

Hanna-Leena Kanersalo

SAIRAANHOITAJAN TYÖNKUVAN KEHITTÄMINEN
PORIN PERUSTURVAKESKUKSEN KOTIHOIDOSSA

Vanhustyön (ylempi AMK) -koulutusohjelma
2020

SAIRAAHOITAJAN TYÖNKUVAN KEHITTÄMINEN PORIN PERUSTURVAKESKUKSEN KOTIHOIDOSSA

Kanersalo, Hanna-Leena
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyön (ylempi AMK) -koulutusohjelma
Helmikuu 2020
Sivumäärä: 75
Liitteitä: 2

Asiasanat: kotihoito, kehittäminen, sairaanhoitaja, työnkuva

Suomi ikääntyy nopeasti tulevina vuosikymmeninä. Lähitulevaisuudessa tarvitaan entistä iäkkäämmän ja paljon palveluja tarvitsevan väestön tarpeisiin ja tuloihin sopivia terveys- ja sosiaalipalveluita. Kotihoito on nostettu ensisijaiseksi hoitovaihtoehdoksi vanhustenhuollossa. Jotta koko vanhusväestölle saadaan taattua yhtäläiset oikeudet ihmisarvoiselle kotona asumiselle, on kotihoidon palvelut saatava hyvin toimiviksi.

Kotihoidon henkilökunnan työhyvinvointi on heikentynyt. Tutkimusten mukaan kotihoidon henkilökunta ei pysty vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin niin hyvin kuin haluaisivat tai osaisivat kiireen vuoksi. Kuormitusta lisäävät myös yksintyöskentely ja tietotekniikan lisääntyminen. Kotihoidon prosesseja ja henkilöstön työnkuvia pyritään uudistamaan, jotta kotihoidon resurssit saadaan turvattua. Selkeällä työnjaolla pystytään lisäämään vanhustyön vetovoimaisuutta työpaikkana, sillä se lisää työntekijöiden osaamista, motivaatiota ja jaksamista.

Kehittämistyön tarkoituksena oli kuvata syvällisesti kotihoidon sairaanhoitajan tämän hetkistä työnkuvaa ja kehittää sitä kehittämistyön kohdeorganisaatiossa eli Porin perusturvakeskuksen kotihoidossa. Tavoitteena oli selkeyttää, yhtenäistää ja kehittää sairaanhoitajan työnkuvaa. Tavoitteena oli myös sairaanhoitajien ammatillisen osaamisen hyödynnettävyys. Kehittämistyön lähestymistavassa oli tapaustutkimuksellisia piirteitä. Aineistonkeruumenetelminä käytettiin ryhmähaastattelua ja tulevaisuusvers-tasta. Kehittämistyö tehtiin 2018-2020 välisenä aikana.

Kehittämistyön keskeisten tulosten mukaan kotihoidon sairaanhoitajan työnkuva on hyvin laaja-alainen, haastava ja vastuullinen. Tuloksissa ilmeni tarve sairaanhoitajan työnkuvan painopisteiden siirtämiselle. Sairaanhoitajan työtehtävät tulee priorisoida koskemaan paremmin sairaanhoitajien vastuualueita. Näin sairaanhoitajan ammattitaito saadaan hyödynnettyä kokonaisvaltaisemmin. Tuloksista nousi esille, kuinka välillinen hoitotyö on oleellinen osa asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoprosessia. Tulosten mukaan nämä työt tulisi tunnistaa ja resursoida paremmin. Kehittämistyön lopputuloksena esitettiin kehittämis ehdotukset sairaanhoitajan työnkuvasta Porin perusturvakeskuksen kotihoidossa.

DEVELOPING THE JOB DESCRIPTION OF NURSES IN THE HOME CARE SERVICES OF PORI BASIC SECURITY CENTRE

Kanersalo, Hanna-Leena

Satakunta University of Applied Sciences

Master`s Degree Programme in Elderly Care

February 2020

Pages: 75

Appendices: 2

Keywords: home care, development, nurse, job description

Finland is rapidly ageing in the coming decades. In the near future, there will be need for health care and social welfare services that are suitable for the ageing population with a high demand for services and also compatible with their income. Home care has been highlighted as the key alternative for implementing elderly care. To ensure the entire older population with equal rights for continuing to live at home with dignity, home care services must operate well.

The wellbeing at work of home care staff has been declining. According to studies, home care staff cannot meet their clients' needs as well as they would like to or are able to due to their busy schedules. Working alone and increase in the use of IT also increase their burden. There is an aim to renew home care processes and the staff's job descriptions to safeguard home care resources. A clear division of duties can increase the attractiveness of elderly care as a career, as this enhances competence, motivation and coping among employees.

The purpose of this development project was to provide in-depth information about the current job description of home care nurses and develop this in the client organisation for this development project, the home care services of the Pori Basic Security Centre. The goal was to clarify, harmonise and develop the job description of the nurses. A further aim was to utilise the nurses' professional competence. The development project used a case-study-like approach. The group interview and future workshop methods were used in the data collection. The development project was carried out in the period 2018–2020.

Based on the key results of the development work, the job description of home care nurses is very broad, challenging and includes taking a lot of responsibility. The results indicated a need for shifting the focus of the nurses' job description. The prioritization of the nurses' tasks must be improved to better correspond to the nurses' areas of responsibility. This enables making comprehensive use of the nurses' proficiency. The results revealed how indirect nursing tasks are an essential part of the comprehensive care process provided to clients. According to the results, these tasks should be better identified and resources should be allocated to them. As a result of this project, development suggestions on the job description of nurses were presented to the home care services of the Pori Basic Security Centre.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	KEHITTÄMISTYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
2.1	Kotihoidon palvelukokonaisuus.....	8
2.2	Kotihoidon sairaanhoitajalta vaadittavat valmiudet.....	11
2.3	Työnkuvan merkitys	13
2.4	Kotihoidon tulevaisuuden näkymät	16
2.5	Kirjallisuuskatsaus	18
2.6	Kehittämistyön esiymmärrys	20
3	KEHITTÄMISYMPÄRISTÖN KUVAUS.....	22
3.1	Porin perusturvakeskus	22
3.2	Porin perusturvakeskuksen kotihoito.....	23
4	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA MENETELMÄT	25
4.1	Tarkoitus ja tavoitteet	25
4.2	Lähestymistapana tapaustutkimus	26
4.3	Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä.....	29
4.4	Tulevaisuusverstas aineistonkeruumenetelmänä	32
4.5	Aineiston analyysimenetelmänä sisällönanalyysi.....	34
5	KEHITTÄMISTYÖN AINEISTOJEN AVAAMINEN	36
5.1	Ryhmähaastatteluiden aineiston avaaminen ja analyysi	36
5.1.1	Keskeisimmät kotihoidon sairaanhoitajan työtehtävät ja osaamisvaatimukset tällä hetkellä	36
5.1.2	Kotihoidon sairaanhoitajan työn positiiviset ja kuormittavat haasteet	41
5.1.3	Kotihoidon sairaanhoitajan työnkuva ja osaaminen tulevaisuudessa.	42
5.2	Tulevaisuusverstaan aineiston avaaminen	46
5.2.1	Ongelmavaihe	46
5.2.2	Kuvitteluvaihe	48
5.2.3	Todellistamisvaihe.....	52
6	KEHITTÄMISTYÖN TULOKSELLISTA YHTEENVETOA	53
6.1	Kotihoidon sairaanhoitajan työnkuva ja osaaminen tällä hetkellä.....	53
6.2	Tiimien eroavuudet	55
6.3	Kotihoidon sairaanhoitajan tulevaisuuden työnkuva.....	56
6.4	Kotihoidon sairaanhoitajan työnkuvan kehittämisehdotukset	57
7	KEHITTÄMISTYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	60
8	LOPUKSI.....	64
	LÄHTEET.....	67
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomi ikääntyy nopeasti seuraavina vuosikymmeninä. Vuonna 2018 Suomen väestöstä oli yli 75-vuotta täyttäneitä 9.3 prosenttia. Väestöennusteen mukaan vuonna 2030 vastaava osuus tulee olemaan 14.3 prosenttia ja 2040 16.5 prosenttia. (75 vuotta täyttäneet... 2018.) Tähän on syynä alhainen syntyvyys, eliniän piteneminen ja suurten ikäluokkien vanheneminen (Kestilä & Martelin 2018, 42–43; Schleutker 2013, 425; Valkonen 2002, 15). Myös Porin kaupungin iäkkäiden määrä on nousussa ja työikäisten määrä vastaavasti laskussa (Porin kaupungin hyvinvointityöryhmän jäsenet 2017, 4). Porin seutukunnassa vuonna 2018 oli yli 75-vuotta täyttäneitä 11.8 prosenttia muusta väestöstä. Väestöennusteen mukaan vuonna 2030 75-vuotta täyttäneitä tulee olemaan Porin seutukunnassa 17.8 prosenttia ja vuonna 2040 jo 20 prosenttia. (75 vuotta täyttäneet...2018.)

Ikärakenteen muutos ja pitkäikäisyyden yleistyminen vaikuttavat siihen, millaisia terveys- ja sosiaalipalveluita lähitulevaisuudessa tarvitaan. Väestön ikääntymisen vuoksi yhteiskunnan on mukauduttava entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin. Useimmiten kuolemaa edeltää raihnaisuuden ja sairastamisen jakso, jolloin on tärkeää taata hoidon jatkuvuus sekä hyvä palliatiivinen hoito ja saattohoito. Näiden toteutuminen on yhteiskunnalle suuri haaste. (Jylhä, Forma, Aaltonen, Raitanen & Rissanen 2008, 117–118; Vanhuuskuolema 2014, 116.) Vanhusten terveystalouden tarvetta ja menoja on kuitenkin mahdollista vähentää panostamalla muun muassa riittäviin sosiaalipalveluihin (Kehusmaa 2014, 85).

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen kuntaliiton iäkkäiden ihmisten palveluiden kehittämistä koskevassa laatusuosituksessa nostetaan esille mahdollisimman toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen, asiakas- ja palveluohjauksen tärkeys, laadun takaaminen riittävällä ja osaavalla henkilöstöllä, ikäystävällinen palvelujen rakenne ja teknologian hyödyntäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 13–14.) Kuntien vastuulla on järjestää iäkkäille henkilöille laadukkaita sosiaali- ja terveystaloudellisia palveluita. Palveluiden tulee olla iäkkään henkilön tarpeisiin nähden oikea-aikaisia ja riittäviä ja niiden tulee tukea henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suori-

tumista ja osallisuutta. Muiden palveluidentarvetta pystytään vähentämään kuntoutumista edistävillä ja kotiin annettavilla palveluilla. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012, 13§.) Vanhustyön pääpaino onkin siirtynyt kotihoitoon, jotta vanhusten olisi mahdollista asua omilla kodeissaan mahdollisimman pitkään toimintakyvystä tai varallisuudesta riippumatta (Terveyden ja hyvinvointi laitoksen www-sivut 2020). Tätä pyritään varmistamaan myös Suomen asuntopolitiikalla (Ympäristöministeriö 2013).

Porin perusturvakeskuksen perustehtävänä on edistää ja tukea Porin, Merikarvian ja Ulvilan alueen asukkaiden hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta. Porin perusturvan palveluihin kuuluvat sosiaali- ja perhepalvelut, terveys- ja sairaalapalvelut sekä vanhustalvvelut. (Nordman ym. 2017, 4–5.) Porin perusturvakeskuksen vanhustalvvelut koostuvat ikäihmisten neuvonnasta ja ohjauksesta, asumispalveluista, kotona asumista tukevista palveluista, veteraanien palveluista ja vapaaehtoistoiminnasta (Porin kaupungin www-sivut 2020).

Porin perusturvakeskuksen kotihoidon päätavoite on hyvä ja arvokas vanhuus. Lähtökohtana on asiakkaan turvallinen asuminen omassa kodissaan. Porin perusturvakeskuksen kotihoidon työ on asiakkaan tarpeista lähtevää ja hänen toimintakykyään tukevaa palvelua. (Porin perusturvakeskus omavalvontasuunnitelma 2018, 14.) Kotihoidon asiakkaat ovat tulevaisuudessa entistä huonokuntoisempia, he ovat monisairaita ja heidän avun ja palveluiden tarpeensa tulevat kasvamaan. Vuoteen 2026 mennessä on arvioitu, että vanhuspainotteisten hoivapalveluiden työvoimatarve kasvaa lähes 20 prosenttia (Kangasniemi & Andersson 2016, 37). Tämä lisää painetta töiden organisoinnin ja henkilöstön työnkuvien uudelleen miettimiselle (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 19). Jotta pienituloisellekin vanhustalvveluölle saadaan taattua yhtäläiset oikeudet ihmisarvoiselle kotona asumiselle, on kotihoidon toimintamalleja kehitettävä ja muutettava (Hannikainen 2019, 274).

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on kuvata Porin perusturvakeskuksen kotihoidon sairaanhoitajan tämän hetkistä työnkuvaa ja kehittää sitä. Kehittämistyöni raportissa kuvailen ensin kotihoidon palvelukokonaisuutta ja Porin perusturvakeskuksen kotihoidon tilannetta tällä hetkellä. Raportissani pyrin avaamaan sitä, miten kotihoidon sai-

raanhoitajan työnkuvaa ja työtehtäviä voidaan yhtenäistää, selkeyttää ja kehittää palvelemaan paremmin asiakkaita ja helpottamaan työntekijöiden työhyvinvointia ja jakamista.

2 KEHITTÄMISTYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Kotihoidon palvelukokonaisuus

Kotihoito on sosiaalihuoltolain 19 §:ään sisältyvien kotipalvelun tehtävien ja toimintojen ja terveydenhuoltolain 25 §:ään sisältyvien kotisairaanhoidon tehtävien muodostama kokonaisuus (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 20§). Palvelukokonaisuuteen kuuluvat kotipalvelut, tukipalvelut ja sairaanhoitopalvelut. Sosiaalihuoltolaissa ”kotipalvelulla tarkoitetaan asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen, asiointiin sekä muihin jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Kotipalveluun sisältyvinä tukipalveluina annetaan ateria-, vaatehuolto- ja siivouspalveluja sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja”. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 19§.) Terveydenhuoltolaki puolestaan määrittelee kotisairaanhoidon olevan hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä asiakkaan kotona tai siihen verrattavissa olevassa paikassa moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 25§).

Kotihoitopalveluilla autetaan eri-ikäisiä kotona asuvia, joiden toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi huonontunut. Kotihoitopalveluita myönnetään sairauden, vammaisuuden tai heikentyneen toimintakyvyn vuoksi. Kotihoidon tavoitteena on mahdollistaa asiakkaan kotona asuminen mahdollisemman pitkään tukemalla asiakkaan toimintakykyä ja elämänhallintaa. Vanhusten toimintakyvyn parantuessa yhä useampi vanhus pystyy tulevaisuudessa korkeasta iästä huolimatta asumaan omassa kodissaan pidempään kotiin annettavien apujen turvin. (Ikonen 2015, 15–19; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön www-sivut 2019.) Kotihoito onkin nostettu ensisijaiseksi hoitovaihtoehdoksi vanhustenhuollossa. Kotihoidon painotusta on korostettu lainsäädännöissä, erilaissa laatusuosituksissa ja kehittämishankkeissa. (Paljärvi 2012, 13–14.) 91,3 prosenttia yli 75-vuotiaista suomalaisista asui omassa kodissaan vuonna 2018. Porin seutukunnassa vastaava osuus oli 89,9 prosenttia. (75 vuotta täyttäneet...2018.) Satakunnassa on asetettu tavoitteeksi, että vuonna 2025 94 prosenttia yli 75-vuotiaista asuisi omassa kodissaan. Tämä vaatii kotihoidon resurssien kasvattamista. (Rehula 2018, 6.)

Valtaosa kotihoidon asiakkaista on iäkkäitä. Iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan vanhuspalvelulaissa ”henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta” (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012, 3§).

Kotihoidossa työskentelee kolmannes Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltoalan hoitohenkilökunnasta (Salo 2018, 5). Vuonna 2014 koko Suomen kotihoidoissa oli yhteensä 16861 vakanssia, joista kuitenkin vain 13488 toteutui. Näistä lähi- ja perushoitajia oli 68 prosenttia, sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia 12 prosenttia ja kotiavustajia noin 10 prosenttia. (Noro, Alastalo, Finne-Soveri & Mäkelä 2015, 2.) Suomessa julkinen sektori järjestää 88 prosenttia kotihoidon asiakkaille järjestetyistä palveluista. Maakunnissa yksityisten toimijoiden lisääntyminen on tapahtunut hyvin eritahtisesti. Suurissa kaupungeissa yksityisten toimijoiden määrä on jopa laskenut. Oulu on tässä iso poikkeus. Yksityisen sektorin palveluiden osuus on kasvanut vuodesta 2014 vuoteen 2018 10 prosentista vain 12 prosenttiin. Samalla kotihoidon asiakkaiden määrä on kuitenkin kasvanut yli 6000 asiakkaalla. Yksityisten toimijoiden toiminta tapahtuu pienissä yksiköissä, jolloin omahoitajuus toteutuu paremmin. Julkinen sektori on puolestaan keskittynyt isoihin yksiköihin, jonka vuoksi hoitajien vaihtuvuus on suurta. Isojen yksiköiden vaarana on myös hoidon jatkuvuuden katoaminen. (Alastalo, Kehusmaa & Penttinen 2018, 1–4.)

Kotihoitoa pidetään usein raskaimpia hoitomuotoja edullisempänä hoitomuotona. Sitra selvitti Tampereella vuonna 2015 toteutettavissa hankkeissa kotihoidon ja laitoshoidon kustannuksia. Jos kaikki kotihoitoon liittyvät kustannuserät otetaan laskuissa huomioon, kotihoito ei ole selvityksen perusteella edes tehostettua palveluasumista edullisempi hoitomuoto. Lähes yhdellä päivittäisellä hoitokäynnillä saavutetaan tehostetun palveluasumisen kustannustaso. Jo toisella kotihoidonkäynnillä ylitetään vanhainkotihoidon kustannus ja noin kolmella päivittäisellä käynnillä pitkäaikaisen sairaalahoidon kustannustaso. Suuri osa kotihoidon kustannuksista muodostuu muista kotihoitoon liittyvistä avo- ja sairaalapalveluista. Tampereella sairaalajaksojen määrä oli lisääntynyt vuodesta 2009 asti noin 20 prosenttia vuodessa. Selvityksen mukaan tämä

johtui siitä, että hoitoa tarvitsevia vanhuksia pyritään hoitamaan entistä useammin kotihoitona. Selvityksessä painotettiin kotihoidon terveys- ja sairaanhoidon- sekä kuntoutuspalveluiden kehittämistä, jotta kustannuksia saadaan pienennettyä. Myös kotihoidon suunnitelmallisuudella, asiakasohjauksella, omahoitajuudella ja teknologian hyödyntämisellä saadaan kustannussäästöjä. Lisäksi paljon kotihoitoa saavien hoidon suunnitteluun tulisi kiinnittää runsaasti huomiota, jotta kustannuksia saataisiin laskettua. (Lumio 2015, 35, 54.)

Kotihoidon työ jaetaan välittömään ja välilliseen työhön. Välitöntä hoitotyötä tehdään asiakkaan välittömässä läheisyydessä tai tekniikkaa hyväksi käyttäen. ”Välitön asiakasaika koostuu hoitotoimenpiteiden ja lääkehoidon toteutuksesta, asiakkaan tukemisesta kuntoutumista edistävää työtä käyttäen, asiakkaan toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnista ja hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä. Välittömään asiakas aikaan kuuluvat myös asiakkaan asioiden hoitaminen kodin ulkopuolella (ulkoilu, kaupassa käynti, asiointi) ja puhelin- tai muu tekninen yhteys asiakkaan kanssa. Mukaan lasketaan myös asiakastietojen kirjaaminen yhdessä asiakkaan kanssa ja asiakkaan omaishoitajan tai läheisen tukeminen. Välillinen asiakasaika koostuu matka-ajoista, asiakastietojen kirjaamisesta ja muusta asiakastyöstä toimistolla sekä työyhteisön sisäisistä palavereista, koulutuksista ja yleisneuvonnasta”. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 45, 69.)

Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksen mukaan kotihoidon välittömälle asiakasajalle on asetettava paikalliset tavoitteet ja niiden toteutumista on seurattava järjestelmällisesti. Palveluprosesseja kehittämällä ja toimintatapoja uudistamalla pyritään lisäämään välittömän asiakasajan osuutta henkilöstön kokonaistyöajasta. Tällä pyritään varmistamaan kotihoidon toiminta nykyisillä resursseilla myös tulevaisuudessa. Välittömän työajan lisäämisen toivotaan parantavan myös asiakkaiden kokemaa palveluiden laatua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 47; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 23.) Valtakunnallisesti välittömän työajan tavoitetaso on 55-65 prosenttia työajasta (Hyvönen 2017). Vuonna 2018 välittömän asiakastyön osuus kokonaistyöajasta kotihoidossa oli sairaanhoitajilla 39 prosenttia, lähihoitajilla 61 prosenttia ja koulutetuilla kodinhoitajilla 42 prosenttia (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2018; Terveyden ja hyvinvointilaitoksen www-sivut 2019). Keski-Suomen kuntien yhteisessä Kukois-

tava kotihoito -hankkeessa todettiin, että jos sairaanhoitajia oli tiimissä vähän, sairaanhoitaja toimi enemmän ohjaavassa roolissa. Tällöin tutkimuksen mukaan välittömän työajan seuranta ei ole yhtä tärkeää. (Kukoistava kotihoito 2017, 29.)

2.2 Kotihoidon sairaanhoitajalta vaadittavat valmiudet

Laadukkaiden kotihoitopalveluiden edellytyksenä on, että kotihoidon henkilöstön osaaminen ja työaika sekä asiakkaan palvelutarpeet kohtaavat (Erkkilä 2017, 2). Tutkimuksista käy ilmi, että osaamisen oikealla kohdentamisella, riittävällä henkilöstön määrällä ja osaavalla lähijohtamisella saadaan lisättyä asiakas- ja potilasturvallisuutta. Osaamisen fokuosoinnin ja hoidon suunnittelun sekä toteutuksen tulisi kietoutua asiakkaan fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ympärille. Huomiota tulisi kiinnittää myös muun muassa hengellisiin tarpeisiin. Tärkeää on huomioida myös voimassa oleva lainsäädäntö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 19–20.)

Vanhuspalvelulaissa todetaan, että ”jokaisessa toimintayksikössä on oltava henkilöstö, jonka määrä, koulutus ja tehtävärakenne vastaavat toimintayksikön palveluja saavien iäkkäiden henkilöiden määrää ja heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelun tarvetta ja joka turvaa heille laadukkaat palvelut” (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 20§). Riittävällä määrällä osaavaa henkilöstöä saadaan taattua iäkkäille henkilöille turvallista ja laadukasta palvelua myös kotihoidossa. Tämä vaikuttaa myös henkilökunnan työhyvinvointiin ja työturvallisuuteen sekä työssä pysyvyyteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 19.)

Sairanhoitaja on hoitotyön asiantuntija. Hänen tehtävänsä yhteiskunnassa on potilaiden hoitaminen eri toimintaympäristöissä. Sairanhoitajan työ koostuu sairauksia ehkäisevästä ja parantavasta sekä kuntouttavasta hoitotyöstä. Työ on myös terveyttä edistävää ja ylläpitävää. Sairanhoitajan toiminnan lähtökohtana ovat lainsäädäntö ja Suomen terveyspoliittiset linjaukset. Toimintaa ohjaavat hoitotyön arvot, eettiset periaatteet, säädökset ja ohjeet. Sairanhoitajan tulee hallita monialaisesti niin hoitotiedettä, lääketiedettä kuin myös farmakologiaa. Myös yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden

teoreettista osaamista tarvitaan. (Opetusministeriö 2006, 63.) Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hankkeessa määriteltiin yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen vähimmäisvaatimukset tulevaisuudessa ammattipätevyysdirektiivin mukaan. Hankkeen mukaan tämä ”koostuu seuraavista yhdeksästä osa-alueesta: asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäyys, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen sekä sosiaali- ja terveystalveluiden laatu ja turvallisuus”. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moision 2015, 7–8.)

Vaittisen, Helmisen ja Laasonen keväällä 2016 tekemän kuvailevan kirjallisuuskatsauksen mukaan ”kotona hoidettavan ikäihmisen toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä osaaminen muodostuu seuraavista yhdeksästä osaamisalueesta: Asiakaskeskeinen toimintatapa ja laatuajattelu, etiikka ja lainsäädäntö, asiakkaan tilan arvioiminen ja toimiin ryhtyminen, perustarpeisiin vastaaminen, sairauksien tunnistaminen ja hoito, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen ja sairauksien ehkäiseminen, asiakkaan ja läheisten ohjaaminen, teknologian hyödyntäminen, vastuullisuus ja organisointitaidot sekä yhteistyö ja moniammatillisuus” (Vaittinen, Helminen & Laasonen 2017, 72). Tämän kirjallisuuskatsauksen mukaan kotihoidossa työskentelevät tarvitsevat siis monipuolista ja laaja-alaista osaamista.

Vuonna 2017 kartoitettiin kotihoidossa työskenteleviltä ammattiryhmiltä kotihoidon osaamista sähköisellä kyselyllä. Kyselyyn osallistuneet totesivat henkilöstön osaamisen kehittämisen olevan yksi keskeisimmistä asioista kotihoidon kehittämisessä. Tulevaisuuden työntekijän tulee kyetä sopeutumaan nopeasti uusiin haastaviin tilanteisiin. Riittävällä osaamisella saadaan vähennettyä eettistä stressiä ja lisättyä työtyytyväisyyttä. Myös organisaatio suoriutuu tällöin tehtävästään paremmin. Osaamista saadaan lisättyä eri ammattiryhmien välisellä yhteistyöllä. Moniammatillisen toiminnan avulla pystytään myös vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin paremmin. Jokaisen työntekijän tehtäväkuvassa ja konkreettisyssä työskentelyssä tulisi näkyä myös organisaation strategia ja visio. (Viitikko & Majoinen 2017, 81.)

