

Maria Kauppinen

Innostavaa oppimista

Työpaikkakoulutusta kotihoidon lähihoitajille

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Ylempi amk

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

20.1.2016

Tekijä Otsikko Sivumäärä Aika	Maria Kauppinen Innostavaa oppimista - Työpaikkakoulutusta kotihoidon lähihoitajille 55 sivua + 5 liitettä 20.1.2016
Tutkinto	Terveystenhoitaja, ylempi AMK
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
Suuntautumisvaihtoehto	Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
Ohjaaja	Lehtori Leena Hannula
<p>Opinnäytetyö toteutettiin työelämälähtöisenä kehittämistyönä ja sen tarkoituksena oli kartoittaa kotihoidon lähihoitajien sairaanhoidollista osaamista ja osaamistarpeita kotihoitotyössä osaamiskartoituksen avulla. Tarkoituksena oli myös kehittää tämän osaamiskartoituksen, yhteisöllisen aivoriihimenetelmän ja benchmarking- haastattelun avulla kotihoidon sairaanhoidollisen työpajatoiminnan toteutussuunnitelma.</p> <p>Kehittämistyön kohderyhmänä olivat Helsingin kaupungin erään kotihoitoyksikön lähihoitajat sekä sairaan- ja terveydenhoitajat. Osaamiskartoitukseen vastaajien tavoitejoukko oli 12 lähihoitajaa ja kartoitukseen vastasi kahdeksan lähihoitajaa. Ideointityöpajojen aivoriihityöskentelyyn kutsuttiin 27 osallistujaa ja niihin osallistui 14 lähi-, sairaan- ja terveydenhoitajaa. Osaamiskartoitus ja ideointityöpajatapaamiset antoivat opinnäytetyöntekijälle tietoa osaamisen tasosta ja oppimistarpeista, mikä loi pohjan kehittämistyön tuotokselle.</p> <p>Kehittämistyön lopputuotoksena valmistui kotihoidon sairaanhoidollisen työpajatoiminnan toteutussuunnitelma Helsingin kaupungin yhteen kotihoitoyksikköön. Työpajatoiminta toimii työpaikkakoulutuksena lähihoitajille ja sen tavoitteena on lisätä kotihoitotyön laatua ja turvallisuutta osaamista kehittämällä.</p>	
Avainsanat	Työpaikkakoulutus, kotihoito, lähihoitaja, osaaminen, kehittäminen

Author Title Number of Pages Date	Maria Kauppinen Inspiring Learning - On-the-job Training for Home Care Practical Nurses 55 pages + 5 appendices 20 January 2016
Degree	Master`s Degree
Degree Programme	Master`s Degree Programme in Development and Leadership in Health Care and Social Services
Specialisation option	Development and Leadership in Health Care and Social Services
Instructor	Leena Hannula, Lector
<p>The thesis was carried out as a working life development work and its purpose was to survey the nursing skills and the needs of their development of home care work practical nurses by using skills mapping. The purpose was also to develop an implementation plan for a home care nursing workshop by using skills mapping, collaborative brainstorming and benchmarking.</p> <p>The target group consisted of the practical nurses, nurses and public health nurses of a home care unit in the City of Helsinki. The sample of the skills mapping consisted of 12 practical nurses of whom eight practical nurses answered. Twenty-seven nurses, public health nurses and practical nurses were invited to a brainstorming workshop of whom 14 participated. The skills mapping and brainstorming workshop meetings provided information about the level of know-how and skills needs which created the foundation for the development work.</p> <p>The end result of the development work was an implementation plan for the home care nursing workshop for a home care unit in the City of Helsinki. Workshops function as on-the-job training for practical nurses and the aim is to increase the quality and safety of the home care work by the development of know-how.</p>	
Keywords	On-the-job training, home care, practical nurse, know-how, development

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Osaamisen kehittäminen kotihoitotyössä	2
2.1	Kotihoitotyö	3
2.2	Lähihoitajan työ ja osaaminen	4
2.3	Näyttöön perustuva hoito	5
2.4	Työssäoppiminen	7
2.4.1	Työpaikkakoulutus	9
2.4.2	Työpajatoiminta	10
2.4.3	Oppimisen arviointi	12
2.4.4	Koulutussuunnitelma	13
3	Kehittämistyön tarkoitus, tehtävät ja tavoite	14
4	Lähestymistapa ja menetelmät	14
4.1	Tutkimuksellinen kehittäminen	14
4.2	Lähestymistapana toimintatutkimus	16
4.3	Osaamiskartoitus, aivoriihi ja benchmarking	17
4.4	Aineiston analyysimenetelmät	18
5	Kehittämistyön toteutus	19
5.1	Toimintaympäristön kuvaus	19
5.2	Kehittämistyön lähtökohdat	20
5.3	Kehittämistyön aikataulu ja eteneminen	22
6	Aineiston keruu, analysointi ja tulokset	23
6.1	Benchmarking-haastattelun tulokset	24
6.2	Osaamiskartoituksen tulokset	25
6.3	Ideointityöpajojen kulku ja tulokset	30
6.4	Sairaanhoitollisen työpajatoiminnan toteutussuunnitelman laatiminen	36
6.5	Suunnitelma työpajoissa käytettävistä opetusmenetelmistä	37
7	Pohdinta	40
7.1	Kehittämistyön arviointi	40
7.1.1	Suunnitteluvaihe	41

7.1.2	Työstämisvaiheen aloitus	42
7.1.3	Kehittämistyössä käytetyt menetelmät	42
7.1.4	Osaamiskartoitus, aivoriihi ja benchmarking-haastattelu	43
7.1.5	Lopputuotos	45
7.1.6	Kehittämistyön levittäminen ja käytettävyys	46
7.2	Eettisyys	47
7.3	Luotettavuus	48
7.4	Jatkokehittämishaasteet	48
	Lähteet	50

Liitteet

Liite 1. Osaamiskartoitus

Liite 2. Tiedonantokirje

Liite 3. Ideointityöpajan alustusdiat

Liite 4. Kotihoidon sairaanhoidollisen työpajatoiminnan toteutussuunnitelma

Liite 5. Osallistumispassi

1 Johdanto

Kotihoidon henkilöstön työ on hyvin itsenäistä, haasteellista ja vastuullista. Työtä tehdään tiimeissä, mutta kotikäynneille mennään lähes aina yksin ja työntekijä voi kohdata mitä tahansa käynnille saapuessaan. Tämä tarkoittaa sitä, että kotihoidon hoitajilta vaaditaan vahvaa itsenäistä päätöksentekokykyä. Kotihoidon asiakkaat ovat usein monisairaita ja monet heistä tarvitsevat paljon apua kotona asumisen tukemiseksi. (Kettunen 2003: 60; Leppänen 2005: 80.) Leppäsen (2005: 79) tutkimuksesta käy ilmi kotihoitotyön sairaanhoidollisen työosaamisen korostuminen. Työssä pärjääminen edellyttää monipuolisia taitoja, tietoja ja luovuutta. Työskentely kotihoidossa vaatii laaja-alaista ja kokonaisvaltaista osaamista, mikä edellyttää työntekijältä oman osaamisen jatkuvaa kehittämistä. Ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen ovat osa hyvää ammatti-identiteettiä, mitä ohjataan lainsäädännöllä. Oppiminen ja kehittyminen ovat yhteydessä myös työhyvinvointiin. (Ikonen 2013: 173 – 174; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010.) Väestömme ikärakenteen muutos ja siitä johtuva ikääntyneiden määrän kasvu ja hoidon painotus laitoshoidosta kotihoitoon tarkoittaa asiakasmäärän kasvua kotihoidossa. Asiakkaat ja yhteiskunta odottavat hyvää, laadukasta ja turvallista hoitoa.

Hoitotyön vuosikirjassa 2014 Hahtela (2014: 31) kirjoittaa, että hyvässä työpaikassa ammattitaidon kehittäminen nähdään positiivisena asiana. Kotihoitosektorilla sen sijaan on paljon tehtävää ammattitaidon kehittämisen saralla, sillä samassa teoksessa mainitussa muutaman vuoden takaisessa Sairaanhoidotalon tekemässä kyselyssä sairaanhoitajat arvioivat ammattitaidon kehittämisen heikoimmaksi nimenomaan kotihoidossa. Vastauksissaan sairaanhoitajat arvioivat myös, ettei kotihoidon hoitotyön laatu ole korkeatasoista. Tuloksista voinee päätellä, ettei kotihoito saavuttanut hyvän työpaikan kriteereitä. Työntekijöiden hyvinvoinnin ja työpaikassa pysymisen eteen on panostettava, sillä niillä on selvä yhteys työpaikan vetovoimaisuuteen ja imagoon. (Hahtela 2014: 35.)

Helsingin kaupungin kotihoitotyöhön tulevat lähihoitajat saavat luvan suorittaa sairaanhoidollisia toimenpiteitä vasta lääkeluvan saatuaan. Tätä ennen heidän tulee suorittaa lääkelasku- ja teoriakoe sekä sairaanhoidolliset näytöt hyväksytysti. Näytöt vastaanottaa kotihoitotiimin sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. (Helsingin kaupungin intranet 2014.) Uusia hoito-ohjeita tulee jatkuvasti ja työssä oppimisen ja kehittymisen vaatimus on jatkuvasti kasvava. Näyttöön perustuvaan hoitamiseen tarvitaan opetusta. Helsingin kaupunki

tarjoaa koulutuksia laajasti, mutta useimmiten koulutuksiin pääsee vain muutama työntekijä kerrallaan, eikä opittu tieto välttämättä hyödytä kuin koulutuksen käyneitä.

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli suunnitella ja kehittää kotihoidon sairaanhoidollisen työpajatoiminnan toteuttamissuunnitelma Helsingin kaupungin erääseen kotihoidoyksikköön. Työpajatoiminnan tavoitteena on lisätä kotihoidon lähihoitajien terveyden ja sairaanhoidollista osaamista. Työpaikkakoulutukseen on helpompi osallistua kuin talon ulkopuolella järjestettyyn ja siten työpajatoiminta mahdollistaa oppimista jokaiselle. Sairaanhoidollisen työpajatoiminnan käynnistäminen tuli työnantajan toiveesta.

2 Osaamisen kehittäminen kotihoitotyössä

Uusien asioiden ja taitojen oppiminen lisäävät mielenkiintoa työtä kohtaan ja kun työ innostaa, vaikuttaa se koko elämään, myös työn ulkopuolella. Työhön motivoitunut ja työstään innostunut työntekijä voi ja tuottaa paremmin kuin työntekijä, jonka työmotivaatio on heikko ja jolle työstä on tullut velvollisuus. (Grönfors 2010: 17.) Oppiminen ja kehittyminen ovat merkittäviä tekijöitä puhuttaessa hyvinvoivasta organisaatiosta. Oppimista voidaan pitää näin kilpailuetuna, kun oppiva ja motivoitunut henkilöstö pysyy organisaatiossa ja tuottaa laadukasta työtulosta. Osaaminen lisää työn laatua ja on selvää, että henkilöstön osaaminen vaikuttaa organisaation menestykseen ja maineeseen. (Kauhanen 2009: 143; Hahtela 2014: 34 - 35.) Menestyäkseen organisaatio tarvitsee myös uusiutumiskykyä ja innovatiivisuutta. Uutta tietoa tulee jatkuvasti ja inhimillisen pääoman merkitys lisääntyy.

Työelämän perusosaaminen saadaan peruskoulutuksessa, mutta työelämä muuttuu kovalla vauhdilla ja näin osaamisvaatimukset muuttuvat ja kasvavat. Kun työntekijä tänä päivänä valmistuu ammattiinsa, on hänen tutkintonsa tietomäärästä vain puolet sovellettavissa viiden vuoden päästä. Työstä suoriutuminen tarkoittaa nykyään jatkuvaa oppimista. (Hätönen 2011: 15; Lepistö 2005: 6; Taipale - Lehto - Bergman 2013: 29.) Vaatimus jatkuvasta oppimisesta on iso, eikä osaaminen aina täytä vaadittuja odotuksia. Kettusen (2003: 73) tutkimuksesta käy ilmi, että kotihoidon johdon mielestä kotihoidon henkilöstön osaamisessa on ongelmia. Osaamisen kehittämisellä Kettunen (2003: 90) tuo esille koulutuksen, mikä selvisi pääasialliseksi kehittymismenetelmäksi tutkimustuloksista. Kehittyminen ei tarkoita vain tuttujen, vaan myös uusien työ- ja toimintatapojen oppimista. Yksittäinen työntekijä tarvitsee osaamista suoriutuakseen työstään. Osaami-

sessä yhdistyvät työ ja työntekijä. Osaaminen tarkoittaa taitojen ja tietojen luovaa ja monipuolista käyttöä, mihin liittyvät oppimistaidot, joustavuus, ajattelun taidot ja kyky työskennellä ryhmässä. Siihen yhdistyvät myös yksilön kyky arvioida ja kehittää omaa osaamista. Osaamisen tärkeyttä ja hyödyllisyyttä ei tule vähätellä, sillä se vahvistaa työkykyä ja vaikuttaa sitä kautta työssä menestymiseen sekä ammatilliseen kehittymiseen. (Hätönen 2011: 9.) Osaaminen ei synny itsestään, vaan osaamisen kehittämisen tulee olla suunnitelmallista ja tarpeista lähtevää. Terveystieteissä puhutaan täydennyskoulutusvelvoitteesta, mikä tarkoittaa sitä, että terveydenhuoltohenkilöstön on osallistuttava riittävästi työtä tukevaan koulutukseen. (Hätönen 2011: 49; Terveystietolaki 2010.)

2.1 Kotihoitotyö

Kotona tapahtuvaa asiakkaan hoitoa kutsutaan kotihoidoksi. Kotihoidon palvelumuotoja ovat kotipalvelu, kotisairaanhoito ja tukipalvelut. Kotipalvelulla tarkoitetaan arkipäivän toiminnoissa, kuten hygieniassa, ravitsemuksessa ja pukeutumisessa avustamista. Kotisairaanhoito on lääkärin määräämää sairaanhoidollista apua ja hoitoa, kuten eri tavoin toteutettua lääkehoitoa, verinäytteiden ottamista ja haavahoitoa. Kotona tapahtuva sairaanhoito voi olla hyvin vaativaa, kuten monisairaiden ja saattohoitoasiakkaiden kohdalla. Aikaisemmin ajateltiin, että vaativa sairaanhoito edellyttää sairaalahoitoa, mutta tämän päivän kotihoito sisältää myös vaativammat hoidot ja tarvittaessa tukena on kotisairaala. Tukipalveluja ovat esimerkiksi kotiin tuotavat ateriat- ja kauppalpalvelut. (Kelo – Launiemi – Takaluoma – Tiittanen 2015: 76, 84.) Kotihoidon perustehtäväksi ja tavoitteeksi voidaan määritellä asiakkaan kotona asumisen tukeminen, hyvän elämän ja toimintakyvyn ylläpitäminen sekä edistäminen. Sanerman (2009: 170 - 171) tutkimukseen vastanneet kotihoidon hoitajat näkivät oman työn perustehtävän samoin. Vanhuksen kotona selviytyminen ja tukeminen sekä onnellisen ja turvallisen elämän mahdollistaminen koettiin kotihoidon perustehtäväksi.

Vanhuspalvelulain tavoitteena on ikäihmisen asuminen omassa kodissaan laitoshoidon sijaan. Tavoitteena on myös kehittää ikäihmisten arjesta selviytymisen eri muotoja ja niistä erityisesti kotiin tuotavia palveluja. Kun ikäihmisen voimavarat alkavat hiipua, tulee kodista elämän keskiö. Kodista on luotava turvallinen elinympäristö ja sinne tuotavien palveluiden on taattava ikäihmisen kotona pärjääminen hänen parhaaksi. (Kelo ym. 2015: 85.) Kotihoito on ikäihmisten palveluista keskeisin. Tämän ja väestörakenteen

muutoksen vuoksi kotihoidon palvelujen sisältö ja laatu ovat olennaisia kehittämisen kohteita nyt ja tulevaisuudessa. Myös palvelujen kattavuuteen tulee kiinnittää huomio. (Heinola 2007: 10.)

Kotiin tuotavien palveluiden määrä on lisääntynyt huomattavasti kuluneen viimeisen 10 vuoden aikana Kelo ym. 2015: 76, 83). Taustalla vaikuttavat vanhuspalvelulain lisäksi yhteiskuntamme taloudellinen tilanne sekä väestörakenteen muutos, mikä tarkoittaa ikäihmisten määrän kasvua suhteessa työikäisiin ja sitä nuorempiin. Ikääntyneiden määrän kasvu tarkoittaa muutoksia työmarkkinoilla, julkisessa taloudessa, sosiaali- ja terveyspalveluiden palvelurakenteissa ja hoitotyön osaamisessa. Ikääntyneiden hoidon takaamiseksi tarvitaan lisää työvoimaa ja lisääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluiden menojen hallitsemiseksi uusia palveluratkaisuja. Ikääntyneiden asiakkaiden hoidon keskeisimpiä asioita ovat sairauksien ehkäiseminen, hoito ja kuntoutus sekä toimintakyvyn ja itsenäisen arjessa suoriutumisen tukeminen. Nämä kaikki vaativat paitsi moniammatillista osaamista, myös kehittävää työtettä, toimintatapojen arviointia ja kehittämistä sekä asiakkaiden kuulemista palveluiden sujumisesta. (Kelo ym. 2015: 278 – 279.)

2.2 Lähihoitajan työ ja osaaminen

Lähihoitaja on toisen asteen ammatillisen koulutuksen käynyt sosiaali- ja terveysalan ammattilainen. Lähihoitaja-ammattinimeke on nimikesuojattu eli sitä saa käyttää vain pätevä lähihoitaja ja henkilö, joka on saanut luvan käyttää nimikesuojattua ammattinimikettä. (Markkanen 2009: 10 -11; Pursiainen 2015: 35.) Lähihoitajan perustehtäväksi voidaan tiivistettynä määritellä asiakkaiden päivittäistoimintojen sekä terveyden ja hyvinvoinnin tukeminen. Hoidon tulee olla suunnitelmallista. (Hakala - Tahvanainen - Ikonen - Siro 2011: 54.) Kotihoidossa työskentelevältä lähihoitajalta edellytetään osaamista vanhuspalveluiden perusteissa, sairauksien tuntemisessa ja hoidossa, läikehoidossa sekä päivittäisessä perushoidossa. Lähihoitajan tulee osata ohjata ja neuvoa asiakasta hoitoon ja palveluihin liittyvissä asioissa, mikä tarkoittaa esimerkiksi erilaisten etuuksien, vanhuspalvelulain ja säädösten tuntemista. Toimintakyvyn tukeminen ja edistäminen korostuvat erityisesti juuri kotihoitotyössä. Mitä parempi toimintakyky asiakkaalla on, sitä sujuvampaa on kotona asuminen. (Taipale - Lehto - Bergman 2013: 29.) Kotihoidon asiakasmäärän ja lisääntyvien monisairaiden määrän kasvun vuoksi hoito vie enemmän aikaa ja vaatii monipuolista osaamista. Sanerman (2009) tutkimukseen vastanneet lähihoitajat kokivat haasteita kliinisten taitojen oppimiseen liittyen. Kokemuksensa pohjalta

lähihoitajat ilmaisivat halunsa oppia lisää ja kokivat kotihoidon sairaanhoitajien tuen tärkeäksi oppimisen kannalta. (Sanerma 2009: 226, 244.) Tässä korostuvat kotihoidon moniammatillisuus, vertaistuki ja vuorovaikutuksellinen oppiminen.

Ammatillinen kasvu liittyy elinikäiseen oppimiseen. Oppimista tapahtuu työtä tekemällä. Reflektiivisyys on yksi ammatillisen kasvun tunnuspiirteistä. Tällä tarkoitetaan työntekijän havaintojen, kokemusten ja uuden tiedon heijastamista aiempiin kokemuksiin. Prosessoinnin tuloksena syntyy uutta tietoa ja näin myös ammatillista kasvua. (Pursiainen 2015: 38.) Ammatillinen koulutus antaa pohjan lähihoitajan ammatille, mutta pelkkä lähihoitajakoulutus ei takaa työssä pärjäämistä, vaan tarvitaan työssä tapahtuvaa oppimista ja koulutusta. Markkasen (2009) selvityksessä kyselyyn vastanneista lähihoitajista 51 prosentilla (n= 358) oli kriittinen näkemys lähihoitajakoulutuksen ja työelämän vastavuudesta, kun taas vain 28 prosentilla (n=197) oli positiivinen näkemys. Vastauksissaan lähihoitajat toivat esille myös sen, että työelämän jatkuvat muutokset vaativat jatkuvaa kouluttautumista peruskoulutuksen lisäksi (Markkanen 2009: 25).

Leena Nykoppin (2006) tutkimuksesta käy ilmi työelämän vaatimukset suhteessa lähihoitajan ammattikoulutuksen antamiin tietoihin ja taitoihin. Valmistuvien lähihoitajien verenpaineen mittaamistaidoissa manuaalisella verenpainemittarilla oli puutteita ja vastaajat kokivat, että verenpaineen mittausta tulisi opettaa perusteellisemmin vielä koulussa ollessa. Tutkimusvastauksista kävi ilmi sekä, että mitä useamman kerran lähihoitaja oli harjoitellut verenpaineen mittausta, sitä paremmaksi hän koki oman verenpaineenmittaustaidon ja oma arvio osaamisesta oli samaa luokkaa, kuin mitä tutkimustuloksista näyttötilanteissa tuli ilmi. Lähihoitajat olivat siis selvillä omasta osaamisen tasosta ja ymmärsivät lisäoppimisen tarpeen. Verenpaineen teoreettinen osaaminen oli keskinkertaista tasoa. (Nykopp 2006: 26, 49, 51.) Näihin koulutuksen puutteisiin ja vastavalmistuneen ammattilaisen aloittelija- vaiheeseen tarvitaan täydennyskoulutusta ja työpaikalla tapahtuvia oppimismahdollisuuksia.

2.3 Näyttöön perustuva hoito

Kotihoidon hoitajilta vaaditaan lujaa ammattitaitoa ja näyttöön perustuva hoito on olennaisessa osassa puhuttaessa laadukkaasta hoidosta. Stakesin raportin mukaan (Perälä – Grönroos – Sarvi 2006: 20) kotihoidon hoitajilla on puutteita valmiudessa soveltaa tutkimustietoa omaan työhön. Näytöllä tarkoitetaan sellaista parasta mahdollista tietoa, jota käytetään hoidon järjestämiseen. Näyttö voi olla tutkimusnäyttöä, asiantuntijanäyttöä tai

seurantatietoa esimerkiksi erilaisista tilastoista. Myös väestön tietoisuus, vaatimukset ja odotukset hoidosta tuovat omat haasteensa työhön, edellyttäen näyttöön perustuvan hoidon toteuttamista. Esimiehen tehtävänä on luoda mahdollisuudet näyttöön perustuvan toiminnan edistämiseen ja toteutumiseen. Hänellä on olennainen rooli näyttöön perustuvan toiminnan kehittäjänä. Tämä on osa osaamisen johtamista. (Holopainen – Junttila – Jylhä – Korhonen – Seppänen 2013: 11 - 31.) Suomen laki puhuu siitä, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja näin varmistetaan osaltaan hoidon laatu ja potilasturvallisuus (Terveydenhuoltolaki 2010). Näyttöön perustuvan hoitotyön oppimiseksi tarvitaan oppimista edistäviä tekijöitä. Näitä tekijöitä ovat muun muassa koulutus, motivoivat työtehtävät, oma asenne ja työyhteisön tuki. (Sarajärvi - Mattila – Rekola 2011: 18.)

Näyttöön perustuva hoitotyö ei ole välttämättä tunnettu asia hoitotyössä tai eri työyksiköissä, etenkin nuorempien työntekijöiden kohdalla. Tämä tuli esille Lindforsin (2007) tutkimustuloksissa, jossa nuoret alle 25-vuotiaat ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet hoitotyöntekijät suhtautuivat negatiivisemmin näyttöön perustuvaan hoitotyöhön kuin yliopistokoulutuksen käyneet. Tutkimusvastauksista kävi kuitenkin ilmi, että 47 % (n=26) opistotasoisien koulutuksen suorittaneista hoitajista koki hoitotieteellisen tiedon olevan käytössä omassa organisaatiossa ja että se osa hoitotyön kehittämistä. Saman opistotason koulutuksen saaneiden vastaajaryhmästä 42 % (n=23) koki oman organisaation tukevan uusia tutkimukseen perustuvia työ- ja toimintatapoja. Tutkimuksen vastaajien organisaatio oli yliopistollinen sairaala. Kaikista vastaajista 63 % (n=72) piti hoitotieteellisen tiedon käyttöä mielenkiintoisena, joten lähtökohdat näytön käyttöön osana hoitotyötä vaikuttivat positiivisilta. (Lindfors 2007.)

