



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Susa Salonen

Omahoitajuuden kehittäminen kotihoidossa

Opinnäytetyö

Kevät 2022

SeAMK Hyvinvointi – ja kulttuuriala

YAMK Kliininen asiantuntijuus



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Tutkinto-ohjelma: YAMK kliininen asiantuntijuus

Tekijä: Susa Salonen

Työn nimi: Omahoitajuuden kehittäminen kotihoidossa

Ohjaajat: THM Katriina Kuhalampi ja TtT Mari Salminen – Tuomaala

Vuosi: 2022

Sivumäärä: 68

Liitteiden lukumäärä: 4

Tilastojen mukaan ikääntyneiden määrä tulee Suomessa kasvamaan ja vuoteen 2040 mennessä yli 75 – vuotiaiden määrä tulee kaksinkertaistumaan. Laitospaikkojen vähentyessä kotona hoidettavien asiakkaiden määrä kasvaa ja heidän kuntonsa voi vaihdella hyvin paljon. Omahoitajuus on osa laadukasta ja potilasturvallisuutta lisäävää hoitotyötä.

Kehittämistyön tarkoituksena oli selvittää kotihoidon työntekijöiltä, mitä heidän mielestään omahoitajuus on ja mitkä asiat ovat esteenä omahoitajuuden toteutumiselle. Selvityksen jälkeen kehittämistyön tuotoksena tehtiin kotihoitoon malli omahoitajuudesta ja sen rakenteesta. Tämä malli tulee avaamaan omahoitajuuden sisältöä kaikille kotihoidon organisaatioissa toimiville ja samalla selkiyttää käytännön hoitotyötä. Parantamalla omahoitajuuden toimivuutta vaikutetaan hoidon laatuun sekä työhyvinvointiin. Kehittämistyön tavoitteena oli omahoitajuuden kehittäminen Seinäjoen kaupungin kotihoidossa ja kuvata, miten omahoitajuuden haasteisiin lähdetään vastaamaan ja miten omahoitajuutta kehitetään toimivampaan suuntaan.

Kehittämistyön teoreettiset lähtökohdat perustuivat aikaisempiin tutkimuksiin omahoitajuudesta, yksilövastuisesta hoitotyöstä sekä työhyvinvoinnista. Kehittämistyö toteutettiin kotihoidon hoitajille Webropol -kyselyllä. Kyselyyn oli mahdollisuus vastata myös paperiversiolla. Vastauksia tuli yhteensä 33 kpl. Osallistavat menetelmät, joita olivat Swot – nelikenttäanalyysi ja aivoriihi, toteutettiin yhdellä kotihoidon alueella. Covid- 19 pandemia toi haasteensa kehittämistyön toteutukseen ja osallistaviin menetelmiin tuli vastauksia myös sähköpostilla.

Kehittämistyön keskeisimpänä tuloksena nousi esiin se, että omahoitajuus on hoitajan aktiivista ja vastuullista toimintaa. Omahoitajuuden toteutumisen esteeksi tuloksissa nousi ajan puute, kiire ja se, että asiakkaan luo ei ollut säännöllisiä kotikäyntejä. Työhyvinvoinnin näkökulmasta omahoitajuuden kehittämisen esteiksi koettiin työyhteisön tuen puute, henkilökunnan vajaus sekä kiire. Työhyvinvointia edistäviä tekijöitä suhteessa omahoitajuuden toteutumiseen olivat hyvä työyhteisö sekä tehdystä työstä saatu positiivinen palaute.

¹ Asiasanat: omahoitajuus, kotihoito, yksilövastuinen hoitotyö, työhyvinvointi

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Degree programme: Master`s Degree Program in Nursing in Development of Health Care and Social Services.

Specialisation: Advanced Clinical Nursing

Author: Susa Salonen

Title of thesis: Development of primary nursing in home care

Supervisors: MNSc Katriina Kuhalampi and PhD Mari Salminen -Tuomaala

Year:2022

Number of pages: 68

Number of appendices: 4

According to statistics, the number of older people in Finland will increase, and by 2040 the number of persons aged over 75 will double. As the number of institutional places decreases, the number of clients treated at home increases and their condition can vary greatly. Primary nursing is part of high-quality nursing that increases patient safety.

The purpose of the development work was to find out from home care workers what they think primary nursing is and what aspects hinder the realization of primary nursing. After the assessment, the result of the development work was a model of primary nursing and its structure for home care. This model will open up the contents of primary nursing to all those working in the home care organization and, at the same time, clarify practical care work. By improving the functionality of primary nursing, the quality of care and well-being at work will be influenced. The aim of the development work was to develop primary nursing in the home care of the City of Seinäjoki and to describe how to meet the challenges of primary nursing, as well as how primary nursing could be developed in a more functional direction.

The theoretical starting points for development work were based on previous studies on self-care, individually responsible nursing, and well-being at work. The development work was implemented home care nurses through a Webropol survey. It was also possible to reply to the questionnaire with a paper version. A total of 33 responses were received. Participatory methods, such as Swot – four-field analysis and brainstorming, were carried out in one area of home care. The COVID-19 pandemic brought its challenges to the implementation of development work and the participatory methods were also answered by e-mail.

The main result of the development work was that primary nursing is an active and responsible activity of the carer. The lack of time, the urgency and the fact that there were no regular home visits to the customer became an obstacle to the realization of self-care. From the point of view of well-being at work, the lack of support from the work community, the lack of staff, and the urgency of the development of primary nursing were seen as obstacles to the development of self-care. Factors contributing to well-being at work in relation to the realization of primary nursing were a good work community and positive feedback from the work done.

¹ Keywords: primary nursing, home care, well-being at work

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract	3
SISÄLTÖ	4
Käytetyt termit ja lyhenteet.....	6
Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo	7
1 JOHDANTO	9
2 OMAHOITAJUUS JA YKSILÖVASTUINEN HOITOTYÖ	11
2.1 Kotihoito kehittämistyön viitekehyksenä	11
2.2 Omahoitajuus	13
2.3 Yksilövastuinen hoitotyö.....	14
3 TYÖHYVINVOINTI JA SEN HAASTEITA	18
4 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	21
5.KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS	22
5.1 Nykytilan kuvaus Seinäjoen kaupungin kotihoidossa.....	22
5.2 Tutkimuksellisen kehittämisen prosessi, tiedonhaku ja aineistojen keruu.....	23
5.3 Kyselylomake.....	25
5.4 SWOT - nelikenttäanalyysi.....	26
5.5 Aivoriihi	29
5.6 Aineiston analyysimenetelmät	30
6.KEHITTÄMISPROSESSIN TULOKSET	33
6.1 Kyselylomakkeen tulokset.....	33
6.2 SWOT – nelikenttäanalyysin tulokset	41
6.3 Aivoriihen tulokset kotihoidon omahoitajuuden nykytilan kehittämiseksi.....	46
7. POHDINTA	48
7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	48
7.2 Tutkimustulosten tarkastelu	50
7.3 Johtopäätökset kehittämistyön tuloksista.....	62
7.4 Jatkotutkimusaiheet	63
LÄHTEET	64

LIITTEET	69
----------------	----

Käytetyt termit ja lyhenteet

Hilkka	Fastroin kehittämä kotihoidon toiminnanohjaus – ja asiakastietojärjestelmä.
Hoitos	Hoito – ja palvelusuunnitelma, joka sosiaalihuoltolain mukaan on laadittava säännöllisiä tai toistuvia palveluita saavalle asiakkaalle.
Ikäkeskus	Asiakasohjausyksikkö, jonka palvelut on tarkoitettu ensisijaisesti ikääntyneille ja heidän läheisilleen. Toiminnan tavoitteena on edistää ikääntyneiden hyvinvointia ja tukea kotona asumista.
Optimointi	Työtehtävien reaaliaikainen järjestäminen ja seuranta Hilkka toiminnanohjausjärjestelmän avulla.
Palveluseteli	Palvelusetelillä hankittava palvelu on vaihtoehto kuntayhtymän tai kunnan tuottamalle palvelulle. Kuntayhtymä tai kunta päättää mihin palveluihin se antaa setelin.
RAI	Tarkoitettu vanhus- tai vammaispalvelun palvelutarpeen arviointiin tai hoito – ja palvelusuunnitelman laatimiseen. 1.10.2020 alkaen lakisääteinen velvollisuus tehdä asiakkaalle. Kuntien velvollisuus on ottaa Rai – arviointi käyttöön viimeistään siirtymäajan päättyessä 1.4.2023. Standardisoitu arviointijärjestelmä tiedonkeruun ja havainnoin välineenä. RAI-arvioinnin avulla kerätään tietoa muun muassa asiakkaan arkisuoriutumisesta, sosiaalisesta osallisuudesta ja kuntouksen voimavaroista sekä asiakkaan lähipiiriltä saamasta tuesta.

Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuvio 1. Asiakaskeskeisen hoitotyön ulottuvuudet. Mukailtu Leino -Kilpi & Välimäki teoksesta Etiikka hoitotyössä.....	17
Kuvio 2. SWOT -nelikenttäanalyysin kysymykset	27
Kuvio 3. SWOT - nelikenttäanalyysin kysymykset	28
Kuvio 4. Teemoittelun eteneminen.	32
Kuvio 5. Teemoittelun tuloksena muodostunut pääteema ja alateemat.....	34
Kuvio 6. Omahoitajan rooliin muodostuneet alateemat.....	34
Kuvio 7. Omahoitajan toimintaan muodostuneet alateemat.....	36
Kuvio 8. Omahoitajan eettiset periaatteet alateemat	37
Kuvio 9. Omahoitajuuden kehittämisen esteiden alateemat	39
Kuva 10. Omahoitajuuden toteutumista edistävien tekijöiden alateemat	40
Kuvio 11. Deduktiivisen sisällönanalyysin perusteella muodostetut pääteemat ja alateemat	41
Kuva 12. Leino-Kilpi & Välimäen (2014) sekä Sanerman ym. (2020) asiakaslähtöisen hoitotyön näkemyksistä mukailtu kuvio.....	53
Kuva 13. Kehittämistyön tuloksena muodostettu malli Omahoitajuudesta.....	61

Taulukko 1. Hegyvaryn ja Watts & O'Learyn näkemykset yksilövastuisen hoitotyön sisällöistä	15
--	----

Taulukko 2. Työvuodet kotihoidossa.....	33
---	----

1 JOHDANTO

Tämän kehittämistyön tarve nousee käytännön kokemuksesta, sillä kotihoidon asiakasmäärien lisääntyessä työmäärä hoitajilla kasvaa samassa suhteessa, mutta kotihoidon hoitajien toimien määrä ei kasva (Groop 2014, 8). Henkilökuntaresursseihin pitää tulevaisuudessa kiinnittää huomiota (Alastalo, Vainio & Kehusmaa 2017, 2, 5). Omahoitajuus on osa laadukasta ja potilasturvallisuutta lisäävää hoitotyön organisointitapaa (Haapala & Hyvönen 2002, 44). Hoitohenkilökunnan näkökulmasta hyvin tehty työ lisää työhyvinvointia sekä alalla pysymistä (Van Eenoo ym. 2016, 3). Lisäksi hoitohenkilökunnan osallistuminen työtapojen ja -menetelmien kehittämiseen osana omaa työtä lisää työhyvinvointia (STM 2020, 56).

Yleisesti eri tilastojen valossa on tiedossa, että vuoteen 2040 mennessä yli 75 – vuotiaiden määrä tulee kaksinkertaistumaan, mutta hoitohenkilökunnan määrä ei tule kasvamaan samassa tahdissa. Laitospaikkojen vähentyessä kotona hoidettavien asiakkaiden määrä kasvaa ja heidän kuntonsa voi vaihdella hyvin paljon. Kotihoidon osuus sosiaali- ja terveystalvelujen kentässä on merkittävä. (Groop 2014, 5, 8.)

Työelämässä tapahtuu väistämättä muutoksia. Muutokset vaativat sopeutumiskykyä, mutta yhä enemmän vaaditaan työntekijän osallisuutta muutoksessa toimijana. Työn organisointi yhdessä työyhteisön kanssa lisää itseohjautuvuutta ja kokemusta siitä, että itse voi vaikuttaa omaan työhön. (Manka 2011, 148–149.)

Seinäjoen kaupungin kotihoito kuuluu sosiaali- ja terveystoimen alaisuuteen ikäihmisten palveluiden tulosalueelle. Kotihoitoon kuuluu neljä aluetta; itäinen, eteläinen, kaakkoinen ja pohjoinen. Työntekijöitä kotihoidossa on tällä hetkellä vakituuisessa toimessa 161. Työntekijät ovat koulutukseltaan lähihoitajia, sairaan – ja terveydenhoitajia ja geronomeja. Kotihoitoon kuuluvat myös psykiatrinen tiimi, etä- ja tukipalvelut, kotikuntoutustiimi sekä varahenkilöstö. (Seinäjoen kaupunki kotihoito). Tämän kehittämistyön ulkopuolelle jäävät psykiatrinen tiimi, etä- ja tukipalvelut, kotikuntoutustiimi sekä varahenkilöstö, palvelukoordinaattorit ja aluepäälliköt. Edellä mainituissa työnkuvissa ei omahoitajuus korostu samalla lailla kuin kotihoidon perusarjessa, ja he jäävät pois tämän kehittämistyön kohderyhmästä. Näin ollen kehittämistyön kohderyhmänä on 126 henkilöä. Alueiden välinen asiakasvirta ei ole tasainen ja mikä tuo haasteita arjen hoitotyön toteutumiselle. Hoitajat liikkuvat alueiden välillä eri tarpeiden mukaan. Varahenkilöstö on perustettu kaupungin kotihoidon sisällä vastaamaan hoitajatarpeeseen alueilla. Jokaisella asiakkaalla on nimetty omahoitaja. Hoitajilla

omahoidettavien määrät vaihtelevat riippuen asiakkaan tarvitseman hoidon määrästä. Kotihoidon työ on kaksivuorotyötä ja alueiden välillä joutuu välillä liikkumaan niin, että omahoidettavien asiakkaiden tapaaminen jää vähäiseksi.

Kehittämistyön tavoitteena on omahoitajuuden kehittäminen Seinäjoen kaupungin kotihoidossa ja kuvata, miten omahoitajuuden haasteisiin lähdetään vastaamaan ja miten omahoitajuutta voitaisiin kehittää toimivampaan suuntaan.

Kehittämistyön tarkoituksena on selvittää kotihoidon työntekijöiltä, mitä heidän mielestään omahoitajuus tarkoittaa ja mitkä asiat ovat esteenä omahoitajuuden toteutumiselle. Selvityksen jälkeen kehittämistyön tuotoksena tehdään kotihoitoon malli omahoitajuudesta ja sen rakenteesta. Malli tulee avaamaan omahoitajuuden sisältöä kaikille kotihoidon organisaatiossa toimiville ja samalla selkiyttää käytännön hoitotyötä. Parantamalla omahoitajuuden toimivuutta vaikutetaan hoidon laatuun sekä myös työhyvinvointiin.

2 OMAHOITAJUUS JA YKSILÖVASTUINEN HOITOTYÖ

2.1 Kotihoito kehittämistyön viitekehyksenä

Suomalainen vanhuspolitiikka on nostanut esille kotona asumisen tärkeyttä myös silloin, kun tarvitaan säännöllistä palvelua ja tukea. Laitospaikkojen vähentyessä ja kotiin annettavien palveluiden lisääntyessä on tärkeää kehittää kotihoitoa monipuolisesti. Noin yksi prosentti yli 75-vuotiaista tarvitsee pitkäaikaista laitoshoidon tietyin lääketieteellisin perustein. (STM ym. 2020, 12.) Vuoteen 2040 mennessä 75-vuotiaiden määrä tulee kaksinkertaistumaan. Vuonna 2040 75 – vuotiaita tulee olemaan noin 978 000, kun vuonna 2014 vastaava määrä oli 478 000. (Groop 2014, 8.) Terveyskeskusten vuodeosastoilla työnkuormitus on hieman parantunut viime vuosina, kun taas kotihoidossa se on heikentynyt. Mahdollinen syy tähän on terveyskeskuksien keskittyminen asiakkaiden kuntoutukseen. Tulevaisuudessa hoidetaan entistä huonokuntoisempia asiakkaita kotona laitoshoidon vähentyessä. Ongelmana tulee olemaan laitoshoidossa aiemmin olleen kuormituksen siirtyminen kotihoitoon. (Sinervo 2018, 16.)

Groopin (2014, 9.) kirjoittamassa julkaisussa: *Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään?* mainitaan kaksi ydinongelmaa, jotka vaikuttavat kotihoidon palveluiden laatuun, tuottavuuteen ja hoitajien työssä jaksamiseen. Ensimmäinen ongelma on niin sanottu ruuhkahuippu, joka tarkoittaa palvelun epätasaista jakautumista (esim. aamulla asiakkaiden palvelutarve on suurin). Toinen ongelma on hoitajien liikkuminen tiimien tai lähialueiden välillä. Molemmat asiat ovat kytköksissä toisiinsa. Tulevaisuudessa digitalisaatio näkyy yhä enemmän jokaisella elämän alueella ja digipalveluiden kehittyminen kotihoidossa vapauttaa hoitajien aikaa toisiin töihin. Teknologian kehittyminen tuo työntekijöille mahdollisuuden palveluiden ja hoidon kehittämiseen. Hyvin toimiva teknologia vapauttaa työntekijöiden aikaa ihmisten kohtaamiseen. (STM 2020, 30.)

Maailmanlaajuisesti on nähtävissä se, että ikääntyneiden ja ikään liittyvien sairauksien määrä kasvaa. Tämän myötä kotiin annettavien palveluiden määrä tulee kasvamaan ja niiden toteuttamistapoja tullaan kehittämään. Digitalisaation yhtenä tavoitteena on ikääntyneiden voimaannuttaminen (empowerment) sekä kotona asumisen mahdollistaminen. Iäkkäät kokevat digitalisaation tuovan turvaa ja turvallisuutta. Iäkkäillä, joilla ei ole kokemusta digilaitteiden käytämisestä, huolta aiheuttivat tekniikan tuomat kustannukset, tekniikan käytettävyys sekä

yksityisyyden suojaan liittyvät asiat. Pohdintaa aiheutti myös se, että saavutetaanko digitalisaation avulla hyötyä suhteessa koettuun terveyteen. Terveystieteiden henkilöstöllä on vielä paljon tekemistä digitalisaatiosta tiedottamisen suhteen sekä vakuuttaa ikääntyneet digilaitteiden hyödyistä. Jotkut iäkkäät kokevat saavansa enemmän hyötyä läheisten, ystävien ja ammattilaisten avusta kuin digilaitteiden avulla toteutetusta etähoidosta. (Karlsen ym. 2017, 2914, 2915, 2933.)

Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toteuttama tiedonkeruu asiakkaan kokemasta hoidon laadusta ympärivuorokautisessa hoidossa sekä kotihoidossa toteutettiin ympäri maata vuonna 2015. Tutkimuksen tuloksena oli muun muassa se, että kotihoidon asiakas osallistuu enemmän oman hoitonsa suunnitteluun kuin laitoshoidon asiakas. Kotihoidon toimintatavat ovat laitoshoidon joustavampia ja ottavat enemmän huomioon asiakkaan tarpeet. Yhteenvedossa todetaan, että asiakkaita pitäisi osallistaa enemmän palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. (Alastalo, Vainio & Kehusmaa 2016, 1–4.)

Heinolan (2007, 31.) mukaan ikäihmisten itsensä määrittelemät laatuominaisuudet kotihoidon toiminnalle olivat seuraavia: Palvelut on järjestetty oikea-aikaisesti ja ne ovat tarpeenmukaisia. Sovituista asioista pidetään kiinni ja työtehtäviin on varattu riittävästi aikaa. Asiakkaan ja hoitajan välistä hyvää vuorovaikutusta arvostettiin. Vuorovaikutukseen sisältyi ystävällisyys, rauhallisuus, iloisuus, asiakaslähtöisyys sekä luottamus. Työntekijöiden monipuolinen ammattitaito koettiin hyvänä asiana. Monipuoliseen ammattitaitoon sisältyi sosiaalisen tuen antaminen, henkilökohtainen apu ja kodinhoidolliset taidot. Ikäihmisten mielestä laadukas kotihoito oli huolellisesti ja hyvin tehtyä työtä. Hoitotoimien lisäksi hoitajalla oli aikaa seurustelulle, joka koettiin tärkeänä asiana. Hoidon jatkuvuuden näkökulmasta ikäihmiset kokivat tärkeänä, että samat hoitajat kävivät kotikäynneillä ja että hoitajilla oli yhtenäinen käsitys laadukkaasti tehdystä hoitotyöstä. Turvallisuudentunnetta ja nopeaa avun saamista pidettiin tärkeänä. Turvallisuuden koettiin lisääntyvän, kun kotihoidon yhteystiedot olivat saatavilla, turvapuhelin oli käytössä sekä kodin muutostöille oli mahdollisuus. Andersonin, Havisen & Malinin (2004, 487–487.) mukaan kotihoidon asiakkuus koettiin saavutettuna etuna, josta haluttiin pitää kiinni. Ikäihmiset kokivat tarvitsevansa eniten niitä palveluita, jotka tukevat arjessa selviytymistä, mutta näistä palveluista oli eniten vähennetty. Näitä palveluita olivat asiointi – ja ulkoilupalvelu.

Kotihoidon palveluita suunniteltaessa on asiakaslähtöinen ajattelu tärkeää. Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että palvelut ja hoito vastaavat asiakkaan tarpeita.

Painoarvoa on myös sillä, että palvelu on lähellä ja se tukee hoito – ja palvelusuunnitelmaa. Tärkeitä periaatteita hoidon toteuttamisen näkökulmasta ovat jatkuvuus, turvallisuus, yksilöllisyys, kohtaaminen, luottamus ja henkilökunnan ammattitaito. (STM 2020,43.)

Sanerma ym. (2020, 369–370,373.) tuovat tutkimuksessaan esille sen, että tulevaisuuden kotihoidossa on avainasemassa palveluiden saumaton integrointi ja koordinointi, teknologian hyödyntäminen, korkea laatu sekä asiakaskeskeinen hoitotyö. Tutkimuksessa käytetään käsitettä client -centered approach eli asiakaskeskeinen lähestymistapa. Asiakaskeskeinen lähestymistapa keskittyy asiakkaan hoidon tarpeisiin, asiakkaan osallisuuteen, itsenäisyyteen ja kunnioitukseen. Asiakaslähtöinen lähestymistapa perustuu molemminpuoliseen yhteistyöhön, joka on hyvin suunniteltu ja toteutettu. Asiakkaalla on ajantasainen hoito – ja palvelusuunnitelma, jota arvioidaan yhteistyössä terveydenhuollon henkilöstön kanssa. Asiakkaan kokemus laadukkaasta hoidosta ja palvelusta lisää asiakaskeskeisyyttä palvelun toteuttamisessa. Tutkimuksessa ikäihmisten asiakaskeskeinen lähestymistapa kotihoidossa jaettiin neljään kategoriaan. Kategorioita ovat asiakkaan osallistuminen, omaisten ja hoitajien osallistuminen, kommunikaatio ja yhteistyö sekä näyttöön perustuva hoitotyö.

2.2 Omahoitajuus

Omahoitajuus on pieni, mutta merkittävä osa asiakkaan palvelukokonaisuutta kotihoidossa. Hoito – ja palvelusuunnitelma (jatkossa Hoitos) tehdään sosiaalihuollon asiakaslakiin perustuen jokaiselle kotihoidon asiakkaalle (L 30.12.2014/1301). Tähän suunnitelmaan perustuu asiakkaan arjen toiminnan sujuminen ja sovittujen asioiden tekeminen. Lisäksi RAI – toimintakyvyn arviointi tehdään asiakkaille lakiin perustuen 1.10.2020 alkaen (L 28.12.2012/980). Asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien on oltava ajantasaisia ja kattavia sekä niiden toteutumista tulee tarkastella säännöllisesti (STM 2020, 44). Vanhuspalvelulakiin on kirjattu, että iäkkäällä pitää olla mahdollisuus vaikuttaa omaa hoitoaan koskeviin valintoihin, sisältöön ja toimintatapoihin (L 28.12.2012/ 980).

Kotihoidossa asiakkaalle nimetään omahoitaja, joka yhdessä asiakkaan, omaisten ja kotihoidon tiimin kanssa suunnittelee annettavan hoidon. Omahoitajan vastuulla on hoidon toteutuminen ja hän on lähin yhteistyötaho asiakkaalle. Omahoitajuus tuo työhön jatkuvuutta, tavoitteellisuutta, turvallisuutta sekä intensiivisyyttä. (Ikonen 2015, 35–36.) Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksessa todetaan, että ”iäkkään henkilön on myös oltava aidosti osallinen ” ja hänen mielipidettään tulee kuulla koskien hänen palveluitaan. (STM 2020, 43).

Omahoitajuuden kautta asiakkaalla on enemmän mahdollisuuksia osallistua omaan hoitoonsa ja häntä koskevaan päätöksentekoon niiltä osin kuin on siihen kykenevä (Haapala & Hyvönen 2002, 39).

Hautsalon ym. (2017, 8, 11.) tutkimuksessa asiakkaan ja hänen omaistensa kokemukset kotihoidosta tuo esiin sen, että omahoitajuutta pidettiin tärkeänä asiana. Omahoitaja huolehtii asiakkaasta kokonaisvaltaisesti, lisää turvallisuuden tunnetta ja toimii yhteyshenkilönä moniammatillisessa työympäristössä. Omaiset kokivat hyvänä asiana, kun omahoitaja piti heihin yhteyttä asiakkaan asioissa. Omahoitajan työpanoksen puuttuminen näkyi negatiivisena asiana. Omahoitaja kävi asiakkaan luona harvoin, asiakkaalle oli nimetty uusi omahoitaja, jota asiakas ei tiennyt tai uutta omahoitajaa ei ollut nimetty edellisen lähdettyä. Tutkimuksen loppupäätelmässä todettiin, että omahoitajalla on keskeinen rooli kotihoidon asiakkaan kokonaisvaltaisessa hoidossa. Omahoitaja koordinoi hoitoa ja toimii yhteyshenkilönä asiakkaan läheisiin.

2.3 Yksilövastuinen hoitotyö

Yksilövastuinen hoitotyö perustuu käsitykseen, jonka mukaan ihminen on jakamaton kokonaisuus. Hoitotyössä tämä tarkoittaa sitä, että ihminen kohdataan kokonaisvaltaisesti sairauksista ja ongelmistaan huolimatta (holistinen ihmiskäsitys). Yksilövastuinen hoitotyö korostaa asiakkaan ja hoitajan välistä yhteistyötä, joka on jatkuvaa, molemminpuolista sekä ainutlaatuista. Asiakas on oman elämänsä asiantuntija ja osallistuu aktiivisesti häntä koskevaan päätöksentekoon. Parhaimmillaan yksilövastuinen hoitotyö lisää hoitajan ammattitaitoa, työtyytyväisyyttä sekä parantaa hoitotyön toteutumista. (Kan & Pohjola 2012,321.)

Yksilövastuisen hoitotyön periaatteena on, että sama hoitaja hoitaa asiakasta työvuoronsa ajan tai niin kauan, kun asiakas on esimerkiksi osastolla. Yksilövastuinen hoitotyö on sekä hoitotyön filosofiaa että tapaa järjestää käytännön hoitotyötä. Yksilövastuisen hoitotyön perusajatuksia ovat seuraavat asiat: *asiakaslähtöisyys*, *vastuullisuus*, *autonomia*, joka tarkoittaa sitä, että hoitotyöntekijällä on valtuudet tehdä hoitotyötä koskevia päätöksiä ammatin itsemääräämisoikeuden puitteissa. *Koordinointi* joka tarkoittaa asiakkaan hoitotyön siirtymistä hoitotyöntekijältä toiselta keskeytyksettä neuvottelun kautta. *Kattavuus* tarkoittaa, että

hoitotyöntekijä huolehtii potilaan kaikista hoitotoimenpiteistä työvuoron aikana. (Hegyvary 1991, 17.)

