

OSAAMINEN NÄKYVÄKSI

Osaamiskartoitus Jyväskylän kaupungin kotihoidossa

Virpi Mononen
Rida Riskilä

Opinnäytetyö
Kesäkuu 2013

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma
Ylempi AMK
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) MONONEN, Virpi RISKILÄ, Rida	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 3.6.2013
	Sivumäärä 71	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi OSAAMINEN NÄKYVÄKSI Osaamiskartoitus Jyväskylän kaupungin kotihoidossa		
Koulutusohjelma Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma YAMK		
Työn ohjaaja(t) TIIKKAINEN, Pirjo		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän kaupunki		
Tiivistelmä Sosiaali- ja terveysministeriön suositus on laitoshoidon vähentäminen. Hoito siirtyy avosektorille ja ikäihmisten koteihin. Nämä tavoitteet asettavat haasteita osaamiselle kotihoidossa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Jyväskylän kaupungin kotihoidon henkilökunnan osaamista heidän itsensä arvioimana. Lisäksi kysyttiin vastaajien käsityksiä osaamisesta ja tehtävänkuvasta ammattinimikkeittäin. Tutkimus toteutettiin sähköisenä kyselynä. Se lähetettiin 307 kotihoitajalle maaliskuussa 2013. Itsearviointi teki 110 henkilöä, jolloin vastausprosentti oli 35,8. Osaamista arvioitiin 78 väittämällä seitsemällä eri osa-alueella. Niitä olivat hoito ja huolenpito, kliininen hoitotyö, mielenterveys- ja päihdetyö, ammatillinen vuorovaikutus, toimintajärjestelmäosaaminen, terveyden edistäminen, ammatillinen kasvu sekä työterveys ja turvallisuus. Osaamista kuvailevia tasoja oli viisi, aloittelijasta asiantuntijaksi. Käsitykseen osaamisesta, työnjaosta ja muusta osaamisestaan sai vastata avoimilla vastauksilla. Tuloksissa osaaminen näyttäytyy hyvänä. Osaaminen painottuu pätevän, taitavan ja asiantuntijan tasolle. Tulokset paljastivat myös kehitettävää. Kliinisessä hoitotyössä alle tavoitetason (pätevä) jäivät ensiapu, avanteen hoito, kertakatetrointi, PEG-letkuravitseminen, verinäytteiden ottaminen ja haavan hoidon arviointi. Koulutustaan vastaavaa työtä koki tekevänsä 82 % vastaajista. 69 % heistä vastasi, ettei kaikkien tarvitse osata tehdä kaikkea kotihoidossa. Oman ammattinimikkeen mukaista tehtävänkuvaa toivoi noin puolet vastaajista. Matalan vastausprosentin vuoksi tuloksia ei voi yleistää. Kotihoidon osaamisen itsearviointimittaria voidaan hyödyntää kehityskeskusteluissa, jolloin osaamista voidaan kehittää tavoitteellisesti. Vastaajat ovat sitä mieltä, että ammattinimikkeen mukaiset tehtävänkuvat selkeyttävät työtä.		
Avainsanat Kotihoito, osaaminen, itsearviointi		
Muut tiedot		



Author(s) MONONEN, Virpi RISKILÄ, Rida	Type of publication Master's Thesis	Date 3.6.2013
	Pages 71	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title MAKING COMPETENCE VISIBLE Surveying competence in the Home Care Services of the City of Jyväskylä		
Degree Programme Master's Degree Programme in Advanced Nursing Practice		
Tutor(s) TIIKKAINEN, Pirjo		
Assigned by City of Jyväskylä		
Abstract The recommendation of the Ministry of Health and Social Affairs is to reduce institutional care. Care will be provided at open markets and at homes of the elderly. These objectives present challenges to the employees' competence in home care. The purpose of this study was to examine the competence of the home care personnel in the Home Care Services of the City of Jyväskylä. The study was based on the personnel's self-evaluation. Additionally, the respondents were asked about their competence needs and division of responsibilities in between different professionals. The study was conducted as an electronic survey. Survey was sent to 307 home care employees in March 2013. The self-evaluation was returned by 110 respondents, which gave a response rate of 35.8%. The survey contained 78 statements, on seven areas of work. The areas were nursing and care, clinical nursing competence, mental health and abuse care, professional interaction, operational competence, health promotion, professional growth and occupational health and safety. With regard to their competence, division of responsibilities and other competencies the respondents were asked to give open answers. According to the results, the competence of the employees appeared to be good. The respondents' competencies concentrated on the levels of qualified and skilful experts. However, the results also revealed development targets. In clinical nursing the evaluations remained under the target levels in first aid, stoma care, intermitted catheterization, PEG-tube feeding, taking blood samples and wound care. 82% of the respondents felt that their work duties were in accordance with their educational background. 69 % of them stated that there was no need for everybody to know everything. About half of the respondents expressed a wish for a job description in accordance with their professional title. Due to the low response rate, the results of this study cannot be generalised. The home care self-evaluation tool can be used in performance appraisals, which facilitates a goal-oriented development of competence. The respondents thought that job descriptions according to the professional title would clarify the content of work.		
Keywords Homecare, competence, survey		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

KUVIOT	2
1 Johdanto	3
2 Osaaminen kotihoidossa	5
2.1 Kotihoidon perusteet ja muutokset	5
2.2 Osaaminen ja asiantuntijuus kotihoidossa	7
2.3 Tutkittu kotihoito	8
2.4. Kliininen hoitotyö kotihoidossa.....	12
2.5 Osaamisen arviointi	19
Arvioinnin etiikasta.....	22
Tutkimustietoa	23
3 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	25
4 Tutkimuksen toteutus	25
4.1 Osaamisen itsearviointimittarin laatiminen	25
4.2 Aineiston analysointi	29
5 Tutkimustulokset.....	31
5.1 Esitiedot	31
5.2 Kliinisen hoitotyön itsearvioitu osaaminen	33
5.2 Muu kotihoidossa tarvittava osaaminen	36
5.3 Työnjako, koulutus ja tehtävänkuva.....	42
5.3.1 Teen mielestäni koulutustani vastaavia työtehtäviä.....	42
5.3.2 Pitääkö kaikkien osata tehdä kaikkea?	43
5.3.3 Tuleeko jokaisella kotihoidon työntekijällä olla oman	44
ammattinimikkeen mukainen tehtävänkuva?	44
5.3.4 Mitä muuta osaamista kotihoitajilla vielä on.....	45
6 Pohdinta.....	46
6.1 Luotettavuus	46
6.2 Tulos.....	48
6.3 Menetelmän käyttökelpoisuus	54
LÄHTEET	58

FINLEX 980/2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Viitattu 3.5.2013.....	59
LIITTEET.....	64
Liite 1. Itsearviointimittari Jyväskylän kaupungin kotihoitoon.....	64
Liite 2. Saatekirje Jyväskylän vastaajille.....	66
Liite 3. Kuvio kliinisen hoitotyön osaamisesta.....	67

KUVIOT

KUVIO 1. Hoitotyön asiantuntijuuden tyypit näyttöön perustuvassa toiminnassa.....	13
KUVIO 2. Hoitotyön kliinisen asiantuntijuuden kehittymisväylät koulutusjärjestelmässä ja ehdotus terveysalan kliinisten osaamiskokonaisuuksien sijoittumisesta järjestelmään.....	15
KUVIO 3. Vastaajien yhdistetyt ammattiryhmät (N = 110).....	31
KUVIO 4. Vastaajien viimeksi suorittama tutkinto lukumäärinä (N = 110).....	32
KUVIO 5. Ammattiryhmien osaaminen kertakatetroinnissa % -osuuksina (n = 107)...	33
KUVIO 6. Ammattiryhmien osaaminen PEG-letkuravitsemuksen toteuttamisessa % -osuuksina (n = 107).....	34
KUVIO 7. Ammattiryhmien osaaminen verinäytteiden ottamisessa % -osuuksina (n = 107).....	34
KUVIO 8. Ammattiryhmien osaaminen haavan tilan arvioinnissa % -osuuksina (n = 107).....	35
KUVIO 9. Lähi- ja perushoitajien osaaminen haavan hoidon eri väittämässä % -osuuksina (n = 107).....	35
KUVIO 10. Ammattiryhmien osaaminen ensiavussa % - osuuksina (n = 107).....	36
KUVIO 11. Kaikkien vastaajien osaamisen keskiarvot osiossa hoito ja huolenpito (N = 110).....	37
KUVIO 12. Kaikkien vastaajien osaamisen keskiarvot osiossa mielenterveys- ja päihdehoitotyö (N = 110).....	37
KUVIO 13. Ammattiryhmien osaaminen tiedonhankinnassa terveysporttista % - osuuksina (n = 107).....	38
KUVIO 14. Kaikkien vastaajien osaamisen keskiarvot osiossa ammatillinen vuorovaikutus ja viestintä (N = 110).....	39
KUVIO 15. Kaikkien vastaajien osaamisen keskiarvot osiossa toimintajärjestelmäosaaminen (N = 110).....	40
KUVIO 16. Kaikkien vastaajien osaamisen keskiarvot osiossa hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen (N = 110).....	41
KUVIO 17. Kaikkien vastaajien osaamisen keskiarvot osiossa ammatillinen kasvu ja henkilökohtainen edistyminen (N = 110).....	41
KUVIO 18. Kaikkien vastaajien osaamisen keskiarvot osiossa työterveys ja turvallisuus (N = 110).....	42
KUVIO 19. Teen mielestäni koulutustani vastaavia työtehtäviä % - osuuksina (N = 110).....	42
KUVIO 20. Pitääkö kaikkien osata tehdä kaikkea? % - osuuksina (N = 110).....	43
KUVIO 21. Tuleeko jokaisella kotihoidon työntekijällä olla oman ammattinimikkeen mukainen tehtäväkuva? % - osuuksina (N = 110).....	44

1 Johdanto

Ikäihmisten palveluja ja etuuksia koskevaa lainsäädäntöä uusitaan Suomessa. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen on ennakoitava muutosten edellyttämät toimintatapojen ja työnteon muutokset perusterveydenhuollossa. Keskeisiä muutoksia ovat viime vuosina olleet laitoshoidon vähentäminen ja avohoidon määrän lisääminen. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa on valtakunnallisena tavoitteena ikääntyvien asuminen kotona itsenäisesti tai palveluntarpeen mukaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen avulla. (STM. 2008, 30.)

Suomi on ikääntymisen kärkijoukossa koko Euroopan mantereiden väestön ikääntymisessä. Työikäisten määrä on jo vähentynyt vuodesta 2010 alkaen kun sotien jälkeen syntyneet siirtyvät eläkeikään. 65 -vuotta täyttäneiden osuus väestöstä on uusimman ennusteen mukaan 26 % vuonna 2030, ja nousee 28 % vuoteen 2060 mennessä. (Tilastokeskus 2012, Väestöennuste 2030–2060) Työmarkkinoilta poistuu enemmän ihmisiä kuin sinne on tulossa. Iso määrä kokemusta ja osaamista poistuu eläköitymisen myötä. On tärkeää huolehtia siitä, että henkilöstölle kertynyt osaaminen siirtyy eteenpäin. (Piispanen 2012, 2.)

Osaavaa ja ammattitaitoista henkilöstöä pidetään tärkeänä organisaation pääomana jonka kehittäminen on keskeinen investointi yritysten strategiassa. Tulosvastuullisuus sekä työelämän rakenteelliset muutokset luovat jatkuvia osaamisen kehittämispaineita niin yksilöiden kuin yhteisöjenkin tasolla. (Paloniemi, 2004, 19) Kuntien tavoitteena on tuottaa ihmisläheisiä ja ammatillisesti korkeatasoisia palveluja kustannustehokkaasti. Palvelujen kehittämisessä osaamisesta on tullut tärkeä työkalu. Kehittämistyö kunnissa painottuu henkilöstön, toimintaympäristön, suunnitelmallisuuden ja yhteistoiminnan kehittämiseen ja tulospaineiden kasvaessa voimavarat on kohdennettava tarkasti. (Parjanne 2003, 6.)

Vanhuspalvelulain tavoitteena on taata, että iäkkäät ihmiset saavat yksilöllistä hoitoa ja huolenpitoa yhdenvertaisesti koko Suomessa sosiaali- ja terveyspalvelujen avulla. Kotiin annettavat palvelut ovat ensisijaisia palvelumuotoja. Kunnilla on velvoite sel-

vittää ikääntyneiden palveluntarve, sekä tarjota ja turvata riittävät ja laadukkaat palvelut lain astuessa voimaan 1.7.2013 alkaen. (L 28.12.2012/980.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) tavoitteena on, että hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat ja, että sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut on järjestetty asiakaslähtöisesti. Tavoitteisiin pyritään kuudella osaohjelmalla joista ”Parempia palveluja ikäihmisille” halutaan vaikuttavan suoraan kotiin annettavien palveluiden kehittämiseen. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus uudistetaan 2013 aikana ja siinä tullaan huomioimaan ikälaki sekä ikäihmisten osallisuus palvelujen suunnittelussa, arvioinnissa sekä vertaistuen tuottamisessa. Ympäri-vuorokautista ja pitkäaikaishoitoa vähennetään. Palveluketjujen parantamisessa huomioidaan kotiin saatavien palvelujen ja kuntoutuksen lisääminen asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Erityisesti ohjelman tavoitteena on akuutisti sairastuneiden tai sairaalasta kotiutuvien tukeminen. (STM 2012a, 21–22.)

Koko Euroopan Unionilla on haasteena terveydenhuollon kestävyden turvaaminen. On ennakoitava ikääntyvien ihmisten terveydenhuoltotarpeet paikallisesti ja varauduttava kunkin maan väestön terveyskriiseihin. Kaikki kansalliset terveydenhuoltojärjestelmät ovat paikallista työvoimaa merkittävästi työllistäviä. Ammattitaitoisen työvoiman saatavuudesta tulee huolehtia, jotta moniin terveydenhuollon tulevaisuuden haasteisiin voidaan vastata. (Euroopan Yhteisöjen komissio 2008, 3-7.)

Jyväskylän kaupungilla on meneillään kotihoidon laatua koulutuksella parantava kolmiosainen ohjelma. Ensimmäisessä osassa vuosina 2010 – 2011 päivitettiin hoitohenkilökunnan lääkehoidon osaaminen. Tämä tutkimus ohjelman toisena osiona, keskittyy kodeissa hoitotyötä tekeviin työntekijöihin, ja heidän ammattiosaamiseensa. Näistä henkilöistä käytetään tässä tutkimuksessa yleiskäsitetä kotihoitajat. Koulutusohjelman viimeisessä vaiheessa tullaan keskittymään eettiseen osaamiseen. Tämän opinnäytetyö tarkoituksena on kuvata Jyväskylän kaupungin kotihoidon hoitotyöntekijöiden kliininen osaaminen, työntekijöiden itsensä arvioimana.

2 Osaaminen kotihoidossa

2.1 Kotihoidon perusteet ja muutokset

Kotihoito on kotona tapahtuvaa hoitamista jota määrittävät seuraavat lait: terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 ja sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710. Terveydenhuoltolain mukaan kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden kotisairaanhoito. Kotisairaanhoito on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista säännöllistä tai tilapäistä kotona moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua. Terveydenhuoltolain mukaan kunnan on huolehdittava siitä että terveydenhuollon henkilökunta osallistuu riittävästi täydennyskoulutukseen. Sosiaalihuoltolain (1982/710) § 20–21 mukaan kotipalveluun kuuluu asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon sekä tavalliseen arjen elämään kuuluvien tehtävien tekemistä tai toiminnoissa auttamista. Kotipalveluja annetaan alentuneen toimintakyvyn, sairauden, vamman tai muun vastaavan syyn perusteella niille, jotka apua arjen toimista suoriutuakseen tarvitsevat.

Laki sosiaalihuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta 1428/2004 on lisäys sosiaalihuoltolakiin, ollen ns. kotihoidon kokeilulaki. Kotihoito on yhdistettynä toteutettua kotipalvelua ja kotisairaanhoitoa myös Jyväskylässä. Työntekijät ovat koulutukseltaan kotiavustajia, kodinhoitajia, apuhoitajia, perushoitajia, sosionomeja, sosiaalialan ohjaajia, lähihoitajia, sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia.

Työympäristönä koti ja siellä tapahtuva hoitotyö on erikoistunutta terveyden ja sairaanhoitoa avohoidossa. Työnantajat tarvitsevat osaavaa henkilökuntaa joka myös oppii nopeasti ja joustavasti uutta (Collin & Paloniemi 2007, 287; Hildén 2002, 26; Luukkainen & Uosukainen 2011, 106).

Toimintaympäristön muutokset ja uudet palvelukonseptit muuttavat kotihoitajan työtä entistä vaativammaksi ja itsenäisemmäksi. Tekninen kehitys muuttaa osaltaan myös kodeissa tapahtuvaa käytännön kliinistä hoitotyötä. Tietotekniikka antaa hyviä välineitä tiedonsaantiin, -välitykseen ja -käsittelyyn. Uudet laitteet auttavat terveydenhuollon järjestämisessä aiempaa turvallisemmin ja tehokkaammin. Tuotantoprosessin tehostaminen tiivistää myös hallintoa. Tietotekniikka auttaa asiakkaita selviy-

tymään kodeissa itsenäisemmin ja tuo uuden välineen työntekijöiden osaamisen kehittämiseen mm. verkkokurssien muodossa. (Hildén 2002, 12–13.)

Asiakkaiden ja omaisten osallistuminen muuttuu jatkuvasti aktiivisemmaksi, osallistuvammaksi ja palvelun laadun suhteen vaativammaksi, eli se edellyttää hoitohenkilökunnalta korkeatasoista osaamista (Hildén 2002, 11). Valinnanvapauden kasvu palvelusetelien ja henkilökohtaisen palveluiden budjetoinnin myötä vahvistaa asiakasohjausta ja asiakkaan asemaa palvelujen aktiivisena käyttäjänä. Asiakkaan aseman vahvistuminen tulee olemaan palvelurakenteiden muutoksessa merkittävä haaste. (Kaseva 2011, 45.)

Työelämässä hierarkioiden madaltuminen ja asiantuntijatyön lisääntyminen on luonut uudenlaisia osaamistarpeita. Työntekijöiltä odotetaan omavastuuta johtamisesta ja yrittäjämäisyyttä. Täten yksittäisten työntekijöiden osaamisen kehittäminen on entistä tärkeämpää. (Salojärvi 2009, 156.)

Työelämän vaatimusten kasvamisen vuoksi osaamisen tarve on muuttunut ja sen merkitys korostunut. Osaamisen määritelmien variaatio on laajentunut eikä sitä voi selittää tyhjentävästi yhdellä määritelmällä. Britanniassa painotetaan osaamisen tarkoittavan yksilön kykyä suoriutua työtehtävästä. Saksalaiset käsittävät määritelmän laajemmin: se sisältää tietojen ja taitojen lisäksi ammatillisen identiteetin. Skandinaviassa ja Australiassa ajatellaan osaamisen käsitteen sisältävän tiedot, taidot, asenteen ja taipumukset. Silloin osaaminen eli kompetenssi on lähellä asiantuntijuus – käsitettä. (Stenström, Itkonen & Nikkanen 2010, 8.)

Ammatillisesti taitava henkilöstö on tärkeä terveydenhuollon toiminnan jatkuvuuden tae ja keskeisenä kansallisena tavoitteena on turvata osaavan henkilöstön saatavuus sekä pysyvyys perusterveydenhuollossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

2.2 Osaaminen ja asiantuntijuus kotihoidossa

Osaaminen on käsitteenä moni-ilmeinen. Joko se tarkoittaa koko organisaation osaamista koostuen sekä yksilöiden että ryhmien osaamisesta, tai etenkin organisaation ja sen osien tavasta toimia. Osaaminen voi tarkoittaa kykyjä, tietoja ja taitoja joita yksilöllä, tiimillä tai verkostolla on. Ryhmien sekä verkostojen osaaminen ja tapoja ovat merkittäviä, koska osaaminen lisääntyy sitä jaettaessa. Organisaatiokulttuurin näkökulmasta osaamisen tarkastelussa kiinnitetään huomiota yhteistyöhön, asenteeseen ja motivaatioon. Osaamista edistävä organisaatiokulttuuri mahdollistaa hiljaisen tiedon jakamisen ja uuden tiedon luomisen. (Salojärvi 2009, 146–147.)

Osaaminen voidaan ymmärtää joko yksilön tai yhteisön ominaisuutena kolmesta eri näkökulmasta. Ensinnäkin se voi olla yksilön ominaisuus tai pääomaa joka sisältää sekä formaalin (koulutuksessa saadun) että todellisen osaamisen. Se voidaan määrittellä työn vaatimuksina (kvalifikaatioina), jotka voivat olla joko virallisia tai perustua todelliseen työssä vaadittavaan osaamiseen. Voidaan myös korostaa yksilön ja työn välistä vuorovaikutusta ja työssä käytössä olevaa osaamista jolloin osaaminen liittyy kiinteästi yhdessä molempiin. (Stenström ym. 2010, 9.)

Pekka Ruohotien mukaan (2002, 109) aikuiskasvatustieteilijöiden piirissä ei saavutettu yhteisymmärrystä kompetenssin ja kvalifikaation käsitteistä. Kvalifikaatio voidaan määrittellä kompetenssiksi, jota työtehtävä tosiasiallisesti vaatii ja/tai joka määräytyy yksilön ominaisuuksista. Avainkvalifikaatioiden ja –kompetenssien määrittelyyn ei ole olemassa selkeitä kriteereitä. Mallien välillä on eroja sen mukaan miten universaaleja, yleisiä tai abstrakteja ne ovat. (Ruohotie 2002, 109–111.)

Osaaminen on tiedon avulla tapahtuvaa toimintaa yksin tai ryhmässä, jolloin tiedon käsitteleminen on keskeistä (Hyrkäs 2009, 62). Tiedollinen osaaminen on välttämätöntä asiantuntijuuden kehittymisessä, sillä syvällisen ymmärtämisen rakentaminen muodostaa perustan jatkuvalle oppimiselle (Ruohotie 2002, 118).

Tiedonkäytössä aloittelija ja asiantuntija eroavat siinä, että asiantuntijalla on kyky valikoida ja keskittyä oleelliseen informaatioon. Oleellisuuksien tiivistyminen perus-

tuu siihen että heidän havaintotoimintansa ovat tarkoituksenmukaisempia ja tehokkaampia kuin noviisien. Asiantuntijuus ei perustu pelkästään tiedon määrään. Asiantuntijan tiedon elementit kytkeytyvät osaksi hyvin organisoitunutta tietorakennetta. Aloittelijan uusi tieto on pitkään hajanaista sisältäen irrallisia määritelmiä ja pinnallista ymmärrystä keskeisistä käsitteistä. Taidon kehittyessä tiedon osat integroituvat jäsenytyneen tiedonrakenteen osaksi. Nopeissa päätöksentekotilanteissa asiantuntijat pystyvät hyödyntämään aikaisempaa tietorakennetta ja tekemään pintatasoa syvempiä päätelmiä, kun taas aloittelijat yrittävät ratkaista ongelmaa välittömästi havaittavien pinnallisempien ominaisuuksien perusteella. Käytännössä se näkyy myös toimintojen ennakoinnissa ja suunnittelussa. (Lehtinen & Palonen 2011, 27.) Haltia ehdottaa (2011, 58) asiantuntijuuden määritelmäksi, hyvin organisoituneeseen ja käyttökelpoiseen tietämykseen perustuvaa taitoa ratkaista ongelmia tehokkaalla ja korkeatasoisella tavalla.

2.3 Tutkittu kotihoito

Kotihoidon kehittämismallin tutkimuksessa tiimityön työjako herätti voimakasta pelkoa työntekijöissä sillä moniammatillisuus nähtiin työnjakomallina jossa kaikki tekevät kaikkea. Pelättiin ettei omaa koulutusta ja osaamista vastaavaa työtä enää sallitaisi tehdä ja ajatus aiheutti vastustusta varsinkin sairaanhoitajien parissa. Erityisesti lähihoitajien ja kodinhoitajien töiden sisältö muuttui. Muutoksen keskellä työnjakoon liittyi ongelmia. Tiimityöntekijät kaipasivat selkeitä pelisääntöjä ja sopimuksia. Monivuotisen kehitystyön eri vaiheissa ongelmia ratkaistiin, työnkuvat selkenivät ja mm lähihoitajien työ laajeni koulutusta vastaavaksi. Kodinhoitajien roolin nähtiin muuttuneen asiakkaan kokonaistilanteen ja terveysmuutosten havainnoijan rooliksi. (Sannerma 2009, 184–186.)

Tiimityön kehityksellä aikaansaadaan monipuolista osaamista, joustavuutta ja tehokkuutta asiakastyöhön sekä eri palveluihin. Työjakoa voidaan selventää ja työntekijöiden työnkuvat ja roolit selkeytyvät. Näkökulmaa työhön voidaan laajentaa. Parhaimmillaan tiimityö mahdollistaa toiminnassa asiakkaan yksilöllisen hoidon ja asia-

kaslähtöisyyden, se parantaa terveyttä edistävää toimintaa ja samalla lisää voimavaroja kotihoitotyöhön. (Sanerma 2009, 191–192.)

