

Opinnäytetyö (YAMK)

Sosiaali- ja terveysala

Johtaminen ja kehittäminen

2016

Merja Koponen

GEROPSYKIATRISEN OSASTON HENKILÖSTÖN OSAAMISEN KEHITTÄMINEN



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysala | Johtaminen ja kehittäminen

2016 | 74 + 13

Kirjoita tekstiä napsauttamalla tätä.

Merja Koponen

GEROPSYKIATRISEN OSASTON HENKILÖSTÖN OSAAMISEN KEHITTÄMINEN

Psykiatrinen hoitotyö kehittyy jatkuvasti ja henkilökunnalta vaaditaan jatkuvaa kehittymistä. Geropsykiatrinen hoitotyö on psykiatrisen hoidon alue, jolla vaaditaan erityisosaamista. Erikoissairaanhoidon osastolla tulee henkilökunnan kyetä tuottamaan vaativaa hoitotyötä. Osaamista on tutkittu paljon ja osaamisen johtamisesta on tullut tärkeä elementti nykypäivän työelämässä. Psykiatrian alueella osaamiskartoituksia on hankalampi tehdä, koska osaaminen ei ole aina konkreettisesti mitattavissa.

Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) kuuluvan sairaalan geropsykiatrinen osasto halusi selvittää, millaista osaamista osastolla on ja mihin suuntaan sitä tulisi kehittää. Osaston työntekijöistä koottiin projektiryhmä, joka mietti, millaisia osaamisia osastolla tarvitaan. Näihin osaamisiin laadittiin osaamistasot. Työntekijät arvioivat itseään suhteessa osaamistasoihin. Itsearviota verrattiin osastonhoitajan tekemiin arvioihin työntekijöistä. Projektin aloittamisen jälkeen tuli päätös, että osasto suljetaan ja työntekijät siirretään toisiin työpisteisiin sairaanhoitoalueen sisällä.

Kyselyyn vastasi 13 työntekijää, vastausprosentti oli 87 %. Osaston kokonaisosaaminen oli hyvällä tasolla. Paras osaaminen oli geropsykiatrisessa hoitotyössä ja osastotyöhön liittyvässä osaamisessa. Eniten kehitettävää oli psykiatrisessa hoitotyössä ja arvo-osaamisessa. Osastolla on hyvin eritasoisia osaamisia, jotka täydentävät toisiaan hyvin. Suhteessa osastonhoitajan arvioon, työntekijöiden itsearvioissa näkyy sekä oman osaamisen yli- että aliarviota. Etenkin sairaanhoitajat aliarvioivat omaa osaamistaan suhteessa osastonhoitajan arvioon.

Koska osasto ei entisellä tavalla jatka toimintaansa, on erityinen tarve nimenomaan psykiatrisen hoitotyön kehittämiseksi. Osaston entiset työntekijät voivat uusissa työpisteissään auttaa geropsykiatrisen osaamisen kehittämisessä.

ASIASANAT:

Osaaminen, Osaamisen johtaminen, Osaamiskartoitus, Geropsykiatria, Psykiatrinen osastohoito

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health and wellbeing| Management and leadership in health care

2016 | 74 + 13

[Click here to enter text.](#)

Merja Koponen

DEVELOPMENT OF COMPETENCE OF NURSING STAFF IN A GEROPSYCHIATRIC WARD

Psychiatric nursing is constantly evolving and continued development is required from the staff. Geropsychiatric nursing is an area of psychiatric care, which requires special expertise. Specialized healthcare staff should be able to produce advanced nursing. Expertise has been widely studied, and knowledge management has become an important element in working life nowadays. In the area of psychiatry, competence surveys are more difficult to execute, because the expertise is not always simple to measure.

A psychiatric ward in the Hospital district of Helsinki and Uusimaa (HUS) wanted to find out what kind of expertise the ward had, and in which direction it should be developed. A project group was assembled from the nursing staff of the ward. The group discussed what kind of competences was required for successful work at the ward. The group constructed knowledge levels for the required competences. Self-reviews were compared with the estimates made by the head nurse of the ward. After starting the project HUS announced that the ward will be closed and the staff transferred to other workstations within the hospital area.

The survey was answered by 13 employees; the response rate was 87 %. The ward's overall competence was at a good level. The best expertise was in geropsychiatric nursing and in the competence required at the hospital ward. The competences that should be developed were psychiatric nursing and value competence. The ward had very different levels of competences that complement each other well. In relation to the head nurses estimate the employee's self-evaluations are both over- and under estimated. Particularly nurses tend to underestimate their competences. Because the ward will be closed, there is special need for development of skills in psychiatric nursing. The employees can help developing geropsychiatric skills at their new working stations.

KEYWORDS:

Knowledge, Knowledge management, Knowledge mapping, Geropsychiatry, Psychiatric inpatient care

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 OSAAMISEN JOHTAMINEN	9
2.1 Osaaminen käsitteenä	9
2.2 Oppiminen	10
2.3 Osaamisen johtamisen prosessi	12
2.4 Osaamiskartoitus	14
2.5 Osaamiskartan laatiminen	15
2.6 Osaamisen arviointi	18
2.7 Kehityssuunnitelma ja kehittyminen	20
2.7.1 Yhteistoiminta	21
2.7.2 Ohjausmenetelmät	21
2.7.3 Opiskelu ja koulutus	24
2.7.4 Laajenevat työ- ja vastuutehtävät	24
2.7.5 Kehittymistä tukeva työkuulttuuri	25
2.8 Mittaaminen ja seuranta	26
2.9 Oppiva organisaatio	29
3 OSAAMISEN KEHITTÄMINEN JA IMPLEMENTOINTI TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIOSSA	31
4 PSYKIATRINEN HOITOTYÖ JA OSAAMINEN	34
4.1 Psykiatrisen hoitotyön ammattilaisen perusosaaminen	34
4.1.1 Vieraan rooli	34
4.1.2 Tiedonantajan ja opettajan rooli	35
4.1.3 Johtajan rooli	36
4.1.4 Sijaisen ja ohjaajan rooli	37
4.2 Psykiatrinen hoitotyö erikoissairaanhoidossa	40
5 GEROPSYKIATRISEN HOITOTYÖN ERITYISPIIRTEET	42
5.1 Ikääntymiseen liittyvien muutosten tunteminen	42
5.2 Somatiikan vaikutus ikääntyvän psyykeen	43
5.3 Ikääntyneiden psyykkiset häiriöt	44
5.4 Muistisairaudet	44

6 KOHDEORGANISAATIO JA YKSIKKÖ	47
7 KEHITTÄMISPROJEKTIN TARKOITUS, TARVE JA LÄHTÖKOHDAT	49
8 KEHITTÄMISPROJEKTIN PROSESSI	50
8.1 Projektin vaiheet	50
8.2 Projektiorganisaatio	51
8.3 Riskianalyysi	52
9 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS	53
9.1 Tutkimuksen tavoite	53
9.2 Tutkimusmenetelmät, aineiston keruu ja analyysi	53
9.3 Osaamiskartoituslomakkeen laatiminen	54
9.4 Eettisyys ja luotettavuus	56
10 TULOKSET	58
10.1 Koko osaston osaaminen	58
10.2 Osaaminen ammattiryhmittäin	59
10.3 Osaaminen työkokemuksen mukaan	61
11 JOHTOPÄÄTÖKSET	65
11.1 Koko osaston osaaminen	65
11.2 Osaaminen ammattiryhmittäin	65
11.3 Osaaminen kokemuksen mukaan	66
11.4 Geropsykiatrinen osaaminen	66
11.5 Osastotyöhön liittyvä osaaminen	67
11.6 Psykiatrinen osaaminen	67
11.7 Työelämäosaaminen	68
11.8 Arvo-osaaminen	68
12 POHDINTA JA ARVIOINTI	69
12.1 Arviointi	69
12.2 Pohdinta	70
LÄHTEET	72

LIITTEET

- Liite 1. Tutkimuksen saatekirje
- Liite 2. Osaamiskartoituslomake

KUVAT

Kuva 1. Kehittämiprojektin prosessi	51
Kuva 2. Koko osaston osaamisprofiili	58
Kuva 3. Ammattiryhmittäinen arvio, toisen asteen koulutuksen käyneet	59
Kuva 4. Ammattiryhmittäinen arvio, sairaanhoitajat	60
Kuva 5. Arvio työkokemuksittain, alle 5 vuoden työkokemus	61
Kuva 6. Arvio työkokemuksittain, 6 - 10 vuoden työkokemus	62
Kuva 7. Arvio työkokemuksittain, yli 11 vuoden työkokemus	63

KUVIOT

Kuvio 1. Osaamisympyrä (Hätönen 2011, 13)	16
---	----

1 JOHDANTO

Erikoissairaanhoidossa, kuten muuallakin terveydenhuollossa, on tapahtumassa muutos, jonka tarkoituksena on tehostaa hoidon laatua, parantaa menetelmiä, ja tämän vuoksi kehittää henkilökunnan osaamista. Myös Suomen mielen-terveys- hoidossa on lyhyen ajan sisällä tapahtunut paljon muutoksia: laitostu- oista hoitoa vähennetään ja tehostetaan ja panostetaan enemmän avohoitoon. Tämä tarkoittaa, että sairaalahoitoon ajautuu enemmän potilaita akuutisti ja osastolle hoitoon tulevat ihmiset ovat sairaampia kuin aiemmin. Sairaalan osas- totyössä siis osaamisvaatimukset ovat kasvussa.

Myös Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) kuuluva sairaala, jossa kehittämisprojekti suoritettiin, on kokenut muutoksia. Sairaala on alun perin avattu B-mielisairaalan. Tässä raportissa päädyttiin siihen, ettei sairaalan ni- meä julkisteta, ettei osaston työntekijöiden yksityisyys vaarannu.

B-mielisairaalat perustettiin vuonna 1952, jolloin laki jakoi sairaalat A- ja B- mie- lisairaaloihin. A-sairaaloissa hoidettiin akuutit tapaukset ja rauhalliset ja krooni- set tapaukset B-sairaaloissa. B-sairaalat olivat edullisempia ja tarjosivat lähinnä suojavaikan potilaille. (Hautamäki 2013, 16.) Mielen-terveyslain uudistus vuonna 1977 lopetti A- ja B- mielisairaalat, laki tuli voimaan vuonna 1978. B- mielisairaaloista tuli yhdenvertaisia entisten A-mielisairaaloiden kanssa (Hyvö- nen 2008, 113). Entisiin B-mielisairaaloihin jäi usein skitsofreniaa sairastavia pitkäaikaispotilaita, joiden elämäntaidot olivat laitostumisen vuoksi heikentyneet. Näitä potilaita hoidettiin pitkäaikaisosastoilla. (Nordling 2007, 36.)

Pitkäaikaispotilaat on suurelta osin kohdesairaalassa hoidettu nykyisellä gero- psykiatrisella osastolla. Viime vuosina pitkäaikaispotilaiden määrä on vähenty- nyt potilaiden ikääntymisen vuoksi. Tällä hetkellä osastolla kokoaikaisena poti- laana on pitkäaikaispotilaita enää yksi, osa kykenee elämään itsenäisesti tai tuetuissa asuntoloissa intervallijaksojen avulla. Tämä muutos on aiheuttanut sen, että osastolla hoidetaan nyt akuutteja geropsykiatrisia potilaita. B-

mielisairaalan pitkäaikaispotilaiden hoito on hyvin erilaista kuin akuuttia hoitoa kaipaavien geropsykiatristen potilaiden.

Henkilökunnasta osa on hoitajia, jotka ovat toimineet osastolla silloin, kun pääasiassa hoidettiin pitkäaikaispotilaita. Osaamisen puute saattaa aiheuttaa ylimääräistä kuormitusta työssä ja sitä kautta väsymystä ja turhautumista. Osa henkilökunnasta on uusia tai toisilta osastoilta siirtyneitä. Tämä kahtiajako voi aiheuttaa luottamuspulaa henkilökunnan kesken ja siten vaikeuttaa laadukkaaseen potilastyöhön keskittymistä ja sen kehittämistä

Tämän työn tarkoituksena on kartoittaa osaston henkilökunnan tämänhetkinen osaaminen ja yhdessä projektiryhmän kanssa, joka on koottu osaston henkilökunnan jäsenistä, tuottaa kehittämissuunnitelma henkilökunnan osaamisen päivittämiseksi.

2 OSAAMISEN JOHTAMINEN

2.1 Osaaminen käsitteenä

Tutkimuksessaan Huotari on kirjallisuuden pohjalta määritellyt osaamista. Hän näkee sen vaikeasti määriteltävänä käsitteenä. Osaaminen on määritelty organisaation tasolla kyvyksi vastata toimintaympäristön haasteisiin ja yksilön tasolla kyvyksi suoriutua tehtävästään ja olla pätevä. (Huotari 2009, 24.)

Huotari (2009, 26, 28) jakaa osaamisen tietoihin ja taitoihin sekä näiden yhdistämiseen. Tiedot muodostuvat miten-tiedoista, miksi-tiedoista, ja mitä-tiedoista. Miten-tiedot kuvaavat sitä, miten organisaation prosessit ja järjestelmät toimivat ja ohjaavat yhdistämään tietoja ja taitoja. Miksi-tieto kuvaa sitä, miksi järjestelmä tai prosessi toimii ja mitä-tieto kuvaa käyttötapoja, joilla miten- ja miksi-tietoja voidaan organisaatiossa soveltaa. Kivinen (2008, 52) lisää tähän vielä know-who -tiedon, joka on sosiaalista kykyä ja tietoa siitä, kuka osaa ja tietää. Taidot nähdään yksilön kykynä suoriutua annetuista tehtävistä. Organisaatiossa tärkeää on tiimien kyky koordinoita taitoaan prosesseissa.

Tieto jaetaan usein hiljaiseen ja eksplisiittiseen tietoon. Hiljainen tieto muodostaa perustan eksplisiittiselle tiedolle. Hiljainen tieto koostuu kokemuksista; se sisältää intuition, uskomukset, oletukset, ja arvot. Hiljainen tieto on olennaista työssä ja työn oppimisessa, se kehittyy työtoiminnassa ja vuorovaikutuksessa fyysisen ja sosiaalisen ympäristön kanssa. Hiljainen tieto mahdollistaa nopeasti toimimisen, mutta saattaa olla myös este muutokselle. Se saattaa estää muutoksen tarpeen näkemisen, koska se ylläpitää perinteitä. Eksplisiittinen tieto on tietoa, joka on avattu sanalliseen muotoon ja on siten helpommin tallennettavissa ja prosessoitavissa. Siten eksplisiittistä tietoa on helpompi siirtää ja jakaa organisaation sisällä. (Huotari 2009 27-28; Kivinen 2008, 48-50.)

Kun eksplisiittinen tieto yhdistyy hiljaiseen tietoon, syntyy osaaminen. Työntekijän siis tulee sisäistää se informaatio ja teoriatieto, joka on olennaista hänen ammatissaan ja yhdistää se omaan toimintaansa, menettelytapoihinsa, tilantei-

siin, ja arvoihinsa. Kun teoriatieto muuttuu hiljaiseksi tiedoksi, sitä on hankalampi kommunikoida ja jakaa. (Kivinen 2008, 115.)

Osaaminen nähdään myös pätevytenä. Pätevyys on kykyä suoriutua työtehtävistään määritellyllä tasolla sekä opiskelua ja kehittymistä määritellyn tason saavuttamiseksi. Pätevyys saavutetaan koulutuksen, harjoittelun, omien onnistumisten ja virheiden reflektoinnin, arvovalintojen, ja sosiaalisen verkoston kulttuurin ja traditioiden kautta. Pätevyys kehittyy jatkuvassa vuorovaikutuksessa yksilön ja ympäristön välillä, sen kehittymistä edistää tai estää ympäristö fyysisine ja henkisine tekijöineen, lisäksi siihen vaikuttaa myös yksilön ominaisuudet, kuten oppimishalu. (Hakola 2009, 3; Huotari 2009, 29-30.)

Organisaatiossa osaaminen muodostuu sen yksilöiden osaamisesta. Organisaation osaaminen on tietoa ja kykyä koordinoida resurssejaan niin, että tavoitteet saavutetaan. Osaaminen on organisaatiolle aineetonta pääomaa. Aineeton pääoma on näkymätön, subjektiivinen tai sosiaalinen ilmiö, jonka omistajasuhteita on vaikea määrittellä. Siihen investointi on riskialttiimpaa, kuin aineelliseen pääomaan. Osaamisesta tulee organisaation pääomaa, kun se koordinoidaan kollektiiviseksi osaamiseksi. (Huotari 2009, 24; Kivinen 2008, 42.)

2.2 Oppiminen

Ichijo ja Nonaka ovat kuvanneet seci-prosessissa tiedon muuntautumisen hiljaisesta tiedosta eksplisiittiseksi tiedoksi. Tieto muovautuu vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Seci-prosessissa tieto muovautuu sosiaalistamisen, ulkoistamisen, yhdistämisen, ja sisäistämisen kautta. (Ichijo & Nonaka 2006, 17-18.)

Sosiaalisaatiossa hiljainen tieto välittyy yhteisten kokemusten kautta ihmiseltä toiselle. Ulkoistamisessa hiljaista tietoa aletaan muokata eksplisiittiseen muotoon dialogin kautta. Yhdistämisessä uutta eksplisiittistä tietoa yhdistetään muihin tietoihin tai sitä tarkastellaan kriittisesti. Viimein sisäistämisessä muunnetaan eksplisiittinen tieto hiljaiseksi tiedoksi niin, että se vaikuttaa yksilön toimintaan. (Ichijo & Nonaka 2006, 17-18.)

Miller ym. (2006) jakoivat artikkelissaan tiedon käyttöön oton viiteen alueeseen, mukailleen Prochaskan ja DiClementen muutoksen vaiheita: tiedon saamisen jälkeen alkaa asenteen muuttaminen positiivisemmaksi tietoa kohtaan, tässä esimerkiksi työryhmältä saadaan tukea prosessissa. Tämän jälkeen seuraa päätös ottaa uutta tietoa käyttöön ja siitä seuraa uuden tiedon käytön opettelu. Kun uuden tiedon käytöstä saadaan toimivia kokemuksia, se implementoidaan toimintaan ja siitä tulee rutiini. (Miller ym. 2006, 27-28.)

Myös Viitala (2004) on David Kolbin mallin pohjalta hahmottanut oppimisen samaan tyyliin: oppiminen on syklinen prosessi, johon kuuluu konkreettinen kokeminen, harkitseva havainnointi, abstrakti käsitteellistäminen ja osallistuva kokeilu (Viitala 2004, 171). Konkreettinen kokeminen on oppimista kokemuksen käsittämällä aistien kautta, abstrakti käsitteellistäminen taas oppimista kokemuksen käsittämällä ajattelun kautta. Pohtiva havainnointi on tiedon muuntamista sisäisen pohdinnan ja merkityksenannon kautta, kun taas osallistuva kokeilu on tiedon muuntamista konkreettisen tekemisen kautta. (Savolainen 2012, 25-27.) Sydänmaalakka (2004) taas näkee, että oppiminen tapahtuu porrasmallin mukaan. Alimmalla portaalla henkilö luulee tietävänsä, seuraavalla portaalla hän tietää, ettei tiedä. Vasta, kun ihminen tiedostaa oman tietämättömyytensä, voi hän rakentaa uutta tietoa. Seuraavilla portailla tulee tietäminen, ymmärtäminen, soveltaminen ja lopulta kehittäminen. Todellinen oppiminen sisällyttää nämä kaikki tasot. (Sydänmaalakka 2004, 34-35.)

Oppimistyyliä ovat yksilöllisiä. Viitala avaa kirjassaan Kolbin määrittelemää neljää oppimistapaa: Luova oppiminen on intuitiivista oppimista. Siinä ei välttämättä pyritä ilmiön käsitteellisyyden ymmärtämiseen. Assosioiva oppiminen on pohdiskelevaa ja aktiivista toimintaa, joka pohjautuu omiin kokemuksiin ja niiden liittämiseen uusiin asioihin. Sääntöinen oppiminen tähtää ilmiön ymmärtämiseen ja tukeutuu teoriaan, se on kurinalaista ja systemaattista ajattelua. Sopeutuva oppiminen on käytännön ratkaisujen löytämiseen ja sovellusten luomiseen tähtäävää. (Viitala 2004, 170.)

Ammatillinen kehittyminen on myös oppimista. Dreyfus & Dreyfus (1986) kehittivät mallin ammatilliseen oppimiseen. Siinä työntekijät jaetaan osaamisensa mukaan noviisista eksperttiin. (Tynjälä 2008, 3.)

Osaamisen tasot jaetaan seuraavasti:

1. Noviisi: juuri aloittanut työntekijä. Ongelmien ratkaisu vaatii sääntöjen ja toimintaohjeiden noudattamista.
2. Edistynyt aloittelija: pystyy työssään ottamaan huomioon tilannetekijöitä, ei kykene vielä tekemään tietoista tavoitteenasettelua
3. Pätevä ongelmanratkaisija: asettaa tavoitteita tietoisesti, ottaa tilannetekijät valikoivasti huomioon, tuloskeskeinen toiminta
4. Taitava suorittaja: pyrkii ymmärtämään toimintaympäristöään, hahmottaa tilanteet kokonaisuuksina, luottaa kokemukseensa
5. Ekspertti: toimii kokemuksensa perusteella, intuitivinen päätöksenteko, sitoutuu syvällisesti. (Tynjälä 2008, 3.)

2.3 Osaamisen johtamisen prosessi

Osaamisen johtamisen prosessi pohjautuu aina organisaation visioon, strategiaan, ja tavoitteisiin. Organisaation tarkoitus määrittelee, millaista osaamista tarvitaan, jotta tarkoitus toteutuu. Organisaation on hyvä laatia osaamisen visio konkreettiseen muotoon, jotta sen toteutumista voidaan mitata. Ichijo ja Nonaka kirjassaan kuvaavat tätä eteenpäin vieväksi tavoitteeksi, koska se antaa suunnan koko osaamisen johtamisen prosessille. Osaamisen johtamisen tavoitteena on osaamisen jatkuva kehittäminen, jotta organisaatio kykenee suoriutumaan tehtävistään ja kehittymään jatkuvasti. (Hakola 2009, 10; Heikkilä 2009, 23-24; Ichijo & Nonaka 2006, 19-20; Sydänmaalakka 2009, 63.)

