



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

SAIRAANHOITAJAN TEHTÄVÄNKUVA KOTIHOIDOSSA

Katri Vuorinen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2016
Sairaanhoitaja

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitaja
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

VUORINEN KATRI:

Sairaanhoitajan tehtäväkuva kotihoidossa

Opinnäytetyö 65 sivua, joista liitteitä 6 sivua
Maaliskuu 2016

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Keuruun kaupungin kotihoidon johto. Keuruun kaupungissa kotipalvelu ja kotisairaanhoito on yhdistetty kotihoidoksi. Keuruun alueella toimivassa Kompassi-tiimissä työskentelee viisi sairaanhoitajaa ja 21 lähihoitajaa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millainen tehtäväkuva sairaanhoitajalla on tällä hetkellä ja miten asiakkaat ja muu henkilöstö hyötyvät sairaanhoitajan osaamisesta. Tavoitteena oli lisätä henkilöstön tietoutta siitä, miten tehtäväkuva tulee kehittää ja mikä on sairaanhoitajan osaamisen merkitys tulevaisuuden hoitotyössä. Toiminnallisen opinnäytetyön aineisto kerättiin kyselylomakkeella. Vastaukset analysoitiin teorialähtöisen sisällönanalyysin keinoin. Kyselyn vastausten ja kirjallisuuskatsauksen perusteella laadittiin tuotos, jossa esitellään sairaanhoitajan tehtäväkuva ja siihen liittyviä kehittämisehdotuksia. Tuotos toteutettiin PowerPoint-esityksenä.

Opinnäytetyön tulosten perusteella sairaanhoitajan tehtäväkuva kotihoidossa vaatii laaja-alaista osaamista. Hoitajat toivoivat, että sairaanhoitajien erityisosaamista hyödynnettäisiin käytännön työssä. Tämän pohjalta ehdotetaan, että kaikkien sairaanhoitajien osaaminen kartoitetaan ja että sen perusteella jaetaan vastuualueet yksilöllisen osaamisen ja kiinnostuksen mukaan. Sairaanhoitajilla olisi hyvä olla nimetyt asiakkaat, joiden luona he säännöllisesti kävisivät arvioimassa asiakkaan kokonaistilannetta. Sairaanhoitajan vastuu esimerkiksi lääkehoidon säännöllisessä arvioinnissa, aliravitsemuksen, masennuksen tai muistisairauden tunnistamisessa on suuri. Asiakkaan vastuuhoidajien ja sairaanhoitajan yhteistyötä tulee tehostaa, jotta voidaan varmistaa asiakkaan hyvä ja laadukas hoito. Tiimin tiedonkulun kehittäminen on tärkeää. Sairaanhoitajien osallistuminen yhteisiin palavereihin koettiin erityisen tärkeäksi.

Hoito- ja palvelusuunnitelman käyttäminen ja päivittäminen on osa kotihoidon laatua. Tällä hetkellä Keuruulla sitä ei käytetä säännönmukaisesti. Henkilöstöä on koulutettu sen käyttöön vuoden 2016 alussa. Jatkossa on tärkeää, että hoito- ja palvelusuunnitelman oikeaoppiseen käyttämiseen ja asiakaslähtöisten tavoitteiden laatimiseen kiinnitetään erityistä huomiota. Myös koulutuksen vaikuttavuutta on syytä arvioida.

Asiasanat: hoito- ja palvelusuunnitelma, kotihoito, kotihoidon laatu, sairaanhoitaja

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

VUORINEN, KATRI:

Primary Nurses' Job Description at Keuruu's Homecare

Bachelor's thesis 65 pages, appendices 6 pages

March 2016

This study was requested by the management of Keuruu home care. The home care in Keuruu comprises home help services and home health care. The subject of this study was primary nurses' job description in one team of Keuruu home care. The aim of this study was to examine how nurses job description should be developed so that the clients and the nurses in homecare team would benefit from it. Another aim was to draw the nurses' attention to the significance of nursing skills needed in the future.

The approach of this study was functional. The data were collected by means of a qualitative questionnaire. On the basis of the response obtained a Power Point –slideshow was created for the staff of home care.

The purpose of this study was to improve the quality of home care. The results reveal that all nurses hope that nurses special competence would be utilised in practice. The nurses' responsibility for example in evaluating a client's medical treatment and recognising malnutrition, depression or dementia is significant. Successful communication within a home care team is one of the aspects that should be considered as a part of quality of care.

Key words: home care, home care nursing, nurse, quality of home care

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	8
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	9
	3.1 Kotihoito	9
	3.2 Keuruun kotihoito	11
	3.3 Kotihoidon asiakkaat	13
	3.4 Tiimityö	15
	3.5 Kotihoidon laatu	16
	3.6 Hoito- ja palvelusuunnitelma.....	18
	3.7 Sairaanhoidajan osaaminen kotihoidossa	20
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	24
	4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö.....	24
	4.2 Aineistonkeruu.....	25
	4.3 Prosessin alku	29
	4.4 Prosessin eteneminen	29
	4.5 Toiminnallisen opinnäytetyön tuotos.....	30
	4.6 Opinnäytetyön viimeistely	30
5	KYSELYN TULOKSET.....	32
	5.1 Kotihoidon laatu	32
	5.2 Sairaanhoidajan osaaminen ja tehtäväkuva	34
	5.2.1 Sairaanhoidajan tehtävät	35
	5.2.2 Sairaanhoidajan kotikäynnin sisältö ja säännöllisyys	37
	5.2.3 Sairaanhoidajan tehtäväkuvan kehittäminen.....	38
	5.3 Tiimityö	39
	5.4 Hoito- ja palvelusuunnitelma.....	41
6	POHDINTA.....	43
	6.1 Tutkimusetiikka ja luotettavuus.....	43
	6.2 Lopputulosten arviointi.....	47
	6.3 Ehdotukset sairaanhoidajan tehtäväkuvan kehittämiseksi	52
	6.4 Ehdotukset jatkotutkimukselle.....	54
	LÄHTEET.....	55
	LIITTEET	60
	Liite 1. Kyselylomakkeen saatekirje ja suostumus.	60
	Liite 2. Opinnäytetyön tuotos.....	62
	Liite 2. Dia 1 (7).....	62

Liite 2. Dia 2 (7)	62
Liite 2. Dia 3 (7)	63
Liite 2. Dia 4 (7)	63
Liite 2. Dia 5 (7)	64
Liite 2. Dia 6 (7)	64
Liite 2. Dia 7 (7)	65

1 JOHDANTO

Suomen väestö ikääntyy. Väestön ikääntyessä palveluasumispaikkoja ei samassa suhteessa lisätä, vaan ikääntyneiden hoito järjestetään yhä useammin ikääntyneen omassa kodissa. Koti on monelle ikääntyneelle paras mahdollinen hoitopaikka.

Kotihoito on asiakkaiden kotiin tuotettua palvelua, jossa on yhdistetty kotipalvelu ja kotisairaanhoido. Kotihoidon kehittäminen on tärkeää, koska tulevaisuudessa sosiaali- ja terveyspalveluita pyritään tuottamaan asiakkaiden kotiin entistä enemmän. Asiakkaaksi tullaan yleensä toimintakyvyn heikennyttyä, yleisesti apua tarvitaan päivittäisten toimintojen suorittamisessa, kuten pukeutumisessa, peseytymisessä tai ruokailussa. Kotona voidaan tehdä myös erilaisia sairaanhoidollisia toimenpiteitä, kuten ottaa verikokeita, hoitaa haavoja ja paljon muita sairaanhoitajan ammattitaitoa vaativia tehtäviä.

Kotihoidossa työskentelee lähihoitajia, kodinhoitajia ja sairaanhoitajia. Lähihoitajien ja sairaanhoitajien tehtäväkuvat ovat vuosien saatossa lähentyneet toisiaan. Sairaanhoitajan koulutus antaa monipuoliset mahdollisuudet kokonaisvaltaiseen hoitoon myös asiakkaan kotona. Mielestäni nämä mahdollisuudet tulisi ottaa tehokkaasti käyttöön.

Olen työskennellyt Keuruun kotihoidossa kymmenen vuoden ajan ja halusin tehdä opinnäytetyön omalle työpaikalleni. Tämän opinnäytetyön aihe tuli Keuruun kaupungin kotihoidon esimiehiltä. Lähtökohtana työlle on se, että mielestäni kotihoidon asiakkaat eivät saa sairaanhoitajan kotikäyntejä tasapuolisesti. Joidenkin asiakkaiden luona sairaanhoitaja käy viikoittain, toisien asiakkaiden luona ei oikeastaan koskaan.

Opinnäytetyö toteutetaan toiminnallisena opinnäytetyönä. Tiedon keräämisen välineenä käytetään laadullista kyselylomaketta. Opinnäytetyössäni haluan selvittää millaisiin asioihin kotihoidossa sairaanhoitajan osaamista tarvitaan. Opinnäytetyössä selvitetään kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä sairaanhoitajan tehtävistä. Haluan opinnäytetyöhön henkilöstön omia näkemyksiä sairaanhoitajan tehtäväkuvasta ja sen kehittämisestä, koska mielestäni työn kehittämisen tarpeen on hyvä nousta henkilökunnalta itseltään. Tällöin henkilöstö tulee kuulluksi ja on motivoituneempi muutoksen käynnistämiseen.

Opinnäytetyön tulosten perusteella laaditaan kotihoidon henkilökunnalle tuotos, jossa kerrotaan lyhyesti tärkeimmät sairaanhoitajan työtehtävät ja vastualueet sekä kehittämissuhteita sairaanhoitajan tehtävänkuvan liittyen. Tämän tuotoksen tarkoitus on olla pohjana sairaanhoitajien tehtävänkuvan kehittämiseksi. Tuotoksessa ei ole varsinaisia valmiita ratkaisuja työn kehittämiseen, vaan työyksikössä voidaan aloittaa varsinainen kehittämistyö näiden henkilöstön näkemyksistä esiin nousseiden asioiden pohjalta. Tuotokseen on koottu henkilökunnan vastausten perusteella asioita, jotka olennaisesti liittyvät sairaanhoitajien työhön ja opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Toivon, että kotihoidon hoitajille tulee tuotoksesta sellainen tunne, että heidän näkemyksiään on kuultu.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoitus oli kerätä kyselylomakkeiden avulla tietoa Keuruun kotihoidon Kompassi-tiimin hoitajilta kotihoidon sairaanhoitajan tehtävänkuvasta tällä hetkellä. Lisäksi tietoa hankittiin siitä, miten tehtävänkuvaa voitaisiin kehittää. Näiden vastausten ja teorian tiedon pohjalta tuotettiin kuvaus sairaanhoitajan tehtävänkuvasta tällä hetkellä sekä mahdollisimman konkreettisia ehdotuksia Keuruun kaupungin kotihoidon Kompassi-tiimin sairaanhoitajien tehtävänkuvan kehittämiseksi.

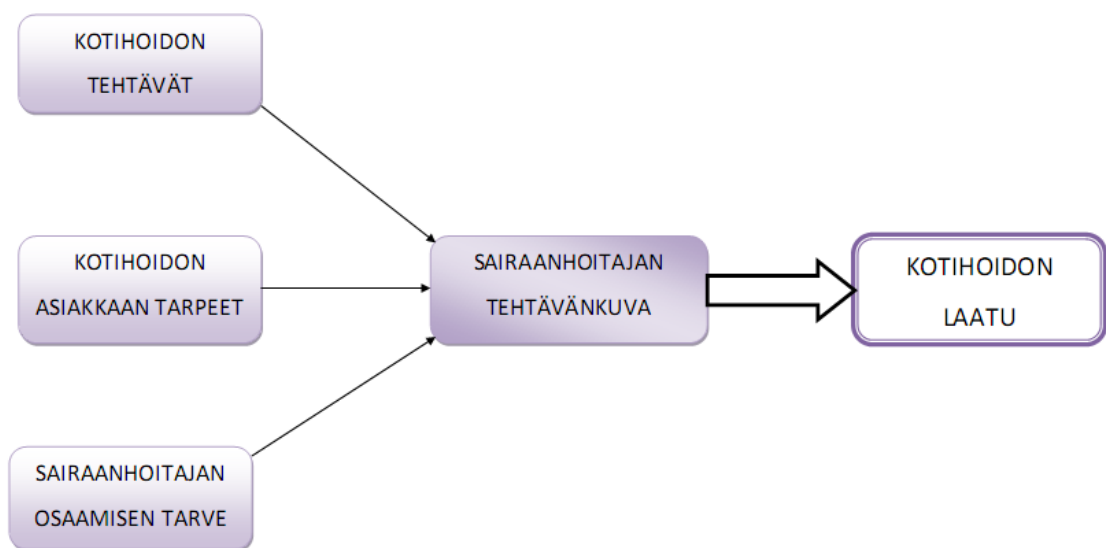
Opinnäytetyön ensisijainen tavoite oli selvittää, miten asiakkaat hyötyvät sairaanhoitajan osaamisesta ja ammattitaidosta. Tavoite oli, että opinnäytetyön tulosten perusteella sairaanhoitajat voivat kehittää tehtävänkuvansa siten, että se olisi sairaanhoitajille mielekästä, sekä tiimin muille jäsenille hyödyllistä. Prosessin aikana selvitettiin mitkä ovat kehittämistarpeet kotihoidon henkilöstön mielestä ja mitkä asiat ovat jo toimivia.

Opinnäytetyön tehtävä oli vastata hoitajien näkemysten perusteella seuraaviin kysymyksiin:

1. Mihin kotihoidossa tarvitaan sairaanhoitajan osaamista?
2. Miten sairaanhoitaja toteuttaa asiakkaan kotona laadukasta hoitotyötä?
3. Miten sairaanhoitajan osaamista hyödynnetään kotihoidon asiakkaan hoidossa?
4. Mikä on sairaanhoitajan ammattitaidon ja osaamisen hyöty työyhteisölle?

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat koostuvat sairaanhoitajan tehtävänkuvan kehittämiseen olennaisesti liittyvistä asioista. Tehtävänkuvan kehittämissuuntaa arvioidaan kotihoidon työtehtävien, kotihoidon asiakkaiden tarpeiden sekä sairaanhoitajan osaamisen tiimoilta. Kun sairaanhoitajan tehtävänkuvaa kehitetään kotihoidon työtehtävien, kotihoidon asiakkaiden tarpeiden ja sairaanhoitajan osaamisen perusteella on todennäköistä, että samalla kotihoidon laatu paranee. Ohessa opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat kuviona (Kuvio 1).



Kuvio 1. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat.

3.1 Kotihoito

Kotihoito on toimintaa, jossa on yhdistetty kotisairaanhoido ja kotipalvelu yhdeksi palvelukokonaisuudeksi. Asiakas voi saada kotihoidon palveluja säännöllisesti, tilapäisesti tai satunnaisesti. (Ikonen 2015, 16-17.) Vanhuspalveluiden tulee olla laadukkaita, oikea-aikaisia ja riittäviä. Ne toteutetaan siten, että iäkkään henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta tuetaan. Lisäksi palvelut ehkäisevät muiden palvelujen tarvetta. (STM 2013, 37.) Kotihoidon avulla pyritään siihen, että asiakkaan toimintakykyä ja elämänhallintaa tuetaan niin, että hän selviytyy kotona mahdollisimman pitkään. Asiakkaan turvallisuus on tärkeää. (Ikonen 2015, 18.)

Kotihoidon toimintaa säätelevät useat eri lait, kuten kansanterveyslaki, sosiaalihuoltolaki, terveydenhuoltolaki, sekä vuonna 2012 laadittu laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (Ikonen 2015, 24-25). Kotihoidon palvelujen on laatusuosituksen mukaan perustuttava tutkittuun tietoon ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Lisäksi palveluja toteutettaessa on huomioitava kuntoutus ja turvallinen lääkehoito, ikääntyneen osallisuus ja mielipiteiden kuuntelu. (STM 2013, 33.)

Kotihoidon palveluja voi saada sairauden, vamman tai heikentyneen toimintakyvyn vuoksi. Kotihoidon suurin asiakasryhmä ovat ikääntyneet henkilöt, joilla on tyypillisesti useampia terveystalvvelmia ja pitkäaikaissairauksia. Suurimmalla osalla säännöllisen kotihoidon asiakkaista on fyysinen toimintakyky heikentynyt. Päivittäisissä perustoinnoissa apua tarvitsee 10-55 % kotihoidon asiakkaista. Somaattisen sairauden tutkimus tai hoito, dementoivat sairaudet ja psyykkis-sosiaaliset syyt aiheuttavat myös kotihoidon tarvetta. Lähes kaikki kotihoidon asiakkaat tarvitsevat apua esimerkiksi siivouksessa tai ruoan laitossa. (Luoma & Katainen, 2007, 19.)

Kotihoidon antamaan kokonaisvaltaiseen hoitoon ja huolenpitoon voi kuulua esimerkiksi perushoiva, asiakkaan henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen, ravitsemuksen turvaaminen, sairaanhoidolliset ja asiakkaan terveyden säilyttämiseen ja edistämiseen liittyvät toimenpiteet, asiakkaan seuranta, lääkehoito tai saattohoito. Kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu myös asiakkaan ja omaisten psykososiaalinen tukeminen, sekä asiakkaan toimintakykyä edistävien kuntouttavien toimintojen suunnittelu ja toteutus. Kotihoidon sairaanhoitopalvelut on tarkoitettu niille, jotka eivät voi hyödyntää avoterveydenhuollon palveluita heikentyneen toimintakykynsä vuoksi. Sairaanhoitopalvelut ovat kotona toteutettavaa terveydenhuollon ammattilaisten antamaa sairaanhoitoa. (Ikonen 2015, 23, 72.)

Kotihoito painottuu ikääntyneen päivittäisiin perustoimintoihin, jotka tukevat henkilökohtaista selviytymistä. Työntekijät käyttävät eniten aikaa näiden toimintojen suorittamiseen. Tehtäviin kuuluu ruokailun ja liikkumisen tukeminen, henkilökohtainen hoito ja lääkityksestä ja hygieniasta huolehtiminen. (Tepponen 2009, 175.) Osa kotihoitoon perinteisesti liitettyistä kodinhoitoon liittyvistä tehtävistä on poistunut ja sairaanhoidollinen työ korostunut. (Haapakorpi & Haapola 2008, 96.) Vuosien varrella kotipalvelun ja ko-

tisairaanhoidon rajat ovat heikenneet ja työnkuvat jossain määrin samankaltaistuneet. Kotisairaanhoidon tehtäviä on siirtynyt kotipalveluun (Paljärvi 2012, 81).

