

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Sairaanhoitaja

2015

Satu Kokkonen ja Memmu Onyeahialam

KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÖIDEN KEHITTÄMIS- JA TYÖYHTEISÖOSAAMINEN JA KOULUTUSTARPEET

Perusturvakuntayhtymä Akseli



OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoitaja

Kesäkuu 2015 | 45 + 17 sivua

Arja Nylund

Satu Kokkonen ja Memmu Onyehialam

KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÖIDEN KEHITTÄMIS- JA TYÖYHTEISÖOSAAMINEN JA KOULUTUSTARPEET – PERUSTURVAKUNTAYHTYMÄ AKSELI

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää perusturvakuntayhtymä Akselin, johon kuuluu Masku, Mynämäki ja Nousiainen, kotihoidon työntekijöiden kehittämis- ja työyhteisöosaamista, niiden tärkeyttä ja koulutustarpeita työntekijöiden itsensä arvioimana.

Tutkimus oli kyselytutkimus, määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus ja se toteutettiin puolistrukturoidulla sähköisellä kyselylomakkeella, jossa oli kaksi avointa kysymystä. Vastausvaihtoehdoissa käytettiin Likertin 4-portaista asteikkoa. Kyselytutkimus lähetettiin kaikille Akseli alueen kotihoidon 47 työntekijälle, vastauksia saapui 27.

Tulosten perusteella voidaan todeta työntekijöiden pitävän itsensä ammatillista kehittämistä tärkeänä ja havaita muutamia suurimpia ammatillisia koulutustarve kohteita. Koulutustarvetta on omien ja työyhteisön toimintatapojen kehittämisessä, toimintakyvymittareiden käyttämisen osaamisessa sekä hoito- ja palvelusuunnitelman kehittämisessä ja laatimisessa kuntouttavaa näkökulmaa tukevaksi moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen. Opiskelijaohjauksen sekä uusien työntekijöiden perehdytyksen osaaminen nousi myös kehittämistarpeissa esille. Monikulttuurisessa työyhteisössä työskentelyyn sekä asiakkaan tilanteen riskitekijöiden tunnistamiseen ja toimimisen osaamiseen riskien minimoimiseksi koettiin myös koulutustarvetta.

Kyselytutkimus täydentää Satakunnan sairaanhoitopiirin kehittämisosion tekemän hoitotyön osaamisen kyselyä ja tuloksia voidaan hyödyntää gerontologisessa hoitotyössä toimivan hoitohenkilökunnan täydennyskoulutuksen kehittämiseen Akselin alueella.

ASIASANAT:

Asiantuntijaosaaminen, kehittämisosaaminen, kotihoito, moniammatillisuus, palvelusuunnitelma, tiimityö, toimintakyvyn mittarit, työyhteisöosaaminen

BACHELOR`S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing | Nurse

June 2015 | 45 + 17 pages

Arja Nylund

Satu Kokkonen ja Memmu Onyeahialam

HOME CARE EMPLOYEES EDUCATIONAL NEEDS IN COMPETENCE OF DEVELOPMENT AND WORK COMMUNITY – BASIC SECURITY FEDERATION OF MUNICIPALITIES AKSELI

The purpose of this thesis was to examine the educational needs in competence of development and work community and the importance in them in Basic Security Federation of Municipalities Akseli, where belongs Masku, Mynämäki and Nousiainen.

The thesis was conducted as a quantitative study. The information was collected with semi-structured electrical questionnaire including two open questions. Questionnaire was sent to all 47 home care employees in Akseli, 27 responses was received. The answers were analyzed by Webropol's statistics program. The results of earlier research and experiences of nurse-relative co-operation formed the theoretical framework for the thesis.

The results indicate that there are needs for education especially in competence of care- and service plan making and personal measuring instruments. Also there are needs of education in developing of personal and work community working methods. According to the research, there is needs for education in student guidance, introduction of new employee and working in multicultural work community. To find out the risk situations of customers and minimize those risks there is need for education.

The present findings can be used to develop the further education of gerontological nursing personnel in Basic Security Federation of Municipalities Akseli.

KEYWORDS:

Care and Service Plan Competence, Home Care, Personal Measuring Instrument

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET	6
1 JOHDANTO	7
2 KOTIHOITO KÄSITTEENÄ	8
2.1 Ikäihmisten kotihoito	10
2.1.1 Palvelutarpeiden selvittäminen	11
2.1.2 Palvelusuunnitelma	12
2.1.3 Toimintakyvyn mittarit	14
2.2. Kotihoidon työntekijät	15
2.3. Ikäihmisten palvelut perusturvakuntayhtymä Akselissa	16
3 KOTIHOIDOSSA TARVITTAVA OSAAMINEN	17
3.1 Asiantuntijaosaaminen	18
3.2 Kehittämisaosaaminen	18
3.3 Työyhteisöosaaminen	20
3.4 Moniammatillisuus ja tiimityö	22
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	24
5. OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	25
5.1. Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	25
5.2 Aineiston analysointi	26
6 TULOKSET	27
6.1 Kehittämisaosaaminen	27
6.1.1 Kehittämisaosaamisen nykytila	27
6.1.2 Kehittämisaosaamisen tärkeys	29
6.1.3. Kehittämisaosaamisen koulutustarve	30
6.1.4 Toimintakyvyn mittarit	32
6.2. Työyhteisöosaaminen	35
6.2.1 Työyhteisöosaamisen nykytila	35
6.2.2 Työyhteisöosaamisen tärkeys	38
6.2.3 Työyhteisöosaamisen koulutustarve	39
7 POHDINTA	42

7.1. Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	42
7.2. Tulosten tarkastelua	44
7.3 Ammatillinen kasvu ja kehittämiskohteet.	46

LÄHTEET	47
----------------	-----------

LIITTEET

Liite 1 Saatekirje

Liite 2 Kyselylomake

TAULUKOT

Taulukko 1. Indeksillä määritellyt RAVA-luokat (FCG)	14
--	----

KUVIOT

Kuvio 1. Työkokemus hoitotyössä	27
Kuvio 2. Kehittämisosaaamisen nykytila	28
Kuvio 3 Kehittämisosaaamisen tärkeys	30
Kuvio 4 Kehittämisosaaamisen koulutustarve	31
Kuvio 5 Toimintakykykymittarien nykytila	33
Kuvio 6 Toimintakykykymittarien tärkeys	34
Kuvio 7 Toimintakykykymittarien koulutustarve	35
Kuvio 8 Työyhteisöosaamisen nykytila	37
Kuvio 9 Työyhteisöosaamisen tärkeys	38
Kuvio 10. Työyhteisöosaamisen koulutustarve	40

KÄYTETYT LYHENTEET

AUDIT-C Alkoholin ongelmakäytön lyhyt tunnistamistesti

Barthelin indeksi: Päivittäisissä perustoiminnoissa selviytymisen mittari

FCG Finnish Consulting Group

FIM (Functional Independence Measure) Toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointi mittari

GDS-15 (Geriatric Depression Scale) Myöhäisiän depressioseula

IADL/ADL IADL (Instrumental Activities of Daily Living) Päivittäisissä välineellisissä toiminnoissa selviämisen mittari, ADL (Activities of Daily Living) Päivittäisten perustoimintojen arvioinnin mittari

MMSE (Mini Mental State Examination) Lyhyt muistihäiriön ja dementian vaikeusasteen arvioinnin mittari

MNA (Mini Nutritional Assessment) Ravitsemustilan arviointitesti

RAVA Ikäihmisen toimintakyvyn ja päivittäisen avun ja palvelun tarpeen mittari

Soteakseli: Perusturvakuntayhtymä Akseli vastaa kolmen jäsenkuntansa sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon ja ikäihmisten palveluiden järjestämisestä

SPPB (Short Physical Performance Battery) Iäkkäiden alaraajojen suorituskykyä mittaava testistö

STM Sosiaali- ja terveysministeriö

THL Terveiden ja hyvinvoinninlaitos

1 JOHDANTO

Kotihoidon osaamiskartoituksilla saadaan kokonaiskuva yksikön ja sen työntekijöiden yhteisestä osaamisesta. Kun tunnetaan vahvuudet ja mahdolliset puutteet, on helpompi suunnitella jatko- ja täydennyskoulutusta. Jokaisen kotihoidontyöntekijän odotetaan kantavan itse vastuun omasta kehityksestään ja tietojensa, taitojensa ja osaamisensa aktiivisesta kartuttamisesta.

Perusturvakuntayhtymä Akselissa on käynnistynyt Yhteisvoimin kotona - ikääntyneiden kotiin annettavien palveluiden ja kuntoutuksen kehittäminen-hanke. Hankkeen toiminta-aika on 1.1.2014 - 31.10.2016. Hanke on osa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista kehittämisohjelmaa. (KASTE 2012-2015.) Hankkeen päätavoitteena on ennakoiden ja oikea-aikaisten palveluiden kehittäminen (Soteakseli 2014).

Akselin kehittämistyön painopisteet kotihoidossa ovat yhtenäisen palvelutarpeen ja arviointimallin suunnittelussa, hoito- ja palvelusuunnitelman kehittämisessä sekä liikuntasopimusmallin juurruttamisessa. Kaikessa kehittämistoiminnassa huomioidaan kuntoutuksen näkökulma sekä asiakasosallisuus. Kotihoidon henkilökunnan gerontologista osaamista lisätään koulutuksilla. Kotihoidossa työskentelee moniammatillinen työryhmä muun muassa sairaanhoitajia, lähihoitajia ja fysioterapeutteja. Akselin tavoitteena hankkeessa on palvelurakenteen siirtäminen laitos- ja palveluasumispainotteisuudesta kotihoitoon. Kotihoidon toimintaa kehittämällä voidaan tukea asiakkaiden toimintakykyä ja kotona selviytymistä. (Levy 2014.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kotihoidon työntekijöiden kehittämis- ja työyhteisöosaamista, niiden tärkeyttä sekä niihin liittyviä koulutustarpeita perusturvakuntayhtymä Akselissa ja täydentää Satakunnan sairaanhoitopiirin kehittämisosion alkuvuodesta tekemän hoitotyön osaamisen kyselyn tuloksia. Opinnäytetyö on osa Yhteisvoimin kotona- hanketta ja pääpaino on ikäihmisen hoitotyön osaamisessa. Opinnäytetyö toteutetaan kyselytutkimuksena.

2 KOTIHOITO KÄSITTEENÄ

Kotihoito on Sosiaalihuoltolain 20 §:n mukainen kotipalvelu ja Terveystieteidenhuoltolain 25 §:n mukainen kotisairaanhoito yhdessä. Kotipalvelu on määritelty lainsäädännössä sosiaalihuoltolaissa 17.9.1982/710 ja kotisairaanhoito terveydenhuoltolaissa 30.12.2010/1326. Kunnilla on ollut mahdollisuus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämiseen hallinnollisesti vuodesta 2004 alkaen. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä säädettiin tehtävien järjestämisestä koskevasta kokeilusta, sosiaalihuoltolaki 12 a § 30.12.2004, joka on voimassa väliaikaisesti vuoden 2016 loppuun, sekä terveydenhuoltolaissa vastaavasti. Kotisairaanhoito huolehtii kansanterveystieteen perusteella asiakkaan tarvitsemista hoitotyön palveluista. Edellä mainitusta toiminnasta vastuun kantavat kuntien sosiaali- ja terveysviranomaiset (STM 2013).

Kotihoidolla tarkoitetaan asiakkaan kotiin tarjottavaa kotipalvelua ja kotisairaanhoitoa. Kotipalvelulla tarkoitetaan kodinhoitoapua ja tukipalveluja, kuten ateriat-, kylvytys-, vaatehuolto-, siivous-, kuljetus-, saattaja- sekä sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Kodinhoitoapu on kodissa tapahtuvaa yksilön ja perheen työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista. Kotisairaanhoitoa ovat perusterveydenhuollossa toteutettavat avosairaanhoidon palvelut, kuten lääkkeen jako lääkeannostelijaan, verenpaineen ja verensokerin mittaus sekä esimerkiksi tikkien poisto. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010, 20.) Kotihoidossa pyritään edistämään terveyttä, ehkäisemään sairauksia ja kuntouttamaan ihmisiä. Työssä pitää osata hahmottaa suuria kokonaisuuksia, sillä hoitaja seuraa asiakkaan terveydentilaa, laatii hoitosuunnitelmia ja arvioi hoitoa niiden avulla. (Ikonen & Julkunen 2007, 147- 149.)

Kotihoidon työnkuva ja palvelujen kehittyminen on muuttunut aikain saatossa huomattavasti ammatillisen hoitotyön näkökulmasta katsottuna. 1800-luvulla hoitajat olivat diakonissoja, joiden toimenkuvaan kuului ihmisten päivittäisten perustarpeiden hoitamisen lisäksi sairauksien hoitaminen. Kotona kiertävät hoitajat olivat aliarvostettu ammattihenkilöstö. 1890-luvun lopulla palkattiin diakonissojen rinnalle kiertäviä sairaanhoitajia huolehtimaan omassa kodissaan

asuvista sairaista potilaista. Vuodesta 1931 lähtien Mannerheimin Lastensuojeluliiton osastot palkkasivat kodinhoitajia, jotka työskentelivät perheissä. Vuonna 1940 voimaan tulleen lain myötä hoitajien nimeke muuttui kunnalliseksi terveyssisareksi. Tämä nimikemuutos toi arvostusta alalle. (Laki kunnallisista terveyssisarista AK 223/1944.)

Kotiapu laajeni kotisairaanhoidosta avuksi monilapsisille perheille, sekä vanhusten auttamiseen 1950-luvulla. Aluksi toiminta oli vapaaehtoisjärjestöjen organisoimaa ja siirtyi sittemmin kuntien vastuulle. 1972 voimaan tullut Kansanterveyslaki painotti perusterveydenhoidon kehittämistä ja se velvoitti kunnat järjestämään kuntalaisilleen tarvittavat peruspalvelut. Kotisairaanhoido oli yksi uusista kuntien peruspalveluista. Kotipalveluja ja kotisairaanhoidoa kehitettiin erikseen. Kotipalvelutyöntekijöinä työskenteli kodinhoitajia ja kotiavustajia, kun taas kotisairaanhoidossa työskenteli terveydenhoitajia, sairaanhoitajia ja perushoitajia. 1978 tehtiin suunnitelma, jonka mukaan pyrittiin siirtämään laitoshoidon asiakkaita avohoitoon sekä jarruttamaan vanhusten laitoshoidon päätymistä. Uusi suunnitelma lisäsi kotihoidon tarvetta merkittävästi. (Hägg ym. 2007 8,9.10.)