Strategiaan ja visioon pohjautuen määritellään, millaisia osaamistarpeita organisaatiossa on nyt ja tulevaisuudessa. On tärkeää myös tunnistaa organisaation osaamisen nykytila. Osaamistarpeiden pohjalta laaditaan konkreettiset osaamisalueet ja osaamisprofiilit sekä tehtäväkohtaiset tavoiteosaamistasot. Kun nämä on määritelty, voidaan verrata organisaation osaamisen nykytilaa ja tavoite-

tetilaa. Vertailun perusteella määritellään organisaation osaamisen puutteet ja keinoja niiden korjaamiseksi. Sekä yksilöiden että organisaation tasolla tehdään kehityssuunnitelma osaamisen lisäämiseen tavoitetasoa kohti. Organisaation kulttuuria muokataan osaamista tukevaksi ja viimeiseksi kehitetään seuranta- ja arviointijärjestelmät osaamisen mittaamiseksi. (Ahvonen-Lehtinen & Maukonen 2005, 29-56; Hätönen 2011, 16-17.)

Ichijo ja Nonaka ovat kuvanneet oppimista mahdollistavia tekijöitä, jotka mahdollistavat osaamisen johtamisen toteutumisen. Näitä tekijöitä ovat vision juurruttaminen, kommunikaation mahdollistaminen, tiedon levittäjien liikkeelle panto, ja oppimista edistävän kontekstin luominen. (Ichijo & Nonaka 2006, 86.) Nämä liittyvät Viitalan (2002) tutkimuksessaan avaamiin osaamisen johtamisen neljään ulottuvuuteen: oppimisen suuntaamiseen, oppimisprosessin tukemiseen, oppimista edistävän ilmapiirin luomiseen, ja esimerkillä johtamisen. Viitala tutkimuksessaan määritteli keinot osaamisen johtamiseen. Nämä ovat: tiedon käsittely ja sen avulla tietoisuuden luominen, keskustelun synnyttäminen, ja oppimista tukevien järjestelmien ja toimintamallien luominen. Nämä keinot sisältyvät edellä mainittujen ulottuvuuksien tehtäviin. (Viitala 2002, 188.)

Viitalan (2002) osaamisen johtamisen neljästä ulottuvuudesta kolme ensimmäistä ovat varsinaisia johtamisen kohteita. Esimerkillä johtaminen tapahtuu luonnostaan, ilman erityistä tarkoitusta. Oppimisen suuntaaminen sisältää kolme tehtäväryhmää: tavoitteiden määrittely, toiminnan arviointi, ja näitä tukevien foorumeiden luominen. (Viitala 2002, 188-189.) Ichijo ja Nonaka puhuvat vision juurruttamisesta, jossa visiota puhutaan organisaatiossa auki, kunnes organisaation jäsenet alkavat toteuttaa visiota (Ichijo & Nonaka, 2006, 86).

Oppimista edistävän ilmapiirin luominen on Viitalan mukaan yksi johtamisen keskeisimpiä alueita. Siihen kuuluu kaksi tehtävää: työyhteisön ilmapiirin kehittäminen sekä esimiehen ja alaisten välisten vuorovaikutussuhteiden rakentaminen. Oppimista edistävä ilmapiiri luo alaisille turvallisuuden tunnetta, joka edistää virheiden ja ongelmien rakentavaa käsittelyä. (Viitala 2002, 189.) Ichijon ja Nonakan oppimista mahdollistavista tekijöistä kommunikaation mahdollistaminen on yksi tärkeimmistä oppimista edistävästä tekijöistä. Kommunikaation

mahdollistamisella estetään väärinymmärryksiä ja tulkintoja, rohkaistaan aktiiviseen kommunikaatioon, ja luodaan tila avoimelle kommunikoinnille. Nämä tekijät toimivat mahdollisuutena tutkia omaa ja ryhmän toimintaa rakentavasti. (Ichijo & Nonaka 2006, 87-88.)

Oppimisprosessien tukeminen sisältää kaksi tehtävää: ryhmän kokonaisosaamisesta huolehtiminen ja yksilön kehittymisen tukeminen. Tässä ulottuvuudessa esimiehen orientaatio näkyy osaamisen merkityksellisyyden tiedostamisena, asian näkyväksi tekemisenä, ja esimiehen ja alaisten välisessä vuorovaikutuksessa osaamisasioihin keskittymisenä. (Viitala 2002, 189-190.) Ichijo ja Nonaka kuvaavat tiedon levittäjien tehtäviksi tiedon luomisen, jakamisen ja fokuosoinnin aloittamisen, ajan ja kustannusten vähentämisen, sekä tiedon luomisen aloitteiden levittämisen koko organisaatioon. Lisäksi he kehittävät tiedon luoja ja levittäjien asemaa yhdistämällä heidän toimintansa organisaation kokonaisuuteen, valmistelevat tiedon luoja uusiin haasteisiin ja arvioivat, tuleeko olemassa oleva tietoa kehittää tai onko olemassa oleva tieto vanhentunutta. Tiedon levittäjinä toimii organisaation johto kokonaisuudessaan. Ichijon ja Nonakan neljäs oppimista mahdollistava tekijä on oppimista edistävän kontekstin luominen. Tähän kuuluu organisaation oppimista tukevat struktuurit. Jotta tiedon leviäminen organisaatioissa onnistuu, tulee yhteistyön olla tiivistä ja suhteet hyvät yksikköjen rajojen yli. (Ichijo & Nonaka 2006, 90-91.)

Esimerkillä johtamisen ulottuvuus näkyy esimiestyössä sitoutumisena muutokseen, ammattitaidon kehittämiseen, ja innostuksena työhön (Viitala 2002, 189-190).

2.4 Osaamiskartoitus

Osaamiskartoituksesta alkaa osaamisen kehittäminen. Osaamiskartoituksessa selvitetään organisaation osaamisen nykytila ja verrataan sitä tavoitetilään. Kartoituksen tarkoituksena on mitata työntekijöiden tietoja, taitoja, ja kokemusta. Kartoituksen keinoja ovat muun muassa kehityskeskustelut, haastattelut, kyselyt, ja itsearviointi. Kartoituksen pohjalta voidaan laatia osaamisprofieileja, jotka

auttavat yhdistelemään eri henkilöiden osaamisia organisaatiota palvelevaksi kokonaisuudeksi. Osaamiskartoituksen lopuksi yksilölle laaditaan henkilökohtainen kehityssuunnitelma. (Hakola 2009, 8-9, Kirjavainen & Laakso-Manninen 2000, 117.)

Osaamiskartoituksen hyötynä on kehittämisen jäsentyminen ja suuntaaminen. Kartoitus nostaa esiin olemassa olevaa osaamista. Tämä lisää olemassa olevan osaamisen arvostusta. Kun osaaminen on tiedostettu, voidaan sen varaan rakentaa uutta toimintaa. Oman ja toisten osaamisten selkiyttäminen lisää keskinäistä arvostusta ja osaamisten hyödyntämistä. Osaamiskartoituksen pohjalta voidaan valita kehitettäviä osaamisalueita ja sulkea toisia ulkopuolelle. Osaamiskartoituksen hyötynä on myös organisaation osaamispotentiaalin koostaminen ja visualisointi. (Viitala 2004, 199; Borgman & Packalen 2002, 47.)

Hakola (2009) tutki osastonhoitajien kokemuksia systemaattisen osaamiskartoituksen tekemisestä kehityskeskustelussa ja osaamiskartoituksen käytöstä psykiatrian alalla. Tutkimuksissaan hän huomasi, että osaamiskartoituksen tekeminen psykiatriaan tai muuhun vaikeasti mitattavaan osaamiseen on hankalaa. (Hakola 2009, 20, 56.)

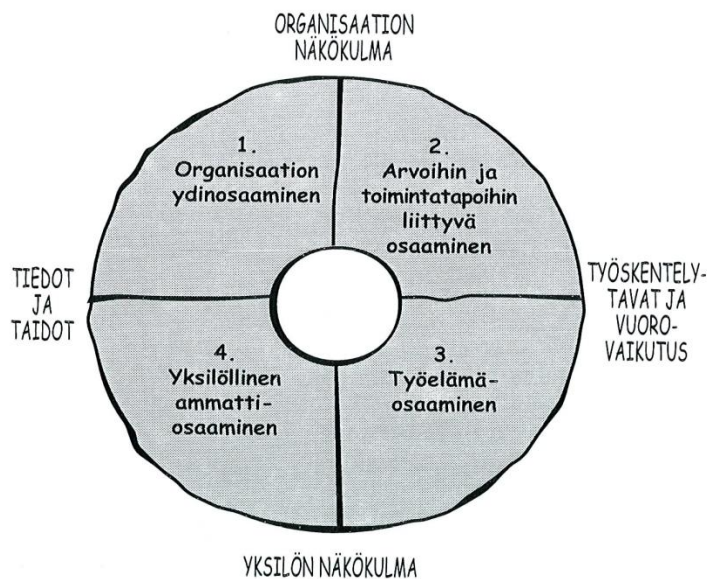
2.5 Osaamiskartan laatiminen

Osaamiskartan laadintaan tarvitaan mahdollisimman laajaa näkemystä organisaation osaamisen tarpeista. Mikäli koko henkilöstö ei voi tässä olla mukana, perustetaan niin sanottu kompetenssiryhmä, jolla on mahdollisimman laaja näkemys osaamisalueista. Kompetenssiryhmä voi olla esimerkiksi työyksikkö. Osaamiskartoituksen voi laatia vaihtoehtoisesti osaamisalueista, joita koko organisaatio tarvitsee, tietyn ammattiryhmän tarpeisiin, tietyn tiimin tarpeisiin tai erikseen valituista osaamisalueista. (Hätönen 2011, 18; Viitala 2004, 198.)

Osaamiskartan laadinta alkaa siitä, että määritellään organisaation strategian mukaiset tulevaisuuden menestystekijät ja osaamisalueet, joita edellytetään menestystekijöiden toteutumiseen. Tämän jälkeen kuvataan ne kriittiset osaamisalueet, joita tulevaisuudessa tarvitaan. Kuvauksella on tarkoitus taata yh-

teisyymmärrys siitä, mitä käsitteillä tarkoitetaan. Osaamiskuvaukset tuovat hiljaisen tiedon näkyväksi ja yhteiseksi. Jotta osaamisen arvioinnin toteuttaminen ei kävisi liian työlääksi, tulisi tarvittavat osaamiset yhdistellä laajemmiksi osaamisalueiksi. (Hätönen 2011, 18-19; Sydänmaalakka 2004, 135; Viitala 2004, 198.)

Osaamisten kuvauksissa auttaa Hätösen esittelemä osaamisympyrä, joka pohjautuu Greenin (1999) luomaan competence scope kuvaukseen. Osaamisympyrä (Kuvio 1) kuvaa kahta ulottuvuutta: pystyakselilla organisaatio – yksilö ta-soulottuvuutta ja vaakasuoralla akselilla tiedot ja taidot – työskentelytavat ja vuorovaikutus tyyppiulottuvuutta. Ulottuvuuksien avulla ympyrä jakautuu neljään lohkokoon, joista muodostuu organisaation tarvitsema kokonaisosaaminen. Lohkot kuvaavat organisaation ydinosaamista, arvoihin ja toimintatapoihin liittyvää osaamista, työelämäosaamista, ja eriytyvää ammattiosaamista. (Hätönen 2011, 13-14.)



Kuvio 1. Osaamisympyrä (Hätönen 2011, 13).

Ydinosaamisella tarkoitetaan organisaatiolle merkittävää kilpailuetua tuottavaa syvällistä erityisosaamista. Se on organisaatiolle tyypillistä ja on siinä laajalaisesti omaksuttua. Se on osa organisaation identiteettiä ja sen lähtökohtana on kollektiivinen oppimiskokemus. Ydinosaamista voidaan jalostaa ja soveltaa yhä uusiin palveluihin, se tuottaa merkittävää hyötyä asiakkaille. Ydinosaami-

nen on vaikeasti kopioitavissa tai korvattavissa. (Hätönen 2011, 14; Viitala 2004, 177.)

Arvoihin ja toimintatapoihin liittyvällä osaamisella tarkoitetaan sitä, miten organisaation arvot määrittelevät toiminnan rajoja ja ohjaavat valintojen tekemistä. Organisaation arvo voi olla muun muassa asiakaslähtöisyys ja tuloksellisuus. Tähän osaamiskokonaisuuteen kuuluu myös laatuosaamisen osaamisalue. Laatuosaamisalueeseen kuuluvat kaikki organisaation prosessit, laatuajattelulla haetaan korkeatasoista työn laatua ja hyvin sujuvaa työtä. (Hätönen 2011, 15.)

Työelämäosaamisella tarkoitetaan jo peruskoulutuksessa yleensä hankittavaa osaamista. Tällaista nykyään on esimerkiksi ATK-osaaminen. Tärkeitä tulevaisuuden työelämäosaamista ovat muun muassa tiedon hakemisen, hyödyntämisen ja jakamisen osaaminen sekä teorian tiedon ja käytännön kokemuksen yhdistävä osaaminen. (Hätönen 2011, 15.)

Eriytyvällä ammatillisella osaamisella eli niin sanotulla substanssiosaamisella tarkoitetaan työn kannalta välttämättömiä osaamisia. Perusteet tähän osaamiseen saadaan jo ammatillisessa peruskoulutuksessa, työelämässä tätä osaamista syvennetään ja laajennetaan. (Hätönen 2011, 15.)

Osaamispyyrän lohkojen ja kokonaisuuden avulla saadaan määriteltyä organisaation pääosaamisalueet. Osaamisten määrittämiseen osallistujat keräävät yksittäisiä osaamisia ylös ja yhdistelevät näitä sitten laajemmiksi kokonaisuudeksi, esimerkiksi jatkuva oppiminen, verkosto-osaaminen tai tiimityöosaaminen. (Hätönen 2011, 19–21.)

Osaamisten määrittämisen jälkeen laaditaan osaamistasot. Osaamistasot antavat siis yhdenmukaisen arviointiasteikon osaamisen mittaamiseen. Tasoissa voidaan ottaa huomioon myös 0-taso, jossa lähdetään vasta kehittämään tarvittavaa osaamista. Tällainen tilanne on esimerkiksi silloin, kun arvioidaan uuden työntekijän osaamista. (Hätönen 2011, 21–22.)

Osaamistasojen arvioinneissa kannattaa käyttää laajaa asteikkoa, jotta samaa osaamista voidaan arvioida perusosaamisesta huippuosaamiseen. Organisaation henkilöstön ei tarvitse kaikkien olla samalla osaamisen tasolla, joissain osaamisalueissa jo perusosaaminen on riittävää, huippuosaamiseen yleensä yltää vain harva työntekijä. Kun tiimi koostetaan eri tasojen osaamisesta, sujuu organisaation tehtävien hoitaminen mahdollisimman hyvin. (Hätönen 2011, 21–22.)

Osaamistasot jaetaan usein perusosaamiseen, hyvään osaamiseen, erinomaiseen osaamiseen, ja huippuasiantuntijan osaamiseen. Näille osaamistasoille määritellään kriteerit. (Hätönen 2011, 22-23.)

2.6 Osaamisen arviointi

Osaamisia voidaan arvioida monin tavoin. Tapoja ovat muun muassa erilaiset kyselyt ja haastattelut, itsearviointit, kehityskeskustelut, ja 360° -arviointi. (Hakola 2009, 8; Hätönen 2011, 32–36.)

Erilaisia osaamisen mittareita on kehitetty eri ammattiryhmien osaamiseen. Kuitenkin pätevyyttä on vaikea mitata luotettavasti. Tämän takia mittarin suunnittelulle on annettava tarpeeksi painoarvoa, jotta se mittaa juuri niitä asioita, joita organisaatiossa tarvitaan. (Hakola 2009, 8-9.)

Itsearviointi on tärkeää osaamista työelämässä. Sen kautta työntekijä voi seurata ja arvioida omaa työtään ja siten kehittää sitä arviointinsa pohjalta. Se auttaa tunnistamaan osaamisen rajat ja siten pyytämään tarvittaessa ohjausta. Itsearvioinnissa työntekijä itse arvioi osaamistaan ja oppimistaan. Työntekijältä tämä vaatii kriittistä ajattelua, osaamiseen ja työsuoristuksiin liittyvien odotusten tunnistamista, ja kykyä arvioida, miten odotukset toteutuvat työntekijän omassa toiminnassa. Arviointiin vaikuttavat työntekijän omat vaatimukset itseään kohtaan sekä hänen omat uskomuksensa osaamisestaan. Itsearviointi antaa yhden käsityksen työntekijän osaamisesta ja sitä voidaan täydentää muilla arvioinneilla. (Hätönen 2011, 32–33.)

Kehityskeskustelu on tapahtuma, jonka avulla kehitetään osaamista, työn tavoitteellisuutta, ja yhteistoimintaa. Keskusteluissa organisaation ja yksilön tavoitteiden välille pyritään muodostamaan linja. Keskustelut voidaan käydä joko esimiehen ja alaisen kanssa tai yhteisesti työryhmän kanssa. Keskusteluissa arvioidaan osaamista, suunnitellaan kehitystä, asetetaan kehitystavoitteita, ja määritellään keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi. (Hätönen 2011, 34–35.)

Hakola tutki osastonhoitajien kokemuksia systemaattisen osaamiskartoituksen tekemisestä kehityskeskustelussa. Pääosin tästä tuli positiivisia kokemuksia, mutta osastonhoitajia mietitytti se, että arviointi oli subjektiivista ja tilanteesta riippuvaista. Tästä syystä monien eri mittareiden yhdistäminen tuo parhaan tuloksen. (Hakola 2009, 10, 53-54.) Itsearviointi ja kehityskeskustelu tukevat hyvin toisiaan (Hätönen 2011, 35).

Itsearvioinnissa on sudenkuoppia, jotka tulee tiedostaa kyselyä laatiessa ja sen tuloksia tulkitessa. Vastauksiin vaikuttaa esimerkiksi vastaajan mieliala vastaushetkellä ja rohkeus oman mielipiteen ilmaisuun. Rehellisesti vastaaminen saattaa olla vastaajasta vaikeaa, jos osaaminen ei ole omasta mielestä toivotulla tasolla. Vastaajan itsetuntemus vaikuttaa myös vastauksiin. (Leinonen 2014, 8-10.)

360° - arvioinnissa arvioijina toimivat arvioitava itse, esimies, kollegat, ja asiakkaat. Tämä arviointitapa tuo monipuolisemmin ja luotettavammin tietoa työntekijän osaamisesta kuin muut arviointitavat. (Hätönen 2011, 36.) Kirjavaisen ja Laakso-Mannisen mukaan erityisesti silloin, kun mitataan henkilökohtaisia taitoja, kuten esimerkiksi vuorovaikutustaitoja, kannattaa käyttää 360°-arviointia, koska sen kaltaiset osaamiset ovat vaikeammin arvioitavissa ja herättävät usein erimielisyyksiä (Kirjavainen & Laakso-Manninen 2000, 110).

Toimiakseen kunnolla tämä arviointitapa vaatii työyhteisöltä hyvää yhteistyöhenkeä ja avointa ja kunnioittavaa kulttuuria palautteen antamisesta. 360° - arvioinnin käyttöönotto vaatii johdon tuen ja hyvän suunnittelun ja toteutuksen koordinoinnin. Henkilöstöä tulee tiedottaa mahdollisimman hyvin arvioinnin tarkoituksesta ja toteutuksesta, tällainen arviointi herättää usein huolestuneisuutta

ja jännitystä henkilöstössä. Arvioinnin tulosten käytöstä tulee tehdä selkeät ohjeet ja sopimukset. Arviointilomakkeiden valmistuttua valitaan tahot, jotka osallistuvat arviointiin. Arvioijia tulisi olla vähintään viisi, mutta enintään kuusi. Arviotavalle voidaan antaa mahdollisuus itse valita arvioivat henkilöt. Palautteen antaminen toteutuu yleensä verkossa. Palautteen tulisi olla nopeaa, luotettavaa, ja riittävän yksinkertaista. Palautteen antaja käyttää arviossa apunaan arviointiohjeita. Arvioinnin toteuduttua laaditaan tulosraportit. Niiden tulee olla yksinkertaisia, helposti ymmärrettäviä, ja tilastollisesti luotettavia. Jokaisella arvioitulla tulisi olla mahdollisuus käydä palautettaan henkilökohtaisesti läpi prosessin ohjaajan kanssa. Tarvittaessa järjestetään koulutus palautteen vastaanottamiseen ja tuloksen hyödyntämiseen oman toiminnan kehittämisessä. (Hätönen 2011, 36-41.)

Millerin mukaan osaamista päihdetyössä voidaan mitata esimerkiksi kyselyillä, joissa käytännön käyttöönottajilta kysytään kokemuksia koulutuksesta ja omista kyvyistään käytännön noudattamisesta. Tämä antaa usein väärän kuvan asioiden oikeasta tilasta. Toinen vaihtoehto on antaa käyttöönottajille case- kertomus, jonka pohjalta he tuovat esiin, miten hyvin he osaavat käytäntöä noudattaa. Kolmas vaihtoehto on näyttää taitonsa simuloidussa asiakastilanteessa. Lähinnä käytäntöä on asiakastilanteen videointi ja niiden tarkastelu. Useimmiten näiden harjoitusten sisältö jaetaan Likert asteikolle, joka kuvaa kyvykkyyttä opittavassa asiassa. Myös asiakkaiden oppimisen tason mittaus antaa vastausta siihen, miten hyvin käytäntö on implementoitu toimintaan. (Miller 2006, 33.) Nämä keinot sopivat myös psykiatriseen työhön kohdistuvaan osaamiskartoitukseen.

2.7 Kehityssuunnitelma ja kehittyminen

Osaamisen arvioinnin tulosten perusteella tehdään kehityssuunnitelma koko yrityksen tarpeita varten. Kehityssuunnitelmat eritellään koskemaan koko henkilöstöä, yksiköitä, tiimejä, ja yksittäisiä henkilöitä. Suunnitelman avulla on tarkoitus saada yksilön ja eri ryhmien osaamisia kehitettyä erilaisin keinoin ta-

voitellulle tasolle. Keinoja voivat olla muun muassa yhteistoiminta, erilaiset ohjausmenetelmät, opiskelu ja koulutus, laajenevat työ- ja vastuutehtävät, sekä kehittymistä tukeva työkuultuuri. (Hätönen 2011, 53-58; Viitala 2004, 200.)