Palvelujen tarvetta voidaan estää tai vähentää riskitekijöitä tunnistamalla. Toimintakyvyn heikkenemistä ennakoivia riskitekijöitä ovat aistitoimintojen heikkeneminen, alttius kaatumisille, liikkumisen ongelmat, tasapaino-ongelmat, ravitsemustilan poikkeamat, hauraus-raihnaus-oireyhtymän merkit, muistihäiriöt, mielialan lasku, päihteiden käyttö, yksinäisyys, runsas sosiaali- ja terveystalvelujen käyttö, pienituloisuus, leskeytyminen tai kaltoinkohtelu. (STM 2013, 25-26.)

Kotihoidon tuottavuutta pystytään tehostamaan organisoimalla työtä entistä paremmin. Kun työ organisoidaan hyvin, tuloksellisuus paranee. Työnjaon onnistunut koordinaatio, ammattiosaamisen oikea kohdentaminen sekä laadukas johtaminen ja esimiestyö toimivat työn tehostajina ja ylläpitävät työhyvinvointia. Työntekijät eivät ylikuormitu, kun työmenetelmät ovat toimivia, työ on sopivan vaativaa ja oikein mitoitettu. (Haapakorpi & Haapola 2008, 95.)

3.2 Keuruun kotihoito

Keuruulla on laadittu vanhuspoliittinen suunnitelma, joka on päivitetty vuonna 2015. Suunnitelmassa määritelty visio on: ”Vauvasta vanhuuteen – aktiivista ja turvallista elämää Keuruulla. Hyvä vanhuus on Keuruun yhteinen asia!” Toiminnan käytäntöä ohjaavia arvoja ovat tarkoituksellinen toimiva arki, osallisuus ja ikäihmisen ääni, kohtaaminen ja kaveria ei jätetä. Suunnitelmassa todetaan, että ikääntyneet kuntalaiset ovat kunnalle voimavara, joista huolehditaan terveyden ja toimintakyvyn heikentyessä. Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisen lähtökohtina ovat asiakkaan tarve, asiakkaan voimavarojen vahvistaminen sekä itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Keuruulla toimenpiteitä ikääntyneiden tukemiseksi vanhuspalveluiden organisoiminnin näkökulmasta ovat hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, ikääntyneiden kotona asumisen tukeminen, sekä ympärivuorokautinen hoiva. Suunnitelmassa korostuu se, että ikääntynyt keuruulainen selviäisi mahdollisimman pitkään omassa kodissaan. (Keuruun... 2015, 13-17.)

Kotihoidon tehtävänä on turvata asiakkaan kotona asuminen, mikäli asiakkaan toimintakyky on alentunut niin että arjesta ja päivittäisistä toiminnoista selviytyminen on vaikeutunut. Keuruun kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdistettiin kotihoidoksi vuonna 2007. Kotihoitotyössä toteutetaan tiimityömallia. Kompassi-tiimi toimii Keuruun alueella, siinä työskentelee viisi sairaanhoitajaa ja 21 lähi- /perus- /kodinhoitajaa. (Keuruun... 2015, 36).

Keuruulla tavoite vuosille 2015-2020 on, että kotihoito on kehittämisen painopisteenä. Kuntalaiset ikääntyvät ja yli 75-vuotiaiden osuus kasvaa tämänhetkisestä 11,8 % vuoteen 2020 mennessä. Tavoite on, että 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä 13-14 % kuuluisi säännöllisen kotihoidon piiriin. Käytännössä tämä tarkoittaisi asiakkaiden määrän kasvua noin 40 % vuodesta 2013 (Keuruun... 2015, 5, 21, 39).

TAULUKKO 1. Säännöllisen kotihoidon piirissä olleiden asiakkaiden määrä Suomessa ja Keuruulla 30.11.2014 (Kuronen & Väyrynen 2015).

KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN MÄÄRÄ	SUOMI	KEURUU
Yhteensä	72 531	197
Yli 75-vuotiaat	56 066	150

Kotihoidon keskeisiä työtehtäviä ovat hoito- ja huolenpityö, sairaanhoito ja terveydentilan seuranta, ennaltaehkäisevä ja kuntouttava työ ja kotihoidon kehittäminen. Keuruun kotihoidossa työskentelee sairaanhoitajia, lähihoitajia ja kodinhoitajia, joista käytetään opinnäytetyössä jatkossa yhteistä nimitystä hoitaja. (Keuruun... 2015, 36.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2013) suosituksen mukaan kotihoidossa tulisi pyrkiä lisäämään välitöntä, asiakkaan luona käytettävää työaika. Välittömän työajan käytössä on eduksi toiminnanohjausjärjestelmä. (STM 2013, 45.) Keuruun kotihoidossa on otettu käyttöön toiminnanohjausjärjestelmä tammikuussa 2015. Tällä hetkellä kotihoidon sairaanhoitajan asiakkaan luona tekemä välitön työaika on noin 33 % kokonaistyöajasta, varsinaista tavoitetta ei ole asetettu (Itäpuisto 2016). Sairaanhoitajien välitön asiakkaille käytetty työaika on noin 20-40 %, lähihoitajilla noin 40-70 % kokonaistyöajasta (STM 2013, 44). Toiminnanohjausjärjestelmää käyttöön ottaessa on Keuruulla laadittu tavoit-

te, jonka mukaan sairaanhoitajien työaika ja osaamista tulisi vapautua järjestelmän myötä yhteiseen käyttöön. Sellaiset sairaanhoitajan työtehtävät, joihin ei välttämättä sairaanhoitajan osaamista tarvita, oli tarkoitus siirtää lähihoitajille tai muille toimijoille. Käytännössä tämä ei ole toteutunut, vaan marraskuussa 2015 tehdyn selvityksen mukaan sairaanhoitajien käynneistä noin puolet oli käynnejä, joita sairaanhoitajan ei ole välttämättömästi suorittaa. (Itäpuisto 2016.)

Keuruulla toteutettiin vuonna 2014 vanhuspalveluiden laatuksely. Kyselyssä selvitettiin asiakkaan, omaisen, sekä henkilökunnan näkemyksiä palveluiden laadusta. Kohteluun ja palveluihin oltiin tyytyväisiä tai hyvin tyytyväisiä. Omassa kodissa asuvien tyytyväisyys oli kaikilla osa-alueilla korkeampaa kuin palveluasumisessa asuvien. Asiakkaat olivat vastaajaryhmistä tyytyväisimpiä. Omaisten tyytyväisyys oli pääsääntöisesti huonompaa kuin asiakkaan tai hoitajien. Suurimpina haasteina kotihoidossa todettiin mielekkään tekemisen puute, sekä yksinäisyys. (Keuruun... 2015, 68-70.)

3.3 Kotihoidon asiakkaat

Kotihoidon asiakkaat haluavat tulla kohdelluiksi yksilöinä. Asiakkaat haluavat, että hoitaja kunnioittaa asiakkaan kotia, yksityisyyttä, osallisuutta ja päätöksentekokykyä. (Holmberg, Lundgren & Valmari 2012, 707-708.) Asiakkaan ja hänen kotinsa kunnioittaminen nousi esiin myös Hennalan (2014) tutkimuksessa. Asiakas haluaa hoitajan huomioivan asiakkaan luonteenomaiset piirteet toimiessaan hänen kotonaan (Hennala 2014, 73). Asiakkaat eivät koe, että hoitajat ovat vieraita, joita tarvitsee kestittää, vaan hoitaja on ammattilainen, joka tulee asiakkaan kotiin tiettyä tehtävää eli hoidon toteuttamista varten (Holmberg ym. 2012, 709). Kuitenkin asiakkaat haluavat tulla huomioituksi kokonaisvaltaisesti, vaikka tiedostavatkin, että hoitajan käynnille on tietty syy (Hennala 2014, 74).

Asiakas kokee normaalit, hyvät käytöstavat hoitajan eduksi (Hennala 2014, 73-74). Asiakkaat haluavat tulla kuulluiksi ja kuunnelluiksi, tasa-arvoisen keskustelun merkitys on suuri (Arve, Eloranta, Isoaho, Routasalo & Viitanen. 2012, 19; Holmberg ym 2012, 707). Asiakas toivoo, että hänelle puhuttaessa hoitaja ottaa asiakkaan yksilölliset piirteet huomioon. Lisäksi sanattoman viestinnän osuus katsotaan osaksi hyvää ja laadukasta

palvelua. (Hennala 2014, 74.) Hoitajan istuminen aloilleen keskustelemaan huomioitiin asiakkaan näkökulmasta. Hoitajilta odotetaan rehellisyyttä, saatavilla oloa, sekä ammattitaitoa. (Holmberg ym. 2012, 707-709.) Asiakas ei halua kuulla esimerkiksi hoitajan kiireestä, työnkuvasta tai jaksamisesta, koska ne voivat aiheuttaa hänelle mielipahaa (Hennala 2014, 75). Asiakkaat kokevat, etteivät saa riittävästi positiivista palautetta ja kannustusta hoitajilta. Työntekijät eivät asiakkaiden kokemusten mukaan kiinnitä riittävästi huomiota asiakkaan vahvuuksiin. (Arve ym. 2012, 19-20.) Omatoimisuuteen tukeminen arjen askareista suoriutuessa koetaan tärkeäksi. Se todetaan kuitenkin aikaa vieväksi, toisinaan hoitaja voi hoitaa työn nopeammin tehdessään itse. (Hartikainen, Kangasniemi, Pietilä & Turjamaa 2014, 3213.)

Asiakkaat toivovat hoidolta jatkuvuutta, hoitajat eivät saisi vaihtua usein (Holmberg ym. 2012, 709). Asiakkaan luona käyvien hoitajien määrän haluttaisiin olevan pieni, kolme hoitajaa olisi asiakkaalle ihannetilanne. Tämä koettaisiin hyväksi tiedonkulun, hyvän hoitosuhteen ja työn sujuvuuden kannalta. (Hennala 2014, 75.) Hoitajien vaihtuvuuden ollessa suuri, hoitajat eivät tunne asiakkaitaan. Tällöin asiakkaat kokevat hoidon persoonattomana ja hätäisenä. Hoitajat ja asiakkaat arvostavat pitkäkestoista ja luottamuksellista hoitosuhdetta. (Hartikainen ym. 2014, 3211.)

Kotihoidon yli 65-vuotiaista asiakkaista 38 % oli diagnosoitu muistisairaus (Alastalo & Noro 2012, 33). Merkittävä osa muistisairauksista jää diagnosoimatta (STM 2012, 12). Muistisairauksien varhainen havaitseminen vaikuttaa asiakkaan toimintakykyyn ja vointiin (Finne-Soveri & Noro. 2006, 63-67). Muistisairaana toimintakyvyn ja kotona asumisen tukemiseen tulee kiinnittää huomiota. Hoitohenkilöstön koulutukseen aiheesta tulee panostaa, jotta muistisairaana hyvä hoito ja palvelut pystytään turvaamaan. Muistisairaiden kotihoidon kehittäminen on suuri haaste. (Alastalo & Noro 2012, 37.) Ammattihenkilöstöllä on oltava laaja-alaista osaamista muistisairauksista ja niiden hoidosta. (STM 2012, 13-14.)

Joka viidennellä kotihoidon asiakkaalla oli masennusepäily, näistä joka kolmannella oli diagnosoitu psykiatrinen sairaus (Koponen & Leinonen 2014). Arveen, Elorannan, Isoahon, Routasalon ja Viitasen (2012) tutkimuksen mukaan 62% kotihoidon asiakkaista koki itsensä masentuneeksi, yksinäisyyttä koki 54% asiakkaista. Kuitenkin 79% asiakkaista koki olevansa tyytyväisiä elämäänsä. (Arve, Eloranta, Isoaho, Routasalo & Viita-

nen. 2012, 19-20.) Ikääntyneen ihmisen masennuksen tavallisia oireita voivat olla somaattisista oireista kertominen, ruokahaluttomuus ja painon lasku, psykomotorinen esytyneisyys tai kiihtyneisyys tai itsetuhoisuus. Ikääntyneen ihmisen vaikea masennus heikentää nopeasti fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä. Masennus voi usein liittyä keskeisesti somaattisen terveydentilan heikkenemiseen tai muutoksiin. (Koponen & Leinonen 2014.) Masennuksen tunnistaminen, varhainen puuttuminen ja havainnointi voi parantaa asiakkaan elämänlaatua. Masennuksen tunnistaminen vaatii kotihoidon työntekijöiltä osaamista ja säännöllistä havainnointia. (Finne-Soveri & Noro. 2006, 76-77.) GDS-15:n (Geriatric Depression Scale) avulla voidaan arvioida ja tunnistaa ikääntyneiden henkilöiden masennusoireita (Autio & Vesterinen 2011).

Kipu voi heikentää kotihoidon asiakkaan toimintakykyä. Kotihoidon asiakkaista 64 % kertoi olevansa kivulias, neljännes asiakkaista koki kivun häiritsevänä päivittäisiä toimintoja. (Finne-Soveri & Noro. 2006, 78-79.) Käypä hoito-suosituksen mukaan kivun voimakkuutta arvioitaessa tulisi hyödyntää jotakin yleisesti käytetyistä mittarista, kuten esimerkiksi kipujanaa tai numeerista asteikkoa. Sairaanhoidajan rooli lääkkeellisen ja lääkkeettömän hoidon toteuttamisessa ja arvioinnissa on merkittävä. (Käypä hoito-suositus 2015.)

3.4 Tiimityö

Tiimi on synonyymi sanalle ryhmä (Suomisanakirja 2015). Tiimi voidaan määritellä kahden tai useamman ihmisen väliseksi yhteisöksi, jonka jäsenet ovat jatkuvasti vuorovaikutuksessa keskenään. Tiimin täytyy myös tuntea olevansa tiimi, jolla on yhteinen päämäärä ja tavoitteet. (Juuti 2006, 121.) Tiimin tiedossa on oltava millainen toiminta mahdollistaa tavoitteiden saavuttamisen (Vataja 2009, 145-146).

Tiimityömalli on todettu toimivaksi silloin, kun toimivuuden kriteerinä on tiimin yhteinen vastuu asiakkaista ja töistä. Tiimin jäsenet jakavat vastuun ja auttavat toisiaan tarvittaessa. Tiimin työntekijät tietävät asiakkaista olennaiset asiat, vastuuta pystytään kantamaan kaikista asiakkaista. Tiimin toimintoja muotoilevat myös tiimin sisäinen dynamiikka, johon sisältyy vuorovaikutuskäytännöt ja keskinäinen arvostus. (Haapakorpi & Haapola 2008, 97-98.) Hyvä tiedonkulku ja säännölliset tiimitapaamiset ovat tärkeitä

yhteistyön sujumisen kannalta. Tiimin kaikki asiakkaat ja työntekijät hyötyvät moniammatillisesta osaamisesta kotihoitotyössä. (Tepponen 2009, 180.)

Moniammatillisen tiimityön avulla saadaan kokonaisvaltainen käsitys asiakkaan tarpeista. Tiimin yhteiset näkemykset, sekä sisäinen luottamus ovat tärkeitä asioita asiakkaan hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Parhaimmillaan tiimissä työskentely mahdollistaa jokaisen työntekijän ammatillisen kasvun, kun työntekijä saa keskittyä työtehtäviin, jotka kokee hallitsevansa. (Duner 2013, 250-251.)

Kiinteä tiimi, jota johdetaan kannustavasti on tuottavampi kuin huonosti johdettu kiinteä tiimi. Hajanainen tiimi voi olla tuottava, kun sitä johdetaan kannustavasti. Kiinteiden tiimien jäsenet ovat usein tyytyväisempiä työhönsä ja työssään paremmin kehittyviä. Toisaalta kiinteään tiimiin voi syntyä sosiaalisia normeja, jotka rajoittavat työntekijöiden luovuutta ja vapautta. (Juuti 2006, 129-130.) Johtaminen on keskeisessä roolissa työyhteisöä kehittäessä. Esimies antaa kuitenkin myös tilaa kaikkien työntekijöiden mielipiteille ja näkemyksille. (Seppänen-Järvelä 2009, 71).

Fyysisesti samassa tilassa työskentely ja työaikojen yhtäläisyys edesauttavat tiimin yhteistyön sujuvuutta (Holm & Kinnunen 2013, 18). Tiimin pieni koko mahdollistaa paremman kommunikaation ja vuorovaikutussuhteen (Juuti 2006, 127). Työyhteisön sisäisten säännöllisten kokousten pitäminen on edellytys asiakkaan laadukkaalle hoidolle (Houdt & Lepeleire 2010, 161, 170).

3.5 Kotihoidon laatu

Laadukas kotihoito on asiakaslähtöistä, kattavaan palvelutarpeen arviointiin perustuvaa, tavoitteellista, säännöllisesti arvioitua ja toteutettua, kirjallisen palvelusuunnitelman ohjaamaa. Lisäksi toiminnan tulee olla toimintakykyä ja kuntoutumista edistävää. (Heinola 2007, 15; Ikonen 2015, 57-58.) Henkilökunta käyttää kuntouttavaa työotetta (Heikkilä & Lahti 2007, 155). Laadukasta kotihoitoa toteutetaan yhteistyössä asiakkaan, omaisten ja eri yhteistyötahojen kanssa. Työssä hyödynnetään olemassa olevaa tutkimustietoa ja tietoa hyvästä käytännöstä. (Heinola 2007, 15; Ikonen 2015, 57-58.)

Laadukkaassa kotihoidossa palvelut on yhteen sovitettu saumattomaksi kokonaisuudeksi (Heikkilä & Lahti 2007, 155). Laadukkaalla hoitotyöllä pyritään vastaamaan asiakkaan tarpeisiin vaikuttavasti ja kustannustehokkaasti. Laatu on lähtökohta arjen työssä. (Ikonen 2015, 59.) Laadukkaan kotihoidon edellytys on henkilökunnan riittävyys ja heidän osaamisensa systemaattinen kehittäminen (Heikkilä & Lahti 2007, 155). Kotihoidon laatua kehitettäessä lähtökohtana on asiakaslähtöisyys ja henkilöstön ammatillinen osaaminen, sitoutuminen sekä moniammatillisuus. Laadun kehittämisen tulisi olla osa kaikkien työntekijöiden jokapäiväistä toimintaa (Matilainen 2005, 29).

Jotta laatua voidaan arvioida, on se määriteltävä konkreettisesti. Laatua voidaan määrittellä eri tasoilla: asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksen tasolla, työyksikön ja organisaation tasolla, yhteisön tasolla tai yhteiskunnan tasolla. (Heinola 2007, 13.) Laadun arviointi on haastavaa, koska asiakkaiden, omaisten, hoitohenkilökunnan, esimiesten ja kunnan päättäjien odotukset voivat olla hyvin erilaisia (Heikkilä & Lahti 2007, 167). Iäkkään henkilön odotukset eivät aina vastaa toteutuvaa palvelua, ikääntyneet voivat kokea etteivät tule kohdelluksi yksilöinä, lisäksi omaan elämään vaikuttamisen mahdollisuuksien voidaan kokea vähentyneen (STM 2013, 30).