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhteistyön tärkeyttä korostava Sosiaalihuoltolaki tuli voimaan 1980. Se velvoitti kuntien sosiaalihuoltoa painottamaan toiminnassaan avohuoltoa ja asiakkaiden itsenäistä asumista sekä omatoimista selviytymistä. Monessa kunnassa huomattiin erillisten kotipalvelun ja kotisairaanhoidon hankaloittavan toimintaa ja alueellinen yhdistyminen alkoi vuonna 1990. (Hägg ym. 2007 8,9.10.)

Vuonna 1992 tuli voimaan Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä vuonna 2000 säädettiin Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Nämä lait selkeyttivät ja paransivat kuntien käytäntöjä sekä monilta osin myös yhtenäistivät toimintamalleja. STM, Stakes ja Kuntaliitto ovat julkaisseet 2002 opaan ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen. Sen mukaan säännöllistä palvelua tarvitsevalle asiakkaalle on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutussuunnitelma tai muu suunnitelma yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Vuoden 2004 kokeilulainsäädäntö on myös helpottanut kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämistä. (Laki sosiaalihuoltolain L 1428/2004 ja kansanterveys-

lain L 1429/2004 väliaikaisesta muuttamisesta.) Kokeilulaki on mahdollistanut kotipalvelun ja kotisairaanhoidon järjestämisen kokonaan tai osittain kotihoidoksi yhdistettynä myös niissä kunnissa, joissa sosiaali- ja terveyslautakuntia ja virastoja ei ole yhdistetty (Heinola 2007, 65).

2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä varauduttiin väestörakenteen muutokseen uudistamalla sosiaaliturvaa ja palveluita. Terveysturvan hoitotakuu tuli voimaan sekä laajaa työeläkeuudistusta alettiin toteuttaa asteittain. 2010-luvun alun tärkeimpiä hankkeita ovat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistaminen sekä sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisuudistus. Uusi terveydenhuoltolaki ja takuueläke tulivat voimaan 2011. (STM Suuriruhtinas-kunnasta hyvinvointiyhteiskuntaan 2011.)

2.1 Ikäihmisten kotihoito

Suomalaisten elinikä on noussut huomattavasti viime vuosikymmenien aikana. Suomessa nykyinen 65 vuotta täyttäneiden osuus on 15 prosenttia koko väestöstä. Tämän ikäryhmän osuuden ennustetaan nousevan vuoteen 2030 mennessä 25 prosenttiin. Suhteellisesti eniten eliniän odote on pidentynyt yli 80-vuotiailla, joten yli 85-vuotiaiden määrä tulee kaksinkertaistumaan neljänkymmenen vuoden sisällä. Ikääntynyttä väestöä, vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa yli 63 -vuotiasta väestöä on tällä hetkellä Suomessa reilu miljoona ja heistä suurin osa elää arkeaan itsenäisesti. Palveluja säännöllisesti käyttäviä on noin 140 000. Palvelujen tarvetta lisäävät erityisesti etenevät muistisairaudet, heikko fyysinen toimintakyky, puutteelliset lähipalvelut, yksin asuminen, asuin- ja lähiympäristön esteellisyys ja sosiaalisten verkostojen puute. Kun mahdollisia palvelutarpeita ilmenee, ne on selvitettävä kattavasti. (STM:n laatusuositus 2013.)

Ikääntyminen tai vanheneminen tarkoittaa prosessia, jossa ihmisen henkiset ja ruumiilliset voimavarat alkavat vähetä. Tarkkaa ikäraja vanhuudelle tai

iäkkyydelle ei voida laittaa, useimmiten ikäihmisistä puhuttaessa viitataan joko 65 vuotta täyttäneeseen tai vanhuuseläkettä nauttivaan väestönosaan. (Salonen 2007.) STM määrittelee iäkkään ihmisen henkilöksi, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt johtuen joko korkeasta iästä, lisääntyneistä tai pahentuneista sairauksista tai vammojen vuoksi taikka rappeutumisen johdosta, joka liittyy korkeaan ikään (STM Vanhuspalvelulaki 2013 3§). Ikääntyminen on haaste sekä yhteiskunnalle että yksilölle (Tilvis & Pohjolainen 2003, 493).

Niin sanottu Vanhuspalvelulaki eli Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista tuli voimaan 1.7.2013. Suurinta osaa lain pykälistä alettiin soveltaa heti, joitain 1.1.2014 ja loppuja pykäläiä 1.1.2015 alkaen. Lain tavoitteena on kaventaa hyvinvointieroja sekä edistää ikääntyneiden hyvinvointia. Lain avulla edistetään ikääntyneiden mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa ja heidän omien voimavarojensa tukemiseen mielekkään elämänlaadun ylläpitämiseen. Painopiste on siirtynyt lain myötä korjaavista toimista ennalta ehkäisevään, toimintakykyä ja terveyttä ylläpitävään ja edistävään toimintaan. Laki turvaa palvelutarpeen arviointiin kaikille ikääntyneille sekä takaa riittävät palvelut niin määrältään kuin laadultaankin. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista; ns. Vanhuspalvelulaki.) EWMA raportissa vuodelta 2014 mainitaan yli 65-vuotiaiden määrän kasvavan sekä hoidon pääpainon siirtyvän kotihoitoon koko Euroopan alueella. Kasvanut eliniän ennuste, ikääntyneen väestön määrän kasvu, krooniset sairaudet sekä ylipaino aiheuttavat haasteita tulevaisuuden hoidon suunnitteluun ja työntekijöiden koulutustarpeisiin. (EWMA raportti 2014, 6.)

2.1.1 Palvelutarpeiden selvittäminen

Iäkkään ihmisen palveluselvitys on aina aloitettava ilman viivytystä, viimeistään seitsemän päivän kuluessa yhteydenotosta, silloin kun henkilö on täyttänyt 75 vuotta tai kun hän on hakeutunut sosiaalihuoltolain (1301/2014) 36 §:ssä tarkoi-

tettuun palvelutarvearvointiin. Selvittämiseen on ryhdyttävä silloin, kun iäkäs henkilö on tavanomaisista toiminnoista suoriutuakseen tai toimintakykynsä tukemiseksi tehnyt kunnalle sosiaalipalveluja koskevan hakemuksen tai sen tarve on yhdessä arvioitu hyvinvointia edistävien palvelujen kartoittamisen yhteydessä. Jos iäkkään ihmisen läheisen, omaisen tai hänelle määrätyn edunvalvojan mielestä on tarpeen, palvelutarpeen selvittämiseen on ryhdyttävä. Selvittelyyn on ryhdyttävä myös, jos säännöllisesti kunnallisten sosiaalisten palvelujen piirissä olevan iäkkään ihmisen olosuhteissa tapahtuu olennaisia muutoksia. (Sosiaalihuoltolaki 2014, 40 a §.)

2.1.2 Palvelusuunnitelma

Kun iäkkään henkilön palvelutarve on selvitetty, laaditaan hänelle viivytystä palvelusuunnitelma, joka määrittelee millainen sosiaali- ja terveystalouden kokonaisuus tukee hänen terveyttään, hyvinvointiaan, toimintakykyään ja itsenäistä suoriutumistaan sekä turvaa hänen hyvän hoitonsa. Palvelusuunnitelma-kokonaisuutta neuvoteltaessa tarvittaessa mukana voivat olla iäkkään henkilön itsensä lisäksi hänen omaisensa, läheisensä tai hänelle määrätty edunvalvoja. Suunnitelmaan on kirjattava iäkkään henkilön omat näkemykset eri vaihtoehdoista. (Vanhuspalvelulaki 16 §.)

Kun iäkkään henkilön toimintakyvyssä tapahtuu olennaisia hänen palvelutarpeeseensa vaikuttavia muutoksia, on palvelusuunnitelma tarkistettava ilman aiheetonta viivytystä Kotihoidossa omahoitaja/ vastuuhoidtaja vastaa palvelusuunnitelman ajantasaisuudesta yhdessä kotihoidonohjaajan kanssa. Hyvin tehty palvelusuunnitelma perehdyttää niin työntekijän kuin hoitotyön opiskelijankin asiakasturvalliseen hoitotyöhön (Vanhuspalvelulaki 16 §.)

Valviran ohjeistuksen mukaisesti hoito- ja palvelusuunnitelma on tehtävä yhdessä asiakkaan, omaisen ja häntä hoitavien tahojen kanssa viimeistään kahden viikon kuluttua palveluiden alkamisesta (SHL:n 40 a §). Hoito- ja palvelusuunnitelma päivitetään vähintään 3 kuukauden välein sekä palvelutarpeen muuttuessa, asiakkaan toimintakykyä ja tilannetta arvioidaan jatkuvasti. Toimin-

takyvyn muutosten perusteella palveluja voidaan joko lisätä, vähentää tai lopettaa kokonaan. (Valvira 2012.)

Hyvän hoito- ja palvelusuunnitelman valmistelu vaatii asiakaslähtöistä ajattelua. Työntekijällä on oltava arvioiva ja asiakaslähtöinen työote, siihen tarvitaan tietoa siitä, mitä asiakkaat pitävät hyvänä ja tavoiteltavana ja mitä he arvostavat. Työntekijä toimii asiantuntijuutensa ja osaamisensa turvin samalla kun asiakas on palvelun ja hoidon saaja, kehittäjä ja kokija. Hyvän hoito- ja palvelusuunnitelman sisältö rakentuu vaiheittain. Hyvän palvelun ja asiakasalähtöisen toiminnan turvaamiseksi työyhteisöissä on tärkeätä verkostoida ja muodostaa kokonaisuus suunnitelmassa kaikilta eri tahoilta, jotka tuottavat palveluita, toimenpiteitä tai hoitoa asiakkaan tarpeisiin. Asiakas on aina olennaisin osa verkostossa moninaisine tarpeineen. (Päivärinta & Haverinen 2002.)

Lappeenrannan teknillinen yliopisto toteutti tutkimuksen Kaakon SOTE-INTO 2 hankkeeseen kuuluvassa Koti ikävä -projektissa vuosina 2010–2011. Pilotin aikana tehtiin havaintoja, joiden perusteella todettiin, etteivät asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat olleet asiakas-/voimavaralähtöisiä. Suunnitelmissa näkyivät korostuneesti hoitajan suorittamat tehtävät ja aika joka niihin kului. Suunnitelmat olivat myös ongelma- ja sairauskeskeisiä, eikä niissä ollut otettu huomioon asiakkaan suoriutumisen tasoa tai omaisten roolia. Keskeisin havainto pilottiajalta ja sen jälkeen oli uusien toimintatapojen käyttöönoton sekä niiden juurruttamisen haasteet. Uudet toimintatavat vaativat muutosta asenteissa, sitoutumisessa sekä aikaa muutoksen välttämättömyyden omaksumiseen ja sisäistämiseen. Ellei muutokseen keskitytä aktiivisesti, palataan nopeasti vanhaan, vaikka uudet toimintamallit onkin opittu ja niitä on alettu toteuttaa. Pysyvän muutoksen aikaansaamisessa on lähijohtamisen rooli keskeinen. (Vitikko & Heiskanen 2015.)

2.1.3 Toimintakyvyn mittarit

Asiakkaiden toimintakyvyn ja palveluntarpeen arviointi on kotihoidon toiminnan perusta. Palvelutarpeen arvioimiseksi on kehitetty erilaisia mittareita ja testejä, joilla voidaan määritellä asiakkaan toimintakykyä. Psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä arvioivia mittareita ja testejä ovat mm. RAVA, MMSE, GDS-15, Audit-C, FIM sekä fyysisen toimintakyvyn testit. (FCG.)

RAVA-mittarin omistaa Suomen kuntaliitto ja se on FCG:n lisensoima ikäihmisten toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari, jolla arvioidaan monipuolisesti ihmisen fyysisiä toimintoja mm. aisteista, suolen ja rakon toimintaan sekä lääkitystä, muistia sekä psyykettä. MMSE-testiä ja GDS-15 seuraa käytetään arvioinnin tukena. (FCG). Palveluiden piirissä olevien osalta RAVA -mittaus tulee tehdä vähintään kolmen kuukauden välein. Aina RAVA-mittauksen tulosten muuttuessa tai jos asiakkaan toimintakyvyn tapahtumissa tulee muutoksia, asiakkaan palvelutarve ja kokonaistoimintakyky tulee arvioida uudelleen. Asiakkaan tarvitsemasta palvelusta päätettäessä palvelutarpeen sekä toimintakyvyn arviointi ovat yhdessä ennaltaehkäisevää toimintaa. Hyvin ja huolellisesti tehty arviointi edistää hoidon ja palvelun suunnittelua sekä toteutusta. Monissa kunnissa RAVA indeksin raja-arvot ovat paikallispoliittisesti määritellyjä (THL 2011 - 2014).

Taulukko 1. Indeksillä määritellyt RAVA-luokat (FCG)

Avun tarve	RAVA-indeksin arvo	RAVA-luokka
Satunnainen	1,29–1,49	1
Tuettu	1,50–1,99	2
Valvottu	2,00–2,49	3
Valvottu	2,50–2,99	4
Tehostettu	3,00–3,49	5
Täysin autettava	3,50–4,03	6

2.2. Kotihoidon työntekijät

Kotihoidossa työskentelee sekä sosiaalihuollon, että terveydenhuollon koulutuksen saaneita henkilöitä kuten lähiavustajia, kodinhoitajia, lähihoitajia, sosiaaliohjaajia, perushoitajia, terveydenhoitajia/sairaanhoitajia sosionomikoulutuksen saaneita. 1990-luvulla kodinhoitajan ja perushoitajan tutkinnot lakkautettiin ja yhdistettiin lähihoitajantutkinnoiksi (Diakonissalaitos). Muina toimijoina ovat esimerkiksi kotihoidon lääkärit, fysioterapeutit, toimintaterapeutit ja muistihoitajat. (Ikonen 2013). Uusin ammattiryhmä ovat kokonaisvaltaisen vanhustyön osaajat, geronomit. Heillä on gerontologista hoiva- hoito ja kuntoutusosaamista-, monialaista arviointi- sekä ohjausosaamista, palvelujärjestelmä-, johtamis-, kehittämis- ja laadunhallinnanosaamista. (Suomen Geronomiliitto ry.)

