulering kan studenterna förutom kliniska handfärdigheter även öva och pröva beslutsfattande, situationsbedömning och ledarskap som en del av den teoretiska och kliniska undervisningen. Såväl komplicerade som mycket enkla övningar i simuleringsmiljö lämpar sig bra för att uppnå inlärningsmål inom all vårdutbildning, även barnmorskeutbildningen. Övningarna och simuleringarna förverkligas i grupper med upp till femton studenter av vilka två till sex beroende på inlärningsmålet och simuleringens art är aktiva aktörer inne i simulatorn. Hela gruppen medverkar aktivt under debriefing-tillfället, där reflektion och medvetandegörande av händelseförloppet sker och ny kunskapsbas skapas.

Simuleringarna har antingen förverkligats som ”skills”-övningar eller som hela scenarier av specifika vårdförlopp. I kurserna familjeinriktad hälsovård, som omfattar mödrahälsovård har simulering förverkligats genom att öva inskrivningsbesöket, rådgivning i förebyggande eller vårdande syfte, till exempel kostrådgivning under graviditet eller vid patologisk sockerbelastning. Simulering för övning av enskilda färdigheter såsom palpation av livmodern och efterblödning post partum, vård av den nyfödda samt uppföljning av sectiosårets kondition har förverkligats dels som delmål i simuleringsscenarioet, dels som enskilda övningar. Inom puerperalvården har simuleringen omfattat amningsrådgivning och handledning, vård efter kejsarsnitt, vård vid urinretention samt bedömning av moderns psykiska välbefinnande. Inom förlossningsvården har simuleringen förverkligats genom övningar vid regelbunden förlossning såsom val av smärtlindringsmetod, uthjälpning av fostret och omhändertagande av det nyfödda barnet och den nyförlösta modern, analys av cardiotocografi (CTG) och intervention enligt analysen. I kursen som omfattar vården vid avvikande förlossning har simulering gjorts vid skulderdystoci, post partum hemorragi, sätesförlossning, analys av avvikande CTG och första hjälp för nyfödd med behov av akut vård.

Världshälsoorganisationen (WHO 2010) har lyft upp vikten av samarbete/teamarbete (collaborative) mellan utbildning och klinisk praxis. Kommunikationen är en viktig del av barnmorskearbetet och utbildningen eftersom komplikationer och händelseförlopp inom obstetrikens alltid involverar flera personer och tenderar att inträffa oförutsagt och snabbt. Av dessa orsaker blir teamarbete en avgörande del av patientsäkerheten speciellt inom obstetrikens, då patienten i fråga (modern) alltid är vaken och vid medvetande. Varje handling, oberoende om den är planerad eller akut, observeras av så väl patienten (modern) som hennes familj (man/stödperson), vilka alla är sensitiva för hur vårdpersonalen arbetar och kommunicerar. (Grable – Ochoa 2011.)

Kommunikationens betydelse och framför allt förbättring av en klar och professionell kommunikation är en mycket använd målsättning i simuleringssituationer under vård- och barnmorskeutbildningen. Särskilt i utmanande vårdssituationer där patienten är starkt smärt- eller sensitivt/emotionellt påverkad blir kommunikationen ytterst viktig. Exempel på förverkligandet av simulering med förtydligad kommunikation som målsättning är handledningstillfällen så som hälso- rådgivning, amningshandledning, val av smärtlindring under förlossningen, bemötandet av familjen post partum eller efter information om avvikelse under graviditet och förlossning till exempel diagnostiserad fosterdöd. Donavan och

Foster (2015) har i en studie visat hur de genom två olika simuleringsscenarier för barnmorskestuderande fäste uppmärksamhet vid studenternas kommunikation under återupplivning av nyfödd och bemötandet av moder då återupplivningsförsöket har misslyckats. Studien visade att studenterna dels handlade och kommunicerade ostrukturerat och till och med oetiskt, dels strukturerat enligt ett inövat schema. Det senare speciellt vid återupplivning. Studenterna i Donavan & Fosters (2015) studie visade en inläring och ett medvetande av kommunikationens specialdrag vid emotionellt krävande händelseförlopp genom debriefing och reflektion. På Arcada har en motsvarande simuleringsovning gjorts, där fick studenterna möta en familj som fått besked om intrauterin fosterdöd. Studenternas reflektion vid simuleringen var entydigt positiv och förmedlade en känsla av förberedelse inför situationen, trots att de upplevde simuleringen psykiskt och emotionellt tung.

Simuleringens möjligheter och utmaningar i barnmorskeutbildningen

Simulering som pedagogisk metod eller som förmedlande inläring är ett användbart didaktiskt instrument. Simuleringar har med positiv feedback av studenter, lärare och av klinisk personal utförts inom barnmorskeutbildningen på Arcada, även i landets övriga yrkeshögskolor. Studenter som haft simulering i undervisningen har rapporterat sig vara mer bekväma vid motsvarande situationer i klinisk praxis än studenter, som inte har haft simulering (jfr Ennen et al 2010; Nyström – Wallinvirta 2006). Samtidigt kan simuleringen ge en falsk uppfattning om den egna handlingsförmågan, då händelseförloppet ofta är forcerat och inte ger möjlighet till uppföljning av patientens tillstånd där analys av möjligt sakta fortskridande förändringar under ett längre tidsförlopp uteblir (Onello – Regan 2013).

Den enskilda studenten skall kunna uppnå de kompetenser utbildningen har som mål. Simulering såväl genom så kallade enkla övningar med icke mekaniska hjälpmedel som med högteknologiska simuleringsdockor kan vara en pedagogisk lösning för att uppnå de önskade kompetenserna (Ennen – Satin 2010).

Studier har gjorts där man bytt ut 25–50 procent av den kliniska praktiken till simulering. Resultatet av studierna visade att studenterna med högre antal simuleringar och kortare klinisk praktik hade samma kunskapsnivå i slutet av utbildningen. Likaså var det ingen skillnad varken beträffande den kliniska kompeten-

sen eller det kritiska tänkandet eller studentens beredskap för det kliniska arbetet i praktiken. Samtidigt visade studien att de studenter som under studietiden hade 50 procent av den kliniska praktiken i simulerad miljö hade en positivare bild av sina kliniska kunskaper, eftersom de fått mer personlig feedback under sin studietid än de studenter som gjort klinisk praktik på klinikerna. (Hayden et al. 2014; Meyer et al. 2011; Sportsman et al. 2011; Watson et al. 2012.)

Effekten av att överföra kunskap till praxis genom simulering har diskuterats och studerats frekvent, tyvärr är det endast få studier som kunnat visa simuleringens klara effekter direkt på patientvården. En studie inom obstetrik som beskriver en direkt förbättring av vården och därmed patientsäkerheten är Draycott (2006) som visat att första vården av nyfödda med ≤ 6 apgar poäng vid 5 min ålder, perinatal asfyxi och neonatal hypoxisk-ischemisk encefalopati (HIE) har förbättrats efter simuleringsövningar (Draycott 2006). På samma sätt har Draycott (2008) visat att övning och simulering av skulderdystoci har minskat på antalet skador på nyfödda diagnostiserade med skulderdystoci (Draycott 2008). Croft et al (2007) visade att simulering av skulderdystoci skall koncentreras till manöverövning. Studien visade att en ökad kraft var en vanligt använd aktivitet, trots att den resulterar i skada på barnet (Croft et al. 2007). Dessa studier visar att simuleringsövningar förbättrar vården, speciellt vid skulderdystoci och av nyfödda med andningsproblem.

För att uppnå den positiva effekt som önskas kräver simulering som pedagogisk metod och didaktisk lösning både kunskap och utbildning av utbildaren. Samtidigt är förståelse och tillväxt av barnmorskeidentiteten genom simulering en uppenbar effekt både för den enskilda studenten och för utbildaren. Simulering som pedagogisk metod och didaktisk lösning har potential att ytterligare utvecklas och anpassas till så väl utbildningens som den kliniska praxisens krav. Ett öppet sinne för kreativa lösningar och idéer ger möjligheter till nya innovationer. Tekniken utvecklas konstant, vilket ger nya möjligheter samtidigt som inläringen och kunskapsbehållningen kan uppnås med mycket enkla metoder och lösningar.

Barnmorskeutbildningen har i alla tider använt en form av simulering som metod. Med dagens tekniska hjälpmedel och med barnmorskearbetets grundelement finns det goda möjligheter till både fortsatt kunskapsbehållning och -utveckling inom den ädla barnmorskekonsten.

Simulaatio oppimismetodina kättilökoulutuksessa

Pernilla Stenbäck

Simulaation tavoite on yrittää mallintaa yksittäinen tapahtuma tai tapahtumakokonaisuus mahdollisimman todenmukaisesti turvallisessa ympäristössä, jolloin simulaatio on osallistujille välittävä metodi tai työväline oppimiseen (Dieckmann (toim.) 2009).

Simulaatiota käytetään yhä enemmän pedagogisena metodina sekä terveysalan että lääketieteen koulutuksessa. Kaikissa kättilötyön koulutuksissa käytetään jonkinasteista simulaatiota osana koulutusta. Harjoitusnuken käyttö kättilötyön opettamiseen ei ole uusi keksintö. Jo 1700-luvulla madam Coundray matkusti Ranskassa opettaen kättilötyötä sikiö- ja lantiomallilla (Gerbert 1998). Synnytysopissa ja obstetriikassa käytetyt harjoitusnuket kehittyvät koko ajan. Nykyisin löytyy erilaisia nukkeja yksinkertaisista lantiomalleista tietokoneohjattaviin, synnyttäviin simulaattoreihin, joissa mukana vastasyntyneet. Niiden avulla voi harjoitella sekä yksittäisiä harjoitteita että erittäin haastavia synnytyksiä komplikaatioineen.

Simulaatiota käsittelevissä tutkimuksissa käytetään usein käsitettä simulaatio-perustainen oppiminen, joka viittaa simulaatioon pedagogisena ratkaisuna. Teräs, Poikela ja Lahtela (2013) argumentoivat käsitteen muuttamisesta simulaatiovälitteiseksi oppimiseksi, koska asiantuntijuuden ja ammatin oppiminen ei ole simulaatiooperusteista vaan ennemmin simulaatiovälitteistä (Teräs ym. 2013). Välitteinen oppiminen pohjautuu ajatukseen oppimisen mahdollistamisesta opiskelijalle. Tarkasti määritellyt oppimistavoitteet ovat edellytys, jotta opiskelija voi saavuttaa toivottua oppimista simulaation avulla simulaatiovälitteisessä oppimisessä. Kaikissa simulaatioissa on yksi tai useampi oppimistavoite, jotka ohjaavat sekä simulaatiotapahtumaa että oppimiskeskustelua. Synnytys ja obstetriikka soveltuvat eri-

tyisen hyvin simulaativälitteiseen oppimiseen, koska se voi antaa uutta tietoa ja ylläpitää taitoa harvoin ilmaantuvista tilanteista. (Ennen – Satin 2010.) Kätilötyössä on kuitenkin myös osaamisalueita, jotka voi olla vaikeita simuloida. Kätilötyö on emotionaalinen ala sisältäen sekä taidetta että filosofiaa, esimerkiksi kätilön kumppanuutta naisen tai synnyttäjän kanssa (ICM 2011a; ICM 2011b) voi olla vaikeata mallintaa simulaatioympäristössä simulaattorinuken avulla.

Kätilötyö ja simulaatio

Kätilöprofessio edellyttää vahvaa kliinistä osaamista, päätöksentekoa, itsenäistä työskentelyä, tiimityöskentelyä, tilanteiden arviointia ja johtamistaitoa sekä näyttöön perustuvaa tietoa potilashoidosta ja sen turvaamisesta. Simulaation avulla voidaan harjoitella sekä kädentaitoja että kokonaisii skenaarioita. Opiskelijat saavat rauhassa harjoitella kliinisiä kädentaitoja, toistaa, tehdä virheitä ja harjaantua, kunnes toivottu osaaminen on saavutettu (Bell-Gordon ym. 2014; Steinemann ym. 2011; Egenberg ym. 2015; Tolsgaard ym. 2015a; Tolsgaard ym. 2015b). Kirjallisuuskatsauksissa simulaativälitteinen opetus on osoittautunut perinteiseen luokkaopetukseen verrattuna tehokkaaksi menetelmäksi harjoitella ja arvioida kliinistä osaamista (Reese ym. 2010; Reising ym. 2011).

Potilasturvallisuus on noussut esille simulaatiota käsittävissä tutkimuksissa. Ihmilliset tekijät osana työtä ovat edesauttaneet kehittämään erilaisia metodeja kuten ”Crew Resource Management” (CRM). Terveysalalla käytetään käsitettä ”Crisis Resource Management” tai Non-Technological Skill” (NTS) osana potilasturvallisuutta. CRM tai NTS sisältävät tilannearviointia (situation awareness), päätöksentekoa (decision making), tehtävän hallintaa (task management) ja ryhmätyötä (teamwork). Simulaatio rakentuu kolmesta osiosta: valmistele (briefing), jossa tavoitteet määritellään ja sovitaan, varsinainen simulaatio (simulaation) sekä oppimiskeskustelu (debriefing), jonka tavoite on validoida, arvioida ja lisätä tietoisuutta. Simulaatio on sosiaalinen menetelmä, jossa osallistujilla voi olla eri tavoitteita, mutta oppimiskeskustelussa tavoitteet yhdistyvät yhteisiksi (Dieckmann 2009).

Simulaation käyttö kätilökoulutuksessa

Arcadassa on simulaatiota käytetty pedagogisena ratkaisuna teoriaopetuksen osana kymmenen vuotta ja kätilökoulutuksessa vuodesta 2008. Opiskelijat ja opetta-

jat ovat kokeneet tämän oppimistavan erittäin kiinnostavaksi ja antoisaksi (Nyström – Wallinvirta 2006). Simulaatiot toteutetaan läpi koko koulutuksen pääsääntöisesti ennen harjoittelujaksoa. Simulaatioiden tavoitteiden lähtökohdat ovat kättilön ammatillisen osaamiskuvauksen osa-alueet (Pienimaa ym. 2014) ja yksittäisten opintojaksojen oppimistavoitteet. Simulaatiot tapahtuvat joko ”skills”-harjoituksina tai kokonaisina skenaariona hoitotapahtumista. Toteutus on ryhmissä (noin 15 opiskelijaa), joissa 2–6 opiskelijaa on aktiivisia simulaatioharjoituksen ja tavoitteiden laajuudesta riippuen. Koko ryhmä on aktiivinen oppimiskeskustelussa. Oppimiskeskustelussa ryhmä ohjatusti reflektoi ja luo uutta tietoa. Kättilökoulutuksessa on toteutettu simulaatioita äitiyshoitotyössä, lapsivuodeajan hoidossa ja synnytyksen hoidossa.

Kommunikaatio on tärkeä osa kättilötyötä, koska komplikaatioilla ja tapahtumilla obstetriikassa on taipumus tulla ennakoimatta ja nopeasti koskettaen aina samanaikaisesti useampia henkilöitä. Yhteistyötaidot ovat erityisen tärkeä osa potilasturvallisuutta, koska potilas (äiti) on tajuissaan ja tapahtumaa seuraa aina potilaan lisäksi hänen perheensä (tukihenkilö, puoliso, kumppani), jotka ovat sensitiivisiä hoitohenkilökunnan toimille ja kommunikaatiolle olipa tilanne suunniteltu tai akuutti. (Grable – Ochoa 2011.) Kommunikaatio ja yhteistyö ovat tavallisia tavoitteita simulaatioissa. Kättilötyössä kommunikaatio korostuu erityisesti silloin, kun potilas on emotionaalisesti herkässä tilassa tai kivulias. Donavan ja Foster (2015) ovat simulaatiotutkimuksissa kiinnittäneet erityistä huomiota kommunikaatioon vastasyntyneen elvytystilanteessa ja vanhempien kohtaamisessa heti elvytyksen epäonnistumisen jälkeen. Tutkimus osoitti, että opiskelijat toimivat osittain strukturoidusti ennalta opittujen kaavojen mukaan ja jopa epäeettisesti. Donavan ja Fosters (2015) osoittivat, että oppimiskeskustelussa opiskelijat olivat oppineet kommunikaation erityispiirteitä emotionaalisesti vaativassa tilanteessa. Arcadassa on simuloitu tilanne, jossa opiskelijat tapaavat synnyttäjän, joka hetkeä ennen on saanut tiedon kohdunsisäisestä sikiökuolemasta. Kätilöopiskelijoitten reflektiot simulaatiosta olivat positiiviset ja he kokivat harjoittelun valmistavan heitä tulevaa tilannetta varten, vaikka kokemus oli psyykkisesti ja emotionaalisesti raskas aiheen vakavuuden vuoksi.

Simulaation haasteet ja mahdollisuudet kättilökoulutuksessa

Tällä hetkellä simulaatio on käytetty pedagoginen metodi sekä Arcadassa että muissa kättilökoulutuksissa. Kokemukset ovat olleet positiivisia opiskelijoille,

opettajille ja kliiniselle hoitohenkilökunnalle. Opiskelijat, jotka ovat osallistuneet simulaatioon osana opintoja, ovat raportoineet olevansa valmiimpia kohtaamaan vastaavia tilanteita käytännössä (vrt. Ennen ym. 2010; Nyström – Wallinvirta 2006). Toisaalta simulaatio voi antaa opiskelijalle myös virheellisen tunteen selviämisestä kaikissa tilanteissa, koska ratkaisut simulaatiossa tehdään usein nopeutetusti ja potilaan pidemmän ajan seuranta hitaasti etenevissä muutoksissa jää pois (Onello – Regan 2013).