Parhaan mahdollisen hoidon takaamiseksi ikääntyneiden hoidon tulisi aina perustua näyttöön perustuvaan toimintaan, niin hoidon arvioinnin, suunnittelun kuin itse toteutuksen osalta (Kelo ym. 2015: 281). Näyttöön perustuva toiminta saa aikaan hoitokulttuurin muutoksen, mikä tarkoittaa uudenlaista, reflektoivaa ja avointa työ- ja toimintatapaa. Tällaisessa hoitotyössä yhdistyvät tieteellinen tieto, asiantuntijatieto ja asiakkaan omasta kokemuksesta pohjautuva tieto. (Sarajärvi ym. 2011: 17 - 18.) Kuten Suomessa, niin myös Ruotsissa ikääntyneiden määrä muuhun väestöön verrattuna on kasvamassa. Ruotsissa tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia ja selvittää hoitohenkilöstön, johon kuului sairaanhoitajien, sairaanhoitaja-avustajien ja kuntoutuksen ammattilaisten käsi-työskäytä tutkimusten käytöstä vanhusten hoidossa. Tutkimustulokset osoittivat, että hoito-

henkilöstön tutkimusten käyttö hoitotyössä oli vähäistä. Tämä tarkoitti merkittäviä haasteita näyttöön perustuvan hoidon toteutumisessa. Kysymyksenä oli muun muassa, miten hoitohenkilökunta, jolla ei ole yliopistokoulutusta, kykenee hyödyntämään tutkimustietoa työssään. Haaste on iso, sillä samalla sekä asiakkaat että yhteiskunta haluavat hoidon olevan laadukasta ja näyttöön perustuvaa. (Bostro – Wallin – Nordström 2006: 131 - 138.) Perustelut näyttöön perustuvalla hoidolla ovat vahvat.

2.4 Työssäoppiminen

Oppimista voidaan kuvata prosessina, joka jatkuu koko elämän, sen vuoksi sitä kutsutaan prosessikäsitteeksi. Oppimisprosessissa keskeistä on muutos, jota tapahtuu oppijan tiedoissa, taidoissa, toiminnassa ja ajattelussa. Oppimista seuraa siis aina muutos. Aina muutos ei ole välttämättä nähtävissä tai sitä ei voida mitata tai tunnistaa. (Siljander 2014: 59.)

Aikuisen oppimiseen liittyy lähes aina eletty elämä eli elämäkokemus. Aikuinen tietää ja ymmärtää, miten hän oppii ja mitä oppimisesta seuraa. (Laine - Ruishalme - Salervo - Sivén - Välimäki 2012: 17.) Aikuisen oppimismotivaatio lähtee opitun asian käytännönläheisyydestä, siitä että opitulla asialla on välitöntä käyttöä ja hyötyä itselle sekä työlle (Grönfors 2010: 24). Oppimiseen vaikuttaa yksilön asenne ja uteliaisuus oppimista kohtaan. Myös vuorovaikutus- ja kommunikointitaidot edistävät oppimista, sillä uutta tietoa syntyy vuorovaikutuksen kautta, tietoja ja kokemuksia jakamalla. (Grönfors 2010: 24 - 27.) Hyvämaineinen, tunnollinen ja menestyvä työntekijä nähdään hyvän oppimismotivaation ja kyvykkyyden omaavana työntekijänä. Hyvä työntekijä on oppiva. Tämä selvisi Järvensivun (2006: 140 - 143) tutkimustuloksista, jossa työntekijät vastasivat kyselyyn sopeuttamistilanteessa eli muutoksen alla. Oppiminen liittyy työssä pärjäämiseen paitsi organisaation sisällä, mutta myös työmarkkinoilla yleisesti. Oppimisen avulla työntekijä varmistaa paikkansa työmaailmassa, mikä tänä päivänä on kilpailua mitä suuremmassa määrin. Oppimisen yksi tavoite on tulla käytännön osaajaksi työssä. (Järvensivu 2006: 227; Grönfors 2010: 20.)

Työntekijä tarvitsee työssä pärjätäkseen työhön kohdennettua ammatillista osaamista, joka muodostuu tiedoista, taidoista, vuorovaikutussuhteista ja kokemuksista. Ammatillisuutta rakennetaan pitkin työelämää muun muassa täydennyskoulutusten muodossa. (Kelo ym. 2015: 279 - 278.) Jatkuva oppiminen, oman toiminnan reflektointi ja ammatillisten tavoitteiden asettaminen ovat osaamista. Tämä tarkoittaa myös, että työntekijällä

on intoa ja motivaatiota itsensä ammatilliseen kehittymiseen. Asenne omaa ammattitaidon kehittymistä kohtaan tulisi olla positiivista ja se tulisi kokea mieluummin oikeutena kuin velvollisuutena. (Kelo ym. 2015: 280 - 282.)

Yhteiskunnan ja työelämän muutokset vaativat jatkuvaa osaamisen ylläpitämistä ja kehittymistä (Pohjonen 2005: 66). Työelämän muutosvauhti vaatii joustavia ja nopeita koulutusratkaisuja. Myös koulutuksen on kehityttävä ja vastattava muutosvauhtiin. (Pohjonen 2005: 77.) Työssäoppiminen on oppimisen kehittämisen muoto. Työssä opitaan paitsi työtä tekemällä, myös suunnitellun ohjelman mukaan. Työssäoppiminen koskee yksittäisen työntekijän lisäksi koko organisaatioita ja sen kehittymistä. Tämän päivän työelämän muutosvauhti vaatii keinoja, joilla varmistetaan ammatillinen osaaminen. Työssäoppimisella voidaan tarttua tähän haasteeseen. (Pohjonen 2005: 79.)

Työssäoppimisella on juuret entisajassa, jolloin yleisesti vaikuttaneet käsityöläisammattit opittiin työtä tekemällä, mestari opetti oppipoikaa. Kehittyminen ja oppiminen tapahtuivat käytännön työssä ja vuorovaikutuksessa. (Pohjonen 2005: 80.) Työssäoppiminen voidaan nähdä omaan osaamiseen ja kokemuksen perustuvana oppimisena, mikä tapahtuu työympäristössä. Oppiminen voi tällöin olla valmiiksi ohjattua tai itseohjautuvaa. Työssä oppiminen perustuu käytännön ja teorian yhdistelmään, mitkä saavat aikaan uuden tiedon etsinnän, löytämisen ja tuottamisen sekä lopputuloksena kohentuneen työtuloksen. Työssäoppimisen edellytyksiä ovat muun muassa oppimisen organisointi, tavoitteellisuus, ohjaaminen, kokemuksellisuus, reflektiivisyys ja oppijan oma motivaatio. (Pohjonen 2005: 81, 84.) Motivaatio on tärkeä tekijä muuttuvassa työelämässä, joka tarvitsee työntekijöitä, joilla on kykyä ja tahtoa oppia uutta (Pohjonen 2005: 101; Pursiainen 2015: 42). Elinikäisen oppimisen korostaminen ja kouluttautuminen työmarkkinoiden vaatimusten mukaan ovat nykyaikaa, mikä tulee ottaa huomioon jokaisessa organisaatiossa, alasta riippumatta. Omasta ammattitaidosta ja sen kehittämisestä tulee olla vastuu jokaisella työntekijällä yksilönäkin. (Aapola 2005: 259; Taipale - Lehto 2013: 29.)

Salon (2012) väitöstutkimukseen vastanneet kotipalvelun työntekijät, joiden ammattinimikkeet olivat lähihoitaja, perushoitaja, kodinhoitaja ja kotiavustaja, kokivat vuorovaikutuksellisuuden työntekijöiden kanssa lisäävän ammatillista kasvua. Vertaistuki ja oman työskentelyn reflektointi koettiin myös ammatillisuutta lisääviksi tekijöiksi. Itse-reflektion ajateltiin lisäävän oman työskentelyn pohdintaa ja mahdollistavan uusia vaihtoehtoja toteuttaa työtä. Työntekijät toivoivat saavansa hyvän oppimisen mahdollisuuk-

sia lisää, kuten esimerkiksi käytännön työtilanteita yhdessä kollegan kanssa. Vuorovaikutuksellisuus koettiin tärkeäksi oppimismenetelmäksi. (Salo 2012: 165.) Vuorovaikutuksellisuus ja osallisuus koettiin myös Vikberg-Aaltosen (2007) toimittamassa Hoituu kotona - Kotihoidon tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportissa keskeisiksi toimintamalleiksi puhuttaessa työskentelyn ja kehittämismenetelmien vahvistamisesta. Hankkeen aineistossa korostui yhdessä ja kollegoilta oppiminen sekä ammatilliselle keskustelulle annettu aika työssä. (Vikberg-Aaltonen 2007: 49.)

2.4.1 Työpaikkakoulutus

Koulutus liitetään usein työelämään, ammattiin ja yhteiskunnallisiin tehtäviin. Koulutuksella haetaan osaamista, jolla on käyttöä työssä tai muutoin elämässä, koulutusalaista riippuen. Koulutus on aina organisoitua, siksi mitä tahansa ohjaamista esimerkiksi työpaikalla ei tule kutsua koulutukseksi. (Siljander 2014: 67 - 68.)

Yksilön oppiminen perustuu koulutusjärjestelmän mukaiseen tutkintoon, arkipäivän oppimiseen ja erilaisiin organisaation järjestämiin kehittämisen menetelmiin, kuten mentoointiin, työnohjaukseen ja koulutukseen (Hätönen 2011: 50). Työpaikalla tapahtuva koulutus on yksi työssäoppimisen keinoista. Kun kehittäminen tapahtuu työpaikan sisäisesti, on koulutuksen lähestymistapa systemaattisempi ja integroidumpi, kuin mitä ulkopuolisella koulutuksella, jossa kouluttaja tulee organisaation tai työyksikön ulkopuolelta (Viitala 2013: 199).

Työyhteisön osaamisen kehittämisen tulisi olla normaali työyhteisön arkeen kuuluva toimintatapa. Kehittymiseen vaikuttaa työyhteisön oppimiskulttuuri, miten ja minkälaista oppimista arvostetaan. Myös yleinen ilmapiiri työpaikalla vaikuttaa oppimiseen. Kehittyminen ei kuitenkaan saa olla rasite työntekijälle eikä työyhteisölle. Kehittyminen on jatkuvaa toimintaa, eikä mikään työyhteisö tai yksittäinen työntekijä ole koskaan valmis. (Wallin - Äimälä 2005: 77 - 78; Gyllenbögel 2000: 55.) Nuutisen (2003: 30) täydennyskoulutusta tutkivasta tutkimuksesta käy ilmi hoitotyöntekijöiden kokemukset koulutuksien hyödyistä. Hoitotyöntekijöiden mielestä koulutukseen osallistumisen vaikutukset ovat positiivisia. Koulutukset paitsi edistävät oppimista, myös kohentavat työyhteisön ilmapiiriä. Oppimisen ilollakin on oleellinen, oppimista edistävä puoli. Edellytykset jatkuvasta oppimisesta luovat helposti vaativan kuvan, siksi on hyvä pitää yllä innostavaa ja positiivista oppimisen kulttuuria. Tarenin (2008: 37) sairaanhoitajille tehdystä tutkimuksesta käy ilmi

sekä organisaation sisäisen että ulkoisen koulutuksen merkittävä vaikutus oppimiselle. Koulutuksiin toivottiin pääsevän säännöllisesti ja tasapuolisesti.

Työpaikkakoulutus vaatii johdon hyväksynnän ja työntekijöiden motivaation itsensä kehittämiseen (Hjelt - Vesterinen 2000: 423). Gyllenbögelin (2000: 56) sairaanhoitajille tehdyn tutkimuksen mukaan juuri esimiehet ovat avainasemassa siinä, millainen työyhteisön oppimiskulttuuri on. Esimies luo osaltaan työyhteisön oppimisilmapiiriä. Esimies koetaan kannustavana, kun koulutuksista tiedotetaan ja niihin veloitetaan osallistumaan. (Gyllenbögel 2000: 56.) Johdon lisäksi henkilöstön itsensä motivaatio kehittymisestä vaikuttaa työpaikkakoulutuksen toteutumiseen. Henkilöstön on tunnistettava oman ammattitaitonsa rajat ja tällöin uuden oppimiseen tulee motivaatio. (Hjelt - Vesterinen 2000: 423.) Organisaation ja esimiehen kiinnostus, tuki ja kannustus kehitymiselle ovat olennaisessa roolissa uuden oppimisessa. Johtamisessa tulisi aiempaa enemmän kiinnittää huomiota työntekijöiden kehittämiseen. Tuki tarkoittaa muun muassa esimiehen kiinnostusta työntekijänsä tekemisistä ja opiskelusta. Oppiminen ja kehittyminen voi tarkoittaa myös uusia toimintatapoja, jolloin erityisesti tarvitaan esimiehen kiinnostusta ja tukea. Oppimisen tulokset edellyttävät avointa keskustelua ja innostava oppimisen kulttuuri työyhteisössä tuottaa tuloksia. Suunnitelma osaamisen kehittämiseen auttaa työntekijöitä jaksamaan paremmin työssään. Hyvästä suoriutumisesta on tärkeää antaa palautetta ja jopa palkita työntekijä. (Grönfors 2010: 17, 30- 31, 34 -35, 47.) Oppimisesta kiinnostunut työntekijä hakeutuu sellaiseen organisaatioon, jossa hänen kehittymistä ja taitoja arvostetaan (Grönfors 2010: 48). Ammatillinen paikallaan olo ja kehitymisinnon mitätöinti organisaation taholta heikentävät työntekijän suorituskykyä, työntuloksia ja työmotivaatiota.

Organisaatio ja työyhteisö ovat usein jatkuvan muutoksen alla. Osaamisen johtamisella esimies voi hallita muutoksia. Osaamisen kehittäminen tekee esimiehestä oppimisen mahdollistajan ja edistäjän työyhteisössä. (Häggman-Laitila 2014: 154.) Kerran opittu ei tarkoita sitä, etteikö samaa aihetta voisi kerrata ja oppia lisää. Tieto uusiutuu ja sen säistäminen vaatii opiskelua ja aikaa. Salon (2012: 164) tutkimuksen osallistuneet toivoivat koulutuksen olevan vuosittaista tiedon ajantasaisuuden vuoksi.

2.4.2 Työpajatoiminta

Työpajatoiminta on yksi työpaikkakoulutuksen muoto. Työpajapedagogiikalla tarkoitetaan yhteisöllistä ja suunnitelmallista valmennusta, joka tapahtuu joustavassa oppimis-

ympäristössä. Työpajapedagogiikka korostaa tekemällä oppimista, missä kokemus yhdistetään teoretietoon. Työpajatoiminta on yhteisöllinen tapahtuma, joka rakentuu vuorovaikutuksella ja dialogisuudella. Tärkeää on nähdä, kuulla ja ymmärretä tuleminen. (Hämäläinen - Palo 2014: 24 - 25; Verma - Medves - Paterson - Patteson 2006: 679 - 681.) Tutkimukset osoittavat, että työpajatoiminta on hyödyllinen ja tuloksia tuottava koulutusmenetelmä. Työpajatoiminnan on muun muassa havaittu lisäävän tietoja ja taitoja eli kurovan näin tiedon puutteita. (Hemingway - Stephenson - Trotter - Clifton - Holdic 2014: 30 - 37.)

Työpajakoulutuksessa voi käyttää erilaisia opetusmenetelmiä perinteisen luentomuotoisen opettamisen sijaan. Työpajatoiminta voi sisältää esimerkiksi havaintoesimerkkejä, PowerPoint-esityksiä, käytännön toimintaa ja ryhmäkeskustelua. (Talcott – O` Donell – Burns 2013: 265.) Interaktiiviset menetelmät edistävät usein paremmin aikuisten oppimista, kuin yksipuoleinen luento. Interaktiivisia menetelmiä ovat esimerkiksi ryhmäkeskustelu, simulaatio ja pelit. Uudet menetelmät voivat helpottaa koulutustilanteen mahdollisesti tuomaan jännitystä ja rentouttaa ilmapiiriä. Pelistä koulutusmenetelmänä on saatu hyviä kokemuksia, josta on esimerkkinä Journal of Continuing Education in Nursing-lehdessä ilmestynyt artikkeli, jossa kotisairaanhoidajat testasivat peliä koulutusmenetelmänä ja kokivat, että oppimista tapahtui huomaamatta. Jopa 60 % pelaamista opetusmenetelmänä kokeilleista koki menetelmän vaikuttavana. (Popil - Thompson 2015: 205 - 207.)

Ryhmäoppiminen on hyvin sosiaalista, missä oppiminen etenee pitkälti keskustelun tuella (Viitala 2013: 176 - 178). Ryhmäläiset oppivat toisiltaan ja saavat uusia näkökulmia. Kaskisen (2005: 63) tutkimuksessa omahoitajakoulutuksessa käytettyihin opetus- ja oppimismenetelmien hyötyihin vastanneista työntekijöistä yli puolet (n= 40) piti pienryhmätyöskentelyä melko tärkeänä oppimisen kannalta. Ryhmätyöskentelyssä pyritään yhteiseen oppimistulokseen. Ryhmää hyvin johdettaessa ja koordinoituna on oppimisen tuottavuus suurempi kuin mitä yksilökoulutus tuottaa. (Lepistö 2005: 30; Sessa – London 2008.) Yhteistoiminnalliset opetusmenetelmät, kuten ryhmätyöt ja keskustelut koettiin hyödyllisinä Nuutisen (2003: 31) tutkimuksen tutkimusvastauksissa. Mielenpitojen vaihtaminen koettiin uusien näkökulmien tuovana asiana. Kollegalta voi oppia uutta ja saada vertaistukeakin. Myös kouluttajan omien työssä koettujen kokemusten kuuleminen koettiin positiivisena asiana (Nuutinen 2003: 31).

Yksi ryhmämuotoisen oppimisen hyväksi koettu esimerkki on Lääkehoidon kehittämisskeskus Rohdon toimesta käynnistynyt työpaikoilla tapahtuva Rohto- työpajatoiminta. Interaktiivisissa pajoissa olennaista on tunnistaa omassa työyhteisössä oleva käytännöllinen kehittämiskohde, ratkoa se ja seurata kehittämistuloksen edistymistä. Pajatoiminnan tavoitteena on muun muassa hoidon kehittäminen entisillä voimavaroilla sekä lääkehoidon ja pysyvien toimintamallien parantaminen. Toimintaa terveyskeskuksissa järjestävät ja vetävät Rohto- paikallisvastaavat oman työnsä ohessa. Rohto-vastaava on yleensä lääkäri, mutta hänellä voi olla työparina hoitaja. Rohtopajoissa oppija nähdään aktiivisena toimijana omassa ympäristössään. Omasta työstä opitaan parhaiten. Rohto-pajat ovat saaneet hyvää palautetta ja niistä on tullut yksi keskeisin hoitokäytäntöjen kehittämisen työväline terveyskeskuksissa. (Vainikainen 2005: 18 – 19; Mäkinen - Mäntyranta 2009: 1367.)

2.4.3 Oppimisen arviointi

Työpaikkakoulutuksen hyötyä ja oppimistuloksia tulisi aina arvioida, jotta opetusta ja sen menetelmiä voidaan edistää ja kehittää tavoitteiden suuntaan. Koulutus on aina satsaus organisaatiolle, joten tuloksia halutaan saada. Opiskeleminen työajalla tarkoittaa jonkin suuruisen rahasumman sijoittamista työntekijän tietojen ja taitojen kehittämiseen. Johto ja lähiesimies haluavat luonnollisesti saada tietoa sijoitetun rahan tuotosta. Opiskelun hyöty tulee dokumentoida ja sitä tulee seurata. (Grönfors 2010: 129.) Oppiva organisaatio kykenee vastaanottamaan myös arvioinnin mukana tulevia yllätyksiä ja kuuntelemaan alhaalta ylöspäin tulevaa hiljaista tietoa (Räisänen 2010: 43 - 44).

Osaamisen kehittämisen alussa tehtävä arviointi, kuten esimerkiksi osaamiskartoitus antaa tietoa osaamisesta ja sen tasosta nykytilassa sekä luo perustelut kehittämiselle. Arviointi ei kuulu vain kehittämisen alkuun ja loppuun, vaan sitä tulee tehdä koko kehittämisen ajan. Arvioinnin on tarkoitus olla innostavaa, kannustavaa ja eteenpäin vievää. Arvioinnissa tulisi nähdä positiivisia kehittämisen mahdollisuuksia, missä tarvitaan vielä oppimista. Jatkuvalle arvioinnille voidaan ohjata oppimista uudestaan tavoitteiden suuntaan tai tarkentaa oppimistapoja oppijan mukaan. Loppuarvioinnissa on kyse saavutuksesta oppimistuloksesta ja oppimisen hyödystä. Arvioinnilla toiminnan muutos saadaan näkyväksi. Muutoksen siirtyminen käytäntöön voi viedä aikansa, tuloksia ei näy välttämättä päivissä tai viikoissa, vaan kuukausissa. Oppimista voi arvioida esimerkiksi ha-

vainnoimalla. (Hätönen 2011: 64 - 65.) Hyödyn mittaamisen työkaluja ovat myös esimerkiksi pienet tentit, kehityskeskustelut ja opiskelupassit. Opiskelun tuoma motivaatio ja sitä kautta työtyytyväisyys näkyvät työhyvinvointikyselyissä. (Grönfors 2010: 130 - 132.)

2.4.4 Koulutussuunnitelma

Koulutussuunnitelma luo pohjan työpaikkakoulutukselle ja se on suunniteltava huolella. Suunnitelma on kehys, josta yksittäinen kouluttaja suunnittelee oman opetuksen. Keskeisimmät opetuksen suunnittelussa huomioon otettavat asiat ovat tavoitteet, aikataulutus, opetusaineisto, sisältö, vuorovaikutuksellisuuden toteutuminen, opetusmenetelmät ja arviointi. Suunnitelmia ei pidä katsoa liian tiukasti, vaan tilaa tulee antaa luovuudelle ja vuorovaikutuksen synnyttämille ideoille itse opetustilanteessa. (Pruuki 2008: 32 - 33; Helin 2005: 69 - 73.) Koulutukselle annetussa aikataulussa on kuitenkin pysyttävä ja opetuksen hyöty tulee maksimoida. Yksinkertaistettuna koulutus sisältää lämmittely-, toiminta- ja päättämisvaiheet. Lämmittelyvaiheessa vetäjä tai kouluttaja luo kontaktin ryhmään tervehtimällä osallistujia ja esittelemällä itsensä, mikäli ryhmä on vieras sekä olemalla avoin ja ystävällinen. Vetäjä luo omalta osaltaan koulutustilanteen ilmapiirin ja turvallisuuden. Tarvittaessa kouluttaja nostattaa ryhmän ilmapiiriä positiivisuudella. Toimintavaiheessa käsitellään opetussisältöä eri menetelmin. Vetäjän on kohdeltava kaikkia osallistujia tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti. Päättämisvaiheessa varmistetaan mahdolliset epäselvyydet ja tarvittaessa jatketaan keskustelua. Kouluttaja huolehtii opetuksen tavoitteellisuudesta. (Helin 2005: 69 - 73.)

Suunnitellun koulutuksen on todettu vahvistavan ammattitaitoa ja osaamista. Journal of the American Geriatrics Society – lehdessä kirjoitetussa (Brown – Raus - Roos – Sheeran – Bruce 2010: 122 – 127) artikkelissa suunnitellun koulutuksen todettiin parantavan hoitajien depression havaitsemistaitoja kotihoidon asiakkaisissa. Koulutuksen avulla hoitajat kykenivät yhdistämään depression tunnistamisen rutiinityöhön, toisin kuin verrokki-ryhmä, joka ei ollut saanut koulutusta depression tunnistamiseen. Tuloksena oli merkittävä kasvu hoitajien luottamuksessa tunnistaa kotihoidon asiakkaiden depressio. (Brown ym. 2010: 122 -127.)

3 Kehittämistyön tarkoitus, tehtävät ja tavoite

Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Helsingin kaupungin erään kotihoitoyksikön lähihoitajien nykyistä sairaanhoidollista osaamista ja osaamistarpeita kotihoitotyössä. Tarkoituksena oli myös tehdä suunnitelma tämän osaamiskartoituksen sekä kotihoidon sairaanhoitajista, terveydenhoitajista ja lähihoitajista koostuvan työryhmän avulla työpaikkakoulutuksena toteutettavan sairaanhoidollisen työpajatoiminnan toteutuksesta.

Kotihoidon sairaanhoidollisen työpajatoiminnan tavoitteena on kehittää lähihoitajien sairaanhoidollista osaamista ja lisätä näin kotihoitotyön laatua ja turvallisuutta. Tavoitteena on myös näyttöön perustuvan hoitotyön vieminen käytäntöön käyttämällä työpajaopetuksessa näyttöön perustuvaa tietoa. Yhtenäisen sairaanhoidollisen työpajatoiminnan toteutussuunnitelman avulla halutaan lisätä yhtenäisiä hoitokäytäntöjä Helsingin kaupungin yhdessä kotihoitoyksikössä.

Kehittämistehtävän yksilöidyt tehtävät olivat:

1. Kartoittaa lähihoitajien osaamisen nykyinen taso ja osaamistarpeet osaamiskartoituksen avulla
2. Järjestää ja toteuttaa sairaanhoidollisen työpajatoiminnan ideointitapaamiset
3. Laatia kotihoidon sairaanhoidollisen työpajatoiminnan toteutussuunnitelma

4 Lähestymistapa ja menetelmät

Kehittämistyön etenemisen ja toteutumisen tueksi on valittava lähestymistapa ja menetelmiä, jotka vievät työtä eteenpäin ja tuovat erilaisia näkökulmia työhön sen eri vaiheissa. Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön lähestymistavaksi valittiin toimintatutkimus ja menetelmiksi yhteisöllinen ideointimenetelmä aivoriihi, benchmarking-haastattelu sekä kysely osaamiskartoituksen muodossa. (Ojasalo – Moilanen - Ritolahti 2014: 36 - 37, 40, 44.)