Kehittyminen on taitojen harjaannuttamista. Taidot eivät kehity ainoastaan tietoa lisäämällä, vaan taitoa käyttämällä ja jalostamalla. Kehittymiseen ja kehittymisvauhtiin vaikuttaa myös työntekijän henkilökohtainen elämäntilanne ja sen hetkinen työmotivaatio. Nämä olisi hyvä ottaa huomioon kehittämissuunnitelmaa laatiessa. (Borgman & Packalen 2002, 56.)

2.7.1 Yhteistoiminta

Hätönen katsoo yhteistoimintaan kuuluvaksi tiimityöskentelyn sekä ryhmä- tai työparityöskentelyn. Ryhmässä osaamiset laajenevat erilaisten näkemysten yhdistyessä. Myös asiantuntijan työn tarkkailun on havaittu olevan hyvä tapa oppia. Parityöskentelyssä voidaan rakentaa työhön niin sanottuja mestari kisälli pareja. (Hätönen 2011, 58-59.)

Yhteistoiminta on myös yhteistyötä tiimin kesken. Yhteistoimintaan vaikuttavat arvot, jotka ohjaavat tiimin toimintaa. Kun arvopohjaa selkiytetään, tuo se esiin myös intressit, jotka ovat läsnä työprosesseissa, työssä itsessään, ja sen organisoinnissa. Arvot ja intressit liittyvät merkityksiin, joita asioille annetaan. Tiimien toiminnan laatu perustuu siihen, miten hyvin näitä merkityksiä osataan jakaa. Yhteinen merkityskenttä on pohjana yhteisten toimintamallien ja toimintakulttuurin rakentumiselle. (Borgman & Packalén 2002, 99-100.)

2.7.2 Ohjausmenetelmät

Ohjausmenetelmiin kuuluu monenlaisia suunniteltuja, tavoitteellisia toimintoja, joiden tarkoituksena on esimerkiksi uuden työtehtävän oppiminen. Muita ohjattaessa myös ohjaajan oma näkemys asian suhteen jäsentyy ja selkiytyy. Ohjausmenetelmiin kuuluu muun muassa perehdyttäminen, mentorointi, sisäisenä kehittäjänä toimiminen, ja työnohjaus. (Hätönen 2011, 56, 58.)

Miller ym. ovat tutkineet uuden käytännön koulutustapojen eroja. Heidän tutkimuksessaan käytännön oppijat jaettiin kolmeen ryhmään: ryhmään 1, joka sai palautetta toiminnastaan, ryhmään 2, joka sai henkilökohtaista valmennusta, ja ryhmään kolme, joka opiskeli itsenäisesti. Palautteen saajat ja henkilökohtaisesti valmennettavat kehittyivät yhtä hyvin, itsenäisesti opiskelevilla ei ollut nähtävissä erityisesti kehittymistä. Pelkkä koulutustilaisuus voi tuoda asennemuutosta uuden käytännön käyttöönottoa varten, mutta yksinään antaa korkeintaan keskinkertaiset taidot noudattamaan käytäntöä. (Miller 2006, 34.)

Perehdyttäminen on lyhytkestoista opastamista työpaikkaan ja työn tekemiseen. Tärkeää on opastaa työn turvalliseen tekemiseen sekä avustaa uutta työntekijää hahmottamaan organisaation kokonaisuus, arvot, päätöksentekoprosessit ja toimintaketjut, joiden ymmärtämisen kautta työntekijä kykenee paikantamaan itsensä ja oman osaamisensa. Perehdyttämisen tarve on erityisen suuri, kun kyseessä on nuori työntekijä tai työntekijä, joka on uusi alalla. (Borgman & Packalen 2002, 120.)

Perehdyttäminen on tarpeen myös silloin, kun työolot tai työtehtävät muuttuvat. Myös perehdyttäjä saa parhaassa tapauksessa perehdytyksestä uutta oppia: perehdytettävän kysymykset ja uudet näkemykset antavat uutta näkökulmaa ja auttavat katsomaan omaa työtä ja sen tekemistä etäämmältä. (Hätönen 2011, 71.)

Mentoroinnissa organisaation vanhemmat työntekijät toimivat valmentajina uusille työntekijöille (Viitala 2004, 202). Mentorointi ylläpitää tiedon oppimista ja syventymistä (Miller 2006, 30-31). Tärkeää mentoroinnissa on, että mentorin ja mentoroitavan (aktorin) henkilökemiat sopivat yhteen (Borgman & Packalén 2002, 119). Mentoroinnissa tähdätään yksittäisen työntekijän henkilökohtaiseen kehittymiseen ja tätä kautta organisaatio viestii arvostavansa työntekijää (Hätönen 2011, 89).

Sisäinen kehittäjä on kuka tahansa organisaatiossa työskentelevä henkilö. Hänen ei tarvitse olla mukana kehitystyöryhmissä vaan hän pystyy keskittymään yhteen kehitettävään asiaan kerrallaan, ohjaten muita ja työskennellen

muiden kanssa. Sisäisen kehittäjän tehtäviä voivat olla mm. muutokseen ja oppimaan rohkaiseminen ja niissä esimerkkinä oleminen. Sisäinen kehittäjä voi olla myös fasilitaattori eli esimiehen apu kehittämisessä, jolloin hän auttaa ihmisiä löytämään asioista uusia näkökulmia ja puhumaan niistä sekä näkemään tavoiteltavan suunnan ja toimimaan sen suuntaisesti. Hän voi myös olla muutoksen tulenkantaja, joka muokkaa asenteita, työskulttuuria, ja ilmapiiriä oman toimintansa kautta tai viestittäjä, jonka kautta työntekijöillä on mahdollisuus saada äänensä kuuluville. (Hätönen 2011, 74, 76.)

Työnohjauksessa tavoitteena on ammattitaidon lisääminen, henkinen ja persoonallinen kasvu sekä työn ongelmatilanteiden hallinta. Työnohjauksessa työntekijää ohjataan löytämään itselle sopiva tapa tehdä työtä. Ohjaus voi olla yksilö- tai ryhmämuotoista ja se on yleensä pitkäkestoinen prosessi. Työnohjaaja on yleensä alalla työskennellyt, kokenut henkilö, jolla on myös työnohjaajan koulutus. (Viitala 2004, 205-206.)

Borgman ja Packalén (2002) ovat nähneet työnohjauksen hallinnollisen, opetuksellisen, ja tukea antavan elementin yhdistelmänä. Tässä hallinnollinen elementti tutkii organisaation tavoitteita ja päämääriä ja sitä, miten yksittäinen työntekijä niitä voi edistää. Opetuksellisessa elementissä tähdätään työntekijän tietojen ja taitojen lisääntymiseen ja niiden soveltamiseen käytäntöön. Tukea antavan elementin tarkoituksena on mahdollisuus jakaa kokemuksiaan toisten kanssa, tässä yhteydessä vuorovaikutus toimii itsetuntoa vahvistavana elementtinä. Työnohjaustapahtumassa ovat aina nämä elementit läsnä, eri painotuksin. Nuori työntekijä tarvitsee enemmän tukea ja opetusta, kun taas kokeneempi voi pohtia enemmän hallinnollisen elementin sisältöjä. (Borgman & Packalén 2002, 63-64.)

Työnohjaus voi painottua asiakkaan ongelmaan, työntekijän omaan persoonaan tai työyhteisöön. Työnohjaus ei kuitenkaan ole terapiaa, konsultaatiota tai työjohtoa. (Borgman & Packalén 2002, 68.)

2.7.3 Opiskelu ja koulutus

Koulutus on keskeinen kehittämisen keino. Yleisin tapa kouluttaa henkilöstöä on yritysten itse järjestämät koulutukset tai yritysten hankkimat ulkopuoliset kouluttajat. Tutkimusten mukaan kuitenkin koulutusten mukanaan tuomat muutokset ovat vähäisiä. (Viitala 2004, 203-204.)

Erilaisilla koulutuksilla voidaan lisätä osaamisia. Riitta Vanhasen tutkimuksessa todettiin, että sisäinen koulutus koettiin hieman ulkoista koulutusta merkityksellisemmäksi. Sisäisellä koulutuksella saadaan muutokset juurrutettua paremmin kuin sillä, että muutama työntekijä lähetetään ulkoiseen koulutukseen. Tilastokeskuksen aikuiskoulutustutkimuksessa selvisi, että tehokkaimmaksi koulutukseksi koettiin omaehtoinen opiskelu. (Vanhanen 2008, 33; Viitala 2004, 204.)

Jotta uusi käytäntö saadaan implementoitua organisaation toimintaan, tulee ensin olla tarjolla opetusta kyseisen tiedon käytöstä. Sen jälkeen haetaan palautetta tiedon käytön onnistumisesta tai virheistä. Ongelma tiedon leviämässä ja käyttöönotossa on se, että ihmisillä on taipumus jatkaa toimintaansa entisenlaisena, koska se on tuttua. Uuden tiedon hyväksymistä estää myös se, että entinen toiminta nähtäisiin silloin ei-toimivana. Tiedon diffuusiota helpottaa kii-reettämyys ja mahdollisuus kouluttautua muutenkin kuin sisäisellä koulutuksella sekä asiantuntemuksen lisääminen organisaatiossa. (Miller 2006, 30-31.) Petri Virtanen näkee, että uuden oppiminen vaatii vanhojen ajatuskaavojen muuttamista ja poisoppimista vanhasta. Tätä oppimista edistää yksilön oma oppimis-motivaatio ja työorganisaation koulutusmyönteisyys. (Virtanen 2005, 169.)

2.7.4 Laajenevat työ- ja vastuutehtävät

Työntekijälle voidaan antaa erityistehtäviä vastuulleen. Erityistehtävät laajentavat työntekijän osaamista ja vahvistavat hänen kokonaisnäkemystään työstä ja organisaatiosta. Erityistehtävät voivat liittyä esimerkiksi organisaation kehittämiseen. Myös koulutus tai perehdyttäminen ovat erityistehtäviä. (Viitala 2004, 202; Hätönen 2011, 100.)

2.7.5 Kehittymistä tukeva työkuulttuuri

Kehittymistä tukeva työkuulttuuri on esimerkiksi kehityskeskusteluiden, osaamiskartoitusten, kehityssuunnitelmien ym. Suorittamista, ja työkykyä ylläpitävää toimintaa (Hätönen 2011, 58). Jatkuvan parantamisen kuulttuuri tukee kehittymistä. Jatkuva parantaminen perustuu myönteiseen suhtautumiseen, joka ohjaa yritystä jatkuvaan arviointiin ja kehittämiseen. Tämän tavoitteena on saada kehittävä toiminta jatkuvaksi ja itsestään selväksi osaksi yrityksen kaikkea toimintaa. (Viitala, 2004, 206).

Squires ym. (2007) tutkivat näyttöön perustuvien toimintojen implementointia päihdehuoltoyritysten toimintaan. Tutkimuksessa huomattiin, että organisaatiot, joissa johto oli hyvin muutoksen tukena ja vaihtuvuus organisaatiossa pientä, olivat myönteisempiä muutokselle. Parhaimpana apuna näyttöön perustuvien toimintojen implementoinnissa nähtiin perehdyttävät taitojenhiomis- koulutustilaisuudet. (Squires 2007, 294-298.)

Condon ym. (2007) esittelevät artikkelissaan National Institute on Drug Abuse:n (NIDA) luoman, 2001 alkaneen kokeilun 'Blending Initiative', jossa addiktion tutkijat, hoidon tuottajat, ja päättäjät yhdistivät tietonsa, taitonsa ja resurssinsa muodostaakseen eri sidosryhmien yhteisen prosessin näyttöön perustuvien toimintojen implementoimiseksi päihdetyön käytäntöön. Tämän perustana on käytetty innovaatioiden diffuusion teorian kehittäjän, Everett Rogersin ajattelua. Tässä innovaatioiden diffuusio nähdään sosiaalisena prosessina, joka virtaa läpi interpersoonallisen verkoston. Innovaatioiden omaksumiseen ja implementointiin vaikuttavat verkostojen mielipidevaikuttajat. Lopulliset innovaation käyttäjät osallistuvat aktiivisesti omaksumiseen ja implementointiin ja usein muokkaavat innovaatiota omiin kykyihin ja tarpeisiin paremmin sopivaksi. (Condon 2007, 157.)

Samassa artikkelissa huomautettiin myös, että näyttöön perustuvien toimintojen implementointi vaatii muutoshalukkuutta. Muutosta kuitenkin usein vastustetaan, josta seuraa esteitä innovaation omaksumiselle. Yksilöiden ja organisaatioiden muutoshalukkuutta voidaan arvioida ja edistää. Tällöin muutosproses-

sisä otetaan huomioon yksilöiden tunteet, asenteet ja uskomukset muutosta kohtaan. (Condon 2007, 159.)

Marc Lemire ym. (2012) ovat artikkelissaan esitelleet luomansa mallin siihen, miten sisällyttää suorituskyvyn mittaaminen ja tiedottaminen terveydenhuolto-organisaatioiden jatkuvan parantamisen ohjelmiin. Malli oli rajoitettu tiedon levittämiseen ja sen käyttöönottoon organisaatiossa. Artikkelissa korostettiin, ettei pelkkä tiedon levittäminen auttanut, vaan monet tekijät vaikuttivat onnistuneeseen tulokseen. Organisaatiot, jotka arvostivat kehittymistä, innovaatioita, ja oppimista, onnistuivat implementoinnissa parhaiten. Kun muutokseen ei yhdistynyt kontrollia tai syytöksiä, vaikutti se positiivisesti muuttumishaluun, etenkin jos apuna käytettiin myös erilaisia kannustimia. Tavoitteiden selkeä asettaminen ja niistä tiedottaminen koko henkilöstölle auttaa muutoksen hyväksymisessä. (Lemire 2012, 449, 465-466.)

2.8 Mittaaminen ja seuranta

Millerin tutkimuksessa todettiin, että erityisen tärkeää on seurata, että uutta tietoa sovelletaan myös toiminnan aloittamisen jälkeen oikein: jollei seuranta ole, voivat työntekijät jatkaa toimintaansa kuten aiemminkin, mutta kertoa ja uskoa toimivansa uuden tiedon mukaan. Erilaiset kannustukset ja palkitsemiset ylläpitävät uuden työtavan noudattamista. (Miller 2006, 28.)

Yksi tapa mitata osaamisen kehittymistä on Kaplanin ja Nortonin kehittämä Balanced Scorecard (BSC), tulokortti. Tähän tasapainotettuun mittaristoon voidaan koota koko yrityksen mittaristo. BSC on ohjausväline, joka ilmaisee eri näkökulmien tavoitteiden ja mittarien väliset suhteet niin, että niitä voidaan johtaa ja validoida. Esimerkiksi oppimisen näkökulman tavoitteena voi olla henkilöstön tuottavuuden lisääminen. BSC sisältää neljä ulottuvuutta: asiakasnäkökulman, prosessinäkökulman, innovatiivisuuden ja oppimisen näkökulman, sekä taloudellisen näkökulman. Nämä näkökulmat vaikuttavat toisiinsa, taloudellinen kannattavuus pohjautuu tyytyväisiin asiakkaisiin. Tähän päästään laadukkaalla toiminnalla, jonka edellytyksenä on henkilöstön osaamisen jatkuva kehittyminen.

nen. Osaamisen johtamisessa on kysymys ensisijaisesti innovatiivisuuden ja oppimisen näkökulmasta. (Kirjavainen & Laakso-Manninen 2000, 82-83; Viitala 2004, 175-176.)

Paul Niven kuvaa tuloskortin hyötyjä kirjassaan. Tuloskortti yhdistää eri näkökulmat helposti mielletäväksi ja mitattavaksi kokonaisuudeksi. Yksikään näkökulma yksinään ei anna kokonaiskuvaa yrityksen tilasta. Tuloskortin avulla saa hallittua myös aineetonta pääomaa, esimerkiksi asiakassuhteiden hoitamisen laatutekijöitä sekä yrityksen mainetta. Erityisen tärkeää on strategian hallinta ja toteutus tuloskortin avulla. (Niven 2005, 2-11.)

Niven kuvaa strategian toteuttamisen ongelmiksi neljä esteettä: vision-, ihmisten-, johtamisen- ja resurssin esteet. Vision este on sitä, että vain noin 5 % työntekijöistä ymmärtää strategian ja siten toimii sen mukaan. Ihmisten esteet muodostuvat siitä, että kannustinjärjestelmät organisaatiossa on usein sidottu lyhyen tähtäimen taloudelliseen hyötyyn, eikä strategian toteutumiseen. Johdon esteet muodostuvat siitä, ettei strategiasta keskustella tarpeeksi organisaatioissa vaan pääasiallisena mielenkiinnon kohteena ovat taloudelliset tuotokset. Resurssin este muodostuu siitä, ettei budjettia linkitetä strategiaan. (Niven 2005, 11-12.)

Tuloskortin suunnitteluun Niven ohjaa ottamaan mukaan tiimin, jossa on erilaisia osaamisia esimerkiksi ongelmanratkaisussa ja ainakin yksi ”yhdistäjätyyppi”, jolla on taito työskennellä ja tulla toimeen kaikenlaisten ihmisten kanssa organisaatiossa. Lisäksi tiimillä tulisi olla taito työskennellä sujuvasti konfliktin ilmapiirissä. Parhaimmat ideat saavutetaan yleensä luovan jännittyneisyyden tilassa. (Niven 2005, 44.)

Tuloskortin implementointi käytäntöön on muutos, joten sen käyttöönotto koulutuksessa tulisi ottaa huomioon se, että työntekijät ymmärtävät tuloskortin idean ja alkuperän. Työntekijöille täytyy myydä idea hyvin ja auttaa heitä hyväksymään muutos. Työntekijöiden hyväksynnän saamisessa auttaa menestyksen avainten avaaminen: visio, missio, arvot, strategia, ja muutoksen välttämättömyys. (Niven 2005, 50-51.)

Singaporilaisessa tutkimuksessa muunnettiin tuloskorttia psykoosin hoidon laadun parantamisen välineeksi. Tutkimuksessa asiakkaan näkökulmaa edustavat potilaat, heidän perheensä, terveydenhuoltoalan ammattilaiset, sekä yhteiskunta. Tässä näkökulmassa huomioitiin yleisen tietämyksen lisääminen psykoosista ja sen hoidosta sekä yhteiskunnassa yleensä, että terveydenhuoltoalan ammattilaisissa sekä asiakkaissa ja heidän perheissään. Sisäistä prosessia edustaa palveluohjaus ja systemaattinen arviointi. Palveluohjausta ei ollut Singaporessa psykoosin hoidossa aiemmin toteutettu. Nyt sitä käytettiin, jotta asiakkaan tarpeet tulisivat paremmin kohdatuksi. Systemaattisessa arvioinnissa seurattiin asiakkaan oireita, toimintakykyä, ja tyytyväisyyttä. Innovaatioiden ja oppimisen näkökulmassa toteutettiin koulutuksia henkilöstölle, taloudellisessa näkökulmassa mitattiin hoidon vaikuttavuutta suhteessa sen hintaan. Tutkimuksessa ei käytetty verrokkiryhmää hoidon tulosten arviointiin, mutta mallin käytöllä saatiin positiivisia muutoksia psykoosin toteamisessa ja hoidossa sekä hoidon tehokkuudessa. (Chong 2008, 81-84, 88-90.)

Toinen tapa mitata ja arvioida kehittymisen toteutumista organisaatiossa on auditointi. Auditoinnissa tarkastellaan sovitun menettelytavan mukaisesti sitä, mikä on auditoitavien asioiden reaaliaikainen tila suhteessa dokumentoituun tavoitettiin. (Borgman & Packalen 2002, 126-127).

Organisaatio voidaan pelkistää systeemiteorian mukaisesti systeemiksi, johon panostetaan työvoimaa ja mahdollisesti laitteita tai raaka-aineita (input), tuotantoprosessissa näistä muodostuu palveluita tai tuotteita (output). Tuotantoprosesseja mallinnetaan ja niitä hallitaan erilaisilla johtamisjärjestelmillä, lainsäädännöllä tai laatudokumenteilla. Työntekijöiden tulee tiedostaa nämä säädökset ja työohjeet. (Borgman & Packalén 2002, 127-128.)

Auditointi voi olla joko sisäistä tai ulkoista, riippuen siitä, kuka auditoi. Ulkoinen auditointi tehdään, kun halutaan laadunvarmistukselle virallinen hyväksyntä. Tällöin auditoinnin suorittaa siihen perehtynyt puolueeton taho. Auditointi perehtyy organisaation laatudokumentteihin ja toimintaan. Tarkastuksessa varmistetaan, että toiminta vastaa laatudokumenteissa määritettyä. (Borgman & Packalén 2002, 130.)

Sisäisen auditoinnin suorittaa organisaatioon kuuluva henkilö, joka on perehtynyt organisaation johtamiseen ja laatutoimintaan. Sisäinen auditointi on määritelty esimerkiksi ISO 9001:2000 laatujärjestelmä -standardissa. Itseauditoinnissa arvioidaan itse omaa toimintaa. Se ei välttämättä ole aina objektiivista, mutta on tärkeä oppimisprosessi organisaatiolle. (Borgman & Packalén 2002, 130.)

2.9 Oppiva organisaatio

Oppivalla organisaatiolla tarkoitetaan yhteisöä, joka osaa arvioida ja edistää oppimistaan. Oppivaa organisaatiota ei kehitetä hetkessä, vaan sen kehittymiseen vaikuttavat ajan myötä karttuneet asenteet, sitoumukset, ja johtamisen prosessit. Ensimmäinen askel on oppimiselle suotuisan ympäristön luominen, sitten ajan varaaminen nykyisten käytäntöjen ja tulevaisuuden tarpeiden pohtimiseen ja analysointiin. Henkilöstön oppimisvalmiuksista on tärkeä huolehtia esimerkiksi järjestelmällisen ongelmanratkaisun, kokeilutoiminnan, muilta oppimisen (benchmarking), ja tiedon levittämisen kautta. (Kirjavainen & Laakso-Manninen 2000, 34; Viitala 2004, 191-192.)

