

Terveyden edistämisen asiantuntijuus lähihoitajan työssä

Leena Joki-Korpela

Opinnäytetyö

Joulukuu 2017

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma

Terveyden edistäminen

Tekijä(t) Joki-Korpela, Leena	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä Joulukuu 2017
	Sivumäärä 66	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Terveyden edistämisen asiantuntijuus lähihoitajan työssä		
Tutkinto-ohjelma Terveyden edistäminen		
Työn ohjaaja(t) Tuomi, Sirpa ja Punna, Mari		
Toimeksiantaja(t)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Sosiaali- ja terveysalan uudistuessa lähihoitajan työ muuttuu ja työssä vaaditaan entistä enemmän ammatillista asiantuntijaosaamista. Lähihoitajan työssä vahvistuu asiakaslähtöinen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa uutta tietoa terveyden edistämisen asiantuntijuudesta lähihoitajan työssä. Terveyden edistämisen asiantuntijuutta tarkasteltiin IUHPE:n (International Union of Health Promotion and Education) määritelmän näkökulmasta. Tavoitteena oli kuvata lähihoitajien näkemyksiä terveyden edistämisen ydinosamisalueiden ilmenemisestä heidän arkityössään. Toisena tavoitteena oli kuvata lähihoitajien itsearviointia terveyden edistämisen osaamista.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Tutkimukseen osallistui yksitoista lähihoitajaa. Osallistujilla oli aiemmin suoritettu perustutkinto ja työkokemusta 2–26 vuotta. Aineisto koottiin Learning Café -menetelmällä ja analysoitiin teorialähtöisellä sisällön analyysillä. Analyysin teoreettisena pohjana käytettiin IUHPE:n laatimaa mallia terveyden edistämisen asiantuntijuudesta.</p> <p>Tulosten mukaan terveyden edistäminen perustui lähihoitajilla eettiseen pohdintaan ja ammatilliseen tietoperustaan. He työskentelivät ja tunnistivat osaamistaan kaikilla terveyden edistämisen asiantuntijuuden osa-alueilla. Terveyden edistäminen kohdistui yksittäiseen asiakkaaseen ja lähiyhteisöön. Terveyden edistäminen oli lähihoitajien arkityötä ja osa heidän ammatti-identiteettiään. Tulosten perusteella IUHPE:n mallia terveyden edistämisen asiantuntijuudesta voidaan hyödyntää lähihoitajien osaamisen tarkastelussa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Terveyden edistäminen, terveyden edistämisen asiantuntijuus, terveyden edistämisen ydinkompetenssit, lähihoitaja		
Muut tiedot		

Author(s) Joki-Korpela, Leena	Type of publication Master's thesis	Date December 2017 Language of publication: Finnish
	Number of pages 66	Permission for web publication: X
Title of publication Health promotion expertise in the work of practical nurses		
Degree programme Master's Degree Programme in Health Promotion		
Supervisor(s) Tuomi, Sirpa and Punna, Mari		
Assigned by		
<p>Abstract</p> <p>As the social welfare and health care sector is being reformed, practical nurses' work changes, and the need for professional expertise grows. Practical nurses' work will focus heavily on client-oriented promotion of health and wellbeing.</p> <p>The purpose of the thesis was to produce new information about health promotion expertise in the work of practical nurses. Health promotion expertise was studied by using IUHPE's (International Union of Health Promotion and Education) definition. The aim was to describe practical nurses' views on how the core competencies of health promotion expertise were visible in their daily work. Another aim was to describe the practical nurses' self-evaluation about their health promotion expertise.</p> <p>The study was conducted as qualitative research. Eleven practical nurses participated in the study. The participants had earlier completed a basic practical nursing qualification, and the length of their work experience ranged between two and 26 years. The data was collected by using the Learning Café method and analysed by using theory-based content analysis. The theoretical background for the analysis was IUHPE's model of health promotion expertise.</p> <p>According to the results, practical nurses' health promotion was based on ethical reasoning and professional knowledge. They worked and identified their expertise in all health promotion expertise areas. Health promotion was focused on individual clients and the immediate community. Health promotion was part of a practical nurse's daily work and their professional identity. Based on the results, IUHPE's model of health promotion expertise can be used in examining practical nurses' expertise.</p>		
Keywords/tags (subjects) Health promotion, health promotion expertise, core competencies of health promotion, practical nurse		
Miscellaneous		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Terveyden edistämisen asiantuntijuus.....	5
2.1	Terveyden ja terveyden edistämisen määrittelyä	5
2.1.1	Terveyden käsite.....	5
2.1.2	Terveyden edistämisen käsite.....	7
2.1.3	Terveyden edistäminen käytännön toimintana	8
2.2	Ammatillinen osaaminen ja asiantuntijaosaaminen	10
2.3	Asiantuntijuus terveyden edistämässä.....	12
3	Lähihoitaja terveyden edistäjänä	14
3.1	Lähihoitajan ammatillinen osaaminen	14
3.2	Terveyden edistäminen hoitotyön käytännössä.....	16
4	Yhteenveto opinnäytetyön teoreettisesta taustasta.....	22
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	23
6	Tutkimuksen toteuttaminen	23
6.1	Tutkimuksen toimintaympäristö ja osallistujat.....	23
6.2	Tutkimusmenetelmä	24
6.3	Tutkimusaineiston kerääminen.....	25
6.4	Tutkimusaineiston analysointi	26
6.4.1	Pöytäliinakirjoitusten analyysi.....	27
6.4.2	Osaamisen itsearvioinnin analyysi	28
7	Tutkimuksen tulokset.....	31
7.1	Terveyden edistämisen asiantuntijuuden osaamisalueet lähihoitajan työssä.....	31
7.2	Itsearvioitu terveyden edistämisen osaaminen lähihoitajilla	35
7.3	Yhteenveto tutkimuksen tuloksista	37

8 Pohdinta	39
8.1 Tulosten tarkastelu.....	39
8.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	46
8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	48
Lähteet	50
Liitteet	56
Liite 1. Tiedote ja suostumuslomake tutkimukseen osallistujille	56
Liite 2. Learning Café pöytäkysymykset	58
Liite 3. Esimerkki tutkimusaineiston analyysin kulusta.....	60
Liite 4. Itsearvioitu osaaminen	65
Kuviot	
Kuvio 1. Terveyden edistämisen ydinkompetenssit (IUHPE core competencies and professional standards 2016).....	14
Kuvio 2. Yhteenvedo opinnäytetyön teorettisesta taustasta.....	22
Kuvio 3. Tutkimusaineiston analyysin kulku.	30
Kuvio 4. Lähihoitajien itsearvioidun osaamisen jakautuminen terveyden edistämisen osaamisalueille.....	38

1 Johdanto

Terveyden edistäminen on laajentunut sosiaali- ja terveysalan toimijoiden toteuttamasta ennaltaehkäisevästä terveellisten elämäntapojen ohjauksesta koko yhteiskuntaa koskettavaksi väestön hyvinvointia edistäväksi toiminnaksi. Terveyden edistäminen nähdään tällä hetkellä monitieteisenä toimintana, jossa eri tieteenaloilla tuotettu tieto muutetaan yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan terveydeksi ja hyvinvoinniksi. Terveyden edistämisen sisältö vaihtelee sen mukaan, mihin toiminta kohdistuu ja kuka toimii terveyden edistäjänä. Tulokselliseen terveyden edistämiseen tarvitaan eri toimijoiden ja ammattilaisten konkreettista arjen työtä ja samalla laaja-alaista yhteistyötä eri toimijoiden ja toimialojen välillä. Aivan yksiselitteisesti ei voida sanoa, kuka on terveyden edistäjä ja mitä terveyden edistämistyö on. (Aalto-Kallio & Mäkipää 2010, 9, 21–25, 56–69; Koskinen-Ollonqvist, Aalto-Kallio, Mikkonen, Nykyri, Parviainen, Saikkonen & Tamminiemi 2007, 20–22.)

Sosiaali- ja terveysalan uudistuessa lähihoitajan työ muuttuu ja lähihoitajilta vaaditaan entistä enemmän ammatillista asiantuntijaosaamista. Tulevaisuudessa lähihoitajan työssä vahvistuvat asiakaslähtöinen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, varhainen puuttuminen sosiaalisiin ongelmiin ja kansanterveydellisiin riskeihin, yhteisölliset toimintatavat ja yhteistyö verkostojen kanssa sekä työskentely eri kulttuureista tulevien asiakkaiden ja työntekijöiden kanssa. Myös kotihoitoon kehitettävät uudet palvelumuodot tuovat muutoksia lähihoitajan työhön. (Koskinen & Laibert 2011, 72; Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto 2016.) Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden itsenäisen roolin vahvistuminen tuo uudenlaisia osaamisvaatimuksia lähihoitajille. Asiakaslähtöinen ohjaaminen itsehoidossa, digitaalisten palvelujen käytössä, teknologian hyödyntämisessä ja markkinalähtöisten terveystalvelujen valinnassa tulevat osaksi lähihoitaja arkea. (Mikkonen 2015, 32–38; Vesterinen 2011, 31–34.) Lähihoitajalta tämä edellyttää vahvaa tietoperustaa terveyden edistämisestä ja kykyä nähdä oma roolinsa terveyden edistäjänä.

Terveyden edistämisen asiantuntijuutta on määritelty eri puolilla maailmaa hieman eri lähtökohdista. Terveyden edistämisen ja terveystalveluksen liitto (IUHPE, International Union of Health Promotion and Education) määritteli vuonna 2012 terveyden edistämisen asiantuntijuuden keskeiset osaamisvaatimukset, jotka sopivat eu-

rooppalaiseen terveyden edistämiseen. Sen mukaan terveyden edistämisen asiantuntijuus perustuu eettiselle ja tiedolliselle osaamiselle, ja se koostuu yhdeksälle eri osa-alueelle määritellystä erityisosaamisesta. Osa-alueet ovat muutoksen mahdollistaminen, terveyden puolesta puhuminen, välittäjänä toimiminen, viestintä, johtaminen, terveystarpeiden arvioiminen, terveyden edistämisen suunnittelu, toimeenpano sekä arviointi ja tutkimus. Asiantuntijuuden keskeinen taito on arvojen ja eettisten periaatteiden integroiminen terveyden edistämiseen. (Green, Tones, Cross & Woodall 2015, 50–53.)

Hoitotyössä terveyden edistämisen asiantuntijuuden määrittely ja tutkimus on kohdistunut pääasiassa sairaanhoitajiin. Kempainen, Tossavainen ja Turunen (2013, 495–497) jaottelivat kansainvälisen kirjallisuuskatsauksen perusteella sairaanhoitajien terveyden edistämisen osaamisen neljään pääluokkaan: monitieteellisyys, taidot, asenne ja henkilökohtaiset ominaisuudet. Lähihoitajien terveyden edistämisen osaamiseen ja asiantuntijuuteen kohdistuvaa tutkimusta on vasta niukasti. Terveyden edistäminen sisältyy kuitenkin lähihoitajan ammatillisiin osaamisvaatimuksiin (Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto 2016).

Opinnäytetyössäni kiinnostuksen kohteena on lähihoitajien terveyden edistämisen osaaminen, ja millaisena se näyttäytyy IUHPE:n määrittelemien terveyden edistämisen osaamisvaatimusten valossa. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa terveyden edistämisen asiantuntijuudesta lähihoitajan työssä. Tavoitteena on kuvata lähihoitajien näkemyksiä terveyden edistämisen osaamisestaan työssään sosiaali- ja terveysalan peruspalveluissa. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat lähihoitaja, terveyden edistäminen ja terveyden edistämisen asiantuntijuus.

2 Terveyden edistämisen asiantuntijuus

2.1 Terveyden ja terveyden edistämisen määrittelyä

2.1.1 Terveyden käsite

Terveys on moniulotteinen, kiistanalainen ja vaikeasti kuvailtava käsite, joka tarkoittaa eri asioita eri ihmisille. Yleisesti sillä on kuitenkin merkityksellinen arvo ihmisten elämässä. Jotta terveyttä voitaisiin edistää, yksiselitteisen määrittelyn sijaan tutkimuksessa pyritään ymmärrykseen tekijöistä, jotka selittävät ja määrittävät sovittua terveyden määritelmää. (Green ym. 2015, 1–2.)

Maailman terveysjärjestön (WHO) määritelmän mukaan terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, eikä pelkästään sairauden tai toimintakyvyn heikkouden poissaoloa. Terveys nähdään hyvän arkielämän mahdollistajana, ei elämän päämääränä. Terveyden käsitteessä korostetaan ihmisen sosiaalisia ja henkilökohtaisia voimavaroja ja fyysistä toimintakykyä. Terveys tunnustetaan inhimilliseksi perusarvoksi, joka on välttämätön sosiaaliselle ja taloudelliselle kehitykselle. (Constitution of WHO: principles 2017; Keskeisiä käsitteitä 2016; The Ottawa Charter for Health Promotion 2016.)

Terveys sisältää positiivisen ja negatiivisen näkökulman. Positiivista ulottuvuutta kuvataan hyvinvoinnilla ja negatiivista ulottuvuutta sairauksien poissaololla. Molemmat ulottuvuudet ovat läsnä terveydessä, ja molemmat voivat vaikuttaa toinen toisiinsa tai ne voivat muuttua toisistaan riippumatta. Terveyden määrittelyssä kuitenkin halutaan painottaa positiivista ulottuvuutta. Positiiviseen terveyteen liittyy keskeisesti voimaantumisen (empowerment) käsite. Hyvinvoiva ihminen on voimaantunut, jolloin hän on tietoinen terveydestään ja siihen vaikuttavista tekijöistä, hän pystyy kontrolloimaan omaa elämäänsä ja muuttamaan käyttäytymistään. Voimaantunut ihminen kokee myös yhteisöllisyyttä, hänellä on laajat sosiaaliset verkostot ja hän saa sosiaalista tukea yhteisöltään. Toisaalta voimaantuminen on myös keino saavuttaa positiivinen terveys, kun ihmisen tietoisuus lisääntyy ja itsekontrolli vahvistuu, kun hän muuttaa käyttäytymistään, tai kun hän laajentaa verkostojaan ja vahvistaa yhteyttään ympäröivään maailmaansa. (Green ym. 2015, 6–8, 43.)

Salutogeeninen näkemys terveyteen painottaa oppimista, hyvinvointia ja elämänlaatua. Terveys on osa elämää ja hyvinvointia. Se on elinikäinen oppimisprosessi, jossa ihminen kehittää voimavarojaan kokemuksiensa kautta. Ihminen oppii kontrolloimaan terveyteen vaikuttavia tekijöitä ja ratkaisemaan nykyisiä ja tulevia ongelmia. Ihminen hyödyntää ja käyttää voimavarojaan sekä omaksi että yhteiskunnan hyväksi. (Lindström & Eriksson, 2012, 36–40.)

Terveyden käsitteeseen liittyy läheisesti hyvinvoinnin käsite. Green ym. (2014, 7) käyttävät hyvinvoinnin käsitettä kuvaamaan positiivista terveyttä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen määrittelyn mukaan terveys on yksi hyvinvoinnin ulottuvuuksista. Muut kaksi hyvinvoinnin ulottuvuutta ovat materiaallinen hyvinvointi ja koettu hyvinvointi tai elämänlaatu. Koettu hyvinvointi sisältää ihmisen odotukset hyvästä elämästä, ihmissuhteet, omanarvontunnon ja mielekkään tekemisen sekä onnellisuuden. (Keskeisiä käsitteitä 2016.) Koettua hyvinvointia määrittävä tekijä on osallisuus. Työikäisillä sitä kuvaa työllisyys ja vanhuksilla tulotaso, pääsy palveluihin ja vapaa-ajan toimintoihin sekä yksinäisyys. (Vaarama, Mukkila & Hannikainen-Ingman 2014a, 35; Vaarama, Mukkila & Hannikainen-Ingman 2014b, 54–56.) Hyvinvoinnilla viitataan myös yhteisötasoon, jolloin siihen sisältyy elinolot, työllisyys ja työolot sekä toimeentulo. (Keskeisiä käsitteitä 2016.)

Terveys on muuttuva olotila, jota vahvistavat tai heikentävät yksilölliset, sosiaaliset, rakenteelliset tai kulttuuriset taustatekijät, terveyden determinantit. Yksilöllisiä tekijöitä ovat perimä, sukupuoli, ikä, tiedot, taidot, kokemukset ja elintavat. Sosiaalisia tekijöitä ovat sosio-ekonominen asema, toimeentulo, sosiaaliset verkostot ja ihmisten välinen vuorovaikutus. Rakenteellisia tekijöitä ovat koulutus, elinolot, elinympäristö, työolot sekä peruspalvelujen saatavuus ja niiden toimivuus. Kulttuurisia tekijöitä ovat fyysisen, poliittisen ja taloudellisen ympäristön turvallisuus, viihtyisyys, vuorovaikutteisuus ja asenteet terveyteen. (The determinants of health 2010; Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 16.) Terveyden taustatekijät ovat muuttuvia ja ne ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Taustatekijöiden keskinäinen vuorovaikutus määrittää ihmisen terveyttä ja hyvinvointia. Terveyden taustatekijöihin vaikuttamalla on mahdollista edistää sekä yksilön että yhteisön terveyttä ja hyvinvointia. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2007, 72–74.)

2.1.2 Terveyden edistämisen käsite

WHO määrittelee terveyden edistämisen prosessina, joka antaa ihmisille mahdollisuuden hallita ja vaikuttaa omaan terveyteensä. Saavuttaakseen terveyden ihmisen tulee voida tunnistaa ja ymmärtää pyrkimyksensä, tyydyttää tarpeensa, selviytyä olemassa olevassa ympäristössään tai muuttaa sitä. Terveyden edistäminen ei ole vain terveellisen elämäntavan edistämistä, vaan se laajenee ihmisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistämiseen. Terveyden edistämisen toimintastrategiat ovat: terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittäminen, terveellisen ympäristön aikaansaaminen, yhteisöjen toiminnan tehostaminen, henkilökohtaisten taitojen kehittäminen ja terveystalvelujen uudistaminen. (The Ottawa Charter for Health Promotion 2016.) Viime vuosina terveyden edistämässä on entistä enemmän painotettu julkista politiikkaa, sektoreiden välistä yhteistyötä ja yksilön ja yhteisön voimaantumista (empowerment) (Green ym. 2015, 12–17).

Suomessa sosiaali- ja terveysalaa ohjaavan määritelmän mukaan terveyden edistäminen on yksilön tai yhteisöjen vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä oman terveytensä määrittäjiin ja terveytensä kohentamiseen. Se on tavoitteellista ja välineellistä toimintaa hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Terveyden edistäminen on konkretisoitu toiminnaksi, jolla vaikutetaan terveyteen vaikuttaviin taustatekijöihin, ylläpidetään ja parannetaan terveyttä ja työ- ja toimintakykyä, ehkäistään sairauksia ja tapaturmia, vähennetään alkoholihaittoja, vahvistetaan mielen-terveyttä ja kavennetaan väestöryhmien välisiä terveyseroja (Keskeisiä käsitteitä 2016; Terveyden edistäminen 2016; Terveydenhuoltolaki 2010). Terveyden edistäminen mahdollistaa asiakkaille terveyden kannalta merkityksellisten aineellisten, sosiaalisten ja tiedollisten voimavarojen hyödyntämisen. Aineellisia voimavaroja ovat arkiset perustarvikkeet, asuinolot ja riittävät tulot. Sosiaalisia voimavaroja ovat läheiset ihmissuhteet ja vapaa-aikaan tai työelämään liittyvät verkostot. Tiedolliset voimavarat ovat esimerkiksi kyky ja mahdollisuus omaksua terveyden kannalta oleellista tietoa. (Mikkonen 2015, 13.)

Pietilä kiteyttää terveyden edistämisen käsitteen arvotyöskentelyksi, jonka pyrkimyksenä on inhimillisen elämän mahdollistaminen. Ihminen on sidoksissa omassa ympäristössään ja yhteiskunnassa vallitseviin mahdollisuuksiin, vaikka tekeekin itse omat

terveysvalintansa. Terveyden edistämisen päämääriä ovat globaalin terveyden edistäminen, terveyden tasa-arvon turvaaminen, yksilön hyvinvoinnin edistäminen ja rakennetekijöihin vaikuttaminen. (Pietilä 2012, 274–275.) Terveyden edistäminen on pohjimmiltaan ihmisen elämään puuttumista, vaikka sillä pyritäänkin mahdollistamaan hyvän elämän toteutuminen. Terveyden edistämisen eettinen perusta koostuu ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta, oikeudenmukaisuudesta sekä voimavarojen, vastuullisuuden ja osallisuuden vahvistamisesta. (Pietilä, Länsimies-Antikainen, Vähäkangas & Pirttilä 2012, 15–21.)

Green ym. (2015) painottavat terveyden edistämässä ihmisen voimavaroja vahvistavaa ja itsenäisyyttä tukevaa kriittiseen ajatteluun pohjautuvaa terveystiedon jakamista ja viestintää. Terveyden edistämisen näkökulma on kasvatuksellinen, ja keskeistä on mahdollistaa ihmisille tietoisten päätösten tekeminen ja oppimisprosessin tukeminen. Green kumppaneineen määrittelee terveyden edistämisen terveyskasvatuksen ja terveellisen julkisen politiikan summaksi. (Green ym. 2015, 10–12, 43–47, 53.)

2.1.3 Terveyden edistäminen käytännön toimintana

Käytännön toimintana terveyden edistäminen on promootiota ja preventiota, joissa toimenpiteet kohdistetaan yksilö-, yhteisö- tai yhteiskuntatasolle. Promootio on terveyttä ja voimavaroja vahvistavaa ennakoivaa työtä, jolla ylläpidetään ja vahvistetaan terveyttä suojaavia tekijöitä. Sen tarkoituksena on luoda ihmisille sellaisia elinolosuhteita ja kokemuksia, että he pystyisivät itse huolehtimaan omasta ja ympäristönsä terveydestä ja hyvinvoinnista. Promootiossa näkökulma on voimavaroissa ja mahdollisuuksien luomisessa. Preventio on sairauksia ehkäisevää toimintaa jakautuen primaari-, sekundaari- ja tertiaripreventioksi. Primaaripreventio kohdistetaan sairauksien tunnettuihin riskitekijöihin ehkäisemään sairauksia jo ennen niiden kehittymistä. Sekundaaripreventiolla ehkäistään sairauden pahenemista poistamalla riskitekijät tai pienentämällä niiden vaikutusta. Se kohdistuu jo ilmenneen sairauden hoitoon. Tertiaripreventio on kuntoutusta ja sillä tuetaan toimintakykyä, vähennetään tai lievennetään olemassa olevan sairauden aiheuttamia haittoja. (Aalto-Kallio & Mäkipää 2010, 12–13). Terveyden edistäminen on pohjimmiltaan oppimisen ja voimaantumisen tukemista (Green ym. 2015, 25–26, 45–46).

Terveyden edistämässä pyrkimyksenä on aina yksilön hyvinvointi, vaikka toiminta olisikin suunnattu yhteisö- tai yhteiskuntatasolle. Yhteisötason terveyden edistämässä tuetaan ihmisten osallisuutta ja heidän mahdollisuuksiaan vaikuttaa ympäristöönsä ja hallita elämäänsä. Yhteiskuntatasolla terveyden edistäminen on ihmisten terveyteen vaikuttavien tekijöiden arvioimista ja huomioimista yhteiskuntapolitiikassa ja yhteiskunnan rakenteiden kehittämistä ja terveellisen ympäristön rakentamista. (Aalto-Kallio & Mäkipää 2010, 12–13, 21–25; Koskinen-Ollonqvist ym. 2007, 23–24.)

