

Elina Lintunen

HOITAJIEN ARVIO PÄLKÄNEEN KOTIHOIDON LAADUSTA,
OMASTA OSAAMISESTA JA VAIKUTUSMAHDOLLISUUKSISTA

Vanhustyön koulutusohjelma

2013



HOITAJIEN ARVIO PÄLKÄNEEN KOTIHOIDON LAADUSTA, OMASTA OSAAMISESTA JA VAIKUTUSMAHDOLLISUUKSISTA

Lintunen, Elina
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyön koulutusohjelma
toukokuu 2013
Ohjaaja: Kankaanranta, Päivi
Sivumäärä: 47
Liitteitä: 4

Asiasanat: kotihoito, laatu, osaaminen, vaikutusmahdollisuus, koulutus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Pälkäneen kotihoidon palveluiden laatua sekä hoitajien osaamista ja vaikutusmahdollisuuksia omaan työhönsä hoitajien itsensä arvioimana.

Tutkimus oli määrällinen eli kvantitatiivinen ja se toteutettiin kyselylomakkeella, joka oli puolistrukturoitu, sisältäen kolme avointa kysymystä, jotka analysoitiin sisällön analyysiä käyttäen. Kahdeksan suljettua kysymystä käsitti 75 Likert-asteikkoista väittämää, joissa kysyttiin eniten omaa käsitystä asiasta 5-portaisella asteikolla. Kysely oli kaksiosainen ja toisena aineiston keruumenetelmänä oli ajankäytön seuranta, johon merkittiin viitenä työpäivänä eri tehtäviin kulunut työaika.

Tutkimus oli kokonaistutkimus eli kysely suunnattiin kaikille vähintään vuoden 2012 alusta kotihoidossa hoitaja- tai lähihoitaja nimikkeellä työskennelleille. Vastaaminen oli vapaaehtoista, kysely täytettiin samanaikaisesti ja kaikki perusjoukkoon kuulleet sen myös palauttivat.

Hoitajien arviot kotihoidosta ja sen toiminnasta olivat pääosin myönteistä. Kotihoito on asiakaslähtöistä, kokonaisvaltaista ja suunnitelmallista ja toiminnassa hyödynnetään työntekijöiden erityisosaaminen. Eniten kritiikkiä tuli asiakaskäynneille varatun ajan sekä seurustelun ja kodin siisteydestä huolehtimisen mahdollistavan palvelutarjonnan riittävydestä.

Tutkimuksen perusteella keskustelu Pälkäneen kotihoidossa on avointa, koulutus ja osaaminen hyödynnetään ja toiminta on moni ammatillista. Omat kykynsä ja valmiutensa sekä ammatillisen osaamisensa hoitajat arvioivat pääasiassa hyväksi. Arviot koskien vaikutusmahdollisuutta omaan työhön olivat kauttaaltaan heikommät kuin tutkimuksen muissa osioissa, vaikkakin ero oli pieni.

Työntekijöiden eri työtehtäviin käyttämässä ajassa oli yhteneväisyyksiä hoitajien arviossa kotiin tarjottavien palveluiden riittävyden kanssa. Käyntien kirjaaminen Mediatri – asiakastietojärjestelmään vie paljon työaikaa, samoin kuin siirtymiset työpis- teestä toiseen maantieteellisesti laajassa, järvien jakamassa kunnassa.

NURSES' ASSESSMENT OF QUALITY OF HOME CARE IN PÄLKÄNE, THEIR OWN SKILLS AND IMPACT POSSIBILITIES

Lintunen, Elina
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Elderly Care
May 2013
Supervisor: Kankaanranta, Päivi
Number of pages: 47
Appendices: 4

Key words: home care, quality, skills, impact possibility, education

The purpose of this thesis is to find out the quality of home care services in Pälkäne municipality and nurses' skills and impact possibilities for their work assessed by themselves.

This is a quantitative research carried out using survey which was half structured including three open questions. The questions were analysed by using content analysis. Eight closed-ended questions included 75 claims in Likert scale format which mainly studied nurse's own perception of the subject in 5-stage scale. The survey had two parts, and the other method for collecting material was to follow-up the available time spent in different tasks during five working days.

This was an overall research approach which means the survey was allocated to all persons working from the beginning of 2012 under title nurse in home care. The answer to the survey was voluntary, the survey was filled in simultaneously and all the nurses belonging to the regular staff returned the survey.

The assessments of nurses on home care and its activities were mainly positive. Home care is customer-oriented, holistic and organised, and the expertise of employees is made use of. The main criticism concerned the available time allowed for patient visits, and interaction, and the service palette providing cleanliness care. These three were considered insufficient.

According to the research, the interaction in Pälkäne home care is open-minded, the education and skills are utilised and multi-professional activities are appreciated. The nurses assess their own skills and abilities mainly good. The assessments regarding impact possibilities on own work were throughout weaker than in other parts of the survey, although the difference was slight.

As to the sufficiency of home care services, the assessments of nurses corresponded to the time used in different tasks. Registering visits to Mediatri-patient information system takes a lot of time, as well as, moving from one place to another in a large municipality divided by lakes.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	LAINSÄÄDÄNTÖ	7
2.1	Hoito – ja palvelusuunnitelma.....	9
3	KÄSITTEITÄ.....	10
3.1	Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun historiaa.....	10
3.2	Kotihoito.....	11
3.2.1	Tukipalvelut	12
3.3	Laadukas kotihoito	13
3.3.1	Ikäihmisten palveluiden laatusuositus.....	14
3.4	Osaaminen ja koulutus	15
3.4.1	Lähihoitaja - koulutus.....	16
3.5	Vaikutusmahdollisuus	17
4	TUTKIMUKSIA	18
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	19
5.1	Tutkimuksen taustaa.....	19
5.2	Tutkimusongelmat.....	20
5.3	Tutkimusmenetelmä	20
5.4	Tutkimusaineiston keruu ja analysointi.....	21
6	TUTKIMUSTULOKSET	23
6.1	Taustatiedot	23
6.2	Kotihoidon laatu	24
6.3	Työntekijöiden vaikutusmahdollisuus.....	28
6.4	Osaaminen	31
6.5	Kehityskohteet.....	33
6.6	Ajankäyttö	34
7	TULOSTEN TARKASTELUA	36
7.1	Pätkäneen kotihoidon laatu	36
7.2	Hoitajien vaikutusmahdollisuus omaan työhönsä	37
7.3	Oma osaaminen	39
7.4	Kehityskohteita.....	39
7.5	Ajankäytön seuranta	40
8	POHDINTA.....	41
8.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	42
8.2	Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheita	44
	LÄHTEET.....	45

LITTEET

1 JOHDANTO

Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen (2008) mukaan palvelurakennetta pitäisi kehittää niin, että ikäihmiset voisivat asua omissa kodeissaan mahdollisimman pitkään. Myös 1.7.2013 voimaan tuleva laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista edellyttää kunnan laativan suunnitelman, missä on painotettava kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä. Tämä vaatii muun muassa kuntien kotihoidon ja siihen liittyvien muiden tukimuotojen ja palveluiden kehittämistä, sekä ammattitaitoista ja osaavaa henkilökuntaa.

Olen työskennellyt pitkään vanhustyössä ja kotihoidossa ja siksi halusin hyödyntää siitä saatua kokemusta ja osaamista tutkimuksessani. Pohtiessani aihetta, olin yhteydessä Suomen lähi- ja perushoitajaliiton kehittämisyksikköön. Tutkimuskohteeksi ehdotettiin lähihoitajuutta tai lähihoitajana toimimista, viitekehyksenä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyminen.

Pälkäneen kunnan yhdistynyt kotihoito oli juuri aloittanut toimintansa ja kunnassa oltiin kiinnostuneita, miten se oli lähtenyt käyntiin. Perusturvalautakunnan esittämien näkökantojen ja kotihoidon ohjaajan kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta tutkimusaiheeksi laajeni Pälkäneen kotihoidon laatu, hoitajien osaaminen ja vaikutusmahdollisuus omaan työhönsä heidän itsensä arvioimana.

Yhdistyneen kotihoidon hyvänä puolena on todettu palveluiden parempi koordinointi. Työyhteisöjen ristiriidat ja ammattien välinen kilpailu on sen sijaan yhdistymisen negatiivinen vaikutus. Sen sijaan 1990-luvulla aloitettu lähihoitajakoulutus on eheyttänyt ja lisännyt sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä sekä luonut edellytyksiä työnjaon muutoksille, jolla on voitu muun muassa välttää päällekkäisiä kotikäyntejä. (Tepponen 2007, 65 - 66.)

2 LAINSÄÄDÄNTÖ

Kotihoito käsitteenä ei ole yksiselitteinen eikä siitä ole pysyvässä lainsäädännössä mainintaa. Se muodostuu kotisairaanhoidosta ja kotipalvelusta, joita ohjaavat ja säätelevät eri lainsäädännöt. Kotisairaanhoido on kansanterveyslain mukaista palvelua ja kotipalvelu sosiaalihoitolain ja –asetuksen mukaista palvelua (Kansanterveyslaki 66/ 1972, Sosiaalihoitolaki 710/ 1982). Kansanterveyslaki 66/ 1972 määrittelee kunnalle velvollisuuden järjestää sairaanhoitoa myös avopalveluna ja apuvälinepalvelut. Se vahvisti myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä ja ammattikieleen tuli avohuollon käsite. (Ikonen & Julkunen 2007. 36.) Vuoden 2004 kokeilulainsäädäntö (laki sosiaalihoitolain 1428/ 2004 ja kansanterveyslain 1429/ 2004 väliaikaisesta muuttamisesta) on mahdollistanut kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistämisen kotihoidoksi myös niissä kunnissa, missä sosiaali- ja terveystoiminta ei ole yhdistetty (Tepponen 2007, 65).

Terveydenhuoltolain (1326/ 2010) mukaan kunnan on järjestettävä kotisairaanhoidoita. Se voi olla joko tilapäistä tai säännöllistä, jolloin siitä laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma. Kotisairaanhoido on moni ammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidoita potilaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa. Lain mukaan hoitosuunnitelmaan kuuluvat, pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarkoitettut hoitotarvikkeet sisältyvät hoitomaksuun. Terveydenhuoltolaki velvoittaa myös järjestämään hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä neuvontapalveluja vanhuuseläkettä saaville kuntalaisille. Perusterveydenhuollon järjestäessä neuvontapalvelut, laki edellyttää yhteistyötä sosiaalihoollon kanssa. (Terveydenhuoltolaki 1326/ 2010.)

Sosiaalihoitolaki (710/ 1982) ja sosiaalihoitoasetus (607/ 1983) määräävät kunnan vastuulla olevista sosiaalipalveluista sekä määrittelee kotipalvelun tukipalvelut ja -muodot. Ikääntyneiden kannalta keskeisiä ovat sosiaalihoitolain 17§ määräykset kotipalvelun, asumispalveluiden ja laitoshuollon järjestämisestä. Vuonna 2006 lakiin tuli lisäys (40a), että 80 vuotta täyttäneillä ja Kelan maksaman ylimmän hoitotuen saajilla on oikeus päästä sosiaalihoollon palvelutarpeen arviointiin seitsemän päivän aikana ja kiireellisissä tapauksissa välittömästi. (Sosiaalihoitolaki 710/ 1982.)

Vuonna 2009 ikäraja laskettiin 75 vuoteen. Palvelutarpeen arviointi koskee sosiaalihoitolain mukaisia palveluita kuten koti- ja asumispalveluja, omaishoidon tukea, laitoshoidon ja joitakin erityislakien mukaisia palveluita. (Kananaja, Lähteinen & Marjamäki 2010, 216.) Laki ei kuitenkaan suo subjektiivista oikeutta palveluihin, vaan ainoastaan palvelutarpeen arviointiin. Palvelutarpeen arviointi pyrkii tukemaan toimintakyvyn säilymistä ja paranemista, mahdollistaa nopean puuttumisen toimintakyvyn heikkenemiseen, ehkäisee palvelutarpeen kasvua sekä kohdentaa palvelut oikein.

Lailla sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/ 2000) pyritään vahvistamaan osallisuutta ja itsemääräämisoikeutta sekä turvaamaan oikeus hyvään kohteluun ja palveluun. Asiakaslaissa kiinnitetään erityishuomiota sellaisten asiakasryhmien oikeusturvaan, jotka eivät itse ole jostain syystä täysin kykeneviä päättämään tai valvomaan etujaan, mm. muistisairaat. ”Asiakkaalla on lain säännösten mukaan oikeus laadultaan hyvään sosiaalihooltoon ja hyvään kohteluun, oikeus saada selvitys toimenpidevaihtoehdoista, oikeus saada päätös tai sopimus sosiaalihuollon järjestämisestä, oikeus suunnitelmalliseen, asiakaslähtöiseen palveluun, joka on kirjattu palvelu- ja hoitosuunnitelmaan sekä oikeus toivomuksiin ja mielipiteisiin sekä itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen.” (Marjamäki 2010, 386 – 387.)

Suomen lainsäädännössä ei ole juurikaan ikääntyneitä varten säädettyjä erityislakeja, vaikkakin jo kahdella vaalikaudella on käsitelty toimenpide- ja lakialoitteita vanhuspalveluiden turvaamisesta ja vanhuspalvelulaista. Lakien sisällöistä ei ole aiemmin päästy yksimielisyyteen, mutta syksyllä 2012 eduskunnassa käsitelty vanhuspalvelulaki, ns. ikälaki hyväksyttiin ja se astuu voimaan 1.7.2013. Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (980/2012) edellytetään hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymisen tukemista. Lain tarkoituksena on myös parantaa ikääntyneiden vaikutusmahdollisuuksia kunnassa, heitä koskevien asioiden valmisteluissa ja päätöksissä sekä sosiaali- ja terveystalvveluiden suunnittelussa. Laki korostaa myös ohjausta ja varhaista puuttumista toimintakyvyn heiketessä. Kuntaan on laadittava kotona asumisen tukemista korostava toimenpidesuunnitelma, miten lain hengen mukaiset toimenpiteet täytetään ja miten tavoitteet saavutetaan. Kunta vastaa myös siitä, että iäkkäälle hen-

kilölle tarvittaessa laaditaan asiakaslain mukainen palvelusuunnitelma, kun hänen palvelutarpeensa on selvitetty.

2.1 Hoito – ja palvelusuunnitelma

Hoito – ja palvelusuunnitelma on lakisääteinen asiakirja, joka pitäisi laatia yhdessä asiakkaan ja hänen omaistensa tai läheistensä kanssa. Hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnasta ja siihen kirjattavista asioista säädetään laissa asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/ 2000), sosiaalihuoltoasetuksessa (607/ 1983), asetuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (912/ 1992) ja laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/ 1992) sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa 99/ 2001 (Päivärinta & Haverinen 2003. 95; Heinonen 2007. 28). Myös laissa omaishoidon tuesta (937/ 2005) edellytetään, että sopimukseen liitetään hoidettavan ja hoitajan kanssa laadittu hoito- ja palvelusuunnitelma, missä mainitaan hoitajan antama hoito ja siihen sisältyvät muut palvelut ja tukitoimet sekä niiden määrä.

Jokaiselle asiakkaalle tehtävään hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan kaikki palvelut, joita asiakas käyttää selviytyäkseen kotona (Kettunen, Ihalainen & Heikkinen 2002, 196). Hyvässä suunnitelmassa on tiivistettynä asiakkaan sen hetkinen tilanne ja hänen tarvitsemansa palvelut. Se sisältää kuntoutus – ja palvelutarpeen, suunnitelman toimista asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi ja palvelu – tai ratkaisuvaihtoehtoista. (Päivärinta & Haverinen 2003. 13.) Hoitosuunnitelmaa tehdessä kotihoidon hoitajan pitää tunnistaa asiakkaan rajoitukset ja tehdä asianmukaiset tavoitteet, jotka ovat savutettavissa ja mitattavissa. Tavoitteita asetetaan lyhyelle ja pitkälle aikavälille ja ne ovat molempien osapuolien hyväksymiä. (D'Amico – Panomeritakis & Kurtz Sommer 1997, 87 – 88.) Hyvään suunnitelmaan kuuluu aina myös seuranta, asianmukainen kirjaaminen ja arviointi. Hoito – ja palvelusuunnitelma tarkistetaan vuosittain tai tarpeen mukaan.

Hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan, kehittämiseen ja käyttöön on myös laadittu Sosiaali- ja terveysministeriön opas (STM 2002:52). ”Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma – opas työntekijöille ja palveluista vastaaville” tarkoituksena on edistää ja tukea suunnitelman nivoutumista käytännön työhön sekä kehittää seurantaa ja ar-

viointia. Vanhustyöntekijöille ja esimiehille suunnatussa oppaassa ohjataan hoito- ja palvelusuunnitelman käyttämistä ikääntyneen, työntekijän ja työyhteisön yhteistyön tukena ja työvälineenä. Oppaan mukaan hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteena on asiakaslähtöisyys, ikääntyneen tukeminen ja kuntouttava työote kotona asumisen turvaamiseksi sekä palveluiden kehittäminen. (Päivärinta & Haverinen 2003. 5 – 6.)