Kukoistava kotihoito -hankkeessa kartoitettiin Keski-Suomen kuntien kotihoidon henkilöstön osaaminen. Osaamiskartoitukseen osallistui 738 kotihoidon työntekijää, joista

sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia oli 123. Arviointiasteikko oli 0-5, josta viisi oli paras mahdollinen osaaminen. Kirjallisuuden ja työpajojen pohjalta oli noussut neljä kotihoidossa työskentelevillä tarvittavaa ydinosaamisaluetta. Nämä olivat asiakkuusosaaminen, arjen toiminnoissa tukemisaosaaminen, työyhteisöosaaminen ja sairaanhoidollinen osaaminen. Ydinosaamisalueet oli jaoteltu seuraaviin alaluokkiin: asiakaslähtöisyys ja eettisyys, hoidon ja palvelun suunnittelu ja arviointi, ohjaus ja neuvonta, ennakoiva työote ja varhainen tuki, toimintakykyä edistävä työote, akuuttien tilanteiden tunnistaminen ja hallinta, pitkäaikaissairauksien ja geriatrinen oireyhtymien hoitotyö, hoitotoimien hallinta ja lääkehoidon toteuttaminen. Kokonaisuudessaan henkilöstö arvioi osaamisensa hyväksi (keskiarvo 3.3), joka vastaa perustason osaamista. Asiakaslähtöisyys ja eettisyys arvioitiin parhaimmaksi osaamisalueeksi (keskiarvo 4.4). Heikointa puolestaan oli hoitotoimien hallinta (keskiarvo 2.6.). Sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat arvioivat osaamistaan tasaisesti jokaisella osa-alueella keskiarvon vaihdelleen välillä 3.5-4.3. Parhaiten hallittaviksi osa-alueiksi arvioitiin asiakaslähtöisyys ja eettisyys sekä akuuttien tilanteiden hallinta. Huonoiten koettiin hallittavan pitkäaikaissairauksien ja geriatrinen oireyhtymien hoitotyö. (Tiikkainen & Juntunen 2018, 10–12, 17–19.)

2.3 Työnkuvan merkitys

Sosiaali- ja terveysalalla työskentelee Suomessa 16 prosenttia kaikista työllisistä. Se on Suomen suurin työllistäjä. Väestön ikääntymisen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon perustarpeet tulevat entisestään kasvamaan ja sosiaali- ja terveydenalan henkilöstöä tarvitaan lisää. Tämä luo lisää painetta julkiselle taloudelle. Kehittämällä työnjakoa ja tehtävärakenteita, voidaan saada tehostettua toimintaa ja pienennettyä henkilöstökuluja. Tämä edellyttää kuitenkin eri ammattihenkilöiden välisen yhteistyön parantamista ja sujuvuutta. (Ruontimo 2009,15; Valtiontalouden tarkastusvirasto 2016, 8–21.)

”Työnjaolla viitataan usein tehtävien, osaamisen, resurssien ja ajan kohdentamiseen asiakkaiden, työntekijöiden ja organisaation tavoitteita palvelevasti tietyssä ajassa, paikassa ja tilanteessa” (Kylänen, Vuori, Kangas & Luoto 2015, 12). Työnjako voidaan tehdä vastuiden jakamisella alueellisesti, erikoisaloittain, ammattihenkilöiden

kesken tai asiakkaiden ja ammattihenkilöiden välillä. Tutkimustiedon mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon työnjako on ollut ammattiryhmä ja -tehtävälähtöistä. (Kangasniemi ym. 2017, 7–9.)

Sairaanhoidajan työnkuva on muuttunut paljon ajansaatossa osaksi valtakunnallisten palvelurakenne muutosten ja osaksi paikallisten muutosten vuoksi (Lyytikäinen 2002, 21). Suomessa vanhuspalveluiden muutoksia on perusteltu asiakaskunnan muuttumisella, pyrkimyksellä parantaa palveluiden laatua ja toiminnan asiakaslähtöisyyttä. (Paljärvi 2012, 13–14.) Työnjakoa tulisikin jatkossa tarkastella sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakaslähtöisesti, jotta sillä saadaan parannettua palvelutoiminnan vaikuttavuutta (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2016, 11). Asiakaslähtöisyyden toteutuminen edellyttää siis työn uudelleen jakoa. Jotta asiakaslähtöisyys saadaan onnistumaan, ammattilaisten työtehtävät ja sisällöt tarvitsevat olla kohdennettuja ja niiden on muodostettava sisällöllinen ja toiminnallinen kokonaisuus. (Kangasniemi ym. 2017, 9.)

Työnkuvien uudelleen määrittäminen ja vastuun kohdentaminen työn tulokseen tehtävien ja tekemisen sijaan auttaa saavuttamaan turvallisen, laadukkaan ja vaikuttavan hoidon ja palvelun vanhustyössä. Tulevaisuudessa jokaisen työntekijän osaamista on arvostettava ja osaaminen tulisi ottaa tehokkaasti käyttöön. Sairaanhoidajan ja lähihoitajan työn- ja vastuunjakoa ei ole useinkaan riittävän hyvin määritelty vanhustyössä. Työ nähdään erilaisten tehtävien tekemisenä eikä vastuuna työn tuloksista ja laadusta. Suunnittelua ja arviointia ei mielletä oikeaksi työksi vaan ainoastaan se mitä konkreettisesti tehdään asiakkaan kanssa. (Tiikkainen 2014, 18–19.)

Suominen tutki vuonna 2008 miten kotihoidon yksiköissä tehdään työnjako arkipäivän työtehtävistä. Hän tunnisti tutkimuksessaan viisi erilaista työnjako mallia kotihoidossa, jotka esiintyivät arjen työskentelyssä tilanteen mukaan rinnakkain ja päällekkäin. Nämä olivat asiakaslähtöinen, tehtävälähtöinen, tiimilähtöinen ja resurssilähtöinen työnjako sekä työntekijän ammatilliseen osaamiseen liittyvä työnjako. Suomisen mukaan kotihoidon työnjakoon vaikuttaa työorganisaation toimintakulttuuri, neuvotellut käytännöt ja työnjakoa koskevat ratkaisut ovat usein varsin paikallisia. (Suominen & Henriksson 2008, 627–634.)

Tulevaisuudessa olisi tunnistettava ammatillisen koulutuksen tuoma osaaminen ja henkilökohtaiset vahvuudet paremmin. Tällä hetkellä sairaanhoitajat eivät koe vanhustyön työnkuvan vastaavan koulutuksessa hankittua osaamista tai antavan riittävästi haasteita. Tiikkaisen mukaan työn ja vastuunjako uudistettaessa sairaanhoitajan työnkuvassa tulisi painottaa enemmän hoidon suunnittelua arviointia ja koordinoitua. Tärkeää olisi huomioida myös muun henkilöstön ohjaus ja konsultointi. Sairanhoitajan vastuuta tulisi kohdentaa terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen ja arviointiin, riskien tunnistamiseen ja varhaiseen puuttumiseen, näyttöön perustuvien menetelmien valintaan ja hoidon vaikuttavuuden arviointiin. (Tiikkainen 2014, 18–19.) Selkeällä työnjaolla pystytään myös lisäämään vanhustyön vetovoimaisuutta työpaikkana, sillä se lisää työntekijöiden osaamista, motivaatiota ja jaksamista (Suominen & Henriksson 2008, 626).

Monet kunnat ovat yhdistäneet sosiaalihuoltolakiin perustuvan kotipalvelun ja terveydenhuoltolakiin perustuvan kotisairaanhoidon kotihoidoksi poistaakseen päällekkäiset työt, taatakseen paremman hoidon jatkuvuuden, laadun ja tiedonkulun sekä saadakseen selkeämmän ja kokonaisvaltaisemman kokonaisuuden kotiin annettavista palveluista, joissa asiakkaalle ei näy organisaatioiden rajat. Yhdistymisellä pyrittiin myös säästämään kustannuksissa. (Engeström, Niemelä, Nummijoki & Nyman 2009, 12; Ikonen 2015, 21; Sanerma 2009, 34.) Yhdistymisen myötä kotihoito on kuitenkin myös sairaanhoidollistunut ja medikalisoitunut. Myös työpaikkatason työnjaossa on työn sisältö muuttunut. (Suominen & Henriksson 2008, 625.) Nordcare 2-hankkeen mukaan kotihoidon työtehtävissä suurin muutos vuosien 2005 ja 2015 välillä on tapahtunut hallinnollisten tehtävien ja kirjaamisen lisääntymisessä. Muutosta on tapahtunut myös muissa työtehtävissä. Kotihoidosta käydään entistä harvemmin kaupassa tai valmistetaan asiakkaalle lämmintä ruokaa. Asiakkaiden sosiaaliseen tukeen ja vuorovaikutukseen käytettävä aika on vähentynyt kymmenessä vuodessa merkittävästi. Sen sijaan asiakkaiden hygienian hoidossa avustaminen on lisääntynyt, koska asiakkaat ovat entistä huonokuntoisempia. (Kröger, Van Aerchot & Puthenparambil 2018, 16.)

2.4 Kotihoidon tulevaisuuden näkymät

Kotihoidon asiakkaat ovat tulevaisuudessa entistä monisairaampia ja vaativampia. Asiakkaiden hoitoisuuden lisääntymisen vuoksi he tulevat tarvitsemaan entistä yksilöllisempiä, asiakkaan tarpeista lähtevämpiä ja uudennlaisia palveluita. (Niemelä 2006, 224; Paljärvi 2012, 14, 56; Tuominen & Tuuri 2017, 228.) Muistisairauksien lisääntyminen tulee lisäämään painetta kotihoidolle (Heinola 2007, 9; Paljärvi 2012, 14, 56; Vesterinen 2011, 34). Muistisairauksia sairastavien määrän on arvioitu moninkertaistuvan vuoteen 2050 mennessä (Terveiden ja hyvinvointilaitoksen www-sivut 2019). Myös Porin vanhuspalveluille ikääntyvän väestön määrän kasvu sekä muistisairaiden lisääntyminen asettavat tulevaisuudessa lisähaasteita (Porin kaupungin hyvinvointityöryhmän jäsenet 2017, 4). Lisäksi ikäihmisten psyykkiset ongelmat, pähteiden käyttö sekä yksinasuminen tulevat lisääntymään (Heinola 2007, 9; Paljärvi 2012, 14, 56; Vesterinen 2011, 34). Nämä lisäävät tulevaisuudessa kotihoidon henkilöstön riittävyyden ja osaamisen painetta (Paljärvi 2012, 14).

Jotta kotihoidon palvelutarpeen kasvuun pystytään vastaamaan, on nykyisiä toimintamalleja muutettava. Tarjottavat palvelut ja niiden tuottamistapa tulee miettiä uudelleen. Tulevaisuudessa palvelutarjoaman tulee olla entistä vaikuttavampaa saman tai nykyistä paremman lopputuloksen aikaansaamiseksi. Myös palveluiden tuottavuutta ja laatua täytyy parantaa, sillä työvoiman saatavuus ja kuntien talous heikkenevät. (Groop 2014, 39; Haapakorpi & Haapola 2008, 11; Vesterinen 2011, 31.) Tulevaisuudessa hoivamenoissa on mahdollista säästää noin miljardi euroa vuoteen 2030 mennessä painottamalla ikäihmisten hoidossa entistä enemmän kotihoitoa (Rehunen, Reissell, Honkatukia, Tiitu & Pekurinen 2016, 5). Jotta vanhukset pystyvät asumaan omissa kodeissaan on kuntoutuksen määrän ja sisällön kasvattaminen välttämätöntä (Vesterinen 2011, 34).

Arvioiden mukaan koko vanhuspainotteisten hoivapalveluiden työvoimatarve tulee kasvamaan lähes 20 prosenttia vuoteen 2026 mennessä (Kangasniemi & Andersson 2016, 37). Vanhuspalveluiden tila -tutkimuksen mukaan kotihoidon päivittäinen asiakasmäärä on lisääntynyt kahden vuoden aikana 4000:lla ja lähi- ja perushoitajien määrä yli 1600:lla. Sairaanhoidajien määrä kotihoidossa on sen sijaan pysynyt koko

ajan lähes samana. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018; Terveyden ja hyvinvoinnilaitoksen www-sivut 2019.) Kotihoidon henkilöstön hyvinvointi on jo nyt koetuksella ja sairauspoissaoloja esiintyy paljon. Henkilöstön työssä jaksamisen kannalta onkin tärkeää, että tulevaisuudessa johtamista ja kotihoidon uusia toimintamalleja kehitetään ja henkilöstön määrä ja osaaminen kohdennetaan oikein. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 32.) Tulevaisuudessa vanhuksia on kaikissa ammattiryhmissä ja kaikilla tulosalueilla. Tämän vuoksi henkilöstö tarvitsee lisäosaamista erityisesti gerontologisesta perusosaamisesta, vanhussosiaalityöstä sekä vanhenemiseen liittyvistä tyyppillisistä fyysisistä ja psyykkisistä terveysongelmista ja hoidosta. (Vesterinen 2011, 56.)

On arvioitu, että robotiikan ja automatiikan avulla voidaan tulevaisuudessa tehdä noin 20 prosenttia sairaanhoitajien ja lähihoitajien työtehtävistä, jolloin hoitotyöntekijöiden työn sisältöä, työtehtäviä ja työtehtäviin käytettävää aikaa pystytään muuttamaan (Kangasniemi & Andersson 2016, 36). Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksessa suositellaan kotihoidon henkilöstön välittömän asiakasajan ja -työn lisäämistä toimintatapoja uudistamalla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 23). Hoitajien työtehtäviä pystytäänkin robotiikan ja automatiikan avulla kohdistamaan esimerkiksi aiempaa enemmän sellaiseen välittömään asiakastyöhön, joka vaatii asiantuntijuutta ja jota ei pystytä koneilla toteuttamaan. Ennusteen mukaan tällä tavalla nykyiset 136 000 hoitotyön tekijää pystyvät tekemään 170 000 hoitotyöntekijän työt. Tämä vaatii myös töiden hyvää organisoimista ja työnkuvien uudelleen miettimistä. (Kangasniemi & Andersson 2016, 36–38.) Hyvällä työn organisoimisella parannetaan tuloksellisuutta ja työntekijöiden työhyvinvointia. Työnjaon onnistunut koordinointi, ammattiosaamisen oikea kohdentaminen ja laadukas johtamis- ja esimiestyö myös tehostavat työtä (Haapakorpi & Haapola 2008, 11.)

Tulevaisuudessa kotihoidon palveluiden tulee siis olla entistä vaikuttavampia ja niillä pitää pystyä varmistamaan kotihoidon asiakkaiden hyvä elämänlaatu. Tavoitteena on asiakkaan hyvinvoinnin ja elämänlaadun paraneminen. Kotihoidon rajallisten resursien on pystyttävä vastaamaan asetettuihin tavoitteisiin. (Steffansson, Pulliainen & Lappi 2015, 53–55.) Huolena on, että kotihoidosta katoaa inhimillinen ja asiakaslähäinen hoiva ja tilalle tulee tarjontalähtöinen sairaanhoidollinen suorittaminen (Groop 2014, 14). Pienillä työnjaollisilla muutoksilla on mahdollista saavuttaa merkittäviäkin

tuloksia (Ruontimo 2009, 15). Tämän vuoksi onkin tärkeää pohtia ja täsmentää myös sairaanhoitajien toimenkuvaa kotihoidossa.

2.5 Kirjallisuuskatsaus

Aloitin tämän kehittämistyön laatimalla kuvailevan kirjallisuuskatsauksen kotihoidon sairaanhoitajan työnkuvasta. Kirjallisuuskatsauksen avulla hahmotin kehittämistyön käsitteellistä taustaa ja sitä, miten se liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 121). Sen avulla pyrin keräämään yhteen tiedossa olevaa tietoa ja ymmärtämään aihetta kokonaisvaltaisesti. Kirjallisuuskatsauksessa vastasin tutkimuskysymykseen: Millainen on kotihoidon sairaanhoitajan työnkuva?

Kehittämistyön kirjallisuuskatsauksen aineiston keräsin kansainvälisistä PubMed- ja Ebsco-tietokannoista sekä kansallisista Finna-, Medic-, ja Arto -tietokannoista 10.1.2018. Hakusanoina käytin kansallisissa tietokannoissa: sairaanhoit tai kotisairaanhoid ja työnku tai ammattikuv tai työn sisäl ja kotihoi tai kotisairaanhoid tai vanhust ja kansainvälisissä tietokannoissa home care nursing or home care or home health care and occupational role or job description and nurse or registered nurse or district nurse or home nurse and full text and last 10 years.

Kotihoidon sairaanhoitajan työnkuvasta löytyi varsin vähän väitöskirjatasoisia tutkimuksia, joten laajensin 17.1.2018 kirjallisuushakua koskemaan myös ylempään amk-opinnäytetöitä ja pro graduja. Kansainvälisiin tietokantoihin en tehnyt enää tässä vaiheessa uusia hakuja, koska edelliset haut oli tehty yhdessä kirjaston informaation kanssa ja todettu, että kyseisestä aiheesta ei löydy Suomen kotihoidon sairaanhoitajan työnkuvaa koskevaa vertailukelpoista aineistoa. Aina kaikki kansainväliset tutkimukset eivät olekaan yleistettävissä Suomeen, sillä esimerkiksi sairaanhoitajien rooli vanhustyössä on erilainen eri maissa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 92–93; Kröger, Van Aerchot & Puthenparambil 2018, 10).

Kirjallisuuskatsaukseen valitsin neljä suomenkielistä julkaisua. Vahvaa tutkimusnäyttöä aiheesta ei löytynyt. Kaksi ylempään AMK -opinnäytetöitä, yksi asiantuntijajul-

kaisu ja yksi pro gradu -tutkimus vastasivat asetettuun tutkimuskysymykseen (Taulukko 1). Tutkimukset oli toteutettu eri tavoin ja eri menetelmillä. Hakujen sisällöt analysoin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Taulukko 1. Valitut aineistot.

	Valitut aineistot	Aineistotyyppi
1	Ruontimo (2009)	Asiantuntijajulkaisu
2	Kinnunen (2013)	Ylempi AMK -opinnäytetyö
3	Koivuranta (2015)	Ylempi AMK -opinnäytetyö
4	Mattila (2009)	Pro gradu -tutkielma

Kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyjen tutkimusten mukaan kotihoidon sairaanhoitajan tulee hallita sekä terveys- että sosiaalialan asioiden tuntemus. Sairaanhoitajan työ on monipuolista, laaja-alaista ja haastavaa. Työn koettiin olevan vaativaa ja vastuullista sekä yksinäistäkin. Tutkimusten mukaan kotihoidon sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu: hoidon ja voimien arviointi ja lääkärin määräysten toteuttaminen, kirjaaminen, gerontologisen hoitotyön osaaminen ja hallinta, kokonaisvaltainen lääkehoito, toimintakyvyn edistäminen ja ylläpito, psyykinen, eettinen ja sosiaalinen tuki sekä asiakkaalle, omaiselle että kollegalle, omaisten, asiakkaiden, opiskelijoiden ja kollegoiden tukeminen, neuvominen ja ohjaaminen, ammattitaidon ylläpitäminen, saattohoito, näyttöjen vastaanotto, erilaiset hoitokokoukset, perehdytys, apuvälineiden ja erilaisten mittareiden käyttöönotto ja ohjaus, luovuus työnsuorittamisessa, palveluohjaus, erilaiset ATK-taidot, mittareiden käyttö ja tulkinta, kliininen hoitotyö, ravitsemuksesta huolehtiminen, perushoitotyö, erilaisten sosiaalietuuksien neuvonta ja lomakkeiden täyttö, yhteistyö ja konsultoinnit monien eri toimijoiden kanssa, vastuun otto ja päätöksenteko, kotiaskareet ja johtamisosaaminen. (Kinnunen 2013, 3, 21–27; Koivuranta 2015, 7–16, 27; Mattila 2009, 20, 51–55; Ruontimo 2009, 29–31.)

Kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyt tutkimukset osoittivat, että kotihoidon sairaanhoitajan työnkuva on hyvin laaja ja vaativa. Kotisairaanhoitajalta vaaditaan erittäin hyviä vuorovaikutustaitoja, vastuunottoa ja päätöksenteko taitoa. Työ koostuu asiakkaiden hoitotyöstä ja omaisten tukemisesta. Sairaanhoitaja toimii hoidon koordinoijana ja hoitotiimin johtajana. Työtä tehdään niin asiakkaiden kotona kuin toimistolla. (Kinnunen

2013, 3, 21–27; Koivuranta 2015, 7–16, 27; Mattila 2009, 20, 37–39, 51–55; Ruontimo 2009, 29–31.)

Kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyistä tutkimuksista kävi myös ilmi ajankäytön ongelmat. Työajasta kuluu paljon aikaa hoidon järjestelyyn, konsultointiin ja yhteistyöhön muiden toimijoiden kanssa. Työaika ei tahdo riittää kaikkien asioiden hoitoon. Tutkimuksissa tuotiin usein ilmi myös kollegan tuen vähyys, sillä työtä tehdään suurimman osan ajasta yksinään. (Kinnunen 2013, 3, 57; Koivuranta 2015, 29–31; Mattila 2009, 22; Ruontimo 2009, 3–5.)

2.6 Kehittämistyön esiymmärrys

Kiinnostukseni tutkia kotihoidon sairaanhoitajan työnkuvaa, johtuu omasta työhistoriastani. Olen työskennellyt Porin perusturvakeskuksen kotihoidossa sairaanhoitajana yli kymmenen vuotta ja tunnen työn keskeisen sisällön ja sen haasteet. Sairaanhoitajan työnkuva on ollut pitkään murroksessa Porin perusturvakeskuksen kotihoidossa. Vielä 2000-luvun alkupuolella Porin kaupungissa toimi terveydenhuollon kotisairaanhoito ja sosiaalihuollon kotipalvelu. Yhteistyötä tehtiin palvelen samoja asiakkaita erillisistä organisaatioista huolimatta. Toimintakulttuurit olivat kuitenkin erilaiset eikä päällekkäiseltä työltä välttytty. Kotisairaanhoito keskittyi kotona terveydenhuollon ammattilaisen antamaan sairaanhoitoon ja kotipalvelu puolestaan asiakkaan hoivaan ja huolenpitoon sekä kodin arkiaskareisiin.

Vuoden 2009 alussa sosiaalikeskus ja terveystyöryhmä yhdistyivät perusturvaorganisaatioksi. Myös kotipalvelu ja kotisairaanhoito yhdistyivät yhteiseksi kotihoidoksi. Koko kotihoidon henkilöstön osaamista alettiin kehittää esimerkiksi erilaisilla koulutuksilla. Ajatuksena oli, että jatkossa kaikki tekevät kaikkea. Kotihoidon henkilökunnalle on tehty osaamiskartoitus ja kehityskeskusteluita pidetään vuosittain. Henkilökunnalla on myös mahdollisuus työnkiertoon, jolla pyritään lisäämään osaamista, oman työn arvostamista ja työhyvinvointia. (Juvonen ym. 2017, 12; Rehula 2018, 15.)

Nykyisin kotihoidon rinnalla toimii akuutti kotikeskus, combilanssi toiminta, palveluohjaajat ja yksityiset kotihoidot. Akuuttiin kotikeskukseen kuuluvat akuuttitoiminnot kotisairaalaista, mobiilitoiminnasta, kotiuttamistiimistä ja turvapuhelintoiminnasta. Lisäksi akuutti kotikeskus tekee geriatria arviointeja kotona ja osastolla. (Porin kaupungin www-sivut 2020.) Combilanssi on uusi liikkuva yksikkö, jossa yhdistyy hoitotasoinen ensihoito ja koti- ja laitoshoidon erityisosaaminen (mobiilitoiminta). Combilanssin tehtävät välittyvät hätäkeskukselta ja suorina yhteydenottoina. (Rehula 2018, 14.) Palveluohjaajat puolestaan tekevät asiakkaille laaja-alaisen ja perusteellisen palvelutarpeen arvioinnin. Palvelutarpeen arvioinnilla he varmistavat asiakkaiden palveluiden laadun ja vaikuttavuuden. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 24.)

Vuoden 2016 syksyllä Porin perusturvakeskuksen kotihoito otti käyttöön toiminnanohjausjärjestelmän, jonka avulla päivittäiset työt pyritään jakamaan tasaisemmin koko henkilökunnan kesken. Optimointikeskuksessa on työntekijä jokaiselta kotihoidon alueelta. He pyrkivät toiminnanohjausjärjestelmän avulla suunnittelemaan kotihoidon asiakaskäynnit asiakkaan tarpeiden mukaisesti ja varmistamaan, että oikea määrä hoitajia on oikeassa paikassa oikeaan aikaan. Toiminnanohjausjärjestelmän tavoitteena on myös läpinäkyvyys ja todennettavuus. (Porin perusturvakeskus omavalvontasuunnitelma 2018, 30.)

Kaikki nämä muutokset ovat muokanneet kotihoidon sairaanhoitajan työnkuvaa. Muutokset ovat aiheuttaneet myös sen, että organisaatiomme eri toimipaikoissa kaupungissa on hieman erilaiset käsitykset työnkuvasta ja työn painotuksen kohteista. Tämä asettaa sekä asiakkaan että työntekijän eriarvoiseen asemaan.

Porin perusturvakeskus on tehnyt vuonna 2017 kuvauksen kotihoidon sairaanhoitajan keskeisistä työtehtävistä. Tämän kuvauksen mukaan sairaanhoitajan tehtävänä on itsenäisesti ja tiimin jäsenenä edistää terveyttä ja ennaltaehkäistä sairauksia sekä suunnitella, toteuttaa ja arvioida asiakkaan tarpeista lähtevää kokonaisvaltaista hoitoa ja kuntoutusta. Sairaanhoitaja toimii tiimissä hoitotyön asiantuntijana. Tavoite välittömän työajan osuudeksi sairaanhoitajilla on noin 40 prosenttia (Juvonen ym. 2017, 12). Keskeisimmät tehtäväkokonaisuudet ovat esiteltynä kuviossa 1.