Kotihoidon laatua voidaan arvioida monesta eri näkökulmasta, kuten rakenteiden, eli kotihoidon suunnitelmallisuuden, henkilöstön sekä sosiaali- ja terveystoimen välisen yhteistyön perusteella tai prosessien, eli prosessikuvausten, asiakkaan palvelutarpeen arvioinnin, hoito- ja palvelusuunnitelman, hoidon ja palvelun toteutuksen tai asiakkaan palautteen keräämisen kautta. (Ikonen 2015, 60-65.)

Kotihoidon tavoitteiden saavuttamista voidaan arvioida organisaatiotasolla, asiakastasolla tai henkilöstötavoitteiden tasolla. (Ikonen 2015, 60-65.) Yksi vaihtoehto laadun arvioimiselle on arvioida laatua asiakkaan näkökulmasta, ammatillisen toiminnan laatua tai johtamisen laatua (Heinola 2007, 16). Laatua voivat arvioida palvelujen käyttäjät, palvelujen tuottajat tai joku näistä riippumaton, ulkopuolinen taho. Jotta voidaan arvioida laadun kokonaisuutta, on arviointia suoritettava useammasta näkökulmasta. (Heinola 2007, 13.)

Finne-Soveri ja Noro (2006) toteavat, että kotihoidon laatua voidaan mitata arvioimalla asiakkaiden kuntoa sekä seuraamalla kunnossa tapahtuneita muutoksia. Laadun mittaa-

minen jaettiin eri osa-alueille, kuten ravitseminen, lääkitys, pidätyskyky, haavat, fyysinen toiminta, kipu, kognitio, turvallisuus, ympäristö ja muut (Finne-Soveri & Noro. 2006, 88-89).

Vaarama ja Ylönen (2006) tutkivat Espoon kotihoidon tuloksellisuutta. Tutkimuksessa esille nousseita kehittämishaasteita olivat esimerkiksi vähemmän kiireiset käynnit asiakkaan luona, vähäisempi työntekijöiden vaihtuvuus, parempi tiedottaminen, työntekijöiden ammattitaidon tukemisen huomioiminen, asiakkaiden hyvän kohtelun teroittaminen, kaikkien asiakkaiden asumisen turvallisuuden selvittäminen sekä kivun hoidon huomioiminen. Lisäksi pitäisi kehittää masennuksen ja yksinäisyyden riskin tunnistamista sekä psykososiaalista tukemista. (Vaarama & Ylönen 2006, 61.)

Paljärvi (2012) on selvittänyt tutkimuksessaan Kuopion kotihoidon asiakkaiden ja omaisten tyytyväisyyttä kotihoitoon. Asiakkaat ja omaiset ovat pääasiassa tyytyväisiä kotihoitoon, omaiset kuitenkin hieman harvemmin. Tyytyväisyys asteikolla 1-4 (1=huonoin, 4=paras), on ollut asiakkailla noin 3,5, omaisilla noin 3-3,2. (Paljärvi 2012, 81-82.) Asiakkaiden arvioidessa laatua he arvostavat jatkuvuutta, hyvää vuorovaikutusta, työntekijöiden hyvää ammattitaitoa, palveluiden toimivuutta, turvallisuudentunnetta ja oikea-aikaisia, tarpeenmukaisia palveluita (Andersson, Finne-Soveri, Heinola, Kattainen, Kauppinen, Sinervo, Topo & Voutilainen 2007, 169-170).

3.6 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Osa laadukasta kotihoitoa on, että hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa asiakkaan tarpeisiin, toimintakykyyn ja voimavaroihin perustuen (Larmi, Tokola & Välkkiö 2005, 29; Heikkilä & Lahti 2007, 155; Heinola 2007, 99, 103. Ikonen 2015, 62, 159). Laatimiseen osallistuvat yhteisvastuullisesti kaikki asiakkaan hoitoon ja palveluihin osallistuvat tahot, tarvittaessa eri asiantuntijoitakin hyödynnetään (Ikonen 2015, 62). Kun hoito- ja palvelusuunnitelma on hyvin laadittu, siinä yhdistyvät asiakkaan tarpeet, toiveet, voimavarat ja toimintakyky, olemassa olevat palvelu- ja hoitomahdollisuudet, sekä työntekijän asiantuntijuus (Matilainen 2005, 30). Suunnitelma on tavoitteellinen ja kattava, siihen kirjataan laajasti asiakkaan toimintakyky, koti- ja lähiympäristön vaatimukset ja ehkäisevät toimenpiteet, sovittu työnjako ja

arviointitavat (Tepponen 2009, 180). Keuruun kotihoidossa on määritelty, että palvelusuunnitelmat ovat voimavaralähtöisiä ja ajantasaisia. Lisäksi palvelusuunnitelmiin kirjaetaan asiakkaan oma mielipide (Keuruun 2015, 28, 31).

Hoito- ja palvelusuunnitelmassa laaditaan tavoitteet ja keinot arvioimalla asiakkaan fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky, sekä näiden tukemiseen liittyvät tarpeet (Heinola 2007, 99). Tavoitteiden tulee olla jokaiselle asiakkaalle yksilöllisesti laadittuja ja yksityiskohtaisia (Ikonen 2015, 159). Esimerkiksi kuntoutumisen tavoitteita asetettaessa asiakkaan oma aktiivisuus on tärkeää. Tavoitteiden tulisi olla saavutettavissa olevia ja ymmärrettäviä. Asiakkaan sitoutuminen tavoitteisiin on tärkeää. (Haapaniemi & Routasalo 2009, 38-39.) Hoidon ja palvelun tavoitteilla pyritään lisäämään hyvinvointia ja tukemaan fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja kognitiivista toimintakykyä (Ikonen 2015, 62). Suunnitelmasta näkyy miten tavoitteet saavutetaan ja miten niiden saavuttamista arvioidaan (Heinola 2007, 103). Tavoitteiden saavuttamiseen pyritään palvelujen ja muiden tukitoimien avulla (STM 2013, 32). Hoidon suunnittelu tehostaa hoidon prosessia ja auttaa tavoitteiden saavuttamisessa. Henkilökunta, joka käytti työssään hoito- ja palvelusuunnitelmaa oli sitoutuneempi yhteisiin kokouksiin. (Houdt & Lepeleire 2010, 161, 170.)

Palvelusuunnitelma on päivittäiseen käyttöön tarkoitettu työväline, jonka perusteella hoitotyötä toteutetaan (STM 2013, 30). Suunnitelman avulla tuetaan ja edistetään asiakkaan kotona asumista sekä asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa työtettä (Ikonen 2015, 159). Suunnitelluilla ja selkeästi kirjatulla palveluilla ja hoidoilla ehkäistään työntekijöiden päällekkäinen työ ja varmistetaan työntekijöiden keskinäinen työn- ja vastuunjakko (Matilainen 2005, 31). Suunnitellun palvelun toteuttaminen ja asiakkaan osallisuus toteutukseen ovat osa hyvää palvelua (STM 2013, 30). Toteutusta seurataan säännöllisesti ja suunnitelmaa päivitetään asiakkaan tilanteen muuttuessa tai vähintään puolen vuoden välein (STM 2013, 30; Ikonen 2015, 63). Palvelusuunnitelman päivittämisen puutteellisuus heijastuu palveluiden laatuun (STM 2013, 30). Houdt ja Lepeleire (2010) toteavat, että asiakkaan terveydentilan kohenemiseen tai tyytyväisyyteen ei oleellisesti vaikuta se, käytetäänkö hoito- ja palvelusuunnitelmaa arjen työvälineenä (Houdt & Lepeleire 2010, 161, 170).

Kalajoen kaupungissa on kehitetty tavoitteellista kotihoidon toimintamallia, jolla edistetään asiakaslähtöisyyttä ja huomioidaan asiakkaan voimavarat. Hoitotyö on asiakkaan toimintakykyä edistävää, kuntouttavalla työotteella toteutettua. Hoitotyön kirjaaminen on toimintamallissa kuvailevaa. Asiakas asettaa yhdessä omahoitajan kanssa yksilöllisen tavoitteen tai tavoitteet ja määrittää miten tavoitteet saavutetaan. Tavoitteet ovat asiakkaalle mahdollisia saavuttaa, konkreettisia, motivoivia, arkikielisiä ja myönteisesti määriteltyjä. Lisäksi ne ovat aikaan sidottuja. Toimintamallissa sairaanhoitaja toimii omahoitajan työparina ja vastuullisena hoitajana tiimissä. (Tekes 2014, 45-54.)

3.7 Sairaanhoitajan osaaminen kotihoidossa

Kotihoidossa työskentelevän hoitajan työ on laaja-alaista ja kokonaisvaltaista hoiva- ja huolenpitotyötä. Ammattikorkeakoulututkinto luo sairaanhoitajalle valmiudet kotihoidon hoitotyön asiantuntijana toimimiselle. Sairaanhoitajan työn tulee olla terveyttä edistävää, sairauksia ehkäisevää, hoitavaa ja kuntouttavaa. Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu esimerkiksi hoitotyön suunnittelu ja toteutus, vaikuttavuuden seuranta, lääkehoidon suunnittelu ja toteutus sekä asiakkaiden ja omaisten ohjaus, neuvonta ja tukeminen. (Ikonen 2015, 173.)

Beer, McBride, Mitzner ja Rogers (2011) selvittivät, että sairaanhoitajan vastuualueisiin kotihoidossa kuuluu mm. lääkehoidosta huolehtiminen ja lääkkeiden jakaminen, asiakkaiden ohjaus, katetrien vaihtaminen, sekä haavahoidot. Vastaavasti lähihoitajan tehtäviin kuuluu enemmän asiakkaan henkilökohtaiseen hoivaan liittyviä asioita, kuten pukemisessa, peseytymisessä tai ruokailussa avustamista. (Beer, McBride, Mitzner & Rogers 2011, 13.) Sairaanhoitajan ja lähihoitajan työ liittyy pääasiassa asiakkaan henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimiseen, hoitotyön tekniseen toteuttamiseen, sekä tietojen vaihtoon (Aertgeerts, De Vlieghe, Declercq & Moons 2015, 610). Paljärvi taas toteaa, että kotisairaanhoidollisissa tehtävissä toimivien työhön liittyy hoitotoimenpiteitä, keskustelua, seurustelua, lääkehuoltoa, sekä kirjallisia tehtäviä (Paljärvi 2012, 81).

Heinon ja Westerlundin (2011) mukaan kotisairaanhoidossa tuetaan ikääntyneiden fyysisistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja kotona selviämistä avustamisen, ohjaamisen, tukemisen, arvioimisen, havainnoimisen, sekä yksilöllisyyden huomioimisen

keinoin. Näistä hoitajien merkittävimmiksi toiminnoiksi nousivat arvioiminen ja yksilöllisyyden huomioiminen. Arviointi on laaja-alaista ja ulottuu asiakkaan toimintakyvyn eri osa-alueille. Asiakkaan psyykinen vointi, mielipide, itsemääräämisoikeus, yksilöllisyys sekä elämänkokemus huomioidaan. Käytännössä voidaan arvioida fyysistä terveyttä, lääkehoitoa, muistin toimivuutta, apuväline- ja palvelutarvetta, turvallisuutta, asuolosuhteita tai pystyvyyttä. Arviointia suoritetaan haastattelemalla ja havainnoimalla. (Heino & Westerlund 2011, 34-36.)

Sairaanhoitajalla on vastuu hoidollisesta näkemyksestä kotihoitotyössä, kliininen osaaminen korostuu, vastuualueelle kuuluvat mm. tietyt hoidolliset toimenpiteet, joita osittain lainsäädäntökin ohjaa. Sairaanhoidollista näkemystä, koulutusta ja kokemusta tarvitaan, jotta voidaan tehdä johtopäätöksiä asiakkaan terveyden todellisesta tilasta esim. mittausten ja havainnoinnin perusteella (Lestinen 2009, 32, 35-37). Erityisosaamista vaaditaan esimerkiksi työn hallinnassa ja työskentelytaidoissa, ATK- ja teknologiataidoissa, näytteenotossa, toimenpide-, saattohoito-, ohjaus-, opetus-, ja johtamisosaamisessa. (Järvinen & Rätty 2011, 25-32; Kinnunen 2013, 53-56.)

Sairaanhoitajalla on oltava kyky tehdä itsenäistä työtä. Nopea päätöksentekokyky ja ongelmanratkaisukyky ovat tärkeitä piirteitä. Päätöksenteossa sairaanhoitajan vastuu on suuri. (Lestinen 2009, 40; Järvinen & Rätty 2011, 32; Kinnunen 2013, 58-59.) Ihmissuhdetaidot, sekä psyykkisen tuen antaminen ovat tärkeitä taitoja (Järvinen & Rätty 2011, 25-32; Kinnunen 2013, 53-56). Sairaanhoitajan tulee pystyä moniammatilliseen yhteistyöhön, sekä yhteistyöhön omaisten ja muiden tahojen kanssa (Hannila 2004, 43; Lestinen 2009, 37-38. Järvinen & Rätty 2011, 25-28; Pirttijärvi & Viisanen 2015, 21-24). Palvelujärjestelmän tunteminen, sekä koordinoititaidot ovat tärkeitä (Haapakorpi & Haapola 2008, 96-97).

Laatusuosituksen (2013) mukaan toimintakykyä ja kuntoutumista edistävän työtavan käyttöä on lisättävä kotihoidossa (STM 2013, 34). Kuntouttava työote on perusperiaate kaikessa ikääntyneiden kuntalaisten hoidossa ja palvelussa. Jotta sairaanhoitaja pystyy edistämään ja ylläpitämään iäkkään henkilön kuntoa, on käytettävä kuntouttavaa työotetta. Työskentely on määrätietoista ja pitkäjänteistä. Koko työyhteisön tulisi sitoutua kuntouttavan työotteen käyttämiseen, jotta se onnistuisi. Asiakkaan itsenäinen selviytyminen ja omatoimisuus lisääntyvät kuntouttavan työotteen käyttämisen myötä. Lisäksi

henkilökunnan työssä jaksaminen ja oman työn kehittämisen motivaatio lisääntyvät. (Matilainen 2005, 21-22.) Muistisairaiden kuntoutusta tulisi lisätä (STM 2013, 34).

Asiakkaita ohjataan erilaisten sosiaali- ja terveystalvelujen käytössä, joten työntekijällä tulee olla riittävästi tietoa näistä (Ikonen 2015, 176). Palvelujärjestelmän tunteminen, koordinoititaidot ja kirjaamiseen liittyvä osaaminen ovat hoitajan tärkeitä taitoja (Haapakorpi & Haapola 2008, 96). Ammatilaisen toteuttamassa ohjauksessa on kiinnitettävä huomiota ohjauksen sisältöön. Laatusuositus ohjaa kiinnittämään erityisesti huomiota aivoterveysten edistämiseen, ravitsemustietoon, liikuntaan, rokottamiseen liittyviin asioihin, psyko-sosiaalisen hyvinvoinnin vahvistamiseen tai omaehtoisen ennakkoinnin mahdollisuuksiin. (STM 2013, 28-29.)

Kotihoidon työntekijöiden tulisi osata arvioida ja säännöllisesti havainnoida asiakkaan ravitsemustilaa (Finne-Soveri & Noro 2006, 81-82). Sairaanhoidajan osaamisalueisiin kuuluu ravitsemussuositusten soveltaminen käytäntöön, lisäksi sairaanhoidajan on osattava arvioida asiakkaan ravitsemustilaa sekä sen vaikutuksia asiakkaan sairauden hoitoon (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 39). Ravitsemussuositusten mukaan kotihoidossa ikääntyneiden ravitsemuksen seurantaan tulee kiinnittää erityistä huomiota. Asiakkaiden painoa tulisi seurata kerran kuukaudessa, ravitsemustilaa, sekä ruokavaliion laatua ja syödyn ruoan määrää pitäisi arvioida. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 30, 57.)

Ravitsemuksen toteutumista mitattaessa on todettu, että pääosin kotihoidon asiakkaiden syömät ateriat ovat riittäviä, eikä merkittävää painon laskua esiintynyt (Finne-Soveri & Noro 2006, 90-92). Lauri, Soini ja Routasalo (2006) ovat kuitenkin samana vuonna todenneet, että 51 % kotihoidon asiakkaista olivat aliravittuja tai aliravitsemusriskissä. Kotiin kuljetettu ateriapalvelu ja muiden tekemät ruokaostokset suurensivat aliravitsemusriskiä. (Lauri, Soini & Routasalo 2006, 14-15.) Hartikaisen, Kaipaisen, Nykäsen ja Tiihosen (2015) tuoreimmassa tutkimuksessa todettiin, että kotihoidon yli 75-vuotiaista asiakkaista 86 % oli aliravitsemusriskissä tai aliravittuja. Näillä asiakkailla todettiin enemmän lääkkeiden käyttöä, riski masennukseen ja muistin heikkenemiseen sekä vaikeuksia päivittäisissä toiminnoissa suoriutumisessa. (Hartikainen, Kaipainen, Nykänen & Tiihonen 2015, 49-50.)

Hoitohenkilökunnalla on merkittävä rooli vajaaravitsemuksen ehkäisemisessä. Hoitotyöntekijät ovat kokeneet haastavaksi asiakkaan ravitsemuksen suhteen sen, että heillä ei ole riittävästi aikaa tarjota asiakkaalle muita kuin valmisruokia. Lisäksi henkilökunnalla ei välttämättä ole riittävästi tietoa ravitsemuksesta. Ruokailuun kannustaminen, sosiaalinen kanssakäyminen ruokailun ohessa, sekä ruoan laitto yhdessä nähtiin keinoina edistää asiakkaan ravitsemusta. (Barnes, Drummond, Lovatt, Wasielewska & Watkinson-Powell 2014, 557-558.)

Lähes kaikki kotihoidon asiakkaat tarvitsevat apua turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa. Kotihoidon tehtävä on selvittää kaikki asiakkaan käyttämät lääkkeet, mukaan lukien itsehoitovalmisteet ja luontaistuotteet (Palmu 2013, 132-133). Kotihoidon asiakkaista 22 % säännöllistä lääkitystä lääkäri ei ollut tarkistanut viimeisen puolen vuoden aikana, vaikka lääkkeitä oli käytössä enemmän kuin kaksi (Finne-Soveri & Noro 2006, 93).