Organisaation oppiminen on uusien prosessien ja toimintatapojen käyttöönottoa, ydinosaamisten määrittelyä sekä oppimista tukevien arvojen kehittämistä (Sydänmaalakka 2009, 63). Virtanen (2005) avaa kirjassaan Peter M. Sengen listaamia opinkappaleita, joihin katsoo oppivan organisaation perustuvan: 1) henkilökohtaiseen kehittymiseen, 2) mentaaliin malleihin, eli jatkuvaan reflektointiin uusien haasteiden ja jo opittujen asioiden suhteuttamiseksi, 3) yhteiseen visioon, 4) tiimioppimiseen, ja 5) systeemiajatteluun, eli katseen suuntaamiseen vuorovaikutuksiin ja verkostoihin ja niistä syntyviin toiminnan tavoitteita edistäviin tekijöihin. (Virtanen 2005, 53-54).

Organisaation oppimistyyppit ovat kokemuksesta oppiminen, sopeutuminen, ja ennakointi. Kokemuksista voi oppia neljällä tasolla: ympäristöstä saatujen kokemusten kautta, organisaation ja sen johdon toimenpiteistä saatujen kokemusten kautta, organisaation ja sen johdon ongelmanmäärittelyn, ongelmanratkaisun, kulttuurin ym. Kautta, sekä yhdistelemällä edellisiä kokemuksia ja niiden

perusteella tapahtuvan oppimisen kautta, eli niin sanotun oppimaan oppimisen kautta. Sopeutuminen on toiminnan aikana tapahtuvaa kehittämistä, tarkastelussa on siis toiminnan nykyhetki. Sopeutumisessa arviot, vaistot, ja intuitiiviset kyvyt vaikuttavat toimintaan. Ennakoinnissa on oleellista kyky ymmärtää, identifioida, ja käsitellä toiminnallisella tasolla eroa organisaation tämänhetkisen tilanteen ja tulevaisuuden mahdollisuuksien välillä. Ennakoiva oppiminen on kehittämisaloitteiden luomista jo ennen muutostarvetta. (Viitala 2004, 187.)

Organisaation oppimisessa erilaiset palautejärjestelmät ja palautekulttuuri ovat keskeisiä. Organisaation toiminnasta kerätään monipuolisesti palautetta. Palautteet käsitellään yhdessä ja siitä saadaan aineksia vision, strategian, ja tavoitteiden selkiyttämiseen. Näiden pohjalta taas organisaation ajatus- ja toimintamallien sekä osaamista voidaan kehittää. Palautteiden lisäksi tärkeää on strateginen oppiminen, eli johdon ja henkilöstön kyky lukea heikkoja signaaleja ja uudistua nopeasti. (Sydänmaalakka 2004, 55.)

3 OSAAMISEN KEHITTÄMINEN JA IMPLEMENTOINTI TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIOSSA

Terveydenhuollon organisaatioissa on usein tiettyjä tunnusomaisia piirteitä, jotka on otettava huomioon kehitettäessä osaamista tai uudenlaista tapaa toimia.

Maija Valta on väitöskirjassaan (2013) miettinyt sitä, miksi terveydenhuollon organisaatioissa uusien järjestelmien käyttöönotto eroaa muiden alojen käyttöönotosta. Terveydenhuollolle on ominaista verorahoitteisuus ja voittoa tavoittelemattomuus. Julkinen terveydenhuolto ei ole niin riippuvainen asiakkaista kuin muut toimialat. Lisäksi kysyntä julkisella puolella on suurempaa kuin tarjonta. (Valta 2013, 34.) Kivinen (2008) huomauttaa vielä, että vaikka julkisten palveluiden kysynnässä olisi kasvua, se ei vaikuta millään tavalla rahoitukseen, vaan eri julkisen terveydenhuollon yksiköt kilpailevat samoista resursseista (Kivinen 2008, 81).

Terveydenhuoltoalalla työskennellään elämän ja kuoleman läsnäolon kanssa. Virheitä pelätään, eikä niitä haluta julkisesti ja avoimesti käsitellä. Epävarmuus on työssä usein läsnä ja potilaiden hoitoon eivät aina sovi standardiratkaisut. Terveydenhuollon organisaatiot ovat yleensä byrokraattisia ja hitaasti muuttuvia, vaikka alaa kuvaakin jatkuva muutos. Lisäksi tyypillistä on ammattiryhmien väliset jännitteet sekä asiantuntijaorganisaatio, jossa asiantuntijalla on enemmän tietoa kuin asiakkaalla. Tämä vaikuttaa asiantuntija-asiakassuhteeseen. Lisäksi taloudelliset ja inhimilliset arvot voivat olla ristiriidassa. Terveydenhuoltoalalla rooli ja status määrittyvät ammatin kautta. Roolien muutos on pitkälinen prosessi. Etenkin muutosvaatimuksen tullessa ulkoapäin esimerkiksi projektin muodossa, vastustetaan sitä kovasti. (Valta, 2013, 34-35.)

Perinteinen asiantuntijaorganisaation suhtautuminen asiakkaaseen on kuitenkin muuttumassa ja vaatii myös terveydenhuolto-organisaatioilta uudenlaista ,

asiakaslähtöistä suhtautumista. Asiakaslähtöisessä suhtautumisessa asiakas ei ole toiminnan kohde, vaan asiantuntija omassa asiassaan. (Kivinen 2008, 82-83.)

Uuden toiminnan integroiminen vaatii organisaatiokulttuurin tuntemista. Tähän kuuluvat arvot ja asenteet, jotka viestivät siitä, mikä organisaatiossa on tärkeää. Tärkeäksi voidaan kokea esimerkiksi osaamisen lisääminen tai perinteisten roolien säilyttäminen. Normit ja säännöt taas antavat tietoa siitä, miten organisaatiossa on hyväksyttävää toimia. Normit voivat olla formaalisia tai ei-formaalisia. Formaaliset normit määrittävät esimerkiksi sen, kenellä on lupa jakaa lääkkeitä. Ei-formaaliset taas viestittävät esimerkiksi, kuinka eri ammattiryhmä huomioivat toisensa. (Valta 2013, 35-36.)

Lisäksi kulttuuriin vaikuttaa organisaation ilmapiiri. Ilmapiiri voi sitoa perinteisiin ja rutiineihin tai rohjaista kokeiluihin ja uusiin toimintatapoihin. Myös alakulttuurit vaikuttavat kulttuuriin. Alakulttuurit voivat olla ammattiryhmittäin tai toimintayksiköittäin muotoutuneita. Asiantuntijaorganisaatiossa saattaa alakulttuurina erottua työntekijöiden ja johtotason kulttuurierot. Osaaminen on työntekijätasolla ja joskus valta on enemmän työntekijätasolla kuin johdolla. Terveystieteiden organisaatioissa alakulttuurit ovat usein ammattiryhmittäin jakaantuneet. Lääkärien alakulttuurissa korostuu itsenäisyys, yksilöllisyys, ja eksplisiittiseen, kliiniseen tietoon nojautuminen. Hoitajien alakulttuurissa korostuu yhteisöllisyys ja luottamus auktoriteetteihin. Nykyään työelämässä tarvitaan enemmän kollektiivisia yhteistyön taitoja. (Valta, 2013, 35-36.)

Hyvä organisaatorakenne ehkäisee virheiden ja ongelmien syntymistä. Eri tutkimuksissa on todettu, että työyksiköissä, joissa hoitajat kokivat autonomiaa, henkilöstöresurssit olivat riittävät, ja työntekijöillä oli kokemus työnhallinnasta, pystyttiin henkilöstömäärän ja koulutustason asettamissa rajoissa olla aikaansaavia. Toisaalta tehokkuuden vaatimus organisaatioissa ohjaa työntekijöitä ottamaan erilaisten virheiden ja ongelmien selvittämisen omalle vastuulle. Työntekijällä tavoitteena on saada työt valmiiksi mahdollisimman pian. Tämä kuitenkin johtaa siihen, ettei virheiden ja ongelmien syitä selvitetä, eikä organisaatio opi. (Kinnunen 2010, 7-9.)

Marina Kinnunen on tutkinut virheiden tekemistä, niiden ilmoittamista ja niistä oppimista terveydenhuollon organisaatiossa. Virheitä tapahtuu kaikille, mutta niiden tekeminen ja niistä ilmoittaminen herättää tunteita. Kun omasta tai yksikön tekemästä virheestä ilmoitetaan, koetaan se usein kritiikkinä. (Kinnunen 2010, 95.) Virheiden ilmoittamisen avulla työntekijät halusivat saada palautetta, siirtää vastuuta ja päästä asioihin kiinni ja kyseenalaistaa vallitsevia käytäntöjä. Virheitten käsittelyn nähtiin lisäävän työn laadukkuutta ja turvallisuutta. (Kinnunen 2010, 98-100.)

Virheiden raportointia lisää tutkimuksen mukaan tyytyväisyys työyhteisöön. Työyhteisöissä, joissa työ koettiin vastuulliseksi, työhön oli mahdollisuus vaikuttaa, työyhteisö oli muutosmyönteinen, ja johdolta saatiin tuki virheiden ilmoittamiselle, uskallettiin ilmoittaa virheistä ja käsitellä niitä. (Kinnunen 2010, 90-92.)

4 PSYKIATRINEN HOITOTYÖ JA OSAAMINEN

4.1 Psykiatrisen hoitotyön ammattilaisen perusosaaminen

Toisin kuin somaattisessa hoitotyössä, psykiatrisessa hoitotyössä hoitajan osaaminen on enemmän vuorovaikutteista, omaan persoonaan liittyvää kuin teknistä osaamista. Hoitajan osaaminen voidaan jakaa eri rooleihin: vieras, tiedonantaja, opettaja, johtaja, sijainen, ja ohjaaja. (Punkanen 2003, 175-176.)

Vieraan rooliin kuuluu asiakassuhteen luominen ja luottamuksen rakentaminen. Tiedonantajana hoitaja informoi potilasta hänen terveydentilastaan tai hoidostaan. Opettajana hoitaja haastattelee potilasta ja arvioi, minkälaista tietoa ja miten paljon potilas kykenee käsittelemään. Johtajana hoitaja auttaa potilasta suoriutumaan tehtävistään sekä rohkaisee ja aktivoi potilasta. Sijaisena hoitaja ottaa vastaan potilaan aktivoituneita transferenssitunteita. Ohjaajana hoitaja auttaa potilasta ymmärtämään kokemuksiaan ja liittämään ne osaksi omaa elämäänsä. (Punkanen 2003, 176-177.)

Seuraavaksi esittelen edellä mainittuja rooleja osaamisalueiden kautta.

4.1.1 Vieraan rooli

Vieraan roolissa tärkeää on kyky luoda luottamuksellinen suhde potilaaseen ja haastattelutaidot, jotta kaikki tarpeellinen tieto saadaan kerättyä. (Punkanen 2003, 174; Harrison ym. 2004, 10.)

Luottamuksellinen yhteistyösuhde perustuu tasavertaisuuteen. Hoitaja saa asiantuntijuutensa ammattinsa puolesta, potilas siitä, että pystyy itse parhaiten kertomaan elämästään. Lisäksi luottamusta parantaa aktiivinen kuuntelu. Tässä tärkeää on kuunnella sen ohella, mitä potilas sanoo, myös se, miten hän sen sanoo. Lisäksi asiakkaan puhetta heijastetaan takaisin ja siitä tehdään yhteen-vetoja. (Hakanen 2011, 16-17.)

Hyvä alkuhaastattelu on koko hoitosuhteen perusta. **Haastattelua** on kolmea tyyppiä: spesifinen haastattelu, jossa käytetään suljettuja kysymyksiä ja halutaan selvittää vain tiettyjä yksityiskohtia. Valikoivassa haastattelussa käytetään johdattelevia kysymyksiä, koska tarkoituksena on selvittää tiettyjen oireiden esiintyvyyttä. Laajassa haastattelussa käytetään avoimia kysymyksiä, tarkoituksena on selvittää koko toimintakykyä. (Harrison ym. 2004, 11.)

Haastattelun kautta arvioidaan potilaan oireita biologisen, psykologisen ja sosiaalisen näkökulman kautta. Esimerkiksi fyysisellä puolella arvioidaan unta ja aktiivisuutta, psykologisella puolella mielialaa, ajatuksia ja psykiatristen häiriöiden oireita sekä sosiaalisella puolella verkoston tukea. (Harrison ym. 2004, 13.)

Lisäksi haastattelulla arvioidaan riskejä ja edellisten hoitotoimenpiteiden vaikutuksia. Riskin arvioinnilla tarkoitetaan tässä riskiä itsetuhoisuudelle ja suuicidaalisuudelle sekä väkivaltaiselle käyttäytymiselle. Aiempien hoitotoimenpiteiden arvioinnilla tarkoitetaan tässä aikaisempien hoitojen läpikäymistä, niiden tehoa, ja potilaalle jäänyttä kokemusta niistä. Lisäksi käydään läpi näihin hoitotoimenpiteisiin liittyneet lääkityskokeilut ja niiden tehoa, sekä potilaan nykyinen lääkitys. (Harrison ym. 2004, 14.)

4.1.2 Tiedonantajan ja opettajan rooli

Tiedonantajan roolissa on tärkeää hoitajan oma tietämys eri psykiatrisista häiriöistä ja niiden oireistosta sekä kyky etsiä uutta tutkimustietoa häiriöistä ja hoitomuodoista. Opettajan roolissa tärkeää on antaa tätä tietoa potilaalle psykoedukaation muodossa.

Psykoedukaatio on opetuksellinen ja psykoterapeuttinen menetelmä, jossa potilaalle tarjotaan tietoa hänen sairaudestaan ja sen hoidosta sekä edistetään tiedon avulla sairauden kanssa selviämistä. Menetelmällä pyritään parantamaan potilaan ymmärrystä sairaudestaan ja lisäämään hoitomyöntyvyyttä, mutta myös antamaan emotionaalista huojennusta potilaalle ja hänen läheisilleen. Psykoedukaatio menetelmänä jakautuu useisiin työtapoihin, joihin liittyy tiedon

jakaminen, ymmärryksen ja hallinnan lisääminen, sekä muutoksen mahdollistaminen. (Kieseppä & Oksanen 2013.)

Psykoedukaatiota menetelmänä on tutkittu paljon ja sen on todettu auttavan muun muassa kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön (Viorello ym. 2014, 291), ylimitoitettuun huolehtimiseen (Dash ym. 2014, 126), ikääntyneillä lisäämään tyytyväisyyttä elämään (Tambağ & Öz 2013, 742) ja yhdistettynä kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan kaksisuuntaisen mielialahäiriön ylläpitohoitoon (Zaretsky ym. 2008, 441).

Lisäksi tiedonantajan ja opettajan roolissa on tärkeää se, että ylläpitää osaamistaan ja etsii uutta tutkittua tietoa oman ammatillisen kehityksen tukemiseksi.

Näyttöön perustuvalla toiminnalla tarkoitetaan sitä, että yhdistetään tieteellinen tutkimus kliiniseen asiantuntemukseen sekä potilaan tarpeisiin. Nämä kolme näkökulmaa yhdessä vaikuttavat päätöksentekoon hoitotyössä. Tarkoituksena on saavuttaa laadukasta ja kustannustehokasta hoitoa potilaille ja heidän läheisilleen. (Burns & Grove 2011, 4; Fineout-Overholt ym. 2005, 336.)

Näyttöön perustuvan toiminnan prosessi alkaa kysymyksillä. Tässä käytetään PICO mallia, jossa P = potilas tai populaatio, I = interventio, C = vertailu, ja O = tulos. Tämän kysymysmallin avulla etsitään parasta mahdollista näyttöä kyseiseen ongelmaan. Tämän jälkeen arvioidaan näytön vahvuus ja tuloksen käytettävyys. Mikäli tulos otetaan käyttöön, arvioidaan sen toimivuutta. (Fineout-Overholt ym. 2005, 336-340.)

4.1.3 Johtajan rooli

Mielenterveysongelmissa on melko suuri riski vakavaan toimintakyvyn ja elämän laadun laskuun. Toimintakyvyn mielenterveyshäiriöissä vaikuttaa toimintaympäristö, joka joko tukee tai heikentää toimintakykyä. Lisäksi siihen vaikuttavat potilaan selviytymiskeinot ja subjektiiviset kokemukset tilanteista. Eri häiriöt vaikuttavat toimintakykyyn eri tavoin. Tästä syystä on hyvä tietää, miten eri häiriöt toimivat. (Tuisku, K. ym. 2011, 2.)

Toimintakyvyn ylläpitämisessä tärkeää on jäljellä olevan toimintakyvyn käyttäminen (HUS). Potilaan tulee saada tietoa ja ohjausta toimintakyvystä ja sen vaikutuksesta mielenterveyteen. Esimerkiksi masennuksen hoidossa jo vähäinen liikunnan lisääminen vaikuttaa masennusoireita lieventävästi. (Pylvänäinen ym. 2011, 22.)

4.1.4 Sijaisen ja ohjaajan rooli

Sijaisen ja ohjaajan roolissa korostuu keskustelun ja psyykkisen ohjaamisen merkitys.

Jotta hoitajalla on mahdollisuus luoda terapeutin suhde potilaaseen, tulee suhteen olla luottamuksellinen. Tätä kutsutaan terapeutin allianssin luomiseksi. Luottamuksellisen suhteen rakentamiseksi tulee hoitajan olla lämmin, empaattinen, ja aito. Potilaalle tulee antaa mahdollisimman paljon tietoa siitä, mitä hoitosuhteessa tapahtuu ja samalla potilaan sairaudesta. Mitä paremmin potilas yhdessä hoitajan kanssa pääsee sopimaan hoidon tavoitteista, sitä parempi yhteistyösuhde rakentuu. (Kuusinen 2011, 39-40.)

Terapeutin hoitosuhteeseen kuuluu ihmettelevä asenne. Kognitiivisessa terapiassa tätä ilmentää **sokraattisen dialogin** käyttö. Tällä menetelmällä potilas johdatellaan tutkimaan oletuksiaan ja peruskäsityksiään, jotka vaikuttavat hänen ajattelunsa taustalla. (Kuusinen 2011, 40.)

Lisäksi hoitosuhteeseen kuuluu **transferenssin seuraaminen ja konfrontointi**. Transferenssi, tunteensiirto, on kaikkeen vuorovaikutukseen kuuluva ilmiö. Transferenssilla tarkoitetaan sitä, että omia lapsuudenajan tärkeisiin ihmisiin kohdistuneita toiveita, odotuksia, kokemuksia, ja asenteita, liitetään alitajuisesti nykypäivän tilanteisiin ja ihmissuhteisiin. Transferenssia seuraamalla saadaan potilaasta tietoa, jota muuta kautta ei saataisi. Konfrontaatiolla taas tarkoitetaan osoittamista: potilaan huomio kiinnitetään asioihin, jotka hän jollain tasolla kieltää tai torjuu. (Sievers 2013, 15, 18.)

Terapeuttinen empaattisuus ei ole tavanomaista myötätuntoa, vaan muodostuu aktiivisesta kuuntelusta ja validoinnista. Tämä muodostaa potilaalle kokemuksen hyväksytyksi tulemisesta ja antaa korjaavan kokemuksen vuorovaikutuksesta. (Kuusinen 2011, 42.)

Yhteistyösuhteessa tapahtuu usein muutoksen vastustusta. Useimmat potilaat hakeutuvat omasta halustaan hoitoon, mutta vastustusta esiintyy näissäkin hoitosuhteissa. Tämä johtuu siitä, että ihmisen mieli pyrkii pitämään mahdollisimman hyvän tasapainon: oireen muodostus saattaa olla paras keino pitää mieli tasapainossa tietyllä hetkellä. (Sievers 2013, 17.) Ongelmat hoitosuhteessa, joita kutsutaan myös allianssikatkoksiksi, jakautuvat erimielisyyksiin tavoitteista ja yhteistyösuhteen ongelmiin. Katkokset tulevat joko suoraan tai epäsuoraan ilmaistuna. Hoitajan tehtävä on **seurata ja huomioida näitä katkoksia** ja nostaa ne käsittelyyn. (Safran & Muran 2000, 15-16.)

Potilaan muutosvalmiutta voidaan seurata Prochaschan ja DiClementen luoman muutosvaihemallin avulla. Muutosvaihemalli näkee muutoksen enemmänkin prosessina, kuin yksittäisenä tapahtumana. Tässä prosessissa muutos jaetaan viiteen vaiheeseen:

1. Esiharkintavaihe: Tässä vaiheessa henkilö ei aio muuttua. Hän ei ole saanut tarpeeksi tietoa ongelmiansa seurauksista tai kokee, ettei ole kykenevä muuttamaan.
2. Harkintavaihe: Tässä vaiheessa on aikomus muuttaa oireellista toimintaa. Henkilö on tässä tietoinen muutoksen hyödyistä, mutta myös hyvin tietoinen sen haitoista. Tämä johtaa ambivalenssiin, josta syystä tässä vaiheessa usein pysytään kauan.
3. Valmisteluvaihe: Tässä vaiheessa henkilöllä on aikomus tarttua muutokseen. Hänellä on usein suunnitelma, jolla aikoo muutosta viedä eteenpäin.
4. Toimintavaihe: Tässä vaiheessa henkilö toimii muutoksen saamisen eteen.
5. Ylläpitovaihe: Tässä vaiheessa henkilö ylläpitää muutosta ja ehkäisee oireiden uudelleen alkamista. Tässä vaiheessa ei kuitenkaan ole niin suuri vaara oireenmuodostukselle, kuin toimintavaiheessa. (Prochaska 2008, 60-61.)

Potilasta autetaan etenemään muutoksen vaiheissa **motivoivan haastattelun** avulla. Motivoivaa haastattelua (MI) on käytetty paljon päihdetyössä, mutta se sopii kaikenlaisen motivaation rakentamiseen. MI:n tarkoituksena on vahvistaa sisäistä motivaatiota ja muuttaa haitallista toimintaa. Työskentelyssä tavoitellaan motivaation syntymistä ja sen ylläpitämistä. Motivoiva kohtaaminen on kunnioittamista, välittämistä, ja myötätuntoa. Työskentelyssä tutkitaan asiakkaan ristiriitaista tilannetta avoimien kysymysten, yhteenvetojen ja voimaannuttavan palautteen avulla. Tärkeää on väittelyn välttäminen ja vastustuksen myötäily. Asiakkaan omaa pystyvyyden tunnetta vahvistetaan ja tutkitaan hallinnan ja selviytymisen keinoja. (Salo-Chydenius 2011.)