1. Asiakkaan hoidon suunnittelu yhteistyössä asiakkaan ja omaisten kanssa.
2. Vastaa asiakkaan hoidon toteutumisesta hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelman mukaisesti.
3. Asiakkaan sairaan- ja terveydenhoidon asiantuntijana toimiminen.
4. Asiakkaan toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen kuntouttavan työtavan avulla.
5. Yhteistyö ja organisointi asiakkaan hoitoon osallistuvien henkilöiden kanssa.
6. Kehittää omalla toiminnallaan työyhteisön hyvinvointia.
7. Muut esimiehen määräämät tehtävät.

Kuvio 1. Sairaanhoitajan keskeisimmät tehtäväkokonaisuudet Porin perusturvakeskuksessa.

3 KEHITTÄMISYMPÄRISTÖN KUVAUS

3.1 Porin perusturvakeskus

”Porin perusturvakeskus yhteistoiminta-alueen asukkaiden hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta yhteistyössä suunniteltujen oikea-aikaisten ja asiakasta lähellä tuotettujen peruspalveluiden avulla. Perustehtävän toteuttamisen mahdollistavat asiakkaita kunnioittava, osaava ja määrätietoinen johtaminen sekä asiantunteva, motivoitunut ja hyvinvoiva henkilöstö”. (Porin perusturvakeskus omavalvontasuunnitelma 2018, 11.) Yhteistoiminta alueella oli vuonna 2017 asukkaita noin 101000. Koko toiminnan perustana on alueellinen, moniammatillinen yhteistyö ja kumppanuus. (Nordman ym. 2017, 4–5.)

Porin perusturvan palveluihin kuuluvat perusterveydenhuolto, sairaalapalvelut, päihde- ja mielenterveyspalvelut, kuntoutuspalvelut, suun terveydenhuolto, ikäihmisten ja vammaisten palvelut, perheneuvola, aikuissosiaalityö ja lastensuojelu. Nämä jakautuvat sosiaali- ja perhepalveluihin, terveys- ja sairaalapalveluihin sekä vanhuspalveluihin. (Nordman ym. 2017, 4–5.)

Porin perusturvakeskuksen vanhuspalvelut koostuvat ikäihmisten neuvonnasta ja ohjauksesta, asumispalveluista, kotona asumista tukevista palveluista, veteraanien palveluista ja vapaaehtoistoiminnasta. Vanhuspalveluiden johtaja johtaa Porin vanhuspalveluita keskitetysti. (Porin kaupungin www-sivut 2019.) Porin perusturvakeskuksen vanhuspalvelut järjestävät asiakkaan tarpeista lähtevää riittävää ja oikein kohdennettua palvelua, jotta asiakas selviäisi hyvinvoivana kotonaan mahdollisimman pitkään (Nordman ym. 2017, 11).

Porissa on runsaasti itsensä yksinäiseksi tuntevia ikäihmisiä ja heidän fyysinen kuntosensa on heikko. Porin kaupungin 65- ja 75- vuotiaiden liikkumattomuus ja lihavuus on muuta maata selkeästi suurempaa. Porissa myös 65-vuotta täyttäneet tupakoivat päivittäin selkeästi yli valtakunnan tason. (Porin kaupungin hyvinvointityöryhmän jäsenet 2017, 4.) Nämä ongelmat näkyvät myös vanhuspalveluissa. Vanhuspalveluiden pitkän aikavälin tavoitteisiin kuuluvat digitaalisten palveluiden hyödyntäminen, eri asumismuotojen kehittäminen ja kotiin annettavien palveluiden monipuolistaminen sekä asiakaslähtöisyyden lisääminen. (Nordman ym. 2017, 11; Porin perusturvakeskus omavalvontasuunnitelma 2018, 11.)

3.2 Porin perusturvakeskuksen kotihoito

Porin perusturvakeskuksen kotihoidon päätavoite on hyvä ja arvokas vanhuus (Porin perusturvakeskus omavalvontasuunnitelma 2018, 14). Lähtökohtana on asiakkaan turvallinen asuminen omassa kodissaan. Kotihoidon työ Porissa on asiakkaan tarpeista lähtevää ja hänen toimintakykyään tukevaa palvelua. Kotihoitoa annetaan asiakkaalle, joka tarvitsee apua päivittäisissä perustoiminnoissa tai joka tarvitsee sairaanhoitoa, eikä kykene käyttämään kodin ulkopuolisia terveyspalveluita madaltuneen toimintakyvyn tai sairauden vuoksi. Kotihoitoa saa myös asiakas, joka kuuluu omaishoidon

tuen piiriin. Porin kotihoito järjestää hoitoa kotona myös yhteistyössä kotisairaalan kanssa. (Porin kaupungin www-sivut 2020.) Porin perusturvakeskuksen kotihoidon ydinarvoja ovat luottamus, kumppanuus, ihmisistä välittäminen ja osaaminen (Porin perusturvakeskus omavalvontasuunnitelma 2018, 11).

Porin kotihoidon kokonaisuudesta vastaavat kolme vanhuspalveluiden päällikköä ja kymmenen vanhuspalveluiden esimiestä. Porin perusturvan kotihoito on jaettu kolmeen eri alueeseen: itäinen, läntinen ja pohjoinen alue. Pohjoisella alueella toimii Merikarvian, Noormarkun, Ruosniemen, Porkan, Länsi-Puiston ja Viikkarin tiimit. Läntisen alueen tiimit ovat 400-vuotiskodin, Vähärauman, Länsi-Porin, Pihlavan, Reposaaren, Kiertokadun ja Kuukkarin tiimit. Itäisen alueen kotihoito koostuu kahdesta Itä-Porin kotihoidon tiimistä, Lavian kotihoidon tiimistä ja neljästä Ulvilan kotihoidon tiimistä. (Porin kaupungin www-sivut 2020.)

Porin perusturvakeskuksen kotihoidossa työskentelee 282 lähihoitajaa/kodinhoitajaa, 6 kotiavustajaa, 6 palveluohjaajaa ja 36 sairaanhoitajaa/terveydenhoitajaa. Sairaanhoitajien määrä vaihtelee yhdestä viiteen tiimeittäin. Määrään vaikuttaa tiimin koko ja asiakasmäärä sekä sairaanhoitajien määrä ennen kuntaliitoksia. Lisäksi kotihoidolla on omat sairaanhoitajat varahenkilöstössä. Porin perusturvan kotihoidossa työskennellään aamu- ja iltavuoroissa. Akuutti kotikeskus mahdollistaa kotihoidon saatavuuden 24/7. (Porin perusturvakeskus omavalvontasuunnitelma 2018, 30.)

75 vuotta täyttäneistä henkilöistä säännöllisen kotihoidon piirissä oli 30.11.2018 koko Suomessa 11 prosenttia. Vastaava prosentti oli Porissa 9,2. (Kotihoidon henkilöstön osuus...2018.) Kansallinen tavoite 75 vuotta täyttäneiden henkilöiden säännöllisen kotihoidon piiriin kuulumiselle on 13-14 prosenttia (Porin kaupungin hyvinvointityöryhmän jäsenet 2017, 12; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 30). Kotihoidon asiakkaat ovat nykyisin entistä huonokuntoisempia, heillä on useita sairauksia ja heidän avun ja palveluiden tarpeensa on kasvanut. Asiakkaita, joilla käydään yli 60 kotikäyntiä kuu-kaudessa kuvataan paljon palveluita käyttäviksi. (Kehusmaa, Alastalo, Hammar & Luoma 2018, 2.) Paljon kotihoidon palveluita sai 30.11.2018 koko Suomessa säännöllisen kotihoidon asiakkaista 37,1 prosenttia ja Porissa vastaava luku oli 26,9 prosenttia. Näiden asiakkaiden osuus on noussut koko Suomessa lähes 7,2 prosenttia viidessä

vuodessa ja Porissa 5 prosenttia. Porin seudun kotihoidon henkilöstön osuus ikäihmisten palveluiden henkilöstöstä on 42 prosenttia. Koko Suomen prosentti luku oli hieman matalampi ollen 36 prosenttia. (Kotihoidon henkilöstön osuus... 2018.)

Porissa tehdään säännöllisen kotihoidon asiakkaille vuosittain asiakastyytyväisyyskysely. Kevään 2019 kyselyyn vastasi 769 kotihoidon asiakasta Porin yhteistoiminta-alueelta. Koko asiakastyytyväisyyskyselyn keskiarvo oli 8.7. Asiakkaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa palveluun ja 90 prosenttia vastanneista oli valmiita suosittelemaan palvelua läheisilleen. Työntekijöiden ammattitaito ja ystävällisyys sekä hyvä hoiva saivat asiakkailta positiivista palautetta. Kritiikkiä annettiin työntekijöiden liiallisesta vaihtuvuudesta. Asiakkaat eivät myöskään välttämättä tunne omaa vastuutyöntekijäänsä. Lisäksi asiakastyytyväisyyskyselyssä nostettiin esille työntekijöiden kiire. Asiakastyytyväisyys kyselyn perusteella Porin perusturvakeskuksen kotihoidossa aiotaan lisätä asiakkaan osallisuutta hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa. (Porin kaupungin www-sivut 2020.)

4 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA MENETELMÄT

4.1 Tarkoitus ja tavoitteet

Tämä kehittämistyö on saanut alkunsa organisaation kehittämistarpeista ja halusta saada aikaan muutoksia. Kehittämistyössä etsitään parempia vaihtoehtoja ja parannuksia sekä pyritään viemään asioita käytännössä eteenpäin ja keksimään uusia ratkaisuita. (Engeström 1995, 12; Kananen 2015, 33; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 19; Toikko & Rantanen 2009,16.)

Kehittämistyöni tarkoituksena on kuvata Porin perusturvakeskuksen kotihoidon sairaanhoitajan tämän hetkistä työnkuvaa ja kehittää sitä. Tavoitteena on sairaanhoitajan työnkuvan selkeyttäminen, yhtenäistäminen ja kehittäminen sekä sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen hyödynnettävyys Porin perusturvakeskuksen kotihoidossa.

Tämän kehittämistyöni, sairaanhoitajan työnkuvan selkeyttäminen, yhtenäistäminen ja kehittäminen sekä sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen hyödynnettävyys Porin perusturvakeskuksen kotihoidossa, kannalta relevantit kysymykset ovat:

- Millainen on sairaanhoitajan työnkuva tällä hetkellä Porin perusturvakeskuksen kotihoidossa?
- Millainen kotihoidon sairaanhoitajan työnkuvan tulisi olla tulevaisuudessa?
- Millaista osaamista kotihoidon sairaanhoitajalta vaaditaan työn laadukkaan tekemisen näkökulmasta?

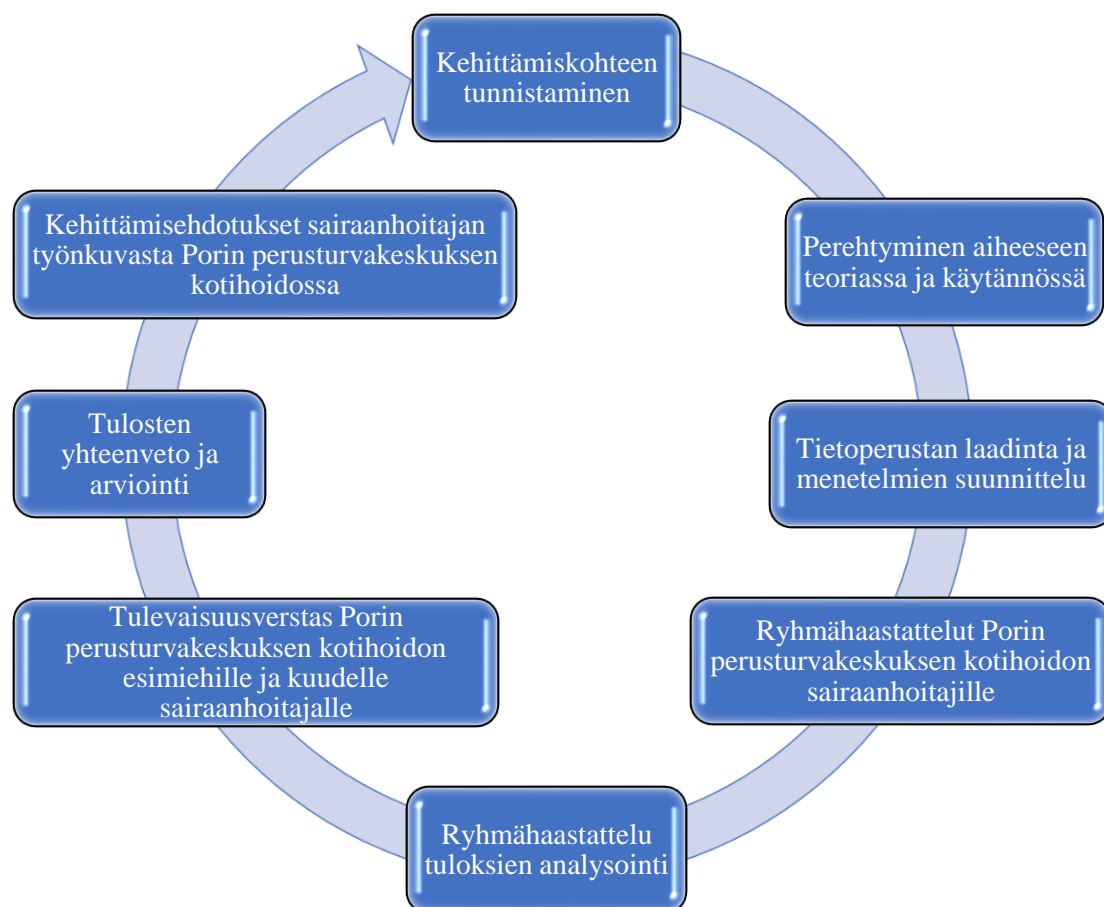
4.2 Lähestymistapana tapaustutkimus

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön lähestymistavassa on tapaustutkimuksellisia piirteitä. Lähestymistavalla tarkoitetaan laajempaa näkökulmaa, josta kehitettävää ilmiötä lähestytään. Tapaustutkimus sopii lähestymistavaksi, jos halutaan ymmärtää syvällisesti jonkin tietyn organisaation tilannetta ja siellä ilmennyttä haastetta sen omassa ympäristössä ja tarkoituksena on tuottaa kehittämis ehdotuksia. (Anttila 2006, 285; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 25, 36–37, 52; Saarela-Kinnunen & Eskola 2015, 189.) Tapaustutkimuksessa pyritään määrittelemään, analysoimaan ja ratkaisemaan yhtä tai useampaa tapausta (Eriksson & Koistinen 2014, 12). Tapaus voi olla esimerkiksi yritys, sen osasto, henkilöstö- tai asiakasryhmä (Anttila 2006, 286; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 53).

Sairaanhoitajan työ Porin perusturvakeskuksen kotihoidossa on muuttunut työurani aikana paljon. Lainsäädännöllä, asetuksilla ja erilaisilla suosituksilla kotihoito on nostettu ensisijaiseksi hoitovaihtoehdoksi vanhustenhuollossa. Asiakkaiden määrä ja hoitoisuuden lisääntyminen ovat luoneet painetta asiakaskäynneille. Sairaanhoitajien kotikäyntien sisältö painottuu kuitenkin koko ajan yhä enemmän perushoidon toteutukseen, ja kotihoidon käyntien vaikuttavuus on mielestäni heikentynyt osittain kiireenkin vuoksi. Näiden myötä työilmapiiri on laskenut ja sairauslomat ovat lisääntyneet. Tulevaisuudessa jokaisen hoitajan työpanos ja osaaminen tulee hyödyntää kokonaisvaltaisemmin. Kotihoidon työ tarvitsee myös saada houkuttelevammaksi työpaikaksi,

jotta saadaan riittävästi ammattitaitoisia hoitajia hoitamaan vanhuksia. Näiden haasteiden pohjalta asetin kehittämistyöni tavoitteeksi ymmärtää syvällisesti sairaanhoitajan työnkuva Porin perusturvakeskuksen kotihoidossa. Tätä ilmiötä tutkin sen luonnollisessa toimintaympäristössä. Tavoitteena on myös sairaanhoitajien ammatillisen osaamisen hyödynnettävyys. Kotihoidossa työskentelee sekä sairaanhoitajia että terveydenhoitajia. Käytän kehittämistyössäni heistä pelkistetysti yhteisnimeä sairaanhoitajat.

Tapaustutkimus käyttää monipuolista ja monilla tavoilla hankittua tietoa analysoimaan tiettyä nykyistä tapahtumaa tai toimintaa tietyssä rajatussa ympäristössä (Yin 2014, 2). Tapaustutkimuksen avulla saadaan tuotettua kehittämissuhteita ongelman ratkaisuksi, mutta se ei välttämättä tuota mitään konkreettista mallia tai ehdotusta toimintamenettelyksi (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 53, 55). Kehittämistyöni tavoitteena on tuottaa kehittämissuhteita koskien kotihoidon sairaanhoitajan työnkuvaa (Kuvio 2).



Kuvio 2. Kehittämistyön prosessi.

Tapaustutkimus aloitetaan kehittämiskohteen tunnistamisen ja tavoitteiden määrittämisen jälkeen tutustumalla tutkimuksen kohteeseen ja tutkittavaan aiheeseen syvällisemmin. Tärkeintä on löytää oman tehtävän kannalta oleellisin tieto. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 54.) Tämä kehittämistyö aloitettiin tekemällä kuvaileva kirjallisuuskatsaus kotihoidon sairaanhoitajan työnkuvasta. Kirjallisuuskatsaus on metodi, jonka avulla kerätään yhteen jo olemassa olevaa tietoa tietystä aiheesta. Kirjallisuuskatsauksella kartoitetaan jo olemassa olevaa tietoa sovitusta aihepiiristä. Sen avulla saadaan hahmotettua, millaisesta näkökulmasta aihetta on jo tutkittu ja millaisin menetelmin sekä kuinka paljon tutkimustietoa on jo olemassa. (Tuomi & Latvala 2016; Salminen 2011, 4.) Kirjallisuuskatsaus auttaa ymmärtämään aihetta kokonaisvaltaisesti (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 7). Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa käytetyt aineistot ovat laajoja eikä aineiston valintaa rajaa metodiset säännöt (Salminen 2011, 6). Kirjallisuuskatsaus voi olla artikkeli, tutkielman osa tai esitelmä. Teoreettinen viitekehys, joka perustuu systemaattiseen tiedonhakuun, määrittelee kehittämistyön keskeiset käsitteet. (Tuomi & Latvala 2016.) Perehdyin kirjallisuuskatsausta tehdessäni sekä Suomessa että ulkomailla tehtyihin tutkimuksiin. Pian huomasin, että aiheesta ei kuitenkaan löytynyt kansainvälisistä tutkimuksista vertailupohjaa. Vahvaa tutkimusnäyttöä ei löytynyt myöskään kansallisista tutkimuksista viimeisen kymmenen vuoden ajalta. Pyrin lähteitä valitessani ja niitä tulkitessani kriittisyyteen ja tarkkuuteen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 113; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 22–24.) Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla saatiin kuitenkin luotua kuva tutkitavasta ilmiöstä ja myös selkeytettyä kehittämistehtävää.

Tapaustutkimuksissa käytetään usein erilaisia tiedonhankintamenetelmiä, jotta saadaan syvälinen, monipuolinen ja kokonaisvaltainen kuva tutkitavasta asiasta (Kananen 2013, 77; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 53, 55). Ilmiöihin voidaan hakea ymmärrystä monesta näkökulmasta esimerkiksi eri tieteenaloilta, tiedonkeruumenetelmistä, tutkijoilta ja aineistoista. Tätä kutsutaan triangulaatioksi, jota voidaan käyttää ymmärryksen tukena ja luotettavuusmenetelmänä. (Anttila 2006, 469; Kananen 2010, 71; Kananen 2013, 34; Kananen 2017, 154; Tuomi & Sarajärvi 2013, 143.) Tutkimuksissa on havaittu, että eri menetelmillä saatujen tulosten erilaisuus voi tarjota paremman näkemyksen ja tuoda enemmän syvyyttä monimutkaisen ilmiön ymmärtämiseen (Eriksson & Koistinen 2014, 17–18; Hirsjärvi & Hurme 2008, 39; Kananen 2017, 154–155). Toisaalta sen haasteena on muun muassa useiden eri metodien vaatimat resurssit

ja tulosten ristiriitaisuus (Kananen 2017, 155; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 78). Tapaustutkimuksella ei pyritä tilastolliseen yleistämiseen (Anttila 2006, 287; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 54).

Tapaustutkimus liittyy usein ihmisen toiminnan tutkimiseen eri tilanteissa, jolloin muun muassa haastattelujen avulla asiantuntijat voivat kuvata ja selittää tutkittavaa ilmiötä. Muiksi soveltuviksi menetelmiksi sopivat muun muassa havainnointi, kyselyt, avoriihiyöskentely ja erilaiset ennakoinnin menetelmät. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 54–55.) Menetelmiä valitessani, mietin tarkkaan, millaista tietoa tarvitsen. Halusin saada kerättyä useampia näkökulmia ja ideoita, joten aineistonkeruu menetelmiksi valikoituivat lopulta ryhmähaastattelu ja tulevaisuusverstaas (Hakala 2015, 14; Saarela-Kinnunen & Eskola 2015, 189). Tämän avulla myös tutkimuksen luotettavuus lisääntyi.

4.3 Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Kehittämistyön aineistonkeruumenetelmiksi valikoituivat ensimmäiseksi osaksi ryhmähaastattelut ja toiseksi osaksi tulevaisuusverstaas. Ryhmähaastatteluilla kartoitettiin Porin perusturvakeskuksen kotihoidon sairaanhoitajien käsitys omasta työnkuvastaan ja osaamisestaan. Lisäksi haastatteluilla saatiin sairaanhoitajan työnkuvan kehittämisehdotukset. Ryhmähaastatteluilla on mahdollista saada tutkittavasta asiasta syvällistäkin tietoa ja yleensä haastatteluiden vastausaktiivisuus on myös suurempi kuin esimerkiksi kyselytutkimuksissa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 126; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 106).

Haastatteluja voidaan luokitella monin eri tavoin ja eri kriteerein. Haastattelumenetelmä voidaan luokitella haastatteluun osallistuvien lukumäärän mukaan (yksilö-, pari- tai ryhmähaastattelu) tai strukturoinnin mukaan (strukturoitu, teemahaastattelu tai avoinhaastattelu). Ryhmähaastattelu soveltuu hyvin aineistonkeruumenetelmäksi, silloin kun osallistujat edustavat samaa ammattiryhmää. (Eskola & Vastamäki 2015, 28–30; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 123–124; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 106–108, 112.) Yksilöhaastatteluihin verrattuna ryhmähaastattelussa päästään yleensä käsiteltävissä asioissa uusille tasoille ryhmän dynamiikan avulla. Siinä

osallistujat ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja voivat auttaa toisiaan muistamaan asioita. Toisaalta jäsenten välinen vuorovaikutus saattaa yhdenmukaistaa puhetta tai jotkut haastateltavat voivat jäädä taka-alalle. (Kananen 2013, 93–94; Kankkunen & Vehviläinen-Julkkunen 2015, 124; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 111–112.)

Ryhmähaastattelun yhtenä muotona voidaan käyttää niin sanottua fokusryhmämenetelmää, jossa osallistujia on yleensä 6–12 henkilöä. Fokusryhmämenetelmässä asetetaan aluksi tavoitteet eli määritellään mitä tietoa halutaan saada. Tämän jälkeen määritetään, minkä tyyppisiä osallistujia halutaan ja millaiset henkilöt olisivat hyödyllisiä tavoitteiden saavuttamisen kannalta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 62; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 111–112.) Tämän kehittämistyön ryhmähaastatteluiden fokusryhmä oli Porin perusturvakeskuksen kotihoidon sairaanhoitajat, joilla uskoin olevan parhain tieto tämänhetkisestä tehtäväkuvastaan ja paljon motivaatiota oman työnsä kehittämiseen. Halusin saada mahdollisimman kattavasti sairaanhoitajien näkemykset ja asiantuntemukset tulevaisuusverstaan kehittämistyöryhmän työskentelyyn mukaan.

Ryhmähaastatteluita järjestettiin yhteensä kolme kappaletta: yksi itäisen alueen, yksi pohjoisen alueen ja yksi läntisen alueen sairaanhoitajille. Haastatteluiden ajankohdan ja paikat sovittiin etukäteen esimiesten kanssa. Haastattelupaikat olivat rauhallisia kokoustiloja. Haastattelut onkin hyvä käydä mahdollisimman neutraaleissa tiloissa, jolloin saadaan helpommin vapautunut ilmapiiri ja keskeytysten todennäköisyys on pieni (Eskola & Vastamäki 2015, 30–32; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 112).

Ryhmähaastattelut toteutettiin syys- ja lokakuussa vuonna 2018. Ajoitin haastattelut niin, että mahdollisimman moni pystyi niihin osallistumaan. Ryhmähaastatteluun osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja työntekijät saivat osallistua siihen työajalla. Koska haastatteluiden ajankohdat olivat iltapäivisin, hankin osallistujille pientä naposteltavaa ja juomista. Ryhmähaastatteluihin osallistui yhteensä 22 sairaanhoitajaa eli osallistumisprosentti oli 61 prosenttia. Ryhmissä oli keskimäärin seitsemän osallistujaa (vaihteluväli 7–8 osallistujaa). Haastateltavat olivat työskennelleet sairaanhoitajina keskimääräisesti 14 vuotta (vaihteluväli 9 kuukautta–35 vuotta). Kotihoidossa he olivat työskennelleet yhdestä viikosta 20 vuoteen. Keskimääräinen kotihoidossa sairaanhoitajajana työskentely aika oli kuusi vuotta.