4.1 Tutkimuksellinen kehittämistyö

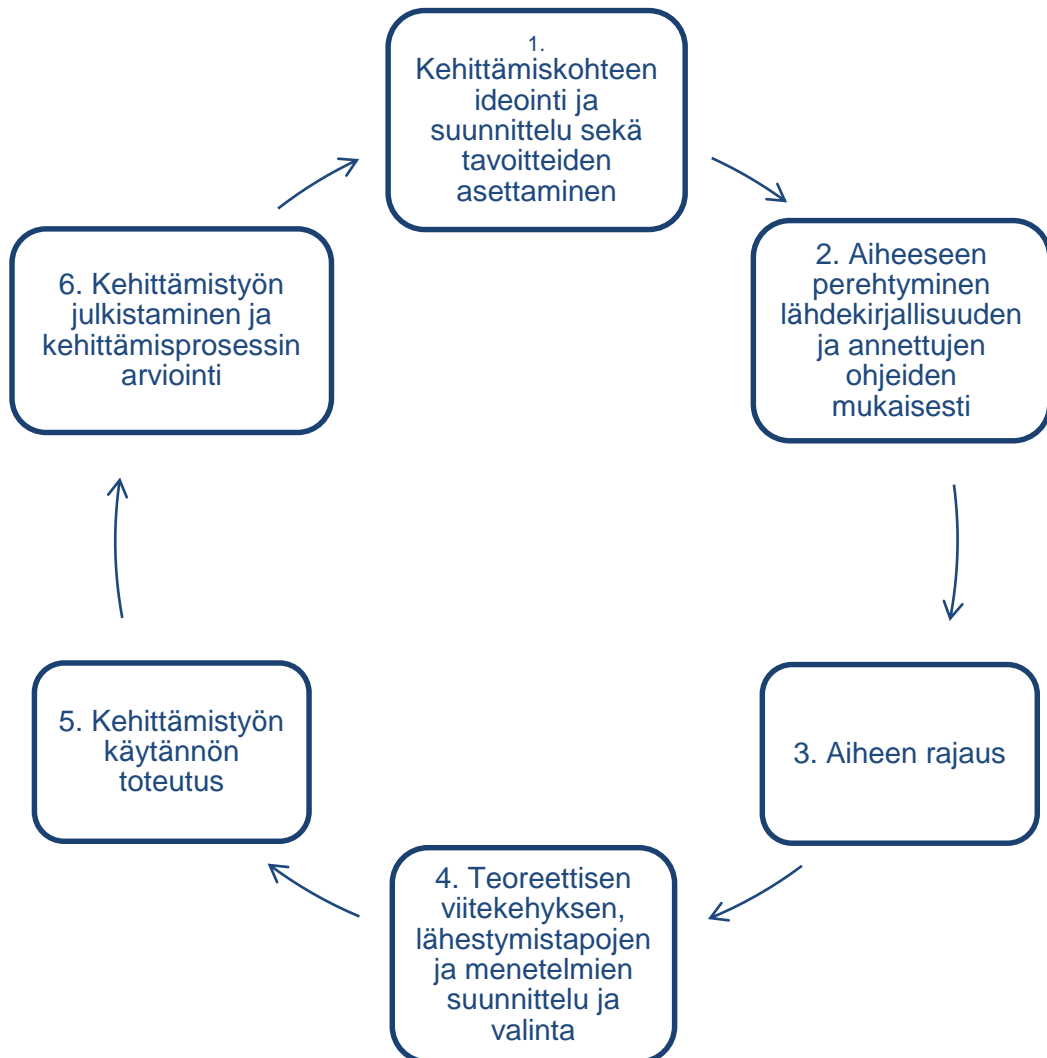
Opinnäytetyö keskittyi uuden toimintatavan eli koulutuksellisen työpajatoiminnan kehittämiseen ja suunnitteluun Helsingin kaupungin kotihoidon yhdellä alueella. Kyseessä oli

tutkimuksellinen kehittämistyö, mikä tarkoitti sitä, että kehittämistoiminta liikkui tutkimuksen ja kehittämisen välillä. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa tieto luodaan käytännöstä ja tutkimus avustaa. Tässä kehittämistyössä tutkimuksellisuus ilmeni muun muassa tutkitun tiedon käyttönä, etenemisen dokumentointina, tiedon levittämisenä sekä valintojen ja prosessien arviointina. (Ojasalo ym. 2014: 22; Toikko - Rantanen 2009: 21-23.) Työpajatoiminnalle oli jo olemassa valmiiksi luotu pohja ja malli sairaanhoidollisten alustusmateriaalien muodossa, mitä ei vielä kuitenkaan oltu otettu käyttöön opinnäytetyössä käsiteltävällä alueella (Kotihoidon sairaanhoidollisen työpajatoiminnan alustusmateriaalit 2013). Kehittämistyö lähti liikkeelle Helsingin kaupungin kotihoidon tarpeesta luoda uusi toimintapa opinnäytetyössä käsiteltävään Helsingin kaupungin yhteen kotihoitoyksikköön. Tarkoituksena oli laatia uuden työpajatoiminnan suunnitelma. (Ojasalo ym. 2014: 17 - 22.)

Tutkimuksellisen kehittämistyön luonteeseen kuuluu eteenpäin meneminen prosessi-
maisesti vaihe vaiheelta, kuten tässäkin opinnäytetyössä tapahtui. Näin ollen kehittämistyön vaiheet voidaan rinnastaa projektityöhön, jossa edetään myös vaihe vaiheelta, suunnitelmasta lopputulosten esittämiseen. (Ojasalo ym. 2014: 20.) Tämä kehittämistyö alkoi suunnitteluvaiheesta, johon kuului kehittämiskohteen selvittäminen ja ideointi, tavoitteiden asettaminen sekä suunnitelma tavoitteiden saavuttamisesta. Suunnittelua seurasi aiheeseen perehtyminen ja lähdeaineiston hankkiminen tietoperustan saamiseksi. Tässä vaiheessa tapahtui myös tavoitteiden tarkennusta ja aiheen rajausta. Aiheen ollessa selvillä alkoi tietoperustan laatiminen ja menetelmien valinta. Kehittämistyön käytännön toteutukseen kuului edelleen lähteiden hankkimista ja tietoperustan laatimista. Tähän vaiheeseen kuului myös osaamiskartoituksen, ideointityöpajojen ja benchmarking-haastattelujen toteutukset sekä toteutussuunnitelman laatiminen. Viimeisenä vaiheena oli arviointi, miten kehittämistyössä onnistuttiin sekä työn julkistaminen. (Ojasalo ym. 2014: 22 - 26.)

Opinnäytetyö koetti ratkaista käytännön ongelmaa, kotihoidon lähihoitajien sairaanhoidollisen osaamisen kehittämistä ja tuloksena syntyi uusi ratkaisu toimintatavan muodossa. Tavoitteena oli siis uuden tiedon tuottaminen käytännöstä, osaamiskartoituksen ja yhteisöllisen ideoinnin avulla. Uutta tietoa tuottivat työntekijät, jotka tekevät ruohonjuuritason työtä ja jotka osallistuvat tulevaan sairaanhoidolliseen työpajatoimintaan. Nämä kaikki edellä mainitut ovat ominaisia piirteitä kehittämistyölle. Työhön kuuluu suunnitelmallisuus ja tutkimuksellisuuden ominaisuudet järjestelmällisyys, analyttisyys ja kriittisyys. Opinnäytetyöhön sisältyi vuorovaikutteisuutta, kun työpajoja suunniteltiin ryhmässä ideointityöpajoissa. Työpajatoiminnalla haettiin muutosta eli osaamisen tason

kohentumista. Epävarmuutta ilmeni ennen työpajatoiminnan ideointityöpajojen toteutusta, saadaanko työpajatoiminnan suunnitteluun tarpeeksi osallistujia, lähtevätkö kaikki mukaan ja riittääkö aika. Kehittämistyön luonteeseen kuuluu sekin, että eteen tulee mahdollisesti muitakin, yllättäviä haasteita. (Ojasalo ym. 2014: 17- 21.)



Kuvio 1. Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessikuvaus mukailtuna (Ojasalo ym. 2014: 24)

4.2 Lähestymistapana toimintatutkimus

Kehittämistyön lähestymistavaksi valittiin toimintatutkimus, koska tavoitteena oli viedä muutosta eli uutta toimintatapaa käytäntöön käytännönläheisesti. Tavoitteena oli myös osallistaminen ja osallistuminen kehittämistyön aikana. Toimintatutkimus liikkuu ihmisten jokapäiväisessä toiminnassa ja siinä tutkittavat ja tutkija toimivat yhteistyössä. Tämän

kehittämistyön toimintavaiheessa kotihoitotyötä tekevät lähi-, sairaan- ja terveydenhoitajat olivat toimijoita kehittämistyöntekijän kanssa. Yhdessä toimien syntyi ideoita ja näkökulmia sen sijaan, että kehittämistyöntekijä olisi toiminut yksin. Toimintatutkimukseen kuuluu tietynlainen epävarmuus, muutosta ei välttämättä tapahdu tai se voi olla toisenlainen, kuin mitä alun perin oli tavoiteltu. Toimintatutkimus etenee suunnittelun, toiminnan ja arvioinnin kautta. Tyypillistä on, että nämä vaiheet vuorottelevat, eivätkä siis etene välttämättä loogisesti suunnittelusta lopulliseen arviointiin. Toimintatutkimuksessa osallistujien asemaa työyksikössä tai organisaatiossa ei nosteta esille, vaan kaikki ovat tasa-arvoisia. Tämän kehittämistyön ideointityöpajoissa osallistujien ammattinimikkeitä ei nostettu esille, jolleivät he sitä itse sanoneet. (Ojasalo ym. 2014: 58 - 61.)

4.3 Osaamiskartoitus, aivoriihi ja benchmarking

Osaamiskartoituksella on tarkoitus saada selville henkilöstön osaaminen suhteessa organisaation asetettuihin tavoitteisiin. Osaamiskartoitus auttaa organisaatiota, työyksiköä ja työntekijää suuntaamaan kehittämistä kohdennettuun suuntaan. Sen avulla työntekijä voi saada motivaatiota kehittymiseen ja nykyinen osaaminen saa uudenlaista näkyvyyttä ja arvostusta. (Hätönen 2011: 49; Viitala 2013: 182 - 183.) Tässä opinnäytetyössä osaamiskartoitus tehtiin kotihoidon lähihoitajille paperisilla lomakkeilla nimettömänä (Liite1). Kyselyn vastaajajoukko koostui valituista lähihoitajista. Esimiehiä pyydettiin valitsemaan osaamiskartoitukseen osallistuvat lähihoitajat yhdessä henkilöstönsä kanssa keskustellen. Opinnäytetyöntekijä lähetti osaamiskartoituksen yhteensä 12 lähihoitajalle, esimiehiltä saadun nimilistan mukaan. Vastauksia tuli yhteensä kahdeksan kappaletta. Osaamiskartoitus vei kehittämistyötä eteenpäin ja antoi sille perusteita. (Liite 1.)

Aivoriihi on luovan ongelmaratkaisun menetelmä, jossa ideoita tuotetaan ryhmässä. Tämän kehittämistyön aivoriihiyöskentelyn osallistujamäärä oli 14 henkilöä kummallakin kokoontumiskerralla. Opinnäytetyöntekijä toimi ryhmän vetäjänä. Vetäjä huolehtii kokousten kulusta, sääntöjen noudattamisesta, ideoinnin ryhmittämisestä sekä uusien lähestymistapojen tuottamisesta käsiteltävää ongelmaa kohtaan. (Ojasalo ym. 2014: 160 – 162.) Ryhmän vetäjä vaikuttaa näin osaltaan ideoinnin tulokseen. Aivoriihikokous vaiheistetaan esi-, lämmittely-, ideointi- ja valintavaiheeseen. Esivaiheessa asetetaan kokouksen tavoitteet. Lämmittelyvaiheeseen kuuluu ennakkoluuloista vapautuminen. Ideointivaihe on vapaan ideoinnin vaihe ilman arviointia ja tätä vaihetta voisi kutsua koko aivoriihimenetelmän ytimeksi. Siinä ajatuksista ja ideoista voidaan joko keskustella tai

niitä voidaan kirjata esimerkiksi tarralapuille. Kokouksen vetäjä kirjaa ja kokoaa ideoita kaikkien nähtävillä ryhmittäen aiheita toisiinsa. Valintavaiheessa ideoita kritisoidaan ja arvioidaan vetäjän ohjaamana. Lopuksi pohditaan ideoiden käyttökelpoisuutta ja sitä, miten ideat sopivat kyseessä olevaan kehittämistyöhön. (Mykrä - Hätönen 2008: 49 - 52; Ojasalo ym. 2014: 161.)

Kehittämistyön edetessä kerättiin kokemuksia myös toisilta Helsingin kaupungin kotihoitoalueilta, joissa sairaanhoidollinen työpajatoiminta on jo käynnissä. Opinnäytetyöntekijä keräsi kokemuksia sähköpostihaastatteluilla. Näiden työpajoja vetävien yhteystiedot opinnäytetyöntekijä sai työelämän kautta. Opinnäytetyöntekijä lähetti vapaamuotoisia sähköpostihaastatteluja yhteensä kuudelle hoitotyöntekijälle tai hoitotyöntekijäryhmälle, jotka yhdessä vetävät työpajoja. Vastauksia tuli yhteensä neljä, joista kolme sisälsivät oleellista tietoa työpajatoiminnan kannalta ajateltuna. Tätä vertailevaa, toisten toiminnasta kiinnostunutta tiedonkeruumenetelmää kutsutaan benchmarkingiksi. Benchmarkingissa kerätään tietoa hyviksi koetuista kokemuksista. Opinnäytetyöntekijä kertoi haastattelujen liittyvän opinnäytetyöhön ja kysyi luvan haastattelujen julkaisemiseen opinnäytetyön raportissa sekä lähdeluettelossa haastateltavien nimellä. (Ojasalo ym. 2014: 186.)

4.4 Aineiston analyysimenetelmät

Lähihoitajille tehtävän osaamisen kartoituksen vastaukset analysoitiin laadullisin menetelmin. Aineistonkeruun tapahduttua yksittäisillä dokumentoinneilla tulee sisällönanalyysiä käyttää tietyin ehdoin. Menetelmää käytettäessä on oletettava kirjoittajan kykeneväisyyteen ilmaista itseään kirjallisesti. Osaamiskartoitusta suunniteltaessa opinnäytetyöntekijä oletti, että osaamiskartoitukseen vastaavat lähihoitajat osaavat ilmaista itseään kirjallisesti. Vastausohjeet tehtiin mahdollisimman yksinkertaisiksi ja selkeiksi. (Tuomi – Sarajärvi 2012: 84.) Aineiston analysoinnissa lähdettiin ensimmäisenä havaintojen pelkistämisestä, tavoitteena tunnistaa ja rajata pieni määrä näkökulmia. Osaamiskartoituksen kaikki kirjalliset vastaukset kirjoitettiin auki ja pelkistettiin toistoja poistamalla ja asiakokonaisuuksia yhdistämällä. Toisena vaiheena on aineiston tulosten tulkinta, joka myös kirjoitettiin auki. Kehittämistyön perustelut pohjautuivat osaamiskartoituksen, aivoriihikousten ja benchmarking-haastatteluiden materiaaliin. Analysointien tarkoitus on tuottaa selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä kehittämistyölle. (Ojasalo ym. 2014: 119, 136, 139.) Osaamiskartoituksen numeraalisista osaamisen arvioinneista laskettiin keskiarvot ja esitettiin arvosanojen jakaumat. Ideointityöpajojen tulokset analysoitiin myös laadullisin me-

netelmin. Ideoinnin tuloksia ja sen myötä syntyviä tuloksia pelkistettiin jo aivoriihityöskentelyn aikana (Ojasalo ym. 2014: 161). Benchmarking-haastattelut kirjoitettiin auki siltä osin, kuin ne soveltuivat, tukivat ja hyödynsivät kehittämistyön etenemistä ja toteutumista (Ojasalo ym. 2014: 186).

5 Kehittämistyön toteutus

5.1 Toimintaympäristön kuvaus

Opinnäytetyön toimintaympäristö oli Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden, Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut -osaston eräs kotihoitoyksikkö. Helsingin kaupungin kotihoito jakautuu neljään palvelualueeseen (etelä, länsi, pohjoinen ja itä) ja seitsemään kotihoitoyksikköön maantieteellisen sijainnin mukaan (eteläinen kotihoitoyksikkö, keskinen kotihoitoyksikkö, läntinen kotihoitoyksikkö, lounainen kotihoitoyksikkö, pohjoinen kotihoitoyksikkö, itäinen kotihoitoyksikkö ja kaakkoinen kotihoitoyksikkö). Kotihoitoyksiköt jakautuvat yhteensä 74 lähipalvelualueeseen. Yhdellä kotihoitoyksiköllä on näin ollen keskimäärin kymmenen lähipalvelualueutta. Yhdellä lähipalvelualueella on yleensä kaksi tai kolme tiimiä, joilla on yksi lähiesimies, kotihoidon ohjaaja. Esimies on pääosin hallinnollinen esimies, joka ei osallistu suoraan asiakkaiden hoitoon. Kotihoidon tiimit koostuvat eritasoisen koulutuksen saaneista työntekijöistä. Ammattinimikkeinä ovat terveydenhoitaja, sairaanhoitaja, lähihoitaja, kodinhoitaja sekä kotiavustaja.

Kotihoito hoitaa asiakkaita sananmukaisesti heidän omissa kodeissaan. Kotihoidon tehtävänä on tukea asiakkaan kotona asumista niin, että se on turvallisesti mahdollista. Pääsääntöisesti kotihoidon palveluja saa sellaiseen päivittäiseen toimintoon tai hoitoon, mistä asiakas ei itse selviä. Kotihoitoon kuuluu hoivasta ja sairaanhoidollisista toimenpiteistä, lääkkeistä ja perushoidosta huolehtiminen. Kotihoito järjestää asiakkaille myös mahdolliset tarvittavat tukipalvelut, kuten aterial- ja kauppapalveluja, turvapuhelimen ja apuvälineitä. Osa Helsingin kaupungin kotihoidon palveluista voidaan tänä päivänä järjestää myös etähoidon avulla. Etähoidossa asiakas on hoitajan kanssa näkö- ja puheyhteydessä kotiin tuotavan laitteen välityksellä. Kotihoidon antamat palvelut perustuvat aina asiakkaalle tehtävään henkilökohtaiseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Asiakas-kunta koostuu pääosin ikäihmisistä, niin toipilaista kuin pitkäaikaissairaistakin. Kotihoidon tehtävänä on myös yli 18-vuotiaiden vammaisten hoito. Kotihoito pitää sisällään myös lääkärin määräämän kotisairaanhoidon. (Helsingin kaupunki, kotihoito 2014.)

5.2 Kehittämistyön lähtökohdat

Kotihoidon työpajatoiminta on aloitettu Helsingin kaupungin kotihoidossa vuonna 2012, jolloin nimetty työryhmä on ryhtynyt kehittämään kotihoidon laatua ja turvallisuutta. Tarkoitus on ollut myös lisätä näyttöön perustuvan hoitotyön käyttöön levittämistä. Työpajatoiminnan pohjana ovat hoitotyön ammattilaisista koostuneen työryhmän suunnittelemat ja kotihoidon ylilääkärin hyväksymät työpajojen alustusmateriaalit. Alustusmateriaaleja on seitsemän ja ne jokainen käsittelevät hoitamisen eri teemoja. Jokaiseen teemaan on koottu aiheita, joita tulisi käsitellä työpajoissa. Alustusmateriaalien on tarkoitus antaa sisältörunko työpajakoulutuksille. Alustusmateriaalien teemat ovat: 1) akuuttitilanteet asiakkaalla, 2) diabeteksen hoito, 3) hygienia kotihoitotyössä, 4) Marevan®-hoito, 5) mielenterveys, 6) sydämen vajaatoiminta sekä 7) aivoverenkiertohäiriö, aivoinfarkti ja aivoverenvuoto.

”Akuuttitilanteet asiakkaalla” -aiheinen työpajakoulutus pitää sisällään yleistilan laskuun liittyviä asioita, kuten sairaalaan lähettämisen, kriisipaikan järjestämisen ja hälytyslaboratorioarvoihin reagoimisen. Kriisipaikalla tarkoitetaan esimerkiksi tilannetta, jossa omaishoitajana toimiva puoliso joutuu yllättäen sairaalaan ja merkittävän avun tarpeessa oleva puoliso jää yksin kotiin. Kotona jäävälle puolisolle tarvitaan kriisipaikka esimerkiksi palvelutalosta. Hälytyslaboratorioarvoilla tarkoitetaan viiterajojen ulkopuolella olevia arvoja, joista laboratorio tai päivystys soittaa kotihoitoon. ”Diabeteksen hoito” -työpajan opiskeluteemoja ovat diabetes ja sen lääkehoito, verensokeriarvojen seuranta, elintavat ja akuuttitilanteet. ”Hygienia-kotihoitotyössä” -aiheisessa työpajassa käydään läpi aseptiikkaa ja infektioita. ”Marevan®-hoito” -työpajan sisältö käsittää Marevan®-lääkkeen käytön ja hoidon toteutumisen. ”Mielenterveysaiheisen” -työpajan tavoitteena on oppia masennuksen tunnistaminen, hoidon suunnittelu sekä arviointi ja lääkehoidon seuranta. ”Sydän” -aiheisessa työpajakoulutuksessa opiskellaan sydämen vajaatoimintaan, rytmihäiriöihin ja sepelvaltimotautiin liittyviä oireita ja hoitoa. ”Aivoverenkiertohäiriö, aivoinfarkti ja aivoverenvuoto” -aiheiseen työpajakoulutukseen kuuluvat aivoverenkiertohäiriöt, niiden taustat, syyt, oireet ja hoito. (Kotihoidon sairaanhoidollisen työpajatoiminnan alustusmateriaalit 2013.) Haavojen hoito on oleellinen taito kotihoitotyössä ja opinnäytetyöntekijä näki aiheelliseksi lisätä sen työpajojen yhdeksi teemaksi, jolloin teemojen määrä nousi kahdeksaan.

Kotihoidon sairaanhoidollisen työpajatoiminnan alustusmateriaalit koonneen työryhmän ohjeistuksen mukaan kotihoitotiimien sairaan- ja terveydenhoitajat tulevat järjestämään työpajatoiminnan toteutuksen omalla työpisteellään. Työpajatoimintaan kuuluu myös uusien hoitotyön tutkimustulosten ja hoito-ohjeiden vieminen käytäntöön (Sähköpostiviesti esimieheltä 2013). Uusia tutkimustuloksia, ohjeita ja suosituksia sairaan- ja terveydenhoitajat saavat Käypähoitosuosituksen ja Terveysportti-verkkosivuston kautta, sekä sähköpostitse muun muassa esimieheltä. Tutkimustuloksia ja suosituksia tulee hyödyntää työpajoissa aihealueiden mukaisesti.

Tämän opinnäytetyön kohteena olivat Helsingin kaupungin yhden kotihoitoyksikön lähihoitajat, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat työpajatoiminnan kehittäjinä ja suunnittelijoina. Lähihoitajat tulevat olemaan varsinaisen työpajatoiminnan kohderyhmä. Kotihoidon ohjaajat puolestaan olivat kohderyhmänä kehittymisen ja osaamisen seurannan kautta. Opinnäytetyöntekijä toimi työpajatoiminnan suunnittelun yhteyshenkilönä. Ressursseihin kuuluivat kaikki työpajatoiminnan suunnitteluun osallistuvat lähi-, sairaan- ja terveydenhoitajat. Opinnäytetyön työpaikkaohjaaja osallistui myös kehittämistyöhön. Työpajatoiminnan suunnitteluun ja käynnistämiseen opinnäytetyössä käsiteltävässä Helsingin kaupungin eräässä kotihoitoyksikössä kutsuttiin lähi-, sairaan- ja terveydenhoitajia osallistujiksi ja vetäjiksi toimintaan. Lähihoitajat osallistuivat osaamiskartoitukseen ja suunnitteluun. Sairaan- ja terveydenhoitajat toimivat sekä suunnittelussa että tulevat toimimaan itse työpajatoiminnan toteutuksessa vetäjinä. Työpajatoiminnan vetäjiksi ja opettajiksi otettiin kaikki halukkaat. Työpajatoiminnan suunnitteluun kutsuttiin 12 lähihoitajaa. Valinta perustui vapaaehtoisuuteen. Työpajatoiminnan tarpeen kartoitukseen ja suunnitteluun käytettiin osaamiskartoitusta (Liite 1) lähihoitajille sekä ryhmäideointia aivoriihen muodossa (Ojasalo ym. 2014: 160). Suunnitelman mukaan yhtä työpajatuntia tulee vetämään kaksi sairaan/terveydenhoitajaa. Ryhmät kokoontuvat tämän kotihoitoyksikön palvelualueen jokaisen toimiston tiloissa eli talokohtaisesti.

