

Maarit Laitala

Gerontologisen osaamisen vahvistuminen oppivassa organisaatiossa

Koulutussuunnitelma Seinäjoen kaupungin kotihoidon hoitajille

Opinnäytetyö

Kevät 2020

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Ylempi AMK, Sosiaaliala

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Ylempi AMK, Sosiaaliala

Tekijä: Maarit Laitala

Työn nimi: Gerontologisen osaamisen vahvistuminen oppivassa organisaatiossa

Ohjaaja: Tarja Tapio

Vuosi: 2020

Sivumäärä: 76

Liitteiden lukumäärä: 5

Tämän tutkimuksen tavoitteena on arvioida kotihoidon hoitajien osaaminen tällä hetkellä, tavoitetaso ja tunnistaa koulutustarve sekä laatia koulutussuunnitelma. Tutkimuksen kohderyhmänä ovat Seinäjoen kaupungin kotihoidon hoitajat, joihin kuuluu lähihoitajat, kodinhoitajat ja kotiavustajat. Sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, fysioterapeutit, geronomit ja sosionomit rajataan tutkimuksen ulkopuolelle.

Tutkimus on luonteeltaan toimintatutkimus, joka etenee vaiheittain lineaarisesti. Ensimmäisessä osassa alkukartoituksena selvitetään hoitajien itsensä arvioima tämän hetkinen osaaminen. Toisessa osassa perustetaan työryhmä, joka tapaa kaksi kertaa ja koostaa tulosten ja omien arvioiden perusteella koulutussuunnitelman kotihoidon hoitajille. Kolmannessa vaiheessa koulutussuunnitelman käyttökelpoisuudesta kerätään arviointi.

Koulutussuunnitelman avulla voidaan varmistaa hoitajien osaaminen, asioiden päivittäminen säännöllisesti ja täten kehittää laadukkaita kotihoidon palveluja myös asiakkaan näkökulmasta. Voidaan myös motivoida henkilökuntaa sekä pitää kotihoidon työ kiinnostavana ja kotihoito haluttavana työyhteisönä, jonne saadaan tulevaisuudessakin motivoituneita työntekijöitä.

Tutkimuksen tuloksena on saatu selville hoitajien nykyosaaminen ja työryhmän pohtimana tulevaisuuden koulutustarpeet. Näiden tulosten avulla kootaan vuosisuunnitelma, joka toimii koulutussuunnitelmana ja on työni lopullinen tuotos.

Avainsanat: kotihoito, hoiva, gerontologinen osaaminen, oppiminen, toimintatutkimus

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Master of Health and Social Services

Specialisation: Master of Social Services

Author/s: Maarit Laitala

Title of thesis: Strengthening Gerontologic Competence in a Learning Organization

Supervisor(s): Tarja Tapio

Year: 2020

Number of pages: 76

Number of appendices: 5

The aim of this thesis is to evaluate the current knowledge of workers in homecare, recognize the needs of updating and education, and create a plan to reach the desired level of competence.

The client groups studied are Seinäjoki homecare workers: practical nurses, home care workers and assistants. Registered and public health nurses, physiotherapists, specialists in elderly care and bachelors of social work have been left out of this study.

This research is an action research. In the first stage, I have examined the workers' perception of their own knowledge. In the second stage, I have set up a group that meets two times and creates an educational plan for homecare workers, based on the results of the first stage questionnaire and their own evaluation. In the third stage, I execute a questionnaire on the plan's suitability.

Through educational planning, we can maintain a high level of competence in homecare, update knowledge on a regular basis and thus develop good quality services also from customers' point of view. Education motivates workers, maintains interest in the work itself, and helps to create a desirable working place to attract future workers.

As a result of this thesis, I have set the standard competence of homecare workers and established future educational needs. With the help of these, a yearly plan will be assembled, which will act as an educational plan and is the result of this thesis.

Keywords: homecare, care, gerontology knowing, learning, action research

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	1
Thesis abstract.....	2
SISÄLTÖ.....	3
Kuvio- ja taulukkoluetelo.....	4
1 JOHDANTO	5
2 TYÖN YLEINEN TAUSTA	7
3 OSAAMISEN KEHITTÄMINEN KOTIHOITOTYÖSSÄ	12
3.1 Ikääntyvä kotihoidon asiakkaana	12
3.1.1 Kotihoito ja kodin merkitys.....	14
3.1.2 Hoiva ja vanhuus.....	18
3.2 Ammatillinen kompetenssi	20
3.2.1 Gerontologinen ydinosaaminen.....	21
3.2.2 Työmotivaatio ja hiljainen tieto	25
3.3 Osaamisen johtaminen ja kehittäminen	28
4 TUTKIMUSASETELMA JA PROSESSIN KUVAUS	36
4.1 Metodologia, tutkimusasetelma ja tarkennetut kehittämistehtävät	36
4.2 Tutkimuksen osallistujat	40
4.3 Tutkimuksen toteutus.....	41
4.4 Tutkimuksen aineistot	43
4.4.1 Alkukartoituksen tulokset	43
4.4.2 Työryhmien ja kuntoutusvastaavien tapaamisen yhteenvedot	51
4.4.3 Koulutussuunnitelman arviointi.....	55
5 JOHTOPÄÄTÖKSET	57
6 POHDINTA JA EETTINEN ARVIOINTI	65
LÄHTEET	69
LIITTEET	76

Kuvio- ja taulukkoluetelo

Taulukko 1. Seinäjoen väestöennuste yli 75-vuotiaiden osuudesta vuosina 2015-2040 (Väestötietorekisteri).....	9
Taulukko 2. Prosessikaavio.....	39
Taulukko 3. Alle 3,8 arvosanan saaneet kysymykset.....	63-64
Kuvio 1. Organisaation osaamisen kokonaisuus.....	35
Kuvio 2. Kyselyyn vastanneiden työkokemusaika alalta.....	44
Kuvio 3. Arviointi lääkehoidon toteuttamisesta.....	45
Kuvio 4. Arviointi elintoimintojen tarkkailusta.....	45
Kuvio 5. Arviointi haavanhoidosta.....	46
Kuvio 6. Arviointi näytteiden ottamisesta ohjeiden mukaan.....	46
Kuvio 7. Arviointi toimintakykymittarien käyttämisestä/tulosten tulkitsemisesta....	47
Kuvio 8. Arviointi ravitsemustilan seuraamisesta.....	47
Kuvio 9. Arviointi omasta ammatillisesta osaamisesta.....	48
Kuvio 10. Arviointi hoidollisten toimenpiteiden osaamisesta.....	49
Kuvio 11. Arviointi kotihoidon asiakastyöosaamisesta.....	49
Kuvio 12. Arviointi kuntoutumista edistävästä hoitotyön taidoista.....	50
Kuvio 13. Arviointi saattohoidosta ja toiminnasta kuoleman jälkeen.....	50
Kuvio 14. Arviointi kirjaamisesta.....	51
Kuvio 15. Arviointi muusta osaamisesta.....	51

1 JOHDANTO

Työskentelen kotihoidossa kehittämisvastaavana ja olen huomannut, että koulutustarpeita on paljon, mutta koulutuksia ei tällä hetkellä toteuteta suunnitelmallisesti. Huolella suunniteltu koulutussuunnitelma voisi tuoda tähän apua. Osaamisen tasoa ikäihmisten palveluissa on tutkittu jonkin verran, mutta usein on kuitenkin keskitytty tutkimaan tiettyä aihetta, esimerkiksi lääkehoidon osaamista. Tässä työssä aionkin tutkia laajemmin eritasoista osaamisen tasoa kotihoidon päivittäisessä työssä sekä ottaa mukaan sosiaalisen ja gerontologisen osaamisen, jota on tutkittu huomattavasti vähemmän.

Opinnäytetyöni kuuluu toimintatutkimukseen, jossa hyödynnän kvantitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmää alkukartoituksessa. Tavoitteena on kotihoidon hoitajien osaamisen vahvistaminen. Tutkimuksen tarkoituksena on vahvistaa hoitajien osaamista kotihoidossa koulutussuunnitelmaa apuna käyttäen. Toimintatutkimukselle ominaiseen tyyliin tutkimukseni koostuu useammasta vaiheesta. Ensimmäisessä vaiheessa alkukartoituksena selvitän kyselyn avulla kotihoidon hoitajien itsensä arvioimaa osaamista. Toisessa vaiheessa työryhmä koostaa alkukartoituksen tulosten ja työryhmässä esille nousseiden kehittämistarpeiden perusteella koulutussuunnitelman. Lopuksi kolmannessa vaiheessa kerätään koulutussuunnitelmasta arviointi.

Käytän tutkimuksessa kotihoidon hoitajat nimitystä lähihoitajista, kodinhoitajista ja kotiavustajista. Rajaan terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat ulkopuolelle, koska heidän koulutustarpeet eroavat paljon muun henkilöstön tarpeista ja heidän osaamistaan on tutkittu useassa työssä aiemmin. Työryhmään haluan kuitenkin myös sairaanhoitajien edustajia mukaan, koska uskon heiltä tulevan tärkeää tietoa koulutussuunnitelmaan. Arvioinnissa aion saada esille lähihoitajien, sairaanhoitajien lisäksi myös alue-esimiehen ja kotihoidon johtajan mielipiteen koulutussuunnitelman soveltavuudesta ja kattavuudesta.

Koulutussuunnitelman avulla voidaan varmistaa hoitajien osaaminen, asioiden päivittäminen säännöllisesti ja täten kehittää laadukkaita kotihoidon palveluja. Voidaan myös saavuttaa kilpailuetua suhteessa muihin palveluntuottajiin sekä motiivoida henkilökuntaa ja helpottaa sairaanhoitajien työmäärää sekä pitää kotihoidon

työ kiinnostavana ja kotihoito haluttavana työyhteisönä, jonne saadaan tulevaisuudessaakin motivoituneita työntekijöitä.

Etelä-Pohjanmaan ikäihmisten yhteen sovitettun palvelukokonaisuussuunnitelman (31,33) mukaan kotiin tuotavia palveluita on kehitetty ja kehitetään edelleen vastaamaan yhä kasvavan asiakasryhmän tarpeita. Kotihoidon tavoitteena on mahdollistaa turvallinen kotona asuminen entistä pidemmälle tukemalla toimintakykyä ennaltaehkäisevillä ja kuntouttavilla palveluilla. Tavoitteena on, että kotihoito vastaisi yhä sujuvammin asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin ja sairaalasta kotiutumiseen. Palvelukokonaisuussuunnitelman (34) jatkotoimenpide-ehdotuksissa mainitaan, että kehitetään edelleen maakunnassa yhtenäisesti henkilöstön osaamista, tämän tukemista ja varmistamista. Eli tämänkin johdosta tutkimukseni aihe on jatkumoa tälle suunnitelmalle.

Aikaisempien tutkimusten mukaan osaamisvajetta on todettu hoitotoimenpiteiden hallinnassa, kuntoutustarpeen arvioinnissa ja geriatrinen oireyhtymien tunnistamisessa. Myös teknologian hyödyntämisessä ja suunterveyden ongelmien tunnistamisessa on esitetty olevan puutteita. Myös toiminnassa äkillisen kuolemantapauksen kohdatessa sekä saattohoidon osaamisessa on ollut haasteita. Kehittämistoiveita on esitetty päihde- ja mielenterveystyöhön, lääkehoidon ja tiettyjen haastavien hoitotoimenpiteiden kanssa, kuten katetrointi ja ensiapu. Lisäksi osaamisvajetta on ilmoitettu olevan muistisairauksien ja mielenterveysongelmien osalta sekä kivun hoitamisessa. On todettu, että Suomessa hoitohenkilökunta tunnistaa huonosti aliravitsemuksen, eikä ravitsemushoidon mahdollisuuksia osata hyödyntää riittävästi. On oletuksena, että näitä kyseisiä osaamisvajeita tulee esiintymään tässäkin tutkimuksessa.

2 TYÖN YLEINEN TAUSTA

Asiakkaat ikääntyvät ja asiakasmäärät kasvavat nopeasti kotihoidossa. Henkilökunnan määrä ei kuitenkaan nouse samassa suhteessa, eli osaamisen on tehostuttava ja osaamisen tarve kasvaa koko ajan. Asiakkaiden vaativuus hoidon suhteen tulee lisääntymään. Sairaanhoitajat eivät pärjää enää yksin, vaan tarvitsevat lähihoitajien vankkaa osaamista tuekseen. Yksityiset valtaavat alaa, joten kunnallisen kotihoidon tulee pysyä myös kilpailukykyisenä, eli laatuun kiinnitetään huomiota etenevässä määrin. Kotihoidon hoitajien koulutustarpeiden tarkastelu on perusteltua ajankohtaisuuden vuoksi. Kotihoito on tapetilla mediassa tämän tästä ja saa osakseen paljon kritiikkiä. Lähes aina kritisoidaan vähäistä aikaa asiakkaalle ja kiireen tuntua. Myös pienessä ajassa taitava hoitaja kykenee kuitenkin olemaan läsnä, tehden samalla hoitotoimenpiteitä. Ikäihmisten parissa tehtävässä työssä korostuu sosiaalinen vuorovaikutus ja gerontologinen osaaminen. Myös näitä hoitajien sosiaalisia taitoja hoitotoimenpiteiden rinnalla aion selvittää tutkimuksessani.

Lähes kaikki hoitotyöntekijät kohtaavat työssään ikääntyneitä ihmisiä. Niinpä hoitotyöntekijöiden osaamisella on valtava merkitys hoidon laatuun ja siihen, miten asiakkaat hoidon kokevat. Osaamisen kehittämiseen tuleekin panostaa, etenkin gerontologisen hoitotyön asiantuntijuutta tulisi lisätä. (Voutilainen ym. 2009, 12.) Kotihoito näyttäytyy ikäihmisten palvelurakenteessa kaikkein mittavimpana ja keskeisimpänä palvelumuotona, joten on tärkeää turvata tulevaisuudessakin kotihoidon hyvä laatu (Heinola 2007, 10).

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta on Suomessa tehty vuosien ajan. Uudistusta tarvitaan, koska suomalainen väestö ikääntyy, hoidon tarve kasvaa ja työikäisten määrä vähenee. Verotulojen vähennyksestä johtuen myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tulee tehostua ja rakenteiden uudistua. Kansalaisille halutaan taata mahdollisimman tasavertaiset ja hyvät hoitomahdollisuudet asuinpaikasta riippumatta. (Etelä-Pohjanmaan ikäihmisten yhteen sovitettu palvelukokonaissuunnitelma, 4.) Jokaisella suomalaisella on oikeus arvokkaaseen ja turvalliseen ikääntymiseen, johon kuuluu oikeus tarpeelliseen hoitoon, hyvään huolenpitoon ja riittäviin sosiaali- ja terveystalouteihin. Julkisen vallan velvoite edistää

kansalaisten hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta, tämä perustuu maamme perustuslakiin. (Kivelä & Vaapio 2011, 11; Kivelä 2012, 126.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa eletään jatkuvaa muutosta ja työelämän muutoksen avainsanat ovatkin kehittämistoiminta, elinikäinen oppiminen, huippuosaaminen, verkostoituminen ja innovaatiotoiminta (Sanerma 2009, 23). Organisaatiot pyrkivät lisäämään tehokkuuttaan kaikin tavoin. Tehokkuuden avulla saadaan resursseista mahdollisimman paljon irti. Tehokkuudella tuotetaan palvelua sujuvasti, nopeasti ja mahdollisimman pienin kustannuksin. Henkilökunnan osaaminen vaikuttaa paljon tehokkuuteen. (Viitala 2013, 8.)

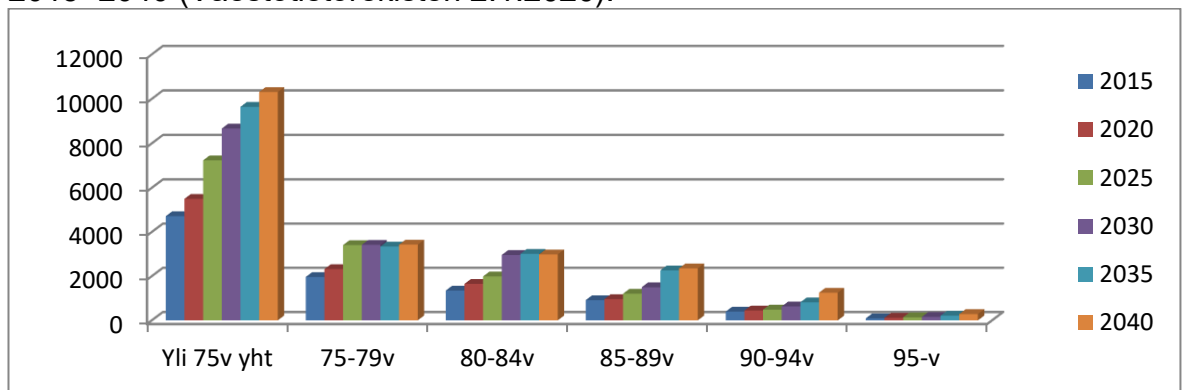
Tehokkuudessa on olemassa myös toinen puoli, jonka Salonen (2007, 139–141) nostaa esille. Työskentely painottuu nykyään fyysisiin asioihin, jotka liittyvät toimintakykyyn, kuntoisuuteen ja hoitamiseen. Kotona ollaan fyysisesti yhä huonompi-kuntoisena, eli on normaalia, että palvelut kohdistuvat lähinnä kehollisten toimintojen ylläpitoon. Kuitenkin erityisesti vanhusten psyykinen olomuotoisuus jää väistämättä fyysisen varjoon, vaikka vanhuksilla olisikin juuri henkisen tuen tarve. Kotona voidaan kamppailla turvattomuutta, yksinäisyyttä, pelkotiloja, ahdistuneisuutta, masennusta tai päihdeongelmaa vastaan, jolloin juuri keskustelut, läsnä oloinen ja välittäminen olisivat tärkeintä apua.

Myös Palomäki ja Toikko (2007, 273) nostavat esille huomion, että teknisyys, tehokkuus ja mitattavuus ovat siirtyneet myös vanhusten parissa tehtävään työhön. Kuitenkin mittaamisen nähdään kohdistuvan lähes aina tekemiseen, kohtaamista ei juurikaan mitata. Tämä tekemisen ja kohtaamisen epäsuhta näyttäytyy eettisenä ongelmana, vaikka tietien tahtoen ei vanhustyöyhteisöissä haluta toimia epäeettisesti. Palomäki ja Toikko (2007, 280) muistuttavat, että läkäs ihminen kyllä huomaan ja tuntee arvostamisen kohtaamisessa. Terveystieteillä, jos missä tarvitaan osaavaa henkilökuntaa. Tekniikan ja koneiden avulla ei koskaan voida korvata osaavaa henkilökuntaa. Koneet eivät itsessään keksi mitään, tarvitaan aina myös työntekijän oppimiskykyä ja luovuutta. (Ojala 2008, 15–16; Surakka 2009, 10.)

Etelä-Pohjanmaalla väestö ikääntyy keskimäärin muuta maata nopeammin ja alueelliset erot ovat huomattavia. Väestöennusteen mukaan yli 75-vuotiaiden määrä

vaihtelee kunnittain 12,3:n ja 24,5 %:n välillä vuonna 2030. Viimeaikaisten ennusteiden mukaan syntyvyys laskisi Suomessa ennusteita enemmän, mikä taas nostaisi ikäihmisten suhteellista osuutta ennusteitakin suuremmaksi. Muistisairaiden osuus väestöstä on maan korkeimpia juuri Etelä-Pohjanmaalla. Noin 45 % muistisairaista hoidetaan kotihoidossa ja noin 55 % tehostetun palveluasumisen puolella. Etelä-Pohjanmaalla yli 75-vuotiaat käyttävät ikäihmisille suunnattuja palveluja enemmän kuin muualla keskimäärin. (Etelä-Pohjanmaan ikäihmisten yhteen sovitettu palvelukokonaisuussuunnitelma, 8–10, 16.) On ennustettu, että myös asiakkaat tulevat tulevaisuudessa olemaan entistä tietoisempia ja vaativampia, koska korkea koulutus, hyvä taloustilanne ja tekniikan nopea kehitys kasvattavat tarpeita ja samalla odotuksia palvelulle (Salonen 2002, 127; Cooper & Urquhart 2005, 108; Voutilainen ym. 2009, 13; Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 25, 194; Kelo ym. 2015).

Taulukko 1. Seinäjoen väestöennuste yli 75-vuotiaiden osuudesta vuosina 2015–2040 (Väestötietorekisteri 2.1.2020).



	Yli 75v yht	75-79v	80-84v	85-89v	90-94v	95v-
2015	4718	1962	1349	916	398	93
2020	5498	2320	1651	964	445	118
2025	7237	3409	1992	1209	487	140
2030	8666	3417	2960	1498	632	159
2035	9641	3342	3011	2262	815	211
2040	10306	3429	2986	2353	1252	286

Myös Seinäjoella iäkkäiden osuus lisääntyy vuosi vuodelta (Taulukko 1.). Tulevaisuudessa väestössä tulee olemaan yhä enemmän yli 90-vuotiaita ja tämä väistä-

mättä tulee vaikuttamaan myös kotihoidon tarpeeseen, määrään ja osaamisvaatimuksiin.

Kansallinen laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi vuosille 2017–2019 julkaistiin kesäkuussa 2017. Laatusuosituksen keskeisimpiä sisältöjä ovat mm. mahdollisimman toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen, riittävä henkilöstö ja osaaminen, ikäystävällinen palvelujen rakenne sekä teknologian hyödyntäminen. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (2012) mukaan kunnan on toteutettava iäkkään henkilön arvokasta elämää tukeva pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti kotiin annettavilla ja muilla sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluilla. Palvelut tulee toteuttaa niin, että ne tukevat iäkkään henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista sekä osallisuutta. Ennaltaehkäisevästi on kiinnitettävä huomiota erityisesti kuntoutumista edistäviin palveluihin. Iäkkäälle henkilölle tarjottavien palvelujen on oltava laadukkaita ja niiden on turvattava iäkkäälle hyvä hoito ja huolenpito.

On ennustettu, että vuoteen 2030 mennessä työikäisten määrä tulee vähenemään noin 5 % nykyisestä. Tällä hetkelläkin työvoimapulaa on havaittavissa hoitoalalla. Jatkossa onkin keskityttävä nykyistä enemmän työnantajakuvan vahvistamiseen ja ennakoivasti henkilöstöhankinnan kehittämiseen. (Viitala 2013, 10.) Jos organisaatio haluaa kilpailla parhaasta työvoimasta, niin sen on luotava toiminnalleen sellainen maine, että se houkuttelee hyviä työntekijöitä. Hyvä maine ja sopivasti haasteita tarjoava organisaatio kykenee houkuttelemaan parhaat työntekijät palvelukseensa. (Juuti & Vuorela 2002, 42.) Työmarkkinoilla on tapahtumassa sukupolven vaihdos, jossa asenteet ja arvomaailma työhön eroavat merkittävästi aikaisemman sukupolven ajatuksista. Uusi sukupolvi odottaa työn antavan palkan lisäksi merkityksellistä sisältöä elämään ja työn oletetaan tarjoavan myös riittävästi kehittymismahdollisuuksia. (Tuomi & Sumkin 2012, 9.)

Kukoistava kotihoito-hankkeessa kartoitettiin vuonna 2017 Keski-Suomen maakunnan 22 kunnan kotihoidon henkilöstön osaamista. Osaamisessa ei niinkään vertailtu ammattiryhmien välistä osaamista, vaan osaamista pyrittiin määrittelemään asiakasnäkökulmasta. Asiakkaan arjessa päivittäin näyttäytyvää ydinosamista ovat asiakkuusosaaminen, arjen toiminnoissa tukemisaosaaminen, sairaan-

hoidollinen ja työyhteisöosaaminen. Kaikki vastaajat arvioivat korkealle asiakaslähtöisyys- ja eettisyysosaamisen sekä akuuttien tilanteiden hallinnan. Matalimman arvosanan sai pitkäaikaissairauksien hoitotyö ja geriatristen oireyhtymien osaamisalue. Lähihoitajien arvioimana osaamisvajetta oli hoitotoimenpiteiden hallinnassa sekä kuntoutustarpeen arvioinnissa. Tulosten mukaan turvattomuuden tunteen, ravitsemuksen ja yksinäisyyden tunteen tunnistaminen koettiin vahvaksi osaamisen alueeksi. Yli 60 % arvioi osaamisensa vahvaksi asiakkaan motivoimisessa omatoimisuuteen, myös apuvälineosaaminen arvioitiin vahvaksi sekä henkilökohtaisen hygienian ja kodinhoitoon liittyvät asiat. (Tiikkainen & Juntunen 2018, 9–69.)

Yli puolet arvioivat vahvaksi osaamisensa muistisairaahan asiakkaan kohtaamisessa ja yhteistyössä heidän omaisten kanssa. Yli kolmannes koki tarvitsevansa apua teknologian hyödyntämisessä, myös suunterveyden ongelmien tunnistamisessa oli puutteita. Lähes kolmannes myönsi tarvitsevansa apua toiminnassaan äkillisen kuolemantapauksen kohdatessa sekä saattohoidon osaamisessa oli suurta vaihtelua. Kehittämistoiveita esitettiin päihde- ja mielenterveystyöhön, lääkehoidon ja tiettyjen haastavien hoitotoimenpiteiden kanssa, kuten katetrointi ja ensiapu. (Tiikkainen & Juntunen 2018, 9–69.)

Hassin (2009, 92–124) mukaan tutkimustulokset vahvistavat, että kotihoidon osaamisvaatimukset ovat muuttuneet ja muuttuvat entisestään vaativammiksi. Kotihoidon asiakkaat tulevat olemaan yhä monisairaampia, jolloin geriatrisen hoitotyön osaamisen haaste on entistä keskeisempää. Erityisesti kotihoidon työntekijän nähtiin tarvitsevan hoitavan läsnäolon hallitsemista. Iäkkään yksilöllisyyden, elämän ymmärtämisen, kuuntelemisen, läsnäolon ja välittämisen osoittamisen nähtiin keskeisiksi taidoiksi kohtaamisessa. Tutkimuksen mukaan vajetta ammattitaidossa nähtiin päätöksenteko-osaamisessa, hoitotyön prosessien hallinnassa, hoitotaidon osaamisessa, lääkehoidossa, kuntouttavassa hoitotyössä, gerontologisessa tiedossa ja vanhustyössä tarvittavassa erikoisosaamisessa. Erikoisosaamiseen katsottiin kuuluvan psykogeriatría, mielenterveystyö, päihdetyö, kuntoutumisen tukeminen, jalkojen hoito, ravitsemushoito, diabeteksen hoito ja sosiaaliohjaus.

3 OSAAMISEN KEHITTÄMINEN KOTIHOITOTYÖSSÄ

3.1 Ikääntyvä kotihoidon asiakkaana

Ikäihmiset eivät ole yhtenäinen ryhmä, vaan heissä korostuu erilaisuus ja tämän myötä muuttuvat tarpeet. Ikääntyvän ryhmästä puhutaan yli 65-vuotiaista aina yli sadan vuoden ikäisiin. Tästä ryhmästä vain joka neljäs on säännöllisten palvelujen piirissä, eli varsin terveitä ja hyväkuntoisia on paljon. Tämä myös osoittaa sen, että palvelujen piirissä asiakkaat ovat hyvin eriasteisesti. Palvelujen tarvetta aiheuttavat erityisesti dementoivat sairaudet ja mielenterveyden ongelmat kuten masennus. (Hyttinen 2009, 42.)

Kotona yksinäisyyttä potee moni ja tämä koetaan suurena haasteena. Kotihoidon tärkeä tehtävä onkin tuoda ikäihmiselle tunne, että hän ei ole yksin. Häntä tulee tukea piristävän elämänpiirin luomisessa, taistella eristäytyneisyyttä vastaan ja luoda mahdollisuuksia sosiaaliseen elämään. (Kurki 2007, 95–97.) Sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnissa yksinäisyyden selvittäminen on tärkeää, koska se voi olla seuraus heikosta sosiaalisesta toimintakyvystä, mutta samalla myös johtaa sen heikkenemiseen. Yksinäisyyden taustalla saattaa olla persoonallisuuden piirteitä, erilaisia tilannetekijöitä tai näitä molempia. Yksinäisyyttä voi tuntea lähes koko elämän ajan tai sitten ohimennen liittyen erilaisiin tilanteisiin. (Tiikkainen 2013, 288.)