On tehty tutkimuksia, joissa 25–50 % kliinisestä harjoittelusta on korvattu simulaatiolla. Tulokset osoittavat, että opiskelijat, joilla oli enemmän simulaatiota koulutuksen aikana, saavuttivat saman osaamistason opintojen lopussa kuin perinteisesti harjoittelussa olleet. Opiskelijat, joiden kliinisestä harjoittelusta 50 % oli korvattu simulaatiolla, kokivat omat kliiniset taitonsa paremmiksi, koska olivat saaneet enemmän henkilökohtaista palautetta opintojen aikana kuin opiskelijat, jotka olivat tehneet harjoittelunsa klinikoissa. (Hayden ym. 2014; Meyer ym. 2011; Sportsman ym. 2011; Watson ym. 2012.)

Simulaation vaikuttavuus kliiniseen käytäntöön on pystytty osoittamaan vain muutamalla tutkimuksella. Draycottin (2006) tutkimus vastasyntyneen (joilla ≤ 6 Apgar pistettä 5 min iässä ja perinataali asfyxia sekä neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy (HIE)) hoito on simulaatioharjoitusten jälkeen parantunut (Draycott 2006). Samalla tavalla Draycott (2008) on osoittanut, että simulaatioharjoitukset ovat vähentäneet vastasyntyneen vammoja hartiadystokian jälkeen (Draycott 2008).

Kätilökoulutus on kautta aikojen käyttänyt simulaatiota vastaavaa harjoittelua. Oppimista ja tietoa voi saada rohkealla ja luovalla asenteella sekä ideoilla, jotka syntyvät uusista innovaatioista. Yksinkertaisilla ratkaisuilla voi saavuttaa uutta tietoa ja oppia samalla, kun jatkuva teknisten ratkaisujen kehitys luo uusia mahdollisuuksia. Sekä opiskelijoiden että kouluttajien kätilöidentiteetin kasvamista ja kehittymistä on havaittavissa simulaation avulla. Simulaatiovälitteisellä opetuksella on potentiaalia kehittyä ja muokkautua sekä koulutuksen että kliinisen hoitotyön tarpeisiin, siksi myös jatkossa kannattaa rohkeasti kehittää ja käyttää simulaatiota kätilökoulutuksessa.

Referenser

- Bell-Gordon, Charyl – Gigliotti, Elizabeth – Mitchell, Katy 2014. An evidence-based practice project for recognition of clinical deterioration: Utilization of simulation-based education. *Journal of Nursing Education and Practice* 4: 6. 69–76.
- Crofts, Joanna – Ellis, Denise – James, Mark – Hunt, Linda – Fox, Robert – Draycott, Timothy 2007. Pattern and degree of forces applied during simulation of shoulder dystocia. *AJOG American Journal of Obstetrics & Gynecology* 197: 156.e1–156.e6.
- Dieckmann, Peter (Ed.) 2009. *Using Simulation for Education, Training and Research*. Pabst Science Publishers.
- Djurberg, Vilhelm. 1995. *Läkaren Johan von Hoorn*. Bokförlaget Atlantis.
- Donavan, Helen – Forster Elizabeth 2015. Communication adaption in challenging simulation for student Nurse Midwives. *Clinical Simulation in Nursing* 11. 4050–457.
- Draycott, Tim – Sibanda, Thabani – Owen, Louise – Akande, Valentine – Reading, Sandra – Whitelaw, Andrew 2006. Does training in obstetric emergencies improve neonatal outcome? *BJOG International Journal of obstetrics and Gynaecology* 113. 177–182.
- Draycott, Timothy – Crofts, Joanna – Ash, Jonathan – Wilson, Louise – Yard, Elaine – Sibanda, Thabani – Whitelaw, Andrew 2008. Improving Neonatal Outcome Through Practical Shoulder Dystocia training. *Obstetric and Gynecology* 112. 14–20.
- Egenberg, Signe – Oian, Pål – Bru, Lars Edvin – Sautter, Michael – Kristoffersen, Gunn – Eggbo, Thorbjørn Moe 2015. Can inter-professional simulation training influence the frequency of blood transfusions after birth? *ACTA Obstetrics et Gynecology Scandinavica* 94. 316–323.
- Ennen, Christopher – Satin, Andrew 2010. Training and assessment in obstetrics: the role of simulation. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 24. 747–758.
- Gerbart, Nina Rattner 1998. *The King's Midwife: A History and Mystery of Madame Du Coudray*. Berkeley: University of California Press.
- Grable, Ian – Ochoa, Peggy 2011. Simulation in Obstetrics Disease-a-Month 57. 763–774. doi:10.1016/j.disamonth.2011.08005.
- Hayden, Jennifer – Smiley, Richard – Alexander, Maryann – Kardong-Edgren, Suzan – Jeffries, Pamela 2014. The NCSBN National Simulation Study: A Longitudinal, Randomized, Controlled Study Replacing Clinical Hours with Simulation in Prelicensure Nursing Education. *Journal of Nursing Regulation*, vol 5, issue 2. July 2014 supplement.
- International Confederation of Midwives (ICM), 2011a. ICM International Definition of the Midwife. ICM, The Hague.
- International Confederation of Midwives (ICM), 2011b. Partnership between women and midwives. ICM, Durban.
- Kauppi, Antti 2004. Työ muuttuu- muuttuuko oppiminen? Teoksessa Tynjälä, P. – Välimaa, J. – Murtonen, M. Korkeakoulutus, oppiminen ja työelämä. Jyväskylä: PS kustannus. 187–212.
- Meyer, Mary – Connors, Helen – Hou, Qingjiang – Gajewski, Byron 2011. The effect of simulation on clinical performance: A junior nursing student clinical comparison study. *Simulation in Healthcare*, 6(5). 269–277.

- Nyström, Patrik – Wallinvirta, Eivor 2006. Simulering som idé och metod i publikationen: SiiliusAhonen, E. (red.) 2006. Vägen till yrkeskompetens. Hur syns pedagogiken i den professionsinriktade högskolepedagogiken. Rapport 1/2006, Arcada, Helsingfors.
- Onello, Rachel – Regan, Mary 2013. Challenges in High Fidelity Simulation: Risk Sensitization and Outcome Measurement OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 18 (3).
- Pienimaa, Anna-Kaisa 2014. Kättilötyön ammatillisen osaamisen kuvaus, Kättilökoulutuksesta valmistuvien osaamisalueet, tavoitteet ja keskeiset sisällöt. publicerad <www.metropolia.fi/katilotyo>.
- Reese, Cynthia – Jeffries, Pamela – Engum, Scott 2010. LEARNING TOGETHER: Using Simulations to Develop Nursing and Medical Student Collaboration. Nursing Education Perspectives 31.1 (Jan/Feb 2010). 33–7.
- Reising, Deanna – Carr, Douglas – Shea, Roberta – King, Jason 2011. Comparison of Communication Outcomes in Traditional VERSUS Simulation Strategies in Nursing and Medical Students. Nursing Education Perspectives 32.5 (Sep/Oct 2011). 323–7.
- Sportsman, Susan – Schumacker, Randall – Hamilton, Patti 2011. Evaluating the impact of scenario-based high fidelity patient simulation on academic metrics of student success. Nursing Education Perspectives 32(4). 259–265.
- Steinemann, Susan – Berg, Benjamin – Skinner, Alisha – DiTulio, Alexandra – Anzelon, Kathleen – Terada, Kara – Oliver, Catherine – Ho, Hao – Speck, Cora 2011. In Situ, multidisciplinary, simulation-based teamwork training improves early trauma care. Journal of Surgical Education 68(6). 472–477.
- Svenska Akademiens ordlista SAOL 2006. Nordstedts Akademiska förlag. Stockholm.
- Thomseth, Ellen – Crofts, Joanna – Winter, Cathy 2012. Multiprofessional Simulations i Teams for Better Management of Obstetric Emergencies. Case Study Leardal, North Bristol NHS trust.
- Teräs, Marianne – Poikela, Paula – Lahtela, Merja 2013. Avattaren avulla ammattilaiseksi? Simulaatiovälitteinen oppiminen terveysalalla. OKKA-säätiö. Ammattikasvatuksen aikakausikirja 15 (3). 66–80.
- Tolsgaard, Martin – Madsen, Mette – Ringsted, Charlotte – Oxlund, Birgitte – Oldenburg, Anna – Sorensen, Jette – Ottesen, Bent Tabor, Ann 2015a. The effect of dyad versus individual simulation-based ultrasound training on skills transfer. Medical Education 49 (3). 286–295.
- Tolsgaard, Martin – Ringsted, Charlotte – Dreisler, Eva – Norgaard, Lone – Petersen, Jorgen – Madsen, Mette – Freiesleben, Nina – Sorensen, Jette – Tabor, Ann 2015b. Sustained effect of simulation-based ultrasound training on clinical performance: A randomised trial. Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 1: DOI:10.1002/uog.14780.
- Watson, Kathryn – Wright, Anthony – Morris, Norman – McMeeken, Joan – Rivett, Darren – Blackstock, Felicity – Jull, Gwendolen 2012. Can simulation replace part of clinical time? Two parallel randomized controlled trials. Medical Education 46(7). 657–667.
- World Health Organization 2010. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva. World Health Organization.

8. Mitä pohjoismaisten kättilöiden väitöskirjat kertovat monikulttuurisuudesta ja interkulttuurisuudesta?

Pirjo Koski
Anita Wikberg

Johdanto

Maahanmuutto lisääntyy voimakkaasti sekä Euroopassa että Pohjoismaissa (Suomen virallinen tilasto 2015; UNHCR 2014). Maahanmuuton syyt ovat monipuolistuneet verrattuna 1990-lukuun. Tuolloin maahanmuutto perustui lähinnä humanitäärisiin syihin. Nyt muuton perusteena ovat myös perhesiteet, työ ja opiskelu (TEM 2016). Maahanmuuton lisääntyessä monikulttuurisuus, monikielisyys sekä arvojen ja tapojen monimuotoisuus lisääntyvät (TEM 2016). Maahanmuuton seurauksena erilaisista kulttuureista peräisin olevien asiakkaiden määrä kasvaa myös sosiaali- ja terveysalalla (Abdelhamid 2009). Tämä tuo haasteita kättilötyölle (Wikberg 2014) sekä terveyden edistämiseen ja sen osana myös perhevalmennukseen (Koski 2014).

Raskaana olevista ja synnyttäneistä maahanmuuttajanaيسista ja -perheistä löytyy jo melko paljon kansainvälistä tutkimustietoa. Tutkimusten mukaan maahanmuuttajanaيسilla, erityisesti afrikkalaistaustaisilla naisilla, on paljon terveysongelmia (Robertson 2003), huonommat synnytystulokset (birth outcomes) kuten alhaisempi syntymäpaino (LBW), korkeampi perinataalikuolleisuus (Bollini – Pampallona – Wanner - Kupelnick 2009; Gagnon – Zimbeck – Zeitlin 2009; Malin – Gissler 2009; Robertson – Malmström – Johansson 2005) ja korkeampi äitikuolleisuus (CEMACH 2007; Essher 2014) sekä korkeampi muusta kuin synnytyksestä johtuva äitikuolleisuus kuin valtaväestöllä (Elebro – Rööst – Moussa – Johndotter – Essén 2007). On myös havaittu, että esimerkiksi Norjassa asuvilla soma-

linaisilla on suurempi riski saada huonoja synnytystuloksia, jotka johtuvat hätäsektiosta, yliaikaisuudesta ja mekoniumin joutumisesta lapsiveteen. Heillä on myös suurempi riski saada pienipainoinen tai muuten alipainoinen lapsi (Bakken – Skjeldal – Stray-Pedersen 2015). Suomessa Malin ja Gissler (2009) havaitsivat, että afrikkalaistaustaisilla vastasyntyneillä on korkeampi (5,7/1000) perinataali-kuolleisuus verrattuna suomalaisiin vastasyntyneisiin (5,1/1000). Näyttää on myös siitä, että Suomessa somalinalaisilla on korkeampi syntyvyys ja he myös synnyttävät hieman nuorempina kuin valtaväestön naiset (Helminen 2013).

Kätilötyö tarkoittaa naisten hoitamista ja ohjaamista raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteen aikana sekä vastasyntyneen ja imeväisikäisen hoitoa. Suomessa kätilötyöllä tarkoitetaan edellisten lisäksi myös naistentautien hoitotyötä (ICM 2016; Suomen Kätilöliitto 1996). Kätilötyön eettisissä ohjeissa korostetaan, että kätilö hoitaa naista ja odottavaa perhettä kunnioittaen erilaisia kulttuureja ja pyrkii samalla poistamaan niihin sisältyviä vahingollisia toimintatapoja (Suomen Kätilöliitto 1996). Monikulttuurisuuden lisääntyminen on otettu huomioon myös vuonna 2014 julkaistussa kätilöiden ammatillisen osaamisen kuvauksessa. Kuvauksessa korostetaan yhtenä kätilöiden osaamisalueena kulttuuristen piirteiden ja moninaisuuden merkityksen ymmärtämistä sekä kykyä kohdata ja hoitaa kulttuuri-taustaltaan erilaisia yksilöitä ja perheitä. Osaamisen edellytyksenä on kulttuuri-nen herkkyys ja yksilöiden ja perheiden seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvän moninaisuuden ja kulttuuristen piirteiden ymmärtäminen (Pienimaa 2014). Koski (2012) käynnisti vuonna 2011 Metropolia Ammattikorkeakoulussa keskustelun monikulttuurisuuden huomioimisesta kätilökoulutuksen opetussuunnitelmissa. Tuolloin sovittiin, että kätilökoulutuksen opettajat integroivat monikulttuurisuutta ja kansainvälisyyttä kätilötyön kaikkiin opintojaksoihin. Tutkimustietoa siitä, miten edellä mainittu näkyy kätilökoulutuksen opetussuunnitelmissa ja opinnoissa, ei ole saatavilla. Havaintojen mukaan integroimiseen vaikuttaa opettajien monikulttuurien osaaminen. Opettajan monikulttuurisella osaamisella viitataan tässä opettajien tietoon, taitoon ja asenteisiin (Metsänen 2009). Laitisen (2005) tutkimus osoitti, että ammattikorkeakoulun opettajilla on kehitettävää kulttuurienvälisessä vuorovaikutusosaamisessa ja erityisesti kulttuurienvälisen toiminnan taidoissa.

Tässä artikkelissa selvitetään, mitä pohjoismaisten kätilöiden tekemät väitöskirjat kertovat interkulttuurisuudesta ja monikulttuurisuudesta. Interkulttuurisuudella viitataan erilaisista kulttuureista peräisin olevien asiakkaiden kätilötyöhön (UNESCO 2006). Sainola-Rodriguesin (2009: 41) mukaan interkulttuurisuus

(Purnell – Paulanka 2003: 4) ja monikulttuurisuus (Andrews – Boyle 2003: 3) termit ovat synonyymejä ja niillä viitataan jonkinlaiseen vuorovaikutuksen rakentamiseen eri kulttuurien välille (Purnell – Paulanka 2003: 4).

Tämän artikkelin aineistona on neljä vuosina 2003–2014 tehtyä väitöskirjaa. Tarkastelun kohteena ovat väitöskirjojen aiheet, tarkoitus ja tavoitteet sekä tutkimusmenetelmät ja kättilötyön ja koulutuksen kannalta keskeisimmät tulokset. Tavoitteena on tuottaa aihealueesta tietoa kättilöopiskelijoille, opettajille ja kättilökoulutuksen ulkopuolisille sidosryhmille sekä tehdä näkyväksi, mitä asioita kättilökoulutuksessa 2000-luvulla on otettu ja otetaan huomioon aihetta opetettaessa.

Artikkelin keskeiset käsitteet

Artikkelin keskeiset termit ovat monikulttuurisuus ja interkulttuurisuus. Sainola-Rodriguesin (2009: 41) mukaan englanninkielisten termien *international*, *transcultural*, *crosscultural*, *intercultural* ja *multicultural* määritelmät vaihtelevat. Joidenkin tutkijoiden mukaan *transcultural*- ja *cross-cultural*- termit ovat synonyymejä (Tripp-Reimer – Dougherty 1985: 79). *Transcultural* on nähty myös *intercultural*-termin (Purnell – Paulanka 2003: 4) ja *multicultural*-termin (Andrews – Boyle 2003: 3) synonyymiksi. Purnellin ja Paulankan (2003: 4) mukaan kaikilla edellä mainituilla termeillä tarkoitetaan eräänlaista ”ylittämistä” ja ”vuorovaikutuksen rakentamista” eri kulttuurien välille.

Tarkempi tarkastelu osoittaa kuitenkin sen, että termeissä on myös eroja. **Kansainvälisyys** edellyttää kykyä ymmärtää muiden kulttuureiden erityispiirteitä ja kykyä toimia kulttuurisesti moninaisessa yhteisössä. Kansainvälisyyden perustana ovat oman kulttuuriperinnön tuntemus ja kulttuuri-identiteetin hahmottuminen (Käsitteet Edu.fi). OPH and CIMO:n (2008) mukaan kansainvälisyys alkaa yksilön asenteista, tiedoista ja taidoista. Kotikansainvälisyys tuo maailman omaan kouluun. Kansallinen kansainvälisyys on osaamisen vaihtoa kotimaassa. Henkilövaihto ja hanketoiminta vievät yli rajojen.

Monikulttuurisuus viittaa yksinkertaisimmillaan siihen, että Suomessa asuu suomalaisen valtaväestön lisäksi muita etnisiä ryhmiä, kuten venäläisiä, virolaisia, bosnialaisia ja somaleja (Lumiaro 1995; Iduozee 1997). Monikulttuurisuudella viitataan myös tasa-arvoon ja asenteisiin. Positiivisen näkemyksen mukaan monikulttuurisuudessa hyödynnetään kulttuurista erilaisuutta sekä yksilö- että yhteisötasolla. Syrjintä ja rasismi ovat monikulttuurisuuden negatiivisia ilmiöitä (Iduozee 1997; Lehtonen – Löytty 2003; Lumiaro 1995). Suomessa **monikulttuu-**

risuus viittaa sekä etniseen monimuotoisuuteen että harjoitettuun monikulttuurisuuspolitiikkaan (Monikulttuurisuus Suomessa 2015). UNESCO tekee selkeän eron termien **monikulttuurisuus** ja **interkulttuurisuus** välillä. UNESCO:n mukaan monikulttuurisuus kuvaa ihmisyyhteisöjen kulttuurisesti moninaista ja eriytyvää tilaa.