3 KÄSITTEITÄ

3.1 Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun historiaa

Kotisairaanhoidon juuret ovat jo 1860 - luvulta, jolloin Diakonissalaitokset aloittivat diakonissakoulutuksen, jotka hoitivat sairaita myös kotona. Vuosisadan lopulla kunnat palkkasivat kiertäviä sairaanhoitajia hoitamaan sairaita. He neuvoivat ja opastivat myös ruoan valmistuksessa, siisteydessä, puhtaudessa, tartuntatautien ehkäisyssä ja hankkivat tarvittaessa lääkärin apua. (Ikonen & Julkunen 2007. 34 – 35.)

Kansalasisjärjestöjen aloitteesta, yhteistyössä kuntien kanssa, alkoivat kotisairaanhoidosta huolehtia kiertävät terveyssisarit 1920 – luvulla. Vuonna 1944 tuli voimaan laki terveyssisarista ja vuonna 1972 hyväksytty kansanterveyslaki toi mukanaan kotisairaanhoidon sekä vahvisti sosiaali – ja terveydenhuollon yhteistyötä. (Ikonen & Julkunen 2007. 35 - 36.)

Mannerheimin Lastensuojeluliitto järjesti 1920 – luvulla kotiapua lapsiperheille ja myös koulutti ensimmäisiä kodinhoitajia 1930 – luvulla. Väestöliitto aloitti sosiaali- huollon kodinhoitajakoulutuksen vuonna 1951. Vuonna 1952 Vanhustyön keskusliitto aloitti vanhusten kotipalvelun ja heidän avun tarpeensa yleisesti huomioitiin, mutta vasta 1966 laki kunnallisesta kodinhoitoavusta turvasi vanhuksille palveluita ja kunnat alkoivat palkata kotiavustajia. Kotiapu tuli maksulliseksi, eikä sen perusteena ollut vähävaraisuus vaan avun tarve. (Ikonen & Julkunen 2007. 36.) Kodinhoitoapua ohjaava normisto pysyi kuitenkin lähes muuttumattomana 1970-luvun lopulle, jolloin sosiaalihuolto ohjeisti kuntia yleiskirjeellään suuntaamaan kodinhoitoapua lapsiperheiden lisäksi myös vanhuksille (Tepponen 2009, 79).

3.2 Kotihoito

Kotihoito käsitteenä on yleistynyt 1990 – luvulta kotihoidon integroinnin seurauksena. Kotihoidon määrittelyssä käytetyt kriteerit ovat kuitenkin olleet epäyhtenäisiä, epäselviä, epätarkoituksenmukaisia tai muuten puutteellisia. (Paljärvi 2012, 19.) Yleisesti kotihoidolla tarkoitetaan sellaista hoitoa ja palvelua, joiden avulla ikääntynyt pystyy asumaan omassa kodissaan suurimman osaa vuorokaudesta. Kotihoito muodostuu kotipalvelusta, kotisairaanhoidosta, ehkäisevästä terveydenhuoltotyöstä, tukipalveluista ja omaishoidon tuesta. (Ronkainen, Ahonen, Backman & Paasivaara 2002, 100.)

Monissa kunnissa kotipalvelu ja kotisairaanhoido on yhdistetty kotihoidoksi. Kokonaisvaltaiseen kotihoitoon sisältyy perushoiva, terveyden edistäminen ja sairaanhoito, psykososiaalinen tuki asiakkaalle ja omaisille ja kuntouttavien toimintojen suunnittelu ja toteutus muiden toimijoiden kanssa. Perushoito käsittää hygieniassa, ruokailuissa ja liikkumisessa avustamisen ja kodin siisteyden. Sairaanhoidolliset tehtävät ja saattohoito, toimintakykyä ylläpitävä kuntoutus, ennakoina palvelutarpeen kartoitus, sosiaalityö, terveydenhoito, neuvonta ja ohjaus ovat kotihoitoon kuuluvaa terveyden edistämistä ja sairaanhoitoa. (Ikonen & Julkunen 2007. 17.)

Ikääntyneiden palvelujärjestelmän ja palveluiden sisällön sosiaali- ja terveystaloudelliset kehittämistavoitteet voidaan jakaa kolmeen pääkohtaan: hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä toimintakyvyn ja terveydentilan heikkenemisen ja sosiaalisten ongelmien ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen. Toiseksi kotona asumisen tukeminen tarjoamalla riittävät oikea – aikaiset palvelut ja muuta tukea sekä kolmanneksi uudistamalla ympärivuorokautisen hoivan ja hoidon. (Voutilainen 2008. 109.) Kaikki kolmeen tavoitteeseen voi sanoa liittyvän suoraan tai epäsuorasti kotihoidon ja sen tukipalvelut. Niitä kehittämällä voidaan turvata ikääntyneiden kotona asuminen mahdollisimman pitkään.

Vaikka kotihoitoa pidetään kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistelmänä, Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuuskertomuksen, Vanhuspalvelut Säännöllinen kotihoito, mukaan se on aivan uusi palvelu, koska kunnat päättävät itse, mitä palveluita ne niistä yhdistävät. Se luo myös kuntien välille eriarvoisuutta tarjottavista pal-

veluista. Tarkastusviraston mukaan kotihoidon palvelutaso käsittää vain välttämättömän perushoidon, mutta itsenäistä selviytymistä tukevat, elämänlaatua ja osallistumista edistävät palvelut on siirretty muualle. Kotipalvelun tai sosiaalihuoltoasetuksen mukaisien kotipalveluiden tavoitteet eivät tarkastuskertomuksen mukaan täyty nykyisissä kotihoidon käytännön toiminnassa. (Valtiontalouden tarkastusviraston www – sivut 2013.)

3.2.1 Tukipalvelut

Kotihoitoon kuuluvilla tukipalveluilla tuetaan selviytymistä päivittäisistä toiminnoista. Tukipalvelut voidaan viedä ikääntyneelle kotiin tai järjestää keskitetysti muualla. Tukipalveluita ovat ateria-, kylvytys-, kauppa-, siivous-, turva- ja kuljetuspalvelut, päivätoiminta ja erilaiset lyhytaikaishoidot. (Ronkainen ym. 2002, 100 – 101.) Lain mukaan kunnalla on vastuu sosiaali- ja terveystalouden palveluiden järjestämisestä kaikille asukkailleen. Tämä koskee myös kotihoidon ja siihen liittyvien tukipalveluiden järjestämistä. Kunta voi huolehtia palveluiden järjestämisestä monella eri tavalla: hoitamalla ne itse tai muiden kuntien kanssa yhdessä tai ostamalla palvelut yksityiseltä yritykseltä, kolmannelta sektorilta tai muulta toimijalta. Varsinkin 2000 - luvulla ostopalvelut ja erilaisten palvelusetelien käyttö myös vanhuspalveluissa on lisääntynyt. (Taipale ym. 2004, 77 - 78.) Asiakkaille koituvat kustannukset määräytyvät tulojen mukaan, kuten muissakin kotihoidon palveluissa. Varattomuus ei kuitenkaan voi olla este lainmukaisen palvelun saamiselle.

Ateriapalvelu voidaan järjestää joko kotiin vietynä palveluna tai mahdollisuutena käydä esimerkiksi palvelukeskuksessa ruokailemassa (Ronkainen, Ahonen, Backman & Paasivaara 2002, 100). Kun ateriointi tapahtuu kodin ulkopuolella, ikääntynyt voi samalla ylläpitää sosiaalisia suhteitaan. Monien vanhusten kokema yksinäisyys ja usein myös havaitsematta jäänyt masennus voitaisiin ennaltaehkäistä, kun palveluiden tuottamisessa huomioitaisiin myös ikääntyneiden mahdollisuus yhteiskunnallisten suhteiden säilyttämiseen. Monissa kunnissa järjestetäänkin päiväkeskustoimintaa ja palvelupäiviä, joihin on järjestetty kuljetus ja samalla mahdollisuus saunomiseen ja pyykkipalveluun.

3.3 Laadukas kotihoito

Kun kyseessä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, monesti laadun arvioiminen voi olla vaikeaa. Laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista kuitenkin edellytetään, että tarjottavat palvelut ovat hyviä (Marjamäki 2010, 386). ”Hoit- ja palveluprosessien asiakaslähtöinen suunnittelu ja toteutus perustuvat asiakkaan tarpeiden, voimavarojen ja elinympäristön huolelliseen ja monipuoliseen arviointiin” (Voutilainen 2008, 110). Tepposen (2009, 152) mukaan laadukas kotihoito tyydyttää kotona asuvan vanhuksen avun, hoidon ja hoivan ja näin saadun avun riittävyys kuvaa tarpeentyydytystä eli hoidon laatua. Kotihoidon laatua voidaan määrittää asiakkaan, ammattilaisten tai johtamisen kannalta.

Asiakaslaadussa asiakas arvioi kotihoidon kykyä vastata tarpeisiin ja saavuttaa hyvälle hoidolle ja palvelulle asiakkaan asettamat tavoitteet. Ammatillisessa laadussa työntekijät arvioivat laatua ja johtamisen laadussa resurssien tehokas käyttö toiminnan järjestämisessä on arvioinnin kohteena. (Voutilainen 2007, 15.)

Kotihoidon palvelujen laadullisena tavoitteena on kehittää kotihoitoa ennakoivaksi, niin että se perustuu kattavaan palvelujen ja tuen tarpeen arviointiin, vastaa erilaisten asiakkaiden tarpeisiin, tukee voimaantumista ja osallisuutta, edistää kuntoutumista ja asiakkaalle nimetään vastuuhenkilö tai – pari. Lisäksi erityisesti muistisairaiden ja mielenterveysongelmaisten kotona asumista tuetaan. (Voutilainen 2008, 118.) Tepposen mukaan (2007, 62) laadukas kotihoito on saatavissa ympäri vuorokauden ja se sisältää ennakoivan toiminnan, palveluneuvonnan ja – ohjauksen, kodinhoidolliset tehtävät, hoiva- ja hoitotyön ja kuntoutuksen, tarvittavan lääketieteellisen hoidon sekä akuuttitilanteiden sairaanhoidon ja saattohoidon.

Kotihoidon laatu on toiminnan tuottavuuden, taloudellisuuden ja vaikuttavuuden lisäksi osa tuloksellisuutta. Kaikkien osatekijöiden pitäisi olla balanssissa keskenään. Laatu koostuu tuotantotekijöistä (henkilöstö, työtilat ja välineet), toiminnasta, suoritteista (kotikäyntien määrä ja käytetty aika) ja vaikutuksista asiakas- ja kuntatasolla. Johtaminen on osa toimintaa ja hyvällä johtamisella turvataan osaavat ja ammattitaitoiset työntekijät. Kotihoito on moni ammatillista yhteistyötä, joten kaikki työntekijät

vaikuttavat omalla toiminnallaan tuotetun palvelun laatuun. (Larmi, Tokola & Vätkiö 2005. 127 – 131.)

Valtakunnallisessa Kotipalvelu ja kotihoito osana kuntien palvelujärjestelmää (Kotiosa-) hankkeessa kehitettiin kotihoidon laadun arvioinnin kriteerit yhteistyössä Sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin, Suomen Kuntaliiton, Vanhustyön Keskusliiton ja hankkeessa mukana olleiden kuntien kanssa. Siinä kotihoidon laadun arvioinnin kriteerit on jaoteltu kolmeen osioon: rakenteet, prosessit ja vaikutukset/ tulokset. Rakenteiden laadun arviointiin huomioidaan suunnitelmallisuus, henkilöstö ja sosiaali- ja terveystoimen välinen yhteistyö. Kotihoidon prosessin laadun arviointi käsittää prosessinkuvaukset, palvelutarpeen arvioinnin, hoito- ja palvelusuunnitelman, hoidon ja palvelun toteutuksen, asiakaspalautteen keräämisen ja sosiaali- ja terveystoimen yhteistyön kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tehtäväjaon sekä sairaalan ja kodin kannalta. Vaikutuksien ja tulosten laatua arvioidaan tarkastelemalla kotihoidon tavoitteiden saavuttamista organisaatiotasolla, asiakastasolla ja henkilöstötasolla. (Heinola 2007. 98 – 105.)

3.3.1 Ikäihmisten palveluiden laatusuositus

Sosiaali- ja terveysministeriön yhteistyössä Suomen Kuntaliiton ja Stakesin laatiman Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen (2008) tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä parantaa laatua ja vaikuttavuutta. Siinä esitetään strategisia linjauksia kolmelle osa – alueelle palveluiden laadun parantamiseksi: 1) hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja palvelurakenteeseen, 2) henkilöstöön ja johtamiseen sekä 3) asuin- ja hoitoympäristöihin. Laatusuosituksen mukaan palvelurakennetta pitäisi kehittää suuntaamalla sitä kotona asumista tukeviin palveluihin. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2013.)

Ikäihmisten palveluiden laatusuositus edellyttää hoito- ja palveluprosessien suunnittelua ja toteutusta asiakkaan tarpeista lähtevänä ja yhdessä asiakkaan ja omaisten kanssa. Laadukasta palvelutoimintaa pystytään tuottamaan, kun se on asiakaslähtöistä, perustuu kattavaan palvelutarpeen arviointiin sekä on tavoitteellista ja säännöllisesti arvioitua, perustuen kirjalliseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Laadukas koti-

hoito on suosituksen mukaan ennakoivaa ja toimivat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjut ovat edellytys palveluiden laadun ja vaikuttavuuden turvaamiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriön www - sivut 2013.)

Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen mukaan henkilöstön mitoituksella ja tehtävärakenteella on myös suuri merkitys toiminnan laadulle ja vaikuttavuudelle. Henkilöstömitoituksessa pitäisi huomioida asiakkaiden hoito- ja palvelutarpeet. Tavoitteena on myös, että ikääntyneiden parissa työskentelevillä olisi sosiaali- ja/ tai terveydenhuollon ammatillinen koulutus ja lisäksi gerontologista osaamista sekä mahdollisuus osaamisen ylläpitämiseen täydenniskoulutuksella. Johtamisella vaikutetaan henkilöstön määrään, osaamiseen, työ hyvinvointiin ja työturvallisuuteen ja sitä kautta palveluiden laatuun ja vaikuttavuuteen. (Sosiaali- ja terveysministeriön www - sivut 2013.)

3.4 Osaaminen ja koulutus

Sosiaali – ja terveydenhuollon henkilöstön osaamista ja koulutusvaatimuksia säädelään lainsäädännöllä. Laissa sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (272/2005), laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/ 1994) muutoksineen ja asetuksessa sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista (804/ 1992) määritellään sosiaali – ja terveydenhuollossa toimimista. Terveysministeriön laki (1326/ 2010) velvoittaa huolehtimaan riittävästä täydenniskoulutuksesta.

Tutkintojen perusteella sairaanhoitajat ovat terveydenhuollon laillistettuja ammattihenkilöitä ja lähihoitajat nimikesuojattuja ammattihenkilöitä. Henkilöt, joilla on riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito, voivat myös tehdä lähihoitajan työtä, mutta heillä ei ole oikeutta käyttää lähihoitaja- nimikettä. (Henriksson 2011, 112.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa henkilöstö on toiminnan voimavara ja keskeinen menestystekijä (Sarvimäki 2010, 313). Työntekijöiden ammattitaitoon ja osaamiseen asetetaan entistä suurempia vaatimuksia, koska asiakkaat ovat aiempaa huonokuntoisempia ja moni sairaita. Se on haaste myös palveluiden suunnittelulle ja organisoinnille. Kotihoidon henkilöstö tarvitsee monimuotoista ja laaja – alaista osaamista.

Työntekijöiden pitää tietää paitsi asiakkaan terveydentilasta ja toimintakyvystä, myös saatavilla olevista etuuksista, apuvälineistä, tuki-, turva- ja kuntoutuspalveluista. Hyvä yleis- ja erityisosaaminen on myös yhteydessä palvelun laatuun.

Käytännön työssä ammattitaito ja osaaminen vaikuttavat terveydenhuollon koulutuksen saaneiden työntekijöiden työnjakoon. Terveydenhuollon järjestämässä kotisairaanhoidossa työskentelee sairaanhoitajia, terveydenhoitajia ja perushoitajia, kun taas sosiaalitoimeen kuuluvassa kotipalvelussa kodinhoitajia ja kotiavustajia. Yhdistetyssä kotihoidossa korostetaan eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä ja toiminta on myös muuttunut entistä hoidollisemmaksi, kodinhoidollisten tehtävien jäädessä pois. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistävä lähihoitajakoulutus luotiin 1990 – luvulla, joka antoi valmiudet sairaanhoidollisiin tehtäviin ja mahdollisti joustavamman työnjaon kotihoidossa. (Wrede & Henriksson 2004. 211 - 212.)