Terveyden edistäminen on olennainen osa hoitotyön, kuntoutuksen ja sosiaalipalvelujen asiakastyötä. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa käytetään terveyttä ja hyvinvointia edistäviä työmenetelmiä, jotka tukevat asiakkaan omien voimavarojen käyttöä ja lisäävät asiakkaan omia vaikutusmahdollisuuksia. Työote on ehkäisevä ja ennakoiva. Toimintakulttuuri on asiakkaiden, heidän omaistensa ja henkilökunnan kokonaisvaltaista terveyttä edistävää. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 16, 25–28.) Sosiaali- ja terveystieteiden asiakastyössä terveyden edistämisen on kuntouttavaan hoitotyöhön sitoutumista, varhaista puuttumista ja tunnistamista ja asiakkaan ohjaamista ja neuvontaa. Asiakkaan yksilöllisten tarpeiden ja voimavarojen huomioiminen ja arvioiminen korostuu asiakaslähtöisessä terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä. (Vesterinen, M-L. 2011, 53.) Hoitotyössä terveyden edistäminen kohdistuu yksilö- ja yhteisötasolle. Yhteisötasolla terveyden edistäminen sisältää yhteistyötä perheiden, muiden ammattilaisten ja moniammatillisten työryhmien kanssa sekä yhteiskunnallista vapaaehtoistyötä ja osallistumista julkisiin terveyttä suojeleviin ja ennaltaehkäiseviin terveydentilan mittauksiin yhteisössä (Kemppainen ym. 2013, 492–494).

Terveyden edistämisen käytäntöön sisältyy sekä voimavarojen vahvistamista että yksilön vapauksien rajoittamista. Pääpaino on yksilön ja yhteisön voimavarojen vahvistamisessa ja toiminnan lähtökohtana on vapaaehtoinen suostumus terveyden edistämisen toimenpiteisiin. Rajoittaminen voi tulla kyseeseen, jos asiakkaan päätöksentekokyky on heikentynyt ja toiminta on hänelle itselleen vaarallista. Rajoittamista hyväksytään terveyden edistämässä myös silloin, jos yksilön terveydelle haitallinen käyttäytyminen aiheuttaa haittoja hänen lähiympäristölleen tai yhteiskunnalle laajemminkin. (Green ym. 2015, 29–34; Mikkonen 2015, 18–19.) Terveyden edistämisen pyrkimyksistä tarvitaan jatkuvaa kriittistä reflektiota. Terveydestä on tullut vaikutus-

valtainen käsite, ja jokaisen tulisi pyrkiä terveelliseen elämään. Yleisesti terveelliseksi määritelty elämä ei kuitenkaan edusta kaikille hyvää elämää. Terveiden edistämisen laajentuminen yli sektorirajojen on johtanut siihen, että terveyden edistämiseen osallistuvat terveysalan lisäksi monet yhteiskunnan toimijat, kuten lääketeollisuus, media, tv-ohjelmat, koulut, työpaikat, yksityiset sairaalat ja klinikat. Nämä tahot vaikuttavat omilla intresseillään ihmisen käsitykseen itsestään ja terveellisestä elämästä. (Mik-Meyer 2014, 31–35.)

2.2 Ammatillinen osaaminen ja asiantuntijaosaaminen

Ammatillinen osaaminen on kykyä yhdistää ammattiin kuuluvat tiedot ja taidot työtehtävien hoitamisen kannalta tarkoituksenmukaiseksi kokonaisuudeksi. Se koostuu henkilön taidoista ja ominaisuuksista sekä työn edellyttämistä osaamisvaatimuksista. Ammatillinen osaaja on pätevä tiettyyn ammattiin ja selviää ammatin vaatimissa tehtävissä. (Hanhinen 2010, 87–88; Viitala 2013, 179–180.) Ammatillinen osaaminen ei ole pysyvä olotila, vaan sitä kehitetään ja uudistetaan työuran aikana työelämän muutosten myötä. Osaaminen on kykyä sopeutua muuttuviin tehtäviin ja ympäristöihin. Ammatillinen osaaja kykenee suuntautumaan tulevaisuuteen ja tekemään jotain uutta hankkimillaan taidoilla ja kokemuksilla. Asenteet ja motivaatio ovat merkittävä osa ammatillista osaamista (Julkunen 2007, 47; Viitala 2013, 181).

Ammatilliseen osaamiseen sisältyy ammatti-identiteetti, joka kuvaa ihmisen kokemusta itsestään suhteessa työhönsä, ammattiinsa ja yhteiskunnalliseen toimintaansa. Ammatti-identiteettiin sisältyy käsitykset siitä, mitä työntekijä pitää tärkeänä, mihin hän sitoutuu työssään ja ammatissaan ja mihin hän kokee samaistuvansa. Se sisältää myös mielikuvan siitä, millaiseksi työntekijä haluaa työssään ja ammatissaan tulla. Työtä koskevat arvot ja eettiset periaatteet ovat olennaisia osia ammatti-identiteettiä. (Eteläpelto & Vähäsantanen 2006, 26, 28, 45.)

Monissa ammateissa kohonnut koulutustaso ja työtehtävien vaativuus edellyttävät työntekijöiltä entistä enemmän ammatillista asiantuntijuutta, ja ammatilliseen osaamiseen liitetään yhä useammin asiantuntijuuden piirteitä (Hanhinen 2010, 90). Asiantuntijuuden ominaispiirteitä ovat monipuolinen ammattispesifinen tietoperusta, hyvät muistitoiminnot ja tiedon organisoituminen, kyky tiedon ja käytännön yh-

distämiseen, havainto- ja päätöksentekoprosessien reflektiivinen suhde, mahdollisuus ja taito käyttää tietolähteitä ja sosiaalisia verkostoja. Asiantuntijalla on hyvin jäsentynyt muodollisesta ja epämuodollisesta tiedosta koostunut tietorakenne, jonka avulla hän kykenee valikoimaan ja keskittymään olennaiseen informaatioon, tekemään pintatasoa syvempiä päätelmiä ja ymmärtämään merkityksellisiä kokonaisuuksia. Hän pystyy käyttämään kehittyneitä strategioita toimintojen ennakointiin ja suunnitteluun uusissa tilanteissa ja ongelmien ratkaisussa. Asiantuntija reflektoi suoritustaan ja toimintansa tarkkailun avulla tiedostaa kehittämistarpeet osaamisessaan. (Collin 2007, 128–129; Lehtinen & Palonen 2011, 26–31; Ruohotie 2006, 106.)

Asiantuntijuus ilmenee tietyssä aiheessa tai tehtäväkentässä, eikä se rajaudu tiettyyn ammatilliseen asemaan. Asiantuntijuus ei myöskään ole vain oman osaamisen kasvattamista, vaan se on aina sidoksissa johonkin sosiaaliseen ja kulttuuriseen kontekstiin. (Collin 2007, 127–128). Asiantuntijatiimeissä jäsenet tietävät, millaista tietoa ja osaamista heillä on yhteisesti ja kenellä on mitäkin tietoa ja osaamista. Parhaimmillaan jokainen tiimin jäsen voi kehittää omaa asiantuntemustaan samalla täydentäen tiimin yhteistä osaamista. (Lehtinen & Palonen 2011, 31–33.)

Asiantuntijuus kehittyy muodollisen koulutuksen ja sen jälkeen hankittavan käytännön kokemuksen kautta. Korkeatasoinen asiantuntijuus edellyttää reflektiivistä ja tarkoituksellista harjoittelua suorituksen parantamiseksi. Toimintaympäristö edistää asiantuntijuuden kehittymistä, mikäli työ tarjoaa sopivan haasteellisia tehtäviä ja työyhteisö antaa informatiivista palautetta suorituksesta sekä tukea ja ohjausta yksilölle. Suuri tietomäärä ja harjoittelu eivät siis yksistään takaa asiantuntijuuden kehittymistä. (Lehtinen & Palonen 2011, 33–36; Ruohotie 2006, 112–119). Collinin (2007) mukaan asiantuntijuus kehittyy myös ikään kuin työn oheistuotteena. Työn arjessa kriittinen reflektio on usein mahdollista vasta jonkin ajan kuluttua toiminnasta, päätöksistä ja ratkaisuista, jos ylipäättään. Asiantuntijuuden kehittymistä kuvastaa jatkuva työssä oppiminen, joka on kokemuksesta ja vuorovaikutuksesta kertyvää näkemysellisyyttä ja kokonaisymmärrystä. (Collin 2007, 136–146.)

2.3 Asiantuntijuus terveyden edistämässä

Terveyden edistämisen ja terveystieteiden liitto (IUHPE, International Union of Health Promotion and Education) on määrittellyt terveyden edistämisen keskeiset osaamisalueet terveyden edistämisen asiantuntijuuden asiakirjassa 'IUHPE Core Competencies and Professional Standards'. Se on terveyden edistämisen ydinosaamisen viitekehys kaikille ammattilaisille, jotka työskentelevät WHO:n määritelmän mukaisen terveyden edistämisen parissa. (IUHPE core competencies and professional standards 2016.)

IUHPE:n määrittelemä terveyden edistämisen asiantuntijuus (kuvio 1) sisältää 11 keskeistä osaamisaluetta ja niitä tarkentavat osaamisvaatimukset. Määritelmän mukaan kaikki terveyden edistämisen osaaminen ja toiminta perustuvat eettisille arvoille ja terveyden edistämisen tietopohjalle. Eettiset arvot ovat tasa-arvo, sosiaalinen oikeudenmukaisuus, yksilöiden ja ihmisryhmien itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja valinnan vapaus. Eettisiin arvoihin sisältyy myös yhteistyötä ja konsultoivaa otetta noudattava työskentelytapa. Terveyden edistämisen tietopohja koostuu alan monitieteisten käsitteiden, periaatteiden, teorian ja tutkimustiedon tuntemisesta ja soveltamisesta käytäntöön. (IUHPE core competencies and professional standards 2016.)

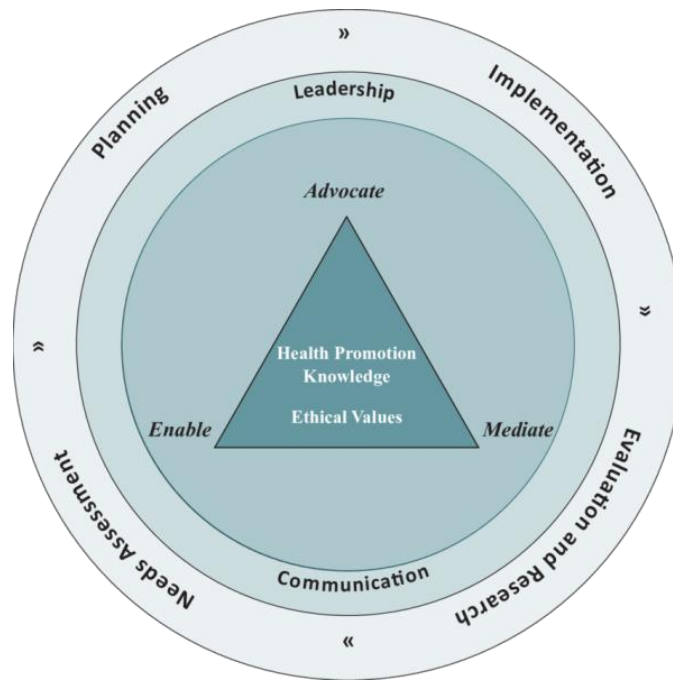
Loput yhdeksän terveyden edistämisen ydinosaamisaluetta ovat:

1. Muutoksen mahdollistamisen (Enable) tarkoittaa osaamista aktivoida ja tukea yksilöitä, ryhmiä, yhteisöjä ja organisaatioita käynnistämään ja kehittämään terveyttä edistävää toimintaa, jolla lisätään terveyttä ja vähennetään terveyseroja.
2. Terveyden puolesta puhuminen (Advocate) sisältää osaamista ajaa yhdessä yksilöiden, yhteisöjen ja organisaatioiden kanssa ja niiden puolesta terveyden edistämisen ja hyvinvoinnin asiaa. Se on esimerkiksi sidosryhmien sitouttamista, yleisen mielipiteen herättelyä ja vaikuttamista ja terveyden edistämiseen tarvittavien resurssien puolesta puhumista.
3. Välittäjänä toimiminen (Mediate through partnership) tarkoittaa monialaista yhteistyöosaamista eri sektoreiden, koulukuntien ja yhteistyökumppaneiden välillä terveyden edistämisen vaikutuksen ja kestävyuden parantamiseksi.
4. Viestintä (Communication) on tehokasta terveyden edistämisen viestintäosaamista. Se sisältää perinteisten viestintätaitojen lisäksi uusiutuvan informaatioteknologian ja medi-

an käytön sekä kulttuurisesti sopivien kommunikointimenetelmien käytön erityisryhmien kanssa.

5. Johtaminen (Leadership) kuvastaa osallistumista terveyttä edistävän toiminnan vision ja strategisen suunnan kehittämiseen.
6. Tarvearviointi (Needs assessment) on asiakkaan, kohderyhmän tai yhteisön terveystarpeiden ja voimavarojen arviointiosaamista yhdessä sidosryhmien kanssa. Tarvearvioinnissa huomioidaan poliittiset, taloudelliset, sosiaaliset, kulttuuriset, ympäristölliset, käytökselliset ja biologiset terveyttä edistävät tai vaarantavat tekijät (determinantit).
7. Suunnittelu (Planing) tarkoittaa osaamista luoda mitattavia terveyden edistämisen päämääriä ja tavoitteita. Suunnittelu perustuu tarvearviointiin ja tehdään yhteistyössä sidosryhmien kanssa.
8. Toimeenpano (Implementation) on osaamista toteuttaa suunnitelma tehokkaalla, vaikuttavalla, kulttuurisesti hienovaraisella ja eettisesti kestäväällä tavalla.
9. Arviointi- ja tutkimus (Evaluation and Research) tarkoittaa osaamista käyttää sopivia arviointi- ja tutkimusmetodeja terveyttä edistävän toiminnan saavutettavuuden, vaikuttavuuden ja tehokkuuden määrittämiseksi. (IUHPE core competencies and professional standards 2016.)

Terveyden edistämisen asiantuntijuuden asiakirjassa 'IUHPE Core Competencies and Professional Standards' määrittellään myös tarkemmat osaamisvaatimukset yllämainituille terveyden edistämisen osaamisalueille (http://www.iuhpe.org/images/JC-Accreditation/Core_Compencies_Standards_linkE.pdf).



Kuvio 1. Terveyden edistämisen ydinkompetenssit (IUHPE core competencies and professional standards 2016).

3 Lähihoitaja terveyden edistäjänä

3.1 Lähihoitajan ammatillinen osaaminen

Lähihoitaja on sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon suorittanut nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö, joka tekee terveyttä edistävää, ehkäisevää ja kuntouttavaa kasvatusta-, hoito- ja huolenpitotyötä kuntouttavaa työtettä hyödyntäen. Työn tavoitteena on asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitäminen ja osallisuuden, hyvinvoinnin ja terveyden kokonaisvaltainen edistäminen. Työtä ohjaavat keskeiset periaatteet ovat elämän ja ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo. (Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto 2016.)

Lähihoitajan ammattitaito muodostuu ammattieettisestä, tiedollisesta ja taidollisesta sekä esteettisestä osaamisesta. Ammattieettinen osaaminen sisältää kyvyn tunnistaa, käsitellä ja ratkaista eettisiä ongelmia, vastuullisen ja oikeudenmukaisen toiminnan ja ammattietiikan noudattamisen. Tiedollista osaamista on ammatin tietoperustan hallinta, elinikäinen oppiminen, kyky hankkia ja soveltaa uutta tietoa ja perustella

tekemiään ratkaisuja ja yrittäjämäinen ajattelu. Taidollinen osaaminen koostuu vuorovaikutus- ja viestintätaidoista, sosiaalisista taidoista ja ammatillisista taidoista. Esteettinen osaaminen on työ- ja elinympäristön esteettisyyden huomioon ottamista, positiivisen ilmapiirin luomista ja toisten huomioon ottamista. Lähihoitajan keskeistä osaamista ovat vuorovaikutus-, ihmissuhde- ja neuvottelutaidot sekä kyky toimia moniammatillisissa työryhmissä ja monikulttuurisissa toimintaympäristöissä. Lähihoitajalla on vahva substanssiosaaminen hoito-, huolenpito-, kuntoutus- ja kasvatus-työstä sekä asiakkaan ohjauksesta. (Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto 2016.)

Yhteiskunnallinen muutos tuo uusia osaamisvaatimuksia lähihoitajan työhön. Valmiilla olevalla sosiaali- ja terveyden huollon uudistuksella pyritään vahvistamaan asiakaskeskeisyyttä ja palvelujen vaikuttavuutta yhdistämällä joustavasti erilaisia sosiaali- ja terveyspalveluja ja osaamista asiakkaan tarpeiden mukaisesti (Kallinen 2016, 14–15, 18, 32). Lähihoitajan osaamisvaatimuksissa lisääntyvät hoidon tarpeen arviointi, toteutus ja seuranta, varhainen tunnistaminen ja puuttuminen, asiakkaan päätöksenteon tuki, omahoidon ohjaus ja tuki sekä palveluohjaus. Moniammatillinen tiimityöskentely vaatii vahvaa oman alan asiantuntemusta, kykyä ja tahtoa tunnistaa toisten asiantuntemus ja jakaa omaa osaamistaan avoimesti. Lisäksi palvelujen digitalisaation ja teknologian lisääntyminen asettavat lähihoitajille uudenlaisia osaamisen vaatimuksia. (Kallinen 2016, 15, 33–37; Koskinen & Laibert 2011, 69–70, 72.)

Sosiaali- ja terveysalan tehtävänjaon uudistuksessa aiemmin sairaanhoitajille kuuluvia tehtäviä tullaan siirtämään lähihoitajan vastuulle. Lisäksi terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen roolin vahvistuminen lähihoitajan työssä tuo lähihoitajalle enemmän vastuuta asiakaslähtöisessä hoito-, palvelu- ja kuntoutusprosessissa. (Koskinen & Laibert 2011, 67–68.) Nämä edellyttävät lähihoitajilta ennaltaehkäisevän, ennakoivan ja asiakaslähtöisen toimintatavan osaamista, asiakkaiden erityistarpeiden ymmärtämistä ja oman työn kehittämisosaamista (Hakala, R., Tahvanainen, S. & Virtanen, K. 2012, 24). Asiakaslähtöinen toimintatapa sisältää osaamisen motivoida asiakas itse tunnistamaan omia tarpeitaan, asettamaan tavoitteitaan ja osallistumaan oman hoito-, palvelu- tai kuntoutussuunnitelman laatimiseen (Vesterinen, M-L. 2011, 53).

Ajankohtaisia osaamisvaatimuksia on konkretisoitu parhaillaan uudistuviin sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon perusteisiin, jossa ydinteemoja ovat terveyden, turvallisuuden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistämi-

nen. Kuntouttava työote on tarkennettu toimintakykyä edistäväksi ja voimavaralähtöisesti kuntouttavaksi työksi. (Karkulainen & Metso 2016.) Terveyden edistämisen asiantuntijuuden perusta, eettinen arvopohja ja terveyden edistämisen tietopohja, sisältyvät lähihoitajan ammatilliseen osaamiseen.

Kansainvälistä tarkastelua lähihoitajan osaamisesta vaikeuttaa maiden väliset erot ammattinimikkeissä, koulutuksessa ja tehtävänjaossa. USA:ssa lähihoitajan tehtävänkuvat ja vastuualueet vaihtelevat paljon myös eri osavaltioiden välillä (Corazzini, Anderson, Mueller, Thorpe & McConnell 2013, 316). Kanadassa on keskusteltu siitä, rakentuuko lähihoitajan ja sairaanhoitajan osaamisperusta samalle pohjalle, onko lähihoitajan osaamisperusta käytännöllistä ja ei-tieteellistä ja sisältyykö lähihoitajan osaamiseen näyttöön perustuva käytäntö ja tutkimustiedon hyödyntäminen. (Butcher & MacKinnon 2015, 237–238.) Euroopassa on ollut pyrkimystä kehittää yhteinen malli HCA-koulutuksille (Health Care Assistant), joihin suomalainen lähihoitajakoulutus sisällytetään. Se on todettu mahdottomaksi, koska maiden välillä on liian suuret erot HCA-koulutuksessa (Sajantola 2017). HCA-nimikkeellä toimiva saattaa olla täysin ilman ammatillista koulutusta tai usean vuoden koulutuksen käynyt työntekijä. Suomessa HCA-käsitettä kuvaa paremminkin hoiva-avustaja kuin lähihoitaja.

3.2 Terveyden edistäminen hoitotyön käytännössä

Terveyden edistämisen asiantuntijuuden ilmiötä hoitotyön käytännössä on tutkittu pääasiassa sairaanhoitajilla. Lähihoitajilla aihetta on tutkittu vasta melko vähän ja kotimainen tutkimus on paljolti opinnäytetyötasoista. Kansainvälisen tutkimuksen osalta tulosten tulkintaa vaikeuttaa lähihoitaja-käsitteen vaihtelut eri kulttuureissa. Lisäksi niin kotimaisissa kuin ulkomaisissakin tutkimuksissa kohderyhmänä on usein ”hoitaja” tai ”nurse”, joka voi sisältää sekä sairaanhoitajia että lähihoitajia tai joskus myös avustavaa hoitohenkilökuntaa. Kohderyhmänä voi olla myös hoitohenkilökunta, joka sisältää edellisten lisäksi esimerkiksi terveydenhoitajia, kättilöitä ja fysioterapeutteja. Valitsin tähän tutkimusnäytön tarkasteluun lähihoitajien lisäksi muuhun hoitohenkilökuntaan suunnattuja tutkimuksia, koska katsoin sairaanhoitajiin, hoitajiin ja hoitohenkilökuntaan suunnattujen tutkimusten antavan riittävää näkökulmaa myös lähihoitajien terveyden edistämisen osaamisen tarkastelulle.

Aluksi tarkastelen tutkimusnäyttöä lähihoitajan terveyden edistämisen osaamisesta hoitotyössä. Rajasin tarkastelusta pois lähihoitajien työympäristöt kasvatusalalla, lastensuojelussa, hammashoidossa ja ensihoidossa.

Kotihoitoon suunnatussa tutkimuksessaan Turjamaa, Hartikainen, Kangasniemi ja Pietilä (2014) totesivat terveyden edistämisen näkökulman tulevan esille vain vähäisesti lähihoitajien työssä. Terveyden edistäminen näyttäytyi pitkäaikaisissa asiakassuhteissa luottamuksellisena vuorovaikutuksena. Tällainen asiakassuhde sisälsi vastavuoroista kanssakäymistä, jossa viljeltiin huumoria ja joka sisälsi henkilökohtaisistakin asioista keskustelua. Se sisälsi asiakkaan voimavarojen huomioimista ja jaettua päätöksentekoa. Hieman ystävyyssuhdetta muistuttava asiakassuhde tuki asiakkaan hyvinvointia kotona. Kuitenkin lähihoitajien työ oli pääsääntöisesti tehtäväkeskeistä, sairausorientoitunutta ja asiakkaan fyysisiin voimavaroihin keskittyvää ja se rajoittui päivittäisten arkielämän rutiinien hoitamiseen. Työ oli asiakasta passivoivaa – asiakkaalle tekemistä – eikä juurikaan asiakkaan kanssa yhdessä tekemistä. Ammatillaiset tekivät päätöksiä asiakkaan sijaan. Moniammatillisuus näyttäytyi asiakkaalle turvatomuutena, kun asiakkaan luona kävi paljon erilaisia ja ennestään tuntemattomia ammattilaisia. Lähihoitajat toivoivat kotihoitoon terveyden edistämistä ja osallisuuden vahvistamista. Sitä olisi merkityksellisen ja inspiroivan tekemisen mahdollistaminen asiakkaille, kuten arkitekeminen kotona ja kodin ulkopuolella ja sukulais- ja naapurisuhteiden ylläpitäminen esimerkiksi avustamalla puheluja tai järjestämällä vierailuja. (Turjamaa, Hartikainen, Kangasniemi & Pietilä 2014, 3206, 3209–3214.)