Interkulttuurisuus (kulttuurienvälisyys) viittaa dynaamiseen toimintaan ja kulttuuristen ryhmien keskinäiseen, vastavuoroisesti kunnioittavaan ja oikeudenmukaiseen dialogiin ja vuorovaikutukseen (UNESCO 2006: 17; Itkonen 2012: 26–29; Wikberg 2014). Talibin (2007) mukaan interkulttuurisuus on itsessään jatkuvasti muuttuvaa ja se kehittyy parhaiten interkulttuurisissa kohtaamistilanteissa. Kohtaamistilanteet mahdollistavat molempien osapuolten oppimisen. Interkulttuurisesta kompetenssista erotetaan kaksi puolta: oman kulttuurin viitekehys ja kulttuurinen relativismi. Oman kulttuurin viitekehyksessä erilaisuus kielletään, koetaan uhkana tai se minimoidaan. Kulttuurisessa relativismissa kulttuurista erilaisuutta ymmärretään ja arvostetaan ja siihen suhtaudutaan empaattisesti ja erilaisuus ymmärretään osaksi identiteettiä (Talib 2007).

Transnationaalisuus liittyy Sainola-Rodriquesin (2009: 30) mukaan ihmisten globaaliin liikkuvuuteen ja sen vastakohtana pidetään valtioiden rajoissa pitäytymää (inter) nationaalisuutta ja jossa kansainvälisyys erottaa selkeästi toisistaan oman maan ja vieraan maan kansalaiset. Termi transnationaalisuus on käännetty suomen kielelle ylikansallisena tai ylijarajaisena (Hautaniemi 2004: 169; Zechner 2007: 56; Tiilikainen 2008: 74), mutta Sainola-Rodriques (2009: 30) käyttää termiä transnationaalisuus. Tämän artikkelin kannalta keskeisimmät käsitteet ovat monikulttuurisuus ja interkulttuurisuus. Luvun termit on kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Yhteenvedo keskeisistä termeistä.

Termit	Selitys
Kansainvälisyys (internationaalisuus)	Erotaa selkeästi toisistaan oman maan ja vieraan maan kansalaiset. Kansainvälisyys alkaa yksilön asenteista, tiedoista ja taidoista. Edellyttää kykyä toimia kulttuurisesti moninaisessa yhteisössä. Perustana ovat oman kulttuuriperinnön tuntemus ja kulttuuri-identiteetin hahmottuminen.
Monikulttuurisuus (multicultural)	Viittaa sekä etniseen monimuotoisuuteen, että harjoitettuun monikulttuurisuuspolitiikkaan. Kuvaa ihmisryhmien kulttuurisesti moninaista ja eriytyvää tilaa. Positiivisen näkemyksen mukaan monikulttuurisuudessa hyödynnetään kulttuurista erilaisuutta sekä yksilö- että yhteisötasolla. Syrjintä ja rasismi ovat monikulttuurisuuden negatiivisia ilmiöitä.
Interkulttuurisuus (intercultural)	Edellyttää yhteistyötä, vastavuoroisuutta, kunnioittavaa sekä oikeudenmukaista dialogia ja vuorovaikutusta. On itsessään jatkuvasti muuttuvaa ja kehittyä parhaiten interkulttuurisissa kohtaamistilanteissa, jotka mahdollistavat molempien osapuolten oppimisen. Interkulttuurisesta kompetenssista erotetaan kaksi puolta: oman kulttuurin viitekehys ja kulttuurinen relativismi. Oman kulttuurin viitekehyksessä erilaisuus kielletään, koetaan uhkana tai se minimoidaan. Kulttuurisessa relativismissä kulttuurista erilaisuutta ymmärretään ja arvostetaan ja siihen suhtaudutaan empaattisesti ja erilaisuus ymmärretään osaksi identiteettiä.
Transnationaalisuus (transnational)	Liittyy ihmisten globaaliin liikkuvuuteen ja sen vastakohtana pidetään valtioiden rajoissa pitäytynyttä (intra) nationaalisuutta ja jossa kansainvälisyys erottaa selkeästi toisistaan oman maan ja vieraan maan kansalaiset. Termi transnationaalisuus on käännetty suomen kielelle ylikansallisenä tai ylijarajaisena.

Artikkeliin valitut väitöskirjat

Tarkasteltaviksi valittiin neljä kättilöiden tekemää väitöskirjaa (Koski 2014; Ny 2003; Robertson 2003; Wikberg 2014). Väitöskirjoista kaksi (Koski 2014; Wikberg 2014) on tehty Suomessa ja kaksi (Ny 2007; Robertson 2003) Ruotsissa.

Väitöskirjojen tekijät ja aiheet

Tarkasteltavaksi valittujen väitöskirjojen aiheina olivat ulkomailla syntyneiden naisten terveys ja synnytykseen liittyvät tulokset ja ruotsalainen äitiyshuolto mo-

nietnisessä yhteiskunnassa (Robertson 2003). Robertson (2003) kehitti myös feministiseen näkökulmaan perustuvan teoreettisen mallin ulkomailla syntyneiden naisten terveysriskistä ja synnytysten liittyvistä tuloksista. Ny (2007) tutki tekijöitä, jotka vaikuttavat ulkomailla syntyneiden miesten ja naisten äitiyshuollon palveluiden käyttöön. Wikberg (2014) tuotti väitöskirjassaan interkulttuurisen hoitamisen teorian lapsen syntyessä vieraassa kulttuurissa. Koski (2014) kehitti somaliperheiden perhevalmennusta toimintatutkimuksen avulla Suomessa. Tutkimuksista kolme on hoitotieteellistä (Ny 2007; Robertson 2003; Wikberg 2014) ja yksi terveystieteiden alaan liittyvä tutkimusta (Koski 2014).

Väitöskirjojen tarkoitus ja tavoitteet

Robertsonin (2003) tutkimuksessa selvitettiin ulkomailla syntyneiden naisten kokemuksia omasta terveydestään ja synnytyksestä sekä sitä, millaisia valintoja he näissä tilanteissa tekivät. Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä tietoa terveystiedon, synnytystulosten ja synnyinmaan välisestä yhteydestä. Tutkimuksen lähestymistapa oli feministinen, etninen ja rasismiin vastainen (Robertson 2003). Ny:n (2007) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää tekijöitä, jotka vaikuttavat ulkomailla syntyneiden miesten ja naisten äitiyshuollon palveluiden käyttöön yleensä ja erityisesti Malmössä, Ruotsissa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, miten vanhempien synnyinmaa vaikuttaa äitiyshuollon palveluiden käyttöön ja kokemuksiin äitiyshuollon palveluista. Kosken (2014) tutkimuksen tarkoituksena on kokeilla, miten toimintatutkimuksen avulla voidaan kehittää sellaista somaliperheille suunnattua perhevalmennusohjelmaa, joka on kulttuurisesti sensitiivistä ja soveltuu suomalaiseen terveydenhuoltoon. Tutkimuksen tavoitteena on myös edistää suomalaisessa terveydenhuollossa somalikulttuurin ymmärtämistä. Tutkimustehtävänä oli kartoittaa terveydenhoitajien ja kättilöiden ja somalinaisten näkemyksiä somaliperheiden perhevalmennustarpeista ja kulttuurisesti sensitiivisestä perhevalmennuksesta. Lisäksi tehtävänä oli kokeilla ja arvioida toimintatutkimusta kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennusohjelman kehittämiseen somalinalaisille sekä arvioida kehittämistyöryhmän tuottamaa uutta kirjallista perhevalmennusohjelmaa. Samana vuonna valmistui väitöskirja, jonka tarkoituksena oli tuottaa hoitotieteellinen teoria interkulttuurisesta hoitamisesta. Interkulttuurinen hoitamisella väitöskirjassa viitataan eri kulttuureista olevien hoitajien ja potilaiden väliseen toimintaan, jota luonnehtii potilaan ja asiakkaan kunnioittaminen ja kuunteleminen (Wikberg 2014).

Väitöskirjoissa käytetyt tutkimusmenetelmät

Robertson (2003), Ny (2007) ja Wikberg (2014) ovat tutkineet väitöskirjoissaan useita maahanmuuttajaryhmiä ja Koski (2014) yhtä maahanmuuttajaryhmää sekä terveydenhoitajia että kättilöitä. Väitöskirjoista kaksi edustaa kuvailevaa epidemiologista väestötutkimusta (Robertson 2003; Ny 2007) ja yksi osallistavaa toimintatutkimusta (Koski 2014). Väitöskirjoista yksi edusti hermeneuttista tutkimusstrategiaa sekä metaetnografista ja fokusoitua etnografista tutkimusta (Wikberg 2014).

Väitöskirjojen aineistona käytettiin tilastoja ja haastatteluaineistoa (Robertson 2003; Ny 2007), kysely- ja haastatteluaineistoa (Koski 2014) sekä aikaisempia interkulttuurisia tutkimuksia sekä haastattelu- ja havainnointiaineistoa (Wikberg 2014). Määrällinen aineisto (Koski 2014) ja tilastotiedot (Robertsson 2003; Ny 2007) analysoitiin tilastollisin menetelmin ja laadullinen aineisto deduktiiviseen tai induktiivisen analyysin (Koski 2014) sekä laadullisen sisällönanalyysin ja metaetnografian ja fokusoidun etnografian (Wikberg 2014) avulla. Väitöskirjoista kolme (Robertson 2003; Ny 2007; Wikberg 2014) olivat artikkeliväitöskirjoja ja yksi (Koski 2014) monografia (taulukko 2).

Taulukko 2. Väitöskirjoissa käytetyt menetelmät.

Tekijät, vuosiluku, maa	Tarkoitus/tavoite	Aineisto	Menetelmät
Robertson, E. 2003 Ruotsi	Tutkia terveyden, synnytystulosten ja synnyinmaan välistä yhteyttä.	Tutkimus 1. Poikkileikkaustutkimus: 10 661 ruotsalaista 20–49-vuotiaista naista (syntynyt 1980–85) ja 9 585 vuonna 1992–1997 syntynyttä naista Tutkimus 2. Satunnaisotantutkimus: 5 037 ruotsalaista naista, joista 629 ulkomailla syntynyttä (ikä 20–41 vuotta); haastattelu 1983–1990 ja 1991–1998. Tutkimus 3. Seurantatutkimus: 1 452 944 naista, joista 369 771, joilla maahanmuuttotusta. Ikä 20–45 vuotta, 1994–1998 Tutkimus IV ja V: 215 497 synnyttäjä. Ikä 18–47 vuotta, joilla ensimmäinen synnytys Ruotsissa vuosina 1996–1998 Naisten tausta: Ruotsi, Suomi, Etelä-Eurooppa, Bosnia, Turkki, Saharan eteläpuolinen Afrikka, Arabimaat, Iran, Aasia, Latinalainen Amerikka.	Epidemiologinen tilastotutkimus, jossa aineistona käytettiin: Swedish Annual-Level-of-Living Survey • The In-Care Register • The Swedish Medical birth register • The Immigrants register (MigMed ja WomMed)

Ny, P. 2007 Ruotsi	Selvittää tekijöitä, jotka vaikuttavat ulkomailta syntyneiden miesten ja naisten äitiyshuollon palveluiden käyttöön yleensä ja erityisesti Malmössä, Ruotsissa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, miten vanhempien synnynmaa vaikuttaa äitiyshuollon palveluiden käyttöön ja kokemuksiin äitiyshuollon palveluista.	Tutkimus 1 53 743 naista Tutkimus 2 16 naista Tutkimus 3 13 naista Tutkimus 4 53 743 naista Tausta: Itä- ja Etelä-Euroopassa, Irakissa ja Libanonissa ja Aasiassa syntyneet naiset	Tutkimus 1 ja 4: Epidemiologinen tilastotutkimus Tutkimus 2 ja 3: Fokusryhmä haastattelu ja henkilökohtainen haastattelu
Koski, P. 2014 Suomi	Edistää suomalaisessa terveydenhuollossa somalikulttuurin ymmärtämistä Tutkimustehtävänä oli: 1) Kartoittaa terveydenhoitajien ja kätilöiden ja somalimaisten näkemyksiä somaliperheiden perhevalmennus-tarpeista ja kulttuurisesti sensitiivisistä perhevalmennuksesta. 2) Kokeilla ja arvioida toimintatutkimusta kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennusohjelman kehittämisessä somalinalaisille 3) Arvioida kehittämistyöryhmän tuottamaa uutta kirjallista perhevalmennusohjelmaa	Vaihe 1: Kartoitukset Terveystieteilijät ja kätilöt (n = 140) Somalinaiset (n = 6) Vaihe 2: Kehittäminen Kehittämistyöryhmän jäsenet (n = 6) Vaihe 3: Arviointi Uuden perhevalmennusohjelman pilotointiin osallistuneet somalinaiset (n = 30) Uuden ohjelman itse- ja vertaisarviointi (kehittämistyöryhmän jäsenet n = 6) Uuden valmennusohjelman ulkopuolisen arviointi (n = 8) Maahanmuuttajien tausta: Somalia	Toimintatutkimus 1: Kartoitukset: • Kehittämistyöryhmän fokusryhmä haastattelu • Kysely (terveydenhoitajat ja kätilöt) • Teemahaastattelu (somalinaiset) 2: Yhteiskehittäminen 3: Perhevalmennus-ohjelman testaaminen käytännössä 4: Uuden perhevalmennus-ohjelman itsearviointi, vertaisarviointi ja ulkopuolinen arviointi

Wikberg, A. 2014 Suomi	Kehittää teoria interkulttuurisesta hoitamisesta syventämään ymmärrystä hoitamisesta hoitajien ja potilaiden välillä, joilla on erilainen kulttuuritausta.	Tutkimus 1: 19 tekstiä (Campinha-Bacote, Kim-Godwin, Leininger, Ray) Tutkimus 2: 40 tutkimusartikkelia, jotka käsittelevät interkulttuurista hoitoa ja kättilötyötä Tutkimus 3: 17 raskaana olevan tai juuri syn- nyttäneen maahanmuuttajanaisen haastattelu (naiset edustivat 13 eri kult- tuuria) ja 30 havainnointi	Hermeneuttinen tutkimusstrategia, jossa käytettiin hermeneuttista synteesiä Laadullinen sisällönanalyysi, metasynteesi, metaetnografinen ja fokuusoitu etnografinen tutkimus, jossa käytettiin menetelmänä haastatteluja ja havainnointia
------------------------------	--	---	--

Väitöskirjojen keskeiset tulokset

Robertson (2003) tunnisti tutkimuksessaan synnyinmaan ja itsekoetun terveyden, sairaalahoidon, epäsäännöllisen synnytyksen, luonnonmukaisten synnytyskivun menetelmien ja epiduraalipuudutuksen käytön välisen selkeä yhteyden. Tutkimuksen mukaan etelä-eurooppalaisilla, pakolaisilla ja suomalaisilla naisilla oli suurempi riski heikkoon itsearvioituun terveyteen ja psykosomaattisiin oireisiin kuin ruotsalaisilla naisilla. Saman tutkimuksen mukaan ensimmäisen sukupolven maahanmuuttajilla oli suurempi kroonisten sairauksien riski kuin ruotsalaisilla naisilla. Kaikilla ulkomailla syntyneillä ja toisen sukupolven naisilla oli myös korkeampi ikävakioitu riski ensimmäiseen psykiatriseen sairaalahoitoon kuin Ruotsissa syntyneillä naisilla. Ikävakioitu riski kuvaa ulkomailla syntyneiden ja toisen sukupolven naisten sekä ruotsalaisten naisten välistä eroa, joka ei johdu ikärakenteiden erilaisuudesta. Saharan eteläpuolisen Afrikan sekä Iranin, Aasian ja Latinalaisen Amerikan maista muuttaneiden naisten epäsäännöllisen synnytyksen riski oli suurempi kuin ruotsalaisten naisten. Bosniasta, Turkista ja Etelä-Euroopan ja arabimaista sekä Saharan eteläpuolisen Afrikan ja Aasian maissa syntyneet naiset saivat enemmän ei-lääkinnällistä kivunlievitystä ja vähemmän epiduraalipuudutusta kuin ruotsalaiset naiset. Toisaalta Iranissa ja Latinalaisessa Amerikassa syntyneet naiset saivat enemmän epiduraalipuudutuksia kuin Ruotsissa syntyneet naiset. Tutkimuksessa korostetaan, että tietoja ja tietoisuutta lisäämällä voidaan lisätä maahanmuuttajanaisten mahdollisuutta vaikuttaa omaan elämäntilanteeseen, terveyteen ja synnytykseen.

Nyn (2007) tutkimuksen mukaan ulkomailla syntyneillä on suosituksia vähemmän äitiyshuollon käyntejä ja useimmilla myöhäisempi ensimmäinen äitiyshuollon käynti kuin Ruotsin syntyneellä naisilla. Miltei kaikilla oli suunnittelemattomia käyntejä synnytysosastoilla. Naisilla oli positiiviset kokemukset hoidosta ja he luottivat kättilöön. Tutkimukseen osallistuneista naisista 28,3–48,7 %:lla oli suunnittelemattomia käyntejä kättilön tai lääkärin luona. Ruotsalaisen äitiyshuollon palveluihin ja miesten osallistumiseen suhtauduttiin myönteisesti. Isän osallistuminen voi tutkimukseen osallistuneiden naisten mielestä lisätä miesten positiivista suhtautumista raskauteen, synnytykseen ja lapsen hoitoon. Miehet olivat tyytyväisiä voidessaan osallistua äitiyshuollon palveluihin ja synnytykseen. Miehiä huolestutti isän ja puolison rooli maahanmuuttotilanteessa, etenkin jos jäivät työttömiksi.