Yhden aihealueen työpajatunnin pituudeksi on ohjeissa suunniteltu 45 minuuttia, mutta se on melko lyhyt aika aiheen käsittelylle ja oppimiselle (Kotihoidon sairaanhoidollisen työpajatoiminnan alustusmateriaalit 2013). Tarkoituksena oli suunnitella laajempia työpajoja, jolloin yhden aihealueen työpajan kesto olisi pidempi, yhdestä kahteen tuntiin. Alustavana suunnitelmana oli, että yksi aihe sisältää kaksi työpajatuntia. Ensimmäinen työpajatoimintatunti sisältäisi aihealueen käsittelyä vuorovaikutteisesti ja toinen työpajakokoontuminen toimisi palautetuntina. Näiden kahden työpajan välissä olisi käytäntöön liittyvä väliaikatehtävä, joka käytäisiin läpi palautetunnilla. Työpajat ovat interaktiivisia ja sisältävät pienryhmätyöskentelyä. Heikkilän (2010: 46) lähihoitajaopiskelijoille tehdyn

tutkimuksen mukaan muun muassa reflektointi, itse tekeminen, teorian havainnollistaminen ja asioiden kokeminen edistävät oppimista. Myös erilaisten oppimismenetelmien käyttö opetuksessa lisää oppimista pelkän luento-opetuksen sijaan (Heikkilä 2010: 48).

5.3 Kehittämistyön aikataulu ja eteneminen



Kuvio 2. Kehittämistyön aikataulu

Opinnäytetyöprosessi alkoi aiheen valinnalla ja ideoinnilla syksyllä 2014. Ideointivaiheeseen kuului aiheen valinta, tavoitteiden ja tarkoituksen alustava laatiminen sekä lähteiden hakeminen. Tiedonhakuun käytettiin Theseus, Cinahl ja Medline tietokantoja. Pää-

asiallisia tiedonhakusanoja olivat: osaaminen, kehittäminen, työpaikkakoulutus, työpajatoiminta, kotihoitotyö, lähihoitaja, Nurse Practical, Home Care, Home Nursing, On-the-job Training, Workshop ja Education. Tiedonhaun apuna olivat myös muiden opinnäytetöiden, niin kehittämistöiden kuin tutkimustenkin lähdeluettelot. Lisäksi opinnäytetyöntekijä keskusteli työelämäohjaajan kanssa työstä ja sai muiden Helsingin kaupungin alueiden työpajojen vetäjien yhteystietoja. Opinnäytetyöntekijä sai tällä tavoin tietoon kokemuksia työpajatoiminnasta ja samalla myös tukea omalle työlle benchmarking-haastattelujen avulla. Sähköpostihaastatteluja toteutettiin syksystä 2014 aina syksyyn 2015.

Syksyn 2014 aikana opinnäytetyön ideapaperi vaihtui suunnitelmaksi ja suunnitelman työstäminen jatkui kevääseen 2015. Kotihoidon sairaanhoidollisesta työpajatoiminnasta informoitiin kyseisen kotihoitoyksikön esimiehiä sekä lähi-, sairaan- ja terveydenhoitajia sähköpostitse kehittämistyön ajan. Opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen opinnäytetyöntekijä haki luvan kehittämistyön tekemiselle kohdeorganisaatiolta. Tutkimuslupa myönnettiin toukokuussa 2015. Luvan saamisen jälkeen opinnäytetyöntekijä informoi lähipalvelualuiden esimiehiä kehittämistyöstä sekä sähköpostitse että esimieskokouksessa kesäkuussa 2015. Samalla viikolla tapahtui osaamiskartoituslomakkeiden lähettäminen esimiehille sisäpostitse. Esimiehet valitsivat yhdessä henkilöstönsä kanssa keskustellen lähihoitajat mukaan osaamiskartoituskyselyyn. Osaamiskartoituksen vastaanamiseen annettiin aikaa kaksi viikkoa. Samaan aikaan opinnäytetyöntekijä lähetti ideointityöpajatapaamiskutsun sähköpostitse työpajatoiminnan vetämisestä kiinnostuneille sairaan- ja terveydenhoitajille sekä toiminnan suunnitteluun nimetyille lähihoitajille. Palavereissa ideoitiin aivoriihityöskentelymenetelmän avulla. Osaamiskartoituksen ja aivoriihen purku ja analysointi ajoittui syksyille 2015. Kehittämistyön lopputuotoksen, sairaanhoidollisen työpajatoiminnan toteutussuunnitelman työstäminen ja opinnäytetyön raportin kirjoitus tapahtuivat syksyn ja loppuvuoden 2015 aikana. Työn viimeistely ja valmistuminen tapahtuivat tammikuussa 2016.

6 Aineiston keruu, analysointi ja tulokset

Kehittämistyön aineisto koostui benchmarking-haastattelujen, osaamiskartoituksen ja ideointityöpajojen aivoriihityöskentelyn tuloksista. Vapaamuotoisia benchmarking-sähköpostihaastatteluja lähetettiin kuudelle hoitajalle tai hoitajaryhmälle ja vastauksia tuli neljältä, joista kolmen vastauksia käytettiin tässä kehittämistyössä. Osaamiskartoituskutsu lähetettiin 12 lähihoitajalle, joista kahdeksan vastasi kartoitukseen. Ideointipajoihin

kutsuttiin 27 osallistujaa, joista 14 osallistui kummallakin kokoontumiskerralla. Osaamiskartoituksen kysymykset oli jaettu kahdeksaan eri hoitamisen aihealueeseen. Kysymysten sisältöjen muotoilussa opinnäytetyöntekijä käytti apuna valmiita alustusmateriaaleja (Kotihoidon sairaanhoidollisen työpajatoiminnan alustusmateriaalit 2013.)

6.1 Benchmarking-haastattelun tulokset

Työpajatoiminta on ollut käynnissä jo joillakin Helsingin kaupungin kotihoidon alueilla ja kokemukset ovat olleet positiivisia. Yhdellä Helsingin kaupungin kotihoidon lähipalvelu-alueella työpajatoiminta on toteutettu pikainfojen muodossa, 15 - 60 minuuttia kerrallaan. Jokainen alueen sairaanhoitaja/terveydenhoitaja pitää muutaman info-tilaisuuden vuodessa. Infot suunnitellaan puoleksi vuodeksi ennakoon yhdessä sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja esimiehen kanssa. Varsinaisia opetussuunnitelmia heillä ei ole käytössä, vaan infojen aiheet nousevat käytännön hoitotyöstä. Info-tilaisuuden alkuun vetäjä pitää lyhyen teoriaosuuden, jonka pohjalta osallistujat voivat esittää kysymyksiä. Lopuksi tehdään käytännön harjoituksia, kuten tukisidosten laittoa. Osallistumisen seuranta ei ole kyseisellä alueella ollut suunniteltua, kukin menee siihen infoon, mikä kiinnostaa. (Pakarinen 2014.)

Toisella Helsingin kaupungin kotihoidon alueella sairaanhoidollisia työpajoja vetää kaksi eri tiimien sairaan- tai terveydenhoitajaa. Osallistujia on kerrallaan viidestä kymmeneen lähihoitajaa ja aikaa työpajalle varataan 45 – 60 minuuttia. Työpajan alussa on puolen tunnin mittainen alustus, johon sisältyy keskustelua ja Power Point - esitys. Loppuaika on varattu kysymyksille ja esimerkeille. Työpajan päätteeksi osallistujille on pidetty pieni tentti. Tällä alueella esimies seuraa osallistumista työpajoihin ja kaikkien lähihoitajien on velvollisuus käydä kaikissa työpajoissa. Työpajoissa pyritään ottamaan huomioon oman alueen tarpeet, kunkin asiakastilanteen mukaan. Työpajojen vetäjä on pitänyt tästä työpajamallista ja kokenut sen myös kotihoidon laadun kannalta tärkeäksi. Sen lisäksi hän on kokenut saavansa itsekin uutta tietoa pajojen valmistelujen ja vetämisen yhteydessä. Toisinaan kuitenkin työmäärä ja aika rajoittavat työpajojen pitämistä, eikä sovituissa aikatauluissa ole pysytty. (Lampinen 2014.)

Kolmannella Helsingin kaupungin kotihoidon alueella oli keskusteltu, miten lähihoitajat saisivat ajantasaista tietoa hoitotyön eri osa-alueista. Tähän tilanteeseen kehitettiin työpajatoiminta, jota esimies tuki heti alusta alkaen suunnittelemalla työvuorot niin, että mahdollisimman moni työntekijä pääsee osallistumaan. Työpajoja pidetään kerran kuu-kaudessa ja sisällön alueen sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat suunnittelevat vapaasti

kuunnelleen työntekijöiden toiveita ja ajankohtaisia asioita. Aiheina on ollut muun muassa haavojen, sydäntautien, diabeteksen ja muistisairaiden hoitoa. Opetusmenetelminä on käytetty Power Point – esityksiä, näytelmiä, demonstraatioita ja keskustelua. Haavahoitotyöpajassa yksikkö järjesti hoitotilanteen, jossa lähihoitajien tuli huomata kaikki vetäjän tekemät virheet. Käytännön harjoituksena on käytetty myös hoitosuunnitelman tekoa. Työpajat on otettu vastaan myönteisesti, osallistuminen on ollut runsasta ja aktiivista. Yksikön työpajojen vetäjät arvioivat toimintaa jatkuvasti keskustelemalla. Työpajojen vetäjät kokevat toiminnan tuovan mukavaa vaihtelua omaan työhön. (Huusko 2015.)

6.2 Osaamiskartoituksen tulokset

Työpajatoiminnan suunnitteluun osallistuvat lähihoitajat vastasivat osaamista arvioivaan osaamiskartoitukseen. Kyselyn vastaajajoukko koostui valituista lähihoitajista. Opinnäytetyöntekijä pyysi sähköpostitse esimiehiä valitsemaan henkilöstöstään lähihoitajan vastaamaan osaamiskartoitukseen. Esimiehet keskustelivat ja päättivät yhdessä henkilöstönsä kanssa valinnasta. Kysymyksillä oli tarkoitus kartoittaa lähihoitajien nykyistä osaamista ja osaamisen tarvetta työpajan jokaisella aihealueella ja luoda näin perustelut työpajatoiminnan käynnistämiseksi. Kysymysaiheet perustuivat valmiisiin, jo luotuihin työpajojen teemoihin. Kysely oli täten puolistrukturoitu. Osaamiskartoitus muodostui kahdesta osasta. Ensin lähihoitajat arvioivat omaa nykyistä osaamisen tasoa jokaisella työpajatoiminnan teemalla asteikolla 1-5. Toisessa kysymyksessä lähihoitaja pyydettiin kertomaan, mitä he haluavat oppia lisää työpajatoiminnan teemoista. Esseemuotoiset, tässä tapauksessa lyhyet vastaukset ovat yksittäisten dokumenttien aineistonkeruumenetelmä (Tuomi – Sarajärvi 2012: 84).

Opinnäytetyöntekijä lähetti osaamiskartoituslomakkeet kunkin lähipalvelualueen esimiehelle kaupungin sisäpostilla. Osaamiskartoituskutsuja lähetettiin 12 kappaletta. Samaan aikaan opinnäytetyöntekijä tiedotti tulevasta sisäpostista esimiehiä myös sähköpostitse ja informoimalla kehittämistyöstä esimieskokouksessa. Esimiehet valitsivat lähihoitajista vastaajan tiedonantokirje (Liite 2) ja sähköpostiviestin informointiteksti ohjeenaan. Vastausaika annettiin kaksi viikkoa ja vastattuaan lähihoitajat lähettivät kyselyn nimettömänä, sisäpostitse opinnäytetyöntekijälle. Opinnäytetyöntekijä lähetti ennalta laaditun vastausajan päädyttyä vielä muistutussähköpostia, jonka jälkeen vastauksia saapui vielä kaksi kappaletta. Vastauksia saapui yhteensä kahdeksan kappaletta. Vastauslomakkeista seitsemän kappaletta oli vastausohjeen mukaisia ja yksi vastaus oli kirjoitettu vapaamuotoisesti A4-paperille. Tässä vastauksessa ei oltu vastattu vastauslomakkeen ky-

symyksiin suoraan eikä myöskään osaamiskartoituksen numeraaliseen arviointiosuuteen omasta osaamisesta. Vastauksen vapaamuotoinen tekstisisältö oppimistarpeista otettiin kuitenkin huomioon aineistoanalyysissä. Kaikki palautetut osaamiskartoitukset otettiin mukaan analysointiin ja tuloksiin. Karsintaa ei tehty, mutta analysoinnin tuloksena vastauksia pelkistettiin. (Ojasalo ym. 2014: 119.)

Osaamiskartoituksen teemat olivat: akuuttitilanteet asiakkaalla, diabeteksen hoito, hygienia kotihoitotyössä, Marevan®-hoito, mielenterveys, sydämen vajaatoiminta, haavahoito sekä aivoverenkiertohäiriö, aivoinfarkti, ja aivoverenvuoto (Liite 1). Teemat ja osaamiskartoitus muodostettiin mukailen alkuperäisistä alustusmateriaaleista (Kotihoidon sairaanhoidollisen työpajatoiminnan alustusmateriaalit 2013).

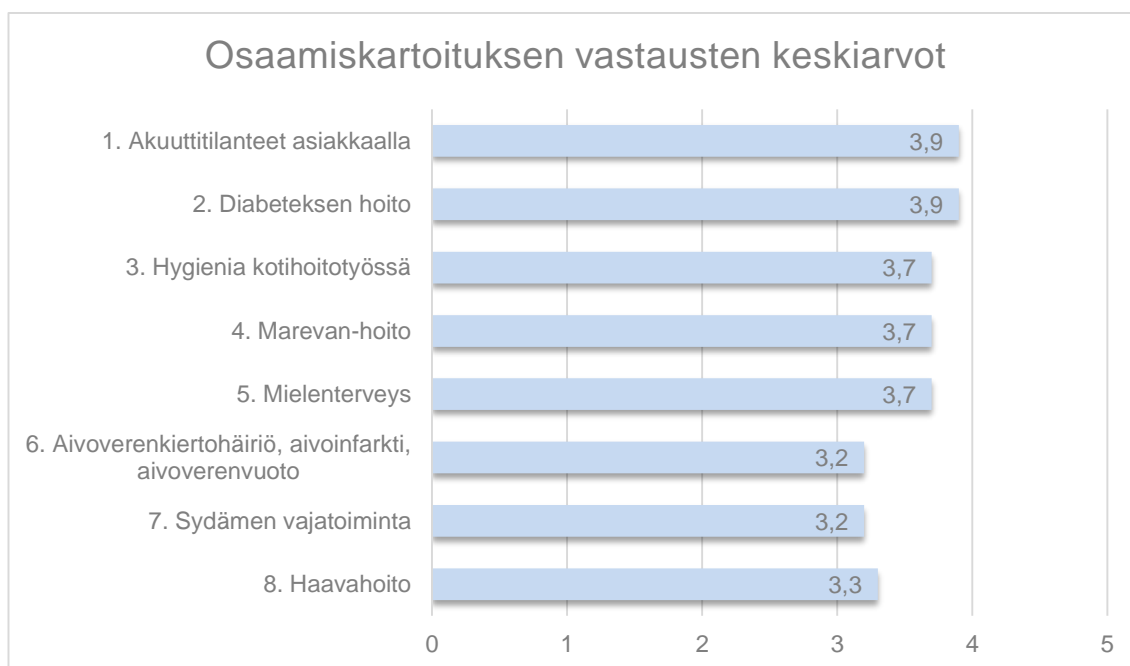
Lähihoitajat vastasivat osaamiskartoitukseen sekä numeraalisesti arvioiden omaa nykyistä osaamistaan että vastaten vapaamuotoiseen kysymykseen, mitä haluat oppia lisää kyseisestä hoitamisen osa-alueesta. Osaamisen numeraaliset arviointilukemat jakautuivat seuraavasti:

Hoitamisen teema	1	2	3	4	5	KA	Vastauksia yhteensä
Akuuttitilanteet asiakkaalla			1	6		3,9	7
Diabeteksen hoito			1	6		3,9	7
Hygienia kotihoitotyössä			2	5		3,7	7
Marevan®-hoito			2	5		3,7	7
Mielenterveys			3	3	1	3,7	7
Aivoinfarkti, aivoverenvuoto, verenkiertohäiriö			5	1		3,2	6
Sydämen vajaatoiminta			4	1	1	3,2	6
Haavahoito	1		1	4		3,3	6

Kuvio 3. Lähihoitajien osaamiskartoituksen numeraalisten arviointilukemien jakautuminen asteikolla 1-5 (1=Heikko, 2=Melko heikko, 3=Kohtalainen, 4=Hyvä, 5=Erinomainen)

Lähihoitajat arvioivat osaamisensa keskiarvoltaan kohtalaiseksi (=3), kun arviointien keskiarvot jakautuivat välille 3.2 – 3.9. Parhaiten lähihoitajat arvioivat hallitsevansa akuuttitilanteiden ja diabeteksen hoidon asiakkailla, joiden kummankin vastausten keskiarvo oli 3.9. Toiseksi paras osaaminen oli hygienia kotihoitotyössä, Marevan®-hoidossa ja mielenterveyden hoitamisen teemassa, joiden kaikkien vastauksien keskiarvo

oli 3.7. Haavahoito-osaamisen arvioitiin olevan keskiarvoltaan 3.3 ja alhaisimman osaamisen keskiarvon saivat sydämen vajaatoiminnan sekä aivoinfarktin, aivoverenvuodon ja verenkiertohäiriöiden teemat, kummatkin saivat keskiarvon 3.2.



Kuvio 4. Lähihoitajien osaamiskartoituksen numeraalisten vastausten keskiarvot asteikolla 1-5 (1=Heikko, 2=Melko heikko, 3=Kohtalainen, 4=Hyvä, 5=Erinomainen)

Osaamiskartoituksen toiseen osioon, lisäoppimistarpeisiin vastaajat vastasivat vapaamuotoisesti, omin sanoin seuraavasti:

Osaamiskartoituksen ensimmäinen kysymys koski *akuuttitilanteet asiakkaalla hoitamisen* teemaa. Kartoitukseen osallistuneista vastaajista kolme (n= 7) kertoi haluavansa oppia lisää akuuttitilanteissa asiakkaan hoitamisen teemassa kriisipaikan järjestämisestä ja asiakkaan odottamattomasta eli yllättävästä kuolemasta kotona. Kriisipaikan järjestäminen koettiin vieraaksi, kuten seuraavasta vastauksesta kävi ilmi:

”Kriisipaikan järjestäminen on aika vierasta itselle”

Vastaajat kokivat tarvitsevansa lisätietoa saattohoidosta erityisesti tilanteessa, jossa asiakkaan tila on huonontunut. Vastaajista neljä (n= 7) halusi oppia hälytyslaboratorioarvoihin reagoimisesta etenkin sellaisissa tilanteissa, jolloin kotihoidon terveydenhoitaja tai

lääkäri ei ole paikalla, kuten esimerkiksi iltaisin ja viikonloppuisin. Vastaajista kaksi (= 7) halusi tietää, miten ennakoida vaaratilanteet ja toimia niissä.

”Miten toimin vaaratilanteessa?”

Yhdessä vastauksessa toivottiin käsikirjan tapaista toimintaohjetta tilanteisiin, joissa tarvitaan uusi palvelu asiakkaalle.

Diabeteksen hoitamisen teemassa vastaajista neljä (n= 7) kertoi haluavansa oppia lisää ravitsemuksen merkityksestä diabeteksen hoidossa.

”Ravitsemuksen suhteen voisi olla hieman opittavaa.”

Vastaajat kokivat tarvitsevansa lisätietoa ja kertausta diabeteksen lääkehoidosta ja liikunnan merkityksestä. Verensokeriarvoihin reagoimisessa koettiin epävarmuutta etenkin iltaja- ja viikonloppuvuorojen aikana, jolloin terveydenhoitajan eikä lääkärin asiantuntemus ole käytettävissä. Vastaajat ilmaisivat haluavansa lääkärin tukea etenkin iltaisin ja viikonloppuisin sellaisissa tilanteissa, jolloin asiakkaan verensokeri on korkea. Verensokerin oikeaoppiseen mittaamiseen, saatujen tulosten tulkintaan ja insuliinin pistoon haluttiin lisäoppia. Kirjaamisen huolellisuuteen ja täsmällisyyteen tulee kiinnittää huomiota ja kahdessa (n=7) vastauksessa diabeteksen hoidon oikeaoppiseen kirjaamiseen haluttiin kertausta.

Hygienia kotihoitotyössä teemassa vastaajista neljä (n= 7) halusi oppia lisää erilaisista sairaalabakteereista sekä niiden kantajista, altistuksista, levittäjistä ja eristyksestä, kuten yksi vastaaja kirjoitti:

”Sairaalabakteerien kantajien ja levittäjien erot eri potilailla.”

Haavahoidon aseptiikasta ja hoitoon liittyvistä infektioista haluttiin oppia myös. Asiakkaan ja hoitajan oikeaoppinen suojaus kotiolosuhteissa koettiin kahdessa (n = 7) vastauksessa haasteelliseksi.

Marevan®-hoito teemassa vastaajat ilmaisivat haluavansa oppia lisää lääkkeiden yhteisvaikutuksesta Marevan®-lääkityksen aikana esimerkiksi seuraavasti:

”Marevanin® ja muiden lääkkeiden käytöstä ei voi tietää ikinä liikaa.”

Ruokavalion huomioimisesta Marevan® - hoidon yhteydessä haluttiin oppia lisää samoin kuin INR-arvojen kirjaamisesta potilastietojärjestelmään. Kansainvälinen lyhenne INR tulee englanninkielen sanoista international normalized ratio. INR-verinäytetulosta käytetään veren hyytymishäiriöiden tutkimisessa ja varfariinihoidon seurannassa. Marevanin® vaikuttava aine on varfariini. INR-tulos kuvaa veren hyytymistä. (Terveysportti 2016.) Kotihoidossa INR- näytteitä otetaan sekä laskimonäytteinä että pikamittarilla.

Myös verenvuoto- ja verisuonitukosriskeistä haluttiin oppia lisää. Yksi (n= 7) vastaajista koki epäselväksi asiaksi INR-arvojen ilmoittamisen ja ilmoittamisvastuun:

”Arvojen merkitseminen koneelle, kuka, missä ja kenelle?”

Mielenterveyden hoitamisen teemassa vastaajat halusivat oppia lisää mielenterveyden hoitamisesta, mielialasairauksien lääkehoidosta ja mielenterveysongelmista yleensä sekä vanhusten masennuksen tunnistamisesta ja arjessa selviytymisen tukemisesta. Masennuksen lääkehoidosta haluttiin kertausta. Vanhusten masennuksen tunnistaminen koettiin vastauksissa haasteelliseksi. Yhden (n= 7) vastaajan mukaan mielenterveys on vieras aihe kotihoidon hoitajille, kuten myös masennuksen hoito ja seuranta. Masennuksen ja mielenterveysongelmien tunnistamiseen kaivattiin lisätietämystä. Yksi vastaaja (n = 7) koki tarvitsevansa lisäoppia mielenterveysongelmaisen asiakkaan arjessa selviytymisen tukemiseen kirjoittamalla vastauslomakkeeseen:

”Miten tukea arjessa selviytymistä.”

Aivoverenkiertohäiriö, aivoinfarkti ja aivoverenvuoto hoitamisen teemassa vastaajat halusivat oppia lisää kuntoutuksesta, omaisten tuesta, jälkihoidosta ja oireiden tunnistamisesta. Verenpaineen oikeaoppiseen mittaukseen ja tulosten tulkintaan koettiin tarvittavan kertausta. Yksi vastaajista (n=6) kirjoitti tämän aihealueen kysymyskenttään:

”Haluaisin kerrata kokonaan.”

Kuntouttavaa työote koettiin kotioloissa välillä haastavaksi ja siitä haluttiin lisää tietoa. Asiakkaan jälkihoidon kokonaiskatsaus koettiin myös epävarmaksi osaamisen alueeksi yhdessä vastauksessa (n= 6).

Sydämen vajaatoiminnan hoidon teemassa vastaajat halusivat oppia lisää sydämen vajaatoiminnan oireiden tunnistamisesta ja oireista yleensä. Rytmihäiriöt mainittiin yhdessä

(n=6) vastauksessa lisäoppimisen aiheeksi. Useampi vastaaja näki omahoidon tärkeäksi sydämen vajaatoimintaa sairastettaessa. Vastaajat kaipasivat lisätietoa ja kertausta omahoidon ja elintapaohjauksen tukemiseen sekä siihen kuinka saada omaiset mukaan omahoitoon. Yksi vastaaja ilmaisi lisäoppimistarpeensa seuraavasti:

”Kuinka saada asiakas mukaan omahoitoon.”

Haavahoidon teemassa vastaajat halusivat oppia lisää erilaisista haavatyypeistä ja niiden tunnistamisesta. Haavahoidon aseptiikasta, katteen poistosta, haavahoitovälineistä ja haavahoitotuotteista haluttiin lisätietoa ja kertausta. Vastaajat kokivat epävarmuutta oikeanlaisten haavahoitotuotteiden valitsemisesta eri haavatyypeille. Yksi vastaaja kirjoitti:

”Haavahoitotuotteista lisää tietoa, niitä on liian monenlaisia nykyisin.”