Fawcettin (2021) kirjoittamassa artikkelissa tuodaan esille Watts & O'Learyn (1980, 90–91) tekemän yksilövastuisen hoitotyön sisältöjen jaottelun. Hegyvaryn viiden kohdan listaan Watts ja O'Leary tuovat viisi kohtaa lisää. Nämä kymmenen tekijää ovat *vastuuvollisuus, edunvalvonta, itsevarmuus, auktoriteetti, autonomia, yhteistyö, jatkuvuus, viestintä, sitoutuminen ja koordinointi*. Seuraavassa taulukossa 1. esitellään vertailuna Hegyvaryn ja Watts & O'Learyn näkemykset.

Taulukko 1. Hegyvaryn ja Watts & O'Learyn näkemykset yksilövastuisen hoitotyön sisällöistä

Hegyvary	Watts & O'Leary
Asiakaslähtöisyys	Edunvalvonta
Vastuullisuus	Vastuuvollisuus
Autonomia	Autonomia
Koordinointi	Koordinointi
Kattavuus (kokonaishoito)	Auktoriteetti= Yhteistyö Jatkuvuus Viestintä Sitoutuminen Itsevarmuus

Asiakaskeskeinen hoitotyö toteutuu yksilövastuisessa hoitotyössä, kun omahoitaja toimii vastuullisesti ja itsenäisesti sekä toteuttaa asiakkaan kanssa yhdessä tehtyä hoitotyön suunnitelmaa (Pukuri 2002 ,61). Wessel ja Manthey (2015, 30.) esittävät kirjassaan Primary Nursing kolme kysymystä, jotka hoitajan kannattaa pitää mielessään, kun hoitaa asiakasta yksilövastuisen hoitotyön periaatteen mukaisesti. Päätökset tulee tehdä aina asiakkaan edun mukaisesti. On tärkeää miettiä, millä tavalla tehdyt päätökset auttavat asiakasta, lisääkö se

asiakkaan hyvinvointia. Asioita kannattaa tarkastella erilaisista näkökulmista ja hylätä 'näin on aina tehty'-ajattelu jos asiakas ei siitä hyödy. Lisäksi on huomioitava, että yksilövastuinen hoitotyö ei koskaan tule olemaan täydellistä. Vaikka yksilövastuinen hoitotyö ei olisikaan täydellistä, niin asiakkaan näkökulmasta se on hyvää hoitoa verrattuna johonkin toiseen hoitotyön toteuttamistapaan.

Yksilövastuinen hoitotyö tukee parhaiten hoitajan ammatillista osaamista. Yksilövastuisessa hoitotyössä keskitytään hoitaja – asiakassuhteeseen. Se vahvistaa hoitajan ammatillista vastuunkantoa sekä helpottaa asiakkaan ja hänen omaistensa mukaan ottamista hoitotyön suunnitteluun. Yksilövastuisessa hoitotyössä hoitajan näkökulmasta on hyvä huomioida seuraavat asiat: hoitaja hyväksyy vastuun hoitotyön päätöksenteosta asiakkaan parhaaksi eri tilanteissa. Omaiset, perhe ja asiakas ovat tietoisia siitä, että hoidossa käytetään yksilövastuista hoitotyötä tai siis asiakkaalla on omahoitaja. Hoitotiimin muut jäsenet kunnioittavat hoitosuhdetta ja auttavat sen toteutumisessa. (Wessel & Mantley 2015, 32.)

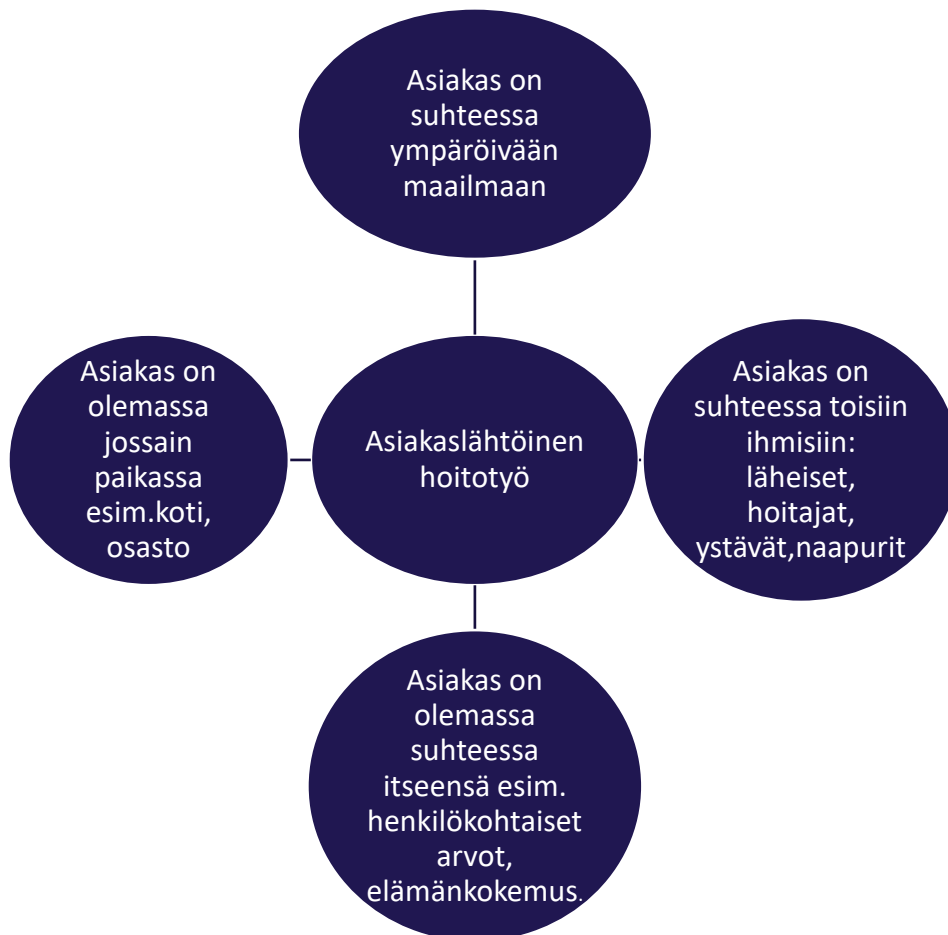
Vertailemalla yksilövastuista hoitotyötä tiimityöhön, jossa pieni ryhmä hoitajia toimii tiimin vetäjän johdolla, tai vertailemalla tehtäväperustaiseen hoitotyöhön, jossa tehdään monta tehtävää mahdollisimman lyhyessä ajassa niin yksilövastuisella hoitotyöllä, uskotaan saavutettavan seuraavia asioita: hoitotyön laatu on korkeatasoista ja potilaat ovat tyytyväisempiä saamaansa hoitoon. Hoitajien kokema työhyvinvointi on parempaa ja hoitotyö on kustannustehokkaampaa. (Hoffman Kusk & Groenkjaer 2016, 14.)

Hoffman Kusk ja Groenkjaerin (2016, 14–15.) tekemässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa esiteltiin tutkimus, jossa oli tehty kyselytutkimus kahdella eri hoitotyön menetelmällä hoidetuille potilaille. Tutkimuksessa oli yksilövastuisen ja tehtäväperustaisen hoitotyön potilasryhmät. Yksilövastuisen hoitotyön potilasryhmä vastasi esitettyihin kysymyksiin positiivisemmin kuin vertailuryhmä. Yksilövastuisessa hoitotyössä hoitajat osoittivat parempaa ymmärrystä potilasta kohtaan, olivat enemmän huolissaan potilaasta sekä keskustelivat enemmän potilaan läheisten kanssa.

Yksilövastuista hoitotyötä on tehty 1960 – luvulta lähtien. Eri tutkimuksissa on saatu yhteneväisesti seuraavia tuloksia toteuttamistavan eduista: hoitajat saavuttavat uudenlaista ammatillista itsenäisyyttä ja itseluottamus kasvaa. Asiakkaat kokevat olevansa oman hoidon asiantuntijoita ja kokevat tulleensa kohdatuiksi yksilöinä. Hoitajien työtyytyväisyys lisääntyy. Tiimityö paranee hoitajien keskuudessa ja hoitohenkilökunnan sitoutuminen työhön lisääntyy.

Työ saa uuden merkityksen ja tarkoituksen. Hoitajien ja lääkäreiden välinen yhteistyö paranee. Asiakkaiden hyvät kokemukset vaikuttivat siihen, että heillä oli komplikaatioita vähemmän esim. kaatumisia. Kommunikaatio parani hoitohenkilökunnan ja asiakkaiden välillä. (Wessel & Mantley 2015, 33.)

Leino -Kilpi & Välimäki (2014, 282) kuvaavat teoksessaan *Etiikka hoitotyössä* potilaskeskeisen hoitotyön keskeiset elementit. Kuviossa 1 esitellään iäkkään asiakkaan suhde olemassa olevaan ympäristöön neljässä eri asiayhteydessä. Hoitotyö on inhimillistä toimintaa ja tapahtuu aina suhteessa toisiin ihmisiin. Alla oleva kuvio 1 on mukailtu asiakaskeskeisen hoitotyön näkökulmaan.