Kosken (2014) tutkimus toi esille terveydenhoitajien ja kättilöiden sekä somalinaisten näkemyseroja siitä, millaisia perhevalmennustarpeita Suomessa asuvilla somalinaisilla ja -perheillä on. Väitöskirjassa haastateltujen somalinaisten mieles-

tä perhevalmennuksen tulee valmentaa pääasiassa synnytykseen, mutta myös raskauteen, synnytyksen, lapsenhoitoon ja perhe-elämään.

Terveystenhoitajien ja kätilöiden mielestä somalinaiset tarvitsevat valmennusta, jossa käsitellään raskautta ja ympärileikkausta, synnytystä ja tapahtumia synnytyssairaalassa sekä sosiaalipalveluja ja etuuksia. Perhevalmennusta kehittämään kootun työryhmän näkemyksen mukaan perhevalmennuksessa tulee huomioida myös raskauden ja synnytyksen lisäksi kansallisen identiteetin oheneminen, kieliongelmat, sosiaalisen tuen puuttuminen, yksinäisyys ja rasismipelko.

Haastatteluihin osallistuneiden somalinaisten mielestä perhevalmennusta tulee toteuttaa pienryhmissä. Terveystenhoitajien ja kätilöiden mielestä somalaisille voidaan järjestää valmennusta myös yksilöllisesti neuvolakäyntien yhteydessä. Perhevalmennusta kehittäneen työryhmän mielestä somalaisia ei ole niin paljon, että heille voitaisiin perustaa omia perhevalmennusryhmiä, vaan heidät tulee integroida valtaväestön valmennusryhmiin. Kaikkien tutkimukseen osallistuneiden mielestä perhevalmennusta kannattaa toteuttaa keskustellen sekä kohdistaa se ensisynnyttäjille.

Ulkopuolisen arvioinnin perusteella uusi kirjallinen perhevalmennusohjelma perustuu vielä paljolti suomalaisille käsityksille parisuhteesta, perheestä ja perhevalmennuksesta. Ympärileikkaus ja somalinaisten ihmetykset ja erityistarpeet nousevat esille dialogissa, joissa naiset haluavat ne itse nostaa esille. Väitöskirjan tulokset vahvistavat myös oletusta siitä, että omasta kulttuurisidonnaisuudesta vapautuminen on terveydenhuollon työntekijöille vaikeaa.

Wikberg (2014) kuvaa Interkulttuurisen hoitamisen teoriassa hoitamista neljänä ulottuvuutena, universaalina, kulttuurisena, kontekstuaalisena ja ainutlaatuisena. Universaalinen hoitaminen on hoitamista, joka on samanlaista kaikkialla. Kulttuurinen hoitaminen on potilaan sekä hoitajan ja hoitotyön kulttuurin huomioon ottamista hoitotyössä. Hoitokontekstissa kuten äitiyshuollossa on erityispiirteitä, jotka tulee ottaa huomioon hoitamisessa. Ainutlaatuinen hoitaminen viittaa siihen, että hoitotyössä huomioidaan jokaisen yksittäisen potilaan erityistarpeita ja toivomuksia. Hoitajan kulttuurinen osaaminen ja potilaan akkulturaatio sekä ulkoiset olosuhteet, kuten talous, lait ja asetukset, terveydenhuollon hallinto ja koulutus vaikuttavat interkulttuuriseen hoitamiseen. Wikberg (2014) havaitsi, että hoitamisen kokemus on suhteessa valtaan, perhe on aina läsnä hoitotilanteissa, synnyttäminen ja kulttuurin vaihto tekevät naiset entistä haavoittuvaisemmiksi, sekä äiti että hoitaja muuttuvat kohdatessaan ja hoitotilanteissa esiintyvät ristiriidat voivat johtaa myös positiiviseen muutokseen.

Taulukko 3. Väitöskirjojen keskeiset tulokset.

Tekijät, vuosiluku, maa	Keskeiset tulokset
Robertson, E. 2003 Ruotsi	Synnyinmaan ja itsekoetun terveyden, sairaalahoidon, epäsäännöllisen synnytyksen, luonnonmukaisten synnytyskivun menetelmien ja epiduraalipuudutuksen käytön välillä on selkeä yhteys. Tutkimuksessa kehitettiin malli, joka valottaa ulkomailla syntyneiden naisten mahdollisuuksista vaikuttaa omaan elämäntilanteeseen, terveyteen ja synnytykseen.
Ny, P. 2007 Ruotsi	Ulkomailla syntyneillä oli suosituksia vähemmän äitiyshuollon käyntejä ja useimmilla myöhempi ensimmäinen äitiyshuollon käynti kuin Ruotsissa syntyneillä naisilla. Miltei kaikilla oli suunnittelemattomia käyntejä synnytysosastoilla. Maahanmuuttajanaishilla oli positiiviset hoitokokemukset. Naiset luottivat kättilöön, jolla oli tietoa ja joka oli empaattinen. Kättilön ei naisten mielestä tarvitse osata naisen äidinkieleltä tai tuntea hänen kulttuuriaan. Naiset tarvitsevat enemmän käyntejä raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana, koska heiltä puuttui naispuoliset verkostot. Miehillä oli tärkeää saada terveystietoa ja vastauksia kysymyksiin, mutta liika tieto koettiin ahdistavaksi.
Koski, P. 2014 Suomi	Väitöskirjassa kehitettiin toimintatutkimuksena somalinaisten, terveydenhoitajien ja kättilöiden kanssa kulttuurisesti sensitiivinen suomalainen terveydenhuoltoon soveltuva perhevalmennusohjelma. Ulkopuolisten arviointien perustella uusi valmennusohjelma perustuu vielä pitkälti suomalaisille käsityksille perhevalmennuksesta ja etenkin parisuhteesta ja perheestä. Ongelmalliseksi koettiin myös se, ettei naisten ympärileikkausta otettu mukaan sisältöihin sekä se, etteivät somalinaisten kulttuuriset kysymykset ja ihmettelyt sekä maahanmuuttokokemukset tulleet kirjallisessa valmennusohjelmassa riittävästi esille. Haasteena on terveydenhoitajien ja kättilöiden kulttuurissidonnaisuudesta vapautuminen. Valmennusohjelman yhteistoiminnallista kehittämistä ja jalkauttamista tulee jatkaa tulevaisuudessa.
Wikberg, A. 2014 Suomi	Väitöskirjassa luotiin interkulttuurinen hoitamisen teoria ja interkulttuurisen kättilötyön teoria, jotka kuvaavat hoitamista neljänä ulottuvuutena: universaalina, kulttuurisena, kontekstuaalisena ja ainutlaatuisena. Tulosten mukaan • Hoitamisen kokemus on suhteessa valtaan • Perhe on aina läsnä • Synnyttäminen ja kulttuurin vaihto tekevät naiset entistä haavoittuvaisemmiksi • Sekä äiti että hoitaja muuttuvat kohdatessaan • Ristiriidat voivat johtaa muutokseen.

Pohdinta ja johtopäätökset

Artikkelissa kuvattiin neljää pohjoismaisten kättilöiden 2000-luvulla tekemää väitöskirjaa (Robertson 2003; Ny 2007; Koski 2014; Wikberg 2014), jotka ovat kohdistuneet maahanmuuttajanaisiin ja -perheisiin.

Miten tutkimusten tuloksi voidaan hyödyntää?

Robertsonin (2003) tutkimuksen mukaan synnyinmaan ja itsekoetun terveyden, sairaalahoidon, epäsäännöllisen synnytyksen, luonnonmukaisten synnytyskivun menetelmien ja epiduraalipuudutuksen käytön välillä on selkeä yhteys. Maahanmuuttajanaيسilla on usein myös heikot mahdollisuudet vaikuttaa omaan elämäänsä, terveyteensä ja synnytykseensä (Robertsonin (2003). Ny (2007) korostaa, että ulkomailla syntyneillä on myös suosituksia vähemmän äitiyshuollon käyntejä ja useimmilla myöhäisempi ensimmäinen äitiyshuollon käynti. Maahanmuuttajanaisten tietoja lisäämällä voidaan vahvistaa naisten mahdollisuuksia vaikuttaa omaan terveyteensä ja elämäänsä (Robertsonin 2003). Myös maahanmuuttajamiesten on tärkeää saada terveystietoa ja vastauksia kysymyksiinsä. Liikkaa tietoa ei kuitenkaan kannata jakaa, koska se voidaan kokea ahdistavaksi. Maahanmuuttajanaiset tarvitsevat enemmän neuvolakäyntejä etenkin raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana, koska heiltä puuttui naispuoliset verkostot (Ny 2007). Myös äitiyshuollon suosituksissa korostetaan, että ulkomailta muuttaneiden ja etnisten vähemmistöjen äitien lisäksi isiä tulee rohkaista tulemaan mukaan sekä äitiysneuvolaan että perhevalmennukseen. Suositusten mukaan vieraskielisille maahanmuuttajapareille tulee varata neuvolassa 1,5-kertainen vastaanottoaika. Lisäksi perhevalmennusta tulee mahdollisuuksien mukaan järjestää myös muulla kuin suomen kielellä (Klemetti – Hakulinen-Viitanen 2013). Kosken (2014) tutkimuksessa nousi esille tarve tutustua synnytyssairaalaan somalin kielellä.

Ammattikorkeakoulun opettajien tehtävänä on tehdä kättilötyön eettiset periaatteet (Suomen Kättilöliitto 2004), äitiysneuvolaoppaan (2013) ja maahanmuuttajanaيسista tehtyjen tutkimusten tulokset tutuiksi kättilöopiskelijoille. Hoitotyön päätöksenteossa opetetaan myös hyödyntämään kättilöiden kokemustietoa, tietoa toimintaympäristöstä ja resursseista sekä maahanmuuttajapotilaalta ja asiakkaalta itseltään tai hänen läheiseltään saatua tietoa hänen elämäntilanteestaan ja resursseistaan. Kun kättilöopiskelijat oppivat käyttämään parasta ajantasaista tietoa harkitusti maahanmuuttaja-asiakkaan hoidossa sekä hänen läheistensä huomiomisessa, he voivat räätälöidä yhdessä asiakkaiden ja perheiden kanssa soveltuvim-

man hoitoratkaisun. Parhaan saatavilla olevan tutkimusnäytön hyödyntämisen avulla välttyään koulutuksen aikana jakamasta asenteellista tietoa maahanmuuttajista. Oikean hoidon valinta edellyttää, että päätösten tukena käytetään parasta mahdollista tutkimusnäyttöä (Hotus 2015).

Nyn (2007) tutkimuksen mukaan maahanmuuttajanaïsilla on positiivisia hoitokokemuksia ja he luottivat kättilöön, jolla oli tietoa ja joka oli empaattinen. Kätilön ei maahanmuuttajanaisten mielestä tarvitse osata naisen kieltä tai tuntea hänen kulttuuriaan. Kosken (2014) tutkimuksen mukaan onnistunut dialogi perhevalmennuksessa mahdollistaa maahanmuuttajanaisten kokonaisvaltaisen tukemisen kunkin naisen ja perheen yksilöllisissä elämän tilanteissa. Tutkimukseen osallistuneet somalinaiset toivovat, että synnytyssairaalan tutustumiskäyntejä järjestettäisiin heidän omalla äidinkielellään. Wikberg (2014) korosti tiedon tarjoamisen lisäksi maahanmuuttajanaisten ja hoitohenkilökunnan välisen voimaannuttavan vuorovaikutuksen lisäksi avointa ja tasa-arvoista yhdessä olemista. Äitiyshuollon suositusten (Klemetti – Hakulinen-Viitanen 2013) mukaan on tärkeää, että erilaisesta kulttuuritaustasta tulevien parien kanssa otetaan rohkeasti puheeksi heidän näkemyksensä raskaudesta, terveystottumuksista, toimenpiteistä ja tutkimuksista. Puheeksi ottaminen edellyttää tasa-arvoista ja avointa kohtaamista sekä yhdessä olemista (Wikberg 2014).

Kättilöopiskelijoilla on mahdollisuus harjoitella puheeksi ottamista ja dialogia sekä teoriaopintojen että käytännön harjoittelun aikana. Maahanmuuttajanaisten näkökulmaa on vahvistettu ottamalla koulutuksiin mukaan maahanmuuttotyötä tekevien kansalaisjärjestöjen asiantuntijoita ja maahanmuuttajanaisia kokemusasiantuntijoina. Kättilöopiskelijoiden kansainvälistä osaamista on tuettu myös kansainvälisten vaihto-ohjelmien avulla. Käytännön harjoittelun aikana maahanmuuttajapotilaiden hoitaminen on mahdollistanut kotikansainvälistymisen myös niille, joilla ei ole ollut mahdollisuutta kansainvälisiin vaihtoihin. Kättilöopettajien on ollut mahdollista lisätä monikulttuurista osaamista täydennyskoulutuksen avulla. Maahanmuuttajanaisten ja kättilöopiskelijoiden välistä dialogia voidaan tulevaisuudessa harjoitella sekä käytännössä että simuloinnin avulla.

Kosken (2014) tutkimus havainnollisti sen, että kulttuurisesti sensitiivisen kirjallisen perhevalmennusohjelman aikaansaaminen on haasteellista, koska omasta kulttuurisidonnaisuudesta vapautuminen on terveydenhuollon työntekijöiden vaikeimpia tehtäviä. Tutkimus toi esille myös, että somali-asiakkaat ja terveydenhuollon työntekijät eli terveydenhoitajat ja kättilöt katsovat usein hoitotyötä ja ympäristöään omasta kulttuuritaustastaan käsin. Oma kulttuuri on usein niin itses-

tään selvää, ettei sitä edes huomaa ennen kuin joutuu tekemisiin toiseen kulttuurin edustajan kanssa.

Kätilöopiskelijoiden on tärkeää kokoontua yhteen esimerkiksi harjoittelujaksojen jälkeen ja jakaa opettajansa kanssa kokemuksia maahanmuuttajanaisten ja -perheiden hoitamisesta. Tässä vaiheessa olisi myös tärkeää, että kuultaisiin maahanmuuttajia itseään. Reflektoinnilla, jossa kätilöopiskelijat aktiivisesti tarkastelevat ja käsittelevät kokemuksiaan, voidaan rakentaa uutta tietoa tai uusia näkökulmia (Verkkotutor 2016). Myös opettajien olisi hyvä keskustella aika-ajoin maahanmuuttajiin kohdistuneista ajatuksistaan.

Wikbergin (2014) väitöskirjassaan kehittämä interkulttuurisen hoitamisen ja kätilötyön teoria täsmentää terveydenhuoltohenkilöstön, kouluttajien ja opiskelijoiden näkemystä maahanmuuttaja-asiakkaansa kokonaistilanteesta. Tiedon lisääminen monikulttuurisuudesta ja interkulttuurisen hoidon ja hoitotyön teoriasta sekä tutkimustuloksista on tulevaisuudessa entistä tärkeämpää. Teoria auttaa opettajia, kätilöopiskelijoita ja kätilöitä löytämään, ilmaisemaan ja kuvaamaan interkulttuurista kätilötyötä neljänä ulottuvuutena: universaalina, kulttuurisena, kontekstuaalisena ja ainutlaatuisena. Eettisesti korkeatasoinen kätilötyö auttaa lasta suunnittelevia ja lasta odottavia maahanmuuttajanaisia, synnyttäjiä sekä heidän kumppaneitaan ja koko perheitä kohtaamaan uuden elämäntilanteen Suomessa.

Tulevaisuudessa kätilötyön koulutuksessa, tutkimuksessa ja kehittämisessä on entistä tärkeämpää keskustella ja hakea vastauksia seuraaviin kysymyksiin: Miten se, että ihmiset tulevat Suomeen toisenlaisesta palvelujärjestelmästä ja yhteiskunnallisesta, kulttuurisesta ja uskonnollisesta kontekstista vaikuttaa naisten ja perheiden käyttäytymiseen? Miten suomalaiset käsitykset parisuhteesta ja perheestä ohjaavat kätilötyötä ja perhevalmennuksen sisältöjä? Miten kätilötyössä ja perhevalmennuksessa huomioidaan ympärileikkaus ja muut naisiin kohdistuvat haitalliset käytänteet? Millaisia ovat eri kulttuureista tulevien naisten ja perheiden omat näkemykset seksuaalisuudesta, raskaudesta, synnytyksestä ja lapsenhoidosta sekä naisiin kohdistuvista haitallisista käytänteistä? Miten voidaan vaikuttaa siihen, ettei suomalaisia hoito- ja perhevalmennuskäytäntöjä pidetä maahanmuuttajien kohdalla itsestäänselvyytenä? (vrt. Koski 2014).

Mitä on tutkittu ja mistä tarvitaan lisää tutkittua tietoa?

Kätilöt kohtaavat entistä enemmän terveydenhuollossa maahanmuuttajanaisia ja -perheitä. Väitöskirjat (Koski 2014; Ny 2007; Robertson 2003; Wikberg 2014) osoittavat että interkulttuurisesta hoito- ja kätilötyöstä on tehty paljon kansainvälisiä tutkimuksia maissa, joissa maahanmuutto on ollut runsasta jo vuosikymmeniä. Tällaisia maita ovat USA, Kanada, Australia ja Englanti. Pohjoismaissa ja etenkin Suomessa tutkimuksia on tehty vähän.