Kirjaaminen koettiin haasteelliseksi ja siinä vastaajat halusivat kehittyä. Haavojen paranemisesta ja paranemisen taustoista haluttiin oppia lisää:

”Miksi haavat eivät parane hoidosta huolimatta.”

6.3 Ideointityöpajojen kulku ja tulokset

Osaamiskartoituksen lisäksi kehittämistyössä kerättiin ja kehitettiin ideoita sairaanhoidollisen työpajatoiminnan toteutussuunnitelmaan ideointityöpajassa. Ideointityöpajassa työskenneltiin aivoriihimenetelmällä ja niihin osallistuivat työpajojen suunnitteluun osallistuvat lähi-, sairaan- ja terveydenhoitajat. Tapaamiskutsun sai 27 hoitajaa. Ideointityöpajoja järjestettiin kaksi. Opinnäytetyöntekijä toimi tapaamisten vetäjänä ja piti samalla päiväkirjaa tapaamisten kulusta ja sisällöstä niin tapaamisten aikana kuin niiden välissä. Päiväkirjamerkinnoista oli apua seuraavan tapaamisen suunnittelussa ja tämän opinnäytetyöraportin kirjoittamisessa.

Ensimmäinen tapaaminen pidettiin 10.8.2015, klo 13 - 15. Osallistujia oli vetäjän lisäksi yhteensä 14. Opinnäytetyön työelämäohjaaja osallistui myös tapaamiseen. Tapaamisen aluksi opinnäytetyöntekijä esitteli kotihoidon sairaanhoidollisen työpajatoiminnan taustat, kehittämistyön tarkoituksen ja tavoitteet sekä työpajatoiminnan käytännön toteutuksen raamit. Alustuksessa käytiin läpi myös aivoriihimenetelmän perusteet, työskentelyn vaiheet ja kokouksen tavoitteet. Osallistujat saivat nähtäväksi myös osaamiskartoituksen

vastaukset alustavasti analysoituna sekä osaamisen keskiarvot. Alustuksen jälkeen tapaamisen vetäjä esitteli ennakkoon jaetut aihealueet, jotka toimivat ideoinnin pohjana. (Liite 3.) Aihealueiden otsikot olivat:

1. Aihealueet ja opetussisältö
2. Työpajatuntien sisältö ja kulku
3. Opetustunti ja palautetunti
4. Aikataulutus
5. Osallistumisen seuranta
6. Mitä muuta?

Otsikot oli kirjoitettu A3- paperiarkeille ja ne aseteltiin kokoustilan pöydille. Osallistujille annettiin ohjeeksi tuottaa ideoita joko yksin, parin tai useamman osallistujan kanssa post-it – tarralapuille. Tarkoitus oli tuottaa ideoita niin paljon kuin mahdollista kuhunkin aihealueeseen liittyen. Ohjeeksi annettiin kirjoittaa joko yksittäinen sana, ajatus tai lause. Ideoinnin vähentyessä vetäjä rohkaisi jatkamaan ideointia toisten ideoiden pohjalta eli tuottamaan jatkoideoita. Pienen tauon jälkeen vapaa ideointi jatkui vielä hetken, kunnes se päättyi. Koska aikaa oli vielä jäljellä, vetäjä päätti ideoinnin lopettamisesta ja arviointivaiheen aloittamisesta. Vetäjä ohjasi osallistujia merkitsemään puumerkin kannattamaansa, käyttökelpoiseen ideaan. Arvioinnin loputtua vetäjä päätti ideointityöpajatapaamisen. Koko tapaamisen ajan osallistujille annettiin mahdollisuus kysymyksiin ja keskusteluun.

Tapaamisen jälkeen opinnäytetyöntekijä hahmotteli ja jaotteli ideoita toisiinsa sopiviksi ryhmiksi samankaltaisten otsikoiden mukaan, päällekkäisyyksien yhdistämiseksi. Tässä vaiheessa tapahtui siis jo alustavaa ideoiden tiivistämistä ja analysointia. Opinnäytetyöntekijä muokkasi ideointityöpajan otsikoita ideoiden mukaan sopivimmiksi ja jaotteli ideat uusien otsikoiden ja alaotsikoiden alle ryhmittäin seuraavasti:

1. Aihealueet: uudet aiheet
2. Työpajatuntien sisältö ja kulku: sisältö, luennoitsija
3. Aikataulutus: kesto, kuinka usein, milloin, opetustunti ja palautetunti
4. Osaamisen ja osallistumisen seuranta: näyttö, käytännön seuranta, osallistuminen, keskustelu, tentti
5. Mitä muuta?

Toinen ideointityöpajatapaaminen pidettiin 7.9.2015 klo 13 – 15. Osallistujia tässä tapaamisessa oli vetäjän lisäksi myös 14. Ryhmä ei kuitenkaan ollut sama, sillä osa edellisellä kerralla osallistuneista ei päässyt toiseen tapaamiseen mukaan tai osa pääsi vain tähän toiseen tapaamiseen. Tämän vuoksi käytiin läpi sama alustus tapaamisen aluksi kuin ensimmäisessä tapaamisessa (Liite 3). Lyhyen alustuksen jälkeen ideointityöpaja jatkui tavoitteiden esittelyllä. Tavoitteena oli edellisellä kerralla tuotettujen ideoiden tiivistäminen ja sairaanhoidollisen työpajatoiminnan toteuttamissuunnitelman kokonaisuuden hahmotus. Tässä vaiheessa syntyi aktiivista keskustelua ja osallistujat ottivat kantaa sairaanhoidolliseen työpajatoimintaan. Osallistujat pitivät sairaanhoidollista työpajatoimintaa hyvänä ja tervetulleena osaamisen kehittämisen muotona, mutta huolta herätti työmäärän lisääntyminen ja oma osaaminen vetäjänä. Osallistujat pohtivat, kuuluuko työpajatoiminnan vetäminen kaikille sairaan- ja terveydenhoitajille osana työnkuvaa. Osallistujat toivoivat kotihoitoon opetushoitajaa koordinoimaan työpajatoimintaa ja toimimaan asiantuntijatukena sairaan- ja terveydenhoitajille. Osallistujat ilmaisivat huolensa hoidon laadusta ja turvallisuudesta nykyisillä resursseilla. Vetäjä ymmärsi osallistujien huolen, mutta kannusti uuteen tehtävään ja lupasi koota keskustelusta yhteenvedon esittäen sen työelämäohjaajalle. Aivoriihen vetäjä siirsi keskustelun tapaamiselle asetettujen tavoitteiden suuntaan esittelemällä viime tapaamisen alustavasti analysoidut ideat aihealue kerrallaan. Jatkoanalysointi tuotti runsasta keskustelua osallistujissa. Jokaisen aihealueen alaotsikkoihin kootuista ideoista tehtiin johtopäätös, jonka vetäjä kirjasi ideoiden alle, kaikkien nähtäväksi.

Kun kaikki kuusi tapaamisen aihealuetta oli käyty läpi, siirryttiin sairaanhoidollisen työpajatoiminnan teemojen työstämiseen. Vetäjä muodosti osallistujista parit, joille kullekin annettiin yksi sairaanhoidollinen teema. Kaikille kahdeksalle teemalle ei riittänyt paria, joten vetäjä otti työstettäväkseen kaksi teemaa. Osallistujille annettiin ohjeeksi koota osaamiskartoituksen analysoiduista vastauksista ja valmiista alustusmateriaaleista sairaanhoidollisessa työpajatoiminnassa käytävät aiheet, sisällöt ja kysymykset. Tarkoituksena oli siis työstää opetussisältökokonaisuudet. Parityöskentelyn jälkeen osallistujat saivat käydä kaikki teemat läpi ja täydentää opetussisältöä. Täydennystä tapahtui myös yhteisen keskustelun myötä. Koko tapaamisen työskentelyn tuloksena ideat analysoitiin kokonaisuuksiksi. Tapaamisen lopuksi vetäjä tiivisti tapaamisen työskentelyn tulokset, kertoi kehittämistyön aikataulusta ja osallistujien mahdollisuudesta kysyä opinnäytetyöntekijältä kysymyksiä kehittämistyöstä sähköpostitse.

Toisen ideointityöpajan jatkoanalysoinnissa uusiksi sairaanhoidollisen työpajatoiminnan teemoiksi ehdotettiin useita uusia aiheita: edunvalvonta, itsemäärääminen, ergonomia, sosiaalietuudet, ruokavalio, moniammatillinen yhteistyö, päihteet ja liikunta. Ideointityöpajan vetäjän johdolla yhdessä osallistujien kanssa tultiin tulokseen, ettei sairaanhoidollisten työpajojen määrää voi juurikaan lisätä. Kaikista edellä mainituista aiheista voidaan keskustella kotihoidon moniammatillisen työtiimin kanssa, kuten sosiaalityöntekijän ja ergonomiavastaavan kanssa. Sen sijaan päätettiin yhdistää uusi aihe päihteet teemaan mielenterveys. Ruokavaliota käsitellään useassa eri työpajassa, kuten diabeteksen ja Marevan® -hoidon työpajoissa. Kuntouttava työote ja kotihoidon asiakkaille tehtävä liikumissopimus ovat olennaisia kotihoitotyössä huomioon otettavia asioita. Opinnäytetyön työelämäohjaaja ja opinnäytetyöntekijä näkivät tämän asian sen verran tärkeänä myöhemmin käydyssä keskustelussa, että päättivät muodostaa liikumissopimuksesta uuden, oman sairaanhoidollisen työpajatoiminnan teeman. Näin ollen työpajojen aiheita on yhteensä yhdeksän.

Työpajatuntien sisältöön ja kulkuun liittyviä ideoita olivat muun muassa: mininäytelmät, case- jutut, kädentaidot, arkikielisyys, käytännönläheisyys ja ulkopuolinen luennoitsija. Luennoitsijan, kuten lääkärin tai muun asiantuntijan kutsuminen jokaiseen työpajaan on kuitenkin käytännössä mahdotonta. Tarkoituksena oli, että kotihoidon tiimien sairaan- ja terveydenhoitajat tulevat toimimaan työpajojen vetäjinä ja mikäli jossakin aiheessa tarvitaan lääkärin asiantuntemusta, voidaan häntä tarvittaessa konsultoida talokohtaisesti. Työpajatuntien sisällön ja kulun johtopäätös oli, että opetussisällön tulee olla selkeää ja pajoissa käytetään eri opetusmenetelmiä.

”Sisältö mahdollisimman lähellä konkretiaa ja käytäntöä. Ei nippelitietoa ja numeroita. Selkeää ja tiivistä tietoa.”

”Mahdollisimman arkikielinen ja helposti ymmärrettävä sisältö. Käytännönläheisyys.”

Työpajojen aikataulutuksessa käytiin läpi, kuinka pitkiä työpajakokootumiset ovat kerrallaan, kuinka usein ja milloin pajoja pidetään. Opinnäytetyöntekijän alkuperäisessä suunnitelmassa työpajojen aiheisiin sisältyi kaksi kokoontumista kutakin teemaa kohti. Opetustunti- ja palautetunti koettiin kuitenkin mahdottomaksi toteuttaa, koska se tarkoittaisi 18 työpajakokootumista vuodessa. Ideointityöpajassa yhden työpajan kestoksi määriteltiin puolitoista tuntia, mutta työelämäohjaajan kanssa käydyssä keskustelussa tultiin siihen tulokseen, että yhden tunnin mittainen työpaja on realistista toteuttaa, kun

huomioidaan, että työpajoihin osallistutaan varsinaisen hoitotyön ohessa. Kaikki yhdeksän teemaa käydään läpi vuodessa, syyskuusta toukokuuhun, lukuun ottamatta keskeisimmät kesälomakuukaudet. Työpajat pidetään iltapäivisin, kello 14 – 15. Opinnäyte-työntekijä kokosi aikataulutuksesta erillisen taulukon. (Liite 5.)

Osallistumisen ja osaamisen seurantaan ideointityöpajaan osallistuneet ehdottivat käytännön seurantaan työpajan vetäjien ja esimiesten toimesta. Konkreettiseksi osallistumisen seurannan välineeksi valittiin osallistumispassi, johon työpajan vetäjä merkitsee osallistujan osallistumisen. Lähihoitajat huolehtivat passin säilytyksestä ja näyttävät sitä vähintään kehityskeskustelujen yhteydessä esimiehelle. Esimiehen kanssa voidaan tarvittaessa ja tilanteen mukaan keskustella osaamisen kehittymisestä. Osaamisen kehittymisen edistävänä menetelmäksi ehdotettiin ryhmäkeskusteluja niin, että työpajat olisivat mahdollisimman vuorovaikutuksellisia. Alku – ja loppupotentit eivät saaneet kannatusta.

Ideointityöpajoihin osallistuneet sairaan- ja terveydenhoitajat toivat keskustelussa esille huolensa vetäjien resurssien riittämisen suhteen. Osallistujat pohtivat myös oman asiantuntemuksen riittämättömyyttä.

”Mitä tehdä, jos terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja ei halua pitää työpajoja?”

”Sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan ajan resurssointi?”

”Sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajille omat koulutukset, jotta kykenee opettamaan! →Tasaisempaa laatua myös opettamiseen ja tekniikkaan siinä.”

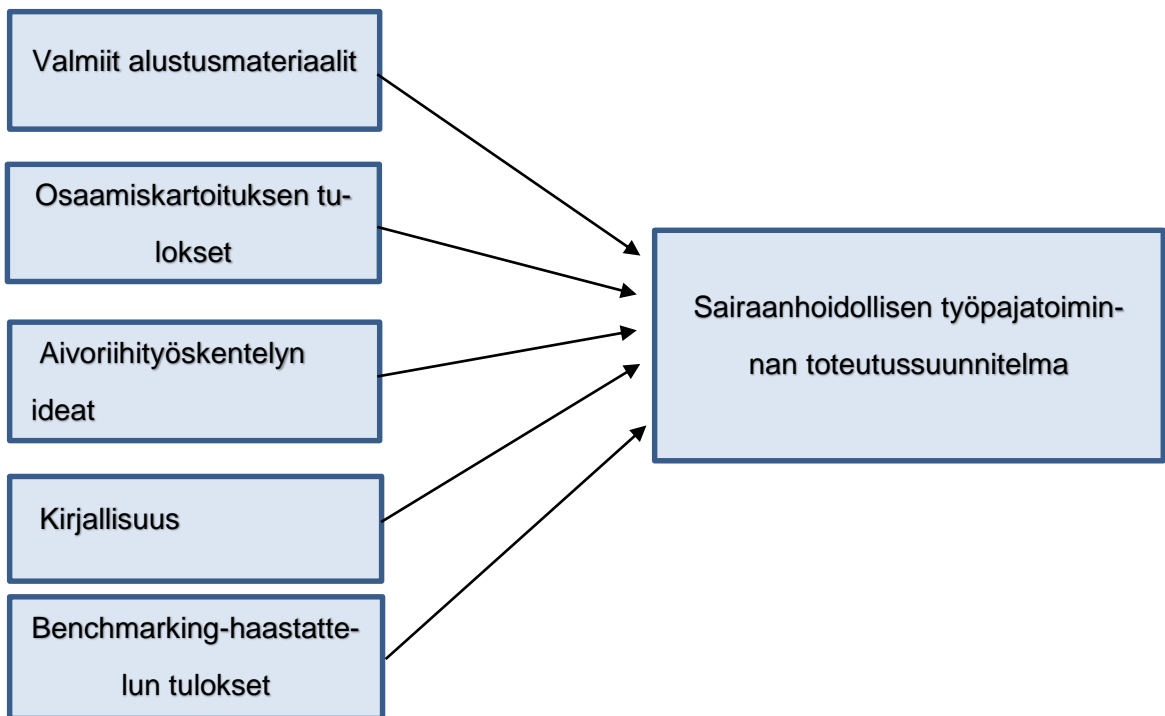
Sairaanhoitajien työpajojen vetäminen perustuu vapaaehtoisuuteen. Toivottavaa on, että kaikilta alueilta löytyy vähintään kaksi vetäjää. Työpajojen valmisteluun ja käytännön toteutukseen on varattava riittävästi aikaa. Ajan kuluessa toiminnasta tulee tutumpaa ja valmisteluun menee vähemmän aikaa kuin toiminnan aloitusvaiheessa, jolloin kaikki on uutta ja epävarmaa. Vetäjien tueksi suunnitellaan vertaistukitapaamisia muiden alueiden työpajatoimintaa vetävien sairaan- ja terveydenhoitajien sekä kotihoidon opetushoitajien kanssa.

Aihealue	Alaotsikot	Ideat analysoituina	Johtopäätökset
Teemat	Uudet teemat Yleistä	Päihteet Ruokavalion ja liikunnan merkitys	Lisätään päihteet työpajatoiminnan teemaan mielenterveys Käydään läpi useassa teemassa
Työpajatuntien sisältö ja kulku	Sisältö Luennoitsija	Caset, mininäytelmät, käytännönläheisyys, arkikielisyys, kädentaidot Lääkäri, ulkopuolinen asiantuntija	- Opetussisällön selkeys - eri opetusmenetelmät Vain tarvittaessa, talokohtaisesti
Aikataulutus	Kesto Kuinka usein Milloin Opetustunti ja palautetunti	1 – 2 tuntia 1/ vuosi, 1/kk, 2 viikon välein Iltapäivä Ei saanut kannatusta	Yhden työpajan kesto 1.5 tuntia Aihealueet käydään läpi vuodessa Iltapäivä klo 13.30 - 15 Palautetuntia ei pidetä
Osaamisen ja osallistumisen seuranta	Näyttö Osallistuminen Keskustelu Tentti	Käytännön seuranta Työpajan vetäjä ja esimies Näyttö-, kehitys-, ryhmä ja yksilö- ja kertauskeskustelu Alku- ja lopputentti	Osallistumispassi Työpajat vuorovaikutuksellisia, kehityskeskustelu Ei tenttiä
Mitä muuta?		- Sh/Th, resurssien riittävyys työpajojen valmisteluun ja käytännön toteutukseen - opettavatko kaikki sh/th - riittääkö Sh/Th asiantuntemus, tarvitaanko koulutusta opettamiseen	- varattava aikaa valmisteluun ja toteutukseen - työpajojen vetäminen perustuu vapaaehtoisuuteen, mutta jokaisessa talossa oltava vähintään 2 sh/th, jotka vetävät pajoja - vetäjien tukena muutaman kerran vuodessa pidettävät vertaistukitapaamiset

Kuvio 5. Aivoriihiyöskentelyn tulokset

6.4 Sairaanhoidollisen työpajatoiminnan toteutussuunnitelman laatiminen

Tämän opinnäytetyön lopputuotoksena tuotettiin sairaanhoidollisen työpajatoiminnan toteutussuunnitelma (Liite 4). Opinnäytetyöntekijä kokosi sairaanhoidollisen työpajatoiminnan toteutussuunnitelman valmiiden alustusmateriaalien, osaamiskartoituksen tuloksien ja ideointityöpajojen aivoriihiyöskentelyn ideoinnin pohjalta. Suunnittelussa käytettiin tukena myös työssä mainittuja lähteitä ja benchmarking-haastattelujen tuloksia.



Kuvio 6. Sairaanhoidollisen työpajatoiminnan toteutussuunnitelman aineisto

Sairaanhoidollisten työpajojen opetussisältö hahmottui pitkälti jo ideointityöpajojen taapamisissa, joissa osallistujat kokosivat alustusmateriaalin ja osaamiskartoituksen tulokset yhteen. Opinnäytetyöntekijä muodosti näistä yhteenvedoista käsiteltävien asioiden kokonaisuudet kunkin teeman mukaisesti. Suunnitelma antaa pohjan työpajojen toteutukselle, mutta jokaisella vetäjällä on mahdollisuus lisätä ajankohtaisia aiheita opetussisältöön.

Yhdessä ideointityöpajaan osallistuneiden kanssa päädyttiin osallistumispassiin (Liite 5) osallistumisen seurannan toteutumiseksi. Osallistumispassi jaetaan kaikille lähihoitajille ja jokainen huolehtii sen säilytyksestä itse. Työpajan vetäjä kirjaa osallistumismerkinnän

jokaisen työpajan jälkeen ja lähihoitaja näyttää passia esimiehelle vuosittain. Kaikki yhdeksän työpajaa käytyään lähihoitaja voi aloittaa pajat alusta omien kehittymis- ja kertaustarpeiden mukaan.

6.5 Suunnitelma työpajoissa käytettävistä opetusmenetelmistä

Opetuksen menetelmiksi opinnäytetyöntekijä valitsi yhteisöllisiä, aktiivisia ja vuorovaikutuksellisia oppimista edistäviä ja tukevia menetelmiä. Pienryhmäkeskustelu ja sen vuorovaikutuksellisuus nousi tärkeäksi menetelmäksi aivoriihiyöskentelyn ja benchmarking-haastattelun tuloksena ja tätä tuki myös opinnäytetyössä käytetty kirjallisuus ja tutkimukset (Grönfors 2010: 24 -27; Kaskinen 2005; Nuutinen 2003; Salo 2012; Vikberg-Aaltonen 2007: 49).

Työpajan alkuun vetäjä pitää lyhyen *alustuksen* käsiteltävästä aiheesta. Opetuksessa käytettävästä menetelmästä riippuen alustus voi sisältyä myös itse opetusmenetelmään. Luentotyyppisessä alustuksessa työpajan vetäjä kertoo aiheesta ja osallistujat kuuntelevat. Alustuksen on tärkeää olla lyhyt ja siinä on kerrottava kaikki olennainen tiivistettynä osallistujien mielenkiinnon ylläpitämiseksi ja jotta aikaa jää aiheen vuorovaikutukselliselle käsittelylle. Alustuksessa vetäjä herättää osallistujien mielenkiinnon ja motivaation käsiteltävää aihetta ja opetushetkeä kohtaan. Mielenkiintoa herättävät konkreettiset esimerkit ja luovuus. (Pruuki 2008: 82 - 85.) Niin alustuksessa kuin itse opetuksessa on otettava huomioon näytön käyttö hyödyntämällä luotettavia internet-lähteitä, kuten Terveysportti - ja Käypä hoito -sivustoja.

Perinteinen keskustelun muoto on *opetuskeskustelu ja dialogi*. Keskustelussa osallistujat esittävät omia mielipiteitään ja ottavat kantaa toisten kannanottoihin ja ajatuksiin. Vetäjä vastaa keskustelun etenemisestä, suunnasta, aikataulusta ja puheenvuorojen tasaisesta jakautumisesta niin, että jokainen tulee kuulluksi. Tavoitteena on, että keskustelusta muodostuu vuorovaikutuksellinen prosessi vetäjän ja osallistujien kesken. Dialogista puhutaan silloin, kun sanat ja merkitykset virtaavat puheessa vapaasti. Dialogiin ei kuulu arvostelu eikä kannanotto, vaan toisen puhetta kuunnellaan ja sitä jatketaan uusilla ajatuksilla. Yhden puhuessa toiset kuuntelevat ja pyrkivät näkemään käsiteltävän asian puhujan näkökulmasta sivuuttaen omat ajatukset sillä hetkellä. Oman puheenvuoron aikana voi tuki tuoda esille omia ajatuksia, mutta tarkoituksena on täydentää niitä toisten osallistujien ajatuksiin. Opetushetken lopuksi ajatukset kootaan yhteen. (Pruuki 2008: 88 - 91.)

Internet, sosiaalinen media, palveluiden digitalisoituminen ja verkko-oppiminen ovat tämän ajan ilmiöitä ja arkipäivää myös terveysalalla. Sairaanhoidollisen työpajatoiminnan opetuksessa voidaan hyödyntää useita internet – sivustoja. Internetin tietomäärä on valtava ja täsmällisen sekä luotettavan aineiston löytäminen vaatii medialukutaitoa (Olli - Kauhanen - Arifulla 2014: 94). Erilaiset terveysalan internet – sivustot tarjoavat runsaasti käyttökelpoista aineistoa. Tällaisia sivustoja ovat esimerkiksi Terveyskirjasto www.terveyskirjasto.fi, Terveyden – ja hyvinvoinnin laitos THL www.thl.fi, Sydänliitto www.sydän.fi ja Mielenterveystalo www.mielenterveystalo.fi.

Internetin *YouTube* – videopalvelua voi hyödyntää opetuksessa ottaen huomioon tiedon luotettavuus, käyttökelpoisuus, laatu ja tuoreus. Videot täydentävät etenkin kliinisten- ja vuorovaikutustaitojen opettamista. YouTube – videoiden käyttö opetuksessa lisää paitsi oppimista myös oppimisen mielekkyyttä, nopeutta ja helppoutta. Opetuksen visuaalisuus voi auttaa asioiden muistamisessa luentoa paremmin, sillä nähty tieto on useammille helpompi muistaa kuin pelkästään kuultu tieto. Videoihin liittyy usein tarina ja käytännön esimerkki, jotka nekin syventävät oppimista. Videon synnyttämistä ajatuksista ja kysymyksistä on hyvä keskustella videon katsomisen lopuksi ja se voidaan pysäyttää tarvittaessa välillä. Videoiden käytön tarkoitus on lisätä myös opiskelijoiden aktiivisuutta keskusteluun. YouTube on todettu tehokkaaksi opetusmenetelmäksi etenkin 1980 - 2000 – syntyneiden opiskelijoiden kohdalla. (Karhu – Varemäki – Heikkilä – Koskenniemi – Salminen 2014: 25–34.)