=

Kuvio 1. Asiakaskeskeisen hoitotyön ulottuvuudet. Mukailtu Leino -Kilpi & Välimäki teoksesta *Etiikka hoitotyössä*

3 TYÖHYVINVOINTI JA SEN HAASTEITA

Työhyvinvointia on tarkasteltu aiemmin kielteisten asioiden kautta. 2000 - luvulta lähtien työhyvinvointiin on liitetty myös positiivisia asioita esimerkiksi työn imu. Kokonaisvaltainen kuva työhyvinvoinnista saadaan, kun tarkastellaan sekä myönteisiä tekijöitä, joita ovat työn imu ja työtyytyväisyys, että kielteisiä tekijöitä, joita ovat työssä tylsistyminen, työuupumus, työholismi. (Mäkikangas & Hakanen 2017, 72) Työn organisoinnissa ja työn tekemisessä tapahtuvat muutokset voivat synnyttää uusia voimavaratekijöitä tai kuormitustekijöitä (Mäkinen ym. 2014,14).

Pihlava, Ruokolainen ja Mauno (2017, 91–92,100.) ovat tutkimuksessaan Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimuksessaan Työhyvinvoinnin ja työtyytyväisyyden yhteyttä julkisen palvelun työntekijöiden julkisen palvelun motivaation yhteys työn imuun ja työyhteisökäyttämiseen selvittäneet tekijöitä, jotka vaikuttavat työn imuun ja työyhteisökäyttämiseen. Työn imulla tarkoitetaan melko pysyvää myönteistä motivaatio – ja tunnetilaa suhteessa työhön. Työn imun ulottuvuuksia ovat uppoutuminen työhön, innokkuus ja työlle omistautuminen. Pihlava ym. (2017) tekemän selvityksen mukaan aikaisemmissa tutkimuksissa on noussut selvästi esiin se, että julkiseen palveluun vahvasti sitoutuneet työntekijät ovat motivoituneita. Työntekijät ovat sitoutuneet epäitsekkääseen palveluun yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan puolesta. Tämä edustaa yksilön omia arvoja ja sitä, mitä hän pitää tärkeänä. Julkisen palvelun neljään ulottuvuuteen kuuluvat myötätunto, uhrautuminen, sitoutuminen julkisen palvelun arvoihin sekä halu toimia julkisessa palvelussa. Tutkimuksen lopputuloksena oli se, että työnantajien tulisi antaa työntekijöilleen mahdollisuus julkisen palvelun motivaation toteuttamiseen. Tämä näkyy työyhteisössä hyvänä työhyvinvointina ja se heijastuu työorganisaation kehittämiseen positiivisesti.

Mankan kirjassa *Työhyvinvointi* nähdään käsite *työhyvinvointi* henkilöstön strategisena menestystekijänä, johon kannattaa panostaa. Työhyvinvointia kannattaa johtaa suunnitelmallisesti ja asettaa sille tavoitteet sekä miettiä toimenpiteet, joilla tavoitteet saavutetaan. Toiminnan arvioinnin perusteeksi suositellaan erilaisia mittareita, joiden perusteella voidaan arvioida toiminnan vaikuttavuutta. Työhyvinvointi on organisaatiolähtöistä. Siihen vaikuttavat toimintatavat, johtaminen, ilmapiiri, työ sekä työntekijät itse omien tulkintojensa kautta (Manka & Manka 2016, 75–76.) Omahoitajuuden kehittäminen on toimintatavan muokkaamista ja sitä kautta vaikuttaa koettuun työhyvinvointiin, kun työntekijät saavat itse olla vaikuttamassa omaan työhönsä ja työympäristön kehittämiseen (Ikonen 2015, 174).

Työn tekemiseen liittyvät aina psykososiaaliset tekijät. Näitä tekijöitä voidaan tarkastella työhyvinvointia edistävinä ja ylläpitävinä tekijöinä tai kuormitus- ja riskitekijöinä. (Mäkinen ym. 2014, 7.) Usein työhyvinvoinnista keskusteltaessa kiinnitetään huomiota kuormitus- ja riskitekijöihin. Nämä tekijät eivät yksistään lisää kuormitusta työssä tai työpahoinvointia vaan voimavara- ja kuormitustekijät ovat vuorovaikutuksessa suhteessa toisiinsa. (Mäkinen ym. 2014, 9.) Hoitotyöhön liittyviä psykososiaalisia vaatimustekijöitä ovat sosiaaliset suhteet, organisaation rakenne, esimiestyö, perhe- ja työelämän yhdistäminen, työpaikan terveys ja hyvinvointi (Poussa & Lucca 2021, 1).

Työn kuormitus- ja riskitekijöitä ovat seuraavat asiat, jotka liittyvät työn luonteeseen. Työn sisältö ja vaatimukset, joita ovat työn yksitoikkoisuus, epävarmuus ja jatkuva muutos. Osaamisen alikäyttö, jatkuva sosiaalinen kuormitus, vaatimusten ristiriita, suuri vastuu ja se, että tiedollisesti pitää hallita suuria kokonaisuuksia. Työn määrään ja tahtiin vaikuttavia asioita ovat seuraavanlaisia: työtä on liikaa tai liian vähän, työtä pitää tehdä aikataulupaineessa, kone määrää työtahdin. Työn hallintamahdollisuuksiin vaikuttavia heikentäviä tekijöitä ovat muun muassa seuraavat; omaan työhön, aikatauluihin sekä työaikoihin ei pysty vaikuttamaan. Myös työn määrään ei pysty vaikuttamaan ja päätöksentekomahdollisuudet ovat vähäiset. Työaika asettaa haasteensa. Työtä tehdään erilaisissa työaikamuodoissa, joita ovat muun muassa vuorotyö, yötyö, ylityö, pätkätyö, yksintyöskentely, joustamaton työaika. Työympäristön puutteet liittyvät myös kuormitus- ja riskitekijöihin. Näitä ovat puutteellinen valaistus, melu, puutteelliset työvälineet, huono ergonomia, väkivallan uhka. (Mäkinen ym. 2014, 8.)

Työn järjestelyihin ja sosiaalisiin tilanteisiin liittyviä kuormitus – ja riskitekijöitä ovat seuraavat asiat: organisaation toimintaan ja kulttuuriin liittyvät asiat, joita ovat liian vähän henkilökuntaa, puutteellinen viestintä, organisaation tavoitteiden epäselvyys, syrjintä, tuen puute ongelmatilanteissa tai henkilökohtaisessa kehittämisessä. Sosiaalisiin suhteisiin vaikuttavia kuormittavia tekijöitä ovat kiusaaminen, häirintä, ristiriidat työntekijöiden välillä, huono esimiestyö, sosiaalisen tuen puute sekä esimiehiltä että työkavereilta, työyhteisön ulkopuolelle jättäminen. Organisaation toiminnan epäoikeudenmukaisuus näkyy suosikkeina, epäjohtonmukaisena palkitsemisena tai palkkauksessa, esimiesten epäluotettavuutena sekä epäoikeudenmukaisuutena. Roolit organisaatiossa näkyvät rooliristiriitoina sekä suurena vastuuna toisista ihmisistä ja asiakkaista. Työntekijöiden työpanosta ei arvosteta ja vakituisten työntekijöiden sijaan suositaan pätkätyöläisiä. Työn ja perhe-elämän/ muun elämän

yhteensovittaminen vaikuttaa kuormittavasti. Perheeltä ei saada riittävästi tukea. Työ- ja perhe-elämällä on erilaiset vaatimukset. (Mäkiniemi ym. 2014, 8.)

Vanhusten laitoshoido on aiemmin ollut kuormittavampaa henkilöstön kannalta, mutta nyt Vehko ym. (2017, 9.) tekemän kyselyn mukaan kotihoito on noussut laitoshoidoa kuormittavammaksi työkse henkilöstön näkökulmasta. Kotona hoidetaan entistä huonokuntoisempia asiakkaita. Tämä vaikuttaa henkilöstön työhyvinvointiin sekä työprosesseihin, koska hoitajat kokevat, että eivät kykene vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin niin hyvin kuin haluaisivat.

NORDCARE2 - hankkeen puitteissa tehtyjen kyselyiden mukaan vuonna 2005 ja 2015 Pohjoismaisista hoivatyöntekijöistä kotihoidon työntekijät olivat eniten huolissaan omasta terveydestään ja jaksamisestaan. Suomalaisen kotihoidon henkilökunta oli eniten sairaslomilla verrattuna muihin Pohjoismaihin (Kröger, Van Aerschot & Puthenparambil 2018, 49). Tutkimuksen mukaan vuosien 2005 ja 2015 välillä kotihoidon työ on sisällöltään pysynyt samana, mutta hallinnollisen työn määrä sekä potilasasiakirjoihin kirjaamiseen osuus on lisääntynyt. Asiakkaiden henkilökohtaisen avun tarve on lisääntynyt, kun asiakkaat ovat entistä huonokuntoisempia eikä hoitajilla ole enää aikaa vuorovaikutukseen asiakkaiden kanssa eikä sosiaalisten tarpeiden tukemiseen esimerkiksi yhteiseen kahvihetkeen. Asiakkailta on liikkumiseen ja muistiin liittyvien ongelmien lisäksi enenevässä määrin päihde- ja mielenterveysongelmia (Kröger ym. 2018, 16, 24).

4 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Kehittämistyön tavoitteena on omahoitajuuden kehittäminen Seinäjoen kaupungin kotihoidossa ja kuvata, miten omahoitajuuden haasteisiin lähdetään vastaamaan ja miten omahoitajuutta kehitetään toimivampaan suuntaan.