Väitöstutkimuksessaan Hammar tutki kotihoidon palvelujen yhteensovittamista, kotiuttamista, asiakkaiden avuntarvetta ja palvelujen käyttöä vaikuttavuuden, ja kustannusvaikuttavuuden näkökulmista. Tuloksena on tietoa siitä, että uusilla toimintamalleilla voidaan tehostaa voimavarojen hyödyntämistä ja toteuttaa asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa. Asiakkaiden ja työntekijöiden toisistaan eroavat näkemykset hoidon ja palveluiden tarpeesta, vaikeuttavat sopivien palvelukokonaisuuksien luomista ja vaikuttavat palvelujen laatuun. Työ kotihoidossa edellyttää työntekijöiltä asenteiden muutosta ja asiakkaan mukaan ottamista päätöksentekoon tulevaisuudessa. (Hammar 2008, 100–103.)

Elorannan tutkimuksessa kotihoidon toimivuudesta asiakkaiden ja heitä hoitavien ammattihenkilöiden näkemykset erosivat annetusta ja saadusta hoidosta. Kehittämishaasteiksi yhteistyölle tiivistyivät asiakkaan oman elämän asiantuntijuuden vahvistaminen, toimintakulttuurin muuttaminen tavoitteelliseksi asiakaslähtöiseksi toiminnaksi, ammattihenkilöiden roolien ja vastuun selkiyttäminen sekä tiedon kulun menetelmien kehittäminen. (Eloranta 2009, 48–56.)

EQUIP II (European Education, Competences and Qualifications in Home Care for Older people) on EU:n rahoittama innovaatioiden siirtohanke. Hankkeen Varsinais-Suomessa tehdyssä haastattelututkimuksessa nousi esiin asioita, joita ei voitu nähdä suoraan kotihoidon osaamiskartoissa. Kotihoidon kerroksellisuus, itsenäisyys, vastuullisuus ja työskentelyolosuhteet jäivät näkymättömiksi. Työntekijät arvostivat merkityksellisinä ammattietiikkaa ja työkokemusta, vuorovaikutustaitoja, työntekijän persoonallisuuden piirteitä sekä kiinnostusta työskentelyyn ikäihmisten parissa (Salonen & Kinos 2009, 2.)

Tepponen (2009) toteaa väitöskirjassaan, että kotihoidon palvelut ovat pirstaleisia, laatu ja sisältö vaihtelevat kunnittain eikä palveluiden säätely toimi parhaalla mahdollisella tavalla. Tutkimuksessa rakentui hyvän kotihoidon malli, jonka mukaan van-

husta on kohdeltava omassa ympäristössään elävänä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiokulttuurisena kokonaisuutena. Palvelut tulee eheyttää yhdistetyillä organisaatioilla, verkostoilla, sopimuskäytännöillä sekä moniammatillisella kuntouttavalla ja ennakoivalla työotteella. Kotihoidon järjestämisessä on kiinnitettävä huomiota asiakkaiden erilaisiin palvelutarpeisiin, ja teknologisia sovelluksia on lisättävä. Kulttuurisen työn mahdollisuudet kotona asumisen tukena ja edistäjänä olisi selvitettävä. Eri toimijoiden yhteistyöllä voidaan luoda edellytykset sosiokulttuuriselle työlle, muistelu- opinto- ja lukupiireille, sekä taiteiden harrastamiselle. Toimintakykyä vahvistavaa liikuntaa ja kuntoutusta tulisi lisätä. Elämänlaatua ylläpitämällä ja vahvistamalla jäljellä olevia voimavaroja, voidaan kotona selviytymistä tukea. (Tepponen 2009, 192–199.)

Järnsrömin tutkimus käsitteli asiakaslähtöisyyttä ja asiakkuutta geriatrisessa sairaalassa. Tutkimus kuvasi asiakkuuden sairaalaosastolla olevan kaukana asiakaslähtöisyydestä. Vanhusasiakkaat kokivat saavansa liian vähän osallistumismahdollisuuksia kun keskustelu- ja vaikutusmahdollisuudet olivat vähäisiä hoitohenkilöstön kanssa. Asiakkuudelle ja asiakaslähtöisyydelle tuovat haasteensa palvelujärjestelmän tehokkuuspyrkimys, järjestelmän joustamattomuus, hierarkkisuus, työntekijälähtöisyys, lääkkeellisen hoidon painottaminen ja rutiinit, resurssien rajallisuudet, omaisten voimakkaat roolit sekä joidenkin asiakkaiden passiivisuus. (Järnsröm 2011,7, 256–261.)

Hoitajien kokemuksia potilasturvallisuuskulttuurista on tutkittu kotihoidossa. Pääteemaksi erottuivat vastuunjaon epäselvyydet eri tilanteissa sekä viisi alateemaa: eettisten periaatteiden puute ja huono työmoraali, dokumentointi, toiminnallisen johdon puute, ammatillinen osaaminen sekä päivitettyjen rutiinien ja ohjeiden puuttuminen. Päätelmänä todetaan kotihoidon potilasturvallisuuden kärsivän johtamattomuudesta, lähiesimiesten vastuuttomuudesta, rutiinien puutteesta, prosessien päivittämättömyydestä sekä hoitohenkilökunnan tietojen ja taitojen vajeista. Lähiesimiesten tulee olla tietoisempia hoitajien kohtaamista ongelmatilanteista, kamppailusta vastuullisuuden ja voimattomuuden tunteissa sekä päätöksenteossa tarvittavasta tuesta. (Berland, Holm, Gudresen, Bentsen, 2012, 794–801.)

Omaishoitajat tarvitsevat lyhytaikaisia, hoitovastuusta vapauttavia hoitajaksoja selviytyäkseen arjen huolenpitosuhteessa. Salinin tutkimuksessa lyhytaikaisen laitoshoidon mallista saatiin monia kehittämisehdotuksia joissa mm omahoitajuutta toivottiin hoitajaksoilla vahvistettavan. Tutkimuksessa asiakas, omaishoitaja sekä hoidettavan koko perhe huomioitiin hoitolaitoksen asiakkaana ja omaishoidettavan hyvinvoinnin ymmärrettiin olevan tärkeää kotihoidon jatkumisen turvaamiseksi. Hoitajien koettiin tarvitsevan koulutusta sekä työnohjausta omaishoitajien ja perheiden kohtaamisessa. (Salin 2008, 78–81.)

Tutkimuksessaan saattohoidosta ja kuolevan asiakkaan hoidosta suomalaisissa saattohoitokodeissa Sand löysi tulevaisuuden kehityshaasteita kotihoidolle. Kotisaattohoidon kehittäminen ja asiakkaiden sekä heidän läheistensä tukeminen ovat tärkeitä tulevaisuuden haasteita. Asiantuntevan saattohoitoon erikoistuneen ja hoitoon sitoutuvan henkilökunnan koulutuksen sisältöä ja toteuttamista tulee suunnitella ja järjestää systemaattisesti jotta hoidon saatavuus on mahdollista kaikille sitä haluaville asiakkaille. Tutkimuksen jatkotutkimusalueena Sand näkee tarpeen hyödyntää ja tutkia luovien toimintojen: kirjallisuuden, musiikin ja kuvataiteen hoidollisia vaikutuksia. Kotihoidossa tulisi hyödyntää asiakkaan hoidon ja tukemisen ohella luovia terapioiden ja toimintamuotoja. (Sand 2003, 178).

Piispanen seurasi kodinhoitajien työtä ja työssä oppimista tutkimuksessaan kotihoidossa. Kodinhoitajan osaamisen tarve päihde- ja mielenterveysasiakkaiden kanssa työskennellessä selviää kyvystä reflektoida: hoitajalla täytyy olla kyky ja halu pohtia tilanteita sekä muodostaa itselleen käsitys omasta toiminnasta. Oman ammattitaidon ja sen rajallisuuden tunnistaminen on erittäin tärkeää ja muutokset toimintaympäristössä on tunnistettava. Myös eri ammattiryhmien erilaiset työnkuvat konkretisoituivat tässä tutkimuksessa. Kotihoitoa suunnittelevilla, järjestävillä ja tekevillä täytyy olla tietoisuus sekä tuore tutkimustieto vanhusten päihde- ja mielenterveysongelmien yleisyydestä ja laajuudesta. (Piispanen 2012, 76 -79.)

Varahenkilötoiminnan kokemuksia käsittelevässä Häyhän tutkimuksessa enemmistö haastatelluista koki vaativana alati muuttuvan työympäristön sekä niiden toimintatavat ja monisairaiden hoitamisen. Haasteellisuus vaatii hoitohenkilöstöltä joustavuut-

ta ja yhteistyökykyä, laajaa tietämystä ja taitoja. Kiihtyvä työnteon rytmi edellyttää kykyä nopeaan päätöksentekoon ja itsenäiseen työskentelyyn sekä aktiivisuutta ja hyvää oppimiskykyä. Tarvitaan ihmisiä, joilla on kyky oppia nopeasti uusia tehtäviä ja joilla on valmiudet työskennellä vaihtuvissa tilanteissa ja olosuhteissa. Tämä vaatii henkilöstöltä kykyä ja halua elinikäiseen oppimiseen. (Häyhä 2011, 47–48.)

Kotihoidon henkilöstön työn, työtyytyväisyyden ja palvelujen laadun muutoksen tutkimuksissa kävi ilmi työn hallintaa selvitettäessä, että työntekijöiden mielestä ikään-tyneiden parissa työskentely vaatii jatkuvaa uuden oppimista, taitojen kehittämistä, edellyttää luovuutta ja antaa mahdollisuuden tehdä erilaisia asioita (Toljamo & Perälä 2008, 30).

Asiantuntevan perehdyttämisen merkitys työelämässä on kasvanut. Jos virheellisen toimintatavan aikoinaan omaksunut työntekijä pääsee perehdyttämään noviisia, jatkuu väärin tekemisen kierre. Uuden oppimisen lisäksi tarvitaan vanhasta pois oppimista, tietoista vanhojen tapojen sivuun laittamista samalla kun uusia työtapoja otetaan aktiivisesti käyttöön. (Sydänmaalakka 2004, 151.)

2.4. Kliininen hoitotyö kotihoidossa

Osaamisvaatimukset eli kvalifikaatiot

Terveydenhuollon toimintaa säädellään kansallisesti ja kansainvälisesti laeilla, asetuksilla ja direktiiveillä. Sääöksillä varmistetaan potilasturvallisuus ja palvelujen laatu. Lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus ylläpitää ja säännöllisesti päivittää oma ammatillinen osaamisensa (L559/1994). Euroopan unioni edellyttää että peruskoulutus hoitoalalla Euroopassa on yhdenmukaista ja standardoitua.

Hoitotyön toimintaohjelmassa on jako hoitotyön asiantuntijuuden tyypeistä näyttöön perustuvassa toiminnassa. Koulutus ja vastuualue huomioiden tulee kaikkien ammattiryhmien toteuttaa näyttöön perustuvaa kliinistä hoitotyötä ja käytänteitä. Asiantuntijuus-tyypit ovat (1) kliinisessä hoitotyössä toimivat hoitajat, jotka ovat suorittaneet ammattikorkeakoulututkinnon tai opistoasteen tutkinnon, sekä eriateisen lisä-

koulutuksen saaneet (2) kliinisesti erikoistuneet hoitajat, (3) kliinisen hoitotyön asiantuntijat ja (4) kliinisen hoitotieteen asiantuntijat. Hoitotyön kliininen asiantuntijuus edellyttää kykyä soveltaa näyttöön perustuvia käytäntöjä ja osallistumista käytäntöjen kehittämiseen. Näyttöön perustuvalla toiminnalla varmistetaan, että hoitotyön päätöksenteko ja ammatillinen toiminta, terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä asiakaskeskeiset ja moniammatilliset toimintatavat ovat turvallisia ja perustuvat tuoreeseen tutkimustietoon. (STM 2012, KUVIO 1).

Asiantuntijuuden tyypit	Kliinissä hoitotyössä toimivat hoitajat	Kliinisesti erikoistuneet hoitajat	Kliinisen hoitotyön asiantuntijat	Kliinisen hoitotieteen asiantuntijat
Osaamisen tavoite	<ul style="list-style-type: none"> Vahva kliinisen hoitotyön osaaminen työyksikössä Tiedon soveltamisen osaaminen Työ- ja toimintayksikön tuntemus 	<ul style="list-style-type: none"> Vahva kliinisen hoitotyön osaaminen työyksikössä ja erityisosaamista Tiedon soveltamis- ja kehittämisosaaminen Työ- ja toimintayksikön tuntemus 	<ul style="list-style-type: none"> Vahva kliinisen hoitotyön ja kehittämisen osaaminen toimialalla Tutkimus- ja johtamisosaaminen Palvelujärjestelmän tuntemus 	<ul style="list-style-type: none"> Vahva kliinisen hoitotyön sekä tutkimus- ja kehittämisosaaminen Johtamisosaaminen Kansallisen ja kansainvälisen palvelujärjestelmän tuntemus Kansainvälisen yhteistyön osaaminen
Osaamisen painotus	<ul style="list-style-type: none"> Tutkimuksen ja kehittämisen osaaminen sekä näiden johtamisen osaaminen Tiedon tuottaminen ja levittäminen toimintayksikössä ja alueilla Kliinisen hoitotyön osaaminen Asiakaskohtainen tiedon käyttö ja soveltaminen 			
Toiminta näyttöön perustuvien (NP) käytäntöjen käyttöönotossa	<ul style="list-style-type: none"> NP-tiedon käyttö ja soveltaminen hoidossa Asiantuntemuksen ajantasalla pitäminen ja syventäminen 	<ul style="list-style-type: none"> NP-tiedon käyttö ja soveltaminen omalla erikoisalalla NP-käytäntöjen käyttöönoton ohjaus ja tuki työyksikössä Asiantuntemuksen ajantasalla pitäminen ja syventäminen Tiedon levittäminen 	<ul style="list-style-type: none"> Tieteellisen tiedon soveltaminen Käytäntöjen yhtenäistämisen toimintayksikössä ja alueella NP-käytäntöjen kehittäminen, käyttöönoton tuki Tiedon hakeminen, levittäminen ja käytön seuraaminen Asiantuntijuuden kehittämisen tuki Kansallisen ja kansainvälisen kehityksen seuraaminen 	<ul style="list-style-type: none"> Hoitotyön suositusten laatiminen Arviontimenetelmien kehittäminen, interventio-, vaikuttavuustutkimus, hyvien/ NP-käytäntöjen toimeenpanon arviointi Kehittämisen- ja tutkimushankkeiden johtaminen Asiantuntijuuden ja johtamisen kehittämisen tuki Kansallisen ja kansainvälisen kehityksen seuraaminen

KUVIO 1. Hoitotyön asiantuntijuuden tyypit näyttöön perustuvassa toiminnassa (STM 2012, 29)

Sairaanhoitajan osaamisvaatimukset

Sairaanhoitajan ammatillista toimintaa Suomessa ohjaavat lainsäädäntö sekä poliittiset linjaukset. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, asetus terveydenhuollon ammattihenkilöstä sekä sairaanhoitajan eettiset ohjeet ohjaavat sairaanhoitajan työtä sekä velvoittavat sairaanhoitajia ylläpitämään ammattitaitoaan. (L559/1994; A564/1994; Sairaanhoitajan eettiset ohjeet.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (L559/1994) tavoitteena on edistää terveydenhuollon palvelujen laatua ja parantaa potilasturvallisuutta. Lain avulla varmistetaan että terveydenhuollossa työtään tekevällä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus tai muu riittävä pätevyys sekä toiminnan edellyttämät valmiudet. Järjestämällä lain mukainen valvonta ja helpotettu moniammatillinen yhteistyö, lain kirjain ja tarkoituksenmukaisuus hoidon järjestämisessä täyttyvät. (L559/1994)

Sairaanhoitajan koulutus antaa kaikille valmistuville yhtenevät lähtökohdat ja edellytykset hallita sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen, vaikka työ vaihtelee laajasti erikoisaloittain. Sairaanhoitajalle on asetettu ammatillisen osaamisen vähimmäisvaatimukset Euroopan unionin alueella ammattipätevyyden tunnustamista koskevassa Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivissä (2005/36/EY). Valtioneuvoston asetuksen ammattikorkeakouluista (352/2003) 11§:n mukaan sairaanhoitajan tulee täyttää Euroopan yhteisön lainsäädännön asettamat vaatimukset.

Eurooppalainen tutkintojen viitekehys European Qualifications Framework (EQF) rakentuu oppimistulosten kahdeksantasoisesta kuvauksesta. EQF on luotu selkiyttämään koulutusjärjestelmien vastaavuuksia ja edistämään elinikäistä oppimista. EQF kuvaa oppijan tietoja, taitoja ja pätevyyttä riippumatta siitä, missä järjestelmässä tutkinto on suoritettu tai pätevyys hankittu. Viitekehysten kautta tutkintojen ja pätevyyksien tunnustaminen helpottuu koko Euroopassa. Tavoitteena on koulujen opetussuunnitelmien yhteneväisyys, osaamisen tunnustaminen ja liikkumisen helpottaminen eri koulujen välissä peruskoulutuksen, ammatillisen ja korkea-asteen koulutuksissa. (Opetus ja kulttuuriministeriö, 2009a)

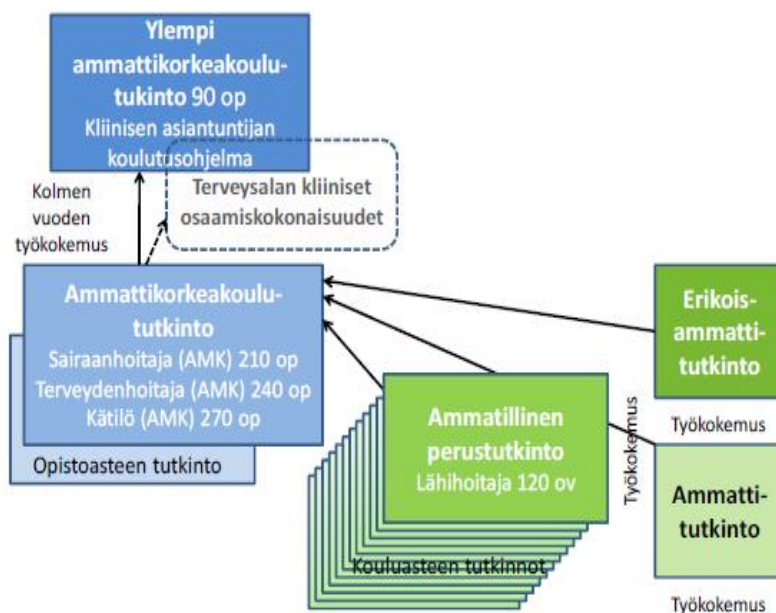
Myös opetusministeriön työryhmän suositus (2009) sekä ammattikorkeakoulujen rehtorineuvoston määrittelemä suositus tutkintojen kansallisen viitekehysten (NQF) ja tutkintojen yhteisten kompetenssien soveltamisesta ammattikorkeakouluissa (2010) ohjaavat sairaanhoitajan koulutusta Suomessa.

Suomalaiset tutkinnot sijoittuvat kansallisen viitekehysten (NQF) vaatavuustasoille:

- perusopetuksen oppimäärän tuottama osaaminen taso 3

- ylioppilastutkinto ja lukion oppimäärä, vaativuustaso 4
- ammatilliset perustutkinnot ja ammattitutkinnot, taso 4
- erikoisammattitutkinnot, taso 5
- ammattikorkeakoulututkinnot ja alemmat korkeakoulututkinnot, taso 6
- ylemmät korkeakoulututkinnot ja ylemmät ammattikorkeakoulututkinnot, taso 7
- yliopistojen tieteelliset, taiteelliset ja ammatilliset jatkotutkinnot, taso 8

Osaamisperusteisen tutkintojen kuvaustavan avulla halutaan tukea elinikäistä oppimista, parantaa työntekijöiden työllistymistä, liikkuvuutta ja kaventaa etäisyyttä koulutuksen ja työelämän välillä. Kansallinen viitekehys rakentuu eurooppalaisen tutkintojen viitekehysten (EQF) pohjalle ja ARENE ry:n vuonna 2006 antamalle suositukselle. (ARENE 2007.) Kliinisen asiantuntijuuden vahvistamista edellytetään Sosiaali- ja terveysministeriön kansallisen hoitotyön toimintaohjelman mukaan ammattikorkeakoulujen koulutusohjelmassa. (STM 2009.)



KUVIO 2. Hoitotyön kliinisen asiantuntijuuden kehittymisväylät koulutusjärjestelmässä ja ehdotus terveysalan kliinisten osaamiskokonaisuuksien sijoittumisesta järjestelmään (STM 2012b, 7)

Lähihoitajan osaaminen

Sosiaali- ja terveysalan perustutkintojen osalta on huomioitava ammattitoiminnan koulutukselle asettamat vaatimukset, joista säädetään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994) ja asetuksessa (564/1994) ja ne koskevat myös lähihoitajien koulutusta. Lähihoitajatutkinto yhdisti terveydenhuollon ja sosiaalialan kouluasteen tutkinnot yhdeksi sosiaali- ja terveysalan perustutkinnoksi.

Lähihoitajan on osattava ohjata vanhuksia ja heidän läheisiään fyysisissä, sosiaalisissa ja psyykkisissä ongelmissa sekä erilaisten palvelujen etsimisessä ja käytössä. Sosiaali- ja terveysalan toiminnan tavoitteena on asiakkaiden toimintakyvyn ylläpito, aktiivisuuden, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kokonaisvaltaisesti, lähihoitajan tutkinnon perusteiden mukaisesti. Lähihoitaja toteuttaa työssään terveyttä edistävää, ennaltaehkäisevää ja kuntouttavaa kasvatusta-, hoito- ja huolenpityötä. Ammattitaito koostuu tiedollisesta, ammattieettisestä, taidollisesta ja esteettisestä osaamisesta. Sosiaali- ja terveysalalla tarvitaan laajaa perus- ja erikoisosaamista mutta toiminnan tulee olla toimintakykyä ylläpitävää ja edistävää. Työ edellyttää lähihoitajalta halua huolehtia oman osaamisen jatkuvasta kehittämisestä. (Opetushallitus 2010, 29–62).

Ammatillisen kasvun ja oppimisen taidot korostuvat lähihoitajien ammattiryhmän tulevaisuudessa. Oma osaaminen ja sen rajat on tunnistettava jotta jatkuva tiedon päivittämisen ja hallinnan raja on selvä. Asiakkaan kotona tehtävä työ edellyttää työntekijältä itsenäistä ongelmanratkaisua ja päätöksentekoa. Tiedon hankinta sekä tieto- ja viestintäteknologinen osaaminen korostuvat. Tulevaisuuden lähihoitaja on monitaitoinen, aloitteellinen, vastuuntuntoinen, itseohjautuva ja osaamistaan tulevaisuuden huomioiden kehittävä. Dialogista vuorovaikutusta, ohjausta, keskustelua ja kumppanuutta asiakkaan kanssa tullaan vahvistamaan myös lähihoitajien toimesta. Kestävän kehityksen käsite laajenee toiminnassa, ja lähihoitajat edistävät asiaa toiminnallaan mm edistämällä asiakkaan omaa itsestään huolehtimista tulevaisuudessa. (Hakala, Tahvanainen, Ikonen, Siro, 2010, 91–92.)

Tulevaisuuden osaamisvaatimukset

Sosiaali- ja terveysalan perinpohjaisten muutosten vuoksi on valtakunnallisessa tulevaisuuden ennakoitiprojekti SOTE-ENNAKOINNISSA, nostettu esiin perusosaamisen ja kokonaisuuden hallitsemisen uusia osaamisvaatimuksia kaikille ammattiryhmille. Yleisillä työelämävalmiuksilla tarkoitetaan kaikkia tietoja ja taitoja, joita tarvitaan työelämässä. Valmiudet kulkevat läpi elämän henkilön mukana ja ne vahvistuvat kokemuksen kertyessä. (Vesterinen 2011, 50.)

Professori Heinonen ennakoi tulevaisuuden työelämäosaamista käsittelevässä luenossaan 15.11.2010, kaikille sosiaali- ja terveysalan ammattiryhmille uutta yleistä ja laajaa työelämäosaamista: vuorovaikutusosaaminen, (sosiaalinen osaaminen) yhteistyöosaaminen, aikaosaaminen (oman ajankäytön looginen organisointi ja reaaliaikaisuuden hyödyntäminen) teknologiaosaaminen sekä ympäristöosaaminen (kestävän kehityksen huomioiva toiminta). Kaikki ammattiryhmät tarvitsevat tulevaisuudessa systeemiosaamista ja kokonaisuuden hallintaa (yhteiskunta, palvelujärjestelmä, arvojen eheyttävä vaikutus, viestintä, kieli, kulttuuri, tiimi- ja verkosto-osaaminen, yhdessä oppiminen, yhdessä osaaminen ja yhdessä tekeminen). Tarvitaan myös ennakoitiosaamista jossa työntekijä hahmottaa oman paikkansa työelämässä. Organisaatiokeskeisyys joutuu väistymään asiakaslähtöisyyden tieltä. Aitoa asiakasosaamista on toiminnan suunnittelu asiakkaan parhaaksi, asiantuntijuuden ja asiakkaan kuuntelemisen ammattitaidolla, pyrkien dialogiseen keskusteluun ja asiakkaan voimavarojen tunnistamiseen. (Vesterinen 2011, 51.)