Tulevaisuuden osaamiselle näkyy useita haasteita, näyttää siltä, että lähivuosina asiakkaissa kasvavat mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden, muistisairaiden ja diabetes-potilaiden määrät. Tulevaisuudessa työn sisältö tulee olemaan monisairaiden ja entistä huonokuntoisempien potilaiden hoitoa, jossa korostuu sairauksien ennalta ehkäisy ja kuntouttava työote. (Kettunen ym. 2001, 184.) Tämä kehitys aiheuttaa haasteita myös hoitotyölle ja sen koulutukselle, ikääntyneiden hoitotyö tulee vaatimaan entistä enemmän erityisosaamista.

Vanhushoitotyön haasteena on ikääntyvien määrän lisääntyminen. Uusi Vanhuspalvelulaki tuo velvoitteita kunnille. Siksi koulutus vanhustyön parissa työskenteleville on tärkeää ja uusien näkökulmien pohtiminen auttaa ratkaisemaan vanhustyön haasteita. Kaikkia vanhustyön muotoja tarvitaan ja niitä pitää kehittää, että vanhuksilla olisi hyvä ja turvallinen olla. (Noro ym. 2014.)

2.3. Ikäihmisten palvelut perusturvakuntayhtymä Akselissa

Perusturvakuntayhtymä Akselissa hoito- ja vanhustyön palvelujen vastuualue sisältää ennaltaehkäisevää vanhustyötä, yhdistetyn kotipalvelun ja kotisairaanhoidon eli nykyisen kotihoidon sekä siihen liittyvät muut palvelut, kuten tukipalvelut, laitoshoidon ja palveluasumisen sekä SAS – työryhmä toiminnan ja lisäksi SAS:n kuuluvan hoitopaikkojen käytön koordinoinnin. (Soteakseli 2015.)

Akselissa tehdään kiinteää yhteistyötä yksityisten palveluntuottajien, vapaaehtoistyötä tekevien järjestöjen ja yhdistysten, seurakuntien sekä alueellisesti toimivan yhteisen vanhusneuvoston kanssa hoito- ja vanhustyön palvelujen osalta. Palvelujen tuottamisen lähtökohtana on ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen niin, että pitkä kotona asuminen mahdollistuu. Kaikkiin näihin palveluihin sisällytetään mahdollisuus toimintakykyä ja kuntoutusta edistävään hoitoon ja palveluun ikäihmisille. (Soteakseli 2015.)

3 KOTIHOIDOSSA TARVITTAVA OSAAMINEN

Paljärven väitöskirja 2012 ”Muuttuva kotihoito: 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta” tarkastettiin 2012 Itä-Suomen yliopistossa. Paljärvi tarkasteli tutkimuksessaan Kuopion kaupungin kotihoidon organisointia, sisältöä, laatua ja toimintaympäristön muutoksia sekä valtion ohjausta vuosina 1994–2009. Tutkimusajankohdan aikana kotihoidon laatua seurattiin kotihoidon asiakkaiden haastatteluilla sekä omaisille ja kotihoidon työntekijöille tehdyillä kyselyillä, jotka toistettiin viisi kertaa. Tämän tutkimushankkeen aikana työntekijöiden koulutus- ja osaamisvaatimukset olivat kehittyneet ja koulutus uudistuksesta johtuen henkilöstörakenne muuttui enemmän lähihoitaja painotteiseksi. Työntekijöiltä vei eniten työaikaasi asiakkaiden avustamisessa päivittäisissä toiminnoissa, ruokailussa, hygienian hoidossa ja lääkehoidossa. (Paljärvi 2012.)

Hassin tutkimuksen mukaan yhteistyöosaaminen ja verkostotyöskentely korostuvat tulevaisuudessa omaisten ja eri auttajaverkostojen kesken. Uudenlaiset ongelmat sosiaali- ja terveystyössä vaativat usein moniammatillista yhteistyötä. Laadukkaalle vanhusten kotihoidolle uuden tiedon omaksuminen ja hyödyntäminen on perusedellytys. Työyhteisössä ammatillisen kehittymisen jatkumista tukevat täydennyskoulutus, työnohjaus ja kehityskeskustelut. (Hassi 2005)

Kotihoidon ammattihenkilöstöltä vaaditaan nykypäivänä ja tulevaisuudessa monialaosaamista, kotihoidon sisällön osaamista ja yhä enemmän myös kotisairaanhoitotaitoja. Työskentelyn odotetaan olevan yksilöllistä, kokonaisvaltaista ja asiakaslähtöistä. Työntekijällä pitää olla vastuuntuntoa, myötäelämisen ja paineensieto kykyä. Työssä jaksamista tukevat työergonomiset taidot ja työn hallintaa ja organisointia tukevat oman työn johtamistaito ja itsenäinen ratkaisukyky. Työyhteisössä toimiminen ja tiimityöskentely vaativat viestintätaitoja, yhteistyötaitoja ja kykyä arvostaa toisen työtä. Kun kotihoidossa avun tarve on suuri ja voimavarat ovat niukat uupumisen ehkäisemiseksi, pitäisi muistaa ja osata miten hoitaa omaa itseään. (Vataja 2012, Sanerma 2009.)

Kotihoidon henkilöstön työn, työtyytyväisyyden ja palvelujen laadun muutoksen tutkimuksissa on ilmennyt työn hallintaa selvittäessä, että työntekijöiden mielestä ikääntyneiden parissa työskentely vaatii jatkuvaa uuden oppimista, taitojen kehittämistä, edellyttää luovuutta ja antaa mahdollisuuden tehdä erilaisia asioita (Toljamo & Perälä 2008, 30).

Piltosen (2013) mukaan kotihoitohenkilökunnan osaaminen merkitsee työntekijälle työhyvinvointia, mielekkyyttä ja työniloa sekä motivoi työntekijää. Osaaminen tuo luottamusta niin itseen kuin työyhteisöön ja suhteessa asiakkaisiin. Se lisää tervettä itsetuottamusta ja varmuutta. Osaaminen tuo työnantajalle ja työyhteisölle hyvän maineen ja luottamusta. Työ on taloudellisesti tuottavaa ja laadukasta. Asiakkaalle osaava henkilökunta tuo turvallisuutta ja luottamusta. (Pii-tonen 2013.)

3.1 Asiantuntijaosaaminen

Tähän opinnäytetyöhön valittiin asiantuntijaosaamisesta kaksi osa-aluetta kehittämis- ja kehittämisosaaminen sekä työyhteisöosaaminen. Valinta tehtiin, koska näin tulee esille hankkeen näkökulma kehittämisosaamisesta ja tämän päivän erittäin tärkeästä moniammatillisuudesta. Kokonaisuuksien osaamisenkartoitus palvelee eri ammattikuntia. (Helakorpi 2009.)

3.2 Kehittämisosaaminen

Kehittämisosaaminen tarkoittaa itsensä kehittämisosaamista ja oman ajattelun taitoja, joita tarvitaan oma työ ja työyhteisön kehittämisessä. Kehittämisosaaminen kohdistuu oman toiminnan reflektointiin. Hoitajan tulee kyetä jatkuvaan omien tietojen päivittämiseen. Hänen tulee suhtautua kriittisesti tieteelliseen tutkittuun tietoon ja osata hyödyntää sitä toiminnassaan. (Sarajärvi ym. 2011, 12.) Kehittämisosaaminen liittyy työyhteisön organisaation toiminnan kehittämiseen ja kokonaisuuksien hallintaan. Se tarkoittaa näyttöön perustuvan hoitotyön erityisosaamiseen ja kehittämiseen tarvittavia hallintataitoja. Hoitajalta edellyte-

tään kykyä toimia muuttuvissa tilanteissa, strategista osaamista, kehityssuuntien tuntemusta. Lisäksi häneltä edellytetään organisaatiokulttuurin toiminta- ja kehittämiskäytänteiden tuntemista sekä niiden kehittämisvalmiutta. Hoitajan tulee myös olla kykenevä johtamaan työyhteisön kehittämis- ja tutkimustoimintaa sekä arvioida ja perustella lähtökohtia ja vaikuttavuutta toiminnassa. (Sarajärvi ym. 2011, 47,80.)

Osaamisen kehittäminen työssä on tärkeä osa ammattitaidon vahvistumista. Työt ja työtehtävät kehittyvät ja muuttuvat yhä monimutkaisemmaksi ja edellyttävät monipuolista osaamista. Monipuolinen osaaminen auttaa ennakoimaan eritilanteissa ja tuo helpotusta työsuoritukseen. Osaamistaan kehittävät työyhteisöt selviytyvät hyvin uusista haasteista, kykenevät ideoimaan paremmin uusia toimintatapoja ja ovat valmiimpia muutoksiin. (Sarajärvi ym. 2011, 39, 78–83.)

Terveystenhuollon henkilöstön täydennyskoulutusvelvoitetta säätelee Terveystenhuoltolain 5§ Täydennyskoulutusvelvoitteesta. Lakisääteisyys tarkoittaa sitä, että työnantajalla on velvollisuus mahdollistaa henkilöstön osallistuminen täydennyskoulutukseen ja että työntekijällä on oikeus ja velvollisuus osallistua ammattitaitonsa kehittämiseksi järjestettyyn koulutukseen. Toteutus- ja kustannusvastuu on työnantajalla, mutta valtio tukee täydennyskoulutuksen järjestämistä kunnille maksettavalla korotetulla valtionosuudella. (Terveystenhuoltolaki 30.12.2010/1326 5§.)

Yksittäinen työntekijä terveydenhuollossa toimii osana asiakkaan hoitoprosessia ja koko organisaation perustehtävää, siksi hänen on tärkeää hahmottaa oma toiminta osaamisen kehittämisen näkökulmasta osana laajempaa kokonaisuutta. Hoitotyön asiantuntijaosaamiseen kuuluvat ajanmukainen tutkimustietoon perustuva ammatillinen kehittyminen ja kehittäminen. Vastuu siinä on sekä henkilökohtainen että kollegiaalinen. Näyttöön perustuva hoitotyö edellyttää valmiuksia kyseenalaistaa totuttuja toimintatapoja sekä valmiuksia löytää uudenlaisia näkökulmia niiden kehittämiseen. Lisäksi se edellyttää kehittämis- ja tutkimustyön menetelmien hallintaa. (Sarajärvi 2011, 42 – 49, 85 – 87, Isoherranen.)

KASTE- Etelä-Kymenlaakson AMK:n Alueellisen kotihoidon osaamiskartoitus raportissa kotihoidon työntekijöiltä kysyttiin, miten he kehittäisivät omaa osaamistaan. Vastaukset voitiin jakaa kolmeen kategoriaan niin, että osaamisen kehittäminen tapahtuu ensinnäkin koulutuksiin osallistumalla, toiseksi työssä opimalla ja neuvoa kysymällä sekä kolmanneksi itse aktiivisesti tietoa etsien. Lähes kaikki vastaajat kertoivat halustaan osallistua erilaisiin koulutuksiin. Osa kertoi myös omatoimisesta kouluttautumisesta, mutta pääosin nostettiin esiin työnantajan tarjoamat koulutus mahdollisuudet. (Kirvesniemi & Sundström 2014)

3.3 Työyhteisöosaaminen

Työyhteisöllisessä osaamistaidoissa korostuu erityisesti kyky tehdä työtä moniammatillisissa ryhmissä ja tiimeissä. Hyvä palvelujen ja hoidon laatu muodostuu ammattitaitoisesta toiminnasta sekä luottamuksellisesta vuorovaikutuksesta. (Taipale-Lehto & Bergman 2014). Akselin alueen kotihoidon kehittämistyössä keskitytään kokonaisvaltaiseen palvelutarpeen arvioinnin yhdenmukaisen toimintamallin suunnitteluun sekä hoito- ja palvelusuunnitelman kehittämiseen kuntouttavaa näkökulmaa tukevaksi, tavoitteelliseksi suunnitelmaksi. Kuntouttavalla toiminnalla on vahva merkitys hoitotyön osana. (Levy 2014.)

Työyhteisöosaaminen liittyy työyhteisön sosiaaliseen luonteeseen. Työntekijällä tulee olla taitoja niin tiimityöhön, vuorovaikutukseen kuin myös johtamiseen. Asiantuntijan työssä menestymisessä laaja-alainen työelämänhenkilöstöverkosto on entistä tärkeämpi. Asiakaspalveluun liittyvää osaamista vaaditaan, sillä jokainen työntekijä on entistä enemmän tekemisissä suoraan asiakkaiden kanssa. (Helakorpi 2009.)

Osaavassa työyhteisössä on avoin ja kannustava ilmapiiri, jossa tiedon kulku toimii. Siinä yhteistyö on sujuvaa ja ongelmista uskalletaan puhua, työntekijä pystyy vaikuttamaan omaan työhönsä, työntekijän muutoksen hallintavalmiudet ovat hyvät ja jokaisen työkuorma on sopiva. Työyhteisöjen kehittämistä voi op-

pia, kehittämisosaaminen kuuluu nykyaikaiseen työn tekemiseen, sen tavoite on helpottaa joka päiväistä työntekoa ja edistää hyvinvointia työyhteisössä. Menestyvässä organisaatiossa jatkuva kehittäminen on jokapäiväistä toimintaa. Sillä varmistetaan henkilöstön hyvinvointi, toiminnan tuloksellisuus sekä innovatiivisuus myös tulevaisuudessa. (Sarajärvi 2011, 42 – 49, 85 – 87, Isoherranen.)

Vuorovaikutusosaaminen kotihoitotyössä tarkoittaa, että työntekijä ymmärtää ammatillisen ja luottamuksellisen vuorovaikutuksen, eettisyyden ja empaattisuuden merkityksen. Hyvä vuorovaikutus on asiakkaan ja hänen läheistensä tilanneherkkää kuuntelemista sekä keskustelua heidän kanssaan. Hyvä vuorovaikutus on taitoa toimia asiakaslähtöisesti ja asiakasta tukien kulloisenkin tilanteen mukaan. Hyvät vuorovaikutustaidot omaava hoitaja osaa arvioida ja reflektoida vaativiakin vuorovaikutustilanteita ja omaa toimintaansa niissä sekä kehittää tilanteisiin uusia ratkaisuvaihtoehtoja. (Ikonen 2013, 175 - 176.)

Kotihoidon henkilöstö koki Grönroosin ja Perälän tutkimuksen perusteella vahvoiksi puolikseen vuorovaikutuksen ja asiakaslähtöisyyteen liittyvät tiedot ja taidot. Lisäksi vahvuuksikseen he kokivat asiakkaiden fyysisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin vastaamisen sekä oman työnarviointiin liittyvät valmiudet. Heikoimpina pidettiin hoito- ja palveluprosessin hallintaan liittyviä tietoja, taitoja ja valmiuksia. (Grönroos & Perälä 2006.)