Kehittämistyön tarkoituksena on selvittää kotihoidon työntekijöiltä, mitä heidän mielestään omahoitajuus on ja mitkä asiat ovat esteenä omahoitajuuden toteutumiselle. Selvityksen jälkeen kehittämistyön tuotoksena tullaan tekemään kotihoitoon malli omahoitajuudesta ja sen rakenteesta. Tämä malli tulee avaamaan omahoitajuuden sisältöä kaikille kotihoidon organisaatiossa toimiville ja samalla selkiyttää käytännön hoitotyötä. Parantamalla omahoitajuuden toimivuutta vaikutetaan hoidon laatuun sekä työhyvinvointiin.

Kehittämistyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä on hyvä omahoitajuus?
2. Millä keinoilla omahoitajuutta kehitetään toimivammaksi hoitotyön menetelmäksi kotihoidossa?
3. Millaiset tekijät nousevat esiin omahoitajuutta toteutettaessa liittyen hoitajien kokemaan työhyvinvointiin?

5. KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

5.1 Nykytilan kuvaus Seinäjoen kaupungin kotihoidossa

Seinäjoen kaupungin kotihoito on jaettu neljään alueeseen: eteläinen, pohjoinen, itäinen ja kaakkoinen. Koko kotihoidon asiakasmäärä oli vuoden 2022 helmikuussa 660 asiakasta. Asiakkuudet kestävät muutamista viikoista useampiin vuosiin. Omahoitajuudet jaetaan palvelukoordinaattorin toimesta sitä mukaan, kun uusia asiakkaita tulee tai vanhoja poistuu. Viikkopalaverissa hoitajat ja palvelukoordinaattori käyvät yhdessä omahoitajalistaa läpi ja tekevät tarvittavat muutokset omahoitajuuksiin muuttuneiden asiakasmäärien mukaan. Palvelukoordinaattori tekee ehdotuksia, kuka ottaa asiakkaan hoitaakseen ja hoitajat esittävät myös omia mielipiteitään. Omahoitajan valintaan vaikuttaa, kuinka monta asiakasta hoitajalla on vastuullaan sekä asiakkaan kodin maantieteellinen sijainti. Lisäksi asiakkaan kuormittavuus vaikuttaa omahoitajuuteen. Asiakkaalla voi olla psyykkisiä haasteita tai käynneille tarvitaan kaksi hoitajaa asiakkaan fyysisten rajoitteiden takia. Asiakkaiden kuormittavuutta pystytään seuraamaan Hilikka-toiminnanohjausjärjestelmän suunnitelmatyökalun avulla, joka on kaupungin kotihoidossa käytössä. Hilikan avulla pystytään suunnittelemaan kotikäynnit mahdollisimman optimaalisesti sekä seuraamaan päivän sujumista reaaliajassa.

Kaupunki ostaa kotihoidon palveluita myös yksityisiltä palveluntuottajilta, ja asiakkuudet kulkevat nimellä *ostoasiakkaat* organisaation sisäisessä viestinnässä. Ostoasiakkaiden määrä vaihtelee kotihoidon alueiden välillä. Joillakin alueilla ostoasiakkaita on enemmän, toisilla taas vähemmän. Ostoasiakkaiden omahoitajana toimii alueen sairaan- tai terveydenhoitaja. Ostoasiakkaiden sairaanhoidollinen vastuu on kotihoidon sairaan -tai terveydenhoitajalla ja yksityisen palveluntuottajan hoitajat huolehtivat asiakkaan hoitamisesta kirjallisesti tehdyn palvelusopimuksen mukaisesti. Sairaan – ja terveydenhoitajat käyvät ostoasiakkaiden luona tarvittaessa, kuitenkin vähintään kerran kuukaudessa. Ostoasiakkaiden kirjaukset eivät näy reaaliajassa, vaan ne tulevat näkyviin potilastietojärjestelmä LifeCaren noin viikon viiveellä, kun tukipalveluiden hoitajat skannaavat saapuneet tiedot asiakkaan papereihin.

Seinäjoen kaupunki tuottaa kotihoidon palveluita myös palvelusetelien avulla. Palvelusetelin saamiseksi asiakkaalle tehdään palvelutarpeen arviointi ja sen pohjalta palvelupäätös. Asiakas valitsee kaupungin hyväksymistä palveluntuottajista itselleen sopivimman ja he tekevät

keskenään kirjallisen sopimuksen. Palveluseteliryttäjillä on sairaanhoidollinen vastuu eli yrityksessä pitää olla sairaan- tai terveydenhoitaja. Ikäkeskus tekee palveluseteliasiakkaiden Hoito – ja palvelusuunnitelmapäivitykset vähintään puoli vuosittain tai tilanteen muuttuessa. (Tiensivu -Peltokoski & Vakkuri 2022)

5.2 Tutkimuksellisen kehittämisen prosessi, tiedonhaku ja aineistojen keruu

Kehittämistoiminnan tavoitteena on konkreettisen toiminnan tai asioiden tilan muuttaminen. Kehittämistoiminta tapahtuu tilannesidonnaisesti ajassa ja paikassa. Sen eteneminen tapahtuu prosessimaisesti vaiheittain suunnitelman mukaisesti. Kehittämistoiminnan yhteydessä voidaan puhua myös uudistamisesta. Uudistaminen tarkoittaa käytäntöjen parantamista tai niiden muuttamista. Rajatussa ympäristössä tapahtuva uudistaminen parantaa yksittäisiä asioita. Yksittäisen asian tai toimenpiteen muuttaminen voi olla merkittävä asia työyhteisössä. (Salonen ym. 2017, 35–36.) Lähestymistapana tässä kehittämistyössä voidaan pitää pragmatismia. Sen ajatus lähtee käytännönläheisyydestä, jossa haasteita lähdetään ratkomaan työyhteisössä suunnitellusti ja hallitusti. Lopputuloksena saatu tieto hyödyttää osallistujia toiminnan näkökulmasta. (Salonen ym. 2017, 30.) Tässä kehittämistyössä on tavoitteena omahoitajuuden toimivuuden parantaminen organisaatiossa. Kehittämistyötä tehdessä huomioidaan organisaation sisällä olevat erityispiirteet.

Toikko ja Rantanen (2009, 58–62.) kuvaavat kirjassaan *Tutkimuksellinen kehittämistoiminta*, että kehittämistoiminta on konkreettista toimintaa ja siihen sisältyy viisi tehtävää, jotka ovat aiheen perustelu, organisointi, toteutus, arviointi ja tulosten julkistaminen. Ensimmäiseksi perustellaan valittu aihe ja mistä tarpeesta kehittäminen lähtee. Toikko & Rantasen mukaan on tärkeää, että kehittämistoiminta lähtee sekä ongelman että vision yhdistelmästä. Ongelma työntää kohti muutosta ja visio vetää muutosta kohti. Salonen ym. (2017, 51) jakavat kehittämistoiminnan vaiheet seitsemään eri vaiheeseen. Heidän mukaansa vaiheet ovat kehittämistarpeen tunnistaminen, ideointi, suunnittelu, toteutus, tuotos/tulos, arviointi ja tulosten levittäminen. Vaiheet kulkevat koko prosessin ajan limittäin. Tässä kehittämistyössä ongelmana nähdään omahoitajuuden haasteet. Visiona nähdään toimiva omahoitajuus ja sen tuomat hyödyt hoitohenkilökunnan kokemalle työhyvinvoinnille. Tutkimuskysymysten avulla pyritään saamaan vastaus omahoitajuuden kehittämiseen. Laadullisessa tutkimuksessa voidaan joutua prosessin edetessä vielä tarkentamaan tutkimusongelmaa tai palaamaan

takaisin aineistoon (Eskola & Suoranta 1998, 13). Kehittämistyön edetessä tutkimuskysymyksiä tarkennetaan.

Kehittämistoiminnan organisointi on toinen tehtävä, joka sisältää käytännön toteutuksen ja suunnittelun. Se saa virallisen hyväksynnän, kun kehittämisen kohteena olevan organisaation johto antaa tutkimusluvan. Kehittämistoiminta voidaan jakaa erilaisiin osatavoitteisiin ja eri toimintavaiheisiin. Tärkeää on määritellä mahdollisimman konkreettisesti toiminnan kohde ja tavoite. Osallistujia ovat pääsääntöisesti ne, joita kehittäminen koskee. (Toikko & Rantanen 2009, 58.) Kehittämistyöhön osallistuvilla on oltava mahdollisimman yhteneväinen käsitys kehittämisen kohteena olevasta asiasta tai prosessista (Salonen ym. 2017, 29). Tämän kehittämistyön prosessi on jaettu kolmeen toiminnalliseen osavaiheeseen, ja osallistujat ovat käytännön asiakastyötä tekevät kotihoidon hoitajat. Ensimmäinen vaihe on kyselyn toteuttaminen omahoitajuuden tämänhetkisestä tilanteesta. Toisessa vaiheessa pidetään SWOT-analyysiryhmä kyselylomakkeen tulosten pohjalta. Kolmannessa vaiheessa on Aivoriihi, jonka tavoitteena on tehdä konkreettinen kaavio/mallinnus omahoitajuuden käytännön toteuttamisesta SWOT- analyysin tulosten pohjalta.