Yleisten työelämävalmiuksien kehittymistarpeet kaikille ammattiryhmille ovat Vesterisen mukaan asiakaslähtöinen ajattelu ja toiminta. Osaamisvaatimuksia tulevat olemaan asiakasosaaminen, vuorovaikutustaidot, kunnioittava asenne ja arvokasvatus sekä alaistaidot ja työyhteisöosaaminen. Tiimi- ja verkostotyö vaativat tulevaisuudessa ammattilaisilta yhä enemmän tiimityötaitoja, vastuun kantamista, ammatillista vuorovaikutusta sekä itsensä johtamista omalla vastuualueella tiimityössä. Vaatimukset verkostoitumisen ja moniammatillisuuden ymmärtämisestä kasvavat. Alaistaidoissa korostuvat vastuullisuus, työhön sitoutuminen, työelämän ja työyhteisön peli-

sääntöjen noudattaminen, osallistuminen toiminnan kehittämiseen ja yrittäjämäinen, kehittämis-orientoitunut asenne. (Vesterinen 2011, 50.)

SOTE ENNAKOINNIN loppuraportissa on pohdittu lähihoitajan koulutuksen ja työelämän avaintaitoja. Pakollisissa osissa tutkintoa on painotettu kuntoutumisen tukemista, tutkinnon valinnainen osa on uusiin osaamistarpeisiin tai alueellisiin erityispiirteisiin kehittymisen salliva. Geriatria suuntautuvien ammattilaisten määrän kasvaessa työpaikoilla tulee myös vanhustyöhön erikoistuvien lähihoitajaopiskelijoiden määrä kasvamaan. Koulutuksessa koti hoitoympäristönä ja siellä tapahtuva kotihoito tulevat saamaan lisää arvostusta ja huomiota vanhustyössä. Vanhuksen kotona asuminen turvataan koko hänen elämänsä ajan ja myös saattohoito kotihoidossa järjestetään. (Koskinen & Laibert 2011.)

Ammattilaisten työympäristöjen ja asiakasryhmien voimakas ja alati jatkuva muutos tarkoittaa myös tulevaa tehtävärakenteen muutosta. Hoiva-avustajien uusi ammatikunta näyttää syntyvän ja lähihoitajan rooli asiantuntijana vastaavasti korostuneeksi. Tämä näkyy myös lähihoitajan tulevassa työnkuvassa, toimintaympäristössä ja osaamistarpeissa joihin on sisäkirjoitettu toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä näkökulma. Asiakslähtöinen palveluprosessi vaatii vahvistamaan entisestään asiakslähtöistä ajattelu- ja työskentelytapaa lähihoitajan työssä. (Hakala ym. 2010, 89–90.)

Ammatillisen kasvun ja oppimisen taidot korostuvat lähihoitajien ammattiryhmän tulevaisuudessa. Osaaminen ja sen rajat on tunnistettava jotta jatkuva tiedon päivittämisen ja hallinnan raja on selvä. Asiakkaan kotona tehtävä työ edellyttää työntekijältä itsenäistä ongelmanratkaisua ja päätöksentekoa. Tiedon hankinta sekä tieto- ja viestintäteknologinen osaaminen korostuvat. Tulevaisuuden lähihoitaja on monitaitoinen, aloitteellinen, vastuuntuntoinen, itseohjautuva ja osaamistaan kehittävä toimija. Hän suunnittelee tulevaisuutta osaamistaan ennakoivasti kehittäen. Dialogista vuorovaikutusta, ohjausta, keskustelua ja kumppanuutta asiakkaan kanssa tullaan vahvistamaan myös lähihoitajien toimesta. Kestävän kehityksen käsite laajenee toiminnassa ja lähihoitajat edistävät asiaa toiminnallaan mm edistämällä asiakkaan omaa itsestään huolehtimista tulevaisuudessa. (Hakala ym. 2010, 91–92.)

2.5 Osaamisen arviointi

Osaaminen syntyy muodollisesta koulutuksesta, työssä oppimisesta, harrastuksista, vapaaehtoistyöstä, järjestö- ja luottamustehtävistä sekä elämästä yleensä. Opittua tulisi arvioida johdonmukaisesti, yhdenmukaisesti ja tasapuolisesti. Osaamisen tunnistamisessa voidaan määritellä viisi tasoa: 1) *Tietäminen*, tarkoittaa asioiden muistamista ja kykyä palauttaa mieleen, 2) *Ymmärtäminen*, edellyttää asioiden välisten yhteyksien hahmottamista ja merkityksen ymmärtämistä, 3) *Soveltaminen*, on tietojen kehittymistä taidoiksi ja käytännön toiminnaksi, 4) *Analysoiminen*, tarkoittaa tiedon osa-alueiden erittelyä ja kykyä yhdistellä uudenlaisia kokonaisuuksia, 5) *Kehittäminen*, on asioiden kriittistä pohdintaa, näyttöön perustuvaa uudenlaista tekemistä sekä muutosvalmiutta toiminnassa. (Luukkainen & Uosukainen 2011, 104–105.)

Osaamista voidaan mitata monin eri tavoin. Tentti, testi tai loppukoe on yksi käytetyimpiä tapoja arvioida oppimista. Lisäksi voidaan käyttää vertaisarviointia, kouluttajan tai esimiehen havainnointia, itsearviointia tai osaamiskartoitusta. (Kupias & Koski 2012, 170–173.) Osaamisen kehittäminen edellyttää osaamisen senhetkistä arviointia. Paras arvioija on aikuinen ihminen itse, mikäli hänellä on riittävästi tietoisuutta ja kykyä itsereflektioon. Henkilöstön kykyä itsearviointiin tulee kehittää. Kyvykkyydestä kertoo mm. se onko arviointiasteikon koko skaala ollut käytössä. (Salojärvi 2009, 150.) Toisaalta itsearviointi haastaa pohtimaan ja keskustelemaan itsensä kanssa omasta ammatillisesta osaamisesta. (Viitala 2006, 160). Arviointitavan valinnassa ratkaisevaa on se, mitä halutaan arvioida ja mikä on arvioinnin tarkoitus sekä sovittaa arviointimenetelmät siihen (Haltia 2011, 66).

Henkilöstön itsearviointikyvyn kehittäminen ja oman oppimisprosessin johtaminen on alku heidän oman osaamisensa arvioinnissa. Kun aikuisella henkilöllä on riittävä tietoisuus ja kyky oman osaamisen ja oppimisen kriittiseenkin tarkasteluun, on hän paras osaamisensa arvioija. Keskeiset osaamisen arvioijat ovat esimies tai kollegat, asiakkaat tai muut verkostokumppanit. Laajimmillaan osaamista arvioidaan koko organisaation tasolla. (Helsilä & Salojärvi 2009, 150–151.)

Osaamiskartoitus on väline, minkä avulla selvitetään osaamisen senhetkistä tasoa. Tulos konkretisoi kartoituksen tehneelle osaamisen tavoitetason saavuttamiseen vaadittavan kehityksen. Osaamiskartoitus on väline, jolla saadaan jäsentyneempää ja järjestelmällisempää tietoa osaamisesta, verrattuna hyvänä tai huonona päivänä tuntuvaan mutu-tietoon. Tavallisesti analyysi perustuu organisaation strategiaan ja visioon. (Viitala 2006, 153,154.)

Itsearviointi tarkoittaa erilaisia oman toiminnan kehittämiseksi tai seuraamiseksi toteutettuja arviointitoimia tai – prosesseja. Omaan toimintaan ja ajatteluun otetaan etäisyyttä. Prosessissa omaa kokemusta jäsennetään, havainnot kootaan ja jaetaan, ne suhteutetaan asetettuihin tavoitteisiin, havainnot tulkitaan ja tehdään johtopäätökset. Itsearviointi käynnistää uutta ajattelua, lisää oppimista ja edistää työn kehittämistä. Kehittynyt itsearviointi on reflektiivinen toimintatutkimuksellinen prosessi. Sen tavoitteena on yhteisen tietoisuuden vahvistaminen työyhteisössä. (Stenström, Itkonen & Nikkanen 2010, 11.)

Yleensä työntekijä tekee ensin itsearvioinnin osaamisestaan, minkä jälkeen hän käy sen läpi esimiehen kanssa. Esimiehen vastuulla on subjektiivisen arvioinnin suhteuttaminen mahdollisimman yhteismitalliseksi. Henkilöstön osaamista verrataan tavoitetasoon, jolloin löydetään kehitettävät alueet. Lisäksi löydetään myös niitä osaamiresursseja jotka ovat organisaatiossa jääneet hyödyntämättä. Yksittäisen työntekijän kohdalla osaamiskartoituksen on tarkoitus päättyä kehityskeskustelussa henkilökohtaisen kehityssuunnitelman laatimiseen. On tärkeää muistaa, että osaamiskartoitus on yksi mutta ei aukoton osaamisen johtamisen väline. Se ei mittaa tahtoa, sitoutumista, innostusta tai oppimiskykyä. Niinpä esimiehillä on edelleen tärkeä tehtävä ja vastuu alaisten kannustajana ja suunnan näyttäjänä. (Kirjavainen & Laakso-Manninen 2000, 117, 119, 123.) Henkilöstösuunnittelun tarkoituksena on työvoiman määrän ja laadun optimointi, sillä voidaan ennakoida osaamisen kehittämistarpeita, henkilöstökuluja, turvata henkilöstön osaaminen kunnassa asetettujen tavoitteiden saamiseksi. Tieto tulevasta rekryointitarpeesta voi olla omalle henkilöstölle urakehitysmahdollisuus. (Rainio 2003, 5-6.)

Osaamisen mittaamisessa on useita riskejä ja haasteita. Mittaustavan tulee olla yksinkertainen ja ymmärrettävä. Mittausjärjestelmän tulee olla mahdollisimman läpinäkyvä ja oikeudenmukaiseksi koettu. Osallistujien tulisi hyväksyä mittari jotta vaikutukset ovat positiivisia. Hyvin kuvailtu tasoluokittelu motivoi vastaajia luottavampaan lopputulokseen. Vastaajien tulee hahmottaa jokaisen numeron ja tason kohdalla miten sen tason osaaminen käytännössä näkyy tai mitä omasta toiminnasta vielä puuttuu. (Viitala 2006, 156–157.) Osaamista arvioitaessa voidaan odottaa arvioinnin kohteelta tunnekuohuja ja epäilyjä aseman säilymisestä työyhteisössä. (Kirjavainen & Laakso-Manninen 2000, 115.)

Osaamiskartoitusta tehtäessä riskinä on sen rajaaminen substanssiosaamiseen, joka on ammattitaidon ydintä ja alalle ominaista. Lisäksi on tärkeää arvioida myös niitä osaamisen alueita joiden avulla substanssiosaaminen hyödynnetään lisäarvoksi työssä ja työyhteisössä. (Viitala 2006, 156.)

Henkilöstön tulisi nähdä oman osaamisen kehittäminen positiivisena asiana. Työnantajan panostaminen asiaan on tae työn jatkumisesta epävarmoinakin aikoina. Jatkuksen tunne luo turvallisuuden ja luottamuksen tunnetta joka on luovuuden perusedellytys. Osaamisen kehittyminen puolestaan luo onnistumisen kokemuksia, jolloin se on panostus ammattitaitoon, työhyvinvointiin ja työn merkitykselliseksi kokemiseen. (Salojärvi 2009, 150, 156–157.)

Decin, Koestnerin ja Ryanin mukaan ihmisen osaamista tulisi arvioida tavalla, joka tukee sisäiseen motivaatioon liittyen kolmea perustarvetta; autonomia, kompetenssi ja läheisyyden tarve. Siinä itsemääräämisoikeus tarkoittaa sitä että ihminen saa olla itse mukana vaikuttamassa omaan oppimiseensa. Kompetenssi eli koettu pätevyys merkitsee pärjäämisen ja osaamisen tarpeiden täyttymistä omassa työtehtävässä. Läheisyyden tarve liittyy työyhteisössä hyväksytyksi tulemiseen. (Viitala 2009, 180.)

Kehityksen lähtökohtana on tietoisuus omasta osaamisesta tai sen puuttumisesta. On hyödytöntä jos osaaminen on työntekijän tietoisuuden ulkopuolella ja kun työntekijä ei tiedä osaavansa, voi arvokas osa persoonaa jäädä kokonaan hyödyntämättä. Osaaminen on oppimisprosessin tulos, ei siis osa työntekijän persoonaa tai piirre hä-

nen luonteessaan, vaan harjoitettava ja kehitettävä taito. (Sydänmaalakka 2004, 151.)

Hankalinta on eritellä osaamista joka liittyy hiljaiseen tietoon. Sen näkyväksi tekeminen on vaikeaa käsitteellistä. Tietämisen lisäksi on tärkeää selvittää taidot ja asenteet. (Viitala 2006, 159.)

Arvioinnin etiikasta

Arvioinnin etiikkaa pohdittaessa voidaan käyttää Starrattin monidimensionaalista viitekehystä. Kuviona se muodostuu kolmiosta, jonka tasapitkillä sivuilla ovat kritiikki, oikeudenmukaisuus ja huolenpito. Oikeudenmukaisuus tarkoittaa ansion mukaista kohtelua. Kriittisyys on arvioinnin ehdoton edellytys, mutta eettisen haasteen sille tuo kysymys vallasta. Ovatko arvioinnin kohde ja tekijä samanarvoisessa asemassa. Lisäksi tarvitaan vielä huolenpitoa jotta arviointi ei olisi jopa vahingollista. Se tarkoittaa tukea antavaa ja ymmärtävää vuorovaikutusta toisiin ihmisiin. (Atjonen 2007, 26–27.)

Arvioinnissa noudatettaviksi periaatteiksi Atjonen nostaa (2007, 36–50) viisi seuraavaa, jotka soveltuvat hyvin myös auttamisammatteihin. Niiden on tarkoitus ohjata arviointia eettisesti kestäväälle tielle. *Autonomian kunnioittamisen periaate* tarkoittaa sitä, että ihmisiä tulee kohdella päämäärinä sinänsä eikä välineinä tavoitteisiin pääsemiseksi. Autonomian periaatteeseen liittyvät sekä oikeus että velvollisuus kunnioittaa toisen ihmisen autonomiaa. (Atjonen 2007, 37–39.) Eettisesti tärkeä periaate on *haitan tai vahingon välttäminen*. Yleensä arvioinnilla aiheutettu haitta on henkistä laatua. Haitan välttäminen ei tarkoita kritiikin unohtamista vaan kohtuuttoman haitan ja tarpeettomien sivuvaikutusten välttämistä. (Atjonen 2007, 41–42.)

Hyvän tekemisen periaate liittyy läheisesti autonomian ja haitan välttämisen periaatteisiin. Onko ongelman osoittaminen hyvän edistämistä vai pitäisikö välttää haittaa? Hyvän tekemiseen pitäisi yhtyä armollisuuden ja palvelun näkökulma, jottei arviointia käytetä julmana tai alistavana vallan välineenä. (Atjonen 2007, 42–44.)

Oikeudenmukaisuuden periaate sisältää tasa-arvon ja ihmisoikeuksien kunnioittamisen. Oikeudenmukaisuus tarkoittaa reilua, kohtuullisuutta ja tasapuolisuutta. Silloin arviointiin eivät vaikuta sen kannalta epäoleelliset seikat eli kuhunkin ihmiseen suhtaudutaan hänen ansionsa mukaan. Oikeudenmukaisuuden periaatteen kannalta ratkaisevia ovat arvioinnin kriteerit. (Atjonen 2007, 44–45.)

Uskollisuuden periaate tarkoittaa luotettavuutta, josta seuraa lupauksen pitäminen ja lojaalisuus. Arviointi syntyy ennustettavista ja hyväksytyistä arviointiprosesseista, läpinäkyvyydestä sekä avoimuudesta ottaa vastaan neuvoja ja tietoja. (Atjonen 2007, 47–48.)

Tutkimustietoa

Osaamisen johtamisen tavoitteena Helsingin kaupungilla on ollut tukea kotihoidon osaamisväestön kehittämistä itsearvioinneilla. Siihen kehitetyssä mittarissa on viisi osaamisaluetta: 1. Kotihoidon asiakastyön osaaminen, 2. Alue- ja yhteistyöosaaminen, 3. Toimintajärjestelmäosaaminen, 4. Työelämätaidot, 5. Muu osaaminen. Laajassa tutkimuksessa kartoitettiin 18 sairauden tietämys ja 53 hoitotoimenpiteen osaaminen. Osaamistasot arvioitiin asteikolla 0-5. Arviointilomakkeen täyttämisen jälkeen on koko lomake käyty läpi esimiehen kanssa. Keskustelua on jatkettu kotihoitotiimeissä osaamisesta ja osaamisen haasteista. (Hämäläinen 2010, 3-5.)

Salon väitöstutkimuksessa kartoitettiin kotipalvelun työntekijöiden koulutustarvetta. Tutkimusalueina oli ammatillinen osaaminen iäkkäiden ruokailussa, ravitsemuksessa tai virheellisen ravitsemuksen korjaamisessa. Tuloksina nousivat esille koulutustarpeet: uudet ravitsemussuositukset, tietoa erityisruokavalioista ja oppia ruokailutilanteisiin. Lähtökohtana oli etsiä ratkaisuja koulutuksen (tiedolliset tarpeet) tai työssä oppimisen kautta (ongelmatilanne ratkaisut). Tutkimus avasi kotipalvelun työntekijöille osaamisvaatimukset ikääntyneiden ravitsemuksen turvaamiseen. (Salo 2012, 126, 128–129.)

Kanadalaisessa tutkimuksessa kehitettiin terveydenhoitajille mittari kansallisten osaamistavoitteiden saavuttamiseksi. Työnantaja käyttää tätä mittaria selvittäessään

henkilökunnan osaamisen kehittämistä edellyttäviä osa- alueita. Työntekijät voivat käyttää mittaria itsearviointi työkaluna tai tehdä omaa reflektoivaa portfolioa. Kanadassa on tulosten jälkeen tarjottu erilaisia lisäkoulutuksia työntekijöille vahvistamaan julkisen terveydenhuollon osaamista ja tulevaisuutta, osaamisen tavoitteellista suuntaa. Mittari on kansallisten standardien mukainen työkalun osaamiskartoituksen johtamiseen (Akhtar-Daresh, Valaitis, Ruta, Schofield, Underwood, Martin-Misener, Baumann & Kolotylo 2010, 1065–1070.)

EQUIP II-hankkeen tavoitteina on mm parantaa kotihoidon koulutuksen laatua eri maissa ja lisätä kotihoitotyön arvostusta, parantaa pätevyys- ja osaamisvaatimusten vertailukelpoisuutta Euroopassa sekä edistää liikkuvuutta eri maiden välillä. Tavoitteen saavuttamiseksi on mm. laadittu kotihoidon osaamistesti. Testin avulla työkokemukseltaan ja koulutustaustaltaan erilaiset työntekijät voivat verrata omaa osaamistaan kotihoidossa edellytettävään osaamiseen myös muualla Euroopassa. Työntantajat voivat kartoittaa alustensa osaamista esim. kehityskeskusteluja varten. (EQUIP II kotisivut.)

Kotihoitoa on tutkittu laajasti eri näkökulmilta, Suomessa ja kansainvälisesti. Kotihoidon organisoimisen haasteita, kotihoidon sisältöä, kotihoidon laatua sekä eri ammattiryhmien jaksamista työssä on tutkittu monipuolisesti. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymistä kotihoidoksi on tutkimuksin kartoitettu sekä muutosvaihetta että itse yhdistymisen onnistumista raportoiden. Osaamisen tutkimus on selkiyttänyt kehittämisen linjauksia ja selkeyttänyt osaamisvaatimuksia myös kotihoidon henkilöstön johtamiselle. Tulevaisuuden haasteita on kartoitettu laajasti. Euroopan Unionin yhteiset tavoitteet koulutuksen läpinäkyvyydelle ja työntekijöiden liikkuvuudelle, yhdistävät myös osaamisen tavoitteita ammattitutkinnoille. Kansalliset osaamisvaatimukset syntyvät laajasta tutkimustiedosta tiivistyen.

3 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Jyväskylän kaupungin kotihoidon hoito-työntekijöiden kliinistä osaamista heidän itsensä arvioimana. Tuotoksena syntyy myös itsearviointimittari osaamisen arviointia varten. Sitä voidaan hyödyntää kotihoidon laadun kehittämässä. Itsearviointimittaria voidaan käyttää kehityskeskustelujen pohjana. Tulosten perusteella voidaan suunnitella ja kohdentaa tarvittavaa lisäkoulutusta kotihoitajille.

Parantunut osaaminen vaikuttaa välillisesti asiakkaiden saamaan hoidon laatuun. Se edistää henkilöstön työhyvinvointia ja työurien jatkumista. Tieto osaamisen kuvasta mahdollistaa henkilöstösuunnittelun pitkäjänteisesti.

Tutkimusongelmat:

1. Millaiseksi Jyväskylän kaupungin kotihoitajat itsearvioivat kliinisen hoitotyön osaamisensa?
2. Millaiseksi kotihoitajat itsearvioivat hoitotyön osaamisensa hoidossa ja huolenpidossa, mielenterveys- ja päihdehoitotyössä, ammatillisessa vuorovaikutuksessa, toimintajärjestelmäosaamisessa, terveyden edistämässä, ammatillisessa kasvussa sekä työterveydessä?
3. Millaisia näkemyksiä kotihoitajilla on koulutuksesta, tehtävänkuvista ja työnjaosta kotihoidossa?

4 Tutkimuksen toteutus

4.1 Osaamisen itsearviointimittarin laatiminen

Jyväskylässä sosiaali- ja terveysala ovat yhdistäneet toimintaansa. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelu yhdistettiin kotihoidoksi, jossa toimivat molempien sektoreiden työntekijät alueellisissa hoitotiimeissä. Kotihoitajat työskentelevät Jyväskylän kaupungin palveluksessa. Koulutukseltaan he ovat lähihoitajia, kodinhoitajia, kotiavustajia, sosio-

nomeja, sosiaalialan ohjaajia, apuhoitajia, perushoitajia, sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia.

Jyväskylän kaupungin maantieteellinen alue on jaettu kotihoidon palvelualueisiin ja näistä päätyi kilpailutuksen kautta yksityisille palvelun tarjoajille helmikuussa 2013 kaksi vanhaa kotihoidon aluetta. Kilpailutettujen alueiden entiset työntekijät aloittivat työn maaliskuussa 2013 heille uusissa työyhteisöissä ja kotihoidon tiimeissä. Nyt toimivia alueita on yhteensä yhdeksän. Sen lisäksi kotihoidossa työskentelevät vuoro- ja varasairaanhoitajat, turvapalvelu sekä yöpartiot. Noin 50 lähihoitajan varahenkilöstöyksikkö toimii itsenäisenä vanhus- ja vammaispalvelun organisaation osana. Heistä 16 työskentelee varahenkilöinä kotihoidossa.

Tutkimuksen Itsearviointimittarin pohjaksi valittiin EQUIP II-projektin laatima osaamistesti kotihoitoon (EQUIP II kotisivut). Se modifioitiin Jyväskylän kaupungin kotihoitoon tämänhetkisen tarpeen perusteella. Lääkehoidon kysymykset poistettiin, koska osiosta järjestettiin vuosina 2010–2011 ensimmäinen kotihoidon koulutuskokonaisuus. Eettisen osaamisen kysymykset poistettiin, koska kotihoidon työntekijöiden eettisestä osaamisesta järjestetään koulutuskokonaisuus tulevaisuudessa. Tässä tutkimuksessa selvitetään kliinisen hoitotyön osaamista ja muuta hoitotyössä tarvittavaa osaamista. Kliinisen osaamisen kartoittavaa osiota laajennettiin useilla kysymyksillä, jotta mittari kattaa kotihoidossa tarvittavan monipuolisen osaamisen.

Osaamisen itsearviointimittari lähdettiin muokkaamaan EQUIP II- hankkeen osaamistestin seitsemästä osiosta. Ne ovat 1) hoito ja huolenpito, 2) peruselintoimintojen mittaaminen ja turvaaminen, 3) ammatillinen vuorovaikutus ja viestintä, 4) toimintajärjestelmäosaaminen, 5) hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, 6) ammatillinen kasvu ja henkilökohtainen edistyminen sekä 7) työterveys ja turvallisuus. Lupa mittarin käyttöön ja muokkaamiseen saatiin EQUIP II mittaria hallinnoivalta organisaatiolta.

Tätä tutkimusta varten muutettiin EQUIP II- projektin osaamistestin vastausvaihtoehdot ”kyllä / ei ”vaihtoehdoista laajempaan viisiportaiseen osaamisen tasot – asteikkoon. Viisiportainen Likertin asteikko (Scale) on perinteinen asennemittareiden

skaala (Metsämuuronen 2000, 15). Arviointiasteikon perustana on Bennerin (1989, 33–44) aloittelijasta asiantuntijaksi ammattipätevyyden viitekehys. Osaamisen tasoja voidaan kuvailla sanoilla aloitteleva, edistynyt, pätevä, taitava ja asiantuntija. Osaamisen itsearviointimittariin vaihdettiin kouluarvosanoista tutut sanat välttävä (1), tyydyttävä (2), hyvä (3), kiitettävä (4) ja erinomainen (5).

Välttävä tarkoittaa sitä, että tietää asian mutta ei osaa soveltaa sitä käytäntöön. Tyydyttävä tarkoittaa asian ymmärtämistä niin että tehtävästä suoriutuminen on mahdollista. Hyvällä tasolla tietoa osataan soveltaa käytännön toiminnassa. Kiitettävä tarkoittaa analysoimisen taitoa, jolloin tietoa voi eritellä ja yhdistää. Erinomainen tarkoittaa kehittämisosaamista jolloin asioita pohditaan kriittisesti, otetaan käyttöön uusia näyttöön perustuvia menetelmiä ja toimintaa voi muuttaa joustavasti. Lisäksi asteikkoon lisättiin vaihtoehto 0. Se tarkoittaa, ettei vastaajalla ole tietoa tai osaamista kyseisestä väittämästä.