Haastattelijana ohjasin keskustelua ja aihepiirejä. Ryhmähaastattelut etenivät teema-haastattelurunkoa mukaillen, joka perustui kehittämistyön kannalta relevantteihin kysymyksiin (Eskola & Vastamäki 2015, 29, 35; Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48; Kananen 2015, 83–85; Kananen 2017, 95–97; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 112). Teemat koskivat kotihoidon sairaanhoitajan työnkuvaa nyt ja tulevaisuudessa, sairaanhoitajan osaamista sekä työn positiivisia ja kuormittavia haasteita. Laadin teemat ja niitä tarkentavia kysymyksiä ennakkoon, mutta vaihtelin niiden järjestystä ja sanamuotoja tarvittaessa haastatteluiden edetessä (Liite 1). Haastattelukysymykset esitetasin kahdella aiemmin kotihoidossa työskenneellä sairaanhoitajalla. Esitestaus sujui hyvin, eikä kysymyksiin tarvinnut juurikaan tehdä muutoksia. Lähetin ryhmähaastattelun saatekirjeen ja teemat etukäteen haastateltaville, jotta he saivat tutustua ja miettiä asioita ennen varsinaista haastattelua (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 133). Tämän uskon rentouttaneen haastattelutilanteita. Haastattelutilanteissa keskustelu oli mielestäni monipuolista ja rentoa. Pyrin innostamaan kaikkia osallistumaan keskusteluun ja tuomaan rohkeasti oman mielipiteensä esille. Keskustelu kävikin yleensä vilkkaasti ja puheenvuorot jakaantuivat automaattisesti. Välillä esiintyi pientä päällekkäin puhumista. Muutaman kerran jouduin tarkentamaan sellaisia ajatuksia, joita pystyi tulkitsemaan monella eri tavalla. Haastatteluiden ilmapiiri oli mielestäni pääosin leppoisaa, rentoa ja avoina. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 112.)

Ryhmähaastatteluiden aluksi kerroin kehittämistehtävästäni ja keräsin kirjalliset suositukset tutkimukseen osallistumisesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 217–223; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 107). Haastateltavat myös täyttivät taustatietolomakkeen, josta kävi ilmi työntekijän työkokemus sairaanhoitajana, työkokemus kotihoidon sairaanhoitajana sekä alue, jossa työntekijä työskenteli. Lisäksi taustatietolomakkeessa sairaanhoitajat laittoivat kahdeksan työtehtävää heidän mielestään tärkeys järjestykseen. Tehtävät olivat hoidon suunnittelu, arviointi, toteutus ja koordinointi, muun henkilöstön ohjaus, konsultoinnit, perehdytys sekä kehittämistyö.

Ryhmähaastattelut kestivät keskimäärin 1h 50min (100–120 minuuttia). Pyrin pitämään keskustelut mahdollisimman tiukasti teemojen sisällä. Tämä osoittautui kuitenkin haastavaksi. Välillä keskustelu lähti rönsyilemään ja koska työskentelen itsekin Porin perusturvakeskuksen kotihoidossa sairaanhoitajana, oli vaikeaa olla itse kom-

mentoimasta asioihin. Ryhmähaastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin tekstiksi (83 sivua). Nauhoitukset onnistuivat hyvin. Litteroinnissa mietin tarkasti myös tietosuojasiat, henkilöiden anonymiteetin ja luottamuksellisuuden. Litteroinnissa oli päätettävä, litteroidaanko teksti puhe- vai kirjakielellä. Päädyin puhekieleen, koska kenelläkään haastateltavalla ei ollut kovin erikoista murretta, joka olisi heikentänyt anonymiteettiä. (Kananen 2017, 134–135; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 108, 110–112, 133.) Litterointia hankaloitti muutaman kerran se, että osa haastateltavista puhui kovin hiljaa ja välillä keskustelu kävi niin vilkkaasti, että esiintyi päällekkäin puhumista.

Ryhmähaastattelut analysoitiin hyödyntäen sisällönanalyysia (Vilka 2015, 163–164). Analyysin kohteena olivat ryhmähaastatteluiden litteroidut 83 sivua. Sisällönanalyysillä pyrin selkeyttämään aineiston, jotta pystyin tekemään selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 136). Haastattelutekstiä luin aineistolähtöisesti alleviivaten erivärisillä värikynillä eri teemoja. Eri teemoihin tulleet ilmaisut pelkistin luokittelua varten. Pyrin analyysissä systemaattisuuteen ja välttämään omien ennakkokäsitysten vaikutusta. (Eskola & Vastamäki 2015, 42–43; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 168; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 139.)

4.4 Tulevaisuusverstaas aineistonkeruumenetelmänä

Ryhmähaastatteluiden jälkeen muodostin kehittämistyöryhmän kotihoidon esimiehistä ja kuudesta sairaanhoitajasta (kaksi läntiseltä, kaksi itäiseltä ja kaksi pohjoiselta alueelta). Kehittämistyöryhmä nähdään oman alueen tai ryhmän tilanteen asiantuntijoina, jotka pystyvät parhaiten näkemään kokonaiskuvan tilanteesta (Anttila 2006, 399). Kehittämistyöryhmän työskentelyssä käytin tulevaisuusverstaas menetelmää sovellettuna. Tulevaisuusverstaas on valmistautumis-, ongelma-, kuvittelu- ja todellistamisvaiheita käsittävä ryhmätyömenetelmä yhteisön, ryhmän, organisaation ongelman ratkaisemiseksi tulevaisuusnäkökulmasta. Tulevaisuusverstaalla pyritään nostamaan esiin niin uhat kuin mahdollisuudetkin jokaisen ilmaisten omat toiveensa ja kuvitelmansa vapaasti tulevaisuuteen tähdäten. Se on työn kehittämisen menetelmä ja se aktivoi koko henkilöstön kehittämään organisaation toimintaa. Tulevaisuusverstaissa on aina selvitettävä ensin menneisyys ennen kuin siirrytään tulevaisuuden miettimiseen. (Anttila 2006, 399–401; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 153–155.)

Toimin itse tulevaisuusverstaan vetäjänä ja huolehdin prosessin muodosta. Osallistujat tuottivat varsinaisen sisällön (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 153). En ollut koskaan aiemmin järjestänyt tulevaisuusverstasta, joten pyrin perehtymään kirjallisuuden kautta myös tähän kehittämistyön vaiheeseen hyvin. Tulevaisuusverstaaseen osallistui 7 esimiestä ja 6 sairaanhoitajaa. Esimiehet suhtautuivat tulevaisuusverstaan pitoon positiivisesti ja ennakkoluulottomasti. Ajankohtakin saatiin nopeasti sovittua.

Tulevaisuusverstaan keskeisin menetelmä on yhteisesti hyväksyttäviin näkemyksiin etsiytyvä keskustelu. Sen tavoitteena on auttaa osallistujia havaitsemaan ongelmat ja etsimään niihin ratkaisuja. Tulevaisuusverstaan tulisi olla olosuhteiltaan mahdollisimman mukava, jotta osallistujat pystyisivät virittäytymään oikeanlaiseen tunnelmaan. (Anttila 2006, 401.) Tulevaisuusverstaas järjestettiin tammikuussa 2019 400-vuotiskodin ”olohuoneessa”. Tila mahdollisti rennon ja viihtyisän ympäristön. Lisäksi sillä pyrittiin vähentämään keskeytyksiä. Hankin tarjolle myös pientä syötävää ja juotavaa.

Tulevaisuusverstaan pito esimiehille tuntui alusta alkaen haastavalta ja jännittävältä. Mietin, miten pystyisin pysymään neutraalina kehittäjänä ja tutkijana, enkä antaisi omien ajatusten vaikuttaa asioihin. Ilmapiiri olikin alkuun hieman jäykkä ja jännittynyt. Tähän varmasti vaikutti se, että tilanne oli kaikille uusi, sillä Porin perusturvan kotihoidon sairaanhoitajat ja esimiehet eivät kovin useasti kokoontu yhteen pohtimaan ja kehittämään asioita. Huomasin myös itse olevani jännittynyt tilanteesta, joten myös tämä lisäsi ilmapiirin sähköisyyttä.

Tulevaisuusverstaas työskentelymallia sovelsin siten, että käytin sairaanhoitajien ryhmähaastatteluissa esiintulleet tämän hetkistä työnkuvaa koskevat haasteet ja kehittämisajatukset ongelmavaiheeseen. Nämä sairaanhoitajien ryhmähaastatteluissa esiinnousseet ongelmat ja kehittämisajatukset esitin aluksi diaesityksenä kehittämistyöryhmälle.

Tämän jälkeen kehittämisryhmä alkoi työstää esiin nousseita ongelmia ja kehittämisajatuksia. Olin laittanut olohuoneen seinille valmiiksi A4 kokoisille papereille 24 sairaanhoitajien ryhmähaastatteluissa eniten esille noussutta ongelmaa. Jokaisella kehit-

tämisryhmän jäsenellä oli kuusi ääntä, jotka he saivat käydä merkkäämässä tärkeimmäksi kokemilleen ongelmille. Ääniä sai jakaa useammalle ongelmalle tai merkata vaikka kaikki kuusi yhdelle tärkeimmäksi kokeneimmalle. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 154.)

Äänestyksen jälkeen äänet laskettiin ja työryhmä siirtyi tulevaisuusverstaan kuvittelu- vaiheeseen. He ideoivat unelmaratkaisuita kymmenelle eniten ääniä saaneille ongelmille. Ajatuksena oli, että kaikki oli mahdollista. Pyrkimyksenä oli ideoida asioita niin, että käytettävissä oli kaikki mahdolliset resurssit, valta ja raha. Myöskään kritiikille ei suotu valtaa tässä vaiheessa. (Anttila 2006, 399–401; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 108, 154.) Tämä vaihe tuotti kehittämistyöryhmälle hankaluuksia. Oli vaikea päästää irti ajatuksesta, että raha ja resurssit eivät vaikuttaisi. Lopulta jokainen vei ideansa kyseisten ongelmien alle.

Tämän jälkeen jakaannuttiin kolmeen ryhmään ja siirryttiin tulevaisuusverstaan todentamisvaiheeseen (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 108, 155). Kaksi ryhmää sai kolmen ja yksi ryhmä neljän ongelman ideaaliratkaisut käsittelyynsä. He alkoivat yhdessä miettiä, mitkä ideat olisivat toteuttamiskelpoisia, ja mitkä voitaisiin käytännössä saavuttaa ja toteuttaa ja miten. Tässä vaiheessa aikaa oli enää liian vähän jäljellä ja loppu ideoinnissa tuli hieman kiire. Tähän vaikutti varmasti se, että toimin ensimmäistä kertaa tulevaisuusverstaan vetäjänä, enkä ollut osannut arvioida riittävän hyvin, kuinka kauan jokaiseen vaiheeseen lopulta kuluisi aikaa. Lopuksi jokainen ryhmä kuitenkin esitteli hiottu ideat ja ehdotukset ongelmille.

4.5 Aineiston analyysimenetelmänä sisällönanalyysi

Aineiston analyysimenetelmäksi valitsin sisällönanalyysin. Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla tiivistetään aineisto ja kuvataan tutkittava ilmiö sanallisesti yleistävästi (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 139–140; Tuomi & Sarajärvi 2013, 93, 103; Vilka 2015, 163–164). Sisällönanalyysin avulla voidaan tehdä toistettavia ja päteviä päätelmiä tutkimusaineiston suhteesta sen asia- ja sisältöyhteyteen. Sen avulla voidaan tuottaa uutta tietoa, uusia näkemyksiä ja saattaa tietoon piileviä tosiasioita. (Anttila 2006, 292.) Litteroinnin jälkeen on valittava analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen

sana tai teema. Tutkimusongelma määrittää tätä yksikköä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 168.) Ryhmähaastatteluiden analyysiyksikköinä käytin haastatteluiden teemoja.

Sisällönanalyysin tavoitteena on ilmiön laaja, mutta tiivis esittäminen, jonka tuloksena syntyy käsiteluokituksia, käsitejärjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja. Sisällönanalyysi voidaan tehdä joko induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli teorialähtöisesti. Induktiivinen sisällönanalyysissä luokitellaan sanoja niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Luokittelu pyritään tekemään niin, etteivät aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoria ohjaa analyysia. Aineiston analyysi etenee pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan vaiheittain. Raportointi on aineistolähtöistä. Sisällönanalyysin haasteena on sen joustavuus ja säännöttömyys. Tutkija joutuu itse ajattelemaan ja päättelemään asioita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 166–168; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 139–140; Tuomi & Sarajärvi 2013, 109–113.)

Sairaanhoitajien ryhmähaastatteluiden analysoinnin pyrin tekemään äärimmäisen huolellisesti ja tarkkaan. Aluksi alleviivasin litteroiduista teksteistä eri värillä eri teemoja koskevat asiat. Teemoina olivat keskeisimmät kotihoidon sairaanhoitajan työtehtävät ja osaamisvaatimukset tällä hetkellä, kotihoidon sairaanhoitajan työn positiiviset ja kuormittavat haasteet ja kotihoidon sairaanhoitajan työnkuva ja osaaminen tulevaisuudessa. Lopulta pelkistin työnkuvaan liittyvät lausumat eri kategorioiksi, jotta sain rakennettua sairaanhoitajien omat mielikuvat eri teemoista (Liite 2).

Tulevaisuusverstaassa ei juurikaan tarvittu aineistonanalyysiä. Ongelmavaiheeseen valittiin ryhmähaastatteluiden sisällönanalyysin perusteella 24 eniten esille nousutta asiaa tai ongelmaa. Näistä oli tarkoituksena valita yhdeksän eniten ääniä saanutta seuraavaan vaiheeseen. Koska useampi ongelma sai saman verran ääniä, niin kuvitteluvaiheeseen valikoitui lopulta kymmenen eniten ääniä saanutta ongelmaa tai asiaa. Kuvitteluvaiheessa syntyneet aineistot sijoitettiin jokaisen ongelman alle ja nämä jaettiin kolmelle ryhmän kesken eli kahdelle ryhmälle tuli kolme ja yhdelle neljän ongelman unelmaratkaisut. Jokaisessa ryhmässä todellistamisvaiheessa pohdittiin toteuttamiskelpoiset ratkaisut.

5 KEHITTÄMISTYÖN AINEISTOJEN AVAAMINEN

5.1 Ryhmähaastatteluiden aineiston avaaminen ja analyysi

Ryhmähaastatteluista saadut tulokset ovat analysoitu aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käyttäen. Ryhmähaastatteluiden analyysiyksikköinä on käytetty haastatteluiden teemoja, jotka olivat: keskeisimmät kotihoidon sairaanhoitajan työtehtävät ja osaamisvaatimukset tällä hetkellä, kotihoidon sairaanhoitajan työn positiiviset ja kuormittavat haasteet ja kotihoidon sairaanhoitajan työnkuva ja osaaminen tulevaisuudessa. Jokaisessa ryhmähaastattelussa nousi teemojen alle hyvin samantyyppisiä, toistettavia asioita. Aineistojen tuloksellisessa yhteenveto kohdassa esitellään paremmin tiimien eroavaisuudet.

5.1.1 Keskeisimmät kotihoidon sairaanhoitajan työtehtävät ja osaamisvaatimukset tällä hetkellä

Monialainen toimenkuva ja ammattitaito. Porin perusturvakeskuksen kotihoidon sairaanhoitajan työnkuva on ryhmähaastatteluiden perusteella tällä hetkellä hyvin monipuolinen, laaja-alainen ja haastava. Jokaisessa ryhmähaastattelussa nousi hyvin esille se, että sairaanhoitaja tekee laidasta laitaan kaikkea työtä mitä kotihoidossa on tehtävänä. Kotihoidon sairaanhoitajalta vaaditaan paljon monialaista ammattitaitoa. Sairaanhoitajan tulee hallita hyvin sekä terveys- että myös sosiaalialan asiat. Sairaanhoitajalta vaaditaan tarkkoja tuntosarvia ja hyvää neuvottelu-, keskustelu- ja havainnointikykyä, sillä ongelmat ovat yleensä monisyisempiä kuin miltä ne aluksi näyttävät. Sairaanhoitajan tulee olla hyvä haavanhoitaja ja hallita gerontologista osaamista. Kotihoidon sairaanhoitajan täytyy osata soveltaa tietoja luovasti käytäntöön kotioloihin soveltuvaksi.

”Kyl tää kotihoito on niin monitahoista hoitamista. Et ku siel kotona on se heidän koko elämänsä ja vaivat ja ongelmat ja tarvii osasta havainnoida niin paljon eri asioista ja moneen eri suuntaan. Täytyy osasta vähän kaikesta kaikkea ja jokaiselta eri elämänalueelta.”

”Mut jos mä nyt mieltisin, et mikä on sairaanhoitajan työnkuva kotihoidossa, niin sairaanhoitajan työnkuva on se, et se tekee ihan kaikkea. Se moppaa lattiat, jakaa lääkkeitä, ottaa verikokeet, keittää puuron, kuuntelee, suihkuttaa, pistää injektioita, hoitaa haavat, konsultoi, selvittää asiat...”

Kliininen hoitotyö. Sairaanhoidollinen kliininen hoitotyö kuuluu oleellisesti kotihoidon sairaanhoitajan työnkuvaan. Sairaanhoitaja tekee monessa tiimissä isoimmat haavanhoidot, hankalimmat avanteenhoidot ja pistää lihakseen pistettävät injektioita. Sairaanhoitaja laittaa yleensä kestopatetit ja poistaa hakaset sekä ompeleet. Suurimmassa osassa tiimeistä sairaanhoitaja ottaa pika HB- ja pika CRP -näytteet. Jos tiimissä otetaan suoniverinäytteitä, niin se kuuluu sairaanhoitajalle. Myös isot, pitkät ja haastavat lääkejaot ovat kuuluneet sairaanhoitajalle. Nykyisin Porin perusturvakeskuksen kotihoito on siirtymässä/siirtynyt koneelliseen lääkkeidenjakoon. Kahdessa kotihoidon tiimissä tiputettiin myös iv-lääkkeitä kotihoidon sairaanhoitajien toimesta. Muissa tiimeissä iv-lääkitykset eivät kuuluneet työnkuvaan.

”...et sit meillä on sovittu, et sairaanhoitaja käy vaikka parina päivänä viikossa katsoos sen haavan. Et me sit annetaan ne ohjeet, et millain se haava hoidetaan... mut et haavan mekaanista puhdistamista lähihoitajat ei juurikaan tee. Ja sit kestopatetrointi on kyl pääsääntöisesti meillä sairaanhoitajilla.”

”No sairaanhoidollisista tehtävistä huolehtiminen, et tälläiset pienet toimenpiteet, isommat haavanhoidot, verinäytteiden otto vuodepotilailta, injektioita... et kaikki tälläiset.”

”...meil on myös iv hoitoja. Tehdään ne kotisairaalan kanssa yhdessä. Iv hoitoja tulee kyl tosi harvakseltaan.”

Asiakkaan, kollegan, omaisen ja opiskelijan ohjaus, neuvonta ja tukeminen. Sairaanhoitajan työhön kotihoidossa kuuluu runsaasti asiakkaiden, kollegoiden, omaisten ja opiskelijoiden ohjausta, neuvontaa ja tukemista. Myös erilaisten asioiden koordinoinnista ja selvittelystä vastaa sairaanhoitaja. Nämä nousivat kaikissa ryhmähaastatteluuissa vahvasti esille. Haastatteluuissa myös mietittiin sitä, kuinka paljon selvittely, ohjaus ja neuvonta vievät sairaanhoitajan työaikaa päivästä. Tämä työ tehdään kaiken

muun työ ohessa ja lomassa. Sen koettiin lisävän sairaanhoitajien kiireen tuntua ja stressiä.

”Ku tuut käynneiltä, niin siinä on tiimistä heti paljon kysymyksiä ja selvittävää ja sit sitä selvittävää tulee niinko joka puolelta. Sit kun teet yhtä asiaa, niin sulta kysytään jo toista ja kolmattaki.”

”Meil o tosi paljo lähihoitajien konsultointia. Et pyydetään et voitko katsoa tai voitko selvittää. Sanotaan, et tää asiakas tulee kotiin, täl o univaikeuksia, tää o sekava, tää oli kastellut petinsä, täl oli haava huonontunu, tän ranne oli turvoksissa, täl oli hengenahdistusta ja täl oli paino nousnut. Sit jollain on verenpaineet koholla tai joku on käyny lääkärissä ja tullu lääkemuutoksia ja muita jatkoja... ja sit tää kaikki pitäis ehtii jossain välis tekemään.”

Lääkehoidon kokonaisvastuu. Kotihoidon sairaanhoitajalle kuuluu Porin perusturvassa lääkehoidon kokonaisvastuu. Sairaanhoitaja vastaa asiakkaan lääkehoidon toteutumisesta ja lääkelistojen ajantasaisuudesta lääkehoitosuunnitelman mukaisesti lääkärin ohjeiden mukaisesti. Sairaanhoitajilla kuluu välillä paljonkin aikaa lääkärin määräämien lääkkeiden ja niiden annosten selvittämiseen. Asiakkaat käyvät nykyisin paljon esimerkiksi yksityisillä lääkäreillä. Nämä lääkemuutokset eivät näy välttämättä missään kirjallisina ja sairaanhoitaja joutuu niitä selvittämään. Sähköiset reseptit ovat hieman helpottaneet tätä asiaa. Sairaanhoitajat korjaavat lääkitykset ja annokset lääkelistoihin, tilaavat lääkkeit apteekista ja huolehtivat, että asiakas saa oikean lääkkeen, oikean annoksen, oikeaan aikaan ja oikeaa antoreittiä pitkin. Sairaanhoitajat seuraavat lääkkeiden vaikutuksia ja konsultoivat asioista tarvittaessa lääkäriä. Sairaanhoitajat ottavat myös LOVE- lääkehoidon osaaminen verkossa koulutuksententtejä ja -näyttöjä vastaan.

”Lääkehoito on iso asia tätä meen työnkuva. Et tota meil o vastuu siitä lääkehoidon turvallisesta toteutuksesta. Toki jokainen vastaa omasta työstään, mut et sairaanhoitaja tarkistaa esimerkiks lääkelistat aina tietyin väliajoin, jos vaan ehtii. Et välil o vähä nurinkurista, et sairaanhoitaja o keittääs puuroo ja sit ne lääkelistat jää tarkistamatta...”

”Meillä sairaanhoitajilla on se koordinointi ja huolehtiminen niistä, et siellä kotona on ajanmukaiset lääkelistat ja Marevan annostukset.”

Moniammatillinen yhteistyö ja konsultoinnit. Kotihoidon sairaanhoitaja on yhteistyössä monen eri toimijan kanssa mm. lääkäreiden, fysioterapeuttien, sosiaalityöntekijöiden, ateriapalvelun, apteekin ja hoitotarvikejakelun kanssa. He myös hoitavat erilaiset konsultoinnit. Sairaanhoitaja konsultoi esimerkiksi terveyskeskuslääkärinä, sairaalan osastoja, poliklinikoita, erikoissairaanhoitoa, mobiilitoimintaa tai kotisairaala. Myös tähän kuuluu sairaanhoitajien mukaan runsaasti työaika. Sairaanhoitaja osallistuu usein hoitopalaveriin ja tekee arviokäynnin, jos paikka on selvästi sairaanhoidollinen. Yhdessä tiimissä myös turvapuhelinhälytyksiin vastaaminen kuului sairaanhoitajan työnkuvaan. Monella tiimillä on nykyisin mahdollisuus lääkäripalaveriin. Toisilla tämä vastuulääkäri oli terveyskeskuslääkäri, jollakin alueella geriatri. Käytännöt vaihtelivat paljon eri alueiden ja tiimien kesken.

”Joo, et meillä sairaanhoitaja konsultoi lääkäriä ja osastoja. Sit meil on kerran viikossa sovittu 1-2 tunnin palaveri lääkärin kanssa iltapäiväl, jollo voidaan kanssa lääkäriä konsultoida. Mut siis sellanen asioiden selvittäminen ja konsultointi on niinko meidän alla ja kaikista jatkoista huolehtiminen.”

”Eli siis se muiden konsultointi ja auttaminen vie ihan kaikkeista eniten aikaa päivästä, et seki o mikä ei näy yhtikäs missää ja sitä ei voi etukäteen yhtikäs minnekkään määritellä, et paljonko siihen menee aikaa.”

Kirjalliset työt. Porin perusturvakeskuksen kotihoidon sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu myös paljon kirjallisia töitä. Muun muassa asiakkaiden tulevat lääkärikäynnit, verikokeet, tutkimuskäynnit, lähetteiden teot ja seurannat ovat ohjelmoituina monessa tiimissä ajanvarauskirjalle, josta sairaanhoitajat ne hoitavat. Sairaanhoitajat myös tarkistavat kotiutuneiden asiakkaiden ja lääkärissä käyneiden asiakkaiden paperit ja jatkot. Kahdessa tiimissä oli pyritty ohjelmoimaan aina sairaanhoitajan käynti ensimmäisenä mahdollisena arki-aamuna asiakkaan kotiutuessa sairaalajaksolta. Tällöin sairaanhoitajalla on mahdollisuus tarkistaa kotiutuspaperit, lääkitykset, mahdolliset määrätyt jatkot ja ohjelmoida ne valmiiksi. Sairaanhoitajien kirjallisiin töihin kuuluvat myös muun muassa hoidon suunnittelua ja arviointia, sairaanhoidollisia väliarviointeja ja

haavan tilanteen arviointeja hoitotarvikejakelua varten. Välillä sairaanhoitajat myös jättävät asiakaskäyntien kirjaamisen toimistolle, varsinkin jos kirjattavaa on runsaasti, koska puhelimella kirjaaminen on kovin hidasta. Sairaanhoitajat hoitavat kirjallisella ajalla myös lääkäripalaverissa määrättyjen asioiden ohjelmoinnin sekä reseptien uusintaan laittamisen. Monessa tiimissä sairaanhoitaja huolehtii myös erilaisista tilauksista. Näitä ovat esimerkiksi logistiikkatilaus, lääkeosti, instrumenttitilaus, haavanhoitotarvikkeiden tilaus, insuliinitarvikkeiden tilaus, avannetarvikkeiden tilaus ja kaikki muut hoitotarvikejakelun tilaukset. Sairaanhoitajat nostivat haastatteluissa vahvasti esille ajanpuutteen kirjallisille töille.