Arviointivaiheessa tarkastellaan kehittämistoiminnan onnistumista: onko asetetut tavoitteet saavutettu. Arvioinnin tarkoituksena on pohtia kehittämistyön perusteluita, organisointia sekä toteutusta (Toikko & Rantanen 2009, 61). Kehittämistyön tulokset ja pohdinta osioissa tullaan arvioimaan kehittämismenetelmien käytön onnistumista, epäonnistumisia sekä mitä kehittämisprosessin aikana opittiin.

Tässä kehittämistyössä käytettiin tiedonhaussa kirjaston tietokantaa Seamk FINNA, josta haettiin kirjoja tai ekirjoja omahoitajuuteen ja kotihoidon työhön liittyen. Aikarajaukset tehtiin vuosiin 2012–2022, mutta osittain aikarajaa jouduttiin laajentamaan. Lisäksi luettiin tutkimuksia ja niiden lähteistä haettiin lumipallomenetelmällä aiheeseen sopivia tutkimuksia tai kirjoja luettavaksi. Ulkomaisista hoitotieteen tietokannoista Ebsco (Cinahl) ja PubMed haettiin kansainvälisiä tutkimuksia ja artikkeleita aiheesta. Englanniksi asiasanoina käytettiin eri yhdistelmillä ja sanojen katkaisulla primary nursing, home nursing, named nursing tai client-centered approach. Kotimaisista tietokannoista oli käytössä Arto ja Melinda. Asiasanoina käytettiin suomeksi omahoitajuus, yksilövastuinen hoitotyö ja kotihoito. Lisäksi tiedonhaussa hyödynnettiin kirjaston informaation palvelua oikeiden asiasanojen ja hakutulosten saamiseksi.

Omahoitajuutta oli paljon tarkasteltu eri tutkimuksissa sairaalamaailmasta käsin. Kotihoidon näkökulmasta tutkittua tietoa löytyi vähän kehittämistyössä käytettyjen hakusanojen perusteella (primary nursing, home care, client -centered, named nurse). Lisäksi lähdekirjallisuus yksilövastuisesta hoitotyöstä oli yli 20 vuotta vanhaa. Otsikon perusteella hyväksi havaittuja tutkimuksia ei ollut saatavilla, vaan niistä olisi pitänyt erikseen maksaa saadakseen luku-oikeuden.

5.3 Kyselylomake

Kyselylomaketta lähdettiin suunnittelemaan kehittämistyön tavoitteiden pohjalta. Ennen lomakkeen suunnittelua näiden tavoitteiden on hyvä olla selvillä. Laadukas kyselylomake rakennetaan niin, että siinä kysytään vain ne kysymykset, joiden avulla saavutetaan kehittämistyön tavoitteet. Lomakkeen suunnitteluun kannattaa panostaa, sillä liian varhaisessa vaiheessa ja hätäisesti tehdyllä kyselylomakkeella ei välttämättä saavuteta työn tavoitteita. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 130–131.) Kysymyksiä laadittaessa on muistettava se, että kysymykset ovat tarpeeksi yksiselitteisiä, jotta kaikki osallistujat ymmärtävät kysymykset samalla tavalla. Kohderyhmän tuntemus auttaa kysymysten muotoilussa. (Vilka 2021,84.) Kyselylomaketta testattiin kahdella kotihoidon työntekijällä ja heidän ehdotusten pohjalta lomakkeeseen tehtiin muutamia muutoksia.

Kysely toteutettiin Webropol-kyselynä, joka lähetettiin kotihoidon kaikille hoitajille pois lukien kotikuntoutus – ja psykiatrinen tiimi, etä – ja tukipalvelut. Heidät jätetään tästä pois, koska heidän työnkuvansa on erilainen. Lomake sisälsi sekä määrällisiä kysymyksiä että laadullisia kysymyksiä. Laadulliset kysymykset sekä mukana oleva saatekirje ovat tämän tehtävän liitteenä. (Liitteet 1 ja 2.) Kyselylomakkeen tarkoitus ja tehtävä oli herättää hoitajat pohtimaan omahoitajuuden tämänhetkistä tilaa kotihoidossa. Lisäksi lomakkeessa kysyttiin halukkuutta osallistua myöhemmin toteutettaviin kehittämismenetelmäryhmiin. Tähän annettiin mahdollisuus ilmoittautua tämän työn tekijälle sähköpostilla, jotta osallistujan kyselylomakevastausta ei voida tunnistaa.

Kyselylomakkeen Webropol-linkki lähetettiin hoitajille sähköpostilla ja lisäksi jokaiselle kotihoidon neljälle alueelle toimitettiin kyselylomakkeesta paperiversiot. Neljällä alueella on yhteensä kahdeksan aluetoimistoa ja kyselyä toimitettiin paperiversioina 11 kpl/toimisto, jos joku koki käsin kirjoittamisen sopivan parhaimmaksi vastaamismuodoksi. Nämä vastaukset vastaaja sulki mukana annettavaan kirjekuoreen, jotta vastaajan anonymiteetti säilyy. Suljetut

kirjekuoret laitettiin suljettuun laatikkoon. Kyselyn saatekirjeessä korostettiin vastaamisen vapaaehtoisuutta, mutta painotettiin myös mahdollisuutta osallistua käytännön hoitotyön kehittämiseen. Käytännössä on huomattu, että sähköposteja ei aina ehditä lukea arkisen työn lomassa. Lomakkeet laitettiin jakoon 10/21. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa ja viikon kuluttua aloituksesta lähetettiin vielä muistutuspostia asiasta esimiehen toimesta. Tämän jälkeen kyselylomakkeen Webropol -linkki ei enää ollut käytössä ja suljetut laatikot noudettiin jokaiselta aluetoimistolta.

5.4 SWOT - nelikenttäanalyysi

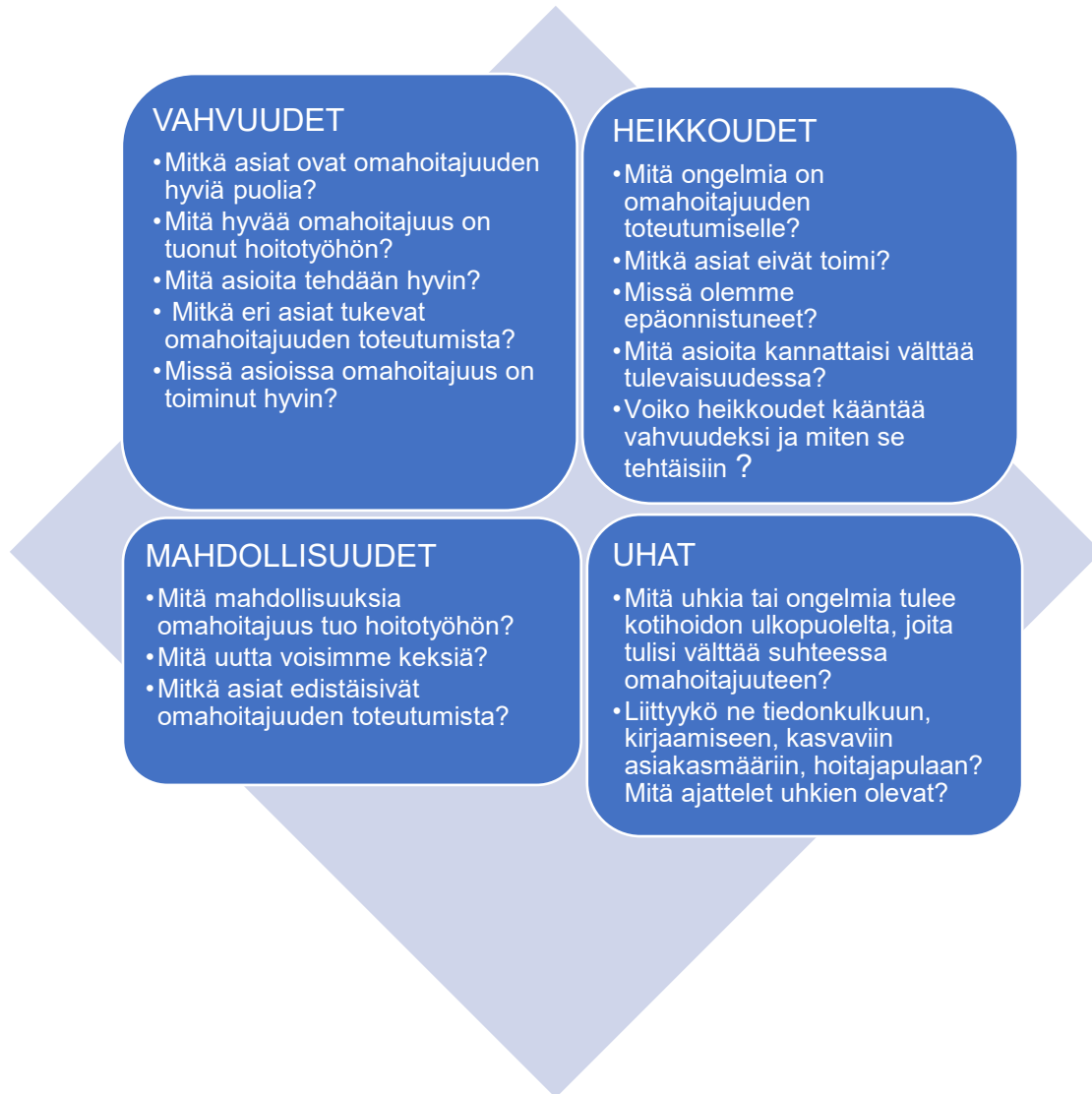
Nelikenttäanalyysi SWOT tulee sanoista vahvuudet (strengths), heikkoudet (weakness), mahdollisuudet (opportunities) ja uhat (threats). Menetelmän avulla tarkastellaan kehittämiskohdetta ulkoisten ja sisäisten tekijöiden näkökulmasta. (Anttila 2007, 141,142.) Sisäiset tekijät, heikkoudet ja vahvuudet ovat asioita, joihin voidaan vaikuttaa itse. Vahvuudet ovat positiivisia sisäisiä asioita, jotka auttavat saavuttamaan ja toteuttamaan asetetut tavoitteet tai päämäärät. Heikkoudet estävät näiden toteutumista. Kehittämiskohteen ulkopuolelta tulevia tekijöitä ovat mahdollisuudet ja uhat. Mahdollisuuksien avulla pystytään lisäämään myönteistä kehitystä. Uhat saattavat vaarantaa myönteisen kehityksen ja niitä tulisi välttää. Menetelmä on suosittu analyysimenetelmä, jonka etuna on helppokäyttöisyys eikä se vaadi suuria resursseja. (Opintokeskus Sivis, [viitattu 13.8.21].) Heikkoutena on se, että sen tuotoksena saatujen johtopäätösten tekeminen jää puolitiehen eikä asiaa viedä loppuun. SWOT-analyysi on osa kohteena olevan toiminnan tarkastelua ja arviointia. Analyysin tuloksena saadut johtopäätökset siirretään toiminnaksi. (Anttila 2017, 142, 143.) Tässä kehittämistyössä analyysin perusteella saatujen tulosten pohdinta jatkui aivoriihessä, jotta tätä puolitiehen jäämistä ei tapahtuisi. Kuviossa 1. on eriteltynä Swot-analyysin pääkysymykset joiden avulla omahoitajuuden tämän hetkisiä vahvuuksia, mahdollisuuksia, heikkouksia ja uhkia lähdettiin analysoimaan.