Sairaanhoidollisen työpajatoiminnan opetuksessa on oleellista ottaa käytännön ja teorian yhdistäminen osaksi opetusta. *Case-opetusmenetelmä* on hyvä vaihtoehto tämän toteuttamiseen. Case-menetelmä lisää ja kehittää opiskelijoiden aktiivisuutta, vuorovaikutuksellisuutta, ongelmanratkaisukykyä ja yhteistyötaitoja. Menetelmän avulla opetettava asia tulee realistiseksi. Case-menetelmä pohjautuu kuviteltuun tai tosielämään perustuvaan tarinaan tai tapahtumaan, jota lähdetään ratkomaan ongelmaratkaisulla. Case- opetus ja sen tarina tulee valmistella hyvin ajatellen osallistujia, käsiteltävää aihetta ja opetuksen tavoitetta. Osallistujien on hyvä istua ympyrässä tai niin, että kaikki ovat kasvokkain. Opetustilanteen ratkaisut on hyvä koota kirjalliseksi loppuyhteenvedoksi, jotta osallistujat saavat kokonaiskuvan saavutetuista ratkaisuista. Kuten YouTube-videoiden, on case-menetelmänkin tarkoitus lisätä aktiivista ja itseohjautuvaa oppimista. (Hanhilampi – Heikkilä – Salminen 2014: 11–16; Sulkanen 2006: 21.) Case-

opetus on suositeltava pitää ennen teoriaosuutta. Sairaanhoidollisessa työpajatoiminnassa case-opetus voi korvata teoria-osuuden jossain tilanteessa jopa kokonaan, jotta opetukselle ja ratkaisun käsittelemiselle jää riittävästä aikaa. (Sulkanen 2006: 20.)

Draaman käyttö on varsin varteenotettava opetusmenetelmä sairaanhoidollisissa työpajoissa. Draama on ikään kuin näytelmä, jossa osallistujilla on erilaisia rooleja käsiteltävän aiheen mukaisesti. Roolinimike voi olla esimerkiksi asiakas, hoitaja tai omainen. Osallistujat eläytyvät rooliin ja oppivat sitä kautta ymmärtämään roolissa olevan kuvitellun henkilön, kuten asiakkaan toimintaa. Draamaopetus alkaa aiheeseen tutustumisella ja lämmittelyllä vetäjän ohjaamana. Tarvittaessa vetäjä voi jakaa draaman kirjalliset ohjeet. Aloituksen jälkeen siirrytään toimintavaiheeseen, jossa osallistujille jaetaan roolit tai he saavat valita ne itse. Vetäjä motivoi ja kannustaa osallistujia heittäytymään eri rooleihin. Ilman roolia jääneet ovat draaman seuraajia. Roolihenkilöt ryhmäytyvät ja suunnittelevat draaman kulun raamit. Seuraajaryhmä keskustelee sillä välin draama-aiheesta ja valmistautuu huomioimaan roolihenkilöiden käyttäytymistä ja toimintaa. Itse draama kestää noin 5 minuuttia ja sitä seuraa seuraajaryhmän antama palaute. Palautteen jälkeen draamaryhmä esittää näytelmän uudestaan ottaen huomioon palautteessa tulleet seikat. Loppuvaiheessa käydään lyhyt keskustelu. Draama-opetusmenetelmän on todettu lisäävän opiskelijoiden empatiatuntemusta. Samalla teorian ja käytännön on havaittu lähenevän. (Wirtanen – Stolt – Salminen 2011: 14- 22.)

Ryhmän kanssa yhdessä toteutettavia aktiivisia opetusmuotoja ovat erilaiset *ryhmätyömenetelmät*, kuten *Learning cafe*. Learning cafessa tieto on tarkoitus maksimoida ryhmäläisten tietomäärällä ja ideoinnilla. Opetustilanne alkaa valmistelulla, jossa vetäjä asettelee pöydille valkoiset isot paperiarkit tai vastaavat. Ryhmä jakautuu pienempiin ryhmiin, joiden tavoitekoko on neljästä viiteen osallistujaa ja he valitsevat joukostaan assistentin. Jokaiseen ryhmään jaetaan aihe, josta tulee keskustella ja kirjoittaa tai kuvittaa paperille tuotettuja ideoita. Tälle vaiheelle varataan aikaa maksimissaan 30 minuuttia, jonka jälkeen ryhmäläiset vaihtavat ryhmää assistentin jäädessä alkuperäiseen ryhmään. Assistentti esittelee oman ryhmänsä tuotokset muille ryhmille ja lopuksi osallistujat palaavat omaan alkuperäiseen ryhmään, jossa käydään läpi muiden ryhmien omaan aiheeseen tuottamat ideat. Tässä vaiheessa tietomäärä on kasvanut moninkertaiseksi. (Laaksonen – Koskinen – Salminen 2011: 38- 47.)

*Demonstraatio*ssa työpajan vetäjä esittää jonkin konkreettisen tilanteen tai näyttää toimenpiteen. Sairaanhoidollisen työpajan demonstraatioissa voidaan esittää esimerkiksi

verenpaineen mittaaminen, tukisukkien laitto, liikkumissopimuksen tekeminen, käsihygienian hoitaminen, erilaiset kädentaidot tai asiakkaan kanssa käytävä keskustelu omahoidosta. Myös osallistuja voi toimia demonstroijana tai avustajana, mikäli hän hallitsee opetettavan asian. Opetuksessa on hyvä kertoa käsiteltävän aiheen teoriaa ja sen voi toteuttaa yhtä aikaa esittämisen kanssa. Demonstraation jälkeen osallistujat pääsevät harjoittelemaan esitettyä teemaa käytännössä. Tässäkin opetusmenetelmässä korostuu aktiivisuus ja osallisuus sekä teorian ja käytännön yhdistyminen. (Pruuki 2008: 93; Terävä – Heikkilä – Salminen 2014: 18 – 23.)

Posterit on luova, visuaalisuutta korostava opetusmenetelmä, jossa teksti ja kuvat yhdistyvät esitettäväksi kokonaisuudeksi, ikään kuin tarinaksi. Kotihoidon työpajoissa toteutettavat posterit ovat pieniä aikaresurssin vuoksi. Postereissa esitellään muun muassa tutkimuksia, uusia ideoita ja käytäntöjä valmiiksi määritellystä aiheesta. Vetäjä esittelee aiheen ja asettaa sille raamit. Opetuksessa korostuu tiedon hankinta, vuorovaikutellisuus, aktiivisuus ja itsenäinen työskentely. Posterit voidaan tuottaa joko yksin tai ryhmässä. Menetelmässä olennaista on osallistujan oma toiminta ja sen tulos eli esiteltävä posterit. Posterin käyttö opetusmenetelmänä edistää osallistujien tiedonhankintataitoja ja rohkeutta tuoda esiin uutta tietoa. Valmiit posterit esitellään koko ryhmälle ja niistä keskustellaan. Opetusmenetelmässä yhdistyy tällöin myös toisilta oppiminen. (Kanerva – Mieronkoski – Kauhanen – Koskenniemi – Salminen 2014: 4-9.)

7 Pohdinta

Pohdintaosio sisältää kehittämistyön arviointia niin suunnitteluvaiheeseen, työstämisen, käytettyjen menetelmien, lopputuloksen kuin työn levittämisen näkökulmasta. Arvioinnin lisäksi pohdintaosiossa käsitellään työn eettisyyttä ja luotettavuutta kehittämisprosessin eri vaiheissa sekä lopuksi työn jatkokehittämisajatuksia.

7.1 Kehittämistyön arviointi

Kehittämistyön luonteeseen kuuluu arviointi koko työn kehittämisprosessin ajan. Jatkuva arviointi ohjaa kehittämistyön etenemistä ja suuntaa. Loppuarvioinnissa arvioidaan eri näkökulmista, onko työlle asetettuihin tavoitteisiin päästy. (Toikko – Rantanen 2009: 61.) Tässä opinnäytetyössä jatkuva arviointi tapahtui opinnäytetyöntekijän, opponoijan, ohjaavan opettajan, työelämäohjaajaan ja kehittämistyön ideointityöpajaan osallistujien toimesta. Arviointia tapahtui keskusteluiden ja palautteen kautta. Arviointia seurasi aina

toiminta ja sitten taas uusi arviointi. Jatkuva arviointi ohjasi työn etenemistä ja muutti osittain alkuperäisiä ja työn eri vaiheissa syntyneitä suunnitelmia. (Ojasalo ym. 2014: 47.)

7.1.1 Suunnitteluvaihe

Opinnäytetyön alkuvaiheeseen liittyi aiheen suunnittelu ja rajaaminen. Opinnäytetyöntekijä keskusteli mahdollisista aiheista työelämätahon kanssa ja päätyi kotihoidon sairaanhoidolliseen työpajatoimintaan keskustelujen jälkeen ja johdolta luvan saatuaan. Menettely loi pohjaa ja luotettavuutta työlle etenkin, kun tarkoituksena oli tehdä kehittämistyötä yhteistyössä opinnäytetyössä käsiteltävän kotihoitoyksikön työntekijöiden kanssa. Työn ideointivaiheessa aiheen rajaaminen tuotti haasteita ja ideointipaperin suunnitelma poikkesi melko paljon lopullisesta opinnäytetyön suunnitelmasta. Kokonaisuuden, työmäärän ja aikataulun hahmottaminen oli epävarmaa ideointivaiheessa. Aiheen hahmottamista ja rajaamista veivät eteenpäin keskustelut opinnäyteryhmän, ohjaavan opettajan ja työelämäohjaajan kanssa. Yksin työskennellessä sokeutuu helposti omalle tekstille ja toisen lukiessa samaa tekstiä voi saada uusia näkökulmia. Keskustelu ja vuorovaikutteellisuus ovat osa kehittämistyötä ja oma kokemus siitä oli myönteinen (Ojasalo ym. 2014: 18). Kehittämistyön kulkua katsellessa osaa arvostaa yhteistyökumppaneiden neuvoja ja näkemyksiä. Tärkeää oli myös oma selkeä ajatus työstä ja kyky pitää siitä kiinni, koska kyseessä oli oma opinnäytetyö, josta vastaa itse.

Opinnäytetyön ideointivaiheen ja lopullisen suunnitelman väliin mahtui erilaisia ideoita ja epätoivon tunteita työn tavoitteen rajaamisesta. Reilun vuoden työskentelyn jälkeen saattoi todeta olevansa tyytyväinen rajattuun aiheeseen ja tavoitteiden selkeyteen, mikä helpotti työskentelyä ja antoi kehittämistyölle huomattavasti paremman työskentelypohjan kuin laajat ja epämääräiset tavoitteet. Suunnitelman työstämisen venyminen muutti työn etenemisen aikataulua muutamalla kuukaudella alkuperäisestä aikataulusuunnitelmasta. Aikataulussa pysyminen riippui monesta eri tekijästä, kuten omasta työskentelystä, luvan saamisesta ja yhteistyötapaamisten järjestämisen aikatauluista.

Tutkimuksellisen kehittämistyön sanotaan olevan haastava ja aikaa vievä (Ojasalo ym. 2014: 22). Haastavuus on kuitenkin samalla tekijä, joka motivoi ja innostaa, kuten tapahtui tässä kehittämistyössä. Haastavana työvaiheena opinnäytetyöntekijä koki muiden tutkimusten hyödyntämisen omassa työssä. Täsmällisiä, kotihoidon lähihoitajien osaamisen kehittämiseen työpaikkakoulutuksen muodossa liittyviä tutkimuksia oli vähän saatavilla. Teorian ja käytännön yhdistäminen toivat haasteita työn etenemiselle tietoperustaa

laatiessa. (Ojasalo ym. 2014: 58 - 59.) Osaamisen kehittämiseen liittyviä lähteitä sen sijaan löytyi ja niissä korostuivat osaamisen kehittämisen positiiviset vaikutukset niin työntekijään kuin koko organisaatioon (Grönfors 2010; Kettunen 2003; Hätönen 2011). Jatkuvan oppimisen merkitys ja sen korostuminen tämän päivän työelämässä näkyivät myöskin lähdeaineistossa (Pohjonen 2005; Kelo ym. 2015). Osaamisen kehittämistä sisältävien lähteiden lukeminen ja aiheeseen tutustuminen vahvistivat oletusta, että osaamisella on vaikutusta työn tuloksiin ja että kehittyminen vaikuttaa työntekijän työmotivaatioon (Grönfors 2010). Kiinnostavaa oli tutustua Rohtopajoihin, jotka toimivat työpaikkakoulutuksena ja joissa korostuvat kotihoidon tulevan työpajatoiminnan tapaan omasta työstä oppiminen, yhteisten käytäntöjen luominen ja osallistujien aktiivisuus (Vainikainen 2005: 18 – 19; Mäkinen - Mäntyranta 2009: 1367.) Kehittämistyön suunnitteluvaihe päättyi tutkimusluvan saamiseen työn kohdeorganisaatiolta.

7.1.2 Työstämisvaiheen aloitus

Kehittämistyön varsinainen työstämisvaihe alkoi tutkimusluvan saamisen jälkeen touko-kesäkuussa 2015. Kysymyksenä ja riskinä tässä vaiheessa oli osaamiskartoituksen mahdollinen alhainen vastaamisprosentti sekä ideointityöpajaan osallistuvien pääseminen paikalle tai se, oliko työtahti sellainen, että se olisi vienyt motivaation kehittämistyötä kohtaan. Myös resurssikysymykset kävivät mielessä, olisiko työntekijöillä mahdollisuutta irrottautua kahdeksi iltapäiväksi suunnittelemaan työpajoja. Viestintä ja yhteistyö osaamiskartoitusten ja ideointityöpajaan osallistuvien työntekijöiden nimien ilmoituksesta sujui onnistuneesti. Yhteistyön sujuminen helpotti kehittämistyön etenemistä ja opinnäyte-työntekijän työskentelyä. Kehittämistyön toiminnallisen ajan opinnäytetyöntekijä oli vuorovaikutuksessa kohdeyksikön työntekijöiden kanssa joko sähköpostitse tai yhteisessä pöydässä keskustellen. Arviointia tapahtui myös esimieskokouksessa, jossa opinnäytetyöntekijä kertoi työn etenemisestä. (Ojasalo ym. 2014: 18.) Esimiehet toivat esille mielipiteitään kehittämistyön sisällöstä ja aikataulusta.

7.1.3 Kehittämistyössä käytetyt menetelmät

Menetelminä tässä kehittämistyössä olivat tutkimuksellinen kehittämistyö, osaamiskartoitus, aivoriihi ja benchmarking-haastattelu sekä lähestymistapana toimintatutkimus. Menetelmien valinta oli melko selvää jo suunnitelmavaiheessa ja valinnat osoittautuivat käyttökelpoisiksi työssä. Tutkimuksellinen kehittämistyö ja toimintatutkimus lähestymistapana antoivat raamit kehittämisprosessille. Tutkimukselliselle kehittämistyölle tyypilli-

seen tapaan työssä korostuivat erilaisten menetelmien käyttö, joita kaikkia yhdisti osallisuus ja vuorovaikutuksellisuus. Merkittävää oli huomata työn loppuvaiheessa, miten tutkimukselliselle kehittämistyölle tyypilliseen tapaan kirjoittaminen, vuorovaikutuksellisuus, arviointi ja työn esittäminen veivät työtä konkreettisesti eteenpäin. Kehittämistyön esittely esimieskokouksessa kesäkuussa 2015 ja ideointityöpajassa elokuussa 2015 sekä keskustelut työelämäohjaajan ja opinnäytetyöryhmän kanssa veivät jokainen työtä eteenpäin. Jokaisen esittelyn välissä tapahtui tiedonhakua, suunnan ja sisällön tarkastusta sekä aktiivista kirjoittamista. (Ojasalo ym. 2014: 18.) Toimintatutkimukselle on ominaista osallisuus ja se toteutui työssä monella tapaa, muun muassa ideointityöpajojen aivoriihiyöskentelyssä ja osaamiskartoituksessa. Myös benchmarking-haastattelut olivat osa osallisuutta. Opinnäytetyöntekijälle tämä toi toisinaan haasteita siinä mielessä, että omat ajatukset työn etenemisestä ja sisällöstä eivät aina päätyneet lopulliseen ratkaisuun. Osallisuus tarkoitti muiden mielipiteiden huomioon ottamista työn tarkoituksen ja tavoitteiden rajoissa. Käytännönläheisyys ja ryhmätyöskentelyt auttoivat työn etenemisessä.

Mielenkiintoista oli havaita, kuten toimintatutkimuksen ominaispiirteisiin kuuluu, että muutos voi olla erilainen, kuin mitä alun perin oli suunniteltu. Tämän kehittämistyön tulos, kotihoidon sairaanhoidollisen työpajatoiminnan toteutussuunnitelma muuttui kehittämissuunnitelman alkuperäiseen suunnitelmaan verrattuna. Työpajojen aihealueita on lopullisessa suunnitelmassa yhdeksän, kun suunnitelmavaiheessa niitä oli kahdeksan. Opetussisällöt muuttuivat myös ja pajojen kesto lyheni yhteen tuntiin. Alkuperäisenä ajatuksena oli pitää yhtä aihealuetta kohden kaksi pajakokontumista, mutta siitä luovuttiin ideointityöpajoissa käydyn keskustelun myötä. Muutokset ovat lähempänä kotihoidotyön realiteetteja, kuten aikatauluja, työtilanteita ja työntekijäresursseja.

7.1.4 Osaamiskartoitus, aivoriihi ja benchmarking-haastattelu

Osaamiskartoitus, aivoriihi ja benchmarking-haastattelu aineistonkeruumenetelminä toivat tietoa, ideoita ja perusteluja kehittämistyölle. Osaamiskartoitus antoi hyvän pohjan kehittämistyölle, vaikka vastausprosentti oli 67 eli kohtuullinen, ottaen huomioon kesäajankohdan. Osaamiskartoituksia lähetettiin 12 ja vastauksia tuli kahdeksan. Opinnäytetyöntekijä otti huomioon nekin vastauslomakkeet, jotka tulivat pyydetyn päivämäärän jälkeen. Vastausprosentti olisi voinut olla suurempi, mikäli osaamiskartoituksen ajankohta olisi ollut aikaisempi, kesälomakuukaudet mahdollisesti laskivat osallistumisprosenttia. Osaamiskartoituksen vastaajajoukko olisi voinut olla suurempi, jolloin osaamistarpeet

olisivat olleet todennäköisesti laajemmat, kuin mitä kahdeksan vastaajan vastaukset antoivat työlle. Pohdittavaa oli myös siinä, olisivatko osaamiskartoituksen arviot omasta osaamisen tasosta hajautuneet suuremmin, jos vastaajia olisi ollut enemmän sekä miten huolellisesti lähihoitajat osasivat arvioida omaa osaamistaan. Vastaukset olivat melko lyhyitä ja ne noudattivat suhteellisen tasaista linjaa, suuria poikkeavuuksia ei ilmennyt.

Osaamiskartoituksen numeraaliset arvioinnit jakautuivat keskiarvoiltaan kohtalaiseksi (=3), joka asettui tämän osaamiskartoituksen arviointiasteikolla puoliväliin. Osaamisessa voidaan tällä tuloksella nähdä olevan kehitettävää ja tämä lisäsi perusteluja työpajatoiminnan toteutussuunnitelman laatimiselle. Lähihoitajien vastauksissa lisäoppimistarpeista toistui tiedon ja taidon puute tilanteissa, joissa sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai lääkäri ei ole paikalla. Mukana on oletettavasti myös epävarmuutta omasta osaamisesta ja toisaalta rehellisyyttä omista osaamisen rajoista. Rajojen ja omien valtuuksien tietäminen ja tunnistaminen ovat osa ammatillisuutta. Tiimin sairaan- ja terveydenhoitajat koetaan työntekijöiksi, joilta saa tukea, neuvoa ja ohjausta. Samalla yhteistyön tärkeydessä korostuu kotihoidotyön moniammatillisuuden merkitys, ilman toista ammattiryhmää ei olla niin vahvoilla. Sanerman (2009: 226, 244) tutkimustulokset tukevat tätä oletusta. Tutkimukseen vastanneet lähihoitajat kokivat kotihoidon sairaanhoitajien tuen oleelliseksi oppimisen kannalta. Työpajatoiminnalla halutaan lisätä lähihoitajien itsenäistä osaamista ja ammatillista itsevarmuutta sellaisissakin tilanteissa, joissa he ovat ainoa ammattiryhmä työvuorossa. Työpajoissa lähihoitajille kerrotaan myös tahot, joita voi konsultoida ongelmatilanteissa.

Ideointityöpajassa käytetty avoriihimenetelmä osoittautui runsaasti ideoitava tuottavaksi tiedonkeruumenetelmäksi. 14 osallistujaa oli toimiva määrä ryhmäkeskustelulle, mutta suurempi osallistujamäärä olisi todennäköisesti tuonut enemmän ideoita. Ensimmäinen ideointityöpajatapaaminen ajoittui osaamiskartoituksen tavoin myöskin kesälomakaudelle, tosin loppukesään, mutta saattoi vaikuttaa osallistujamäärään. Toisaalta toinen tapaaminen oli syyskuussa ja osallistujamäärä oli sama kuin ensimmäisessä tapaamisessa. Herää kysymys, ovatko kesän aikana lähetetyt sähköpostiviestit tavoittaneet kaikki ja ovatko osallistajat lukeneet sähköpostejaan. Tutkimusluvan saamisen jälkeen opinnäytetyöntekijä pohti kehittämisprosessiin ilmoittautuneiden työntekijöiden sitoutumista suunnitteluun ideointityöpajoissa. Alkuperäisiä ilmoittautuneita oli 27 työntekijää ja ideointipajoihin osallistui 14 työntekijää kummallakin kokoontumiskerralla.

Kehittämistyöprosessin eri vaiheissa opinnäytetyöntekijä kysyi sähköpostitse benchmarking-haastatteluilla muiden kotihoitoalueiden sairaan- ja terveydenhoitajilta kokemuksia pajoista. Benchmarking ei kuulunut opinnäytetyön alkuperäiseen suunnitelmaan, mutta työn edetessä opinnäytetyöntekijä koki vapaamuotoiset haastattelut hyödyllisiksi ja varteenotettaviksi. Hyväksi havaitut käytännöt ja mielipiteet työpajoista työelämätaholta tukivat omaa työtä. (Ojasalo ym. 2014: 43 - 44.) Opinnäytetyöntekijä on tyytyväinen ja kiitollinen osaamiskartoitukseen, ideointityöpajoihin ja benchmarking-haastatteluun osallistuneille sekä kaikille opinnäytetyön eri vaiheissa mukana olleille mielenkiinnosta ja aktiivisesta osallistumisesta kehittämistyötä kohtaan.

7.1.5 Lopputuotos

Opinnäytetyön ja kehittämisprosessin lopputuotoksena valmistui kotihoidon sairaanhoidollisen työpajatoiminnan toteutussuunnitelma. Lopputuotoksen työstämistä auttoivat hyvät pohjatyöt, kuten suunnitelma, osaamiskartoituksen, aivoriihen ja benchmarking-haastattelun tulokset sekä yhteistyö kehittämistyöhön osallistuneiden kanssa. Opinnäytetyössä käsiteltävän organisaation alustusmateriaalit toimivat pohjana suunnitelman sisällölle. Suunnitelman jatkotyöstäminen ideointityöpajakokoontumisten jälkeen yhdessä ideointityöpajaan osallistuvien kanssa olisi voinut tuoda työpajatoiminnan toteutussuunnitelmasta käytännönläheisemmän. Toisaalta opinnäytetyöntekijä työskentelee itse samassa kotihoitoyksikössä osallistujien kanssa ja tuntee kotihoitotyön, joten kehittämistyön lopputuloksessa näkyy käytännönläheisyys. Kehittämistyön valmistumisen jälkeen pohdittavaksi jäi myös valmiin toteutussuunnitelman arviointi ideointityöpajaan osallistuvien kanssa suunnitelman myöhemmässä työstämisvaiheessa. Olisiko tämä arviointi muuttanut lopputuotosta? Arviointia toki tapahtui opinnäytetyöntekijän, työelämäohjaajan, opettajan, opponentin ja opinnäytetyöryhmän arvioinneilla.

Sairaanhoidollisen työpajatoiminnan tarkoituksena on kehittää lähihoitajien osaamista ja lisätä hoidon laatua. Samaan aikaan ikääntyneiden määrä lisääntyy, kotihoidon asiakasmäärät ja hoidon vaatavuus kasvavat (Kelo ym. 2015; Heinola 2007). Sairaanhoidollisella työpajatoiminnalla voitaneen osaltaan vastata tähän haasteeseen. Lopputuotos on merkittävä kohdeyksikölle ja se tulee muuttamaan työpajojen toteutukseen osallistuvien sairaan- ja terveydenhoitajien työnkuvaa vaatien aikaa ja resursseja sekä pajojen suunnitteluun että toteutukseen. Tämä oli tiedossa jo ennen kehittämistyön alkamista. Opettamista ja ohjaamista on tapahtunut lähihoitajien näytön vastaanotossa ja muussa päivittäisessä asiantuntijaohjauksessa, mutta työpajatoiminta tuo uudenlaisen ryhmäopettamisen työnkuvaan. Lähihoitajille työpajat tuovat uuden oppimisen muodon ja kehittävät

näin oppimista. Parhaimmillaan työpajat luovat innostavan oppimisen kulttuurin työyksiöihin sekä lisäävät työhyvinvointia ja motivaatiota omaa työtä kohtaan (Hahtela 2014: 34 – 35). Tämä on myös opinnäytetyöntekijän henkilökohtainen toive. Oppimista tulee varmasti tapahtumaan sekä vetäjien että osallistujien kohdalla.