Yksinäisyyden kokeminen on eri asia, kun sosiaalinen eristäytyminen, vaikka nämä usein samaan aikaan ilmenevätkin. Yksinäisyyttä voi kokea, vaikka olisikin muita ihmisiä ympärillä ja taas kaikki yksin asuvat eivät tunne itseään yksinäiseksi. Kotihoidon henkilökunta tuntee asiakkaat usein hyvin ja voivat olla tietoisia yksinäisyyden kokemuksista. Henkilökunnalla kuitenkin harvoin on aikaa toimia yksinäisyyden lievittämiseksi muulla tavoin kuin keskustelemalla asiakkaan kanssa kotikäynnin yhteydessä. Ajan puutteen vuoksi henkilökunta voi viestiä yksinäisistä asiakkaista vapaaehtoistyölle ja tätä kautta saada hankituksi asiakkaalle esimerkiksi ystäväpalvelua. (Tenkanen 2007, 186–187.) Yksinäisyys luo suuren haasteen vanhustyöhön, koska siihen liittyy lisääntynyt palveluiden käyttö, sairaalakierre ja riski joutua laitoshiitoon kasvaa (Suni 2010, 108).

Ikääntymisen aiheuttamista muutoksista suurta osaa voidaan luonnehtia normaaleiksi. Fyysinen toimintakyky heikkenee lievästi, psyykkinen haavoittuvuus lisääntyy, ulkoisten vaikutteiden omaksuminen vaikeutuu, yksilölliset luonteenpiirteet korostuvat sekä lähimuisti ja mieleen painamiskyky heikkenevät. Aistitoimintojen heikkeneminen on yleistä ja tämä myös vaikuttaa iäkkään henkilön selviytymiseen ja suoriutumiseen. Sairaudet aiheuttavat patologisia muutoksia yksilöllisesti. Laadukkaan ja vaikuttavan hoitotyön toteuttamiseksi on tunnettava sekä ikääntymisen normaalit muutokset että iän myötä yhä etenevässä määrin ilmaantuvien sairauksien aiheuttamat muutokset. (Hyttinen 2009, 42–43.)

Kari Salonen on väitöskirjassaan vuonna 2007 tutkinut 36 haastateltavan avopalvelutyöntekijän avulla sosiaalista vanhenemista, miten työntekijät kuvaavat sosiaalista olomuotoisuutta osana omissa kodeissaan asuvien vanhusten elämää. Tutkimustulosten mukaan sosiaalista ”minää” vanhuudessa kuvaavat persoonallisuuden piirteet, sosiaaliset tarpeet, elämänhallinta, elämän kuluessa merkityksellistyneet asiat ja hengellinen elämä. Sosiaalista olomuotoisuutta kuvaava toiminta jakautuu toiminnan sisältöön, jokapäiväisyyteen eli rytmiin, sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen ja toiminnan sukupuolispesifisiin tunnuspiirteisiin. Vanhuksen asuin- ja elinympäristöt muodostuvat niiden rakenteellisista tunnuspiirteistä, kiinnittymisestä lähiympäristöön, kodista, palveluista, omaisista, maaseutu- ja kaupunkiympäristöjen erityisyydestä sekä murtumista ympäristösuhteissa. (Salonen 2007, 69–141.)

Työntekijät ovat huomioineet, että vanhusten sosiaalinen olomuotoisuus on rakentunut yksilöllisesti elämäkulun myötä ja tätä on muokannut heidän elämään liittyvät tapahtumat. Mikäli fyysisissä, psyykkisissä, kulttuurisissa tai hengellisissä asioissa tapahtuu muutoksia, tämä aiheuttaa muutoksia myös sosiaaliseen olomuotoisuuteen. Työntekijöiden mukaan näyttää siltä, että sosiaalista olomuotoisuutta ei kyetä nykyisin vanhustyössä tukemaan parhaalla mahdollisella tavalla, koska tämä vaatisi ajan lisäksi tietoa ja taitoa. Salosen tutkimus siis tukee käsitystä, että vanhustyöntekijät tarvitsevat monipuolista tietoa, varsinkin vanhuudesta oman työnsä perustaksi. (Salonen 2007, 69–141.)

3.1.1 Kotihoito ja kodin merkitys

Kotipalvelulla tarkoitetaan sosiaalihuoltolain 20 § mukaan asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan, huolenpitoon ja muuhun elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Kotihoidon toiminnassa on kotisairaanhoidon ja kotipalvelun toiminnot yhdistetty yhteiseksi palvelukokonaisuudeksi. Kotihoidon palvelukokonaisuuteen kuuluu kotipalvelu, tukipalvelut sekä sairaanhoitopalvelut. Näiden avulla autetaan kotona asuvia, avun tarvitsijoita, joiden toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi heikentynyt. (Ikonen 2015, 15–16.) Kotihoidon palveluja voi saada sairauden, vammaisuuden tai heikentyneen toimintakykyyn vuoksi. Julkinen kotihoito kohdistetaan pääasiassa paljon hoitoa tarvitseville ikäihmisille. Kotihoidon tavoitteena on auttaa asiakasta selviytymään omassa kodissaan mahdollisimman pitkään erilaisten apujen avulla. (Ikonen & Julkunen 2008, 16.)

Seinäjoella kotihoito on yhdistetty kotisairaanhoidon kanssa vuona 2016. Kotihoidossa työskentelee kodinhoitajia, lähihoitajia, geronomeja, sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia. Lisäksi avustavassa työssä toimii kotiavustajia. Tukipalveluista yleisimmät ovat kauppapalvelu, ateriapalvelu, saunapalvelu ja uusimpana on otettu käyttöön etäyhteydet asiakkaalle tabletin välityksellä. Nämä toiminnot hoidetaan myös kotihoidon henkilöstön kautta. Kotihoito alkaa aina huolellisesti tehdyllä palvelutarpeen arvioinnilla, jonka Seinäjoella toteuttaa asiakasohjausyksikkö. Niinpä en tässä tutkimuksessa lähde avaamaan tätä enempää, enkä nosta tätä esille alkukartoituksen kysymyksissä.

Asetetun tavoitteen mukaan yli 75-vuotiaasta väestöstä 94 % asuisi kotonaan ja 6 % olisi ympärivuorokautisessa hoidossa vuoteen 2025 mennessä. Tämä edellyttää kotihoidolta merkittäviä panostuksia. Erityisesti tämä vaatii kotihoidon sisällön kehittämistä ja uusien toimintamallien käyttöönottoa. (Etelä-Pohjanmaan ikäihmisten yhteen sovitettu palvelukokonaisuussuunnitelma, 5.) Etelä-Pohjanmaan I&O-kärkihankkeen toimintasuunnitelma on jaettu kolmeen osaan: 1. Hyvinvoinnin- ja terveydenedistäminen, 2. Ikäihmisten kotihoidon vahvistaminen ja kehittäminen, 3. Kaikenikäisten omaishoidon vahvistaminen. Tavoitteena on kotihoidon lisääminen ja kehittäminen. Hyvin toimivan kotihoidon avulla ikääntynyt saa mahdollisuuden elää mahdollisimman normaalia ja omannäköistä elämää omassa kodissaan. (Ete-

lä-Pohjanmaan ikäihmisten yhteen sovitettu palvelukokonaisuussuunnitelma, 20, 22.)

Hoitotyö kotihoidossa on yhteistoiminnallista asiakkaan ja hoitajan välistä yhteistyötä. Asiakas osallistuu mahdollisuuksien mukaan omaan hoitoonsa, tavoitteiden määrittelyyn, päätöksentekoon ja arviointiin. Kaikki perustuu luottamukseen, jolloin yhteistoiminnallisuudella voidaan motivoida asiakas aktiiviseen rooliin omassa hoidossaan. Hoitotyö on lisäksi asiakaslähtöistä, jolloin asiakas on hoitotyön keskipisteessä ja tarvittavat palvelut järjestetään hänen tarpeista käsin. Asiakaslähtöisesti toimittaessa hoitaja tukee asiakasta kohti tämän voimavarojen mahdollistamaa itsenäisyyttä ja riippumattomuutta. (Hyttinen 2009, 46–47.)

Voimavaralähtöisessä hoitotyössä korostetaan mahdollisuuksia, itsensä toteuttamista ja keskitytään ongelmien sijasta ratkaisuihin. Voimavaralähtöisessä hoitotyössä asiakas on aktiivinen toimija, tekee valintoja ja päättää itsenäisesti tai tuetuna omista asioistaan ja hoidostaan. (Hyttinen 2009, 46–47.) Hoitaminen, huolehtiminen ja läsnä oleminen on gerontologisen hoitotyön inhimillinen ydin. Ihmissuhteiden sujuvuus ja niiden tuoma yhteisyyden tunne rakentavat psyykkistä hyvinvointia ja lisäävät elämänlaatua. Hoitaminen ja hoivaaminen edellyttävät työntekijältä turvallista, toimivaa, terapeuttisesti suuntautunutta asennetta sekä eritoten iäkkään ihmisen kunnioittamista. (Tiikkainen & Heikkinen 2013, 462.)

Kotihoidossa korostuu yksilöiden ja työntekijän välinen vuorovaikutus. Kotihoitotyö toteutetaan asiakaslähtöisesti ja tiimityön mallin mukaisesti. Tavoitteena on tarjota asiakkaalle mahdollisimman yksilöllistä ja laadukasta palvelua. (Sanerma 2009, 43, 45.) Kotona ikääntynyt ja kotihoidon työntekijä yhdessä jakavat tekemisen kohteita sen mukaan, paljonko asiakkaalla on voimavaroja suorittaa päivittäiset askareet. Tämä vaatii vahvaa asiakaslähtöisyyttä jokaiselta kotihoidon työntekijältä. Asiakaslähtöisen kohtaamisen tulisi onnistua niin hyvin, että kotona hoitaminen ehkäisisi ikääntyvän syrjäytymistä hänen toimintakykyisyyttään tukemalla. Työntekijän on tunnistettava asiakkaan voimavarat ja heidän tulee oivaltaa ikääntyvän toimintakyvyn vahvistamisen merkitys kotona selviytymisessä. Tehokkuus, teknologia ja kiire eivät saisi hämärtää kohtaamisen merkitystä. Työntekijät joutuvatkin tasapainoilemaan tekemisen ja kohtaamisen välillä. Vaaditaan aikaa, mutta ennen

kaikkea halua paneutua iäkkään asiakkaan kokonaistilanteeseen. (Nummijoki 2009, 95–101.)

Kotihoidon toiminnassa korostetaan nykyään moniammatillista yhteistyötä, jotta voidaan kyetä saavuttamaan mahdollisimman tarkoituksenmukainen, tehokas ja taloudellinen tulos asiakkaiden hoitotyössä. Tiimityössä on erityisen tärkeää, että jokainen tiimin jäsen tekee kunnolla oman osuutensa kokonaisuudesta. (Larmi, Tokola & Välkkiö 2005, 137; Tepponen 2007, 67.) Käytännössä henkilöstön tehtävät määräytyvät ammattitaidon ja osaamisen mukaan. Ammattiryhmien tehtäväalueet menevät osittain myös päällekkäin. Näitä työnjakoja tulisikin organisaatiossa tarkastella, kun on tarpeen hyödyntää paremmin henkilöstön osaamista. Ammatillista osaamista laajennetaan ja syvennetään käytännön työkokemuksen avulla. Kaikissa ammattiryhmissä tarvitaan jatkuvaa kouluttautumista, jotta voidaan täyttää uusiutuvia osaamisvaatimuksia. (Surakka 2009, 41–42.)

Yhdistetyssä kotihoidossa lähihoitajat ja sairaanhoitajat tekevät asiakastyötä yhdessä, samassa tilassa, yhteisin työvälinein ja yhdessä sovituin toimintaperiaatteiden mukaisesti. Tiimissä työskennellessä kummankin ammattialan edustajat tuovat päivittäin oman osaamisensa asiakkaiden ja toistensa avuksi. Asiakastyössä tarvitaan molempien ammattialojen osaamista. Yhdistetyssä kotihoidossa toimitaan koulutuksen, kokemuksen ja ammattitaidon sallimassa laajuudessa myös toisen ammattiryhmän työtehtävissä. Näin vältetään päällekkäinen työ, jossa sairaanhoitaja kävisi pistämässä insuliinin ja lähihoitaja tulisi tämän perään suorittamaan hoitotoimet. (Larmi ym. 2005, 12–13.) Yhdistyneen kotihoidon moninaisen asiakaskunnan hoito edellyttää monenlaista osaamista. Jatkuva opettaminen, ohjaaminen, neuvonantajana toimiminen sekä täydennyskoulutustarpeisiin vastaaminen ovat keinoja ylläpitää kulloinkin tarvittavaa ammattiosaamista. (Larmi ym. 2005, 107.)

Kari Salosen (2007, 103–109) väitöskirjassaan haastatteleminen työntekijöiden mukaan koti ymmärretään osana vanhuksen elämänkulkua ja nykyistä elämää, eli jokaisen vanhuksen yksilöllistä elämää. Kodin kokemus sisältää omakohtaisen tunteen itsenäisyydestä, riippumattomuudesta ja turvallisuudesta. Kodit ovat osa vanhusten persoonallisuutta, ajatusmaailmaa ja edustavat vanhuksia sekä ihmisenä, että yksilönä. Omassa kodissaan asiakas saa olla niin kuin tahtoo ja tehdä it-

seään koskevat päätökset, jolloin mahdollistuu itsemäärääminen, oma vapaus ja vallan säilyminen. Sosiaalisen olomuotoisuuden näkökulmasta merkityksellisyyteen liittyy myös emotionaalinen kiintymys kotiin, onhan koti mahdollisesti omalla työllä saavutettu. Oman kodin saa sisustaa käytännölliseksi ja toimivaksi, joka taas lisää elämänhallinnan tunnetta ja pitää yllä parempaa toimintakykyä. Kodit toimivat lisäksi turvapaikkana, joka mahdollistaa rauhan ja intimitetin säilymisen. Työntekijöiden näkemysten mukaan vanhusten kotien tulee olla riittävästi varusteltuja, turvallisia ja teknisiltä ratkaisuiltaan hyvätasoisia. Tämä auttaa selviytymään kotona pidempään.

Koti edustaa monelle myös jatkuvuutta ja tukee kokemusta, että arki pysyy mahdollisimman samanlaisena ikääntymisen yhteydessä tapahtuvista muutoksista huolimatta. Tämä osaltaan tukee toimijuutta, kokemusta kyvykkyydestä tehdä asioita ja toimia. Koti myös tukee identiteetin pysyvyyttä ja jatkuvuutta. (Maijanen, Piikki & Tapio 2018, 356.)

Seinäjoella asiakkaista suuri osa asuu kaupunkialueella ja kuntakeskuksissa, mutta monet asiakkaista asuvat myös syrjäkyllillä. Sosiaalisten suhteiden syntymiselle ja ylläpitämiselle kaupunkiympäristö antaa hyvät mahdollisuudet. Kuitenkaan kaupunkiin ei ole liitetty samanlaista yhteisöllisyyttä, jota maaseudulla edelleen on (Seppänen 2006, 59–60.) Maaseudulla asiakkaat asuvat lähestulkoon aina omakotitalossa. Kari Salosen (2007, 96, 98, 115) tutkimuksessa nousee esille, että asiakkaiden koetaan olevan toiminnallisesti aktiivisempia omakotitaloissa asuessaan, heillä on enemmän päivittäisiä askareita hoidettavanaan verrattaessa kerrostaloissa asuviin. Erilaisia pelkoja ja arkuutta tutkimuksen mukaan kokevat enemmän kaupungeissa asuvat asiakkaat. Tutkimuksen mukaan kaupungeissa asuvia kuvataan olevan enemmän lokeroituneita omiin asuntoihin, mitä ei taas tuoda esille maaseudulla asuvien keskuudessa.

Vanhukset kokevat olonsa turvalliseksi, kun kotihoidon työntekijät käyvät heidän kotonaan säännöllisesti ja sovittuun aikaan. Henkilökunta on vanhukselle myös tärkeä yhdyside asuinympäristöön. Samalla he saavat päiviinsä juttuseuraa. (Salonen 2007, 109.) Työntekijöiden tulee kuitenkin aina huomioida, että työskennellessään toisen kodissa, eli määräysvalta on aina asiakkaalla ja työntekijöiden tulee käyttäytyä kodeissa asiakkaan toivomalla tavalla ja kunnioituksella.

Tärkeimmät lait ja säädökset, jotka ohjaavat kotihoidon toimintaa ovat sosiaali- huoltolaki, kansanterveyslaki ja terveydenhuoltolaki. Sosiaalihuoltolaki (L 710/82) määrittelee kotihoidon asumisen, henkilökohtaisen hoivan ja huolenpidon sekä muiden kuin tavanomaisten ja totunnaisten elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamiseksi ja niissä avustamiseksi. Kansanterveyslaki (L 66/72) määrittelee kunnan velvollisuudeksi järjestää kuntalaisten sairaanhoidon, myös avopalveluna. Lisäksi Kansanterveyslaki määrittelee apuvälinepalvelut. Terveydenhuoltolaki (L 30.12.2010/1326) velvoittaa kunnan järjestämään alueensa asukkaiden hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisen kotisairaanhoidon moniammatillisesti toteutettuna terveyden ja sairaanhoidon palveluna. (Ikonen & Holm 2015, 23–25.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (18.12.2012) säätää kotihoidon ensisijaiseksi palvelumuodoksi ikääntyneille. Laki sisältää määräyksen palveluiden laadun ja riittävyyden arvioimisesta. Laki myös määrää, että iäkkäälle henkilölle on laadittava palvelu- ja hoitosuunnitelma. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 812/2000) säätää mm. asiakkaan oikeuksista ja velvollisuuksista, salassapidosta, vaitiolovelvollisuudesta, salassa pidettävien tietojen luovuttamisesta ja saamisesta sekä asiakkaan kohtelusta tehtävästä muistutuksesta (Ikonen & Holm 2015, 26).

Sosiaali- ja terveysministeriön Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008, 3–4) määritellään ikääntyneiden palvelujen järjestämistä ohjaavat arvot ja eettiset periaatteet. Suosituksessa esitetään kolme strategista linjausta laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi, jotka ovat 1. hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja palvelurakenteen kehittäminen, 2. henkilöstön määrä, osaaminen ja johtaminen sekä 3. asumis- ja hoitoympäristöt. Suositus painottaa kotona asumisen tukemisen ensisijaisuutta ja henkilöstön gerontologisen osaamisen kehittämistä.

3.1.2 Hoiva ja vanhuus

Tedren (2003, 57) mukaan hoiva käsitteenä on mielletty kuuluvan sosiaalihooltoon, erityisesti sosiaalihoollon lakisääteisiin palveluihin, kuten kotihoitoon. Historian saatossa on alettu käyttää myös käsitettä sosiaalinen hoiva. Tedren mukaan palkkatyönä tehdessä hoivatyötä ei voida tehdä kellon kanssa. Enemmänkin olisi

seurattava ruumiin ja mielen tarpeita. Tämä aiheuttaa hoivatyöntekijöille pulman, miten voi ottaa huomioon asiakkaan yksilönä ja samalla antaa aikataulujen sekoitusta, mikä taas tarkoittaa, että toiset joutuvat odottamaan vuoroaan.

Sosiaalitutkimuksessa hoivan ja huolenpidon käsitteillä voidaan korostaa ihmisten auttamisessa ja avun tarpeessa olevan kyse muustakin, kun tieteellisestä perustelusta toiminnasta. Enemmänkin se on näkökulma asiakkaan elämän sujumiseen päivittäin. Hoivalla on tärkeä yhteys ihmisen jokapäiväiseen arkeen ja sen sujuvuudesta huolehtimiseen. Hoivan toimintakäytännöllä luodaan vanhuuden arki ja tuotetaan eräänlainen sosiaalinen vanheneminen ja vanhuus. Hoivassa on kyse avun ja tuen antamisesta heille, jotka eivät pärjää omillaan. Tämän johdosta läsnäolo liittyy olennaisesti hoivaan. Ihmiset asettuvat hoivasuhteeseen joko apua antavina tai tarvitsevinä ihmisinä ja he toimivat samassa fyysisessä tilassa. Hoivassa ei ole kyse sairauksien hoidosta vaan enemmänkin terveyden edistämisestä. (Tedre 2003, 60–61, 64.)

Eräs kritiikkiä osakseen saanut aihe on kotisiivous, joka on ikäihmisen arkielämän kannalta hyvin keskeinen hyvinvointipalvelu. Siivous on karsittu kotihoidon toiminnasta kokonaan pois. Asiakkaat voivat ostaa siivouksen yksityisesti. Hoivan kannalta kysymys on keskeinen, koska juuri siivous on monesti se seikka, jonka ikäihmiset itse kokevat ratkaisevaksi kotona selviytymisen kannalta. On pohdittu, onko siivous hoivaa vai palvelua. (Seppänen 2006, 28–29.) Samaa kysymystä pohtii myös Kuronen (2007, 121–124) toteamalla, että kunnat ovat siivonneet kotisiivouksen pois palveluntarjonnastaan ja keskittyvät pelkästään hoivaan. Hänen mukaansa siivoaminen on olennainen osa kodin rutiineista ja osa kodin ylläpidosta. Tämä myös rytmittää arkea ja asettaa vuodenajat kohdilleen. Hoiva on auttamista tarpeen ja kykenemättömyyden vuoksi, arjesta huolehtimista. Tähän asiaan törmätään edelleen kotihoidossa usein, kun asiakkaat toivoisivat, että kotiin tuleva työntekijä siivoaisi ym. Työntekijät kokevat huonoa omaatuntoa kertoessaan, ettei siivoaminen kuulu enää heidän työhönsä. Toisaalta, jos on pula pätevistä työntekijöistä, niin ehkä sittenkin parempi, että siivousalan ammattilaiset saavat keskittyä omaan työhönsä ja hoitajat omaansa.

3.2 Ammatillinen kompetenssi

Lähihoitajan ammattinimike on sosiaali- ja terveysalan ammateista uusimpia. Lähihoitajan ammatti on perusammatti, jonka ajatellaan vastaavan hyvin kotihoidon haasteisiin koulutuksen laaja-alaisuudella. Hoitajan työ kotihoidossa on kokonaisvaltaista hoito- ja huolenpitotyötä, mikä edellyttää laaja-alaista osaamista. (Ikonen & Julkunen 2008, 146–147.) Tulevaisuudessa lähihoitajat tulevat olemaan suurin ammattiryhmä kotihoidossa ja he tulevat jatkossa huolehtimaan enemmän lääkeshoidosta ja muusta perustason sairaanhoitotehtävistä (Larmi ym. 2005, 14–15).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L 28.6.1994/559) määrittelee, kuka on terveydenhuollon ammattihenkilö ja myös millaiset oikeudet ja velvollisuudet heitä sitoo. Velvollisuudet ovat mm. ammattieettiset velvollisuudet, potilasasiakirjojen laatiminen, salassapitovelvollisuus, täydennyskoulutusvelvollisuus ja määräysten noudattaminen. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta on julkaissut terveydenhuollon eettiset periaatteet, joita jokaisen terveydenhuollon työntekijän tulee työssään asiakkaiden kanssa noudattaa. Nämä periaatteet ovat oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito, hyvinvointia edistävä ilmapiiri, yhteistyö ja keskinäinen avunanto. Ammattitaidon jatkuva ylläpitäminen on jokaisen terveydenhuollon työntekijän oikeus ja velvollisuus. Toiminnan lisäksi täytyy tuntee tausta, lait ja velvollisuudet. (Laaksonen ym. 2012, 129–130.) Ammatillinen pätevyys tarkoittaa työntekijän kykyä hallita ammattinsa tuomat toiminnalliset kokonaisuudet. Ammatillinen osaaminen taas muodostuu ammattitaidosta, yksilön pätevydestä, työelämän laatuvaatimuksista ja kehittämisestä asiantuntijuuteen. (Surakka 2009, 81.)

Opetushallitus (L 79/011/2014) määrittelee vanhustyön osaamisalalta valmistuneen lähihoitajan osaamisen seuraavasti: työskentelee sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaavien arvojen, säädösten, määräysten ja ohjeiden mukaisesti. Lähihoitaja suunnittelee, toteuttaa ja arvioi iäkkään toimintakykyä ylläpitävää ja kuntoutumista edistävää hoitoa ja palvelua sekä sosiaalista vuorovaikutusta erilaisissa toimintaympäristöissä. Valmistunut lähihoitaja ottaa työssään huomioon asiakkaan elämänhistorian, voimavarat ja yksilöllisen elämäntilanteen. Omalla toiminnallaan lähihoitaja edistää iäkkään hyvää, mielekästä ja turvallista elämää. Lähihoitaja käyttää kuntouttavia ja toimintakykyä edistäviä työmenetelmiä ottaen huomioon työtur-

vallisuuden. Toteuttaa turvallisesti lääkehoidon ja ohjaa asiakasta lääkehoitoon liittyvissä asioissa. Lähihoitaja myös edistää omaa ja työyhteisön työhyvinvointia ja ottaa vastuun omasta työstään sekä kehittää omaa ammattitaitoaan.

Ikääntyneen asiakkaan hoitamista voidaan pitää eettisesti erityisen vaativana tehtävänä. Haasteita aiheuttavat esimerkiksi etenevän muistisairaouden ja riippuvuuden kohtaaminen, fyysisen voimien aleneminen, läheisten huoli ja kuoleman kohtaamisen lähestyminen. Eettisesti hyvälle gerontologiselle hoitotyölle on ominaista huolenpito ja turvallisuus. Lisäksi ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden, yksityisyyden ja integriteetin kunnioittaminen hoitosuhteessa kuuluu hyvään eettiseen hoitoon. Huolenpitoon liittyy ajatus, että toteutetaan hyvää ja vältetään pahaa. Huolenpito on arvo, joka näyttäytyy hoitajan luonteenpiirteissä, motiiveissa, taipumuksissa ja toiminnassa. Hoitaja, joka on sisäistänyt tämän arvon, välittää aidosti iäkkäistä asiakkaista, on valmis kuuntelemaan, on herkkänä heidän toiveilleen ja haluaa heidän parastaan. Huolenpidon ilmenemismuotoja ovat mm. voimavarojen tukeminen, turvallisuudesta huolehtiminen, vahinkojen ennaltaehkäisy ja kivun lievittäminen. Aidosti välittävä hoitaja on empaattinen, inhimillinen ja tahtoo hyvää asiakkailleen. Empaattinen hoitaja ei kohtele ikääntyviä asiakkaitaan kaltoin, koska tämä on vastoin hänen luonnettaan ja periaatteitaan. (Sarvimäki 2009, 28–31, 39.)

3.2.1 Gerontologinen ydinosaaminen

Voorhees (2001, 8) määrittelee käsitteen kompetenssi kuvaavan työntekijän yksilöllisten taitojen, kykyjen ja tiedon yhdistelmää, jonka avulla työntekijä suoriutuu tehokkaasti ja onnistuneesti työtehtävistään. Ydinosaaminen rakentaa perustan koko organisaation osaamisvaatimuksille. Ydinosaamisalueet kehittyvät organisaatiossa vähitellen ja näitä on vaikea muuttaa tai kopioida. Ydinkompetensseja organisaatiolla on vain muutama, mutta juuri tämän ydinosaamisen avulla organisaatio voi menestyä suhteessa kilpailijoihin. Käytännön myötä tämä ydinosaaminen kehittyy ja alkaa tuottaa innovaatioita. (Juuti & Vuorela 2002, 151; Viitala 2005, 82; Ojala 2008, 54-55; Hätönen 2011, 14; Tuomi & Sumkin 2012, 20; Sydänmaalakka 2012, 144.) Organisaation asemaa työmarkkinoilla voidaan parantaa nykyisten ydinosaamisten hyödyntämisen tehostamisella (Viitala 2005, 83). Orga-

nisaatioissa on ydinosaamisen lisäksi paljon perusosaamista, joka on välttämätöntä kilpailukyvyn kannalta, mutta ei kuitenkaan anna kilpailukykyä organisaatiolle. Niinpä juuri ydinosaamisen kehittämiseen kannattaa keskittyä. (Viitala 2005, 85; Sydänmaalakka 2012, 144–145; Hyppänen 2013, 108–109.)