Jäppisen (2016) tuoreessa opinnäytetyössä käsiteltiin lähihoitajien terveyden edistämisen asiantuntijuutta. Kotihoidon vastuuhoidajina työskentelevät lähihoitajat katsoivat pystyvänsä omalla työllään mahdollistamaan asiakkaan kotona asumisen, ja he kokivat asiakkaan toimintakyvyn tukemisen onnistuvan pääsääntöisesti hyvin. Yhteistyöosaaminen ilmeni tiimityönä ja sitoutumisena yhteisesti sovittuihin toimintatapoihin asiakkaan toimintakyvyn edistämiseksi. Viestintäosaamisen osalta lähihoitajat kokivat epävarmuutta rakenteisessa kirjaamisessa ja sen hyödyntämisessä asiakkaan toimintakyvyn edistymisen arviointiin. (Jäppinen 2016, 50–58.)

Työelämässä tapahtuva muutos näkemyksestä terveyden edistämiseen lähihoitajan työssä on näkyvissä muutamissa opinnäytetöissä. Lähes kymmenen vuotta sitten Salo (2010, 86 – 87) raportoi pro gradu -tutkielmassaan lähihoitajien kokeneen, ettei työ-

elämä osannut hyödyntää heidän erityisosaamistaan kuntoutuksen osaamisalaopintojen suorittamisesta huolimatta. Muutama vuosi myöhemmin Riutta-Huopana (2012) kuvasi terveyden edistämisen sisältyvän lähihoitajan osaamisvaatimukseen vanhusten asumispalveluissa. Terveyden edistäminen sisällytettiin osaksi päivittäisissä toiminnoissa tukemisen osaamisaluetta. Terveyden edistäminen oli hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista toimintaa ja se jaoteltiin toimintakyvyn edistämisen ja ylläpitämisen, kuntoutumista edistävän työtteen, viriketoiminnan järjestämisen ja osallisuuden tukemisen, hoitotoimenpiteiden, lääkehoidon, ensiavun antamisen ja vanhusten sairauksien hoidon osaamiseksi. (Riutta-Huopana 2012, 44–45, 92–99.) Tuoreessa opinnäyteyössään Kuukka ja Kuosa (2016) raportoivat lähihoitajaopiskelijoiden mieltävän vanhustyön päämääräksi vanhusten hyvinvoinnin edistämisen. Tämä käsitys oli sekä vanhustyön työkokemusta omaavilla että pelkän työharjoittelukokemuksen omaavilla opiskelijoilla. (Kukka & Kuosa 2016, 37–39.)

Seuraavissa kappaleissa kuvaan tutkimustuloksia terveyden edistämisen ilmiöstä hoitotyön käytännössä. Tutkimukset ovat kohdistuneet pääasiassa sairaanhoitajiin.

Hoitotyön käytännössä ilmenevä terveyden edistämisen asiantuntijuus poikkeaa hieman IUHPE:n määrittelemästä mallista. Kempainen ym. (2013) määrittelivät kansainväliseen kirjallisuuskatsaukseen perustuen sairaanhoitajan terveyden edistämisen kompetenssit. Osaamisvaatimukset jaoteltiin neljään pääluokkaan: 1) Monitieteellisyys, joka sisältää terveyden edistäminen tietopohjan, kyvyn toteuttaa terveyden edistämistä ja tietoisuuden taloudellisten ja kulttuuristen seikkojen vaikutuksesta terveyteen. 2) Taidot, jotka sisältävät neuvottelu- ja yhteistyötaidot, tasa-vertaisen asiakassuhteen luovat vuorovaikutustaidot, asiakkaan tarpeiden ja terveysongelmien arviointitaidot. 3) Asenne, joka tarkoittaa ennakoivan näkökulman sisäistämistä ja toimimista terveyden puolestapuhujana. Ennakoiva näkökulma on terveyden edistämiseen sitoutumista ja luottamusta terveyden edistämisen vaikuttavuuteen. Puolestapuhuminen on asiakkaiden ja ryhmien rohkaisemista osallistumaan. 4) Henkilökohtaiset ominaisuudet, joka tarkoittaa kykyä olla terveellisenä roolimallina asiakkaille ja yleisestikin. (Kempainen ym. 2013, 495–497.) Lisäksi hoitajilta edellytetään kykyä työskennellä itsenäisesti, terveyden edistämisen tietoperustan laajentamista ja osaamista kumppanuustyöskentelyyn eri sektoreiden kanssa (Maijala 2016, 42).

Hoitohenkilökunnan **käsitys terveyden edistämisestä** on pääasiassa ehkäisevää terveydenhoitoa, preventiivistä terveyden edistämistä. Sairaanhoitajien orientaatio terveyden edistämiseen on enimmäkseen yksilösuuntautunutta elämäntapamuutoksen tukemista. (Brobeck, Obencrants, Bergh & Hildigh 2013, 376–378; Casey 2007, 1041; Geense, W., van de Glind, I., Visscher, T. & Achterberg, T. 2013, 20–29; Kempainen ym. 2013, 492; Rash 2008, 7; Whitehead, Wang, Wang, Zhang, Sun, & Xie 2008, 181,186.) Hoitajat kokevat hallitsevansa terveellisiin elämäntapoihin suuntautuvan terveyden edistämisen sisällön ja menetelmiä (Kardakis, Weinehall, Jerdén, Nyström & Johansson 2013, 80–83). Hoitajat korostavat asiakkaiden omaa vastuuta terveydestään. Terveystiedon edistämisen käynnistäminen ja jatkaminen on sidoksissa asiakkaan osoittamaan kiinnostukseen tai haluun muuttaa elintapojaan. (Geense ym. 2013, 20–29; Maijala 2016, 42; Pietilä ym. 2009, 10; Rash 2008, 2.) Tuoreessa tutkimuksessa vastaanottotyön sairaanhoitajilla kuitenkin todettiin olevan sekä promotiivinen että preventiivinen orientaatio terveyden edistämiseen (Maijala 2016, 41).

Terveyden edistäjinä toimiessaan hoitajat tukevat asiakkaita tekemään terveyteen liittyviä päätöksiä ja sitoutumaan terveyden edistämisen toimenpiteisiin (Kempainen ym. 2013, 492). Hoitajien käyttämiä terveyden edistämisen menetelmiä ovat neuvonta, rohkaiseminen, selittäminen, tiedon antaminen, kertominen ja opettaminen (Casey 2007, 1042; Geense ym. 2013, 20–29; Kempainen ym. 2013, 492; Rash 2008, 7–8; Pietilä, Varjoranta & Matveinen 2009, 6; Tappenden, Campbell, Rawdin, Wong & Kalita 2012, 14, 19). Lisäksi hoitajat tekevät tarpeen arviointia ja voimavarojen tunnistamista ennen terveyden edistämisen toimenpiteitä ja neuvottelevat asiakkaan kanssa tavoitteista (Casey 2007, 1042; Pietilä ym. 2009, 6; Tappenden ym. 2012, 14,19) sekä vahvistavat asiakkaan terveyskäyttäytymistä ja tukevat psyykkistä hyvinvointia (Tappenden ym. 2012, 14,19). Hoitajat myös selvittävät asiakkaiden epäterveellisten elämäntapojen syitä ja herättelevät asiakkaita huomaamaan terveysongelmiaan (Geense ym. 2013, 20–29). Kuntouttavassa hoitotyössä toteutetaan ryhmätoimintaa, johon liittyy yhteisöllinen ulottuvuus asiakkaan terveyttä tukevana toimintana (Pietilä ym. 2009, 7).

Hoitajien käsitys terveyden edistämisestä voi olla asiakaskeskeinen, mutta toiminta kuitenkin terveyden edistäjäkeskeistä. Se on jotain, mitä tehdään potilaille, ei potilaiden kanssa (Warner 2010, 25) ja terveyden edistämisen toimenpiteet ovat samoja

kuin hoitotyössäkin (Casey 2007, 1041; 1044 - 45). Asiakkaan osallisuus jää usein valintoihin henkilökohtaisissa mieltymyksissä, kuten ruokavalio, vuoteesta nousemisen tai hygienian hoidon ajankohta tai vaatevalinnat (Kemppainen ym. 2013, 492; Casey 2007, 1042). Terveyden edistämisen keskeinen käsite voimaantuminen (empowerment) ei näyttäyty hoitajien terveyttä edistävissä toiminnassa (Kemppainen ym. 2013, 492).

Yhteistyö terveyden edistämässä tulee esiin hoitajilla vastaanottotyössä moniammatillisena yhteistyönä ja monialaisiin terveyden edistämisen yhteistyötiimeihin osallistumisena (Maijala 2016, 41–42). Pitkäaikaissairaanhoidossa se näyttäytyy asiakkaan omaisten tukemisena (Pietilä ym. 2009, 7). Yhteistyö on hoitajilla myös asiakkaan ohjaamista toiselle asiantuntijalle (Casey 2007, 1042; Rash 2008, 8; Tappenden ym. 2012, 14,19). Asiakkaan elämäntapamuutoksiin liittyvissä asioissa hoitajat tekevät vain vähäisesti yhteistyötä asiakkaan sidosryhmien kanssa (Kardakis ym. 2013, 81, 83).

Sairaanhoitajien **asenteesta** terveyden edistämistä kohtaan on vastakkaisia tutkimustuloksia. Pietilän ym. (2009) perusterveydenhuollon ammattilaisiin kohdistuva tutkimuksessa terveyden edistäminen ja ehkäisevä toiminta osoittautuvat sisältyvän päivittäiseen työhön. Terveyden edistämistä pidettiin työtä ohjaavana näkökulmana ja työotteena. Terveyden edistämisen osuutta oli vaikea erottaa kokonaistoiminnasta ja se sisällytettiin kuntouttavaan työhön. Ammattilaiset pitivät tärkeänä kehittää ja vahvistaa henkilöstön keskinäistä ja terveydenedistämisen eri toimijoiden välistä moniammatillista yhteistyötä. (Pietilä ym. 2009, 7–10.) Sairaanhoitajien on todettu kokevan terveyttä edistävän elämäntapaohjauksen tärkeäksi osaksi työtään (Brobeck ym. 2013, 376–378; Casey 2007, 1044; Geense ym. 2013, 20–29; Kardakis ym. 2013, 80–83; Tappenden ym. 2012, 2). Hoitajat myös kokevat terveyden edistämisen hyödylliseksi asiakkaille ja luottavat itseensä terveyden edistäjinä (Rash 2008, 7).

Toisaalta esimerkiksi Allenin (2014, 52) mukaan hoitajat eivät pidä terveyden edistämistä osana työtään. Käytännön työssä terveyden edistäminen jää erilliseksi osaksi työtä, jota tehdään, jos siihen jää aikaa. Jos hoitajalla ei ole riittävästi aikaa viedä elämäntapamuutosta käsittelevää keskustelua seurantavaiheeseen saakka, hän ei mielellään käynnistä koko keskustelua. (Brobeck ym. 2013, 376–378; Casey 2007, 1039.) Kielteinen asenne johtaa elämäntapamuutoksia käsittelevän keskustelun vält-

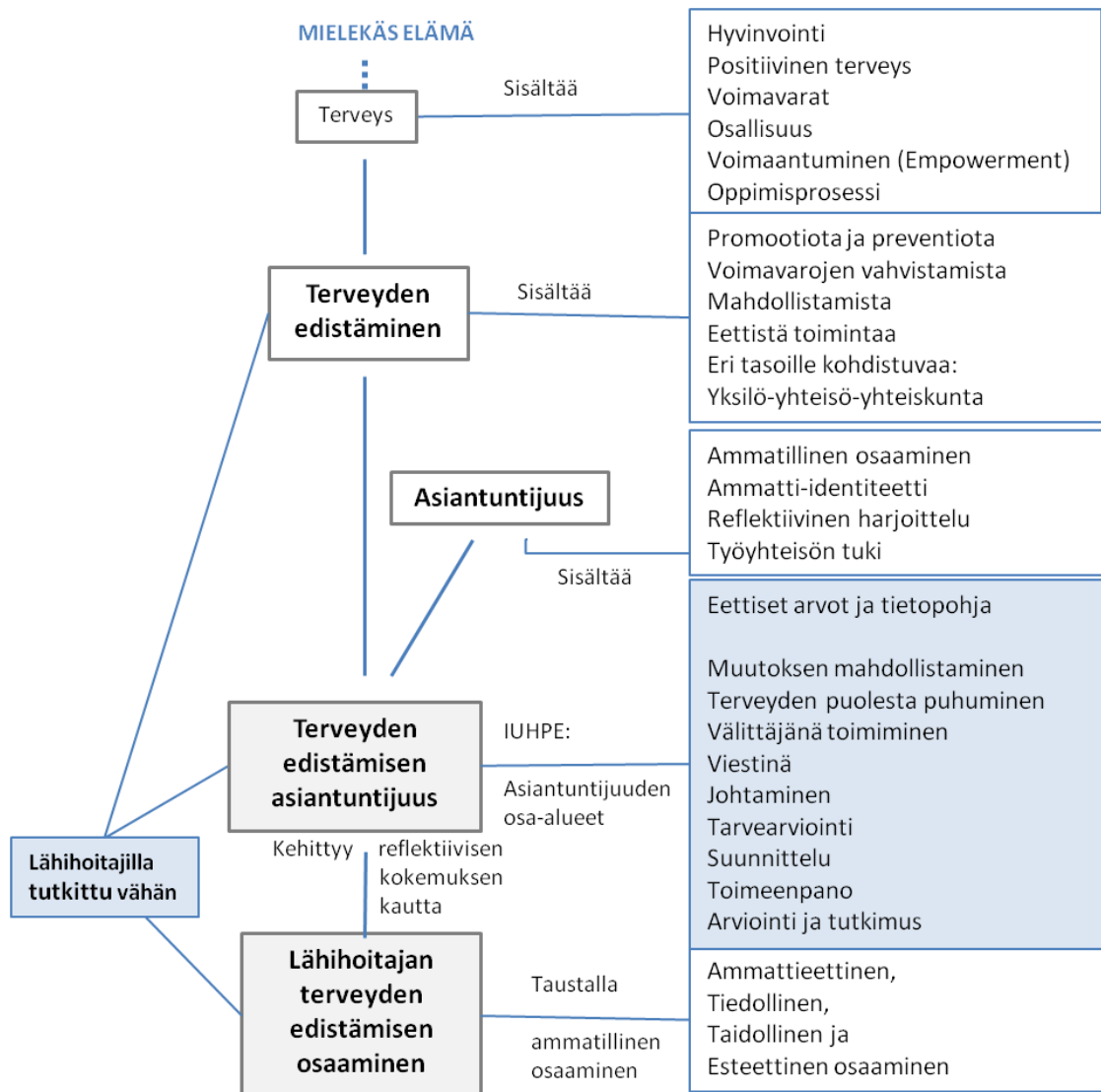
telyyn potilaiden kanssa. Kielteisestä asenteesta kertoo myös hoitajien luottamuksen puute elämäntapamuutoksiin kohdistuvien toimenpiteiden vaikuttavuuteen ja omaan osaamiseensa. Lisäksi hoitajat pelkäävät tuhoavansa tai heikentävänsä potilas-hoitajasuhdetta terveyden edistämisen toimillaan. (Allen 2014, 52.) Casey (2007, 1044) mukaan hoitajat epäilevät elämäntapaohjauksen vaikuttavuutta, koska kokevat, että joitain elintapoja on vaikea muuttaa.

Sairaanhoitajien kokemus terveellisenä **roolimallina** olemisesta ei näyttäisi vaikuttavan aivan suoraviivaisesti heidän aktiivisuuteensa terveyden edistäjinä. Allenin (2014) mukaan hoitajat tunnistavat ristiriitaa omien ja niiden elämäntapojen välillä, joita heidän pitäisi edistää. Ristiriita heikentää heidän innokkuuttaan toimia terveyden edistäjinä. (Allen 2014, 52.) Liikunnan edistämiseen suuntaavassa tutkimuksessa puolestaan todettiin, ettei hoitajien oma liikunta-aktiivisuus vaikuttanut heidän aktiivisuuteensa edistää asiakkaiden liikuntaa (Goodman, Davies, Dinan, Tai & Iliffe 2011, 15). Rashin (2008) tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat olevansa roolimalleja asiakkaille. Heillä oli terveelliset elämäntavat, joita he suosittelivat asiakkaillekin. (Rash 2008, 7.) Maijala (2016, 42) puolestaan toteaa terveellisen elämäntyylin vahvistavan hoitajien onnistumista terveyden edistämässä.

Hoitohenkilökunnan tarvetta **osaamisen vahvistamiseen** terveyden edistämisen toiminnoissa on raportoitu useissa tutkimuksissa. Hoitajat kokevat tarvitsevansa ylipäättään lisäkoulutusta, valmennusta ja harjoittelua terveyden edistämiseen (Casey 2007, 1043; Pietilä ym. 2009, 7; Rash 2008, 8) ja vahvistusta itsevarmuuteen tarttua terveyden edistämiseen liittyviin teemoihin (Brobeck ym. 2013, 377; Pietilä ym. 2009, 8). Riittämättömyyttä on tunnistettu asiakkaiden moninaisten terveystarpeiden tunnistamisessa, asiakaslähtöisessä toiminnassa, keskustelu- ja motivaatiotaidoissa, terveyden edistämisen puolesta puhumisessa organisaation eri tasoilla ja valmiudessa ottaa osa yhteiskunnalliseen keskusteluun. (Pietilä ym. 2009, 7–8, 10.) Lisää tietoa kaivataan myös terveyden edistämisen ohjelmien sisällöistä, toteutustavoista alueella ja niiden vaikuttavuudesta (Geense 2013, 20–29).

4 Yhteenveto opinnäytetyön teoreettisesta taustasta

Tarkastelen opinnäytetyössäni terveyden edistämistä lähihoitajan toimintana asiakastyössä. Terveydellä tarkoitan ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia, toimintakykyisyyttä ja osallisuutta oman elämänsä arjessa. Terveiden edistämällä tarkoitan asiakkaan voimaantumista mahdollistavaa toimintaa hoitotyössä. Asiantuntijuuden näen ammatillisesta osaamisesta reflektiivisen kokemuksen kautta kehittyvänä kokonaisymmärryksenä omasta työstä. Lähihoitajan terveyden edistämisen asiantuntijuutta peilaan IUHPE:n määrittelemään terveyden edistämisen asiantuntijuudesta. Lähihoitajiin suunnattua tutkimusta terveyden edistämisen asiantuntijuudesta on vasta niukasti. (Ks. Kuvio 2.)



Kuvio 2. Yhteenveto opinnäytetyön teoreettisesta taustasta.

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa terveyden edistämisen asiantuntijuudesta lähihoitajan työssä. Tavoitteena on kuvata lähihoitajien näkemyksiä terveyden edistämisen osaamisestaan työssään sosiaali- ja terveystalouden peruspalveluissa. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää lähihoitajien ammatillisen koulutuksen kehittämisessä.

Opinnäytetyöllä pyritään vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisena terveyden edistämisen ydinosaamisalueet (muutoksen mahdollistaminen, terveyden puolesta puhuminen, välittäjänä toimiminen, viestintä, johtaminen, tarvearviointi, suunnittelu, toimeenpano sekä arviointi- ja tutkimus) näyttäytyvät lähihoitajan työssä lähihoitajien itsensä kuvaamana?
2. Millaista itsearviointia terveyden edistämisen osaamista lähihoitajilla on?

6 Tutkimuksen toteuttaminen

6.1 Tutkimuksen toimintaympäristö ja osallistujat

Toteutin tutkimusaineiston keruun omalla työpaikallani Luksiassa, Länsi-Uudenmaan koulutuskuntayhtymässä. Sovin toteutuksesta suullisesti toimialarehtorin kanssa, eikä kirjallista tutkimuslupaa tarvittu.

Luksia on kahdeksan Länsi-Uudenmaan kunnan omistama ammatillinen oppilaitos, joka toteuttaa ammatillista perus- ja lisäkoulutusta, ammatillisia näyttötutkintoja ja oppisopimuskoulutusta. Lisäksi Luksia järjestää työllistymistä tukevaa valmennusta, ammatillisesti valmentavaa koulutusta ja maahanmuuttajien kotoutumiskoulutusta. Koulutusta järjestetään pääsääntöisesti Länsi-Uudellamaalla ja Espoossa. Sosiaali- ja terveystalouden perustutkintoa toteutetaan sekä ammatillisena peruskoulutuksena että näyttötutkintona, ja tutkinnon voi suorittaa omaehtoisena, oppisopimus- tai työvoimakoulutuksena. (Tilinpäätös 2016.) Vuonna 2017 Luksiassa on ollut mahdollista suorittaa sosiaali- ja terveystalouden perustutkinnon osaamisalavaihtoehtoja lasten ja

nuorten hoito ja kasvatus, sairaanhoito ja huolenpito, mielenterveys- ja päihdetyö, vammaistyö, vanhustyö ja kuntoutus (Lähihoitaja 2017). Viime vuosina Luksiasta on valmistunut vuosittain noin 200 lähihoitajaa.

Valitsin opinnäytetyöni kohderyhmäksi 11 opiskelijaa, jotka osallistuivat sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon kuntoutuksen osaamisalan näyttötutkintoon valmistavaan koulutukseen. Opiskelijat olivat aiemmin suorittaneet lähi- tai perushoitajan tutkinnon ja heillä oli työkokemusta 2–26 vuotta. He opiskelivat työn ohessa ja työskentelivät sosiaali- ja terveysalan peruspalveluissa, asumispalveluissa ja kotihoidossa, kunnallisen tai yksityisen työnantajan palveluksessa. Heidän asiakaskuntansa koostui pääasiassa ikääntyneistä asiakkaista.

Pyysin tutkimukseen osallistuvilta kirjallisen suostumuksen tutkimukseen. Lähetin osallistujille suostumuslomakkeet ja saatekirjeet sähköpostitse noin kaksi viikkoa ennen tutkimusaineiston keruuta ja he palauttivat allekirjoitetut suostumuslomakkeet edellisenä päivänä (Liite 1). Saatekirjeessä kerroin lyhyesti myös Learning Café -tilaisuudesta. Kaikki tutkimukseen kutsutut antoivat suostumuksensa.

6.2 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmetodina oli laadullinen tutkimus. Laadullisen tutkimusmenetelmän avulla pyrin tekemään näkyväksi lähihoitajien arkikokemuksia terveyden edistämisestä ja muodostamaan uudenlaista ymmärrystä terveyden edistämisen asiantuntijuudesta. Laadullinen tutkimusote mahdollisti myös terveyden edistämisen asiantuntijuuden tarkastelun sekä teoreettisen taustan vahvistamisen että siihen sisältyvän vaihtelun näkökulmista. (Tuomi & Sajajärvi 2012, 3, 20, 34–35; Silverman 2013, 6–15, 107–109.)