3.4.1 Lähihoitaja - koulutus

Lähihoitajakoulutus on laaja – alainen sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinto. Se korvasi kolme kouluasteista sosiaalialan ja seitsemän terveydenhuoltoalan tutkintoa. Koulutuskokeilu aloitettiin 16 nuorisopuolen yksikössä vuonna 1992 ja lähihoitajien koulutus laajeni koko maahan syksyllä 1995. Lähihoitajakoulutus uudistui vuonna 1999, jolloin tutkinto pidentyi kahdesta ja puolesta vuodesta kolmeen ja laajeni 100 opintoviikosta 120. (Ojala 2008. 13 – 29.) Vuodesta 2000 lähtien lähihoitajatutkinnon on voinut suorittaa ammatillisena perustutkintona tai näyttötutkintona, joka on lähinnä aikuisille tarkoitettu joustava tapa suorittaa tutkinto. Siinä jokaiselle opiskelijalle laaditaan henkilökohtainen opetussuunnitelma ja koulutuksen pituuteen vaikuttavat aiemmat koulutukset, työkokemus ja osaaminen. Näyttötutkinrossa opiskelijan osaaminen arvioidaan tutkinnon osa kerrallaan pääasiallisesti todellisessa työympäristössä. (Silvennoinen 2012. 180.)

Sosiaali- ja terveystieteiden koulusteiden tutkinnonuudistukseen vaikutti myös muuttuneet työelämän tarpeet. Työntekijöiltä vaadittiin parempia valmiuksia toimia laajemmissa palvelukokonaisuuksissa. Opetushallituksen laatimien ammatillisen tutkinnon perusteiden (2010) mukaan lähihoitajakoulutuksen tuottama ammattitaito antaa

valmiudet työskennellä sosiaali- ja terveysalan hoito-, huolenpito-, kasvat- ja kuntoutustehtävissä. Valtakunnallisen opetussuunnitelman mukaan lähihoitaja omaa hyvät ihmissuhde- ja vuorovaikutustaidot, osaa huomioida erilaiset kulttuuritaustat, työskentelee voimavaralähtöisesti ja asiakkaan toimintakykyä ja omatoimisuutta tukien ja ohjaten. Lähihoitajakoulutus antaa myös laaja – alaiset valmiudet työskennellä erilaisilla toimintaympäristöissä ja tehtävissä sekä jäsenenä moni ammatillisissa tiimeissä. (Opetushallituksen www – sivut 2013.)

Lähihoitajakoulutuksen aloittamiseen vaikutti myös pyrkimys sosiaali- ja terveydenhuollon integroimiseksi ja yhteistyön lisäämiseksi. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisellä palveluiden koordinointi parani ja laaja – alainen lähihoitajakoulutus mahdollisti muuttaa kotihoidon työnjakoa, mikä on vaikuttanut muun muassa päällekkäisten kotikäyntien poistumiseen. (Tepponen 2007. 65 – 66.) Lähihoitaja voi avustaa asiakasta tämän kotona aiemmin kodinhoitajalle kuuluneissa kodin hoidollisissa tehtävissä ja samalla käynnillä jakaa lääkkeitä, huolehtia erilaisista mittauksista tai haavahoidoista. Näin resursseja käytetään järkevästi ja lähihoitajan koko osaaminen hyödynnetään, jolloin sairaanhoitajan työpanos voidaan suunnata vaativimpiin tehtäviin.

Suomen Lähi – ja perushoitajaliitto SuPer on ollut aktiivisesti mukana kehittämässä lähihoitajakoulutusta. Liitto on ollut opetushallituksen koulutustoimikunnassa ja oppilaitosten työryhmissä sekä antanut lausuntoja ja tehnyt esityksiä tutkinnon kehittämiseksi. SuPerilla on myös edustus sosiaali – ja terveysalan koulutustoimikunnissa, joiden tehtävänä on seurata, arvioida ja ennakoida koulutuksen ja työelämässä tarvittava osaaminen. Lisäksi toimikunnat tekevät aloitteita ammatillisen koulutuksen sisällön kehittämiseksi ja sen perusteelta tutkintojen kehittämiseksi. (Silvennoinen 2012. 178 - 181.)

3.5 Vaikutusmahdollisuus

Työntekijän kokemus vaikuttamisesta, mahdollisuus hyödyntää osaamista, selkeä työnkuva ja sen yhteys muuhun organisaatioon sekä sopiva kuormittavuus ja vaatimustaso ovat työ hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä (Peiponen 2008, 300). Työn hal-

lintaan sisältyy muun muassa työn monipuolisuus, vaikutusmahdollisuus työn sisältöön, työaikajärjestelyihin ja olosuhteisiin, missä työtä tehdään sekä oikeus osallistua päätöksentekoon. Vaikuttamismahdollisuudet omassa työssä ovat tutkimuksen mukaan työ hyvinvoinnin ja työssä jaksamisen kannalta tärkein tekijä ja vaikutusmahdollisuuksien lisääntyminen myös kasvattaa halua kehittää itseä ja omaa työtään. (Surakka 2009, 105.)

Vaikuttamisen kohde voi organisaatiossa olla oma työalue, työryhmän alue tai laajempi alue, ja se voi liittyä joko pitkän aikavälin strategiseen suunnitteluun tai päivittäiseen päätöksentekoon. Vaikuttamismahdollisuus voi kohdistua erilaisiin toimintoihin muun muassa palveluiden suunnitteluun, kehittämiseen tai työn ajalliseen suunnitteluun. Vaikuttamisen muodot voivat vaihdella yksittäisen työntekijän päätösvallasta ryhmien päätösvaltaan. (Haapakorpi & Haapola 2008. 84 – 85.) Työterveyslaitoksen asiantuntijoiden laatiman katsauksen Työ ja terveys Suomessa 2009 (Kauppinen ym. 2009) mukaan yleisesti vaikutusmahdollisuus itseään koskeviin asioihin työpaikalla, työn tavoitteiden selkeys, esimiestyön tasapuolisuus ja hyvä työilmapiiri ovat kohtalaisen hyvässä kunnossa. Toisaalta sosiaali- ja terveysalalla vaikutusmahdollisuuksien koettiin tutkimuksen mukaan vähentyneen.

4 TUTKIMUKSIA

Paljärven väitöskirja ”Muuttuva kotihoito: 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta” tarkastettiin 2012 Itä-Suomen yliopistossa. Hän tarkasteli tutkimuksessaan Kuopion kaupungin kotihoidon organisointia, sisältöä, laatua ja toimintaympäristön muutoksia sekä valtion ohjausta vuosina 1994–2009. Tutkimusajankohdan aikana kotihoidon laatua seurattiin kotihoidon asiakkaiden haastatteluilla sekä omaisille ja kotihoidon työntekijöille tehdyillä kyselyillä, jotka toistettiin viisi kertaa. Tutkimus toi uutta tietoa yksittäisen kunnan kotihoidon muutoksista lähinnä koordinoinnin, integroinnin ja laadun kannalta sekä valtionohjauksesta. Tutkimushankkeen aikana työntekijöiden koulutus- ja osaamisvaatimukset olivat kehittyneet ja koulutusuudistuksesta johtuen henkilöstörakenne oli muuttunut

lähihoitajapainotteiseksi. Työntekijöiltä vei eniten työaika avustaminen päivittäisissä toiminnoissa, ruokailussa, hygienian hoidossa ja lääkehoidossa. Kotihoidon laadussa muutokset olivat tutkimuksen mukaan vähäiset. Työntekijöiden kiireisyys ja asiakkaalle annetun ajan riittämättömyys koettiin puutteena niin asiakkaiden, omaisten kuin työntekijöiden arvioissa. (Paljärvi 2012.)

Dölling – Hasu tutki opinnäytetyössään 2009 ”Kouvolan kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä” vuosi ennen yhdistymistä. Tutkimuksessa tuli monissa vastauksissa esille asiakasnäkökulma. Asiakkaan uskottiin saavan yhdistyneessä kotihoidossa joustavampaa ja ammattitaitoisempaa palvelua. Moni ammatillisuuden uskottiin mahdollistavan kokonaisvaltaisemman hoidon ja päällekkäisten käyntien vähenemisen toivottiin parantavan tiedonkulkua ja töiden organisointia sekä säästävän aikaa. Ammatillinen eriarvoisuus, oman työn arvostus ja epävarmuus tulevasta työnkuvasta koettiin yhdistymisessä pelottavana. (Dölling – Hasu 2009.)

Parkko – Hirvonen teki vuosi kotihoidon yhdistymisen jälkeen opinnäytetyön ”Kouvolan kotihoidon työntekijöiden kokemuksia tiimiytymisestä”. Tutkimuksessa kartoitettiin tiimiytymisen ohessa yhteistyön sujuvuutta ja muutoksia työnkuvassa. Tutkimuksen mukaan työntekijät olivat motivoituneita työhön, päällekkäiset käynnit olivat vähentyneet ja he saivat tukea toisiltaan, mutta tiedonkulussa ja yhteistyössä oli edelleen kehitettävää. Oma työtä kotihoidossa pidettiin kuitenkin vastuullisena ja suurin osa myös viihtyi työssään. (Parkko – Hirvonen 2010)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimuksen taustaa

Kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdistyivät Pälkäneen kunnassa vuoden 2012 alussa. Aiemmin kotipalvelu oli oman kunnan toimintaa ja kotisairaanhoidon, kuten edelleen muut Pälkäneen kunnan perusterveydenhuollon palvelut, tuotti Kangasalan kunta isäntäkuntamallilla. Yhteistyö kotisairaanhoidon kanssa toimi pääasiassa hyvin,

vaikka se oli eri organisaation tuottamaa ja toimitilat olivat myös fyysisesti eri paikassa.

Pälkäneen kotihoito on jaettu kahteen tiimiin, joissa on sairaanhoitajat tiimivetäjinä. Tutkimusajankohtana hoitaja- tai lähihoitajanimikkeellä olevia vakansseja oli seitsemäntoista, joista kuusi oli kodinhoitajia ja yksitoista 2.asteen ammatillisen perustutkinnon suorittaneita lähi-, perus-, apu- tai mielisairaanhoitajia sekä lisäksi yksi sairaanhoitaja. Koko kotihoidon lähiesimiehenä toimii kotihoidon ohjaaja.

5.2 Tutkimusongelmat

Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella, mikä on hoitajien arvio Pälkäneen yhdistyneen kotihoidon laadusta ja sen toiminnasta, omasta osaamisesta ja vaikutusmahdollisuuksista. Tutkimusongelmat olivat:

1. Miten kotihoidossa toimivat hoitajat arvioivat kotihoidon tarjoamien palveluiden laatua.
2. Mikä on hoitajien arvio vaikutusmahdollisuuksistaan omaan työhönsä.
3. Mikä on hoitajien arvio omasta osaamisestaan kotihoidossa.

5.3 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus on kvantitatiivinen eli määrällinen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa selvitetään lukumääriin liittyviä kysymyksiä ja kuvataan, millaisista osista tutkittava ilmiö koostuu. Määrällisellä tutkimuksella voidaan myös kuvata eri muuttujien välisiä riippuvuuksia. (Tuomi 2007. 95.) Kvantitatiivinen tutkimus vastaa kysymyksiin mikä? missä? paljonko? kuinka usein? ja sillä ei yleensä pystytä selvittämään asioiden syitä, mutta saadaan kartoitettua olemassa oleva tilanne (Heikkilä 2001. 16). Määrällinen aineisto on numeromuodossa olevaa tietoa, joka voidaan saada kyselylomakkeilla, erilaisilla mittareilla tai olemassa olevista tietokannoista (Taanila 2012. 2).

Kyselytutkimuksella voidaan selvittää mielipiteitä, tottumuksia, asenteita, miten ihmiset kokevat jonkin asian olevan tai mitä he ajattelevat jostakin asiasta. Tällöin ei

yleensä saada reaali maailman todellisuutta, mutta jos kysely voidaan tehdä kokonaistutkimuksena, tulokset pätevät juuri tähän kohderyhmään, jolloin niitä ole tarkoitustakaan yleistää. (Karjalainen 2010. 11.) Kokonaistutkimuksessa aineisto ei ole otos, vaan se kuvaa suoraan perusjoukkoa (Vehkalahti 2008. 45).

Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmään kuuluu yleensä käsitteiden määrittely, hypoteesien ja aikaisempien teorioiden esittäminen ja johtopäätökset jo tehdyistä tutkimuksista. Määrällisesti mitattava aineisto kerätään tarkan otantasunnitelman mukaan ja muutetaan tilastollisesti käsiteltäväksi havaintoaineistoksi, josta päätelmät tehdään tilastolliseen analyysiin perustuen. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2004. 131.)

5.4 Tutkimusaineiston keruu ja analysointi

Tutkimusaineisto on hankittu kyselylomakkeella (liite 1), jonka pohjana on Paljärven Kuopion kotihoidon työntekijöille vuonna 1994 tekemä kysely. Mittarin varsinainen kehittäjä on Rissanen Itä – Suomen yliopistossa ja Paljärvi on omassa tutkimuksessaan lisännyt siihen joitakin osia. Kuopiossa tehty kysely käsitti lähes kolmekymmentä kysymystä, joissa oli monia väittämiä. Siinä selvitettiin laajemmin muun muassa työntekijöiden taustatietoja, asiakasrakennetta ja asiakkaiden hoitoyksiköstä toiseen siirtymistä. Tässä tutkimuksessa käytettiin Kuopion kotihoidon kyselylomakkeesta osia, jotka liittyivät kotihoidon laatuun, omaan osaamiseen ja vaikutusmahdollisuuksiin ja muokattiin vastaamaan tutkimusongelmiin. Kyselylomakkeen käyttöön ja muokkaamiseen on kysytty ja saatu lupa Paljärveltä sähköpostitse. Avoimet kysymykset on lisätty tätä tutkimusta varten.

Kyselylomake muotoutui yhdessä Pälkäneen kunnan kotihoidon ohjaajan kanssa käydyissä keskusteluissa. Myös perusturvajohtaja, perusturvalautakunnan puheenjohtaja ja Lähi – ja Perushoitajaliitto SuPerin kehittämysyksikön suunnittelija arvioivat ja antoivat rakentavaa palautetta kyselystä ennen sen toteuttamista.

Jos kysymyslomake on itse laadittu, kysymysten ja sen eri osien tarkoituksenmukaisuus ja ymmärrettävyys pitäisi testata varsinaista tutkimusryhmää vastaavilla henki-

löillä (Tähtinen, Laakkonen & Broberg 2011. 22). Kyselylomake testattiin kotihoidossa työskentelevällä hoitajalla, joka oli ollut vasta lyhyessä määräaikaisessa työsuhteessa, eikä siten kuulunut perusjoukkoon. Testauksen perusteella ajankäytön seurannasta tehtiin erillinen seurantalomake (liite 2), koska testaustilanteessa ilmeni, että eri työtehtäviin käytetyn ajan arvioiminen varsinaiseen kyselyyn vastattaessa oli hankalaa.

Kysely oli siis kaksiosainen. Varsinainen kyselylomake oli puolistrukturoitu eli se sisälsi sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä. Avoimia kysymyksiä oli kolme. Suljettuja kysymyksiä oli kahdeksan, jotka käsittivät 75 väittämää. Suljetut kysymykset olivat Likert-asteikkoisia kysymyksiä, joissa kysyttiin eniten omaa käsitystä asiasta vastaavaa vaihtoehtoa 5-portaisella asteikolla. (Tähtinen, Laakkonen & Broberg 2011. 26). Taustatietoina kysyttiin koulutusta ja montako vuotta on toiminut kotipalvelussa/ kotisairaanhoidossa.

Holopaisen ja Pulkkisen mukaan tutkimus on kokonaistutkimus (census), jos tarkastellaan perusjoukon jokaista otantayksikköä (2002. 27). Kysely suunnattiin kaikille Pälkäneen kunnan kotihoidossa vähintään vuoden 2012 alusta hoitaja- tai lähihoitaja nimikkeellä toimineille työntekijöille. Tutkimukseen osallistui kaikki 14 kriteerit täyttäneitä hoitajaa. Vastaaminen tapahtui nimettömänä ja oli vapaaehtoista, mutta se tehtiin samanaikaisesti henkilöstöpalaverissa. Yksi teki kyselyn myöhemmin, mutta palautti kyselylomakkeensa muiden lomakkeiden joukkoon sattumanvaraisesti. Näin turvattiin vastaajan anonymiä.