Sairaanhoitaja tiedottaa lääkäriä asiakkaan voinnin muutoksista, jotta lääkäri pystyy arvioimaan lääkitystä. Lääkäri määrää lääkityksen, kotihoidon sairaanhoitajan tehtävä on kirjata hoito ja arviointi. Ikääntyneiden lääkehoito vaatii kotihoidossa erityishuomiota vanhenemiseen liittyvien muutosten vuoksi. Sairaanhoitajalla on oltava vahva tietoperusta ikääntymisen vaikutuksesta lääkehoitoon, farmakologiasta, lääkehoidosta kotioloissa ja vaikutuksen arvioinnista. Lääkkeettömien hoitojen merkitys lääkehoidon rinnalla tulee huomioida. Ikääntyneille tulee antaa toistuvaa, asiallista ja ymmärrettävää tietoa lääkkeiden käytöstä, käytön syistä, sekä mahdollisista haittavaikutuksista. Kotihoidon asiakkaalla tulee olla kirjalliset ohjeet, joista selviää käytössä olevat lääkkeet, ottamisajat ja annokset. (Palmu 2013, 129-134.)

Moniammatillisesta lääkehoidon arvioinnista on saatu hyviä kokemuksia Sulkavalla, jossa kotisairaanhoitaja, lääkäri ja proviisori ovat yhdessä arvioineet niiden asiakkaiden lääkityksen, joilla on alentunut munuaisten toiminta, todettu ortostatismi tai hui-mausoire tai sairaanhoitaja on katsonut arvioinnin tarpeelliseksi. Sairaanhoitajan tehtävä on arvioinnin jälkeen toteuttaa lääkemuutokset, sekä seurata niiden vaikutuksia asiakkaan vointiin. Kokeilun tuloksena asiakkaiden toimintakyky on usealla asiakkaalla noussut siten, että kotisairaanhoidon käynnit on voitu lopettaa, kotipalvelunkin tarve on vähentynyt. (Auvinen, Hintsanen, Mieltunen & Räisänen 2014, 38-39.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Seuraavaksi kuvaillaan toiminnallisen opinnäytetyön periaatteita. Osana tätä toiminnallista opinnäytetyötä oli laadullisen kyselyn toteuttaminen tiedonkeruumenetelmänä. Menetelmällisissä lähtökohdissa kerrotaan tästä, sekä kyselylomakkeen laatimisesta.

Toiminnallisen opinnäytetyön prosessiin kuuluu raportin tekeminen. Tässä raportissa pyrin kuvaamaan prosessin vaiheet alusta tuotoksen tekemiseen. (Salonen 2013, 24.)

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistetään ammatillista teoreettista osaamista ammatilliseen käytäntöön. Toiminnallisessa opinnäytetyössä käytetään aiempia tutkimuksia ja tietoa aiheen tietoperustana, johon toiminnallisen opinnäytetyön toteutus osaltaan pohjaa. Yksi toiminnallisen opinnäytetyön osa on selvityksen tekeminen. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 42, 51.) Toiminnallisessa opinnäytetyön avulla voidaan opastaa tai ohjeistaa käytännön työelämää tai järjestää ja järjeistää toimintaa. Tämä toiminnallinen opinnäytetyö sisältää tuotoksen ja opinnäytetyön raportin. (Airaksinen 2009.)

Vaikka opinnäytetyö ei ole varsinainen toimintatutkimus, on työssä kuitenkin havaittavissa eräitä toimintatutkimuksen erityispiirteitä. Toimintatutkimus on toiminnan parantamista, joka keskittyy yksittäiseen tapaukseen. Tulokset ovat sovellettavissa vain tähän yksittäiseen tapaukseen, oman opinnäytetyöni kohdalla Keuruun kotihoidon Kompassitiimiin. Opinnäytetyössä kehittämissuhteet tulevat henkilökunnalta. Henkilökunnan vastausten avulla on pyritty löytämään tietoa, jonka avulla pystytään kehittämään kotihoidon käytänteitä. Opinnäytetyön tulosten pohjalta on tarkoitus muuttaa ihmisten toimintaa. Ajatukset toiminnan muuttamiseen tulivat hoitajilta itseltään. Tähän myös toimintatutkimus kohdistuu. (Kananen 2014, 11; Aaltola & Valli 2015, 204.) Toimintatutkimuksessa tutkija olisi mukana myös varsinaisessa kehitystyössä, mutta opinnäytetyössä sairaanhoitajan tehtävänkuvan kehittäminen jää tilaavan yksikön vastuulle.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tuloksena syntyi kuvaus sairaanhoitajan tehtävistä kotihoidossa ja ehdotuksia kotihoidon sairaanhoitajan tehtävänkuvan kehittämiseksi.

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotos voi olla ohjeistus tai opas (Salonen 2013, 25). Ehdotuksista laadittiin tuotos, joka annettiin kirjallisena henkilöstölle ja esimiehille. Tuotos laadittiin siten, että siihen koottiin keskeiset opinnäytetyön tulokset, jonka perusteella henkilökunta pystyy itse aloittamaan työn kehittämisen.

4.2 Aineistonkeruu

Kirjallisuuskatsaus tehtiin käsitteellisen eli teoreettisen osuuden luomiseksi. Se toteutettiin Medic- ja Cinahl-hakukoneiden avulla. Avainsanoja hakua suorittaessa olivat kotihoito, kotihoidon laatu, kotihoidon asiakas, sairaanhoitajan osaaminen, sairaanhoitajan tehtäväkuva, tiimityö sekä hoito- ja palvelusuunnitelma. Englanninkielisiä hakuja tehtäessä hakusanoja olivat home care, home care nursing, quality of care, nurse. Perehdyin myös aiheeseen liittyvään muuhun kirjalliseen materiaaliin. Kirjallisuuskatsausta tehdessä kiinnitin huomiota siihen, että kirjallisuus oli luotettavaa, tutkittua tietoa. Mukaan otin myös sosiaali- ja terveysministeriön suosituksia ja Keuruun kaupungin suunnitelman ikääntyneen väestön tukemiseksi, koska nämä ohjaavat Keuruun kotihoidon toimintaa.

TAULUKKO 2. Kirjallisuuskatsauksen hakusanat ja –tulokset.

HAKUKO- NE	HAKUSANAT	HAKUKRITEERIT	TULOK- SET
Medic	kotihoito and kotihoidon laatu	Vain kokotekstit. Vuosiväli 2006-2016	2 osumaa
Medic	kotihoi* and sairaanhoitaj*	Vain kokotekstit. Vuosiväli 2006-2016.	8 osumaa
Medic	kotihoi* and hoito- ja palvelusuunnitelm*	Vain kokotekstit. Vuosiväli 2006-2016.	23 osumaa
Medic	kotihoi* and asiak*	Vain kokotekstit. Vuosiväli 2006-2016.	15 osumaa
Cinahl	home care and nurse not nursing home	Vain kokotekstit. Vuosiväli 2010-2015.	438 osumaa
Cinahl	home care and quality of care not nursing home not children	Vain kokotekstit. Vuosiväli 2010-2015.	286 osumaa
Cinahl	home care and quality of care and nurse not nursing home not children	Vain kokotekstit. Vuosiväli 2010-2015.	53 osumaa

Opinnäytetyön aineisto kerättiin laadullisen kyselylomakkeen avulla. Kyselyyn vastattiin yksilöinä. Laadullista kyselylomaketta voidaan käyttää toiminnallisen opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmänä, kun työn tavoitteena on ilmiön kokonaisvaltainen ymmärtäminen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada kehittämis ehdotuksia henkilökunnalta itseltään. Tällöin laadullinen tutkimus asenne on soveltuva, koska tavoitteena on toteuttaa kohderyhmän näkemyksiin nojautuva idea. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 63-64.)

Kyselylomakkeessa kaikki kysymykset esitettiin vastaajille samassa muodossa ja samassa järjestyksessä. Sairaanhoitajien ja lähihoitajien kysymykset poikkesivat toisistaan hieman, sairaanhoitajilla oli kysymyksiä enemmän kuin lähihoitajilla. Kysymyksiä laadittaessa huomioitiin, että kysymykset ovat avoimia ja käsittelevät ongelmaa riittävän laajasti (Vilkkä & Airaksinen 2003, 63-64). Avoimiin kysymyksiin vastaaja vastaa

omin sanoin (Lindblom-Ylänne, Paavilainen, Pehkonen & Roinkainen 2011, 114). Avoimien kysymysten avulla saadaan käsitys siitä, mitä vastaajat aiheesta tietävät. Lisäksi vastaajan ajattelussa keskeiset ja tärkeät seikat tulevat esiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 201.)

Kyselyn kysymykset laadittiin olemassa olevan teorian perusteella tutkimuksen tavoitteiden ja tutkimuskysymysten mukaisesti (Aaltola & Valli. 2015, 85). Tutkimuksen onnistumista pyrittiin edesauttamaan kysymysten tarkalla suunnittelulla ja lomakkeen laadinnalla. Lomakkeella hankittiin tietoja tosiasioista, vastaajien käyttäytymisestä ja toiminnasta, tiedoista, arvoista, asenteista, sekä uskomuksista, käsityksistä ja mielipiteistä (Hirsjärvi ym 2013, 193-199, 202-203). Kysymykset esitettiin vastaajille henkilökohtaisessa muodossa (Aaltola & Valli. 2015, 87). Asioita kysyttiin suoraan yksinkertaisina ja lyhyinä kysymyksinä (Hirsjärvi ym 2013, 193-199).

Kyselylomake testattiin yhdellä kotihoidon toisen tiimin työntekijällä. Testaamisen jälkeen kysymyksiä muotoiltiin vielä siten, että esimerkiksi johdattelevilta tai moniselitteisiltä kysymyksiltä vältyttiin (Mäkinen 2006, 93). Kyselylomakkeet annettiin vastaajille tiimikokouksessa henkilökohtaisesti maanantaina (Hirsjärvi ym. 2007, 199). Tuolloin kerrottiin vastaajille opinnäytetyön aiheesta ja vastattiin esitettyihin kysymyksiin.

Kyselyn tulokset analysoitiin laadullisen, teorialähtöisen sisällönanalyysin mukaisesti. Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimusmenetelmän metodi, jonka tarkoituksena on löytää merkityssuhteita. Sisällönanalyysi oli teorialähtöinen, koska taustalla oli aiemmat teoriatiedot ja tutkimukset aiheesta, joiden pohjalta kyselyn kysymykset ja vastausten käsitteet määriteltiin. (Vilkka 2015, 170-171.) Tuloksia käsitteellistettäessä kyselyistä saatu aineisto yhdistettiin jo olemassa oleviin käsitteisiin. Aiemman teorian pohjalta muodostettiin analyysirunko, jonka sisään aineisto luokiteltiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113-117.)

TAULUKKO 3. Esimerkki aineiston teorialähtöisestä sisällönanalysista.

YLÄLUOKKA ANALYYSIRUN- GON PERUSTEEL- LA	ALKUPERÄINEN IL- MAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA
Kotihoidon laatu	Hoito, jossa asiakkaan tarpeet ja kohtaaminen tulevat täytetyiksi. Ammattitaitoista, silti lähellä asiakasta.	Asiakkaan tarpeiden täyttäminen. Kohtaaminen. Ammattitaitoinen henkilökunta.	Asiakaslähtöisyys. Henkilöstön osaaminen.
Sairaanhoitajan osaamisen tarve	Sairaanhoitajan osaamista tarvitaan jos asiakkaan voinnissa jotakin, jos lääkäriltä kysyttäviä asioita esim. lääkityksessä/lab.tuloksista. Haavahoidossa, asiakkaan tilanteen arvioinnissa.	Asiakkaan voinnin muutokset. Lääkärin konsultointi. Haavahoito. Asiakkaan tilanteen arviointi.	Asiakkaan voinnin arviointi. Yhteistyötaidot. Kliiniset taidot. Asiakkaan voinnin arviointi.

Vastaukset pelkistettiin, jonka jälkeen ne ryhmiteltiin. Sisällöllisesti samankaltaiset ilmaisut yhdistettiin samaan luokkaan. Vastauksista pyrittiin löytämään pelkistämisen jälkeen erilaisuuksia ja samankaltaisuuksia. Kun vastaukset oli ryhmitelty, jokaiselle ryhmälle nimettiin oma alaluokka. Sisällöllisesti samankaltaiset alaluokat yhdistettiin oikeisiin yläluokkiin ja niiden sisältöjä vertailtiin keskenään. Tämän prosessin tarkoituksena oli etsiä vastauksia opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 116-119.)

4.3 Prosessin alku

Opinnäytetyön tekeminen alkoi helmikuussa 2015 opinnäytetyön orientaatiotunneilla. Tuolloin käytiin opinnäytetyön eteneminen läpi ja aloitettiin oman aiheen suunnittelu. Samana päivänä soitin Keuruun kotihoidon kotihoitopäällikön sijaiselle, joka tuolloin ehdotti aiheeksi kotihoidon haavahoidon yksinkertaistamista.

Työelämäpalaveri pidettiin maaliskuussa 2015. Lisäksi paikalla oli työelämän edustaja, kotihoitopäällikön sijainen Miia Leppäkangas. Leppäkangas oli yhdessä vanhustyön johtaja Timo Itäpuiston kanssa pohtinut opinnäytetyöni aihetta ja he olivat päätyneet siihen, että hyödyllisempää olisi tehdä opinnäytetyö sairaanhoitajan tehtävänkuvan kehittämistä. Tämä vahvistui aiheeksi ja itsekin olin siihen tyytyväinen. Palaverissa sovittiin, että tehtävänkuvan kehittämistä kuullaan työntekijöitä, tietoja päätettiin kerätä kyselylomakkeen avulla.

Kevään ja kesän 2015 aikana valmistelin opinnäytetyön suunnitelmaa. Toukokuussa kävin ensimmäisessä opinnäytetyön ohjauksessa, jossa käsiteltiin suunnitelman tekoa tarkemmin. Toukokuun lopussa pidettiin ideaseminaari, jonka perusteella sain hyviä vinkkejä siitä, miten työssä kannattaa edetä.

Kesällä 2015 viimeistelin suunnitelmaa, hain lähdeaineistoa ja valmistelin kyselylomaketta. Opettajan ohjauksessa kävin elokuussa, tuolloin suunnitelma alkoi valmistua lopulliseen muotoonsa. Opinnäytetyön suunnitelmaseminaari pidettiin syyskuun 2015 alussa, jolloin esittelin opinnäytetyön tilanteen muulle ryhmälle ja sain vinkkejä siihen, mitä seuraavaksi kannattaisi tehdä. Metodiopinnot suoritin elo-syyskuun aikana. Opinnäytetyön luvan sain 10.9.2015 opettajalta, jonka jälkeen vein suunnitelman ja lupapaperit Keuruun kaupungin perusturvajohtajalle. Virallisen luvan opinnäytetyön tekemiseksi sain 14.9.2015.

4.4 Prosessin eteneminen

Kyselylomakkeet toimitin kotihoidon työntekijöille 21.9. Aamulla vein lomakkeet sairaanhoitajille. Iltapäivällä osallistuin kompassi-tiimin tiimipalaveriin, jossa mukana oli

joitakin lähihoitajia. Kerroin opinnäytetyöstä heille ja jaoin kaikille työntekijöille kyselyt. Vastausaikaa kyselyyn annoin 2.10 saakka. Koska tuohon päivään mennessä vastauksia oli vain muutama, pidensin vastausaikaa siten, että viimeiset vastaukset sain loka-kuun puolivälissä.

Syksyllä 2015 hain lähteitä opinnäytetyöhöni ja aloitin työn kirjoittamisen. Aluksi kirjoitin paljon, tästä oli hyvä karsia teksti lopulliseen muotoonsa. Marraskuussa 2015 ja tammikuussa 2016 pidettiin opinnäytetyön seminaarit, jolloin käsiteltiin missä vaiheessa työ sillä hetkellä oli. Palautteen ja ehdotusten pohjalta jatkoin opinnäytetyön muokkaamista ja viimeistelyä. Lähdekirjallisuutta etsin koko ajan, tarkoituksena oli laajentaa teoriaosuuden tietopohjaa.

4.5 Toiminnallisen opinnäytetyön tuotos

Opinnäytetyön tulosten pohjalta laadittiin tuotos, jonka tarkoituksena on tuoda kotihoiton henkilöstölle tietoa sairaanhoitajan tehtävänkuvasta sekä ehdotuksia siitä, miten sairaanhoitajan tehtävänkuvaa voitaisiin kehittää (Salonen 2013, 25). Tuotoksen toteutusmuodoksi valitsin PowerPoint-esityksen, koska se palvelee mielestäni kohderyhmää parhaiten. Esitys laadittiin siten, että se poikkeaisi muista vastaavista. Tuotoksen avulla välitettiin henkilöstölle mielikuva siitä, että esillä olevat asiat ovat nousseet heidän omista vastauksistaan. (Airaksinen & Vilkka 2003, 51-53.)

PowerPoint-esitys on mielestäni hyvä muoto kun asiaa käydään läpi työyhteisössä, lisäksi siitä oli helppo saada selkeät tulosteet jaettavaksi kotihoiton henkilöstölle. Esityksestä pyrittiin laatimaan mahdollisimman selkeä ja ymmärrettävä. Kiinnitin huomiota siihen, että asiat tulevat ymmärretyksi, vaikka tekstisisältöä ei olekaan paljon.

4.6 Opinnäytetyön viimeistely

Opinnäytetyö valmistui lopulliseen muotoonsa helmi-maaliskuun 2016 aikana. Tänä aikana laadin tuotoksen ja viimeistelin työn. Tarkoituksena oli, että olisin esitellyt opinnäytetyön työelämätaholle ennen lopullisen työn palauttamista, mutta molempien taho-

jen aikataulut osoittautuvat hankalasti yhteen sovitettaviksi. Esitys työelämätaholle toteutetaan toukokuun 2016 aikana.

5 KYSELYN TULOKSET

Yksi osa opinnäytetyötä oli tehdä kotihoidon henkilöstölle laadullinen kyselylomake, jonka perusteella saatiin tietoa siitä, miten henkilöstö itse näkee sairaanhoitajan tehtävänkuvan, sekä siihen liittyvät asiat tällä hetkellä. Kehittämiskohteita ja kehittämisehdotuksia haettiin henkilöstöltä itseltään, jolloin työn kehittäminen olisi mielekkäämpää. Kysely toimitettiin viidelle sairaanhoitajalle (n=5), 21:lle lähi-, perus- tai kodinhoitajalle (n=21), sekä yhdelle kotihoidon ohjaajalle (n=1). Kysely annettiin yhteensä 27:lle kotihoidon työntekijälle (N=27). Vastauksia saatiin yhteensä 11:ltä hoitajalta (N=11), joista viisi sairaanhoitajaa (n=5) ja 6 lähihoitajaa (n=6).