EQUIP II osaamistestin ensimmäisen osion ”Kodinhoito ja huolenpito” nimeksi vaihdettiin ”**hoito ja huolenpito**”. Siitä poistettiin kodinhoidolliset tehtävät koska ne eivät kuulu Jyväskylän kaupungin kotihoidon työntekijöiden keskeiseen toimenkuvaan. Osioon sisältyvät mm. hoitosuunnitelman laatiminen, ruokailusta huolehtiminen ja itsenäinen toiminta asiakkaan kodissa.

Toisen osion ”Sairaanhoito” nimi muutettiin sisältöä paremmin kuvaavaksi ”**kliininen hoitotyö**”. Se sisältää laajalti kliinisen hoitotyön osaamisen alueet perushoidosta, erittämisestä, ravitsemuksesta, vitaalinelintoiminnoista, haavahoidosta ja ensiavusta. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala, Vuorinen, 2012 3-6). Yhteensä väittämiä on 34 kappaletta.

Mittariin lisättiin ”**mielenterveys- ja päihdehoitotyön**” osio. Väittämissä kysytään muistin tilan arvioinnin osaamista. Päihde- ja mielenterveysongelmien tunnistamisen sekä hoitamisen osaaminen on arvioitavana. Saattohoidon periaatteiden mukaisesti hoitaminen lisättiin tähän osioon koska osiossa korostuu asiakkaan henkinen tukeminen.

Mittarin neljännessä osiossa ”**ammattillinen vuorovaikutus ja viestintä**” on 12 kysymystä. Alkuperäiseen mittariin lisättiin tietojärjestelmien, RAI kansainvälinen laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä, Effica potilastietojärjestelmä, HaiPro potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettelyn tietotekninen työkalu sekä mobiililaitteen käyttämisen taidot. Omaisten tukeminen siirtyi ohjauksen osaamista käsittelevään kohtaan, mihin se asiayhteyden puolesta sopii hyvin.

Viidentenä ”**toimintajärjestelmäosaaminen**” kohtaan lisättiin uuden työntekijän perehdyttäminen ja opiskelijan ohjaaminen. Kysymyksiä on yhteensä seitsemän.” **Hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen**” osioon lisättiin vielä tupakointiin ja päihteiden käyttöön liittyvä terveystieteiden kasvatusta. Kysymyksiä on tässä osiossa yhteensä kahdeksan.

”**Ammattillinen kasvu ja henkilökohtainen kehittyminen**” säilytettiin alkuperäisessä muodossaan neljänä kysymyksenä. ”**Työterveys ja turvallisuus**” -osiosta siirrettiin ensiaputaidot väittämä kliinisen hoitotyön osioon. Hygieniapassi väittämä poistettiin koska passi ei ole käytössä organisaatiossa. Osioon lisättiin vielä työhyvinvoinnista huolehtimisen ja työyhteisötaitojen osaamista käsittelevä väittämä. Kotihoidon osaamista kartoittavassa itsearviointimittarissa on yhteensä 79 väittämää.

Loppuun lisättiin osio ”**nykyinen työnjako kotihoidossa**”. Viimeisellä osiolla haluttiin selvittää hoitohenkilökunnan tämänhetkisiä käsityksiä toimenkuvista sekä työnjaosta kotihoidossa kolmella kysymyksellä. Lopuksi on avoimessa kysymyksessä pyydetty vastaajia kertomaan mitä osaamista heillä henkilökohtaisesti vielä on.

Mittari esiteltiin erään lähikunnan kotihoidon henkilökunnan avulla tammikuussa 2013. Esiteltäessä kysely lähetettiin 62 kotihoidon henkilökuntaan kuuluvalla ja vastauksia saatiin 29. Esiteltäessä vastaamisesta muistutettiin vuorokautta ennen vastausajan loppua ja vastausaktiivisuus nousi lopulta 47 %:n. Kaikki, joille mittari oli esiteltäessä lähetetty, avasivat sen mutta 33 jätti vastaamisen palauttamatta. Esiteltäessä kohderyhmä oli oikea ja työnjako Jyväskylän kotihoidon työnjakoa

vastaava. Vastaajilta pyydettiin palautetta mittarista avoimella kysymyksellä ja lisäksi kysyttiin vastaamiseen kulunutta aikaa.

Aikaa vastaamiseen oli esitestauksessa kulunut 5-20 minuuttia ja kysymykset oli koettu helposti ymmärrettäviksi. Suurin osa vastaajista koki mittarin kysymysten kattavan hyvin kotihoidon työn. Vastaajat toivoivat mittariin lisättäväksi vastausvaihtoehtoa: ei kuulu työnkuvaani ja olisivat halunneet perustella vastauksiaan laajemmin. Viikko vastaamisajan umpeutumisen jälkeen saivat kaikki esitestaajat vielä viestin, jossa pyydettiin heitä ilmoittamaan tutkijoille syytä vastaamatta jättämiseen. Kukaan vastaajista ei kommentoinut sähköpostitse tähän viestiin.

Esitestauksen jälkeen, mittaria hienosäädettiin. Vastausvaihtoehtoihin lisättiin mahdollisuus: ”ei kuulu työhöni”. Osioon ”**ammattillinen vuorovaikutus ja viestintä**” lisättiin tiedonhaku Terveysportista, jaettiin Rai ja Effic – osaaminen kahdeksi erilliseksi väittämäksi tietojärjestelmäosaamisesta. Viimeisen osion ”Kyllä Ei” kysymyksiin **toimenkuvista** lisättiin vapaamuotoisen vastauksen tekstikenttä perusteluja varten. Taustatietoihin lisättiin kysymys vastaajan työtiimistä Jyväskylän kaupungissa, jotta alueille mahdollisesti tarvittavat lisäkoulutukset voidaan kohdentaa oikeille tiimeille.

Osaamisen ulottuvuuksia oli lopullisessa mittarissa kahdeksan: hoito ja huolenpito, kliininen hoitotyö, mielenterveys- ja päihdehoitotyö, ammatillinen vuorovaikutus ja viestintä, toimintajärjestelmäosaaminen, hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, ammatillinen kasvu ja henkilökohtainen edistyminen sekä työterveys ja turvallisuus. Yhdeksäs osio mittaa käsityksiä työnkuvista ja töiden jakamisesta kenttätyössä. Lisäksi pyydettiin avoimia vastauksia: mitä muuta osaamista vastaajilla vielä lisäksi on. (Liite 1.)

4.2 Aineiston analysointi

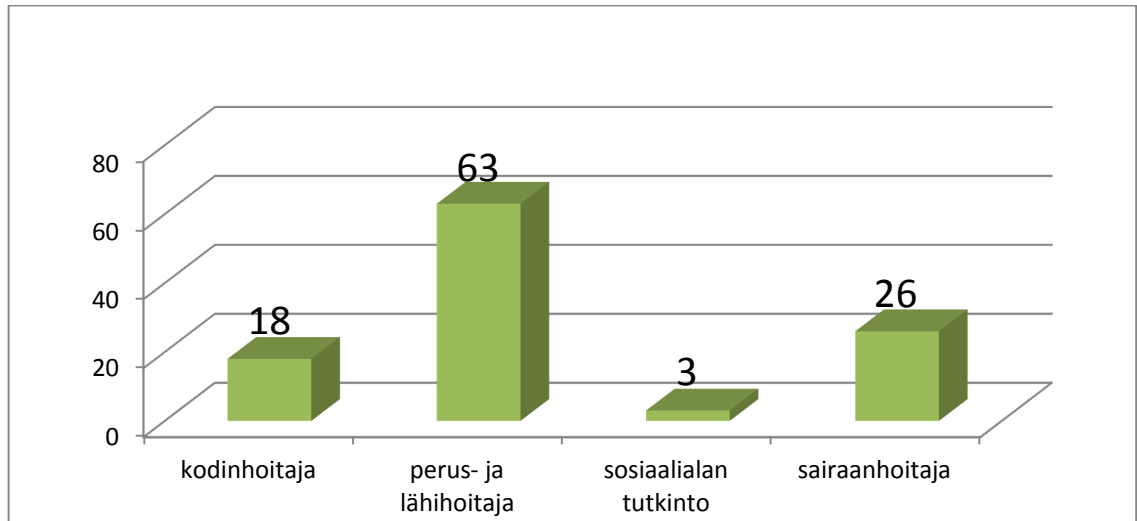
Kysely toteutettiin sähköisesti Webropol-ohjelmalla. Vastausaika oli 11. – 21.3.2013. Muistutus kyselyyn osallistumisesta lähetettiin 18.3.2013. Vastaamista pyydettiin kaikilta eri alueilta 262 kotihoitajilta sekä varahenkilöstöstä 16 hoitajalta, 9 vuoro- ja

varasairaanhoitajalta, 5 turvapalvelun kotihoitajalta sekä 15 yöpartioissa työtään tekevältä. Maaliskuussa 2013 hoitotyöntekijöitä Jyväskylän kaupungin kotihoidossa oli näin laskettuna 307 kotihoitajaa. Ennen tulosten analysointia aineisto tarkistettiin. Vastausta ”ei kuulu työhöni” ei huomioitu laskennallisissa keskiarvoissa. Vastaus ”en tiedä /en osaa” sai arvon 0 = nolla. Osaamisen tasoilla vastaukset saivat numeraaliset arvot 1-5.

Vastaajista kodinhoitajia oli 16 henkilöä, perushoitajia 5, lähihoitajia 58, sosionomi (AMK) 1, sosiaalialan ohjaaja 1, sairaanhoitaja (AMK) 7, sairaanhoitaja opistotaso 7, terveydenhoitaja (AMK) 3 ja terveydenhoitaja opistotaso 9. Muu mikä -vastauksia oli kolme. Heillä viimeisimmät tutkinnot ovat elektroniikka-asentaja, kuntoutuksen ohjaaja (AMK) ja perhepäivähoitaja. Viimeisimpänä koulutuksena ei ollut yhtään kotiavustajan koulutuksesta valmistunutta.

Tulosten analysointia varten ammattiryhmiä yhdistettiin. Kotiavustajista ja kodinhoitajista tuli kodinhoitajat. Sosiaalialan ohjaajat ja sosionomit AMK ovat yhdessä sosiaalialan tutkinnot. Sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat ovat yhdessä ryhmä sairaanhoitajat. Perushoitajat ja lähihoitajat liitettiin yhdeksi ryhmäksi. Perushoitajan, kodinhoitajien tai kotiavustajien koulutusta ei enää järjestetä. Sosiaalialan ohjaajan ja sosionomin koulutukset ovat lähellä toisiaan ja ovat sosiaalialan, eivät hoitotyön koulutuksia. Muu -viimeisin koulutus ryhmä: vastaajista perhepäivähoitaja sijoitettiin kodinhoitajien ryhmään koulutuksen perusteella. Kuntoutuksen ohjaaja rinnastettiin koulutuksen perusteella sosionomeihin. Elektroniikka-asentajalla on kodinhoitajan koulutus joten hänen vastaus liitettiin kodinhoitajien ryhmään.

Tuloksissa käsitellään viittä eri ammattiryhmää. Niissä on 18 kodinhoitajaa (16,4 %), 63 lähi- ja perushoitajaa (57,3 %), 3 sosiaalialan tutkinnon suorittanutta (2,7 %) ja 26 sairaanhoitajaa (23,6 %) kun N = 110. Sosiaalialan tutkinnon suorittaneiden osuus koko joukosta on niin pieni, ettei heitä vertailla ammattiryhmittäin.



KUVIO 3. Vastaajien yhdistetyt ammattiryhmät (N = 110)

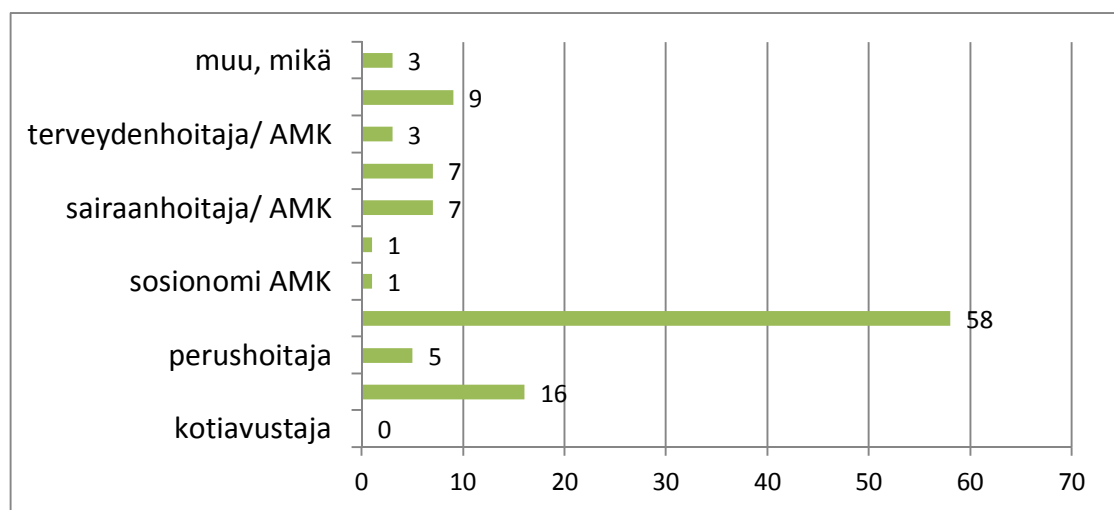
Tavoitteena on saada mahdollisimman kattava kuva tutkittavien käsityksistä osaamisesta kotihoidossa. Saatu aineisto tiivistetään tunnusluvuiksi. Kaikkien vastaajien keskimääräistä osaamista eri hoitotyön toiminnoissa kuvataan sädekuviolla. Osaamisalueiden sisäistä vaihtelua kuvataan prosenttiosuuksina ja havainnollistetaan pylväsiagrammeilla. Neljän viimeisen kysymyksen vastaukset esitetään pylväsiagrammeilla. Niiden avoimet vastaukset analysoidaan teemoittelemalla.

5 Tutkimustulokset

5.1 Esitiedot

Työsopimukset kirjoitetaan sille nimikkeelle mitä ammattia tai ammattinimikettä työsuhteessa kulloinkin toteutetaan, minkä vuoksi osa työntekijöistä on esim. sosionomi AMK- koulutuksesta huolimatta lähihoitajan tehtävissä kotihoidossa. Tämän vuoksi eri koulutukset mittarin vastaanottaneilta (mutta vastaamatta jättäneiltä) on vaikeaa selvittää takautuvasti. Tämän vuoksi tarkan luvun saaminen eri ammattinimikkeiden lukumäärästä 307 mittarin vastaanottaneesta mahdollisesta vastaajasta, on vaikeaa. Tutkimuksessa luotetaan vastaajan itse ilmoittamaan ammattinimikkeeseen.

Kysely lähetettiin 307 kotihoitajalle. Siihen vastasi 110 hoitajaa, jolloin vastausprosentiksi saatiin 35,8 %. He työskentelevät 11 eri kotihoidon alueella Jyväskylän kaupungissa. Vastaajien työkokemus kotihoidossa vaihteli 0 ja 34 vuoden välillä. Työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollon työssä sijoittui 0 ja 38 vuoden välille. Siten suurin osa työkokemuksesta oli hankittu nimenomaan kotihoidossa. Heidän ikänsä vaihteli 19 ja 62 vuoden välillä. Yli 60-vuotiaiden ja alle 19-vuotiaiden vastaajien osuus oli pieni.



KUVIO 4. Vastaajien viimeksi suorittama tutkinto lukumäärinä (N = 110)

Ammatillista lisä- tai täydennyskoulutusta vastasi hankkineensa 39 vastaajaa. Suurin osa niistä oli vanhustyön opintoja, muistihoitajakoulutusta tai dementiahoidon koulutusta. Koulutusten pituus vaihteli yksittäisistä päivistä vuosiin. Useita tutkintoja tai tutkinnon osia mainittiin. Mm. laajavastuisen hoitotyön erikoisammattitutkinto 30 opintopistettä. Monet mainitsivat lääkehoidon koulutuksen joka ilmeisesti tarkoitti työnantajan järjestämää koulutusta ja tenttejä 2011.

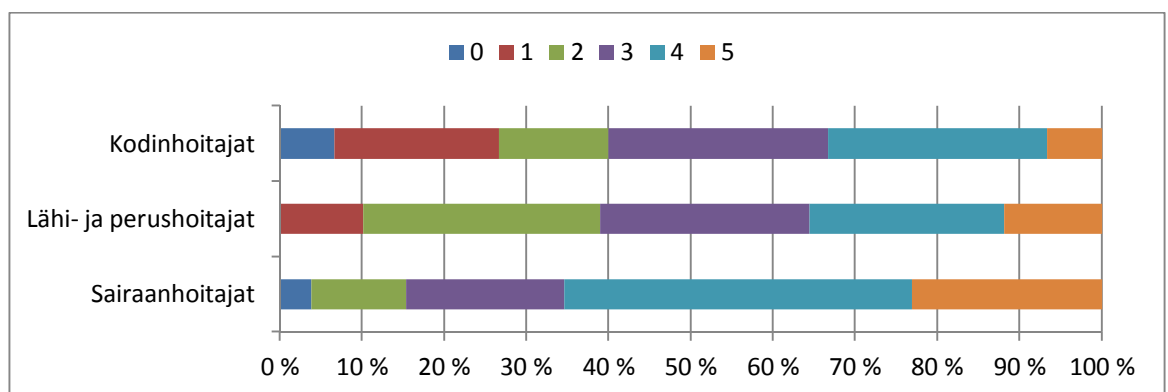
106 vastaajan äidinkieli oli suomi. Yhden vastaajan äidinkieli oli ranska, yhden viro ja kahden venäjä. 28 vastaajaa ilmoitti voivansa työskennellä jollain muullakin kielellä

kuin suomella. Eniten oli englanninkielentaitoisia. Jonkin verran osattiin ruotsia, espanjaa, viron kieltä ja venäjää. Viittomakielentaitoisia oli viisi kotihoitajaa.

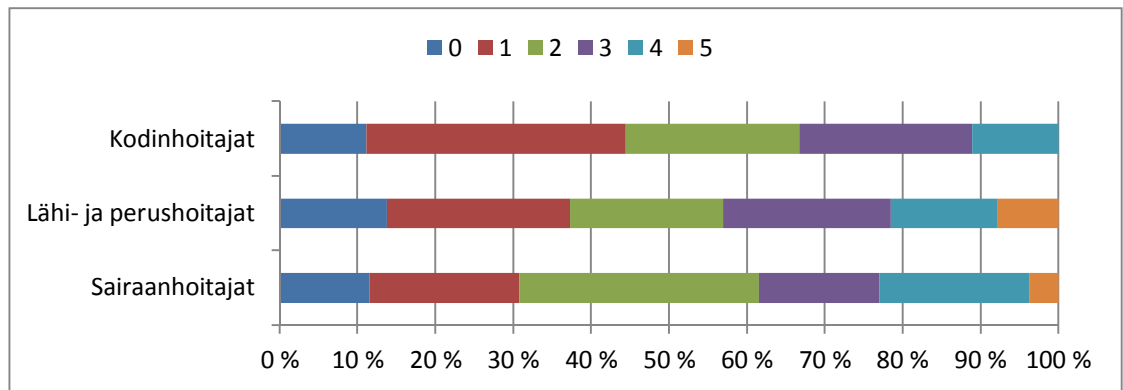
5.2 Kliinisen hoitotyön itsearvioitu osaaminen

Kliinisen hoitotyön ensimmäisessä osiossa arvioitiin asiakkaiden puhtauteen ja hoitotyön aseptiikkaan liittyviä asioita. Siinä kaikkien itsearvioitu osaaminen kaikissa väittämässä asetui pätevän, taitavan ja asiantuntijan tasoille. Parhaimmaksi osaaminen arvioitiin aseptiikassa missä keskiarvo oli 4,9. Heikoimmaksi osaaminen arvioitiin suun hoidossa missä keskiarvo oli 3,1. Seitsemän vastaajaa ilmoitti, ettei vuodepesu tai suihkutuspöytä kuulu heidän työhönsä.

Kliinisen hoitotyön toisessa osiossa kotihoitajat itsearvioivat osaamisensa hyvälle tasolle nestetasapainon seurannassa, painon seurannassa, painon muutosten seurannassa ja ravitsemustilan arvioinnissa. Neljässä eri väittämässä 37 vastaajaa valitsi vaihtoehdon: ei kuulu työhöni. Nämä väittämät olivat: peg-letkuravitseminen (21), kertakatetrointi (7), cystofixin hoito (5) ja avanteen hoito (4). Ensimmäisessä väittämässä vastaajat itsearvioivat erittämisen huomioon osaamisensa pätevän ja taitavan tasoille, numeroihin 3 ja 4. Tehtävät eriteltyinä avanteenhoito, kertakatetrointi ja cystofixin hoito, näiden väittämien arviointi painottui asteikon numeroiden 0-2 tasolle. Yli 33 % vastaajista arvioi osaamisensa jäävän alle 3 tasolle avanteenhoidossa. Cystofixin hoidossa eri ammattiryhmien osaaminen jakautuu tasaisesti kaikille numeroille. Kaikkien vastaajien keskiarvoissa alle 3 tasolle jää myös PEG-letkuravitsemuksen toteuttaminen. Hajonta tässä osiossa eri ammattiryhmien välillä osaamisen tasoilla oli suurta.

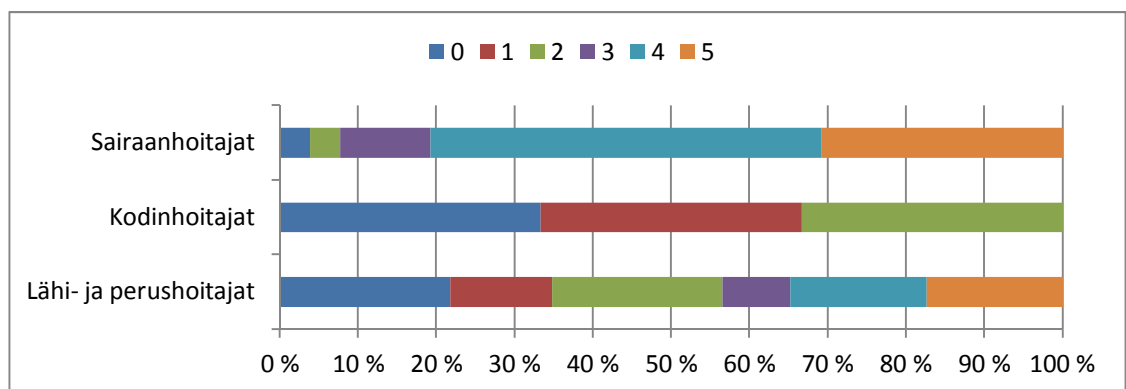


KUVIO 5. Ammattiryhmien osaaminen kertakatetroinnissa %-osuuksina (n = 107)



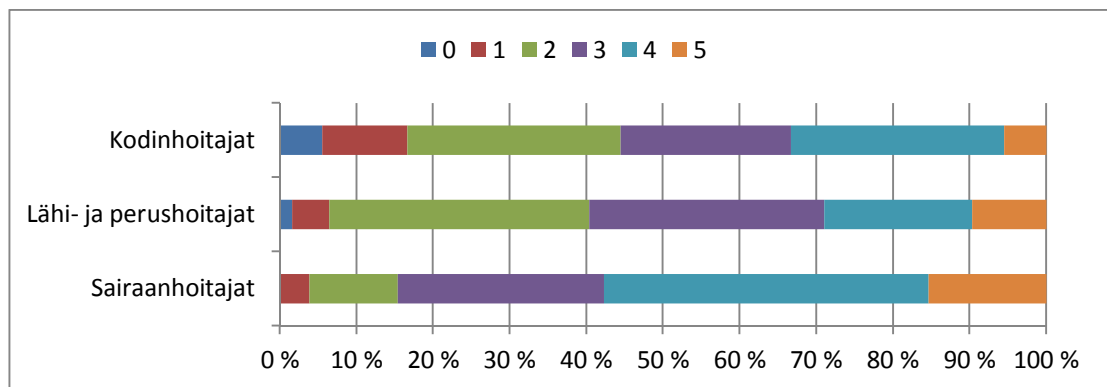
KUVIO 6. Ammattiryhmien osaaminen PEG-letkuravitsemuksen toteuttamisessa %-osuuksina (n = 107)

Kliinisen hoitotyön kolmannessa osiossa vastaajat arvioivat osaamisensa taitavan ja asiantuntijan tasolle verensokerin mittaamisessa, poikkeavan verensokerin tulkinnaissa, verenpaineen mittaamisessa ja normaalin verenpaineen raja-arvojen tulkinnaissa. Pätevän tasolle osaaminen arvioitiin hengityksen tarkkailussa, sydämen toiminnan seurannassa ja lämpötilan seurannassa. Viisi vastaajaa ilmoitti, ettei hengityksen tarkkailu kuulu työhöni. 23 % vastaus jää tasolle 0 – 2. Heistä 6 on kodinhoitajia, 17 lähi- ja perushoitajia ja 2 sairaanhoitajia. 57 vastaajaa eli noin puolet sanoo, ettei verinäytteiden ottaminen kuulu työhöni. Osaamistaan arvioineilla sairaanhoitajilla se painottuu taitavan tasolle. Lähi- ja perushoitajilla osaaminen jakautuu tasaisesti koko asteikolle. Kodinhoitajat arvioivat osaamisensa verinäytteiden otossa tasolle 0 – 2. Kaikkien keskiarvo on 2,3.