Toisena aineiston keruumenetelmänä olleeseen ajankäytön seurantalomakkeeseen työntekijä kirjasi ylös viitenä peräkkäisenä työssäolopäivänä eri työtehtäviin käyttämänsä ajan. Koska kyseessä oli melko suppea kokonaistutkimus, se palautettiin nimellä, jotta voitiin kontrolloida, että kaikki kyselylomakkeeseen vastanneet palauttaisivat myös sen. Se oli tärkeää, jotta tutkimustulokset vastaisivat koko kotihoidon tilannetta ja niiden hyödyntäminen kehittämisessä olisi mahdollista. Nimi poistettiin palautuksen jälkeen ajankäytön seuranta-lomakkeesta ja vastaukset käsiteltiin anonymisti. Yksi hoitaja työskentelee pääasiassa päivätoiminnassa, joten hän ei täyttänyt ajankäytön seurantaa.

Kyselylomakkeesta ja ajankäytön seurannasta saaduista aineistoista tehtiin kaksi erillistä havaintomatriisia. Aineiston analyysiin käytettiin Excel – taulukkolaskentaohjelmaa. Taulukoita ja kuvioita käytettiin havainnollistamaan eri väittämien välistä jakaumaa vastauksissa, koska niiden käyttö auttoi selkiyttämään kokonaisuutta paremmin kuin pelkät luvut.

Kyselyssä olevaa kolmea avointa kysymystä tulkitaan sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysillä voidaan tulkita dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Se on menettelytapa järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä ja sillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Taustatiedot

Taustakysymyksissä kysyttiin ammatillista koulutusta ja kuinka kauan on toiminut kotipalvelussa tai kotisairaanhoidossa. Vastausten perusteella kahdeksan oli suorittanut 2. asteen ammatillisen perustutkinnon (lähihoitaja, perushoitaja, apuhoitaja) ja kodinhoitajia oli viisi. Yksi jätti vastaamatta kysymykseen. Toiseen kysymykseen, kuinka kauan on toiminut kotipalvelussa/ kotisairaanhoidossa jätti kaksi vastaamatta. Vastanneista kahdella oli alle kymmenen vuoden kokemus, kolmella alle kaksikymmentä ja seitsemällä oli yli kaksikymmentä vuotta alan työkokemusta.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitajien arvio yhdistyneestä kotihoidosta, vertaamalla sitä aikaisempaan tilanteeseen, jolloin toiminnot olivat erillään. Kahdella avoimella kysymyksellä haluttiin kuitenkin selvittää vastaajan kokemusta yhdistetyn kotihoidon hyvistä puolista palvelun ja työntekijöiden kannalta.

Kysymykseen ”*Mitkä ovat mielestäsi kolme yhdistetyn kotihoidon hyvää puolta palveluiden kannalta*” kaksi jätti vastaamatta. Vastauksissa selvimminkin nousi esiin (n = 8) päällekkäisten käyntien jääminen pois ja yhtä monessa kohdassa mainittiin tie-

donkulun parantuminen. Muina hyvinä puolina mainittiin asiakkaiden hoitaminen kokonaisvaltaisesti, moni ammatillinen osaaminen ja kotihoidon vastuu asiakkaan koko hoidosta, muun muassa lääkitys.

ei käyvä asiakkailla päällekkäisiä käyntejä

työntekijä voi tehdä samalla käynnillä useampia hommia

tieto kulkee hyvin kun ollaan yhteisessä toimistossa

kokonaisvaltainen hoito ja – tieto

Kysymykseen ”Mitkä ovat mielestäsi kolme yhdistetyn kotihoidon hyvää puolta työntekijöiden kannalta” vastasi kolmetoista ja niissä oli monia yhtäläisyyksiä edellisen kanssa. Kuudessa mainittiin tiedonkulun paraneminen ja kolmessa päällekkäisten käyntien loppuminen. Eniten (n = 8) yhdistymisen koettiin lisänneen työn monipuolisuutta, ammattitaidon vahvistumista ja mahdollisuutta toteuttaa ammatillista osaamista.

työt monipuolistuneet

töiden vaihtelevuus, ammattitaidon vahvistuminen/ uuden oppiminen

hoitotyön ammattitaito säilyy paremmin

Myös sairaanhoitajan kuulumista samaan tiimiin pidettiin hyvänä asiana niin työntekijöiden (n = 6) kuin palveluiden (n = 3) kannalta. Sairanhoitajan tuki ja apu sekä säännöllinen lääkärin konsultointi koettiin kaikkien kannalta parannuksena. Kaksi arvioi Mediatri – asiakastietojärjestelmän käyttöönoton parantaneen tiedonkulkua palveluiden kannalta ja yksi työntekijöiden kannalta.

6.2 Kotihoidon laatu

Tutkimuksessa selvitettiin kysymyksillä 5, 6 ja 7 Pälkäneen kotihoidon ammatillista laatua, työntekijöiden arvioimana. Kysymyksellä 8 hoitajat arvioivat millaista palautetta he saavat työstään eri yhteistyötahoilta, työtovereilta ja esimieheltä.

Kysymys ”Arvioi kotihoidon toimintaa koskevia väittämiä”, (taulukko 1) käsitti seitsemän väittämää. Neljä oli täysin samaa mieltä siitä, että asiakas saa tarvitsemansa avun, suurin osa (n = 9) oli lähes samaa mieltä ja yksi oli lähes eri mieltä. Neljän

mielestä toiminta oli asiakaslähtöistä, kuusi oli lähes samaa mieltä, kaksi lähes eri mieltä ja yksi ei osannut sanoa. Yksi jätti tähän vastaamatta. Enemmistö vastaajista (n = 10) oli sitä mieltä, että toiminta ei ollut tehotonta, lähes samaa mieltä ja lähes eri mieltä oli yksi vastaaja ja kaksi ei osannut sanoa mielipidettään.

Enemmistön mielestä (n = 10) toiminta on ammattitaitoista ja neljä oli lähes samaa mieltä. Toiminta on oikeudenmukaista/ tasa – arvoista oli viisi täysin samaa mieltä, kahdeksan lähes samaa mieltä ja yksi lähes eri mieltä. Yli puolet vastaajista (n = 8) oli täysin samaa mieltä, että toiminta on moni ammatillista, viisi oli lähes samaa mieltä ja yksi lähes eri mieltä. Toiminnassa hyödynnetään työntekijöiden erityisosaaminen; puolet (n = 7) oli täysin samaa mieltä, viisi lähes samaa mieltä ja kaksi lähes eri mieltä.

Taulukko 1. Hoitajien arvio kotihoidon toiminnasta

	täysin samaa mieltä	lähes samaa mieltä	lähes eri mieltä	täysin eri mieltä	en osaa sanoa	Yht.
Asiakas saa tarvitsemansa avun	4	9	1	0	0	14
Toiminta on asiakaslähtöistä	4	6	2	0	1	13
Toiminta on tehotonta	0	1	1	10	2	14
Toiminta on ammattitaitoista	10	4	0	0	0	14
Toiminta on oikeudenmukaista/ tasa - arvoista	5	8	1	0	0	14
Toiminta on moni ammatillista	8	5	1	0	0	14
Toiminnassa hyödynnetään työntekijöiden erityisosaaminen	7	5	2	0	0	14

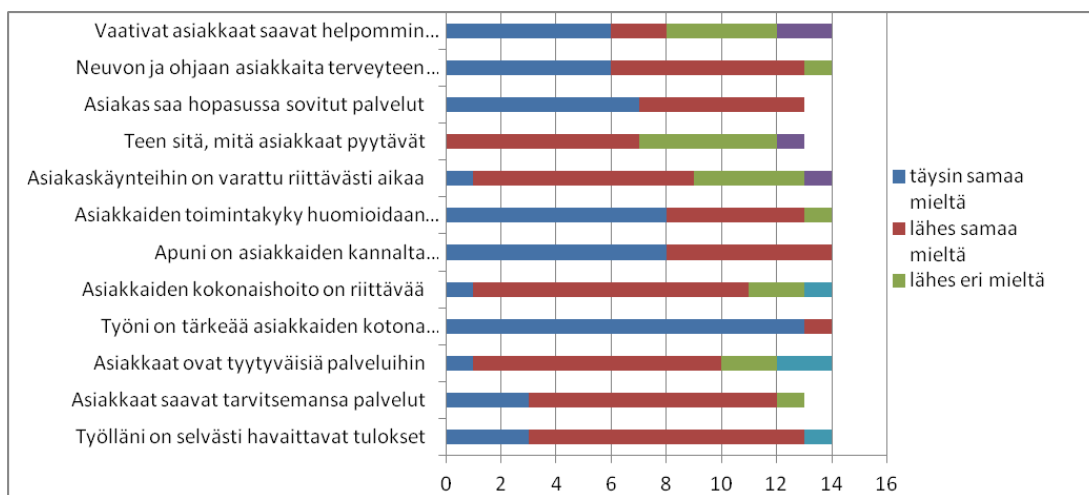
Kysymys ”Arvioi seuraavia kotihoitoa koskevia väittämiä” (kuvio 1) sisälsi 12 väitettä. Kolmen mielestä omalla työllä on selvästi havaittavat tulokset, suurin osa (n = 10) oli lähes samaa mieltä ja yksi ei osannut sanoa. Asiakkaat saavat tarvitsemansa palvelut; kolme oli täysin samaa mieltä, yhdeksän oli lähes samaa mieltä, yksi lähes eri mieltä ja yksi jätti vastaamatta tähän väittämään. Yksi oli täysin samaa mieltä, että asiakkaat ovat tyytyväisiä palveluihin, enemmistö (n = 9) oli lähes samaa mieltä ja kaksi oli lähes samaa samoin kuin kaksi ei osannut sanoa.

Lähes kaikki (n = 13) olivat sitä mieltä, että työni on tärkeää asiakkaiden kotona selviytymisen kannalta, yhden ollessa lähes samaa mieltä. Asiakkaiden kokonaishoidon

riittävydestä yksi oli täysin samaa, suurin osa (n = 10) oli lähes samaa mieltä, kaksi lähes eri mieltä ja yksi ei osannut sanoa. Yli puolen (n = 8) mielestä apu asiakkaiden kannalta on tarkoituksenmukaista ja kuusi oli lähes samaa mieltä.

Asiakkaiden toimintakyky huomioidaan kahdeksan mielestä riittävästi, viisi oli lähes samaa mieltä ja yksi oli lähes eri mieltä. Yhden mielestä asiakaskäynteihin on varattu riittävästi aikaa, yli puolet (n = 8) oli lähes samaa mieltä, lähes eri mieltä oli neljä ja täysin eri mieltä yksi vastaaja. Seitsemän vastaajaa oli lähes samaa mieltä, että tekee sitä, mitä asiakkaat pyytävät, viisi oli lähes eri mieltä ja yksi oli täysin eri mieltä, yksi jätti vastaamatta.

Asiakas saa hoito- ja palvelusuunnitelmassa sovitut palvelut seitsemän mielestä ja lähes samaa mieltä oli kuusi, yhden jättäessä vastaamatta. Väittämästä neuvon ja ohjaan asiakkaita terveyteen liittyvissä kysymyksissä riittävästi kuusi oli täysin samaa mieltä, puolet (n = 7) lähes samaa mieltä ja oli lähes eri mieltä. Viimeisestä väittämästä, että vaativat asiakkaat saavat helpommin palveluita, kuusi oli täysin samaa mieltä, yksi lähes samaa mieltä, neljä lähes eri mieltä ja kaksi täysin eri mieltä.



Kuvio 1. Hoitajien arviot kotihoidosta

Kotihoidon laatua arvioitiin vielä kysymyksellä, ”Saavatko asiakkaat riittävästi seuraavia kotiin tarjottavia palveluita” (taulukko 2). Suurin osa vastaajista (n = 9) oli täysin samaa mieltä riittävästä ateriapalveluista ja ruokailussa avustamisesta, neljä oli lähes samaa mieltä ja yksi lähes eri mieltä. Hygienian hoidon riittävydestä oli

täysin samaa mieltä viisi, yli puolet (n = 8) lähes samaa mieltä ja yksi lähes eri mieltä. Fyysisen toimintakyvyn ja liikkumisen tukemisen palveluista kaksi oli täysin samaa mieltä, kahdeksan lähes samaa mieltä, kolme lähes eri mieltä ja yksi täysin eri mieltä.

Vaatehuoltopalveluista täysin samaa mieltä oli puolet (n = 7), kuusi lähes samaa mieltä ja yksi ei osannut sanoa. Keskustelusta ja seurustelusta mielipiteet jakautuivat täysin. Kaksi vastaajaa oli täysin samaa mieltä, kuusi lähes samaa, neljä lähes eri ja yksi täysin eri mieltä sekä yksi vastaaja ei osannut sanoa. Hoitotoimenpiteiden tarjonnan riittävydestä oli täysin samaa mieltä lähes jokainen (n = 13), yksi oli lähes samaa mieltä.

Kotiin tarjottavista palveluissa kodin siisteydestä huolehtimisessa kolme oli täysin samaa ja neljä lähes samaa mieltä, viisi lähes eri ja yksi täysin eri mieltä sekä yksi ei osannut sanoa. Lääkehuollosta kaikki vastaajat (n = 14) olivat täysin samaa mieltä. Turvapalveluista enemmistö (n = 13) oli täysin samaa mieltä ja yksi lähes samaa mieltä.

Taulukko 2. Kotiin tarjottavien palveluiden riittävyys

	täysin samaa mieltä	lähes samaa mieltä	lähes eri mieltä	täysin eri mieltä	en osaa sanoa	yht.
1.Ateriapalvelu ja ruokailussa avustaminen	9	4	1	0	0	14
2.Hygienian hoito	5	8	1	0	0	14
3.Fyysisen toimintakyvyn ja liikkumisen tukeminen	2	8	3	1	0	14
4.Vaatehuolto	7	6	0	0	1	14
5.Keskustelu/ seurustelu	2	6	4	1	1	14
6.Hoitotoimenpiteet (esim. haavahoito)	13	1	0	0	0	14
7.Kodin siisteydestä huolehtiminen	3	4	5	1	1	14
8.Lääkehuolto	14	0	0	0	0	14
9.Turvapalvelut	13	1	0	0	0	14

Kysymyksellä ”Arvioi, millaista palautetta saat työstäsi”, työntekijät arvioivat eri yhteistyötahoilta saamaansa palautetta. Asiakkailta saatu palaute oli useimmiten myönteistä (n = 12) ja yhdessä vastauksessa joskus myönteistä. Yksi jätti tähän vastaamatta, samoin kuin työtovereilta ja muilta yhteistyötahoilta saatavaan palauttee-

seen. Työtovereilta kotihoidossa viisi sai usein myönteistä ja seitsemän joskus myönteistä palautetta, yksi ei osannut sanoa.

Kolme vastasi saavansa omaisilta usein myönteistä, puolet ($n = 7$) joskus myönteistä, yksi joskus kielteistä ja kolme useimmiten kielteistä. Muilta yhteistyötahoilta usein myönteistä palautetta vastasi kaksi, joskus myönteistä neljä ja joskus kielteistä seitsemän. Enemmistö ($n = 8$) vastasi saavansa esimieheltä usein myönteistä ja viisi joskus myönteistä palautetta, yksi ei osannut sanoa.