Robertsonin (2003) tutkimus kohdistui ulkomailla syntyneisiin naisiin, jotka olivat muuttaneet Ruotsiin Itä- ja Etelä-Euroopasta, Irakista, Libanonista ja Aasiasta. Tutkija oli kiinnostunut seuraavista kysymyksistä: Onko ulkomailla syntyneillä naisilla huonompi itsearvioitu terveys ja enemmän psykosomaattisia oireita kuin ruotsalaisilla naisilla? Onko ensimmäisen ja toisen sukupolvena maahanmuuttajanaisilla enemmän kroonisia sairauksia, korkeampi kuolleisuus ja enemmän psykiatrista sairaalahoitoa kuin ruotsalaisilla naisilla? Onko maahanmuuttajanaisilla enemmän epäsäännöllisiä synnytyksiä verrattuna ruotsalaisiin naisiin ja käyttävätkö maahanmuuttajanaiset enemmän ei-lääketieteellistä kivunlievitystä kuin ruotsalaiset naiset. Lisää vastaavanlaisia tutkimuksia tarvitaan myös Suomessa.

Ny (2007) tutki väitöskirjassaan äitiyshuoltoa monietnisessä yhteiskunnassa. Monietnisellä yhteiskunnalla hän tarkoitti yhteiskuntaa, jossa elää eri maissa syntyneitä ihmisiä ja äitiyshuollolla terveystalouksia, joita Ruotsissa tarjotaan naisille ja perheille raskauden ja synnytyksen aikana sekä 8–12 viikkoa synnytyksen jälkeen. Etnisyydellä (kreikan *ethnos*) Ny viittaa kansaan tai ihmisiin joita yhdistää yhteinen alkuperä muun muassa perinteet, uskonto ja kieli. Tutkimuksessa on kiinnostuttu maahanmuuttajanaisten äitiyshuollon palveluiden käytöstä, maahanmuuttajanaisten suunnittelemattomista käynneistä synnytysosastoilla sekä Lähi-Idästä olevien miesten kokemuksista ruotsalaisesta äitiyshuollosta sekä isänä oleminen Ruotsissa. Lisäksi selvitettiin Lähi-Idästä olevien naisten kokemuksia äitiyshuollosta sekä isien osallistumista äitiyshuollon palveluiden käyttöön. Kysymykset ovat ajankohtaisia myös Suomessa, joten tällaista tutkimusta tarvitaan myös suomalaisesta terveydenhuollosta.

Koski (2014) tutki väitöskirjassaan perhevalmennusta monikulttuurisen terveyden edistämisen näkökulmasta. Monikulttuurisella terveyden edistämisellä ja perhevalmennuksella hän viittaa tilanteisiin, joissa terveyden edistäminen kohdistuu joko kulttuuritaustaltaan tai etniseltä taustaltaan erilaisiin yksilöihin, perheisiin tai yhteisöihin. Tutkimuksen mukaan monikulttuurista perhevalmennuk-

nessa korostuu tasa-arvo sekä yksilön ja yhteisön voimavarojen vahvistaminen. Kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennuksen toteuttamisessa tarvitaan herkkyyttä ja yhteistyötä maahanmuuttotyötä tekevien tahojen kanssa. Mielenkiintoista oli se, että kyselyyn vastanneet terveydenhoitajat olivat optimistisempia somalinaisten terveysneuvonnan vaikutuksista kuin kättilöt. Tutkijan mielestä tämä voi johtua terveydenhoitajien ja kättilöiden tietoperustasta ja koulutuksen aikana omaksumasta ammatti-identiteetistä. Tutkimuksessa korostetaan, että somalinaisten ja -perheiden terveyden edistämisestä sekä terveyteen yhteydessä olevista tekijöistä ja palveluista tarvitaan lisää tietoa. Myös kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennusohjelman kehittämistä tulee jatkaa.

Wikberg (2014) käyttää väitöskirjassaan käsitettä interkulttuurinen hoitaminen sekä hoito- ja kättilötyö, jolla hän viittaa hoitotyöntekijöiden ja kulttuuritaustaltaan erilaisten raskaana olevien, synnyttävien ja synnyttäneiden naisten sekä heidän perheittensä hoitoa ja hoitotyötä, jossa korostuu potilaan ja asiakkaan välinen kunniointaminen ja kuunteleminen sekä ymmärtäminen, läsnä oleminen ja välittäminen. Tutkimuksen mukaan teoriaa voidaan hyödyntää interkulttuurisen hoidon, hoitotyön ja terveyden edistämisen käytännön, opetuksen ja tutkimuksen perustana.

Artikkelissa kuvatuissa väitöskirjoissa hoito- ja kättilötyötä tarkastellaan useista eri näkökulmista: asiakkaan ja hoitoympäristön (Robertson 2003; Ny 2007) sekä asiakkaan, hoitajan ja hoitoympäristön (Wikberg 2014; Koski 2014). Suomessa tarvitaan lisää tutkimuksia ulkomailla syntyneiden naisten kokemuksista terveydestään ja synnytyksestä sekä siitä, millaisia valintoja he näissä tilanteissa tekevät (vrt. Robertson 2003). On myös tärkeää kartoittaa niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat ulkomailla syntyneiden miesten ja naisten äitiyshuollon palveluiden käyttöön (vrt. Ny 2007). Lisää tutkimusta tarvitaan myös siitä, miten toimintatutkimuksen avulla voidaan kehittää maahanmuuttajien terveyden edistämistä sekä perhevalmennusta (vrt. Koski 2014) sekä interkulttuurisen hoitamisen teorian hyödyntämisestä hoito- ja kättilötyössä (vrt. Wikberg 2014). Interkulttuurisesta kättilötyöstä tarvitaan lisää myös etnografista tutkimustietoa, koska etnografisen tutkimuksen avulla voidaan kuvata ja selittää kättilötyötä ja maahanmuuttajien toimintaa perheiden ja kättilötyön omassa toimintaympäristössä sekä kättilöiden ja maahanmuuttajanaisten ja perheiden tulkintoja ja käsityksiä toiminta- tai elinympäristöistä ja toiminnasta sekä kotona että suomalaisessa hoitoympäristöissä. Suomalaisen tutkijoiden kannattaa tehdä tulevaisuudessa entistä enemmän tutkimusyhteistyötä pohjoismaisten tutkijoiden kanssa. Kansainvälisen yhteistyön avulla voidaan vahvistaa suomalaisen tutkimuksen laatua ja vaikuttavuutta.

Johtopäätökset

Väitöskirjojen perusteella voidaan tehdä seuraavat johtopäätökset:

Maahanmuuttajien määrä kasvaa ja monipuolistuu

- Ulkomaalaistaustaisten naisten määrä kasvaa Pohjoismaissa. Vaikka Suomen ja Ruotsin äitiys- ja perinataalikuolleisuus ovat maailman alhaisimpia, ulkomaalaistaustaiset naiset ovat riskialttiimpia raskauden ja synnytysten yhteydessä, joten he tarvitsevat erityishuomiota.

Maahanmuuttajanaisten vaikutusmahdollisuuksia tulee lisätä

- Maahanmuuttajanaisilla on heikot mahdollisuudet vaikuttaa omaan elämäänsä, terveyteensä ja synnytykseensä.
- Maahanmuuttajanaisten tietojen ja tietoisuuden lisääminen omista vaikutusmahdollisuuksista on tärkeää.

Maahanmuuttajia tarkastellaan usein omasta kulttuurista käsin ja ennakkoluuloisesti

- Kulttuurisidonnaisuudesta vapautuminen on terveydenhuollon työntekijöiden vaikeimpia tehtäviä. Koulutuksen avulla voidaan lisätä kulttuurista osaamista sekä auttaa tiedostamaan maahanmuuttajiin liittyviä asenteita ja ennakkoluuloja.
- Opiskelijat, terveydenhuollon opettajat ja hoitohenkilökunta tarkastelevat maahanmuuttaja-asiakkaita usein omasta kulttuuritaustastaan käsin. Interkulttuurisen hoitamisen teoria äitiyshuollon kontekstissa auttaa kättilöitä, terveydenhoitajia ja kättilöopiskelijoita tarkastelemaan hoitamista neljänä ulottuvuutena, universaalina, kulttuurisena, kontekstuaalisena ja ainutlaatuisena ja voi myös auttaa heitä huomaamaan oman kulttuurisidonnaisuutensa. Teoria korostaa kohtaamista.

Interkulttuurista kompetenssia voidaan kehittää koulutuksen avulla

- Interkulttuurista kompetenssia harjoitellaan erilaisissa kohtaamistilanteissa, jossa on mahdollisuus oppia ymmärtämään ja arvostamaan erilaisuutta ja suhtautumaan siihen empaattisesti osana identiteettiä. Kohtaamistilanteissa molemmat osapuolet oppivat toisiltaan.
- Kättilöiden koulutukseen on mahdollista lisätä esimerkiksi erilaisissa toimintaympäristöissä toteutuvien interkulttuurisen kommunikaation simulaatioharjoituksia ennen käytännön harjoittelujaksoja.
- Hoito- ja kättilötyön opettajien kulttuurista kompetenssia voidaan lisätä täydennyskoulutuksen avulla.

Yhteiskunnan ulkoiset rakenteet ja valta hoitosuhteessa vaikuttavat maahanmuuttajanaisten hoitoon

- Naisten terveyden eriarvoisuus sekä maailmalla että Euroopassa on valtava. Terveyserojen vähentymiseen tarvitaan sellaista yhteiskuntapolitiikkaa, joka tukee myös maahanmuuttajanaisten ja perheiden terveellisiä elinoloja. Myös maahanmuuttajanaisten koulutuksen kehittäminen ja työllisyyden ylläpitäminen tulee huomioida vaikuttaessa terveyden eriarvoisuuteen. Lisäksi erilaisten turvaverkkojen lujittaminen samoin kuin vahvat perhesiteet, yhteisöjen yhteenkuuluvuuden tunne, hyvinvointiyhteiskuntien luoma sosiaaliturvajärjestelmä ja kirkot voivat vaikuttaa maahanmuuttajanaisten ja perheiden arkeen ja sitä kautta myös terveyteen. (vrt. Terveystieto-kurssi 1 ja 2.)
- On myös hyvä huomata, että kaikissa yhteiskunnissa on sekä ulkoisia että rakenteellisia tekijöitä, jotka heikentävät maahanmuuttajataustaisten naisten saamaa hyvää hoitoa.
- Maahanmuuttajataustaiset naiset ovat raskauden ja synnytysten aikana riippuvaisia myös hoitosuhteesta käytetystä vallasta.

Tutkimukset tulee tehdä tutuksi kaikille

- Kaikkia artikkelissa kuvattujen väitöskirjojen tuloksia voidaan hyödyntää koulutuksen lisäksi kättilötyössä, hallinnossa ja tutkimuksessa.

Lähteet

Abdelhamid, Pirkko 2004. Hoitamisen itsestäänselvydet ja näkymättömät haasteet. Hoitajien kertomuksia etnisesti erilaisten potilaiden hoitosuhteista. [Self-evidences and invisible challenges of nursing. Nurses' stories about caring of patients with different cultural backgrounds]. (Licentiate thesis). Kuopio, Finland: University of Kuopio, Department of Nursing Science.

Abdelhamid, Pirkko 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. Teoksessa. Abdelhamid, Pirkko – Juntunen, Anita – Koskinen, Liisa. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro.

Andrews, Margaret – Boyle, Joycen 2003. Transcultural concepts in nursing care. Sixth Edition. Philadelphia. USA: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins J.B. Lippincott Company.

Bakken, Kerstin – Skjeldal, Ola – Stray-Pedersen, Babill 2015. Immigrants from conflict-zone countries: an observational comparison study of obstetric outcomes in a low-risk maternity ward in Norway. BMC Pregnancy and Childbirth 15:163 DOI 10.1186/s12884-015-0603-3

Bollini, Paola – Pampallona, Sandro – Wanner, Philippe – Kupelnick, Bruce 2009. Pregnancy outcome of migrant women in integration policy: a systematic review of the international literature. Social Science & Medicine 68(3). 452–461.

- CEMACH Confidential Enquiry into Maternal and Child Health 2007. Saving mothers' lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer, 2003–2005. The Seventh Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London.
- Elebro, Karin – Rööst, Mattias – Moussa, Kontie – Johnsdotter, Sara – Essén, Birgitta 2007. Misclassified maternal deaths among East African immigrants in Sweden. *Reproductive Health Matters* 15(30). 153–162. doi:10.1016/S0968-8080(07)30322-4
- Esscher, Annika – Binder-Finnema, Pauline – Bødker, Birgit – Högberg, Ulf – Mulic-Lutvica, Ajlana – Essén, Birgitta 2014. Suboptimal care and maternal mortality among foreign-born women in Sweden: maternal death audit with application of the 'migration three delays' model. *BMC Pregnancy and Childbirth* 14 (141). doi: 10.1186/1471-2393-14-141.
- Gagnon, Anita – Zimbeck, Meg – Zeitlin, Jennifer – ROAM collaboration 2009. Migration to western industrialised countries and perinatal health: a systematic review. *Social Science and Medicine*, 69(6). 934–46. doi:10.1016/j.socscimed.2009.06.027
- Hautaniemi, Petri 2004. Pojat! Somalipoikien kiistanalainen nuoruus Suomessa. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura.
- Helminen, Marja-Liisa 2013. Women with foreign background become mothers younger. *Verkkojulkaisu* <http://www.stat.fi/tup/vl2010/art_2013-06-04_001_en.html>. Luettu 5.9.2015.
- Hotus 2015. Näyttöön perustuva toiminta. Vaikuttavuutta terveydenhuoltoon. <http://www.hotus.fi/> Luettu 8.10.2015
- ICM International Definition of the Midwife 2016. Löytyy lähteestä <<http://www.internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-international-definition-of-the-midwife/>> Luettu 7.4.2016.
- Iduozee, Taina. 1997. Etniset vähemmistöt ja kirjastot – Monikulttuurisuus Helsingin kaupunginkirjastossa. Informaatiotutkimuksen sivuainetutkielma. Verkkojulkaisu. <http://pandora.lib.hel.fi/julkaisut/tutkielma/<http://www.edilex.fi/saadokset/smur/1972006_6/muutos19910605>>. Luettu 5.9.2015.
- Itkonen, Taina 2012. Kameliontti puuhaa. Interkulttuurisuus ammatillisessa oppilaitoksessa. Helsingin yliopisto, Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia. Saatavana myös osoitteessa <<http://www.helsinki.fi/palmenia/hankkeet/2012/tuija.pdf>>.
- Klementti, Reija – Hakulinen-Viitainen, Tuovi 2013. Äitiysneuvolaopas – suositukset äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: THL. 78–84.
- Koski, Pirjo 2012. Monikulttuurisuuden lisääminen kättilökoulutuksen opetussuunnitelmaan: – yhden opintojakson kehittäminen. Teoksessa Lundqvist, Kia – Komulainen, Sirkka (toim.) Kulttuuritietoisia työkäytäntöjä kehittämässä II. Kulttuuritietoiset työkäytännöt maahanmuuttajatyössä -täydennyskoulutuksessa 2011–2012 tuotettuja kehittämishankkeiden kuvauksia. Turun yliopiston koulutus- ja kehittämiskeskus. Brahea julkaisu B:17. Turun yliopiston koulutus- ja kehittämiskeskus Brahea. University of Turku, Brahea Centre for Training and Development.
- Koski, Pirjo 2014. Somaliperheiden perhevalmennuksen kehittäminen toimintatutkimuksen keinoin Suomessa (Developing Birth- and Parenthood education for Somali families in Finland. Väitöskirja, Jyväskylän yliopisto. Verkkojulkaisu. <<https://www.jyu.fi/ajankohtaista/arkisto/2014/02/tiedote-2014-02-17-10-48-18-529328>>. Luettu 5.9.2015.