Hoitotyön ydinosaamisen perusta ei ole sisällöltään Laurin (2006, 99) mukaan juurikaan muuttunut vuosikymmenien aikana, mutta tiedon sisältö on laajentunut ja täsmentynyt uuden tutkimustiedon mukana. Lauri luettelee hoitotyön perustehtäviksi seuraavat:

- auttaa ja tukea asiakkaita ja heidän perheitään senhetkisessä tilanteessaan. Mahdollistaa heille avun terveyteen ja sairauteen liittyvien toimintojen suorittamisessa olosuhteiden luomien edellytysten mukaan
- opettaa ja ohjata asiakkaita ja heidän perheitään siten, että he kokevat saavansa riittävästi tietoa tilanteestaan, hoidosta sekä terveyden ylläpidosta, edistämisestä, taidosta hoitaa sairauttaan ja ottamaan vastuuta omasta terveydestään
- auttaa ja tukea asiakkaita ja heidän perheitään selviytymään sairaudesta ja sen mukana tuomasta yllättävästä elämäntilanteesta siten, että he pystyvät sopeutumaan sen mukana tuleviin elämänmuutoksiin

Hoitotyön ydinosaaminen perustuu Laurin (2006, 100) mukaan tietoon ihmisen fysiologisista, psyykkisistä ja sosiaalisista perustoiminnoista ja niissä esiintyvistä ongelmista.

Lähihoitajilta vaaditaan laaja-alaista ammatillista osaamista kotihoidossa. Vanhustyössä vaaditaan vankkaa ja monipuolista ammattitaitoa, johon kuuluu tietoa ikääntymisestä, ikääntyvien yleisimmistä sairauksista ja hoidosta, toimintakyvyn arvioinnista, kuntoutumista edistävästä toiminnasta sekä ikääntymiseen liittyvän haavoittuvuuden monista muodoista. (Sarvimäki & Heimonen 2010, 25.)

Ikonen ja Holm (2015, 172–185) listaavat tarvittavat taidot seuraavasti:

- kotihoitotyön perustana olevan tiedon hallitseminen
- kotihoidon työprosessien hallinta

- työturvallisuuden hallitseminen
- kotihoidon työtehtävien hallitseminen
- ammattitaidon ja työn kehittämisen taidot
- ammattieettiset taidot
- vuorovaikutus- ja viestintätaidot

Jämsän ja Mannisen (2000, 23–24) mukaan keskeiseen osaamiseen juuri sosiaali- ja terveysalalla liittyy esimerkiksi kyky tunnistaa asiakkaan tarpeet, mieluiten yhdessä asiakkaan ja hänen omaisten kanssa, kyky asettaa tavoitteet asiakkaan ja moniammatillisen tiimin yhteistyönä, kyky valita tarkoituksenmukaiset auttamismenetelmät ja kyky toteuttaa ja arvioida suunnitelman toteutumista. Tärkeää on myös osata vuorovaikutus- ja päätöksentekotaidot, vastuulliset ja eettiset moniammatillisuuteen liittyvät taidot.

Opetussuunitelmien mukaan terveydenhuoltoalan työ määritellään asiakasläh- töiseksi palvelutyöksi, jonka keskeiset periaatteet ovat elämän, ihmisarvon ja ihmisoikeuksien kunnioittaminen sekä itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo (Surakka 2009, 80).

Kompetenssi-käsitteen alle kuuluu pätevyys, oikea koulutus tiettyyn tehtävään ja kykyä suoriutua työtehtävistä (Hätönen 2011, 10). Osaamisen, eli kompetenssin kokemisesta on olemassa jonkin verran kotimaista tutkimusta, mutta ulkomaista tutkimusta löytyy hyvin vähän. Näistä harvoja on Kadushinin ja Eaganin (2001, 137) tutkimus, jonka tuloksena voidaan todeta, että kotihoidon henkilökunta kokee vaikeana eettisen ongelmanratkaisun. Tällaisia ovat esimerkiksi ristiriita asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja turvallisuuden välillä. Vaikeasti ratkaistavissa olevina eettisinä ongelmina koetaan myös mielenterveyteen liittyvien ongelmien ja tarpeiden arviointi. Cooperin ja Urquhartin (2005, 107) tutkimuksen mukaan kotihoidon asiakkaat ja omaiset varsin usein kysyvät kotihoidon henkilökunnalta jokapäiväiseen yhteiskunnassa selviämiseen liittyviä asioita ja henkilökunta koetaankin tärkeänä tietolähteenä näissä asioissa ja heidän tietoonsa luotetaan.

Gerontologiselta sairaanhoitajalta vaaditaan tiettyä osaamista, joka voidaan mielestäni hyvin liittää myös kotihoitoon, jossa kaikilta työntekijöiltä täytyisi löytyä tätä gerontologista osaamista. Tämä osaaminen muodostuu työelämässä yleisesti tar-

vittavasta osaamisesta, hoitotyön ydinosaamisesta sekä gerontologisen hoitotyön erityisosaamisesta. Tiikkainen (2009, 316-319) esittelee gerontologisen hoitotyön kompetensseiksi seuraavat:

- eettinen osaaminen
- viestintä ja vuorovaikutusosaaminen
- päätöksenteko-osaaminen
- yhteistyöosaaminen
- terveyden edistämisen osaaminen
- ohjaus- ja valmennusosaaminen
- kliininen osaaminen
- kehittämis- ja vaikuttamisosaaminen

Tuula Tarhonen on Pro gradu-tutkielmassaan vuonna 2013 tutkinut gerontologista osaamista hoitotyössä ja haastatteluteemoissa hyödyntänyt samoja gerontologisen hoitotyön kompetensseja. Tulosten mukaan eettisyys näyttäytyy siinä, että hoitaja toimii eri tavoin ikääntyneen parhaaksi. Hoitaja voi toimia myös asiakkaan puolestapuhujana ja pitää yhteyttä omaisiin. Tulosten mukaan hoitotilanteissa korostuu läsnäolo ja kohtaaminen sekä taustojen tunteminen. Hoitajien työtä ohjaa heidän omat arvonsa ja hoidossa ilmenneisiin epäkohtiin puututaan. Vuorovaikutuksessa korostuu asiakkaiden kohtelu yksilöllisesti.

Tarhosen (2013, 30–42) mukaan hoitajalta vaaditaan tilannetajua ja sanattoman viestinnän tunnistamista. Kirjaamisessa on tulosten mukaan puutteita ja kirjaaminen näyttäytyykin töiden luettelemisena eikä asiakkaan toimintakykyyn liittyvien asioiden kirjaamisena. Päätöksenteko liittyy usein ikääntyneen puolesta tehtyyn päätökseen, joka vaatii laaja-alaista tietoa ja osaamista. Yhteistyöosaaminen kuvataan tärkeäksi osaksi hoitotyötä. Tätä oli mm. viestintä ja yhteydenpito asiakkaan hoitoon ja elämään liittyvien toimijoiden kanssa. Tulosten mukaan ikääntyneiden terveyden edistämistä pidetään tärkeänä osana gerontologisessa osaamisessa. Kuntouttavaa työtä pidetään tärkeänä, mutta haastateltavat nostivat esiin ristiriidan, jos omaiset suhtautuvat kielteisesti kuntouttamiseen. Lisääntynyt alkoholinkäyttö ikääntyneillä aiheuttaa huolta ja haasteita hoitotyölle. Ohjaamista hoitotilanteiden aikana koetaan tehtävän tiedostamatta. Kliinisessä ja geriatrisessa

osaamisessa korostuu ikääntyneen kokonaisvaltainen huomioiminen ja tässä osassa nousee esille ammattiryhmien välisiä eroja osaamisessa. Sairauksien tuntemista pidetään tärkeänä, mutta haastateltavat kokevat, että heillä ei ole tarpeeksi tietoa muistisairauksista ja mielenterveysongelmista.

Tarhosen (2013, 43–58) mukaan kivun hoitamisessa todetaan olevan puutteita. Myös vuorovaikutustaidot koetaan tärkeäksi gerontologisen osaamisen taidoissa. Hoitajan on tärkeä osata käyttää erilaisia keinoja vuorovaikutuksessa, valita oikeat sanat, eleet ja ilmeet. Oman ammattitaidon ylläpito korostuu haastateltavien ajatuksissa. Kehittämisen ja vaikuttamisosaminen tiedostetaan tärkeäksi, mutta tätä haastateltavat eivät juurikaan toteuttaneet omaehtoisesti. Tutkimuksen mukaan gerontologisen hoitotyön kokonaisuuden hallitseminen vaatii yksittäisten tietojen ja taitojen lisäksi monipuolista ja laajaa tiedollista ja taidollista osaamista. Tuloksien yhteenvetona voidaan todeta, että vuorovaikutustaidot ja eettisesti kestävä toiminta ovat hoitotyön kannalta keskeisimpiä taitoja. Gerontologinen hoitotyö vaatii erityisosaamista ja näin ollen myös koulutusta.

Seinäjoen kaupungin kotihoidossa työskentelee lähihoitajia, kodinhoitajia, kotiavustajia sairaanhoitajia ja geronomeja. Lähihoitajat turvautuvat kliinisen osaamisen ja gerontologisen osaamisen aihealueissa paljon tiimin sairaanhoitajiin. Palvelutarpeen arvioinnit tekevät asiakasohjausyksikön työntekijät, jolloin ohjaus- ja valmennusosaaminen tapahtuu paljon heidän toimestaan. Muita näitä osaamisvaatimuksia lähihoitajat kuitenkin tarvitsevat päivittäisessä työssään.

3.2.2 Työmotivaatio ja hiljainen tieto

Ihminen viihtyy työssään ja kokee sen mielekkäänä, jos työ on riittävän haastavaa, siinä on saavutettavissa olevat tavoitteet, siitä saa palkkioita ja työympäristö on sopiva. Nämä tekijät auttavat työntekijää pyrkimään hyvään suoritukseen. Taitojen ja kykyjen lisäksi työntekijä tarvitsee tahtoa tuottaakseen laadukasta tulosta. Myös kehittyminen ja uuden oppiminen tarvitsee kokemusta siitä, että edistyminen on tärkeää ja mielekästä. Jos työ koetaan riittävän haasteellisena ja vaihtelevana, se luo merkityssisältöä. Liian helpot tai vaativat työtehtävät molemmat aiheuttavat tyytymättömyyttä, mutta silloin kun osaaminen ja työn vaatimukset ovat tasapai-

nossa, niin motivaatio ja tyydytys ovat kohdillaan. Työ, joka vastaa työntekijän kiinnostuksen kohteita, luo perustan pitkäkestoiselle työmotivaatiolle. (Juuti & Vuorela 2002, 67; Surakka 2009, 111; Viitala 2013, 16, 18.) Työ koetaan mielekkäänä, kun saa tehdä sitä työtä, johon on kouluttautunut (Surakka 2009, 112).

Työmotivaatioon voidaan vaikuttaa hyvällä ihmisten johtamisella, joka taas vaikuttaa vahvasti työn tuloksiin ja tuottavuuteen. Työmotivaatiolla on tärkeä merkitys niin organisaation kuin yksittäisenkin työntekijän kohdalla. Varsinkin palvelualalla tämä korostuu, jolloin työntekijä ja asiakas ovat koko palvelutapahtuman ajan vuorovaikutuksessa keskenään. (Laaksonen ym. 2012, 158.)

Motivaatio, joka on ihmisen sisäinen eli omista lähtökohdista alkunsa saava motivaatio, on kaiken perusta. Sen kautta pääsee tuntemaan onnistumisen tunteita ja kokemaan pätevyyttä. (Moilanen 2001, 127; Syvänen ym. 2015, 122.) Sisäisessä motivaatiossa siis työntekijä saa tyydytyksen itse työstä ja aikaansaannoksistaan. Ulkoiset tunnustukset eivät ole yhtä tärkeitä kuin tyytyväisyys omista saavutuksista. Vahvat itsensä toteuttamisen ja kehittämisen tarpeet liittyvät sisäiseen motivaatioon. Ihminen on oppiva olento, joka etsii uusia oppimisen mahdollisuuksia. Sisäisessä motivaatiossa myös toisten ihmisten auttaminen on tärkeää. (Laaksonen ym. 2012, 158; Viitala 2013, 17.) Sisäisten motiivien merkitys korostuu varsinkin silloin, kun palkkaus on matala suhteessa työn vaativuuteen, kuten hoitohenkilöstön työssä yleensä on. Sisäiset palkkiot työntekijä saakin yleensä juuri siitä työstä, jota he suorittavat. (Surakka 2009, 66.) Sisäinen motivaatio näkyy oppimisessa niin, että työntekijä aloittaa oppimiseen liittyviä asioita vastustamatta niitä, kysyy ja tekee enemmän, kun vaadittaisiin ja iloitsee omasta oppimisestaan (Grönfors 2010, 30).

Ulkoisen motivaatio perustuu ulkoisten palkkioiden tavoitteluun. Nämä ovat useimmiten palkka, muu taloudellinen hyöty, arvostus ja turvallisuus. Varsinkin rutinoituneessa työssä ulkoisten palkkioiden merkitys korostuu. On kuitenkin todettu, että mitä suurempi palkka on, sitä vähemmän sillä on vaikutusta motivaatioon. Mitä antoisempi työ, niin sitä vähemmän palkalla on merkitystä työmotivaatioon. (Laaksonen ym. 2012, 158; Viitala 2013, 17, 161.) Ulkoiset motivaatiotekijät vähentävät prosessissa tapahtuvaa oppimista korostamalla enemmän lopputulosta kun itse prosessia. Samalla ne vähentävät tekemiseen liittyvää innostusta ja uu-

den havainnointia. (Moilanen 2001, 127.) Ulkoisia motiiveja ei myöskään enää nähdä riittävinä keinoina sitouttamaan työntekijöitä organisaatioon ja vieläpä kokemaan hyvinvointia työssään (Surakka 2009, 65).

Hiljainen tieto on kokemuspohjaista, tilannesidonnaista ja vaikeasti ilmaistavissa olevaa tietoa (Hyppänen 2013, 108). Tämä hiljainen tieto on syvällä työyhteisössä, ja se tulee ilmi toiminnan kautta ja ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Jotta hiljainen tieto saadaan näkyville, tulee se ensin tiedostaa. (Larmi ym. 2005, 163.) Hiljainen tieto on tärkeää ihmisten ja organisaatioiden työssä menestymisen kannalta. Keskeistä onkin se, kuinka avoimesti työntekijät ovat valmiita jakamaan tuotua äänetöntä taitoa keskenään. (Juuti & Vuorela 2002, 53; Viitala 2005, 132.) Organisaation kokeneilla työntekijöillä on hallussaan paljon tätä ns. hiljaista tietoa. Osaamisen johtamisessa esimiehen tehtävänä onkin huomioida kaikenlainen tietotaito ja mahdollistaa tämän moninainen hyödyntäminen yksilöllisesti ja kollektiivisesti. (Laaksonen ym. 2012, 148–149.) Suurten ikäluokkien eläköityessä tämä hiljainen tieto täytyisi viimeistään suunnitellusti siirtää nuoremmille työntekijöille (Ojala 2008, 136).

Hiljainen tieto ei useinkaan nouse organisaatiossa selvästi esille, eikä aina osaamisen haltija itsekään tätä tunnista. Esimies on asemansa puolesta tärkeässä asemassa huomaamaan tämä hiljainen tieto työntekijällä. Itsearviointi on edelleen vierasta, eli yleensä työntekijät osaavat arvioida muita asioita itsestään paremmin, kun osaamista ja ammattitaitoaan. (Viitala 2005, 132–133.) Koivunen (1997, 77) esittelee kirjassaan Michael Polanyin luoman käsitteen ”tacit knowledge”. Kyseisellä termillä hän tarkoitti määrittelynsä mukaan tietoa, joka vaikuttaa koko ajan ihmisissä, vaikka sitä ei voida ilmaista tai muotoilla. Polanyin mukaan ihminen tietää juuri hiljaisen tiedon kautta, milloin eksplisiittinen tieto on totta. Hiljainen tieto onkin hänen mukaansa kaiken tietämisen perusta, ilman sitä myös eksplisiittinen tieto lakkaisi. Ihminen liikkuu koko ajan hiljaisen ja fokusoidun tiedon välissä sekoittaen niitä. Ihminen automaattisesti sulattaa uuden tiedon osaksi vanhaa tietovarastoa.

3.3 Osaamisen johtaminen ja kehittäminen

Tulevaisuudessa haasteista selviävät parhaiten työyhteisöt, joissa kehittämis- ja muutosvalmiudet ovat hyvät. Kehittämisessä ja sitoutumisessa keskeistä on mukana oleminen, joka mahdollistetaan kytkemällä kehittäminen normaaliin toimintaan. (Larmi ym. 2005, 180; Tuomi & Sumkin 2012, 30.) Organisaatioiden menestyminen edellyttää kykyä muuttua ympäristön myötä. Mikäli organisaatio haluaa muuttua ympäristöään nopeammin, tulee sen kyetä oppimaan jatkuvasti uutta. Jatkuva uudistuminen edellyttää, että uusiin mahdollisuuksiin tartutaan. (Juuti & Vuorela 2002, 27; Laaksonen ym. 2012, 147–148; Sydänmaalakka 2012, 15; Hyppänen 2013, 107.)

Sosiaali- ja terveydenhoitoalan vastuullisissa ja vaativissa tehtävissä toimiminen edellyttää jatkuvaa itsensä kehittämistä ja uuden opiskelua. Ammattitaidon kehittäminen merkitsee oman ammattialan seuraamista, sekä omien tietojen ja taitojen arviointia. Omasta ammattitaidosta huolehtiminen ja osaamisen ylläpitäminen kuuluvat hyvään ammatti-identiteettiin. (Ikonen & Julkunen 2008, 148; Surakka 2009, 82; Kelo ym. 2015, 282.) Itsensä kehittäminen ja uuden oppiminen ovat voimavarakijöitä, jotka taas tukevat työhyvinvointia ja tuovat energiaa (Surakka 2009, 82; Hyppänen 2013, 135; Mäkinen, Heikkilä-Tammi & Manka 2015, 12).

Kun aiemmin osaamisen päivittäminen oli ammatillisilla kursseilla käymistä, oppimisen keinot ovat nykyään tehokkaimmillaan nimenomaan, kun ne perustuvat yhteisölliseen työskentelyyn työpaikalla. (Virtanen & Stenvall 2010, 171; Syvänen ym. 2015, 148.) Jaben (2012, 74) mukaan oman osaamisen kehittämisen tulisi tänä päivänä olla jokaisen ihmisen priorisoinnin kärjessä. Tämä ei tarkoita, että olisi jatkuvasti lähdeittävä koulutukseen. Valtaosa kehittämistoimista voisi Jabenkin mukaan tapahtua työpaikoilla. Osaamiseen kuuluvat sekä ammattitaito, että taito toimia yhdessä työtovereiden, asiakkaiden ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. Organisaatio pystyy menestymään vain saamalla ihmisten energian käyttöönsä ja kohdentamalla sen oman ydinosaamisensa suuntaisesti. (Juuti & Vuorela 2002, 57; Larmi ym. 2005, 135; Laaksonen ym. 2012, 144.)

Samalla kun organisaation tulosten on parannuttava, niin myös henkilöstön suoritusten on parannuttava samaan aikaan. Suoritukset ovat täysin riippuvaisia osaa-

misesta, jota organisaatiossa, tiimeissä ja yksilöillä on. Osaaminen koostuu tiedoista, taidoista, asenteista ja kokemuksesta. (Sydänmaalakka 2012, 16.) Henkilöstön kehittäminen on elintärkeää, jotta organisaatio pystyy tuottamaan kilpailukyistä ja laadukasta palvelua. Samalla henkilöstön kehittäminen lisää työtyytyväisyyttä, työnhallintaa ja tätä kautta lisää parempien palveluiden tuottamista asiakkaalle. (Laaksonen ym. 2012, 193.) Kehittyminen on mahdollista vain, jos virheisiin kiinnitetään huomiota, eli keskustellaan mistä ne johtuvat ja miten niiltä voidaan jatkossa välttyä. Virheistä voidaan oppia, jos niitä tarkastellaan rakentavasti yhdessä. (Juuti & Vuorela 2002, 55; Surakka 2009, 26; Tuomi & Sumkin 2012, 13; Sydänmaalakka 2012, 55.)

Työntekijän ammatillinen ja henkinen valmius eivät suoranaisesti liity hänen ikäänsä ja työkokemukseensa. Osaaminen kehittyy vain, jos työntekijä itse tekee tietoisesti työtä kehittääkseen sitä. Kehittäessään itseään tulee työntekijän tiedostaa, millaisia osaamistarpeita ja –vaatimuksia hänen työssään edellytetään. (Larmi ym. 2005, 164.) Oppimisen ja kouluttautumisen tarve ei rajoitu pelkästään nuoruuteen, vaan sen on katettava ihmisen koko elinaika. Vain tällä tavoin pystymme selviämään yhteiskunnan alati kasvavissa haasteissa. (Leinonen 2003, 17.) Kotihoidon työntekijöiden ikääntyminen vaatiikin jatkuvaa ammattitaidon kehittämistä. Kotihoidossa työskennellään paljon erilaisten tietoteknisten välineiden kanssa, joten tämä tulee ottaa huomioon koulutuksen suunnittelussa. Henkilökunnan taidot ja valmiudet vaikuttavat asiakkaiden saaman palvelun laatuun ensisijaisesti. (Grönroos & Perälä 2006, 484.)

Täydennyskoulutusvelvoite astui voimaan terveysalalla vuonna 2004 ja sosiaalihuollossa vuonna 2005. Keskimääräisen suosituksen mukaan jokainen työntekijä osallistuisi täydennyskoulutukseen 3–10 päivää vuodessa, riippuen miten haasteellisia työtehtäviä työntekijä hoitaa. (Laaksonen ym. 2012, 195.)

Hyppänen (2013, 108) kuvaa lyhyesti osaamisen olevan tiedon, taidon ja tahdon yhdistelmä. Laaksonen ym. (2012, 155) kuvaa osaamisen koostuvan tavoitteiden mukaisesta tietotaidosta, kokemuksesta ja osaamisesta, jotka taidokkaan johtamisen avulla kiteytetään ihmisen ja organisaation kyvyiksi. Jämsän ja Mannisen (2000, 23) mukaan osaaminen on tiedon ja taidon yhteensulautunut järjestelmä, johon yleensä liitetään kokemuksen tuoma ulottuvuus. John Heronin (1996,

52–53) mukaan tietäminen jaetaan systeemiseen kokonaisuuteen, joka kuvataan pyramidissa alhaalta ylöspäin seuraavasti: kokemuksellinen tieto perustuu esitettyyn tietoon, joka taas pohjautuu ehdotukselliseen eli käsitteelliseen tietoon, josta muodostuu käytännön tieto ja harjoitetut taidot. Samoin Tuomen ja Sumkinin (2012, 27) mallin mukaan osaaminen muodostuu tiedosta, taidosta ja kokemuksesta.

Menestymisen kannalta yhteinen osaaminen on ratkaisevaa. Osaamista tulee jakaa niin, että yksilöiden osaamisesta tulee organisaation osaamista. Tavoitteellisen työn tekeminen organisaatiossa edellyttää osaamisen, motivaation ja johtamisen yhteensopivuutta. (Viitala 2005, 179–180; Ojala 2008, 69–70; Tuomi & Sumkin 2012, 27; Hyppänen 2013, 135.) Myös Cooper & Urquhart (2005, 107) toteavat, että työntekijät oppivat toisiltaan ja jakavat kokemuksiaan.

On syytä muistaa, että voidakseen kehittää toimintaa, niin samalla on tehtävä tilaa uudelle. Poisoppiminen vanhasta tavasta on tietoista toimintaa. Tällöin aiemmille toimintamalleille kehitetään entistä paremmat korvaavat toimintatavat. Uutta mallia on syytä kokeilla käytäntöön, jolloin voidaan vähentää epäonnistumisen riskiä. (Viitala 2005, 141–142; Virtanen & Stenvall 2010, 171; Tuomi & Sumkin 2012, 48–49.) Tärkeää on tunnistaa myös kilpailijoiden osaamisen kehittämisen suunta. Tämä onnistuu tarkastelemalla toiminnan kenttää. Yhtä lailla on tärkeää tunnistaa asiakkaiden odotukset, miten ne sopivat tarjontaan ja mitä kehittämistarpeita tähän sisältyy. (Tuomi & Sumkin 2012, 58–59.)

Palvelujen kattavuuden lisääminen, palvelujen sisältö ja laatu ovat keskeiset kehittämiskohteet kotihoidossa tulevaisuudessa. Aikaisempien tutkimusten perusteella voidaan todeta, että kehittämistä tarvitaan ainakin dementiaosaamisessa sekä ehkäisevässä ja toimintakykyä tukevissa palveluissa, jotta voidaan mahdollistaa ikäihmisten kotona asuminen mahdollisimman pitkään. (Heinola 2007, 10.) Dementian lisäksi ikäihmisten psyykkiset ongelmat ja lisääntynyt alkoholinkäyttö lisäävät erilaisen tuen tarvetta (Heinola 2007, 9; Ikonen & Holm 2015, 46). Tärkeimmät toimintakykyä rajoittavat terveysongelmat ovat verenkiertoelinten sairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, mielenterveyden häiriöt, Alzheimerin tauti, diabetes, hengityselinsairaudet ja tapaturmat (Luoma & Kattainen 2007, 19).

Hassin (2005, 92–124) tutkimustehtävänä lisensiaatintutkimuksessa oli saada tietoa niistä käsityksistä, joita vanhustyön asiantuntijoilla on kotihoidossa vaadittavasta osaamisesta tulevaisuudessa. Tutkimuksesta löytyi neljä kategoriaa, jotka kuvaavat kotihoitotyöntekijän työn kvalifikaatioita, jotka Hassi nimesi sosiaalinen ja tunneosaaminen, kliininen osaaminen, yhteistyöosaaminen ja kehittämis- ja kehittymisosaaminen. Sosiaalisen ja tunneosaamisen kvalifikaatiot koostuvat eettisyydestä, ikääntyvän kohtaamisesta, persoonallisuudesta ja tunteiden tiedostamisesta. Kliinisen osaamisen kvalifikaatioihin kuuluu gerontologisen hoitotyön tietoperusta, hoidollinen päätöksenteko-osaaminen, gerontologisen hoitotyön prosessin hallinta, ohjaustaidot sekä tekninen ja gerontekninen osaaminen. Yhteistyöosaaminen muodostuu yhteistyö- ja ryhmätyötaidoista, tiimityöosaamisesta ja konsultointitaidoista. Kehittämis- ja kehittymisosaamisen kvalifikaatiot muodostuvat kansainvälisyystaidoista, projektiosaamisesta, elinikäisen oppimisen valmiuksista, urasuuntautuneisuudesta ja muutoshalukkuudesta.

Hennala (2014, 68,78) on tutkimuksessaan lähestynyt aihetta tärkeästä kulmasta ja selvittänyt mitkä asiat nousevat esille merkityksellisinä, jos kotihoidon käyttäjät saisivat äänensä kuuluville palveluja kehitettäessä. Tulosten perusteella esiin nousi hoitajan käyttäytymiseen, viestintään ja asenteeseen liittyvät asiat. Palveluvalikoiman kasvattamista ei niinkään katsottu tarpeelliseksi kehittää. Tärkeimpänä koettiin, että asiakasta kohdellaan ihmisenä, jolla on itsemääräämisoikeus ja vapaus sekä yksilölliset tavat ja tottumukset, joita toivotaan kunnioitettavan. Asiakkaan olisi tärkeä kokea olevansa olennainen osa palvelua eikä pelkästään palvelun kohteena.