Motivoivan haastattelun käyttö lisää asiakkaan muutos- ja sitoutumispuhetta ja ennustaa näin positiivista lopputulosta. Työtapa toimii erityisen hyvin hoidon alkuvaiheessa, erityisesti vihaisten ja vastustavien asiakkaiden kanssa. (Salo-Chydenius 2011.)

Tässä projektissa terapeuttiseksi lähtökohdaksi valittiin kognitiivinen näkökulma. Kognitiivisen terapian menetelmät sopivat hyvin ikääntyvien ihmisten hoitoon. Syynä tähän on, että tämä suuntaus keskittyy työskentelemään ja hakemaan ratkaisuja nykyhetkessä, se tukee selviytymistä, siihen liittyy psykoedukatiivinen ote, ja tavoitteet ovat selkeitä ja realistisia. (Juhela 2011, 396.)

Kognitiivisen terapian menetelmiin kuuluu aiemmin esitellyn sokraattisen dialogin lisäksi käsitteellistäminen, joka voi olla suppea tai laaja. Suppeaan käsitteellistämiseen kuuluu oirekehän läpikäyminen. **Oirekehä** koostuu ajatuksista, mielialasta, käyttäytymisestä, ja fyysisistä tuntemuksista, jotka kaikki liittyvät toisiinsa ja vahvistavat ongelmaa. (Karila & Holmberg 2011, 80-81.)

Käsitteellistäminen toimii työoletuksena sille, mistä ongelmissa on kyse. Tämä auttaa asiakasta jäsentämään häiriötään, ja osaltaan vähentää hänen kokeamaansa kaaosta. (Karila & Holmberg 2011, 50.)

Laajassa **käsitteellistämisessä** nimetään asiakkaan oireet ja ongelmat, tunnistetaan niiden taustalla olevat uskomukset, ja tunnistetaan oireita edeltävät tai laukaisevat elämäntilanteet. Lisäksi kartoitetaan uskomusten tausta, koska ne

pohjautuvat varhaisiin kokemuksiin. Kognitiivis-behavioraalisisessa käsitteellistämässä on tärkeää, että huomio keskittyy ilmiäkäyttämiseen. Hoidon onnistumista voidaan arvioida havainnoimalla muutoksia, joita ongelman ilmetessä on todettavissa. Näiden pohjalta laaditaan hoitosuunnitelma ja kartoitetaan mahdolliset hoidon esteet. (Karila & Holmberg 2011, 53.)

Muita kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä ovat altistus- ja rentoutumisharjoitukset, mielikuvatyöskentely ja muut kokemukselliset työtavat, vaihtoehtojen tarkastelu, sekä itsehavainnointi (Karila & Holmberg 2011, 67-69).

Altistusharjoituksissa potilasta autetaan ja rohkaistaan kohtaamaan hänen välttämänsä ajatukset, tunteet, fysiologiset tuntemukset tai tilanteet. Tarkoituksena on vähentää tai poistaa välttämisen kielteisiä seurauksia. **Rentoutus- ja mindfulness-harjoitukset** ovat hyviä etenkin stressaantuneille, jännittyneille tai niille, joilla on vaikea olla paikoillaan ja sietää tunnemyllerrystä. (Karila & Holmberg 2011, 67.)

Mielikuvatyöskentelyllä voidaan aktivoida ongelmallisia kokemuksia. Muilla **kokemuksellisilla työtavoilla**, kuten valokuvien käytöllä, voi potilas kuvata kokemuksiaan ja tunteitaan. (Karila & Holmberg 2011, 68-69.)

Vaihtoehtojen tarkastelu tarkoittaa sitä, että hoitaja auttaa potilasta analysoimaan vaihtoehtojen eduista ja haitoista. **Itsehavainnointi** on olennainen kognitiivinen työtapo. Potilas saa usein välitehtävikseen erilaisia itsehavainnointiin perustuvia tehtäviä. (Karila & Holmberh 2011, 69.)

4.2 Psykiatrinen hoitotyö erikoissairaanhoidossa

Erikoissairaanhoidossa olennaista on, että koko henkilöstö tuntee **lainsäädännön**. Psykiatrissa erikoissairaanhoitoa koskee mielenterveyslaki, jossa muun muassa eritellään pakkohoidon kriteerit sekä rajoittamisen säännökset. Lisäksi sitä koskee laki potilaan asemasta ja oikeuksista, erikoissairaanhoitolaki, päihdehuoltolaki, lastensuojelulaki sekä laki rajat ylittävstä terveydenhuollosta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

Psykiatrisessa sairaanhoidossa korostuu potilaan **havainnoinnin**, eli observoinnin, merkitys. Havainnointi voi olla toiminnan, ajatusten, fyysisten oireiden, ja sosiaalisen toimintakyvyn havainnointia. (Harrison ym. 2004, 16.)

Toimintaa havainnoidessa on tärkeää kuvata tarkasti toimintaa, yrittämättä tulkita sitä, koska tulkinta saadaan vain potilaalta kysymällä. Esimerkiksi potilas voi vaikuttaa siltä, että kuulee ääniä, mutta asia selviää vasta häneltä kysymällä. Toimintaa havainnoidessa seurataan toiminnan toistuvuutta, kestoa, intensiteettiä, ja latenssia. Intensiteetillä tarkoitetaan esimerkiksi vihan ilmaisun tasoa, latenssilla esimerkiksi aikaa sänkyyn menon ja nukahtamisen välillä. (Harrison ym. 2004, 16, 22.)

Ajatusten havainnointi tapahtuu keskustelun ja potilaan itsehavainnoinnin kautta. Itsehavainnoinnin apuna voidaan käyttää esimerkiksi ajatuspäiväkirjaa. Toimintaa havainnoimalla voidaan päätellä, että potilaan ajatukset ovat surullisia tai ahdistuneita, mutta tarkemmin niistä ei näin saa selkoa. Fyysisten oireiden havainnoinnilla tarkoitetaan esimerkiksi kipukokemusten, aktiivisuuden, unen, ja esimerkiksi verenpaineen ja pulssin seuranta. Sosiaalisen toimintakyvyn havainnoinnilla tarkoitetaan potilaan kykyä liittyä ja suorittaa erilaisia aktiviteetteja. Havainnoinnista raportointi tulee olla tarkkaa ja sen tulee kuvata yksityiskohtaisesti tilannetta, jättäen pois hoitajan omat tulkinnat tilanteesta. (Harrison ym. 2004, 17-18, 22.)

Psykiatrisessa erikoissairanhoidossa mukaan tulee useimmiten myös **lääkehoito**. Hoitajan osaamiseen kuuluu lääkehoidon sivuoireiden seuraaminen ja tiedon hankkiminen potilaalle lääkkeistä (Harrison ym. 2004, 230-231). Lääkehoidon koulutuksen saaneille hoitajalle kuuluu lääkehoidon toteuttamisen vastuu, lääkepoikkeamista raportoiminen sekä lääkehuollon ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen. Lääkehoidon toteuttamisella tarkoitetaan lääkkeiden tilaamista, jakamista ja antamista potilaalle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 45, 49.)

5 GEROPSYKIATRISEN HOITOTYÖN ERITYISPIIRTEET

5.1 Ikääntymiseen liittyvien muutosten tunteminen

Normaaliin vanhenemiseen liittyy tapahtumia ja muutoksia, joista voi muotoutua kriisejä.

Vanheneminen voi olla hankalaa, koska yhteiskunnassa nuoruudesta on muotoutunut ainoa ikäkausi, joka hyväksytään. Harva ikääntyvä kokee olevansa vanhus, vanhuus mielletään kielteiseksi, eikä sen halua koskevan itseä. (Juhela 2011, 399-400.)

Vanhenemiseen kuuluu mahdollisesti isovanhemmaksi tuleminen, eläkkeelle jääminen, lähiverkostossa tapahtuvat menetykset, omien vanhempien kuolemat, mahdollisesti puolison menettäminen, ja oman kuoleman läheisyys. Muutoksien kanssa on tultava toimeen. Mikäli ikääntyvän sopeutumiskyky ei ole riittävä, voivat pienetkin kriisit johtaa psyykkiseen oireiluun. (Juhela 2011, 400.)

Eläkkeelle jääminen voi olla joko positiivinen, odotettu asia tai luopumiskokemus. Molemmissa tapauksissa se voi vaikuttaa ikääntyvän arkeen: työrutiinit- ja kaverit jäävät elämästä pois. Vapautuvan ajan voi täyttää itsensä toteuttamisella, mutta se voi myös tuoda merkityksettömyyden kokemuksen. Joskus tyhjyyttä aletaan täyttää esimerkiksi alkoholilla tai se voi johtaa masennukseen. (Juhela 2011, 400-401.)

Isovanhemmuus on monille mukava ja odotettu tapahtuma. Joskus lastenlapset voivat viedä liikaa ikääntyvien aikaa. Isovanhemmat voivat luopua kaikista omista harrastuksistaan omistautuakseen lastenlasten hoidolle. Usein tällöin lastenlasten kasvaminen ja itsenäistyminen voi laukaista uuden kriisin. (Juhela 2011, 401.)

5.2 Somatiikan vaikutus ikääntyvän psyykeen

Ikääntymisen muutokset kehossa ilmaantuvat vähitellen. Usein liikkuminen hidastuu ja kömpelöityy, ihoon ilmaantuu ryppyjä, ja tukka harmaantuu. Aistit heikkenevät: näkö ja kuulo usein huononevat. Joskus näihin muutoksiin sopeutuminen on vaikeaa. Esimerkiksi kuulon heikkenemisen tunnustaminen voi olla vaikeaa ja joskus se voi johtaa virheellisiin arvioihin esimerkiksi dementiasairaudesta. (Juhela 2011, 399-400.)

Ikääntyessä sairaudet yleistyvät ja omat kyvyt ja jaksaminen vähenevät ja yleensä johtavat siihen, että ikääntyvä joutuu turvautumaan toisten apuun. Kun ikääntyvä hyväksyy oman avun tarpeen ja ottaa apua vastaan, voivat he kuntoutua melko omatoimisiksi. Roolimuutokset hoivanantajasta hoivattavaksi voivat olla vaikeita ja monimutkaisia prosesseja, joihin vaikuttavat perheen kiintymyssuhteet ja rakenteiden joustavuus. (Juhela 2011, 401-402.)

John Bolwbyn kehittämä kiintymyssuhdeteoria ulottuu myös vanhuuteen. Teoriaa on sovellettu vähän keski-ian jälkeiseen elämänvaiheeseen, mutta ikääntymisen myötä avuttomuus ja turvattomuus lisääntyvät, jolloin kiintymyssuhdeteorian merkitys taas korostuu. Kiintymyssuhdemalli vanhuudessa vaikuttaa siihen, millä tavoin pyytää ja ottaa vastaan apua. (Juhela 2011, 402.)

Somatiikka vaikuttaa avuntarpeen lisääntymisen lisäksi myös suoranaisesti vanhuksen psyykeen. Kehon muutosten myötä nestetasapainon häiriöt tai erilaiset tulehdukset saattavat johtaa sekavuustilaan, joka paranee somaattisen syyn hoidolla. Sekavuustilan toteaminen voi joskus olla haastavaa, koska vanhuksilla siihen ei aina liity aggressiivisuutta eikä hallusinaatioita. Sekavuustila voidaan myös helposti sekoittaa dementiaan, depression tai akuuttiin funktionaaliseen psykoosiin. (Strandberg 2013.)

5.3 Ikääntyneiden psyykkiset häiriöt

Psyykkiset häiriöt ovat melko tavallisia ikääntyvillä. Keskivaikeaa tai sitä vaikeampaa masennusta esiintyy jopa 10 %:lla vanhuksista, joidenkin tutkimusten mukaan laitoksissa asuvilla vanhuksilla jopa 40 %:lla. Tavallisia ovat myös ahdistus- ja pelkotilat, usein näihin liittyy pelko somaattisista sairauksista. Myös harhaluuloisuutta esiintyy paljon. Alkoholiongelmien kasvu ikääntyvillä ja ongelman laajuus oletettavasti kasvaa vastedeskin. Itsemurhia ikääntyneet tekevät harvemmin kuin nuoremmat. (Juhela 2011, 397.)

Psykiatrista hoitoa tarvitsevat myös kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat. Usein sairaus puhkeaa jo nuorena, mutta muutamilla sairaus saattaa aktivoitua vasta yli 70-vuotiaana. Samoin skitsofreniapotilaat tarvitsevat usein psykiatrista hoitoa vielä ikääntyneenäkin. Skitsofreniaa sairastavien eliniän odote on ollut 15-20 vuotta lyhempi kuin muun väestön, mutta nykyään nuorenakin sairastuneet elävät entistä vanhemmiksi. Skitsofrenia voi puhjeta myös hyvin myöhäisessä vaiheessa, noin 3 % vanhuusiän skitsofreniaa sairastavista on sairastunut vasta yli 60-vuotiaana. Lisäksi melko yleinen ikääntyneillä on harhaluuloisuushäiriö. (Leinonen & Alanen 2011, 371.)

Ikääntyneillä sairaudet voivat myös näyttäytyä eri tavoin: masennus vie ikääntyneellä toimintakyvyn helposti ja muuttuu useasti psykoottiseksi, skitsofreniassa toimintakyvyn ja kognitioiden heikkeneminen ovat tavallisia, samoin negatiiviset oireet. Hoidon tavoitteena onkin usein toimintakyvyn palauttaminen ja ylläpitäminen sekä ennenaikaisen laitoshoidon ehkäisy. (Leinonen & Alanen 2011, 371-372.)

5.4 Muistisairaudet

Vanhuspsykiatriassa työskentelevillä on oltava kattava osaaminen muistihäiriöistä, koska ne ovat ikääntyvillä melko yleisiä ja niihin liittyy usein psykiatrisia oireita, kuten masennusta, apatiaa, levottomuutta, ja psykoottisuutta. (Leinonen & Alanen 2011, 371.)

Muistihäiriöt eli dementiat määritellään oireyhtymiksi, joille yhteistä on muistin ja älykkyyttä vaativien toimintojen (esim. orientaatio, ajattelu, ongelmanratkaisu, toiminnanohjaus, kieli) heikkeneminen. Näiden lisäksi dementioihin kuuluu muutokset käyttäytymisessä ja persoonassa, kuten aloitekyvyn väheneminen, tunteiden heittäminen, ärtyneisyys, ja sosiaalisen käyttäytymisen kömpelöityminen. (Marcusson 2003, 10.)

Tyypillisimpiä dementiasairauksia ovat Alzheimerin tauti, vaskulaaridementia, frontotemporaarinen dementia, Lewyn kappale tauti, Parkinsonin tautiin liittyvät dementiat, ja Wernicke-Korsakowin oireyhtymä. (Marcusson 2003, 13, 71, 83; Muistihäiriöt: Käypä hoito-suositus 2010.)

Alzheimerin tauti alkaa vähitellen. Yleensä ensimmäinen oire on lievä kognitiivinen heikentyminen, jossa muistissa alkaa olla pientä häiriötä, mutta se ei vielä vaikuta päivittäisistä toiminnoista selviämiseen. Tässä vaiheessa potilas itse huomaa muistiongelmia ja saattaa olla niistä huolissaan. (Marcusson 2003, 32-33.)

Varsinainen dementia alkaa lievällä vaiheella, tällöin muistin heikkeneminen tuottaa jo ongelmia, myös muussa aivotoiminnassa alkaa esiintyä poikkeuksia. Potilaalla on siis vaikeuksia itse ajattelun, puheen tuottamisen, ja ajattelua vaativien toimintojen kanssa. Potilas on tietoinen ongelmistaan, mikä voi aiheuttaa huonommuudentunteita. Potilaalla voi myös esiintyä levottomuutta, huolestuneisuutta ja ärtyneisyyttä. (Marcusson 2003, 33-34.)

Toisessa ja kolmannessa vaiheessa potilaan muisti huononee entisestään, samoin jo opitut taidot vähitellen häviävät. Potilaan persoonallisuus usein myös muuttuu samalla, kun sairautentunto häviää. (Marcusson 2003, 34-35.)

Psyykkisinä oireina Alzheimerin taudissa on masennus, joka voi aktivoitua sairauden kaikissa vaiheissa. Hallusinaatiot kuuluvat yleensä sairauden viimeisiin vaiheisiin. Käyttäytymisoireina esiintyy mm. ärtyneisyyttä, aggressiivisuutta, ja levottomuutta. (Marcusson 2003, 35.)

Vaskulaaridementia liittyy aivoverenkierron häiriöihin. Vaskulaaridementialle tyypillistä on toiminnan ohjauksen heikentyminen jo sairauden alkuvaiheessa. Lisäksi tyypillisiä on persoonallisuuden- ja tunne-elämän muutokset sekä kävelyvaikeudet. (Muistihäiriöt: Käypä hoito –suositus 2010.)

Frontotemporaali dementia tulkitaan usein sairauden alkuvaiheessa psykiseksi sairaudeksi. Usein oireina tällöin on ärtyneisyys ja vähentynyt empatia. Potilaan hankaluudet sosiaalisissa tilanteissa vaikeuttavat elämässä selviytymistä. Usein sairauden tilan kuuluu pakonomainen fraasien tai toimintojen toistaminen. Myös psyykkiset oireet ovat tavallisia, tyypillisiä ovat masennus, levottomuus, tunnekylläisyys, ja psykoottiset oireet. (Marcusson 2003, 71-73.)

Lewyn kappale tauti ja Parkinsonin tautiin liittyvä dementia muistuttavat toisiaan. Lewyn kappale taudissa esiintyy usein Parkinsonin taudille ominaisia oireita ja Parkinsonin tautiin liittyvä dementia on usein Lewyn kappale taudin ja Alzheimerin taudin sekamuoto. Lewyn kappale taudille tyypillistä on vireyden, tarkkaavaisuuden, ja kognitiivisten toimintojen vaihtelu. Lisäksi tautiin kuuluvat yksityiskohtaiset näköharhat. (Muistihäiriöt: Käypä hoito –suositus 2010.)

Wernicke-Korsakowin oireyhtymä on alkoholin käyttöön liittyvä muistisairaus. Oireyhtymä alkaa yleensä deliriumin oireilla. Mikäli tätä osuutta ei hoideta asianmukaisesti, etenee noin 80 %:lla tauti Korsakowin oireyhtymäksi. Tälle tyypillistä on, etteivät uudet tapahtumat jää pitkäaikaismuistiin, potilas täyttää muistiaukkojaan valemuistoilla, työmuistin häiriöt, ja kykenemättömyys muistaa asioita aivovauriota edeltävältä ajalta. Mikäli Korsakowin oireyhtymää sairastava raitistuu, voi muistisairaus osittain parantua raittiuden jatkuessa. (Vataja 2010.)

6 KOHDEORGANISAATIO JA YKSIKKÖ

Kehittämiprojektin kohdesairaala kuuluu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin, melko pieneen sairaanhoitoalueeseen. Sairaalassa on kolme osastoa, joista yksi on keskittynyt geropsykiatristen potilaiden hoitamiseen.

Kohdeosasto on toiminut pitkäaikaispotilaiden osastona. Nykyään pitkäaikaispotilaita ei ole enää montaa ja osasto alkoi kehittyä akuutiksi geropsykiatriseksi osastoksi. Hoitoon tullaan niin M1-lähetteellä ja päivystysluontoisesti, kuin kiireettömällä lähetteelläkin. Vuoden 2015 alussa osaston potilaspaikat vähenivät 15:sta 10:een. Samalla osaston henkilökunta alkoi täysimittaisemmin työskennellä geropsykiatrisella poliklinikalla, jonka toimintaa oli aloitettu pienimuotoisesti jo vuonna 2014.

Projektin aloittamisen jälkeen tuli tieto, että osasto suljetaan vuoden 2015 lopussa. Geropsykiatrinen poliklinikka jatkaa toimintaansa. Vakituiset työntekijät siirtyvät kohdesairaanhoitoalueen muihin toimipisteisiin töihin, osa on jäänyt geropsykiatriselle poliklinikalle. Osaamiskartoituksella on työntekijöille käyttöä psykiatrisen osaamisen kehittämisessä ja oman osaamisen perustelemisen osana. Osaamiskartoitusta ja henkilökohtaista kehittämissuunnitelmaa voi käyttää oman urakehityksen ja työllistymisen tukena.

Osaston potilaat kärsivät psykoosisairauksista, harhaluuloisuushäiriöistä, masennus- ja ahdistustiloista. Melko usealla potilaista on muistihäiriö, sairaalaan he saapuvat käytösoireiden vuoksi. Sairaalan tehtävänä on tarjota akuutti hoito, joka pitää sisällään tilanteen kartoittamisen, lääkityksen ajantasaistamisen, ja oireiden helpottamisen. Osa potilaista siirtyy jatkohoitoon aikuispsykiatrian poliklinikalle, osa geropsykiatrin poliklinikalle, osalle suunnitellaan intervallihoidoa kotihoitoa tukemaan.

Osaston henkilökuntaan kuuluu osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, sairaanhoitaja, mielisairanhoitaja, lähihoitaja, osastonsihteri, ja lääkäri.

Osastolla noudatetaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitoalueen arvoja, jotka ovat ihmisten yhdenvertaisuus, potilaslähtöisyys, luovuus ja innovatiivisuus, korkea laatu, ja tehokkuus sekä avoimuus, luottamus, ja keskinäinen arvostus (HUS, 6).

7 KEHITTÄMISPROJEKTIN TARKOITUS, TARVE JA LÄHTÖKOHDAT

Kohdesairaala kuuluu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin, pienen sairaanhoitoalueen psykiatrian tulosyksikköön. Osasto on geropsykiatrinen osasto, eli tuottaa palveluja yli 65 vuotta täyttäneille psykiatrasta hoitoa tarvitseville.