Asiakaslähtöisen työn osaaja ymmärtää ja hyväksyy ihmisten erilaisuuden ja kohtelee jokaista asiakasta aikuisena ihmisenä avun tarpeen syystä riippumatta. Hän osaa pitää tarvittaessa yhteyttä asiakkaan läheisiin omia voimavarojaan lisäävällä tavalla ja hän ymmärtää yksilöllisten tietojen merkityksen asiakastyössä. Asiakaslähtöinen työskentelytapa tekee joustavaksi asiakkaan muuttuviin tarpeisiin vastaamisen yhdessä asiakkaan läheisten kanssa. Työtilanteiden mukaan hän osaa muuttaa myös omia toimintatapojaan. (Manka & Mäenpää 2010.)

3.4 Moniammatillisuus ja tiimityö

Moniammatillisessa työskentelyssä korostuvat asiakaslähtöisyys, vuorovaikutuksellinen yhteistyö, tiedon ja näkökulmien kokoaminen yhteen sekä rajoja ylittävä verkostoituminen. Tiimi muodostuu työyhteisön työntekijöistä, jolla on yhteinen tavoite ja näkemys asiakkaan hoidosta. Onnistuakseen toimintakykyä edistävä työote vaatii moniammatillista yhteistyötä ja ymmärrystä eri hoitopuolista. Työryhmän jäsenten on tunnettava asiakkaansa toimintakyvyn edistämisen tavoitteet sekä tiedettävä toistensa vastuualueet ja toimintatavat. (Koivukoski & Palomäki 2009, 60).

Tiimityössä tarvitaan omien voimavarojen tunnistamista, luovaa ja innovatiivista otetta ja stressinsietokykyä. Ei riitä, että yksittäinen työntekijä arvioi oman osaamisensa hyväksi, koko tiimin osaaminen on keskeisellä sijalla tuloksellisuuden takaamiseksi. Työyhteisön kehittämiseksi katsotaan niin uuden tiedon tuominen yhteiseen käyttöön kuin vapaa- ajalla havaituista ja luetuista sekä erilaisista lähteistä esiin nousevat ajatukset, tiedot ja osaaminen. (Ikonen 2013, 30; Koivukoski & Palomäki 2009, 23.)

Moniammatillisen yhteistyön pohjana kotihoidossa toimii toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointi sekä hoito- ja palvelusuunnitelma. Toimivan yhteistyön perustana on hyvä kirjaaminen, tiedottaminen ja säännöllinen yhteydenpito yhteistyötahoihin ja läheisiin. Moniammatillisen yhteistyön sujuvuus edellyttää ryhmän sisäisen kommunikaation toimimista ja ryhmätyön koordinoitua, asiakkaan tilanteen laaja-alainen arviointi korostuu toiminnassa. (Ikonen 2015, 146–170.)

Toimintakykyä edistävää työtettä tukevat vastuun jakautuminen kaikille osapuolille sekä hyvä tiedonkulku. Toimintakykyä edistävien menetelmien toteutuksesta tukevat mm. täydennyskoulutukseen osallistumisen mahdollisuus, sitoutuminen toimintaan, henkilökunnan avoimuus, toimiva työyhteisö ja tiedonkulku, rutiinien vähäisyys ja yksilöllisyyden huomioiminen sekä vastuuhoidajajärjestelmä. Toimintakykyä edistävä työote on asiakaslähtöinen, asiakasta kunnioittava työtapa, siihen on hyvä perehdyttää myös uudet työntekijät ja sijaiset. Työotteessa on merkityksellistä työnteon asenne ja eettiset taidot, sillä työntekijä on

asiakkaalle tärkeä puolestapuhuja, toivon ylläpitäjä ja vaikuttaja. Toimintakykyä edistävässä työotteessa ovat työntekijän ammatillisia ydintoimintoja monialainen yhteistyö, toimintakyvyn arviointi, voimavaralähtöisyys, ja dialogitaidot. (Haikara ym. 2011.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kotihoidon työntekijöiden kehittämis- ja työyhteisöosaamista sekä niihin liittyviä koulutustarpeita perusturvakuntayhtymä Akselissa.

Tutkimuskysymykset ovat

1. Millaiseksi Akselin alueen kotihoidon työntekijät arvioivat oman kehittämisosaamisensa, sen tärkeyden ja koulutustarpeensa siinä?
2. Millaiseksi Akselin alueen kotihoidon työntekijät arvioivat työyhteisöosaamisensa, sen tärkeyden ja koulutustarpeensa siinä?

5. OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön teoriaosuuden työstäminen aloitettiin syyslukukaudella 2014. Suunnitelmaseminaari oli 9.12.2014. Kyselylomakkeen (Liite 2) työstäminen aloitettiin tammikuussa 2015 ja 4.3.2015 päivätyn tutkimusluvan saavuttua perille kyselylomakkeen linkki saatekirjeen kera lähetettiin kyselyn tilaajalle.

5.1. Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Opinnäytetyöhön valittiin kyselytutkimus työn tilaajan Kaste/ Yhteisvoimin koto-na-hankkeen toiveen mukaisesti. Kysely oli määrällinen eli kvantitatiivinen. Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimusaineiston analyysi perustuu aineiston kuvaamiseen ja tulkitsemiseen tilastojen ja numeroiden avulla. (Jyväskylän yliopisto 2014).

Kyselytutkimuksen kysymyksiä tehdessä käytettiin helposti ymmärrettäviä ja yksiselitteisiä termejä ja kysyttiin sellaisia asioita, joista kyselyn tilaaja erityisesti halusi tietoa.

Väittämällä selvitettiin osaamisen tärkeyttä, osaamisen nykytilaa sekä vastaajien koulutustarvetta kunkin osaamisalueen kohdalla. Vastausvaihtoehdoissa käytettiin Likertin 4-portaista asteikkoa Kyselylomake laadittiin tätä tutkimusta varten ja se sisälsi osaamista kuvaavia väittämiä kehittämisosaamisesta ja työyhteisöosaamisesta. Mittari, jolla aineisto kerättiin, oli sähköisesti lähetettävä kyselylomake, joka koe testattiin kolmella hoitotyön ammattilaisella. Valmis kyselylomake meni kaikille Akseli-alueen kotihoidon työntekijöille yhteyshenkilö Sirpa Levyn kautta saatekirjeen kera 12.3.2015. Vastaanottajia kyselylle oli 47, vastaukset saatiin 27 työntekijältä 25.3.2015 mennessä. Kyselyn vastausprosentti oli n. 57. Kyselytutkimuksen aineisto analysoitiin tilastollisesti Webropol-ohjelman omaa tilasto-ohjelmaa hyödyntäen.

Teoriatietoa haettiin monista tunnetuista tietokannoista, kuten Medic, Google Scholar, Google ja Chinal. Tutkimuksia etsittiin mm. hakusanoilla: kotihoito, ke-

hittämisosaaminen, työyhteisöosaaminen, ikäihmiset, vuorovaikutus, tiimityö, home care, quality in care.

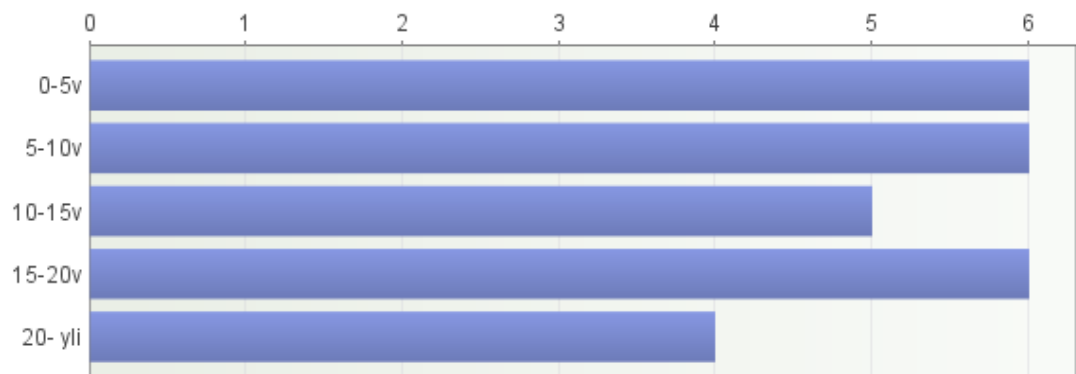
5.2 Aineiston analysointi

Kyselytutkimuksen aineisto analysoitiin suoraan Webropol-ohjelman omaa tilasto-ohjelmaa hyödyntäen. Tutkimusaineisto analysoitiin lukemalla läpi ja tarkastamalla vastauksia. Aineisto analysoitiin käyttämällä Microsoft Excel 2013- taulukkolaskentaohjelmaa. Vastaukset luetteloitiin Excel-taulukkoon jokaisen vastauksien osalta erikseen sekä kaikki yhdessä. Aineistosta saatiin kokonaiskuva suorilla frekvensseillä. Vastaukset koottiin Excel-taulukoihin ja palkkidiagrammeihin. Tiettyjä samankaltaisuuksia pyrittiin saamaan näkyviin jaottelulla. Kyselyn tilanneen organisaation toivomat koulutustarpeen osa alueet otettiin erityisesti esille.

Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2007) mukaan hyvä kuvio kertoo enemmän kuin tuhat sanaa tai suuri joukko numeroita. Tietoa voidaan havainnollistaa ja painottaa käyrillä, pylväillä ja piirroksilla. Kuviot ovat tarpeellisia silloin, kun ne täydentävät tekstiä tai vähentävät pitkäveteistä pohdintaa ja välittävät informaatiota. (Hirsjärvi ym. 2007.) Tässä työssä tuloksia havainnoitiin vaakadiagrammeilla.

6 TULOKSET

Tausta kysymyksellä selvitettiin työkokemusta hoitotyöstä. Tutkimukseen vastanneista 27 työntekijästä saman verran sijoittui työvuosiin alle 5, 5-10 sekä 15–20 työvuotta (n=6) jokaiseen aikajaksoon yhtä monta. Vähiten vastaajia oli työvuosiryhmässä yli 20 vuotta (n=4) (Kuvio 1)



Kuvio 1. Työkokemus hoitotyössä

6.1 Kehittämisaaminen

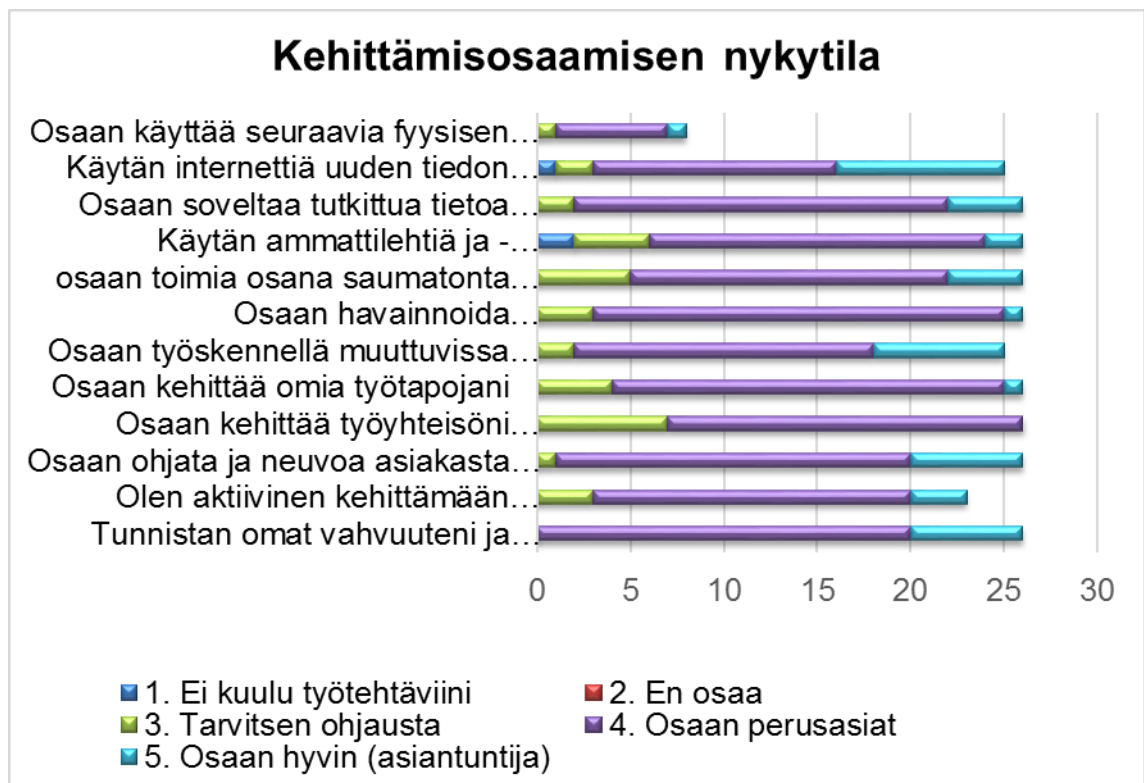
6.1.1 Kehittämisaamisen nykytila

Kehittämisaamisen nykytilaa kysyttiin kysymyksillä ”ei kuulu työtehtäviini”, ”en osaa”, ”tarvitsen ohjausta”, ”osaan perusasiat” ja ”osaan hyvin (asiantuntija)”. Kehittämisaamisen nykytilaa kuvaavat väittämät 1-2, 4-7, 9-11.

Kehittämisaamiseen liittyvissä kysymyksissä kaikkien osa-alueiden vastauksissa nousi esille, että pääasiassa osattiin perusasiat. Vastauksissa mainittiin väittämässä numero 9, etteivät työssä käytettävän tutkitun tiedon hankintaan käytettävät ammattilehdet ja – kirjallisuus kuulu heidän työtehtäviinsä (n=2) ja

että tähän tarvitaan ohjausta (n=4). Myös internetin käyttö uuden tiedon ha-
kuun, väittämä numero 11, sai vastauksen, ettei se kuulu työtehtäviin (n=1) ja
ohjausta siinä myös koettiin tarvittavan (n=2).