Tiedonkeruumenetelmänä käytin Learning Café -menetelmää. Menetelmää on käytetty oppimis- ja opetusmenetelmänä, käytännön työn kehittämiseen ja uusien käytänteiden luomiseen sekä tutkimuksissa aineistonkeruumenetelmänä. Learning Café -menetelmä on kehitetty yhteisöllisen tiedon tuottamiseen. (Junnila, Koskinen, Stolt & Salminen ym. 2011, 39, 42–45.) Learning Café -menetelmä lähestyy luonnollista keskusteluympäristöä, jossa luodaan yhteistä ajattelua. Siinä on tarkoitus saada esille osallistujien yhteinen näkemys ja tieto ilmiöstä. Vapaamuotoisen dialogin avulla on

mahdollista saada esille myös keskustelijoiden hiljainen tieto aiheesta. Samalla Learning Café -keskustelu on yhteisöllistä oppimista. (Brown 2005a, 20–21; Brown 2005b, 148; Junnila ym. 2011, 39; Terry, Raithby, Cutter & Murphy 2015, 441, 451–452.)

Aineiston keruumenetelmänä Learning Café toimii samaan tapaan kuin ryhmäkeskustelu. Ryhmäkeskustelussa tutkija jää sivuun ja keskusteluun osallistuvat kyselevät asioita toisiltaan, muodostavat yhteisiä näkemyksiä ja tuovat esille poikkeavia käsityksiä. Ryhmätilanteissa ryhmän kulttuuri on läsnä, mikä heijastuu kerätyssä aineistossa. (Alasuutari 2011, 152.) Learning Caféä voidaan verrata Focus Group -menetelmään, jossa osallistujilla on jokin yhdistävä tekijä ja keskustelu käydään tietystä aiheesta. Keskustelun virittämisessä käytetään kysymyksiä, tavoitteita tai erilaisia materiaaleja. Learning Café -keskustelusta saadaan narratiivista aineistoa. Tutkittavien kertomus on tilannesidonnaista ja aineisto antaa kuvan mahdollisesta maailmasta. (Silverman 2013, 202, 212–213, 238.) Learning Café -menetelmässä tutkimuksen osallistujien valinta on harkittu ja tarkoitukseen sopiva. Laadullisen tutkimuksen mukaisesti tutkija varmistaa, että henkilöt, joilta aineisto kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai heillä on kokemusta asiasta. (Tuomi & Sajajärvi 2012, 85.)

6.3 Tutkimusaineiston kerääminen

Keräsin tutkimusaineiston opiskelijoiden opintoihin sisältyvässä Learning Café -tilaisuudessa. Olin valmistellut tilaan kolme kahvilapöytää, jotka oli päällystetty kertakäyttölakanoidella. Pöydillä oli keskustelun pohjaksi teemaan liittyvät kysymykset ja tusseja. Kysymykset olin muotoillut IUHPE:n terveyden edistämisen asiantuntijuuden osaamisalueita 1–9 mukaillen (Liite 2). Tilassa oli lisäksi tarjolla pientä purtavaa ja juotavaa. Learning Café -tilaisuus kesti kokonaisuudessaan kolme ja puoli tuntia. Tilaisuutta ei videoitu eikä keskusteluja nauhoitettu.

Tilaisuus käynnistyi lyhyellä alustuksella iltapäivän teemaan ja Learning Cafén pelisääntöihin ja toimintatapaan. Innostin osallistujia vapaaseen kirjoittamiseen ja avoimuuteen. Rohkaisin heitä kirjoittamaan pöytäliinoin kaikenlaiset ajatuksensa, niin myönteiset kuin kielteisetkin. Olin jakanut osallistujat valmiiksi 3–4 hengen ryhmiksi siten, että jokaiseen ryhmään tulisi osallistujia erityyppisistä työpaikoista. Ryhmät

kiersivät vuorotellen jokaisessa kolmessa pöydässä. Ryhmistä jäi yksi osallistuja pöytäemännäksi ensimmäiseen pöytään ja johdatteli uudet tulijat pöydän teemaan ja aiempaan keskusteluun. Lopuksi ryhmät palasivat vielä ensimmäiseen pöytänsä ja kokosivat pöytäemännän johdolla pöytäliinaan kirjoitetuista ajatuksista mielestään keskeisimmät. Keskustelun käynnistämiseksi varasin ensimmäistä pöytäkeskustelua varten 30 minuuttia aikaa ja seuraaviin pöytiin 20 minuuttia kuhunkin. Aikataulu osoittautui riittäväksi. Ryhmäkeskustelujen jälkeen pöytäemännät kertoivat koko osallistujaryhmälle millaisia ajatuksia pöytäliinoinhin oli kirjoitettu ja ajatuksista käytiin yhteistä keskustelua. Tässä vaiheessa oli vielä mahdollisuus kirjoittaa uusia ajatuksia pöytäliinoinhin. (Esim. Brown 2005b, 149–155; Innokylä 2017; Junnila ym. 2011, 40–47.)

Seuraavaksi osallistujat arvioivat omaa osaamistaan terveyden edistämisessä merkitsemällä pöytäliinoinhin kirjoitettuja ilmauksia erivärisillä liimalapuilla. Värikoodit olivat seuraavat: oranssi = minulla on vahvaa osaamista, keltainen = minulla on osaamista, vihreä = koen epävarmuutta ja sininen = minulla ei ole lainkaan osaamista. Myös tässä vaiheessa oli vielä mahdollisuus kirjoittaa uusia ajatuksia pöytäliinoinhin. Itsearviointin päätteeksi tarkastelimme yhdessä osaamiskertymää.

Raaka-aineisto koostui kolmelle Learning Café -pöytäliinalle kirjoitetuista ja piirretyistä ilmaisuista ja liimalapuista. Tekstit olivat pääsääntöisesti yksittäisiä sanoja ja muutamien sanan kokonaisuuksia. Kokonaisia lauseita raaka-aineistossa oli vain muutama. Ilmaukset sisälsivät myös tekstejä yhdistäviä viivoja ja kuvioita, alleviivauksia, sanoja ympäröiviä kuvioita ja korostuksia. Valokuvasin pöytäliinat ennen kokoon taittamista, koska liimalaput irtoilivat helposti kuituliinasta.

6.4 Tutkimusaineiston analysointi

Analysoin tutkimusaineiston teorialähtöisellä sisällön analyysillä. Litteroin ja teemoittelin Learning Café -pöytäliinoinhin muodostuneen raaka-aineiston. Teemoittelun kehyksenä käytin IUHPE:n mallia terveyden edistämisen asiantuntijuudesta. (Eskola 2015, 188–189; Tuomi & Sajajärvi 2012, 91–100.)

Litteroin raaka-aineiston Word-tekstinkäsittelyohjelmalla pöytäliina kerrallaan. Kirjoitin ilmaukset sanasta sanaan ja lisäsin kirjoituksiin tehdyt muotoilut ja piirrokset

Word-ohjelman rajoitteiden puitteissa. Lisäsin merkinnät osaamisen itsearvioinnista asiakirjan marginaaliin osaamista kuvaavien ilmausten viereen. Tein merkinnät tekstikehyksillä, joihin kirjoitin liimalappujen määrää vastaavat numerot ja väritin ruudun liimalappujen mukaisesti. Tarkistin osaamisen itsearvioinnin merkinnät valokuvista.

Käynnistin varsinaisen aineiston analyysin esittämällä itselleni ja aineistolle kysymyksiä, kuten: Olenko selvittämässä aineistosta tutkittavien käsitystä ilmiöstä ”faktana” vai heidän sen hetkistä kertomustaan ilmiöstä? Mitä ovat aineiston pääyksiköt ja miten ne liittyvät toisiinsa? Millaisia ryhmittelyjä aineistosta voin tehdä? Millaista ryhmittelyä tutkittavat ilmaisevat? Millaisessa kontekstissa ja millaisia johtopäätöksiä tutkittavien aiheiden osalta voin tehdä liittyen ryhmittelyyn? Millaisia ongelmia aineiston keruussa oli? Sen jälkeen pyrin tarkastelemaan aineistoa eri näkökulmista ja pyrin välttämään liian pikaista sitoutumista teoreettiseen taustaan. (Silverman 2013, 234–235.)

Varsinaisen analyysin jaoin kahteen osaan. Analysoin ensin pöytäliinakirjoitukset terveyden edistämisestä ja sen jälkeen liimalappumerkinnät osaamisesta (Kuvio 3).

6.4.1 Pöytäliinakirjoitusten analyysi

Ensimmäisessä vaiheessa työskentelin pöytäliina kerrallaan. Ryhmittelin aineiston kysymyksittäin. Koska pöytäliinakirjoitukset olivat pääsääntöisesti yksittäisiä sanoja ja muutaman sanan kokonaisuuksia, tein tulkintaa, mihin kysymykseen kukin ilmaus liittyisi. Tarkistin miellelyhtymiäni pöytäliinoista ja huomioin tekstiin liitetyt yhdysviivat ja ilmausten asettelun pöytäliinalla. Vierekkäin kirjoitetut ilmaukset eivät välttämättä viitanneet niiden väliseen yhteyteen, koska osallistujat kirjoittivat ilmauksiaan ympäri pöytää ja eri suunnista. Ilmaukset saattoivat olla sattumalta vierekkäin.

Toisessa vaiheessa työskentelin edelleen pöytäkohtainen aineisto kerrallaan. Ryhmittelin aineistoa uudestaan ja irtauduin joistain ensimmäisessä vaiheessa tekemistäni tulkinnoista. Tarkistin myös uudestaan ilmausten asetteluja pöytäliinoista. Päädyin tarkentamaan ryhmittelyä joidenkin kysymysten osalta alakysymystasolle. Tässä vaiheessa poistin tekstistä kuvat, piirroksiset, vahvennukset ja alleiviivaukset, ja muutin tekstin isot kirjaimet pikkukirjaimiksi. Kuvioilla saattoi olla oma merkityksensä ilmauksissa, mutta ne saattoivat myös olla vain piirroksia keskustelun lomassa. Pää-

dyin ratkaisuun, että pitäydyn kirjoitetussa tekstissä. Pidin myös jokaista ilmausta samanarvoisena. En arvottanut ilmausta sen mukaan, oliko se kirjoitettu pienesti, isosti vai isoilla kirjaimilla, oliko se alleviivattu, ympyröity, kuvioitu tai vahvistettu tai oliko sama ilmaus kirjoitettu useampaan kertaan. Huomioideni mukaan joku osallistujista kirjoitti kaikki isoilla kirjaimilla, toinen kaikki pienillä, joku piirteli valmiiksi kirjoitettujen sanojen ympärille kuvioita ja joku vahvisti kirjaimia. Päädyin siis tulkitaan, että ilmiö oli olemassa, jos se oli jollain tavalla ilmaistu pöytäliinaan.

Kolmannessa vaiheessa jatkoin pöytäkohtaista työskentelyä. Siirsin aineiston Word- taulukkoon, jossa ensimmäisessä sarakkeessa aineisto oli ryhmiteltyä edellisessä vaiheessa tarkennetun kysymysjaottelun mukaisesti. Teemoittelin aineiston taulukon toiseen sarakkeeseen. Teemoittelussa tulkitsin ryhmitellyn aineiston sisältämiä merkityksiä. Etsin vastausta kysymykseen: Mistä ryhmitellyt ilmaukset kertovat lähihoitajan arjessa?

Neljännessä vaiheessa yhdistin aineiston kokonaisuudeksi liittämällä pöytäkohtaiset taulukot yhdeksi taulukoksi. Lisäsin taulukkoon kolmannen sarakkeen IUHPE:n mallin mukaisten kriteerien merkitsemiseksi. Tässä vaiheessa tulkitsin kysymyksittäin ryhmiteltyjä ilmauksia IUHPE:n mallin kriteereiden pohjalta ja etsin vastausta kysymykseen: Mitkä IUHPE:n terveyden edistämisen asiantuntijuuden mallin mukaiset kriteerit tulevat esiin aineistossa? Seuraavaksi irrottauduin kysymyskohtaisesta työskentelystä ja etsin kriteerejä vastaavia ilmauksia koko aineistosta. Merkitsin kriteerit kolmanteen sarakkeeseen IUHPE:n mallin mukaisella numerolla ja kriteerin sisältöä kuvaavalla lyhennelmällä. (IUHPE core competencies and professional standards 2016.) Liitteessä 3 on esitelty esimerkki analyysin kulusta tuloksen ”Terveyden puolesta puhuminen” osalta.

6.4.2 Osaamisen itsearviointin analyysi

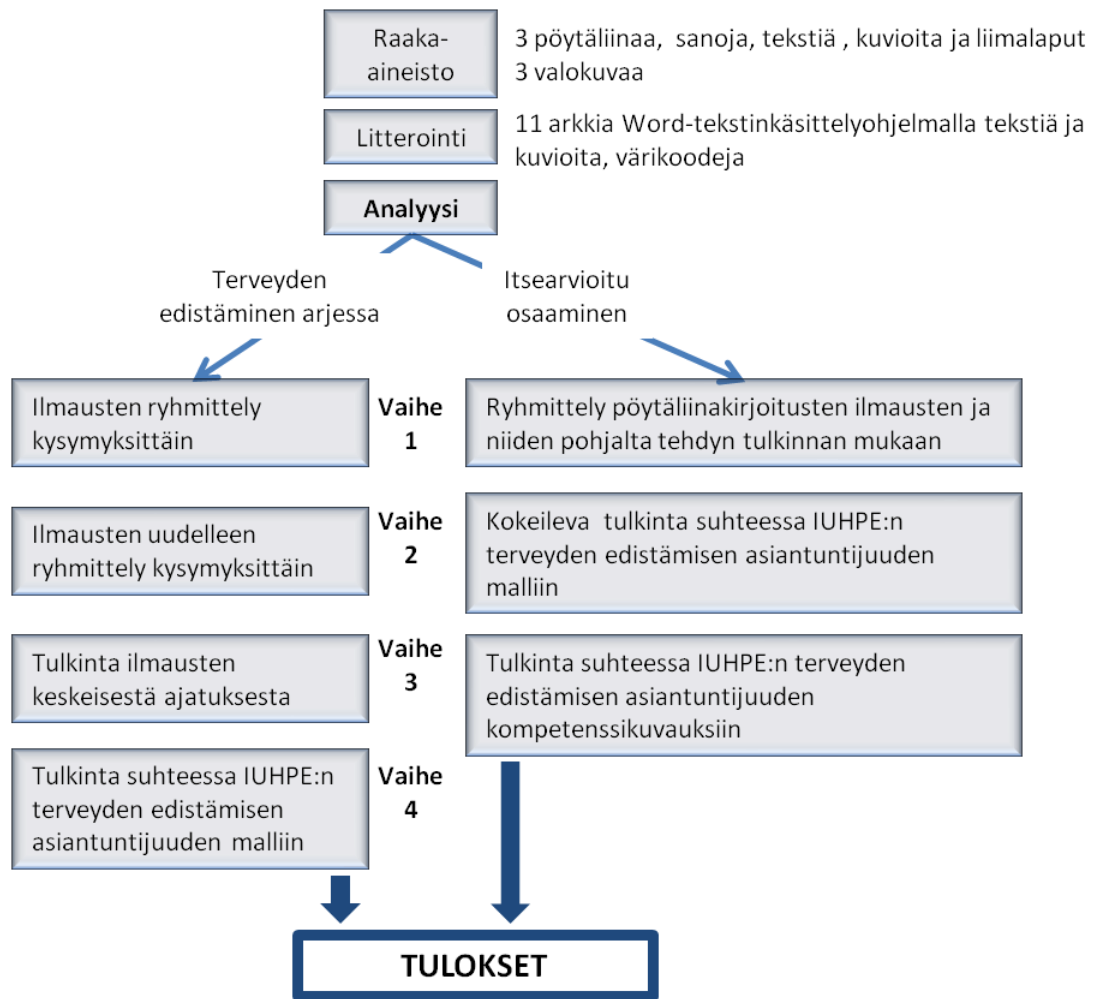
Ensimmäisessä vaiheessa koodasin aineiston uudelleen. Yhdistin aineistossa osamista kuvaavat merkinnät, oranssi = minulla on vahvaa osaamista ja keltainen = minulla on osaamista ja valitsin yhteiseksi väriksi pinkin. Epävarmuuden väriksi jätin vihreän. Aineistossa ei ollut yhtään merkintää osaamattomuudesta (sininen = minulla ei ole lainkaan osaamista).

Käytin analyysissä pöytäliinakirjoitusten analyysissä laatimaani taulukkoa, jossa ensimmäisessä sarakkeessa oli pöytäliinakirjoitusten ilmauksen kysymyksittäin ja toisessa sarakkeessa ilmausten perusteella tekemäni teemoittelu. Tyhjensin kolmannen sarakkeen IUHPE:n mallin mukaiset kriteerit.

Ryhmittelin merkinnät taulukon ensimmäiseen sarakkeeseen värittämällä sarakkeessa olevat ilmaukset osaamista kuvaavilla väreillä, pinkki ja vihreä, ja merkitsemällä ilmauksen perään numeerisesti, kuinka monta osaamisen tai epävarmuuden merkintää siihen kohdistui. Merkitsin samalla tavalla merkinnät toisen sarakkeen teemoihin.

Toisessa vaiheessa muokkasin ensin taulukon kolmatta saraketta. Yhdistin sarakkeen soluja siten, että sain muodostettua solut jokaiselle IUHPE:n mallin mukaiselle terveyden edistämisen asiantuntijuuden kompetenssialueelle. Tässä vaiheessa tulkitsin aineistosta, millaista osaamista tai epävarmuutta osallistujat tunnistivat itsessään kullakin terveyden edistämisen kompetenssialueella. Merkitsin kompetenssialuekohtaisesti osaamisen ja epävarmuuden määrän värikoodatuilla numeroilla ja teemoitteluun perustuvilla sanallisilla ilmauksilla.

Kolmannessa vaiheessa tarkistin tulkintaani IUHPE:n mallin mukaisen terveyden edistämisen asiantuntijuuden kompetenssikuvausten perusteella. Lopuksi laadin yhteenvedon tulkinnasta Word-asiakirjaan ja poistin värikoodit (Liite 4).



Kuvio 3. Tutkimusaineiston analyysin kulku.

7 Tutkimuksen tulokset

7.1 Terveyden edistämisen asiantuntijuuden osaamisalueet lähihoitajan työssä

Lähihoitajien kuvausten mukaan terveyden edistäminen perustui eettiseen pohdintaan ja ammatilliseen tietoperustaan. Terveyden edistäminen kohdistui yksittäiseen asiakkaaseen ja oman työyksikön asiakaskuntaan ja henkilöstöön.

Muutoksen mahdollistaminen

Lähihoitajat kuvailivat työskentelevänsä asiakaskeskeisesti ja turvaavansa mielekkyyden asiakkaiden arjessa. He ilmaisivat luovansa asiakkaiden elämysympäristöä terveyttä edistäviksi. He kertoivat mahdollistavansa asiakkaille terveyttä edistävien taitojen vahvistumisen työskentelemällä läheisessä vuorovaikutussuhteessa asiakkaan kanssa huomioiden asiakkaan elämänkaaren vaiheet ja kulttuuriset erityispiirteet. Lähihoitajat kuvailivat runsaasti verkostoja ja yhteistyökumppaneita, joiden kanssa he tekivät yhteistyötä asiakkaiden terveyden edistämiseksi. Lähihoitajat kertoivat aktivoivansa asiakkaidensa läheisiä osallistumaan asiakkaan terveyden edistämiseen. Muiden yhteistyökumppaneiden toimintaan suuntaavaa vaikuttamista ei aineistossa tullut esille.

Lähihoitajien mukaan työyhteisössä oli pyrkimys avoimen ammatillisen keskustelukulttuuriin ja ilmapiiriin luomiseen. Työyhteisössä tuettiin kollegoiden omavaltaisuutta ja osallisuutta sekä pyrittiin vahvistamaan työyhteisön sitoutumista terveyttä edistävään toimintatapaan.

Terveyden puolesta puhuminen

Lähihoitajien mukaan he puolustivat työyhteisössään asiakkaiden ja kollegoiden mahdollisuutta ilmaista terveystarpeitaan ja omia mahdollisuuksiaan toteuttaa terveyden edistämistä. He ilmaisivat vahvaa eettistä pohdintaa ja positiivista asennetta terveyden edistämiseen. Lähihoitajat kuvailivat pyrkimystään luoda asiakaskeskeinen ja asiakasta kunnioittava työskentelykulttuuri, jossa arvostetaan kollegoita ja turvataan työhyvinvointi ja työssä jaksaminen. He kertoivat vaikuttavansa työyhteisössään aktiivisesti riittävien resurssien saamisen puolesta ja pyrkivänsä tekemään näkyväksi kaiken

työn, myös promotiivisen terveyden edistämisen ja kasvavan vastuun opiskelijoiden ohjauksesta. Lähihoitajien mukaan heillä oli mutkattomat ja tasa-arvoiset esimies-alaisuudet, mikä edisti terveyden puolesta puhumista.

Verkostoyhteistyössä lähihoitajat kertoivat pyrkivänsä luomaan edellytyksiä asiakkaiden osallisuudelle ja turvaavansa asiakkaiden arjen sujumisen. Lähihoitajat eivät ilmaisseet vaikuttavansa yleiseen mielipiteeseen, eivätkä osallistuvansa julkiseen keskusteluun terveyden edistämisestä. He kuvasivat kokemustaan hoitotyön tämän hetkisestä julkisuuskuvasta negatiiviseksi.

Välittäjänä toimiminen

Lähihoitajien mukaan heillä oli laajasti yhteistyökumppaneita asiakkaiden lähipiireistä, omasta organisaatiosta ja organisaation ulkopuolelta. He kertoivat sitouttavansa kumppaneita osallistumaan asiakkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja ottavansa asiakkaiden läheiset mukaan asiakkaan tarpeiden arviointiin, terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Lähihoitajat kuvasivat osallistuvansa aktiivisena jäsenenä asiakkaiden hoitoa ja kuntoutumista käsitteleviin verkostopalaveriinhin ja edistävänsä uusien yhteistyömuotojen syntymistä.

Viestintä

Lähihoitajat ilmaisivat käyttävänsä terveyden edistämässä asiakaslähtöisiä kommunikointimenetelmiä ja kertoivat huomioivansa asiakkaiden toimintakyvyn, erityistarpeet ja kulttuuriset erityispiirteet kommunikoinnissa. He painottivat vastavuoroiseen vuorovaikutukseen antautumista ja pyrkimystään kannustavan ja positiivisen palautteen antamiseen. Lähihoitajat kuvasivat sekä henkilökohtaista vuorovaikutusta että ryhmäohjausta asiakkaiden terveyden edistämässä luonnollisena osana työtään.

Kirjallisella ja suullisella tiedottamisella lähihoitajat turvasivat tiedonkulun työyhteisössä ja verkostossa. Kirjallinen viestintä konkretisoitui asiakkaiden hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmissa. Lähihoitajat korostivat asiakaslähtöistä, kuvailevaa ja realistista kirjaamista. Lisäksi lähihoitajat kertoivat käyttävänsä erilaisia muistia tukevia kirjallisen viestinnän menetelmiä sitouttamaan asiakkaita, omaisia ja henkilöstöä asiakkaan terveyden edistämiseen. Suullista viestintää lähihoitajat kuvailivat yhteiseksi keskusteluksi ja tiedon jakamiseksi asiakkaiden suunnitelmien mukaisesta toi-

minnasta. Niissä työyhteisöissä, joissa oli siirrytty hiljaiseen raportointiin, lähihoitajat kaipasivat lisää suullista tiedottamista ja keskusteluja asiakkaiden hoidon ja kuntoutumisen etenemisestä. Lähihoitajat kertoivat pyrkimyksistään ja toiveistaan työyhteisön avoimeen kommunikointiin, jolla edesautetaan sekä asiakaskunnan että henkilöstön terveyttä edistävää toimintakulttuuria.