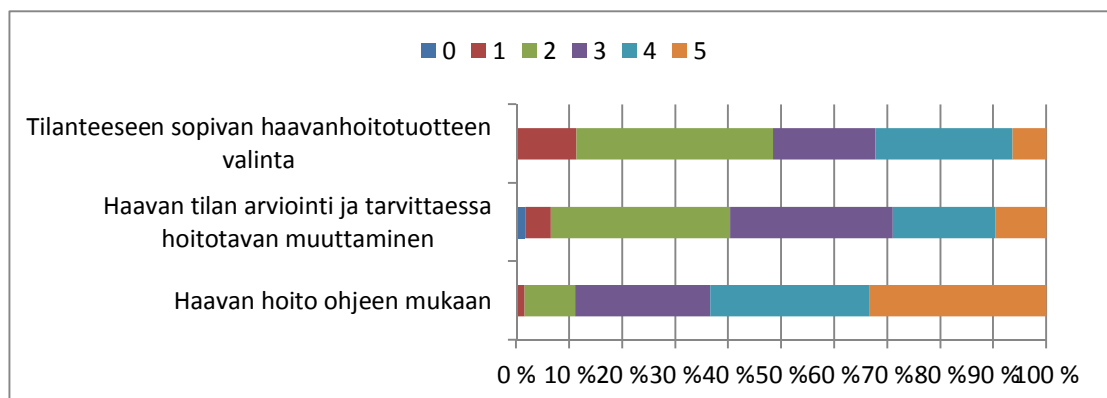


KUVIO 7. Ammattiryhmien osaaminen verinäytteiden ottamisessa %-osuuksina (n = 107)

Kliinisen hoitotyön neljännessä osiossa vastaajat arvioivat osaamisensa lähes taitavan tasolle väittämässä haavan hoito ohjeen mukaan ja kivun huomiointi. Niiden keskiarvot ovat 3,8. Haavan tilan arviointi ja hoitotavan muuttaminen tarvittaessa väittämässä kaikkien vastaajien keskiarvo on 2,9. Sairaanhoitajien osaamistaso painottuu kaikissa neljässä väittämässä taitavan tasolle. Kodinhoitajista puolet itsearvioivat osaamisensa tasoille 0-2. Lähi- ja perushoitajien vastaukset painottuvat edistyvän, pätevän ja taitavan tasoille 2-4. Tilanteeseen sopivan haavanhoitotuotteen valinnassa kaikkien keskiarvo on 2,7. Yksi vastaaja ilmoittaa, ettei haavan tilan arviointi tai tilanteeseen sopivan haavanhoitotuotteen valinta kuulu työhöni.



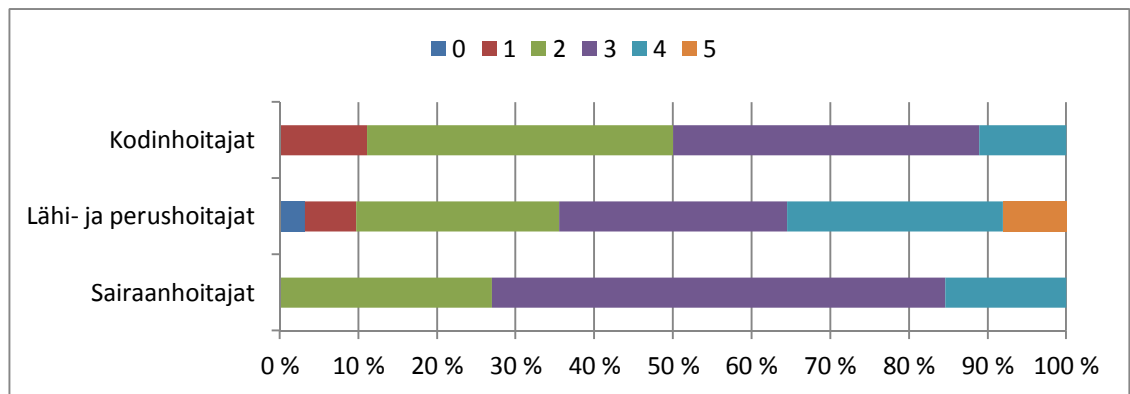
KUVIO 8. Ammattiryhmien osaaminen haavan tilan arvioinnissa %-osuuksina (n = 107)



KUVIO 9. Lähi- ja perushoitajien osaaminen haavan hoidon eri väittämässä %-osuuksina (n = 107)

Kliinisen hoitotyön viidennessä osiossa kaikkien vastaajien arviointi akuutin sairauden tunnistamisessa (ka 3,3) ja yleistilan arvioinnissa (ka 3,8) olivat pätevän tasolla. Yksi

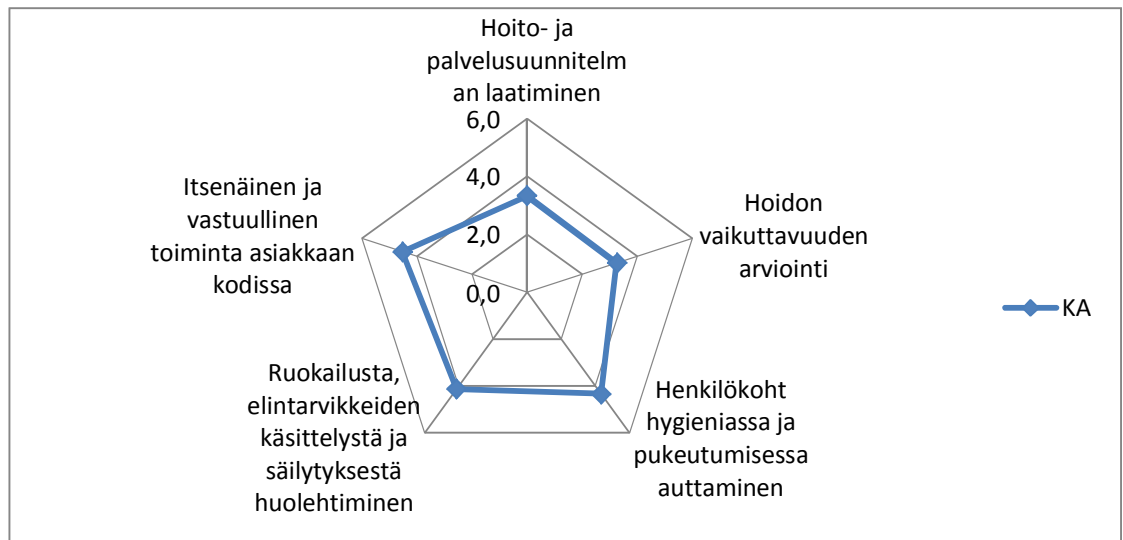
vastaaja ilmoittaa, ettei akuutin sairauden tunnistaminen tai ensiapu ja peruselvytys kuulu työhöni. Ensiavussa ja peruselvytyksessä kaikkien vastaajien keskiarvo oli 2,7. 40 vastaajaa eli 36 % on alle tavoitetason pätevä. Lähi- ja perushoitajien itsearvioitu osaaminen on parhaalla tasolla keskiarvo 3,0. Lähi- ja perushoitajilla osaaminen jakautuu asteikon kaikille arvoille niin että kaksi ei osaa ollenkaan ja viisi on asiantuntijan tasolla. Heillä osaaminen painottuu edistyvän, pätevän ja taitavan tasoille 2-4. Kodinhoitajien keskiarvo on 2,5. Osaaminen painottuu edistyvän ja pätevän tasoille 2-3. Sairaanhoidajien osaaminen arvioitiin tasoille 2-4 niin että puolet vastaajista on pätevän tasolla.



KUVIO 10. Amattiryhmien osaaminen ensiavussa % - osuuksina (n = 107)

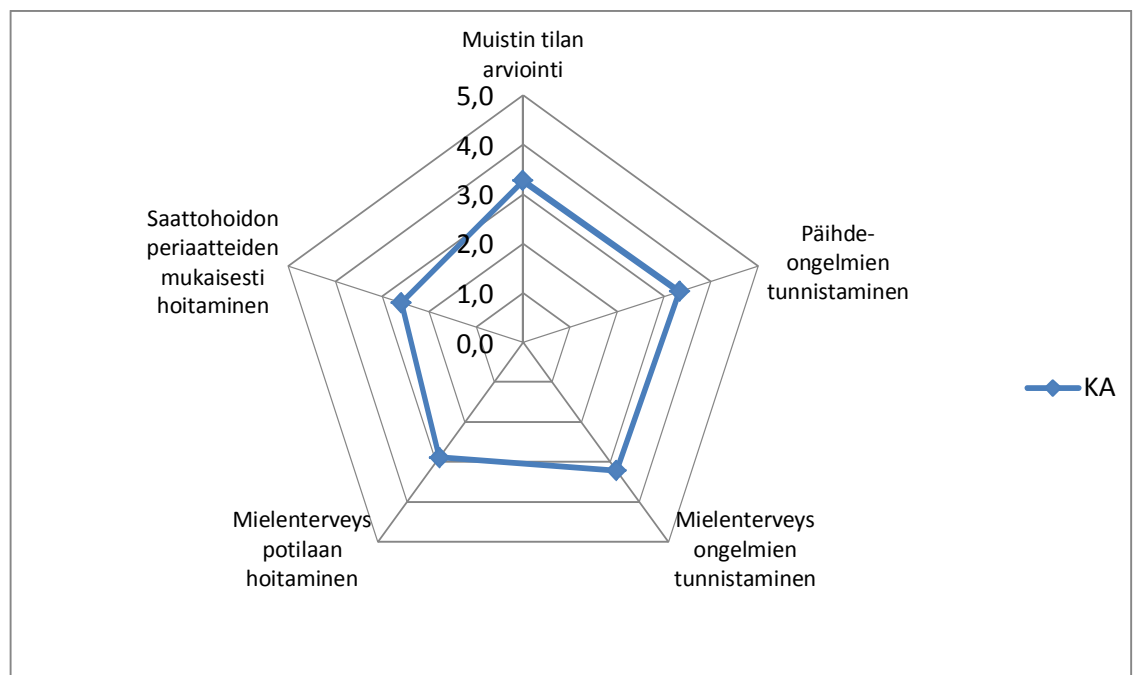
5.3 Muu kotihoidossa tarvittava osaaminen

Hoidon ja huolenpidon osiossa kaikkien vastaajien keskiarvot asettuivat pätevän ja taitavan tasoille. Parhaimmaksi he arvioivat osaamisensa väittämässä itsenäisen ja vastuullinen toiminta asiakkaan kodissa (ka 4,5). Neljä vastaajaa ilmoitti, ettei hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen kuulu heidän työhönsä. Osaamistaan arvioineilla se painottui edistyvän, pätevän ja taitavan tasoille 2-4. Samoin oli hoidon vaikuttavuuden arviointi. Yksi vastaaja ilmoitti, ettei ruokailusta, elintarvikkeiden käsittelystä ja säilytyksestä huolehtiminen kuulu hänen työhönsä. Vastanneilla osaaminen painottui pätevän, taitavan ja asiantuntijan tasoille 3-5. Amattiryhmien välillä ei ollut oleellisia eroja.



KUVIO 11. Kaikkien vastaajien osaamisen keskiarvot osiossa hoito ja huolenpito (N = 110)

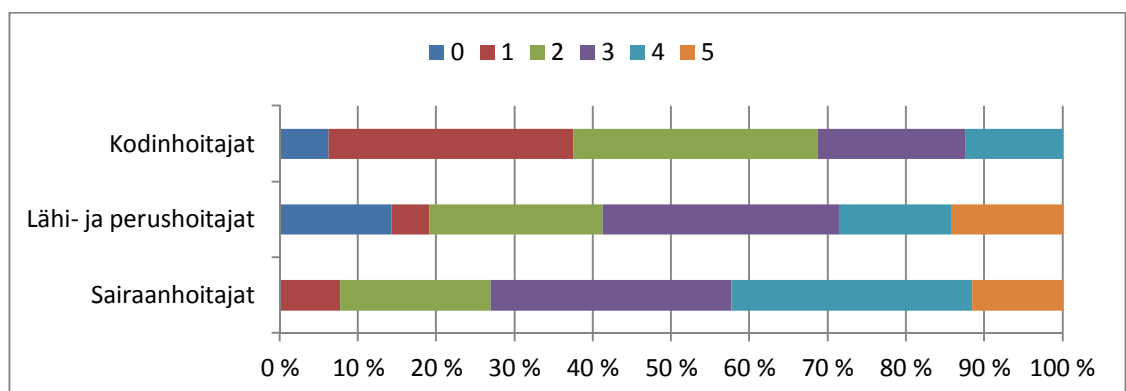
Mielenterveys- ja päihdehoitotyön osiossa kaikki vastaajat arvioivat osaamisensa pätevän tasolle muistin tilan arvioinnissa, päihdeongelmien tunnistamisessa, mielenterveysongelmien tunnistamisessa ja mielenterveyspotilaan hoitamisessa. Kaksi vastaajaa ilmoittaa, ettei saattohoidon periaatteiden mukaisesti hoitaminen kuulu työhöni. Väittämässä kaikkien vastaajien keskiarvo on 2,7. Pätevän tason alle jää 43 vastaajaa eli 39 % kotihoitajista. Ammattiryhmien välillä ei ollut oleellista eroa.



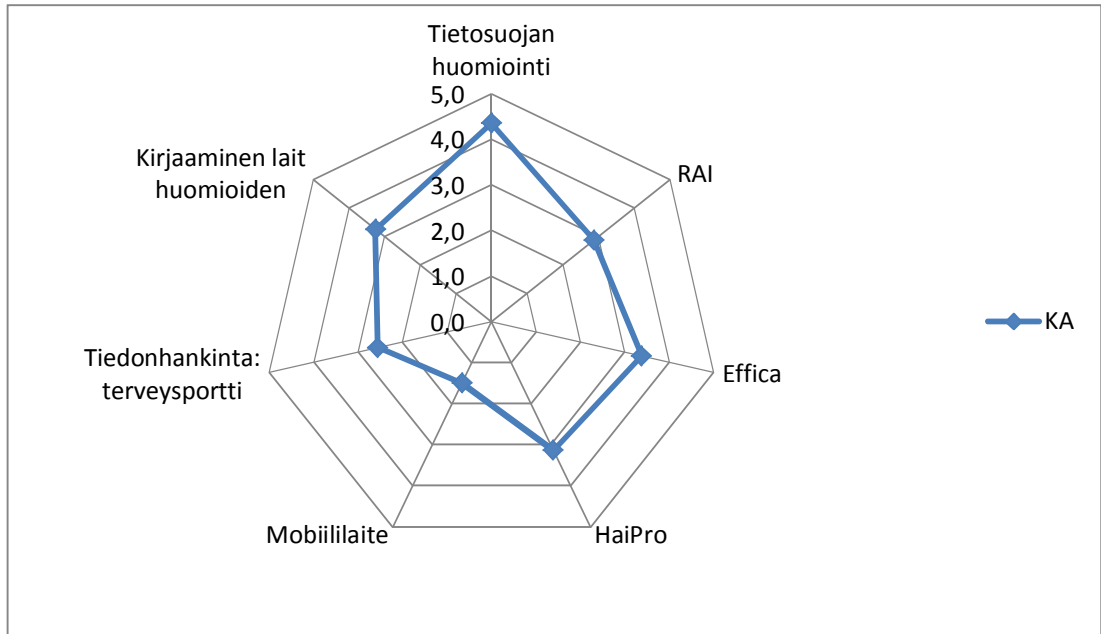
KUVIO 12. Kaikkien vastaajien osaamisen keskiarvot osiossa mielenterveys- ja päihdehoitotyö (N = 110)

Osiassa ammatillinen vuorovaikutus ja viestintä osaaminen arvioitiin parhaimmaksi eli pätevän tasolle tietosuojaan huomioimisessa (ka 4,4). Taitavan tasolle osaaminen arvioitiin moniammatillisessa työskentelyssä, parityöskentelyssä, erilaisten asiakkaiden kohtaamisessa, suullisessa ilmaisussa, sanattomien viestien tulkinassa, yhteistyössä omaisten kanssa, Effican tai HaiPron käytössä, lainsäädännön edellyttämällä tavalla kirjaamisessa ja tiedottamisessa hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Ammattiryhmien välillä ei ollut eroja näissä väittämässä. Neljä vastaajaa ilmoittaa, ettei parityöskentely kotikäynneillä tai RAI:n käyttäminen kuulu työhöni. Yksi vastaaja sanoo, ettei lainsäädännön edellyttämällä tavalla kirjaaminen kuulu työhöni.

32 vastaajaa ilmoittaa, ettei mobiililaitteen käyttäminen kuulu heidän työhönsä. Kaikkien keskiarvo on 1,5 eli osaaminen on aloittelevan tasolla. Tässä väittämässä sairaanhoitajat arvioivat osaamisensa kaikkein heikoimmaksi kun heidän keskiarvo oli 1,2. Muiden ammattiryhmien osaaminen painottui edistyvän tasolle. Väittämässä tiedonhankinta terveystietä kaikkien keskiarvo oli 2,6 eli edistyvän tasolla. 45 vastaajaa eli 41 % jää alle tavoitetason 3. Osion tässä väittämässä sairaanhoitajat arvioivat osaamisensa parhaalle tasolle eli päteväksi. Muissa ammattiryhmissä osaaminen arvioitiin pääsääntöisesti edistyvän tasolle. Yhteensä 10 lähi- ja perushoitajaa ilmoitti, ettei osaa sitä lainkaan. Kaksi vastaajaa ilmoitti, ettei tiedonhaku terveystietä kuulu työhöni.

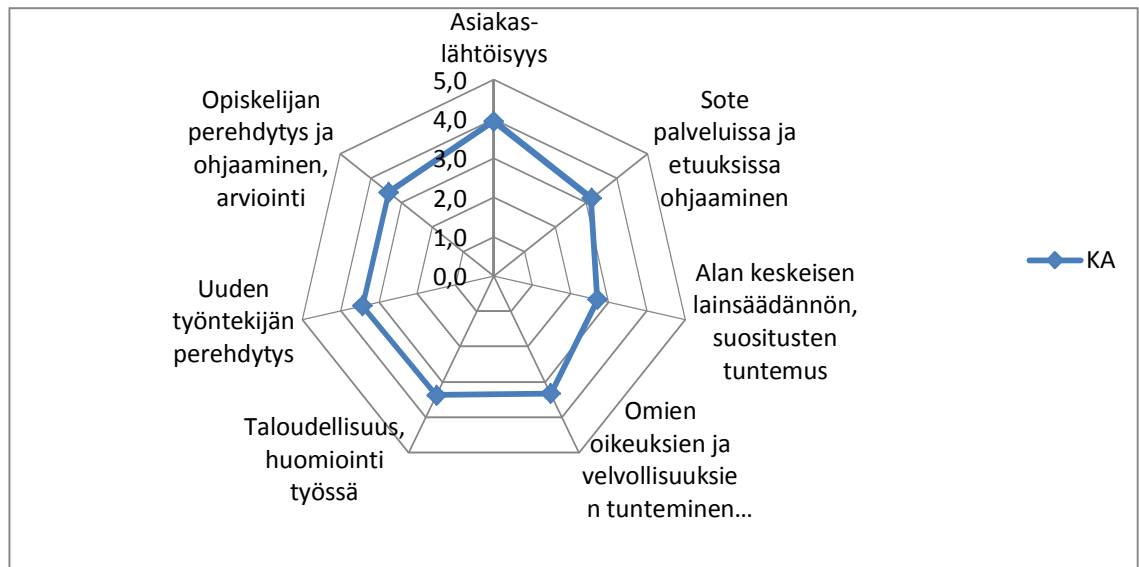


KUVIO 13. Ammattiryhmien osaaminen tiedonhankinnassa terveystietä % - osuuksina (n = 107)



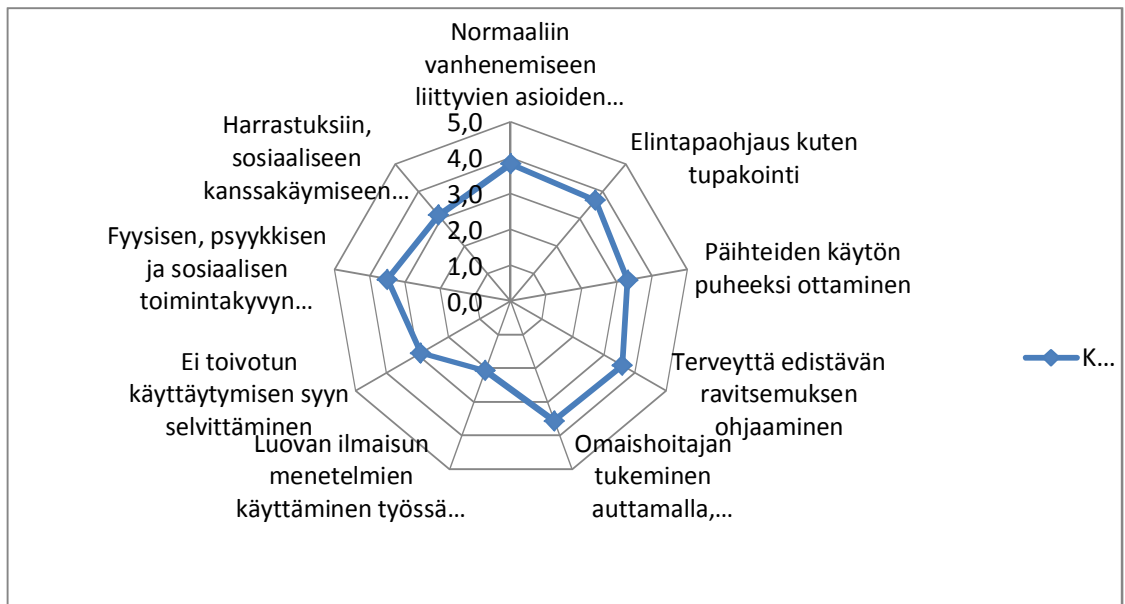
KUVIO 14. Kaikkien vastaajien osaamisen keskiarvot osiossa ammatillinen vuorovai-
kutis ja viestintä (N = 110)

Toimintajärjestelmäosaamisen osiossa osaaminen arvioitiin parhaimmaksi eli lähes taitavan tasolle asiakaslähtöisyydessä. Pätevän tasolle osaaminen arvioitiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa ohjaamisessa, omien oikeuksien tuntemuksessa, taloudellisuuden huomioimisessa, uuden työntekijän perehdyttämisessä ja opiskelijan ohjaamisessa. Edellä mainituissa väittämässä ei ollut eroja ammattiryhmittäin. Alan keskeisen lainsäädännön, laatusuosituksen ja toimintaperiaatteiden tuntemuksessa kaikkien vastaajien keskiarvo oli 2,7. 47 vastaajaa eli lähes 43 % itsearvioi osaamisensa alle pätevän tason. Ammattiryhmien välillä ei ole eroa osaamisen arvioinnissa. Kolme vastaajaa ilmoittaa, ettei opiskelijan ohjaaminen kuulu työhöni.