Taulukko 3. Työstä saatu palaute

	usein myönteistä	joskus myönteistä	joskus kielteistä	useimmiten kielteistä	en osaa sanoa	yht.
1.Asiakkailta	12	1	0	0	0	13
2.Työtovereilta kotihoidossa	5	7	0	0	1	13
3.Omaisilta	3	7	1	3	0	14
4.Muut yhteistyötahot (vanh.koti,terv.kesk.)	2	4	7	0	0	13
5.Esimieheltä	8	5	0	0	1	14

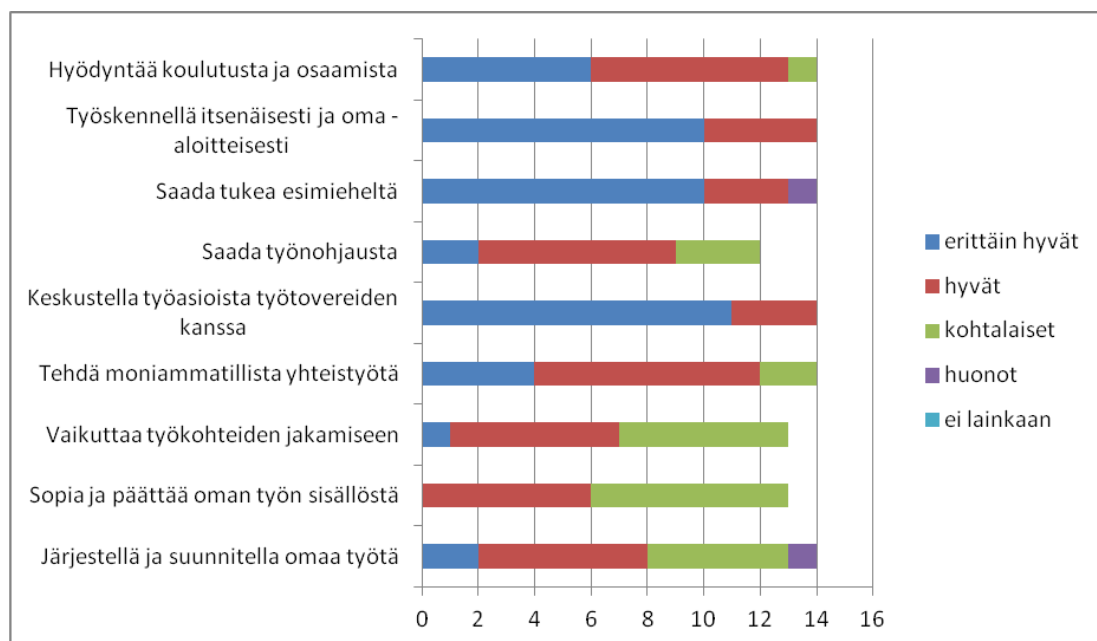
6.3 Työntekijöiden vaikutusmahdollisuus

Hoitajien arviota vaikutusmahdollisuuksistaan omaan työhönsä kartoitettiin kahdessa kysymyksessä (9 ja 10) olleella yhdeksällätoista väittämällä. Kysymyksen ”*Millaisia mahdollisuuksia sinulla on työssäsi toteuttaa seuraavia asioita*” (kuvio 2) ensimmäisestä väittämästä järjestellä ja suunnitella omaa työtä suurin osa vastasi joko erittäin hyvät ($n = 2$) tai hyvät ($n = 6$), viiden mielestä kohtalaiset ja yhden mielestä huonot. Mahdollisuus oman työn sisällön sopimiseen ja päättämiseen oli kuuden mielestä hyvät ja seitsemän koki vaikuttamismahdollisuuden kohtalaiseksi. Yksi jätti vastaamatta. Vaikuttamismahdollisuus työkohteiden jakamiseen olivat erittäin hyvät ($n = 1$), hyvät ($n = 6$) ja kohtalaiset ($n = 6$), yksi jätti vastaamatta.

Neljän mielestä mahdollisuus tehdä moni ammatillista yhteistyötä oli erittäin hyvät, yli puolen ($n = 8$) mielestä hyvät ja kaksi oli sitä mieltä, että kohtalaiset. Suurimman osan ($n = 11$) mielestä mahdollisuus keskustella työtovereiden kanssa oli erittäin hy-

vät, kolmen vastatessa hyvät. Työnohjauksen saamisen mahdollisuus oli erittäin hyvät kahden mielestä, seitsemän mielestä hyvät ja kohtalaiset kolmen mielestä.

Suurimman osan (n = 10) mielestä esimieheltä sai erittäin hyvin tukea, kolmen mielestä hyvin ja yksi koki saavansa huonosti. Samoin suurimman osan mielestä mahdollisuus työskennellä itsenäisesti ja oma – aloitteisesti oli erittäin hyvät (n = 10) tai hyvät (n = 4). Mahdollisuus hyödyntää koulutusta ja osaamista oli vastaajien mielestä joko erittäin hyvät (n = 6), hyvät (n = 7) tai kohtalaiset (n = 1).



Kuvio 2. Mahdollisuus toteuttaa seuraavia asioita työssä

Toinen kysymys, millä selvitettiin hoitajien arviota vaikutusmahdollisuuksistaan oli ”*Millaiset mahdollisuudet sinulla on vaikuttaa seuraaviin työhösi liittyviin asioihin*” (kuvio 3). Suurimman osan (n = 9) mielestä mahdollisuus vaikuttaa päivittäiseen ja viikottaiseen ajankäyttöön oli hyvät, yhden mielestä erittäin hyvät ja kohtalaiset neljän mielestä. Samoin vaikuttaminen siihen, mitä työtehtäviin kuuluu oli hyvät (n = 8), erittäin hyvät yhden mielestä ja viidellä vastanneella kohtalaiset.

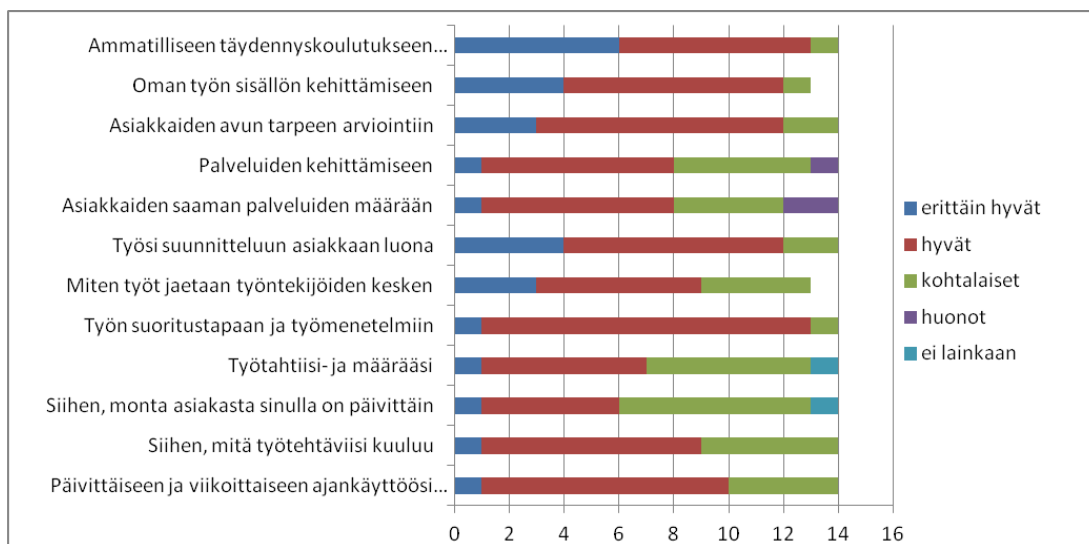
Päivittäiseen asiakasmäärään vaikuttamismahdollisuus oli yhden mielestä erittäin hyvät, viidestä hyvät, seitsemästä kohtalaiset ja yksi oli sitä mieltä, että ei lainkaan. Väittämään työtahtiin ja -määrään vaikuttamisesta jakauma oli samansuuntainen: erittäin hyvät (n = 1), hyvät (n = 6), kohtalaiset (n = 6) ja ei lainkaan (n = 1).

Enemmistön mielestä (n = 12) mahdollisuus vaikuttaa suoritustapaan ja työmenetelmiin oli hyvät ja erittäin hyvät ja kohtalaiset yhden mielestä.

Vaikuttamisen töiden jakamiseen työntekijöiden kesken arvioi kaksi erittäin hyväksi, kuusi hyväksi ja neljä kohtalaiseksi. Yksi jätti tähän vastaamatta. Suurimman osan (n = 8) mielestä mahdollisuus vaikuttaa työn suunnitteluun asiakkaan luona oli hyvät, neljän mielestä erittäin hyvät ja kohtalaiset kahden mielestä.

Vaikutusmahdollisuus asiakkaiden saamiin palveluihin oli yhden mielestä erittäin hyvät, seitsemän mielestä hyvät, neljästä kohtalaiset ja kahden mielestä huonot. Lähes samana koettiin vaikutusmahdollisuus palveluiden kehittämiseen: yksi erittäin hyvät, seitsemän hyvät, viisi kohtalaiset ja yksi huonot.

Asiakkaiden avun tarpeen arviointiin enemmistön (n = 9) mielestä pystyi vaikuttamaan hyvin, kolmen mielestä oli erittäin hyvin ja ja kahdesta kohtalaisesti. Samoin oman työn sisällön kehittämiseen vaikuttaminen koettiin hyväksi (n = 8), erittäin hyväksi (n = 4) ja kohtalaiseksi (n = 1). Yksi jätti tähän vastaamatta. Mahdollisuus päästä ammatilliseen täydennyskoulutukseen oli kuuden mielestä erittäin hyvät, puolet (n = 7) vastasi hyvät ja yksi kohtalaiset.



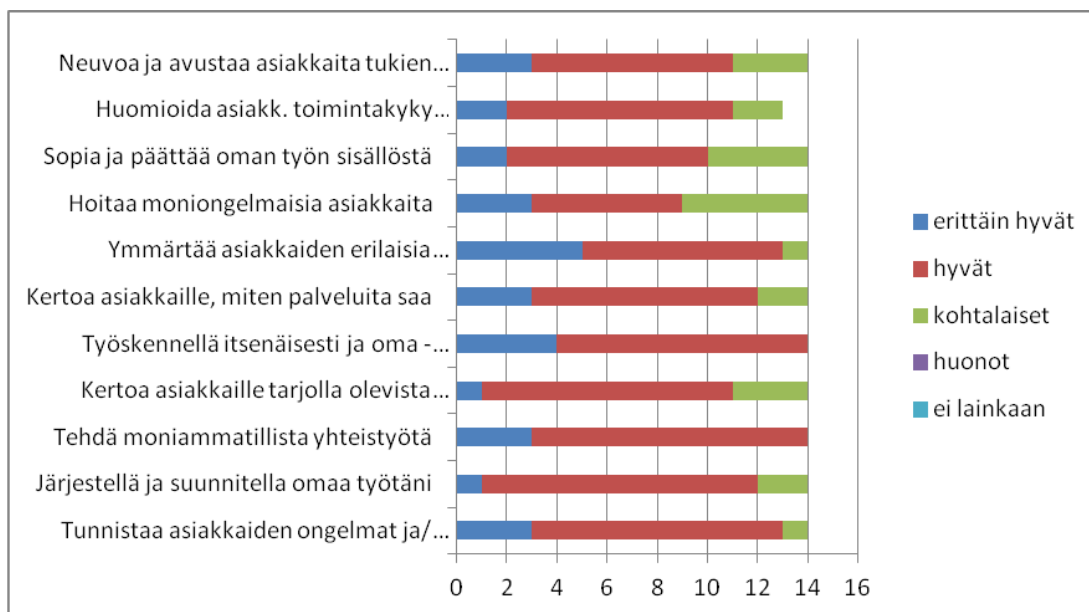
Kuvio 3. Vaikutusmahdollisuus työhön liittyviin asioihin.

6.4 Osaaminen

Kysymykset 11 ja 12 koskivat hoitajien arviota omasta osaamisestaan. Kysymys ”*Millaiseksi arvioisit omat kykysi ja valmiutesi työssäsi*” (kuvio 4) sisälsi yksitoista väittämää. Suurimman osan mielestä (n = 10) taidot asiakkaiden ongelmien ja / tai tarpeiden huomioimiseen oli hyvät, erittäin hyvät kolmen ja kohtalaiset yhden mielestä. Enemmistön (n = 11) mielestä kyvyt järjestellä ja suunnitella omaa työtä olivat hyvät, yhden mielestä erittäin hyvät ja kohtalaiset kahdesta. Samoin kyvyt tehdä moni ammatillisista yhteistyötä olivat hyvät (n = 11) tai erittäin hyvät (n = 3).

Valmiudet kertoa tarjolla olevista palveluista olivat yhden mielestä erittäin hyvät, hyvät kymmenen ja kohtalaiset kolmen mielestä. Kyky työskennellä itsenäisesti oli enemmistön (n = 10) mielestä hyvät ja erittäin hyvät neljän mielestä. Tiedon välittäminen asiakkaille, miten palveluita saa, oli kolmen mielestä erittäin hyvät, yhdeksän mielestä hyvät ja kahdesta kohtalaiset. Ymmärrys asiakkaiden erilaisista elämäntilanteista oli joko erittäin hyvät (n = 5), hyvät (n = 8) tai kohtalaiset (n = 1). Kyky hoitaa moniongelmaisia asiakkaita oli kolmesta erittäin hyvät, kuudesta hyvät ja viidestä kohtalaiset.

Valmiudet sopia ja päättää oman työn sisällöstä oli erittäin hyvät kahden mielestä, kahdeksasta hyvät ja kohtalaiset neljästä. Asiakkaiden toimintakyvyn huomioiminen palveluiden suunnittelussa olivat kahden mielestä erittäin hyvät ja kohtalaiset, enemmistön (n = 9) mielestä ne olivat hyvät. Yksi jätti tähän vastaamatta. Taidot neuvoa ja avustaa asiakasta tukien ja etuuksien hakemisessa olivat erittäin hyvät ja kohtalaiset kolmen ja hyvät kahdeksan mielestä.



Kuvio 4. Omat kyvyt ja valmiudet työssä.

Toinen kysymys, missä piti arvioida omaa osaamistaan oli ”*Millaiseksi arvioisit oman ammatillisen osaamisesi*” (taulukko 4). Se sisälsi yhdeksän väittämää. Tässä kysymyksessä yksi jätti vastaamatta kaikkiin väittämiin.

Arviossa perustyöstä suoritumisessa jakauma oli tasainen, erittäin hyvät ($n = 7$) ja hyvät ($n = 6$) välillä. Enemmistön ($n = 10$) mielestä vastuun otto asiakkaan kokonaihoidosta oli hyvät ja kolmen mielestä erittäin hyvät. Osaaminen terveystarkastusten neuvonnassa ja ohjauksessa oli viiden mielestä erittäin hyvät ja hyvät, kolmen mielestä kohtalaiset. Haavahoidoista arviot olivat erittäin hyvät ($n = 1$), hyvät ($n = 4$), kohtalaiset ($n = 7$) ja huonot ($n = 1$).

Taidot lääkehoidon toteuttamisessa kolme koki erittäin hyväksi, yhdeksän hyväksi ja yksi kohtalaiseksi. Neljän mielestä osaaminen muistisairaana kohtaamiseen oli erittäin hyvät, hyvät kuuden mielestä ja kolmesta kohtalaiset. Arvio omasta osaamisesta diabeteksen kokonaisvaltaisessa hoitamisessa oli yhden mielestä erittäin hyvät, seitsemän mielestä hyvät ja viidestä kohtalaiset.

Puolet vastanneista ($n = 7$) arvio taitonsa kohdata käytöshäiriöinen hyväksi, neljä kohtalaiseksi ja kaksi huonoksi. Verinäytteen otosta enemmistöllä ($n = 8$) ei ollut lainkaan taitoja, erittäin hyvät oli kahdella ja hyvät, kohtalaiset ja huonot yhdellä.

Taulukko 4. Arvio ammatillisesta osaamisesta

	erittäin hyvät	hyvät	kohta- laiset	huonot	ei lainkaan	yht
Suoritutua perustyöstä	7	6	0	0	0	13
Ottaa vastuu asiakkaan kokonais- hoidosta	3	10	0	0	0	13
Neuvoa ja ohjata terveystarkastus- sissä	5	5	3	0	0	13
Haavahoidoista	1	4	7	1	0	13
Lääkehoidon toteuttamisesta	3	9	1	0	0	13
Muistisairaahan kohtaamisesta	4	6	3	0	0	13
Diabeteksen kokonaisvaltaisesta hoidosta	1	7	5	0	0	13
Käytöshäiriöisen kohtaamisesta	0	7	4	2	0	13
Verinäytteen otosta	2	1	1	1	8	13

6.5 Kehityskohteet

Kysymyksellä ”Luettele kotihoidon kolme keskeisintä kehityskohdetta ja anna parannusehdotus ko. asiaan”, haluttiin aktivoida työntekijöitä oman työn kehittämiseen. Vastanneista viisi esitti pyydyt kolme kehityskohdetta, kolme kaksi, yksi yhden ja viisi jätti kokonaan vastaamatta.

Kolme vastaajaa esitti parannusehdotuksen toimintotiloista. Toivottiin asianmukaisia tiloja, kaappeja ja valaistusta.

tilat; asianmukaiset lääkekaapit, pöydät ym.

kirjaus ja lääkkeiden jakotilat ovat meluisat; rauhallisia työpisteitä, ei taustahälinää

lääkeasiat/ lääketilat; asianmukaiset tilat/ valaistus ym.