Viestintäteknologiaa lähihoitajat ilmaisivat käyttävänsä hoitotyön kirjaamiseen ja tiedottamiseen erilaisilla sähköisillä asiakastieto- ja työnkulku- ja raportointijärjestelmillä. Verkostojen kanssa he kertoivat viestivänsä puhelimella. Sosiaalisen median kanavien ja julkisen median käyttöä ei tullut esiin aineistossa.

Johtaminen

Lähihoitajat kuvailivat ottavansa kantaa, ratkovansa ristiriitoja ja tekevänsä päätöksiä asiakkaiden hoitoon, kuntoutumiseen ja mielekkään arjen sujumiseen liittyvissä tilanteissa. He ilmaisivat työskentelevänsä vastuullisesti asiakkaiden omaisten ja muiden verkostojen kanssa yhteiseen näkemykseen pääsemiseksi. Lähihoitajat kertoivat myös motivoivansa ja sitouttavansa omaisia asiakkaan terveyden edistämiseen.

Lähihoitajien mukaan he käynnistivät ja osallistuivat aktiivisesti työyhteisön toimintatapojen uudistamiseen. He kertoivat kyseenalaistavansa perinteisiä hoitotyön toimintatapoja ja kokeilevansa uusia tapoja toimia asiakastyössä. Lähihoitajat painottivat luovuutta ja persoonallisuutta terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä. Lähihoitajat kuvasivat tapaansa tuoda työyhteisössään esille sekä hoitotyön toteuttamiseen että uudistamiseen tarvittavien resurssien riittävyttä. Lähihoitajat ilmaisivat myös osallistuvansa yhteisen osaamisen vahvistamiseen työyhteisössään. He kertoivat arvostavansa organisaation sisäisiä koulutuksia ja osaamisen jakamista osana arjen työtä.

Tarvearviointi

Lähihoitajat kuvailivat tunnistavansa ja huomioivansa asiakkaiden olemassa olevia voimavaroja ja toimintakykyä vahvistavia tekijöitä sekä etsivänsä toimintakyvyn heikkenemiseen johtaneita juurisyitä. He kertoivat tekevänsä tarpeiden arviointia yhteistyössä asiakkaan, läheisten ja työyhteisön kanssa päivittäiseen hoitotyöhön sisältyen. Lähihoitajat kuvasivat tarpeiden arvioinnissa laadullista arviointimenetelmiä, kuten havainnointi, kuunteleminen ja keskustelu. Asiakkaiden terveyden ja hyvinvoinnin

tarpeiden priorisointia lähihoitajat kuvasivat hoitotyön näkökulmasta. He kertoivat vastaavansa ensin akuutteihin toimintakyvyn ylläpidon tai edistämisen tarpeisiin ja sen jälkeen laajentavansa arviointia sujuvan arjen turvaamiseen ja hyvinvointiin liittyviin tarpeisiin. He kertoivat tekevänsä muuttuvien tarpeiden arviointia toistuvasti ja kirjaavansa arvioinnin hoitosuunnitelmiin.

Suunnittelu

Terveyden edistämisen suunnittelussa lähihoitajat painottivat yksilöllisten ja realististen tavoitteiden asettamista asiakkaan elämänkaari ja voimavarat huomioiden. He kertoivat määrittelevänsä tavoitteet yhteistyössä asiakkaan, läheisten ja työyhteisön kanssa ja kirjaavansa ne hoitosuunnitelmiin. Lisäksi lähihoitajat kuvasivat valitsevansa asiakkaille sopivia toimintatapoja tavoitteiden saavuttamiseksi.

Toimeenpano

Lähihoitajien mukaan asiakkaiden terveyden edistämistä toteutettiin asiakaskeskeisin toimintatavoin yhteistyössä asiakkaan hoitotiimin ja verkostojen kanssa. Lähihoitajat kertoivat vahvistavansa asiakkaiden osallisuutta yksilöllistämällä toimenpiteet ja huomioimalla asiakkaiden päivittäinkin muuttuvat voimavarat. He kertoivat sitouttavansa asiakkaita osallistumaan toteutukseen lisäämällä heidän tietoisuuttaan tavoitteista ja sovitusta toimenpiteistä. Lähihoitajat painottivat myös kokeilevansa erilaisia toteutustapoja tilanteen mukaan. Terveyden edistämisen toteutuksessa lähihoitajat ilmaisivat vahvaa eettistä pohdintaa ratkaisujensa taustalla. Asiakkaan itsemääräämisoikeutta haluttiin kunnioittaa asiakkaan päätöksentekokyky huomioiden.

Lähihoitajat painottivat toimeenpanovaiheen edistymisen seuraamisessa huolellista ja kuvailevaa kirjaamista sekä hoitotiimien arviointipalavereja. Näissä he tunnistivat kehittämisen tarvetta.

Lähihoitajat toivat esille huolensa riittävien resurssien turvaamisesta terveyden edistämisen toimenpiteille työyhteisössä. He kertoivat pyrkivänsä tekemään näkyväksi kaiken terveyttä edistävän työn huolellisilla kirjauksilla hoitosuunnitelmiin ja työyhteisön keskusteluissa.

Arviointi ja tutkimus

Lähihoitajien mukaan he arvioivat asiakkaiden muuttuvia tarpeita ja voimavaroja ja toteutusvaiheen toimenpiteiden vaikuttavuutta toistuvasti. Arvioinnin perusteella he kertoivat päivittävänsä tavoitteita ja määrittelevänsä uusia toimenpiteitä hoitosuunnitelmiin. Terveiden edistämisen arviointia he kertoivat tekevänsä yhdessä asiakkaan, omaisten ja työyhteisön kanssa. Lähihoitajat kuvailivat osallistuvansa vastuullisina jäseninä hoitotiimin yhteisiin arviointikokouksiin, joita järjestettiin säännöllisesti hoitosuunnitelman mukaisesti tai asiakkaan hoidon nivelvaiheissa, kuten kotiutus tai siirtyminen palveluasumiseen.

Arviointimenetelminä lähihoitajat kuvasivat laadullista arviointia ja toimintakykymit-tareita. Laadullista arviointia oli havainnointi ja keskustelu asiakkaiden, omaisten ja työyhteisön kanssa. Toimintakykymittareilla arvioitiin liikkumista, ravitsemusta, muis-tia ja mielialaa.

Lähihoitajat tunnistivat kehittämistarpeita asiakkaan terveyden edistämisen arvioin-nissa. He kertoivat, että arviointi on joskus puutteellista, eikä arviointitietoa aina hyödynnetty. Arvioinnin kehittämiseksi lähihoitajat esittivät vahvempaa sitoutumista asiakastietojen kirjaamiseen ja työyhteisön yhteiseen arviointikeskusteluun asiakkai-den tilanteista. Arviointitiedon hyödyntäminen uuden tiedon ja näytön tuottamiseen asiakkaan terveyden edistämisestä ei tullut esille aineistossa.

7.2 Itsearvioitu terveyden edistämisen osaaminen lähihoitajilla

Lähihoitajat arvioivat omaavansa osaamista kaikilla IUHPE:n mallin terveyden edis-tämisen asiantuntijuuden osa-alueella. Osaamismerkintöjä kertyi yhteensä 137 kap-paletta. Epävarmuutta osaamisessa ilmaistiin vähäisesti (yhteensä 9 merkintää) ja osaamisen puutetta ei ilmaistu lainkaan.

Eniten osaamismerkintöjä (37 merkintää) sai osa-alue ”Terveiden puolesta puhumi-nen”. Lähihoitajat kokivat osaamista sekä asiakkaan että työyhteisön terveyttä ja hyvinvointia edistävän työkultuurin luomisessa ja ylläpitämisessä. Toiseksi eniten osaamismerkintöjä (22 merkintää) laitettiin osa-alueelle ”Johtaminen”, jossa osaa-mista koettiin toimintatapojen uudistamiseen ja kehittämiseen vaikuttamisessa ja vastuun ottamisessa asiakkaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä.

Kolmanneksi eniten osaamista merkittiin arviointiosaamista kuvaaviin osa-alueisiin ”Tarpeiden arviointi” (14 merkintää) ja ”Arviointi ja tutkimus” (15 merkintää). Asiakkaan terveystarpeiden arvioinnin osaamista koettiin arvioinnin kokonaisvaltaisuudessa ja jatkuvuudessa sekä yhteistoiminnassa asiakkaan, omaisten ja työyhteisön kanssa. Terveiden edistämisen seurannassa ja arvioinnissa he kokivat osaamista kuntoutus-, hoito- ja palvelusuunnitelmien seurantatietojen kirjaamisessa ja suunnitelmien päivittämisessä. Arviointimenetelmien käytössä koettiin osaamista sekä laadullisten että määrällisten menetelmien osalta. Arviointitiedon hyödyntämisen osalta lähihoitajat ilmaisivat osaamista, mutta toisaalta he ilmaisivat tietoisuutta arviointitiedon hyödyntämisen heikkoudesta työyhteisössä.

Osa-alueella ”Viestintä” (14 merkintää) lähihoitajat kokivat osaamista monipuolisen terveyttä ja hyvinvointia edistävän yksilö- ja ryhmätoiminnan toteuttamisessa läheisessä vuorovaikutussuhteessa asiakkaiden kanssa. Viestintäosaamista lähihoitajat kokivat myös asiakastietojen kirjaamisessa. Osa-alueella ”Välittäjänä toimiminen” (13 merkintää) koettiin osaamista asiakkaan terveyden edistämisen suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin liittyvässä tiimi- ja verkostotyöskentelyssä.

Terveiden edistämisen suunnitteluosaaminen osa-alueella ”Suunnittelu” (9 merkintää) sisälsi kuntoutus-, hoito- ja palvelusuunnitelmien laatimista yhteistoiminnasta asiakkaan, omaisten ja työyhteisön kanssa. Terveiden edistämisen toteuttamisen osaamista kuvattiin osa-alueella ”Toimeenpano” (7 merkintää) uusien toimintatapojen kokeilulla.

Vähiten osaamismerkintöjä (6 merkintää) sai osa-alue ”Muutoksen mahdollistaminen”. Lähihoitajat ilmaisivat osaamistaan asiakaskeskeisessä toimintatavassa, jolla he turvaavat asiakkaan arjen mielekkyyttä ja toimintakyvyn ylläpitämistä ja edistymistä. Osaamista koettiin myös ammatillisen keskustelukulttuurin luomisessa työyhteisöön.

Epävarmuutta osaamisessa ilmaistiin neljällä osa-alueella. ”Johtaminen” osa-alueella epävarmuutta koettiin vastuun ottamisessa työturvallisuuden kehittämisessä (3 merkintää). ”Välittäjänä toimiminen” osa-alueella epävarmuutta ilmaistiin tiimi- ja verkostotyöskentelyn osaamisessa (3 merkintää). Epävarmuus ammatillisen keskustelukulttuurin ylläpitämisessä (1 merkintä) sisältyy osa-alueeseen ”Muutoksen mahdollis-

taminen”. ”Tarpeiden arviointi” osa-alueella epävarmuutta ilmaistiin kokonaisvaltaisen arvioinnin tekemisestä asiakkaan tarpeista (2 merkintää).

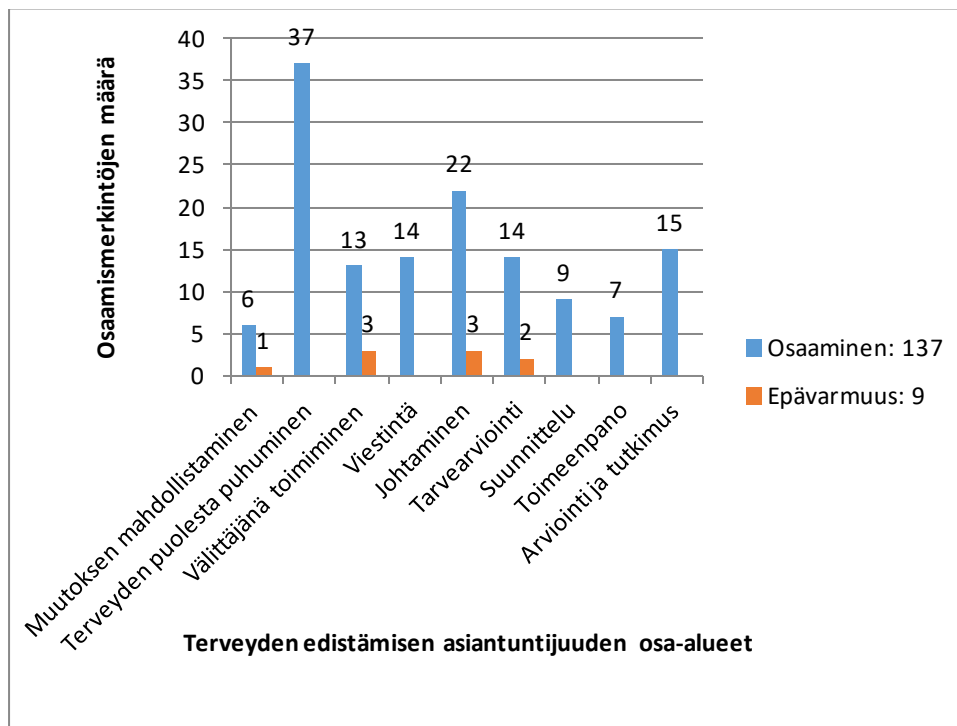
7.3 Yhteenvedo tutkimuksen tuloksista

Lähihoitajien kuvausten mukaan terveyden edistäminen kohdistui yksittäiseen asiakkaaseen ja oman työyksikön asiakaskuntaan ja henkilöstöön. Terveyden edistäminen perustui eettiseen pohdintaan ja ammatilliseen tietoperustaan. Lähihoitajat kuvailivat terveyden edistämistä kaikilla asiantuntijuuden osa-alueilla. Seuraavassa lähihoitajien kuvausten keskeinen sisältö:

- 1) Muutoksen mahdollistaminen: asiakaskeskeinen työskentely, asiakkaan arjen mielekkyyden turvaaminen, pyrkimys luoda työyhteisöön sekä asiakkaan että kollegan omavaltaisuutta ja osallisuutta turvaava toimintakulttuuri ja runsaasti yhteistyökumppaneita ja verkostoja.
- 2) Terveyden puolesta puhuminen: asiakkaiden ja kollegoiden terveystarpeiden ilmaisen puolustaminen, riittävien resurssien varmistaminen terveyden edistämiseksi, työhyvinvoinnille ja työssäjaksamiselle, terveyttä edistävä työkulttuuri, ei omaa työyhteisöä laajempaa vaikuttamista.
- 3) Välittäjänä toimiminen: yhteistyö asiakkaiden, läheisten ja erilaisten yhteistyökumppaneiden kanssa, vastuullinen rooli verkostoyhteistyössä, asiakkaan läheisten aktivoiminen ja sitouttaminen terveyden edistämiseen, uusien yhteistyökumppanuuksien edistäminen.
- 4) Viestintä: asiakaslähtöiset kommunikointimenetelmät, kuvaileva ja realistinen kirjaaminen hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmiin, suullinen viestintä tiedottamisesta ja keskustelua asiakkaan hoidosta, toive lisätä avointa kommunikointia ja suullisia raportteja, viestintäteknologian hyödyntäminen, ei sosiaalista mediaa.
- 5) Johtaminen: päätösten tekeminen asiakastyössä, päätöksiin vaikuttaminen verkostoyhteistyössä, toimintatapojen uudistaminen, terveyden edistämiseen sitoutumisen vahvistaminen, työyhteisön yhteisen osaamisen vahvistaminen, riittävien resurssien saamiseen vaikuttaminen.
- 6) Tarvearviointi: asiakkaiden terveystarpeiden arvioiminen asiakkaan voimavarat ja toimintakykyä vahvistavat tekijät huomioiden, toistuva tarvearviointi, yhteistyö asiakkaiden, läheisten ja työyhteisön kanssa.
- 7) Suunnittelu: tavoitteiden ja toimenpiteiden suunnittelu yhteistyössä asiakkaan, läheisten ja työyhteisön kanssa, asiakkaan voimavarojen ja yksilöllisyyden huomioiminen, tavoitteiden ja toimenpiteiden realismi.
- 8) Toimeenpano: asiakaskeskeiset ja osallisuutta vahvistavat toimintatavat, yhteistyö asiakkaan, läheisten ja työyhteisön kanssa, edistymisen seuranta.
- 9) Arviointi ja tutkimus: menetelmänä laadulliset menetelmät ja toimintakykymittarit, yhteistyö asiakkaan, läheisten ja työyhteisön kanssa, kehittämistarve arvioinnin toteuttamisessa ja arviointitiedon hyödyntämisessä, ei uuden tiedon tai näytön tuottamista.

Lähihoitajat arvioivat omaavansa osaamista kaikilla terveyden edistämisen asiantuntijuuden osa-alueilla (yhteensä 137 merkintää). Epävarmuutta terveyden edistämi-

sessä tunnistettiin vain vähäisesti (yhteensä 9 merkintää). Lähihoitajat tunnistivat itsessään vahvasti terveyden puolesta puhumisen osaamista, ja myös johtamisosaamista he ilmaisivat runsaasti. Yhteistyö-, viestintä- ja arviointi- ja seurantaosaamista arvioitiin olevan melko paljon, mutta suunnittelu- ja toimeenpano-osaamista selvästi vähemmän. Vähiten lähihoitajat kokivat omaavansa osaamista muutoksen mahdollistamisessa. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Lähihoitajien itsearvioidun osaamisen jakautuminen terveyden edistämisen osaamisalueille.

8 Pohdinta

8.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa uutta tietoa terveyden edistämisen asiantuntijuudesta lähihoitajan työssä. Terveyden edistämisen asiantuntijuutta tarkasteltiin IUHPE:n määrittelemien terveyden edistämisen ydinosamisalueiden ja niitä tarkentavien osaamisvaatimusten näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata lähihoitajien näkemyksiä terveyden edistämisen ydinosamisalueiden ilmenemisestä heidän arkityössään. Toisena tavoitteena oli kuvata lähihoitajien itsearvioitua terveyden edistämisen osaamista. Aiempaa tutkimusta aiheesta oli niukasti käytettävissä.

Tulosten mukaan tutkimukseen osallistuneet lähihoitajat työskentelivät kaikilla terveyden edistämisen asiantuntijuuden osa-alueilla täyttäen lähes kaikki osaamisvaatimukset yksilö- ja lähiyhteisötasolla (IUHPE core competencies and professional standards, 2016, 10–18). Asiantuntijuuden osa-alueet limittyivät lähihoitajan työssä toisiinsa ja osa osaamisvaatimuksista tuli esille usealla eri ydinosamisalueella. Lähihoitajat tunnistivat myös osaamista kaikilla terveyden edistämisen asiantuntijuuden osa-alueilla. Ritvoksen (2016) tuoreessa pro gradu -tutkielmassa todettiin, että asiantuntijuuden tunnistaminen IUHPE:n määritelmän mukaisilla terveyden edistämisen asiantuntijuuden osa-alueilla ei ole aivan yksiselitteistä ja siinä tarvitaan tulkintaa. Myös korkeakouluopinnot suorittaneiden terveyden edistämisen asiantuntijoiden oli itsensä vaikea tunnistaa omaa asiantuntijuuttaan. Terveyden edistämisen asiantuntijoilla tunnistettiin osaamista kaikilla muilla osa-alueilla paitsi johtamisessa ja eettisissä arvoissa. (Ritvos 2016, 54–58.) Lähihoitajilla osaamisen tunnistamista varmasti helpotti heidän työkokemuksensa käytännön terveyden edistämisessä. Kaiken kaikkiaan terveyden edistäminen vaikutti sisältyvän tutkimukseen osallistuneiden lähihoitajien ammatti-identiteettiin (vrt. Eteläpelto & Vähäsantanen 20016, 26,28,45).

Laajempaa yhteiskunnallista osallistumista tai vaikuttamista tuloksissa ei tullut esille. Lähihoitajat eivät tietoisesti vaikuttaneet yleiseen mielipiteeseen, eivätkä he osallistuneet julkiseen keskusteluun terveyden edistämisestä. Lähihoitajat eivät myöskään pyrkineet vaikuttamaan yhteistyökumppaneiden omaan toimintaan.

Lähihoitajilla oli negatiivinen kokemus hoitotyön tämän hetkisestä julkisuuskuvasta. Viime aikoina hoitotyön ongelmat ja laatu puutteet ovat olleetkin paljon esillä julkisessa mediassa. Tähän peilaten tutkimustulokset osoittivat aivan erilaista kuvaa lähihoitajien osaamisesta, sitoutumisesta työhönsä ja työn laadusta.

Terveyden edistämisen asiantuntijuuden perustana olevat terveyden edistämisen tietämys ja eettinen ajattelu nousivat tuloksissa selkeästi esille. Terveyden edistämisen tietoperusta välittyi lähihoitajilla sekä asiakkaiden että kollegoiden voimaantumisen ja osallisuuden tukemisena, terveyteen vaikuttavien tekijöiden ymmärryksenä ja hoito- ja kuntoutusprosessin tuntemuksena. Lähihoitajilla oli työn perustana vahva eettinen pohdinta ja positiivinen asenne. He pyrkivät luomaan asiakaskeskeisen ja asiakasta kunnioittavan työskentelytavan. Asiakkaan itsemääräämisoikeutta haluttiin kunnioittaa asiakkaan päätöksentekokyky huomioiden. Tulos on mielenkiintoinen verrattaessa korkeakoulutasolla hankittua terveyden edistämisen asiantuntijuutta. Ritvoksen (2016, 56) pro gradu -tutkielmassa todettiin, ettei eettisiä arvoja tullut lainkaan esille terveyden edistämisen asiantuntijaosaamisessa. Tämä voi kertoa siitä, että lähihoitajilla terveyden edistäminen on konkreettista asiakastyötä, jolloin myös eettinen pohdinta ja ratkaisut ovat alati läsnä arjessa.

Muutoksen mahdollistaminen näyttäytyi lähihoitajien työssä asiakkaiden arjen mielekkyyden turvaamisena ja pyrkimyksenä luoda työyhteisöön asiakkaiden ja kollegoiden omavaltaisuutta ja osallisuutta turvaavaa toimintakulttuuria. Tälle osa-alueelle kertyi vähiten osaamismerkintöjä. Tämä voi johtua siitä, että muutoksen mahdollistaminen kenties koettiin hieman abstraktiksi toiminnaksi, johon ei osattu ottaa kantaa. Osaamista tunnistettiin ennemminkin konkreettisesti tekemisessä. Kempainen ym. (2013) eivät myöskään erotelleet muutoksen mahdollistamista sairaanhoitajien terveyden edistämisen kompetensseissa omaksi pääluokakseen. Muutoksen mahdollistamisen osaaminen sisältyi sairaanhoitajilla taitoihin ja asenteeseen (Kempainen ym. 2013, 495–497). Kuitenkin Jäppisen (2016, 50–58) opinnäytetyössä muutoksen mahdollistamista voidaan havaita, kun kotihoidon vastuuhoitajina työskentelevät lähihoitajat kokivat pystyvänsä mahdollistamaan asiakkaiden kotona asumisen.