Kyselyn avulla haettiin näkemyksiä eri osa-alueilta, joita opinnäytetyössä käsitellään. Osa-alueita olivat: kotihoidon laatu, hoito- ja palvelusuunnitelman käyttö kotihoitotyössä, sairaanhoitajan tehtävät ja osaaminen kotihoidossa, sairaanhoitajan tehtävänkuvan kehittäminen ja tiimityö. Jokaista aihealuetta kohden oli useampi kysymys. Jokaisesta osa-alueesta löytyi selkeästi hyvät asiat, mitkä seikat koetaan olevan huonosti, sekä kehittämisehdotuksia, miten voitaisiin tehdä vielä paremmin.

5.1 Kotihoidon laatu

Jokainen vastaus kotihoidon laadusta oli omanlaisensa, kysymyksissä ei selvitetty sitä, tehdäänkö Keuruun kotihoidossa laadukasta hoitotyötä, vaan tarkoitus oli selvittää, miten hoitajat näkevät laadun kotihoidossa. Useammassa kohdassa esiin tuli se, että tavoitteena on, että asiakas pystyisi asumaan mahdollisimman pitkään kotona, kotona asumista tuetaan hoitotyön keinoin. Ohessa vastausten perusteella laaditut alaluokat.

KOTIHOIDON LAATU, ALALUOKAT
asiakkaan hyvä hoito
toimiva tiimityö
henkilöstön osaaminen

KUVIO 2. Kotihoidon laadusta laaditut alaluokat.

Asiakkaan hyvään hoitoon liittyviä asioita olivat asiakkaan ja omaisten tyytyväisyys hoitoon, asiakkaalle ja omaisille pyritään luomaan turvallisuuden tunne, asumisen kotona tulisi olla turvallista. Asiakkaan ja hänen itsemääräämisoikeutensa kunnioittaminen nousi esiin. Vastausten perusteella laadukas kotihoito asiakaslähtöistä, asiakkaan tarpeista lähtevää ja kannustaa omatoimisuuteen. Asiakkaan kohtaamiseen haluttiin lisää aikaa. Laadukas kotihoito sisältää vastaajien mukaan hyvää perushoitoa, ravitsemuksen ja kivunhoidon huomioinnin, sekä sairauksien ennaltaehkäisyn näkökulman.

Muistisairauksien varhaisen tunnistamisen välineenä on MMSE-testin tekeminen, sekä asiakkaan seuranta. Toisaalta koettiin, että muistitesti tehdään liian myöhään, silloin kun sairaus on jo edennyt aika pitkälle. Vastauksien perusteella hoidon aloittaminen ei ole aina sujuvaa, asiakkaan asioita ei viedä eteenpäin, lääkäri ei ota kantaa asiaan tai asiakas ei halua tarkempia tutkimuksia. Varhaisen tunnistamisen keinoksi ehdotettiin muistitestin tekemistä kaikille ja sitä, että käynneillä huomioitaisiin kognitiiviset toiminnot pakollisten hoitotoimenpiteiden lisäksi.

Masennuksen tunnistamisen keinoja ovat keskustelu ja havainnointi. Tunnistaminen koettiin haastavaksi. Masennusseulan (GDS-15) käyttö tuli esiin muutamassa vastauksessa, mutta sen käyttö ei ollut systemaattista, vaikka sen olemassa olosta tiedettiin. Toisaalta koettiin, että masennuksen tunnistaminen vaatii erityisosaamista. Joissakin tapauksissa asiakas voidaan ohjata masennushoitajan vastaanotolle, mutta toisaalta jatkohoito koettiin ongelmallisena.

Ravitsemustilan arvioinnissa yleisin keino on seuranta; asiakkaan ihon, kynsien, ja hiusten kuntoa seurataan, lisäksi seurataan jääkaapin ja roska-astioiden tyhjenemistä ja täyttymistä. Asiakkaan painoa seurataan. Erityisen ongelmalliseksi koettiin muistisairaiden ravitsemuksen seuranta. Joillakin asiakkailla on ollut käytössä ruokapäiväkirja. MNA-testin olemassa olosta tiedettiin, se ei kuitenkaan ollut käytössä, vaikka koettiin, että siitä voisi olla hyötyä.

”Ravitsemusta arvioidaan käynneillä, toki vaihtelua on asiakkaasta riippuen. Jos on muistisairaus, enemmän arvioidaan. Erityisiä testejä tehdään harvoin.” (sh)

”Retuperällä on, ateriapalvelu menee, joku syö, joku ei. Siinä lähihoitajat ovat avainasemassa. Kysyy taitoa saada muistisairas, huonon ruokahalun omaava syömään.” (lh)

Kipu tunnistetaan henkilökunnan mukaan kysymällä asiakkaalta. Havainnointi ja arviointi olivat myös välineitä kivun tunnistamisessa. Lisäksi tarkkaillaan kipulääkkeiden menekkiä ja muun lääkehoidon toteutumista. Lääkkeettömän kivunhoidon keinoja tuotiin myös vastauksissa esiin. Lähihoitajat konsultoivat tarvittaessa sairaanhoitajaa, mikäli asiakkaalla kipua on. Sairanhoitaja puolestaan konsultoi lääkäriä. Kipumittarin käytön mainitsi yksi sairaanhoitaja. Muutama vastaaja ei ollut vastannut kysymykseen lainkaan.

”Lähihoitajat käynneillään kysyvät kivuista asiakkailta, lisätään tai vähennetään lääkkeitä, sairaanhoitajaa konsultoidaan asiasta.” (lh)

Vastauksissa korostettiin ammattitaitoista henkilöstöä. Moniammatillinen, toimiva tiimi tuotiin esiin yhtenä laadun kriteerinä. Hoidon jatkuvuutta ja tiedonkulun paranemista toivottiin. Tiimin tulisi vastausten perusteella olla motivoitunut, innostunut, kehittymishaluinen ja yhteistyökykyinen, jotta laatu saavutettaisiin.

5.2 Sairanhoitajan osaaminen ja tehtäväkuva

Sairanhoitajan osaamista koskeviin kysymyksiin saatiin vastauksia kaikilta vastaajilta. Sairanhoitajalta kaivataan monipuolista ja laajaa osaamista jokaiselta terveydenhuollon osa-alueelta. Vastausten perusteella laaditut alaluokat kuviossa 3.

SAIRAANHOITAJAN OSAAMINEN, ALALUOKAT
Ohjaus- ja neuvontataidot
Kliiniset taidot
Asiakkaan kokonaistilanteen arviointi
Yhteistyötaidot
Hoidollinen vastuu
Päätöksentekokyky
Monipuoliset tiedot

KUVIO 3. Sairaanhoidajan osaamisesta laaditut alaluokat

Hyvät ohjaus- ja neuvontataidot, sekä vuorovaikutustaidot ovat kotihoidon sairaanhoidajan tärkeä ominaisuus. Delegointitaidot koettiin tärkeäksi. Sairaanhoidajan tulee olla joustava. Päätöksentekokykyä ja tilannetajua tarvitaan. Sairaanhoidajan tulisi kehittää itseään.

Kliinisiin taitoihin sisältyy sairaanhoidollinen tieto-taito. Asiakkaiden sairauksista ja niiden hoidosta kaivataan osaamista, jotta asiakkaan kokonaistilannetta pystytään arvioimaan. Sairaanhoidajan osaamisalueisiin kuuluu erilaisia kliinisiä tehtäviä, kuten perushoitoa, haavahoitoa, lääkehoitoa, saattohoitoa, ravitsemusta ja suonensisäisen hoidon toteuttamista sekä tietoa sosiaalitukiasioista.

5.2.1 Sairaanhoidajan tehtävät

Sairaanhoidajan tehtäviä koskevilla kysymyksillä kysyttiin sairaanhoidajan työtehtävistä, sekä siitä mitä sairaanhoidajien tulisi tehdä. Lisäksi kysyttiin mihin asioihin sairaanhoidajaa tarvitaan. Kysymyksillä haluttiin myös selvittää millaisia asioita vastaajien mielestä sairaanhoidajan kotikäynnillä tulisi huomioida.

Tiimin lähihoitajat tarvitsevat sairaanhoidajaa ohjaamiseen ja neuvomiseen. Konsultointiapua kaivattiin. Lähihoitajat haluavat varmistaa sairaanhoidajalta asiakkaan hoitoon, lääkityksiin, määräyksiin tai muuhun liittyviä asioita. Vastauksissa mainittiin myös se, että sairaanhoidaja huolehtii siitä, että lähihoitajat toimivat ohjeiden mukaan. Sairaanhoidajan

hoitajan tehtäväksi katsottiin myös lääkärikonsultaatiot, sekä lääkärin kierrolla mukana oleminen.

”(Sairaanhoitaja) osaa opastaa ja neuvoa hoitajia sekä konsultoida lääkäriä.” (lh)

”Sairaanhoitaja on tiimiläisten käytettävissä eli ei kuormiteta terveyskeskuksen sairaanhoitajia, kun oma sairaanhoitaja on ensimmäinen apu, jolta voi kysyä neuvoa ja ohjausta asiakastilanteessa.” (lh)

Kliinisiä taitoja nousi esille työtehtävistä kysyttäessä, sairaanhoidolliset toimenpiteet ja ohjaus koettiin osaksi sairaanhoitajan työtä. Lähes jokainen vastaaja toi ilmi sairaanhoitajan roolin haavahoidoissa, erityisesti haasteellisissa. Verinäytteiden ottaminen ja tuloksien tulkinta sekä suonensisäiset hoidot katsottiin osaksi sairaanhoitajan työtä. Sairaanhoitajan osaamista kaivattiin haastavammissa ja harvinaisemmissa hoitotoimenpiteissä. Verenpaineen ja pulssin seuranta, Marevan-määritykset, lääkelistan päivitys, korvien huuhtelu, sekä lääketilauksien purku ovat vastaajien mukaan osa työtehtäviä.

Sairaanhoitajan tehtäviin katsottiin kuuluvan myös perushoittoon osallistumisen tai perushoidon tukena olemisen. Toisaalta esiin tuotiin se, että sairaanhoitajien tulisi tehdä sellaiset tehtävät, joita lähihoitajat eivät saa tehdä. Sairaanhoitajilla oli kaikenlaisia kotihoiton käyntejä, pohdittavaksi oli noussut ajatus siitä, tarvitaanko kaikkiin käynteihin sairaanhoitajan osaamista.

Lääkehoidossa kaivattiin sairaanhoitajan osaamista. Lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutusten tunteminen, lääkehoidon toteutumisen seuranta, lääkkeiden jakaminen sekä lääkehoidollisiin erityiskysymyksiin vastaaminen koettiin sairaanhoitajan tehtäväksi. Huu-
mausainelääkejaoissa koettiin esiintyneen paljon virheitä, joten koettiin, että tämän tulisi olla sairaanhoitajan tehtävä.

Sairaanhoitajan haluttiin arvioivan asiakkaan vointia ja pärjäämistä. Sairaanhoitajan osaamista kaivattiin, kun asiakkaan tilanteessa tapahtui muutos. Sairaanhoitajalta kaivattiin konsultoivaa käyntiä esimerkiksi akuuteissa ja haastavissa tilanteissa, jolloin ei vielä tarvita lääkäriä tai ambulanssia. Sairaanhoitajalla katsottiin olevan sairaanhoidolli-

nen vastuu asiakkaista ja heidän terveydestään. Tiimin tehtäväksi katsottiin tuoda sairaanhoitajan tietoon asiakkaan sairaanhoidolliset tarpeet. Tiimin hoitajat kaipaavat sairaanhoitajan osaamista tuekseen esimerkiksi monisairaiden asiakkaiden seurantakäyntien muodossa.

Sairaanhoitajan tehtäviin katsottiin kuuluvan myös uusimman tiedon tuominen tiimiin, yhteydenpito omaisiin, asiakkaan henkinen tukeminen, sekä eläkkeensaajan hoitotukeen liittyvät asiat. Lisäksi vastuuasiakkaiden palvelu- ja hoitosuunnitelmien päivittäminen koettiin sairaanhoitajan tehtäväksi.

5.2.2 Sairaanhoitajan kotikäynnin sisältö ja säännöllisyys

Sairaanhoitajan kotikäynnin sisältöä pohdittaessa kysymyksiä esitettiin siten, mitä tällä hetkellä tehdään ja mitä tulisi tehdä. Vastauksia koottaessa tekijät on jaoteltu sen mukaan, keskittyvätkö ne toimenpiteisiin vai suoraan asiakkaaseen ja hänen toimintakykyynsä.

Sairaanhoitajan toivottiin kotikäynnillä tekevän paremman arvion asiakkaan voinnista. Asiakkaan toimintakykyyn ja sairaanhoitajan käyntiin liitettiin se asia, että sairaanhoitajan tulee nähdä asiakas kokonaisuutena. Sairaanhoitajan tulee arvioida asiakkaan yleisvointia, sairauksien tilaa, liikkumista, aistitoimintoja, kotona pärjäämistä. Asiakas tulisi kohdata käynnillä kokonaisuutena, joka koostuu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta osa-alueesta. Kotikäynnillä sairaanhoitajan tulisi hyödyntää osaamistaan sairauden hoidosta ja lääkityksistä. Käynnin jälkeen asioista tulisi tiedottaa tiimille. Sairaanhoitajan toivottiin havainnoivan muutoksia asiakkaassa edelliseen käyntiin verrattuna.

Kotikäynnillä tehtävistä asioista esille tuotiin perushoito, ihon kunnon tarkastaminen, painon ja verenpaineen seuranta sekä lääkehoidon ja ravitsemuksen toteutuminen. Lisäksi sairaanhoitajan toivottiin kiinnittävän huomiota asiakkaan mielialaan ja keskustelemaan asiakkaan kanssa.

5.2.3 Sairaanhoidajan tehtävänkuvan kehittäminen

Osa vastaajista oli sitä mieltä, että sairaanhoidajan tehtävänk kuva on hyvä sellaisenaan kuin se nyt on. Valtaosa toi kuitenkin esiin seikkoja, joita voitaisiin kehittää. Sairaanhoidajien vastausten perusteella voi päätellä, että he ovat motivoituneita oman tehtävänkuvansa kehittämiseen, kunhan työnantaja luo edellytykset kehittämiselle. Vastausten perusteella laaditut alaluokat kuviossa 4.

SAIRAANHOITAJAN TEHTÄVÄNKUVAN KEHITTÄMINEN, ALALUOKAT
sairaanhoidajien asiakkaat
säännölliset käynnit asiakkaiden luona
osaamisen hyödyntäminen
tiimityön tehostaminen

KUVIO 4. Sairaanhoidajan tehtävänkuvan kehittämisestä laaditut alaluokat.

Vastauksissa toivottiin, että sairaanhoidajien erityisosaaminen valjastettaisiin paremmin käyttöön. Sairaanhoidajien erityisosaamista ei tällä hetkellä hyödynnetä. Erityisosaamisalueita nousi esiin, esimerkiksi mielenterveystyö, saattohoito, diabetes ja ensihoito. Sairaanhoidajien todellisia, tarvittavia työtehtäviä tulisi miettiä. Osassa vastauksista tuotiin esiin, että sairaanhoidajien tulisi tehdä vain tehtäviä, jotka vastaavat koulutusta.

”Käyttää erityisosaamista hyödyksi, ei täyttää aamuja perushoidollisilla käynneillä. Jos joka väli tungetaan sh-ajanvarauskirjalla täyteen, ei jää aikaa eikä resursseja selvittää asiakkaan asioita, onko kaikki ajan tasalla, esim. labra-asiat, muistitestit...” (sh)

”Sairaanhoidajien erityisosaamista jos saisi jotenkin valjastettua paremmin käyttöön.” (lh)

Vastaajat toivoivat toisaalta, että sairaanhoidajilla olisi omat asiakkaat, jolloin sairaanhoidaja tuntisi asiakkaansa ja hoidon jatkuvuus turvattaisiin. Toisaalta esiin nousi myös se, että sairaanhoidajalla ei tulisi olla omia asiakkaita, vaan kotihoidolla olisi yhteiset asiakkaat, joiden luona sairaanhoidaja käy tarpeen mukaan.

Sairaanhoitajan säännöllistä käyntiä kaikkien kotihoidon asiakkaiden luona toivottiin, jotta sairaanhoitaja voisi seurata asiakkaan terveydentilaa. Käynnin tiheys riippuisi asiakkaan tarpeesta, yleisimmin vastattiin, että sairaanhoitajan tulisi käydä asiakkaan luona kerran kuukaudessa. Vaihtelua vastauksissa oli kahdesta viikosta vuoteen. Sairaanhoitajien toivottiin keskustelevan asiakkaan asioista ja suunnittelevan jatkoa yhdessä lähihoitajien kanssa.

”Kullekin sairaanhoitajalle omat asiakkaat joista huolehtii, ihan kuten ennen. Nyt kun ohjelma valitsee tekijän, niin työt hajoaa yhdelle ja toiselle suorittajalle. Jatkuvuutta ei ole eikä kukaan oikein tunne ketään asiakasta.” (sh)

5.3 Tiimityö

TIIMITYÖ, ALALUOKAT
sujuvuus
tiedonkulku
tasapuolisuus
yhteistyön lisääminen

KUVIO 5. Tiimityöstä laaditut alaluokat.

Vastaajat kokivat, että tiimityö sujuu vaihtelevasti. Toiset olivat sitä mieltä, että tiimityö ei suju, toiset taas sitä mieltä, että sujuu hyvin. Toiset kokivat tiimin liian suureksi tällä hetkellä. Tiimityön sujumiseen koettiin vaikuttavan sen, että kaikki hoitavat omat tehtävät, eivätkä siirrä niitä seuraavalle. Sairaanhoitajien ja lähihoitajien välille toivottiin lisää yhteistyötä.

”Yhteistyö tiimissä sujuu kyllä yleensä hyvin. Keskustelu toimii joka suunnan.” (lh)

Tiedon kulussa koettiin ongelmia. Tietokatkoista mainitsi useampi vastaaja. Viestivihkojen lukemista pidettiin tärkeänä. Toiminnanohjausjärjestelmä sekä siihen tehtävien muutosten ilmoittaminen on tärkeä tiedonkulun väline. Sovittujen asioiden tekeminen

nousi esiin, lisäksi toivottiin selkeästi ilmoitettavan tai delegoitavan, mikäli esimerkiksi optimoinnissa olleita asioita ei ollut tehty. Vastaajat toivoivat, että asioista sovittaisiin selkeästi. Tiedot asioista tulisi siirtää nopeasti eteenpäin.