”Ja ison osan vie nää kotiutujat ja ylipäättään jossain lääkärikäynnillä olleet. Et ko katot, et mitä siel o sanottu ja onko määrätty jotain kokeita tai pitääkö jotain muuta ottaa huomioon tai onko jotain uusia aikoja. Et nää tämmöset vie kyl paljo aikaa, et pitää etsiä sitä tietoo ja perehtyä nihi.”

”Me sairaanhoitajat tehdään ne asiakaskäynnit plus sit sen jälkee se iso kavarkaani niit kaikkii asioit sielt ajanvarauskirjalta ja sit viel miljoonat konsultoinnit siihe päälle, ni kyl siinä o aika haipakkaa koko päivä.”

”Sit viel tost sairaanhoitaja työnkuvast, ni nää kaikki osti tilaukset ja muut tilaukset, asiakkaiden hoitotarviketilaukset laitetaan me ja sit tehää kaikkii lähetteitä, virtsanäyte lähetteitä ja arviointiyksikköön lähetteitä ja C-lausunnon toimintakyky kohdan täyttöö, hoitotuki ja omaishoito asioiden hoitoo ja kaikkee muut tällast kirjallista.”

Vastuu. Sairaanhoitajat kokivat, että suurin ero Porin perusturvakeskuksen kotihoitossa muun henkilökunnan ja sairaanhoitajan työnkuvien välillä on vastuu, vastuunkantaminen ja työmäärä. Tähän liittyvät myös erilaisen tiedon etsiminen, asioiden järjestäminen ja konsultoinnit. Sairaanhoitajat kantavat vastuuta hoidon toteutumisesta hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti. Sairaanhoitajat huolehtivat lääkelistojen ajantasaisuudesta, erilaisista konsultoinneista ja he ohjaavat ja neuvovat muuta henkilöstöä. Sairaanhoitajan vastuu on suuri ja stressin sietokyvyn tulee olla hyvä.

”Se on se vastuu. Et kaikki vastuu on lopulta meillä. Kukaan muu ei oikeen taho ottaa sitä vastuuta. Et se vastuu annetaan kyl meille kovin mielellään. Jotenkin on ilmassa

sellasta, et kun mä olen tämän asian nyt sairaanhoitajalle kertonut tai jättänyt asiasta hänen pöydälleen lapun, niin mun ei tarvii sitä sit enää mieltää...”

”No ehdottomasti se vastuu, et se on iha eri luokkaa. Ja sit se työmäärä. Et ku on sitä vastuuta, niin kyllä siihe tarvittaisiin myös aikaa. Ja et ko se aika o kuitenkin rajallista, niin et mihin se ajankäyttö sit suunnataan.”

5.1.2 Kotihoidon sairaanhoitajan työn positiiviset ja kuormittavat haasteet

Työnpirstaleisuus. Porin perusturvakeskuksen kotihoidon sairaanhoitajat kokivat työnpirstaleisuuden kuormittavan työtä tällä hetkellä kaikista eniten. He kokivat, että sairaanhoitajan päätehtävä on hukassa, eikä sairaanhoitajan ammattitaitoa arvosteta. Asiakkaiden luona käy liian paljon eri henkilöitä, eikä kukaan ota kunnolla vastuuta hoidosta. Sairaanhoitajien mukaan, vain asiakaskäynnit nähdään oikeana työnä, jolloin esimerkiksi lähihoitajien neuvomiseen, auttamiseen ja konsultointiin ei jää riittävästi aikaa. Hoitamattomat asiat ja jatkuvat keskeytykset painavat mieltä. Myös kiire nousi vahvasti jokaisessa haastattelussa esille. Sairaanhoitajat kokivat, että he eivät tällä hetkellä pysty tekemään työtään niin hyvin kuin osaisivat. Myös osassa tiimeistä taukotilan meluisuus aiheutti ongelmia. Melun keskellä on vaikea kuulla esimerkiksi mitä puhelimesta sanotaan ja kirjallisiin töihin keskittyminen on hankalaa. Sairaanhoitajat kokivat myös riittämättömyyttä.

”Inhottavaa, ku aina jää jokin homma kesken ja sit tulee just unohduksia. Ku ei ehdi tai saa tehdä rauhassa mitään asiaa loppuun asti.”

”Se, ku sairaanhoitajalle ei tule aina tietoa kotiutuksista, niin sit o kiva huomata muutamman viikon kuluttua, et joku o tullu kotiin, eikä kukaan oo huomannu katsoo lääke-muutoksia. Et asiakas on sit syöny vanhan listan mukaan lääkkeit, eikä näitä sairaalan määräämiä verikokeitakaan ole otettu.”

”Se, ku nämä työt tulee uniin. Koska tuntuu, ettei ehdi tekemään työtään kunnolla. Nyt tää o sellaista rämpimistä ja selviytymistä päivästä toiseen. Hoidetaan vaan ne akuutimmat ja päällimmäiset asiat ja kaikki muu on ihan retuperällä. Tää työ on kyl täl hetkel erittäin henkisesti kuormittavaa.”

”Sairaanhoitajan ammattitaitoa ei arvosteta. Sulla on koko ajan ristiriita siitä, et tiedät miten vanhuksia tulis hoitaa ja mikä on tärkeätä, mut kuitenkin et ehdi heitä sillä tavalla hoitaa.”

Kollegan tuki. Sairaanhoitajien mukaan mobiilitoiminnan tulo on helpottanut huomattavasti kotihoidon sairaanhoitajan työtä. Kuormitusta on poistanut myös lääkäripalavereiden pito niiltä tiimeiltä, joilla nämä olivat käytössä. Samoin antikoagulantti hoitojen keskittäminen AK -klinikalle. Arviokäynnit olivat vähentyneet huomattavasti palveluohjaajien tulon myötä, joten aikaa jää nyt siitä muualle. Kotihoidon sairaanhoitajien kuormitusta vähentävät myös hyvät työkaverit ja kollegat sekä positiivinen palaute asiakkaalta, omaiselta, kollegalta tai esimieheltä. Tärkeäksi koettiin myös se, että samassa tiimissä oli useampi sairaanhoitaja, ammattitaitoinen henkilökunta sekä asioiden jakaminen ja yhteen hiileen puhaltaminen.

”Meillä ainaki on se, et meitä sairaanhoitajia on niin monta, et on se tuki siinä lähellä.”

”Musta tätä työtä o helpottanut mobiililääkäri ja sit se et nyt saa kyllä helpommin konsultointi apua lääkäriltä.”

”Se, et kaikki on töissä ja kantaa oman vastuunsa asioista.”

”Se, et esimies kysyy et mitä teille kuuluu, millain teillä menee ja onko kaikki hyvin.”

5.1.3 Kotihoidon sairaanhoitajan työnkuva ja osaaminen tulevaisuudessa

Asiantuntijan rooli. Porin perusturvakeskuksen kotihoidon sairaanhoitajien mielestä sairaanhoitajan roolia tulisi painottaa tulevaisuudessa enemmän kohti asiantuntijan

roolia. Tämän hetkenkin tehtävänkuvauksessa mainitaan, että sairaanhoitaja toimii tiimissä hoitotyön asiantuntijana. Tämä ei kuitenkaan tämän hetkessä työnjaossa tule juurikaan esille. Sairaanhoitajat toivoivatkin, että työaika kohdistettaisiin enemmän juuri siihen mistä he ovat vastuussa. Heidän mielestään sairaanhoitajan täytyisi pystyä paremmin keskittymään lääkehoitoon, lähihoitajien neuvomiseen, ohjaamiseen ja auttamiseen sekä erilaisiin konsultointeihin. Tällöin sairaanhoitajilla täytyisi olla myös enemmän aikaa perehtyä asiakkaisiin ja heidän taustoihinsa.

”Se olis kyl parasta, et sairaanhoitaja olis vaan auttamassa niis kiireisissä aamuissa ja sit se sais keskittyä rauhassa niihin konsultointeihin, lääkehoitoon ja muihin tälläisiin välttämättömiin asioihin ja joista me ollaa myös vastuussa.”

”Et se työ olis sellasta hallitumpaa. Et olis sitä työnsuunnittelua ja hoidon suunnittelua ja sit sitä kehittämistä ja sit se henkilökunnan ohjaaminen ja neuvonta, et siiheki olis riittävästi aikaa.”

Ammattitaidon hyödyntäminen ja työtehtävien priorisointi. Sairaanhoitajat toivoivat, että tulevaisuudessa heidän ammattitaitoansa hyödynnettäisiin paremmin ja luotettaisiin kotihoidon sairaanhoitajan tietotaitoon ja arviointikykyyn. Tällä hetkellä kotihoito ei houkuttele uusia sairaanhoitajia. Työtehtävien priorisointiin ja kohdentamiseen tulisikin kiinnittää enemmän huomiota. Sairaanhoitajalla tulisi myös olla mahdollisuus lähteä katsomaan asiakasta yllättäenkin, jos siihen olisi tarvetta. Tällöin kotihoidon sairaanhoitaja voisi ottaa tarvittaessa suoraan yhteyden mobiililääkäriin, eikä erillistä mobiilihoitajaa tarvitsisi välttämättä kutsua paikalle.

”Mun mielestä sairaanhoitajan ammattitaitoa tarvis pystyä käyttämään mahdollisimman laajasti, että se osaaminenkin säilyisi. Ja et annettaisiin sitä aikaa hoitaa myös se kaikki välillinen työ, joka on kuitenkin potilasturvallisuuden vuoksi äärimmäisen tärkeätä työtä.”

”Ja et se sairaanhoitaja vois auttaa lähihoitajia niis akuuteissa tilanteissa. Et se pystyis lähtee katsomaan ja kartottaa tilannetta. Ottaa ne alkumittaukset ja konsultois sit

tarvittaessa mobiililääkäreitä. Et kotihoidon sairaanhoitajan täytys pystyy lähtee asiakkaan luo, jos lähihoitaja sitä toivoo. Säästöä ehkä tulis, ko ei tulis turhii päivystyskäyntejä, eikä erillistä mobiilihoitajaa tarvittais tähän.”

Työn hallinta. Sairaanhoitajat toivoivat työn olevan tulevaisuudessa paremmin hallitumpaa. Tiimipalavereiden järjestäminen viikoittain koettiin tärkeäksi, jotta asiakasasiat saataisiin paremmin välitettyä kaikille muutoin niin hektisessä arjessa. Vaihtoehtoisena ehdotuksena oli, että jatkossa sairaanhoitajalla olisi viikoittain pieni hetki jokaisen vastuuhoitajaparin kanssa, jossa käytäisiin läpi heidän omat asiakkaansa. Tällä saataisiin vähennettyä sairaanhoitajiin kohdistuvaa jatkuvaa painetta jostakin asiakasasiasta ja olisi mahdollisuus yhdessä vastuuhoitajaparin kanssa miettiä ratkaisuita asiakkaan ongelmiin. Lisäksi sairaanhoitajien yhteiset palaverit koettiin hyväksi asiaksi. Palavereita toivottiinkin tulevaisuudessa jokaiselle alueelle. Jokaisella tiimillä tulisi myös olla mahdollisuus lääkäripalaveriin ja lääkärin määräämien jatkojen hoitoon. Näin saataisiin terveyskeskuksen lääkäreiden kuormitusta vähennettyä.

”Must olis tärkeetä et edes oman alueen sairaanhoitajilla olis yhteisiä palavereita, jossa käytäisi omia asiakkaita läpi ja sit niitä käytäntöjä ettei jo naapuri tiimissä tehtäis asioita iha eri tavalla. Et tää nykyne käytäntö kyl asettaa asiakkaat iha eri arvosee asemaa.”

”Noi lääkäripalaverit olis kyl iha huippu. Sinne sais sit sellaset ei kovin kiireelliset asiat eikä tarvis tk lääkäreitä niillä asioilla vaivata.”

Sairaanhoitajien käynnit. Sairaanhoitajat pitivät tärkeänä, että uuden asiakkaan ensimmäinen käynti olisi aina sairaanhoitajan käynti, jolloin saataisiin kerralla kuntoon niin suostumusasiat kuin myös esimerkiksi lääkelistat ja apuvälineet. Ensimmäisen käynnin tulisi olla myös normaalia pidempi käynti. Potilasturvallisuutta saataisiin lisättyä, jos kotiutumisen jälkeinen käynti olisi aina ohjelmoitu sairaanhoitajalle. Näin saataisiin sairaalassa tulleet lääkemuutokset ja jatkot heti tehdyksi ja nämä asiat olisivat myös pois sairaanhoitajien kirjallisesta ajasta. Esille nousi tarve sairaanhoitaja keran vuodessa tekemästä kartoituskäynnistä jokaiselle säännöllisen kotihoidon asiakkaalle. Tällöin sairaanhoitajalla olisi aikaa perehtyä tämän asiakkaan asioihin perus-

teellisemmin ja kartoittaa tilannetta tarvittavien mittareiden avulla. Sairaanhoitajat toivoivat myös, että palveluohjaajat pyytäisivät herkemmin sairaanhoitajan arviokäynnille mukaan. Kotihoitoon toivottiin myös omia verikokeen ottajia. Yhdessä ryhmähaastattelussa nousi ehdotukseksi, että sairaanhoitajan työaika muutettaisiin alkamaan kello seitsemästä kahdeksaan. Tällöin iltapäivään jäisi enemmän rauhallista aikaa keskittyä kirjallisiin töihin, koska muu aamuvuoro olisi jo lähtenyt kotiin.

”Kaikki kotiutukset sais kyl tulla sairaanhoitajalle. Ko ne on usein sellasii asioita, et tarvis osata kysellä kaikki tarvittavat asiat ja kysyy niit oikeita asioita eikä ottaa vaan se tieto vastaa et joku tulee kotio.”

”Et tuntis jatkossa omat asiakkaat paremmin. Et on kauhee hoitaa sellase asiakkaan asioita, jota et oo koskaan ees nähny. Et jos vaikka se eka käynti olis aina sairaanhoitajalla niin tulis asiakas nähdyksi. Ja sit olis ihanaa jos ehtis ees kerran vuodessa käymää jokaise asiakkaan luona. Ja sillo olis paremmin aikaa perehtyy syvällisemmin just sen asiakkaan tarpeisiin.”

Koulutustoiheet. Kotihoidon sairaanhoitajat toivoivat osaamisen syventämistä erityisesti mielenterveys ja päihdetyöstä. Nämä asiakkaat koettiin tulevaisuuden haasteeksi ja tietotaidon olevan tällä saralla vähäisintä. Sairaanhoitajat toivoivat sosiaalipuolen asioihin perehdytystä kuten tukienhakemiseen, kuljetuspalvelu asioihin ja omaishoitajuuteen koulutusta. Myös peg, haavanhoito, kivunhoito ja saattohoito asiat nostettiin esille. Lisäksi toivottiin, että kun pitkästä aikaa tulee jokin hoitotoimenpide niin sitä pääsisi ensin harjoittelemaan esimerkiksi sairaalanosastolle.

”Haavanhoito koulutus. Kun koko ajan tulee uusia tuotteita et pysyis niissä mukana. Auttais siihenkin, kun ne on siellä hoitotarvikejakelussa nykyisin niin kovin tarkkoja, et mitä tuotteita antavat ja kuinka paljon. Niin pystyisi vielä paremmin perustele et miks jotakin tarvii.”

”Joo ja sit ko tulee yhtäkkii kolmen vuoden kuluttua se trakeostomia ja sit ihmetellä et miks säet osaa sitä hoitaa. Et olis kiva, kun tulee pitkän ajan jälkeen joku juttu, niin pääsis sitä ensteks harjottelee jonneki. Mut tää o nykyisin ongelma, ko asiakkaat tulee palveluohjauksen kautta, niin sulla ei oo enää kunnon tietoo et millanen asiakas siel o

sua vastas ja osaatko sitä sit kans ite hoitaa. Et niinko aiemmin sairaala on soittanu sairaanhoitajalle, nii oot voinu ite tehdä lisäkysymyksiä ja sit oot voinu sopii, et tullaan eka vaiks sairaalaan kattoo se hoito. Esimerkiksi vaiks joku dialyysi, joka o tullut tosi harvoin meen tiimis vastaa. Ja ku aina tulee kaikkee uutta tietoo, niin ei voi vanhoilla tiedoilla mennä.”

5.2 Tulevaisuusverstaan aineiston avaaminen

Tulevaisuusverstaas suunniteltiin verstaan tavoitteiden ja osallistujien mukaan. Tulevaisuusverstaan tavoitteena oli saada mahdollisimman paljon erilaisia näkemyksiä ja ideoita kotihoidon sairaanhoitajan työnkuvan kehittämiseen. Osallistujiksi valikoituivat tämän vuoksi sekä esimiehiä että sairaanhoitajia. Seuraavaksi esitellään tulevaisuusverstaan eri vaiheet ja niissä saadut tuotokset.

5.2.1 Ongelmavaihe

Kehittämistyön tulevaisuusverstaan ensimmäisen vaiheen aineisto valikoitui sairaanhoitajien ryhmähaastatteluiden pohjalta. Aineistoksi valittiin ne ongelmat ja kehittämiskohdat, jotka nousivat selvästi jokaisessa ryhmähaastattelussa esille ja joita ryhmät korostivat. Nämä ongelmakohdat alleviivattiin punaisella tussilla ryhmähaastatteluiden aineistosta ja esitettiin diaesityksenä tulevaisuusverstaan aluksi kehittämistyöryhmälle (Taulukko 2).

Taulukko 2. Ryhmähaastatteluissa eniten esille nousseet ongelmat ja kehittämiskohdat sekä kehittämistyöryhmän antamat äänet.

Ongelma/kehittämiskohde	Ääniä	Ongelma/kehittämiskohde	Ääniä
Huono tiedonkulku	0	Sairaanhoitaja enemmän asi- antuntija roolissa	1
Palveluohjaajan kautta tule- vien asiakkaiden esitiedot puutteellisia	0	Sairaanhoitaja ei tunne asiak- kaitaan	1
Kaikilla sairaanhoitajilla ei ole optimointiin tunnuksia	2	Sairaanhoitajan työaika	1

Jatkuva riittämättömyyden tunne	0	Monen asian hoitaminen samaan aikaan	2
Sairaanhoitajat mukaan kehittämään kotihoitoa	0	Vain tilastoidut asiakas käynnit nähdään oikeana työnä	1
Riittävästi aikaa kaikelle mistä sairaanhoitaja on vastuussa	2	Liian vähän aikaa valmistautua lääkärinpalaveriin ja määräysten toteuttamiseen	0
Kotiutuksessa määrätyt asiat ja jatkot unohtuvat kiireen keskellä	5	Pelko kädentaitojen karisemista. Lisäsatsausta osaamiseen	1
Yhteisten sairaanhoitaja palaverien puute	3	Vastuuhoitajien tehtäväkuvan selkeyttäminen	6
Työn- ja hoidonsuunnittelu sekä toteutus laadukkaammaksi ja paremmin hallittavammaksi	7	Jatkuva kiire. Hoitamattomien asioiden aiheuttama stressi	4
Puhelin soi väärässä paikassa väärään aikaan	4	Muun henkilökunnan neuvomiseen, auttamiseen ja konsultointiin kuluu paljon aikaa	15
Erietyiset sairaanhoitajan käynnit	4	Taukotilan meluisuus	6
Riittämätön aika kirjallisiin töihin	5	Paljon sairauspoissaoloja	8

Sairaanhoitajat kertoivat paljon riittämättömyyden tunteestaan ja siitä, kuinka ei ole aikaa tehdä kaikkea mistä sairaanhoitaja on vastuussa. Jatkuva kiire ja hoitamattomien asioiden aiheuttama stressi nousi useasti puheenaiheeksi. Myös sairauspoissaolojen määrä mietitytti. Sairaanhoitajat kertoivat hoitavansa montaa asiaa samanaikaisesti. Kotiutuksessa määrätyt asiat ja jatkot saattavat unohtuvat kiireen tai huonon tiedonkulun vuoksi. Huono tiedonkulku nousi monessa eri tilanteessa esille. Tähän liittyi myös kohta kaikilla sairaanhoitajilla ei ole optimointiin tunnuksia. Tietoa ei saatu tämän vuoksi optimoinnikaan kautta levitettyä muille työntekijöille. Palveluohjaajan kautta tulevien asiakkaiden esitiedot koettiin puutteellisiksi ja tämän vuoksi ensimmäiset käynnit haastaviksi. Sairaanhoitajien puhelin soi taajaan asiakaskäyntien aikana. Puheluiden aikana tulleet asiat unohtuvat herkästi, koska puhelut otetaan vastaan kesken muiden töiden. Kirjalliset työt ja niille varatun ajan riittämättömyys nousi monesti

esille. Myös muun henkilökunnan neuvomiseen, auttamiseen ja konsultointiin koettiin kuluvan paljon aikaa. Sairaanhoitajat kokivat myös painetta siitä, kun lääkäripalaveri-
reihin ei ehditä kunnolla valmistautumaan eikä toteuttamaan lääkärin määräyksiä. Lisäksi sairaanhoitajat kokivat, että vain tilastoidut asiakaskäynnit nähdään oikeana työnä.

Työn- ja hoidonsuunnittelua sekä toteutusta toivottiin laadukkaammaksi ja paremmin hallittavammaksi. Ongelmaksi koettiin se, kun sairaanhoitajat eivät enää tunne omia asiakkaitaan. Ehdotuksena nousi tietyissä tilanteissa erityiset sairaanhoitajien käynnit ja yhteiset sairaanhoitajien palaverit. Toivottiin, että tulevaisuudessa sairaanhoitajat otettaisiin herkemmin mukaan kehittämään kotihoitoa. Sairaanhoidajan toivottiin voivan olla kotihoidossa enemmän asiantuntijan roolissa. Pelko kädentaitojen karisemista mainittiin myös monesti. Tällä hetkellä sairaanhoidajan työssä on paljon perushoitoa. Toistuvasti nousi myös toive vastuuhoidajan tehtäväkuvan selkeyttämisestä. Taukotilan meluisuus häiritsee sairaanhoitajien keskittymistä ja asioiden hoitoa. Tämän vuoksi myös sairaanhoitajien työaika nousi esille. Lisäksi pohdittiin olisiko kotihoidon sairaanhoitajien työaika syytä kohdentaa pelkkiin arkiamuuihin.

Diaesityksen jälkeen kehittämistyöryhmän jokainen jäsen sijoitti äänensä tärkeimmiksi kokeneimmilleen ongelmille ja kehittämiskohteille. Äänien jakautuminen näkyy taulukossa 2.

5.2.2 Kuvitteluvaihe

Ongelmavaiheen äänestyksen jälkeen äänet laskettiin ja työryhmä siirtyi ideoimaan unelmaratkaisuita kymmenelle eniten ääniä saaneille ongelmille. Seuraavaksi esitellään nämä unelmaratkaisut.

Eniten ääniä (15) sai muun henkilökunnan neuvomiseen, auttamiseen ja konsultointiin kuluva aika. Sairaanhoidajilta kuluu tähän runsaasti työaika ja se työllistää paljon. Tämä on kuitenkin niin sanottua näkymätöntä työtä eli välillistä kotihoidon työtä. Kehittämistyöryhmän unelmaratkaisuissa lisättiin sairaanhoitajien vakansseja ja nostet-

tiin sairaanhoitajien palkkausta. Mietittiin työn uudelleen organisointia. Unelmaratkaisussa sairaanhoitajilla ei olisi laisinkaan suunniteltuja käyntejä, vaan he tekisivät vain tarvittaessa kotikäynnin. Lähihoitajien tarvitsisi myös oppia luottamaan enemmän itseensä ja sairaanhoitajilla puolestaan tulisi olla tiukempi raja lähihoitajien tuomien ja pyytämien tehtävien hoitamiseen. Sairaanhoitajien todettiin olevan liian kilttejä välillä.

Ongelma paljon sairauspoissaoloja sai kehittämistyöryhmältä kahdeksan ääntä. Moni lähti ratkaisemaan sairauspoissaoloja sillä, että jos tiimeissä olisi enemmän ammattitaitoisia lähihoitajia ja perehdytettyjä sairaanhoitajia tämä huolenaihe poistuisi. Kaivattiin myös varahenkilöitä joka alueelle ja tarpeeksi. Näiden ratkaisuiden taustalla oli ajatus lisätyövoiman vaikutuksesta myös sairaanhoitajien työhyvinvointiin ja jaksamiseen. Unelmaratkaisussa mietittiin yksilöllistä kuntoutussuunnitelmaa kaikille, jotka kokevat työkykynsä heikentyneen tai ovat olleet paljon ja pitkään poissa. Unelmaratkaisussa työntekijöitä olisi tuplasti lisää perushoidossa, jolloin sairaanhoitajat saisivat tehdä oman työnsä suunnitellummin ja rauhassa. Tämä vähentäisi työn aiheuttamaa stressiä ja sitä myötä vähentäisi sairauspoissaoloja.

Kolmanneksi eniten ääniä (7) sai kohta työn- ja hoidonsuunnittelu sekä toteutus laadukkaammaksi ja paremmin hallittavammaksi. Sairaanhoitajat kokevat kotihoidon työn olevan tällä hetkellä kovin pirstaleista, eikä kenelläkään tunnu olevan kokonaisuus kunnolla hallinnassa. Unelmaratkaisussa jokaisella työntekijällä olisi oma työauto ja riittävästi uusia ja toimivia työvälineitä. Hoitajilla olisi vähemmän vastuuasiakkaita, jolloin jäisi enemmän aikaa perehtyä ja hoitaa heidän asioitaan. Sairaanhoitajien tulisi pystyä jakamaan vastuuta lähihoitajille ja lähihoitajien tulisi olla valmiita ottamaan vastuuta asioista. Kaikkien mukaan ottamisella työnkehittämiseen saataisiin motivaatiota nostettua ja tämän myötä työn- ja hoidonsuunnittelua sekä toteutusta laadukkaammaksi. Unelmaratkaisussa lisättäisiin sairaanhoitajia kotihoitoon niin paljon, että jokaiselle sairaanhoitajalle voitaisiin jakaa noin 30 asiakkaan hoitovastuu.