Organisaatiossa oppimista voi tapahtua ainoastaan silloin, kun osaamista johdetaan määrätietoisesti ja aktiivisesti. Osaamisen johtaminen tulisi lähteä strategias-
ta, jolloin tämä muodostaa menestyvän organisaation ytimen. Strategiassa toimintaa suunnataan tulevaisuuteen ja luodaan perustaa, jossa kehitetään yhteistä osaamista. (Virtanen & Stenvall 2010, 123; Tuomi & Sumkin 2012, 13–14; Laaksonen ym. 2012, 193.) Osaamisen kehittäminen tarvitsee johtamista, jotta organisaatio voi pysyä jatkuvassa muutoksessa muun kehityksen mukana. Osaamisen johtaminen on kokonaisuus, jossa hallitaan ja ohjataan kaikkea tietoa, taitoa ja

kokemusta, jota organisaatiossa on, jota tullaan hankkimaan ja joka on muutettavissa. (Laaksonen ym. 2012, 144.)

Osaamiskartoituksen avulla voidaan tunnistaa toiminnan kannalta keskeisiä ja tarpeellisia osaamisalueita. Osaamiskartoituksen avulla saadaan selvitettyä organisaation osaaminen tällä hetkellä, lisäksi tunnistetaan osaamisen keskeiset vaatimukset ja kehittämissuunta. (Larmi ym. 2005, 164; Paasivaara 2007, 86; Surakka 2009, 87; Grönfors 2010, 47; Hätönen 2011, 49; Tuomi & Sumkin 2012, 89; Laaksonen ym. 2012, 151; Hyppänen 2013, 109; Viitala 2013, 182.) Osaamiskartoituksessa verrataan nykyistä osaamista tarvittavaan ja tavoitteena olevaan osaamiseen. Tällöin tavoitteena on tunnistaa vahvuudet ja tarpeet. (Ojala 2008, 123.) Osaamiskartoituksesta saadaan tietoa koulutuksen suunnitteluun, rekrytoinnin tueksi sekä todennäköisesti pystytään parantamaan henkilöstön motivaatiota ja tuottavuutta yksilöllisen osaamisen kehittämisen avulla. (Surakka 2009, 88; Hätönen 2011, 49; Laaksonen ym. 2012, 153.)

Jokaisen esimiehen kannattaa muistaa, että työyhteisön on selvitäkseen jatkuvasti kehityttävä. Jokaisen organisaation ja jokaisen ihmisen haaste onkin jatkuvasti uudistua. Vain tuoreutensa säilyttävä, vireä organisaatio voi luottaa menestymiseen myös tulevaisuudessa. (Juuti & Vuorela 2002, 59.) Kilpailukyky riippuu paljolti siitä, mitä osataan, miten osaamista käytetään ja miten nopeasti kyetään oppimaan uutta. Osaamisen johtaminen sisältää kaiken tarkoituksellisen toiminnan, jonka avulla osaamista vaalitaan, kehitetään, uudistetaan ja hankitaan. Osaamisen johtamisen tulisi näkyä kehittyneempinä toimintatapoina, palveluna, innovaatioina ja lopulta parantuneena taloudellisena tuloksena. Osaamisen johtamisessa tärkeintä on työntekijöiden osaamisen tason nostaminen, sen vaaliminen ja tehokas hyödyntäminen. Työntekijöiden osaaminen on koko osaamisen lähtökohta. Ellei työntekijöiden osaamista kyetä sovittamaan tavoitteisiin, niin työntekijä hyötyy osaamisestaan itse, mutta se ei vaikuta itse organisaation toiminnan ja kilpailukyvyn kehittymiseen. (Viitala 2013, 170.)

Organisaatioiden menestymisen ehtona on, että toiminta on tehokasta. Tehokkuus näkyy siinä, että tietyillä panoksilla saadaan aikaan mahdollisimman paljon tuotosta. Tehokkuuden ja tuottavuuden kannalta keskeistä on, että työntekijät kykenevät toimimaan tehokkaasti sekä organisoimaan ja kehittämään välineitä tehokkaam-

maksi. Hyvä suoriutuminen on tavoitteiden saavuttamista ja niiden ylittämistä. (Viitala 2013, 130.) Osaamisen johtaminen eroaa paljon aineellisten resurssien johtamisesta, koska ne kytkeytyvät ihmisiä koskeviin asioihin. Tällaisia ovat mm. tahto, sitoutuminen, innostus, mielikuvitus, luovuus sekä henkinen ja fyysinen jaksaminen. (Laaksonen ym. 2012, 157.) Tehokkuutta ei ole mielletty perinteisesti sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan peruslähtökohdiksi, mutta taloudellisten voimavarojen vähentyminen on siirtänyt tehokkuuden kriittiseen arvostelun alle myös sosiaali- ja terveystaloudella (Jämsä & Manninen 2000, 7).

Paasivaara (2017, 85) on jakanut osaamisen johtamisen neljään ulottuvuuteen, jotka ovat osaamisen suuntaaminen, oppimista edistävän ilmapiirin luominen, oppimisprosessin tukeminen ja esimerkillä johtaminen. Kehittämistarpeiden ja tavoitteiden tulisi määrittellä kohteet, johon osaamista suunnataan. Oppimista edistävän työilmapiirin luominen on jokaisen työyhteisön jäsenen tehtävä. Osaaminen tahtoo myös vanhentua nopeasti, eli uusien tietojen ja taitojen oppiminen on välttämätöntä.

Hyppänen (2013, 114–115) nostaa esille myös työntekijöiden oman vastuun omasta osaamisestaan ja sen kehittämisestä. Tämä ei vähennä esimiehen ja johdon vastuuta. Organisaatio antaa puitteet, mutta myös työntekijältä edellytetään aktiivisuutta, omatoimisuutta ja täten vastuun ottamista. Saman asian on todennut Viitala (2005, 23) toteamalla, että jokaisen työntekijän on vastattava oman ammattitaidon kehittymisestä ja ajan tasalla pitämisestä. Esimiehen vastuulle kuuluu pitää huoli, että heidän johtamissa yksiköissä tämä on mahdollista.

Otalan (2008, 74–75) mukaan organisaation oppiminen on prosessi, joka tuottaa uutta osaamista organisaatioon. Prosessi käynnistyy aina tarpeesta, ongelmasta tai haasteesta. Uuden tiedon organisaatio saa ihmisten kautta ja se tulee ensin jakaa, että siitä voidaan muodostaa yhteinen näkemys. Tällöin uusi tieto muuttuu yhteiseksi toiminnaksi ja yhteiseksi ajatteluksi. Ihmiset oppivat kokemuksen kautta. Kollektiivisen tiedon rakentamista tulee johtaa ja ohjata. Nämä tekijät muodostavat oppivan organisaation. Vuorinen (2013, 178) korostaa myös, että kokemusten hyödyntäminen on keskeisessä roolissa puhuttaessa organisaatioiden uudistumisesta. Sydänmaalakka (2012, 55) määrittelee oppivan organisaation sellaiseksi, jolla on kyky jatkuvasti sopeutua, muuttua ja uudistua ympäristön vaatimuksissa.

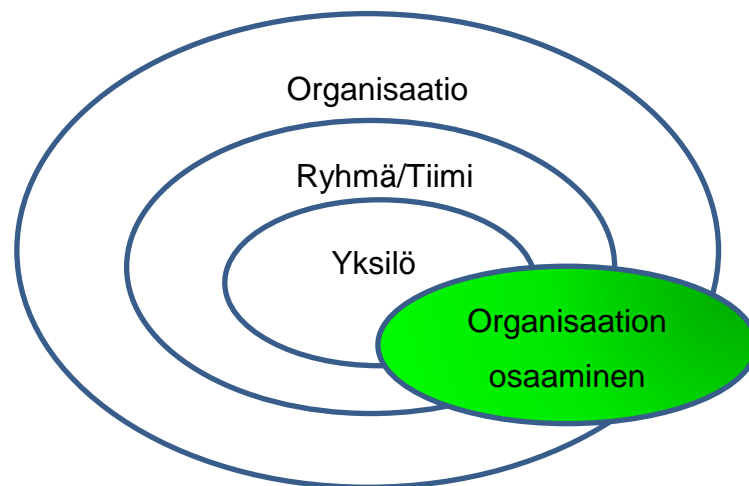
Oppivassa organisaatiossa myös opitaan kokemuksista ja pystytään nopeastikin muuttamaan toimintatapojaan.

Oppivassa organisaatiossa luodaan mahdollisuus työntekijöiden oppimiselle ja uudistumiselle. Oppiva organisaatio kannustaa ja motivoi henkilöstöä osaamisen jatkuvaan kehittämiseen, joka vaikuttaa myös työhyvinvointiin. Oppiva organisaatio kannustaa työntekijöitä kyseenalaistamaan nykyisiä toimintatapoja, oman työn hallintaa ja ammattitaidon ylläpitämistä. (Surakka 2009, 91.) Oppivassa organisaatiossa kyetään tunnistamaan työntekijöiden osaamisen kehittämisen tarpeet, uudistamaan osaamista ja hyödyntämään sitä. Yksilöiden oppiminen on keskeistä oppimisen ytimessä. Yksittäisen työntekijän oppiminen ei kuitenkaan vielä riitä, vaan tarvitaan laajempien joukkojen oppimista, ryhmäoppimista. Uudistumisen ja kehittymisen tuloksena syntyy organisaatioon uusia toimintamalleja, prosesseja ja kerättyä tietoa, jotka säilyvät organisaatiossa, vaikka työntekijät vaihtuisivat. Osaaminen on organisaation tärkein pääoma. Organisaation arvo muodostuu useimmiten työntekijöiden hallussa olevasta osaamisesta. (Viitala 2013, 171–172.)

Ympäristö muuttuu koko ajan, eli osaamisen sisältö muuttuu myös nopeasti. Tulevaisuudessa osaaminen ei olekaan riittävä menestystekijä, vaan täytyy ymmärtää mitä on oppiminen. Oppimisprosessi tulee ymmärtää yksilön, tiimin ja koko organisaation tasolla. Pelkkä yksilön oppiminen ei siis enää riitä, tarvitaan koko tiimien yhdessä oppimista. (Sydänmaalakka 2012, 16; Hyppänen 2013, 111.) Koulutuksessa saadun tiedon jakaminen ei riitä osaamista tuottavan oppimisen perustaksi, vaan oppimisen ohjaus täytyy ulottaa tekemiseen työpaikalle asti. Tiimi, joka luo tietoa ja tukee osallistujensa osaamisen kehittämistä, on tärkein yksilöiden työssä oppimisen edellytys. (Poikela & Järvinen 2007, 178.) Aikuisten ihmisten on huomattu motivoituvan oppimaan erityisesti silloin, kun opitulla asialla ja taidolla on välitöntä käyttöä. Lisäksi motivaatiota lisää, kun taidosta on hyötyä heille itselleen, työlleen, menestymiselleen tai kokevat sen muuten itselleen mielekkääksi. (Grönfors 2010, 24.)

Koulutuksen ja kokemuksen kautta hankittua tietoa ei tulisi koskaan jättää vain yksilön omaisuudeksi, vaan organisaation tulisi mahdollistaa ja rohkaista yksilö hyödyntämään hankkimaansa osaamista. Toimivassa työyhteisössä tuetaan osaamisen kehittämistä ja kannustetaan jakamaan oppimaansa. (Surakka 2009,

83; Laaksonen ym. 2012, 155; Hyppänen 2013, 113.) Ryhmässä tuotettava osaaminen tuottaa enemmän kuin yksilöiden erillinen osaaminen. Yhteistyöllä voidaan tuottaa toimintamalleja, joihin ei yksin kyettäisi. Kuviossa 1 esitellään, miten organisaatioiden osaamisen kokonaisuus muodostuu yksilön ja ryhmän osaamisen yhdistelmästä. Osaamisen kokonaisuus kehittyy yksilön osaamisen jalostumisesta ryhmän osaamiseksi ja täten edelleen organisaation yhteiseksi osaamiseksi. (Larmi ym. 2005, 136; Tuomi & Sumkin 2012, 51; Laaksonen ym. 2012, 148.)



Kuvio 1. Organisaation osaamisen kokonaisuus (Tuomi & Sumkin 2012, 51).

Oppivassa organisaatiossa tärkeitä elementtejä on henkilöstön mahdollisuus vaikuttaa oppimiseen ja kehittymiseen. Työhön sitoutuminen, aloitekyky, vastuuntunto sekä omien vahvuuksien ja heikkouksien tunteminen rakentavat pohjaa oman toiminnan parantamiselle. (Laaksonen ym. 2012, 146.)

4 TUTKIMUSASETELMA JA PROSESSIN KUVAUS

4.1 Metodologia, tutkimusasetelma ja tarkennetut kehittämistehtävät

Opinnäytetyöni kuuluu toimintatutkimukseen, jossa hyödynnän määrällisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmää sekä työryhmätapaamisten pohjalta kerättyjä muistiinpanoja. Toimintatutkimuksen mukaisesti pyrkimykseni on saada aikaan muutos tämän hetkiseen tilanteeseen, eli työntekijöiden osaamiseen ja pyrkimykseen nähdä kotihoito oppivana organisaationa. Lisäksi olen itse tutkijana mukana toteuttamassa muutosta. Kotihoidon hoitajien runsas määrä vaikutti päätökseen selvittää heidän osaamisensa kyselylomakkeella. Halusin selvittää samat asiat kaikilta työntekijöiltä, eli strukturoidut kysymykset olivat paras vaihtoehto lähtötilanteen kartoittamiseksi.

Toimintatutkimus on ajallisesti rajattu tutkimus- ja kehittämistyö, jossa suunnitellaan uusia toimintatapoja ja kokeillaan näitä käytännössä. Toimintatutkimuksen avulla käytäntöjä kehitetään entistä paremmiksi, joten siinä haetaan käytännön hyötyjä. Toimintatutkimus ei ole varsinainen tutkimusmenetelmä vaan lähestymistapa, jossa tutkimus kytketään toiminnan kehittämiseen. (Heikkinen 2007, 16–19, 37.) Toimintatutkimuksessa on tavoitteena muutos, eli lupaus paremmasta. Muutoksen toteuttaminen edellyttää muutettavan ilmiön tuntemista ja siihen vaikuttavat tekijät on ensin saatava selville. Muutos voidaan saada käytäntöön ainoastaan toiminnan kautta. (Kananen 2014, 12–13.)

Toimintatutkimuksen tavoitteena on valtuuttaa ja voimaannuttaa työntekijöitä, eli valaa uskoa heidän omiin kykyihin ja toimintamahdollisuuksiin. Työntekijöitä onkin yleensä toimintatutkimuksessa mukana edustamassa käytännön työelämää. Yhteistyö on näin ollen oleellinen elementti toimintatutkimuksessa. (Heikkinen 2007, 20; Kananen 2014, 11.) Tässä tutkimuksessa uskonkin, että voimaantumista on varmasti tapahtunut jo siinä kohdin, kun työntekijät täyttivät kyselyä ja pohtivat, paljonko oikeasti osaavatkaan erilaisia toimia. Lisäksi tulokset nähdessään myös ymmärtävät, miten taitavia työntekijöitä kotihoidossa onkaan.

Toimintatutkimusta puoltavat myös, että haen tutkimuksella käytännön hyötyä teoriatiedon rinnalla. Pyrin kehittämään osanottajien tietoja, käytännön osaamista ja tätä kautta heidän asiantuntemusta. Toimintatutkimus onkin osallistavaa, käytännönläheistä ja se nähdään sosiaalisena prosessina, jolloin toimintatutkimuksesta muodostuu osallistujien yhteinen oppimisprosessi. (Aaltola & Syrjälä 1999, 14–15; Heikkinen 2007, 22, 27.)

Toisin kuin perinteisessä tutkimuksessa, niin tutkija on itse aktiivisesti mukana toimintatutkimuksen kehittämis- tai muutosprosessissa. Tutkijalle oma välitön kokemus on osa aineistoa. Tutkija käyttää omia havaintojaan tutkimusmateriaalina muun aineiston lisäksi. (Heikkilä 2014, 14; Kananen 2014, 16; Heikkinen 2018, 225.) Toimintatutkija osallistuu siis kenttätyössä muutosprosessiin. Tutkijalla ei ole koeryhmää, vaan muutokseen tähtäävä yhteisö, johon tutkija pyrkii vaikuttamaan osallistumalla tutkimusaineiston tuottamiseen. Tutkijan tehtävänä on käynnistää tutkimus ja pitää sitä yllä. Tutkijan rooli ei ole ratkoa ongelmia osallistujien puolesta, mutta voi esittää rakentavia näkökulmia kehittämiselle ja auttaa osallistujia omaksumaan oman toiminnan arvioinnin vaatimia taitoja. Osallistujien luottamuksen säilyttämiseksi tutkijan tulee ottaa tietynlainen johtajan ja asiantuntijan rooli. (Huovinen & Rovio 2007, 95, 102–103.)

Työryhmässä tarkoituksena on, että ryhmän jäsenet ovat äänessä enemmän kuin ryhmän vetäjä. Vetäjä toimiikin enemmän kuuntelijana, kannustajana ja on henkisesti läsnä. Asiat ja ideat olisi syytä nousta heiltä, joita ongelma koskee. Vetäjän tulee hallita toimintatutkimuksen prosessi, vaiheet ja ryhmäkäyttäytyminen. Ryhmän olisi hyvä pitää sisällään erilaisia persoonia, koska erilaisuus ja erilaiset mielipiteet ovat toiminnan rikkaus. Vetäjän tulee saada jokainen ryhmän jäsen ottamaan kantaa ja osallistumaan toimintasyklin vaiheisiin. (Kananen 2009, 51–52.) Tähän tietoisesti pyrin tutkijana työryhmätyöskentelyssä. Annoin mahdollisuuden osallistujien nostaa haluamansa asiat esille ja esitin kysymyksiä vain silloin, kun aihe alkoi lähteä sivupolulle ja jos halusin saada kaikkien mielipiteitä esille tasapuolisesti.

Toimintatutkimus soveltuu hyvin ammatilliseen käyttöön suunnatun ohjeen tai ohjeistuksen luomiseen. Toteutustapana voi olla kohderyhmän mukaan esimerkiksi kirja, vihko tai opas. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.)

Toimintatutkimus etenee suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin, reflektoinnin ja uuden syklin jatkuvana ketjuna eli spiraalina (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 36–37). Reflektointi tarkoittaa sitä, että osallistujat pohtivat omaa toimintaa ja ajattelumallejaan. Keskustellen arvioidaan toimintaa, jolloin samalla kehitetään tutkimuksen kohteena olevaa asiaa. Tutkimuksen edetessä lisääntyy myös ymmärrys. (Heikkinen ym 2007, 16–29; Juuti & Virtanen 2009, 49–50.) Nimenomaan reflektiovaiheessa tapahtuu kehittyminen (Toikko & Rantanen 2009, 66–67). Toimintatutkimuksen spiraali sisältää useita peräkkäin toteutettuja kehiä. Rajallisen aikataulun johdosta opinnäytetyöni kattaa vain yhden spiraalin kehän. Loppu toteutuu käytännössä, eli kehittämisvaikutukset jäävät toivottavasti elämään yksiköissä. Tulevaisuudessa suunnitelmaa voidaan edelleen parannella ja muokata, ellei käytännössä suunnitelma tällaisenaan toimikaan. Jokaista vaihetta ei ehditä kokeilla käytännössä, palauttaa kehiteltäväksi ja kokeilla taas uudestaan.

Toimintatutkimuksessa jokaisessa vaihekaaviossa on samat elementit, jotka ovat ongelman määrittely, ratkaisun esitys, ratkaisun kokeilu ja arviointi (Kananen 2014, 34). Toikko & Rantanen (2009, 64) kuvaa vaiheet tavoitteen määrittelyksi, suunnitteluksi, toteutukseksi ja päättämiseksi sekä arvioinniksi. Toimintatutkimus kestää usein ajallisesti pidempään, kun muut tutkimukset, koska ilmiöön perehtyminen vie aikansa, samoin toimenpide-ehdotusten suunnittelu ja arviointi (Kananen 2014, 28).

Tutkimukseni koostuu kolmesta vaiheesta, jotka ovat alkukartoitus, työryhmätyöskentely ja lopullisen arvioinnin kerääminen. Prosessikaaviossa (Taulukko 2.) esittelen tutkimuksen etenemisen tarkemmin alusta loppuun saakka.

Taulukko 2. Tutkimuksen prosessikaavio.

Tavoitteen määrittely	Suunnittelu	Ratkaisun esitys/ Toteutus	Päätämisen/ Arviointi	Ratkaisun kokeilu
-Tarve, perustelu -Tutkimusluvan anominen -Tutkimussuunnitelma -Tutkimusongelman miettiminen ja kehittämistehtävien luominen	-Kirjallisuuskatsaus ja teoriaosuuden kirjoittaminen -Aikataulun suunnittelu -Nykytilan kartoitus alkukartoituksen avulla	-Tulosten analysoiminen -Työryhmän kasaaminen ja tapaamiset -Parannusehdotukset -Havainnointi -Koulutussuunnitelman luominen	-Arvioinnin kerääminen eri tahoilta	-Kokeilu käytännössä siirtyä myöhäisemmälle ajankohdalle

Kotihoidon hoitajien koulutustarpeiden tarkastelu on perusteltua aiheen ajankohtauuden vuoksi. Tutkimusluvan (liite 1) anoin ikäihmisten tulosaluejohtajalta, myös hänen mielestään aihe on tärkeä, ajankohtainen ja tarpeellinen.

Tutkimuksen tavoitteena on kotihoidon hoitajien osaamisen vahvistaminen. Alkukartoituksen pohjalta työryhmä työstää nousseista kehittämistarpeista koulutussuunnitelman. Tutkimuksen tarkoituksena on vahvistaa hoitajien osaamista kotihoidossa koulutussuunnitelmaa apuna käyttäen.

Tutkimusprosessin tärkein vaihe on tutkimusongelman täsmittäminen. Tutkimusongelman määrittämisessä ongelman täsmennys ja ongelmaan vaikuttavat tekijät kuvataan. (Kananen 2014, 30–31.) Tutkimuskysymyksen muotoilu on erittäin tärkeää, koska sen avulla kohdennetaan tutkimus tiettyyn rajattuun teemaan (Heikkinen 2018, 220). Toimintatutkimuksessa kuitenkin haetaan käytäntöön sovellettavaa ja hyödynnettävää tietoa käytänteiden kehittämiseksi, jolloin tutkimuskysymysten muotoilu alkaa tutkimuksen tehtävän määrittelystä tutkimuskysymyksen sijaan (Heikkinen 2018, 220). Tutkimusongelmat tapaavat muuttua ja täsmentyä prosessin edetessä. Ne kannattaa silti kirjoittaa esille jo ennen kenttävaihetta. (Huovinen & Rovio 2007, 96–97.)

Tutkimusongelma työssäni:

Kuinka vahvistetaan osaamista kotihoidossa työskentelevien hoitajien näkökulmasta

Tarkennetut kehittämistehtävät:

1. Miten kotihoidon hoitajat kokevat oman osaamisensa?
2. Mitkä osa-alueet kotihoidon hoitajat arvioivat heikoimmaksi omassa osaamisessa?
3. Mitä kehittämistarpeita kotihoidon hoitajien itsearvioidussa osaamisessa nousee?

4.2 Tutkimuksen osallistujat

Kotihoidossa työskentelee sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien lisäksi geronomeja työnjärjestelyssä sekä lähihoitajia ja kodinhoitajia hoitotyössä sekä muutamia kotiavustajia avustavissa töissä. Työntekijöitä kaiken kaikkiaan kotihoidossa on n. 155. Tutkimuksessani rajasin kuitenkin terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat työn ulkopuolelle, koska heidän koulutustarpeet eroavat paljon muun henkilöstön tarpeista ja heidän osaamistaan on tutkittu useassa työssä aiemmin. Lisäksi myös geronomit jäävät tutkimuksen ulkopuolelle, koska he harvoin osallistuvat itse hoitotyöhön. Käytän tutkimuksessa kotihoidon hoitajat nimitystä lähihoitajista, kodinhoitajista ja kotiavustajista.

Tutkimuksessani kotihoidon hoitajat osallistuivat toimintatutkimukseen toimijoina. Kyselylomakkeen testauksen suoritin seitsemällä lähihoitajalla. Alkukartoituskysely lähti koko henkilöstölle, eli yhteensä 132 hoitajalle.

Työryhmän avulla suunnittelimme varsinaisen koulutussuunnitelman alkukartoituskyselyn tulosten avulla. Työryhmään kuului kolme lähihoitajaa ja kaksi sairaanhoitajaa itseni lisäksi. Työryhmätapaamisten välissä tapasin vielä kotihoidon kaksi fysioterapeuttia ja kahdeksan kuntoutusvastaavaa, joille esittelin alustavan koulu-

tussuunnitelman ja kyselin korjausehdotuksia ja ideoita. Myös fysioterapeutit ja kuntoutusvastaavat osallistuivat tutkimukseen tältä osin.

Arviointikysely varsinaisesta koulutussuunnitelmasta lähti kotihoidon johtajalle, kahdelle alue-esimiehelle, kahdelle sairaanhoitajalle ja kahdelle lähihoitajalle. Nämä sairaanhoitajat ja lähihoitajat olivat eri ihmisiä, kun työryhmään osallistujat.

4.3 Tutkimuksen toteutus

Tutkimukseni koostui kolmesta osasta. Ensimmäisessä osassa tavoitteena oli selvittää hoitajien itsearvioima osaamisen taso, eli kartoittaa niin sanottu alkutilanne. Toimintatutkimuksessa voidaan hyödyntää erilaisia tiedonkeruutapoja, kuten määrällisiä aineistoja. Tutkijan onkin itse mietittävä sopivin aineistonkeruumenetelmä, joka sopii parhaiten tutkimusongelman selvittämiseen. (Huovinen & Rovio 2007, 104–105; Kananen 2014, 27.) Alkukartoituksen kerääminen edellyttää kohderyhmälle suunnattua kyselyä. Aineistonkeruumenetelmänä päätin toteuttaa mielipidekyselyn webropolin avulla. Kyselyssä oli strukturoidut kysymykset. Kanasen (2019, 80–81) mukaan kyselylomake koostetaan yksityiskohtaisista kysymyksistä, joka edellyttää ilmiön hyvää tuntemusta. Teoriasta johdetuilla kysymyksillä voidaan varmistua, että kysytään oikeita kysymyksiä. Niinpä ennen kyselyn koostamista tutustuin tarkasti aiheeseen ja koostin teoriaosuuden valmiiksi. Tutkijana loin kyselylomakkeen, mutta kyselyn kohteena toimivat kotihoidon hoitajat.

Kyselylomakkeeseen päädyin valitsemaan Likert-asteikon, jota käytetään Metsämuurosen (2002, 100) mukaan usein asennetta mitattaessa. Likertin asteikko on tavallisesti 4- tai 5-portainen järjestysasteikon tasoinen asteikko, jossa toisessa päässä ollaan täysin samaa mieltä ja toisessa ääripäässä täysin eri mieltä, eli mitataan asennemuuttujaa. Vastaaja valitsee asteikosta parhaiten omaa käsitystä vastaavan vaihtoehdon. Vastausvaihtoehdoiksi kysymykseen asetin 0–5. Ajatuksella, että 0 ei kuulu mielestäni työnkuvaan. Tämän vaihtoehdon halusin ottaa mukaan, koska osaa kysymyksistä määrittelee lainsäädäntö. Lisäksi kotihoidossa työskentelee 10 sijaispoolilaista/resurssipoolilaista, joilla ei ole omahoidettavia asiakkaita, eli he eivät tee hoito- ja kuntoutussuunnitelmia, hoitopolkuja, RAI:ta ja erilaisia testejä. Vastaukset vaihtelevat siis 0–5 välillä, jolloin tulos on sitä korkeampi

mitä paremmaksi työntekijät arvioivat oman osaamisensa. Karkeasti voidaan arvioida, että selviytyäkseen kyseisesti työtehtävästä, olisi hyvä saada vähintään arvo 3. Kyselylomake rakennettiin ydinosaamisen teemojen pohjalta.