Terveyden puolesta puhuminen näkyi lähihoitajilla positiivisena asenteena asiakkaita, kollegoita ja terveyttä edistävää työtä kohtaan. Lähihoitajat puolustivat asiakkaiden mahdollisuutta ilmaista tarpeitaan ja voimavarojaan osallistua oman terveyden

edistämisen. He vaikuttivat työyhteisössään aktiivisesti riittävien resurssien varmistamiseksi terveyden edistämiseksi ja työhyvinvoinnin ja työssäjaksamisen turvaamiselle. Lähihoitajat pyrkivät tekemään näkyväksi kaiken työn, myös promotiivisen terveyden edistämisen ja kasvavan vastuun opiskelun ohjauksesta, huolellisilla kirjauksilla hoitosuunnitelmiin ja keskusteluilla työyhteisössä. Tällä asiantuntijuuden osa-alueella lähihoitajat kokivat selkeästi eniten osaamista. Lähihoitajat kokivat siis vahvasti roolinsa terveyttä edistävän työkulttuurin vahvistajana ja asiakkaan puolustajana. Turjamaan ym. (2014, 3209–3214) tutkimuksessa kuvattiin vastaavaa ajattelua kotihoidon lähihoitajien toiveissa ja samaan viittaa myös Kuukan ja Kuosan (2016, 37–39) opinnäytetyössä lähihoitajaopiskelijoiden kokemus siitä, että vanhustyön päämääränä on vanhusten hyvinvoinnin edistäminen. Voisiko terveyden puolesta puhumisen ilmeneminen lähihoitajilla kertoa työkulttuurin ja roolien muutoksesta? Lähes kymmenen vuotta aiemmin sairaanhoitajatkin epäröivät terveyden puolesta puhumisessa organisaatioissaan (Pietilä ym. 2009, 7–8, 10), ja terveyden edistämistä on pidetty hoitotyössä lähinnä elämäntapamuutoksiin ohjaamisena (Allen 2014, 52; Brobeck ym. 2013, 376–378; Casey 2007, 1039–1041; Geense, ym. 2013, 20–29; Kempainen ym. 2013, 492; Rash 2008, 7; Whitehead ym. 2008, 181,186).

Välittäjänä toimiminen näyttäytyi lähihoitajilla asiakkaan terveyden edistämiseen sitoutumisena yhteistyössä asiakkaan, läheisten ja moninaisten yhteistyökumppaneiden kanssa. Lähihoitajilla oli runsaasti verkostoja ja yhteistyökumppaneita, joiden kanssa he tekivät yhteistyötä asiakkaan terveyden edistämiseksi. Yhteistyökumppaneita oli asiakkaan lähipiiristä, lähihoitajien omasta organisaatiosta ja organisaation ulkopuolelta. Lähihoitajat aktivoivat asiakkaiden läheisiä osallistumaan ja sitoutumaan asiakkaan terveyden edistämiseen ja ottivat läheiset mukaan asiakkaan tarpeiden arviointiin, terveyden edistämisen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Lähihoitajat osallistuivat vastuullisina jäseninä verkostotyöhön, jossa he pyrkivät luomaan edellytyksiä asiakkaan osallisuudelle ja turvaamaan asiakkaan arjen sujumisen ja mielekkyyden. Lähihoitajat edistivät myös uusien yhteistyökumppanuuksien syntymistä. Tiimi- ja verkostotyöskentelyssä lähihoitajat tunnistivat kohtuullisesti osaamistaan, mutta samalla siinä koettiin myös epävarmuutta. Lähihoitajien työ näyttäisi tuloksen mukaan olevan kehittymässä perinteistä tiimityötä laajemmaksi verkostotyöskentelyksi.

Aikaisemmissa tutkimuksissa yhteistyöosaamisesta on vaihtelevia tuloksia. Turjamaan ym. (2014) tutkimuksessa ei tullut esille vastaavanlaista terveyden edistämisen yhteistyöosaamista kotihoidon lähihoitajilla. Asiakkaat kokivat moniammatillisen yhteistyön lähinnä turvattomuutena ja tuntemattomien ammattilaisten virtana (Turjamaa ym. 2014, 3209–3214). Lähihoitajat eivät siis toimineet tuttuna ja turvallisenä välittäjinä asiakkaan ja muiden ammattiryhmien välillä kotihoidossa. Sairaanhoitajilla puolestaan on kuvattu vastaavanlaista yhteistyöosaamista (Maijala 2016, 41–42; Pietilä ym. 2009, 7–10), mutta toisaalta yhteistyön on todettu olevan vähäistä asiakkaan sidosryhmien kanssa (Kardakis ym. 2013, 81) tai se on asiakkaan ohjaamista muille asiantuntijatahoille (esim. Casey 2007, 1042; Rash 2008, 8; Tappenden ym. 2012, 14,19). Tällaiset vaihtelut tuloksissa voisivat johtua kovin erilaisista terveyden edistämisen konteksteista, joissa tutkimukset on tehty.

Viestintä on keskeinen ja luonnollinen osa lähihoitajan työtä. Terveyden edistämisen asiantuntijuuden osa-alueena se näyttäytyi lähihoitajien työssä läheisenä vuorovaikutussuhteena asiakkaiden kanssa, yhteisen toimintakulttuurin vahvistamisena työyhteisössä ja tiedonkulun turvaamisena työyhteisössä ja verkostossa. Lähihoitajat käyttivät monipuolisesti asiakaslähtöisiä kommunikointimenetelmiä yksilö- ja ryhmäohjauksessa huomioiden asiakkaiden toimintakyvyn, erityistarpeet ja kulttuuriset erityispiirteet kommunikoinnissaan. Vuorovaikutussuhteessa lähihoitajat painottivat vastavuoroiseen vuorovaikutukseen antautumista ja kannustavan ja positiivisen palautteen antamista asiakkaalle sekä huumoria. Näillä viestinnän alueilla lähihoitajat myös tunnistivat osaamistaan. Turjamaa ym. (2014, 2309–2314) kuvaavat terveyden edistämisen ilmenevän kotihoidossa työskentelevillä lähihoitajilla juuri vastaavanlaisissa vuorovaikutussuhteissa. Aiemmissa terveyden edistämisen tutkimuksessa suullinen viestintä on ilmennyt neuvontana, rohkaisemisena, selittämisenä, tiedon antamisena, kertomisena ja opettamisena (Casey 2007, 1042; Geense ym. 2013, 20–29; Kempainen ym. 2013, 492; Rash 2008, 7-8; Pietilä ym. 2009, 6; Tappenden ym. 2012, 14, 19), mikä kertoo ehkä enemmän elämäntapa muutoksiin ohjaamisesta kuin voimaantumista tukevasta vuorovaikutussuhteesta.

Tiedonkulun turvaamisessa kirjallinen viestintä sisälsi pääasiassa kirjaamista asiakaskohtaisiin hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmiin. Lähihoitajat korostivat asiakaslähtöistä, kuvailevaa ja realistista kirjaamista. Lähihoitajat myös tunnistivat itsellään

olevan kirjaamisosaamista, mikä poikkeaa esimerkiksi Jäppisen (2016, 50–58) opinnäytetyön tuloksista. Ilmeisesti hoitotyön rakenteinen kirjaaminen alkaa olla jo käytössä työyhteisöissä ja sen osaamista on työpaikoilla vahvistettu. Suullisella viestinnällä lähihoitajat tukivat työyhteisöä asiakkaan suunnitelman mukaisessa toiminnassa. Suullista tiedottamista ja keskustelua asiakkaan hoidon ja kuntoutumisen etenemisestä kaivattiin lisää työyhteisöihin, joissa oli siirrytty hiljaiseen raportointiin.

Viestintäteknologian osalta lähihoitajat mainitsivat sähköisten tieto- ja raportointijärjestelmien sekä puhelimen käytön. Sosiaalisen median kanavia ei ollut vielä käytössä lähihoitajien työpaikoilla. Sosiaalisen median käyttö kuitenkin lisääntyy jatkuvasti hoitotyössä ja esimerkiksi kotihoidossa tehdään jo virtuaalisia kotikäyntejä (esim. Puustinen 2016).

Johtaminen nousi esiin lähihoitajan työssä ehkä hieman yllättävästikin. Johtamisen elementeistä asiakkaan ja läheisten sitouttaminen terveyden edistämisen suunnitelmiin, päätösten tekeminen asiakas- ja verkostotyössä, työyhteisön toimintatapojen uudistaminen ja riittävien resurssien varmistaminen viittaavat lähihoitajien itsenäiseen ja vastuulliseen rooliin työyhteisössä. Samaa ajatusta vahvistaa lähihoitajien itsearviointi osaamisestaan johtamisen osa-alueella.

Lähihoitajat työskentelivät vastuullisesti asiakkaan omaisten ja muiden verkostojen kanssa yhteiseen näkemykseen pääsemiseksi ennen päätösten tekoa. He myös korostivat jokaisen asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja osallisuutta päätöksentekoon itseään koskevissa asioissa. Tulos kuvaa osallistavaa johtamista ja samantyyppistä jaettava päätöksentekoa kuin Turjamaan ym. (2014) tutkimuksessa kotihoidon lähihoitajilla pitkäaikaisissa asiakassuhteissa. Samassa tutkimuksessa kuitenkin tuli esiin, että valtaosaltaan kotihoidon asiakas sivuutettiin päätöksenteossa (Turjamaa ym. 2014, 3209–3214). Sairaanhoidtajien on toisaalta raportoitu tukevan asiakkaita päätöksenteossa ja sitoutumisessa terveyden edistämisen toimenpiteisiin (Kemppainen ym. 2013, 492), mutta toisaalta asiakkaiden osallisuuden tukeminen on jäänyt lähinnä valintoihin henkilökohtaisissa mieltymyksissä (Kemppainen ym. 2013, 492; Casey 2007, 1042).

Lähihoitajien asenne ja tahto uudistaa työyhteisön toimintatapoja ja varmistaa riittävät resurssit terveyttä edistävälle toimintakulttuurille tulivat esille jo asiantuntijuu-

den osa-alueella ”Terveyden puolesta puhuminen”. Johtamisen alueella tahto konkretisoitui vaikuttamiseksi, mistä kertoo lähihoitajien itsearvioitu osaaminen toimintatapojen uudistamiseen ja kehittämiseen vaikuttamisessa. Kuitenkin myös epävarmuutta ilmaistiin juuri vastuun ottamisessa terveyttä edistävän työympäristön kehittämisessä.

Tarvearviointi, suunnittelu, toimeenpano ja arviointi yhdistyivät hoitotyön prosessina toinen toisiinsa yksilötason terveyden edistämässä. Lähihoitajat kuvasivat tarvearviointia jatkuvaksi ja toistuvaksi toiminnaksi ja se yhdistettiin seurantaan. Näiden pohjalta asetettiin tai muutettiin tavoitteita ja toimenpiteitä. Tämä on luonteva ja sisäistynyt toimintatapa lähihoitajien työn kontekstissa, jossa asiakastyö tehdään pääsääntöisesti pitkäaikaisissa asiakassuhteissa.

Asiakkaan terveyden edistämisen **tarvearviointi** näyttäytyi lähihoitajilla kokonaisvaltaisena ja jatkuvana toimintana, jolla tuettiin asiakkaan voimaantumista ja osallisuutta. He tunnistivat asiakkaan terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä. Lähihoitajat arvioivat myös omaavansa osaamista tarvearvioinnissa. Toisaalta asiakkaan kokonaisvaltaisen tarvearvioinnin tekemisessä ilmaistiin myös epävarmuutta. Vastaavia tuloksia asiakkaiden tarpeiden arvioinnista ja voimavarojen tunnistamisesta sairaanhoitajien osalta raportoivat mm. Casey (2007, 1042), Pietilä ym. (2009, 6) ja Tappenden ym. (2012, 14,19) ja epävarmuutta asiakkaiden moninaisten tarpeiden arvioinnissa raportoi Pietilä ym. (2009, 7–8,10)

Terveyden edistämisen **suunnittelussa** lähihoitajat painottivat yksilöllisten ja realististen tavoitteiden asettamista ja asiakkaalle sopivien toimintatapojen valitsemista tavoitteiden saavuttamiseksi. He toivat myös tällä osa-alueella esille asiakkaan osallisuuden ja yhteistyön sidosryhmien kanssa. Suunnitteluosaamista lähihoitajat ilmaisivat vain kohtuullisesti. Ehkä tämä kuvaa aidosti asiakaslähtöisten tavoitteiden ja toimenpiteiden asettamisen haasteellisuutta, josta kirjoittaa myös Allen (2014, 51–58) artikkelissaan elämäntapamuutosten tukemisesta?

Terveyden edistämisen **toimeenpano** näyttäytyi lähihoitajilla asiakaskeskeisenä toimintana ja yhteistyönä asiakkaan hoitotiimin ja verkostojen kanssa. Toimeenpano-osaaminen tuli vahvasti esille lähihoitajien kyyssä kokeilla erilaisia terveyttä edistäviä toteutustapoja asiakkaan päivittäisen tilanteen mukaan. Tämä osoittaa samalla

heidän osaamistaan jatkuvasta tarvearvioinnista ja seurannasta sekä ymmärrystä joustavasta suunnittelusta. Lähihoitajat myös sitoutuivat asiakasta, omaisia ja henkilöitä osallistumaan asiakkaan terveyden edistämisen toimenpänön lisäämällä heidän tietoisuuttaan tavoitteista ja sovitusta toimenpiteistä. Sitouttamisen menetelminä lähihoitajat käyttivät keskustelua ja erilaisia muistia tukevia kirjallisen viestinnän menetelmiä. Tulos poikkeaa selvästi Turjamaan ym. (2014, 3209–3214) tutkimuksesta, jossa kotihoidon lähihoitajien työ oli asiakasta passivoivaa päivittäisten rutiinien hoitamista. Samoin se poikkeaa aikaisemmista tuloksista, joiden mukaan hoitajien terveyttä edistävä toiminta ei vahvista asiakkaan osallisuutta ja voimaantumista (Casey 2007, 1041–1045; Kemppainen ym. 2013, 492; Warner 2010, 25).

Asiakkaan terveyden edistämisen **arviointi ja tutkimus** tulivat esille lähihoitajan työssä hoitotyön prosessin mukaisena kokonaisvaltaisena seuranta- ja rakenteisena kirjaamisena. Arviointimenetelminä lähihoitajat käyttivät sekä laadullista arviointia että toimintakyky mittareita. Lähihoitajat kokivat runsaasti osaamista näillä osaamisen alueilla. Arviointiosaaminen näkyi vastaavanlaisena lähihoitajien osaamiskartassa vanhusten palveluasumisessa osana päivittäisten toimintojen tukemista hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisena ja sen mukaisena toimintana (Riutta- Huopana 2012, 92–93). Toisaalta lähihoitajat tunnistivat arvioinnin osa-alueella myös kehittämistarvetta, eivätkä he ilmaisseet lainkaan arviointitiedon laajempaa hyödyntämistä uuden tiedon ja näytön tuottamiseen.

Kehittämistarvetta lähihoitajat tunnistivat asiakkaan terveyden edistämisen edistymisen kirjaamisessa ja hoitotiimien arviointipalaverissa. He painottivat huolellista ja kuvailevaa kirjaamista ja kaipasivat lisää seurantatiedon hyödyntämistä tavoitteiden ja toimenpiteiden tarkasteluun, arviointiin ja muuttamiseen. Tuloksesta voitaneen päätellä, että lähihoitajat hallitsivat asiakkaan terveyden edistämisen seurannan ja arvioinnin prosessin, mutta he tunnistivat kehittämistarvetta seurannan ja arvioinnin laatuun. Arviointiosaamisen kehittämistarpeesta kertoo myös Jäppisen (2016, 50–58) opinnäytetyön tulos, jonka mukaan kotihoidon vastuuhoidajina työskentelevät lähihoitajat kokivat epävarmuutta rakenteisen kirjaamisen hyödyntämisessä.

Osoittivatko opinnäytetyön tulokset asiantuntijaosaamista? Tuloksissa lähihoitajien asiantuntijaosaamiseen viittasivat monipuolinen ammattispesifinen tietoperusta ja sen yhdistäminen käytännön toimintaan, reflektiivinen ote päätöksenteossa ja koko-

naisvaltainen näkemys asiakkaan hoidosta ja kuntoutumisesta. Lähihoitajilla oli myös taito hyödyntää sosiaalisia verkostoja työssään. Lisäksi lähihoitajat reflektoivat toimintaansa ja tiedostivat kehittämistarpeita osaamisessaan. (vrt. Collin 2007, 128–129; Lehtinen & Palonen 2011, 26–31; Ruohotie 2006, 106.) Tulokset vastasivat Collinin (2007) kuvausta asiantuntijuudesta. Hänen mukaansa asiantuntijuus kehittyy työssä oppien ja se on kokemuksen ja vuorovaikutuksen kautta kertyvää näkemyksellisyyttä ja kokonaisymmärrystä. (Collin 2007, 136–146.)

8.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Pyrin noudattamaan tieteen etiikkaa ja hyvää tieteellistä käytäntöä läpi koko opinnäytetyön prosessin (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013). Laadullisessa tutkimuksessa etiikka ja luotettavuus eivät ole toisistaan erotettavissa. Kuvailen opinnäytetyön eettistä kestävyyttä pohtimalla tutkimusaiheen valintaa, aineiston hankintaa ja käyttöä sekä tulosten soveltamista. Opinnäytetyön luotettavuutta kuvaan pohtimalla sen sisäistä johdonmukaisuutta, ennakkokäsitykseni muodostamista ilmiöstä, tutkimusmenetelmän valintaa, tulosten luotettavuutta ja tulosten yleistettävyyttä. (Alasuutari 2011, 55, 234–237; Tuomi & Sajajärvi 2012, 3, 20, 34–35, 63–64, 85, 125–127; Silverman 2013, 6-15, 107–109.)

Sovin tutkimuksen toteuttamisesta työpaikallani, eikä tutkimuslupaa tutkimuksen toteuttamiseen tarvittu. Lähetin opiskelijoille osallistumispyynnön, jossa kerroin tutkimuksesta ja aineiston käytöstä. Korostin erityisesti tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta, koska tutkimuksen tiedonkeruu oli yhdistetty opiskelutilanteeseen. Olin varautunut siihen, että joku opiskelijoista ei olisi suostunut tutkimukseen. Learning Café -tilaisuudessa ei olisi ollut mahdollista huomioida tutkimuksesta kieltäytyvien ilmauksia, joten siinä tapauksessa olisin tehnyt muutoksen tiedonkeruun suunnitelmaani. Kaikki kuitenkin suostuivat osallistumaan tutkimukseen. Käsittelin luottamuksellisesti tutkimusaineistoa ja huolehdin osallistujien anonymiteetin säilymisestä tutkimustulosten raportoinnissa. Kaikki osallistujiin liittyvät tiedot hävitetään opinnäytetyön julkaisun jälkeen. (Kuula 2011, 71–84, 139–143.)

Opinnäytetyöni aiheena oli lähihoitajien terveyden edistämisen asiantuntijuus, jonka merkittävyys perustuu käynnissä olevaan Sote-uudistukseen, lähihoitajien työelämän

muutokseen ja ammatillisen koulutuksen kykyyn vastata osaamistarpeiden muutokseen. Ammatillisen koulutuksen edustajana oma näkökulmani opinnäytetyön tuloksiin on ammatillisen osaamisen vahvistaminen ja käytännöllisen asiantuntijuuden kehittäminen.

Rakensin esiyymmärrystäni tutkittavasta aiheesta kotimaisia ja kansainvälisiä tieteellisiä lähteitä hyödyntäen. Lähihoitajien terveyden edistämisen asiantuntijuutta käsitteleviä tutkimuksia en löytänyt, mikä vahvisti päätöstäni tarttua juuri kyseiseen aiheeseen. Teoreettisen taustan kokoamisessa hyödynsin tutkimuksia lähihoitajien terveyden edistämisen osaamisesta ja terveyden edistämisen asiantuntijuudesta hoitotyössä pääasiallisena kohderyhmänä sairaanhoitajat. Keskeiseksi teoreettiseksi lähtökohdaksi valitsin IUHPE:n määrittelyn terveyden edistämisen asiantuntijuudesta. Määritelmän sisältämät osaamisvaatimukset on alun perin suunnattu korkeakoulututkinnon suorittaneille henkilöille, ja halusin tarkastella, miten ne sopisivat ammatillisen perustutkinnon suorittaneille.

Valitsin tutkimuksen tiedonantajiksi henkilöitä, joiden arkityössä tutkittava ilmiö esiintyy ja jotka samalla ovat tutkimuksen kannalta helppo saavuttaa. Kohderyhmä koostui opiskelijaryhmästä, jossa lähihoitaja- tai perushoitajatutkinnon aiemmin suorittaneet opiskelijat täydensivät osaamistaan työn ohessa opiskellen. Kaikki tutkimukseen osallistujat tekivät hoitotyötä ja työkokemusta heillä oli 2–26 vuotta. Osallistujien työpaikat vastasivat lähihoitajan tyypillisiä hoitotyön työympäristöjä: terveyskeskuksen vuodeosasto, vanhusten ja kuntoutujien asumispalvelut ja kotihoito.

Tiedonkeruun menetelmäksi valitsin mahdollisimman luonnollisen opiskelutilanteen, jotta tutkimuksen tiedonkeruu ja tiedonantajien opiskelu tukisivat toisiaan. Learning Café -menetelmä sopi hyvin tiedonkeruun menetelmäksi kyseiselle kohderyhmälle ja käytettävissä olevaan aikaan. Ryhmän jäsenet tunsivat toisensa entuudestaan ja keskustelu käynnistyi luontevasti. Pöytäliinoin kirjottamisesta piti osallistujia muistuttaa pitkin tilaisuuden kulkua, mutta lopulta ilmauksia kuitenkin kirjoitettiin pöytäliinat täyteen. Ilmaukset olivat lyhyitä, pääasiassa yksittäisiä sanoja, joten aineiston analyysissä oli mukana tulkintaa jo aineiston ryhmittelyvaiheessa. Luotettavuuteen saattoi vaikuttaa pöytäkysymysten määrä ja kysymysten suomentaminen. Keskustelun pohjaksi pöytiin annettuja kysymyksiä oli melko paljon, mikä saattoi vähentää kirjoittamista pöytäliinoin ja vaikeuttaa pöytäemännän roolia aiemmin käydyn kes-

kustelun avaajana. Muotoilin itse pöytäkysymykset englanninkielisestä alkuperäis-tekstistä, millä saattoi olla vaikutusta tulosten vertailussa IUHPE:n määrittelemään asiantuntijuuden kriteeristöön.

Tiedonkeruun osaamisen itsearvioinnista tein värikoodatuilla liimalapuilla, joita osallistujat kiinnittivät pöytäliinoin kirjoitettujen ilmausten viereen. Tämä onnistui hyvin ja osaamisen merkintöjä käytettiin runsaasti. Liimalaput eivät pysyneet kertakäytötlakanoiden pinnassa kovin tiukasti, joten toimimme niiden kanssa varoen ja varmistimme yhdessä, ettei yksikään liimalappu irronnut paikaltaan. Teippasin liimalaput heti tilaisuuden jälkeen kiinni pöytäliinoin ja valokuvasin pöytäliinat ennen koon taittamista. Itsearviointivaiheessa opiskelijat pääsivät vielä tarkastelemaan yhteisesti tuotettua näkemystä terveyden edistämisestä. He kokivat Learning Café -tyyppisen opiskelumenetelmän mielekkääksi.

Tutkimusraportissa olen kuvannut mahdollisimman avoimesti ja yksityiskohtaisesti tutkimuksen kulkua, aineiston analyysia ja tulkintaa sekä tulosten muodostumista. Analyysin luotettavuutta olisi voinut parantaa triangulaatiolla, jos minulla olisi ollut tutkijatoveri tulosten analyysivaiheessa. Koska tein opinnäytetyön yksin, pyrin parantamaan analyysin luotettavuutta sillä, että en kiirehtinyt analyysin teossa. Pidin useamman päivän taukoja analyysikierrosten välillä, jolloin pääsin palaamaan aineistoon taas uusin silmin ja tarkentamaan alustavia aineiston ryhmittelyjä.