Toteutussuunnitelma oli tarkoitus tehdä mahdollisimman helppokäyttöiseksi ja sovellettavaksi kotihoitotyön arkeen. Suunnitelmallisuus luo perustan koulutukselle (Brown ym. 2010). Tarkoituksena oli tehdä suunnitelmasta yksinkertainen niin, että se auttaa työpajojen vetäjiä työpajatoiminnan toteutuksessa toimien työvälineenä. Samaa suunnitelmapohjaa voi periaatteessa käyttää vuodesta toiseen, mutta motivaation ja uuden tiedon hyödynnettävyyden vuoksi sisältöä on hyvä pohtia yhdessä muiden vetäjien kanssa säännöllisesti. (Ojasalo ym. 2014: 47.)

Lähihoitajakoulutus antaa pohjan työlle, mutta kotihoitotyön vaativuuteen verrattaessa koulutus ei välttämättä anna kaikkea tarvittavaa tietoa ja taitoa työssä pärjäämiselle. Tätä oletusta tukevat Nykopin (2006), Sanerman (2009) ja Markkasen (2009) tutkimustulokset. Sairaanhoidollisella työpajatoiminnalla halutaan lisätä lähihoitajien tietotaitoa ja työssä pärjäämistä, myös itsenäisesti. Opinnäytetyöntekijä halusi sisällyttää työpajatoiminnan toteutussuunnitelmaan vuorovaikutuksellisia menetelmiä ja ryhmässä oppimista. Ajatusta tukivat ideointityöpajan aivoriihien tulokset, Salon (2012), Nuutisen (2003) ja Kaskisen (2005: 63) tutkimustulokset sekä Grönforsin (2010: 24 - 27) ja Vikberg-Aaltonen (2007: 49) teokset.

7.1.6 Kehittämistyön levittäminen ja käytettävyys

Kehittämistyön tulos, kotihoidon sairaanhoidollisen työpajatoiminnan toteutussuunnitelma valmistui levitettäväksi ja käytettäväksi Helsingin kaupungin yhteen kotihoitoyksikköön. Työpajatoiminnan toteutussuunnitelma on suunniteltu opinnäytetyössä käsiteltävään kotihoitoyksikköön sisällön ja aikataulun suhteen. Sisältöön vaikutti pitkälti osamiskartoituksen ja aivoriihien tulokset. Näin ollen kehittämistyön tuloksen siirrettävyys sellaisenaan ei ole suositeltavaa. (Ojasalo ym. 2014: 47.) Opinnäytetyöntekijä tulee kertoa kehittämistyöstä ja sen tuloksesta sairaanhoidollisen työpajatoiminnan toteutussuunnitelmasta opinnäytetyössä käsiteltävän kotihoitoyksikön esimiehille. Tarkoituksena on kutsua kaikki työpajojen toteuttamiseen ja vetämiseen osallistuvat sairaan- ja terveydenhoitajat yhteiseen tapaamiseen, jossa opinnäytetyöntekijä kertoo sairaanhoidollisen

työpajatoiminnan toteutussuunnitelman sekä pajatoiminnan aloitus- ja etenemissuunnitelman. Toiveena on, että kehittämistyön tuotoksen vaikutukset ovat myönteiset sekä kotihoitotyön laatua ja turvallisuutta lisäävät. Työpajatoiminnan ensisijaisena kohderyhmänä ovat noin 200 lähihoitajaa ja noin 20 sairaan- ja terveydenhoitajaa.

7.2 Eettisyys

Opinnäytetyö toteutui työelämälähtöisenä kehittämistyönä. Suunnitteluvaiheessa oli perehdyttävä kehittämistyön kohdeorganisaation eettisiin ohjeisiin. Suunnitteluvaiheeseen kuului myös yhteistyökumppaneiden informointi työstä ja lupien kysyminen. Opinnäytetyöntekijä lähetti sähköpostia sekä kotihoiton ohjaajille että työpajatoiminnan vetämisestä kiinnostuneille sairaan- ja terveydenhoitajille koko kehittämistyön ajan. Myös yhteydenpito työelämäohjaajan ja opettajan kanssa oli säännöllistä työn eri vaiheissa. Kehittämistyö ei saa olla vain oman edun tavoittelua, vaan kehittämistä yhdessä, organisaation työntekijöitä ja johtoa kuunnellen. Myös työn tavoitteen on oltava työelämää hyödyntävä. Kehittämistyön aiheen, sairaanhoidollisen työpajatoiminnan on tarkoitus hyödyntää Helsingin kaupungin yhtä kotihoitoyksikköä kehittämällä lähihoitajien osaamista ja lisätä hoidon laatua. (Ojasalo ym. 2014: 49.)

Rehellisyys ajan ja resurssien käytössä luo varman ja luotettavan pohjan kehittämistyölle. Epävarmuustekijät on hyvä selvittää keskustelemalla. Kehittämistyö opinnäytetyön rajoissa vaati opinnäytetyöntekijältä jatkuvaa arviointia. Käytännön asioita, kuten osaamiskartoitusta ja aivoriihtä ei voinut aloittaa ennen suunnitelman hyväksymistä ja tutkimusluvan saamista. Työn suunnitelman tuli olla niin huolellinen ja tarkka, että suunnitelmassa luvatut asiat kykeni hoitamaan ja lupaukset pitämään. (Ojasalo ym. 2014: 49.)

Kehittämistyön alussa opinnäytetyöntekijä kertoi yhteistyöhön osallistuville työstä ja miten he ovat kehittämistyön osallisina. Osallistujien nimettömyys varmistettiin lähettämällä osaamiskartoituskyselyt nimettöminä. Palautus tapahtui myös nimettömänä. Opinnäytetyöntekijä hävitti osaamiskartoitusvastaukset, ideointityöpajojen aivoriihimateriaalit ja benchmarking-haastattelut opinnäytetyön raportin valmistuttua. Ideointityöpajojen nimilista jäi vain vetäjän tietoon. Osaamiskartoituksen ja aivoriihityöskentelyn tarkoituksena oli saada osallistujien mielipiteitä esille. Ketään ei voitu suostutella tai pakottaa yhteistyöhön. Kehittämistyöhön mukaan tulon tuli olla täysin vapaaehtoista ja tämä kerrottiin osallistujille sähköpostitse lähetetyssä tiedonantokirjeessä ennakoon. Osallistujilta eri

menetelmin saatua aineistoa käsiteltiin rehellisesti, sellaisena kuin ne oli kirjoitettu ja tuotu esille. Benchmarking-haastattelun vastaajilta kysyttiin sähköpostikeskustelun yhteydessä lupa haastattelutulosten julkaisemiseen opinnäytetyössä. Opinnäytetyön tuloksena syntyvä työpajatoiminnan suunnitelma viedään käytäntöön niin, että sen seuraukset ovat organisaatioyksikköä hyödyntäviä. (Ojasalo ym. 2014: 48 - 49.)

7.3 Luotettavuus

Kehittämistyöprosessin ideointi- ja suunnitteluvaiheesta alkaen tapahtui systemaattista tiedonhakua kehittämistyön aihepiiristä. Lähteitä tuli arvioida syvällisesti, kuten mikä oli lähteen merkitys työn kannalta. Erityistä huolellisuutta vaativaa olivat internetistä peräisin olevat lähteet. Lähteitä hakiessa opinnäytetyöntekijä otti huomioon lähteiden luotettavuuden ja asianmukaisen merkinnän työssä. Lähteiden oikeellisuuden selvittäminen vaati eri tietokantojen läpikäymistä ja näin oikean lähdetiedon saamista. Kaikkien lainattujen tekstien lähteiden tuli olla näkyvillä. Lähteiden tuoreuteen täytyi kiinnittää huomio, usean vuoden takaiset tutkimustulokset voivat olla jo vanhentunutta tietoa uudemman rinnalla. Lähteiden rajaamista täytyi tehdä ja näin varmistaa tärkeimpien lähteiden käyttö työssä. Kaikki tämä on lähdekritiikkiä. (Mäkinen 2006: 128 – 131; Ojasalo ym. 2014: 49.)

Kehittämistyön luotettavuudessa oli otettava huomioon työn vetäjän osallisuus ja sitoutuneisuus. Työelämälähtöisessä kehittämistyössä, jossa oli itse samalla sekä organisaation työntekijä että kehittämistyön vetäjä, asetti omat haasteensa luotettavuudelle. Aineiston keruussa ja sen analysoinnissa, tässä tapauksessa osaamiskartoituksessa, benchmarkingissa ja aivoriihiyöskentelyssä oli otettava huomioon luotettavuuteen liittyvät seikat. Kaiken tiedon annon oli oltava läpinäkyvää ja luotettavaa suunnitteluvaiheesta lopputuotokseen asti. Avoimuus työn eri vaiheissa loi myöskin luotettavuutta. Aikataulussa pysyminen oli myös osa luotettavuutta, samoin kaikki raportointi ja itse lopputuotoksen kirjoittaminen. Raportissa tuli kuvata kaikki tehty ja tapahtuneet asiat luotettavasti. (Ojasalo ym. 2014: 48 - 49; Tuomi - Sarajärvi 2012: 140 – 141.)

7.4 Jatkokehittämishaasteet

Tämän kehittämistyön tulos, kotihoidon sairaanhoidollisen työpajatoiminnan toteutussuunnitelma on valmis. Seuraava vaihe tulee olemaan työpajatoiminnan levittäminen ja aloittaminen käytännössä. Opinnäytetyöntekijä tulee olemaan mukana aloitusvaiheessa.

Käytännön toteutusta eri lähipalvelualueilla tulisi seurata säännöllisesti. Pohdittavaa on, olisiko se johdon tehtävä vai nimetäänkö tehtävään työntekijä. Työpajoihin osallistuvien lähihoitajien osaamista ja osaamisen kehittymistä tulisi arvioida säännöllisesti ja suunnitelmallisesti. Alkuvaiheessa, opinnäytetyön ideointivaiheessa oli ajatuksena, että kehittämistyöhön olisi sisällytynyt käytännön työpajatoiminnan aloitus ja osaamisen kehittymisen arviointi. Aikataulullisista syistä tämä ideointivaiheen ajatus jäi kuitenkin toteutumatta. Oleellista olisi nähdä ja arvioida työpajatoiminnan hyöty, niin osallistujien eli lähihoitajien kuin vetäjien eli sairaan- ja terveydenhoitajien näkökulmasta. Tämä vaikuttaisi olevan tärkein ja hyödyllisin jatkokehittämishaaste. Osaamisen kehittymistä voisi mitata tässä kehittämistyössä käytetyn osaamiskartoituksen avulla (Liite 2), jolloin nähtäisiin, onko oppimista tapahtunut ja ovatko osaamistarpeet otettu huomioon työpajoissa ja onko oppimisen myötä tullut eteen uusia aiheita, joista lähihoitajat haluavat oppia lisää. Työelämä kehittyy ja menee jatkuvasti eteenpäin, mikään suunnitelma ei ole ikuinen. Hyödyllistä on myös kartoittaa lähihoitajien, sairaan- ja terveydenhoitajien sekä esimiehien kokemuksia, tunteja ja ajatuksia työpajatyypisistä työpaikkakoulutuksesta.

Pohtia ja tutkia voi sitäkin, onko työpajatoiminnasta tullut säännöllistä ja millaista osallistuminen on ollut. Ovatko eri lähipalvelualueiden sairaan- ja terveydenhoitajat saaneet vertaistukea toisiltaan? Tulevaisuuden pohdittavaksi aiheeksi jää työpajojen säännöllisyys vuodesta toiseen. Jatkuva, vuosittain tapahtuva koulutus vahvistaa ammattitaitoa tiedon uusiutuessa (Salo 2012: 164). Sisältöä tulee kehittää ja tarvittaessa myös menetelmiä.

Jatkokehittämishaasteena voi nähdä nykyisten aihealueiden riittävyyden ja tarpeellisuuden. Ideointipajassa tulleita, tarpeellisiksi nähtyjäkään lisäaiheita ei voitu kaikkienensa sisällyttää tähän sairaanhoidollisen työpajatoiminnan toteutussuunnitelmaan, mutta jatkossa on viisasta tarkastella ja pohtia, voisiko joitakin nykyisistä korvata uusilla aihealueilla. Muistisairaudet ja syöpätaudit ovat aiheita, joita esiintyy hyvinkin yleisesti kotihoidon asiakaskunnassa. Pidemmällä aikaperspektiivillä katsottuna työpajatoiminnan tavoitteena on lisätä kotihoitotyön laatua ja turvallisuutta, näiden arvioiminen kuuluvat myös jatkokehittämispohdintaan. Ammatillisen kehittymisen yhteys työhyvinvointiin ja työpaikan vetovoimaisuuteen on myös kiinnostava asia tutkittavaksi (Hahtela 2014: 35). Mielenkiintoista olisi tietää, mikä vaikutus tällä työpajatoiminnalla on lähihoitajien, sairaan- ja terveydenhoitajien sekä koko kotihoidon tiimien työhyvinvointiin, työmotivaation ja jaksamiseen. Pidemmälle vietävät jatkokehittämishaasteet yltyvät työpajatoiminnan vaikutuksista työpaikan vetovoimaisuuteen.

Lähteet

Aapola, Sinikka 2005. Aikuistumisen oikopolkuja? Koulutusreitit ja aikuistumisen ulottuvuudet nuorten elämässä. Teoksessa Aapola, Sinikka – Ketokivi, Kaisa (toim.): Polkuja ja poikkeamia - Aikuisuutta etsimässä. Helsinki: Nuorisotutkimusseura. 259.

Bostro, Anne-Marie – Wallin, Lars – Nordström, Gun 2006. Research use in the care of older people: a survey among healthcare staff. *International Journal of Older People Nursing* Sep2006; 1(3). 131-138.

Brown, Ellen L. - Raue, Patrick J. – Roos, Bernard A. – Sheeran, Thomas – Bruce, Martha L 2010. Training Nursing Staff to Recognize Depression in Home Healthcare. *Journal of the American Geriatrics Society* Jan; 58 (1). 122-128.

Grönfors, Terttu 2010. Työssä oppiminen, avain tuottavuuteen. Helsingin seudun kaupakamari/Helsingin Kamari Oy ja tekijä.

Gyllenbögel, Marja-Leena 2000. Työ, työyhteisö ja henkilöstökoulutus oppimisympäristönä. Sairaanhoidajien kokemuksia oppimisesta sairaalaorganisaatiossa. Pro gradu - tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto, Terveystieteiden ja -talouden laitos.

Hahtela, Nina 2014. Hyvän työpaikan kriteerit. Teoksessa Ranta, Iiri – Tilander, Eva (toim.): Hoitotyön vuosikirja 2014. Työhyvinvoinnin keinot. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry. 34 - 35.

Hakala, Raili - Tahvanainen, Sirpa - Ikonen, Tiina - Siro, Annemari 2011. Osaava lähihoitaja 2020. Sosiaali- ja terveysalan perustutkintokoulutuksen kehittämisstrategia. Raportit ja selvitykset 2011: 6. Opetushallitus. Verkkodokumentti. http://www.oph.fi/download/132619_Osaava_lahihoitaja_2020.pdf. Luettu 16.9.2015.

Hanhilampi, Nina – Heikkilä, Kristiina – Salminen, Leena 2014. Case – oppijakeskeinen menetelmä terveysalalla. Teoksessa Kauhanen, Lotta – Heikkilä, Kristiina – Koskeniemi, Jaana - Salminen, Leena (toim.): Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen vol. 2. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja 69. 11 - 16.

Heikkilä, Pietari 2010. Lähihoitajaopiskelijoiden hoitamiseen liittyvien taitojen osaaminen opiskelijoiden arvioimana. Pro gradu - tutkielma. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Heinola, Reija (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes oppaita 70. Helsinki: Stakes.

Helin, Katri 2005. Miten vireystila synnytetään ja säilytetään. Teoksessa Tuomi, Jouni (toim.): Kokemuksia työyhteisön kehittämiseen. Opas kouluttajalle karikkojen välttämiseksi. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 6. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. 69 - 73.

Helsingin kaupunki, kotihoito 2014. Verkkodokumentti. <http://www.hel.fi/hki/Terke/fi/Toimipisteet+ja+yhteystiedot/Kotihoidon+yhteystiedot>. Luettu 29.9.2014

Helsingin kaupunki, intranet 2014. Verkkodokumentti. Lääkehoitosuunnitelma. Luettu 29.9.2014.

Hemingway, Steve - Stephenson, John - Trotter, Fiona - Clifton, Andrew - Holdic, Philip 2014. Increasing the health literacy of learning disability and mental health nurses in physical care skills: A pre and post-test evaluation of a workshop on diabetes care. *Nurse Education in Practice* 15. 30 - 37.

Hjelt, Soili – Vesterinen, Marketta 2000. Sosiaali- ja terveysala. Teoksessa Harra, Kimmo - Raitaniemi, Vesa - Ruohotie, Pekka (toim.): Työpaikkakouluttajan opas. Helsinki: OKKA-säätiö. 423.

Holopainen, Arja – Juntila, Kristiina – Jylhä, Virpi – Korhonen, Anne – Seppänen, Salla 2013. Johda näyttöön käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.

Huusko, Janna 2015. Sairaanhoidtaja. Helsingin kaupunki. Sähköpostihaastattelu 10.11.2015.

Häggman-Laitila, Arja 2014. Sairaanhoidtajan työhyvinvointi ja johtaminen. Teoksessa Ranta, Iiri – Tilander, Eva (toim.): Hoitotyön vuosikirja 2014. Työhyvinvoinnin keinot. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 154.

Hämäläinen, Tuija - Palo, Susanna 2014. Työpajapedagogiikka. Valmennuksen pedagogisia lähtökohtia työpajalla. Helsinki: Valtakunnallinen työpajayhdistys ry Ray:n tuella.

Hätönen, Heljä 2011. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen II. Helsinki: Educa-instituutti Oy.

Ikonen, Eija-Riitta 2013. Kehittyvä kotihoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Järvensivu, Anu 2006. Oppiminen työnä ja työpaikkapelinä. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos.

Kanerva, Satu – Mieronkoski, Riitta – Kauhanen, Lotta – Koskeniemi, Jaana – Salminen, Leena 2014. Monipuolinen posteritilaisuusohjelmassa. Teoksessa Kauhanen, Lotta – Heikkilä, Kristiina – Koskeniemi, Jaana - Salminen, Leena (toim.): Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen vol. 2. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja 69. 4-9.

Karhu, Marika – Varemäki, Iida – Heikkilä, Kristiina – Koskeniemi, Jaana – Salminen, Leena 2014. YouTube-videoiden käyttö opetuksessa. Teoksessa Kauhanen, Lotta – Heikkilä, Kristiina – Koskeniemi, Jaana - Salminen, Leena (toim.): Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen vol. 2. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja 69. 24 - 34.

Kaskinen Marja-Sisko 2005. Henkilöstökoulutus vanhusten hoitotyön kehittämisessä. Pro gradu-tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kauhanen, Juhani 2009. Henkilöstövoimavarojen johtaminen. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kelo, Sini – Launiemi, Helena – Takaluoma, Matleena – Tiittanen, Hannele 2015. Ikäännytynyt ihminen ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kettunen, Marja-Leena 2003. Kotihoitotyön osaaminen ja osaamisen johtaminen. Pro gradu- tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja talouden laitos.

Kotihoidon sairaanhoidollisen työpajatoiminnan alustusmateriaalit 2013. Sähköpostiviestitse esimieheltä 25.9.2013.

Laaksonen, Saara – Koskinen, Sanna – Salminen, Leena 2011. Monien mahdollisuuksien Learning Cafe. Teoksessa Junnila, Riina - Koskinen, Sanna – Stolt, Minna – Salminen, Leena (toim.): Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja sarja A62. Turku: Turun yliopisto. 38 - 47.

Laine, Anne - Ruishalme, Outi - Salervo, Pirjo - Sivén, Tuula - Välimäki, Päivi 2012. Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla. 9 - 10. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lampinen, Annukka 2014. Terveystieteiden laitos. Helsingin kaupunki. Sähköpostihaastattelu 19.11.2014.

Lepistö, Irmeli 2005. Työpaikkakouluttajan käsikirja. 3. painos. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.

Lindfors, Kirsi 2007. Haasteena näyttöön perustuva hoitotyö. Kyselytutkimus hoitotyön johtajille ja hoitotyöntekijöille. Pro gradu-tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Leppänen, Pirkko 2005. Moniammatillista hoitoa kotona. Tutkimus kotihoidon organisoitavista, osaamisen tarpeista ja moniammatillisesta yhteistyöstä. Pro gradu- tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto, Terveystieteiden ja talouden laitos.

Markkanen, Kirsi 2009. Lähihoitaja - sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen. Tehyläisten lähihoitajien käsityksiä koulutuksesta ja työelämästä. Tehyn julkaisusarja B / Selvityksiä / Tehy 1/2009. Helsinki : Tehy ry.

Mykrä, Tarja - Hätönen, Heljä (toim.) 2008. Opas opetusmenetelmistä. Helsinki: Educa-instituutti Oy.

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Mäkinen, Risto – Mäntyranta, Taina 2009: Rohto - pajat on otettu hyvin vastaan. Suomen lääkärilehti 64(14).1367.

Nuutinen, Merja 2003. Hoitotyöntekijöiden kokemuksia täydennyskoulutuksesta ja oppimisen ilosta ja pettymyksestä. Pro gradu – tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Nykopp, Leena 2006. Valmistuvien lähihoitajien verenpaineen mittaustaidot. Pro gradu-tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Saatavana sähköisesti: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93080/gradu00808.pdf?sequence=1>

Ojasalo, Katri – Moilanen, Teemu – Ritalahti, Jarmo 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Olli, Johanna – Kauhanen, Lotta – Arifulla, Dinah 2014. Sosiaalisen median mahdollisuudet ja haasteet terveysalan koulutuksessa ja terveydenhuollon toiminnassa. Teoksessa Kauhanen, Lotta – Heikkilä, Kristiina – Koskenniemi, Jaana - Salminen, Leena (toim.): Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen vol. 2. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja 69. 94.

Pakarinen, Susanna 2014. Kotihoidon ohjaaja. Helsingin kaupunki. Sähköpostihaastattelu 19.11.2014.

Perälä, Marja-Leena – Grönroos, Eija – Sarvi, Anu 2006. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Stakesin raportteja 8. Helsinki: Stakes.

Pohjonen, Petri 2005. Työssä oppiminen. Ammatillisen osaamisen perusta. Jyväskylä: PS-kustannus.

Popil, Inna - Thompson, Darlene 2015. A Game-Based Strategy for the Staff Development of Home Health Care Nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing* May 46 (5). 205 - 207.

Pruuki, Lassi 2008. Ilo opettaa. Tietoa, taitoa ja työkaluja. Helsinki: Edita.

Pursiainen, Sirpa 2015. Lähihoitajana yhteiskunnassa. 4. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Räisänen, Anu 2010. Kehittävä arviointi oppimisen arvioinnissa. Teoksessa Salminen, Leena – Koskinen, Sanna – Virtanen, Heli (toim.): Näkökulmia oppimisen arviointiin. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A: 61/2010. Turku: Uniprint. 43 - 44.

Salo, Vappu 2012. Kotipalvelun työntekijöiden koulutustarpeet ja ammatillisen kasvun tukeminen iäkkäiden ruokailuun ja ravitsemukseen liittyen. Väitöskirja. Opettajankoulutuslaitos, Rauman yksikkö. Turku: Turun yliopisto.

Sanerma, Päivi 2009. Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla - toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä. Kasvatustieteiden tiedekunta. Kasvatustieteiden laitos. Väitöskirja. Tampere: Tampere University Press.

Sarajärvi, Anneli – Mattila, Lea-Riitta – Rekola, Leena 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyöntyön kehittämiseen. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Sessa, Valerie I. - London, Manuel (edited by.) 2008. Work group learning: understanding, improving, assessing how groups learn In Organizations. New York: Lawrence Erlbaum Associates.

Siljander, Pauli 2014. Systemaattinen johdatus kasvatustieteeseen. Peruskäsitteet ja pääsuuntauukset. Tampere: Vastapaino.

Sulkanen, Linnea 2006. Case-menetelmä ja sen vaikutus opettamiseen ja oppimiseen. Lahden ammattikorkeakoulun julkaisu. Lahti: Lahden ammattikorkeakoulu.

Sähköpostiviesti esimieheltä 2013.

Taipale - Lehto, Ulla - Bergman, Timo 2013. Vanhuspalveluiden osaamistarveraportti. Raportti ja selvitykset 2013:14. Opetushallitus. Verkkodokumentti. http://oph.fi/download/154602_Vanhuspalveluiden_osaamistarveraportti.pdf. Luettu 16.9.2015.