Osaston henkilöstöllä on monen tasoista osaamista. Osa henkilöstöstä on työskennellyt osastolla silloin, kun osastolla oli pääasiassa pitkäaikaispotilaita. Osalla on monipuolista psykiatrasta osaamista ja osa on alalla melko uusia. Etenkin tässä tilanteessa, kun haaste on siirtyä toisiin psykiatrian yksiköihin, on tärkeää kartoittaa osaaminen ja päivittää se sopivalle tasolle. Osa työntekijöistä siirtyy toisiin työpaikkoihin tai hakemaan uutta työpaikkaa, tällöin osaamisen kartoittamista ja sen tavoitteellista kehittämistä voidaan pitää etuna.

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli laatia henkilökohtaiset kehittämissuunnitelmat osaston henkilökunnalle, joiden avulla he voivat päivittää suunnitellusti ja tavoitteellisesti osaamistaan ja tarjota potilaille HUSin arvojen mukaan laadukasta psykiatrasta hoitoa.

Projektipäällikkö tunsi osaston, koska on tehnyt sillä sijaisuuksia. Tilaus kehittämisprojektille tuli osaston osastonhoitajalta, joka samalla toimi projektipäällikön mentorina. Tästä syystä lähtökohdat projektille olivat hyvät. Myös henkilökunta suhtautui positiivisesti projektiin.

8 KEHITTÄMISPROJEKTIN PROSESSI

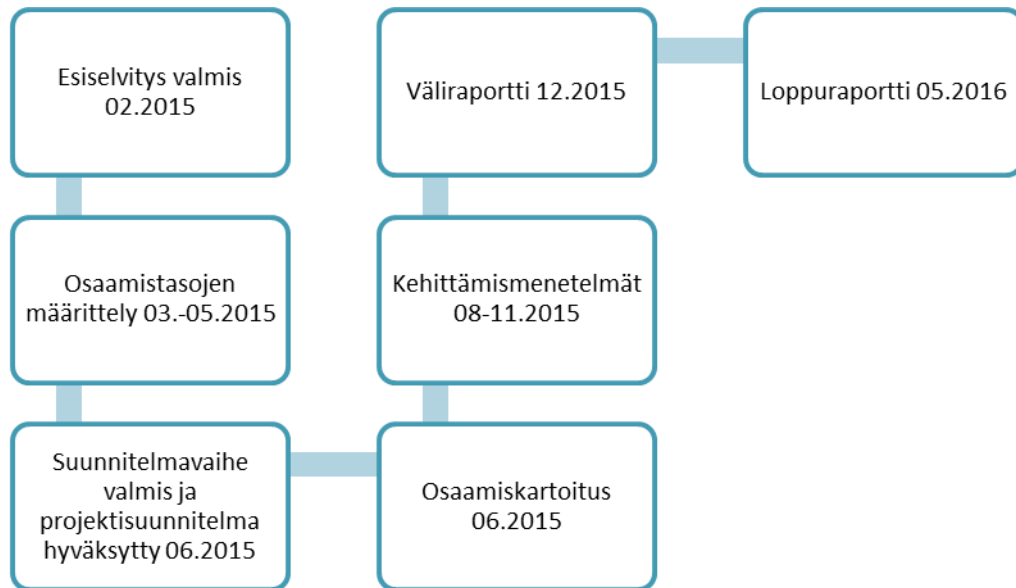
8.1 Projektin vaiheet

Pääosin kaikissa projekteissa on nähtävissä tietyt samat vaiheet: Idea-, esisuunnittelu-, suunnittelu-, toteutus- ja tulosten hyödyntämisvaihe, lopuksi projekti päätetään (Viirkorpi, 2000, 11).

Kehittämiprojektin esiselvitys valmistui helmikuun 2015 aikana. Tämän jälkeen projektiryhmässä kerättiin geropsykiatrisessa hoitotyössä tarvittavia osaamisia, jotka projektipäällikkö yhdisteli osaamisalueisiin. Lopuksi projektiryhmä laati arviointikriteerit osaamisalueille. Näin saatiin laadittua osaamiskartoituslomake. Projekti- ja tutkimussuunnitelma valmistuivat kesäkuussa 2015, jonka jälkeen aloitettiin osaamiskartoituksen suorittaminen. Osaamiskartoituksen tulosten saaminen kesti arvioitua pidempään lomien vuoksi. Tulokset saatiin valmiiksi analysoitua joulukuussa 2015. Ne esiteltiin ohjausryhmälle samassa kuussa.

Osaston lopettamispäätöksen myötä kehittämiprojektin tuotos muuttui. Sen sijaan, että laadittaisiin yhteinen kehittämissuunnitelma, joka esiteltäisiin tässä työssä, laadittiin osaamiskartoituksen tulosten perusteella henkilökohtaiset kehittämissuunnitelmat. Tässä työssä kehittämistarpeita kuvataan yleisellä tasolla. Osastonhoitaja kävi yksittäisten työntekijöiden kanssa läpi kehityskeskustelussa henkilökohtaiset osaamiskartoituksen tulokset ja kehittämissuunnitelman suosituksen.

Väliraportti valmistui joulukuussa 2015 ja se käsiteltiin samassa kuussa henkilöstön ja ohjausryhmän kanssa. Valmiin työn kaikki tulokset raportoitiin ohjausryhmälle, projektiryhmälle, ja tiimeille toukokuussa 2016. Loppuraportti kehittämiprojektista valmistui toukokuussa 2016. (Kuva 1.)



Kuva 1. Kehittämisprojektin prosessi

8.2 Projektioorganisaatio

Projektioorganisaatio koostuu projektipäälliköstä, ohjausryhmästä, ja projektiryhmästä. Projektipäälliköllä on vastuu projektin vetämisestä, työsuunnitelmista, seurannasta, arvioinnista, ja raportoinnista. Ohjausryhmä valvoo edistymistä ja arvioi tuloksia. Projektiryhmä koostuu toteutuksen kannalta avainhenkilöistä. (Silfverberg, 2005, 49-50; Viirkorpi, 2000, 25.)

Kehittämisprojektissa koottiin projektiryhmä ja ohjausryhmä. Projektiryhmään kuului projektipäällikkö, apulaisosastonhoitaja, kaksi sairaanhoitajaa, ja kaksi mielenterveyshoitajaa. Ohjausryhmään kuului projektipäällikön lisäksi osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, lääkäri, ja opettajatutor. Osastonhoitaja toimi myös projektipäällikön mentorina.

Projektipäälliköllä oli kokemusta projekteista, muttei projektipäällikkyydestä. Projektipäälliköllä oli substanssiosaamista psykiatrisesta hoitotyöstä ja kognitiivisten menetelmien sekä psykoedukaation käytöstä. Projektipäällikkö ei ollut

työsuhteessa kohdeorganisaatioon nyt, mutta on ollut aiemmin, joten henkilökunta tunsikin projektipäällikön.

8.3 Riskianalyysi

Silfverberg on jaotellut projektien riskit sisäisiin ja ulkoisiin riskeihin. Sisäiset riskit ovat projektin toteutusmallista johtuvia ja ulkoiset sellaisia, joiden toteutuminen ei ole hankkeen vaikutusvallassa, kuten toimintaympäristön tai lainsäädännön muutokset. (Silfverberg, 2005, 32.)

Kehittämiprojektin onnistumisen edellytyksiä olivat osaamisalueiden huolellinen kartoittaminen ja osaamisalueiden arviointikriteereiden hiominen niin, että ne mahdollisimman hyvin kuvaavat tietyn tason osaamista. Tarkka ja selkeä eri osaamistasojen määrittely lisää tulosten luotettavuutta.

Kehittämiprojektin toteutuksen rikkoi kesälomakausi, osa kesälomista alkoi jo toukokuussa. Tämä asetti hyvin tiukat aikavaatimukset arvioinnin toteutukselle. Riskinä oli, että lomat, kolmivuorotyön arki ja mahdolliset sairauslomat viivyttaisivät usealla kuukaudella tulosten valmistumista. Tämä riski toteutui projektissa ja tulosten valmistuminen myöhästyi huomattavan paljon.

Onnistumisen mahdollisuuksia lisäsi se, että kehittämiprojektilla oli koko organisaation johdon tuki ja johto oli aktiivisesti mukana myös ohjaus- ja projekti-ryhmätyöskentelyssä. Myös henkilöstö suhtautui positiivisesti kehittämiprojektiin.

Projektiorganisaatiolla oli substanssiosaamista juuri psykiatrisesta hoitotyöstä ja kokemusta erilaisten kehittämismenetelmien käytöstä. Tämä tuki onnistumista siinä, että osaamisten kehittämismenetelmät saataisiin hyvin määriteltyä.

Riski, joka selvisi vasta projektin aloittamisen jälkeen, oli osaston sulkeminen ja sen aiheuttamat viivytykset työssä. Tämä riski toteutui ja pitkitti projektia huomattavasti.

9 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS

9.1 Tutkimuksen tavoite

Tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa psykiatristen ja geropsykiatristen hoitomenetelmien osaamista geropsykiatrisella osastolla. Tutkimuksen tulosten pohjalta laadittiin kehityssuunnitelmat yksittäisille työntekijöille. Osaamiskartoituksella oli mahdollisuus toimia myös pohjana sille, miten työntekijöitä sijoitettiin eri yksiköihin vuoden 2016 alussa.

Tutkimusongelma oli:

6. Minkä tasoista osaston henkilökunnan osaaminen on psykiatristen ja geropsykiatristen hoitomenetelmien suhteen?

9.2 Tutkimusmenetelmät, aineiston keruu ja analyysi

Tutkimus oli kokonaistutkimus, jossa aineisto kerättiin koko osaston kliinistä hoitotyötä tekevältä henkilöstöltä (Hirsjärvi, 2007, 174). Kyselystä pois suljettiin ainoastaan keikkatyöläiset, muut sijaiset osallistuivat kyselyyn. Kyselystä pois suljettiin myös lääkäri, joka ei tee hoitotyötä. Kyselyyn siis tavoiteltiin 15 vastaajaa. Tutkimusmenetelmänä osaamiskartoituksessa oli kysely, joka suoritettiin itsearviointina ja tämän lisäksi osastonhoitaja täytti kyselyn yksilöllisissä kehityskeskusteluissa. Jokaista työntekijää kuvasi siis kaksi samaa kyselylomaketta. Kysely toteutettiin kyselylomakkeella (Liite 2). Kysely pohjautui näyttöön perustuvien menetelmien osaamiseen, jotka oli jaettu osaamisalueisiin ja yksittäisiin osaamisiin. Osaamisia arvioitiin kolmen osaamistason kautta 5-portaisella Likert asteikolla. Osaamistasot oli avattu kirjallisesti perustasossa (1), hyvässä tasossa (3) ja erinomaisessa tasossa (5). Näiden väliin jääviä tasoja 2 ja 4 ei ole erikseen avattu, vaan ne kuvasivat osaamisia, jotka ovat kattavampia kuin aiempi kuvatut tasot, mutta eivät riitä seuraavaan kuvattuun tasoon.

Jokaiselle vastaajalle annettiin henkilökohtainen numero, jolla kyselylomakkeet yhdistettiin toisiinsa. Numerot antoi osastonhoitaja. Projektipäällikkö ei siis tiennyt kenenkään vastaajan nimeä. Työntekijät täyttivät kyselylomakkeet rauhallisessa paikassa työpäivänsä aikana.

Kyselyn analyysi aloitettiin heti kehityskeskustelujen päättymisen jälkeen. Tulokset laskettiin ja analysoitiin Excell- ohjelman avulla. Excell ohjelmalla laadittiin jokaiselle vastaajalle henkilökohtainen kuvaus osaamistasostaan sekä koko osaston yhteinen osaamiskuvaus. Jokaisen vastaajan lomakkeista laskettiin keskiarvot eri osaamistasoille. Tuloksissa esitellään osaamisalueiden keskiarvot ryhmätasolla hoitajien itsearviointina sekä osastonhoitajan arviointina. Arviointeja havainnollistetaan rinnakkaisilla profiilikuvioilla.

9.3 Osaamiskartoituslomakkeen laatiminen

Osaston henkilökunnasta koostuva projektiryhmä työskenteli yhdessä projektipäällikön kanssa osaamiskartoituslomakkeen laatimiseksi. Projektipäällikkö toi työskentelyyn teoriapohjaa, johon osaamiskartoituslomake voisi pohjautua. Projektiryhmä tutki kirjallisuuden ja oman kokemuksensa pohjalta, millaista osaamista osastolla tarvitaan.

Selvitys ei ollut kattava, vaan kuvasi sitä osaamista, joka osastolla koettiin tärkeänä. Osaamisalueet jaettiin viiteen osa-alueeseen: psykiatriseen osaamiseen, geropsykiatriseen osaamiseen, osastotyöhön liittyvään osaamiseen, työelämäosaamiseen, ja arvo-osaamiseen.

Jokainen osaamisalue koostui yhdestä tai useammasta osaamisesta, jotka on yhdessä projektiryhmän kanssa jaoteltu osaamistasoihin. Taso 1 kuvasi noviisi-osaamista, taso 2 oli välitaso, jota ei ole erikseen avattu. Taso 3 kuvasi perusosaamista, taso 4 oli välitaso ja taso 5 kuvasi erikoisosaamista.

Psykiatrisella osaamisalueella mitattiin:

- 1) Luottamuksen rakentamisen osaamista. Tässä osaamisessa on tärkeää aktiivisen ja heijastavan kuuntelun taidot, potilaan tarinan ymmärtäminen ja sen vali-

dointi, potilaan yhteistyössä pitäminen, ja tavoitteellinen työskentely potilaan ongelman kanssa.

- 2) Haastattelu- ja tulotilanneosaamista. Tässä osaamisessa on tärkeää taito selvittää potilaan tilanne mahdollisimman laajasti ja selkeästi, samalla pitäen potilas yhteistyössä. Samalla arvioidaan ja rakennetaan motivaatiota. Erityisen tärkeää on selkeä raportointi hoitotiimille, jottei päällekkäistä ja ylimääräistä työtä tulisi.
- 3) Psykoedukaatiota. Tässä tärkeää on välittää potilaalle hoitajan tietoa tämän sairaudesta, opettaa hoitoa ja oireidenhallintaa, ja ottaa myös omaiset huomioon tietoa jakaessaan. Tarkoituksena on opettaa potilasta ja omaisia paremmin selviämään sairauden tai häiriön kanssa.
- 4) Näyttöön perustuvaa toimintaa. Tämä osaamisalue vaatii kiinnostusta ja taitoa etsiä tutkittua tietoa hoitopäätöksiä ja hoitomenetelmiä tukemaan.
- 5) Toimintakyvyn ylläpitämistä. Tässä tärkeää on tiedostaa psykiatristen häiriöiden ja sairauksien vaikutus toimintakykyyn, selvittää, millaista tukea potilas yksilöllisesti tarvitsee myös laajemmassa kuvassa kuin vain osastolla, ja auttaa potilasta rakentamaan ja ylläpitämään motivaatiota toimintakyvyn ylläpitämiseksi.
- 6) Terapeuttista hoitosuhdetta ja terapeuttisia menetelmiä. Tässä työntekijä ymmärtää keskeiset menetelmät ja osaa muuntaa ne käytännössä potilasta tukevaksi kokonaisuudeksi. Osastonhoitajan päätöksellä keskeiseksi terapeuttiseksi lähestymistavaksi valittiin kognitiivinen terapia, koska sen on todettu olevan tuloksellinen myös geropsykiatrisessa hoitotyössä. Kaikki terapeuttinen lisäkoulutus ja sen käyttö osastotyössä katsottiin hyödylliseksi.

Osastotyöhön liittyvällä osaamisella mitattiin:

- 1) Havainnointia. Tässä tärkeää on kyetä havainnoimaan potilaan vointia eri tasoilla, tekemättä turhia tulkintoja, ja raportoimaan havainnot selkeästi eteenpäin hoitotiimille.
- 2) Lainsäädäntöosaamista. Tässä osaamisessa tärkeää on tietää, mitkä lait ohjaavat psykiatrista osastohoitoa, tietää, mistä lait löytävät, ja päivittää osaamistaan näistä säännöllisin välein.
- 3) Lääkehoito-osaamista. Tässä mitattiin lääkehoito-oikeuksien tietämystä ja niiden mukaan toimimista, lääketietoutta niin, että hoitaja pystyy seuraamaan lääkehoidon onnistumista, ja kertomaan lääkehoidosta potilaalle ja tämän omaisille.

Geropsykiatrisessa osaamisalueessa mitattiin:

- 1) Ikääntymiseen liittyvien muutosten tuntemista. Tässä mitattiin hoitajien tietämystä ikääntymiseen liittyvistä muutoksista ja siitä, miten he pystyivät potilaan kanssa niitä käsittelemään.
- 2) Somatiikan vaikutusten huomioimista ja somaattista hoitamista. Tässä tärkeää on ymmärrys siitä, miten somatiikan ongelmat vaikuttavat ikääntyvän potilaan vointiin. Tärkeää on myös somaattisten mittausten ja hoitotoimenpiteiden osaaminen.
- 3) Ikääntyneen psyykkisten häiriöiden tuntemista. Tässä tärkeää on teoretietoaa ikääntyneen psyykkisistä häiriöistä ja taito niiden kohtaamiseen.
- 4) Muistihäiriöiden tuntemista. Tässä tärkeää on se, että hoitajat tietävät, miltä muistihäiriöt näyttävät, tietävät, millaisia tutkimuksia ja lääkityksiä näihin kuuluu, ja osaavat kohdata muistihäiriöisen potilaan.

Arvo-osaamisessa mitattiin HUS:n arvojen näkymistä työntekijän toiminnassa.

Työelämäosaamisessa mitattiin:

- 1) Tietoteknistä osaamista. Tässä mitattiin tietotekniseen toimintaan liittyvien sääntöjen tuntemista, kykyä käyttää monipuolisesti potilastietojärjestelmää, ja muita hoidossa käytettäviä tietoteknisiä laitteita.
- 2) Tiimityön osaamista. Tässä mitattiin vastaajien yhteistyötaitoja, kykyä olla yhtenä jäsenenä tiimissä, ja ottaa tiimin tarpeet huomioon.
- 3) Työhyvinvointiosaamista. Tässä mitattiin työntekijän kykyä pitää huolta omasta jaksamisestaan ja turvallisuudestaan.

9.4 Eettisyys ja luotettavuus

Ihmisiin kohdistuva tutkimus edellyttää tutkittavan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. Tutkijan vastuulla ovat seuraukset, joita tutkimus saattaa tutkittavalle aiheuttaa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006.)

Tutkimus oli työhön liittyvän osaamisen kartoittaminen, siinä ei arvioitu työntekijöiden persoonaan liittyviä ominaisuuksia. Tavoitteena oli saada jokaisen työntekijän nykyinen osaaminen kartoitettua ja selvittyä, miten sitä voidaan kehittää.

Osaamisen kartoitus suoritettiin joka tapauksessa vuosittaisessa kehityskeskustelussa. Työntekijät kirjoittivat kuitenkin alle suostumuksen siitä, saako heidän tietojaan käyttää tutkimuksessa. Jokaisen työskentelijän tiedot käsiteltiin tutkimuksessa anonyymisti, vain osastonhoitaja tiesi tutkittavien henkilöllisyyden. Työntekijöille järjestettiin informaatiotilaisuus kyselystä, jossa myös selvitettiin se, mihin tuloksia käytetään. Vuorotyössä kaikki eivät pääse fyysisesti infotilaisuuteen, joten kaikille osallistujille lähetettiin myös sähköinen tiedote kyselystä. Kysely oli lomakepohjainen, jokainen vastaaja sai oman itsearviointilomakkeen. Lisäksi osastonhoitaja arvioi jokaisen erillisellä lomakkeella kehityskeskustelussa. Kyselyn yhteyteen liitettiin saatekirje (Liite 1). Yksittäisten työntekijöiden osaamisia ei esitelty julkisesti, vaan ne käytiin läpi työntekijän kanssa esimiesten toimesta. Yhdessä tutkittiin tiimin kokonaisosaamista ja sen kehittämistavoitteita.

Koska sairaala sijaitsee pienellä paikkakunnalla, haluttiin kyselyyn osallistuneiden henkilöllisyyttä suojella sillä, ettei sairaalan nimeä julkisteta raportissa.

Tutkimustulokset vedettiin yhteen Excel-ohjelmaan, jossa ne säilytettiin tutkijan muistitikulla. Kyselyn tutkimusaineistoa ei hävitetä, vaan se jää esimiesten halltuun seuraavaa osaamiskartoitusta varten pohjatiedoksi.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan reliabeliuuden ja validiuden kautta. Reliabeliuudella tarkoitetaan sitä, etteivät tutkimuksen tulokset ole sattumanvaraisia. Validiudella tarkoitetaan mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä sen on tarkoitus mitata. (Hirsjärvi, 2007, 226.)

Tutkimuksen luotettavuus taattiin huolellisen osaamistasojen määrittämisen kautta suhteessa niihin osaamisiin, jotka olivat psykogeriatrisella osastolla olennaisia. Osaamiskartoituskysely esitettiin YAMK opiskelijoilla. Esitestauksen jälkeen korjattiin muutamia kohtia kyselylomakkeessa, jotta se oli paremmin ymmärrettävissä.

10 TULOKSET

Kyselyyn vastasi osaston 15 työntekijästä 13, vastausprosentti oli 86,7 %. Vastaajista kolme oli sairaanhoitajia (23,1 %) ja lopuilla vastaajista oli toisen asteen koulutus. Vastaajista vain yksi oli lähihoitaja, siksi mielenterveystoimijat ja lähihoitaja kaikki tilastoidaan toisen asteen koulutuksiksi.