Lomake tulee ennen käyttöönottoa aina testata koejoukolla. Testauksessa selvitetään lomakkeen selkeys, sisällön toimivuus, vastaamiseen kuluva aika sekä onko jotain olennaista jäänyt kysymättä tai onko turhia kysymyksiä. (Vilka & Airaksinen 2003, 62; Heikkilä 2014, 58; Vehkalahti 2014, 48.) Oman kysymyslomakkeeni testautin seitsemällä työntekijällä, minkä jälkeen sain hiottua kaikki kysymykset oikeaan muotoon. Koejoukon avulla sain myös muutaman tärkeän kysymyksen lisää.

Kyselylomake (liite 2) webropol-linkkinä lähetettiin yhteensä 132 hoitajalle. Kyselylomakkeen mukana lähti kaikille sähköpostilla myös saatekirje. (liite 3) Linkki oli alun perin ajatuksena olla auki aikavälillä 14.10–3.11.2019. Vastauksia tuli vähäisesti, joten laitoin muistutusviestiä vastaamisesta yhteensä 3 kertaa. Lopulta päädyin jatkamaan kyselyn vastaamisaikaa vielä 5 päivää, jonka aikana sain 10 vastausta lisää. Todellisuudessa linkki oli siis avoinna aikavälin 14.10–8.11.2019. Vastaaminen tapahtui täysin anonymisti.

Aineiston keräyksen jälkeen aloitin aineiston käsittelyn. Heikkilän (2014, 138) mukaan tiedot tulee käsitellä niin, että tutkimuskysymykseen/kysymyksiin saadaan vastaus ja tutkimusongelma saadaan ratkaistua. Analyysivaiheessa tarkastelin, millaisissa kysymyksissä oma osaaminen arvioitiin heikoimmaksi. Aineiston kuvaamisessa tarkastelen tuloksia keskiarvojen perusteella. Tulokset esitän diagrammeina ja avaan niitä myös sanallisesti. Tuloksissa ei ole tarkoitus vertailla eri ammattiryhmien välistä osaamista, koska osaamisvaatimukset ja luvat ovat erilaiset eri koulutusten pohjalta.

Tulosten analysoinnin jälkeen toteutin tutkimuksen toinen vaiheen, jolloin tavoitteena oli paneutua niihin koulutuksellisiin tarpeisiin, joita kyselykartoituksesta nousi esille. Tämän tavoitteen toteuttamiseksi kävimme työryhmän kanssa tulokset läpi. Ideariihityyppisesti tapaamisissa etsimme kyselyn tulosten pohjalta kehittämistarpeet, joiden kautta hoitajan ammattitaitoa voidaan kehittää koulutuksellisten ratkaisujen avulla. Pohdimme, millaista koulutusta on tarpeen suunnitella ensi vuodelle, mitä tarvitsee hankkia, kuka kouluttaa, millaista koulutusta ostetaan ul-

kopuolelta ja lopuksi teimme vuosisuunnitelman, jossa käsitellään tarvittavat aiheet. Tämä vuosisuunnitelma toimii koulutussuunnitelmana (liite 4) ja on työni lopullinen tuotos.

4.4 Tutkimuksen aineistot

Aineisto kerättiin alkukartoituksen tuloksista, työryhmän keskustelujen yhteenvedoista, kuntoutusvastaavien tapaamisen yhteenvedosta, havainnoinnista, tutkimuspäiväkirjamerkinnoistä ja loppuarvioinnin tuloksista. Kyselyn avulla saatiin kaikkien vastanneiden hoitajien arvio omasta osaamisestaan esille. Työryhmän avulla saatiin selville myös sairaanhoitajien näkökulma koulutustarpeisiin, jota ei itse alkukyselyssä selvitetty. Pidin tärkeänä myös fysioterapeuttien ja kuntoutusvastaavien mielipiteiden esille saantia. Lopulliseen arviointiin halusin saada myös kotihoidon johtajan ja alue-esimiesten näkemyksen.

Alusta saakka pidin yllä tutkimuspäiväkirjaa, jonka koin erittäin tärkeäksi. Huovisen ja Rovion (2007, 107) mukaan toimintatutkija jäsentää tutkimuspäiväkirjan avulla ajatuksiaan. Kenttätapahtumat kannattaa merkata muistiin, samoin kootaan tietoa tutkimuksen etenemisestä, tunnelmista, palautteesta ja kysymyksistä. Havainnointi kuuluu myös olennaisena osana toimintatutkimuksen tiedonkeruumenetelmään. Tämä voidaankin lukea tärkeimmäksi menetelmäksi. (Kananen 2009, 25, 67.) Havainnointia toteutinkin koko prosessin ajan, kun tein yhteistyötä hoitajien kanssa.

4.4.1 Alkukartoituksen tulokset

Vastauksia sain lopulta yhteensä 50 kpl, eli vastausprosentti oli 38. Kysymyksiä lomakkeella oli yhteensä 99 kpl. 18 kysymykseen tuli 49 vastausta ja yhteen kysymykseen 48 vastausta ja 80 kysymykseen tuli 50 vastausta, eli lähestulkoon kaikki vastasivat jokaiseen kysymykseen. Seuraavaksi esittelen alkukartoituksen tulokset melko tarkkaan, koska näiden kysymysten myötä on mahdollista luoda koulutussuunnitelmasta laadukas kokonaisuus, jolla pystytään vastaamaan hoitajien kokemaan koulutustarpeeseen ja samalla asiakkaiden saamaan laadukkaaseen palveluun.

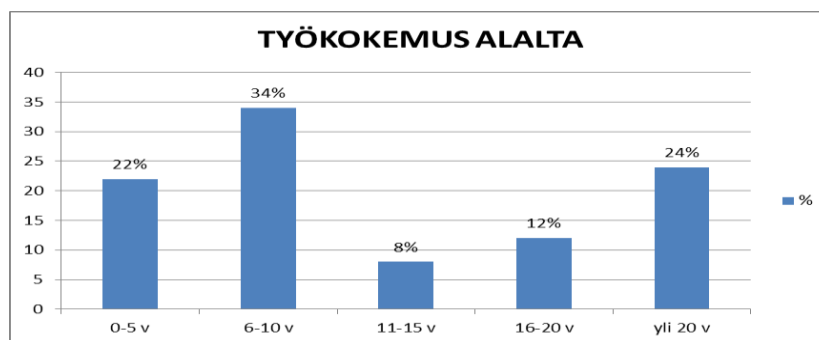
TAUSTATIEDOT

Vastaajista 96 % oli naisia ja ainoastaan 4 % miehiä.

Kyselyyn vastanneista kolmannes (34 %) työskenteli määräaikaisessa työsuhhteessa ja loput (66 %) olivat vakituisia työntekijöitä.

Kyselyyn ei vastannut yhtään kotiaivustajaa, toki kaupungilla työskentelee vain muutama kotiaivustaja. Kodinhoitajien vastauksia tuli 6 % ja loput 94 % vastaajista olivat lähihoitajia.

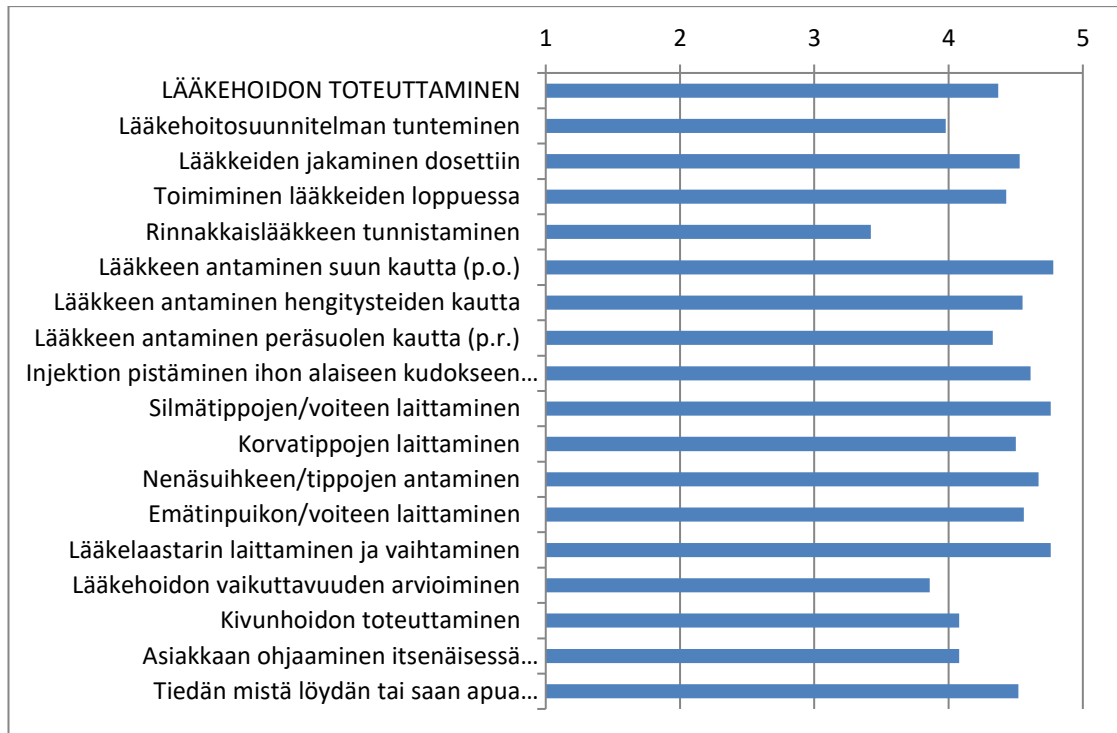
Hoitajien iän kysymisellä en kokenut olevan merkittävää arvoa, mutta työkokemusaikaa hoitotyöstä halusin kartoittaa. (Kuvio 2.) Tässä vastaukset jakaantuivat paljon. Kolmannella vastaajista (34 %) oli työkokemusta 6–10v, mutta neljännes (22 %) vastaajista olivat olleet alalla 0–5v ja samoin neljännes (24 %) yli 20v.



Kuvio 2. Kyselyyn vastanneiden työkokemusaika alalta. N=50.

LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAMINEN

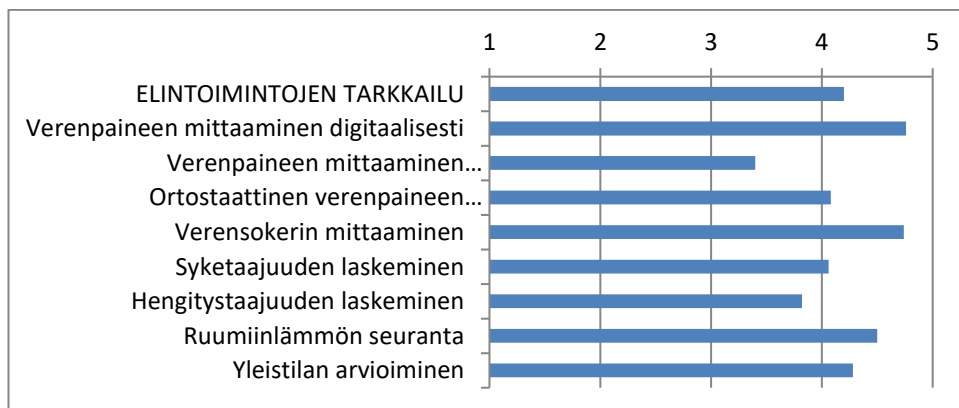
Lääkehoidon toteuttaminen (Kuvio 3.) sai hyvän arvioinnin. Vastaajat arvioivat suun kautta annettavan lääkkeen antamisen parhaimmalla arvosanalla keskiarvon ollessa 4,78. Myös lääkelaastarin vaihtaminen ja silmätippojen/voiteen laittaminen koettiin osaavan hyvin molempien saaden keskiarvoksi 4,76. Vastaajat kokivat rinnakkaislääkkeiden tunnistettavuuden heikoimmaksi osa-alueeksi keskiarvolla 3,42. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi sai toiseksi heikoimman keskiarvon 3,86. Lääkehoitosuunnitelman tunteminen sai arvosanan 3,98. Kaikki muut osamisalueen kysymykset saivat yli 4 arvosanan.



Kuvio 3. Arviointi lääkehoidon toteuttamisesta. N=50.

ELINTOIMINTOJEN TARKKAILU

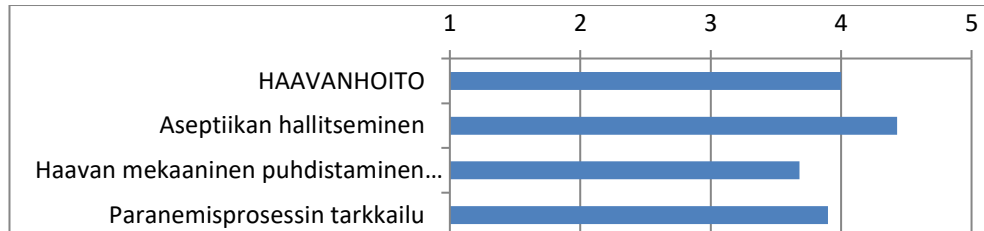
Elintoimintojen tarkkailussa (Kuvio 4.) kysymysten vastaukset hieman jakaantuivat. Vastaajat arvioivat parhaimmiksi taidokseen verenpaineen mittaamisen digitaalisesti arvosanalla 4,76 ja verensokerin mittaamisen arvosanalla 4,74. Alle arvosanan 4 jäi tässä osiossa verenpaineen mittaaminen manuaalisesti arvosanalla 3,4 ja hengitystaajuuden laskeminen arvosanalla 3,82.



Kuvio 4. Arviointi elintoimintojen tarkkailusta. N=50.

HAAVANHOITO

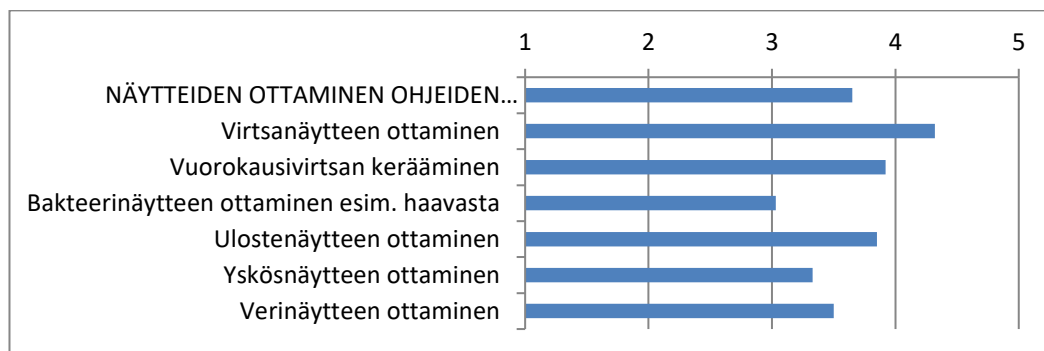
Haavanhoitotaidot (Kuvio 5.) koettiin hyväksi. Aseptiikka koettiin hallitsevan hyvin arvosanalla 4,43, Paranemisprosessin tarkkailu arvioitiin 3,9 arvosanan mukaiseksi ja haavan mekaaninen puhdistaminen ohjeiden mukaan sai arvosanan 3,68.



Kuvio 5. Arviointi haavanhoidosta. N=50.

NÄYTTEIDEN OTTAMINEN OHJEIDEN MUKAAN

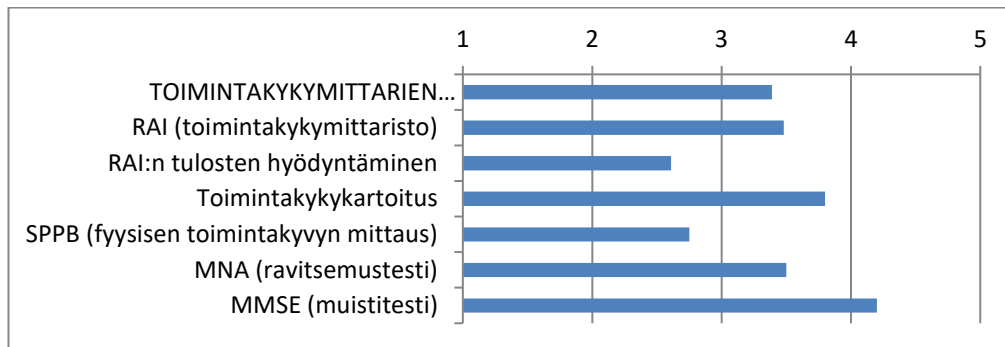
Näytteiden ottamisen (Kuvio 6.) vastaajat arvioivat monia muita osaamisalueita heikommaksi. Kokonaisarvosana oli kuitenkin tässäkin osaamisalueessa 3,65. Bakteerinäytteen ottamista haavoista arvioi vastaajat arvosanalla 3,03, yskösnäytteen arvosanalla 3,33 ja verinäytteen ottamisen arvosanalla 3,5. Toki yli puolet (55 %) vastasivat, etteivät koe tarvitsevansa tätä toimintoa omassa työssään. Kotihoidossa on koulutettu 36 lähihoitajaa verinäytteiden ottoa varten, eli nämä vastaukset ovat tulleet pelkästään heiltä. Kolmannes (32 %) vastaajista ilmoitti, ettei tarvitsisi työssään ottaa bakteerinäytettä. Tämä toiminto kuuluu myös lähihoitajan työtehtäviin, mutta käytännössä sairaanhoitajat ottavat nämä pääosin.



Kuvio 6. Arviointi näytteiden ottamisesta ohjeiden mukaan. N=50.

TOIMINTAKYKYMITTARIEN KÄYTTÄMINEN JA TULOSTEN ARVIOIMINEN

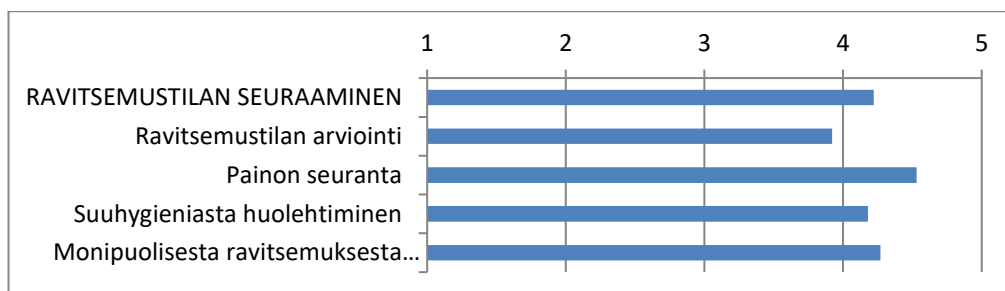
Toimintakykymittarien käyttäminen ja tulosten arvioiminen (Kuvio 7.) sai kokonaispisteissä yhden heikoimmista 3,39. Vaikka tämäkin arvosana on joka tapauksessa hyvä. Muistitestin MMSE koettiin osaavan tehdä parhaiten arvosanalla 4,2. SPPB (kävelytesti) sai arvosanan 2,75. Jopa 26,5 % vastaajista oli sitä mieltä, ettei testin tekeminen kuulu heidän työnkuvaansa. Kotihoidossa kuntoutusvastaavia on opetettu tekemään SPPB-testi, eli vastaukset muodostuvat kuntoutusvastaavien arvioinnista. RAI osattiin oman arvion mukaan suorittaa arvosanalla 3,48, mutta RAI:n tulosten hyödyntämisessä viidesosa (20,84 %) vastasi, ettei kuulu työnkuvaan, ja toiminto saikin arvosanan 2,61. SPPB ja RAI:n tulosten hyödyntäminen olivat koko kyselyn ainoat tulokset, jotka jäivät alle arvosanan 3.



Kuvio 7. Arviointi toimintakykymittarien käyttämisestä / tulosten tulkitsemisestä. N=50.

RAVITSEMUSTILAN SEURAMINEN

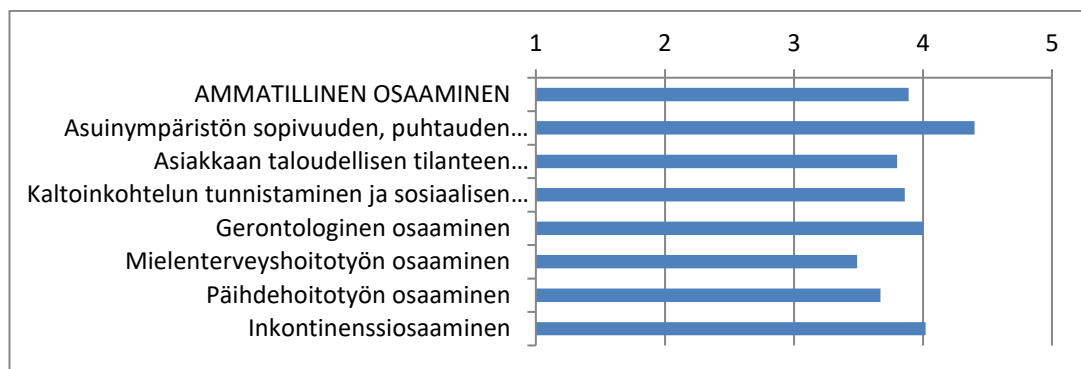
Ravitsemustilan seuraaminen (Kuvio 8.) sai vastaajilta hyvät pisteet kaiken kaikkiaan. Painon seuranta koettiin vahvana osaamisena arvosanalla 4,53. Ravitsemustilan arviointi koettiin heikoimmaksi, mutta sekin arvosanalla 3,92.



Kuvio 8. Arviointi ravitsemustilan seuraamisesta. N=49.

AMMATILLINEN OSAAMINEN

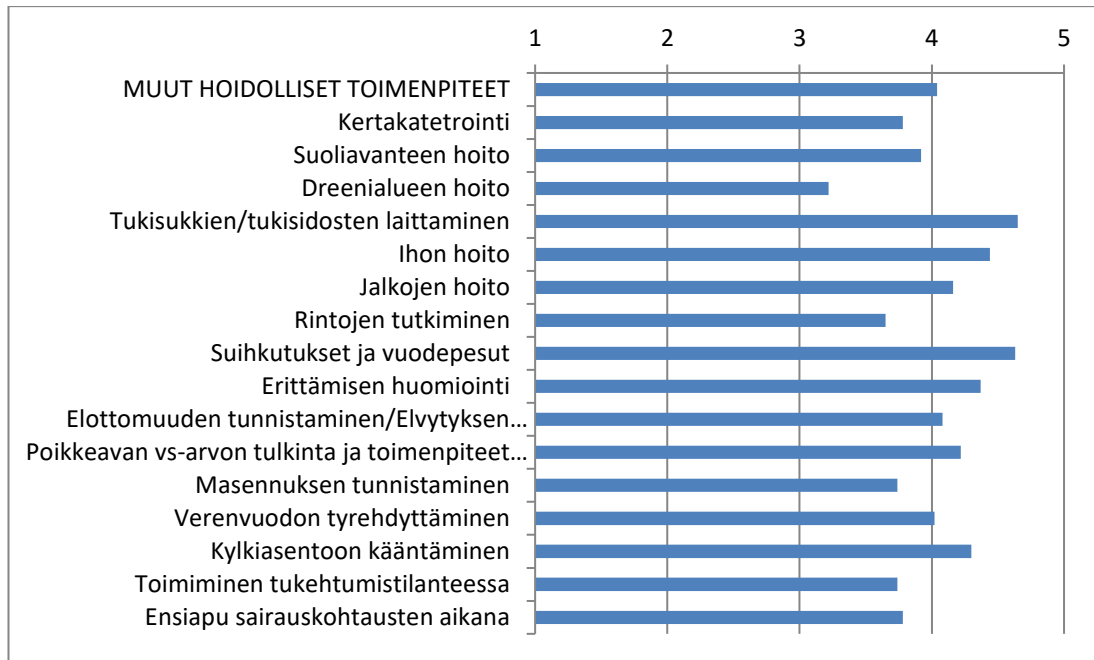
Ammatillinen osaaminen (Kuvio 9.) koettiin vahvaksi. Parhaimmat arvosanat saivat asuinympäristön sopivuuden huomioiminen 4,4, inkontinenssiosaaminen 4,02 ja gerontologinen osaaminen 4,0. Mielensterveyshoitotyön osaaminen koettiin heikoimmaksi arvosanalla 3,49 ja päihdehoitotyön osaaminen 3,67. Yksi vastaaja oli sitä mieltä, että asiakkaan taloudellisen tilanteen huomioiminen ei kuulu työnkuvaan. Mahdollisesti tämä työntekijä ei juuri tällä hetkellä työskentele asiakastyössä.



Kuvio 9. Arviointi omasta ammatillisesta osaamisesta. N=50.

MUUT HOIDOLLISET TOIMENPITEET

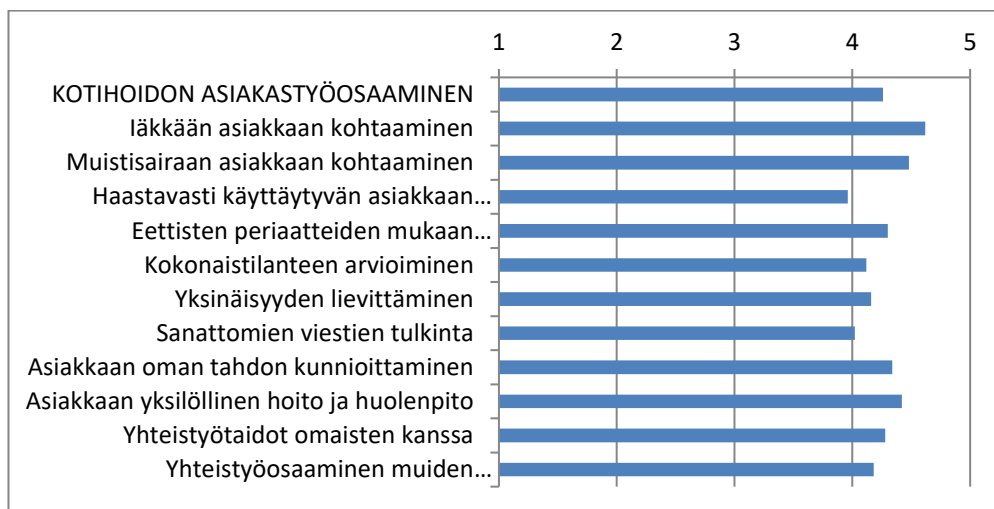
Muut hoidolliset toimenpiteet (Kuvio 10.) koettiin osaavan hyvin. Dreenialueen hoito sai heikoimmat arvosanat 3,22 sekä rintojen tutkiminen 3,65. Tukisukkien ja sidosten laittaminen koettiin vahvimaksi arvosanalla 4,65. Myös suihkutukset ja vuodepesut sujuivat hyvin arvosanalla 4,63.



Kuvio 10. Arviointi hoidollisten toimenpiteiden osaamisesta. N=50.

KOTIHOIDON ASIAKASTYÖOSAAMINEN

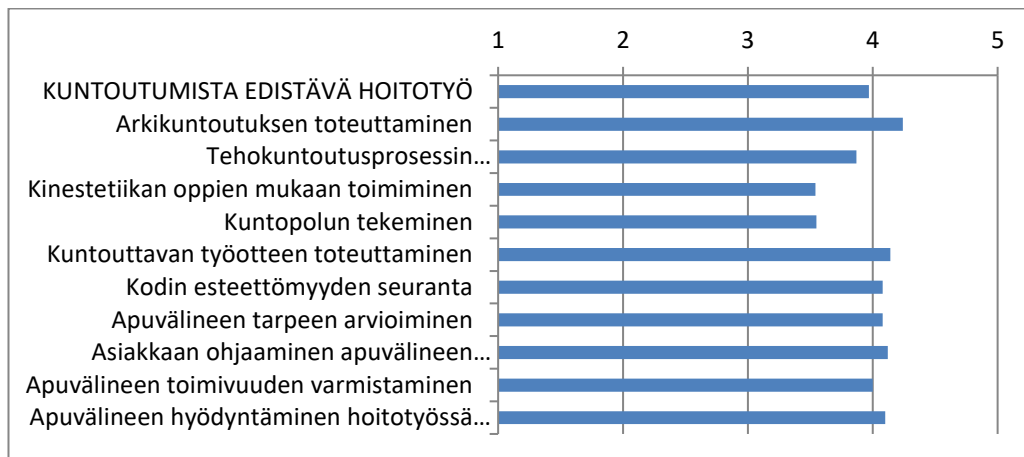
Kotihoidon asiakastyöosaaminen (Kuvio 11.) oli erittäin vahvaa vastaajien arvioinnissa. Hienoa nähdä, että juuri iäkkään asiakkaan kohtaaminen sai parhaan arvosanan 4,62. Myös muistisairaana asiakkaan kohtaaminen sai arvosanan 4,48. Alle 4 arvosanan sai tässä osaamisalueessa ainoastaan haastavasti käyttäytyvän asiakkaan kohtaaminen 3,96.