Seuraavaksi eniten sai ääniä (6) kehittämissuositus vastuuhoidajien tehtäväkuvan selkiyttämistä. Sairaanhoitajat kokivat, että osa vastuuhoidajista hoitaa ja huolehtii paljon asiakkaidensa asioita, mutta osa ei osaa eikä tahdo ottaa tätä vastuuta itselleen.

Unelmaratkaisuissa yksiköt ja tiimit olisivat pienempiä, jolloin asiakkaat tunnettaisiin paremmin ja jokaisella olisi vähemmän vastuuasiakkaita. Jokainen työntekijä kantaisi vastuun omasta työstään ja omista vastuuasiakkaistaan. Kerran viikossa olisi sairaanhoitajalla ja vastuuhuhoitajalla hetki, jolloin käytyäisi läpi ajankohtaiset asiakasta koskevat asiat.

Taukotilojen meluisuus sai myös kuusi ääntä. Sairaanhoitajien ryhmähaastatteluissa nousi monesti esille taukotiloissa vallitseva melu, jolloin on mahdotonta keskittyä kirjallisiin töihin ja on haastavaa puhua puhelimeen. Unelmaratkaisuissa työtilat olisivat paremmin suunniteltuja. Niissä olisi taukotilat, toimistot ja kirjaamishuoneet erikseen. Lisäksi sairaanhoitajilla olisi oma työhuone ja oma tietokone, jotta olisi mahdollista työskennellä rauhassa. Työtila sijaitisi kuitenkin lähellä tiimiä, jotta yhteistyö sujuisi vaivatta. Unelmaratkaisuissa mietittiin myös jokaiselle omaa kannettavaa tietokonetta, jonka kanssa voisi hakeutua hiljaisempiin työsoppiin. Kannettavan koneen voisi ottaa myös asiakkaalle mukaan, jolloin osa kirjallisista töistä saataisiin suoraan asiakkaan luona tehdyksi. Unelmaratkaisuissa koneella pääsisi suoraan asiakkaan luota kaikkiin tarvittaviin tietojärjestelmiin, jotta asiakkaan potilaspapereita olisi mahdollista katsoa ja ohjelmoida vaikkapa tulevat laboratorionkoheet.

Neljä ääntä sai kohdat riittämätön aika kirjallisiin töihin ja kotiutuksessa määrättyjen asioiden ja jatkojen ohjelmoinnin unohtuminen. Sairaanhoitajien ryhmähaastatteluissa oli vahvasti esillä se, että kirjallisia töitä ei pidetä yhtä tärkeinä töinä. Sairaanhoitajat kokivat joutuvansa perustelemaan mihin tarvitsevat kirjallista työaika. Unelmaratkaisuissa jokainen työntekijä kirjaisi ammatillisesti ja asianmukaiset tiedot olisivat heti kaikkien saatavilla. Kirjaamista tulisi siis kehittää. Kirjallisille töille ja konsultoinneille olisi sairaanhoitajille optimoituuna automaattisesti neljä tuntia päivästä. Kirjallisille töille ja konsultoinneille jäisi enemmän aikaa, jos sairaanhoitaja hoitaisi vain sairaanhoidollisia asioita.

Kotiutuksessa lääkärin määräämien jatkojen ohjelmointi ja toteutus unohtuu herkästi kiireen keskellä. Sairaanhoitajat eivät aina saa tietoa asiakkaan kotiutumisesta. Ilta-työntekijä ei puolestaan aina ehdi perehtymään kotiutuspapereihin, ja aamutyöntekijä ei huomaa tai luulee jo jonkun muun ne tehneen. Tällöin asiat jäävät hoitamatta. Unelmaratkaisuissa kaikki kotiutukset ilmoitettaisiin sairaanhoitajan puhelimeen, jolloin

hän saisi aina tiedon asiasta ja sairaanhoitaja pystyisi informoimaan muuta tiimiä asiasta esimerkiksi optimoinnin kautta. Sairaanhoitajalle olisi varattuna riittävästi kirjallista aikaa joka päivälle, jolloin sairaassa tehdyt muutokset ja jatkot olisi mahdollista tehdä heti.

Neljä ääntä saivat kohdat jatkuva kiire, puhelimen käyttö ja sairaanhoitajan käynnit. Sairaanhoitajat kokevat jatkuvaa kiirettä ja hoitamattomien asioiden aiheuttamaa stressiä. Sairaanhoitajien mukaan hoitajilla on hyvin tietoa, miten asiakkaat pitäisi hoitaa, mutta tämä ei toteudu ajanpuutteen vuoksi. Unelmaratkaisuissa lähdettiin jälleen lisäämään tiimeihin sairaanhoitajia sekä vähentämään sairaanhoitajilta pelkkää perushoitoa tarvitsevia paikkoja. Eräessä unelmaratkaisussa sairaanhoitajalla ei olisi lainkaan valmiiksi määriteltyjä käyntejä, vaan sairaanhoitajan olisi mahdollista lähteä käynnille aina tarvittaessa. Tällöin jäisi aikaa hoitaa muutkin asiat.

Sairaanhoitajien ryhmähaastatteluissa nousi esille toive sairaanhoitajan kerran vuodessa tekemästä kartoituskäynnistä jokaiselle säännöllisen kotihoidon asiakkaalle. Tällä käynnillä olisi aikaa perehtyä asiakkaan asioihin perusteellisesti ja kartoittaa asiakkaan tilanne kunnolla. Sairaanhoitajat esittivät, että tulevaisuudessa ensimmäinen säännöllisen kotihoidon käynti ohjelmoitaisiin sairaanhoitajalle. He toivoivat myös sairaanhoitajan käyntiä ensimmäisenä mahdollisena arki-aamuna asiakkaan kotiutuessa sairaalasta. Unelmaratkaisuissa sairaanhoitaja pystyisi päivystämään toimistolla ja pääsisi siten tekemään tällaisia käyntejä. Sairaanhoitajille voitaisiin myös optimoida säännöllisin väliajoin sairaanhoitajien käyntejä asiakkaiden luokse. Tämä vaatisi jälleen lisää sairaanhoitajia jokaiseen tiimiin.

Myös puhelimen käyttö tuottaa sairaanhoitajille runsaasti välillistä työtä. Puhelimen koettiin soivan usein ja sen soivan aina väärässä paikassa väärään aikaan. Puhelimessa tulleet asiat kirjataan ylös pienille lapuille ja vasta toimistolla pystytään alkamaan hoitamaan näitä asioita. Unelmaratkaisuksi ehdotettiin ”passari hoitajaa”, joka vastaisi puhelimeen ja kirjaisi asiat ylös. Ratkaisuksi mietittiin myös työn porrastusta. Tarvitseeko sairaanhoitajan olla koko ajan tavoitettavissa vai voisiko heillä olla erillinen puhelinaika?

5.2.3 Todellistamisvaihe

Unelmaratkaisuiden jälkeen kehittämistyöryhmä jakaantui kolmeen eri ryhmään. Jokaisessa ryhmässä alettiin miettimään mitkä näistä unelmaratkaisuista olisivat toteutuskelpoisia ja miten ne voitaisiin käytännössä saavuttaa ja toteuttaa. Näitä ratkaisuita löytyi vain muutama, koska suurin osa unelmaratkaisuista koski sairaanhoitajien ja muun henkilökunnan vakanssien lisäämistä, eikä tähän ole tällä hetkellä resursseja.

Riittävä kirjaamisaika olisi kuitenkin mahdollista järjestää työpäivää porrastamalla ja kirjaus ajasta kiinni pitämällä. Tämä vaatii sen, että koko kotihoidon henkilökunta ymmärtää, miksi sairaanhoitajilla on välttämätöntä olla kirjaamis- ja konsultaatioaikaa. Tämäkin työ tulee kaikkien nähdä oikeana työnä, vaikka se ei olekaan suoraan asiakkaan luona tehtävää työtä. Kotihoidon sairaanhoitajat tulisi tulevaisuudessa olla nimenomaan hoitotyönasiantuntija. Tämä asiantuntemus on hankittu koulutuksista ja sitä kehitetään työelämässä jatkuvasti. Asiantuntemuksen ylläpito vaatii tietojen ja taitojen jatkuvaa ajan tasalla pitoa ja käyttöä. Lääkäripalaverit ovat myös sairaanhoitajan oppimisen kannalta äärimmäisen tärkeitä.

Sairaanhoitajien käynnit jokaisen asiakkaan luona kerran vuodessa olisi toteutettavissa optimoinnin, sairaanhoitajan ja esimiehen yhteistyöllä. Kartoituskäynneille tarvitsisi katsoa yhdessä sopivat ajankohdat. Näitä käyntejä ei sijoitettaisi ruuhkahuippuihin vaan esimerkiksi iltapäiviin.

Taukotilojen meluisuuteen ehdotettiin yhteisiä pelisääntöjä. Sairaanhoitajien kirjaamisajalla taukotilassa olijat pyrkisivät olemaan mahdollisimman hiljaa. Sairaanhoitajat voisivat ottaa myös apuvälineitä käyttöönsä esimerkiksi vastamelukuulokkeet, jotka vähentävät ympäristön ääniä.

Palvelutarpeenarvioinnin voisi jatkossa tehdä palveluohjaaja ja tiimin sairaanhoitaja yhdessä. Tällöin sairaanhoitaja näkisi jokaisen uuden asiakkaan ja saisi tehtyä heti tarvittavat tarkentavat kysymykset ja lääkelistatkin saataisiin kuntoon. Tällä saataisiin lisättyä asiakaslähtöistä toimintaa. Lisäksi vanhojen asiakkaiden kotiutukset voisi sairaala jatkossa ilmoittaa sairaanhoitajien puhelimeen. Tällöin sairaanhoitajat saisivat

ainakin tiedon kotiutumista ja saisivat kysytyä tarvittavat kysymykset suoraan osastolta.

Sairauspoissaoloja helpottaisi hyvin perehdytetyt varahenkilöt, joita onkin saatu viime aikoina lisää. Sairaanhoitajien varahenkilöt tulisi perehdyttää myös kirjallisiin töihin, jotta kaikki työt eivät jäisi odottamaan tiimin sairaanhoitajan töihin paluuta. Kun työt eivät kasaantuisi sairauslomien ja lomien aikana, se vähentäisi hoitamattomien asioiden luomaa stressiä ja kiireen tuntua.

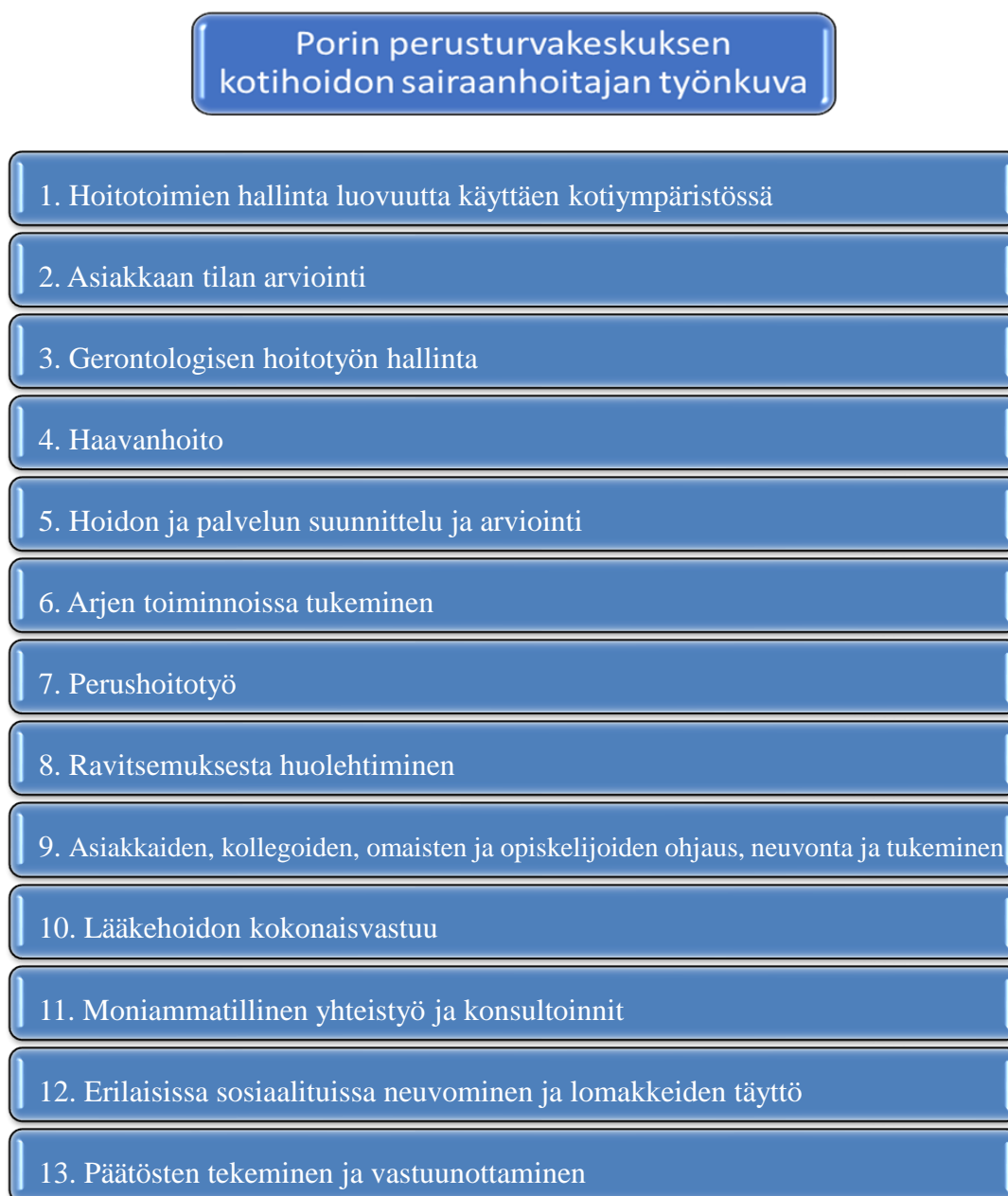
Vastuuhoitajan tehtäväkuva ja vastuu tulisi selventää. Tällä hetkellä on tiimeissä vaihtelevat käytännöt. Sairaanhoitajan tulisi neuvoa vastuuhoitajia, mutta ei tehdä heidän puolestaan, jolloin lähihoitajien taidot saataisiin myös paremmin käyttöön. Tulevaisuudessa sairaanhoitajaa ei tarvittaisi jokaiseen asiaan, vaan vastuuhoitajat osaisivat itse hoitaa. Sairaanhoitajan työnkuvaa tulisi suunnata enemmän neuvovaan ja ohjauvaan suuntaan.

6 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSELLISTA YHTEENVETOA

6.1 Kotihoidon sairaanhoitajan työnkuva ja osaaminen tällä hetkellä.

Tämän kehittämistyön aineistojen avulla pyrittiin löytämään vastaukset kolmeen kehittämistyön kannalta relevanttiin kysymykseen. Ensimmäinen niistä koski sairaanhoitajan työnkuvaa tällä hetkellä Porin perusturvakeskuksen kotihoidossa ja toinen koski kotihoidon sairaanhoitajalta vaadittavaa osaamista työn laadukkaan tekemisen näkökulmasta. Porin perusturvakeskuksen kotihoidon sairaanhoitajan työnkuva on tulosten mukaan hyvin monitahoinen ja vaativa. Kotihoidon sairaanhoitajalta vaaditaan paljon monialaista ammattitaitoa. Kotihoidon sairaanhoitajan tulee hallita hyvin laaja-alaisesti sekä terveys- että myös sosiaalialan asiat. Kotihoidon sairaanhoitajan täytyy osata soveltaa tiedot luovasti käytäntöön kotioloihin soveltuviksi. Työtä tehdään niin asiakkaiden kotona kuin toimistolla. Työajasta kuluu paljon aikaa hoidon järjestelyyn, konsultointiin ja yhteistyöhön muiden toimijoiden kanssa.

Ryhmähaastattelun tulosten perusteella sairaanhoitajan työkuvaan kotihoidossa kuuluvat tällä hetkellä hoitotoimien hallinta kotiympäristössä, asiakkaan tilan arviointi, gerontologisen hoitotyön hallinta, haavanhoito, hoidon ja palvelun suunnittelu ja arviointi, arjen toiminnoissa tukeminen, perushoitotyö, ravitsemuksesta huolehtiminen, asiakkaiden, kollegoiden, omaisten ja opiskelijoiden ohjausta, neuvonta ja tukeminen, lääkehoidon kokonaisvastuu, moniammatillinen yhteistyö ja konsultoinnit, erilaisissa sosiaalityöissä neuvominen ja lomakkeiden täyttö sekä päätösten teko ja vastuunotto. Nämä työkuvaan painotusalueet ovat esittelyssä kuviossa 3.



Kuvio 3. Porin perusturvakeskuksen sairaanhoitajan tämän hetkisen työkuvaan painotusalueet sairaanhoitajien ryhmähaastatteluiden perusteella.

Kotihoidon sairaanhoitajan vastuu on tulosten mukaan suuri. Sairaanhoitajalta vaaditaan tarkkaa havainnointikykyä ja hyviä neuvottelu- ja keskustelutaitoja. Sairaanhoitajalta vaaditaan myös hyvää stressin sietokykyä.

Ryhmähaastatteluilla saadut tulokset sisälsivät paljon samoja teemoja ja olivat suurelta osin yhteneväiset kirjallisuuskatsauksessa olleiden Ruontimon, Koivurannan, Kinnusen ja Mattilan tutkimusten tulosten kanssa. Tästä voisi päätellä, että kotihoidon sairaanhoitajan työnkuva on hyvin samantyyppinen muuallakin Suomea.

6.2 Tiimien eroavuudet

Kliinisen hoitotyön varsinaiset työtehtävät vaihtelevat ryhmähaastatteluiden perusteella eri tiimeissä. Toisissa tiimeissä sairaanhoitajat ottivat verikokeita herkemmin, ja toisissa oli myös iv- lääkityksiä. Nämä erot selittyvät maantieteellisillä eroilla, sairaanhoitajien määrällä tiimissä ja ennen kuntaliitoksia olleilla aiemmilla käytännöillä. Porin seutukunta on maantieteellisesti hyvin laaja. Suurimmaksi osaksi kotisairaala hoitaa alueella iv- lääkitykset kotihoidon asiakkaille, mutta maantieteellisesti ääripäissä oleviin paikkoihin on niin pitkä matka, että ne veisivät kotisairaalan henkilökunnan työajasta suuren osan. Tämän vuoksi näissä tiimeissä myös kotihoito saattaa hoitaa yhteistyössä kotisairaalan kanssa jonkin iv- tiputuksen.

Myös verikokeiden otossa ilmeni suurta eroa. Toisissa tiimeissä verikokeita ei oteta juuri lainkaan, toisissa verikokeet otetaan vain vuodepotilailta, kun taas toisilla saateen ottaa myös harkinnan mukaan kaikki paastokokeet sekä INR-näytteitäkin. Tähänkin vaikuttaa maantieteellinen sijainti, sairaanhoitajien määrä tiimissä sekä yksityisten kotihoitojen määrä. Toisilla alueilla asiakkailta on pitkä matka terveyskeskukseen eikä lähellä ole yksityistä kotihoitoakaan, jolloin matkakustannukset nousisivat asiakkaille kohtuuttomiksi. Tällöin verikokeita otetaan kotihoidon toimesta herkemmin mahdollisuuksien mukaan.

Osassa Porin perusturvakeskuksen kotihoidon tiimejä myös lähihoitajat hoitavat muun muassa trakeostomioita ja kystofixeja, huuhtelevat dreenejä, katetroivat, ottavat pika HB ja CRP näytteitä, kun taas osassa tiimejä sairaanhoitaja tekee nämä kaikki. Tähän

vaikuttaa oleellisesti sairaanhoitajien määrä tiimeissä sekä lähihoitajien halukkuus ja taidot tehdä erilaisia hoitotoimenpiteitä.

Eroavuuksia oli myös erilaisten palavereiden pidossa. Osalla alueella tiimipalavereita järjestettiin joka viikko, toisella alueella kahden viikon välein ja jossakin oli kulunut jo pidemmän aikaa edellisestä tiimipalaverista. Samoin oli lääkärinpalaverit. Yhdellä alueella sairaanhoitaja vietti kerran viikossa koko päivän geriatriin kanssa käyden asiakkaiden asioita lävitse. Toisella alueella puolestaan terveyskeskuslääkärinä oli mahdollisuus konsultoida 1-2 tuntia kerran viikossa, jossakin 30 minuuttia viikon -kahden viikon välein. Joillakin alueilla lääkärinpalavereita ei ollut lainkaan. Lääkärinpalavereista koettiin olevan paljon hyötyä asiakkaiden hoidossa. Näissä palavereissa pystyy konsultoimaan ei akuuteista asioista kuten asiakkaan pikkuhiljaa tilassa tapahtuneista muutoksista ja mittareiden tuloksista. Sairaanhoitajat kaipasivat lisää aikaa työpäiviinsä lääkärin määräysten toteuttamiseen. Myös sairaanhoitaja palaverit koettiin tarpeelliseksi. Jollakin alueilla nämä ovatkin jo käytössä. Näissä eri tiimien sairaanhoitajat koontuvat yhteen noin kerran kuukaudessa ja keskustelevat asiakkaistaan ja hoitokäytännöistä sekä jakavat ajatuksiaan työstään. Perusarjessa kotihoidon sairaanhoitajan työ koettiin yksinäiseksi ja vastuulliseksi, joten sairaanhoitaja palavereissa on mahdollista saada kollegoilta tukea ja apua.

6.3 Kotihoidon sairaanhoitajan tulevaisuuden työnkuva

Kolmas kehittämistyön kannalta relevantti kysymys koski sairaanhoitajan työnkuvaa tulevaisuudessa. Kotihoidon sairaanhoitajat suuntaisivat itse työnkuvaansa enemmän kohti asiantuntijan roolia. Työnkuvan koettiin muuttuneen työnhajausjärjestelmän, mobiilitoiminnan, combilanssin ja ak-klinikan tultua. Sairaanhoitajille on tullut huomattavasti enemmän perushoitoa vaativia paikkoja eikä ammatillista osaamista pystytä hyödyntämään yhtä hyvin kuin aiemmin. Sairaanhoitajat toivatkin esille toiveen ammatillisen osaamisen paremmasta hyödyntämisestä ja kehittämisestä. Mahdollisuus ammatilliseen kehittämiseen motivoisi myös oman osaamisen ja työn kehittämiseen.

Ryhmähaastattelussa nousi laajasti esille myös ajanriittävyyden ongelmat. Sairaanhoitajat toivoivat, että heidän työaikansa kohdennettaisiin enemmän siihen mistä he

ovat vastuussa. Tämä tarkoittaisi sitä, että sairaanhoitajien peruskäyntejä tarvitsisi tulevaisuudessa vähentää. Tulevaisuudessa työaika tulisi suunnata enemmän asiakkaiden tilan arviointiin erilaisia mittareita hyödyntäen, lääkehoidosta vastaamiseen, hoidon suunnitteluun ja arviointiin, mahdollisille akuuteille kotikäynneille sekä ohjaukseen, neuvontaan ja moniammatilliseen yhteistyöhön sekä organisointiin.

Tulevaisuusverstaan kehittämistyöryhmä pureutui kymmeneen ongelma- ja kehittämiskohtaan. Tulevaisuusverstaassa todettiin useamman kerran, kuinka resurssit vaikuttavat sairaanhoitajien työnkuvan kehittämistä ja uudelleen miettimistä. Kehittämistyöryhmän mukaan sairaanhoitajille olisi kuitenkin mahdollista järjestää enemmän kirjaamis- ja konsultointiaikaa työpäivää paremmin porrastamalla ja pitämällä kiinni sovitusta kirjausajasta. Myös sairaanhoitajien käynnit jokaisen asiakkaan luona kerran vuodessa olisi toteutettavissa optimoinnin, sairaanhoitajan ja esimiehen yhteistyöllä sijoittamalla nämä käynnit hiljaisempiin ajankohtiin. Sairaalat voisivat jatkossa ilmoittaa kotiutukset sairaanhoitajien puhelimeen, jotta hoidonjatkuvuus saataisiin paremmin turvattua. Lisäksi tulevaisuusverstaassa koettiin tärkeäksi, että vastuuhoidajan tehtäväkuva ja vastuu selvennettäisiin paremmin koko kotihoidon henkilökunnalle. Sairanhoitajien tulisi jatkossakin neuvoa ja ohjata vastuuhoidajia, mutta he eivät saisi tehdä kaikkea heidän puolestaan. Tällöin lähihoitajienkin taidot saataisiin tulevaisuudessa entistä paremmin käyttöön.