- Käsitteet. Edu.fi. Verkkojulkaisu. <http://www.edu.fi/kulttuuri-identiteetti_ja_kansainvalisyys/aikapolku/keskeiset_kasitteet#kulttuurien_tuntemus_ja_kansainvalisyys>. Luettu 13.10.2015.
- Laitinen, Eija 2014. Ammattikorkeakoulujen opettajien kulttuurienvälinen kompetenssi ja sen mittaaminen. Kasvatustieteen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis; 2005. Saatavana myös osoitteessa <<http://tampub.uta.fi/handle/10024/96368>>.
- Lehtonen, Mikko – Löytty, Olli 2003. Erilaisuus. Tampere: Vastapaino.
- Lumiaro, Ulla 1995. Maahanmuuttajat ja koulutuksellinen tasa-arvo Helsingin kaupungin ammatillisissa oppilaitoksissa. Helsinki: Helsingin kaupungin opetusvirasto. Helsingin kaupungin opetusviraston julkaisusarja B16:1995.
- Malin, Maili – Gissler, Mika 2009. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BioMed Central Public Health*, 9: 84. doi: 10.1186/1471-2458-9-84
- Metsänen, Riitta 2009. Opettajien monikulttuurinen osaaminen. *Vipuvoimaa EU:lta*. Esitys Metropolia AMK 24.9.2009. Verkkojulkaisu. <<http://slideplayer.biz/slide/2841318/>>. Luettu 13.10.2015.
- Monikulttuurisuus Suomessa 2015. Wikipedia. Verkkojulkaisu. <https://fi.wikipedia.org/wiki/Monikulttuurisuus_Suomessa>. Luettu 13.10.2015.
- Ny, Pernilla 2007. Swedish maternal health care in a multiethnic society – including the fathers. Doctoral dissertation. Malmö University.
- OPH & CIMO 2008. Kansainvälisyys – juhlapuheista koulun arkeen – tietoa kuntapäätäjille ja rehtoreille. Verkkojulkaisu. <http://www.oph.fi/download/46528_kansainvalisyys_juhlapuheista_koulun_arkeen.pdf>. Luettu 5.9.2015.
- Pienimaa, Anna-Kaisa (toim.) 2014. Kätilön ammatillisen osaamisen kuvaus. Kätilö koulutuksesta valmistuvien osaamisalueet, tavoitteet ja keskeiset sisällöt. Verkkojulkaisu. <http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/Sosiaali_ja_terveys/K%C3%A4til%C3%B6ty%C3%B6/Katilon_ammattillisen_osaamisen_kuvaus.pdf>. Luettu 5.9.2015.
- Purnell, Larry – Paulanka, Betty 2003. *Transcultural Health Care. A Culturally Competent Approach*. Second edition. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Robertson, Eva – Malmström, Marianne – Johansson, Sven-Erik 2005. Do foreign-born women in Sweden have an increased risk of non-normal childbirth? *Acta Obstet Gynecol Scand* 84. 825–832.
- Robertson, Eva 2003. Aspects of foreign-born women's health and childbirth related outcomes. An epidemiological study of women of childbearing age in Sweden. Doctoral dissertation. Stockholm, Sweden: Department of Clinical Sciences, Family Medicine, Karolinska Institutet.
- Sainola-Rodriguez, Kirsti. 2009. Transnationaalinen osaaminen – Uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Akateeminen väitöskirja. Kuopio: Kopijyvä, s.41.
- Suomen kätilöliitto 1996. Kätilötyön määritelmä. Verkkojulkaisu <<http://www.suomenkatiloliitto.fi/katilon-tyo>> Luettu 7.4.2016.
- Suomen kätilöliitto 2004. Tiedolla, taidolla ja tunteella. Kätilötyön eettiset ohjeet. Verkkojulkaisu. <http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf>. Luettu 5.9.2015.
- Suomen virallinen tilasto (Official Statistics of Finland): Migration [e-publication]. ISSN=1797-6782. 2014, Appendix figure 1. Immigration, emigration and net immigration

- in 1971–2014. Helsinki: Statistics Finland. Verkkojulkaisu. <http://www.stat.fi/til/muutl/2014/muutl_2014_2015-05-29_kuv_001_en.html>. Luettu 5.9.2015.
- Talib, Mirja-Tytti 2007. Monikulttuurisuus vai interkulttuurisuus koulujen haasteena. Helsingin yliopiston luento. Verkkojulkaisu. <http://www.edu.fi/download/121851_aloitusseminaari2007_monikulttuurisuus_vai_interkulttuurisuus_talib.pdf>. Luettu 31.12.2015.
- Terveystieto-kurssi 1 ja 2. Verkkojulkaisu. <<http://www11.edu.fi/etalukionterveystieto/>>. Luettu 24.1.2016.
- TEM 2016. Maahanmuutto kasvaa ja monipuolistuu. Työ- ja elinkeinoministeriön palvelut. Verkkojulkaisu. <http://www.kotouttaminen.fi/kotouttaminen/kotouttaminen/kotouttamistyon_taustaa/maahanmuutto_kasvaa_ja_monipuolistuu>. Luettu 15.1.2016.
- Tiilikainen, Marja. 2008. Maahanmuuttajat ovat kuntien voimavara. Pari & perhe. 3, s. 19. Verkkojulkaisu <<https://tuhat.halvi.helsinki.fi/portal/fi/publications/maahanmuuttajat-ova%28d49f8a24-4b0e-4de4-b9e6-6e1c9986e9cb%29.html>> Luettu 7.4.2016.
- Tripp-Reimer, Toni – Dougherty, Molly 1985. Cross-cultural nursing research. Annual Review of Nursing Research 3. 77–104.
- UNESCO Guidelines on Intercultural Education. 2006. Section of Education for Peace and Human Rights, Division for the Promotion of Quality Education, Education Sector. Verkkojulkaisu. <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001478/147878e.pdf>>. Luettu 5.9.2015.
- UNHCR, The UN Refugee Agency 2014. Asylum trends first half 2014. Levels and trends in industrialized countries. Verkkojulkaisu. <<http://www.unhcr.org/532afe986.html>>. Luettu 5.9.2015.
- Verkkotutor 2016. Reflektio oppimisessa. Verkkojulkaisu. <<http://www15.uta.fi/arkisto/verkkotutor/reflekt.htm#Mit%C3%A4>>. Luettu 5.9.2015.
- Wikberg, Anita 2014. En vårdvetenskaplig teori om interkulturellt vårdande – att föda barn i en annan kultur. (A caring science theory on intercultural caring – Giving birth in another culture). Doctoral dissertation. Åbo Akademi. Socialvetenskapliga institutionen. Enheten för vårdvetenskap, Vasa. Verkkojulkaisu. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/98817/wikberg_anita.pdf?sequence=2>. Luettu 5.9.2015.
- Zechner, Minna (2007) Maahanmuuttajaäitien näkemyksiä ja kokemuksia päivähoidosta ja koulusta palveluna [Immigrant mothers' views on school and day care services]. In Tuomas Martikainen & Marja Tiilikainen (eds.) Maahanmuuttajanaiset: kotoutuminen, perhe ja työ. Helsinki: Väestöliitto, 239–259. Verkkojulkaisu <http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/824694406915357a8dfe7d6917e88389/1307515954/application/pdf/386433/Maahanmuuttajanaiset_e.pdf> Luettu 7.4.2016.
- Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. 2013. Teoksessa Klemetti, Reija – Hakulinen-Viitanen, Tuovi (toim.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Opas 29. Verkkojulkaisu. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-972-5>>. Luettu 5.9.2015.

9. Kansainvälisyys kätilön tutkinto-ohjelmassa – esimerkkinä Savonia ammattikorkeakoulu

Päivi Hoffrén
Raija Tuovinen

Johdanto

Kansainvälisyys kuuluu ammattikorkeakoulujen strategiaan painopistealueisiin. Ammattikorkeakoulututkintojen yhteisissä osaamisalueissa kansainvälisyys on nostettu esille omaksi osaamisalueekseen. Kätilön kansainvälisyysosaamista ovat muun muassa käytännön kielitaito, taito monikulttuuriseen yhteistyöhön ja kyky huomioida kätilötyön kansainvälisyyskehityksen vaikutuksia ja mahdollisuuksia kätilön työssä. (ks. Arene ry 2009.)

Kätilökoulutuksen tehtävänä on kouluttaa ammattitaitoisia kätilöitä, jotka pysyvät toimimaan myös kansainvälisissä yhteisöissä. Kansainvälisyyden edistämiseksi kätilökoulutuksessa parannetaan ymmärtämystä ja kunnioitusta vieraiden maiden kulttuureja kohtaan sekä osoitetaan kätilötyön samankaltaisuuksia eri maissa. Koulutuksen kansainvälisyys tuottaa myös tietoa muiden maiden kätilöiden työolosuhteista, mikä helpottaa valmistumisen jälkeen työskentelyä eri maissa. Arvokasta kansainvälistä yhteistyötä rakennetaan jo koulutuksen aikana. Parantunut kielitaito on hyödyksi tuleville kätilöille yhä vain kansainvälisemmässä Suomessa. (Matintupa 2016.)

Kätilön tutkinto-ohjelmassa kansainvälisyys ilmenee käytännössä opettaja- ja opiskelijavaihdossa, kansainvälisissä kehittämishankkeissa sekä ulkomailla suoritettujen teoriaopintojen, harjoittelujen ja opinnäytetöiden avulla. (Savonia 2016a.) Kansainvälisen toiminnan muotoja ovat myös ulkomaille suuntautuvat opintomatkat, seminaarit ja intensiivikurssit. Kansainvälisyyttä ja monikulttuuri-

suutta edistävät lisäksi ulkomaalaisten asiantuntijoiden luennot tai työpajat, monikulttuuriset opintojaksot ja kansainvälinen tutortoiminta. (Savonia 2016b.)

EU luo puitteet kansainvälisyyden edistämiseksi

Ammattikorkeakouluissa kansainvälistä toimintaa ovat vauhdittaneet Suomen sitoutuminen Bolognan prosessiin sekä Eurooppalaisen tutkintojen viitekehys elinikäisen oppimisen edistämiseksi (EQF) -ohjelmiin. Bolognan julistuksen tavoitteena on synnyttää yhteinen eurooppalainen korkeakoulutusalue. Tarkoituksena on lisätä eurooppalaisen korkeakoulutuksen kilpailukykyä ja vetovoimaa muihin maanosiin verrattuna. Kansainvälisyyttä edistävät ymmärrettävät tutkintorakenteet, joissa työkaluna käytetään ECTS (European Credit Transfer System) -opintosuoritusten siirto- ja mitoitussjärjestelmää sekä yhdenmukaiset tutkintorakenteet. Ensimmäisen syklin tutkinto on 3–4-vuotinen bachelor-tason tutkinto, jonka tulee olla relevantti myös eurooppalaisilla työmarkkinoilla. Toisen syklin tutkintoja ovat maisterin tutkinnot. Jatkotutkinnot ovat kolmannen syklin tutkintoja.

Eurooppalaisen tutkintojen viitekehys elinikäisen oppimisen edistämiseksi (EQF) tarjoaa tutkintojen kuvailemiseen yhteisen kielen, joka auttaa jäsenvaltioita, työntekijöitä ja yksittäisiä ihmisiä vertaamaan EU:n erilaisissa koulutusjärjestelmissä suoritettuja tutkintoja tai muutoin hankittua osaamista. Viitekehys auttaa selkiyttämään tutkintojen ja eri koulutusjärjestelmien vastaavuuksia. EQF:n avulla helpotetaan tutkintojen ja pätevyysien tunnustamista, siirtoa ja käyttöä eri koulutusjärjestelmissä sekä epävirallisen ja arkioppimisen tunnistamista ja tunnustamista. EQF:n avulla edistetään myös elinikäistä oppimista ja vahvistetaan kansainvälisten vaihtojen toteuttamista.

Kätilökoulutuksen kansainvälisyydessä ongelmiksi voi mainita kätilökoulutuksen erilaisuuden eri maissa, sillä jopa Pohjoismaiden kesken kätilökoulutukset poikkeavat toisistaan. Suurin eroavaisuus, joka myös mainitaan EU-direktiiveissä, on koulutuksen pääsyaatimuksissa. Joissain maissa kuten Suomessa, hakija voi suoraan hakea kätilökoulutukseen, kun taas esimerkiksi Ruotsissa hakijalta vaaditaan sekä sairaanhoitajakoulutus että vähintään yhden vuoden työkokemus. Pienimpänä ongelmana on kielitaito. Suomalaisilla nuorilla on moneen muuhun maahan verrattuna hyvät vieraan kielen ja varsinkin englannin kielen taidot. (Marttunen 2016.)

Kansainvälisyys Savonia ammattikorkeakoulun kättilön tutkinto-ohjelmassa

Savonia ammattikorkeakoulun kättilön tutkinto-ohjelmassa kansainvälistyminen on olennainen osa opiskelua. Opiskelijat voivat opiskella opintojensa eri vaiheissa kansainvälisyyttä ja monikulttuurista osaamista ulkomailla erilaisissa vaihto-ohjelmissa ja omassa oppilaitoksessa yhdessä kansainvälisten opiskelijoiden kanssa. Opintojen aikana opiskelijan tulee suorittaa vähintään viisi opintopistettä vieraskielistä opetusta (muuta kuin kieliopintoja). Kulttuurisia taitoja opiskelija voi harjoitella myös tutoroidessaan kansainvälisiä vaihto-opiskelijoita ja toimimalla maahanmuuttajayhteisöissä. (Savonia 2016c; MAUSTE-hanke 2015–2017.)

Kättilöopiskelijat voivat osallistua kansainväliseen vaihtoon erilaisten vaihto-ohjelmien kautta. Suomessa koulutuksen kansainvälisyyttä tukee CIMO. CIMO edistää kansainvälistymistä Suomessa muun muassa tukemalla korkeakoulujen kansainvälistymistä apurahoin. Tunnetuimpiin apurahaohjelmiin kuuluu EU-rahoitusohjelma Erasmus sekä Pohjoismaiden ministerineuvoston apurahaohjelma Nordplus. CIMO:n tilastojen mukaan opiskelijoiden liikkuvuus on lisääntynyt koko 2000-luvun.

Kansainvälinen vaihto on suunnitelmallista Savonia ammattikorkeakoulussa

Kansainvälisestä vaihdosta kiinnostuneelle kättilöopiskelijalle tehdään opintojen aikana henkilökohtainen suunnitelma kansainvälistymisestä (Savonia 2016e). Kättilöopiskelijoiden kansainvälisen vaihdon suunnittelu yhdessä vaihtoon lähtevän opiskelijan kanssa on tärkeää. Kansainvälisen vaihdon suunnitteluun osallistuvat tutor-opettaja ja kansainvälisiä vaihtoja koordinoiva henkilö.

Kansainvälisen vaihdon hyötyjä opiskelijalle ovat muun muassa opiskelumahdollisuuksien monipuolistuminen, itsenäistyminen ja henkilökohtainen kasvu, kielitaidon paraneminen, vieraiden kulttuurien ymmärryksen lisääntyminen, ammatillinen ja henkilökohtainen verkostoituminen sekä osaamisen syventäminen aihealueesta, jossa asiantuntemus on muualla syvällisempää kuin Suomessa. Kansainvälistä kokemusta arvostetaan myös työnhaussa. Kättilöopiskelijat vievät kättilön tutkinto-ohjelmasta tietoa kansainvälisille foorumeille ja tuovat mukanaan tietoa kansainvälisestä kättilökoulutuksesta vastavuoroisesti Savonia ammattikorkeakouluun. (Savonia 2016d.)

Opiskelijavaihto tarkoittaa vähintään kolmen kuukauden pituisia opintoja (15 opintopistettä) ulkomaisessa korkeakoulussa tai käytännön harjoittelua ulkomaisessa organisaatiossa osana suomalaisen tutkinnon suorittamista. Periaatteena on, että ulkomailla suoritettut opinnot ja harjoittelu luetaan täysimääräisenä osaksi kättilön tutkintoa. Ulkomailla opiskelu tai harjoittelu on siis sekä ajallisesti että sisällöllisesti osa kotimaista tutkintoa, eikä näin ollen pidennä säännönmukaista tutkinnon suoritusaikaa. (Savonia 2016e.)

Kansainvälistyminen voi toteutua myös kotikansainvälistymisen kautta, jota ovat esimerkiksi tutkinto-ohjelmaan tulevat vaihto-opiskelijat, kansainväliset hankkeet ja kansainvälinen henkilöstö. Vierailevat ulkomaalaiset opettajat ja asiantuntijat tuovat kansainvälistä erityisosaamista opetukseen. Kieli- ja kulttuuriopinnot sekä erilaiset tapahtumat edistävät myös kansainvälisyysosaamista. (Savonia 2016b.) Kansainvälisiin vaihtoihin on integroitu kättilötyön kehittämistehtäviä, joissa on esimerkiksi vertailtu kättilötyön käytäntöjä suomalaiseen kättilötyöhön tai tarkasteltu naisen ja lapsen asemaa eri yhteiskunnissa. (Kurvinen – Vartiainen 2010.) Kehittämistehtävät on esitetty seminaareissa ja näin jaettu kansainvälisiä kokemuksia koko opiskelijaryhmän kesken. Kättilöopiskelijat kirjoittavat kansainvälisestä vaihdosta blogia, ja näin myös muut kättilöryhmän opiskelijat pääsevät jakamaan kokemuksia vaihdossa olevien kanssa.

Kansainvälisyys on tärkeää kättilöopiskelijan ammatilliselle kasvulle, mutta se antaa myös korkeakouluille ympäri maailmaa mahdollisuuden ymmärtää toisten ideologioita sekä kättilötyön perusaatteita. Koulutuksen kansainvälisyys vähentää muukalaispelkoa ja lisää globaalisuuden merkityksen ymmärtämistä. Globalisaatio tarkoittaa myös sitä, että kättilöt ymmärtävät poliittisten ja taloudellisten päätösten vaikutukset terveydenhuoltoon ja -koulutukseen. Kättilötyön opettajilla on eettinen vastuu nostaa esille ja tarkastella kriittisesti eri kulttuurien hoitokäytäntöjä ja etnisiä kysymyksiä kättilökoulutuksen aikana. (ks. Matintupa 2016.)

Lähteet

- ARENE ry 2010. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto. Suositus tutkintojen kansallisen viitekehyksen (NQF) ja tutkintojen yhteisten kompetenssien soveltamisesta ammattikorkeakouluissa.
- Bolognan prosessi. Verkkojulkaisu. <<http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/artikkelit/bologna/>>. Luettu 2.5.2016.
- CIMO. Verkkojulkaisu. <www.cimo.fi>.