”Toki joskus tiedonkulussa katkoja, kun useat eri hoitajat käyvät asiakkaan luona.” (lh)

Asiakaspalavereita ei tällä hetkellä ollut pidetty, niitä toivottiin pidettäväksi säännöllisesti. Palaveriaikojen rauhoittamisesta mainittiin myös. Tiedonkulkua voitaisiin parantaa Effica-tietojärjestelmän, tiimipalaverien, kommunikoinnin tai suullisen ja kirjallisen ohjauksen tai tiedottamisen avulla. Palavereihin ei ollut tällä hetkellä kaikilla aikaa osallistua, erityisesti sairaanhoitajat kokivat aikataulutuksen hankalaksi, optimoinnissa ei ollut sairaanhoitajille palaveriaikoja huomioitu. Sairaanhoitajien osallistumista tiimipalavereihin toivottiin, tällä hetkellä sairaanhoitajat harvemmin näihin osallistuvat.

”Jos aikaa olisi enemmän sairaanhoitajilla, he voisivat ehtiä osallistumaan tiimipalavereihin. Nykyään se ei ole ollut kovinkaan mahdollista.” (sh)

”Toivoisin, että myös sairaanhoitajat pääsisivät/osallistuisivat tiimipalavereihin.” (lh)

Tiimityön tehostamiseksi koettiin yhdeksi ratkaisuksi pienemmät tiimit. Tiimillä tulisi olla yhtenäiset, toimivat käytännöt. Kommunikointiin ja raportointiin toivottiin enemmän aikaa. Työntekijöiden motivaatio nousi vastauksissa esiin, kaikilla työntekijöillä tulisi olla sama päämäärä sekä motivaatio sen saavuttamiseen.

”Nykyisellään tiimi liian iso: hankaloittaa yhteistyötä, me-henkeä ja tiedotus ontuu... Kaikki käy kaikilla asiakkailla ja kukaan ei tiedä mistään mitään tai joku tietää vähän.” (sh)

Kyselyssä kysyttiin siitä onko tällä hetkellä tiimin asiakkaille jaettu vastuusairaanhoitajat ja onko vastuuhoidajien nimeämisessä huomioitu asiakkaiden erityistarpeet. Yhden vastaajan mielestä sairaanhoitajalle oli jaettu omat asiakkaat, useamman mielestä ei.

Jotkut eivät osanneet kysymykseen vastata. Kaikille kotihoidon asiakkaille on nimetty tiimistä oma vastuuhoitaja. Asiakkaiden erityistarpeita ei ollut huomioitu vastuuhoitajia jaettaessa.

5.4 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Hoito- ja palvelusuunnitelmaa koskevien kysymysten vastauksissa todettiin, että se ohjaa käytännön työtä. Kuitenkin osa vastaajista koki, että sitä ei hyödynnetä käytännössä. Hoito- ja palvelusuunnitelman avulla saatiin selville kotihoidon käyntien määrä ja sisältö.

Hoito- ja palvelusuunnitelmia päivitetään vastausten mukaan huonosti. Vastauksista ilmeni, että päivittämistä yritetään, mutta aikaa pitäisi olla tähän enemmän. Hoito- ja palvelusuunnitelmissa on vanhaa tietoa. Päivittäminen ei ole välttämättä yksityiskohdista, vaan yleisellä tasolla tapahtuvaa. Vastuuhoitajan tulisi huolehtia suunnitelman päivittämisestä.

Suunnitelman tavoitteet kerrottiin laadittavan asiakkaan kanssa, moniammatillisen ryhmän toimesta. Tavoitteiden laatimisessa huomioidaan asiakkaan tarpeet ja pyritään tukemaan hänen voimavarojaan. Tavoitteet luovat perustan käytännön työlle. Tavoitteet ovat myös perusta yhteisille pelisäännöille. Tavoitteita täydennetään tarpeen mukaan, kun uutta ilmenee, niiden toteutumista arvioidaan kotikäynneillä. Tavoitteiden mukaan laaditaan ohjeet optimointiin.

Useassa vastauksessa kuitenkin tuotiin esiin se, että tavoitteet jäävät ilmaan. Niiden arviointi koettiin puutteelliseksi. Hoitajat arvioivat mielessään tavoitteiden toteutumista, mutta näkyvä arviointi oli vähäistä. Tavoitteita toivottiin arvioitavan asiakaspalaverissa, joita ei kuitenkaan ole vähään aikaan ollut.

Tavoitteita toivottiin mietittävän enemmän asiakkaan näkökulmasta, jotta asiakas pystyttäisiin paremmin sitouttamaan hoitoonsa. Tavoitteiden toteutumista tulisi vastaajien mielestä arvioida enemmän, selkeämmin ja sovitusti, lisäksi niitä tulisi miettiä uudelleen tilanteiden muuttuessa. Tavoitteiden laatimisen koettiin motivoivan asiakasta, li-

säksi ne ohjaisivat hoitajien työtä selkeästi ja suunnitelmallisesti. Vastuuhoitajan rooli tavoitteiden arvioinnissa koettiin tärkeäksi.

6 POHDINTA

Pohdinnassa käsittelen opinnäytetyön luotettavuutta ja tutkimusetiikkaa. Tässä osuudessa käsittelen myös kyselyn tuloksia ja vertaan niitä jo olemassa olevaan tietoon, näiden pohjalta laadin kehittämissuhteita, jotka esiin nousivat. Lisäksi esittelen tulevaisuuden tutkimusaiheita, jotka olen työtä tehdessä kokenut tarpeellisiksi.

6.1 Tutkimusetiikka ja luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerejä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys, sekä siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2007, 128; Kananen 2010, 70). Tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida koko prosessin ajan, jokaisen valinnan kohdalla (Vilka 2005, 159).

Tutkimuksen eettisyyteen liittyy aiheen valinta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129). Halusin tehdä opinnäytetyön, joka hyödyttää omaa työyksikköäni. Opinnäytetyön aihe on valittu, koska työnantajataho on kokenut aiheelliseksi selvittää sairaanhoitajan osaamisen hyödyntämistä kotihoidossa. Itse kiinnostuin aiheesta, koska koen sen ajankohtaiseksi ja tärkeäksi. Mielestäni oli tärkeää kartoittaa, miten sairaanhoitajan osaaminen pystytään kohdentamaan oikein.

Opinnäytetyö tehtiin hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaisesti. Olen ollut tutkimustyössä huolellinen ja tarkka, sekä rehellinen. Tuloksia olen käsitellyt avoimesti. Olen kunnioittanut työtä tehdessäni muiden tutkijoiden työtä huolehtimalla lähdemerkintöjen paikkaansa pitävydestä. Olen pyrkinyt aukikirjoittamaan opinnäytetyön prosessin mahdollisimman hyvin ja yksityiskohtaisesti. (TENK 2014.) Näin on pyritty lisäämään opinnäytetyön vahvistettavuutta (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Opinnäytetyön raportti on julkinen, luettavissa Theseus-internetsivustolla. Julkaiseminen on osa opinnäytetyön prosessia (Mäkinen 2006, 121).

Opinnäytetyössäni reflektiivisyys tarkoittaa, että arvioin, kuinka itse vaikutin aineistooni ja tutkimusprosessiin. Olen työskennellyt Keuruun kotihoidossa kymmenen vuotta, joten riski siihen, että antaisin oman ajatusmaailmani vaikuttaa, oli olemassa. Tämän

vuoksi ensisijainen aineistonkeruumenetelmä oli lomakekysely. En ole vaikuttanut vastaajien vastauksiin, koska en ole ollut työpaikalla muutoin kuin viemässä kyselylomakkeet. En ole keskustellut vastaajien kanssa opinnäytetyöstäni ennen kyselyä, joten en ole myöskään omia mielipiteitäni esiin tuonut. Toisaalta kokemattomuuteni opinnäytetyön tekijänä voi vaikuttaa tutkimusprosessiin, vaikka olenkin pyrkinyt tutkimuksen aikana jatkuvasti opiskelemaan tutkimuksen vaiheita ja tutkimuksen menetelmiä.

Validiteetti-termiä käytetään pääsääntöisesti kvantitatiivista tutkimusta arvioitaessa. Se tarkoittaa sitä, että kyselyllä saadaan vastauksia siihen, mihin tutkimuksessa aiottiinkin. (Hirsjärvi ym 2013, 231.) Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeen validiutta voi arvioida. Kyselylomaketta tehdessä huomioin, että kysymykset olivat yksiselitteisesti ymmärrettävissä. Kysymykset on pyritty laatimaan siten, että ne vastaavat opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä. Tuloksia tarkasteltaessa en tutkijana antanut omien käsityksieni muokata tuloksia, vaan kiinnitin huomiota tulosten luokitteluun ja siihen, että en muokannut vastauksia itselleni mieluisiksi. Lindbol-Ylänne ym (2011) mainitsevat kirjassaan jäsenvalidoinnin, joka opinnäytetyössäni on huomioitava. Kotihoidon henkilöstö on saanut mahdollisuuden kommentoida kyselyn pohjalta tekemiäni tulkintoja ja niiden pätevyyttä. Tällä on vahvistettu opinnäytetyön uskottavuutta. (Lindblom-Ylänne ym 2011, 131.)

Olen pyrkinyt olemaan opinnäytetyön prosessin aikana puolueeton, tuloksien on tarkoitus kertoa kotihoidon henkilöstön näkemyksiä, eikä minun (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135-136). Välillä on ollut hankalaa sulkea omat aiemmasta työkokemuksestani nousseet näkemykset opinnäytetyössä esille nousseiden seikkojen ulkopuolelle, mutta mielestäni olen lopputuloksessa tässä kuitenkin onnistunut. Se, että en ole työskennellyt tämän opinnäytetyön kohteena olevassa tiimissä, on edesauttanut puolueettomuutta. En voi olla pohdinnassa huomioimatta sitä, että minulla oli kuitenkin asioista jonkinlainen ennakkokäsitys. Tämä oli muodostunut työntekijöiden kertoman perusteella, lisäksi olen tehnyt paljon yhteistyötä tämän opinnäytetyön kohteena olevan tiimin kanssa. Toisaalta omat mielipiteeni olivat mielessäni enemmän prosessin alkuvaiheessa, mutta kun asiaa on käsitelty, niin omat mielipiteet ovat jääneet enemmänkin taka-alalle ja tilalle on tullut uutta, jäsennellympää tietoa ja käsityksiä asioista. Omat mielipiteeni ovat avartuneet ja kasvaneet, niistä on tullut enemmän minun omia mielipiteitäni, joihin eivät kuulopuheet tai muiden käsitykset vaikuta. Näitä mielipiteitä ei kuitenkaan opinnäytetyössä ole

tarkoitus esitellä, vaan työssä esiin tulevat ne seikat, joita työyhteisöstä ja aiemmasta tutkitusta tiedosta on esiin noussut.

Tutkittaville tulee taata anonymiteetti heidän sitä halutessaan. Anonymiteetti helpottaa arkojen ja ristiriitoja herättävien aiheiden käsittelemistä. Samalla se edistää tutkimuksen objektiivisuutta. (Mäkinen 2006, 114.) Tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys suojattiin siten, että kyselyihin vastattiin anonymisti. Tutkimusaineisto käsiteltiin luottamuksellisesti, eikä tutkimuksessa saatuja tietoja luovutettu ulkopuolisille. (Mäkinen 2006, 115-116, 148. Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Kyselystä saatuja tietoja käytetään vain tämän opinnäytetyön tarkoituksiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131). Täytetyt kyselylomakkeet säilytettiin siten, että kukaan ulkopuolinen ei näitä pääsyt lukemaan tai käsittelemään. Opinnäytetyön valmistuttua kyselylomakkeet hävitettiin. (Mäkinen 2006, 148.)

Opinnäytetyön uskottavuutta on pyritty lisäämään sillä, että opinnäytetyön tuloksista kerrotaan henkilöstölle. Vastaajilla on tuolloin mahdollisuus keskustella tuloksista opinnäytetyön tekijän kanssa. Tarkoituksena on pyytää vastaajilta arviota tulosten paikansäilytyksestä. Uskottavuutta vahvistaa myös se, että opinnäytetyön tekijänä olen ollut tekemisissä tutkittavan aiheen kanssa jo pitkään oman työkokemukseni myötä. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.)

Opinnäytetyön siirrettävyyttä arvioitaessa on huomioitava, että tämän opinnäytetyön tuloksia ei voi suoraan siirtää esimerkiksi toisiin kotihoidon yksiköihin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Jos sama kysely toteutettaisiin toisessa yksikössä, olisivat vastaukset todennäköisesti hyvin erilaisia. Kuitenkin opinnäytetyön tulokset ja aiemman teorian pohjalta kerätyt hyvät käytännöt voivat olla hyödyllisiä myös muissa kotihoidon yksiköissä.

Opinnäytetyön tiedonantajiksi valikoitui koko kotihoidon tiimin henkilökunta. Kaikkien sairaanhoitajien näkemykset oli tärkeää saada tietoon, lisäksi etukäteen oli aavistettavissa, että kaikki lähihoitajat eivät kyselyyn vastaa, joten päädyin siihen, että jaan kyselyn jokaiselle. Esimiehen näkemystä opinnäytetyön kysymyksiin ei saatu, vaikka se alkupeäinen tarkoitus olikin. Aineisto on näkemykseni mukaan riittävän edustava, koska suurimmista ammattiryhmistä saatiin vastauksia. Kato painottui lähihoitajiin, tulosten kanalta vastauksia saatiin kuitenkin riittävästi.

Kyselyjen vastauksista valtaosa oli hyviä ja monipuolisia vastauksia. Jälkeenpäin kyselylomaketta tarkastellessa huomattavasti suppeampi lomake olisi riittänyt samojen asioiden selvittämiseen. Toisaalta oli kuitenkin hyvä, että samasta aiheesta oli useampia kysymyksiä, jolloin samankin henkilön vastaukset saattoivat laajentua seuraavaan kysymykseen vastattaessa. Kyselylomake esti sen, että henkilökohtaiset näkemykseni eivät päässeet tulemaan esille. Vastausmäärä lähihoitajien osalta jäi melko pieneksi, mutta vastaukset olivat hyvin monipuolisia. Sairaanhoidtajien vastausten perusteella voisin ajatella, että he ovat työnkuvaansa jo mietineet. Aistittavissa oli, että erityisesti sairaanhoidajan työhön liittyviä tehtäviä oli jo aiemmin mietitty.

Kyselylomakkeen käsittely ja pelkistäminen oli varmasti helpompaa, kuin jos olisin haastatellut osallistujia, silloin jo pelkästään litterointi olisi vienyt huomattavasti enemmän aikaa, kuin mitä nyt tähän osuuteen jouduin käyttämään. Toisaalta haastatteluissa olisi voinut kaivella asioita vielä syvemältä, jolloin vastauksiin olisi voinut saada vielä enemmän monipuolisuutta ja perusteluja. Jos käyttäisin kyselyä vielä uudestaan, muotoilisin siitä huomattavasti suppeamman. Mikäli aloittaisin koko opinnäytetyön prosessin alusta, toteuttaisin aineistonkeruun teemahaastattelulla.

Lähdeaineistoa opinnäytetyöhön löytyi melko hyvin. Aineistoa kerätessä olen pyrkinyt olemaan lähteiden suhteen kriittinen. Lähteinä olen käyttänyt vain ensisijaisia lähteitä, lukuun ottamatta sosiaali- ja terveysministeriön suosituksia. Lähteet ovat pääsääntöisesti alle kymmenen vuotta vanhoja. (Mäkinen 2006, 128-130.)

Aiheen rajaaminen oli haastavaa ja toisinaan tuntuikin, että opinnäytetyö laajenee liikaa. Olen kuitenkin tyytyväinen siihen, että otin lopputulokseen mukaan esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelman, koska se liittyy selkeästi kotihoidon laatuun ja toisaalta henkilöstö koki siinä olevan puutteita. Toisaalta kotihoidon laatuun liittyy moni muukin tekijä, jotka työstä rajautuivat pois. Tutkittua tietoa löytyi Suomesta ja ulkomailta, näiden suhteen jouduin tekemään karsintaa, jotta löysin tutkimukset, jotka selkeästi omaan työhöni liittyvät. Tässä yhteydessä oman aiheen sisäistäminen ja rajaaminen oli tärkeää. Kotihoidon työntekijöiden työhyvinvoinnin ja esimiestyön rajasin työstä tietoisesti pois, koska se olisi laajentanut aihetta liikaa.

Opinnäytetyö olisi kannattanut toteuttaa kokonaisuudessaan laadullisena opinnäytetyönä, ilman toiminnallisen opinnäytetyön tuotososuutta. Tuotos ei kuitenkaan tässä työssä ole niin merkittävä kuin laadullisen kyselylomakkeen perusteella saadut tulokset. Jos aloittaisin prosessin alusta, tekisin työn kokonaan laadullisena opinnäytetyönä. Toisaalta toivon, että tuotos selkeyttää kotihoidon henkilöstön näkemyksiä tekemästäni opinnäytetyöstä.

6.2 Lopputulosten arviointi

Henkilökunnan näkemysten mukaan Keuruun kotihoidossa tarvitaan sairaanhoitajan osaamista monipuolisesti asiakkaan, omaisten ja tiimin muiden työntekijöiden tarpeisiin. Samansuuntaisia tuloksia on tullut aiemmissakin tutkimuksissa (Lestinen 2009, 32; Beer ym 2011, 13; Paljärvi 2012, 81; Ikonen 2015, 173). Toimintakykyä ja kuntoutumista edistävää työtapaa korostetaan lähteissä, mutta tämä ei henkilökunnan vastauksista noussut esiin (Heikkilä & Lahti 2007, 155; Tekes 2014, 45-54; Ikonen 2015, 159). Sosiaali- ja terveysministeriön (2013) suositusten mukaan kotihoidon palvelujen tulisi pyrkiä vähentämään muita tulevaisuuden palvelun tarpeita (STM 2013, 37). Tämän suhteen kuntouttava työote on erityisen tärkeää, lisäksi tärkeää on se, että hoito- ja palvelusuunnitelmaa arvioidaan säännöllisesti. Vastauksista ilmeni, että sairaanhoitajan halutaan arvioivan asiakkaan tilannetta kokonaisvaltaisesti, mutta toimintakyvyn tukemista tai kuntouttavaa työtapaa ei tässä yhteydessä mainittu. Tulevaisuudessa on tärkeää miettiä uusia vaihtoehtoja asiakkaan palveluiden turvaamiseksi ja myös keinoja, joilla voitaisiin vähentää kotihoidon asiakkaan nykyisiä palveluita.