Kuvio 11. Arviointi kotihoidon asiakastyöosaamisesta. N=50.

KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ HOITOTYÖ

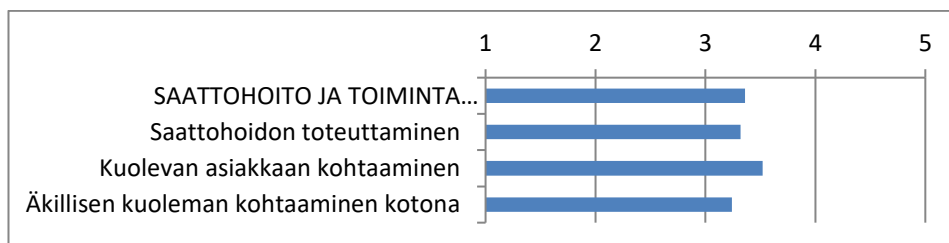
Kuntoutumista edistävän hoitotyön (Kuvio 12.) arvioitiin sujuvan hienosti. Arkikuntoutuksen toteuttaminen sai parhaan arvosanan 4,24. Myös kuntouttavan työotteen toteuttamisen vastaajat arvioivat arvosanalla 4,14. Heikoimman arvosanan sai kinestetiiikan oppien mukaan toimiminen 3,54. Kuntopolun tekeminen sai arvosanan 3,55 ja tehokuntoutusprosessin tunteminen/toteuttaminen arvosanan 3,87.



Kuvio 12. Arviointi kuntoutumista edistävästä hoitotyön taidoista. N=50.

SAATTOHOITO JA TOIMINTA KUOLEMAN JÄLKEEN

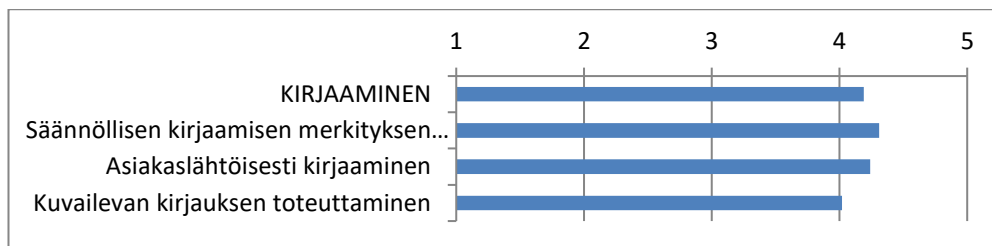
Saattohoitoon ja kuoleman jälkeisiin toimintatapoihin (Kuvio 13.) liittyvä osaamisalue sai kyselyn huonoimman kokonaisarvosanan 3,36. Kuolevan asiakkaan kohtaaminen arvioitiin arvosanalla 3,52, saattohoidon toteuttaminen arvosanalla 3,32 ja äkillisen kuoleman kohtaaminen kotona arvosanalla 3,24.



Kuvio 13. Arviointi saattohoidosta ja toiminnasta kuoleman jälkeen. N=50.

KIRJAAMINEN

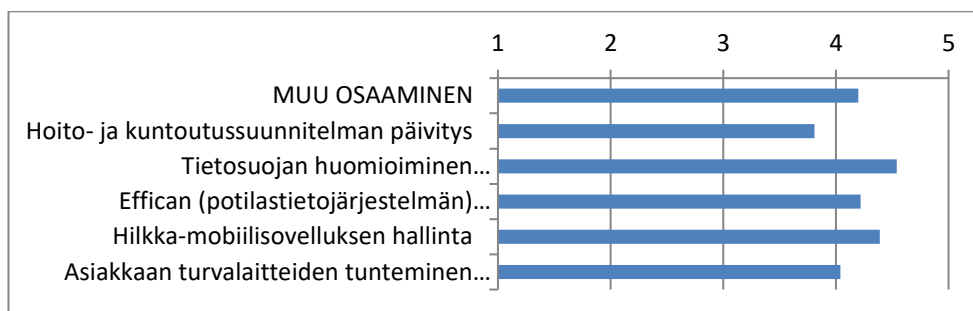
Kirjaaminen (Kuvio 14.) koettiin osaavan vahvasti. Säännöllisen kirjaamisen merkityksen ymmärtäminen arvioitiin arvosanalla 4,31, asiakaslähtöisen kirjaamisen arvosanalla 4,24, ja kuvailevaa kirjausta ilmoittivat vastaajat toteuttavansa arvosanalla 4,02.



Kuvio 14. Arviointi kirjaamisesta. N=50.

MUU OSAAMINEN

Muu osaaminen (Kuvio 15.) sai hienot arviot. Salassapitovelvollisuus ja tietosuojan huomioiminen koettiin vahvana arvosanalla 4,54. Hilkan mobiilisovelluksen käyttö arvioitiin arvosanalla 4,39. Hoito- ja kuntoutussuunnitelman päivittäminen sai tämän osion heikoimman tuloksen 3,81.



Kuvio 15. Arviointi muusta osaamisesta. N=50.

4.4.2 Työryhmien ja kuntoutusvastaavien tapaamisen yhteenvedot

Tutkimuksen toiseen vaiheeseen kuului työryhmän perustaminen, joka tulee koostamaan alkukartoituksen tulosten ja työryhmässä esille nousseiden kehittämistarpeiden perusteella koulutussuunnitelman. Työryhmä kokoontui ensimmäisen ker-

ran 4.12.2019. Tilaisuuteen saapui kaksi sairaanhoitajaa ja vain yksi lähihoitaja. Selvittelyn jälkeen todettiin, että lopuille lähihoitajista ei oltu pyynnöstä huolimatta työryhmää merkitty mobiilijärjestelmään. Työryhmä pääsi aloittamaan 15 minuuttia myöhässä suunnitellusta aloitusajankohdasta. Tunnin kuluttua toinen lähihoitaja saapui opiskelijan kanssa mukaan. Aluksi työryhmän vetäjänä esittelin PowerPointin avulla tutkimuksen tarkoituksen sekä kehittämistehtävät. Tämän jälkeen jaoin osallistujille muistilappuja ja pyysin vastaamaan kahteen kysymykseen. Ensimmäisenä pyysin merkitsemään omasta mielestään viisi tärkeintä osaamisaluetta kotihoidossa tällä hetkellä. Toisena kysymyksenä oli kirjoittaa omasta mielestään viisi tärkeintä kehittämisen kohdetta kotihoidon osaamisessa. Jokainen sai kertoa omat vastaukset, joista keskusteltiin pitkään.

Kysymysten ja keskustelun jälkeen katsoimme alkukartoituksen tulokset. Todettiin, että tulokset olivat jopa yllättävän hyvät. Todettiin myös, että hyvin samankaltaiset asiat nostettiin esille kehittämiskohteina myös työryhmässä, kuin mitkä hoitajien alkukartoituksessa nousi heikoimmiksi. Nämä aiheet olivat verenpaineen mittausmanuaalisesti, haastavien haavojen hoitaminen, erilaisten näytteiden ottaminen, Rai-tulosten hyödyntäminen, mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen, katetrointi ja saattohoito.

Lisäksi työryhmä nosti kehittämiskohteiksi sosiaalisten taitojen kehittämisen, ergonomian, apuvälineiden käytön, hoitajien oman päätöksentekokyvyn ja voimien arvioimisen. Lisäksi työryhmän esityksessä nousi esille kirjaamisen tärkeyden korostaminen, lääkehoidon osaaminen ja aseptiikan hallitseminen sekä avanteen hoito. Nämä olivat osaamisalueita, jotka kysyttiin kyselyssä ja jotka työntekijät itse olivat arvioineet hallitsevansa melko hyvin.

Ideoita syntyi keskustelun lomassa paljon. Päätimme, että koulutussuunnitelmaan sovitaan jokaiselle kuukaudelle oma teema (9 kpl), kesäkuukausille ei ole omaa teemaa. Tietyt aiheet, kuten kuntoutus, kinestetiikka ja Rai tulevat toimimaan ympärivuoden. Näihin lähes koko henkilökunta on saanut peruskoulutuksen, joten jatkossa näitä muistutellaan mieliin säännöllisesti. Oman haavatiimin perustamisen tärkeyttä kotihoitoon mietittiin. Todettiin, että katetrointiopetukseen olisi hyvä saada hankituksi oma torso kotihoidolle, tätä lähdetään esittämään.

Saattohoitokoulutuksen yritämme järjestää kehittämistyönä saattohoitokoulutusta käyvien opiskelijoiden järjestämänä. Myös seurakunnalta voisi kysyä koulutusta saattohoidon osalta. Kinestetiikan asioiden kertaamista ehdotetaan työpajoihin, joita kinestetiikan tutorit järjestävät. Apteekista kysytään koulutusta lääkehoitoon. Mikrobiologian puolelta selvitetään mahdollisuutta tulla kouluttamaan näyttötoota. Asiakasohjauksen puolelta päätimme kysyä muistihoitajaa kertomaan muistisairauksista ja näiden erilaisista piirteistä. Kotihoidon omaa psykiatrista tiimiä lähestymme mielenterveys- ja päihdeosaamisen sekä haastavasti käyttäytyvän asiakkaan kohtaamisen osalta. Alueella toimivan ensihoidon Community Paramedicin kautta yritämme saada koulutusta peruselintoimintojen tarkkailusta ja yleistilan arvioimisesta. Lisäksi tiimin sairaanhoitajien osaamista olisi työryhmän mielestä tärkeä saada mukaan kuukausittaisessa suunnitelmassa. Ryhmän vetäjänä pyysin miettimään pohdittuja asioita seuraavalle kerralle ja kysymään valmiiksi mahdollisia kouluttajia.

Tutkimuksen kannalta oli erittäin tärkeää saada esille nämä kaikki muutkin tarpeet, koska itse alkukartoituksesta unohtui lopulta avoin kohta, jossa olisi ollut mahdollisuus vastata sellaisia osaamistarpeita, joita kyselyssä ei suoraan kysytty. Työryhmä oli erittäin innostunut ja motivoitunut tehtävänannosta. Kaikki osallistuivat mielestäni tasapuolisesti. Keskustelua olisi riittänyt pitkään. Välillä ryhmän vetäjänä palautin keskustelun takaisin aiheeseen, jos alkoi mennä aiheen vierestä. Oma rooli ryhmän vetäjänä jäikin alun jälkeen vähäiseksi. Opiskelijalla oli ehtinyt aiemmin kertyä työkokemusta, ja nyt hänellä oli tärkeää tietoa, mitä oli saanut opiskelijan roolissa esille hoitajien osaamisesta. Koin, että tämä oli erittäin hyvä asia ja niinpä pyysin opiskelijaa osallistumaan myös seuraavaan työryhmän kokoontumiseen. Ylitimme lopulta hieman sovitun ajan ja sovimme, että järjestämme tammi-kuulle toisen tapaamisen, jossa jatkamme suunnitelman tekemistä. Työryhmän jälkeen kirjoitin tarkan muistion työryhmän tapaamisesta, jonka lähetin sähköpostilla osallistujille jälkikäteen.

11.12.2019 osallistuin kuntoutusvastaavien tapaamiseen, jossa oli mukana kotihoidon kaksi fysioterapeuttia ja kahdeksan kuntoutusvastaavaa. Halusin käydä alustavan koulutussuunnitelman heidän kanssaan läpi ja kuulla, ovatko he samoilla linjoilla siitä, mitä aiheita on syytä nostaa esille suunnitelmaan. Kaikki olivat sitä

mieltä, että oikeat ja erittäin tärkeät asiat on huomattu nostaa. Kenelläkään ei ollut mitään lisättävää suunnitelmaan. Samalla sain sovittua heidän kanssaan ensi vuodelle muutaman sellaisen teeman toteuttamisen, joissa tarvitaan nimenomaan fysioterapeutin ja kuntoutusvastaavien osaamista.

Työryhmän toinen tapaaminen oli 21.1.2020. Aikataulun mukaisesti tapaamiseen saapui samat kaksi lähihoitajaa ja kaksi sairaanhoitajaa, kun viime kerralla. Opiskelijana ollut lähihoitaja ei päässyt osallistumaan. Tapaamisen aluksi katsottiin edellisen palaverin muistio läpi ja pohdittiin, onko siitä herännyt ajatuksia jälkikäteen. Vetäjänä esittelin viime kerran tuotoksena syntyneen alustavan koulutussuunnitelman. Todettiin, että viestintä on niin tärkeä aihe, että se halutaan mukaan koulutussuunnitelmaan. Tiedonkulun ongelmat tulevat joka kerta esille myös työtyytyväisyyskyselyissä, eli tämä on varmasti aiheellinen kehittämiskohde kotihoidossakin. Muutama aihe on sellainen, että nämä olisi hyvä toteuttaa kotihoidon isossa palaverissa, joka järjestetään kahdesti vuodessa. Tällöin mahdollisimman moni pääsisi kuulemaan asian. Nämä aiheet olivat viestintä ja näytteiden otto.

Edellisen tapaamisen jälkeen on saatu selville, että kotihoidon psykiatrinen tiimi voisi toteuttaa syksyllä työpajan, jossa aiheena mielenterveys- ja päihdetyö sekä haastavasti käyttäytyvät asiakkaat. Katetrointiopetukseen on saatu lupa tilata oma torso kotihoidolle. Näytteiden ottamiseen on lupautunut mikrobiologialta kouluttaja. Community Paramedic on lupautunut kouluttamaan peruselintoimintojen tarkkailusta ja yleistilan arvioimisesta. Lääkehoitokoulutus saadaan järjestettyä apteekin toimesta. Kinestetiikkaa, ergonomiaa ja kuntoutusta on lupautunut kouluttamaan kinestetiikan tutorit, kotihoidon fysioterapeutit ja kuntoutusvastaavat. Saattohoiteemaan ehdotettiin, että kysytään palliatiivista asiantuntijahoitajaa keskussairaalasta järjestämään koulutusta.

Työryhmän kanssa neuvoteltiin, ja pohdittiin kenelle arviointi olisi hyvä lähettää ja lopuksi työryhmä suunnitteli mitkä asiat arvioinnissa olisi hyvä selvittää. Sovittiin, että työryhmä testaa arviointilomakkeen ennen sen eteenpäin laittamista.

Tässäkin tapaamisessa keskustelua syntyi paljon ja ryhmäläiset olivat äänessä enemmän, kun ryhmän vetäjä. Lopuksi vielä varmistettu, että koulutussuunnitelma on nyt sellainen, kun työryhmä on halunnut, eli kaikki tärkeät aiheet on ryhmän

mielestä otettu huomioon koulutussuunnitelmassa. Koostin palaverimuistion, jonka lähetin jälleen myöhemmin työryhmän osallistujille sähköpostilla. Lisäksi sovimme, että työryhmän vetäjänä kirjoitan koulutussuunnitelman puhtaaksi näiden muutosten pohjalta ja myös suunnitelma lähetetään kaikille vielä sähköpostiin.

4.4.3 Koulutussuunnitelman arviointi

Koulutussuunnitelmaa ei ehditä kokeilla käytännössä, joten päätin toteuttaa arvioinnin keräämisen webropol-kyselyllä. Työryhmä katsoi kyselyn läpi, mutta siihen ei tullut yhtään korjausehdotusta. Arviointi oli auki ajalla 12–21.2.2020. Kysely lähetettiin kotihoidon johtajalle, kahdelle alue-esimiehelle, kahdelle sairaanhoitajalle ja kahdelle lähihoitajalle. Kyselylomake piti sisällään 9 mielipidekyselyä ja yhden avoimen kysymyksen. (Liite 5). Vastauksen määräajassa sain kaikilta seitsemältä vastaajalta. Vastausprosentti oli täydet 100.

Tuloksien mukaan 71 % vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että koulutussuunnitelmassa on osattu ottaa huomioon keskeiset asiat. Kolmannes (29 %) oli lähes samaa mieltä. Avoimessa kysymyksessä tiedusteltiin, jos vastaajan mielestä koulutussuunnitelmasta puuttui jokin keskeinen ja tärkeä tema. Vastauksena sain kaksi aihetta, jotka olivat työssä jaksaminen ja suunnitelma keskeisistä hoitotyön toimenpiteistä, joista koulutusta tulisi järjestää jatkuvana ja säännöllisenä. Arjesta nousee vastaajan mielestä jatkuvasti uusia aiheita, joten joustavuus ja nopea reagointi koulutustarpeisiin tulisi turvata.

Suurin osa (86 %) vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että uskottiin työntekijöiden ammattitaidon kehittyvän koulutussuunnitelman käyttöönoton myötä. 14 % vastaajista oli lähes samaa mieltä tästä väittämästä. Kaikki vastaajat (100 %) olivat täysin samaa mieltä siitä, että koulutussuunnitelma on tarpeellinen. Koulutussuunnitelman sujuvuudesta kysyttäessä vastaukset hieman jakaantuivat. 57 % oli täysin samaa mieltä, loput 43 % olivat kuitenkin lähes samaa mieltä väittämästä.

71 % vastaajista oli täysin samaa mieltä, että koulutussuunnitelman toteutusaikataulu on sopiva. Loput 29 % olivat lähes samaa mieltä. Lähes kaikki (86 %) oli täysin samaa mieltä väittämästä, että asiakas hyötyy koulutussuunnitelmasta ja loput

14 % olivat lähes samaa mieltä. Koulutussuunnitelman toteutumiskelpoisuus kotihoidossa nähtiin heikoimpana, vaikka tämäkin väittämä sai hyvän arvioinnin. 43 % oli täysin samaa mieltä ja 57 % lähes samaa mieltä.

Kysyttäessä opinnäytetyön tavoitteen ja tarkoituksen toteumista koulutussuunnitelman kautta vastasi 86 % vastaajista olevansa täysin samaa mieltä ja 14 % vastaajista oli lähes samaa mieltä. Viimeisenä kysymyksenä vastaajia pyydettiin arvioimaan koulutussuunnitelma kouluarvosanoin 1–5. Keskiarvon mukaan koulutussuunnitelma sai vastaajien mielestä arvosanan 4,7.

5 JOHTOPÄÄTÖKSET

Teoriaosuudessa halusin lähteä liikkeelle käsitteiden avaamisella. Kotihoidon työ sijoittuu aina asiakkaan omaan kotiin ja hoitajat ovat mahdollisesti ainoita ihmisiä, joita kotona tavataan. Niinpä näin tärkeäksi kartoittaa alkuun sosiaalisen vanhenemisen käsitettä. Tämän käsitteen alle kuuluu mm. kotihoidon merkitys, hoivan käsite, yksinäisyys ja kodin merkityksen ymmärtäminen. Ilman ammatillisiin kompetensseihin perehtymistä en olisi pystynyt myöskään laatimaan oikeanlaisia kysymyksiä alkukartoituskyselyyn. Kotihoidon työssä korostuu gerontologinen ydinosaaminen ja hiljaisen tiedon hyödyntäminen. Työ koetaan kiireiseksi ja sekä henkisesti että fyysisesti raskaaksi, joten myös työmotivaation merkitys korostuu. Osaamisen johtaminen ja kehittäminen on kaiken keskiössä, jos halutaan puhua oppivasta organisaatiosta. Näitä aihealueita siis käsiteltiin teoriaosassa melko tarkkaan.

Lopulliseen koulutussuunnitelmaan pyrittiin nostamaan kaikki ne osa-alueet, jotka hoitajat itse arvioivat tarpeelliseksi. Lisäksi ne osa-alueet, jotka nousivat työryhmässä kaikkein tärkeimpänä. Mahdollisesti joitain olennaisia aiheita jäi nostamatta koulutussuunnitelmaan, mutta kotihoidon kiireisessä arjessa koulutuksille ei voida järjestää määräänsä enempää aikaa. Lähtökohtana pyrin pitämään sitä, että suunnitelma tulee hoitajien käyttöön ja he itse ovat parhaita kertomaan mitä tarvitaan.

Kotihoidon työssä, samoin kun kaikessa ikäihmisten parissa tehtävässä työssä korostuu sosiaalinen vuorovaikutus ja gerontologinen osaaminen. Alusta saakka tavoitteenani oli selvittää näitä taitoja ja osaamista hoitotoimenpiteiden rinnalla. Työryhmissä kuitenkin käsiteltiin paljolti hoitotoimenpiteiden suorittamista ja tässä tarvittavaa osaamista, sosiaalinen vuorovaikutusosaaminen jäi yllättävän pieneen osaan. Tätä mahdollisesti selittää se, että työryhmän jäsenet olivat lähihoitajia ja sairaanhoitajia, jolloin heillä on vahva terveydenhoidollinen koulutus, tausta ja ajattelumalli. Onneksi asiakkaan kohtaaminen ja sosiaalisten taitojen kehittäminen nousivat esille muutaman työryhmän jäsenen vastauksissa pyydettyä mieltämään tärkeimpiä kehittämiskohteita.

Koulutustarpeet tulee lähteä työyhteisön tarpeista ja koulutussuunnitelmaa tulevat hyödyntämään nimenomaan kotihoidon hoitajat. Koulutustarpeet tulee kuitenkin asettaa samalla ikäihmisten arkeen. Toki hoidolliset toimenpiteet vaikuttavat suuressa määrin asiakkaan toimintakykyyn ja tätä kautta heidän koettuun elämänlaatuun. Kuntoutuksen tukeminen esimerkiksi taas vaikuttaa siihen, että asiakas pystyy asumaan omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Tämän vuoksi tutkimuksessa on tärkeää avata melko tarkastikin alkukartoituksen tulokset, vaikka ne pääosin liittyvätkin hoitotoimenpiteiden suorittamiseen ja koettuun taitoon, mutta samalla vaikuttavat kokonaisuuteen.

Alkukartoituksen tulokset olivat monilta osin yhteneväiset kukoistava kotihoitohankkeessa saatujen tulosten kanssa. Hoitajat arvioivat molemmissa osaamisen vahvaksi ravitsemustilan seurannassa, apuvälineosaamisessa, muistisairaana asiakkaan kohtaamisessa ja yhteistyössä omaisten kanssa. Hieman heikommat tulokset molemmissa tutkimuksissa saivat saattohoito, toiminta äkillisen kuoleman kohdatessa, päihde- ja mielenterveystyö, ensiavun antaminen ja katetroiminen.

Hoitajien itsearviointin mukaan tulokset eivät kohdanneet täysin Hassin (2009, 92–124) tutkimustulosten kanssa. Hoitotyön prosessien hallinta, hoidolliset toimenpiteet, lääkehoito, kuntouttava hoitotyö, gerontologinen osaaminen ja vanhus-työssä tarvittava erikoisosaaminen saivat kaikki hyvät arvosanat tämän tutkimuksen mukaan, toisin kun Hassin tutkimuksessa.

Ensimmäinen kehittämistehtäväni oli selvittää, miten kotihoidon hoitajat kokevat oman osaamisensa. Alun perin ajatukseni oli, että asetan tavoitetasoksi arvosanan 3. Eli koulutussuunnitelmaan poimitaan lähinnä alta 3 tuloksen saaneet aihealueet. Yllätykseksi kaikkien 99 kysymyksen jälkeen ainoastaan 2 kysymystä sai arvosanan, joka jäi alle tämän tavoitteen. Niinpä otin seuraavaksi lähempään tarkasteluun alle 3.8 arvosanan saaneet aihealueet, joita löytyi enemmän. Tutkijana olin hieman yllättynyt tuloksista, jotka olivat mielestäni todella hyvät. Toki vastaajia oli ainoastaan 50, eli avoimeksi jäi, voiko olla mahdollista, että juuri osaavimmat ja taitavimmat työntekijät vastasivat kysymyksiin. Ainakaan työkokemuksen mukaan vastaukset eivät antaneet viitettä siihen, että vastaajat olisivat olleet pelkästään pitkän työkokemuksen omaavia.

Lääkehoidon toteuttaminen sai parhaimman kokonaisarvosanan 4,37. Tämä on erittäin ilahduttava asia, koska lääkehoito kuuluu isona osana ikääntyneen turvalliseen hoitoon. Lääkehoidon toteutuksen vastuu jakautuu monelle taholle, myös ikääntyneelle itselleen ja hänen läheisilleen. Kokonaisvastuu on aina lääkärillä, mutta vastuu kuuluu myös hoitohenkilökunnalle. Lääkehoidon turvallinen toteuttaminen vaatii hoitohenkilökunnalta hyvää osaamista mm. lääkkeiden vaikutuksista, haitta- ja yhteisvaikutuksista, säilytyksestä ja annostelusta. Lääkehoidon turvallista toteuttamista säädelläänkin tarkasti työntekijöiden ammatillisen koulutuksen ja lupakäytäntöjen kautta. (Ikonen & Julkunen 2008, 152–153; Kivelä & Vaapio 2011, 72; Kelo ym. 2015, 172.)

Kotihoidon asiakastyöosaaminen sai toiseksi parhaan kokonaispisteen 4,26. Varsinkin iäkkään asiakkaan kohtaaminen ja muistisairaana asiakkaan kohtaaminen koettiin vahvaksi osaamisen alueeksi. Ainoastaan haastavasti käyttäytyvän asiakkaan kohtaaminen sai alle 4 arvosanan tässä kokonaisuudessa.

Ikääntyneiden yksinäisyydestä puhuminen ja sen tunnistaminen voi olla haastavaa, joten työntekijöiden tulisikin tiedostaa ongelman yleisyys ja yksinäisyyden kokemiseen yhteydessä olevat tekijät. Yksinäisyydellä on monia vaikutuksia elämänlaatuun, kuten paranemisen hidastumiseen, uniongelmiin ja ruokahaluttomuuteen, kivun tuntemisen korostumiseen, sairaalahoitoon hakeutumisen lisääntymiseen, masennuksen lisääntymiseen, päihteiden väärinkäyttöön ja varhaisen kuoleman riskiin. Naisten on todettu kokevan miehiä useammin yksinäisyyttä. Tämän voidaan ajatella johtuvan siitä, että naiset ilmaisevat usein miehiä herkemmin tunteitaan ja miehillä voi olla vaikeampaa solmia sosiaalisia suhteita. (Kelo ym. 2015, 110, 116.) Tämän tutkimuksen mukaan hoitajilla on keinoja käytettävissään yksinäisyyden lievittämiseen.

Hoitajan on ymmärrettävä ikäihmisen kokonaistilanne. Työssä korostuu vuorovaiikutustaidot, ymmärtäminen ja arjen yli näkeminen. Hoitajan tulee ymmärtää myös sanatonta viestintää, osattava tulkita ja tunnistaa asioita. Hoitajalta myös vaaditaan tilanneherkkyyttä ja tunneälyä havaita asioita oikeaan aikaan. (Ikonen & Julkunen 2008, 134.) Nämä osaamisalueet arvioitiin hoitajien mukaan hyväksi tässä tutkimuksessa.