Eniten ohjausta koettiin tarvittavan työyhteisön toimintatapojen kehittämisen
osaamista koskevassa väittämässä numero 4 (n=7). Seuraavaksi eniten koettiin
tarvittavan ohjausta omien työtapojen kehittämiseen osaamisessa numero 5
(n=4). Muutostarpeiden havainnoimisen osaamisessa työyhteisössä ilmeni oh-
jaustarvetta numero 7 (n=3) sekä oman ammatillisuuden aktiivisen kehittämisen
osaamisessa numero 2 (n=3). (Kuvio 2)

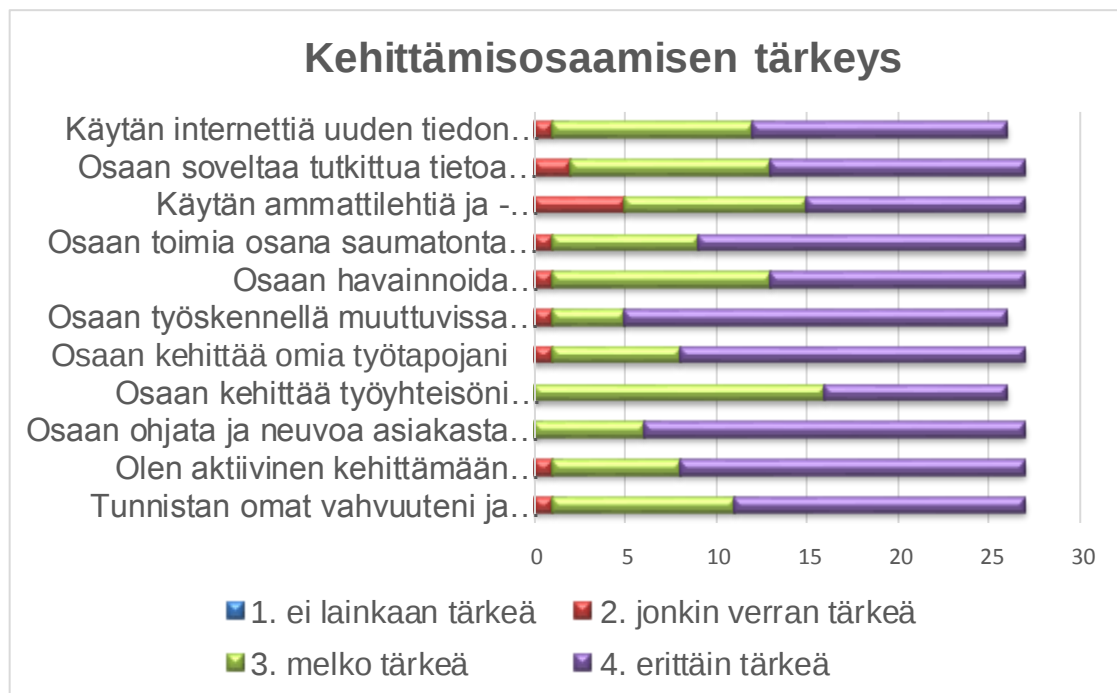


Kuvio 2. Kehittämisaosaamisen nykytila

6.1.2 Kehittämisaamisen tärkeys

Kehittämisaamisen tärkeyttä kysyttiin kysymyksillä ”ei lainkaan tärkeä”, ”jonkin verran tärkeä”, ”melko tärkeä” ja ”erittäin tärkeä”. Kehittämisaamisen tärkeyttä kuvaavat väittämät 1-2, 4-7, 9-11.

Kun vastauksista tarkasteltiin tärkeyttä, yhdistettiin luokat ”melko tärkeä” ja ”erittäin tärkeä”. Vastanneista lähes kaikki pitivät melko tai erittäin tärkeänä omien vahvuuksien ja heikkouksien tunnistamista väittämä numero 1 (n=26), oman ammatillisuuden aktiivista kehittämistä numero 2 (n=26), työyhteisön työtapojen kehittämisen osaamista numero 4 (n=26), omien työtapojen kehittämisen osaamista numero 5 (n=26) ja työyhteisön muutostarpeiden havainnoinnin osaamista numero 7 (n=26). Melko tai erittäin tärkeänä pidettiin osaamista työskennellä muuttuvissa tilanteissa numero 6 (n=25), tutkitun tiedon omaan työhön soveltamisen osaamista numero 10 (n=25) ja internetin käyttöä uuden tiedon hakuun numero 11 (n=25) sekä ammattilehtiä ja – kirjallisuutta tutkitun tiedon hakuun numero 9 (n=22). (Kuvio 3)

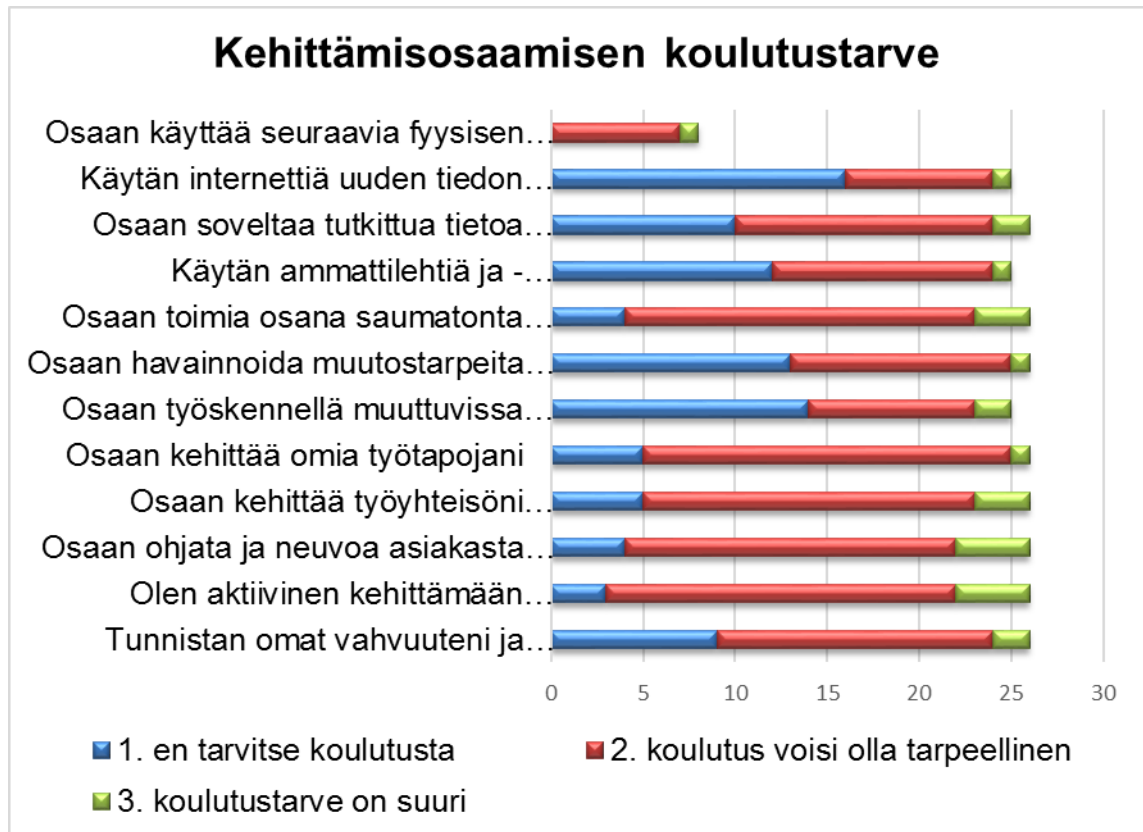


Kuvio 3 Kehittämisosaaamisen tärkeys

6.1.3. Kehittämisosaaamisen koulutustarve

Koulutustarvetta kysyttiin kysymyksillä: ”en tarvitse koulutusta”, ”koulutus voisi olla tarpeellinen” ja koulutustarve on suuri”. Koulutustarvetta kuvaavat väittämät ovat 1-2, 4-7, 9-11.

Kyselyyn vastanneista suurin osa koki koulutuksen voivan olla tarpeen tai suurta koulutustarvetta lähes kaikissa kysytyissä osa-alueissa. Kun vastauksista tarkasteltiin koulutustarvetta, yhdistettiin luokat ”koulutus voisi olla tarpeellinen” ja ”koulutustarve on suuri”. Oman ammatillisen aktiivisen kehittämisen osaamiseen koettiin koulutustarvetta väittämä numero 2 (n=23). Työyhteisön työtapojen kehittämisen osaamiseen koettiin koulutustarvetta numero 4 (n=21). Omien työtapojen kehittämisen osaamiseen koettiin koulutustarvetta numero 5 (n=21). Omien vahvuuksien tunnistamiseen koettiin koulutustarvetta väittämä numero 1 (n=17). Tutkitun tiedon käytäntöön soveltamisen osaamiseen oli koulutustarvetta numero 10 (n=16). (Kuvio 4) jatkuu



Kuvio 4 Kehittämisosaaamisen koulutustarve

Ensimmäiseen avoimeen kysymykseen *Mitä muuta haluaisit sanoa omaan kehittymiseesi liittyen? Esim. Miten olet kehittynyt tai miten haluaisit kehittyä?* Vastauksia tuli yhteensä 14. Vastauksissa oli havaittavissa työmäärän rasittavuus uuden oppimisen ja kehittymisen esteenä, toisaalta myös työyhteisössä ilmenee halukkuutta kehittää itseään ja oppia uutta.

”Kukaan työntekijä ei voi varmasti koskaan sanoa olevansa täysin ”kehittynyt” työssään. Siksi erilaiset koulutukset, ovat ne sitten muistin virkistämistä tai uuden käytännön tms. opettelua ovat aina tärkeitä.”

”Ammattitaidon jatkuva kehittäminen on tärkeää. Liiallinen työmäärä kuitenkin ehkäisee halukkuutta uuden oppimiseen. Ei aina jaksa ja ennätä perehtyä kaikkiin uusiin asioihin niiden vaatimalla tarmolla.”

”Lisäkoulutus on aina hyväksi, tuo uutta tietotaitoa työskentelyyn... Koulutukset antavat viimeisintä tietoa ja omaan työhön tuo varmuutta, vaihtelua työpäiviin.”

”Haluaisin eri testi-koulutusta (ADL, IDL, RAVA, MSA, ym.) pistokoulutusta, ea-2 koulutus. Haluaisin myös koulutusta muistisairaahan asiakkaan kohtaamiseen, lääkekoulutusta.”

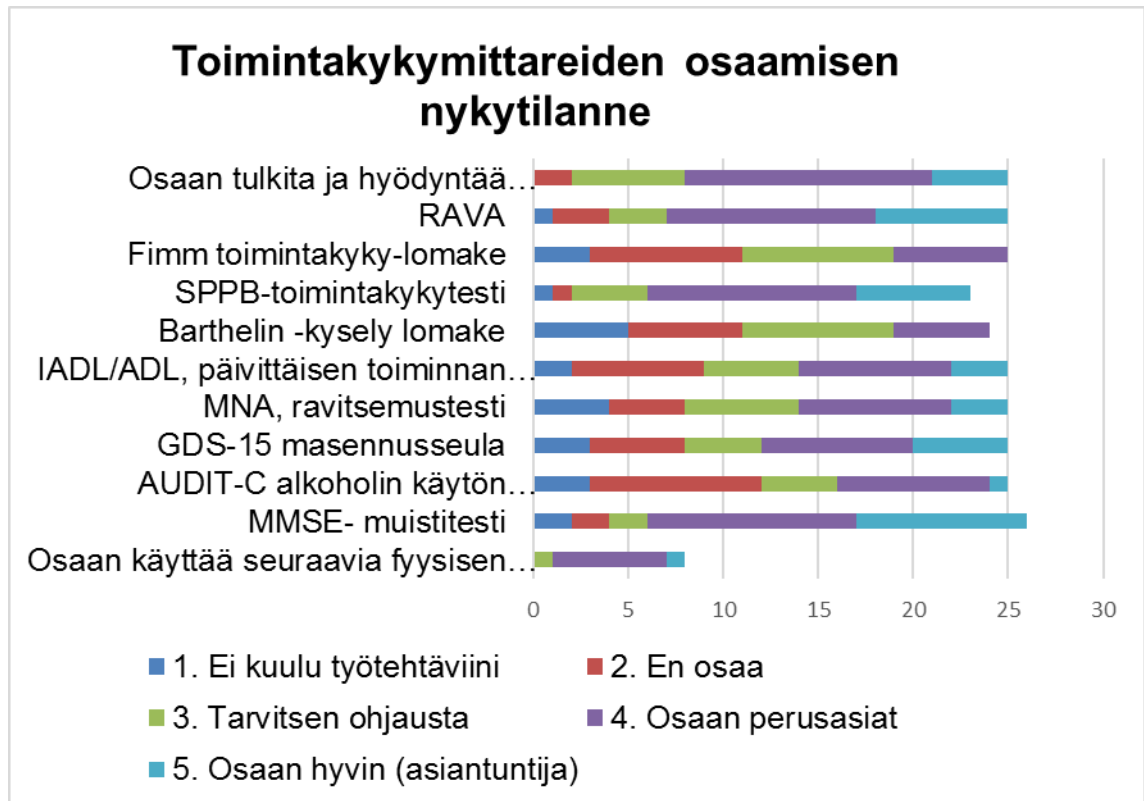
6.1.4 Toimintakyvyn mittarit

Toimintakyvyn mittareihin liittyvissä väittämissä selvitettiin fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten toimintakyvyn mittareiden käytön osaamista sekä hoito- ja palvelusuunnitelman laatimista. Näitä olivat väittämät nro 3, 8 ja 12–21.

Kyselyyn vastanneet kokivat osaavansa perusasiat (n=19) tai osaavansa hyvin (n=6) asiakkaan ohjaamisessa ja neuvomisessa tämän toimintakyvyn ja kuntoutumisen edistämisessä väittämässä numero 3. Vastaajista suurin osa koki osaavansa toimia osana saumatonta kuntoutus/palveluketjua väittämässä 8, perusasiat osaavat 17, hyvin neljä ja viisi koki tarvitsevansa ohjausta.

Jokaisen mittarin kohdalla tuli vastauksia yhdestä viiteen kohtaan ei kuulu työtehtäviini, Barthel (n=5), MNA (n=4), AUDIT-C, GDS-15, JA FIM (n=3), IADL/ADL ja MMSE (n=2), SPPB ja RAVA (n=1). En osaa tai tarvitsen ohjausta vastauksia tuli FIM-(n=16), Barthel- (n=14), AUDIT-C- (n=13), IADL/ADL- (n=12), MNA- (n=10), GDS-15- (n= 9), RAVA- (n=6) ja SPPB – mittareihin (n=5).