Pyrin liittämään opinnäytetyön tulokset teorian tietoon ja aiempiin tutkimustuloksiin kuitenkin niiden ainutkertaisuutta hävittämättä. Tein johtopäätöksiä tuloksista tiedostaen niiden kuvastavan yhtä todellisuutta tietyssä hetkessä. Tuloksia ei ole tarkoitus yleistää muihin konteksteihin sopivaksi, vaan ne kuvastavat tutkimukseen osallistuvien käsitystä käytännön todellisuudesta tutkimushetkellä.

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyössä käytettiin teoreettisena taustana IUHPE:n määrittelemien terveyden edistämisen osaamisvaatimuksia, jotka on laadittu korkeakoulu-tasoisien koulutuksen suorittaneille terveyden edistäjille. Tulosten mukaan osaamisvaatimukset tulivat kuitenkin esille myös lähihoitajien työssä. **Johtopäätöksenä** opinnäytetyön tuloksista voidaan siis todeta, että IUHPE:n määritelmää terveyden edistämisen asi-

antuntijuudesta voidaan hyödyntää ammatillisen perustutkinnon suorittaneiden terveyden edistämistä tekevien henkilöiden osaamisen tarkastelussa. Jatkotutkimuksena olisi kiinnostavaa selvittää kattavammin IUHPE:n määritelmän mukaisen terveyden edistämisen asiantuntijuuden näyttäytymistä lähihoitajilla. Hyödyllisiä tutkimuskohteita olisivat myös yksittäisten terveyden edistämisen asiantuntijuuden osaamisalueiden ilmeneminen lähihoitajien työssä.

Tulosten mukaan lähihoitajat tunsivat osaamistaan kaikilla terveyden edistämisen asiantuntijuuden osa-alueilla ja he ilmaisivat vain vähäisesti epävarmuutta terveyden edistämisen osaamisessaan. Erittäin vahvasti itsearvioitu osaaminen tuli esiin terveyden puolesta puhumisen osa-alueella. **Toisena johtopäätöksenä** voidaan todeta, että terveyden edistäminen sisältyi tutkimukseen osallistuneiden lähihoitajien arkityöhön ja terveyden edistäminen oli jo osa heidän ammatti-identiteettiään. Tutkimus lähihoitajien ammatti-identiteetistä terveyden edistäjänä voisi olla hyödyllinen lähihoitajien työnkuvien ja roolin muuttuessa ja sosiaali- ja terveystieteiden uudistuessa.

Opinnäytetyön **tuloksia voidaan hyödyntää** lähihoitajakoulutuksen kehittämisessä Luksiassa. Parhaillaan uudistuvissa tutkinnon perusteissa on terveyden edistäminen nostettu esiin entistä laaja-alaisemmin, ja niihin perustuvalla opetuksen suunnittelulla luodaan pohja terveyden edistämisen asiantuntijuuden kehittymiselle. Terveyden edistämisen asiantuntijuuden perustan – sisältöjen ja eettisen osaamisen – lisäksi koulutuksessa vahvistetaan opiskelijan osaamista asiakasohjauksessa, viestinnässä ja kommunikoinnissa, asiakkaan voimaantumista ja osallisuutta tukevista yhteistyötavoista sekä terveyden edistämisen prosessin hallinnassa. Päätöksenteko-, ongelmanratkaisu- ja kehittämistaitojen oppiminen integroituu useisiin opetussisältöihin, ja niiden vahvistumista voisi varmistaa työssäoppimisen yhteydessä. Opetussuunnittelussa voitaisiin tarkastella terveyttä ja hyvinvointia edistävää näkökulmaa koko koulutuksen läpäisevänä teemana. Lisäksi Luksiassa voitaisiin tarkastella mahdollisuuksia tukea terveyden edistämisen asiantuntijuuden kehittymistä ammatillisena lisäkoulutuksena.

Lähteet

- Aalto-Kallio, M. & Mäkipää, E. 2010. Käytäntöjä terveydenedistämiseksi. Katsaus terveyden edistämisen rakenteiden kehittämistyöhön. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus. Viitattu 23.10.2016.
http://www.soste.fi/media/pdf/julkaisut/kaytantoja_terveyden_edistamiseksi_2010.pdf.
- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. 4. uud.p. Tampere. Osuuskunta Vastapaino.
- Allen, C. 2014. Supporting effective lifestyle behaviour change interventions. *Nursing Standard*, 28, 24, 51-58. Viitattu 26.2.2017. <https://janet.finna.fi>, Cinahl.
- Brobeck, E., Obencrants, S., Bergh, H. & Hildigh, C. 2013. Health promotion practice and its implementation in Swedish health care. *International Nursing Review*, 60, 3s. 374-380. Viitattu 4.12.2016. <https://janet.finna.fi>, Academic Search Elite.
- Brown, J. 2005a. Beginning An the Invitation Conversation: to the World Café. Julkaisussa *World Cafe: Shaping Our Futures Through Conversations That Matter*. Toim. J. Brown, D. Isaacs, & World Cafe Community. Berrett-Koehler Publishers, e-kirja, 18 - 25. Viitattu 7.3.2017. <https://janet.finna.fi>, Academic Search Elite.
- Brown, J. 2005b. Guiding The Art the of Café Process: Hosting. Julkaisussa *World Cafe: Shaping Our Futures Through Conversations That Matter*. Toim. J. Brown, D. Isaacs, & World Cafe Community. Berrett-Koehler Publishers, e-kirja, 142 – 175. Viitattu 7.3.2017. <https://janet.finna.fi>, Academic Search Elite.
- Butcher, D. & MacKinnon, K 2015. Educational silos in nursing education: a critical review of practical nurse education in Canada. *Nursing Inquiry*, 22, 3, s. 231-239. Viitattu 14.12.2016. <https://janet.finna.fi>, Cinahl.
- Casey, D. 2007. Nurses' perceptions, understanding and experiences of health promotion. *Journal of Clinical Nursing* 16, 6, s. 1039-1049. Viitattu 21.11.2016. <https://janet.finna.fi>, Cinahl.
- Collin, K. 2007. Työssä oppiminen. Julkaisussa *Aikuiskasvatus tieteenä ja toimintakenttänä*. Toim. K. Collin & S. Paloniemi. Juva: PS-kustannus., 123 – 154.
- Constitution of WHO: principles. 2017. World Health Organization –järjestön verkkosivu. Viitattu 12.2.2017. <http://www.who.int/about/mission/en/>.
- Corazzini, K., Anderson, R., Mueller, C., Thorpe, J. & McConnell, E. 2013. Licensed Practical Nurse Scope of Practice and Quality of Nursing Home Care. *Nursing Research*, 62, 5, s. 315-324.
- Eskola, J. 2015. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Julkaisussa *ikkunoita tutkimusmetodeihin 2*. Toim. R. Valli & J. Aaltola. Juva: PS-kustannus. 4. uud.p., 185 – 206.
- Eteläpelto, A. & Vähäsantanen, K. 2006. Ammatillinen identiteetti persoonallisena ja sosiaalisena konstruktiona. Julkaisussa *Ammatillisuus ja ammatillinen kasvu*. Toim.

A. Eteläpelto & J. Onnismaa. Aikuiskasvatuksen 46. vuosikirja. Vantaa: Kansanvalistusseura, 26 – 49.

Geense, W., van de Glind, I., Visscher, T. & Achterberg, T. 2013. Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study. BMC Family Practice, 14,1 s. 20-29. Viitattu 4.12. 2016. <https://janet.finna.fi/>, Academic Search Elite.

Goodman, C., Davies, S, Dinan, S., Tai, S. & Iliffe, S. 2011. Activity promotion for community-dwelling older people: a survey of the contribution of primary care nurses. British Journal of Community Nursing, 16, 1, s. 12 – 17. Viitattu 4.12.2016. <https://janet.finna.fi/>, Academic Search Elite.

Green, T., Tones, K., Cross, R. & Woodall. J. 2015. Health promotion planning and strategies. 3.p. Lontoo: Sage Publications.

Hakala, R., Tahvanainen, S. & Virtanen, K. 2012. Sosiaali-, terveys- sekä kuntoutus- ja liikunta-alan osaamistarpeiden ennakointi. Synteesi 2006 –2012 tehdyistä ennakointiselvityksistä. Opetushallitus. Viitattu 23.2.2017. http://www.oph.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/oph/embeds/ophwwwstructure/141375_Sosiaali-terveys-seka_kuntoutus-ja_liikunta-alan_osaamistarpeiden_ennakointi.pdf.

Hanhinen T. 2010. Työelämäosaaminen. Kvalifikaatioiden luokitusjärjestelmän konstruointi. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, kasvatustieteiden laitos. Viitattu 23.2.2017. <https://www.tsr.fi/documents/20181/40645/107208Loppuraportti.pdf/432f1ae2-efda-42de-84bd-e2b516270362>.

Innokylä. 2017. Learning Café eli oppimiskahvila. Viitattu 7.3.2017. <https://www.innokyla.fi/web/malli2825539>.

IUHPE core competencies and professional standards. 2016. International Union of Health Promotion and Education –järjestön verkkosivu. Viitattu 9.3.2017. [http://www.iuhpe.org/images/JC-Accreditation/Core_Compencies_Standards linkE.pdf](http://www.iuhpe.org/images/JC-Accreditation/Core_Compencies_Standards_linkE.pdf).

Julkunen, R. 2007. Työ – talouden ja minän välissä. Julkaisussa Työ, identiteetti ja oppiminen. Toim. A. Eteläpelto, K. Collin & J. Saarinen. Helsinki: WSOY, 18 – 48.

Junnila, R., Koskinen, S., Stolt, M. & Salminen, L. 2011. Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen. Turku: Turun yliopisto.

Jäppinen, M. 2016. Kuinka vastaan asiakkaan tarpeisiin vielä huomennakin. Vastuuhoitajan ajatuksia kotihoidon työn kehittämistä Peruspalvelukeskus Oivassa. Opinnäytetyö, yempi AMK. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveys- ja liikunta-ala, sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Viitattu 20.8.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2016060612127>.

Kallinen, S. 2016. Sote-uudistus ja sen merkitys ammattilaisten arvoihin, asenteisiin ja osaamistarpeisiin. Opetushallituksen verkkosivu. Viitattu 6.1.2017. <http://www.oph.fi/opetushallitus/seminaariaineistot/SosiaaliTerveys>.

- Kardakis, T., Weinehall, L. Jerdén, L., Nyström, M. & Johansson, H. 2013. Lifestyle interventions in primary health care: professional and organizational challenges. *European Journal of Public Health*, 24, 1, s. 79-84. Viitattu 23.2.2017.
<https://academic.oup.com/eurpub/article-lookup/doi/10.1093/eurpub/ckt052>.
- Karkulainen, M. & Metso V. 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Perustutkinnon rakenne-ehdotus. Opetushallituksen verkkosivu. Viitattu 6.1.2017.
<http://www.ooph.fi/opetushallitus/seminaariaineistot/SosiaaliTerveys>.
- Kempainen, V., Tossavainen, K. & Turunen H. 2013. Nurse's role in health promotion practice: an integrative review. *Health Promotion International*, 28, 4, s. 490-501. Viitattu: 25.2.2017.
<https://academic.oup.com/heapro/article/28/4/490/556908/Nurses-roles-in-health-promotion-practice-an>.
- Keskeisiä käsitteitä. 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivu. Viitattu 12.2.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eri-arvoisuus/keskeisia-kasitteita>.
- Koskinen, A-M. & Laibert, P. 2011. Lähihoitaja tulevaisuuden hoitotyön osaajana. Julkaisussa SOTE ennakointi. Sosiaali- ja terveysalan sekä varhaiskasvatuksen tulevaisuuden ennakointi. Toim. M-L. Vesterinen. Iisalmi: Etelä-Karjalan koulutuskuntayhtymä, 67-80. Viitattu 24.2.2017.
http://www.tutkintotoimikunnat.fi/download/133556_SOTE-ENNAKOINTI_loppuraportti.pdf#page=30.
- Koskinen-Ollonqvist, P. , Aalto-Kallio, M., Mikkonen, N., Nykyri, P., Parviainen, H., Saikkonen, P. & Tamminiemi, K. 2007. Rajoilla ja ytimessä. Terveyden edistämisen näyttökirjatutkimuksissa. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus. Viitattu 25.11.2016.
<http://phekaisevatyo.pbworks.com/w/file/42013163/Rajoilla%20ja%20ytimes%20C3%A4.pdf>.
- Kuukka, A. & Kuosa, M. 2016. Vanhustyön vetovoimaisuus tulevaisuudessa. Hoitoalan opiskelijoiden käsityksiä vanhustyöstä. Opinnäytetyö, ylempi AMK. Saimaan ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala, terveyden edistämisen koulutusohjelma, johtamisen osaaminen. Viitattu 6.10.2016.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2016082313778>.
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2.p.Tampere: Vastapaino.
- Lehtinen, E. & Palonen, T. 2011. Asiantuntijaosaamisen luonne ja osaamisen tunnistamisen haasteet. *Ammattikasvatuksen aikakauskirja* 13, 4, 24–42. Viitattu 23.2.2017: http://www.okka-saatio.com/aikakauskirja/pdf/Aiakak_4_2011_lehtinen.pdf.
- Lindström, B. & Eriksson, M. 2012. Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen – teoria terveyden resursseista. Julkaisussa Terveyden edistäminen. Teoriasta toimintaan. 1.-2.p, Toim. A-M. Pietilä. Helsinki: Sanoma Pro, 32-52.

Lähihoitaja. 2017. Luksian verkkosivu. Viitattu 31.10.2017.

<https://www.luksia.fi/koulutustarjonta/koulutusalat/sosiaali-terveys-ja-liikunta-ala/tutkinnot/lahihoitaja>.

Maijala, V. 2016. Health promotion in primary health care registered nurses' appointments. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta. Viitattu 6.10.2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2105-5>.

Mik-Meyer, N. 2014. Health promotion viewed in a critical perspective. Scandinavian journal of public health, 42, 15, s. 31–35. Viitattu 8.12. 2016. http://sjp.sagepub.com/content/42/15_suppl/31.

Mikkonen, J. 2015. Terveyden tasa-arvon tulevaisuus. Demos Helsinki associate. Viitattu 23.2.2017. <http://www.demohelsinki.fi/wp-content/uploads/2015/01/Terveys-tasa-arvon-tulevaisuus.pdf>.

Pietilä, A-M. 2012. Teorioista toimintaan. Julkaisussa Terveyden edistäminen. Teoriasta toimintaan. 1.-2.p. Toim. A-M. Pietilä. Helsinki: Sanoma Pro, 274-277.

Pietilä, A-M., Länsimies-Antikainen, H, Vähäkangas, K. & Pirttilä, T. 2012. Terveyden edistämisen eettinen perusta. Julkaisussa Terveyden edistäminen. Teoriasta toimintaan. 1.-2.p. Toim. A-M. Pietilä. Helsinki: Sanoma Pro, 15 – 31.

Pietilä, A-M., Varjoranta, P. & Matveinen, M. 2009. Perusterveydenhuollon henkilöstön näkemyksiä terveyden edistämisestä. Arvoperustasta toiminnan kehittämiseen. Tutkiva hoitotyö, 7, 3, s. 5-1.

Puustinen, U. 2016. Virtuaalipalvelu tuli kotohoitoon: Täällä etähoitaja, kuuleeko Tauno? Motiivi-verkkolehti. JHL. Viitattu 29.10.2017. <https://motiivilehti.fi/lehti/artikkeli/etahoitaja/>.

Rash, E. 2008. Advanced practice nursing students' perceptions of health promotion. Southern Online Journal of Nursing Research, 8, 3, s. 1-12. Viitattu 21.11.2016. <https://janet.finna.fi>, Cinahl.

Ritvos, E. 2016. Terveyden edistämisen asiantuntijuuden kehittyminen yliopistokoulutuksessa. Terveyskasvatuksen oppiaineesta valmistuneiden opiskelijoiden näkemyksiä koulutuksesta. Pro Gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos. Viitattu 7.3.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ju-201611114609>

Riutta-Huopana, A. 2012. Lähihoitajan ammatillinen osaaminen vanhusten asumis- palveluyksikössä. Osaamiskartan kehittäminen lähihoitajan ammatillisen osaamisen arviointiin ja kehittämiseen. Opinnäytetyö, ylempi AMK. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Viitattu 2.10.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2012121819869>.

Ruohotie, P. 2006. Metakognitiiviset taidot ja ammatillinen kasvu asiantuntijakoulutuksessa. Julkaisussa Ammatillisuus ja ammatillinen kasvu. Toim. A.Eteläpelto & J. Onnismaa. Aikuiskasvatuksen 46. vuosikirja. Vantaa: Kansanvalistusseura, 106 - 122.

Sajantola, M. 2017. SuPerin kansainvälinen toiminta. SUPER 3, 39.

- Salo, T. 2010. Kuntoutuksen koulutusohjelman suorittanut lähihoitaja. Kohtaavatko koulutuksen antamat valmiudet ja työelämän. Pro Gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos. Viitattu 25.11.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ju-201010182999>.
- Silverman, D. 2013. Doing Qualitative research. 4.p. Lontoo: Sage Publications.
- Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto. 2016. Näyttötutkintojen e-perusteet. Opetushallituksen verkkosivu. Viitattu 23.10.2016. <https://eperusteet.opintopolku.fi/#/fi/esitys/1724172/naytto/tiedot>.
- Tappenden, P., Campbell, F., Rawdin, A., Wong, R. & Kalita, N. 2012. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review. Health Technology Assessment, 16, 20, s. 1-72. Viitattu 4.12.2016. <https://janet.finna.fi/> PubMed.
- Terveyden edistäminen. 2016. Perustelut. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivu. Viitattu 23.10.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen>.
- Terveyden edistämisen laatusuositus. 2006. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 23.10.2016. <http://stm.fi/terveyden-edistamisen-laatusuositus>.
- Terry, J., Raithby, M., Cutter, J. & Murphy, F. 2015. A menu for learning: a World Café approach for user involvement and inter-professional learning on mental health. Social Work Education, 34, 4, s. 437–458. Viitattu 7.3.2017. Viitattu 7.3.2017. <https://janet.finna.fi>, Academic Search Elite.
- Terveydenhuoltolaki. L1326/2010. Viitattu 6.1.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
- The determinants of health. 2010. World Health Organization –järjestön verkkosivu. Viitattu 12.2.2016. <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>.
- The Ottawa Charter for Health Promotion. 2016. World Health Organization –järjestön verkkosivu. Viitattu 23.10.2016. www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/.
- Tilinpäätös 2016. Luksia, Länsi-Uudenmaan koulutuskuntayhtymä. Viitattu 31.10.2017. [https://www.luksia.fi](https://www.luksia.fi/tietoa-luksiasta) /tietoa-luksiasta.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 9. uud.p. Helsinki: Tammi.
- Turjamaa, R., Hartikainen, S., Kangasniemi, M & Pietilä, A-M. 2014. Living longer at home: a qualitative study of older clients' and practical nurse's perceptions of home care. Journal of Clinical Nursing, 23, 21/22, s. 3206-3217. Viitattu 5.3.2017: . <https://janet.finna.fi>, Cinahl.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki: Suomen akatemia. Viitattu 4.1.2017. <http://www.aka.fi/etiikka>.
- Vaarama, M., Mukkila, S. & Hannikainen-Ingman, K. 2014a. Suomalaisten elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Julkaisussa Suomalaisten hyvinvointi 2014.

Toim. M. Vaarama, S. Karvonen, L. Kestilä, P. Moisio & A. Muuri. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino, 20 - 39.

Vaarama, M., Mukkila, S. & Hannikainen-Ingman, K. 2014b. 80 vuotta täyttäneiden elämänlaatu ja elinolot. Julkaisussa Suomalaisten hyvinvointi 2014. Toim. M. Vaarama, S. Karvonen, L. Kestilä, P. Moisio & A. Muuri. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino, 40 – 61.

Vesterinen, M-L. 2011. Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden visio, muutokset ja haasteet. Julkaisussa SOTE ennakointi. Sosiaali- ja terveysalan sekä varhaiskasvatuksen tulevaisuuden ennakointi. Toim. M-L. Vesterinen. Iisalmi: Etelä-Karjalan koulutuskuntayhtymä, 29 - 44. Viitattu 24.2.2017.

http://www.tutkintotoimikunnat.fi/download/133556_SOTE-ENNAKOINTI_loppuraportti.pdf#page=30.

Viitala, R. 2013. Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. 4. uud.p. Helsinki: Edita Publishing.

Warner, J. 2010. Behaviour change strategies for novice **practice** nurses. Primary Health Care, 20, 9, s. 25-28. Viitattu 21.11.2016. <https://janet.finna.fi>, Cinahl.

Whitehead, D., Wang, Y., Wang, J. Zhang, J. Sun, Z. & Xie, C. 2008. Health promotion and health education practice: nurses' perceptions. Journal of Advanced Nursing 61, 2, s. 181–187. Viitattu 16.2.2017. <https://janet.finna.fi>, Cinahl.

Liitteet

Liite 1. Tiedote ja suostumuslomake tutkimukseen osallistujille

Hyvät opiskelijat, pyydän teitä osallistumaan opinnäytetyöni tiedonkeruuseen.

Opinnäytetyöni sisältyy opintoihini Jyväskylän ammattikorkeakoulussa, jossa suoritan parhaillaan terveydenedistämisen yamk-tutkintoa. Opinnäytetyön tarkoituksena on saada tietoa lähihoitajakoulutuksen kehittämiseen Luksiassa.

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, millaista terveyden edistämisen osaamista lähihoitajat kokevat omaavansa työssään sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa. **Tämän aiheen selvittämiseen te olette avainhenkilöitä!**

Opinnäytetyön tiedonkeruussa käytetään **Learning Café – menetelmää**. Learning Café on ryhmäkeskustelua muistuttava oppimistilanne, johon nimensä mukaisesti sisältyy kahvilamainen tarjoilu. Learning Caféssa osallistujat jaetaan pöytäkuntiin ja keskustelua käydään pienryhmissä annetuista teemoista. Learning Café – menetelmään kuuluu olennaisesti pöytäliinoin kirjottelu: osallistujat kirjoittavat pöytäliinoin (paperiset kertakäyttöliinat) keskustelun aikana heränneet ajatuksensa. Toisen ajatuksia voi vapaasti jatkaa ja täydentää. Pöytäseurueet vaihtavat kahvilapöytiä ja jokainen seurue keskustelee jokaisesta temasta tilaisuuden aikana. Opinnäytetyön aineistoa tulevat olemaan pöytäliinakirjoitukset.

Kehittämistyöhön osallistuminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Learning Café toteutetaan osana lähiopetusta ja tutkimuksesta kieltäytymisellä ei ole vaikutusta oppimistilanteeseen osallistumiseen. Kerätty aineisto säilytetään Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeen mukaisesti ja hävitetään tulosten raportoinnin jälkeen. Opinnäytetyön raportoinnissa huolehditaan osallistujien anonymiteetistä, eikä raportissa esitetä osallistujien henkilö- tai työpaikkatietoja.

Yhteystiedot

Suostumuslomake

Tietoisena Leena Joki-Korpelan toteuttaman opinnäytetyön tarkoituksesta, suostun vapaaehtoisesti osallistumaan opinnäytetyön aineiston keruuvaiheeseen.