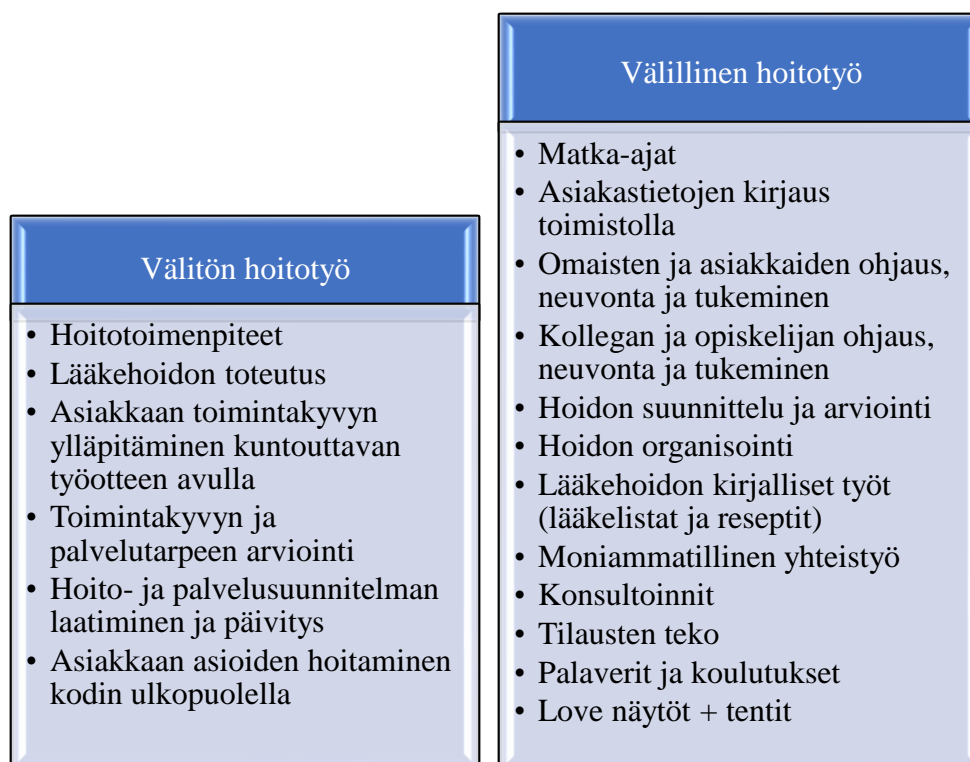
6.4 Kotihoidon sairaanhoitajan työnkuvan kehittämisehdotukset

Kehittämistyön tulokset ovat yhdensuuntaiset kirjallisuuskatsaukseen valikoituneiden Ruontimon, Koivurannan, Kinnusen ja Mattilan tutkimustulosten kanssa. Tuloksien mukaan kotihoidon sairaanhoitajan työnkuva on hyvin laaja-alainen, haastava ja vastuullinen. Tämän kehittämistyön tuloksien mukaan Porin perusturvakeskuksen kotihoidon sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluvat hoitotoimien hallinta kotiympäristössä, asiakkaan tilan arviointi, gerontologisen hoitotyön hallinta, haavanhoito, hoidon ja palvelun suunnittelu ja arviointi, arjen toiminnoissa tukeminen, perushoitotyö, ravitsemuksesta huolehtiminen, asiakkaiden, kollegoiden, omaisten ja opiskelijoiden oh-

jausta, neuvonta ja tukeminen, lääkehoidon kokonaisvastuu, moniammatillinen yhteistyö ja konsultoinnit, erilaisissa sosiaalityöissä neuvominen ja lomakkeiden täyttö sekä päätösten teko ja vastuunotto.

Tuloksissa ilmeni selkeä toive työnkuvan painopisteiden siirtämisestä. Tällä hetkellä kotihoidon sairaanhoitajan työajasta suuri osa menee perushoidon toteuttamiseen. Sairaanhoitajien työtehtävät tulisi jatkossa priorisoida koskemaan paremmin juuri sairaanhoitajien vastuualueita. Tällöin heidän ammattitaitonsa tulisi hyödynnettyä kokonaisvaltaisemmin. Kehittämistyön tulosten mukaan sairaanhoitajan työnkuvaan ja painopisteisiin vaikuttavat paljon myös tiimin maantieteellinen sijainti ja sairaanhoitajien määrä tiimissä. Tulosten mukaan olisi tärkeää myös selkiyttää vastuunhoitajien työnkuvat. Tällä pystyttäisiin vähentämään sairaanhoitajien työn pirstaleisuutta ja vastuuta.

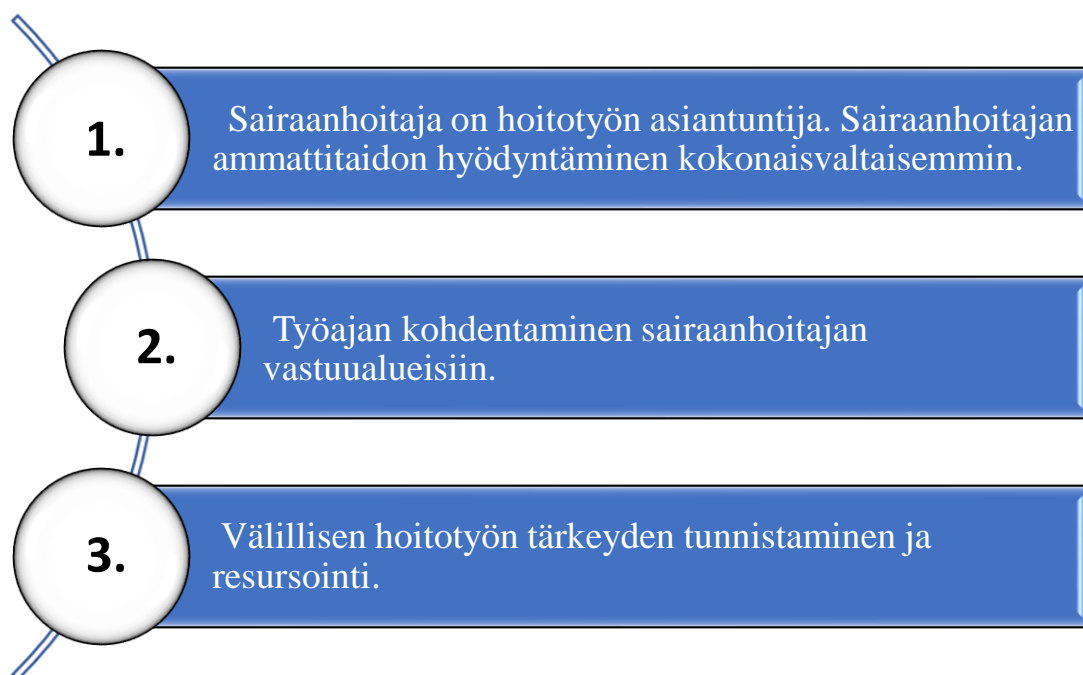
Kotihoidon sairaanhoitajien työpäivässä on runsaasti näkymätöntä eli välillistä hoitotyötä (Kuvio 4). Nämä työt lisäävät sairaanhoitajien kuormitusta ja stressiä, koska niille ei ole tällä hetkellä varattu riittävästi työaika.



Kuvio 4. Kotihoidon sairaanhoitajan välitön ja välillinen hoitotyö.

Kehittämistyön tulosten mukaan kotihoidon sairaanhoitajan välillinen työ koostuu erilaisista kirjallista töistä, kollegoiden, omaisten ja opiskelijoiden ohjauksesta, neuvonnasta ja tukemisesta, asiakkaan hoitoon liittyvien asioiden valmistamisesta, hoidon järjestämisestä, koordinoinnista ja arvioinnista sekä erilaisista ammatillisista konsultoinneista, koulutuksista ja palavereista. Välillistä hoitotyötä ovat myös matka-ajat ja tilausten teko. Välillinen hoitotyö on siis oleellinen osa asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoprosessia. Nämä työt tulisivatkin tämän kehittämistyön tulosten mukaan tunnistaa paremmin ja varata niille riittävästi työaika. Osa näistä töistä olisi muutettavissa välittömäksi hoitotyöksi muun muassa kannettavien tietokoneiden avulla.

Tämän kehittämistyön kehittämissuhteet koskien Porin perusturvakeskuksen sairaanhoitajan työnkuvaa on esitetty kuviossa 5.



Kuvio 5. Kehittämissuhteet Porin perusturvakeskuksen sairaanhoitajan työnkuvasta.

7 KEHITTÄMISTYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Yksi tärkeä osa kehittämistyötä on luotettavuuden ja eettisyyden arviointi. Luotettavuutta voidaan tarkastella luotettavuuskäsitteiden avulla. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus on kuitenkin tutkijan arvioinnin ja näytön varassa, eikä sitä pystytä arvioimaan tai laskemaan samalla tavalla kuin määrällisessä tutkimuksessa. Laadullisessa tutkimuksessa validiteetti tarkoittaa sitä, että tutkitaan oikeita asioita, oikeilla ja tehokkailla menetelmillä ja saadut tulokset ja tehdyt päätelmät ovat oikeita. Reliabiliteetti puolestaan tarkoittaa tulosten pysyvyyttä. (Anttila 2006, 470; Kananen 2017, 174–176; Tuomi & Sarajärvi 2013, 136; Vilka 2015, 193-194.)

Kehittämistyöni aihe on hyvin käytännönläheinen, työelämälähtöinen ja ajankohtainen ja se kestää hyvin eettistä tarkastelua (Vilka 2015, 17). Vanhuspainotteisten hoivapalveluiden työvoimatarpeen on arvioitu kasvavan lähes 20 prosenttia vuoteen 2026 mennessä (Kangasniemi & Andersson 2016, 37). Kotiin annettavat ja kotoa käsin saatut palvelut ovat nostettu ensisijaisiksi palveluiksi ikäihmisille (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016). Samalla kotihoidon henkilökunnan työhyvinvointi on laskenut (Vehko, Sinervo & Josefsson 2017, 9). Jotta kotihoidon resurssit saadaan tulevaisuudessa riittämään, on vanhustyön vetovoimaisuutta, työntekijöiden osaamista, motivaatiota ja työnhyvinvointia lisättävä. Näihin auttavat selkeä työnjako ja kotihoidon prosessien uudistaminen. (Alastalo, Vainio & Kehusmaa 2017, 1-5; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 19; Suominen & Henriksson 2008, 626.) Kehittämistyön aiheen valintaan vaikuttivat edellä mainittujen syiden lisäksi myös oma työhistoriani ja tietämykseni sairaanhoitajan työnkuvan muutoksista Porin perusturvakeskuksen kotihoidossa. Keskustelin aiheesta kehittämistyöni ohjaajan kanssa sekä kotihoidon johdon ja henkilöstön kanssa. Näiden keskusteluiden pohjalta kehittämistyöni aihe vahvistui ja sille myönnettiin tutkimuslupa Porin perusturvakeskuksen kotihoidosta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 217–223).

Tutustumalla kotihoidon sairaanhoitajan työnkuvaa koskevaan ammattikirjallisuuteen ja tekemällä aiheesta kirjallisuuskatsauksen sain hankittua luotettavaa tietoa kehittämistyöni perustaksi. Luotettavuuden kannalta kirjallisuuskatsauksen tärkein vaihe on kirjallisuushaku, koska siinä tehdyt virheet johtavat vääristöneisiin johtopäätöksiin.

Hakutuloksille luotiin yhdessä kirjastoinformaattikon kanssa tarkat sisäänotto- ja pois-sulku kriteerit. Ne helpottivat olennaisen tiedon tunnistamista ja varmistavat tutkimuk-sen pysymistä fokuksessa. Lähdemateriaalina käytin alle kymmenen vuotta vanhaa ai-neistoa, saadakseni ajantasaista tietoa aiheesta. Kirjallisuushaussa käytettiin niin säh-köisiä tietokantoja kuin manuaalistakin hakua, jotta kaikki tutkimuskysymykseen vas-taavat materiaalit tulivat varmasti löydettyä. Kirjallisuushaun perusteella valitut tutki-mukset arvioitiin perehtymällä valittuihin tutkimuksiin. (Niela- Vilèn & Hamari 2016, 25–29.)

Kehittämistyöni jokaisen vaiheen keskiössä on tutkimusetiikan eli hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen. Sen lähtökohtana ovat rehellisyys, huolellisuus, tarkkuus ja avoimuus, joihin kiinnitin hyvää huomiota koko kehittämistyöni ajan. Hyviin tieteel-lisiin käytäntöihin kuuluu muiden tutkijoiden töiden kunnioittaminen ja arvostaminen. (Kananen 2017, 190; Tuomi & Sarajärvi 2013, 132-133; Tutkimuseettinen neuvotte-lukunta 2012, 6; Vilka 2015, 41- 47.) Kiinnitinkin erityistä huomiota kehittämistyös-säni myös huolellisiin ja todenmukaisiin lähdeviittauksiin (Tuomi & Sarajärvi 2013, 132-133). Pysin kehittämistyössäni myös objektiivisuuteen ja puolueettomuuteen sekä sulkemaan pois omat mielipiteeni ja ennakkokäsitykseni aiheesta (Kananen 2013, 126; Kananen 2017, 190; Vilka 2015, 198).

Kehittämistyö tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida sekä tutkimusaineistot säilyttää tieteellisen tutkimusperinteen mukaisesti. Kehittämistyössä on noudatettava eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 132–133; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6; Vilka 2015, 41–47.) Kehittä-mistyötä tehtäessä on punnittava vaihtoehtoisia tutkimusmenetelmällisiä ratkaisuja eri osapuolien kannalta (Anttila 2014). Vertailtuani eri aineistonkeruumenetelmiä, pää-dyin lopulta ryhmähaastatteluun ja tulevaisuusverstaaseen.

Lähetin ryhmähaastattelusta ja tulevaisuusverstaasta saatekirjeet, haastattelun teema-alueet ja tulevaisuusverstaan toimintatavat ennakkoon osallistujille. Saatekirje on tär-keä dokumentti onnistumisen kannalta, sillä se lisää luottamusta sekä vastaus- ja osal-listumismotivaatiota. Saatekirjeen perusteella osallistujat saivat yleisesti tietoa kehit-tämistyöstä ja sen tavoitteista. Lisäksi saatekirjeissä oli tutkijan yhteystiedot, jotta

osallistujilla oli mahdollisuus olla tutkijaan yhteydessä mieltä askarruttavissa asioissa. (Kananen 2017, 191–195; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 133.)

Ryhmähaastattelun ja tulevaisuusverstaan aluksi kerroin vielä kehittämistyöstäni, miksi se tehdään ja mitä sillä haetaan sekä miksi heidät oli valittu fokusryhmäksi. Painotin osallistumisen olevan itsemääräämisoikeuden mukaisesti vapaaehtoista ja siitä olevan mahdollista kieltäytyä tai sen saavan keskeyttää milloin tahansa. Kerroin nauhoittavani haastattelut ja hävittäväni nauhoitukset asianmukaisesti aineison analysoinnin jälkeen. Lupasin haastateltaville anonymiteetin. Aineistot käsiteltiin niin, ettei vastauksista pysty tunnistamaan yksittäistä henkilöä. Tutkimustietoja ei myöskään luovutettu kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle henkilölle. Aineistot säilytettiin lukitussa paikassa ja tietokoneessa oli salasana. Pyysin haastateltavilta kirjallisen suostumuksen tutkimukseen. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 131.)

Ryhmähaastatteluiden laadukkuutta lisäsi etukäteen tehty teemahaastattelurunko. Ryhmähaastattelun pyrin pitämään tiukasti rajatuissa teemoissa. Haastattelukysymykset esitetasin kahdella kotihoidossa aiemmin työskenneillä sairaanhoitajilla. Haastattelupaikat olivat rauhallisia ja neutraaleja paikkoja. Nauhoittaminen lisäsi ryhmähaastatteluiden luotettavuutta. Esitetasin myös nauhurin ennen haastatteluiden alkua. Varmistin, että tallennin todella toimii ja kuuluvuus on hyvä. Selvitin haastateltaville olevani paikalla haastattelijan enkä sairaanhoitajan roolissa. Haastattelijan rooli on puolueeton ja hän ei saa tuoda omia mielipiteitään julki. Pidin myös haastattelupäiväkirjaa, johon kirjasin huomioita haastattelutilanteista ja haastateltavista. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 66–75, 98, 184.)

Haastateltaessa varmistin, että ymmärsin oikein mitä haastateltavat kertoivat. Kaikki osallistujat eivät välttämättä puhuneet aivan yhdenmukaisesti, joten näin pyrin varmistamaan väärinymmärrykset. Rennon ja luotettavan ilmapiirin uskon helpottaneen uskallusta puhua asioista totuudenmukaisesti eikä osallistujien tarvinnut pyrkiä vastaamaan sosiaalisesti hyväksyttävällä tavalla. Uskon haastattelu tilannetta helpottaneen myös sen, että paikalla oli vain sairaanhoitajia eikä heidän tarvinnut miettiä loukkaavatko sanomisillaan jotakuta. Ryhmähaastattelun osallistumisprosentti oli hyvä. Tähän varmasti vaikutti aiheen ajankohtaisuus. Sairaanhoitajat kokivat, että tämän kautta heillä oli mahdollisuus saada äänensä kuuluville. (Eskola & Vastamäki 2015, 28–29.)

Ryhmähaastatteluita pidettiin yhteensä kolme kappaletta. Tämä osoittautui riittäväksi määräksi, sillä haastatteluiden vastaukset alkoivat toistaa toisiaan (Hirsjärvi & Hurme 2009, 60; Kananen 2017, 179). Haastatteluiden litteroinnin tein mahdollisimman pian jokaisen haastattelun jälkeen, jotta asiat olivat vielä tuoreena muistissani. Luotettavuutta lisäsi se, että pyrin litteroimaan jokaisen haastattelun samalla tavalla (Kananen 2017, 134–135). Purin haastattelut sanatarkasti, mutta en kokenut tarpeelliseksi merkitä esimerkiksi taukojen pituuksia tai huokauksia. Haastatteluiden litterointi sujui pääsääntöisesti hyvin. Muutaman kerran haastateltava vastasi kovin hiljaisella äänellä tai jotkut intoutuivat puhumaan päälletysten. Nämäkin tilanteet sain kuitenkin hyvin purettua kuuntelemalla kyseiset kohdat useampaan kertaan. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 63.)

Sisällönanalyysissä pyrin aineiston läpinäkyvyyteen tekemällä perusteltuja ja aukikirjoitettuja luokitteluita (Vilkkä 2015, 198). Haastatteluiden teemat helpottivat luokittelun tekoa, eikä luokitteluita voidakaan pitää sattumanvaraisina. Pyrin analyysissä systemaattisuuteen ja välttämään omien ennakkokäsitysten vaikutusta. Haastattelutilanteet ovat aina ainutlaatuisia. Siihen vaikuttavat esimerkiksi haastattelija, haastateltavat ja haastattelun olosuhteet. Tämän vuoksi haastatteluiden ja tulosten toistettavuudelle ei voida antaa täyttä takuuta. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 147–149, 185.)

Luotettavuutta pyrin lisäämään kahdella rinnakkaisella tutkimusmenetelmällä. Eri menetelmät eivät kuitenkaan ole neutraaleja menetelmiä, jolloin niillä hyvin harvoin saadaan tuotettua saman tyyppistä tulosta. Tätä voidaan perustella muun muassa muuttuneilla tilanteilla. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 143.)

Kehittämistyöni tulevaisuusverstaan ilmapiiri oli selkeästi jäykempi. Sairaanhoidajan työnkuvan painopisteistä on Porin perusturvan kotihoidossa ollut ristiriitaa esimiesten ja työntekijöiden välillä. Tämän uskon vaikeuttaneen tulevaisuusverstaaseen osallistuneiden esimiesten, sairaanhoitajien ja vetäjän rentoutta tilanteessa. Lisäksi ongelmakohtien nostaminen sairaanhoitajien ryhmähaastattelutuloksista lisäsi varmasti tunnelman sähköisyyttä. Uskon tämän vaikeuttaneen heittäytymistä tulevaisuusverstaan ku-

vittelu- ja todellistamisvaiheissa. Pidin kuitenkin äärimmäisen tärkeänä kuulla esimiesten ajatuksia aiheesta, jotta en sitoutuisi vain yhteen näkökulmaan (Tuomi & Sarajärvi 2013, 143). Lisäksi toivoin yhdessä tekemisen nostavan yhteishenkeä.

Tulevaisuusverstaan pidon jälkeen kehittämistyön teossa oli pitkä tauko. Minusta tuntui, että tulevaisuusverstaas ei ollut onnistunut niin hyvin kuin olin toivonut ja työn eteenpäin vieminen tuntui erityisen haastavalta. Tulevaisuusverstaan tuotos jäikin aika niukaksi. Tähän vaikutti omalta osaltaan varmasti myös vetäjän ensikertalaisuus. Tuloksissa tuli kuitenkin hyvin esille resurssien vaikutus sairaanhoitajien työnkuvan kehittämiseksi. Tämän uskon tulevaisuudessa lisäävän sairaanhoitajien ymmärrystä asiaa kohtaan.

Kehittämistyöni raportissa olen pyrkinyt dokumentoimaan työni eri vaiheet mahdollisimman tarkasti ja pyrkinyt perustelemaan valintani ja ratkaisuni. Tulokset olen esittänyt raportissani avoimesti ja vastuullisesti eikä tuloksia ole vääristelty. (Kananen 2013, 116; Kananen 2017, 190.)

8 LOPUKSI

Ikäihmisten kotihoidon kehittäminen ja kaikenikäisten omaishoidon vahvistaminen oli yksi hallituksen kärkihankkeista vuosina 2016-2018. Tämän ”kärkihankkeen tavoitteena oli kehittää kotihoitoon uusia toimintamalleja ja kotona asumista tukevia palveluita”. Kehittämishankkeen kokeiluissa ja sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa laatusuosituksessa teknologian hyödyntäminen on nostettu vahvasti esille. (Noro & Karppinen 2019, 3; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 28.) Uskotaan, että 20 prosenttia sairaanhoitajien ja lähihoitajien työtehtävistä pystytään lähitulevaisuudessa korvaamaan teknologialla (Kangasniemi & Andersson 2016, 36). On kuitenkin muistettava, että teknologia on vain väline ja resurssi, jolla tuetaan vanhuspalvelutyötä, eikä sillä pystytä ratkaisemaan kaikkia kotihoidon ongelmia (Karhinen 2019).

Superin vuonna 2018 tekemän selvityksen mukaan monessa kunnassa kotihoidon ongelmia on pyritty ratkaisemaan toiminnanohjausjärjestelmän ja optimoinnin avulla. Lisäksi kunnallisen sektorin kotihoidon tiimejä ja työskentelyalueita on laajennettu. Näiden myötä työn organisointi on sekoittunut entisestään, hoidon laatu on heikentynyt ja työntekijöiden kuormittuminen lisääntynyt. Selvityksen mukaan ottamalla työntekijät aidosti mukaan kotihoidon kehittämiseen ja kuuntelemalla vakavasti heitä saataisiin ongelmia paremmin ratkottua. (Erkkilä 2018, 34.)

Tämän kehittämistyön tekeminen on ollut mielenkiintoista, haastavaa ja opettavaista. Työn käytännönläheisyys ja työelämäkeskeisyys ovat auttaneet pitämään mielenkiintoa yllä koko pitkän prosessin ajan. Ammatillista kasvua on tapahtunut. Moni ennakkokäsitys on muuttunut ja muovautunut. Työn edetessä on saanut huomata kuinka monisäikeisiä ja laaja-alaisia kotihoidon ongelmia ovat. Yllättävää oli huomata kuinka organisaatioiden rakenteet ovat nykypäivänäkin yhä kovin rajoittavia ja muokkaavat hoitajien toimintamahdollisuuksia ja pitävät työnkuvia muuttumattomina (Ruontimo 2009, 12).

Kehittämistyöni tuloksista lähetän Porin perusturvakeskuksen kotihoidon esimiehille ja sairaanhoitajille koonnin, josta toivon olevan apua Porin perusturvakeskuksen kotihoidon tulevaisuuden työnkuvia mietittäessä ja kehitettäessä. Kotihoidon sairaanhoitajien ryhmähaastatteluissa esiin tulleet kehittämisajatukset heidän työnkuvastaan olivat hyvin samankaltaisia kuin kirjallisuuskatsauksissa paljastuneet asiat. Jatkokehittämisehdotukset koskevat mobiilitoiminnan, kotisairaalan, combilanssin ja kotihoidon yhteistyön lisäämistä ja työnjaon uudelleen miettimistä. Miten kotihoidon sairaanhoitajan ammattitaito saataisiin myös akuuttivaiheessa ja heti akuuttivaiheen jälkeen paremmin hyödynnettyä? Parantaisiko akuuttityön lisääminen kotihoidon sairaanhoitajien työhyvinvointia ja motivaatiota? Lisäisikö se kotihoidon vetovoimaisuutta sairaanhoitaja opiskelijoiden silmissä? Entä miten päällekkäistä työtä näiden toimijoiden kesken saataisiin vähennettyä, jotta tulevaisuudessakin henkilöstöresurssit riittäisivät kotihoidossa ja koko vanhustenhuollossa?

Hyvä ja arvokas vanhuus on Porin perusturvakeskuksen kotihoidon päätavoite ja lähtökohtana on asiakkaan turvallinen asuminen omassa kodissaan (Porin perusturvakeskus omavalvontasuunnitelma 2018, 14). Koko Satakunnan alueen tavoite on, että

vuonna 2025 94 prosenttia yli 75-vuotiaista asuisi omassa kodissaan. Jotta nämä tavoitteet saadaan toteutettua, tarvitaan lisää ammattitaitoista, motivoitunutta ja hyvinvoivaa henkilöstöä. (Porin perusturvakeskus omavalvontasuunnitelma 2018, 11; Rehula 2018, 6.) Tutkimusten mukaan henkilöstön määrä, osaaminen ja osaamisen oikea kohdentaminen vaikuttavat hoidon laatuun ja vaikuttavuuteen (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2017, 19). Hyvällä työn organisoimisella, selkeällä työnjaolla ja ammattiosaamisen oikealla kohdentamisella pystytään parantamaan asiakaslähtöisyyttä, tuloksellisuutta, työntekijöiden työhyvinvointia ja vanhustyön vetovoimaisuutta (Haapakorpi & Haapola 2008, 11; Suominen & Henriksson 2008, 626).

LÄHTEET

Alastalo, H., Kehusmaa, S. & Penttinen, L. 2018. Harva ikäihminen saa kotihoitoa yksityiseltä yritykseltä–yöpäivuvuorokautisessa hoidossa yksityisen sektorin osuus ennallaan. Tutkimuksesta tiiviisti 33/ 2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.1.2020. <http://www.julkari.fi/handle/10024/137167>

Alastalo, H., Vainio, S. & Kehusmaa, S. 2017. Kotihoidon asiakasmäärät kasvussa, henkilöstön määrän kasvu ei kaikissa maakunnissa seuraa perässä. Tutkimuksesta tiiviisti 18/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 27.1.2020. <http://www.julkari.fi/handle/10024/135119>

Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Helsinki: Opetusministeriö. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Viitattu 16.1.2020. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80112/tr24.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. 2.painos. Hamina: Akatiimi oy.