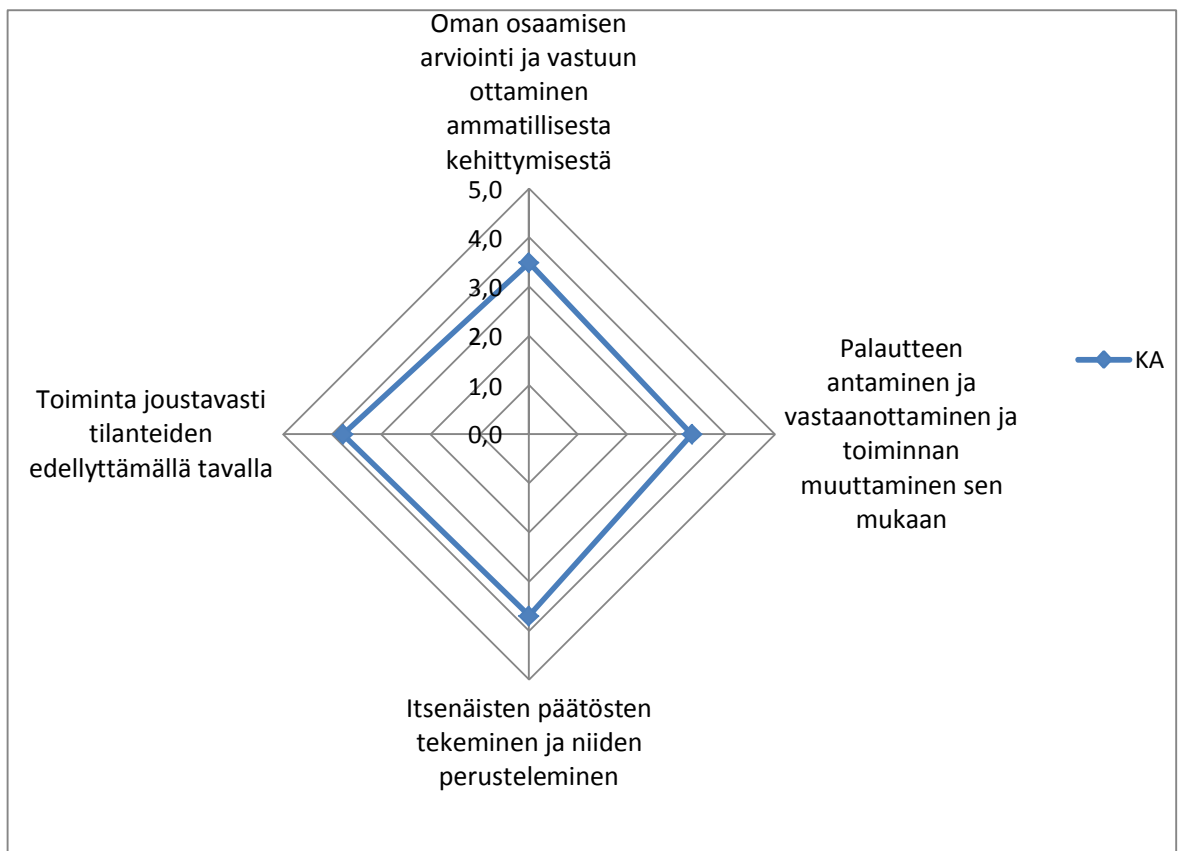
KUVIO 15. Kaikkien vastaajien osaamisen keskiarvot osiossa toimintajärjestelmäosaaminen (N = 110)

Hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn edistämisen osiossa vastaajat arvioivat osaamisensa pätevän tasolle vanhenemiseen liittyvien asioiden tietämisessä, elintapaohjauksessa, ravitsemusohjauksessa, omaishoitajien tukemisessa, toimintakyvyn tukemisessa ja osallistumiseen ohjaamisessa. Ammattiryhmien välillä ei ole eroa näissä väittämässä. Kaksi vastaajaa ilmoittaa, ettei omaishoitajien tukeminen kuulu työhöni. Ei toivotun käyttäytymisen syyn selvittämisessä vastaajat arvioivat osaamisensa lähes pätevän tasolle kun keskiarvo on 2,9. Luovan ilmaisun menetelmien arvioinnissa kaikkien keskiarvo on 2,1. Noin puolet vastaajista jää aloittelijan tai edistyneen tasolle. Tässä väittämässä sairaanhoitajat arvioivat osaamisensa kaikkein heiköimmäksi kun heidän keskiarvonsa on 1,6. Kaikkiaan 11 vastaajaa eli 10 % valitsee väittämän, ettei luovan ilmaisun menetelmien käyttö kuulu työhöni.



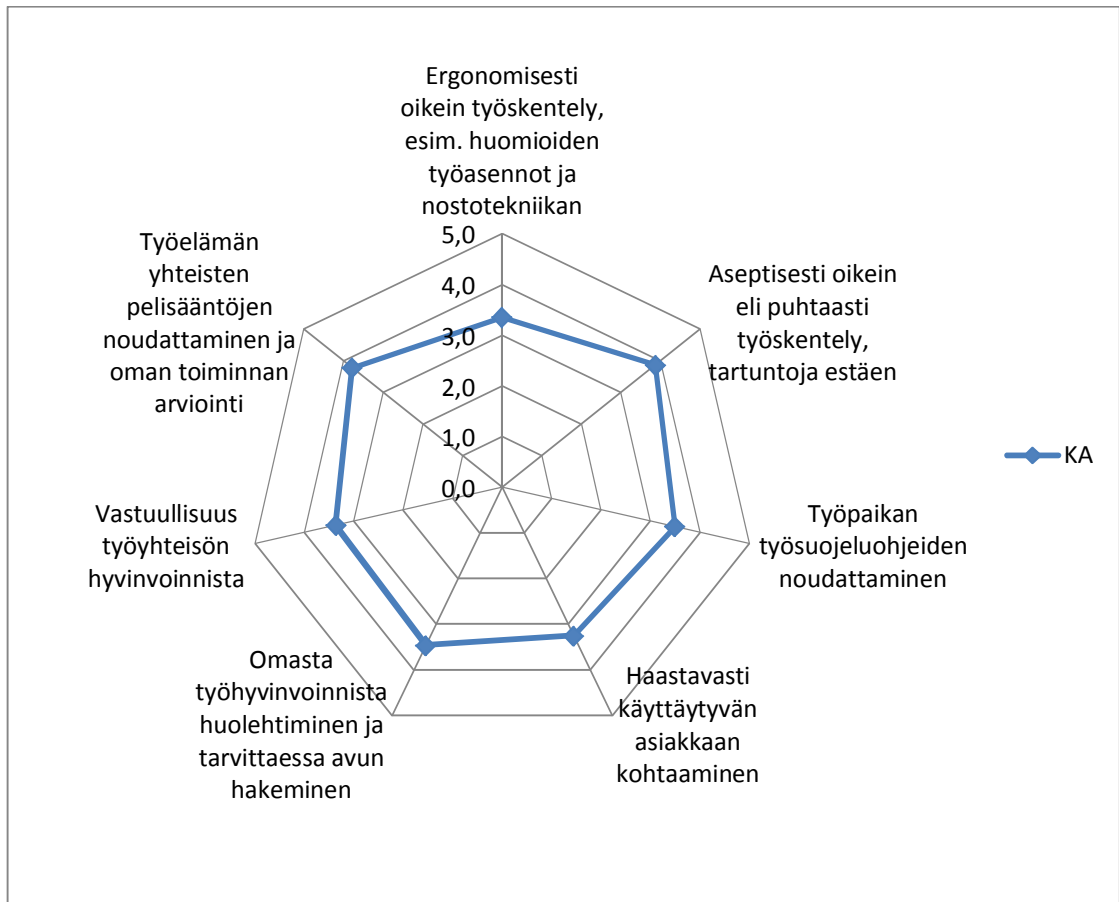
KUVIO 16. Kaikkien vastaajien osaamisen keskiarvot osiossa hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen (N = 110)

Ammatillisen kasvun ja henkilökohtaisen edistymisen osiossa kaikki vastaajat arvioivat osaamisensa pätevän tasolle kaikissa väittämissä. Ammattiryhmien välillä ei ollut eroja vastauksissa.



KUVIO 17. Kaikkien vastaajien osaamisen keskiarvot osiossa ammatillinen kasvu ja henkilökohtainen edistyminen (N = 110)

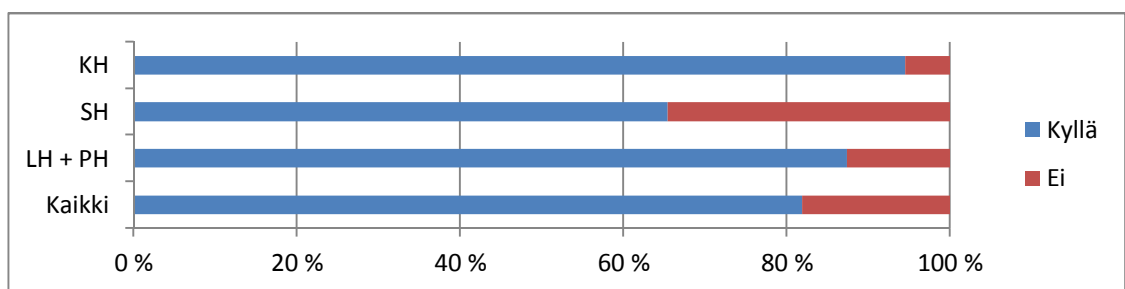
Työterveyden ja turvallisuuden osiossa kaikki vastaajat arvioivat osaamisensa pätevän tasolle kaikissa väittämässä. Ammattiryhmien välillä ei ole oleellista eroa eri väittämässä.



KUVIO 18. Kaikkien vastaajien osaamisen keskiarvot osiossa työterveys ja turvallisuus (N = 110)

5.4 Työnjako, koulutus ja tehtäväkuva

5.4.1 Teen mielestäni koulutustani vastaavia työtehtäviä



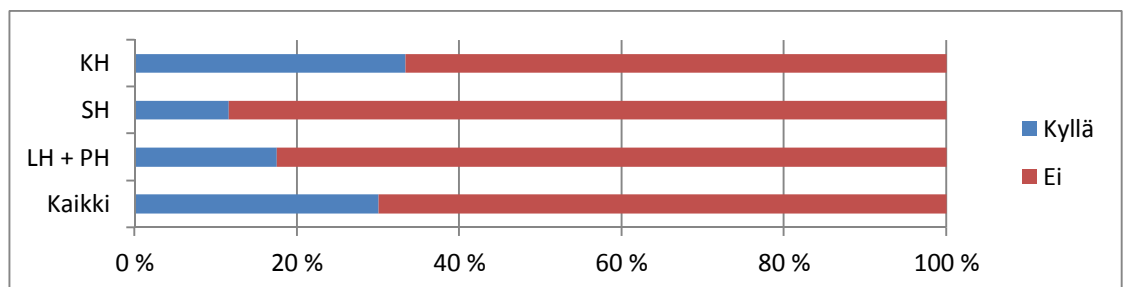
KUVIO 19. Teen mielestäni koulutustani vastaavia työtehtäviä % - osuuksina (N = 110)

Puolet väitteeseen myöntävästi vastanneista oli lähihoitajia ja perushoitajia 55 kpl ja he tekevät mielestään koulutustaan vastaavaa työtä. Teen mielestäni koulutustani vastaavia työtehtäviä: avoimissa vastauksissa kaikista vastaajista alle 20 % oli mielestään osittain tai kokonaan tehnyt koulutukseen kuulumattomia työtehtäviä. Osalla oli lisäkoulutusta minkä vuoksi he ovat odottaneet muita tai uusia tehtäviä

”En ole päässyt verinäytteiden ottoon vaikka siihen koulutuksen erikseen kävin ”

Avoimista vastauksista nousee esille kolme teemaa. Ensinnä ja eniten ”Työ on vähemmän vaativaa kuin koulutukseni” vastaajaa. Toiseksi ”Työ on vaativampaa kuin koulutukseni” kaksi kappaletta. Kolmanneksi mainittiin ”Tiettyjä tehtäviä joita ei saa tehdä” kolme kappaletta. ”Työ on vähemmän vaativaa kuin koulutuksen vastasi yhdeksän sairaanhoitajaa. Vastaajien määrään suhteutettuna 2/3 sairaanhoitajista on mielestään muussa kuin koulutustaan vastaavassa tehtävässä. Tiettyjä tehtäviä, kuten verinäytteiden ottoa eivät mielestään lähihoitajat saa tehdä.

5.4.2 Pitääkö kaikkien osata tehdä kaikkea?



KUVIO 20. Pitääkö kaikkien osata tehdä kaikkea? % - osuuksina (N = 110)

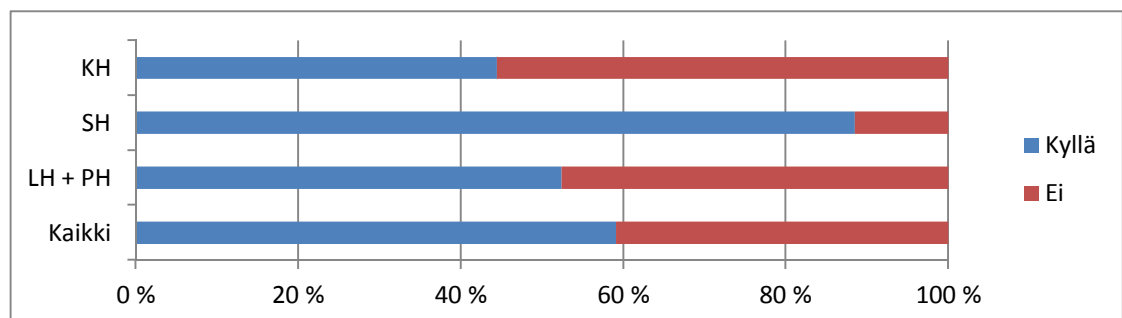
Eroavaisuuksia vastauksissa syntyi ammattiryhmien sisällä mutta 70 % kaikista vastaajista vastusti väittämää. Vastaajat toivat julki sanallisissa vastauksissaan toiveen siitä, että erikoistuminen tiettyihin tehtäviin olisi mahdollista, mutta myös ymmärryksensä siitä että ”työvuorolistojen tekeminen hankaloituisi, jos kaikilla olisi omien osaamisalueidensa mukaiset työnkuvat.” Eri ammattiryhmien sisällä, hajontaa vastauksissa oli suurimmillaan sairaanhoitajilla jotka vastasivat; ”ei” 3 ja 23 kpl ”kyllä”.

Avoimissa vastauksissa kyllä vastanneilla nousi esille kolme teemaa. ”Työn luonne” 18 kpl, ”Kiertää kysymyksen” kuusi kappaletta ja ”Oikeastaan ei” neljä vastaajaa. ”Työn luonne” kuvaa vastaajien ajatusta siitä että kotihoito on sellaista että kun asiakkaan kotiin mennään, siellä tehdään kaikki tarvittava. Työ on siten helpompaa, sujuvaa, järkevää ja se on myös asiakkaan edun mukaista.

”Työ on niin monipuolista, ettei asiakkaalla voi hypätä monia henkilöitä. Toiset kuormittuvat jos jokainen ei tee kaikkea. Työn pitäisi olla kokonaisvaltaista asiakkaan auttamista.” ”Oikeastaan ei” vastaukset olivat ehdollisia tai kanta kumottiin sivulauseessa. *Ainakin koulutusta vastaavat työt osattava. ...ei sairaanhoitajan tehtävistä jos koulutusta ei ole.*

Avoimien vastauksien ei – vastauksista löytyi kolme teemaa. ”Tiimityö sisäistetty” vastauksia 23 kpl, ”Koulutukset huomioidaan” vastauksia 17 kpl ja ”Ei, mutta pitäisi olla halu oppia” kahdeksan vastausta. ”Tiimityö sisäistetty” kuvailee tiimityön tarkoitettavan käytännössä sitä että työyhteisöstä löytyy monenlaista osaamista. Tarvittaessa se osaaminen saadaan asiakkaan hoitoon sujuvasti. *”Tehtäviä voi jakaa työntekijöiden erityisosaamisen mukaan. Kukaan ei hallitse kaikkea. Työyhteisö on apuna tarvittaessa neuvoja ja opastusta.”* ”Koulutus” – vastauksissa nousivat esiin sairaanhoitajan ja lähihoitajan koulutukset. *”Lähihoitaja ei pysty tekemään sairaanhoitajan töitä.”* ”Ei mutta pitäisi olla halu oppia uutta” vastaaja pyöritteli vastauksensa siten, että perushoito pitäisi jokaisen osata ja hyvä olisi jatkuvasti kehittää osaamistaan. ”
...mutta voi opetella uusia työtehtäviä, aina voi oppia uutta.”

5.4.3 Tuleeko jokaisella kotihoidon työntekijällä olla oman ammattinimikkeen mukainen tehtäväkuva?



KUVIO 21. Tuleeko jokaisella kotihoidon työntekijällä olla oman ammattinimikkeen mukainen tehtäväkuva? % - osuuksina (N = 110)

Ammattinimikkeen mukaista tehtävänkuvaa kannattivat selkeimmin sairaanhoitajat. mutta myös muut vastaajat lähes 60 % LH-PH-KH vastaukset erosivat toisistaan vain 3 % ammattiryhmän sisällä. Sairaanhoitajien mielipide ero oli 20kpl tai 18 % ammattiryhmän sisäisissä vastauksissa.

Kyllä – vastauksista nousi esille neljä teemaa/luokkaa. ”Koulutus”, ”Vastuu, palkkaus, turvallisuus”, ”Mielekkyys ja arvostus” sekä ”Selkeys”. Niistä ”Koulutus” oli selkeästi yleisin perustelu, vastauksia 22 kappaletta. Niistä oli sairaanhoitajilta 11 vastausta.

”Jos ei koulutus ei liian vaativia sairaanhoidollisia töitä”

”Selkeys” – sana esiintyi vastauksissa 12 kertaa. ”Vastuu, palkkaus, turvallisuus” – vastauksia tuli kahdeksan kappaletta.

”Se selkiyttää hoitajan tehtäviä, palkkaus- ja vastuukysymykset. Esimieheksi on ehdottomasti saatava hoitotyön koulutuksen saaneita työntekijöitä...että esimies on tietoinen niistä vaatimuksista, joita laadukas hoitotyö edellyttää.”

”Jotta ei tulisi epäselvyyttä ammattiin liittyvistä vaatimuksista.”

”Mielekkyys ja arvostus” – vastauksia tuli seitsemän kappaletta.

”Jos teet sitä työtä, johon olet kouluttautunut, koet työsi mielekkäämmäksi ja voit olla vastuussa tekemistäsi.”

Ei – vastauksista nousi esille neljä teemaa/luokkaa. ”Tapa”, ”Oikeastaan kyllä”, ”Työn luonne”, sekä ”Tulkitsemattomat”. ”Tulkitsemattomat” – vastauksia oli eniten 13 kappaletta. ”Tapa” – vastauksia löytyi 11 kappaletta. ”Oikeastaan kyllä” – vastauksia tuli viisi. *”..., mutta kodinhoitajat ja lähihoitajat ovat koulutukseltaan niin kaukana toisistaan että mielestäni heidän työnkuvaansa pitäisi eriyttää”*

5.4.4 Mitä muuta osaamista kotihoitajilla vielä on

Viimeiseen avoimeen kysymykseen saatiin 42 vastausta. Niistä löytyi kolme pääteemaa. ”Taide ja liikunta” (6 kpl), ”Hoitotyön taidot” (19 kpl) ja ”Pitkä työkokemus” (7 kpl). Yksittäisiä vastauksia olivat vuorovaikutustaidot, ATK-osaaminen ja kielitaito. Osaamista oli vaikuttava määrä: eri hierontamenetelmät, musiikki, ryhmien ohjaus.

”Hiljaista hoitotyön ammattitaitoa. Taito kuunnella.”

6 Pohdinta

Jyväskylän kaupungissa kotihoito on järjestetty yhdistettynä kotipalveluna ja kotisairaanhoidona jo vuosia. Kodinhoitajat, perus- ja lähihoitajat, sosionomit, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat työskentelevät yhdessä alueellisissa moniammatillisissa tiimeissä. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellinen muutos Suomessa edellyttää kotihoidon lisäämistä laitoshoidon supistettaessa. Kotihoidon työn luonne on muuttunut kodin hoidosta ihmisten kokonaisvaltaiseksi ja asiakaslähtöisemmäksi hoitamiseksi. Työtehtävät ovat muuttuneet aiempaa vaativimmiksi ja uudenlaista osaamista edellyttäväksi. Kehitys jatkuu samanaikaisesti myös tulevaisuudessa, ja osaamisen merkitys kasvaa työyhteisöissä.

Tässä tutkimuksessa selvitettiin kotihoitajien osaamista etenkin kliinisen hoitotyön osalta. Lisäksi selvitettiin muuta hoitotyössä tarvittavaa osaamista, kuten vuorovaikutustaitoja, tietoteknistä osaamista ja terveyden edistämisen taitoja. Lopuksi koottiin kotihoitajien käsityksiä työnjaon toteutumisesta, koulutuksista ja tehtävänkuvista.

6.1 Luotettavuus

Tutkimus lähti työnantajan tarpeesta saada selville kotihoidon henkilökunnan nykyinen kliininen osaaminen. Tutkimuksen toteutus osuin haasteelliseen ajankohtaan, koska alkuvuonna 2013 tapahtui kahden alueen yksityistäminen. Tuoreiden yksityistämisten vuoksi ammatillisen osaamisen arviointi aiheena oli herkkä. Keväällä 2013 vain kuukausi kahden alueen yksityistämisen jälkeen monet vastaajista olivat juuri aloittaneet työskentelyn uusissa työyhteisöissä.

Itsearvoinnin mittarin pohjana käytettiin EQUIP II – hankkeessa laadittua kotihoidon kansainvälistä osaamistestiä. Tämän tutkimuksen tulosten luotettavuutta varmistettiin kysymysten kohdistamisella kotihoidossa tarvittavaan osaamiseen. Kysymysten laatimisen huolellisuus ja onnistuminen on perusta koko tutkimuksen onnistumiselle (Valli 2001, 28). Arvioinnille annettiin kuusi vaihtoehtoa jolloin osaamisesta saadaan vivahteikkaampi kuva.

Kyselylomakkeen toimivuus tarkastettiin esitestaamalla se toisen kunnan kotihoidon työntekijöillä. Esitestaajat eivät päässeet vaikuttamaan tutkimuksen tulokseen oppimisen kautta koska esitestausta toteutettiin toisessa kunnassa kotihoidon ryhmälle. Palaute huomioitiin ja mittaria muokattiin sen perusteella. Vastausvaihtoehtoihin lisättiin osaamisen tasojen lisäksi vaihtoehto: ei kuulu työhöni.

Kaikkia kotihoidon hoitotyötä tekeviä kannustettiin vastaamaan osaamisen itsearviointiin. Alustavaa tietoa tutkimuksen toteutumisesta heille jaettiin tammi- helmikuussa 2013 esimiesten tiimikokouksissa suullisesti, sähköpostiviestillä sekä toisen tutkijan tietoiskuissa viikkopalavereissa. Vastaajille tiedotettiin tutkimuksen tavoitteesta, aineiston käsittelystä, tulosten raportoinnista ja aineiston säilyttämisestä saatokirjeessä. Kirjeessä tarkennettiin vastaajien anonymiteetin säilymistä tutkijoille, ja osaamistiedon tärkeyttä työn kehittämiseksi.

Luotettavuus on verrannollinen käytetyn mittarin luotettavuuteen. Luotettavuutta on kuvattu perinteisesti termein: reliabiliteetti, joka viittaa tutkimuksen toistettavuuteen ja validiteetti, mittauksen yleistettävyyteen. (Metsämuuronen 2003, 35, 42–43.) Toistettavuuteen vaikuttavat nopeasti ja usein muuttuvat olosuhteet työpaikoilla joilla hoidetaan monisairaita ikääntyneitä. Osaamista mittaavien väittämien reliabiliteetti voi heikentyä, vaikka mittaus toistettaisiin melko pian. Arvioivatko samat vastaajat toisella kerralla osaamisensa kriittisemmin tai perusteellisemmin. Mitä he ovat tässä välissä oppineet osaamisestaan esim. uusien saattohoidettavien asiakkaiden kanssa työskennellessään. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin aiemmissa tutkimuksissa muualla Suomessa.

Luotettavuuteen vaikuttaa aineiston edustavuus. Kohdejoukon valinta ei perustunut otantaan, vaan tähän tutkimukseen kutsuttiin osallistumaan kaikki kotihoidon hoitotyötä tekevät työntekijät. Vastausprosentti jäi matalaksi, alle 36 %, joten tuloksia ei voida yleistää. (Ks. Hirsjärvi ym.2009, 195.) Samaan aikaan oli käynnissä kaksi muuta tutkimusta. Ehkä työntekijöiden aika tai voimavarat eivät riittäneet kaikkiin kolmeen tutkimukseen vastaamiseen aiheuttaen vastauskatoa tähän tutkimukseen. Toisaalta

onko vastaamisajankohta ollut liian kiireinen juuri tiimiä ja työpistettä vaihtaneille? Yli 70 % vastauslinkin saaneista on avannut linkin ja heistä yli puolet vastattuaan väittämiin, palauttanut sen tutkijoiden analysoitavaksi. Jos itsearvioitu osaaminen on kliinisessä hoitotyössä tavoitteita heikompi, saattaa kyselyyn vastaaminen olla haastavaa. Sosiaalialan koulutettujen vaatimaton vastausaktiivisuus selittynee osittain sillä, ettei heidän koulutukseensa kuulu lainkaan kliininen hoitotyö.

Vallin mukaan (2009, 31) kyselylomakkeen etu on se, ettei tutkija omalla olemuksellaan vaikuta vastauksiin. Tutkimuksen luotettavuutta heikentää se, että tutkijoilla ei ole tietoa siitä, kuinka vakavasti asiaa pohtien vastaajat ovat kyselyyn vastanneet. Ei voida myöskään kontrolloida sitä, ovatko vastaajat ymmärtäneet kaikki kysymykset oikein. (Hirsjärvi ym.2009, 195). Luotettavuudesta kertoo se, että nimenomaan kliinisen hoitotyön väittämissä vastaajat käyttävät laajalti koko arviointiasteikkoa. Luotettavuus oli parempaa niissä väittämissä, jotka oli esitetty mahdollisimman konkreettisesti. Toisaalta kodinhoitajista kolme oli vastannut väitteeseen verinäytteiden ottaminen arvioiden siinä osaamistaan vaikka heidän työhönsä ei ko. tehtävä ole tutkijoiden tiedon mukaan kuulunut. Arvioivatko he verensokerin mittausta vai olisiko väite pitänyt nimetä – suoniverinäytteen ottaminen. Esimerkiksi asiakaslähtöisyys on laaja käsite. Mutta kertakatetrointi on toimenpide, jonka osaamista on helpompi arvioida.

Kohdejoukon työn luonne ja työyhteisöjen koot olivat erilaisia. Tässä tutkimuksessa ei voitu huomioida sitä että kotihoitajat työskentelevät entisissä palvelutaloissa, maaseudulla tai kaupungin lähiöissä erilaisissa työolosuhteissa ja eri vuorokaudenaikoina. Työpisteen erikoistuminen esim. iltatyöhön keskittää kyseisen työyhteisön asiakkaisiin muita enemmän tiettyjä hoitotoimenpiteitä ja osaamisvaatimuksia kuten esimerkiksi kertakatetrointeja, Peg- letkuravitsemusta tai saattohoitoa. Osaaminen on erikoistunutta johtuen erikoistuneista työtehtävistä.