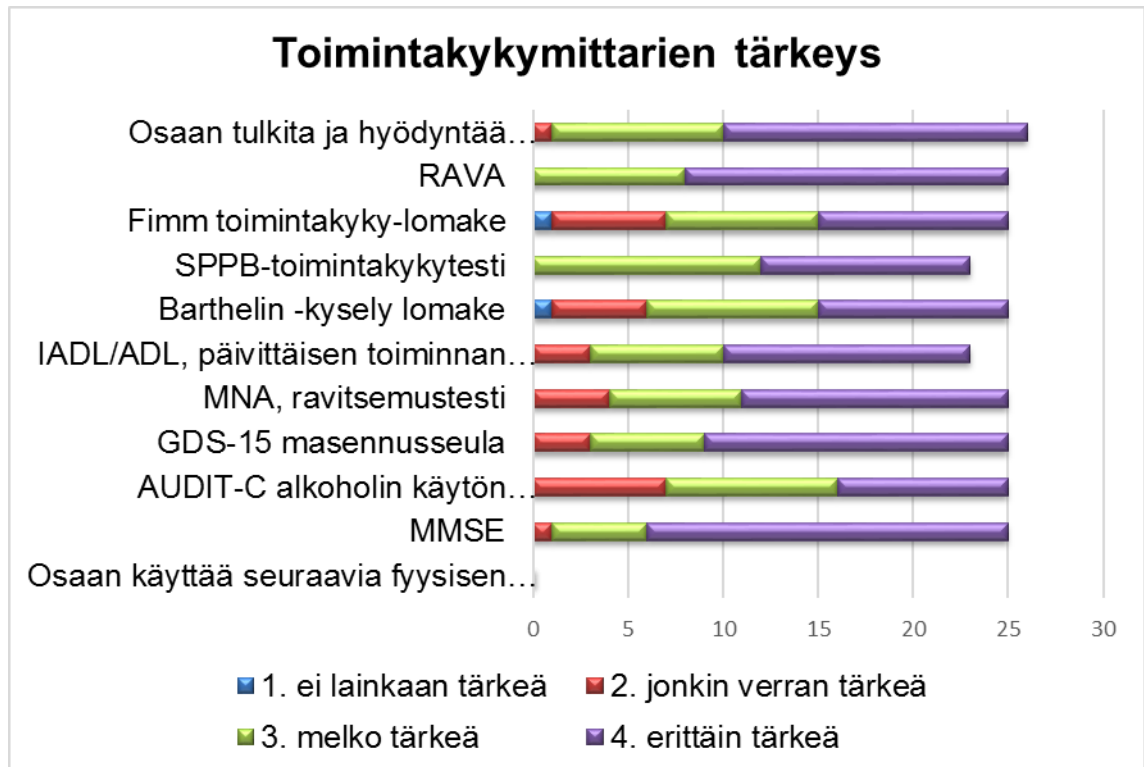
Suurimmat lukumäärät vastauksia tuli kohtaan osaan perusasiat MMSE-testistä (n=11), SPPB- testistä (11), RAVA:sta (11). Osaan perusasiat AUDIT-C, GDS-15, MNA testeihin tuli kaikkiin vastauksia kahdeksan. Asiantuntija tasolla koki vastaajista olevansa yhdeksän MMSE-testin kohdalla, seitsemän RAVA:n ja kuusi SPPB:n kohdalla. (Kuvio 5)



Kuvio 5 Toimintakykymittarien nykytila

Kun vastauksista tarkasteltiin tärkeyttä, yhdistettiin luokat ”melko tärkeä” ja ”erittäin tärkeä”. Kyselyyn vastanneista kaikki pitivät tärkeänä osata ohjata ja neuvoa asiakasta tämän toimintakyvyn ja kuntoutuksen edistämässä väittämässä numero 3 (n=27). Samoin vastaajat pitivät pääasiassa tärkeänä osaamistaan toimia osana saumatonta kuntoutus/palveluketjua numero 8 (n=26).

Neljä tärkeimpänä pidettyä toimintakyvyn mittaria vastauksissa olivat RAVA (n=25), MMSE (n=24), SPPB (n= 23) ja GDS-15 (n= 22). Seuraavaksi tärkeimmiksi arvioitiin MNA (n=21), IADL/ADL (n=20), Barthel (n=19), FIM (n=18). 25 vastaajaa piti erittäin (n=16) tai melko tärkeänä (9) osaamista tulkita ja hyödyntää mittareilla saatuja tuloksia väittämässä 13. (Kuvio 6)

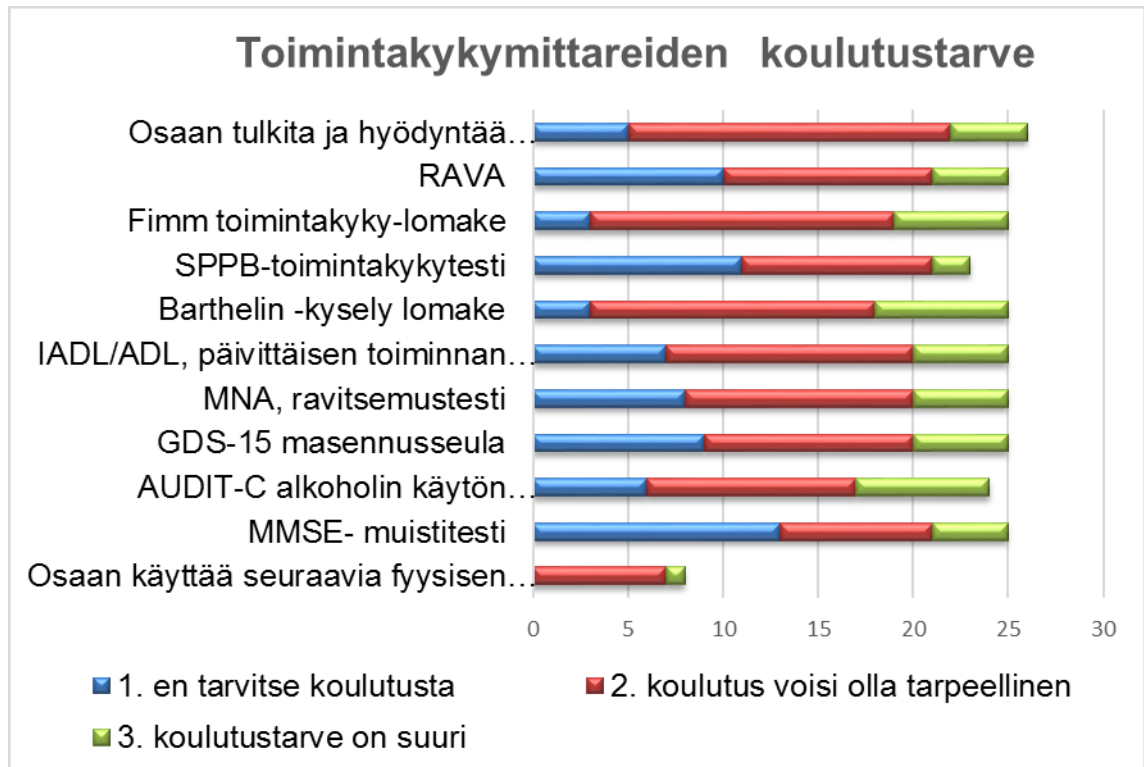


Kuvio 6 Toimintakykymittarien tärkeys.

Kun vastauksista tarkasteltiin koulutustarvetta, yhdistettiin luokat ”koulutus voisi olla tarpeellinen” ja ”koulutustarve on suuri”. Asiakkaan toimintakyvyn ja kuntoutumisen edistämisen ohjaus- ja neuvomisosaamiseen koki koulutuksen tarpeellisuutta väittämässä numero 3 (n=22). Osaamiseen toimia osana saumatonta kuntoutusketjua koulutuksen koettiin tarpeelliseksi väittämässä 8 (n=22).

Toimintakyvyn mittareiden kohdalla pääosassa koettiin koulutustarvetta; FIM (n=22), Barthel (n= 22), AUDIT-C ja IADL/ADL (n=18), MNA (n= 17), GDS (n=16), RAVA (n=15) ja SPPB (n=12).

Mittareilla saatujen tulosten tulkitsemisen ja hyödyntämisen osaamiseen koki neljä vastaajaa suurta koulutustarvetta, tarpeellisena koulutusta piti 17 ja koulutusta ei tarvinnut viisi väittämässä 13.



Kuvio 7 Toimintakykymittarien koulutustarve

6.2. Työyhteisöosaaminen

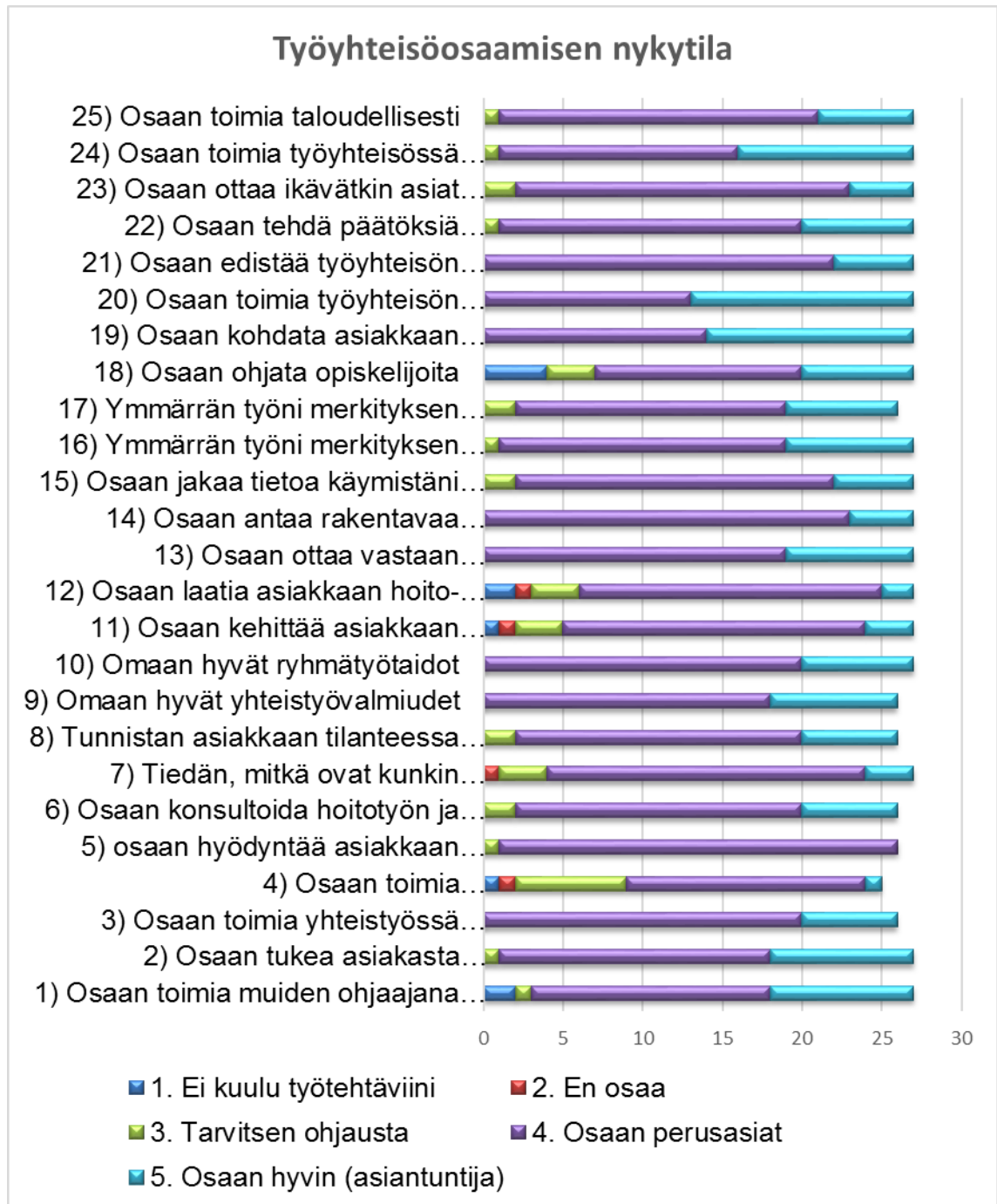
Työyhteisöosaamista mitattiin 25 eri väittämällä. Erikseen poimittiin toimeksiantajaa varten hoito- ja moniammatillista yhteistyötä mittaamista koskevat tulokset, joita olivat väittämät 6-12.

6.2.1 Työyhteisöosaamisen nykytila

Työyhteisöosaamisen nykytilaa kysyttiin kysymyksillä "ei kuulu työtehtäviini", "en osaa", "tarvitsen ohjausta", "osaan perusasiat" ja "osaan hyvin (asiantuntija)". Pääasiassa vastaukset olivat perusosaamis- ja hyvän osaamisen sarakeissa alla mainittavia poikkeuksia lukuun ottamatta.

Työtehtäviinsä ei kokenut muutama vastaaja kuuluvan seuraavia asioita: opiskelijoiden ohjausosaaminen väittämä numero 18 (n=4), hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen osaaminen moniammatillista työyhteisöä hyödyntäen numero 12 (n=2), muiden ohjaajana ja perehdyttäjänä toimimisen osaaminen numero 1 (n=2) ja monikulttuurisessa työyhteisössä toimimisen osaaminen numero 4 (n=1).