Ravitsemustilan seuraaminen sai kolmanneksi parhaan kokonaisarvosanan 4,22. Tämä hieman eroaa muista vastaavista tutkimuksista, joiden mukaan on todettu, että Suomessa hoitohenkilökunta tunnistaa huonosti aliravitsemuksen, eikä ravitsemushoidon mahdollisuuksia osata hyödyntää riittävästi. Tähän mahdollisesti vaikuttaa se, että kotihoidossa on viimeisen puolen vuoden aikana pidetty muutama luento ravitsemuksesta. Varsinaista ravitsemukseen liittyvää koulutusta kuuluu Kivelän ja Vaapion (2011, 31) mukaan hoitotyön opintoihin vähäisesti. Hyvä ravitsemus edistää terveyttä ja vaikuttaa ehkäisevästi sairauksien puhkeamiseen. Kotihoidon työntekijät auttavat asiakasta ruoan hankinnassa tai jopa tilaavat ruoan asiakkaan puolesta, joten heillä tulee olla tarvittavat tiedot hyvästä ravitsemuksesta. (Ikonen & Julkunen 2008, 172.)

Yli 70 vuotta täyttäneillä alkaa haurastumisen riski lisääntyä merkittävästi, jolloin ravinnonsaantiin ja riskeihin liittyvät tekijät eivät ole enää verrattavissa nuorempien vastaaviin tekijöihin, vaan niihin vaikuttavat ikääntyneen kokonaistilanne, sairaudet ja toimintakyky. Huomattava osa eläkkeelle jäävistä on ylipainoisia. Iän karttuessa ja sairauksien seurauksena ruokahalu usein heikkenee ja aterioiden määrä vähenee, jolloin ravinnonsaanti heikkenee ja paino alkaa laskea. Ravitsemusongelmat johtavat iäkkäillä pitkittyessä ja hoitamattomina virheravitsemuksen kierteeseen. Iäkkään toimintakyvyn heiketessä alkaa paino laskea, tulee erilaisia iho-ongelmia ja infektiokierteitä. Sairauksista toipuminen voi hidastua ja tämä saattaa vaikuttaa sairaalassaoloajan pitenemiseen. Hoitamattoman virheravitsemuksen on todettu vaikuttavan myös kuolleisuuteen lisääntyvästi. (Suominen 2013, 485–486.)

Elintoimintojen tarkkailu sai kokonaispisteissä arvosanaksi 4,2. Verenpaineen mittaaminen manuaalisesti arvioitiin heikoimmaksi arvosanalla 3,4 sekä hengitystajuuden laskeminen sai arvosanan 3,82. Samanlaisia tuloksia on kantautunut korviini myös yhteistyötaho CP-yksiköstä. Heidän mukaansa esimerkiksi juuri hengitys- ja syketaajuuden mittaamisesta on jäänyt epäily, että kotihoidon työntekijät eivät välttämättä osaa näitä laskea oikein.

Muu osaaminen sai kokonaisarvosanan 4,2. Tässä arvioitiin mm. potilastietojärjestelmän ja mobiilisovelluksen käyttöä sekä turvalaitteiden tuntemista ja hallintaa. Kirjaaminen arvioitiin kokonaisarvosanalla 4,19. Tähän onkin perehdytty kansakoulukirjaamisen oppien myötä viimeisen vuoden aikana.

Muut hoidolliset toimenpiteet saivat kokonaisarvosanan 4,04, joista haavanhoito sai kokonaisarvosanan 4. Kotihoidossa ei ole nimettyjä haavanhoitajia, eli sairaanhoitajien rinnalla myös kaikkien lähihoitajien vastuulle kuuluu haavanhoito. Työryhmässä heräsi ajatus, että kotihoitoon olisi hyvä perustaa oma haavanhoitotiimi, joka voisi kokoontua pohtimaan haastavien haavojen hoitoa.

Kuntoutumista edistävä hoitotyö sai kokonaisarvosanan 3,97. Apuvälineet kuuluvat vahvasti kotihoitotyön arkeen ja henkilökunnan onkin hyvä hallita apuvälineosaamisen perusasiat. Työn ohessa henkilökunta tarkkailee asiakkaan arjen sujumista. Fyysiset toimintakyvyn muutokset onkin hyvä huomata ajoissa. Ajoissa oikean apuvälineen hankkiminen tukee kotihoidon asiakkaan itsenäistä suoriutumista arjessa. (Ikonen & Julkunen 2008, 82–84.) Apuvälineosaaminen saikin kaiken kaikkiaan yli 4 arvosanat.

Ammatillinen osaaminen sai kokonaisarvosanan 3,89. Gerontologinen osaaminen sai arvosanan 4, mutta päihdetyön osaaminen 3,67 ja mielenterveyshoitotyön osaaminen 3,49. Hyvällä mielenterveydellä on valtava merkitys siinä, että ikääntyvät pystyvät elämään aktiivista, laadukasta ja tervettä elämää, lisäksi se vahvistaa heidän fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyään sekä auttaa selviämään elämään liittyvistä isoista muutoksista. Ikääntyneen mielenterveyttä voi horjuttaa erilaiset menetykset, sairaudet, kipu, sosiaalisten suhteiden väheneminen, yksinäisyys, syrjäytyminen, köyhyys, kaltoin kohtelut sekä päihdeongelmat. Toimintakyvyn tukemisen ja vahvistamisen näkökulmasta mielen voimavarat ja hyvinvointi ovat yhtä tärkeitä, kun fyysinen kunto ja terveys. Onnistumisen kannalta on merkityksellistä, kuinka hyvin ikääntynyt pystyy kompensoimaan heikentynyttä toimintakykyään. (Kelo ym. 2015, 106, 108.)

Eläkeikäisen väestön terveystilanteen –kyselyn tulosten mukaan alkoholia käyttävien ikääntyneiden määrä on lisääntynyt tasaisesti viimeisen parin vuosikymmenen ajan. Miehillä alkoholin käyttö on selvästi yleisempää, mutta ero naisiin on alkanut kaventua. (Mäkelä & Teinilä 2009, 208–209.) Ikääntyneen normaalit elimistön fysiologiset muutokset herkistävät ikääntyneet alkoholin haittavaikutuksille. Haittavaikutukset voivat olla mm. fyysisiä, psyykkisiä, kognitiivisia tai sosiaalisia sekä pitkittyessään alkoholinkäyttö aiheuttaa myös taloudellisia ongelmia. Ikääntyneet käyttävät yleensä useita lääkkeitä, jolloin lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaiku-

tuksesta syntyä haittavaikutuksia. Terveyshaittojen ja sosiaalisten ongelmien vuoksi ikääntyneet riskikäyttäjät tulisi havaita ja tunnistaa. Ikääntyneet eivät välttämättä itse myönnä alkoholinkäyttöä, eikä henkilökunta ota asiaa puheeksi tarpeeksi usein. Henkilökunta voi pitää alkoholinkäyttöä yksityisasiana ja puuttumattomuutta on perusteltu myös vedoten iäkkään itsemääräämisoikeuteen. Hoitoa ei kuitenkaan päästä aloittamaan, ennen kuin alkoholinkäyttö on havaittu ja nostettu esille. (Kelo ym. 2015, 138–142.)

Toisena kehittämistehtävänä halusin selvittää, mitkä osa-alueet kotihoidon hoitajat arvioivat heikoimmaksi omassa osaamisessaan. Saattohoito ja toiminta kuoleman jälkeen saivat hoitajien arvioimana heikoimman kokonaispisteen 3,36. Saattohoidossa korostuu kuolevan iäkkään kokonaisvaltainen hyvä hoito unohtamatta omaisten tukemista. Oireita hallitaan laadukkaasti ja loppuelämän vaiheesta pyritään tekemään mahdollisimman kivuton. Saattohoito koetaan raskaana henkilökunnan keskuudessa, eli myös heidän jaksamisestaan on huolehdittava. Selvitysten mukaan saattohoidon laadussa ja saatavuudessa on Suomessa vaihtelua ja epätasa-arvoa. Laadusta puhuttaessa nostetaan esille yleensä kuolevan ali- tai ylihoitaminen. Alihoitamisessa usein osa kivuista ja kärsimyksistä jää hoitamatta ja ylihoidosta puhuttaessa kuolevalle yleensä tehdään toimenpiteitä, jotka lisäävät kipua, kärsimystä ja epämukavaa oloa. Ylimääräiset ja potilasta kuormittavat tutkimukset ovat turhia, jos ei niillä ole enää merkitystä hoitoon. Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut vuonna 2010 saattohoitosuosituksen, jonka tarkoituksena on turvata hyvä saattohoito jokaisen kuolevan ihmisen oikeutena. (Kelo ym. 2015, 260–262.)

Kuolevan asiakkaan kohtaaminen, kuoleman ymmärtäminen ja kuolevien hoito vaativat monipuolista ymmärrystä, osaamista ja koulutusta. Ihmissuhdetaidot ja eettisten vaatimusten toteuttaminen korostuvat elämän viimeisten vaiheiden hoidossa. Sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitosuosituksissa vuodelta 2010 määrittelee, että saattohoidossa työskentelevillä tulee olla ajankohtaiset tiedot sairauksien hoidosta ja saattohoidosta sekä erityisosaamista erilaisten oireiden hoidosta. (Kivelä & Vaapio 2011, 119, 122.) Saattohoitokoulutus on jo aiemmin asetettu Seinäjoen kaupungilla koko ikäihmisten palveluiden koulutustavoitteeksi.

Toiseksi huonoimman kokonaisarvosanan 3,39 sai toimintakykymittarien käyttäminen ja tulosten arvioiminen. Rai:n tulosten hyödyntäminen ja SPPB-testi sai koko kyselyn heikoimmat arvosanat 2,61 ja 2,75. Mittareista ainoastaan MMSE ylsi yli nelosen arvosanalle (4,2). Rai-koulutuksiin ja tulosten hyödynnettävyyteen tullaan paneutumaan tänä vuonna jatkuvan koulutuksen avulla.

Kotihoidossa on käytössä MNA (Mini nutritional assesment) –lomake, joka on kehitetty erityisesti yli 65-vuotiaiden ravitsemustilan arviointiin. Mittarin kokonaispisteiden perusteella voidaan tehdä päätelmiä ravitsemustilasta ja virheravitsemuksen riskistä. Suomalaisen tutkimuksen mukaan 80 ikävuoden jälkeen alkaa virheravitsemus lisääntyä nopeasti kotona asuvilla ihmisillä. Kotihoidon iäkkäillä asiakkailla riski virheravitsemukselle on lisääntynyt lähes puolella, lisäksi hieman alle 10 %:lla ravitsemustila on jo heikko. Huomioitavaa on myös, että muistisairauksiin liittyy usein tahaton painonlasku, johon tulisi nopeasti puuttua. Muistisairaalla esiintyy usein lisäksi muita ruokailuun liittyviä ongelmia, kuten nielemisvaikeuksia, muutoksia maku- ja hajuaistissa sekä syömistä vaikeuttavia hahmottamisongelmia. (Soini 2009, 197–198; Suominen 2013, 487, 490.) MNA-testin käytön hoitajat arvioivat tässä tutkimuksessa arvosanalla 3,5.

Kolmanneksi heikomman kokonaisarvosanan 3,65 sai näytteiden ottaminen ohjeiden mukaan. Kotihoidossa eniten otetaan lähihoitajien toimesta virtsanäytteitä ja tämä taito vastausten mukaan onkin hallussa. Sairaanhoitajat ottavat kotihoidossa pääosin verinäytteet ja muut haastavimmat näytteet. Keskussairaalan mikrobiologian toimintayksiköstä tulemme saamaan koulutusta näytteiden ottamisesta.

Kolmannessa kehittämistehtävässä halusin selvittää, mitä kehittämistarpeita kotihoidon hoitajien itse arvioidussa osaamisessa nousee. Tässä tulee esille samoja aiheita, kun edellisessä kehittämistehtävässä. Alla on yhteenvetona kerätty kaikki alle 3.8 arvosanan saaneet osa-alueet paremmuusjärjestyksessä (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Alle 3,8 arvosanan saaneet kysymykset.

Kertakatetrointi	3,78
Ensiapu sairauskohtausten aikana	3,78
Toimiminen tukehtumistilanteessa	3,74

Masennuksen tunnistaminen	3,74
Haavan mekaaninen puhdistaminen ohjeen mukaisesti	3,68
Päihdehoitotyön osaaminen	3,67
Rintojen tutkiminen	3,65
Kuntopolun tekeminen	3,55
Kinestetiikan oppien mukaan toimiminen	3,54
Kuolevan asiakkaan kohtaaminen	3,52
Verinäytteen ottaminen	3,5
MNA (ravitsemustestin) käyttäminen	3,5
Mielenterveyshoitotyön osaaminen	3,49
RAI (toimintakykymittariston) käyttäminen	3,48
Rinnakkaislääkkeen tunteminen	3,42
Verenpaineen mittaaminen manuaalisesti	3,4
Saattohoidon toteuttaminen	3,32
Yskösnäytteen ottaminen	3,33
Äkillisen kuoleman kohtaaminen kotona	3,24
Dreenialueen hoito	3,22
Bakteerinäytteen ottaminen esim. haavasta	3,03
SPPB (fyysisen toimintakyvyn mittaus)	2,75
RAI:n tulosten hyödyntäminen	2,61

Näitä osaamistarpeita on pyritty kattavasti ottamaan huomioon koulutussuunnitelman luomisessa. Ainoastaan rintojen tutkiminen, MNA-testin tekeminen ja dreeni-alueen hoito jäivät koulutussuunnitelman ulkopuolelle.

6 POHDINTA JA EETTINEN ARVIOINTI

Kehittämävastaavan työssä suunnittelen erilaisia koulutuksia kotihoidon hoitajille. En kuitenkaan ole aina täysin varma siitä, millaista koulutusta olisi tarpeen järjestää milloinkin. Koulutustarpeet tulisi kuitenkin lähteä työyhteisön tarpeista, joten koin tarpeelliseksi vuosittaisen koulutus suunnitelman luomisen kotihoitoon yhdessä työntekijöiden kanssa. Suunnitelman avulla voidaan varmistaa hoitajien osaaaminen ja asioiden päivittäminen säännöllisesti. Tämä vaikuttaa kotihoidon palvelujen laatuun suuresti ja uskon asiakkaiden saavan tästä suurimman hyödyn.

Koulutus suunnitelman toivon motivoivan henkilökuntaa työssään, lisäksi työskentelyyn tulee lisää varmuutta, jos hoitotoimenpiteiden suorittaminen on ammattitaitoista. Kotihoidossa täytyy tehdä nopeita ratkaisuja yksin, eli työ on hyvin itsenäistä. Jokaisessa tiimissä on sairaanhoitaja, mutta myös lähihoitajan tulee tehdä työtä ammattitaidolla. Sijaisia ja uusia työntekijöitä on nykyään entistä hankalampi löytää, joten toivon, että ammattitaidon kehittyminen pitää kotihoidon työn kiinnostavana ja kotihoidon haluttavana työyhteisönä, jonne on mahdollista saada motivoituneita työntekijöitä myös jatkossa.

Alkukartoituskysely lähetettiin kaikille kotihoidon hoitajille, joita oli yhteensä 132 henkilöä. Kyselylomake testattiin ennen lähetystä pienelle joukolle, jolla varmistettiin, että kaikki ymmärtävät kysymykset oikein ja että kyselyssä kysytään oikeita asioita. Teoriaosuudessa yritin etsiä kattavasti tietoa ja tutustua aikaisempiin löytämiini vastaaviin tutkimuksiin, jolla sain varmistuksen, että kysyn oikeita asioita. Kyselylomakkeen ensimmäisenä kysymyksenä oli, että ymmärrän saatesanoissa kerrotut ehdot ja suostun, että vastauksiani käsitellään nimettömänä opinnäyte työssä ja kerroin, että valmis työ tullaan julkaisemaan Theseuksessa. Kaikki vastaajat olivat antaneet tähän kysymykseen suostumuksensa, joten vastaaminen tapahtui täysin vapaaehtoisesti ja anonyymisti. Vastaajalle annettiin myös mahdollisuus jättää vastaamatta kysymykseen, jos näin halusi. Lähes kaikki työntekijät vastasivat kuitenkin kaikkiin kysymyksiin.

Vastausprosentti jäi alhaiseksi alkukartoituksessa (38 %), joten alkuun ajattelin, että näillä tuloksilla en saisi tehtyä luotettavaa tutkimusta. Jälkikäteen uskon kuitenkin, että aineistosta saatiin nostettua esille olennaiset kehittämiskohteet. Tulok-

sia tarkasteltiin analysoinnin jälkeen myös työryhmän ja kuntoutusvastaavien kesken, jolloin saatiin esille heidänkin mielestään tärkeät koulutustarpeet. Arvioinnissa vastausprosentti oli onneksi täydet 100, eli tästä sain hyvin kattavan tuloksen.

Sosiaalisen osaamisen pohtiminen jäi yllättävän pieneen rooliin työryhmätapaamisissa. Olisin toivonut, että tätä aihetta olisi päästy pohtimaan enemmän. Muutaman osallistujan kohdalla tämä nostettiin tärkeäksi kehittämiskohteeksi. Uskon, että kotihoidon työntekijöillä oletetaan automaattisesti olevan hyvät sosiaaliset taidot jo ennestään, eli tätä ei välttämättä edes huomattu ottaa esille, vaan keskityttiin enemmän pohtimaan osaamista nimenomaan hoitotoimenpiteiden suorittamisessa. Jälkikäteen ajatellen alkukartoituksen kysymyksiin olisi ollut viisasta sisällyttää vielä enemmän kysymyksiä, joissa olisi täytynyt pohtia syvällisemmin omia sosiaalisia taitojaan.

Pyrin käsittelemään alkukartoituksen tuloksia niin, etten tuonut omia ajatuksiani esille, vaikka ala onkin itselle tuttu, mutta tarkoituksena on kuitenkin kerätä kehittämistarpeet suoraan hoitajilta. Toki toiminnallisessa tutkimuksessa olin tutkijana vahvasti mukana kehittämistyössä. Pyrin välttämään omien mielipiteideni esille tuontia kehittämispäivissä. Ennen tutkimuksen alkua yritin pohtia mielessäni aiheita, joita alkukartoituksesta nousee esille. Mietin aiheita, joihin itse olen työurani aikana kotihoidossa kiinnittänyt huomiota. Yllätykseksi monet näistä omista kehittämistarpeiksi nousseista aiheista ei tullutkaan esille hoitajien itsearvioinnissa. Niinpä näitä ei nostettu esille myöskään koulutussuunnitelmaa pohtiessa. Huovinen ja Rovio (2007, 97) muistuttavatkin, että omien esioletusten tunnistaminen on askel kohti objektiivisuutta.

Toimintatutkimuksen luotettavuuskriteerit ovat enemmän tarkoituksenmukaisissa ratkaisuisissa, menetelmällisyydessä ja objektiivisuudessa. Näiden lisäksi kehittämistyössä luotettavuus tarkoittaa ennen kaikkea myös käyttökelpoisuutta. Todenmukainen tieto ei riitä, vaan tiedon tulee olla myös hyödyllistä. (Toikko & Rantanen 2009, 121–122.) Tarkoituksena olikin tuottaa käyttökelpoista tietoa, jota voidaan oikeasti hyödyntää työelämässä. Aihe on erittäin ajankohtainen kotihoidossa ja uskon, että valmista tuotosta voidaan hyödyntää muissakin ikäpalveluissa koko kaupungilla. Tulee kuitenkin muistaa, että tulokset ja tulkinta pitävät paikkansa vain kyseisen tapauksen suhteen. Tuloksia esittäessä tuleekin ottaa huomioon,

että osaaminen perustuu työntekijöiden itsearviointiin ja kohdistuu pelkästään Seinäjoen kaupungin kotihoidon hoitajien arviointiin.

Tutkimus olisi voitu suorittaa myös pelkkänä kehittämistyönä, mutta oma osuuteni tutkijana oli työssä sen verran laaja, eli toimintatutkimus antoi tähän paremman mahdollisuuden. Lisäksi työssä toteutui hyvin toimintatutkimuksen ajatus, eli nykyyhetkeen haluttiin muutosta, nimenomaan muutosta parempaan. Tavoitteena oli toimintatutkimuksen mukaisesti voimaannuttaa työntekijöitä. Tämä onnistui kyselylomakkeen avulla kätevästi, samalla kun työntekijät arvioivat omaa osaamistaan.

Mielestäni pelkkä hoitajille osoitettu kyselylomake ei olisi tuonut esille kaikkia tarpeellisia asioita, eli jatkotoimena työryhmässä saatiin hoitajien lisäksi sairaanhoitajien ajatukset esille ja vielä arvioinnissa selvitin hoitajien, sairaanhoitajien, kotihoidon johtajan ja alue-esimiesten näkemyksiä aiheesta, soveltuvuudesta ja käyttökelpoisuudesta.

Näin jälkikäteen mietittynä tutkimuksen kehittämistehtävät olivat realistisia ja mielestäni onnistuin saamaan näihin myös vastaukset. Tämä varmasti johtui pitkälti siitä, että pyrin pitämään tavoitteet selkeänä alusta loppuun saakka. Olin positiivisesti yllättynyt, miten hyvät tulokset itsearvioinnista nousi. Tutkimuksen luotettavuutta heikensi mielestäni se, että unohdin laittaa kysymyslomakkeelle avoimen kohdan, eli hoitajat pystyivät arvioimaan ainoastaan kysytyt aiheet. Työryhmässä pystyi lähi- ja sairaanhoitajat nostamaan esille myös muita osaamistarpeita.

Olen tutustunut Arenen ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisiin suosituksiin (2019, 14) ja mennyt kohta kohdalta läpi opiskelijan muistilistan ja tarkastanut, että nämä kaikki toteutuivat työssäni. Olen tiedostanut milloin työskentelen tutkijana ja milloin työryhmän jäsenenä. Salosen ym. (2017, 35–38) mukaisesti kehittämistyön ensisijaisena tavoitteena on toiminnan muuttaminen, johon kuuluu rajattu, suunniteltu, vaiheistettu ja tulosten hyödyntämiseen perustuva tehtävä. Oppimisen ja uudelleen tekemisen kautta kehittämistoiminnassa voidaan nähdä monia innovatiivisuuden piirteitä. Alkukartoituksen kautta pyrin tuottamaan kehittämisen kannalta oleellista tietoa esille. Kirjoittajien mukaan kehittämistoiminnassa usein hyödynnetään aikaisempaa tutkimusta ja toiminta on käsitteisiin sitoutuvaa. Tähän

pohjautuen hankin teoriaosuuteen paljon aikaisempaa tutkimustietoa ja halusin avata käsitteet melko seikkaperäisesti.

Tutkimuksen tekeminen on ollut hyvin antoisa ja opettavainen kokemus. Aiheen rajaaminen tuotti alkuun suuresti vaikeuksia, koska alkukartoituksessa tuli selvittää kaikki aiheet hyvin kattavasti, mutta kaikesta en voinut lähteä avaamaan teoriatieta. Niinpä valitsin aihesanoiksi mielestäni kaikkein keskeisimmät ja keskityin näihin. Tämän johdosta huolestaa, että lukijalle teoria ja tulokset voivat jäädä hieman irrallleen toisistaan. Työn viimeistelyä olisi voinut tehdä loputtomiin, mutta aika tuli vastaan, jolloin täytyi tehdä päätös, että tutkimus päätetään tähän.

Valmiin tutkimuksen aion mennä esittelemään ikääntyvien palveluiden johtoryhmälle. Tämän jälkeen toivon, että koulutussuunnitelma voitaisiin ottaa kokonaisuudessaan käyttöön, ainakin kotihoidon puolella. Itse jatkan työskentelyä organisaatiossa, eli suunnitelmaan on helppo tehdä tarvittavia muutoksia, jos tähän ilmenee tarvetta.

Tutkimuksen tavoitteena oli kotihoidon hoitajien osaamisen vahvistaminen. Tutkimuksen tarkoituksena oli vahvistaa hoitajien osaamista kotihoidossa koulutussuunnitelmaa apuna käyttäen. Vasta tulevaisuudessa päästään arvioimaan saavutettiinko asetettu tavoite miten hyvin.

Tässä tutkimuksessa selvitettiin hoitajien itsearvioimaa osaamisen tasoa. Jatkossa voisi olla mielenkiintoista selvittää osaamisen tasoa myös asiakkaiden arvioimana, koetaanko osaaminen samalla tavalla. Hoitajien itsearvioima osaaminen olisi mielenkiintoista toistaa muutaman vuoden kuluttua nähdäksemme, onko osaaminen kehittynyt koulutussuunnitelman käyttöönoton myötä.

Työni haluan päättää lauseeseen, johon pystyn itsekkin hyvin samaistumaan tässä vaiheessa:

”Buddhista on sanottu, että hän on ollut kaikista maailman voittajista suurin, sillä hän on voittanut itsensä.”

LÄHTEET

- Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. 2019. [Viitattu 17.04.2020]. Saatavana: <http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%961DEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>
- Aaltola, J. & Syrjälä, L. 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa: H.L.T. Heikkinen, R. Huttunen. & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena, 11–24.
- Cooper, J. & Urquhart, C. 2005. The Information needs and information-seeking behaviours of home-care workers and clients receiving home care. Health Information Libraries Journal 22:2, 107–116.
- Etelä-Pohjanmaan ikäihmisten yhteen sovitettu palvelukokonaisuussuunnitelma. [Viitattu 10.01.2020]. Saatavana: <https://stm.fi/documents/1271139/12617122/Etel%C3%A4-Pohjanmaa-Ik%C3%A4ihmisten+yhteensovitettu+palvelukokonaisuussuunnitelma+vuosille+2019-2025.pdf/1db7450d-e4ca-a101-2dd3-7c427df86bc6/Etel%C3%A4-Pohjanmaan-ik%C3%A4ihmisten+yhteensovitettu+palvelukokonaisuussuunnitelma>
- Grönfors, T. 2010. Työssä oppiminen – avain tuottavuuteen. Helsinki: Kauppakamari.
- Grönroos, E. & Perälä, M-L. 2006. Kotihoidon henkilöstön kompetenssin kokemusta selittävät tekijät. Yhteiskuntapolitiikka 71:5, 484–498.
- Hart, E. & Bond, M. 1996. Action research for health and social care: a guide to practice. Buckingham: Open University Press.
- Hassi, T. 2005. Yhteiskunnalliset muutossuunnat ja kotihoidon työntekijöiden osaaminen tulevaisuudessa. Lisensiaattitutkimus. Ammattikasvatuksen tutkimus- ja koulutuskeskus. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Heikkinen, H.L.T. 2007. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa: H.L.T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 16–38.
- Heikkinen, H.L.T. 2018. Toimintatutkimus: Kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Teoksessa: R. Valli (toim.) 5. uud. p. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Jyväskylä: PS-Kustannus, 215–230.

- Heikkinen, H.L.T. & Jyrkämä, J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa: H.L.T. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena, 25–62.
- Heikkinen, H.L.T. & Syrjälä, L. 2007. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa: H.L.T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 144–162.
- Hennala, L. 2014. Radikaaleja innovaatioita vai pieniä tekoja. Ikäihmisten ääni kotihoidon palvelujen uudistamisessa. Gerontologia 28(2), 67–82.
- Heinola, R. 2007. Kotihoito muutoksessa. Teoksessa: R. Heinola, R. Heinola, M. Konttinen & M. Björgren (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 9–12.
- Heron, J. 1996. Co-operative inquiry. Research into the Human Condition. London: Sage.
- Huovinen, T. & Rovio, E. 2007. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa: H.L.T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 94–130.
- Hyppänen, R. 2013. Esimiesosaaminen Liiketoiminnan menestystekijä. 3. uud. p. Helsinki: Edita.
- Hyttinen, H. 2009. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa: P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 42–56.
- Hätönen, H. 2011. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen 2. Helsinki: Educa-Instituutti.
- Ikonen, E. & Holm, P. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4 uud. painos. Helsinki: Edita.
- Ikonen, E & Julkunen, S. 2008. Kehittyvä kotihoito. 2. uud. p. Helsinki: Edita.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja: 2008:3.
- Jabe, M. 2012. Työhyvinvoinnin työkirja. Voitko hyvin työssäsi? Helsinki: Yrityskirjat.
- Juuti, P. & Virtanen, P. 2009. Organisaatiomuutos. Helsinki: Otava.