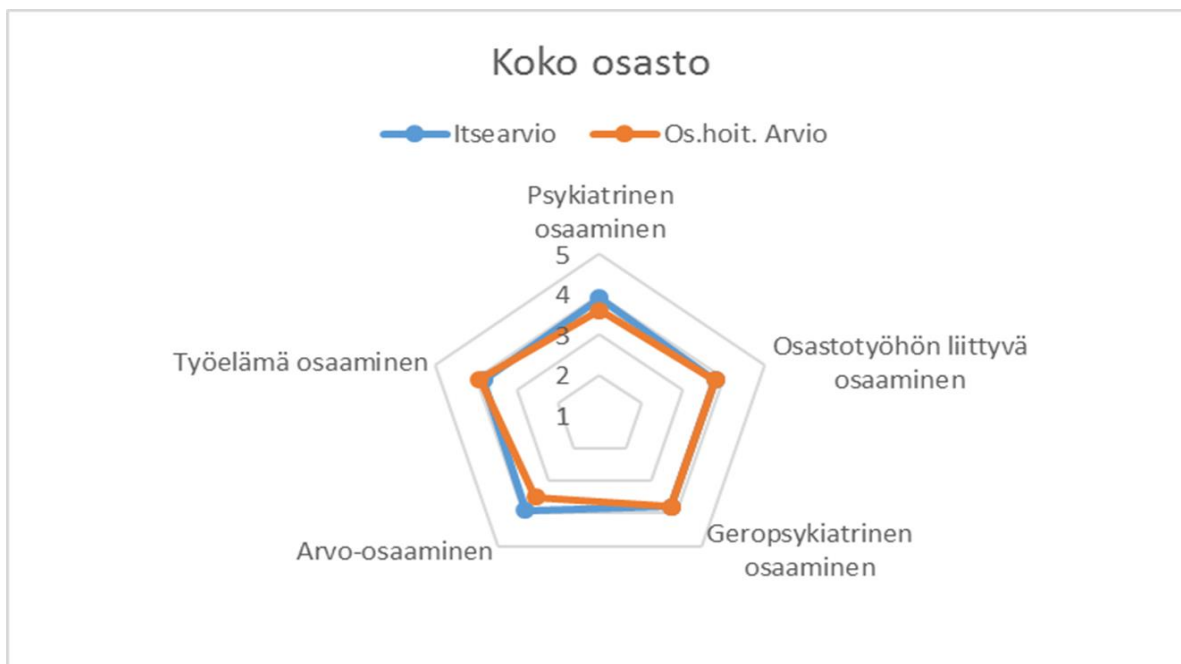
Vastaajista kolmella (23,1 %) oli alle viiden vuoden työkokemus, kolmella (23,1 %) oli alle kymmenen vuoden kokemus, ja lopuilla (53,8 %) oli yli 11 vuoden kokemus.

Osaamiskartoituksesta saadut keskiarvot (ka) ovat laskettu asteikosta, jossa 1 edustaa heikointa osaamista ja 5 vahvinta.

10.1 Koko osaston osaaminen

Osaston yhteisessä osaamisprofiilissa (Kuva 2) näkyy, että vahvin osaaminen löytyi työelämä-osaamisesta, osastotyöhön liittyvästä osaamisesta, ja geropsykiatrisesta osaamisesta. Osastonhoitaja ja työntekijät antoivat geropsykiatriselle osaamiselle ja osastotyöhön liittyvälle osaamiselle saman arvion (ka 3,8), kun taas työelämäosaamisessa osastonhoitaja arvioi osaamisen hieman paremmaksi kuin työntekijät. (Osastonhoitaja ka 3,9, työntekijät ka 3,8).

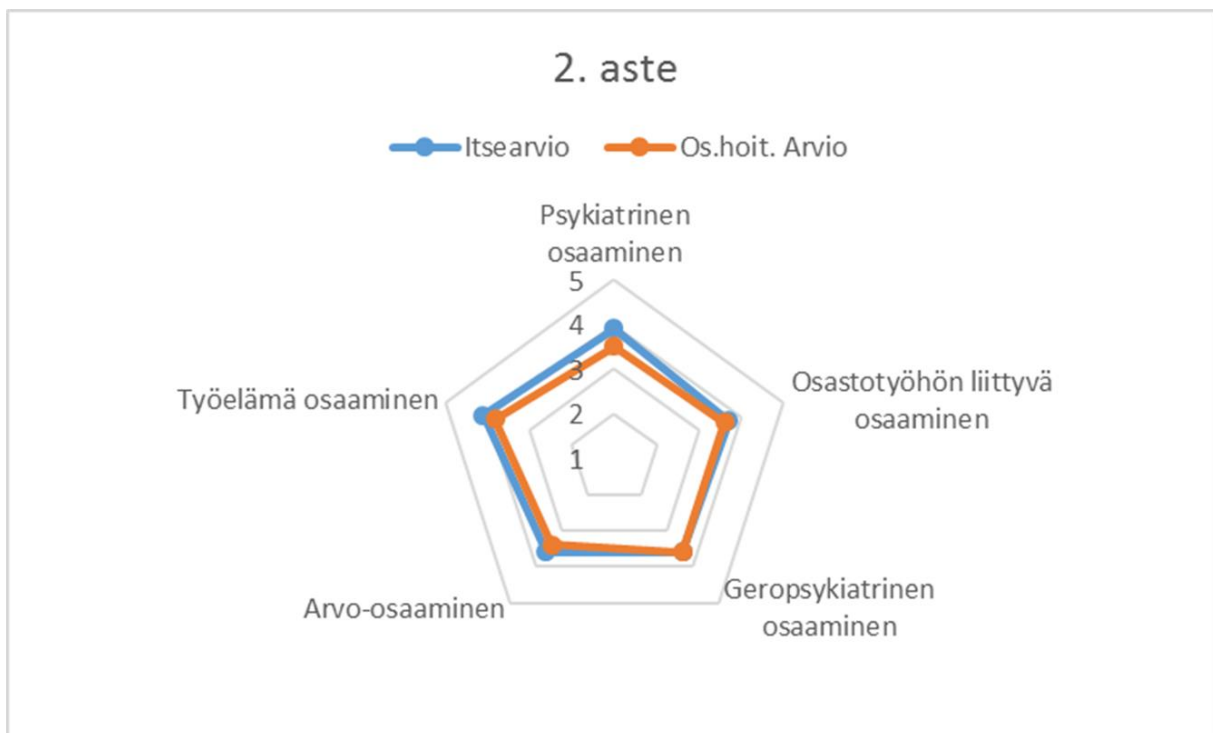
Kehitettävää löytyi psykiatrisen osaamisen alueelta sekä arvo-osaamisen alueelta. Näissä molemmissa työntekijät arvioivat osaamisen hieman korkeammaksi kuin mitä osastonhoitajan arvio oli. Psykiatrisen osaaminen: työntekijät ka 3,9 ja osastonhoitaja ka 3,6. Arvo-osaaminen: työntekijät ka 3,9 ja osastonhoitaja ka 3,5.



Kuva 2. Koko osaston osaamisprofiili

10.2 Osaaminen ammattiryhmittäin

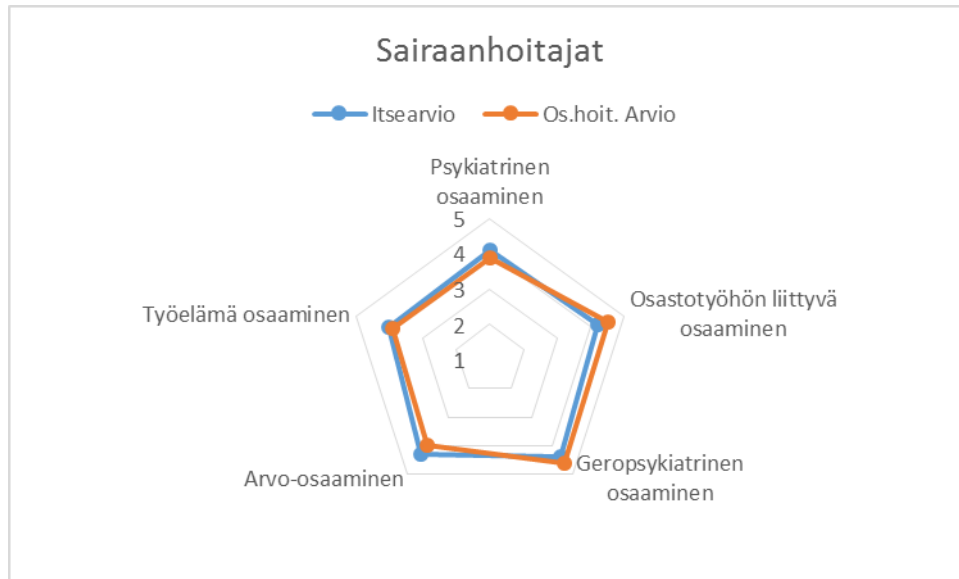
Toisen asteen työntekijöistä 50 %:lla oli yli 11 vuoden työkokemus, 20 %:lla 6-10 vuoden kokemus, ja 30 % alle viiden vuoden kokemus. Osaamisprofiilissa (Kuva 3) vahvin osaamisalue ryhmällä oli työelämäosaamisessa (Työntekijät ka 4,1, osastonhoitaja ka 3,8). Eniten kehitettävää oli psykiatrisen hoidon osaamisalueella (Työntekijät ka 3,9, osastonhoitaja ka 3,5) ja arvo-osaamisessa (Työntekijät ka 3,6, osastonhoitaja ka 3,4). Osastotyöhön liittyvä osaaminen oli työntekijöiden arvioimana ka 3,7 ja osastonhoitajan arvioimana ka 3,6. Sekä osastonhoitaja että työntekijät arvioivat geropsykiatrisen osaamisen tasolle ka 3,6.



Kuva 3. Ammattiryhmittäinen arvio, toisen asteen koulutuksen käyneet

Sairaanhoitajaryhmässä vastaajia oli kolme. Heistä kahdella oli yli 11 vuoden ja yhdellä 6-10 vuoden työkokemus.

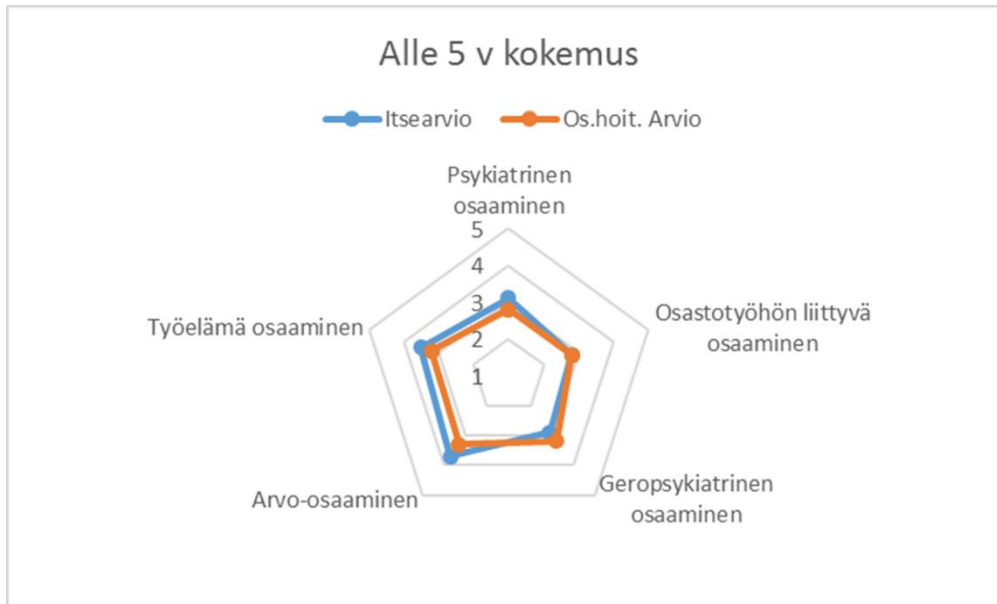
Osaamisprofiilissa (Kuva 4) vahvin osaamisalue sairaanhoitajilla oli geropsykiatrisessa osaamisessa (työntekijät ka 4,4, osastonhoitaja ka 4,6) ja osastotyöhön liittyvässä osaamisessa (työntekijät ka 4,2, osastonhoitaja ka 4,5). Arvo-osaamisen työntekijät arvioivat ka 4,3 ja osastonhoitaja ka 4. Psykiatrisen osaamisen työntekijät arvioivat ka 4,1 ja osastonhoitaja ka 3,9, työelämäosaamisen työntekijöiden itsearvio oli ka 4 ja osastonhoitajan arvio ka 3,9.



Kuva 4. Ammattiryhmittäinen arvio, sairaanhoitajat

10.3 Osaaminen työkokemuksen mukaan

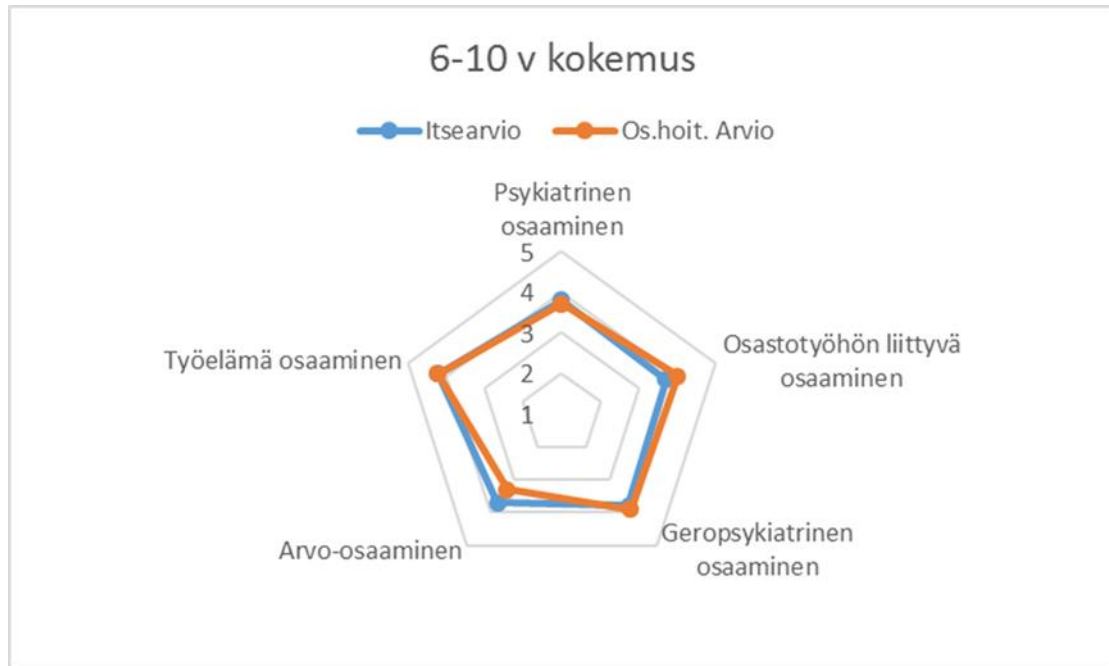
Noviisiryhmässä, eli hoitajilla, joilla oli alle viiden vuoden kokemus, oli kolme vastaajaa. Kahdella vastaajista oli alle kahden vuoden ja yhdellä 2 - 5 vuoden kokemus. Osaamisprofiilissa (Kuva 5) vahvin osaaminen löytyi arvo-osaamisesta (Työntekijät ka 3,7 ja osastonhoitaja ka 3,3) ja työelämäosaamisesta (Työntekijät ka 3,5, osastonhoitaja ka 3,2). Psykiatrisen osaamisen työntekijät arvioivat ka 3,1 ja osastonhoitaja ka 2,8. Osastotyöhön liittyvän osaamisen arvioivat sekä työntekijät että osastonhoitaja tasolle ka 2,8. Työntekijät arvioivat geropsykiatrisen osaamisen tasolle ka 2,9 ja osastonhoitaja tasolle ka 3,2.



Kuva 5. Arvio työkokemuksittain, alle 5 vuoden työkokemus.

Ryhmässä. Jossa työkokemusta oli 6 – 10 vuotta, oli kolme vastaajaa, kaksi mielenterveyshoitajaa ja yksi sairaanhoitaja.

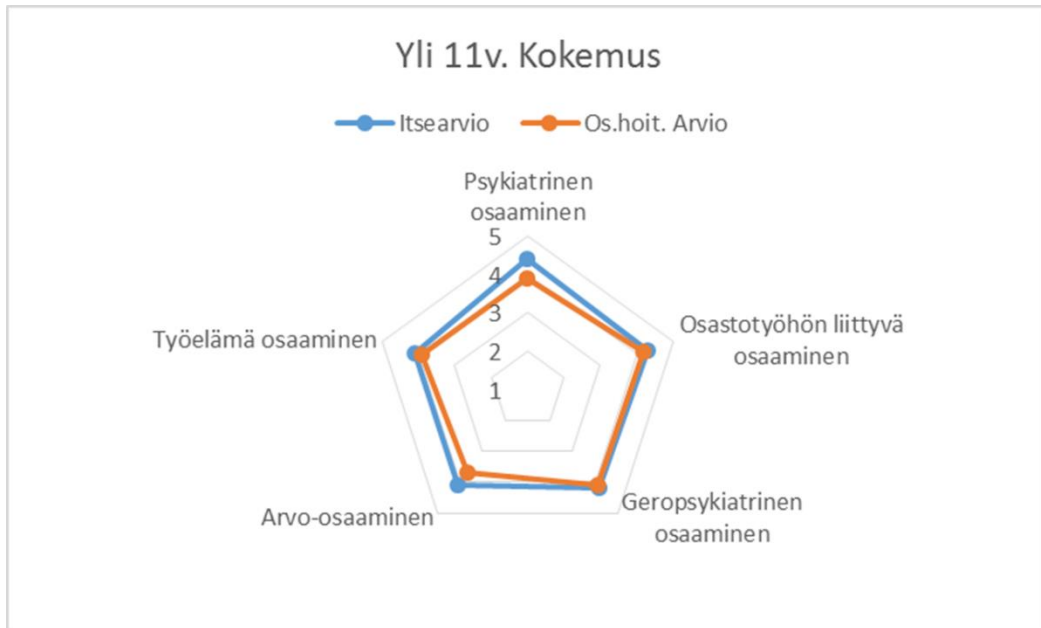
Osaamisprofiilissa (Kuva 6) vahvin osaaminen ryhmässä oli työelämäosaamisessa (Sekä työntekijät että osastonhoitaja arvioivat tasolle ka 4,2). Psykiatrinen osaaminen oli työntekijöiden itsearviossa tasolla ka 3,8 ja osastonhoitajan arviossa ka 3,7. Osastotyöhön liittyvä osaaminen oli työntekijöiden arviossa ka 3,7 ja osastonhoitajan arviossa ka 4. Geropsykiatrinen osaaminen työntekijöiden itsearviossa oli ka 3,8 ja osastonhoitajan arviossa ka 3,9. Työntekijät arvioivat arvo-osaamisen tasolle ka 3,7, osastonhoitaja tasolle ka 3,3.



Kuva 6. Arvio työkokemuksittain, 6 – 10 vuoden työkokemus.

Vastaajista yli puolet (53,8 %) kuului ryhmään, jossa työkokemusta oli yli 11 vuotta. Vastaajista viisi oli toisen asteen koulutuksen saaneita ja kaksi sairaanhoitajia.

Osaamisprofiilissa (Kuva 7) vahvin osaaminen oli osastotyöhön liittyvässä osaamisessa (Työntekijät ka 4,3, osastonhoitaja ka 4,2) ja geropsykiatrisessa osaamisessa (Työntekijät ka 4,2, osastonhoitaja ka 4,1). Työntekijät arvioivat psykiatrisen osaamisen tasolle ka 4,4 ja osastonhoitaja tasolle ka 3,9. Arvo-osaaminen oli työntekijöiden itsearviossa ka 4,1 ja osastonhoitajan arviossa ka 3,7. Työelämäosaaminen oli työntekijöiden arvioimana tasolla ka 4,1 ja osastonhoitajan arvioimana tasolle ka 3,9.



Kuva 7. Arvio työkokemuksittain, yli 11 vuoden työkokemus.

11 JOHTOPÄÄTÖKSET

11.1 Koko osaston osaaminen

Koko osaston osaaminen on keskiarvoltaan hyvällä tasolla ja näin antaa mahdollisuudet tulokselliselle työskentelylle ja sille, että osaamista voidaan kehittää jatkossakin. Suurin osa vastanneista oli työskennellyt alalla jo pitkään ja tämä nostaa kokonaistulosta. Tämä takaa myös hyvät mahdollisuudet käyttää noviisi – kokenut työparia kehittämisessä.

Osaston vahvuus ehdottomasti on geropsykiatrinen osaaminen, joka on myös osaston avainosaamisala. Osasto kuitenkin lopetetaan ja työntekijät siirtyvät toisiin psykiatrian yksiköihin. Tällöin psykiatrisen osaamisen tarve korostuu.

Koko osaston tuloksissa oli huomattavissa se, että psykiatrista osaamista arvioitiin yläkanttiin. Tätä selittää se, että monet vastaajista kokivat, että luottamuksen rakentaminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen olivat erinomaisella tasolla. Tässä saattaa jäädä näkemättä näiden osaamisten syvempi ymmärtäminen. Itsearviointiin saattaa myös vaikuttaa vastaajan halu näyttää itsensä paremmassa valossa tai vastaajan kokemattomuus itsearvioinnissa (Leinonen 2014).

11.2 Osaaminen ammattiryhmittäin

Suurin osa vastaajista oli toisen asteen koulutuksen saaneita ja kolme vastaajista oli sairaanhoitajia.

Tuloksissa sairaanhoitajien osaaminen oli vahvempaa ja tasaisempaa kuin toisen asteen työntekijöiden. Sairaanhoitajilla on osastolla suurempi vastuu ja siksi tämä tulos oli tavoitteenmukainen.

Toisen asteen vastaajien tuloksiin saattaa vaikuttaa se, että vastaajien joukossa oli noviiseja, joita ei sairaanhoitajien joukossa ollut.

Toisen asteen koulutuksen omaavilla oli kehitettävää arvo-osaamisen osaamisalueella. Toisen asteen työntekijöillä myös psykiatrinen osaaminen oli yksi kehittämisaalue. Sairaanhoidajilla oli useammin aliarvioita suhteessa osastonhoitajan arvioon, kun taas toisen asteen koulutuksen saaneilla oli useammin yliarvioita.

11.3 Osaaminen kokemuksen mukaan

Tuloksissa näkyy selkeästi osaamisen vaihtelu eri kokemuksen omaavien kesken. Noviiseilla (alle viiden vuoden kokemus) osaaminen oli kautta linjan vielä melko perustasolla. Osassa noviisien vastauksissa näkyy vaikeus arvioida omaa osaamistaan, sitä joko yliarvioidaan tai aliarvioidaan. Tässä ryhmässä odotetustikin näkyy joka alueella kehittämisen tarve.

Keskipitkän kokemuksen (5-10 vuoden kokemus) omaavilla oli osaaminen jo melko hyvällä tasolla ja he arvioivat osaamistaan melko realistisesti, mutta myös yli- ja aliarviota löytyy. Heikoin osaamisalue tällä ryhmällä oli arvo-osaaminen. Muuten osaaminen oli kautta linjan hyvällä tasolla.