Lääkehoidon suhteen taustalle haettu teoretieto ja henkilöstön näkemykset kohtasivat. Lääkehoidon säännöllinen arviointi on tärkeää (Palmu 2013, 129-134; Auvinen ym 2014, 38-39). Vastaajat näkivät sairaanhoitajan roolin lääkehoitoa monipuolisesti arvioivana henkilönä merkittävänä. Kyselyn vastausten perusteella ei noussut esiin se, miten sairaanhoitaja käytännössä arvioi asiakkaan lääkehoitoa tai onko Keuruulla mahdollista hyödyntää moniammatillista arviointia asiakkaan lääkehoidollisissa asioissa. Vastauksissa ei ilmennyt myöskään se, miten sairaanhoitaja kotihoidossa ohjaa asiakasta lääkehoidollisissa asioissa.

Sairaanhoitajan rooli asiakkaan voinnin arvioinnissa ja kotona pärjäämisessä koettiin kyselyn vastausten perusteella tärkeäksi. Tämä monipuolinen arviointi on myös tutkimusten mukaan osa sairaanhoitajan työtä (Lestinen 2009, 35-37; Heino & Westerlund 2011, 34-36; Palmu 2013, 129-134). Sairaanhoitajan toivottiin arvioivan käynnillään asiakkaan vointia verrattuna edelliseen käyntiin. Lisäksi sairauksien hoitotasapainon arviointi ja aistitoimintojen arviointi tuotiin kyselyn vastauksissa ilmi. Tutkitun tiedon perusteella tärkeää on myös huomioida asiakkaan ravitsemustila, kivun hoito, sekä muistisairauksien ja masennuksen varhainen havainnointi (Finne-Soveri & Noro 2006, 63-67, 76-79, 81-82; Lauri ym 2006, 14-15; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 30, 57; Alastalo & Noro 2012, 37; Barnes ym 2014, 557-558; Eriksson ym 2015, 39; Hartikainen ym 2015, 49-50). Kyselyn vastausten perusteella ei kuitenkaan voi todeta, että nämä asiat huomioitaisiin sairaanhoitajan toimesta asiakkaan luona tehtävällä kotikäynnillä, ellei katsota, että nämä sisältyvät asiakkaan voinnin arvioon. Muistitestiä kerrottiin toisinaan tehtävän, ravitsemustilan testausta tai masennuksen seulontaa ei vastausten perusteella tehty juurikaan. Vastausten perusteella lähinnä lähihoitajat huolehtivat seurannasta ja arvioinnista. Jatkossa on tarpeen pohtia sairaanhoitajan tekemien kotikäyntien sisältöä.

Hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen ja päivittäminen on osa kotihoidon laatua (Heikkilä & Lahti 2007, 155; Heinola 2007, 15; Ikonen 2015, 57-58). Hoito- ja palvelusuunnitelman käyttämistä kotihoidon työvälineenä jokapäiväisessä työssä ja hoidon tarpeen arvioinnissa tulee tehostaa. Vastaajista osa kokee, että suunnitelma ohjaa käytännön työtä, mutta osa toteaa, ettei sitä hyödynnetä käytännössä. Vastausten mukaan suunnitelman päivittäminen ei toteudu. Suunnitelma on merkittävä osa asiakkaan tukemista sekä kuntouttavaa työtä (Ikonen 2015, 159). Suunnitelmassa sovitaan työntekijöiden keskinäisestä vastuunjaosta, esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelman päivittämisen suhteen (Matilainen 2005, 31). Keuruun kotihoidon henkilöstöä on koulutettu vuoden 2016 alussa hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisesta, sen päivittämisestä ja asiakaskohtaisten tavoitteiden asettamisesta.

Useissa lähteissä esiin tuli se, kuinka tärkeää on laatia kotihoidolle tavoitteet yhdessä asiakkaan kanssa (Heinola 2007, 99; Haapaniemi & Routasalo 2009, 38-39; Ikonen 2015, 62, 159). Arve ym (2012) totesivat, että asiakkaat, joilla oli tulevaisuuden suunnitelmia, kokivat hoidon toteutuneen paremmin kuin ne, joilla ei ollut tulevaisuuden

suunnitelmia (Arve ym, 2012, 20). Yksi osa asiakkaan tulevaisuuden suunnitelmaa voisivat olla kotihoidossa laadittavat tavoitteet. Tällä hetkellä Keuruun kotihoidon asiakkaille ei henkilökunnan mukaan tavoitteita laadita. Tähän tulisi jatkossa kiinnittää huomiota. Tavoitteiden tulisi olla riittävän yksityiskohtaisia ja täsmällisiä, jotta niiden toteutumista voitaisiin käytännössä myös seurata. Hoitajan rooli tavoitteiden laatimisessa sekä asiakkaan tukemisessa käytännössä hoitotyön keinoin ovat ensiarvoisen tärkeitä. Asiakkaan tulee olla mukana tavoitteiden laatimisessa (Tekes 2014, 45).

Sairaanhoitajien erityisosaamista toivottiin hyödynnettävän käytännössä, sairaanhoitajat toivat esiin omia osaamisalueitaan, sekä sen, että toivoisivat oman mielenkiintonsa saavan myös vaikuttaa asiaan. Kun työntekijällä on mahdollisuus hyödyntää osaamistaan ja ammattitaitoaan, tuloksellisuus ja työhyvinvointi lisääntyvät (Haapakorpi & Haapola 2008, 36). Vantaan kotihoidossa hyödynnetään sairaanhoitajien erityisosaamista esimerkiksi haavahoidossa, tartuntataudeissa, sekä mielenterveys- ja päihdehoitotyössä. Vantaalla tiimit on jaettu alueittain ja kaikki hoitotyön osaajat on jaettu osaamisen mukaan siten, että jokaiseen tiimiin on saatu mahdollisimman monipuolisesti erilaisia osajia. (Kolli 2015.)

Kyselyn perusteella saadut vastaukset kotihoidon laadusta kertoivat sen, että hoitajat arvioivat kotihoidon laatua pääasiassa asiakkaan näkökulmasta. Laatua voidaan arvioida hyvin monesta eri näkökulmasta (Heinola 2007, 13; Ikonen 2015, 60-65; Finne-Soveri & Noro 2006, 88-89). Asiakkaan näkökulmasta arvioituna laatua lisäävät masennuksen ja muistisairauksien varhainen tunnistaminen, ravitsemustilan arviointi sekä kivun arviointi ja hyvä hoito. Hoitajien vastausten perusteella näihin asioihin jo kiinnitetään huomiota, mutta yhtenäistä toimintamallia ei kuitenkaan havainnoimiseksi ja arvioimiseksi ollut. Mielestäni tiimin tulisi yhdessä pohtia mitä on laatu Kompassi-tiimissä. Tuolloin olisi helpompi laatia myös tiimille yhteiset tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiselle. (Juuti 2006, 121; Vataja 2009, 145-146.)

Vastauksista selvisi, että kotihoidossa käytetään MMSE-testiä muistisairauden varhaiseksi tunnistamiseksi. MMSE-testi ei ole kuitenkaan riittävän herkkä muistisairauden varhaisen vaiheen tunnistamiseen. Se on tarkoitettu edenneen dementia-asteisen muistisairauden seurantaan ja seulontaan. Ensivaiheen arviointimenetelmäksi soveltuu CERAD-tehtäväsarja, joka on tarkoitettu erityisesti Alzheimerin taudin varhaiseen toteami-

seen (Alhainen, Eloniemi-Sulkava, Erkinjuntti Juhela, Juva, Löppönen, Makkonen, Mäkelä, Pirttilä, Pitkälä, Remes, Suhonen, Sulkava & Viramo 2008. Muistiliitto 2015). CERAD:in avulla saadaan monipuolisempi ja luotettavampi kuva asiakkaan älyllisestä suorituskyvystä. CERAD-tehtäväsarjaa suositellaan käytettäväksi perusterveydenhuollossa muistisairauksien seulonnan välineenä, sen voi tehdä esimerkiksi siihen koulutettu muistihoitaja. CERAD-tehtäväsarja on osa perusvälineistöä muistisairautta epäiltäessä. (Erkinjuntti, Hietanen, Hokkanen, Hänninen, Juva, Pirttilä, Pulliainen, Pöyhönen, Remes, Salo & Sotaniemi 2010.) Keuruulla CERAD-tehtäväsarjaa kotihoidossa tekee yksi sairaanhoitaja, jonka aika näiden tekemiseen on rajallista.

MNA-testiä voidaan käyttää välineenä asiakkaan ravitsemustilaa arvioitaessa (Ravitsemusneuvottelukunta 2010, 30). Kotihoidossa sitä käytettiin harvoin. Työntekijöistä erityisesti lähihoitajat kuitenkin toivat sen esiin vastauksissaan. Kotihoidon asiakkaan painoa tulisi seurata kerran kuukaudessa (Ravitsemusneuvottelukunta 2010, 30). Opinnäytetyön tulosten mukaan asiakkaan painoa seurataan, mutta ei kuitenkaan selvinnyt, seurataanko kaikkien asiakkaiden painoa ja kuinka usein. Mikäli asiakkaalla havaitaan vaajaaravitsemusta ja riskiä siihen, tulisi laatia ravitsemushoidon suunnitelma moniammatillisessa yhteistyössä ravitsemussuunnittelijan tai –terapeutin kanssa (Ravitsemusneuvottelukunta 2010, 30-32). Tulosten perusteella varsinaisia ravitsemushoidon suunnitelmia ei ollut käytössä. Ravitsemusterapeutin hyödyntämistä ei myöskään vastauksista esiin noussut.

GDS-15 mainittiin masennuksen tunnistamisesta kysyttäessä. Testiä ei systemaattisesti käytetty. GDS-15 on käyttökelpoinen henkilöillä, joiden MMSE-pisteet ovat yli 10. Testiä voidaan käyttää masennusoireiden arvioimiseen (Conradsson, Gustafson, Littbrand, Lövheim, Olofsson & Rosendahl 2013). Muitakin testejä masennuksen tunnistamiseen on, mutta hoitajien vastauksissa GDS-15 tuli ainoana esiin.

Muistisairauden ja masennuksen erottaminen toisistaan voi olla haastavaa (Koponen & Leinonen 2014). Masennukseen ja muistisairauksiin voi liittyä painon alenemista, mutta painon putoaminen voi liittyä ikääntyneellä muihinkin tekijöihin (Leino 1999). Tämän vuoksi kotihoidon työntekijän rooli vanhuksen hoitavana tahona on tärkeä. Hoitajan tulee osata kiinnittää huomiota näihin asioihin ja tehdä tarvittavia päätöksiä hoidon suhteen. Hoitajan rooli yhteyshenkilönä lääkärin ja asiakkaan välillä on mielestäni merkit-

tävä. Hoitaja voi helpottaa lääkärin tehtävää tekemällä testejä, seuraamalla asiakasta huolellisesti ja kertomalla näistä havainnoista lääkärille. Keuruulla sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu olla mukana lääkärinkierroilla ja konsultoida tarvittaessa lääkäriä asiakkaan asioissa. Näin ollen asiakkaan kokonaistilanteen hahmottaminen myös edellä mainittujen asioiden suhteen on sairaanhoitajan vastuulla.

Vastausten perusteella Keuruun kotihoidon sairaanhoitajilla ei ole tällä hetkellä varsinaisesti nimettyjä omia asiakkaita. Vastauksien mukaan jokaiselle asiakkaalle on vastuuhoidajaksi nimetty lähihoitaja. Asiakkaiden erityistarpeita ei ole tällä hetkellä mietitty vastuuhoidajia jaettaessa. Asiakkaiden toive hoitajien vähäisestä vaihtuvuudesta on noussut esiin useassa tutkimuksessa. Hoidon jatkuvuus ja hoitosuhteen luottamuksellisuus ovat erityisesti asiakkaiden näkökulmasta tärkeitä seikkoja. (Holmberg ym. 2012, 709; Hennala 2014, 75; Hartikainen, Kangasniemi, Pietilä & Turjamaa 2014, 3211.)

Tiimityön toimivuudesta oltiin kyselyn vastausten perusteella montaa mieltä. Toiset kokivat, että yhteistyö tiimissä ei toimi. Toisten mukaan yhteistyö kuitenkin sujui hyvin. Säännöllisiin tiimipalavereihin sairaanhoitajat eivät ajanpuutteen vuoksi osallistuneet. Palaverit on koettu tärkeiksi yhteistyön kannalta ja ovat edellytys asiakkaan laadukkaalle hoidolle (Tepponen 2009, 180; Houdt & Lepeleire 2010, 161, 170). Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen kotihoidossa on tärkeää (Tepponen 2009, 180). Vastausten mukaan tiimin lähihoitajat kokevat tarvitsevänsä sairaanhoitajien tieto-taitoa, joten yhteistyö on tärkeää. Sairaanhoitajan odotetaan tuovan tiimiin uusimmat tiedot ja taidot. Haapakorpi ja Haapolan (2009) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat ovat tiimin asiantuntijaesimiehiä, joilta lähihoitajat pyytävät tarvittaessa neuvoja ja ohjausta (Haapakorpi & Haapola 2008, 42). Osaamiskartan laatiminen kotihoidon työntekijöille voisi olla toimiva ratkaisu työnkuvien kehittämistä pohdittaessa (Piltonen 2013).

Tiimityön toimivuutta haittasi vastaajien mielestä tällä hetkellä tiimin suuri koko. Aiemmin kompassi-tiimi oli jaettu neljään pienempään tiimiin. Tiimin pieni koko mahdollistaa paremman kommunikaation ja vuorovaikutussuhteen (Juuti 2006, 127). Fyysisesti samassa tilassa työskentely ja työaikojen yhtäläisyys edesauttavat tiimin yhteistyön sujuvuutta. Tällä hetkellä Kompassi-tiimin lähihoitajat ja sairaanhoitajat tulevat eri aikaan töihin, jolloin yhteistyön sujuvuus voi hankaloitua. (Holm & Kinnunen 2013, 18.) Koti-

hoidossa tulisi miettiä työaika yhdessä. Ehkä olisi hyvä jos kaikki työntekijät tulisivat töihin samaan aikaan.

6.3 Ehdotukset sairaanhoitajan tehtävänkuvan kehittämiseksi

Sairaanhoitajan tehtävänkuvan kehittämiseen liittyviä asioita nousi kyselyn vastausten ja aiemman tutkitun tiedon perusteella. Näiden pohjalta myös laaditaan henkilökunnalle yhteenveto, jota aiemmin opinnäytetyössä on tuotokseksi kutsuttu. Yhteenveto pyritään pitämään mahdollisimman lyhyenä, ymmärrettävänä ja selkeänä, jotta se olisi käytännön työssä hyödynnettävissä. Näiden ehdotusten käytäntöön soveltaminen vaatii koko työyhteisön panostusta. Esimiehen rooli ja henkilökunnan motivaatio kehittämisen mahdollistajana ovat ensiarvoisen tärkeitä.

Ensimmäinen ehdotus on, että Kompassi-tiimin sisällä pohdittaisiin yhdessä mitä kotihoidon laatu heidän työssään konkreettisesti on. Tämän pohjalta voitaisiin laatia laadukkaasti hoitotyön tavoitteet ja keinot niiden toteuttamiseksi.

Vastauksista esiin nousi se, että hoitajat haluavat, että sairaanhoitajien erityisosaamista hyödynnetään. Jatkossa on pohdittava mitkä ovat sairaanhoitajan työpanosta edellyttäviä kotihoidon työtehtäviä ja mitkä lähihoitaja tai vastaava pystyy hoitamaan. Osa sairaanhoitajista toi ilmi oman erityisosaamisensa, joka kannattaisi ehdottomasti valjastaa käyttöön.

Ehdotan, että sairaanhoitajille jaettaisiin omat asiakkaat siten, että sairaanhoitajan erityisosaaminen ja asiakkaan tarpeet huomioitaisiin. Jokaisella asiakkaalla tulee olla yhtäläinen oikeus sairaanhoitajan tekemiin kotikäynneihin. Oma sairaanhoitaja kävisi asiakaidensa luona arvioivalla käynnillä yhden tai kahden kuukauden välein. Näin pystyttäisiin parantamaan hoidon jatkuvuutta ja todennäköisesti myös asiakastyytyväisyyttä. Lisäksi pitäisi huomioida se, että sairaanhoitajan pitäisi pystyä vastaamaan asiakkaiden akuuttiin hoidon tarpeeseen, jotta välttyttäisiin esimerkiksi turhilta käynneiltä päivystyksessä.

Vastauksista tuli ilmi asioita, joita sairaanhoitajan tekemältä kotikäynniltä odotetaan. Asiakkaan hoidon tarpeiden arviointi on käynneillä tärkeää. Säännölliseen käyttöön tulisi ottaa masennuksen tunnistamiseksi GDS-15, sekä aliravitsemusriskin arvioimiseksi MNA-testit, joiden tuloksia voidaan hyödyntää asiakkaan hoitoa suunniteltaessa ja arvioitaessa. Muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen tulisi kiinnittää huomiota. Yksi ratkaisu voisi olla yhden sairaanhoitajan kouluttautuminen tekemään CERAD-tehtäväsarjaa kotihoidon asiakkaille. Lääkehoidon arviointiin tulee kiinnittää huomiota. Jokaisen kotihoidon asiakkaan lääkitys tulisi arvioida vähintään puolen vuoden välein.

Tiimin jäsenet toivoivat pienempiä tiimejä. Tämä voisi tehostaa myös yhteistyötä ja parantaa tiedonkulkua. Käytännössä Keuruun kotihoidossa voisi toimia tiimin sisäiset pienemmät vastuuhoidajaryhmät, jolloin jokaisella asiakkaalla olisi nimettynä useampi omahoitaja, joista yksi olisi sairaanhoitaja. Yhtenäiset työajat tiimissä voisivat myös tehostaa yhteistyötä. Sairaanhoitajien osallistuminen tiimin palaveriin koettiin tarpeelliseksi. Sairaanhoitajat eivät kuitenkaan näihin ajan puutteen vuoksi osallistuneet. Jatkossa yhteisten palaverien merkitystä tulisi korostaa ja osallistumiseen kannustaa. Palaverit tulisi huomioida jo työvuoroa suunniteltaessa.

Henkilöstö toivoi vastauksissaan, että esimiehet olisivat mukana työn kehittämisessä ja mahdollistaisivat sen. Seppänen-Järvelän (2009) mukaan johtaminen on keskeisessä roolissa kun työyhteisöä kehitetään (Seppänen-Järvelä 2009, 71). Tässä opinnäytetyössä johtamista ja esimiestyötä ei tarkemmin käsitellä, mutta se on otettava huomioon tuloksia pohdittaessa. Esimies on parhaimmillaan toiminnan muuttamisen mahdollistaja ja muutoksessa tukija.