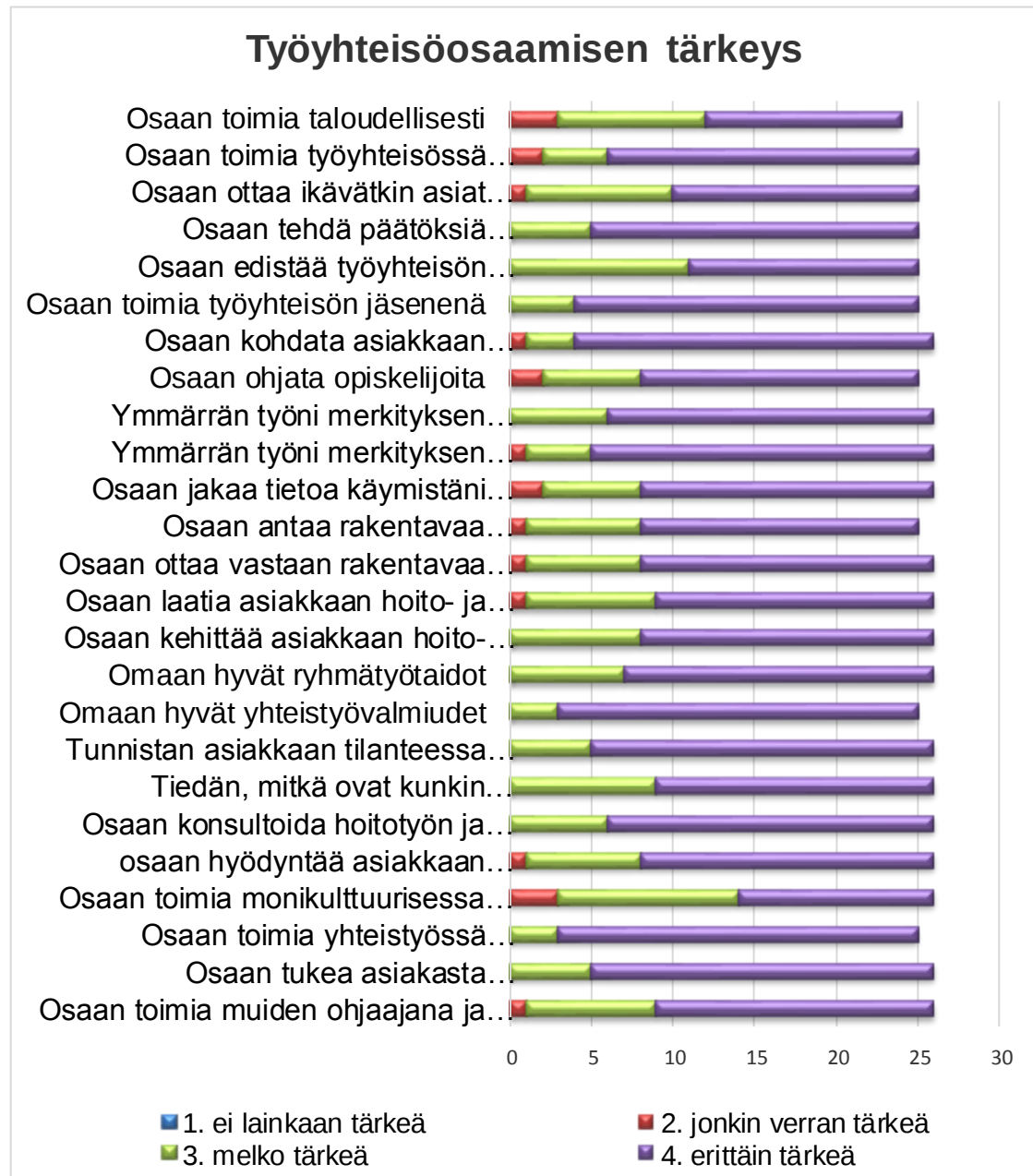
Kun vastauksissa tarkasteltiin työyhteisöosaamisen nykytilaa, yhdistettiin luokat "ei kuulu työtehtäviini", "en osaa" ja "tarvitsen ohjausta". Eniten vastauksia tuli monikulttuurisessa työyhteisössä toimimisen osaamista koskevaan väittämään numero 4 (n=8). Ohjaustarvetta ilmeni väittämässä numero 11, joka mittasi asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman kehittämisen osaamista kuntouttavaa näkökulmaa tukevaksi (n=4) sekä asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman kehittämisen osaamista kuntouttavaa näkökulmaa tukevaksi numero 12 (n=6). (Kuvio8)



Kuvio 8 Työyhteisöosaamisen nykytila

6.2.2 Työyhteisöosaamisen tärkeys

Kaikki kysytyt asiat koettiin pääasiassa melko tai erittäin tärkeiksi. Vastaajien määrä oli jokaisessa väittämässä melko tasainen (n=21–26). (Kuvio 9)



Kuvio 9 Työyhteisöosaamisen tärkeys

6.2.3 Työyhteisöosaamisen koulutustarve

Kun tarkasteltiin työyhteisöosaamisen koulutustarvetta, yhdistettiin luokat "Koulutus voisi olla tarpeellinen" ja "koulutustarve on suuri". Eniten vastauksia oli väittämissä koskien hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen osaamista moniammatillista työryhmää hyödyntäen väittämä numero 12 (n=17), monikulttuurisessa työyhteisössä toimimisen osaaminen numero 4 (n=17) sekä asiakkaan tilanteen riskitekijöiden tunnistamisessa ja riskien minimoimiseksi toimimisessa numero 8 (n=17), hoito- ja palvelusuunnitelman kehittämisessä kuntouttavaa näkökulmaa tukevaksi numero 11 (n=15), muiden ohjaajana ja perehdyttäjän toimisen osaamiseen numero 1 sekä asiakkaan tukemisen osaamiseen osallistumisessa omaan hoitoonsa numero 2 (n=14). (Kuvio 10 jatkuu)



Kuvio 10. Työyhteisöosaamisen koulutustarve

Toisena avoimena kysymyksenä kysyttiin. *Mitä muuta haluaisit sanoa työyhteisösi kehittämisestä?* työyhteisön kehittämiseen liittyen tuli vastauksia yhteensä 10. Vastauksista saattoi lukea vasta muodostuneen uuden työyhteisön kehittämisen haasteista ja yleisen työilmapiirin kohentamistoiveista. Koulutuksia toivottiin myös avoimessa vastauksessa.

”Olemme hyvä tiimi ja meillä on hyviä ajatuksia tulevaisuudesta ja vanhusten kotona asumisen turvaamisesta. Tarvitsemme tietenkin tietoa ja tukea juurikin asioista joita tulee esimerkiksi palveluiden saatavuuteen ja siitä mitä palveluja vanhuksilla on mahdollisuus saada.”

”Niin uusi yhteisö, ettei kehittämien varmaan heti lopu.”

”Olisi hyvä, että kaikilla hoitajilla olisi aikaa / mahdollisuus osallistua erilaisiin koulutuksiin ja tuoda sitä tietoa muille hoitajille esim. jonkun teemapäivän muodossa.”

”Mielestäni on tärkeää, että työyhteisössä otetaan kaikki työntekijät huomioon ja työyhteisössä voi puhua hyvistä ja huonoista asioista.”

7 POHDINTA

7.1. Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Eettiset kysymykset liittyvät tutkimuksen kaikkiin vaiheisiin suunnittelusta raportointiin. Eettisesti tutkimus edellyttää, että tutkimuksenteossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi y. 2007, 23). Kysymysten laatimisen huolellisuus ja onnistuminen on perusta koko tutkimuksen onnistumiselle (Valli 2001, 28). Hirsjärven ja kumppaneiden mukaisesti opinnäytetyömme lähtökohta on ihmisarvon kunnioittaminen, kysymyksiä laadittiin pitkään ja harkiten ohjaavan opettajan ohjauksessa. Kysymysten kolmitasoisuus: osaamisen nykytila ja tarkeys sekä koulutustarpeet toi haastetta varmasti myös vastaajille, kuten se toi haastetta tuloksien tulkitsijoillekin. Myös kysymyslistan pituus saattoi hankaloittaa vastaajien vastaamista, kun muistaa piti yläreunassa olleet kysymykset.

Opetusministeriön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut ohjeet tieteellisten menettelytapojen noudattamiseen. Ohjeiden mukaan hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkijat ja tieteelliset asiantuntijat mm. noudattavat rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa sekä soveltavat tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä ja toteuttavat tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta tutkimuksensa tuloksia julkaistessaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014.) Opinnäytetyössämme nämä asiat näkyvät vastaustulosten käsittelyssä yllä mainituilla tavoin, erityistä tarkkuutta noudatimme tulosten sanalliseen muotoon avaamisessa.

Ohjeistuksen mukaisesti tutkijat ottavat muiden tutkijoiden työt ja saavutukset huomioon asianmukaisesti kunnioittaen heidän työtään ja saavutuksiaan antaen niille kuuluvan arvon ja merkityksen omassa tutkimuksessaan (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014.) Merkitsimme opinnäytetyössä käyttämämme lähteet asiaankuuluvalla tavalla ja vältimme toisten töiden kopiointia.

Neuvottelukunnan ohjeiden mukaan tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja raportoidaan yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014.) Opinnäytetyösämme toimimme juuri näin.

Ohjeiden mukaan tutkimusryhmän jäsenten asema, oikeudet, osuus tekijyydestä, vastuut ja velvollisuudet sekä tutkimustuloksen omistajuutta ja aineistojen säilyttämistä koskevat kysymykset tulee olla määritelty ja kirjoitettu kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla ennen tutkimuksen aloittamista tai tutkijan rekrytoimista ryhmään (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014.) Tätä varten toimeksiantajan kanssa teimme toimeksiantosopimuksen ja tutkimukselle hankimme asianmukaisen tutkimusluvan.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tutkimuksen validiteetilla ja reliabiliteetilla. Validiteetti tarkoittaa sitä, onko tutkimuksella mitattu sitä, mitä on ollut tarkoitus mitata. Tämä viittaa käytännössä teoreettisten käsitteiden operationalisointia muuttujiksi. Operationalisointi tarkoittaa loogista toimintaa, jolla ilmiöstä on hankittu tietoa mittaamisen tai havaintojen avulla niin että ilmiö voidaan selittää ja ymmärtää. (Kankkunen, ym. 2013, 189.) Tutkimuksen validius toteutuu, kun tutkija onnistuu teoreettisten käsitteiden muuttamisessa arkikielelle ja pystyy siirtämään käsitteet mitattavaan muotoon. Opinnäytetyömme kyselyn kysymykset teimme väittämien muotoon, vastaajien kysymysten tulkinnasta ei voi aina olla täyttä varmuutta.

7.2. Tulosten tarkastelua

Kyselytutkimuksen vastanneiden määrä oli 57 % kyselyn vastaanottaneista. Vastauksista ilmenee työntekijöiden kiinnostus itsensä ja työyhteisönsä kehittämiseen ja kouluttautumiseen, koulutusta halutaan ja omaan työn laatuun ja työyhteisöön ollaan valmiita panostamaan. Vastaukset kuvaavat samaa, jota Hassin tutkimuksessa havaittiin: Työyhteisössä ammatillisen kehittymisen jatkumista tukevat täydennyskoulutus, työnohjaus ja kehityskeskustelut (Hassi 2005). Myös Kirvesniemi ja Sundström tutkimuksessaan totesivat lähes kaikkien vastaajien haluavan osallistua koulutuksiin sekä kouluttautua myös omatoimisesti (Kirvesniemi & Sundström 2014.)

Kehittämisaamiseksi liittyvissä vastauksissa ilmeni, että pääasiassa koetaan osattavan perusasiat, mutta koulutustarvetta tuntuu kuitenkin löytyvän kaikkien väittämien kohdalla. Vastauksissa yllätti, miten osa työntekijöistä koki, etteivät heidän työnkuvaansa kuulu eräät asiat, kuten internet tai työssä käytettävän tutkitun tiedon hankintaan käytettävät ammattilahdet ja – kirjallisuus, jopa viiden mielestä viimeksi mainittu ei ollut kuin jonkin verran tärkeää. Vastauksissa vaikutti hiukan ristiriitaiselta, että koulutustarvetta löytyi erityisesti oman ammatillisuuden kehittämisen osaamisessa, vaikka juuri tähän väittämään oli vastattu pääasiassa osattavan vähintään perusasiat. Samansuuntaisesti oli vastattu myös oman työyhteisön toimintatapojen kehittämisen osaamiseen ja omien työtapojen kehittämisen osaamiseen. 21 näissä koki koulutustarvetta, vaikka lähes sama määrä oli kokenut osaavansa perusasiat, vastaajia oli kuitenkin vain 26.

Toimintakyvyn mittareihin liittyvät väittämät oli rakennettu niin, että suurinta osaa mittareista käytetään kohdetyöyhteisössä. FIM ja Barthel eivät olleet käytössä kysytyistä, niiden käytön osaamisessa olikin nähtävissä suurin koulutustarve. Tämä tieto antaa suuntaa koulutuksen suunnittelulle, mikäli harkittu Barthel otetaan käyttöön Akselissa. Vastauksissa yllätti, miten jokaisen testin kohdalla joku tai jotkut työntekijöistä kokivat, etteivät ne kuulu heidän työtehtäviinsä. Esiin kyselyä tarkasteltaessa tuli, että iäkkäiden alkoholin käyttöön liittyvää alkoholin käytön arviointitestiä osattiin käyttää kaikkein vähiten, sillä mediassa

puhutaan tänä päivänä paljon ikäihmisten alkoholin ongelmakäytöstä ja sen tuomista haasteista. Testit kuitenkin onneksi koettiin tärkeinä ja jokaiseen testiin koki koulutustarvetta vähintään puolet vastanneista.

Vaikka lähes kaikki kokivat osaavansa perusasiat tai olevansa asiantuntijoita asiakkaan neuvomisen ja ohjaamisen osaamisessa tämän toimintakyvyn ja kuntoutumisen edistämisessä, silti 22 koki koulutuksen olevan tarpeellinen, neljä heistä koki jopa suurta koulutustarvetta. Lähes samansuuntaisesti vastattiin toimimisen osana saumatonta kuntoutus/palveluketjua osaamiseen. Näistä voi päätellä, että vaikka aluksi vastaajat ovatkin ajatelleet osaavansa asiat perustasoisesti, kyselyn edetessä he tulevatkin siihen tulokseen, että haluaisivat lisäkoulutusta. Yhteyden näissä väittämässä ja testien osaamisessa voi nähdä hoito- ja palvelusuunnitelmien tekoon. Testien osaava käyttäminen ja tulkitseminen luovat perustan hyvälle hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiselle. Grönroosin ja Perälän tutkimuksessa oli myös havaittavissa samansuuntaisesti hoito- ja palveluprosessin hallintaan liittyvien tietojen taitojen ja valmiuksien heikkous. (Grönroosin ja Perälän 2006.)