6.2 Tulos

Tämän tutkimuksen tulos kuvaa siihen vastanneiden kotihoitajien vastaushetkellä itse arvioimaansa osaamista. Osaamistaan he arvioivat yleensä keskimääräistä, ”pätevä” paremmaksi. Osaamisen arvioitiin olevan taitavaa mm. asiakaslähtöisyydessä ja

itsenäisessä toiminnassa asiakkaiden kodeissa. Näin kotihoito on lunastanut sille asetun tavoitteen asiakaslähtöisestä työtavasta. Tulos nosti myös esiin asioita joissa osaamista tulisi kehittää. Vastaajien työkokemus oli karttunut pääsääntöisesti kotihoidossa. Tässä muuttuneessa tilanteessa heille olisi hyötyä laitoshoidossa, terveyskeskuksen vuodeosastolla tai sairaalassa hankitusta työkokemuksesta.

Klininen hoitotyö

Kun erittämisen huomiointia kysyttiin vastaajilta yleisellä tasolla, osaaminen arvioitiin hyväksi. Mutta kun sitä yksilöitiin kertakatetrointiin tai cystofixin hoidoksi, vastauksissa käytettiin osaamisen tasoja monipuolisemmin. Tuloksista voidaan havaita, että avanteenhoidossa, kertakatetroinnissa ja cystofixin hoidossa osaamista tulisi vahvistaa. Yllättävän suuri oli joukko, 37 vastaajaa, jotka ilmoittivat, etteivät kyseiset tehtävät kuulu työhöni. Olihan mittarin laatimisen lähtökohtana kotihoidossa tarvittava osaaminen. Vaikka juuri nyt kyseinen tehtävä ei kuuluisikaan työhöni, se voi olla sitä jo lähitulevaisuudessa. Tarkoittaako tulos sitä, etteivät näin vastanneet miellä kyseisiä hoitotoimenpiteitä työtehtävikseen?

Mielenkiintoista oli, että viisi vastaajaa valitsi vaihtoehdon - ei kuulu työhöni, väittämälle hengityksen tarkkailu. Onhan kyse peruselintoiminnosta. Hengityksen tarkkailussa ilmeni myös osaamisen kehitettävää kun neljannes vastaajista arvioi osaamisensa aloittelijan tai edistyvän tasolle. Puolet vastaajista ilmoittaa, ettei verinäytteiden ottaminen kuulu heidän työhönsä. Niitä, joilla se kuuluu työhön, on kaikista ammattiryhmistä. Heillä osaaminen erottuu selkeästi ammattiryhmittäin. Sairaanhoidajat arvioivat osaamisensa hyväksi. Lähi- ja perushoitajilla osaaminen jakautuu koko arviointiasteikolle. Kodinhoitajilla osaaminen painottuu tasoille 0-2. Tuloksen perusteella kotihoidossa näyttäisi olevan tarvetta ammattinimikkeiden mukaisiin tehtäviin.

Haavojen hoitoa koskevassa tuloksessa nousi esiin tärkeä kehittämiskohde. Haavojen hoito ohjeen mukaan arvioitiin osattavan hyvin. Mutta hoidon tarpeen ja vaikuttavuuden arvioinnin osaamisessa sekä sopivan haavanhoitotuotteen valinnan osaamisessa arvioitiin olevan puutteita. Kaikessa hoitotyössä on tärkeää arvioida hoidon

tulosta ja päivittää hoitosuunnitelmaa tilanteen mukaisesti. Etenkin haavahoidossa tämä korostuu kun haavat paranevat vaiheittain ja eri vaiheissa tarvitaan erilaisia hoitomuotoja. Toisaalta haavan tila voi myös heiketä tai haava voi infektoitua, jolloin hoitomuodon muuttaminen on erityisen tärkeää. Haavan hoidossa ammattiryhmien väliset erot ovat selkeät. Sairaanhoitajilla osaaminen painottuu taitavan tasolle. Lähi- ja perushoitajilla se on tasoilla 2-4 ja kodinhoitajilla 0-2. Tulos viittaa siihen, että ammattiryhmien mukaiset tehtäväkuvat olisivat hoidon laatua parantavia ja koulutusta voidaan kohdentaa tietyille ammattiryhmille.

Selkeä osaamisen kehittämistarve ilmeni ensiavussa ja peruselvytyksessä. 36 % vastaajista jää alle tavoitetason, pätevä. Kaksi vastaajaa valitsi vaihtoehdon, ettei osaa sitä ollenkaan ja yksi vastaajista ettei väitteen osaamisalue kuulu työhöni. Ensiapu kuuluu terveydenhuollon ammattihenkilön välttämättömään ammattitaitoon. Taitojen jatkuva ylläpito koulutuksen avulla on tärkeää, koska hätätilanteet voivat olla harvinaisia, mutta silloin osaamista todella tarvitaan.

Muu hoitotyössä tarvittava osaaminen

Hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen on kaikkien vastaajien mielestä heidän osaamisensa tavoitetasolla, pätevä 3. Sosiaalialan koulutuksen saaneet ovat arvioineet osaamisensa siinä taitavan 4, tasolle. Sosiaalialan koulutuksen saaneet vastaajat arvioivat olevansa kliinisessä hoitotyössä aloittelijan tai edistyvän tasolla. Kun hoidon suunnittelu arvioitiin osattavan hyvin, vaikka kliinisen hoidon osaaminen arvioidaan heikoksi, näyttää tulos ristiriitaiselta. Asiakkaan hoito kotihoidossa perustuu hoito- ja palvelusuunnitelmaan, ja hoitoa arvioidaan hoitosuunnitelman mukaisesti. Terveystyön vaikuttavuuden arviointiin tarvitaan päätöksentekokykyä ja kliinisen hoitotyön osaamista. Toisaalta työnantaja on järjestänyt kotihoidon työn niin, että kaikki tekevät kaikkea. Olisiko syytä pohtia, soveltuuko sosiaalialan koulutus yhdistyneeseen kotihoitoon, jossa kliinisen hoitotyön osaamista edellytetään nykyisin kaikilta työntekijöiltä?

Muistisairautta sairastavien määrä lisääntyy eliniän kasvun myötä. Kotihoidossa hoidetaan entistä iäkkäämpiä monisairaita joten odotettavaa on, että myös kotihoidon

asiakkaiden muistisairaudet etenevät ja sairastuneita hoidetaan kotona. Jäljellä olevaa toimintakykyä ei ole taloudellista, tai inhimillisesti oikein kadottaa liian myöhäisellä tai aikaisella kodin vaihdolla. Niinpä oli kotihoidon laadun kannalta positiivinen asia, että vastaajat arvioivat osaamisensa muistin tilan arvioinnissa päteväksi. Ikäihmisten päihdeongelmien kasvava trendi on tutkimuslöydös joka tulee kotihoidon toiminnassa huomioida. Koska asiakkaat tulevat kotihoidon asiakkuuteen aiempaa myöhemmin, on heidän alkoholi-, tai muu päihdeongelmansa myös usein vakava. (Piispanen 2012) Tähän itsearviointiin osallistuneet arvioivat osaamisensa päihdeongelmien tunnistamisessa päteväksi.

Saattohoidon periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan hoidon järjestäminen on kotihoidossa haastavaa ja ehkäpä monille työntekijöille suhteellisen uutta työtoimintaa. Vastaajat arvioivat kaikissa ammattiryhmissä osaamisensa jäävän alle pätevän tason ja siten koulutuksen tarve on selkeä. Kotihoidon tulevaisuuden ennakoiden saattohoitokoulutuksen järjestäminen nyt on myös taloudellisesti järkevää.

Ymmärrettävä ja asiallinen suullinen ilmaisu on äidinkielenään suomea puhuvien vanhuksien hoidossa tarpeen. Tulevaisuudessa valmius myös muilla kielillä kommunikointiin lienee tarpeen nykytilannetta enemmän. Kyselyn taustatiedoista päätellen valmiudet tähän ovat jo olemassa Jyväskylän kaupungin kotihoidossa.

Mobiililaitteen käyttämisen osaamisessa ilmeni selkeä osaamisvajae. Toisaalta kolmannes vastaajista ilmoittaa, ettei sen käyttäminen kuulu työhöni. Ilmeisesti laitetta ei ole otettu käyttöön vielä kaikilla alueilla.

Väittämässä tiedonhankinta Terveysportista, kaikkien vastaajien keskiarvo jäi edistyvän tasolle ollen 2,6. Vastaajista 45 kpl eli 41 % jää alle 3 eli pätevän tason. Mistä tietoa hankitaan jos ei Terveysportista? Olisiko hyödyllistä ohjata vastaajia käyttämään luotettavia tietolähteitä? Kaikki ammattiryhmät tarvitsevat tutkittua tietoa, sillä tutkittuun tietoon perustuvaa hoitotyötä toteutetaan lain mukaisesti hoitotyössä. Kliinisen asiantuntijasairaanhoidajan toimen perustaminen on hyvin perusteltua kun viimeisin tutkimustieto tulee saattaa työntekijöiden hyödynnettäväksi.

Osaamisessa ilmeni kehitettävää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa ja etuuksissa ohjaamisessa. 29 % jää alle tavoitetason pätevä 3. Samoin alan keskeisen lainsäädännön, laatusuositusten ja toimintaperiaatteiden tuntemus lähes 43 % vastaajista jää alle tavoitetason, pätevä. Heidän opiskelustaan saattaa olla pitkä aika kun työvuosia ammatissa on jo yli 20. Tarvitaanko terävöitynyttä asennetta lakien noudattamista kohtaan? Potilaat ja omaiset ovat jatkuvasti valveutuneempia ja myös oikeuksistaan tietoisia. Vanhuspalvelulain saadessa lainvoiman tulee asiakaslähtöinen hoitotyö huomioida terveydenhuollossa tarkasti ja koko laaja käsite ymmärtäen.

Luovan ilmaisun menetelmien käyttämisessä työssä kaikkien vastaajien keskiarvo 2,1 jää edistyneen tasolle. Asiakaslähtöisyydessä se on 4.92 ja erilaisten asiakkaiden kohtaamisessa 4.98. Kun erilaisten asiakkaiden kohtaaminen vuorovaikutusta käsitellessä osiossa on taidokasta herää kysymys, miten muisti- tai aivosairauksista kärsivien kotihoidon asiakkaiden hoito sitten sujuu noin hyvin? Ja toisaalta, kun vastaajat muuta olemassa olevaa osaamistaan läpikäyden kertovat taiteeseen ja liikuntaan liittyvästä osaamisestaan mittarin lopussa, jätetäänkö se osaaminen tiedostaen tai tiedostamatta kokonaan hyödyntämättä työssä?

Hoitajat voisivat hyödyntää näkyväksi osaamiskartoituksessa tullutta, laajaa osaamistaan toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä olemassa olevilla taidoillaan. Hyödyntämällä aitoa asiakaslähtöistä osaamistaan laulamalla, tarinoimalla tai vaikkapa asiakasta tanssittamalla, he voisivat viedä aivosairaudesta tai ikääntymisestä oireilevaa eteenpäin arjessa. Esimerkiksi hoitotoimenpiteitä vastustelevaa tai jännittävää ikäihmistä voi osaava hoitaja hyräillen rauhoittaa pesulle vietäessä tai näytteenotossa.

Tähän osaamiskartoitukseen osallistuneet arvioivat oman osaamisen arvioinnin ja vastuun ottamisen ammatillisesta kehittymisestä pätevä tasolle. Tulosten valossa se näyttää olevan niin. Mutta miten on niiden laita jotka eivät lainkaan kotihoidon osaamisen itsearviointilomaketta palauttaneet? Miten he arvioivat oma osaamistaan? Mihin suuntaan he pyrkivät kehittämään ammattitaitoaan? Nämä kysymykset

jäävät toistaiseksi avoimiksi. Mittarin systemaattinen käyttö Jyväskylän kaupungin kotihoidossa auttaa vastaamaan näihin kysymyksiin tulevaisuudessa.

Työ on muuttunut kodeissa vaarallisemmaksi mm. päihde- ja mielenterveys sekä muistiongelmien lisääntyttyä, joten työturvallisuus tulee huomioida aiempaa huolellisemmin ja perusteellisemmin. Monien tutkimusten mukaan kotihoidon sairaanhoitajilta löytyy luottamusta omiin tietoihin ja taitoihin. Tämän tutkimuksen tulos on samansuuntainen. Huomioidaanko turvallisuuden osaaminen ja ennakointi riittävästi?

Koulutus sosiaali- ja terveysalalla valmistaa eri ammatteihin eriävillä osaamisvaatimuksilla eikä työ muuta ammattikohtaista osaamista automaattisesti. Nyt kun työntekijät uusissa työpisteissä etsivät yhteisiä töiden linjauksia tulee asioista keskusteltua. Tulokset ovat tuoreita tänään mutta vanhenevat joka päivä.

Merkittävä määrä sairaanhoitajia vastasi työn olevan vähän vaativaa koulutukseen nähden ja suhteessa vastaajien määrään tulos on huomattava. Vain vuosi sitten kotihoidossa tehty tutkimus kertoo että väittämään ”työtehtäväni vastaavat tämänhetkisiä valmiuksiani”, oli tuolloin lähes 73 % vastaajista tyytyväisiä. Väittämään ”Saan hyödyntää osaamistani ja ammattitaitoani” yli 81 % sairaanhoitajista koki asian olevan kunnossa. ”Luotan omiin tietoihini ja taitoihini” vastaajien mielestä asia oli kunnossa lähes 79 % mielestä. (Jämsä & Kovanen 2012, 46–51.) Muutosta on tapahtunut viimeisen vuoden aikana sairaanhoitajien työtehtävissä koska ero vastauksissa on näin huomattava. Nyt osaamiskartoituksen kysymyksiin vastanneista sairaanhoitajista yli kolmannes koki tekevänsä muuta kuin koulutustaan vastaavia työtehtäviä.

Työelämässä on huomattu tarve kehittää sairaanhoitajien ja lähihoitajien toimenkuvia vastaamaan heidän hankkimaansa koulutusta. Kehittämisellä voidaan pyrkiä kohdentamaan ammattilaisten tehtäviä oikeille osaajille. Resursseja hukataan jos työntekijöiden erikoistunutta osaamista ei tunneta, eikä siksi pystytä hyödyntämään sitä. Selkeytetty työnkuvat nostavat työn vetovoimaisuutta ja työhyvinvointia kotihoidossa.

Työn kehittämisen keskipisteenä tulisi jatkossa olla erikoisosaamisen huomioiminen, ja yksittäisten työntekijöiden henkilökohtaisen työnkuvan räätälöinnin mahdollistaminen koko työyhteisön voimavaraksi. Kun ammatillinen kehittyminen ja vaikuttamisen mahdollisuudet omaan työhön laajennetaan, saadaan työpaikalle vetovoimaa, yrittäjyysaatetta ja positiivista tulevaisuuden palveluiden innovointia omasta henkilökunnasta lähtien. Tämän tutkimuksen perusteella kotihoidossa on henkilöstöä jotka osaamisensa perusteella voisivat toimia esim. kotiutustiiminä. Kotiutustiimi voi nopeuttaa heikkokuntoisten asiakkaiden sairaalasta palaamista olemassa oleviin palveluihin, tai helpottaa alueen kotihoidon palvelujen uudelleen aloittamista. (STM 2012, 21–22.)

Toisaalta lähihoitajat toivat esiin näytteidenottamisen ja halun siihen. SOTE ENNAKOINTI ja tulevaisuuden suunnitelmalliset koulutusmuutokset raivaavat tietä tälle käytännölle. Kun osaaminen laajenee kliinisen hoitotyö eri alueilla, voidaan työtehtävien jakamista edistää. Siis jos lähihoitajat ovat tehtävään koulutettuja ja haluavat ottaa näytteitä, tulisi työnantajan järjestää siihen mahdollisuus.

6.3 Menetelmän käyttökelpoisuus

Kattavalla osaamiskartoituksella voidaan selvittää, mitkä työelämän osa-alueet ovat jo hyvin työntekijän hallussa ja mihin osaamisalueisiin on järkevää panostaa tulevissa koulutuksissa. Osaamisen itsearviointi toteutettiin Jyväskylän kaupungin kotihoidossa ensimmäistä kertaa. Ennakkoinformoinnista huolimatta osaamisen arviointia voidaan pitää vastaajille haasteellisena tehtävänä. Voidaan olettaa että mittarin käytön juurruttaminen ja työkaluksi jääminen vie aikaa. Se edellyttää myös esimiesten aktiivisuutta ja esimerkiksi kehityskeskustelujen käytäntöjen muuttamista. Tutkimukseen osallistuneet vastaajat ovat käyttäneet aikaa vastausten pohtimiseen, ja samalla opineet omasta osaamisestaan sekä totutelleet käyttämään itsearviointimittaria.

Itsearviointiin on opittava ja mittarin käyttöä harjoiteltava. On ymmärrettävä talouden tilanteen heijastuma kuntatyönantajan taloustilanteeseen ja nopeasti muuttuva toimintaympäristö sosiaali- ja terveydenhuollossa. Keskustelu kuntauudistuksesta on ollut päivittäin ykkösuutisena opinnäytetyötä kirjoittaessamme. Palveluiden kehittä-

mistä leimaavat tehostamisen paineet, joten kotihoidon kunta-alan eritystoimijana tulisi pyrkiä innovatiivisiin ratkaisuihin ja uudistumiseen.

Tässä tutkimuksessa toivottiin työyhteisöjen jäsenten keskinäisen keskustelun lisääntyvän kotihoidossa tarvittavasta osaamisesta. Kun HaiPron tai Terveysportin käytöstä kysytään mittarissa, toivotaan sen lisäävän ko. ohjelmien aktiivista käyttöä. Työnjako ammattinimikkeittäin pohdittuaan vastaajat ovat myös paljastaneet epätietoisuuden omaan työnkuvaansa liittyvistä tehtävistä. Jos työnkuva on epäselvä, työntekijä saattaa laiminlyödä asiakkaan kannalta elintärkeitäkin työtehtäviä.

Vastausten perusteella voidaan järjestää koulutuskokonaisuuksia, ja kotihoidon työntekijöiden osaamista voidaan kehittää. Osaaminen parantaa hoidon laatua ja edistää hoitajien työssä jaksamista ja sen toivotaan edistävän työurien jatkumista. Kliinisen asiantuntijan läsnäolo työyhteisössä lisäisi osaltaan luotettavaa näyttöön perustuvaa tiedonhankintaa kotihoidossa. Kuten Salon tutkimuksessa, selviteltäessä työntekijöiden koulutustarvetta, sivutuotteena luotiin osaamisvaatimukset ikäihmisten ravitsemuksen turvaamiseen. Tässä tutkimuksessa ovat hahmottuneet kotihoidon kliinisen osaamisen osaamisvaatimukset.

Vaatimustaso osaamiselle ei voi olla kaikille sama kun koulutukset poikkeavat toisistaan suuresti. Sairaanhoidajilta vaaditaan syvällisempää osaamista, tiedonhankintataitoja ja lainsäädännön tuntemusta. Häyhän tutkimuksessa (2011, 49–50) varahenkilöstöön kuuluvat sairaanhoitajat korostivat vastauksissaan kouluttautumisen merkitystä ja vastaajien mielestä koulutus lisäsi halua työhön sitoutumiseen. Tämän tutkimuksen aineisto antaa kuvan siitä, ettei sairaanhoitajien nykyinen tehtäväkuva kotihoidossa toteudu heidän koulutustaan vastaavana. Työnkuvien selkeyttäminen edistänee myös työhyvinvointia kun työpaikalla jäävät pois epäselvyydet vastuukysymyksistä ja se ettei kliiniseen hoitotyöhön kouluttamattomalta edellytetä osaamista kliinisessä hoitotyössä.

Osaamisen mittaaminen tarjoaa työntekijälle realistisen kuvan omasta osaamisesta. Työyhteisön näkökulmasta osaamisen mittaaminen antaa kokonaiskuvan työyhteisön olemassa olevasta osaamisesta sekä tarvittavasta ja lisättävästä osaamisesta. Osa-

misen johtamisella tarkoitetaan prosessia, jossa määritellään organisaation ydinosaaminen sekä muu tarvittava osaaminen organisaation visiosta, strategiasta ja tavoitteista käsin. Seuraava askel on arvioida, mikä on henkilöstön osaamisen nykytaso tavoitetasoon verrattuna. Sydänmaanlakan mukaan näitä tietoja hyödyntäen laaditaan organisaation, tiimien ja yksilöiden kehityssuunnitelmat joten seuraavaa askelta tulee harkiten suunnitella.

Tämän mittarin etu on sen käyttökelpoisuus suurten vastaajajoukkojen osaamisen mittaamiseen. Muiden arviointitapojen käyttö voi olla haasteellista, esim. pitkien välimatkojen tai vuorotyön vuoksi.

Eettinen pohdinta

Eettisiä kysymyksiä liittyy kaikkiin tutkimuksen vaiheisiin. Jo aiheen valintaan liittyy eettisiä näkökohtia. Tässä tutkimuksessa osaamisen arviointi voi olla työntekijöille arkaluontoinen asia. Tutkittavilla on voinut olla epävarmuutta työn jatkumisesta kotihoidossa kun sen alueita on yksityistetty. Sen vuoksi korostettiin osaamisen kehittämistä koulutuksen avulla, valittiin menetelmäksi itsearviointi ja tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista.

Tutkittavia tulee informoida etukäteen aineiston käsittelystä, tutkimuksen kulusta ja tulosten raportoinnista (Hirsjärvi ym. 2009, 24–25). Saatekirjeessä tutkittaville kerrottiin aineiston käsittelystä niin, ettei kenenkään henkilöllisyys tule tutkijoiden tietoon ja ettei yksittäisten vastaajien tuloksia esitetä. Tulokset raportoitiin kuvaamalla kaikkia vastaajia tai ammattiryhmittäin. Vaikka osaamisessa tuli esille kehitettävää, se esitetään niin yleisellä tasolla, ettei siitä aiheudu haittaa tai vahinkoa vastaajille. Johtopäätöksissä suositellaan koulutuksen järjestämistä asioissa jotka ovat kotihoidossa tarvittavaa osaamista. Osaamisen kehittämisen lähtökohtana oli kotihoidon laadun parantaminen ja henkilöstön työhyvinvoinnin edistäminen eli tarkoitus oli edistää hyvää.

Tätä tutkimusta varten on anottu ja saatu lupa Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelukeskuksesta. Yksittäisten vastaajien henkilötiedot tai vastaukset kokonaisuudessaan eivät tulleet tutkijoiden tietoon missään vaiheessa tutkimusta. Sosiaa-

lialan koulutuksen omaavien vastauksia tuli niin vähän ettei niitä voi lainkaan yleistää mutta vastauksilla on merkittävä vaikutus koulutusten eroja konkreettisesti selventävinä.

Jatkotutkimuksissa olisi kiinnitettävä huomiota tulosten hyödyntämiseen ja uusi arvio työntekijöiden osaamisesta mittarinkäytön juurruttamisvaiheen jälkeen olisi kiinnostava. Myös jatkossa kyselyn kohdentuminen suoraan eri työtehtävien mukaan voi tuoda yksityiskohtaisempaa tietoa osaamisesta. Saman mittarin käyttö uusilla väit-
tämällä ajankohtaisesti päivitettyinä olisi hyödyllistä myös tulevaisuudessa.

Koska tämä mittari mittaa osaamistarpeita itsearviointina, toiset objektiiviset arviointit voisivat olla hyödyllisiä: kliiniset tapaukset hoitotyössä, tarkkailu, videoarviointi, gap analyysi sekä taitojen mittaaminen testeillä tai näyttökokeilla. Osaamista voidaan arvioida myös vertaisarvioinnin, esimiehen arvioinnin tai asiakaspalautteen avulla.

LÄHTEET

Akhtar-Danesh, N. Valaitis, Ruta, K. Schofield, R. Underwood, J. Martin-Misener, R. Baumann, A. Kolotylo, C. 2010 A Questionnaire for Assessing Community Health Nurses' Learning Needs. *Western Journal of Nursing Research*. Dec2010, Vol. 32 Issue 8, p1055-1072. 18p. DOI: 10.1177/0193945910373600.

ARENE 2006. Koulutusohjelmakohtaiset kompetenssit 05/2006. Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Viitattu 6.5.2013. www.ncp.fi/ects, koulutusohjelmakohtaiset kompetenssit, sosiaali-, terveyst- ja liikunta-ala.

ARENE 2010. Suositus tutkintojen kansallisen viitekehysten (NQF) ja tutkintojen yhteisten kompetenssien soveltamisesta ammattikorkeakouluissa. Viitattu 9.5.2013. http://www.haagahelia.fi/fi/aokk/taeydennyskoulutus/lindex_html/ARENEn_suositu_s.pdf

Atjonen, P. 2007. Hyvä, paha arviointi. Helsinki: Tammi.

Berland, A. Holm, A.L. Gudresen, D. Bentsen, S.B 2012: Patient safety culture in home care. Experiences of home-care nurses *Journal of Nursing Management*; Sep2012, Vol. 20 Issue 6, p794-801, 8p, 1 Chart.

Collin, K. & Paloniemi, S. (toim.) 2007, Aikuiskasvatus tieteenä ja toimintakenttänä. Juva: PS-kustannus WS Bookwell.