- Direktiivi 2013/55/EU. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi ammatin pätevyyden tunnustamisesta annetun direktiivin 2005/36/EY ja hallinnollisesta yhteistyöstä sisämarkkinoiden tietojenvaihtojärjestelmässä annetun asetuksen (EU) N:o 1024/2012 (IMI)-asetus) muuttamisesta.
- Kurvinen, Monna – Vartainen, Kaisa 2010. Kättilötyön kehittämistehtävä: Varhainen vuorovaikutus, sen merkitys ja sen toteutuminen – käytännön kokemuksia Children's Hospital of Fundan University, vastasyntyneiden osasto.
- Matintupa, Eva 2016. Kansainvälisyys kättilökoulutuksessa – opettajan puheenvuoro. Julkaisematon.
- OKM 2016. Eurooppalainen tutkintojen viitekehys EQF. Verkkojulkaisu. <http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/artikkelit/amatillisen_koulutuksen_koeopenhamina-prosessi/Eurooppalainen_tutkintojen_ja_osaamisen_viitekehys_xEQFx.html>. Luettu 2.5.2016.
- MAUSTE-hanke maahanmuuttajien seksuaaliterveyden ja tunnetaitojen edistäminen 2016–2017. Julkaisematon.
- SAVONIA 2016a. Asiantuntijaliikkuvuus – International Mobility. Santra-intranet. Verkkojulkaisu. <<https://santra.savonia.fi/tukipalvelut/kv-asiat/asiantuntijaliikkuvuus/Pages/default.aspx>>. Luettu 2.1.2016.
- SAVONIA 2016b. Kansainvälinen toiminta terveysalalla. Verkkojulkaisu. <<https://reppu.savonia.fi/kansainvalisyys/kansainvalinenopiskelu%20ja%20harjoittelu/Sivut/default.aspx>>. 2.1.2016.
- SAVONIA 2016c. Opetussuunnitelmat. Verkkojulkaisu. <<http://portal.savonia.fi/amk/fi/opiskelijalle/opetussuunnitelmat?yks=KS&krtid=997&tab=5>>. Luettu 2.1.2016.
- SAVONIA 2016d. Kansainvälinen toiminta terveysalalla. Reppu-intranet. Verkkojulkaisu. <https://reppu.savonia.fi/koulutusalat/terveys_kuopio/kansainvalinen_toiminta/Sivut/default.aspx>. Luettu 2.1.2016.
- SAVONIA 2016e. Vaihto-ohjelmat. Verkkojulkaisu. <<https://reppu.savonia.fi/kansainvalisyys/kansainvalinenopiskelu%20ja%20harjoittelu/vaihto-ohjelmat/Sivut/default.aspx>>. Luettu 2.1.2016.

10. Kätilökoulutus katsoo tulevaan

Marjukka Vallimies-Patomäki

Johdanto

Sosiaali- ja terveystaloudelliset linjaukset asettavat haasteita kätilökoulutuksen ja kättilön osaamisen kehittämiseksi. Nämä haasteet liittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamiseen, toimintamallien kehittämiseen ja palvelujärjestelmän tehokkuusvaatimuksiin. Palvelurakennemuutos edellyttää kättilön tehtäväkuvan uudistamista, korkeatasoista kliinistä asiantuntemusta ja osaamisen joustavaa hyödyntämistä.

Kätilökoulutuksen rakenteen kehittäminen on osa opetus- ja kulttuuriministeriön käynnistämää korkeakouludialogia ammattikorkeakoulu-uudistuksesta. Tavoitteena on arvioida sosiaali-, terveys- ja kuntoutusalan koulutusrakenteen ja -tarjonnan muutostarpeita. Opetus- ja kulttuuriministeriö asetti vuonna 2015 kaksi selvityshenkilöä arvioimaan kätilökoulutuksen kuutta rakennevaihtoehtoa ja tekemään ehdotuksen sopivimmaksi rakenteeksi. Selvityshenkilöt päätyivät ehdottamaan kätilökoulutusta ylemmäksi ammattikorkeakoulututkinnoksi. Ehdotus ratkaisisi tiettyjä kätilökoulutuksen ongelmia ja suuntaisi kätilökoulutusta tulevaisuuden vaatimusten mukaisesti. Ehdotus mahdollistaisi myös ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon kehittämisen ja erityisesti kättilötyön kliinisen asiantuntijuuden syventämisen hoitokäytäntöjen ja työelämän muutoksiin perustuen.

Tämä artikkeli perustuu selvityshenkilöiden raporttiin kätilökoulutuksen rakennevaihtoehtoista (Karttunen – Vallimies-Patomäki 2015). Artikkelin kirjoittaja toimi toisena selvityshenkilönä.

Kansainvälinen sääntely

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2005/36/EY ammattipätevyyden tunnustamisesta (myöhemmin ammattipätevyysdirektiivi) ohjaa kättilökoulutusta ja sairaanhoitajakoulutusta. Ammattipätevyysdirektiivin mukaan jäsenvaltion on tunnustettava unionin kansalaisen toisessa jäsenvaltiossa hankkima koulutus tai ammattipätevyys. Ammattipätevyyden tunnustaminen antaa unionin kansalaiselle oikeuden harjoittaa vastaanottavassa jäsenvaltiossa samaa ammattia, johon hänellä on pätevyys kotijäsenvaltiossaan, kun ammatissa toimiminen edellyttää vastaanottavan jäsenvaltion kansallisessa lainsäädännössä määriteltyä koulutusta tai ammattikokemusta.

Ammattipätevyysdirektiiviä muutettiin direktiivillä 2013/55/EU. Muutoksella tarkennettiin myös koulutuksen laajuuteen liittyviä kriteereitä. Ammattipätevyysdirektiivin keskeisiä säännöksiä kättilön koulutuksesta on koottu taulukkoon 1.

Taulukko 1. Direktiivien 2005/36/EY ja 2013/55/EU keskeisiä säännöksiä kättilökoulutuksesta.

Direktiivi 2005/36/EY, artikla 40: kättilön koulutusohjelma	Direktiivi 2013/55/EU, artikla 40: kättilökoulutukseen pääsyn edellytykset	Direktiivi 2013/55/EU, artikla 41: kättilön muodollista pätevyyttä osoittava asiakirja
a) täysipäiväinen kättilön koulutusohjelma, johon kuuluu vähintään kolmen vuoden teoreettiset ja käytännölliset opinnot (linja I) ja joka käsittää vähintään liitteessä V olevassa 5.5.1 kohdassa olevan ohjelman	a) linja I: hakija on suorittanut vähintään 12 vuoden yleissivistävät kouluopinnot tai kättilön koulutukseen pääsyyn oikeuttava todistus vastaavan tasoisen kokeen suorittamisesta hyväksytysti	a) täysipäiväinen koulutus on kestänyt vähintään kolme vuotta, joka voidaan ilmoittaa ECTS-pisteinä, koulutukseen on sisällynyt teoreettista ja käytännön opetusta vähintään 4 600 tuntia ja vähintään kolmasosa vähimmäiskestosta on ollut kliinistä opetusta
b) täysipäiväinen kättilön koulutusohjelma, joka kestää 18 kuukautta (linja II) ja käsittää vähintään liitteessä V olevassa 5.5.1 kohdassa olevan ohjelman siltä osin, mikä ei ole kuulunut yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan koulutuksen yhteydessä annettuun opetukseen.	b) linja II: hakijalla on liitteessä V olevassa 5.2.2 kohdassa tarkoitettu yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan muodollista pätevyyttä osoittava asiakirja.	b) täysipäiväinen koulutus on kestänyt vähintään kaksi vuotta ja vähintään 3 600 tuntia, joka voidaan ilmoittaa ECTS-pisteinä, ja yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan muodollista pätevyyttä osoittava asiakirja c) täysipäiväinen koulutus on kestänyt vähintään 18 kuukautta ja vähintään 3 000 tuntia, joka voidaan ilmoittaa ECTS-pisteinä, ja yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan muodollista pätevyyttä osoittava asiakirja ja sen jälkeen vuoden ajan ammattiin liittyvien tehtävien harjoittaminen

Kansallinen sääntely

Koulutuksen sääntely

Kätilö (AMK) -tutkinto on ammattikorkeakouluista annetun valtioneuvoston asetuksen (1129/2014, myöhemmin ammattikorkeakouluasetus) mukaan sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto, jonka laajuus on 270 opintopistettä. Vastaavasti sairaanhoitaja (AMK) -tutkinnon laajuudeksi säädetään 210 opintopistettä ja kätilö (ylempi AMK) -tutkinnon laajuudeksi 90 opintopistettä. Valtioneuvoston myöntämien toimilupien mukaan kahdeksalla ammattikorkeakoululla on koulutusvastuu kätilökoulutuksesta. Nämä ammattikorkeakoulut ovat Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Metropolia Ammattikorkeakoulu, Oulun ammattikorkeakoulu, Savonia ammattikorkeakoulu, Tampereen ammattikorkeakoulu, Turun ammattikorkeakoulu, Yrkeshögskolan Arcada ja Yrkeshögskolan Novia.

Tällä hetkellä valmistuva kätilö saa todistuksen sekä kätilö (AMK) -tutkinnoista että sairaanhoitaja (AMK) -tutkinnoista. Valvira myöntää hakemuksesta kätilökoulutuksen perusteella oikeuden toimia terveydenhuollon ammattihenkilönä Suomessa sekä kätilönä että sairaanhoitajana. Näiden perusteella kätilö (AMK) -tutkinto ja sairaanhoitaja (AMK) -tutkinto tunnustetaan automaattisen tunnustamisjärjestelmän kautta muussa EU-valtiossa.

Ammattikorkeakoululain (932/2014) muutoksen myötä opetus- ja kulttuuriministeriö ei ole enää vuodesta 2015 ohjannut ammattikorkeakoulututkintoon johtavaa koulutusta koulutusohjelmapäätöksillä. Opetus- ja kulttuuriministeriö teki aiemmin ammattikorkeakoulujen koulutusohjelmapäätökset, joissa määriteltiin muiden ohella koulutusohjelman nimi ja koulutuksen suuntautumisvaihtoehdot. Kätilökoulutus on järjestetty kätilötyön suuntautumisvaihtoehtona osana hoitotyön koulutusohjelmaa. Näin ollen tällä hetkellä ei ole säännöksiä siitä, että kätilö (AMK) -tutkintoon johtava koulutus sisältää myös sairaanhoitajakoulutuksen.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden sääntely

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettu laki (559/1994, myöhemmin ammattihenkilölaki) edellyttää terveydenhuollon ammattihenkilöltä erikseen säädettyä koulutusta. Lain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua varmistamalla, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet. Sosiaali- ja terveysalan

lupa- ja valvontavirasto Valvira myöntää terveydenhuollon ammattihenkilölle hakemuksesta ammatinharjoittamisoikeuden laillistettuna ammattihenkilönä, ammatinharjoittamisluvan luvan saaneena ammattihenkilönä tai oikeuden käyttää terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä nimikesuojattuna ammattihenkilönä. Laillistetun ammattihenkilön ammatteja saa harjoittaa vain laillistettu ammattihenkilö.

Ammattihenkilölain valmistelun yhteydessä käytettiin seuraavia laillistamisen kriteereitä (HE 33/1994 vp.):

- 1) ammattiin johtaa selkeästi määriteltävä, viranomaisen hyväksymä koulutus
- 2) ammattihenkilö toimii siten itsenäisesti, että potilasturvallisuus edellyttää asianomaista ammattipätevyyttä
- 3) ammattitoiminnan sisältämä potilasvahinkoriski on keskimääräistä suurempi
- 4) työskentely tapahtuu välittömässä potilaskontaktissa ja siihen sisältyy usein myös läheisesti ihmiseen fyysisesti ja psyykkisesti vaikuttavia toimenpiteitä
- 5) kansainvälinen käytäntö ja sopimukset

Kätilön ja sairaanhoitajan ammattinimikkeet ja tehtävät on suojattu laillistamalla, koska kätilöiden ja sairaanhoitajien tehtäviin liittyy keskimääräistä suurempia potilasvahinkoriskejä. Laillistus sekä oikeus toimia kätilön tai sairaanhoitajan ammatissa ja käyttää kyseisiä ammattinimikkeitä perustuvat näihin ammatteihin johtavan koulutuksen suorittamiseen. Näin ollen kätilön ja sairaanhoitajan tutkintoihin johtavien koulutusten tulee täyttää terveydenhuollon ammattihenkilön laillistuksen ja ammattitoiminnan vaatimukset.

Lainsäädännössä ei tiettyjä poikkeuksia lukuun ottamatta määritellä tehtäviä, joita eri ammattihenkilöt voivat suorittaa, koska tehtävät määräytyvät pääosin koulutuksen perusteella ja muuttuvat terveydenhuollon ja terveystalouden opetuksen kehityksen myötä (HE 33/1994 vp.). Oikeus toimia laillistettuna ammattihenkilönä ei kuitenkaan estä toista laillistettua suorittamasta koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa mukaisesti toisen laillistetun tai nimikesuojatun ammattihenkilön tehtäviä, kun se on perusteltua työjärjestelyjen ja terveystalouden tuottamisen kannalta (L 559/1994). Näin ollen ylemmän koulutuksen omaava ammattihenkilö voi suorittaa alemman koulutuksen omaavan ammattihenkilön tehtäviä. (HE 33/1994 vp.) Esimerkkinä tästä on sairaanhoitajan ja kätilön toiminta terveyden- ja sairaanhoidon tehtävissä. Kätilö voi koulutuksensa perusteella toimia sairaanhoitajan tehtävissä, mutta sairaanhoitaja ei voi toimia kätilön tehtävissä.

Yhtenäinen osaamiskuvaus

Kätilökoulutusta järjestävät ammattikorkeakoulut laativat vuonna 2014 kätilön ammatillisen osaamisen kuvauksen kätilökoulutuksesta valmistuvien osaamis-alueista, tavoitteista ja keskeisistä sisällöistä (Pienimaa 2014). Tässä tehtiin yhteistyötä myös Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hankkeen kanssa, koska valmistuvan kätilön ammatillinen osaaminen perustuu vahvaan sairaanhoitotyön osaamiseen. Osaamiskuvauksen tarkoituksena oli varmistaa laillistamisen vaatimusten ja automaattisen tunnustamisen edellytysten täyttyminen kätilökoulutuksessa sekä kehittää valmistuvien kätilöiden ammatillista osaamista tasalaatuiseksi ja vertailtavaksi.

Kätilön osaamiskuvauksen mukaan kätilön tutkinnon laajuus on 270 opintopistettä ja kesto 4,5 vuotta. Kätilö (AMK) -tutkinto sijoittuu tasolle 6 kansallisessa tutkintojen ja muun osaamisen viitekehyksessä. Kätilön ammatillinen osaaminen rakentuu kätilön, sairaanhoitajan ja ammattikorkeatutkintojen yhteisestä ammatillisesta osaamisesta. Koulutus sisältää kätilötyön ammattiopintoja 90 opintopistettä ja ammattitaitoa edistävää harjoittelua 135 opintopistettä, ja se sisältää 15 opintopisteen laajuisen opinnäytetyön. Kätilötyön ammattitaitoa edistävä harjoittelu toteutetaan sekä kätilötyön että hoitotyön toimintaympäristöissä. (Pienimaa 2014.)

Kätilöt tilastojen valossa

Kätilö (AMK) -tutkintojen vuotuinen määrä on kasvanut 2000-luvulla runsaasta 120 tutkinnosta lähes 240 tutkintoon. Tutkinnoista suoritetaan aikuiskoulutuksessa vuosittain 1–45. Näistä opiskelijoista osa on suorittanut aikaisemmin sairaanhoitajakoulutuksen tai terveydenhoitajakoulutuksen. Kätilö (YAMK) -tutkintoja on suoritettu vain 28 vuosina 2007–2014.

Sosiaali- ja terveystalveissa työskenteli 3 770 kätilön koulutuksen suorittanutta henkilöä vuonna 2012. Heistä 81 % työskenteli kätilön, terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan vakansseissa, 4 % osastonhoitajina ja 3 % erityisasiantuntijoina. Kätilön koulutuksen suorittaneista 79 % työskenteli kuntasektorin sairaaloissa ja 10 % terveyskeskuksissa. Kätilön koulutuksen suorittaneista, jotka olivat kätilön, terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan vakanssissa, 65 % työskenteli kätilön vakanssissa, 30 % työskenteli sairaanhoitajan vakanssissa ja 5 % terveydenhoitajan vakanssissa. Julkisissa sairaaloissa työskennelleistä kätilökoulutuksen suorittaneista noin 80 % oli kätilön vakanssissa ja vastaavasti terveyskeskuksissa työ-

kennelleistä noin puolet sairaanhoitajan ja lähes yhtä usea terveydenhoitajan vakanssissa. (Ailasmaa 2015.)

Ehdotus kättilökoulutuksen uudeksi rakenteeksi

Opetus- ja kulttuuriministeriön ja ammattikorkeakoulujen vuonna 2014 käynnistyneessä sosiaali-, terveys- ja kuntoutusalojen korkeakouludialogissa on tuotu esille, että sairaanhoitajakoulutus on tärkeä osa kättilökoulusta, mutta ammattipätevyysdirektiivissä säädetyn kättilökoulutuksen pituusvaatimuksen täyttymiseen ja kaksoistutkintorakenteeseen liittyy ongelmia. Opetus- ja kulttuuriministeriön vuonna 2015 asettamat selvityshenkilöt arvioivat tiettyjen kriteerien perusteella kuutta kättilökoulutuksen rakennevaihtoehtoa (Karttunen – Vallimies-Patomäki 2015). Selvityshenkilöiden ehdotus perustuu sairaanhoitajatutkinnon jälkeen suoritettavaan ylempään ammattikorkeakoulututkintoon ja on ammattipätevyysdirektiivin 2013/55/EU artiklan 41 kohdan b mukainen. Tämä ehdotus ratkaisisi toteutuessaan sekä kaksoistutkintorakenteeseen että kättilökoulutuksen pituusvaatimukseen liittyvät ongelmat.

Selvityshenkilöiden ehdotus kättilökoulutuksen uudeksi rakenteeksi:

Kättilökoulutus kehitettäisiin 120 opintopisteen laajuiseksi ylemmäksi ammattikorkeakoulututkinnoksi, jonka tavoitteena olisi klinisen hoitotyön asiantuntijalta edellytetty käytännöllinen ja teoreettinen osaamistaso. Koulutus johtaisi kättilö (ylempi AMK) -tutkintoon. Valvira laillistaisi kättilö (ylempi AMK) -tutkinnon suorittaneen henkilön kättilönä.

Hakukelpoisia kättilö (ylempi AMK) -tutkintoon johtavaan koulutukseen olisivat ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet henkilöt, joilla on direktiivin 2013/55/EU mukainen yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan muodollista pätevyyttä osoittava asiakirja. Nykyinen kolmen vuoden työkokemusvaatimus ylempään ammattikorkeakoulututkintoon alennettaisiin yhteen vuoteen.