Pitkän kokemuksen (yli 11 vuoden kokemus) omaavilla osaaminen oli hyvällä tasolla, keskiarvot 4:n molemmilla puolilla. Yllättävää, että juuri tällä ryhmällä oli eniten yliarviota itsearvioissaan. Mahdollisesti tähän vaikuttaa se, että työntekijät alkavat luottaa liikaa omaan osaamiseensa, kun huomaavat sen kehittyneen hyvälle tasolle. Myös tällä ryhmällä suurin kehittämistarve oli arvo-osaamisessa.

11.4 Geropsykiatrinen osaaminen

Geropsykiatrinen osaaminen on kaiken kaikkiaan osaston vahvin osaaminen ja vastaa osaston nykyhetken tarpeisiin erinomaisesti, onhan tämä osaamisalue osaston avainosaamista. Tämän osaamisen merkitys on osastolla ymmärretty hyvin ja sitä on mitä ilmeisimmin määrätietoisesti kehitetty. Tarve muuttuu osaston lopetuksen yhteydessä, mutta tälle osaamiselle on tarvetta myös toisilla osastoilla. Vastaajien osaamista voidaankin käyttää geropsykiatrisen osaami-

sen kehittämässä uusissa yksiköissä. Samalla, kun vastaajat perehdyttävät uusia työntekijöitä tässä osaamisessa, myös heidän osaamisensa kehittyä entisestään.

11.5 Osastotyöhön liittyvä osaaminen

Tämä on psykiatrisen osaston työntekijöillä perusosaamista, joka tulisi olla melko vahva, että osasto pystyy toimimaan tarkoituksenmukaisesti. Tuloksissa näkyykin, että tämä osaaminen on melko vahvaa lähes kautta linjan. Vahvinta tämä on pitkän kokemuksen omaavilla ja heikointa noviiseilla. Tätä voidaan parhaiten kehittää työparityöskentelyllä, novisit oppivat tätä kokeneempien opastettavina.

11.6 Psykiatrisen osaaminen

Tällä alueella on kautta linjan kehittämisen tarvetta. Tällä alueella oli myös vastauksissa paljon yliarviota. Tätä selittää se, että kaikki vastaajista arvioivat luottamuksen rakentamisen ja toimintakyvyn ylläpitämisen mitta-asteikon yläpäähän (4 – 5). Nämä alueet koetaan ilmeisesti sellaisiksi, että ne voi osata ilman erityistä harjoitusta, persoonan kautta. Silloin jää kuitenkin näkemättä näiden alueiden tekninen osaaminen, jota harvemmin noviiseilla on kuitenkaan kertynyt. Myöskään kyselylomakkeessa ei ilmeisesti tarpeeksi hyvin avattu näiden alueiden vaatimuksia, koska niiden arvio jokaisella vastaajalla osui asteikon yläpäähän.

Erityisen heikkona osaamisena psykiatrisen osaamisalueen sisällä on näyttöön perustuva toiminta. Tätä aluetta on tärkeä kehittää: esimerkiksi tiimikokousten yhteydessä voi tätä aluetta vahvemmin nostaa esiin. Tämä alue takaa toimivan hoidon asiakkaille ja siten vastaa myös arvo-lupauksiin.

Tämän alueen kehittämiseen kannattaa satsata ulkopuolisin koulutuksin, vaikka myös osaston vaihto tuo uudenlaista näkökulmaa tähän osaamiseen.

11.7 Työelämäosaaminen

Tämä osaamisalue on myös vastaajien keskuudessa vahvaa. Noviiseilla on eniten kehitettävää myös tällä alueella.

Tällä osaamisalueella on kuitenkin yksi osaaminen, joka on melko uutena mukana. Tämä osaaminen on tietotekninen osaaminen. Tässä yksittäisessä osaamisessa nuoremmat työntekijät ovat vahvempia ja kokeneemmille työntekijöille tämä saattaa olla alue, jota jopa vastustetaan. Tätä osaamista kuitenkin nykypäivänä tarvitaan päivittäin osastotyössä. Se kehittyy jatkuvasti ja vaatii jatkuvaa taitojen harjoittamista. Sairaalat järjestävät omia koulutuksia tietoteknisten taitojen kehittämiseen, mutta olisi hyvä, että myös osastolla tarpeen mukaan olisi mahdollista käyttää aikaa taitojen harjaannuttamiseen.

11.8 Arvo-osaaminen

Tämä osaamisalue on eniten kehittämistä kaipaava alue, sama ilmiö näkyy lähes kaikilla vastaajilla. Tämä on myös lähes kautta linjan yliarvioitu alue. Mahdollisesti arvo-osaaminen on jäänyt osastotyössä irralliseksi tai osaamista ei nähdä erityisen tärkeänä. Tähän voi vaikuttaa se, että arvot ovat jääneet abstraktille tasolle, eivätkä työntekijät tiedä, millaiselta arvojen mukaan toimiminen käytännössä näyttää.

Arvokeskustelua kannattaisi työyhteisössä lisätä ja tiimissä pohtia sitä, miten arvot konkreettisesti potilastyössä näkyvät.

12 POHDINTA JA ARVIOINTI

12.1 Arviointi

Kehittämistyöllä oli hyvät lähtökohdat, sillä oli selvä tarve ja tilaus työlle lähtikin osastolta. Päätös osaston lopettamisesta tuli työn aloittamisen jälkeen ja se vaikeutti ja pitkitti prosessia. Kehittämistyö päätettiin kuitenkin saattaa loppuun.

Projektin tavoitteena oli tehdä osaamiskartoitus geropsykiatrian osaston henkilökunnalle ja siten selvittää, millaisia ja minkä tasoisia osaamisia osastolla on. Tarkoituksena oli kartoituksen pohjalta laatia kehittämissuunnitelma osastolle. Tavoite saatiin projektin puitteissa täytettyä, osaamiskartoituslomake laadittiin ja osaamiskartoitus suoritettiin osaston henkilökunnalle. Koska osasto ei samantyyppisenä enää jatkanut, ei tarkoitusta saatu suunnitelman mukaisesti täytettyä. Yhteisen kehittämissuunnitelman sijaan osaamiskartoitusten tulosten pohjalta osastonhoitaja kävi työntekijöiden kanssa läpi henkilökohtaiset kehittämissuunnitelmat. Tässä raportissa ei kehittämissuunnitelmia esitetä.

Psykiatrisesta osaamisesta on hankalaa tehdä osaamiskartoitusta, koska harva asia on samalla lailla mitattavissa, kuin esimerkiksi somaattisessa hoitamisessa. Toisaalta kattavan osaamiskartoituksen tekeminen psykiatrian osastolle on haastavaa ja siitä tulisi liian kankea työväline. Niinpä tässä työssä päädyttiin mittaamaan niitä osaamisia, jotka osastolla työskentelevät hoitajat kokivat tärkeiksi.

Tässä työssä ei käytetty nykyisen osaamisen vertaamista tavoiteosaamiseen, koska haluttiin saada toinenkin näkökulma osaamisen arviointiin. Niinpä työntekijöiden itsearviota verrattiin osastonhoitajan arvioon jokaisen vastaajan osaamisesta. Osastonhoitaja on toiminut osastolla pitkään ja tuntee työntekijänsä hyvin.

Projektipäälliköllä oli kokemusta projekteissa toimimisesta, muttei projektipäällikkyydestä. Tämä on toisaalta ollut hyvä ja toisaalta huono asia. Projektipäällik-

kö on ymmärtänyt, että projekteissa voi tulla yllätyksiä, joihin tulee tavalla tai toisella sopeutua. Toisaalta projektipäälliköllä oli suunnitelmavaiheessa liian kireä aikataulusuunnitelma.

Projektityössä suurimmat hankaluudet olivat yhteisen työskentelyajan löytämisessä projektiryhmän ja ohjausryhmän tapaamisille. Projektipäälliköllä oli oma työ, joka vaikeutti aikojen sopimista. Projektiryhmän jäsenet tekivät kaikki kolmi-vuorotyötä, joten samaan aikaan ei saatu kaikkia aina paikalle. Osaston lopettamispäätös lisäsi osaston kiireitä ja aikojen sopiminen kävi entistä hankalamaksi. Projektiryhmän motivaatio työskentelyyn pysyi kuitenkin hyvänä. Projektiryhmä onnistui tapaamaan yhteensä kolme kertaa. Ohjausryhmä tapasi kaksi kertaa, lisäksi työ esiteltiin osastonhoitajalle ja ylihoitajalle keväällä 2016. Osaston lopettamispäätös ja siihen liittyvät tehtävät sekä aikataululliset ongelmat pitkittivät kehittämistyön prosessia usealla kuukaudella.

Osastonhoitaja toimi myös projektipäällikön mentorina. Mentorointi tapahtui työryhmien tapaamisten yhteydessä ja sähköpostitse.

12.2 Pohdinta

Osaamisen mittaaminen on tärkeä osa työn kehittämistä ja työntekijöiden kehittymistä. Sen käyttö on lisääntymään päin. Psykiatrian alalla osaamiskartoitusta käytetään verrattaen vähän. Osaamisen mittaaminen psykiatriassa on hankalampaa, kun suuri osa työtehtävistä on sen luontoisia, että niiden osaamista on hankala objektiivisesti mitata. Tarvetta osaamisen mittaamiselle psykiatriassa kuitenkin on.

Tässä osaamiskartoituksessa eniten yliarvioita tuli nimenomaan psykiatrisen osaamisen alueella. Tämä saattaa johtua siitä, että moni koki oman osaamisen erinomaiseksi luottamuksen rakentamisessa ja toimintakyvyn ylläpitämisessä. Mahdollisesti kyselylomakkeessakaan ei ole tarpeeksi painotettu näiden alueiden teoreettista osaamista. Moni kokee näiden osaamisen persoonaan liittyväksi tai vain yhdessä tekemiseksi. Tällöin näiden osaamisten syvällisempi ymmärtäminen ja kehittäminen ei samalla tavoin onnistu.

Tutkimusosan tuloksista päätellen itsearviointi menetelmänä on suuntaa antava. Uskoakseni itsearvion luotettavuutta lisää se, jos osaamisesta ja sen kehittämistä puhutaan osastolla positiiviseen sävyyn, eikä kenelläkään ole syytä pelätä, että osaaminen jollain alueella aiheuttaisi hankaluuksia esimerkiksi työnjohdon kanssa. Tässä projektissa projektipäällikkö tunsi osaston henkilökunnan ja tämä on saattanut vaikuttaa tutkimustuloksiin joko positiivisesti tai negatiivisesti. Tuttuus on voitu kokea hyvänä, luottamusta herättävänä asiana tai sitten tuttuuden takia on saattanut olla hankala vastata täysin realistisesti.

Sosiaali- ja terveysala kehittyä jatkuvasti ja sitä myötä osaamisvaatimukset muuttuvat. Se, että työntekijä kykenee itse tunnistamaan kehittämistarvetta jollain osa-alueella tulisi nähdä merkinä hyvästä itsetuntemuksesta ja halusta kehittyä, ei siitä, että olisi taidoiltaan huonompi.

Osaamiskartoituksessa, koko osaston tuloksissa, ei tulisi pyrkiä siihen, että tulos olisi erinomainen keskiarvoltaan, koska se on epärealistinen odotus. Järkevämpää on päivittää tavoiteosaamistaso aika ajoin ja seurata, millä tavoin henkilöstön osaamista olisi kehitettävä, jotta se vastaa nykyiseen tavoitetasoon. Näin osaston osaaminen pysyy jatkuvasti ajantasaisena. Samalla tehdään selväksi, ettei osastolta odoteta erinomaista osaamista jatkuvasti, vaan hyvää osaamista ja jatkuvaa halua kehittyä.

LÄHTEET

Ahvo-Lehtinen, S. & Maukonen, S. (toim.) 2005. Osaamisen johtaminen kuntasektorilla. Kunta-osaaja 2012- työkirja. Efeko Oy. Helsinki.

Borgman, M. & Packalén, E. 2002. Parhaat käytännöt työyhteisön kehittämiseen. TammerPaino Oy. Tampere.

Burns, N. & Grove, S. 2011. Understanding nursing research: Building an evidence based practice. Elsevier Saunders. Missouri.

Chong, S. A., Verma, S., Mythily, S., Poon, L. Y. & McGorry, P. D. 2008. The early psychosis intervention programme in Singapore: A balanced scorecard approach to quality care. Journal of mental health. 2008, 17 (1) 79-91.

Condon, T. P.; Miner, L. L.; Balmer, C. W. & Pintello, D. 2008. Blending addiction research and practice: Strategies for technology transfer. Journal of substance abuse treatment: 35, 156-160.

Dash, S. R., Meeten, S., Jones, F., & Davey, G. C. L. 2014. Evaluation of a brief 4-session psychoeducation procedure for high worriers based on the mood-as-input hypothesis. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. (46) 2015. 126-132.

Fineout-Overholt, E., Melnyk, B. & Schultz, A. 2005. Transforming health care from inside out: Advancing evidence-based practice in the 21st century. Journal of professional nursing. 21 (6) 335-244.

Fiorillo, A., Del Vecchio, V., Luciano, M., Sambogna, G., De Rosa, C., Malangone, C., Volpe, U., Bardicchia, F., Ciampini, G., Crocamo, C., Iapichino, S., Lampis, D., Moroni, A., Orlandi, E., Piselli, M., Pompili, E., Veltro, F., Carrà, G. & Maj, M. 2014. Efficacy of psychoeducational family intervention for bipolar I disorder: A controlled, multicentric, real-world study. Journal of affective disorders. (172) 2015. 291-299.

Hakanen, A. 2011. Kognitiivisen psykoterapian luonne ja kehityshistoria. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. Kognitiivinen psykoterapia. Duodecim. Hämeenlinna.

Hakola, N. 2009. Systemaattinen osaamiskartoitus kehityskeskusteluissa osastonhoitajien kuvaamana. Pro Gradu- tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Tampere.

Harrison, M., Mitchell, D. & Howard, D. 2004. Acute mental health nursing: From acute concerns to the capable practitioner. SAGE publications Inc. US.

Hautamäki, I. 2013. Mielisairaala avohoidon kehityksen perustana Suomessa. Perhehoito 1900-luvun alkupuoliskolla ja Erik Anttisen johtama sairaalareformi Pitkäniemessä 1960- ja 1970-luvuilla. Historian pro gradu- tutkielma. Tampereen Yliopisto. Tampere.

Heikkilä, K. 2009. Osaamisen johtamisen tila ja johtajuus asiantuntijaorganisaatioissa – tapauksena tiehallinnon hallinta ja suunnittelu. Pro Gradu –tutkielma. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Lapin yliopisto.

Huotari, P. 2009. Strategisen osaamisen johtaminen kuntien sosiaali- ja terveystoimessa, neljän kunnan sosiaali- ja terveystoimen esimiesten käsityksiä strategisesta osaamisen johtamisesta. Akateeminen väitöskirja. Johtamistieteiden laitos. Tampereen yliopisto. Tampere.

HUS: Liikunta ja toimintakyky. Saatavana verkossa www.hus.fi viitattu 18.1.2015

HUS: Työpaikkana HUS, Tervetuloa töihin.

Hyvönen, J. 2008. Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta. Väitöskirja. Psykiatrian klinikka. Kuopion Yliopisto. Kuopio.

Hätönen, H. 2011. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen II. Edita Prima Oy. Helsinki.

Ichijo, K. & Nonaka, I. 2006. Knowledge creation and management: New challenges for managers. Oxford university press. USA.

Juhela, P. 2011. Kognitiivinen psykoterapia ja ikääntyminen. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. Kognitiivinen psykoterapia. Duodecim. Hämeenlinna.

Karila, I. & Holmberg, N. 2011. Käsitteellistäminen ja keskeiset työtavat. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. Kognitiivinen psykoterapia. Duodecim. Hämeenlinna.

Kiesepää, U. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 129 (20) 2133-9

Kinnunen, M. 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Monografia. Acta Wasaensia 230. Vaasan yliopisto. Vaasa.

Kivinen, T. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Väitöskirja. Terveystieteiden – ja taloudenlaitos. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Kirjavainen, P. & Laakso-Manninen, R. 2000. Strategisen osaamisen johtaminen. Oy Edita Ab. Helsinki.

Kuusinen, K-L. 2011. Terapeuttinen vuorovaikutus. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. Kognitiivinen psykoterapia. Duodecim. Hämeenlinna.

Kyrölähti, E.; Rautio, M. 2010. Työterveysyksiköiden osaamistarpeet. Aikuiskasvatuksen aikakauskirja. 12 (4). OKKA-säätiö.

Leinonen, E. & Alanen, H-M. 2011. Psykiatrista hoitoa tarvitsevia vanhuksia on enemmän kuin mihin on varauduttu. Koulutuksen uudistaminen voisi vielä pelastaa. Vanhuspsykiatria. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 127 (4):371-372

Leinonen, T. 2014. Havainto ja sen kirjaaminen sekä itsearviointin ja ulkopuolisen havainnoinnin sudenkuoppia. Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistys ry. Esitys 2.12.2014.

Lemire, M.; Demers-Payette, O. & Jefferson-Falardeau, J. 2013. Dissemination of performance information and continuous improvement, a narrative systematic review. Journal of health organization and management. 27(4), 449-478. Emerald group publishing limited.

Löf, S. 2010. Osaamiskartta oppimisen ohjaamisen työvälineenä. Pro Gradu –tutkielma. Opettajankoulutuslaitos. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.

Marcusson, J.; Blennow, K.; Skoog, I. & Wallin, A. 2003. Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar. Elanders Gummerasons. Falköping.

Miller, W. R.; Sorensen, J. L.; Selzer, J. A. & Brigham, G. S. 2006. Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: a review with suggestions. Journal of substance abuse treatment, 31, 25-39

Miller, W. R.; Zweben, J. & Johnson, W. R. 2005. Evidence-based treatment: why, what, where, when and how? Journal of substance abuse treatment, 29, 267-276

Muistihäiriöt (online). Käypä hoito -suositus. 2010. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen neurologisen yhdistyksen, Suomen psykogeriatrisen

yhdistyksen ja Suomen yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Helsinki. Saatavilla: www.kaypahoito.fi viitattu 1.2.2015

Niven, P. R. 2005. Balanced scorecard diagnostics. Maintaining maximum performance. John Wiley & sons, inc. USA.

Nordling, E. 2007. Ruvettiin pitämään ihmisenä. Vastuutasojärjestelmässä kuntoutettujen skitsofreniapotilaiden kuntoutumisreitit, hoitopalveluiden käyttö ja psykososiaalinen hyvinvointi. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Tampereen Yliopisto. Tampere.

Prochaska, J.; Johnson, S. & Lee, P. 2008. The transtheoretical model of behavior change. Teoksessa Shumaker, S. Handbook of health behavior change. (Ed.) Springer publishing company. New York, 59-83.

Punkanen, T. 2003. Mielenterveystyö ammattina. Tammer-Paino Oy. Tampere.

Pylvänäinen, P., Autere, T., Järventausta, K., Kuisma, E., Palo-Oja, T., Rantanen, P., Roviola-Lehtonen, J., Sankala, P., Tammertie-Sarén, T. & Torkkeli, S. 2011. Masennuksen alueellinen hoito-ohjelma. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Safran, J. & Muran, J. 2000. Negotiating the therapeutic alliance, a relational treatment guide. The Guilford press. New York.

Salo-Chydenius, S. 2011. Motivoiva haastattelu/ motivoiva toimintatapa. www.paihdelinkki.fi Päihdelinkki. Viitattu 15.2.2015.

Savolainen, K. 2012. Persoonallisuuden ja oppimistyylin välinen yhteys. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Pro gradu –tutkielma.

Sievers, P. 2013. Psykoterapioista lyhyesti. Johdatus psykiatriaan: luento 4. 27.11.2013. Saatavissa: www.heikkisalomaa.fi/wp-content/uploads/2011/11/Psykiatria-2013-luento4-Sievers.pdf viitattu 25.1.2015

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Sosiaali- ja terveyspalveluja koskeva lainsäädäntö. www.stm.fi viitattu 25.1.2015

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Yliopistopaino. Helsinki.

Squires, D. D.; Gumbley, S.J. & Storti, S.A. 2008. Training substance abuse treatment organizations to adopt evidence-based practices: The addiction technology transfer center of New England science to service laboratory. Journal of substance abuse treatment, 34, 293 – 301

Strandberg, T. 2013. Vanhuksen sekavuustila ja sen hoito. Tieteelliset lyhennelmät. Alkuperäinen kirjoittaja Pitkälä, K. Gernet. Saatavissa: www.gernet.fi viitattu: 1.2.2015

Sydänmaalakka, P. 2009. Jatkuva uudistuminen. Talentum Media Oy. Hämeenlinna.

Sydänmaalakka, P. 2004. Älykäs organisaatio. Talentum. Helsinki.

Tambag, H. & Öz, F. 2013. Evaluation of the psychoeducation given to the elderly at nursing homes for a healthy lifestyle and developing life satisfaction. Community mental health journal. (49) 742-747.

Tuisku, K., Melartin, T. & Vuokko, A. 2011. Mielenterveysongelmiin liittyvä toimintakyvyn arviointi. Toimia, 10.1.2011. www.thl.fi viitattu 18.1.2015

Tynjälä, P. 2008. Asiantuntijuudesta ja sen kehittämisestä. Esitys 8.3.2008. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylän yliopisto.

Valta, M. 2013. Sähköisen potilastietojärjestelmän sosiotekninen käyttöönotto. Seitsämän vuoden seurantatutkimus odotuksista omaksumiseen. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden ja kauppateieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio.

Vataja, R. 2010. Alkoholien käyttöön liittyvä muistisairaus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Helsinki.

Viitala, R. 2004. Henkilöstöjohtaminen. Edita Prima Oy. Helsinki.

Viitala, R. Osaamisen johtaminen esimiestyössä. Acta Wasaensia, Liiketaloustiede. 2002, 109.

Virtanen, P. 2005. Houkutteleva työyhteisö. Edita Prima Oy. Helsinki.

Zaretsky, A., Lancee, W., Miller, C., Harris, A. & Parikh, S. V. 2008. Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder? The Canadian journal of psychiatry. 53 (7) 441-448.