Olen tietoinen opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteista ja annan luvan tuottamani tiedon käyttöön tutkimustarkoituksessa. Tiedän, että kerätty aineisto säilytetään Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaisesti ja hävitetään tulosten raportoinnin jälkeen. Tiedän myös, että opinnäytetyön tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei minua tai antamiani vastauksia voida tunnistaa raportoinnissa. Raporttiin saataan liittää suoria lainauksia pöytälinakirjoituksista, mutta niihin ei liitetä tietoja kirjoittajasta. Minulla on milloin tahansa mahdollisuus keskeyttää osallistumiseni tutkimukseen syytä ilmoittamatta.

Aika ja paikka

Osallistujan allekirjoitus ja nimenselvennys

Yhteystiedot

Liite 2. Learning Café pöytäkysymykset

Miten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen onnistuu lähihoitajan arjessa?

PÖYTÄ NRO 1

1. Miten innostatte / aktivoitte / vahvistatte / mahdollistatte
 - yksittäistä asiakasta tai hänen läheistään/läheisiään toimimaan omaa terveyttään ja hyvinvointiaan edistäen?
 - entä, koko asiakaskuntaanne tai työyhteisöänne tai koko työnantajaorganisaatiota toimimaan terveyttä ja hyvinvointia edistäen?
 - entä työpaikan ulkopuolisia yhteisöjä ja organisaatioita kehittämään terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä ja terveyserojen vähentämistä?
2. Millä tavoin tuotte työpaikalla esille terveyden ja hyvinvoinnin asiaa?
 - sitä voidaan tehdä yhdessä asiakkaan, hänen läheistensä, työyhteisön tai koko organisaation kanssa ja niiden puolesta.
3. Miten herättelette ja vaikutatte yleiseen mielipiteeseen terveyden ja hyvinvoinnin asioissa?
4. Millä tavoin puhutte terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen tarvittavien resurssien puolesta?
 - työpaikalla?, muualla kuin työpaikalla?
5. Millaista yhteistyötä eri sektoreiden ja yhteistyökumppaneiden kanssa teette terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvissä asioissa? Keiden kanssa?
6. Millaista viestintää käytätte terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä? Millaisissa tilanteissa? Miten huomioitte kulttuuriset seikat ja erityisryhmät?
 - perinteistä suullista ja kirjallista viestintää?, verbaalista ja non-verbaalista viestintää?, kuuntelemista?, uudistuvaa informaatioteknologiaa?, miten hyödynnätte mediaa?

Viestintä voi suuntautua yksittäiselle asiakkaalle, hänen läheiselleen, koko asiakaskunnalle, työyhteisölle, koko työnantajaorganisaatiolle, erilaisille sidosryhmille ja yhteistyökumppaneille tai se voi olla myös julkista viestintää ”suurelle yleisölle”

PÖYTÄ NRO 2

1. Millaista vuorovaikutusta ja ohjausta käytätte terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä asiakastyössä?
 - Miten kuvailisitte vuorovaikutustanne asiakkaiden kanssa?
 - Millaisia asioita terveyttä ja hyvinvointia käsittelevä vuorovaikutus sisältää?
 - Millaista terveyttä ja hyvinvointia edistävää ryhmäohjausta teette?
2. Millaista yhteistyötä eri sektoreiden ja yhteistyökumppaneiden kanssa teette terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvissä asioissa? Keiden kanssa? Miten?
3. Millaista tiimi-/ryhmätyöskentelyä teette terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä?
 - Millaisissa ryhmissä ja tiimeissä? (asiakastyö/työyhteisö/työpaikan ulkopuolella)
 - Millaisissa asioissa tai tilanteissa neuvottelette, motivoitte, teette päätöksiä, ratkotte ristiriitoja ja ongelmia ja toimitte mahdollistajina?

4. Millä tavoin sisällytätte uutta terveyttä ja hyvinvointia koskevaa tietoa (tutkimustieto, hyvät käytänteet, näyttöön perustuva tieto) arkityöhön ja miten tuotte tietoa työyhteisön yhteiseksi osaamiseksi?
5. Millaisissa tilanteissa otatte vastuuta siitä, että terveyttä ja hyvinvointia edistävä toiminta suuntautuu kohti haluttua päämäärää? (asiakkaan / ryhmän / työyhteisön tai/ja muiden yhteisöjen kanssa)
 - Esimerkkejä?
 - Miten vaikutatte siihen, että valittuun suuntaan edetään? Miten sitoutatte asiakkaan läheisiä? Entä erilaisia sidosryhmiä? Miten myötävaikutatte riittävien resurssien saamiseen?

PÖYTÄ NRO 3

1. Millä tavoin määrittelette terveyden ja hyvinvoinnin tarpeita yksittäisen asiakkaan, koko asiakaskunnan, työyhteisön tai muun, työpaikan ulkopuolisen, yhteisön osalta?
 - Keiden osalta teette terveyden ja hyvinvoinnin tarpeiden arviointia?
 - Keiden kanssa teette tarpeiden arviointia?
 - Millä tavoin huomioitte terveyttä ja hyvinvointia vahvistavia ja heikentäviä tekijöitä tarpeiden arvioinnissa? (esim. yksilölliset fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät, kulttuuriset asiat, ympäristö ja talous)
 - Millä tavoin teette tarpeiden tärkeysjärjestykseen asettamista?
2. Millä tavoin teette tarpeiden arviointiin perustuvaa terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen suunnittelua työssänne?
 - Millaisia tavoitteita ja päämääriä asetatte? Välitavoitteita? tarkkoja/suurpiirteisiä?
 - Keiden kanssa teette suunnittelua?
 - Mihin kirjaatte tavoitteet?
 - Millaista teoreettista tai teoreettisia malleja käytätte suunnittelun pohjana?
3. Millä tavoin toteutate asiakkaalle, asiakaskunnalle tai työyhteisölle laadittua terveyden edistämisen suunnitelmaa?
 - miten osallistatte asiakkaan (tai muun kohderyhmän) toteutusvaiheessa?
 - miten huomioitte tehokkuuden, vaikuttavuuden?
 - miten huomioitte kulttuuriset ja eettiset seikat?
 - millaisia kokeiluja tai pilotointeja teette toteutusvaiheessa?
 - miten seuraatte toteutusvaiheen etenemistä ja resurssien riittävyttä?
4. Millä tavoin arvioitte toteutettua terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä?
 - millaisia arviointimenetelmiä käytätte?
 - mitä asioita arvioitte?
 - mitä vaiheita arvioitte: tarpeen arviointi / suunnittelu / toteuttaminen / tulokset?
 - miten hyödynnätte / käytätte arvioinnin perusteelle syntyvää tietoa?

Liite 3. Esimerkki tutkimusaineiston analyysin kulusta

1. Vaihe: Ilmausten ryhmittely kysymyksittäin

2. Resurssien puolesta puhuminen

HOITAJAMITOITUKSET

Työn tasaaminen / jatkuvuus

HOITAJAT ASUKKAITA VARTEN

KESKUSTELEMINEN YHTEISITÄ ARVOISTA KOKO OSASTON KANSSA TÄRKEÄÄ

-EI keskustella työyhteisössä

Opiskelijan ohjauksessa vastuu oppimisesta siirtynyt lähes täysin työpaikalle

OMA AIKA

sekä asiakkaalle että hoitajalle

→ jaksaa paremmin

→TYÖYHTEISÖ



TYÖNOHJAUS

-työssä jaksaminen

3. Terveiden ja hyvinvoinnin asian esille tuominen

Työterveyshuolto

Parannettavaa paljon!

-Ajan saaminen

-potilaan kuunteleminen

KUPPIKUNNAT!

SELÄN TAKANA PUHUMINEN

HOITAJAT RUPUSAKKIA!

TYÖTÄ EI ARVOSTETA

Osastotunnit

Työhyvinvointi

→ Joustavuus

→ Työntekijä / organisaatio

Organisaatio / työntekijä

Toimii ko yhteistyössä

EI

Työergonomia

Tiedotus

VIRKISTYSPÄIVÄT

Hoitaja & Asukas

On ja Ei

Asiakkaan itsemääräämisoikeus

-oikeuttaako toimia ilman sääntöjä?

→ hoitajat rajoittanut itsemääräämisoikeutta turhan paljon

Työ lähtee asukkaan tarpeista, EI hoitajien tarpeista

Huomioidaan kaikki asukkaat tasapuolisesti

Huumorin puuttuminen

KOTIHOIDOSSA KUNTOUTUSSUUNNITELMAN MAHDOLLISTAMINEN

4. Yleiseen mielipiteeseen vaikuttaminen



Kaikki saman arvoisia

TAVAT TÄRKEITÄ

2. Vaihe: Ilmausten uudelleen ryhmittely

2. Resurssien puolesta puhuminen

Ajankäyttö (viriketominnessa), Työnjakoon ilmoitus, työ näkyväksi
 Hoitajamitoitukset, Työn tasaaminen / jatkuvuus
 Opiskelijan ohjauksessa vastuu oppimisesta siirtynyt lähes täysin työpaikalle
 Oma aika sekä asiakkaalle että hoitajalle, jaksaa paremmin, työyhteisö
 Oma aika!
 Työnohjaus, työssä jaksaminen
 Virkistyspäivät: Hoitaja ja Asukas
 On ja Ei
 ei narista turhasta!

3. Terveiden ja hyvinvoinnin asian esille tuominen

Kohtele muita kuin tahtoisit itseäsi kohdeltavan
 Pieni asia hoitajalle on iso asia asukkaalle, annetaan aikaa olla yksilö, normaali ihminen, keskustelu, kuuntelu, lukeminen, ulkoilu
 Hoitajat rajoittavat itsemääräämisoikeutta
 Seksuaalisuuteen ja yksityisyyteen on kaikilla oikeus (potilas)
 Oma tahto, pienet päätöksetkin tärkeitä: esim. vaatteiden valinta, ruokajuoma...
 Hoitajat asukkaita varten
 Keskusteleminen yhteisistä arvoista koko osaston kanssa tärkeää, Ei keskustella työyhteisössä
 Osastotunnit
 Työhyvinvointi, Joustavuus, Toimiiiko työntekijä / organisaatio tai Organisaatio / työntekijä yhteistyössä, Ei
 Työergonomia
 Asiakkaan itsemääräämisoikeus, oikeuttaako toimia ilman sääntöjä?

Hoitajat rajoittanut itsemääräämisoikeutta turhan paljon
 Työ lähtee asukkaan tarpeista, Ei hoitajien tarpeista
 Huomioidaan kaikki asukkaat tasapuolisesti
 Huumorin puuttuminen
 Kotihoidossa kuntoutussuunnitelman mahdollistaminen
 Arvosta työkaveria ja potilasta, Kaikki saman arvoisia, tavat tärkeitä

4. Yleiseen mielipiteeseen vaikuttaminen

Hoitajat rupusakkia!, Työtä ei arvosteta
 facebook → väärä väylä?!!
 Media, Negatiiviset asiat tuodaan esille, harvoin positiiviset!
 Korostetaan hyviä asioita eikä pelkästään huonoja

3. Vaihe: Tulkinta ilmausten keskeisestä ajatuksesta

Millä tavoin puhut terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen tarvittavien resurssien puolesta?	Tulkinta ilmausten keskeisestä ajatuksesta
<p>Ajankäyttö (viriketoi minnassa), Työnjakoon ilmoitus, työ näkyväksi Hoitajamitoitukset, Työn tasaaminen / jatkuvuus Työnohjaus, työssä jaksaminen Oma aika sekä asiakkaalle että hoitajalle, jaksaa paremmin, työyhteisö Oma aika! Opiskelijan ohjauksessa vastuu oppimisesta siirtynyt lähes täysin työpaikalle Virkistyspäivät: Hoitaja ja Asukas , On ja Ei Sisäiset koulutukset, mahdollistaa oppimisen Esimiehen tuki, Helppo lähestyä kaikissa asioissa, Tasapuolisuus työntekijöiden ja osastojen välillä</p>	<p>Terveyttä ja hyvinvointia edistävän työn näkyväksi tekeminen Työssä jaksamisen turvaaminen Extraa asiakkaille Oppimisen turvaaminen taloudellisesti Esimies-alaisuhde on avoin ja mutkaton</p>
Millä tavoin tuot esille terveyden ja hyvinvoinnin asiaa työpaikalla?	
<p>Kohtele muita kuin tahtoisit itseäsi kohdeltavan, Arvosta työkaveria ja potilasta, Hoitajat asukkaita varten, Työ lähtee asukkaan tarpeista, Ei hoitajien tarpeista Kaikki samanarvoisia, Huomioidaan kaikki asukkaat tasapuolisesti Pieni asia hoitajalle on iso asia asukkaalle, annetaan aikaa olla yksilö, normaali ihminen, Tavat tärkeitä Kotihoidossa kuntoutussuunnitelman mahdollistaminen Keskusteleminen yhteisistä arvoista koko osaston kanssa tärkeää, Ei keskustella työyhteisössä Huumori, Positiivinen asenne, huumori, Huumorin puuttuminen ei paskan puhumista selän takana!, vaan kerrotaan asia suoraan asianomaiselle osastotunnit Asiakkaan itsensä määräämis oikeus, oikeuttaako toimia ilman sääntöjä? Hoitajat rajoittanut itsensä määräämis oikeutta turhan paljon Hoitajat rajoittavat itsensä määräämis oikeutta Seksuaalisuuteen ja yksityisyyteen on kaikilla oikeus (potilas) Oma tahto, pienet päätöksetkin tärkeitä: esim. vaatteiden valinta, ruokajuoma... Työergonomia Työhyvinvointi, Joustavuus, Toimiiko työntekijä / organisaatio tai Organisaatio / työntekijä yhteistyössä, Ei Työterveyshuolto: parannettavaa paljon!, Ajan saaminen, potilaan kuunteleminen</p>	<p>Asiakas keskeisen työ kulttuurin luominen Kollegaa arvostava ja positiivinen työ kulttuuri yhteinen keskustelufoorumi Asiakkaan itsensä määräämis oikeuden kunnioittaminen ja rajaaminen Työhyvinvointi</p>
Miten herättelet / vaikutat yleiseen mielipiteeseen terveyden ja hyvinvoinnin asioissa	
<p>Media, Negatiiviset asiat tuodaan esille, harvoin positiiviset! Hoitajat rupusakkia!, Työtä ei arvosteta Korostetaan hyviä asioita eikä pelkää huonoja</p>	<p>Negatiivinen kokemus hoitotyön julkisuuskuvasta Positiivisuuden suuntautuminen</p>

4. Vaihe: Tulkinta IUHPE:n mallin pohjalta

Millä tavoin puhut terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen tarvittavien resurssien puolesta?	Tulkinta ilmausten keskeisestä ajatuksesta	Tulkinta: Miten sopii IUHPE malliin? Mitkä mallin kriteerit tulevat esille?
<p>Ajankäyttö (viriketoiminnassa), Työnjakoon ilmoitus, työ näkyväksi Hoitajamitoitukset, Työn tasaaminen / jatkuvuus</p> <p>Opiskelijan ohjauksessa vastuu oppimisesta siirtynyt lähes täysin työpaikalle</p> <p>Kotihoidossa kuntoutussuunnitelman mahdollistaminen</p> <p>Sisäiset koulutukset, mahdollistaa oppimisen</p> <p>Esimiehen tuki, Helppo lähestyä kaikissa asioissa, Tasapuolisuus työntekijöiden ja osastojen välillä</p>	<p>Työn näkyväksi tekeminen ja riittävän resurssin turvaaminen terveyttä edistävälle työlle.</p> <p>Osaamisen vahvistaminen turvaaminen taloudellisesti kestäväällä tavalla</p> <p>Esimies-alaisuus on avoin, mutkaton ja tasa-arvoinen</p>	<p>2.1. käyttää terveyden edistämistä puolustavia strategioita ja tekniikoita</p> <p>2.5. puolustaa asiakkaiden mahdollisuutta ilmaista tarpeitaan</p> <p>5.5. vaikuttaa resurssien saamisen puolesta</p> <p>8.3. hankkii tarvittavia resursseja</p> <p>5.6. osallistuu tiimin ja organisaation oppimiseen edistääkseen terveyden edistämistä</p> <p>2.2. toimii yhdessä ja vaikuttaa esimieheen (sidosryhmät) turvatakseen terveyden edistämisen</p>
Millä tavoin tuot esille terveyden ja hyvinvoinnin asiaa työpaikalla?		
<p>Kohtele muita kuin tahtoisit itseäsi kohdeltavan,</p> <p>Arvosta työkaveria ja potilasta, Hoitajat asukkaita varten, Työ lähtee asukkaan tarpeista, Ei hoitajien tarpeista</p> <p>Kaikki samanarvoisia, Huomioidaan kaikki asukkaat tasapuolisesti</p> <p>Pieni asia hoitajalle on iso asia asukkaalle, annetaan aikaa olla yksilö, normaali ihminen, tavat tärkeitä</p> <p>Oma tahto, pienet päätöksetkin tärkeitä: esim. vaatteiden valinta, ruokajuoma...</p> <p>Asiakkaan itsemääräämisoikeus, oikeuttaako toimia ilman sääntöjä?</p> <p>Hoitajat rajoittanut itsemääräämisoikeutta turhan paljon</p> <p>Hoitajat rajoittavat itsemääräämisoikeutta</p> <p>Seksuaalisuuteen ja yksityisyyteen on kaikilla oikeus (potilas)</p> <p>Kunnioitus, asukkaiden ja hoitajien kesken, työntekijöiden kesken, Arvostetaan jokaisen tapaa toimia, Hyödynnetään jokaisen osaaminen</p> <p>Huumori, Positiivinen asenne, huumori, Huumorin puuttuminen</p>	<p>Asiakaskeskeisen ja asiakasta kunnioittavan työkuluttuurin luominen</p> <p>Vahva eettinen pohdinta työn perustana</p> <p>Kollegaa arvostava ja positiivinen työkulutturi</p> <p>Työhyvinvoinnin ja työssä jaksamisen turvaaminen</p>	<p>1.2. Terveyttä edistävä lähestymistapa, joka tukee asiakkaan omavaltaisuutta (Empowerment) Terveyttä edistävän työympäristön luominen, Kollegan omavaltaisuuden tukeminen</p> <p>2.1. käyttää terveyden edistämistä puolustavia strategioita ja tekniikoita</p> <p>1.3. Yhteisön vahvistaminen</p> <p>2.5. työyhteisön terveyden edistämisen tarpeiden esittämisen mahdollistaminen</p>

<p>Työergonomia Työhyvinvointi, Joustavuus, Toimii- ko työntekijä / organisaatio tai Organisaatio / työntekijä yhteis- työssä, Ei Työnohjaus, työssä jaksaminen Oma aika sekä asiakkaalle että hoitajalle, jaksaa paremmin, työyh- teistö Oma aika! Osastotunnit Työterveyshuolto: parannettavaa paljon!, Ajan saaminen, potilaan kuunteleminen Virkistyspäivät: Hoitaja ja Asukas, On ja Ei</p>		
<p>Miten herättelet / vaikutat yleiseen mielipiteeseen terveyden ja hyvinvoinnin asioissa</p>		
<p>Media, Negatiiviset asiat tuodaan esille, harvoin positiiviset! Hoitajat rupusakkia!, Työtä ei arvosteta</p>	<p>Negatiivinen kokemus hoitotyön julkisuuskuvasta Eivät itse osallistu julkiseen keskusteluun</p>	<p>2.3. tietoisuuden herättäminen julkisessa keskustelussa</p>

Liite 4. Itsearvioitu osaaminen

Lähihoitajien itsearvioidut osaamiskuvaukset IUHPE:n terveyden edistämisen asiantuntijuuden kompetenssialueilla (suluissa merkintöjen määrä)

1. Muutoksen mahdollistaminen

Osaaminen (6):

- Asiakaskeskeinen toimintatapa (2)
- Arjen mielekkyyden ja toimintakyvyn ylläpitämisen ja edistymisen turvaaminen (3)
- Pyrkimys ammatilliseen keskustelukulttuuriin (1)

Epävarmuus (1):

- Pyrkimys ammatilliseen keskustelukulttuuriin (1)

2. Terveyden puolesta puhuminen

Osaaminen (37):

- Asiakaskeskeisen ja eettisesti perustellun työskentelyn ylläpitäminen (16)
- Kollegaa arvostavan ja positiivisen työskentelyn ylläpitäminen (9)
- Riittävien resurssien turvaaminen terveyttä edistävälle työlle (1)
- Osaamisen vahvistaminen työyhteisössä (5)
- Työhyvinvoinnin ja työssä jaksamisen turvaaminen (6)

3. Välittäjänä toimiminen

Osaaminen (13):

- Tiimityöskentely oman organisaation sisällä, omaisten kanssa ja organisaation ulkopuolisten tahojen kanssa (11)
- Asiakkaan terveyden edistämisen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin liittyvät kokoukset liittyvät kokoukset eri työntekijäryhmien kesken (2)

Epävarmuutta:

- Tiimityöskentely oman organisaation sisällä, omaisten kanssa ja organisaation ulkopuolisten tahojen kanssa (3)

4. Viestintä

Osaaminen (14):

- Kirjallinen viestintä, asiakastietojen kirjaaminen asiakaslähtöisesti ja kuvailevasti (3)
- Läheinen vuorovaikutussuhde asiakkaisiin, joka on osa hoitotyötä ja mielekkään arjen luomista asiakkaalle hoivaympäristöön sopivalla monipuolisella yksilö- ja ryhmätoiminnalla (11)

5. Johtaminen

Osaaminen (22)

- Päätöksenteossa eettinen pohdinta (3)
- Vastuun ottaminen asiakkaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi: Asiakkaan ja läheisten sitouttaminen (2); hoidon jatkuvuuden varmistaminen (2)
- Työyhteisön toimintatapojen kehittäminen ja uudistaminen luovuutta ja persoonallisuutta korostavaan suuntaan, (14)
- Yhteisen osaamisen vahvistaminen työyhteisössä, (1)

Epävarmuus (3):

- Vastuun ottaminen työturvallisuuden kehittämisestä: Tapaturmien ja läheltä piti-tilanteiden ilmoittaminen, (3)

6. Tarpeiden arviointi

Osaaminen (14)

- Asiakaskeskeinen, kokonaisvaltainen tarpeiden arviointi (7)
- Toimintakykyä vahvistavien tekijöiden huomioiminen (3)
- Arviointi asiakkaan tarpeista hoidon jälkeen, tarpeet arjessa selviytymisessä (1)
- Asiakkaan tarpeiden jatkuva arviointi hoitosuhteen aikana (1)
- Asiakkaan tarpeiden arviointi tehdään yhteistyössä asiakkaan, omaisen ja työyhteisön kanssa (3)

Epävarmuus (2):

- Asiakaskeskeinen, kokonaisvaltainen asiakkaan tarpeiden arviointi (2)

7. Suunnittelu

Osaaminen (9):

- Kuntoutus-, hoito- ja palvelusuunnitelmien laatiminen (6)
- Suunnittelu yhteistyössä asiakkaan, omaisten ja työyhteisön kanssa (3)

8. Toimeenpano

Osaaminen (7):

- Uusien toimintatapojen kokeileminen (7)

9. Arviointi ja tutkimus

Osaaminen (15):

- Seurantatietojen kirjaaminen ja suunnitelmien päivittäminen (6)
- Laadulliset arviointimenetelmät, keskusteluja havainnointi (2)
- Toimintakykymittareiden käyttö (1)
- Arviointitiedon hyödyntämisen heikkouden tiedostaminen (2)
- Arviointitiedon hyödyntäminen keskustellen työyhteisössä tavoitteiden suuntaan etenemisestä (4)