Talcott, Kimberly S. – O` Donell, John M. – Burns, Helen K. 2013. Overcoming barriers in online workshop development: An ELITE experience. The Journal of Continuing Education in Nursing 44 (6). 265.

Taren, Virpi 2008. Työssä oppimista ja asiantuntijaksi kehittymistä edistävät ja estävät tekijät johtamisen haasteena hoitotyössä. Pro gradu - tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja - talouden laitos.

Terveysportti 2016. Verkkodokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/terveysportti/rex_terminologia.kotj. Luettu 8.1.2016.

Terveystieteidenlaki, 2010. Verkkodokumentti. [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search\[type\]=pika&search\[pika\]=terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6#L1P4](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search[type]=pika&search[pika]=terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6#L1P4). Luettu 27.9.2014.

Terävä, Virpi – Heikkilä, Kristiina – Salminen, Leena 2014. Opetusmenetelmänä demonstraatio. Teoksessa Kauhanen, Lotta – Heikkilä, Kristiina – Koskeniemi, Jaana – Salminen, Leena (toim.): Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen vol. 2. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja 69. 18 - 23.

Toikko, Timo – Rantanen, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos. Tampere: Tampere University Press.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Vainikainen, Tuula 2005. ROHTO-pajoista ryhtiä kehittämiseen. Sairaala 1/2005. 18 - 19.

Verma, Sarita - Medves, Jennifer - Paterson, Margo - Patteson, Ann 2006. Demonstrating interprofessional education using a workshop model. Journal of Interprofessional Care 20 (6). 679 - 681.

Viitala, Riitta 2013. Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. 4. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Vikberg - Aaltonen, Paula (toim.) 2007. Hoituu kotona. Kotihoidon tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Hämeenlinna: Hämeen ammattikorkeakoulu. Hyvinvoinnin koulutus- ja tutkimuskeskus. Saatavana sähköisesti: http://theseus.fi/bitstream/handle/10024/90574/Hoituu_Kotona.pdf?sequence=1

Wallin, Outi – Äimälä, Anna-Mari 2005. Kehittäminen osaksi työyhteisön arkea ja projektin lopettaminen. Teoksessa Tuomi, Jouni (toim.): Kokemuksia työyhteisön kehittämiseen. Opas kouluttajalle karikkojen välttämiseksi. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 6. Tampere. 77-78.

Wirtanen, Katja – Stolt, Minna – Salminen, Leena 2011. Draama opetusmenetelmänä terveysalalla. Teoksessa Junnila, Riina - Koskinen, Sanna – Stolt, Minna – Salminen, Leena (toim.): Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja sarja A62. Turku: Turun yliopisto. 14 - 22.

Hyvä kotihoidon lähihoitaja

Opiskelen Metropolia Ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa, sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa. Teen opinnäytetyönä sairaanhoidollisen työpajatoiminnan suunnitelman Helsingin kaupungin eräaseen kotihoitoyksikköön. Tarkoituksena on suunnitella lähihoitajille tehtävän osaamiskartoituksen sekä kotihoidon sairaanhoitajista, terveydenhoitajista ja lähihoitajista koostuvan työryhmän avulla sairaanhoidollinen työpajatoiminta. Sairaanhoidollisella työpajatoiminnalla on tarkoitus lisätä lähihoitajien osaamista ja ammatillisuutta sekä lisätä hoidon laatua. Työpajatoiminnan on tarkoitus toimia jokaisella lähipalvelualueella jatkuvana työpaikkakoulutuksena.

Tämä on osaamiskartoitus sairaanhoidollisesta osaamisesta kotihoidon lähihoitajille. Työpajatoiminnan suunnitelman kehittämisen tueksi kartoitetaan lähihoitajien näkemyksiä nykyisestä osaamisesta ja lisäkoulutustarpeesta. Kartoituksen vastauksia käytetään työpajatoiminnan suunnitteluun. Osaamiskartoitukseen vastataan nimettömänä ja vastaukset käsitellään myöskin nimettömänä. Lähetä vastauksesi nimettömänä sisäpostitse _____mennessä, osoitteeseen:

Terveydenhoitaja

Maria Kauppinen

xxxxxxxxxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxxxx

Yhteistyöstä kiittäen,

Maria Kauppinen, terveydenhoitaja

Metropolia ammattikorkeakoulu, Ylempi AMK

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Osaamiskartoitus kotihoidon lähihoitajille

Vastausohje: Pyydän Sinua ystävällisesti vastaamaan alla oleviin kahdeksaan eri kotihoitotyön aihealueen kysymykseen. Lue ensin jokaisen hoitamisen aiheen sisältö ja vastaa sitten kysymyksiin. Jokainen aihe sisältää 2 kysymystä. Vastaa kysymykseen 1 rengastamalla nykyinen osaamisesi taso asteikolla 1-5. Kirjoita sitten kysymyksen 2 vastaus varattuun vapaaseen tekstitilaan, mitä haluat ja tarvitset tietää lisää kyseisestä hoitamisen aiheesta kotihoitotyössä.

1. Akuuttitilanteet asiakkaalla

- Yleistilan lasku, voinnin muutoksiin reagointi, kotikuntoisuuden arviointi
- Sairaalaan lähettäminen
- Miten kriisipaikka järjestyy
- Vaaratilanteet asiakkaalla
- Miten toimitaan, jos asiakas ei vastaa puheluihin tai ei avaa ovea
- Hälytyslaboratorioarvoihin reagoiminen iltaisin ja viikonloppuisin
- Saattohoito, odottamaton kuolema

1. Rengasta nykyinen osaamisesi akuuttitilanteista asiakkaalla kotihoitotyössä, asteikolla 1-5.

1	2	3	4	5
Heikko	Melko heikko	Kohtalainen	Hyvä	Erinomainen

2. Kerro lyhyesti, omin sanoin, mitä haluat oppia lisää akuuttitilanteista asiakkaalla kotihoitotyössä.

2. Diabeteksen hoito

- Diabetes sairautena
- Lääkehoito
- Verensokeriarvot ja niihin reagoiminen
- Ravitseminen ja liikunta
- Ihon ja jalkojen kunnon seuraaminen
- Kirjaaminen

1. Rengasta nykyinen osaamisesi diabeteksen hoidossa kotihoitotyössä, asteikolla 1-5.

1	2	3	4	5
Heikko	Melko heikko	Kohtalainen	Hyvä	Erinomainen

2. Kerro lyhyesti, omin sanoin, mitä haluat oppia lisää diabeteksen hoidosta kotihoitotyössä.

3. Hygienia kotihoitotyössä

- Hoitoon liittyvät infektiot
- Pisara-, kosketus- ja ilmatartunta
- Sairaalabakteerit
- Aseptiikka
- Kantajuus / altistuminen

1. Rengasta nykyinen osaamisesi hygieniasta kotihoitotyössä, asteikolla 1-5.

1	2	3	4	5
Heikko	Melko heikko	Kohtalainen	Hyvä	Erinomainen

2. Kerro lyhyesti, omin sanoin, mitä haluat oppia lisää hygieniasta kotihoitotyössä.

4. **Marevan®-hoito**

- Marevan® - lääke ja sen käyttö
- Marevan® - hoidon toteuttaminen
- INR-arvot
- Vuoto- tai tukosriski
- Marevan® ja ruokavalio
- Marevan® ja muut lääkkeet

1. Rengasta nykyinen osaamisesi Marevan®-hoidosta kotihoitotyössä, asteikolla 1-5.

1	2	3	4	5
Heikko	Melko heikko	Kohtalainen	Hyvä	Erinomainen

2. Kerro lyhyesti, omin sanoin, mitä haluat oppia lisää Marevan®-hoidosta kotihoitotyössä.

5. Mielenterveys

- Masennus, sen tunnistaminen, hoito ja seuranta
- Masennuksen lääkehoito
- Kotihoidon asiakkaiden mielenterveys ja mielenterveysongelmat

1. Rengasta nykyinen osaamisesi mielenterveyden aihealueesta kotihoitotyössä, asteikolla 1-5

1	2	3	4	5
Heikko	Melko heikko	Kohtalainen	Hyvä	Erinomainen

2. Kerro lyhyesti, omin sanoin, mitä haluat oppia lisää mielenterveyden aihe-alueesta kotihoitotyössä.

6. Aivoverenkiertohäiriö, aivoinfarkti, aivoverenvuoto

- Sairauksien syyt, taustat, oireet, hoito, kuntoutus, lääkitys
- Kuntoutus, kuntouttava työote kotihoidossa
- Apuvälineet
- Moniammatillisuus
- Tuen antaminen asiakkaalle, omaisille

1. Rengasta nykyinen osaamisesi aivoverenkiertohäiriön, aivoinfarktin ja aivoverenvuodon tunnistamisessa ja hoidossa kotihoitotyössä, asteikolla 1-5

1	2	3	4	5
Heikko	Melko heikko	Kohtalainen	Hyvä	Erinomainen

2. Kerro lyhyesti, omin sanoin, mitä haluat oppia lisää aivoverenkiertohäiriön, aivoinfarktin ja aivoverenvuodon tunnistamisesta ja hoidosta kotihoitotyössä.

7. Sydämen vajaatoiminta

- Sydämen vajaatoiminnan oireet, havainnot, hoito, lääkitys
- Omahoito, elintapaohjaus
- Rytmihäiriöt
- Sepelvaltimotauti

1. Rengasta nykyinen osaamisesi sydämen vajaatoiminnan hoidossa kotihoitotyössä, asteikolla 1-5

1	2	3	4	5
Heikko	Melko heikko	Kohtalainen	Hyvä	Erinomainen

2. Kerro lyhyesti, omin sanoin, mitä haluat oppia lisää sydämen vajaatoiminnan hoidosta kotihoitotyössä.

8. Haavahoito

- Haavojen synty
- Erilaiset haavatyypit
- Haavojen hoito, seuranta
- Haavahoitotuotteet
- Tulehduksen merkit, miten tulee toimia

1. Rengasta nykyinen osaamisesi haavahoidossa kotihoitotyössä, asteikolla 1-5.

1	2	3	4	5
Heikko	Melko heikko	Kohtalainen	Hyvä	Erinomainen

2. Kerro lyhyesti, omin sanoin, mitä haluat oppia lisää haavahoidosta kotihoitotyössä.

Tiedonantokirje

Teen opinnäytetyönä sairaanhoidollisen työpajatoiminnan suunnitelman Helsingin kaupungin eräässä kotihoitoyksikössä. Työ tulee olemaan kehittämistyö, jonka tarkoituksena on suunnitella työpajatoiminta henkilöstön terveyden- ja sairaanhoidollisen osaamisen varmistamiseksi ja keinoksi kehittää sekä johtaa osaamista. Työpajatoiminnan suunnittelu kotihoidon hoitajille tapahtuu kevään 2015 aikana. Kotihoidon työpajatoiminta on aloitettu Helsingissä vuonna 2012, jolloin nimetty työryhmä on ryhtynyt kehittämään kotihoidon laatua ja turvallisuutta. Tarkoitus on ollut myös lisätä näyttöön perustuvan hoitotyön käyttöön levittämistä. Työpajatoiminnan pohjana on hoitotyön ammattilaisista koostuneen työryhmän suunnittelemat ja kotihoidon ylilääkärin hyväksymät alustusmateriaalit. Alustusmateriaalien pohjalta sairaan- ja terveydenhoitajat kehittävät opetustunnit työpajamuotoon sopivaksi. Tarkoituksena on, että tiimien sairaan-/terveydenhoitajat vetävät työpajatoiminnan toteutuksen. Työpajatoiminnan suunnittelun käynnistämiseen tarvitaan lähi-, sairaan- ja terveydenhoitajia. Lähihoitajat osallistuvat osamiskartoitukseen ja suunnitteluun. Sairaan- ja terveydenhoitajat toimivat sekä suunnittelussa että toteutuksessa vetäjinä. Työpajatoiminnan vetäjät eli opettajat valitaan halukkaiden joukosta esimerkiksi ottaen huomioon kehityskeskusteluissa nousseet kehittämistarpeet. Kehittämistyön alussa työpajatoiminnan suunnitteluun osallistuvat lähihoitajat vastaavat osamiskartoitukseen, jossa he arvioivat sairaanhoidollista osaamistaan. Lähi-, sairaan- ja terveydenhoitajaryhmän kanssa suunnitellaan työpajatoiminnan toteutusta ideointityöpajassa, aivoriihen muodossa.

Osallistuminen kehittämistyöhön on täysin vapaaehtoista.

Maria Kauppinen, terveydenhoitaja

Metropolia ammattikorkeakoulu

Ylempi amk

Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen

Ideointityöpajatapaamisen alustusdiat 10.8.2015

TAUSTAA...

Aloitettu Helsingissä vuonna 2012

Toiminnan tarkoitus:

- ➔ kotihoidon laatu ja turvallisuus
- ➔ näyttöön perustuva hoitotyö
- ➔ yhtenäiset näyttöön perustuvat hoitokäytännöt
- ➔ lähihoitajien osaamisen kehittäminen

KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

- tarkoitus kartoittaa sairaanhoidollinen osaaminen ja osaamistarpeet
- tavoitteena suunnitella kartoituksen sekä työryhmän avulla jatkuva ja pysyvä sairaanhoidollinen työpajatoiminta, joka toimii työpaikkakoulutuksena

tutkimuslupa 5/15

KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS

- tiimien sh/th (1-2) tulevat vetämään työpajatoiminnan toteutuksen
- hoitotyön tutkimustulokset ja hoito-ohjeet
- työpajat jokaisella palvelualueella kotihoidon toimiston tiloissa eli talokohtaisesti
- yhden aihe-alueen kesto 1-2 tuntia
- yksi aihe-alue sisältää kaksi työpajakokoontumiskertaa: opetustunti ja palautetunti
 - vuorovaikutuksellisuus!

KOKOUKSEN TAVOITTEET ELI TYÖSTETTÄVÄÄ

- Aihealueet
- Työpajatuntien sisältö ja kulku, opetustunti ja palaute-tunti
- Aikataulutus
- Osaamisen ja osallistumisen seuraaminen
 - Mitä muuta?

KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS

- pohjana alustusmateriaalit
- akuuttitilanteet asiakkaalla
- diabeteksen hoito
- hygieniä kotihoitotyössä
- Marevan®-hoito
- mielenterveys
- aivoverenkiertohäiriö, aivoinfarkti, aivoverenvuoto
- sydämen vajaatoiminta
 - haavahoito

AIVORIIHITYÖSKENTELY/IDEOINTITYÖPAJA

- luovan ongelmaratkaisun menetelmä
- ideat tuotetaan ryhmässä/ryhmissä
- kaikki osallistuvat
- määrä tuottaa laatua
- huumori, positiivinen ajattelu
- kritisointi kielletty

Lähteet: Mykrä, Tarja – Hätönen, Heljä (toim.) 2008. Opas ope-tusmenetelmistä. Helsinki: Educa - instituutti Oy.

Ojasalo, Katri – Moilanen, Teemu – Ritalahti, Jarmo 2014. Kehit-tämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

AIVORIIHITYÖSKENTELYN VAIHEET

1. Kokouksen tavoitteet
2. Lämmittelyvaihe -> ennakkoluuloista vapautuminen
3. Vapaan ideoinnin vaihe ilman arviointia, aivoriihen menetelmän ydin
4. Valintavaihe, jossa ideoita kritisoidaan ja arvioidaan vetäjän ohjaamana
5. Ideoiden käyttökelpoisuuden pohdinta, miten ideat sopivat kyseessä olevaan kehittämistyöhön

Lähteet: Mykrä, Tarja – Hätönen, Heljä (toim.) 2008. Opas ope-tusmenetelmistä. Helsinki: Educa - instituutti Oy

Ojasalo, Katri – Moilanen, Teemu – Ritalahti, Jarmo 2014. Kehit-tämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3.uu-distettu painos. Helsinki: SanomaPro Oy.

Kotihoidon sairaanhoidollisen työpajatoiminnan toteutussuunnitelma

Tämä suunnitelma antaa pohjan kotihoidon sairaanhoidolliselle työpajatoiminnalle. Opetusmenetelmiä voi käyttää vapaasti eri aihealueisiin parhaiten sopien.

Työpajatoiminnan tavoite: lähihoitajien osaamisen kehittäminen, kotihoitotyön tarpeisiin vastaaminen, hoidon laadun ja turvallisuuden lisääminen, lähihoitajien ammatillisuuden vahvistaminen, näyttöön perustuvan hoidon ja tietotaidon sekä vuorovaikutustaitojen lisääminen

Oppimisen tavoite: sairaanhoidollisen osaamisen syventäminen ja kehittäminen, hoidon laadun ja turvallisuuden varmistaminen

Oppimisen ja osaamisen arviointi: havainnointi, kehityskeskustelut.

Osallistumisen seuranta: Jokaiselle lähihoitajalle annetaan osallistumispassi, johon työpajan vetäjä eli sairaan-tai terveydenhoitaja merkitsee osallistumismerkinnän, kun lähihoitaja on osallistunut kunkin aihealueen työpajaan yksi kerrallaan. Esimies seuraa osallistumispassin merkintöjä esimerkiksi kehityskeskustelun yhteydessä. Tarkoitus on, että lähihoitaja huolehtii itse osallistumisestaan jokaiseen työpajaan. Kun lähihoitaja on käynyt kaikki yhdeksän työpajatuntia, voi hän halutessaan aloittaa kierroksen uudestaan.

Työpajan kulku:

Teoria-osuus n. 15 - 30min

- tutkimustuloksia, ohjeita ja suosituksia Terveysporttivestua ja Käypähoitosuosituksia hyödyntäen ja käyttäen
- aihealueen sisällöt kertomalla tai eri menetelmiä käyttäen

Käytännön osuus: n. 30min

- keskustelua aiheesta
- käytännön esimerkkejä ja harjoituksia eri menetelmiä käyttäen
- loppuun vetäjä nostaa 3 tärkeintä asiaa aihealueesta, joista kysymyksiä ja ajatuksia esimerkiksi vetäjän ohjaamana. Jollei keskustelua herää osallistujien taholta, vetäjä kyselee: miten viedä opittu käytäntöön ja tuliko uutta tietoa

Menetelmät:

Voidaan käyttää vaihtoehtoisesti eri aihealueen työpajoihin.

- opetuskeskustelu ja dialogi
- Case-opetusmenetelmä
- internet-sivustot: www.thl.fi, www.terveyskirjasto.fi, YouTube
- draama
- ryhmätyömenetelmät, kuten Learning cafe
- demonstraatio
- posterit

Teoriamateriaali

1. Akuuttitilanteet asiakkaalla

- yleistilan lasku
- sairaalaan lähettäminen, mitä kaikkea sisältää: info omaisille, palveluiden peruutukset ja keskeytykset
- voinnin muutokset, kuten RR, P, paino, lämpö, HA/RIKI, kaatumiset, miten reagoidaan
- hälytyslaboratorioarvot
- sh/th konsultointi, sitten lääkärin, miten viikonloppuisin ja iltaisin
- milloin asiakas on kotikuntoinen
- kriisipaikan järjestäminen
- kotikuolema
- turvallisuuden varmistaminen, vartijan tai poliisin kutsuminen
- kirjaaminen ja hoitosuunnitelma

2. Diabeteksen hoito

- I - ja II – tyypin diabeteksen taudin kuvaaminen ja avaaminen
- diabetekseen liittyvät seurannat (jalat, silmänpohjakuvaukset) ja tietoa liitännäissairauksista
- verensokeriarvojen tunnistaminen ja reagointi, hypo- ja hyperglykemia -> miten toimia? Selkeät toimintaohjeet kotona, konsultointiapu eri vuorokauden aikana, asiakkaan sairaalan lähettäminen
- insuliinipistot ja dm-hoitovälineiden hallinta, omahoitotarvikejakelulähete
- aseptiikka ja turvallisuus
- ravitsemus
- DM ja päihdeasiakas, alkoholi + vs – mittaukset + insuliinipistot -> toimintaohjeet

- kirjaaminen ja hoitosuunnitelma

3. Hygienia kotihoitotyössä

- käsihygienia asiakaskäynneillä, desinfektio + pesu
- eri tartuntatiet (pisara, kosketus, ilma)
- hygienia toimenpiteissä: haavahoito, näytteenotto, lääkejako, katetrointi, injektiot
- sairaalabakteerit: hoitotyön näkökulma, suojautuminen, leviämisen ehkäisy
- työvälineiden puhdistus: reppu ja repun sisältö, mittarit, instrumentit
- omat vaatteet, kynnet, korut
- kirjaaminen ja hoitosuunnitelma

4. Marevan®-hoito

- Marevan®-lääke, mikä se on ja miksi käytetään
- INR-näytteenotto pikamittarilla, INR-tulokseen reagointi ja informointi
- lh, th/sh, lääkärin vastualueet
- Marevan®-annostelu ja ottotapa
- INR-tavoitetasot ja Marevan®-kortin lukeminen
- poikkeavat INR-arvot, vuoto- sekä tukosriskit
 - terveydenhoitajan konsultaatiot INR 1.8 -4.5
 - lääkärin konsultaatio INR < 1.8. tai > 4.5.
- Marevan®-hoidon erityispiirteet:
 - Marevan® ja muut lääkkeet, yhteisvaikutuksen (särky- ja sienilääkkeet)
 - Marevan® ja ravinto (k-vitamiini ja alkoholi)
 - Marevan® ja toimenpiteet (leikkaus, hammaslääkäri)
 - infektiot
- ongelmatilanteet:
 - Marevan® jää ottamatta tai sitä saa liikaa
 - Marevan® jää ottamatta tai sitä saa liikaa
 - kaatumiset, mustelmat, verenvuoto, vatsatauti
- kirjaaminen ja hoitosuunnitelma

5. Mielen terveys ja päihteet

- masennuksen tunnistaminen, yksinäisyyden huomioimine

- GDS-testi, MMSE
- yhteistyö omaisten kanssa
- hoito ja seuranta, arjesta selviytyminen:
 - lääkehoito
 - päivärutiinit
 - vertaisryhmät
 - tarvittaessa psykiatrisen kotikuntoutuksen konsultointi
- keskustelun, kuuntelemisen läsnäolon ja ajanannon tärkeys
- vastuuhoidajan valinta, hoitajien tuttuus → turvallisuuden tunne
- alkoholisoituneen asiakkaan hoito
 - päihdepolku
- kirjaaminen ja hoitosuunnitelma

6. Aivoverenkiertohäiriö, aivoinfarkti, aivoverenvuoto

- taustoja, syitä
- riskit, ennaltaehkäisy
- akuuttitilanteet: tunnistaminen, toimiminen
- seurannat, lääkitys kotona
- kuntoutuminen
 - moniammatillinen työryhmä
 - kotihoidon ohjaaminen harjoitteiden mahdollistamiseksi
- kirjaamisessa ja hoitosuunnitelmassa huomioita:
 - toimintakyvyn muutos, tarvittaessa aktivointi
 - seurannat, kuten verenpaine, pulssi, paino
 - ravitsemus, päihteet, tupakka
 - lääkehoidon toteutuminen, vaikutus
- YouTube- videot:
 - Hätä on tämän näköinen – Aivoverenkiertohäiriö:
<https://www.youtube.com/watch?v=5CWqNQ16qyk>
 - Ehkäise aivoinfarkti ranneotteella:
<https://www.youtube.com/watch?v=imIB6tD7ROA>
- kirjaaminen ja hoitosuunnitelma

7. Sydämen vajaatoiminta

- mitä se on

- oireiden seuranta ja ajoissa reagointi kotona:
 - paino, verenpaine, pulssi, turvotukset, hengenahdistus, leporasitus
 - elintapaohjaus
 - rytmihäiriöt
 - verenpaineen mittaus manuaalisella mittarilla
 - milloin sairaalahoitoon
 - sepelvaltimotaudin oireet
 - kirjaaminen ja hoitosuunnitelma

8. Haavahoito

- haavatyypit ja niiden tunnistaminen
- haavan arviointi jokaisella haavahoitokäynnillä
- milloin sh/th konsultointi ja informointi
- mitä huomioidaan: kate, väri, koko, haju, kipu, turvotus, lämpö, erite
- haavahoitovälineet ja huolto
- haavahoitotuotteet, omahoitotarvikejakelu
- miksi haavat eivät aina parane toivotulla tavalla
- haavahoidon aseptiikka
- ravitsemuksen merkitys
- kirjaaminen ja hoitosuunnitelma

9. Liikkumissopimus

- liikkumissopimuksen taustaa
- liikkumissopimuksen suunnittelu ja toteuttaminen
- liikkumissopimuksen seuranta
- kirjaaminen ja hoitosuunnitelma

Sairaanhoidollisten työpajojen osallistumispassi

Aihe	Osallistumispvm	Vetäjän kuittaus	Osallistumispvm	Vetäjän kuittaus
Akuuttitilanteet asiakkaalla				
Diabeteksen hoito				
Hygieniä kotihoitotyössä				
Marevan®-hoito				
Mielenterveys ja päihteet				
Aivoverenkiertohäiriö, aivoinfarkti, aivoverenvuoto				
Sydämen vajaatoiminta				
Haavahoito				
Liikkumissopimus				

Esimies nähnyt: _____

Kommentoitavaa: _____