Vastauksissa toivottiin myös omahoitajuuden kehittämistä (n = 2), koulutuksen lisäämistä (n = 2), tiedonkulun parantamista (n = 2) ja asiakkaiden tarpeista lähtevää kokonaisvaltaisempaa hoitoa (n = 2) tai enemmän aikaa asiakkaalle (n = 2). Parannusehdotuksena moneen näistä esitettiin työntekijöiden lisäämistä (n = 5).

omahoitajuus; sama työntekijä kävisi asiakkailta silloin kun on työvuorossa. Jokaisella oma asiakaslista, minkä tekee kun on aamuvuorossa. Yksi työntekijä listaton, joka tekee vapaapäiväläisten asiakkaat.

tiedon kulku; riittävästi yhteisiä palavereita/ säännöllisesti

yhä edelleen tiedonkulku voisi olla parempaa; kirjaus kotona vain ho-pasuun, pois vihkot ja kalenterit

Kokonaisvaltaista hoitoa, asiakkaiden tarpeista lähtien; enemmän työntekijöitä, saisi tehdä mitä asiakas haluaisi ja kokisi tarpeelliseksi

Kehityskohteena esitettiin myös koulutuksia haavahoidoista, aivohalvaus- ja infarktipotilaista sekä muistisairauksista. Yhdessä vastauksessa esitettiin ateria – ajojen siirtämistä pois kotihoidolta, joko yksityiselle tai palkkaamalla sitä varten työntekijä. Vastauksissa toivottiin myös enemmän työtoimintaa (n = 1) sekä toimistotyöntekijää (n = 1), joka hoitaisi juoksevat asiat.

6.6 Ajankäyttö

Ajankäytöstä työntekijät täyttivät erillisen seurantalomakkeen. Siinä he seurasivat viiden työssäolo päivän ajankäyttöä viidentoista minuutin tarkkuudella. Seurannan teki kolmetoista työntekijää. Yksi työskentelee päivätoiminnassa ja hänellä on vain muutama asiakaskäynti aamussa, joten hän ei sitä tehnyt.

Ateriapalveluun ja ruokailun avustamiseen viisi käytti neljä tuntia tai vähemmän, enemmistön (n = 8) käyttäessä yli neljä tuntia. Suurin osa (n = 11) käytti hygieniaan ja peseytymiseen työaika alle neljä tuntia ja vain kaksi sitä enemmän. Fyysisen toimintakyvyn ja liikkumisen tukemiseen kaikki (n = 10) vastanneet käyttivät enemmilleen neljä tuntia. Kolmella ei ollut tähän merkitty yhtään työaika. Lääkehuoltoon useimmat (n = 9) käyttivät aikaa neljä tuntia tai vähemmän ja sitä enemmän aikaa käytti neljä työntekijää.

Kaikki vaatehuoltoon aikaa käyttäneet (n = 8) ilmoittivat ajankäytön olleen 0 – 1 tuntia. Keskusteluun ja seurusteluun kahdeksan käytti työajasta maksimissaan neljä tuntia ja neljä tätä enemmän. Yhdellä ei ollut tässä merkintää. Kaikki vastanneet (n =

10) käyttivät hoitotoimenpiteisiin neljä tuntia tai vähemmän. Kolmella ei ollut seurantaajaksolla hoitotoimenpiteisiin käytettyä työaika.

Palaveri- ja neuvotteluihin kaikki vastanneet (n = 9) käyttivät kolme tuntia tai vähemmän, neljä ei ollut osallistunut palaveri- tai neuvotteluihin seuranta-aikana. Kirjaamiseen ja kirjallisiin tehtäviin kuusi käytti aikaa maksimissaan neljä tuntia ja seitsemän sitä enemmän. Työpisteestä toiseen siirtymiseen kaikilta kului yli viisi tuntia työajasta.

Kaikki vastanneet (n = 8) käyttivät yhteydenpitoon omaisiin yhden tunnin tai vähemmän viiden työpäivän aikana. Suurimmalla osalla vastaajista (n = 7) yhteydenpito muihin yhteistyötahoihin vei työajasta neljä tuntia tai vähemmän, kahdelta aikaa kului yli viisi tuntia.

Muihin tehtäviin työaika oli käytetty kodinhoidollisiin töihin (n = 1), perhetyöhön (n = 2) ja koulutukseen (n = 2). Osa ilmoitti myös ruokataukoihin käyttämänsä ajan: kuusi maksimissaan kaksi tuntia ja kaksi kolme tuntia.

Taulukko 5. Työntekijöiden käyttämä aika eri työtehtäviin.

	- 1h	- 2 h	- 3h	- 4 h	- 5 h	- 6 h	- 10 h
Ateriapalveluun ja ruokailun avustamiseen	0	2	1	2	2	4	2
Hygieniaan ja peseytymiseen	2	5	4	0	0	1	1
Fyysisen toimintakyvyn ja liikkumisen tukemiseen	3	3	3	1	0	0	0
Lääkehuolto	0	1	3	5	2	1	1
Vaatehuolto	8	0	0	0	0	0	0
Keskustelu/ seurustelu	2	0	4	2	1	0	3
Hoitotoimenpiteet (esim. haavahoito)	6	3	0	1	0	0	0
Palaverit/ neuvottelut/ kokoukset	0	8	1	0	0	0	0
Kirjaamiset/ kirjalliset tehtävät	0	1	2	3	5	0	2
Työpisteestä toiseen siirtymiset	0	0	0	0	0	5	8
Yhteydenpito omaisiin	8	0	0	0	0	0	0
Yhteydenpito muihin yht.työ-tahoihin (tk, vanh.koti ym.)	0	4	1	2	0	1	1
Muu, mikä	0	6 ruokatauko	1 perhetyö 2 ruokatauko	2 koulutus	1 kodinhoitotyöt	0	1 perhetyö

7 TULOSTEN TARKASTELUA

Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää hoitajien arviota Pälkäneen kotihoidon laadusta, omasta osaamisesta ja vaikuttamismahdollisuudesta omaan työhönsä. Tutkimukseen osallistuneista Pälkäneen kotihoidon hoitajista suurin osa on suorittanut 2.asteen ammatillisen perustutkinnon, mutta kodinhoitajiakin on vielä monta. Kaikilla kodinhoitajilla on pitkä, yli kahdenkymmenen vuoden työkokemus, kuten lähes kaikilla muillakin Pälkäneen kotihoidossa työskentelevällä.

Vaikka yhdistynyt kotihoito oli toiminut vasta vajaa vuoden tutkimusta tehdessä, hoitajien arviot olivat siitä myönteiset. Työn koettiin monipuolistuneen, tulleen vaihtelevammaksi ja mahdollistaneen ammattitaidon säilymisen ja kehittymisen. Päällekkäisten käyntien pois jäänti nähtiin sekä asiakkaan että työntekijän etuna, mikä oli myös Dölling – Hasun tutkimuksessa työntekijöiden arvio yhdistyneestä kotihoidosta.

Tutkimuksessa oli kolme tutkimusongelmaa: ”*Miten kotihoidossa toimivat hoitajat arvioivat kotihoidon tarjoamien palveluiden laatua*”, ”*Mikä on hoitajien arvio vaikutusmahdollisuuksistaan omaan työhönsä*” ja ”*Mikä on hoitajien arvio omasta osaamisestaan kotihoidossa*”.

7.1 Pälkäneen kotihoidon laatu

Ensimmäinen tutkimusongelma ”*Miten kotihoidossa toimivat hoitajat arvioivat kotihoidon tarjoamien palveluiden laatua*”, piti sisällään hoitajien näkemyksen kotihoidosta, sen toiminnasta ja kotiin tarjottavien palveluiden riittävydestä.

Kotihoidossa työskentelevät hoitajat kokivat Pälkäneen kotihoidon toiminnan kauttaaltaan onnistuneeksi. Suurimman osan mielestä toiminta on asiakaslähtöistä, ammattitaitoista, oikeudenmukaista/ tasa-arvoista ja moni ammatillista, eikä toimintaa pidetä tehottomana. Tutkimuksen mukaan toiminnassa myös hyödynnetään työntekijöiden erityisosaaminen. Dölling - Hasun tekemässä tutkimuksessa Kouvolan koti-

hoidon työntekijöille tuli myös esiin työntekijöiden näkemys moni ammatillisuuden mahdollistavasta kokonaisvaltaisesta hoidosta.

Hoitajien arviot kotihoidosta olivat myös pääosin myönteisiä. Tutkimus osoittaa, että hoitajien mielestä asiakkaat ovat tyytyväisiä palveluihin, he saavat riittävät, tarvitsemansa ja sovitut palvelut, neuvonnan ja ohjauksen sekä käynneillä tehdään, mitä asiakas haluaa. Tutkimuksen mukaan vaativat asiakkaat saavat kuitenkin helpommin palveluita. Myös hoitajien kokemus oman työn merkityksestä kotihoidon toimintaan oli pääasiassa positiivinen. Työ koettiin tarkoituksenmukaiseksi ja tärkeäksi, jonka tulokset ovat havaittavissa. Eniten linjasta poikkesivat väittämät asiakaskäynneille varatun ajan riittävydestä, joka kolmasosan mielestä ei ole riittävä. Myös Paljärven (2012) Kuopion kotihoidossa tekemässä tutkimuksessa niin asiakkaat, omaiset kuin työntekijät arvioivat asiakkaan saaneen tarvitsemansa avun, mutta varatun ajan riittävyys oli heikkoa koko seuranta – ajan.

Tarjottavien palveluiden riittävyys on osa palveluiden laatua. Tutkimus osoitti, että hoitajat arvioivat kotiin tarjottavien palveluiden olevan pääasiassa riittäviä. Ateriapalvelut ja ruokailussa avustaminen, hygienian hoito, vaatehuolto, hoitotoimenpiteet, lääkehuolto ja turvapalvelut olivat lähes kaikkien mielestä riittäviä. Fyysisen toimintakyvyn ja liikkumisen tukemisen sekä keskustelun/ seurustelun mahdollistavan palvelun riittävydessä oli eniten ristiriitaa. Samansuuntaisia tuloksia on Tepposen tutkimuksessa ”Kotihoidon integrointi ja laatu”, missä selvitettiin kotihoidon integroinnin yhteyksiä kotihoidon sisältöön ja laatuun (Tepponen 2009. 137 - 152).

Kysymyksellä arvioi millaista palautetta saat työstäsi, ei voi suoraan määrittää palveluiden laatua, mutta se antaa viitteitä asiakkaiden ja muiden yhteistyötahojen arvioista. Saatua palaute oli pääasiassa myönteistä, paitsi muilta yhteistyötahoilta (vanhainkoti, terveyskeskus ym.) palaute oli useimmiten kielteistä.

7.2 Hoitajien vaikutusmahdollisuus omaan työhönsä

Toinen tutkimusongelma: ”*Mikä on hoitajien arvio vaikutusmahdollisuuksistaan omaan työhönsä*”, selvitti mahdollisuutta sekä toteuttaa että vaikuttaa omaan työhön-

sä ja sen suunnitteluun. Muun muassa työn monipuolisuus, vaikutusmahdollisuus työn sisältöön ja työjärjestelyt kuuluvat työn hallintaan ja työtyytyväisyys paranee, kun työntekijällä olla jonkin verran valtaa ja mahdollisuuksia vaikuttaa omaan työhönsä (Surakka 2009. 105).

Kysymykseen, missä kartoitettiin mahdollisuutta toteuttaa eri asioita työssään, hoitajat useimmiten arvioivat, että heillä on hyvät mahdollisuudet toimia itsenäisesti. Vastaukset osoittavat, että Pälkäneen kotihoidossa keskustelu on avointa, koulutus ja osaaminen hyödynnetään ja siellä tehdään moni ammatillista yhteistyötä. Hoitajat myös kokevat, että heillä on esimiehen tuki takanaan ja mahdollisuus saada työnohjausta. Huonommiksi hoitajat arvioivat mahdollisuuden toteuttaa oman työn suunnittelua ja järjestämistä sekä vaikuttamista työkohteiden jakamiseen, mutta yhtä lukuun ottamatta kaikki kuitenkin pitivät niissäkin toteuttamismahdollisuuksia vähintään kohtalaisena.

Vaikutusmahdollisuus omaan työhön liittyviin asioihin koettiin kauttaaltaan huonommiksi kuin muut tutkimusvastaukset yleensä. Suurin osa hoitajista arvioi, että vaikutusmahdollisuus ajankäytön suunnitteluun, työtehtävien valintaan ja töiden jakamiseen ovat erittäin hyvät tai hyvät, mutta näissä vastattiin eniten koko tutkimuksessa myös kohtalaisesti. Samoin kuin päivittäiseen asiakasmäärään, työtahtiin ja –määrään sekä asiakkaiden saamaan palveluiden määrään. Sen sijaan vaikuttamiseen työn suoritustapaan ja työmenetelmiin sekä suunnitteluun asiakkaan luona oltiin yleisesti ottaen tyytyväisiä. Haapakorven ja Haapolan mukaan (2008, 83 – 84) työ koetaan kotihoidossa itsenäiseksi ja etuna nähtiin mahdollisuus vaikuttaa työtapoihin ja aikatauluun.

Useimmat uskoivat mahdollisuuteensa vaikuttaa asiakkaiden avun tarpeen arviointiin, täydennyskoulutukseen pääsemiseen ja oman työn sisällön kehittämiseen, mutta piti heikompana vaikuttamista palveluiden kehittämiseen. Surakan mukaan (2009, 82) mahdollisuus saada lisä- ja täydennyskoulutusta vaikuttaa työn hallintaan ja mahdollisuus uuden oppimiseen on tärkeä työviihtyvyyteen ja korkeaan työmotivaatioon vaikuttava tekijä.

7.3 Oma osaaminen

Tutkimusongelma ”*Mikä on hoitajien arvio omasta osaamisestaan kotihoidossa*”, sisälsi hoitajien arviot omista kyvyistä ja valmiuksista työssään sekä ammatillisesta osaamisestaan.

Suurin osa Pälkäneen kotihoidon hoitajista arvioi omat kykynsä ja valmiutensa työssään hyväksi. Eniten puutteita arvioitiin olevan moniongelmaisten asiakkaiden hoitamisessa ja oman työn sisällöstä päättämisessä ja sopimisessa, mutta niissäkin kyvyt ja valmiudet arvioitiin kohtalaisiksi. Myös asiakkaiden neuvomisen ja avustamisen tukien ja etuuksien hakemisessa sekä informoinnissa tarjolla olevista palveluista, kolme arvioi kykynsä niissä kohtalaiseksi.

Hoitajien arviot omasta ammatillisesti osaamisesta olivat myös pääasiassa joko hyvät tai erittäin hyvät. Kuitenkin haavahoidoista yli puolet vastaajista arvioi osaamisensa kohtalaiseksi ja yksi jopa huonoksi. Ammatillinen osaaminen diabeteksen ja käytöshäiriöisen asiakkaan kohdalla koettiin myös heikommaksi kuin osaaminen yleensä, samoin kuin terveystarkastuksissa neuvonta ja ohjaus. Paljärven mukaan työntekijöiden hoidollisten valmiuksien parantaminen vähentää osaltaan eri ammattiryhmien päällekkäisiä käyntejä.

Verinäytteen ottoon suurimmalla osalla ei ollut lainkaan valmiuksia, mutta tulos oli odotettavissa, koska siihen on ollut vain 2.asteen ammatillisen perustutkinnon suorittaneilla hoitajilla mahdollisuus saada työpaikkakoulutus. Koulutuksen käyminen perustui vapaaehtoisuuteen.

7.4 Kehityskohteita

Kehityskohteiksi nousi paitsi konkreettisia ehdotuksia toimistotiloista ja kaapeista, mutta myös asiakasnäkökulma. Omahoitajuuden kehittäminen, kokonaisvaltaisempi hoito ja asiakkaalle annettavan ajan lisääminen voidaan nähdä osaltaan toisiinsa kytkeytyvinä ja vaikuttavina tekijöinä. Näihin liittyy myös esitettyjen koulutusten järjes-

täminen. Tiedonkulun parantamisessa on varmasti aina parannettavaa ja kehitettävää ja se tuli myös esille kysyttäessä kehityskohteita.

Moneen esitettyyn kehityskohteeseen toivottiin ratkaisua lisäämällä työntekijöitä, mutta se ei todennäköisesti ole ensisijainen ratkaisuvaihtoehto. Henkilöstöressurit pitää olla riittävät, mutta toimintaa voidaan aina myös kehittää ja parantaa olemassa olevilla resursseilla. Kaikkien työntekijöiden aktivointi ja motivointi yhdessä osallistumaan oman työn kehittämiseen, antaa parhaat mahdollisuudet sen onnistumiseen.

7.5 Ajankäytön seuranta

Työntekijöiden käyttämässä ajassa eri työtehtäviin oli yhteneväisyyksiä hoitajien arvioon kotiin tarjottavien palveluiden riittävyyden kanssa, mutta varsinaiseen työajan seurantaan sitä ei voisi käyttää. Monet vastanneista olivat merkinneet työtehtävään käytetyn ajan ja lisäksi sama aika keskusteluun, laittaen siihen huomion ”työn ohessa”. Arvioidessaan palveluntarjontaa, lähes puolet oli sitä mieltä, että keskustelua ja seurustelua ei ole riittävästi tarjolla. Myös valtionalouden tarkastusvirasto (2010) on tarkastuskertomuksessaan kritisoinut kotihoitoa, että ikääntyneille ei pystytä tarjoamaan riittävästi aikaa sosiaaliseen kanssakäymiseen.