Kotihoidon henkilöstölle on jo annettu hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen liittyen koulutusta. Huomiota tulee jatkossa kiinnittää siihen, että koulutuksissa opitut asiat siirtyvät myös käytännön työelämään. Asiakaslähtöisten tavoitteiden laatiminen vaatii harjoitusta, mutta on kaikkien kannalta hyödyllistä. Hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen voi onnistuessaan helpottaa kaikkien työtä ja tuoda asiakkaan kannalta parempia hoidon tuloksia.

6.4 Ehdotukset jatkotutkimukselle

Kotihoidon henkilöstölle on tänä vuonna järjestetty koulutusta hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen suhteen. Jatkossa olisi järkevää arvioida koulutuksen vaikuttavuutta, sekä mahdollisia lisäkoulutuksen tarpeita erillisellä tutkimuksella. Suunnitelmassa kiinnitetään jatkossa enemmän huomiota kotihoidon tavoitteellisuuteen ja asiakaslähtöisten tavoitteiden laatimiseen. Tavoitteiden asettamista ja niiden toteutumiseen liittyvää arviointia olisi hyvä tehdä jatkossa asiakkaan näkökulmasta. Asiakkaan motivoiminen ja osallistaminen tavoitteiden pohjalta voisi olla tulevaisuuden kannalta antoisa ja tärkeä tutkimusaihe.

Jatkossa voitaisiin tutkia myös sitä, miten kotihoidon sairaanhoitajan rooli voi vaikuttaa terveydenhuollon kustannuksiin. Jos sairaanhoitaja tekee enemmän arvioivia käyntejä, onko mahdollista pystyä ehkäisemään asiakkaiden turhia lääkärissä käyntejä tai mahdollisesti siirtää palveluasumiseen joutumista? Miten sairaanhoitajan roolia pystytään muuttamaan vielä enemmän tähän suuntaan ja onko se tarpeen? Jos jokaisen sairaanhoitajan erityisosaaminen saadaan valjastettua kotihoidossa tehokkaasti käyttöön, voitaisiin ehkä vaikuttaa myös vanhuspalveluiden kustannuksiin.

Henkilökunnan työhyvinvointi ja työssä jaksaminen olisi mielenkiintoinen tutkimusaihe. Oma näkemykseni on, että hyvin työssään jaksava työntekijä on innostunut työstään ja halukas kehittämään sitä. Tyytyväinen työntekijä näkyy myös tyytyväisenä asiakkaana. Keuruun kaupungin strategiassakin (2012) on mainittu, että henkilöstön hyvinvointi palvelutuotannon onnistumisen edellytyksenä (Keuruun kaupunki 2012).

Jatkossa haluaisin myös tietoa siitä, miten kotihoidossa toteutetaan lääkehoitoa ja sen arviointia. Moniammatillinen lääkehoidon arviointi on koettu toimivaksi ja resursseja säästäväksi ratkaisuksi (Auvinen ym 2014, 38-39). Tämän soveltaminen myös Keuruun kotihoidon asiakkaiden kohdalla toisi laatua asiakkaan hoitoon.

LÄHTEET

- Aertgeerts, B., De Vliegher, K., Declercq, A. & Moons, P. 2015. Exploring the activity of health care assistants and nurses in home nursing. *British Journal of Community Nursing* 20 (12), 608-614.
- Airaksinen, T. 2009. Toiminnallinen opinnäytetyö tekstinä. SlideShare. Julkaistu 30.6.2009. Luettu 2.2.2016. <http://www.slideshare.net/TiinaMarjatta/toiminnallinen-opinnyty-tekstin>.
- Alhainen, K., Suhonen, J., Eloniemi-Sulkava, U., Erkinjuntti T., Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Sulkava, R. & Viramo, P. 2008. Hyvät hoitokäytännön muistisairauksien kaikissa vaiheissa. *Lääkärilehti. Muistisairausliite*. 63 (10), 9-22.
- Andersson, S., Finne-Soveri, H., Heinola, R., Kattaine, E., Kauppinen, S., Sinervo, T., Topo, P. & Voutilainen, P. 2007. Katsaus ikääntyneiden kotihoidon kehitykseen. Teoksessa Heikkilä, M. & Lahti, T. (toim.) 2007. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Stakes: Helsinki, 154-189
- Arve, S., Eloranta, S., Isoaho, H., Routasalo, P. & Viitanen, M. 2012. Ikäihmisten psyykinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa. *Hoitotiede* 24, 14-26.
- Autio, T. & Vesterinen, P. 2011. GDS-15, Myöhäisiän depressioseula. Julkaistu 26.01.2011. Päivitetty 15.01.2013. Luettu 01.02.2016. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/87/>.
- Auvinen, K., Hintsanen, S., Miettunen, R. & Räisänen, J. 2014. Sulkavan kotisairaanhoidon potilaat hyötyvät lääkehoidon moniammatillisesta arvioinnista. *SIC- Lääketietoa Fimeasta*. 2014:4.
- Barnes, S., Drummond, B., Lovatt, M., Wasielewska, A. & Watkinson-Powell, A. 2014. Food provision for older people receiving home care from the perspectives of home-care workers. *Health and Social Care in the Community* 22 (5), 553-560.
- Beer, J., McBride, S., Mitzner, T. & Rogers, W. 2011. Challenges for Home Health Care Providers: A Needs Assessment. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics* 29 (1), 5-22.
- Conradsson, M., Gustafson, Y., Littbrand, H., Lövheim, H., Olofsson, B. & Rosendahl, E. 2013. Usefulness of the Geriatric Scale 15-item version among very old people with and without cognitive impairment. *Aging & Mental Health* 15 (5), 638-645.
- De Lepeleire, J. & Van Houdt, S. 2010. Does the use of care plans improve the quality of home care? *Quality in Primary Care* 18, 161-172.
- Duner, A. 2013. Care planning and decision-making in teams in Swedish elderly care: A study of interprofessional collaboration and professional boundaries. *Journal of Interprofessional Care* (27), 246-253.

Erkinjuntti, T., Hietanen, M., Hokkanen, L., Hänninen, T., Juva, K., Pirttilä, T., Pulliainen, V., Pöyhönen, M., Remes, A., Salo, J. & Sotaniemi, M. 2010. Muistisairauksien tiedonkäsittelymuutosten varhainen toteaminen uudistetulla CERAD-tehtäväsarjalla. *Duodecim* 126, 2013-2021.

Finne-Soveri, H. & Noro, A. (toim.) Kotihoidon asiakasrakenne. Kotihoidon laatu. Teoksessa Björgren, M. & Finne-Soveri, H. Noro, A. (toim.) & Vähäkangas, P. Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes: Helsinki, 61-120

Haapakorpi, A. & Haapola, I. 2008. Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla – Esimerkkinä vanhusten kotihoito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 35/2008.

Haapaniemi, H. & Routasalo, P. 2009. Iäkkään potilaan ja omaisensa toiminta potilaan kuntoutumisen edistämässä sairaanhoitajan näkökulmasta. *Hoitotiede* 21, 34-44.

Hartikainen, S., Kaipainen, T., Nykänen, I. & Tiuhonen, M. 2015. Prevalence on risk on malnutrition and associated factors in home care clients. *The Journal of Nursing Home Research Sciences* 1, 47-51.

Heikkilä, M. & Lahti, T. 2007. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki: Stakes.

Heino, M. & Westerlund, M. 2011. Ikääntyneen kotona selviytymistä edistävä kotisairaanhoidon toiminta. Hoitotyön koulutusohjelma. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Heinola, R. 2007. Kotihoidon laadun arvioinnin kriteerit. Teoksessa Heinola, R. (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito – Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes: Oopaita 70. Helsinki: Stakes.

Hennala, L. 2014. Radikaaleja innovaatioita vai pieniä tekoja – ikäihmisten ääni kotihoidon palvelujen uudistamisessa. *Gerontologia* 28, 67-81.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 18. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Holm, M. & Kinnunen, S. 2013. Äänekosken kotihoidon tiimityön odotukset. Hoitotyön koulutusohjelma. Pieksämäen diakonia-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Holmberg, M., Lundgren, S.M. & Valmari, G. 2012. Patients' experiences of homacare nursing: balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26, 705-712.

Ikonen, E. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4. uudistettu painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Itäpuisto, T. Vs. vanhustyönjohtaja. Keskustelu 08.01.2016. Keuruun kaupunki. Lehtiniemen palvelukeskus.

Juvakka, T. & Kylmä, J. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Järvinen, J & Rätty, S. 2011. Kotisairaanhoidajan osaaminen – Sairaanhoidajien kokemuksia osaamisestaan ikääntyneiden hoitotyössä. Hoitotyön koulutusohjelma. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Keuruun suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi vuoteen 2020. 2015. Suunnittelutyöryhmä. Luettu 30.6.2015. <http://www.keuruu.fi/asukkaat/sosiaali-ja-terveys/ajankohtaista/882-keuruun-suunnitelma-ikaantyneen-vaeston-tukemiseksi-vuoteen-2020?font-size=smaller>

Keuruun kaupunki 2012. Keuruu 2017 – Kunta- ja palvelustrategia. Luettu 02.02.2016. http://www.keuruu.fi/images/hallinto-ja_henkilostopalvelut/dokumentit/Keuruu_2017_Kunta_ja_palvelustrategia_valt_25_6_2012_32.pdf.

Kinnunen, S. 2013. Kotihoidossa työskentelevän sairaanhoidajan osaamiskartta. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Savonia-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Kolli, S. Sairaanhoidaja/Tiimivastaava. 2015. Keuruun kotihoidon kehittäminen. Sähköpostiviesti. Luettu 21.10.2015. sirpa.kolli@jarvenpaa.fi.

Koponen, H. & Leinonen, E. 2014. Vanhuuden mielialahäiriöt. Terveysportti. http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597

Kuronen, R. & Väyrynen, R. 2015. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2014. Tilastokatsaus 5/2015. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Käypä hoito-suositus. 2015. Kipu. Julkaistu 04.12.2015. Luettu 29.12.2015. <http://www.kaypahoito.fi/KH2014-suositukset-portlet/Tulosta?id=hoi50103>.

Larmi, A., Tokola, E. & Välkkiö, H. 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Helsinki: Tammi.

Lauri, S., Routasalo, P. & Soini, H. 2006. Nutrition in Patients Receiving Home Care in Finland. Journal of gerontological Nursing 32 (4), 12-17.

Leino, R. 1999. Tahaton laihtuminen. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Luettu 04.02.2016. http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewTy-pe=viewArticle&tunnus=duo90226&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth= .

Lestinen, M. 2009. Sairaanhoidajan toimenkuva ja osaaminen Jyväskylän kaupungin kotihoidossa. Hoitotyön koulutusohjelma. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Lindblom-Ylänne, S., Paavilainen, E., Pehkonen, L. & Ronkainen, S. 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WSOYpro.

- Luoma, M-L. & Kattainen, E. 2007. Asiakasrakenne. Teoksessa Heinola, R. (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito – Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes: Oppaita 70. Helsinki: Stakes.
- Matilainen, I. 2005. Iäkkään ihmisen hyvä arki kotona – Kotona-hankkeen loppuraportti. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.
- Muistiliitto. 2015. Muistihäiriöiden tutkimus. Päivitetty 04.09.2015. Luettu 28.01.2016. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistihairioiden-tutkimus/>.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.
- Paljärvi, S. 2012. Muuttuva kotihoito. 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja, nro 39. Kuopio.
- Palmu, T. 2013. Hoitotyön vuosikirja 2013. Sairaanhoidtaja ja lääkehoito. Helsinki: Fio-ca Oy.
- Piltonen, U. 2013. Toimintamalli kotihoitohenkilökunnan osaamisen kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen koulutusohjelma. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 72. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Seppänen-Järvelä, R. 2009. Kehittämisen organisoiminen ja johtaminen. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. & Vataja, K. (toim). Työyhteisö uusille urille – Kehittäminen osaksi arjen työtä. Jyväskylä: PS-kustannus, 69-78.
- STM. 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020 – Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministerion raportteja ja muistioita 2012:10.
- STM. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11.
- Suomisanakirja. 2015. Tiimi. Luettu 04.02.2016. <http://www.suomisanakirja.fi/tiimi>.
- TENK. 2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Luettu 10.01.2016. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>.
- Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja, nro 171. Kuopio.
- Valli, R. 2015. Paperinen kyselylomake. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Vataja, K. 2009. Kompetenssi – kehittävää arviointia. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. & Vataja, K. (toim). Työyhteisö uusille urille – Kehittäminen osaksi arjen työtä. Jyväskylä: PS-kustannus, 141-164.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. Tutki ja kehitä. 2015. Jyväskylä: PS-kustannus.

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomakkeen saatekirje ja suostumus.



Liite 1: 1 (2)

TIEDOTE

10.09.2015

Hyvä kotihoidon työntekijä!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on selvittää miten Keuruun kotihoidon kompassi-tiimin sairaanhoitajan tehtäväkuva voitaisiin kehittää. Opinnäytetyön tekemiselle on luvan myöntänyt Keuruun kaupungin perusturvajohtaja. Keuruun kotihoito toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan lomakekyselyjen avulla lokakuun 2015 aikana. Kyselyihin pyydetään vastaus kaikilta kompassi-tiimin sairaanhoitajilta, kymmeneltä kompassi-tiimin lähi-/perushoitajalta, sekä kompassi-tiimin esimieheltä. Kyselyihin voitte vastata työajalla. Kyselyssä esitetään kysymyksiä sairaanhoitajan työstä, sekä tiimin yhteisistä käytänteistä ja mahdollisista muutostarpeista. Mikäli kyselyiden avulla ei saavuteta riittäviä tuloksia, voidaan vastauksia täydentää vielä ryhmähaastatteluilla, joiden toteuttamiseen käytetään myös työaika. Mahdolliset haastattelut nauhoitetaan. Ryhmähaastattelut toteutetaan lokamarraskuussa 2015.

Osallistumiseen tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyön tuloksia esitellään kotihoidon hoitohenkilökunnalle vuoden 2016 alussa. Tulosten perusteella sairaanhoitajat pystyvät kehittämään omaa työnsuorituksensa. Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan luettavissa elektronisessa Theseus-tietokannassa.

Mikäli teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Opinnäytetyön tekijä
Katri Vuorinen
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
s-posti: katri.vuorinen@health.tamk.fi
puh. 045 329 3901

Opinnäytetyön ohjaaja
Heleena Laitinen
Lehtori
Tampereen ammattikorkeakoulu
s-posti: heleena.laitinen@tamk.fi
puh. +35850 360 4790



2 (2)

Suostumus

Sairaanhoitajan tehtävänkuvan kehittäminen Keuruun kotihoidon kompassi-tiimissä

Olen saanut kirjallista ja suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on selvittää miten sairaanhoitajan tehtäväkuvaa olisi tarpeen kehittää Keuruun kotihoidon kompassi-tiimissä. Olen saanut mahdollisuuden esittää kysymyksiä opinnäytetyöstä sen tekijälle.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön:

Suostumuksen vastaanottaja:

Osallistujan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

Liite 2. Opinnäytetyön tuotos.



Liite 2. Dia 1 (7)

Mihin sairaanhoitajan osaamista tarvitaan?

- Ohjaus ja neuvonta
 - lähihoitajat
 - asiakkaat

- Kliiniset taidot
 - sairaanhoidollinen tieto-taito

- Asiakkaan kokonaistilanteen arviointi

Liite 2. Dia 2 (7)

SAIRAAHOITAJAN ANTAMA OHJAUS

Sairaanhoitajalta osaamista

- Hoitoon, esim. haavahoito
- Harvinaisempiin hoitotoimenpiteisiin
- Lääkehoitoon
- Ohjeiden mukaan toimimiseen
- Asiakkaan tilanteen arviointiin
 - Erityisesti voinnin muutoksissa



KUVA 1. TERVE.FI

Liite 2. Dia 3 (7)

SAIRAAHOITAJAN KOTIKÄYNNIN SISÄLTÖ

- Käynnit säännöllisesti
 - 1 x kk
- Perusteellinen arvio asiakkaan voinnista
 - Yleisvointi
 - Sairauksien tila
 - Liikkuminen
 - Aistitoiminnot
 - Perushoito
 - Ihon kunnon seuranta
 - Paino
 - Verenpaine
 - Lääkehoito
 - ravitsemustila



KUVA 2. YLE.FI

Liite 2. Dia 4 (7)

SAIRAAHOITAJAN TEHTÄVÄNKUVAN KEHITTÄMINEN



KUVA 3. YLE.FI

- "omat" asiakkaat
 - Asiakkaan tarpeet ja sairaanhoitajan osaaminen yhdistäen
- Käynnit säännöllisesti (1xkk)
 - Asiakkaan terveydentilan seuranta
- Kotikäynnin sisällön pohtiminen
- Erityisosaamisen hyödyntäminen
- Ohjauksen ja neuvonnan antaminen
 - Miten tehokkaimmin tarjottavissa?
- Tiimityön tehostaminen
 - Yhteisiin kokouksiin osallistuminen

Liite 2. Dia 5 (7)

SAIRAAHOITAJAN TEHTÄVÄNKUVAN KEHITTÄMINEN

- Hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen
 - Tavoitteet
 - Suunnitelman käyttäminen käytännön työvälineenä
 - arviointi
- Tiimityö
 - Pienemmät hoitotiimit?
 - Asiakaspalaverit
 - Tiedonkulun parantaminen
 - Tiedon siirto nopeasti eteenpäin
 - Sovittujen asioiden tekeminen
 - Asioiden selkeä sopiminen



KUVA 4. WWW.SPREADSHIRT.FI

Liite 2. Dia 6 (7)

KOTIHOIDON LAATU



NIVA g MASSAAGEITUN

- **ASIAKKAAN HYVÄ HOITO**
 - Asiakkaan ja omaisen tyytyväisyys
 - Turvallisuuden tunne
 - Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen
 - Asiakslähtöisyys
 - Kohtaaminen!
 - Muistisairauden, kivun, masennuksen ja aliravitsemuksen tunnistaminen
- **TOIMIVA TIIMITYÖ**
 - Moniammatillisuus
 - Hoidon jatkuvuus
 - Toimiva tiedon kulku
- **OSAAVA HENKILÖSTÖ**
 - Motivoitunut
 - Kehittymishaluinen
 - ammattitaitoinen

Liite 2. Dia 7 (7)