- Juuti, P. & Vuorela, A. 2002. Johtaminen ja työyhteisön hyvinvointi. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen. Helsinki: Tammi.
- Kadushin, G. & Eagan, M. 2001. Ethical dilemmas in home health care, a social work perspective. *Health and Social Work* 26:3, 36–49.
- Kananen, J. 2009. Toimintatutkimus yritysten kehittämisessä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, J. 2019. Opinnäytetyön ja pro gradun pikaopas. Avain opinnäytetyön ja pro gradun kirjoittamiseen. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kivelä, S-L. 2012. Hyviä vuosia. Arvokas ja turvallinen ikääntyminen. Helsinki: Kirjapaja.
- Kivelä, S-L. & Vaapio, S. 2011. Vanhana tänään. Helsinki: Suomen Senioriliike.
- Koivunen, H. 1997. Hiljainen tieto. Helsinki: Otava.
- Kurki, L. 2007. Innostava vanhuus: Sosiokulttuurinen innostaminen vanhempien aikuisten parissa. Helsinki: Finn Lectura.
- Kuronen, T. 2007. Vanhusten kotisiivous- hoivaa vai palvelua? Teoksessa: M. Seppänen, A. Karisto & T. Kröger (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö, sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus, 121–138.
- L 980/2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012.
- L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.
- Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. 2. uud. p. Helsinki: Edita.
- Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2017:6.

- Larmi, A., Tokola, E. & Välikkiö, H. 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Helsinki: Tammi.
- Lauri, S. 2006. Hoitotyön ydinosaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Leinonen, M. 2003. Elämänlaajuinen oppiminen ja eurooppalaisen kasvatuksen perinne. Teoksessa: P. Sallila & A. Malinen (toim.) Elämänlaajuinen oppiminen ja aikuiskasvatus. Helsinki: Kansanvalistusseura, 17–48.
- Luoma, M-L. & Kattainen, E. 2007. Kotihoidon asiakkaat. Teoksessa: R. Heinola, R. Heinola, M. Konttinen & M. Björgren, Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, 18–21.
- Maijanen, H., Piikki, T. & Tapio, T. 2018. Kotikeskeinen ja vanhuslähtöinen sosiaaliohjaus ikääntyvän arjen tukena. Teoksessa: T. Nummela & H. Wright (toim.) Muuttuva sosiaalialan työ Etelä-Karjalassa. Saimaan ammattikorkeakoulu, 352–374.
- Metsämuuronen, J. 2002. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteessä. Helsinki: International Methelp.
- Moilanen, R. 2001. Oppivan organisaation mahdollisuudet. Helsinki: Tammi.
- Mäkelä, M. & Teinilä, E. 2009. Päihdeongelmainen ikääntynyt hoitotyön asiakkaana. Teoksessa: P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 208–218.
- Mäkinieniemi, J-P., Heikkilä-Tammi, K. & Manka, M-L. 2015. Miten kuntaesimies voi parantaa työhyvinvointia. Helsinki: KAKS- Kunnallissalan kehittämissäätö.
- Nummijoki, J. 2009. Toiminta- ja liikkumiskyky porttina vanhusten toimijuuteen. Teoksessa: Y. Engeström, A. Niemelä, J. Nummijoki & J. Nyman (toim.) Luopaava kotihoito: Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 87–134.
- Otala, L. 2008. Osaamispääoman johtamisesta kilpailuetu. Helsinki: WSOYpro.
- Paasivaara, L. 2007. Kotihoidon johtaminen. Teoksessa: R. Heinola, R. Heinola, M. Konttinen & M. Björgren (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, 82–93.
- Palomäki, S-L. & Toikko, T. 2007. Tekemisen ja kohtaamisen ristiriita vanhustyössä. Teoksessa: M. Seppänen, A. Karisto & T. Kröger (toim.) Vanhuus ja sosiaali-

- lityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus, 271–287.
- Poikela, E. & Järvinen, A. 2007. Työssä oppimisen prosessimalli oppimisen johtamisessa ja osaamisen arvioinnissa. Teoksessa: A. Eteläpelto, K. Collin & J. Saarinen (toim.) Työ, identiteetti ja oppiminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 178-197.
- Salonen, K. 2007. Haastava sosiaalinen vanhustyössä – avopalvelutyöntekijöiden näkemyksiä kotona asuvien vanhusten sosiaalisesta olomuotoisuudesta. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.
- Salonen, K. 2002. Vanhussosiaalityö ammattina. Lisensiaatintyö. Turun yliopisto, sosiaalipolitiikan laitos
- Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turku: Turun ammattikorkeakoulu
- Sanerma, P. 2009. Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Akateeminen väitöskirja
- Sarvimäki, A. 2009. Gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet. Teoksessa: P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 27–40.
- Sarvimäki, A. & Heimonen, S. 2010. Ikääntymisen, vanhuuden ja vanhusten palvelujen nykytila. Teoksessa: A. Sarvimäki, S. Heimonen & A. Mäki-Petäjä-Leinonen (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita, 14–32.
- Seppänen, M. 2006. Gerontologinen sosiaalityö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Soini, H. 2009. Ikääntyneen hyvä ravitseminen. Teoksessa: P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 196–207.
- Suni, A. 2010. Masentuneet vanhukset haavoittuvana ryhmänä. Teoksessa: A. Sarvimäki, S. Heimonen & A. Mäki-Petäjä-Leinonen (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita, 90–125
- Suominen, M. 2013. Ravitseminen. Teoksessa: E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim, 485–494.
- Surakka, T. 2009. Hyvä työpaikka hoitoalalla. Näin haetaan ja sitoutetaan osaajia. Helsinki: Tammi.

- Sydänmaalakka, P. 2012. 8 painos. Älykäs organisaatio. Helsinki: Talentum.
- Syvänen, S., Tikkamäki, K., Loppela, K., Tappura, S., Kasvio, A. & Toikko, T. 2015. Dialoginen johtaminen. Avain tuloksellisuuteen, työelämän laatuun ja innovatiivisuuteen. Tampere: Yliopistopaino.
- Tarhonen, T. 2013. Gerontologinen osaaminen hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Hoitotiede. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto.
- Tedre, S. 2003. Hoiva ja vanhuus. Teoksessa: M. Marin & S. Hakonen (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Jyväskylä: PS-kustannus, 57–71.
- Tenkanen, R. 2007. Sosiaalityö ja kotona asuvien vanhusten ongelmat. Teoksessa: M. Seppänen, A. Karisto & T. Kröger (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö, sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus, 181–192.
- Tepponen, M. 2007. Yhteistyö. Teoksessa: R. Heinola, R. Heinola, M. Konttinen & M. Björgren. Asiakaslähtöinen kotihoito: Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 61–81.
- Tiikkainen, P. 2009. Koulutuksen rooli gerontologisen hoitotyön osaamisen kehittämisessä. Teoksessa: P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1. uud. p. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 313–332.
- Tiikkainen, P. 2013. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa: E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim, 284–290.
- Tiikkainen, P. & Heikkinen, R-L. 2013. Gerontologinen hoitotyö. Teoksessa: E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim, 454–465.
- Tiikkainen, P. & Juntunen, K. 2018. Kukoistava kotihoito. Kotihoidon työntekijöiden itsearvioitu osaaminen. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Yliopistopaino.
- Tuomi, L. & Sumkin, L. 2012. Osaamisen ja työn johtaminen. Helsinki: Sanoma Pro.
- Valli, R. 2018. Aineistonkeruu kyselylomakkeella. Teoksessa: R. Valli & E. Aarnos (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu. Jyväskylä: PS-Kustannus, 92–116.

- Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Finn Lectura.
- Viitala, R. 2005. Johda osaamista. Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Helsinki: Inforviestintä.
- Viitala, R. 2013. 4. uud. pai. Henkilöstöjohtaminen: Strateginen kilpailutekijä. 4 uud. painos. Helsinki: Edita.
- Vilka, H. 2015. 4.uud.painos. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Virtanen, P. & Stenvall, J. 2010. Julkinen johtaminen. Helsinki: Tietosanoma.
- Voorhees, R. A. 2001. Competency-based learning models, a necessary future. Teoksessa: Voorhees, R. A. (toim.) Measuring what matters, Competency-based learning models in higher education. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers.
- Voutilainen, P., Routasalo, P., Isola, A. & Tiikkainen, P. 2009. Gerontologisen hoitotyön tietoperusta. Teoksessa: P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1. uud. p. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 12–26.
- Vuori, I. 2016. Kohti terveempää ikääntymistä. Jyväskylä: Docendo.
- Vuorinen, T. 2013. Strategiakirja, 20 työkalua. Helsinki: Talentum.

LIITTEET

Liite 1. Tutkimuslupa

Liite 2. Alkukartoituskysely

Liite 3. Saatekirje

Liite 4. Koulutussuunnitelma

Liite 5. Arviointikysely

LIITE 1. Tutkimuslupa



Tutkimuslupa-anomus

Tutkimusluvun anoja/anojat	Maarit Laitala
Yhteystiedot (osoite, puhelin, s-posti)	Seinäjoen Ammattikorkeakoulu Kampusranta 9, PL 412 60101 Seinäjoki [REDACTED]
Oppilaitos, jossa tutkimuksen ohjaus tapahtuu ja ohjaajan nimi	Seinäjoen Ammattikorkeakoulu / YAMK Ohjaava opettaja: Tarja Tapio
Tutkimuksen nimi	Koulutussuunnitelma kotihoidon hoitajille vuodelle 2020
Tutkimuksen tarkoitus	<p>Tutkimuksen tavoitteena on arvioida kotihoidon hoitajien osaaminen tällä hetkellä sekä tunnistaa osaamisen kehittämistarpeet. Keskityn pelkästään lähihoitajien, kodinhoitajien ja kotiaavustajien osaamiseen, enkä sairaanhoitajien, joiden osaamista on tutkittu useassa työssä aiemmin. Tutkimuksen tarkoituksena on siis kuvata Seinäjoen kotihoidon hoitajien itsensä arvioima osaaminen. Keskeisin tehtävä tutkimuksessa on selvittää hoitajien koulutustarve.</p> <p>Koulutussuunnitelman avulla voidaan varmistaa hoitajien osaaminen, asioiden päivittäminen säännöllisesti ja täten kehittää laadukkaita kotihoidon palveluja. Voidaan myös saavuttaa kilpailuetua suhteessa muihin palveluntuottajiin sekä motivoida henkilökuntaa ja helpottaa sairaanhoitajien työmäärää sekä pitää kotihoidon työ kiinnostavana ja haluttavana työyhteisönä, jonne saadaan tulevaisuudessakin motivoituneita työntekijöitä. Keskeisin tehtävä tutkimuksessa on selvittää hoitajien koulutustarve.</p> <p>Vastaaminen tapahtuu täysin anonymisti, eikä kukaan vastaaja ole tunnistettavissa vastauksista.</p>
Aineiston keruu ja arvioitu ajankohta	<p>Teoria osuus on kirjoitettu valmiiksi ja webropol-kysely hoitajille on luotuna, eli tutkimusluvun saatuaani lähetän kyselyn kaikille hoitajille. Marraskuussa käyn tulokset läpi ja koostan niistä taulukot ja sanallisen selvityksen. Joulu-tammikuussa toteutan kaksi työpajaa, jossa koulutussuunnitelma laaditaan valmiiksi. Työn loppuun kirjoittaminen tapahtuu helmi-huhtikuun aikana.</p> <p>Tutkimussuunnitelma liitteenä.</p>
Tutkimuksen arvioitu valmistumisaika	Huhtikuu 2020
Päiväys ja allekirjoitus	Seinäjoki 4.10.2019

LIITE 2. Alkukartoituskysely

OSAAMISALUE	5	4	3	2	1	0
LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAMINEN						
Lääkehoitosuunnitelman tunteminen						
Lääkkeiden jakaminen dosettiin						
Toimiminen lääkkeiden loppuessa						
Rinnakkaislääkkeen tunnistaminen						
Lääkkeen antaminen suun kautta (p.o.)						
Lääkkeen antaminen hengitysteiden kautta						
Lääkkeen antaminen peräsuolen kautta (p.r.)						
Injektion pistäminen ihon alaiseen kudokseen (s.c.)						
Silmätippojen/voiteen laittaminen						
Korvatippojen laittaminen						
Nenäsuihkeen/tippojen antaminen						
Emätinpuikon/voiteen laittaminen						
Lääkelaastarin laittaminen ja vaihtaminen						
Lääkehoidon vaikuttavuuden arvioiminen						
Kivunhoidon toteuttaminen						
Asiakkaan ohjaaminen itsenäisessä lääkehoidossa						
Tiedän mistä löydän tai saan apua lääkehoidon toteuttamisessa ellen itse osaa						
ELINTOIMINTOJEN TARKKAILU						
Verenpaineen mittaaminen digitaalisesti						
Verenpaineen mittaaminen manuaalisesti						
Ortostaattinen verenpaineen mittaaminen						
Verensokerin mittaaminen						
Syketaajuuden laskeminen						
Hengitystaajuuden laskeminen						
Ruumiinlämmön seuranta						
Yleistilan arvioiminen						
HAAVANHOITO						
Aseptiikan hallitseminen						
Haavan mekaaninen puhdistaminen ohjeen mukaisesti						
Paranemisprosessin tarkkailu						
NÄYTTEIDEN OTTAMINEN OHJEIDEN MUKAAN						
Virtsanäytteen ottaminen						
Vuorokausivirtsan kerääminen						
Bakteerinäytteen ottaminen esim. haavasta						
Ulostenäytteen ottaminen						
Yskösnäytteen ottaminen						
Verinäytteen ottaminen						
TOIMINTAKYKYMITTARIEN KÄYTTÖ JA TULOSTEN ARVIOINTI						
RAI (toimintakykymittaristo)						
RAI:n tulosten hyödyntäminen						
Toimintakykykartoitus						
SPPB (fyysisen toimintakyvyn mittaus)						
MNA (ravitsemustesti)						
MMSE (muistitesti)						

OSAAMISALUE	5	4	3	2	1	0
RAVITSEMUSTILAN SEURAAMINEN						
Ravitsemustilan arviointi						
Painon seuranta						
Suuhygieniasta huolehtiminen						
Monipuolisesta ravitsemuksesta huolehtiminen						
AMMATILLINEN OSAAMINEN						
Asuinympäristön sopivuuden, puhtauden ym. huomioiminen						
Asiakkaan taloudellisen tilanteen huomioiminen						
Kaltointkohtelun tunnistaminen ja sosiaalisen tilanteen huomioiminen						
Gerontologinen osaaminen						
Mielenterveyshoitotyön osaaminen						
Päihdehoitotyön osaaminen						
Inkontinenssiosaaminen						
MUUT HOIDOLLISET TOIMENPITEET						
Kertakatetrointi						
Suoliavanteen hoito						
Dreenialueen hoito						
Tukisukkien/tukisidosten laittaminen						
Ihon hoito						
Jalkojen hoito						
Rintojen tutkiminen						
Suihkutukset ja vuodepesut						
Erittämisen huomiointi						
Elottomuuden tunnistaminen/Elvytyksen aloittaminen						
Poikkeavan vs-arvon tulkinta ja toimenpiteet poikkeamatilanteessa						
Masennuksen tunnistaminen						
Verenvuodon tyrehtyttäminen						
Kylkiasentoon kääntäminen						
Toimiminen tukehtumistilanteessa						
Ensiapu sairauskohtausten aikana						
KOTIHOIDON ASIAKASTYÖOSAAMINEN						
lääkään asiakkaan kohtaaminen						
Muistisairaahan asiakkaan kohtaaminen						
Haastavasti käyttäytyvän asiakkaan kohtaaminen (käytösoireet ym.)						
Eettisten periaatteiden mukaan toimiminen						
Kokonaistilanteen arvioiminen						
Yksinäisyyden lievittäminen						
Sanattomien viestien tulkinta						
Asiakkaan oman tahdon kunnioittaminen						
Asiakkaan yksilöllinen hoito ja huolenpito						
Yhteistyötaidot omaisten kanssa						
Yhteistyöosaaminen muiden palveluntuottajien kanssa						

OSAAMISALUE	5	4	3	2	1	0
KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ HOITOTYÖ						
Arkikuntoutuksen toteuttaminen						
Tehokuntoutusprosessin tunteminen/toteuttaminen						
Kinestetiiikan oppien mukaan toimiminen						
Kuntopolun tekeminen						
Kuntouttavan työotteen toteuttaminen						
Kodin esteettömyyden seuranta						
Apuvälineen tarpeen arvioiminen						
Asiakkaan ohjaaminen apuvälineen käyttöön						
Apuvälineen toimivuuden varmistaminen						
Apuvälineen hyödyntäminen hoitotyössä (nosturi, sähkösätky ym.)						
SAATTOHOITO JA TOIMINTA KUOLEMAN JÄLKEEN						
Saattohoidon toteuttaminen						
Kuolevan asiakkaan kohtaaminen						
Äkillisen kuoleman kohtaaminen kotona						
KIRJAAMINEN						
Säännöllisen kirjaamisen merkityksen ymmärtäminen						
Asiakaslähtöisesti kirjaaminen						
Kuvailevan kirjauksen toteuttaminen						
MUU OSAAMINEN						
Hoito- ja kuntoutussuunnitelman päivitys						
Tietosuojan huomioiminen (salassapitovelvollisuus)						
Effican (potilastietojärjestelmän) käytön hallinta						
Hilkka-mobiilisovelluksen hallinta						
Asiakkaan turvalaitteiden tunteminen ja hallinta						

5. hallitsen erinomaisesti 4. hallitsen hyvin 3. hallitsen kohtuullisen hyvin
2. hallitsen alkeet tyydyttävästi 1. hallitsen välttävästi 0. ei kuulu mielestäni työtehtäviini

LIITE 3. Saatekirje

Arvoisa vastaaja

Opiskelen Seinäjoen Ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveystieteiden yksikössä Sosiaalialan ylempää tutkintoa (YAMK). Valitsin opinnäytetyöni aiheeksi koulutussuunnitelman laatimisen kotihoidon hoitajille vuodelle 2020. Opinnäytetyöni toteutan toimintatutkimuksena. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää kyselyn avulla kotihoidon hoitajien itsearvioima osaaminen. Alkukartoituksen pohjalta työryhmä työstää nousseista kehittämistarpeista koulutussuunnitelman. Tutkimuksen tarkoituksena on siis vahvistaa hoitajien osaamista kotihoidossa koulutussuunnitelmaa apuna käyttäen. Hoitajilla tarkoitan tutkimuksessani kotihoidon lähihoitajia, kodinhoitajia ja kotiavustajia. Tutkimuksesta on rajattu pois AMK-tutkinnon suorittaneet, eli sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, fysioterapeutit, sosionomit ja geronomit.

Alkukartoituksen selvittämisessä tarvitsen Teidän apuanne. Webropolin kautta suunnitellulla kyselylomakkeella selvitän hoitajien itsearvioimaa osaamista. Kysymykset ovat pääosin monivalintakysymyksiä ja vastaaminen kestää 10-15min. Jos koet, että kyseistä työtehtävää et tarvitse omassa työtehtävässäs, niin vastaa viimeinen vaihtoehto 0. Linkin kyselylomakkeeseen löydät alapuolelta.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Antamanne vastaukset käsitellään nimettömänä ja ehdottoman luottamuksellisesti, näin ollen vastauksia ei voida yhdistää kehenkään ja anonyymius säilyy koko tutkimuksen ajan.

Tutkimuksen suorittamiseen olen saanut luvan Seinäjoen kaupungilta. Kyselyyn vastaamiseen on aikaa kolme (3) viikkoa (14.10-3.11.2019). Opinnäytetyöni ohjaajana toimii yliopettaja YT Tarja Tapio, Seinäjoen ammattikorkeakoulu.

Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan internetissä, osoitteessa www.theseus.fi

Kiitos vastauksistanne.

Ystävällisin terveisin Maarit Laitala

[Redacted signature]

Kyselylomakkeelle pääset tästä:

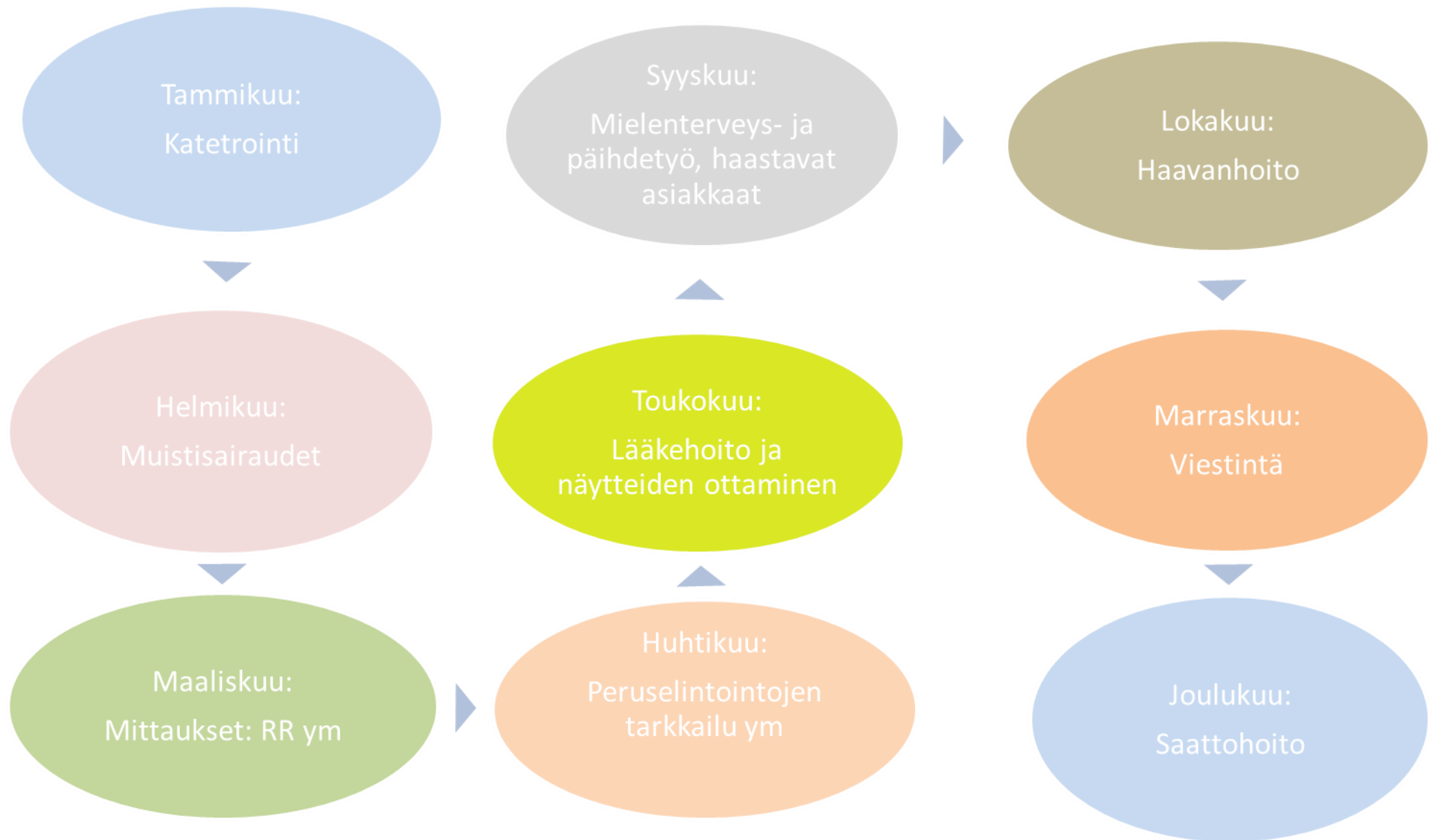
<https://link.webpolsurveys.com/S/BCA4F5E78636945A>

LIITE 4. Koulutussuunnitelma

KOULUTUSSUUNNITELMA KOTIHOIDON HOITAJILLE:

Aikataulu	Koulutusaihe	Vastaava	Huomioitavaa
Tammikuu	Katetrointi	Tiimin sh:t	Hankitaan oma katetrointitorso
Helmikuu	Muistisairaudet	Muistihoitaja / tilattu koulutus / Tiimin sh:t	
Maaliskuu	Mittaukset (RR manuaalisesti ym)	Tiimin sh:t	
Huhtikuu	Peruselintoimintojen tarkkailu, yleistilan arvioiminen ym	Cp-yksikkö / Tiimin sh:t	Cp-yksikkö kouluttaa ensin tiimin sh:t
Toukokuu	Lääkehoito Näytteiden ottaminen ohjeiden mukaan	Ykkösapteekki / Tiimin sh:t Mikrobiologia	Ykkösapteekin luennon mah- dollinen kuvaaminen Kotihoidon isossa palaverissa
Syyskuu	Mielenterveys- ja päihdetyö, haastavat asiakkaat	Psyk.tiimi / depressio- hoitaja	
Lokakuu	Haavanhoito	Haavapoli / Hoitotarvike / Tiimin sh:t	Haavatiimin perustaminen ko- tihoitoon
Marraskuu	Viestintä	Hoitaja-Amk:it, Teknolo- giavastaava ym	Kotihoidon ison palaverin ai- heena

Joulukuu	Saattohoito	Srk / Tilattu koulutus	
Tammikuu- Joulukuu	Toimintakykymittarien käyttäminen ja tulosten hyödynnettävyys: RAI	Teknologiavastaava	Jatkuvana vuoden ympäri
Tammikuu- Joulukuu	Toimintakykykartoitus, SPPB, Tehokuntoutusprosessin tunteminen/toteuttaminen, kuntouttava työote, kuntopölyn tekeminen	Kuntoutusvastaavat / fyioterapeutit / kinestetiikan tutorit	Jatkuvana vuoden ympäri
Tammikuu- Joulukuu	Kinestetiikka, ergonomia	Kinestetiikan tutorit	Jatkuvana vuoden ympäri, sovitut työpajat



LIITE 5. Arviointikysely

Arviointi

Perehdythän ensin sähköpostissa olevaan koulutussuunnitelmaan ja aikataulukaavioon. Tämän jälkeen voit vastata arviointiin. Kiitos ajastasi. Kyselyyn vastaaminen vie n. 5-10 min.

1. Koulutussuunnitelmassa on mielestäni osattu ottaa huomioon keskeiset asiat

- Täysin samaa mieltä
- Lähes samaa mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Hieman eri mieltä
- Täysin eri mieltä

2. Jos mielestäsi jokin keskeinen ja tärkeä teema puuttuu, niin mikä?

3. Uskon työntekijöiden ammattitaidon kehittyvän koulutussuunnitelman käyttöönoton myötä

- Täysin samaa mieltä
- Lähes samaa mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Hieman eri mieltä
- Täysin eri mieltä

4. Koulutussuunnitelma on mielestäni tarpeellinen

- Täysin samaa mieltä
- Lähes samaa mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Hieman eri mieltä
- Täysin eri mieltä

5. Koulutussuunnitelma vaikuttaa mielestäni sujuvalta

- Täysin samaa mieltä
- Lähes samaa mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Hieman eri mieltä
- Täysin eri mieltä

6. Koulutussuunnitelman toteutusaikataulu on mielestäni sopiva

- Täysin samaa mieltä
- Lähes samaa mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Hieman eri mieltä
- Täysin eri mieltä

7. Uskon, että asiakas hyötyy koulutussuunnitelmasta

- Täysin samaa mieltä
- Lähes samaa mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Hieman eri mieltä
- Täysin eri mieltä

8. Näen koulutussuunnitelman kotihoidossa toteutumiskelpoisena

- Täysin samaa mieltä
- Lähes samaa mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Hieman eri mieltä
- Täysin eri mieltä

9. Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus toteutuvat mielestäni koulutussuunnitelman kautta (Tutkimuksen tavoitteena on kotihoidon hoitajien osaamisen vahvistaminen ja tarkoituksena on vahvistaa hoitajien osaamista kotihoidossa koulutussuunnitelmaa käyttäen)

- Täysin samaa mieltä
- Lähes samaa mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Hieman eri mieltä
- Täysin eri mieltä

10. Valitse mielestäsi sopivin kouluarvosana koulutussuunnitelmalle

- 5
- 4
- 3
- 2
- 1