Huolestuttavin havainto työajan käytössä oli fyysisen toimintakyvyn ja liikkumisen tukemiseen käytetyn ajan vähäisyys. Kotihoidossa kaikki ovat käyneet kunnonhoitaja koulutuksen ja toimintaperiaatteena on kuntouttava työote, mutta työaikaa siihen on käytetty suhteellisesti vähän. Tämän voi ehkä selittää se, että fyysistä toimintakykyä ja liikkumista tuetaan osittain myös ruokailuissa, pesuissa ja muiden toimenpiteiden yhteydessä, mutta sitä ei ole erikseen huomioitu ajankäytön seurannassa. Toimintakykyä ja voimavaroja tukeva työote voi pitkällä aikavälillä vähentää laitos – tai muun hoidon tarvetta, vaikkakin se voi alkuvaiheessa edellyttää pidempää käynti aikaa (Heinola & Luoma 2007, 42).

Kotihoidon yhdistyessä 2012 otettiin käyttöön myös Mediatri- asiakastietojärjestelmä. Jokaisesta asiakaskäynnistä tehdään käyntikuittaus ja tarvittaessa merkitään mitaukset, havainnot ynnä muut kotihoitokertomukseen. Tiedonkulku ja – saanti on sen

myötä parantunut, mutta kirjaamiset ja kirjalliset tehtävät myös vievät osan asiakastyöhön käytettävästä ajasta. Kuitenkin suurin yksittäinen työaikaa vievä asia, mitä ei voi hyödyntää asiakkaalle annettavana aikana, on työpisteestä toiseen siirtymiset. Mutta koska Pälkäne on maantieteellisesti laaja, järvien jakama kunta, siihen ei voi vaikuttaa, kun periaatteena on, että kuntalaiset ovat yhdenvertaisia palveluiden suhteen asuinpaikasta riippumatta.

8 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Pälkäneen kotihoidon laatu, oma osaaminen ja vaikutusmahdollisuus työhön hoitajien itsensä arvioimana. Tutkimus toteutettiin kokonaistutkimuksena ja perusjoukon muodostivat yhdistyneessä kotihoidossa vähintään vuoden 2012 alusta hoitaja- tai lähihoitajanimikkeellä työskennelleen. Osallistuminen oli vapaaehtoista, mutta kaikki neljätoista perusjoukkoon kuulunutta vastasivat kyselyyn. Koska perusjoukko oli pieni, se oli tulosten hyödynnettävyyden kannalta tärkeää.

Perusjoukon pienuus oli haaste tutkimuksen suorittamiselle. Alkuperäisessä tutkimussuunnitelmassa oli tarkoitus myös selvittää, oliko koulutuksella merkitystä hoitajan arvioon omasta osaamisestaan. Tutkimuksen kuluessa kuitenkin ilmeni, että vertailua kodinhoitajien ja 2.asteen ammatillisen perustutkinnon suorittaneiden välillä näin suppeassa otoksessa olisi vaikea tehdä niin, että tutkittavien anonymiteetti säilyisi. Työnjaollisesti sillä ei kuitenkaan ole suurta merkitystä, koska kaikki kotihoidossa työskentelevät kodinhoitajat ovat suorittaneet muun muassa tarvittavat lääkekoulutukset.

Tutkimuksen avulla oli tarkoitus hankkia ajankohtaista tietoa Pälkäneen kotihoidosta ja siinä mielestäni tutkimustehtävä onnistui hyvin. Tutkimus loi selkeän kuvan, miten hoitajat kokevat kotihoidon laadun, oman osaamisensa ja vaikutusmahdollisuutensa. Tutkimuksen perusteella Pälkäneen kotihoidossa työskentelevät hoitajat omaavat

vahvan ammatti – identiteetin ja arvostavat omaa osaamistaan sekä arvioivat Pälkäneen tarjoamien kotihoidon palveluiden laadun olevan hyvä.

Valtiovallan vanhuspoliittinen tavoite on, että ikääntyneet voisivat asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Tämä vaatii resursseja kotihoitoon ja siihen liittyviin muihin tukimuotoihin ja palveluihin. Kotihoidon kehittäminen pitäisi tapahtua yhteistyössä henkilöstön kanssa. Työntekijöiden koulutuksen ja osaamisen hyödyntäminen ja vaikuttamismahdollisuus lisäävät työtyytyväisyyttä ja vaikuttavat myös palveluiden laatuun.

8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Se edellyttää rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www – sivut 2013.) Tutkimuksen kaikkia osapuolia on tiedotettu avoimesti tutkimuksen tarkoituksesta ja vastaukset on tallennettu alkuperäisessä muodossaan. Vastaukset on analysoitu objektiivisesti ja totuudenmukaisesti ja tutkimuksen tulokset esitetään niitä muuttamatta tai vääristelemättä.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan kaikilla siitä käytettävissä olevilla tiedoilla. Mittarin validiteetilla tarkoitetaan sen pätevyyttä eli kykyä mitata sitä mitä oli tarkoituskin ja kysymyksien pitää kattaa koko tutkimusongelman, mikä tässä tutkimuksessa mielestäni toteutui. Tutkimuksessa on käytetty Kuopio-projektissa 1994 kehitettyä mittaria, jossa on todennettu sen validiteetti, mikä myös tukee tämän tutkimuksen luotettavuutta.

Sisäinen validiteetti tarkoittaa, että mittaukset vastaavat tutkimuksen teoriaosiossa esityksiä käsityksiä ja ulkoinen validiteetti tutkimustulosten yleistettävyyttä ulkopuoliseen perusjoukkoon. Tutkimuksen sisäinen validiteetti täyttyi ja tutkimustulokset koskevat vain hoitajien arviota Pälkäneen kotihoidon laadusta, omasta osaamisesta ja vaikuttamismahdollisuudesta, eikä tuloksia ole tarkoitukseen yleistää.

Tutkimuksen validiteetin kannalta otoksen pitää olla riittävän edustava ja suuri ja vastausprosentin korkean Tutkimus oli kokonaistutkimus eli otos kuvasi suoraan perusjoukkoa. Myös kaikki perusjoukkoon kuuluvat vastasivat sekä kyselyyn että ajankäytön seurantaan. Näin ollen tutkimuksen validiteetti täyttyi. Realibiliteetti määritellään tulosten pysyvyydeksi, eli mittaus on toistettavissa ja että se ei anna sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimuksen realibiliteetti ja validiteetti muodostavat yhdessä tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. (Heikkilä 2008, 30, 186 - 188.) Kyselylomakkeet ovat tutkimuksen tilaajan käytettävissä, joten tutkimus on mahdollista toistaa myöhemmin uudelleen.

Tutkimuksen eettisyys ilmenee jo tutkimusaiheen valintaa tehdessä. Varsinkin kun tutkimus kohdistuu ihmisiin, pitää selvittää, miten suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja sisältyykö osallistumiseen riskejä. (Hirsijärvi, Remes & Sajaavaara 2004, 26.) Tutkimus esiteltiin, kerrottiin mihin tuloksia käytetään ja vastaaminen tapahtui samanaikaisesti henkilöstö palaverissa. Vastaaminen perustui kuitenkin vapaaehtoisuuteen ja tapahtui nimettömänä. Ulkopuoliset eivät ole nähneet vastauksia ja ne hävitettiin tulosten analysoinnin jälkeen. Ajankäytön seurantalomakkeesta nimet poistettiin ennen havaintomatriisin tekemistä ja tutkimuksen analyysiä.

Tutkimuksen esittelyssä korostettiin, miksi kaikkien vastaaminen olisi tärkeää. Koska kyseessä oli kokonaistutkimus ja perusjoukko oli pieni, kaikkien osallistuminen oli tärkeää tulosten luotettavuuden ja hyödynnettävyyden kannalta, jotta tutkimustuloksia myös voidaan hyödyntää kotihoidon kehittämisessä.

Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää myös tarvittavien tutkimuslupien hankintaa (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www – sivut 2013). Tutkimusta varten lupa on haettu Pälkäneen perusturvalautakunnalta, joka toimi tutkimuksen tilaajana (liite 3). Sopimuksen opinnäytetyön tekemisestä allekirjoitti tutkimuksen tilaajan ja Satakunnan Ammattikorkeakoulun edustaja sekä opiskelija (liite 4).

8.2 Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheita

Opinnäytetyön tilaajana toimi Pälkäneen kunta ja siinä selvitettiin hoitajien arviota yhdistyneen kotihoidon laadusta, omasta osaamisesta ja vaikuttamismahdollisuudesta omaan työhönsä. Tutkimustuloksia oli tarkoitus hyödyntää kotihoidossa ja sen palveluiden kehittämisessä. Tämän tutkimuksen jälkeen on aloitettu toinen opinnäytetyö, missä selvitetään asiakkaiden arviota saamistaan palveluista ja niiden laadusta ja siinä tutkimuksessa myös omaisten ääni pääsee esille. Aloitettut neuvottelut sosiaalipalveluiden järjestämisvastuun muuttumisesta ensi vuoden alussa eivät kuitenkaan mahdollista hyödyntää saatuja tutkimustuloksia toiminnan kehittämisessä oman kunnan toimintana.

Valtiovallan Paras hankkeen- sosiaali- ja terveystuollon linjaukset edellyttävät vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjaa sosiaalipalveluiden järjestämisessä vuoden 2015 alusta. Pälkäneellä on muiden virkajärjestelyjen vuoksi aloitettu neuvottelut toimintojen siirtämiseksi Kangasalle jo ensi vuoden alusta, jolloin myös kotihoito siirtyisi Kangasalan tuottamaksi palveluksi. Jatkotutkimusaiheena voisi olla selvittää Kangasalan tuottaman kotihoidon laatu ja saatavuus hoitajien ja asiakkaiden sekä omaisten arvioimana Pälkäneen kunnan alueella sekä hoitajien arvio omista vaikutusmahdollisuuksistaan muutaman vuoden kuluttua Kangasalaan siirtymisen jälkeen.

Jatkotutkimuksena voisi olla myös tässä tutkimuksessa tehdyn kotihoidon hoitajien ja käynnissä olevan asiakaskyselyn tulosten kokoaminen ja analysointi siltä osin kuin se olisi mahdollista käytettyjen erilaisten mittareiden osalta. Se antaisi kokonaisarvion Pälkäneen kotihoidosta ja vertailuaineistoa myöhemmin tehtäviin tutkimuksiin. Tutkimus olisi varmasti myös mahdollista toteuttaa nykyisillä tutkimusluvilla, koska siinä ei kerättäisi uutta tietoa.

LÄHTEET

- Asetus sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista. 1992. A 21.8.1992/ 804.
- D'Amico – Panomeritakis, D. & Kurtz Sommer, J. 1997. Promoting and Maintaining in the Homebound Eldery Clint. Teoksessa S. Zang & J.A Allender Home Care of the elderly. New York: Lippincott, 78 – 97.
- Dölling – Hasu, B. 2009. Kouvolan kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä. Viitattu <https://publications.theseus.fi/>
- Eduskunnan www-sivut. 2012. Viitattu 9.10.2012. <http://lib.eduskunta.fi>
- Haapakorpi, A. & Haapola, I. 2008. Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla – esimerkkinä vanhusten kotihoito. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Heikkilä, T. 2001. Tilastollisen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita
- Heinola, R. 2007. Palveluiden dokumentointi. Teoksessa R. Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Helsinki: Stakes, 26 – 29.
- Heinola, R. 2007. Kotihoidon laadun arvioinnin kriteerit. Teoksessa R. Heinola (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Helsinki: Stakes, 98 – 106.
- Heinola, R. & Luoma, M – L. Toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa R. Heinola (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Helsinki: Stakes, 36 – 51.
- Henriksson, L. 2011. Lähihoitaja – joustavaa työvoimaa sosiaali – ja terveysalalle. Teoksessa A. Laiho & T. Ruoholinna (toim.) Terveysalan ammatit ja koulutus. Helsinki: Gaudeamus, 107 – 128.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. uud. p. Helsinki: Tammi.
- Holopainen, M & Pulkkinen, P. 2002. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: WSOY.
- Ikonen, E – R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.
- Kansanterveyslaki. 1972. L 28.1.1972/ 66 muutoksineen.
- Karjalainen L. 2010. Tilastotieteen perusteet. Keuruu: Otava.
- Kauppinen, T, Hanhela, R., Kandolin, I., Karjalainen, A., Kasvio, A., Perkiö – Mäkelä, M., Priha, E., Toikkanen, J. & Viluksela, M. 2009. Työ ja terveys Suomessa. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Kettunen, T., Ihalainen, J. & Heikkinen, H. 2002. Monimuotoinen sosiaaliturva. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, H & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3 – 12.

Laki omaishoidon tuesta. 2005. L 2.12.2005/ 937 muutoksineen.

Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista. 2005. L 29.4.2005/ 272.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 1994. L 28.6.1994/ 559.

Larmi, A., Tokola, E. & Välkkiö, H. 2005. *Kotihoidon työkäytäntöjä*. Helsinki: Tammi.

Marjamäki P. 2010. Asiakkaan oikeus hyvään palveluun – sosiaalihuollon palveluiden valvonta. Teoksessa A. Kananoja, M. Lähteinen & P. Marjamäki (toim.) *Sosiaalityön käsikirja*. 2. uud.p. Helsinki: Tietosanoma Oy, 381 – 402.

Ojala, S. 2008. *Olen ammatiltani lähihoitaja*. Helsinki: Kirjapaja.

Opetushallituksen www – sivut. 2013. Viitattu 15.3.2013. <http://oph.fi/>

Paljärvi, S. 2012. Muuttuva kotihoito: 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Viitattu http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0702-8/urn_isbn_978-952-61-0702-8.pdf

Parkko – Hirvonen, M. 2010. Kouvolan kotihoidon työntekijöiden kokemuksia tii-miytymisestä. Viitattu <https://publications.theseus.fi/>

Peiponen, A. 2008. Johtaminen – vetovoimainen gerontologinen hoitotyö. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.) *Gerontologinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY, 294 – 312.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2003. *Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma*. Helsinki: Stakes.

Ronkainen, R., Ahonen, S., Backman, K. & Paasivaara, L. 2002. Kotipalvelu kotihoidon kivijalka. Teoksessa P. Voutilainen, M. Vaarama, K. Backman, L. Paasivaara, U. Eloniemi-Sulkava & H. Finne-Sorveri (toim.) *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu*. Helsinki: Gummerus, 100 – 105.

Sarvimäki, P. 2010. Sosiaalihuollon henkilöstö. Teoksessa A. Kananoja, M. Lähteinen & P. Marjamäki (toim.) *Sosiaalityön käsikirja*. 2.uud.p. Helsinki: Tietosanoma Oy, 313 – 334.

Seppänen M. 2010. Gerontologinen sosiaalityö. Teoksessa A. Kananoja, M. Lähteinen & P. Marjamäki (toim.) *Sosiaalityön käsikirja*. 2. uud.p. Helsinki: Tietosanoma Oy, 214 – 226.

Sivennoinen, M. 2012. *SuPer 1988 – 2010*. Helsinki: Edita.

Sosiaalihuoltoasetus. 1983. A 29.6.1983/ 607 muutoksineen.

Sosiaalihuoltolaki. 1982. L 17.9.1982/ 710 muutoksineen.

Sosiaali- ja terveysministeriön www – sivut. 2013. Viitattu 21.4.2013.
<http://www.stm.fi/>

Surakka, T. 2009. Hyvä työpaikka hoitoalalla – näin haetaan ja sitoutetaan osaajia

Taanila, A. 2012. Määrällisen aineiston kerääminen. Viitattu 17.1.2013.
<http://myy.haaga-helia.fi/~taaak/t/suunnittelu.pdf>

Taipale, V., Lehto, J., Kokko, S., Muuri, A. & Lahti, T. (toim.) 2004. Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. 5. uud.p. Helsinki: WSOY.

Tepponen, M. 2007. Yhteistyö. Teoksessa R. Heinola (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Helsinki: Gummerus, 61 – 81.

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopio. Kuopion Yliopisto.

Terveydenhuoltolaki. 2010. L 30.12.2010/ 1326.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www – sivut 2013. Viitattu 4.5.2013.
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/htk_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf

Tähtinen, J., Laakkonen, E. & Broberg, M. 2011. Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. Turku: Turun Yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisuja.