Eloranta, S. 2009. Supporting older people's independent living at home through social and health care collaboration. Department of Nursing Science, Faculty of Medicine, University of Turku, Finland *Annales Universitatis Turkuensis. Sarja-Ser D Medica-Odontologica Osa-Tom 869*, Turku, Finland.

Euroopan Yhteisöjen komissio. 2008. Vihreä Kirja Euroopan terveydenhuoltohenkilöstöstä. Bryssel 10.12.2008. Viitattu 2.4.2013. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0725:FIN:FI:PDF>.

EQUIP II kotisivut. Kotihoidon osaamistesti. Viitattu 11.2.2013. <http://www.equip2.net/index>

FINLEX 1982/710 Sosiaalihuoltolaki. Viitattu 20.2.2012. <http://www.finlex.fi/lainsaadanto>, säädökset alkuperäisinä, 1982.

FINLEX 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä. Viitattu 28.3.2013 www.finlex.fi, lainsäädäntö, säädökset alkuperäisinä, 1994.

FINLEX 351/2003 Laki ammattikorkeakouluista Suomen säädöskokoelma. Viitattu 28.3.2013 www.finlex.fi, lainsäädäntö, säädökset alkuperäisinä, 2003.

FINLEX 352/2003 Laki ammattikorkeakouluista Suomen säädöskokoelma. Viitattu 28.3.2013 www.finlex.fi, lainsäädäntö, säädökset alkuperäisinä, 2003.

FINLEX1428/2004. Laki sosiaalihuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta Viitattu 28.3.2013 www.finlex.fi, lainsäädäntö, säädökset alkuperäisinä, 2004.

FINLEX 855/2004. Laki kansanterveyslain muuttamisesta. Viitattu 28.3.2013. www.finlex.fi, lainsäädäntö, säädökset alkuperäisinä, 2004.

FINLEX 169/2007. Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta. Viitattu 22.3.2013. www.finlex.fi, lainsäädäntö, säädökset alkuperäisinä, 2007.

FINLEX 1326/2012 Terveystuotolaki. Viitattu 20.2.2013. www.finlex.fi, lainsäädäntö, säädökset alkuperäisinä, 2012.

FINLEX 980/2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Viitattu 3.5.2013 www.finlex.fi, lainsäädäntö, säädökset alkuperäisinä, 2012.

Hakala, R. Tahvanainen, S. Ikonen, T. Siro, A. 2010. Osaava lähihoitaja 2020. Sosiaali- ja terveysalan perustutkintokoulutuksen kehittämisstrategia. Raportit ja seivitykset 2011:6 [http:// www.oph.fi/](http://www.oph.fi/) julkaisut Painopaikka: Juvenes Print - Tampereen Yliopistopaino Oy.

Haltia, P. 2011. Toimivaan osaamisperustaisuuteen. Ammattikasvatuksen aikakauskirja Vol. 13 (4), 57–67.

Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa - Kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Tutkimuksia, Stakes, Helsinki 2008. ISBN 978-951-33-2247-2, ISSN 1236-0732. Tampereen yliopisto. Viitattu 1.4.2013. [http:// acta.uta.fi](http://acta.uta.fi).

Helsilä, M. & Salojärvi, S. (toim.) 2009. Strategisen henkilöstöjohtamisen käytännöt. Helsinki: Talentum.

Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Tammi. Tamperepaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15. -17. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Hyrkäs, E. 2009. Osaamisen johtaminen Suomen kunnissa. Väitöskirja. Lappeenranta teknillinen yliopisto. Digipaino.

Hämäläinen, E-R. 2010. Osaamiskartoitusmallin laatiminen sosterille ja sen pilotointi kotihoidossa. Opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, ylempi ammattikorkeakoulututkinto.

Häyhä, S. 2011. Varahenkilötoiminta erikoissairaanhoidossa, henkilöstön kokemuksia. Vaasan ammattikorkeakoulu, ylempi amk-tutkinto sosiaali- ja terveysala.

Jämsä, H. Kovanen, M. 2012 Sairaanhoidajien työhyvinvointi kotihoidossa. Opinnäyte-työ, Hoitotyön koulutusohjelma. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala, Jyväskylän Ammat- tikorkeakoulu.

Järnsröm, S. 2011. "En tiedä mitä ne ajattelee mun kohtalokseni". Etnografinen tut- kimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.

Kaseva, K. 2011. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosi- aali- ja terveydenhuollon kehittämisessä - integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:16.

Kirjavainen, P. & Laakso-Manninen, R. 2000. Strategisen osaamisen johtaminen.

Koskinen, A.-M. Laibert, P. 2011. Lähihoitaja tulevaisuuden hoitotyön osaajana. Vii- tattu 20.1.2013. http://www.ekky.fi/sote/documents/loppuraportti_7.pdf.

Lehtinen, E. & Palonen, T. 2011. Asiantuntijaosaamisen luonne ja osaamisen tunnis- tamisen haasteet. Ammatikasvatuksen aikakauskirja Vol. 13 (4), 24–42.

Luukkainen, S. & Uosukainen, L. 2011. Koulutus asiantuntijuuden perustana. Teok- sessa Sairaanhoidaja asiantuntijana – hoitotyön vuosikirja 2011. Toim. K. Laaksonen, A. Matikainen, N. Hahtela, T. Korhonen ja S. Mäkipää. Sairaanhoidajaliitto. Helsinki: Edita Prima Oy.

Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2009a. Eurooppalainen viitekehys / Eurooppalainen tutkintojen ja osaamisen viitekehys. Luettu 21.4.2013. http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/artikkelit/ammattillisen_koulutuksen_koeoepe_nhamina-prosessi/.

Opetusministeriö. 2009b. Tutkintojen ja muun osaamisen kansallinen viitekehys. Työ- ryhmä-muistioita ja selvityksiä 2009: 24. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2009/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>.

Opetushallitus. 2010. Lähihoitajan tutkinnon perusteet. Ammatillisen perustutkinnon perusteet. Määräys 17/011/2010 Oy Fram Ab, Vaasa. http://www.oph.fi/download/124811_SoTe.pdf

Opetushallitus 2012. Tutkintojen viitekehukset. Tehty 8.5.2012 Luettu 12.3.2013 http://www.oph.fi/koulutus_ja_tutkinnot/tutkintojen_tunnustaminen/tutkintojen_vitekehukset

Paloniemi, S. 2004. Ikä, kokemus ja osaaminen työelämässä. Työntekijöiden käsityksiä iän ja kokemuksen merkityksestä ammatillisessa osaamisessa ja kehittämisessä Jyväskylän yliopisto.

Parjanne, R. 2003. Hyvä henkilöstöjohtaminen kuntasi menestystekijä. Työssä jaksamisen ohjelma 2003. Helsinki: Työministeriö.

Piispanen, P. 2012 Kodinhoitajan työn oppimisympäristönä ikäihmisten päihde- ja mielenterveystyö. Vaikka se on mulle työpaikka, mut se on toisen koti. Tampereen Yliopisto. Aikuiskasvatuksen pro gradu –tutkielma.

Partanen M.-L. Valviran ylijohtaja 26.1.2012 Valvontaohjelma. Kotiin annettavat palvelut 2012–2014. Viitattu 5.1.2013.

http://www.valvira.fi/files/tiedostot/k/o/Kotihoidon_valvontaohjelma.pdf

Rainio, P. 2003. Kuntatyö 2010, rekrytointiopas kunta-alalle. Kuntaliiton painatuskeskus. Viitattu 17.1.2013.

http://shop.kuntatyonantajat.fi/product_details.php?p=41.

Rautava-Nurmi, H. Westergård, A. Henttonen, T. Ojala, M. Vuorinen, S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot, Sanoma Pro.

Ruohotie, P. 2002. Kvalifikaatioiden ja kompetenssien kehittäminen ammattikorkeakoulun tavoitteena. Teoksessa Omalla tiellä. Toim. J-P. Liljander. Arene. Edita. Helsinki: Edita Prima Oy.

Ruohotie, P. 2006. Metakognitiiviset taidot ja ammatillinen kasvu asiantuntijakoulutuksessa. Teoksessa Ammatillisuus ja ammatillinen kasvu. Eteläpelto, A. & Onnismaa, J. (toim.) Ammatikasvatuksen 46. vuosikirja. Vantaa: Dark Oy.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. luettu 2.2.2013 Sairaanhoitajan työ

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/

Salin, S. 2008. Lyhytaikaisen laitoshoidon reaali malli vanhuksen hoidon osana. Akateeminen väitöskirja, Hoitotiede. Acta Universitatis Tamperensis 1346 Tampere University Press.

Salo, V. 2012. Kotipalvelun työntekijöiden koulutustarpeet ja ammatillisen kasvun tukeminen iäkkäiden ruokailuun ja ravitsemukseen liittyen. Akateeminen väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja sarja C osa 329.

Salonen, K. Kinos, S 2009 Kotihoidon osaaminen ja työvoiman liikkuvuus yhdentyvässä Euroopassa.

Salojärvi, S. 2009. Osaamisen johtaminen ja kehittäminen. Teoksessa Strategisen henkilöstöjohtamisen käytännöt. Helsinki: Talentum.

Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa: tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Acta Universitatis Tamperensis; 919, Tampereen yliopisto, Tampere 2003. ISBN 951-44-5616-5, ISSN 1455-1616. [Acta Electronica Universitatis Tamperensis; 239, Tampereen yliopisto 2003. ISBN 951-44-5617-3, ISSN 1456-954X, http://acta.uta.fi](http://acta.uta.fi)

Sanerma, P. 2009. Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla, Toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä, Acta Universitatis Tamperensis 1458. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 891. ISBN 978-951-44-7855-0 (pdf) Viitattu 4.4.2013. <http://acta.uta.fi>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Yliopistopaino. Helsinki. Viitattu 4.4.2013 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuoltoa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2010:4. Viitattu 8.2.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087418&name=DLFE-11742.pdf.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2012 KASTE 2012–2015. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Koulutuksella osaamista asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:7 <http://www.stm.fi/julkaisut/raportteja-ja-tyoryhmamuistioita/nayta/-/julkaisu/1584505>

Stenström, M-L., Itkonen, K. & Nikkanen, P. 2010. Havaintoja ja palautetta pk-yritysten osaamisen itsearviointityökalun kehittämisprosessista. Ammattikasvatuksen aikakauskirja Vol. 12 (3), 7-19.

Sydänmaalakka, P. 2004. Älykäs Johtajuus Talentum Media Oy. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Tilastokeskus, Väestöennuste 2030-2060. Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste [verkkojulkaisu]. Päivitetty Helsinki 28.9.2012 Viitattu 4.4.2013 http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_fi.pdf

- Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopisto.
- Toljamo, M. Perälä, M.-L. 2008. Kotihoidon henkilöstön työn, työtyytyväisyyden ja palvelujen laadun muutokset PALKO-hankkeen aikana. Helsinki: Stakes.
- Valli, R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. PS-kustannus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Vesterinen, M.-L. (toim.), 2011. Kaikille ammattiryhmille yhteiset osaamisen kehittämistarpeet. Etelä-karjalan koulutuskuntayhtymän julkaisuja. Sosiaali- ja terveysalan sekä varhaiskasvatuksen tulevaisuuden ennakointi. Sarja A: Raportteja ja tutkimuksia 3. Iisalmi: Painotalo Seiska Oy.
- Viitala, R. 2006. Johda osaamista. Riitta Viitala ja inforviestintä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Viitala, R. 2009. Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. Helsinki: Edita.
- Virtanen, A. 2007. Ammatillinen aikuiskoulutus: taustaa, kirjoja ja nykytilaa. Teoksessa K. Collin (toim.) Aikuiskasvatus tieteenä ja toimintakenttänä. Juva: PS-kustannus WS Bookwell.
- Wallin, O. 2012. Ammatillinen kasvu ja työhön sitoutuminen sosiaali- ja terveydenhuollon työssä. Ammattikasvatuksen aikakauskirja Vol. 14 (1), 10–21.

LIITTEET

Liite 1. Itsearviointimittari Jyväskylän kaupungin kotihoitoon

TAULUKKO 1. Itsearviointimittari Jyväskylän kaupungin kotihoitoon

Hoito ja huolenpito
Hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen
Hoidon vaikuttavuuden arviointi
Henkilökohtaisessa hygieniassa ja pukeutumisessa auttaminen
Ruokailusta, elintarvikkeiden käsittelystä ja säilytyksestä huolehtiminen
Itsenäinen ja vastuullinen toiminta asiakkaan kodissa
Kliininen hoitotyö
Ihohoito
Suunhoito
Jalkojenhoito
Vuodepesu tai suihkutus
Aseptinen työskentely
Apuvälineiden käytössä ohjaus, huolto tai hankinta
Erittämisen huomiointi: vatsan toiminta ja virtsaaminen
Avanteen hoito
Kertakatetrointi
Cystofixin hoito
Nestetasapainon seuranta
Painon seuranta
Painon muutosten seuranta
Ravitsemustilan arviointi
PEG-letkuravitsemuksen toteuttaminen
Verensokerin mittaaminen
Poikkeavan verensokeriarvon tulkinta ja toiminta tilanteen mukaan
Verenpaineen mittaaminen
Normaalin verenpaineen raja- arvojen tulkinta
Hengityksen tarkkailu (silmämääräisesti, stetoskoopilla kuunnellen, tiheys, työläys)
Sydämen rytmin ja pulssin seuranta
Verinäytteiden ottaminen ja käsittely
Lämpötilan, ihon värin ja kosteuden seuranta
Haavan hoito ohjeen mukaan
Haavan tilan arviointi ja tarvittaessa hoitotavan muuttaminen
Tilanteeseen sopivan haavanhoitotuotteen valinta
Asiakkaan kivun huomiointi ja siihen reagointi
Akuutin sairauden tunnistaminen
Ensiapu ja peruselvytys
Yleistilan ja kotona pärjäämisen arviointi
Haavan hoito ohjeen mukaan
Haavan tilan arviointi ja tarvittaessa hoitotavan muuttaminen
Tilanteeseen sopivan haavanhoitotuotteen valinta
Asiakkaan kivun huomiointi ja siihen reagointi
Akuutin sairauden tunnistaminen
Ensiapu ja peruselvytys
Yleistilan ja kotona pärjäämisen arviointi

Taulukko jatkuu seuraavalla sivulla

Taulukko jatkuu edelliseltä sivulta

Mielenterveys- ja päihdehoitotyö
Muistin tilan arviointi Päihdeongelmien tunnistaminen Mielenterveysongelmien tunnistaminen Mielenterveyspotilaan hoitaminen Saattohoidon periaatteiden mukaisesti hoitaminen
Ammatillinen vuorovaikutus ja viestintä
Moniammatillisten työryhmien jäsenenä työskenteleminen Parityöskentely kotikäynneillä Erialaisten asiakkaiden kohtaaminen Ymmärrettävä ja asianmukainen suullinen ilmaisu Sanattomien viestien tulkinta Yhteistyötaidot omaisten kanssa Tietosuojan huomioiminen (esim. salassapito) Asiakasarviointi järjestelmän käyttäminen, RAI Potilasjärjestelmän käyttäminen, Effica Terveystieteiden vaaratapahtumien raportointijärjestelmä, HaiPro Mobiililaitteen käyttäminen Tiedonhankinta terveysportista Lainsäädännön edellyttämällä tavalla kirjaaminen Tiedottaminen hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi
Toimintajärjestelmäosaaminen
Asiakaslähtöisyys Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa ja etuuksissa ohjaaminen Alan keskeisen lainsäädännön, laatusuositusten ja toimintaperiaatteiden tuntemus Omien oikeuksien ja velvollisuuksien tunteminen työntekijänä Taloudellisuuden huomioiminen työssäni Uuden työntekijän perehdyttäminen yksikköni Opiskelijan perehdyttäminen ja ohjaaminen sekä arvioinnin teko
Hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen
Normaaliin vanhenemiseen liittyvien asioiden tietäminen Elintapaohjaus kuten tupakointi Päihteiden käytön puheeksi ottaminen Terveyttä edistävän ravitsemuksen ohjaaminen Omaishoitajan tukeminen auttamalla, neuvomalla ja henkisesti tukien Luovan ilmaisun menetelmien käyttäminen työssä (musiikki ja taide) Ei toivotun käyttäytymisen syyn selvittäminen Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen Harrastuksiin, sosiaaliseen kanssakäymiseen ja osallistumiseen ohjaaminen
Ammatillinen kasvu ja henkilökohtainen edistyminen
Oman osaamisen arviointi ja vastuun ottaminen ammatillisesta kehittämisestä Palautteen antaminen ja vastaanottaminen ja toiminnan muuttaminen sen mukaan Itsenäisten päätösten tekeminen ja niiden perustelevuus Toiminta joustavasti tilanteiden edellyttämällä tavalla
Työterveys ja turvallisuus
Ergonomisesti oikein työskentely, esim. huomioiden työasennot ja nostotekniikan Aseptisesti oikein eli puhtaasti työskentely, tartuntoja estäen Työpaikan työsuojeluohjeiden noudattaminen Haastavasti käyttäytyvän asiakkaan kohtaaminen Omasta työhyvinvoinnista huolehtiminen ja tarvittaessa avun hakeminen Vastuullisuus työyhteisön hyvinvoinnista Työelämän yhteisten pelisääntöjen noudattaminen ja oman toiminnan arviointi

Liite 2. Saatekirje Jyväskylän vastaajille

Hyvä osaamiskartoitukseen vastaaja,

18.2.2013

Olemme sairaanhoitajia ja nyt opiskelemme Jyväskylän ammattikorkeakoulussa kliinisen asiantuntijan koulutusohjelmassa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Opinnäytetyönä laadimme osaamiskartoituksen Jyväskylän Kaupungin kotihoidon hoitohenkilökunnalle.

Kotihoidon osaamisen vaatimukset ovat muuttuneet ja lisääntyneet. Jyväskylän Kaupungilla on meneillään kolmiosainen hanke, josta on jo toteutettu lääkehoidon osaamiskartoitus ja koulutukset 2009. Tällä osaamiskartoituksella on tarkoitus tehdä nykyinen kliinisen hoitotyön osaaminen näkyväksi. Tietoa kerätään henkilökunnan ammatillisen osaamisen laajuudesta, jotta tarvittavaa lisäkoulutusta voidaan järjestää. Mukana ei ole eettistä osaamista koska se kuuluu kolmanteen koulutuskokonaisuuteen.

Jokainen arvioi itse omaa ammattiosaamistaan eri osaamisalueilla.

Vastaaminen on vapaaehtoista ja kaikkia hyödyttävää. Vastaamista ei tarvitse jännittää.

Vastata voit 11.-21.3.2013 väisenä aikana sähköisesti ja työajalla. Aineisto ja tulokset käsitellään siten että yksittäisten työntekijöiden henkilöllisyys ei tule missään vaiheessa näkyviin tutkijoille. Tässä kirjeessä on henkilökohtainen vastauslinkkisi, siihen voit palata myöhemmin uudelleen jos et saa kyselyä heti valmiiksi. Aikaa vastaamiseen kulunee 10-20 min, mutta voit pysähtyä miettimään asiaa jo edeltävästi. Aineistoa tutkijat käsittelevät keväällä ja tuloksista saadaan tietoa kaikille. Kirjallisen raportin voit lukea myöhemmin ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä esittelevässä Theseus tietokannassa. Aineisto säilytetään Jyväskylän kaupungin Sosiaali- ja terveystieteiden keskuksella jotta sitä voidaan tarvittaessa tutkia myöhemminkin. Käyttöoikeus aineistoon on rajattu.

Jos olet nyt koneella johon ei kuulu tulostinta, vaihda kone. Vastattuasi voit tulosta itsellesi kopion ennen vastausten lähettämistä. Voit hyödyntää omaa versiotasi osaamiskartoituksesta vaikka kehityskeskustelussasi.

Muista lopuksi lähettää vastauksesi !

Kaikkien vastaamista tarvitaan jotta **osaaminen työyhteisöissä saadaan näkyväksi!**

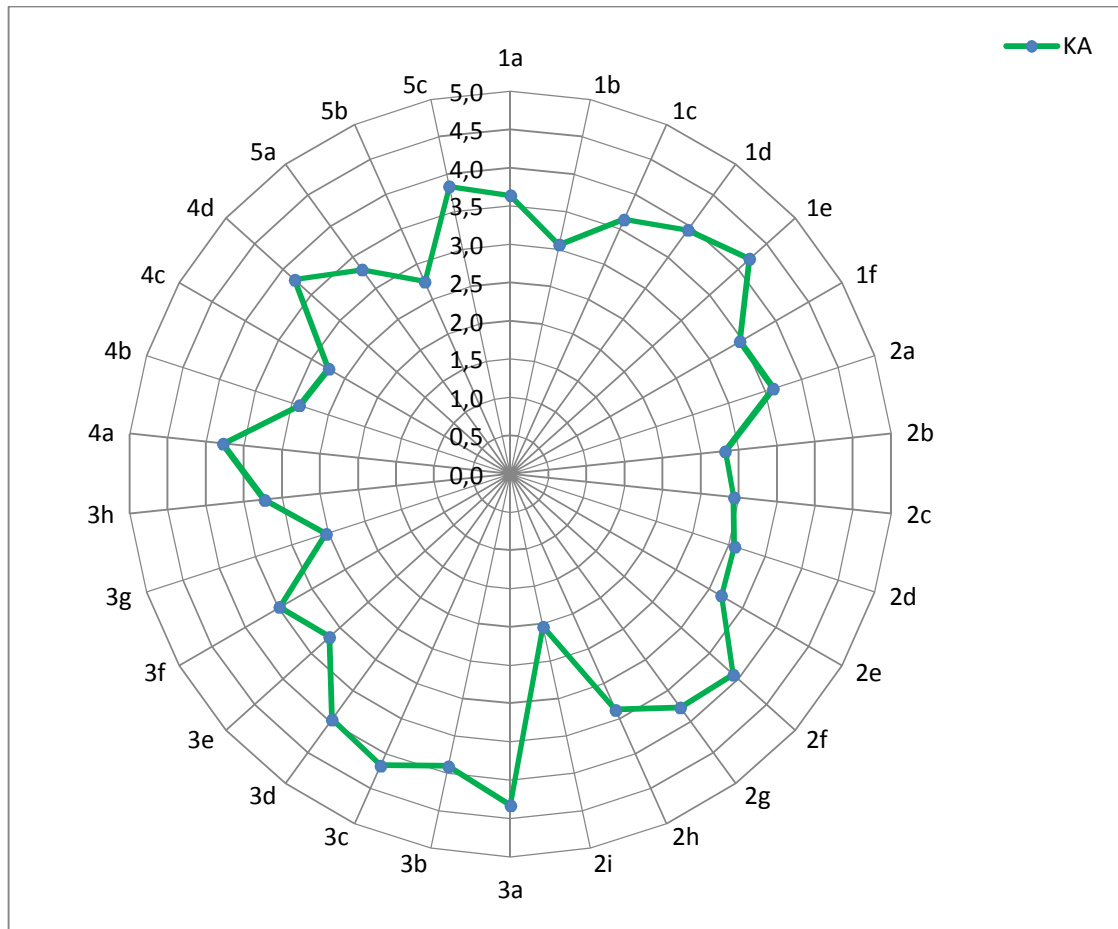
Ystävällisin terveisin,

Virpi Mononen ja Rida Riskilä

Virpi Mononen
XXXX@student.jamk.fi

Rida Riskilä
XXXX@student.jamk.fi

Liite 3. Kuvio klinisen hoitotyön osaamisesta



KUVIO 22. Kliinisen hoitotyön osaaminen. Kaikkien vastaajien keskiarvot. (N = 110)

TAULUKKO 1. Luettelo kliinisen hoitotyön väittämistä.

	Kliininen hoitotyö	KA
1a	Ihohoito	3,6
1b	Suunhoito	3,1
1c	Jalkojenhoito	3,6
1d	Vuodepesu tai suihkutus	3,9
1e	Aseptinen työskentely	4,2
1f	Apuvälineiden käytössä ohjaus, huolto tai hankinta	3,5
2a	Erittämisen huomiointi: vatsan toiminta ja virtsaaminen	3,6
2b	Avanteen hoito	2,8
2c	Kertakatetrointi	2,9
2d	Cystofixin hoito	3,1
2e	Nestetasapainon seuranta	3,2
2f	Painon seuranta	3,9
2g	Painon muutosten seuranta	3,8
2h	Ravitsemustilan arviointi	3,4
2i	PEG-letkuravitsemuksen toteuttaminen	2,0
3a	Verensokerin mittaaminen	4,2
3b	Poikkeavan verensokeriarvon tulkinta ja toiminta tilanteen mukaan	3,8
3c	Verenpaineen mittaaminen	4,0
3d	Normaalin verenpaineen raja- arvojen tulkinta	3,9
3e	Hengityksen tarkkailu (silämääräisesti, stetoskoopilla kuunnellen, tiheys, työläys)	3,0
3f	Sydämen rytmin ja pulssin seuranta	3,4
3g	Verinäytteiden ottaminen ja käsittely	2,3
3h	Lämpötilan, ihon värin ja kosteuden seuranta	3,1
4a	Haavan hoito ohjeen mukaan	3,8
4b	Haavan tilan arviointi ja tarvittaessa hoitotavan muuttaminen	2,9
4c	Tilanteeseen sopivan haavanhoitotuotteen valinta	2,7
4d	Asiakkaan kivun huomiointi ja siihen reagointi	3,8
5a	Akuutin sairauden tunnistaminen	3,3
5b	Ensiapu ja peruselvytys	2,7
5c	Yleistilan ja kotona pärjäämisen arviointi	3,8