Anttila, P. 2014. Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. Viitattu 30.1.2018. <http://www.metodix.com>

Engeström, Y. 1995. Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Helsinki: Painatuskeskus.

Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. 2009. Kotihoito murroksessa. Teoksessa Y. Engeström, A-L. Niemelä, J. Nummijoki & J. Nyman (toim.) Lupaava kotihoito. Jyväskylä: PS-kustannus.

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen -sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Porvoo: Bookwell Oy. Viitattu 16.1.2020. <https://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

Eriksson, P. & Koistinen, K. 2014. Monenlainen tapaustutkimus. Kuluttajatutkimuskeskuksen tutkimuksia ja selvityksiä 11/2014. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus. Viitattu 29.1.2018. <http://hdl.handle.net/10138/153032>

Erkkilä, S. 2017. Mitä on hyvä kotihoito? Vastauksia ammatillisiin kysymyksiin. Helsinki: Super. Viitattu 24.1.2019. <https://www.superliitto.fi>

Erkkilä, S. 2018. ”Jos tää meno jatkuu, meidän sydämet särkyvät”. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Superin selvitys työstä kotihoidossa ja kotihoidon kehittämisestä. Helsinki: Super. Viitattu 1.2.2020. https://www.superliitto.fi/site/assets/files/94895/kotihoidon_selvitys_super_2018.pdf

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2015. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa R. Valli & J. Aaltonen (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1, Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 27-44.

Groop, J. 2014. Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään? Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus projektin julkaisu nro 1. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. Viitattu 20.1.2019. [file:///C:/Users/User/Downloads/kotihoido_groop_ebook%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/kotihoido_groop_ebook%20(5).pdf)

Haapakorpi, A. & Haapola, I. 2008. Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla—esimerkkinä vanhusten kotihoito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 35/2008. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.

Hakala, J. 2015. Toimivan tutkimusmenetelmän löytäminen. Teoksessa R. Valli & J. Aaltonen (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1, Metodin valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 14-26.

Hannikainen, K. 2019. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluiden tarve ja käyttö tulotason mukaan. Teoksessa L. Kestilä & S. Karvonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2018. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 27.1.2020. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137498/THL_Suomalaisten%20hyvinvointi%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

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

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Tammi.

Hyvönen, E. 2017. Keski-Suomen kuntien kotihoitoa koskeva kartoitus valmistunut. Keski-Suomi 2020. Viitattu 30.1.2019. <http://www.ks2021.fi/2017/04/27/keski-suomen-kuntien-kotihoidoa-koskeva-kartoitus-valmistunut/>

Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73379/Julk_2008_3_ikaihmiset_verkko.pdf

Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma 2013–2017. 2013. Helsinki: Ympäristöministeriö. Viitattu 25.1.2018. http://www.ym.fi/fi-fi/asuminen/ohjelmat_ja_strategiat/Ikaantyneiden_asuminen_kehittamisohjelma

Juvonen, T., Lovén, M., Nordström, E., Nummelin, A., Nyholm, S., Polo, K-M., Roininen, I. & Rautiainen, E. 2017. Luonnos: Satasoten kotihoito = Toimiva kotihoito. Viitattu 20.1.2020. <https://www.satakunta2019.fi/wp-content/uploads/2017/12/Kotihoidon-palveluluonnoskuvaus.pdf>

Jylhä, M., Forma, L., Aaltonen, M., Raitanen, J. & Rissanen, P. 2008. Pidentyvä vanhuusikä ja palveluiden uudet haasteet. Teoksessa U. Ashorn & J. Lehto (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Jyväskylä: Stakes.

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 111. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2013. Case-tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 143. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2015. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas: miten kirjoitan kehittämistutkimuksen vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 212. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 234. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kangasniemi, M. & Andersson, C. 2016. Enemmän inhimillistä hoivaa. Teoksessa C. Andersson, I. Haavisto, M. Kangasniemi, A. Kauhanen, T. Tikka, L. Tähtinen & A. Törmänen (toim.) Robotit töihin: Koneet tulivat - mitä tapahtuu työpaikoilla? Helsinki: Taloustieto Oy. EVA Raportti, 2/2016, 34-56. Viitattu 25.1.2018. <http://www.eva.fi/wp-content/uploads/2016/09/Robotit-t%C3%B6ihin.pdf>

Kangasniemi, M., Voutilainen, A., Kapanen, S., Tolmala, A., Koponen, J., Hämäläinen, M. & Elovainio, M. 2017. Työn uusjako- Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien työnkuvien ja keskinäisen työnjaon kohdistaminen ja tehostaminen Sote-reformissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 66/2017. Helsinki: Valtioneuvostonkanslia. Viitattu 15.1.2020. https://tietokayttoon.fi/documents/10616/334527/66_Ty%C3%B6n+uusjako.pdf/f905b1a7-d3db-4be4-adb8-62cd7f98a5a0/66_Ty%C3%B6n+uusjako.pdf?version=1.0

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karhinen, J. 2019. Vanhuspalveluiden tulevaisuus ja digitalisaatio -toiveiden tynnyri? Viitattu 1.2.2020. <https://www.jyu.fi/hytk/fi/laitokset/yfi/en/research/projects/agecare/vanhuspalveluiden-tulevaisuus-ja-digitalisaatio-toiveiden-tynnyri>

Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omahoitoa 2016-2018. 2016. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 30.1.2018. <http://stm.fi/hankkeet/koti-ja-omaishoito>

Kehusmaa, S. 2014. Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palveluiden käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 131. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Kehusmaa, S., Alastalo, H., Hammar, T. & Luoma M-L. 2018. Kolmasosa vanhuspalveluiden henkilöstöstä työskentelee kotihoidossa–asiakkaista kotihoidossa on yli puolet. Tutkimuksesta tiiviisti 39/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 10.1.2020. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137219/URN_ISBN_978-952-343-232-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kestilä, L. & Martelin, T. 2018. Suomen väestörakenne ja sen kehitys. Teoksessa L. Kestilä & S. Karvonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 26-45. Viitattu 13.1.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-256-7>

Kinnunen, S. 2013. Kotihoidossa työskentelevän sairaanhoitajan osaamiskartta. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Savonia ammattikorkeakoulu. Viitattu 21.1.2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201302192429>

Koivuranta, V. 2015. Sairaanhoitajan näkemyksiä tehtäväkuvastaan vanhusten hoitoyksiköissä Meri-Lapin alueella. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Lapin ammattikorkeakoulu. Viitattu 21.1.2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2015112718192>

Kotihoidon henkilöstön osuus ikäihmisten palvelujen henkilöstöstä, %; Säännöllisen kotihoidon 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä vuonna 2018; Säännöllisen kotihoidon 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 30.11, joilla on 60- 89 kotihoidon käyntiä kuukaudessa tai yli 90 käyntiä kuukaudessa. 2018. Sotkanetin tulostaulukko. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 24.1.2020. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szbMzLLWdXWMN7S2KAcA®ion=szZxtDZ2sTYyBwA=&year=sy6rtDbR0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201911131146>

Kröger, T., Van Aerschot, L. & Puthenparambil, J.M. 2018. Hoivatyö muutoksessa. Suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa. Jyväskylän yliopisto YFI julkaisuja -YFI publications 6/2018. Viitattu 14.1.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7372-8>

Kukoistava kotihoito: Lähtötilannekartoitus 2017. Viitattu 25.1.2018. <http://www.ks2020.fi/wp-content/uploads/2017/03/Kukoistava-kotihoito-hankkeen-L%C3%A4ht%C3%B6tilannekartoitus.pdf>

Kylänen, M., Vuori, J., Kangas, H. & Luoto, S. 2015. Työnjaolla tuottavuutta ja työn mielekkyyttä, Lineaariset ja epälineaariset palveluprosessit fysioterapeuttisen ja lääkäreiden työn määrittäjinä. Kuopio: Grano Oy.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2017- 2019. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6/2017. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 24.1.2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8>

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 11/2013. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 30.1.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69933/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 2012. L 28.12.2012/980 muutoksineen.

Lumio, J. 2015. Laitoksesta kotiin—syntyikö säästöjä? Ikäihmisten palveluiden muutosten kustannusvaikutukset Tampereella. Sitran selvityksiä 94. Helsinki: Sitra. Viitattu 13.1.2020. <https://media.sitra.fi/2015/06/19152101/Selvityksia94.pdf>

Lyytikäinen, M. 2002. Vanhuspalveluiden muuttuva kenttä. Teoksessa G. Molander & L. Multanen (toim.) Muutoskaipuusta tulevaisuuden luomiseen. Tavoitteena onnistunut vanhustyö. Helsinki: Työterveyslaitos, 21-28.

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2014. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tukijana. 2. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Mattila, L. 2009. Hoitohenkilökunnan työnkuva ja henkilöstömitoitus kotihoidossa. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto: Hoitotieteen laitos.

Niela- Vilén, H. & Hamari, R. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen, R (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2.korjattu painos. Turku: Turun yliopisto, 23-34.

Niemelä, A-L. 2006. Kiire ja työn muutos. Tapaustutkimus kotipalvelutyöstä. Väitöskirja. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 206. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Nordman, T., Manninen, I., Levola, P., Levonen, M., Koivisto, A-L., Mäkilä, P., Lahtinen, L., Korsgrund-Rauvola, A-M. & Metsälä, M. 2017. Porin perusturvan toimintakertomus 2017. Pori: Porin perusturvakeskus. Viitattu 5.1.2020. https://www.pori.fi/sites/default/files/atoms/files/petu_toimintakertomus2017_nettiin_2.pdf

Noro, A. & Karppinen, S. 2019. Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016–2018. Tuloksia ja toimintamalleja. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:29. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 1.2.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4060-4>

Noro, A., Alastalo, H., Finne-Soveri, H. & Mäkelä, M. 2015. Kotihoidon toimintamallit ja henkilöstö vuonna 2014–Vanhuspalvelulain toimeenpanolain seurantalutkimus. Tutkimuksesta tiiviisti 2: 2015. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 14.1.2020. <http://www.julkari.fi/handle/10024/125601>

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudella osaamista liiketoimintaan. 3.uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät. Uudella osaamista liiketoimintaan. 3.- 4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Paljärvi, S. 2012. Muuttuva kotihoito—15 vuoden seurantalutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta.

Porin kaupungin hyvinvointikertomus 2013-2016 ja hyvinvointisuunnitelma 2017-2020. 2017. Pori: Porin kaupungin hyvinvointityöryhmän jäsenet. Viitattu 25.1.2019. https://www.pori.fi/sites/default/files/atoms/files/porin_kaupungin_hyvinvointikertomus_2013-2016_ja_hyvinvointisuunnitelma_2017-2020.pdf

Porin kaupungin www-sivut. Viitattu 25.1.2018. <https://www.pori.fi/>

Porin perusturvakeskus omavalvontasuunnitelma. 2018. Viitattu 24.1.2020. https://www.pori.fi/sites/default/files/atoms/files/petu_omavalvonta_kotihoito.pdf

Rehula, P. 2018. Satakunnan suunnitelma ikäihmisten yhteen sovitetusta palvelukonaisuudesta 2019-2025- (2030). Versio 0.3. Viitattu 14.1.2020. <https://www.satakunta2019.fi/wp-content/uploads/2018/09/Satakunnan-ik%C3%A4strategia-versio-0.3.pdf>

Rehunen, A., Reissell, E., Honkatukia, J., Tiitu, M. & Pekurinen, M. 2016. Sosiaali- ja terveystalouden tarpeen, käytön ja tuottamisen alueelliset muutokset ja tulevaisuuden vaihtoehdot. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 41/2016. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia. Viitattu 20.1.2019. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/79724>

Ruontimo, T. 2009. Vanhustyön vastuunkantajat. Sairaanhoidon pitkäaikaisen hoidon asiantuntijana. Lähihoitaja vanhusten hoidon erityisosaajana. Tehyn julkaisusarja B: 3/2009. Helsinki: Multiprint Oy.

Saarela-Kinnunen, M. & Eskola, J. 2015. Tapaus ja tutkimus=tapaustutkimus? Teoksessa R. Valli & J. Aaltonen (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1, Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 180-190.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppiin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Salo, K. 2018. Työtyytyväisyys ja siihen yhteydessä olevat tekijät kotihoidon hoitohenkilökunnan arvioimana. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. Viitattu 15.1.2020. https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20180899/urn_nbn_fi_uef-20180899.pdf

Sanerma, P. 2009. Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 20.1.2019. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7855-0>

Schleutker, E. 2013. Väestön ikääntyminen ja hyvinvointivaltio. Mitä vaihtoehtoja meillä on? Yhteiskuntapolitiikka 78:4, 425-436. Viitattu 24.1.2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201312097585>

Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut. Viitattu 20.1.2019. <https://stm.fi>

Sosiaalihuoltolaki. 2014. L 30.12.2014 /1301 muutoksineen.

Steffansson, M., Pulliainen, M. & Lappi, R. 2015. Ikäihmisten hyvinvointia rakentamassa. Hyvinvointipalvelujen järjestämisen uudet mahdollisuudet -hanke. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen, R (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2.korjattu painos. Turku: Turun yliopisto, 7-22.

Suominen, T. & Henriksson, L. 2008. Työnjako vanhusten kotihoidossa. Yhteiskuntapolitiikka 73 2008/6, 625-639. Viitattu 15.1.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117541>

Terveyden ja hyvinvointi laitoksen www-sivut. Viitattu 13.1.2020. <https://thl.fi>

Terveydenhuoltolaki 2010. L 30.12.2010/ 1326 muutoksineen.

Tiikkainen, P. & Juntunen, K. 2018. Kukoistava kotihoito: Kotihoidon työntekijöiden itsearvioitu osaaminen. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 253. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 14.1.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-830-503-6>

Tiikkainen, P. 2014. Työn ja vastuunjako pitkäaikaisessa hoidossa–uudistuvat ammattiroolit. Vanhustyö 3-4, 18-19.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos. Tampere: Tampere University Press.

Tuloksellisuustarkastuskertomus. Työnjaon kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. 2016. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 1/2016. Helsinki: Valtiontalouden tarkastusvirasto. Viitattu 15.1.2020. <http://urn.fi/urn:isbn:978-952-499-320-3>

Tuomi, S & Latvala, E. 2016. Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Viitattu 3.1.2018. <https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/kirjallisuuskatsaukset/>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Tuominen, R. & Tuuri, K. 2017. Ikäihmisten kotihoito monialaisena yhteistyönä -toimintakyvyn näkökulma. Teoksessa J. Helminen (toim.) Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Edita, 228-241.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 31.1.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vaittinen, P., Helminen, K. & Laasonen, K. 2017. Kotihoidon osaaminen–kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Teoksessa M. Tepponen ym. (toim.) Uudistuva palvelukokonaisuus–kuntouttava kotihoito ja asiakaslähtöinen kotona asumisen tuki. Kuntouttavat toimintamallit iäkkäiden palveluissa (TEAS)- hankkeen loppuraportti. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 68/2017, 72-76. Viitattu 14.1.2020. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160245/68_Kuntouttavat%20toimintamallit%20iakkaiden%20palveluissa_loppuraportti3010.pdf

Valkonen, T. 2002. Väestön ikääntyminen ja verotus. Helsinki: Taloustieto Oy. Elinkeinoelämän tutkimuslaitos. Sarja B 190 Series. Viitattu 24.1.2019. <https://www.etla.fi>

Vanhuspalveluiden tila–seurantatutkimus2014-2018, 2018. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 30.1.2019. https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/vanpal/company5/fact_vanpal_company5;jses-sionid=DDC9D853C13D440888FEB9E1E99EB4C9.apps5?row=measure-199884&row=measure-199884&row=measure-199561.200196.199690.199740.199850.200278.199502.200429.200594.199823.199430.199791.200069.199410.200566.200202.200207.199450.200245.200435.200418.&column=time-87918&filter=servicetype-302803

Vanhuuskuolema. 2014. Konsensuslausuma. Duodecim, 115-123. Viitattu 19.2.2020. https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/2014konsensuslausuma_2014.pdf

Vehko, T., Sinervo, T. & Josefsson, K. 2017. Henkilöstön hyvinvointi vanhuspalveluissa – kotihoidon kehitys huolestuttava. Tutkimuksesta tiiviisti 11/2017. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 27.1.2020. <http://www.julkari.fi/handle/10024/134678>

Vesterinen, M-L. 2011. Kaikille ammattiryhmille yhteiset osaamisen kehittämistarpeet. Teoksessa M-L. Vesterinen (toim.) Sote-ennakointi -Sosiaali- ja terveystalouden sekä varhaiskasvatuksen tulevaisuuden ennakointi, raportteja ja tutkimuksia 3. Eteläkarjalalan koulutuskuntayhtymän julkaisuja. Iisalmi: Painotalo Seiska Oy. Viitattu 20.1.2019. <https://docplayer.fi/4179791-Marja-liisa-vesterinen-toim-sote-ennakointi-sosiaali-ja-terveysalan-seka-varhaiskasvatuksen-tulevaisuuden-ennakointi-raportteja-ja-tutkimuksia-3.html>

Viitikko, T. & Majoinen, V. 2017. Kotihoidon osaamiskartoitus ja osaamistyöpaja. Teoksessa M. Tepponen ym. (toim.) Uudistuva palvelukokonaisuus–kuntouttava kotihoito ja asiakaslähtöinen kotona asumisen tuki. Kuntouttavat toimintamallit iäkkäiden palveluissa (TEAS)- hankkeen loppuraportti. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 68/2017, 76-81. Viitattu 14.1.2020. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160245/68_Kuntouttavat%20toimintamallit%20iakkaiden%20palveluissa_loppuraportti3010.pdf

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4.uudistettu painos. Helsinki: PS-kustannus.

Yin, R.K. 2014. Case Study Research: design and methods. 5. painos. Los Angeles: Sage.

75 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä vuonna 2018. Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11 olleet 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä vuonna 2018.75 vuotta täyttäneet, % väestöstä, väestöennuste vuosille 2030 ja 2040. Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä vuonna 2018. 2018. Sotkanetin tulostaulukko. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.1.2020. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szbysLbQj0-2TvayLvAGAA==®ion=s7ZIsjYyBwA=&year=sy6rsjbS0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201911131146>

RYHMÄHAASTATTELUIDEN TEEMARUNKO JA TARKENTAVAT KYSYMYKSET

Haastattelun runko perustuu kehittämistyön kannalta relevantteihin kysymyksiin:

1. Millainen on sairaanhoitajan työnkuva tällä hetkellä Porin perusturvakeskuksen kotihoidossa?
2. Millainen kotihoidon sairaanhoitajan työnkuvan tulisi olla tulevaisuudessa?
3. Millaista osaamista kotihoidon sairaanhoitajalta vaaditaan työn laadukkaan tekemisen näkökulmasta?

Taustatiedot kirjallisesti (erillinen lomake):

1. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt kotihoidon sairaanhoitajana?
2. Kuinka monta vuotta olet toiminut sairaanhoitajana?
3. Millä Porin perusturvakeskuksen kotihoidon alueella työskentelet?

Sairanhoitajan työnkuva kirjallisesti (erillinen lomake):

4. Miten painottaisit näitä tehtäviä työssäsi kotihoidon sairaanhoitajana tällä hetkellä? Laita tehtävät tärkeysjärjestykseen numeroin 1-8. (1. Tärkein... 8.vähiten tärkein)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> hoidon suunnittelu | <input type="checkbox"/> muun henkilöstön ohjaus |
| <input type="checkbox"/> hoidon toteutus | <input type="checkbox"/> perehdytys |
| <input type="checkbox"/> hoidon arviointi | <input type="checkbox"/> konsultoinnit |
| <input type="checkbox"/> hoidon koordinointi | <input type="checkbox"/> kehittäminen |

Keskeisimmät kotihoidon sairaanhoitajan työtehtävät ja osaamisvaatimukset tällä hetkellä:

5. Mitkä ovat Porin perusturvakeskuksen kotihoidon sairaanhoitajan keskeisimmät työtehtävät tällä hetkellä?
6. Millainen on sairaanhoitajan työnkuva tällä hetkellä Porin perusturvakeskuksen kotihoidossa?
7. Millainen on sairaanhoitajan työnkuva tällä hetkellä omassa kotihoidon tiimissäsi?
8. Miten sairaanhoitajan rooli mielestäsi eroaa muusta henkilökunnasta Porin perusturvakeskuksen kotihoidossa?
9. Millaisia muutoksia tai vaiheita on ollut työnkuvassasi työurasi aikana Porin perusturvakeskuksen kotihoidossa?
10. Millaista osaamista vaaditaan tällä hetkellä Porin perusturvakeskuksen kotihoidon sairaanhoitajalta?

Sairaanhoitajan työn positiiviset ja kuormittavat haasteet:

11. Mitkä työtehtävät tai työhön liittyvät asiat kuormittavat työtäsi eniten?
12. Mitkä työhön liittyvät asiat vähentävät työhösi liittyvää kuormitusta?

Kotihoidon sairaanhoitajan työnkuva ja osaaminen tulevaisuudessa:

13. Mitkä ovat mielestäsi tulevaisuuden haasteet sairaanhoitajan työssä kotihoidossa?
14. Millainen sairaanhoitajan työnkuvan/roolin ja vastuun tulisi olla tulevaisuudessa kotihoidossa ja mihin suuntaan sitä tulisi kehittää?
15. Millaista osaamista tulevaisuudessa tarvitaan Porin perusturvakeskuksen kotihoidon sairaanhoitajalta?
16. Mistä asioista toivoisit koulutuksia tulevaisuudessa?

ESIMERKKEJÄ AINEISTOJEN PELKISTÄMISESTÄ

Kotihoidon sairaanhoitajan työnkuva tällä hetkellä Porin perusturvakeskuksen koti-
hoidossa

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Pääluokka
<i>"Sairaanhoitaja hoitaa hankalat avantesidokset, jos esim. avanteen vieres o vaiks haava, sit meil sairaanhoitaja laitaa kestokatetrit ja poistaa hakaset ja ompeleet"</i>	Avanteenhoito Kestokatetrit Hakaset ja ompeleet	Hoitotoimien hallinta luovuutta käyttäen kotiympäristössä
<i>"Meil sairaanhoitaja ottaa suoniverinäytteet ja suurimmaks osaks aina pika HB ja pika CRP näytteet ja sit viel noi lihakseen pistettävät injektiot"</i>	Suoniverinäytteet Pika HB ja CRP Injektiot i.m	Hoitotoimien hallinta luovuutta käyttäen kotiympäristössä
<i>"Sairaanhoitaja tekee isommat haavanhoidot ja hoitaa mekaanista puhdistusta vaativat haavat. Siin tarvii kyl ol välil oikee taikuri, et saat se mummon tuvas jonki ison haavanhoidon aseptisesti oikein toteutettuu"</i>	Haastavat haavanhoidot	Hoitotoimien hallinta luovuutta käyttäen kotiympäristössä
Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Pääluokka
<i>"Sairaanhoitaja aloittaa aina kaikki uudet jutut esim drenin huuhtelut, peg-hoidot, trakeostomian hoidon. Se ohjaa ja opettaa asiat lähahoitajille ja sit sairaanhoitaja käy ain aika ajoain tarkistamassa sitä tilannetta siell kotona"</i>	Uusien asioiden ohjaus ja opetus kollegoille	Asiakkaiden, kollegoiden, omaisten ja opiskelijoiden ohjaus, neuvonta ja tukeminen
<i>"Muun henkilökunnan ohjausta, neuvomista ja tukemista ja kannustamista omaisuusuteen. Sitä tehään paljon myös puhelimesta..."</i>	Ohjaus, neuvominen, tukeminen toimistolla ja puhelimitse	Asiakkaiden, kollegoiden, omaisten ja opiskelijoiden ohjaus, neuvonta ja tukeminen
<i>"Sit tietty tota opiskelijoiden ohjausta ja uusien työntekijöiden perehdytystä o aina"</i>	Ohjaus ja perehdytys	Asiakkaiden, kollegoiden, omaisten ja opiskelijoiden ohjaus, neuvonta ja tukeminen
<i>"Omaisten ja asiakkaiden ohjaaminen ja neuvominen o yks osa tätä työtä..."</i>	Omaisten ja asiakkaiden ohjaus ja neuvonta	Asiakkaiden, kollegoiden, omaisten ja opiskelijoiden ohjaus, neuvonta ja tukeminen

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Pääluokka
<i>"Sit me konsultoidaa vaiks diabeteslääkärii ja sit aika paljonki avanne- ja haava-hoitajaa"</i>	Diabeteslääkäri Avannehoitaja Haavahoitaja	Moniammatillinen yhteistyö ja konsultoinnit
<i>"Geriatrianpolin ja yksityisten geriatrien ja niiden sihteereiden kans ollaa paljo tekemisissä"</i>	Geriatrianpoliklinikka, yksityiset geriatrit	Moniammatillinen yhteistyö ja konsultoinnit
<i>"...osallistutaa erilaisii hoitopalaverihin"</i>	Hoitopalaverit	Moniammatillinen yhteistyö ja konsultoinnit
Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Pääluokka
<i>"Sairanhoidolliset väliarvioinnit on meil kyl iha retuperällä..."</i>	Väliarvioinnit	Hoidon ja palvelun suunnittelu ja arviointi
<i>"Nykyisi joutuu tekee 2 kk välein haavoje tilanteen arviointeja hoitotarvikejakeluun"</i>	Haavan arvioinnit	Hoidon ja palvelun suunnittelu ja arviointi
<i>"Omien asiakkaiden HOPSien tekeminen ja niitte päivitykset"</i>	Hoito ja palvelusuunnitelmat	Hoidon ja palvelun suunnittelu ja arviointi