Työyhteisön kehittämiseen liittyvät väittämät koettiin kaikki ilahduttavan tärkeinä. Moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen sekä sen kehittämiseen ja laatimiseen kuntouttavaa näkökulmaa tukevaksi tarvittiin eniten ohjausta, jotkut jopa vastasivat, etteivät asiat kuulu heidän työtehtäviinsäkään. Myös opiskelijaohjaus nousi esille, siihen koettiin tarvittavan ohjausta tai sen ei koettu kuuluvan työtehtäviin. Tämä on tärkeä kohta huomioida, sillä harjoittelussa oleva opiskelija voi olla tulevaisuudessa oma työkaveri. Hyvällä opiskelijaohjauksella tuotetaan ammattitaitoisia työntekijöitä tulevaisuuden työyhteisöihin. Helpotusta työyhteisöön tuo myös, mikäli uudet työntekijät on hyvin perehdytetty, tähänkin yli puolet tarvitsevana koulutusta. Monikulttuurisessa työyhteisössä työskentelyyn koettiin vastauksissa koulutustarvetta melko paljon. Monikulttuurisuus on nykypäivää ja tulevaisuutta Suomessa niin työyhteisöissä kuin asiakkaidenkin puolelta. Onko monikulttuurisuus kuitenkaan vielä tätä päivää Akselissa, se kannattaa huomioida koulutussuunnittelussa koulutusten tärkeysjärjestyksessä. Ristiriitaisuutta vastauksia tulkittaessa tuli asiakkaan tilanteen riskitekijöiden tunnis-

tamisessa ja osaamisessa toimia riskien minimoimiseksi. Yli puolet koki koulutustarvetta vaikka lähes kaikki kokivat osaavansa tässä perusasiat.

Tulevia koulutuksia suunniteltaessa on hyvä ottaa huomioon tässä kyselytutkimuksessa esille nousseet koulutustarpeet. Työnkuva ja sisältö pitäisi myös olla paremmin selvillä jokaisella työntekijällä. Jokaisen kysytyn väittämän osaamisella on vaikutus kaikkiin muihin osa-alueisiin.

7.3 Ammatillinen kasvu ja kehittämiskohteet.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli saada selville Akseli alueen kotihoidon työntekijöiden kehittämis- ja työyhteisöosaamisen koulutustarpeet. Vastausten oli tarkoitus auttaa henkilökunnan tulevien koulutusten kehittämisessä. Kyselytutkimuksen keskeiset tulokset on jo annettu jatkokäyttöä varten tilaajalle.

Opinnäytetyömme toteutettiin parityönä. Työ oli laaja ja sitä jouduttiin rajamaan pariinkin kertaan työskentelyn aikana. Hankaluutta koettiin myös välimatkan vuoksi sekä aikataulujen ja erilaisten työskentelytapojen yhteensovittamisessa.

Ammatillisesti työ antoi paljon lisäoppia ja – tietoa itse kyselytutkimuksen tekemisestä sekä kotihoidon henkilöstöltä vaadittavasta osaamisesta. Vastaavalaista kyselyä tulevaisuudessa tehdessämme jäsentelisimme kysymykset mm. tiimityöhön, hoito- ja palvelusuunnitelmaan, henkilökohtaiseen osaamiseen jne. liittyviksi selkeiksi kokonaisuuksiksi kehittämisosaamisen ja työyhteisöosaamisen alle. Vastausten tasoissa olisi myös helpompi niin vastaajille kuin tuloksia tutkivillekin, jos vastaukset olisi rajattu esim. osaamisen nykytilaan ja osaamisen tärkeyteen tai osaamisen nykytilaan ja koulutustarpeeseen.

Tulevaisuudessa tulemme varmasti kiinnittämään huomiota ammatissamme henkilökunnan osaamiseen ja sen kehittämistarpeisiin ja mahdollisuuksiin. Oletamme kyselymme vastauksista olevan tilaajalle apua tarkoituksenmukaisten koulutusten suunnittelussa henkilökunnalle.

LÄHTEET

EWMA Document: Home Care – Wound Care. Overview, Challenges and Perspectives. 2014. Viitattu 10.5.2015.

http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/EWMA_Projects/Home_Care_-_Wound_Care/JWC_EWMA_web_050514.pdf.

Finnish Consulting Group:n internetsivut. Viitattu 9.5.2015. [Wwww.fcg.fi](http://www.fcg.fi).

Grönroos, E. & Perälä, M-L. 2006. Kotihoidon kompetenssin kokemusta selittävät tekijät. Yhteiskuntapolitiikka. Viitattu 13.3.2015.

Haikara, P., Raitanen, M. & Turunen, N. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon integroitu palvelujärjestelmä sosiaali- ja terveystieteissä, kuntaliitoksessa sekä yhteistoiminta alueella. Kaakon sote-into kupera –osahanke loppuraportti. http://www.socom.fi/dokumentit/kupera/yhteinen/KUPERA_hankkeen_loppuraportti_2009_2010.pdf

Hassi, T.M. 2002. Yhteiskunnalliset muutossuunnat ja kotihoidon työntekijöiden osaaminen tulevaisuudessa. Vanhustyön asiantuntijoiden käsityksiä yhteiskunnallisista megatrendeistä ja kotihoidossa vaadittavasta osaamisesta. Lisensiaattitutkimus. Tampereen yliopisto. Viitattu 12.4.2015. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-14617>.

Heinola, R. 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito: Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes.

Helakorpi, S. Asiantuntijuuden arviointi. Openetti. Viitattu 23.11.2014. <http://openetti.aokk.hamk.fi/seppoh/Osaamismittarit/asiant-mittari.pdf>

Helakorpi, S. 2009. Koulutuksen kehittävä arviointi. Osaaminen ja sen tunnistaminen työelämän ja koulutuksen yhteisenä haasteena. AMK lehti. Viitattu 23.11.2014. www.uasjournal.fi/index.php/osaaja/article/download/1164/1053/

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu panos. Helsinki: Tammi.

Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY.

Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. Porvoo: Edita Publishing.

Ikonen, E-R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita Prima.

Isoherranen, K., Rekola, L., Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

Jyväskylän yliopisto. Tutkimuksen toteuttaminen. Viitattu 30.11.2014. https://koppa.jyu.fi/>Avoimet>Humanistinen_tiedekunta>Menetelmäpolkuja_humanisteille>Tutkimusprosessi.

Kankkunen, P. Vehviläinen-Julkunen, K. Tutkimus hoitotieteessä. 2013. Helsinki: Sanoma Pro.

Kettunen, T., Ihalainen, J. & Heikkinen, H. 2001. Monimuotoinen sosiaaliturva. Helsinki: WSOY.

Kirvesniemi, T. & Sundström, A. 2014. Alueellisen kotihoidon osaamiskartoitus. Etelä-Kymenlaakson yhteenveto. Kymenlaakson AMK. www.stm.fi/kaste.

Koivukoski, S. & Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tiimikirja. Sipoo: Sairaanhoidtajaliitto.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980, § 4, 12 ja 14. myöh. Vanhushoitolaki

Laki kunnallisista terveyssisarista AK 223/1944.

Laki sosiaalihuoltolain L 1428/2004 ja kansanterveyslain L 1429/2004 väliaikaisesta muuttamisesta. 2012.

Levy, S. Kaste-hanke. Perusturvakuntayhtymä Akseli. Viitattu 13.10.2014
<http://www.soteakseli.fi/kaste-hanke>

Manka, M-L. & Mäenpää, M. 2010. Tulevaisuuden osaajaksi. Tulosta Osaamistarpeiden tunnistamisella. Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos Tampereen yliopisto.
http://www.punkprojekti.fi/files/534/punk_osaamisopas_www.pdf

Noro, A., Alastalo, H., Finne-Soveri, H. ja Mäkelä, M. Kotihoidon toimintamallit ja henkilöstö vuonna 2014 – Vanhuspalvelulain toimeenpanon seurantatutkimus. THL. Tutkimuksesta tiiviisti 2/2015. Viitattu 9.5.2015.

Paljärvi, S. 2012. Muuttuva kotihoito. 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 8.12.2014.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0702-8>.

Piitonen, U. 2013. Toimintamalli kotihoidohenkilökunnan osaamisen kehittämiseksi. Ylempi AMK tutkinto. Oulun seudun AMK. Viitattu 10.11.2014. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013120219309>.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palvelusta vastaaville. Stakes.
<http://webfronter.com/verkkonen/hoitotyönkirjaaminen/other/ik%C3%A4ihmisten%20hoito-%20ja%20palvelusuunnitelma.pdf>.

Salonen, K. 2007. Haastava sosiaalinen vanhustyössä. Avopalvelu työntekijöiden näkemyksiä kotona asuvien vanhusten sosiaalisesta olomuotoisuudesta. Turun ammattikorkeakoulun tutkimuksia. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 9.10.2014.
<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161475.pdf>

Sanerma, P. 2009. Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Tampereen yliopistopaino Oy.

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittymiseen. Helsinki: WSOY Pro Oy.

Sosiaalihuoltolaki 310.12.2014/1301.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Suuriruhtinaskunnasta hyvinvointiyhteiskuntaan. Viitattu 9.5.2015. <http://www.stm.fi/stm/historia>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2013:11.

Soteakselin eli Perusturvakuntayhtymä Akselin www-sivut. Viitattu 10.4.2015 www.soteakseli.fi

Suomen Geronomiliiton internetsivut. Viitattu 13.5.2015. www.suomengeronomiliitto.fi

Taipale-Lehto, U. & Bergman, T. 2014. Vanhuspalveluiden osaamisraportti. Opetushallitus.

Terveysturvalaki 30.12.2010/1326 5§.

Terveysturva ja hyvinvoinninlaitos. Kansallinen mielenterveys ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Viitattu 5.5.2015.

Terveysturva ja hyvinvoinninlaitos. 2011–2014. Toimia – tietokanta.

Tilvis, R. & Pohjolainen, T. 2003. Vanhuksen kuntoutuksen erityispiirteet. Teoksessa Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. Fysiatría ss. 493–499. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Toljamo, M. & Perälä, M-L. 2008. Kotihoidon henkilöstön työn työtyytyväisyyden ja palvelujen laadunmuutokset PALKO-hankkeen aikana. Kysely kotihoidon henkilökunnalle 2001–2003. STAKES. Helsinki. Viitattu.28.11.2014 www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75006/R7-2008-VERKKO.pdf?sequence=1

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 31.11.2014. <http://www.tenk.fi> > HTK-ohje 2012 > Hyvä tieteellinen käytäntö.

Valli, R. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen.2001. Jyväskylä: Gummerus.

Valvira.2012. Kotiin annettavat palvelut ja hoito Valtakunnallinen valvontaohjelma.2012–2014 . Viitattu 9.5.2015. http://www.valvira.fi/files/tiedostot/k/o/Kotihoidon_valvontaohjelma.pdf

Vanhuspalvelulaki eli Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaalia terveyspalveluista. 28.12.2012/980.

Vataja, K. 2012. Kehittyvä työyhteisö. Itsearviointin hyödyntäminen työyhteisön kehittämisessä kunnallisessa sosiaalitoimessa. Tampere: Juvenes Print.

Vitikko, T. & Heiskanen, K. 2014. Koti-ikävä-pilotti. Loppuraportti. Etelä-karjalan sosiaali- ja terveyspiiri. Viitattu 3.5.2015.

LIITTEET

Liite 1

Saatekirje

Hei,

Vastaamalla alla olevaan kyselyyn pääset vaikuttamaan tuleviin koulutuksiin! Teemme Turun ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opinnäytetyönä kyselyn, jolla kartoitetaan kotihoidon työntekijöiden kehittämis- ja työyhteisöosaamista sekä niihin liittyviä koulutustarpeita perusturvakuntayhtymä Akselissa.

Vastausten pohjalta suunnitellaan KASTE - rahoitteen Yhteisvoimin kotona – hankkeen koulutuskokonaisuutta. Koulutuksia tullaan järjestämään seuraavan kahden vuoden ajan eri puolilla hankealuetta. Kaikki vastaukset ovat luottamuksellisia, ne kootaan tilastollisiksi kokonaisuuksiksi eikä niistä voida tunnistaa yksittäistä vastaajaa.

Vastauksesi on erittäin tärkeä ja vastaaminen kestää noin 15- 20 minuuttia.

Pyydämme Sinua vastaamaan kyselyyn 19.3.15 mennessä alla olevasta linkistä

<https://www.webpolsurveys.com/S/4ED4D954BE1779F6.par>

Terveisin

Satu Kokkonen ja Memmu Onyeahialam

Sairaanhoidon opiskelijat

Turun ammattikorkeakoulu 2015

Liite 2

KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÖIDEN KEHITTÄMIS- JA TYÖYHTEISÖOSAAMISEN KOULUTUSTARPEET

Hyvä vastaanottaja – nyt pääset vaikuttamaan tuleviin koulutuksiin!

Toivomme, että vastaat oheiseen lyhyeen Webropol -kyselyyn, jolla kartoitetaan kuntayhtymä Akselin kotihoidon työntekijöiden kehittämis- ja työosaamisen koulutustarvetta

Vastausten pohjalta suunnitellaan KASTE -rahoitteisen Yhteisvoimin kotona –hankkeen koulutuskokonaisuutta, ja näitä koulutuksia tullaan järjestämään seuraavan kahden vuoden ajan eri puolilla hankealuetta. Kyselyyn vastaaminen vie vain hetken, ja juuri sinun vastauksesi on tärkeä! Kaikki vastaukset ovat luottamuksellisia, ne kootaan tilastollisiksi kokonaisuuksiksi eikä niistä voida tunnistaa yksittäistä vastaajaa.

Pyydämme Sinua vastaamaan kyselyyn 19.3.2015. mennessä alla olevasta linkistä.

1. Työkokemus hoitotyössä?

- ° 0-5v
- ° 5-10v
- ° 10-15v
- ° 15-20v
- ° 20- yli

[illegible]

GDS-15 masennusseula												
MNA, ravitsemustesti												
IADL/ADL, päivittäisen toiminnan mittarit												
Barthelin -kysely lomake												
SPPB-toimintakykytesti												
Fimm toimintakyky-lomake												
RAVA												
Osaan tulkita ja hyödyntää mittareilla saatuja tuloksia												

Mitä muuta haluaisit sanoa omaan kehittymiseesi liittyen? Esim. Miten olet kehittynyt tai miten haluaisit kehittyä?

[illegible]

Osaan jakaa tietoa käymistäni koulutuksista (sisäinen koulutus, tiimipalaverit)												
Ymmärrän työni merkityksen tiimin/yhteisön kehittäjänä												
Ymmärrän työni merkityksen osana ikäihmisten palveluiden kehittämistä												
Osaan ohjata opiskelijoita												
Osaan kohdata asiakkaan arvokkaasti												
Osaan toimia työyhteisön jäsenenä												
Osaan edistää työyhteisön hyvinvointia												
Osaan tehdä päätöksiä ennakointimattomissa tilanteissa												
Osaan ottaa ikävätkin asiat puheeksi työyhteisössä												
Osaan toimia työyhteisössä säädösten ja määräysten mukaisesti												
Osaan toimia taloudellisesti												

Mitä muuta haluaisit sanoa työyhteisösi kehittämisestä?