Valtiontalouden tarkastusviraston www – sivut 2013. Viitattu 26.3.2013.
http://www.vtv.fi/files/2407/Vanhuspalvelut_netti.pdf

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Voutilainen, P. 2008. Ikääntyneiden palvelujärjestelmä. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 109 – 122.

Wrede, S. & Henriksson, L. 2004. Kahden kerroksen väkeä: kotihoidon ammatillinen uusjako. Teoksessa L. Henriksson & S. Wrede (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus, 210 – 234.

KYSELY PÄLKÄNEEN KOTIHOIDON HOITAJILLE

Kysely on osa opinnäytetyötäni, jonka teen Satakunnan Ammattikorkeakoulun Vanhustyön koulutusohjelmaan. Opinnäytetyöni aiheena on Pälkäneen kunnan kotihoidon laatu, oma osaaminen ja vaikuttamismahdollisuus hoitajien arvioimana ja sen tilaajana on Pälkäneen kunta. Tutkimuksella saatuja tietoja hyödynnetään kotihoidon kehittämisessä.

Vastaaminen tapahtuu nimettömänä ja se on vapaaehtoista, mutta jokainen mielipide on tärkeä pätevien tulosten saamiseksi. Liitteenä oleva ajankäytön seuranta palautetaan nimellä, mutta nimi poistetaan tutkimusvaiheessa. Kaikki vastaukset ovat luottamuksellisia ja niitä käytetään ainoastaan tässä tutkimuksessa, jonka jälkeen ne tuhoetaan. Kukaan ulkopuolinen ei pääse tutustumaan vastauslomakkeisiin.

Vastaa kysymyksiin **ympyröimällä** vaihtoehto, joka vastaa omaa käsitystäsi asiasta. Avoimiin kysymyksiin vastataan niille varatuille riveille, tarvittaessa jatka kääntöpuolelle.

1. Ammatillinen koulutuksesi

1. 2.asteen ammatillinen perustutkinto (lähihoitaja, perushoitaja, apuhoitaja)
2. Kodinhoitaja
3. Jokin muu, mikä _____

2. Kauanko olet toiminut kotipalvelussa/ kotisairaanhoidossa _____ vuotta

3. Mitkä ovat mielestäsi kolme yhdistetyn kotihoidon hyvää puolta **palvelujen kannalta**

1. _____

2. _____

3. _____

4. Mitkä ovat mielestäsi kolme yhdistetyn kotihoidon hyvää puolta **työntekijöiden kan-
nalta**

1. _____

2. _____

3. _____

5. Arvioi **kotihoidon toimintaa** koskevia väittämiä

	täysin samaa mieltä	lähes samaa mieltä	lähes eri mieltä	täysin eri mieltä	en osaa sanoa
1. Asiakas saa tarvitsemansa avun	1	2	3	4	5
2. Toiminta on asiakaslähtöistä	1	2	3	4	5
3. Toiminta on tehotonta	1	2	3	4	5
4. Toiminta on ammattitaitoista	1	2	3	4	5
5. Toiminta on oikeudenmukaista/ tasa – arvoista	1	2	3	4	5
6. Toiminta on moniammatillista	1	2	3	4	5
7. Toiminnassa hyödynnetään työntekijöiden erityisosaaminen	1	2	3	4	5

6. Arvioi seuraavia **kotihoitoa** koskevia väittämiä

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
1. Työlläni on selvästi havaittavat tulokset	1	2	3	4	5
2. Asiakkaat saavat tarvitsemansa palvelut	1	2	3	4	5
3. Asiakkaat ovat tyytyväisiä palveluihin ¹	2	3	4	5	
4. Työni on tärkeää asiakkaiden kotona selviytymisen kannalta	1	2	3	4	5
5. Asiakkaiden kokonaishoito on riittävää	1	2	3	4	5
6. Apuni on asiakkaiden kannalta tarkoituksenmukaista	1	2	3	4	5
7. Asiakkaiden toimintakyky huomioidaan riittävästi kotiavun tarvetta suunniteltaessa	1	2	3	4	5
8. Asiakaskäynteihin on varattu riittävästi aikaa	1	2	3	4	5
9. Teen sitä, mitä asiakkaat pyytävät	1	2	3	4	5
10. Asiakas saa hoito - ja palvelusuunnitelmassa sovitut palvelut	1	2	3	4	5
11. Neuvon ja ohjaan asiakkaita terveyteen liittyvissä kysymyksissä riittävästi	1	2	3	4	5
12. Vaativat asiakkaat saavat helpommin palveluita	1	2	3	4	5

7. Arvioi, saavatko kotihoidon asiakkaat riittävästi seuraavia **kotiin tarjottavia palveluita**

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
1. Ateriapalvelu ja ruokailussa avustaminen	1	2	3	4	5
2. Hygienian hoito	1	2	3	4	5
3. Fyysisen toimintakyvyn ja liikkumisen tukeminen	1	2	3	4	5
5. Vaatehuolto	1	2	3	4	5
6. Keskustelu/ seurustelu	1	2	3	4	5
7. Hoitotoimenpiteet (esim. haavahoito)	1	2	3	4	5
8. Kodin siisteydestä huolehtiminen	1	2	3	4	5
9. Lääkehuolto	1	2	3	4	5
10. Turvapalvelut	1	2	3	4	5

8. Arvioi, millaista **palautetta** saat työstäsi

	Usein myön- teistä	Joskus myön- teistä	Joskus kiel- teistä	Useimmiten kiel- teistä	en osaa sanoa
1. Asiakkailta	1	2	3	4	5
2. Työtovereilta kotihoidossa	1	2	3	4	5
3. Omaisilta	1	2	3	4	5
4. Muut yhteistyötahot (vanh.koti,terv.keskus ym.)	1	2	3	4	5
5. Esimieheltä	1	2	3	4	5

9. Millaisia mahdollisuuksia sinulla on työssäsi **toteuttaa** seuraavia asioita

	Erittäin hyvät	Hyvät	Kohta- laiset	Huonot	Ei lainkaan
1. Järjestellä ja suunnitella omaa työtä	1	2	3	4	5
2. Sopia ja päättää oman työn sisällöstä	1	2	3	4	5
3. Vaikuttaa työkohteiden jakamiseen	1	2	3	4	5
4. Tehdä moniammatillista yhteistyötä	1	2	3	4	5
5. Keskustella työasioista työtovereiden kanssa	1	2	3	4	5
6. Saada työnohjausta	1	2	3	4	5
7. Saada tukea esimieheltä	1	2	3	4	5
8. Työskennellä itsenäisesti ja oma-aloitteisesti	1	2	3	4	5
9. Hyödyntää koulutusta ja osaamista	1	2	3	4	5

10. Millaiset mahdollisuudet sinulla on **vaikuttaa** seuraaviin työhösi liittyviin asioihin

	Erittäin hyvät	Hyvät	Kohta- laiset	Huonot	Ei lainkaan
1. Päivittäiseen ja viikoittaiseen ajankäyttöösi työssä	1	2	3	4	5
2. Siihen, mitä työtehtäviisi kuuluu	1	2	3	4	5
3. Siihen, monta asiakasta sinulla on päivittäin	1	2	3	4	5
4. Työtahtiisi- ja määrääsi	1	2	3	4	5
5. Työn suoritustapaan ja työmenetelmiin	1	2	3	4	5
6. Miten työt jaetaan työntekijöiden kesken	1	2	3	4	5
7. Työsi suunnitteluun asiakkaan luona	1	2	3	4	5
8. Asiakkaiden saaman palveluiden määrään	1	2	3	4	5
9. Palveluiden kehittämiseen	1	2	3	4	5
10. Asiakkaiden avun tarpeen arviointiin	1	2	3	4	5
11. Oman työn sisällön kehittämiseen	1	2	3	4	5
12. Ammatilliseen täydennyskoulutukseen pääsemiseen	1	2	3	4	5

11. Millaisiksi arvioisit omat **kykysi ja valmiutesi** työssäsi

	Erittäin hyvät	Hyvät	Kohta- laiset	Huonot	Ei lainkaan
1. Tunnistaa asiakkaiden ongelmat ja/ tai tarpeet	1	2	3	4	5
2. Järjestellä ja suunnitella omaa työtäni	1	2	3	4	5
3. Tehdä moniammatillista yhteistyötä	1	2	3	4	5
4. Kertoa asiakkaille tarjolla olevista palveluista	1	2	3	4	5
5. Työskennellä itsenäisesti ja oma-aloitteisesti	1	2	3	4	5
6. Kertoa asiakkaille, miten palveluita saa	1	2	3	4	5
7. Ymmärtää asiakkaiden erilaisia elämäntilanteita	1	2	3	4	5
8. Hoitaa moniongelmaisia asiakkaita	1	2	3	4	5
9. Sopia ja päättää oman työn sisällöstä	1	2	3	4	5
10. Huomioida asiakkaiden toimintakyky palveluiden suunnittelussa	1	2	3	4	5
11. Neuvoa ja avustaa asiakkaita tukien ja etuuksien hakemisessa	1	2	3	4	5

12. Millaiseksi arvioisit oman **ammattillisen osaamisesi**

	Erittäin hyvät	Hyvät	Kohta- laiset	Huonot	Ei lainkaan
1. Suoritutua perustyöstä	1	2	3	4	5
2. Ottaa vastuu asiakkaan kokonaishoidosta	1	2	3	4	5
3. Neuvoa ja ohjata terveyskysymyksissä	1	2	3	4	5
4. Haavahoidoista	1	2	3	4	5
5. Lääkehoidon toteuttamisesta	1	2	3	4	5
6. Muistisairaahan kohtaamisesta	1	2	3	4	5
7. Diabeteksen kokonaisvaltaisesta hoidosta	1	2	3	4	5
8. Käytöshäiriöisen kohtaamisesta	1	2	3	4	5
9. Verinäytteen otosta	1	2	3	4	5

13. Luettele kotihoidon **kolme keskeisintä kehityskohdetta** ja anna **parannusehdotus** ko. asiaan

1. _____

parannusehdotukseni:

2. _____

parannusehdotukseni:

3. _____

parannusehdotukseni:

Kiitos vastauksestasi!

AJANKÄYTÖN SEURANTALOMAKE

LIITE 2

Nimi _____

Minkä verran keskimäärin käytit työaikaasi viiden (5) työpäivän aikana seuraaviin tehtäviin 15 minuutin tarkkuudella

Tehtävä	1.työpvä	2.työpvä	3.työpvä	4.työpvä	5.työpvä	Yht.
Ateriapalveluun ja ruokailun avustamiseen						
Hygieniaan ja peseytymiseen						
Fyysisen toimintakyvyn ja liikkumisen tukemiseen						
Lääkehuolto						
Vaatehuolto						
Keskustelu/seurustelu						

Tehtävä	1.työpä	2.työpä	3.työpä	4.työpä	5.työpä	Yht.
Hoitotoimen- piteet (esim. haavahoito)						
Palaverit/ neu- vottelut/ koko- ukset						
Kirjaamiset/ kirjalliset teh- tävät						
Työpuolesta toiseen siirty- miset						
Yhteydenpito omaisiin						
Yhteydenpito muihin yht.työ- tahoihin (tk, vanh.koti ym.)						
Muu, mikä						

LIITE 3

PÄLKÄNEEN KUNTA

OTE PÖYTÄKIRJASTA

Perusturvalautakunta

§ 33

03.05.2012

Tutkimuslupahakemus/Lintunen

PERLA § 33

Elina Lintunen opiskelee Satakunnan Ammattikorkeakoulussa geronomiksi ja hakee perusturvalautakunnalta tutkimuslupaa opinnäytetyöhönsä. Työn aiheena on lähihoitajuus/lähihoitajana kotihoidossa viitokahyksenä kotisairaanhoidon ja kotihoidon yhdistyminen.

Elina Lintunen arvioi lupaa kyselyn suorittamiselle kotihoidon henkilöstölle.

Kyselykaavakkeen luomisessa on mukana Suomen lähi- ja perushoitajaliitto, mutta Elina toivoo myös perusturvalautakunnan näkökantaa tutkittaviin asioihin.

Liitteenä 2 hakemus

Ehdotus

Perusturvajohtaja:

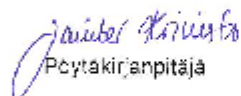
Perusturvalautakunta päättää myöntää Elina Lintuselle tutkimusluvan kokiakien kotihoidon henkilöstön haastatteluja kotihoidon ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä.

Päätös

Perusturvalautakunta toteaa tutkimuskohteen olevan hyvä ja ajankohtainen. Perusturvalautakunta hyväksyi päätösehdotuksen. Asiasta käytyjen keskustelujen pohjalta perusturvalautakunta esittää Elina Lintusen tutkimukseen kotihoidon henkilöstön ja myös kunnan näkökulman yleistämistä, onko työntekijöiden toimenkuvat selkeät ja tehdäänkö oikeita asioita, miten kotihoidolla voitaisiin lukea sairaalasta tai vuodeosastoilta kotiutumista paremmin ja lisäksi toivottiin tutkimuksessa otettavan kantaa miten työtä tulisi jatkossa kehittää.

Asianmukaisesti allekirjoitetusta ja tarkastetusta pöytäkirjasta kirjoitetun otteen oikeaksi todistaa

Pälkäneellä 15.5.2012


Pöytäkirjanpitäjä



SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä	
Opinnäytetyön tekijä: <i>Elina Lintunen</i>	
Opiskelijanumero: <i>1100056</i>	Aloitusryhmä: <i>AGE 11KP</i>
Koulutusohjelma: <i>Vanhustyö</i>	
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: <i>Päivi Kankaanranta paivi.kankaanranta@samk.fi 044 710 6221</i> <i>Satakunnan Ammattikorkeakoulu, Tiedepuisto 3, 28600 Pori</i>	
Toimeksiantaja, yhteys henkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: <i>Pälkäneen kunta, Janita Koivisto janita.koivisto@palkane.fi</i> <i>040 573 6390 Keskustie 1, 36600 Pälkäne</i>	
Opinnäytetyön nimi: <i>Pälkäneen kotkodon laatu, oma osaaminen ja väkiväkivahingon mahdollisuus hoitajien arvioimana</i>	
Työn etenemisaikataulu: <i>Kysely tammikuun 2013</i> <i>Valmis toukokuun 2013</i>	
Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projektisuunnitelmassa.	
<p>Vakuutukset. Jos opinnäytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työ sopimus. Työnantaja huolehtii lainmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteessa tehtävän opinnäytetyön tekijää.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen. Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. Aineiston hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Satakunnan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p> <p>Oikeudet opinnäytetyön tuloksiin. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p> <p>Immateriaalioikeudet. Tekijänoikeus ja muut immateriaalioikeudet opinnäytetyöhön kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Opinnäytetyön tekijä ja toimeksiantaja sopivat erikseen, missä laajuudessa tekijänoikeus tai muut immateriaalioikeudet siirtyvät toimeksiantajalle.</p> <p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu. Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Ammattikorkeakoulu vastaa työn ohjauksesta, seurannasta ja työn riittävästä laatusostosta. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista tai aikataulusta. Opinnäytetyön tekijä ei vastaa toimeksiantajalle vahingosta, joka toimeksiantajalle syntyy opinnäytetyön viivästyisestä, ellei erikseen toisin sovit. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana saamansa luottamuksellisen aineiston, kun opinnäytetyö on valmistunut, tai kun osapuolet yhdessä toteavat, että yhteistyöedellytyksiä opinnäytetyön loppuun saattamiseksi ei ole.</p> <p>Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus. Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muuta julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyä tietoa, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö tai sen osia voidaan julkaista myös internetissä sopimalla niistä erikseen. Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opettaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p>	
Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan kärjäoikeudessa.	
Tätä sopimusta on laadittu <i>kolme</i> kappaletta, yksi kullekin osapuolelle.	
Satakunnan ammattikorkeakoululla on oikeus käyttää yhteistyöhanketta referenssinä ammattikorkeakoulun työelämäyhteisistä, mukaan lukien SAMKin yhteistyötietokanta, johon voi tehdä hakuja internetissä. Opinnäytetyöstä	

näkyvät otsikko, organisaatio ja organisaation yhteyshenkilö. Hanketta voidaan lisäksi hyödyntää ammatillisen korkeakoulutuksen tavoitteita edistävästi esim. opetusmateriaalina tai -metodinä edellyttäen, ettei hankkeeseen sisältyneiden tietojen luottamuksellisuutta vaaranneta.

Päiväys: 3.10.2012

Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimike ja nimen selvennys:

Juulia Kiviisto
JANITA KOIVIOTO
PERUSTURVAJOHTAJA

Koulutusjohtajan/Toimialajohtajan allekirjoitus ja nimen selvennys:

OSAAVUUSALUEJOHTAJAN

Tuula Rauhainen-Vaio
TUULA RAUHAINEN-VAIO

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus:

Elina Lintunen

Elina Lintunen