Ehdotus uudeksi kätilökoulutuksen rakenteeksi edellyttäisi säädösmuutoksia. Koska direktiivin 2013/55/EU artiklan 41 kohdan b mukaan kätilökoulutuksen keston tulee olla kaksi vuotta ja 3 600 tuntia, ammattikorkeakoululain (932/2014) 14 §:ään ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavien opintojen pituudesta tulisi tehdä muutos, jossa poikkeuksena mainittaisiin enintään kahden vuoden laajuinen ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Samoin muutosta edellyttäisi ammattikorkeakouluasetuksen (1129/2014) 3 §, jossa säädetään yhden lukuvuoden opintojen suorittamiseen keskimäärin vaadittavan 1 600 tunnin työpanoksen vastaavan 60 opintopistettä. Kätilökoulutukselta edellytetään kuitenkin 3 600 tunnin laajuutta, joka vastaa 1 800 tunnin työpanosta vuodessa.

Kätilön koulutuksen toteuttaminen ylempänä ammattikorkeakoulututkintona edellyttää muutosta myös valtioneuvoston myöntämiin toimilupiin siten, että kätilö (ylempi AMK) -tutkinnosta muodostuisi yksi koulutusvastuu. Ammattikorkeakouluasetuksen liitteessä kätilö (ylempi AMK) -tutkinnon laajuuden tulisi olla 120 opintopistettä.

Ammattikorkeakouluasetuksen 9 §:ssä säädettävän tutkintonimikkeen tulisi olla kätilö (ylempi AMK) -tutkinto. Koska kätilökoulutus edellyttää direktiivin mukaista harjoittelua, harjoittelu tulisi ottaa huomioon ammattikorkeakouluasetuksen 2 §:ssä opintoihin kuuluvista sisällöistä. Lisäksi tulisi tehdä kätilö (ylempi AMK) -tutkinnon edellyttämät muutokset ammattipätevyysdirektiivin liitteeseen.

Ylempänä ammattikorkeakoulututkintona suoritettava kätilökoulutus ehdotetaan käynnistettäväksi vuonna 2017, ja ammattikorkeakoulututkintona suoritettavan kätilökoulutuksen viimeinen sisäänotto olisi vuonna 2016. Tällöin kummastakin väylästä valmistuisi kätilöitä vuosina 2018–2020, mikä tulisi ottaa huomioon koulutuksen aloittajamäärissä.

Perustelut ehdotukselle

Ammattipätevyysdirektiivin 2013/55/EU artiklaan 41 kirjatut tuntimäärät ja vuodet ovat velvoittavia. Ammattikorkeakouluasetuksen 9 §:n mukaan kätilö (AMK) -tutkintonimikkeeseen johtavan koulutuksen tulee täyttää Euroopan unionin lainsäädännön asettamat vaatimukset. Selvityshenkilöraportin mukaan nykyinen suomalainen kätilökoulutus ei kuitenkaan täytä muutosdirektiivin 2013/55/EU mukaisia kriteereitä kätilökoulutuksen laajuudesta tunteina.

Selvityshenkilöiden arvioimista rakennevaihtoehtoista osa oli kestoltaan viisivuotisia Bachelor-tason tutkintoja, mikä ei ole Bolognan prosessin linjausten mu-

kaista. Bachelor-tason tutkinnot ovat pääsääntöisesti 180–240 opintopisteen ja Master-tason tutkinnot 90–120 opintopisteen laajuisia (European Commission ym. 2015). Selvityshenkilöiden ehdotus sairaanhoitaja (AMK) -tutkinnon jälkeen suoritettavasta 120 opintopisteen laajuisesta kättilö (ylempi AMK) -tutkinnosta olisi Bolognan prosessin mukainen rakenne.

Opetus- ja kulttuuriministeriö teki vuoteen 2014 ammattikorkeakoulujen koulutusohjelmapäätökset, joissa määriteltiin muiden ohella koulutusohjelman nimi ja koulutuksen suuntautumisvaihtoehdot. Kättilökoulutus on järjestetty kättilötyön suuntautumisvaihtoehtona osana hoitotyön koulutusohjelmaa. Tämä rakenne perustui opetusministeriön työryhmän esitykseen, jonka mukaan ensihoitaja (AMK)-, kättilö (AMK)- ja terveydenhoitaja (AMK) -tutkintoihin johtavat koulutukset sisältävät myös 210 opintopisteen laajuisen sairaanhoitajakoulutuksen ja tutkinnon suorittaneet laillistetaan koulutuksensa perusteella myös sairaanhoitajina (Opetusministeriö 2006). Tällä hetkellä ei kuitenkaan ole säännöksiä siitä, että kättilö (AMK) -tutkintoon johtava koulutus sisältää myös sairaanhoitajakoulutuksen. Näin ollen selvityshenkilöiden ehdotus ratkaisisi kaksoistutkintorakenteen ongelman.

Kansainvälisesti kättilöltä edellytetyn osaamisen katsotaan vastaavan maisteritasoiseen koulutukseen perustuvaa Advanced Nurse Practitionerin (APN) tehtäväkuva. Myös Pohjoismaissa kättilökoulutusta kehitetään tähän suuntaan (Martintupa 2014). Suomessakin on määritelty vastaava kliinisen hoitotyön asiantuntijan tehtäväkuva (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Selvityshenkilöiden ehdotus kättilökoulutuksesta ylempänä korkeakoulututkintona nostaisi kättilön osaamisvaatimuksen Master-tasolle, mikä mahdollistaisi sekä asiantuntijuuden että kehittämisosaamisen syventämisen kättilön muuttuvien osaamisvaatimusten mukaisesti.

Kansainvälisistä APN-nimikkeistä yksi on sairaanhoitaja-kättilö, Nurse-Midwife. APN-tasoinen koulutus syventää asiantuntijuutta, koulutusohjelma tunnustetaan virallisesti ja johtaa rekisteröintiin, koulutuksesta annetaan todistus ja nimikkeen käyttöä ja ammattitoimintaa säännellään. APN työskentelee itsenäisesti vaativissa asiantuntijatehtävissä, jotka edellyttävät laajoja kliinisiä arviointi- ja päätöksentekotaitoja, ja tehtäviin yhdistyvät myös tutkimus, koulutus, käytäntö ja hallinto. Vaikka ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavaa kliinisen asiantuntijan koulutusohjelmaa on Suomessa kehitetty APN-määritelmän pohjalta, määritelmän tunnuspiirteiden ei arvioida vielä täysin toteutuvan kliinisen asiantuntijan koulutusohjelmassa. (Ahonen 2011.)

Kansainvälisten mallien pohjalta on luotu pohjoismaisen klinisen hoitotyön asiantuntijan teoreettinen malli (Fagerström 2011). Pohjoismaisessa mallissa on kahdeksan kompetenssialuetta, jotka ovat kliininen käytäntö, eettinen päätöksenteko, opetus ja ohjaus, konsultointi, yhteistyö, case management, tutkimus ja kehittäminen sekä johtaminen. Selvityshenkilöraportissa arvioitiin pohjoismaisen mallin vastaavan kättilön kompetenssialueita ja lisäävän niihin tutkimus- ja kehittämisosaamisen sekä johtamisosaamisen.

Muuttuvat osaamisvaatimukset

Kättilön ammatillisen osaamisen kuvauksen (Pienimaa 2014) mukaan kättilö on hoitotyön ja erityisesti seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntija. Valmistuvalla kättilöllä on vahvat kliiniset perustiedot ja taidot, hyvät vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot sekä valmiudet näyttöön perustuvaan työskentelyyn kättilötyössä.

Kättilön osaamisvaatimuksiin ja toimintaympäristöihin vaikuttavat väestön palvelutarpeen ohella hoitokäytäntöjen kehitys, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistaminen ja lainsäädännön muutokset. Tulevaisuudessa kättilöltä edellytetään sekä entistä vahvempaa lisääntymis- ja seksuaaliterveyden erityisasiantuntemusta että hoitotyön asiantuntemusta. Kättilön rooli on usein myös entistä itsenäisempi, usein osana sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillista tiimiä (ks. www.suomenkatiloliitto.fi).

Synnytysten ja lastentautien hoidon erikoisalakohtaisista edellytyksistä säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella (782/2014). Sairaalassa tulee olla valmiudet hoitaa vähintään noin 1 000 synnytystä vuodessa. Riskiryhmiin kuuluvien synnyttäjien ja vastasyntyneiden hoito keskitetään suurimpiin synnytysyksiköihin. Synnytyskäsiä hoitavien sairaaloiden määrän arvioidaan vähenevän edelleen nykyisestä. Tämän seurauksena yhteistyötä synnytyssairaaloiden äitiyspoliklinikoiden ja alueiden neuvoloiden välillä tulee tiivistää sekä erikoisosaajien yhteiskäyttöä ja konsultaatiomahdollisuuksia lisätä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014). Kättilön työn näkökulmasta koko hoitoprosessin kattava palvelukokonaisuus edellyttää työkiertoa sekä synnytysyksiköissä että synnytysyksiköiden ja neuvoloiden välillä.

Kättilön osaamisen ja tehtäväkuvan kehittämistä on linjattu sosiaali- ja terveyspoliittisissa ohjelmissa ja selvityksissä. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007) mukaan lisääntymisterveyden asiantuntemusta äitiysneuvoloissa tulisi vahvistaa kehittämällä

neuvolatoiminnan rakenteita ja luomalla alueellisesti keskitettyjä palveluita. (Tapper 2011; Klemetti – Raussi-Lehto 2013.) Esimerkkejä näistä ovat neuvolapalveluiden tuottaminen synnytysyksikön ohessa tai synnytyssairaalassa ja sairaalan kättilön vastaanotto lyhytjälkihoitoisen synnytyksen jälkeen.

Kättilön tehtäväkuvaa on laajennettu myös lakimuutoksin. Tehtäväkuvan laajentaminen ei kuitenkaan aina edellytä lakimuutoksia, vaan kättilön tehtäväkuvaa on kehitetty uudistamalla työnjakoa ja uusien palvelumuotojen avulla. Esimerkkejä kättilön tehtäväkuvan laajentamisesta löytyy myös muista pohjoismaista. Ruotsissa kierukan laitto ja imukuppisynnytyksen hoito tietyissä tilanteissa sisältyvät kättilökoulutukseen (www.barnmorskeforbundet.se). Ruotsissa ja Norjassa kättilökoulutus antaa valmiudet myös itsenäiseen ehkäisyneuvontaan ja ehkäisypillerien määräämiseen (www.barnmorskeforbundet.se; www.jordmorforeningen.no). Selvityshenkilöraporttiin (Karttunen – Vallimies-Patomäki 2015) koottuja esimerkkejä kättilön uusista osaamisvaatimuksista kuvataan taulukossa 2.

Taulukko 2. Esimerkkejä kättilön tehtäväkuvasta ja uusista osaamisvaatimuksista (Karttunen – Vallimies-Patomäki 2015).

Palvelusektori	Kättilön tehtäväkuva	Kättilön uusia osaamisvaatimuksia
Erikoissairaanhoito		Sairaanhoidon aloittamisesta, lo- pettamisesta ja potilaan siirtämisestä toiseen yksikköön päättäminen vastaavan lääkärin ohjeiden perusteella (L1326/2010)
Prenataali-, synnytys- ja lapsivuodeosastot	Naisen ja lapsen hoitaminen säännöllisissä ja epäsäännöllisissä tilanteissa raskauden ja synnytyksen aikana ja sen jälkeen	▪ Raskaudenaikaiset ultraäänitutkimukset ja vastaanottotoiminta äitiyspoliklinikalla ▪ Epiduraalipuudutteen lisäannosten antaminen hoitosuunnitelman mukaisesti ▪ Pudendaalipuudutusten tekeminen ▪ Sikiön EKG:n analysointi STAN-laitteen avulla ▪ Perioperatiivinen hoitotyö ▪ Vastasyntyneiden tarkkailu ja tarkastus
Neonataaliosasto	Vastasyntyneen hoito sekä vanhempien tukeminen ja ohjaaminen	
Gynekologiset ja erikoisalojen osastot ja poliklinikat	Gynekologisiin, naisten sairauksiin ja lapsettomuuteen liittyvien tutkimusten ja hoitojen toteuttaminen	Infertiliteetti-, inkontinenssi- ja syöpähoitajavastaanotot
Poliklinikat ja päiväkirurgiset yksiköt	Tutkimuksissa ja toimenpiteissä olevien naisten hoito ja ohjaus	
Perusterveydenhuolto, äitiys- ja perhesuunnitteluneuvola	Raskauden ja synnytyksen jälkeinen seuranta ja ohjaus	▪ Jälkitarkastus säännöllisen synnytyksen jälkeen (L 1224/2004) ▪ Rajattu lääkkeenmääräämisoikeus (L 559/1994, A 1088/2010, A 1089/2010)

Katse tulevaan

Selvityshenkilöiden ehdotus kättilökoulutuksen kehittämisestä ylemmäksi ammattikorkeakoulututkinnoksi luo vahvan pohjan 200-vuotisen kättilökoulutuksen tulevaisuudelle. Kättilökoulutuksen rakenteen uudistamiselle ehdotuksen mukaisesti on perusteet pääministeri Sipilän hallituksen korkeakoulupoliittisissa ja sosiaali- ja terveystieteellisissä linjauksissa. Ehdotus loisi toteutuessaan vahvan pohjan myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden työnjaon ja toimintatapojen uudistamiselle sekä moniammatilliselle kehittämistyölle sosiaali- ja terveydenhuollon uusissa palvelurakenteissa. Ehdotusta voidaan pitää historiallisena, sillä maisteritasoinen koulutus nostaisi suomalaisen kättilön osaamisen uudelle tasolle ja suuntaisi terveysalan ammattikorkeakoulutuksen kehittämistä kansainvälisen kehityksen mukaisesti.

Lähteet

- Ahonen, Pia 2011. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma uuden asiantuntijuuden tuottajana. Teoksessa: Ahonen, P. (toim.) Kliininen asiantuntija: uutta osaamista ylemmästä ammattikorkeakoulututkinnosta. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 130.
- Ailasmaa, Reijo 2015. Tilastotietoja kättilökoulutuksen suorittaneista. THL.
- European Commission/EACEA/Eurydice 2015. The European Higher Education Area in 2015. Bologna Process Implementation Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fagerström, Lisbeth 2011. Avancerad klinisk sjuksköterska – avanserad klinisk omvårdnad i teori och praxis. Studentlitteratur, Lund.
- Karttunen, Päivi – Vallimies-Patomäki, Marjukka 2015. Kättilökoulutukselle uusi suunta. Selvitys rakennevaihtoehtoista. Opetus- ja kulttuuriministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2015: 11.
- Klemetti, Reija – Raussi-Lehto, Eija (toim.) 2013. Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. THL. Opas 33.
- Matintupa, Eva 2014. Kättilökoulutus Pohjoismaissa. Kättilölehti 6. 10–11.
- Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakouluista terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäispisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006: 24.
- Pienimaa, Anna-Kaisa 2014. Kättilön ammatillisen osaamisen kuvaus. Kättilökoulutuksesta valmistuvien osaamisalueet, tavoitteet ja keskeiset sisällöt. Metropolia Ammattikorkeakoulu.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007: 17.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 18.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Perustelumustio 12.9.2014. Tapper, Anna-Maija 2011. Synnytyspalveluiden valtakunnallinen toteuttaminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011: 8.

Säädökset

Ammattikorkeakoululaki 932/2014.

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2005/36/EY ammattipätevyyden tunnustamisesta.

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/55/EU ammattipätevyyden tunnustamisesta annetun direktiivin 2005/36/EY muuttamisesta.

Hallituksen esitys eduskunnalle terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevaksi lainsäädännöksi (33/1994 vp.).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.

Sairausvakuutuslaki 1224/2004.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 1129/2014.

Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta 1089/2010.



Suomalainen kättilökoulutus täyttää 200 vuotta 2016. Koulutus alkoi Turussa 1.11.1816, ja se siirrettiin Helsinkiin yliopiston yhteyteen vuonna 1833. Kättilökoulutus on ensimmäinen erityisesti naisille suunnattu ammatillinen koulutus, ja kättilökoulutuksella on terveysalan koulutuksista pisin taival takanaan.

Kättilökoulutus kehittyy osana eurooppalaista korkeakoulujärjestelmää ja valmistaa kättilöitä, joilla on terveydenhuollon ammatillisina monipuolinen ja käytännönläheinen osaaminen seksuaali- ja lisääntymisterveydestä.

Kättilöiden osaamista on tarvittu aina ja tarvitaan tulevaisuudessa, muuttuivatpa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet maassamme minkälaisiksi tahansa. Vaikka kättilön ammatti ei ole perustaltaan muuttunut, kehittyy kättilöiden koulutus muun muassa terveydenhuollon teknistymisen ja kansainvälistymisen myötä. Tämän vuoksi tärkeänä tavoitteena on, että viimeisin tieto kättilökoulutuksesta tavoittaa mahdollisimman suuren joukon kättilöitä ja kättilötyön opettajia. Toivomme tämän teoksen edesauttavan tätä tavoitetta.

Kirjan laatimiseen on osallistunut opettajia kaikista kahdeksasta kättilökoulutusta järjestävistä ammattikorkeakouluista Suomessa. Kunkin ammattikorkeakoulun opettajat ilmentävät artikkeleissaan omaa osaamistaan ja toimintatapojaan, luoden samalla kokonaiskuvaa kättilökoulutuksen nykytilasta. Kirjassa käsitellään myös kättilökoulutuksen tulevaisuutta.

Toivomme kirjan tavoittavan mahdollisimman usean kättilötyöstä, kättilökoulutuksesta sekä sen kehittämisestä kiinnostuneen.

ISBN 978-952-328-333-6



9 789523 283336