Kuvio 2. Swot -nelikenttäanalyysin kysymykset

Covid19-viruksen hallitsematon leviäminen tammikuussa 2022 ja sen aiheuttamat muutokset kotihoidon arkisessa työssä tekivät sen, että kehittämistyöryhmän alkuperäisestä ideasta päätettiin luopua. Sovittuja ryhmiä tai palavereita jouduttiin perumaan lyhyelläkin varoitusajalla. SWOT – nelikenttäanalyysin kohteeksi valikoitui yksi kotihoidon alue. Alueelle vietiin 17.1.22 iso keltainen kartonki, joka oli jaettu neljään osaan. Jokaisessa osiossa otsikko oli merkitty korostustussilla seuraavasti: Vahvuudet oli vihreä, Heikkoudet oli sininen, Mahdollisuudet oli keltainen ja Uhat oli punainen. Ohjeeksi annettiin vastata kysymyksiin lyhyesti ja vapaasti ideoiden. Vastaajat merkitsivät erilliselle paperille pystyviivan, kun olivat vastanneet kysymyksiin. Paperissa muistutettiin, että vastata saa monta kertaa, jos ideoita tulee mieleen, mutta osallistuminen merkataan vain kerran.

Kuviossa 3 esitetyt kysymykset olivat kirjattuna vastauskartongille sekä lähetettiin sähköpostitse neljälle kehittämistyöryhmiin alun perin ilmoittautuneelle sähköpostitse.



Kuvio 3. SWOT - nelikenttäanalyysin kysymykset

Viikkopalaveri toteutui 27.1.22. Läsä oli kymmenen hoitajaa ja kotihoidon fysioterapeutti (n=11). Alkuun käsittelyssä oli yleisiä asioita liittyen arjen hoitotyöhön ja lopuksi oli 25 minuuttia aikaa SWOT – nelikenttäanalyysin läpikäymiseen. Ensiksi kerrottiin pääpiirteittäin kyselylomakkeen tulokset sekä vastaajamäärät. Tämän jälkeen keskusteltiin yleisesti omahoitajuudesta ja keltaiseen kartonkiin vastaamisesta. Keskustelua aiheutti se, mitä kysymyksillä haettiin. Kerrottiin kysymysten tarkoitus ja se, että ideointi oli nyt vapaata ja haettiin tavallisia asioita liittyen omahoitajuuteen.

Keskustelussa keskityttiin mahdollisuudet ja heikkoudet kohtiin, koska ne saivat eniten keskustelua aikaan. Vastausaikaa keltaiselle kartongille jatkettiin to 3.2.22 asti, jolloin

kokonaisvastausaika oli 17.1 – 3.2.22. Sähköpostin välityksellä tuli kahden hoitajan vastaus ja toisessa sähköpostissa oli kuuden hoitajan yhteisvastaus, eli SWOT – nelikenttäanalyysiin osallistui yhteensä 18 hoitajaa ja kotihoidon fysioterapeutti (n= 19).

5.5 Aivoriihi

Aivoriihessä osallistuu 5 -12 henkilön lisäksi vetäjä, joka toimii kirjurina ja ryhmän ideoiden yhdistäjänä. Ratkaisua ideoidaan rajatun aiheen tai ongelman pohjalta. Aivoriihessä toimitaan joko yksin tai ryhmässä tuottaen mahdollisimman paljon erilaisia ideoita, jotka ryhmän vetäjä kirjaa ylös. Kaikki ideat otetaan avoimesti vastaan ja määrä on laatua tärkeämpi. Valintavaiheessa ideat laitetaan kaikkien nähtäville ja jokainen osallistuu ideoiden arviointiin esimerkiksi äänestämällä. Aivoriihen etuna on uusien, monipuolisten ideoiden sekä näkökulmien löytyminen. (Innokylä Tevere, [viitattu 4.6.21]) Lisäksi ihmiset sitoutuvat helpommin uusiin toimintatapoihin, kun ovat olleet itse mukana kehittämistyössä. Menetelmän etuna on sen kesto, joka parhaimmillaan on 30 min – 60 min. Tämän jälkeen uusia ideoita ei yleensä tule. (Ojasalo ym. 2009, 162.)

Aivoriihi – menetelmän tarkoituksena oli vastata tutkimuskysymykseen numero kaksi, ”Millä keinoilla omahoitajuutta kehitetään toimivaksi hoitotyön menetelmäksi kotihoidossa?” Aivoriihi työpajoja pidettiin kaksi; 17.2.22 ja 22.2.22, kotihoidon alueella pidettävien viikkopalaverien yhteydessä. Ensimmäiseen työpajaan osallistui kolme hoitajaa ja kaksi sairaanhoitajaa (n=5). Työpajan alkuun käytiin läpi lyhyesti kyselyn ja SWOT -nelikenttäanalyysin tuloksia ja tarkennettiin, mitä nyt tehdään. Kaikille jaettiin numeroidut paperit, joissa oli otsikkona ”Mitä asioita pitää näkyä omahoitajuus – kaaviossa?” Osallistujia pyydettiin myös miettimään kaaviota uuden hoitajan näkökulmasta: mitä asioita on uuden hoitajan tärkeä tietää? Ideointi oli vapaata ja hetken kuluttua paperit kierrätettiin seuraavalle. Ideointiin käytettiin aikaa 15 minuuttia, jonka jälkeen uusia ideoita ei tullut.

Toinen työpaja toteutettiin 22.2.2022 samalla tavalla kuin ensimmäinen. Työpajaan osallistui kaksi sairaanhoitajaa, kotihoidon fysioterapeutti, neljä hoitajaa sekä lähihoitajaopiskelija (n=8). Osallistujat olivat eri henkilöitä kuin ensimmäisessä työpajassa. Aikaa ideointiin käytettiin 20 minuuttia, jonka jälkeen uusia ideoita ei tullut. Yhteensä kahteen työpajaan osallistui kolmetoista (n=13) henkilöä.

5.6 Aineiston analyysimenetelmät

Kehittämistyössä käytetään teoria – ja aineistolähtöistä analyysiä. Tässä analyysi tarkoittaa sitä, että se ei perustu suoraan teoriaan, vaan aineistosta tehdyille havainnoille etsitään tueksi selitystä tai vahvistusta teorioista, eli aikaisemmin tehdyistä tutkimuksista. Lähestymistapaa kutsutaan abduktiiviseksi päättelyksi, kun aineistoa tarkastellaan teoriasidonnaisesti. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006) Eskola ja Suoranta (1998,12) toteavat kirjassaan, että aineistolähtöinen analyysi on tarpeellinen, kun halutaan tietoa jostain ilmiöstä. Tässä työssä ilmiö on omahoitajuus, jota tarkastellaan ensin aikaisemman tutkimustiedon kautta. Laadullisen aineiston analyysissä voidaan käyttää monenlaisia tapoja. Valitun analyysitavan osoittauduttua toimimattomaksi voidaan valita toinen lähestymistapa analyysiin.

Tässä kehittämistyössä käytettiin teemoittelua aineiston analyysimenetelmänä. Analyysimenetelmä etenee aineistosta nousevien toistuvien aiheiden jäsentelyllä omiin teemoihin. Teemoittelua peilataan koko ajan tutkimuskysymyksiin. (Eskola & Suoranta 1998, 126). Aineistosta etsitään yhdistäviä ja/tai erottavia tekijöitä (Kvalimotv)[Viitattu 24.9.21]). Aineistosta voi myös nousta muitakin teemoja, kun aineistoja tarkastellaan yksityiskohtaisesti. On tärkeää pysyä linjassa tutkimuskysymysten kanssa, jotta se, mitä tutkitaan, näkyy loppuraportissa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 87.)

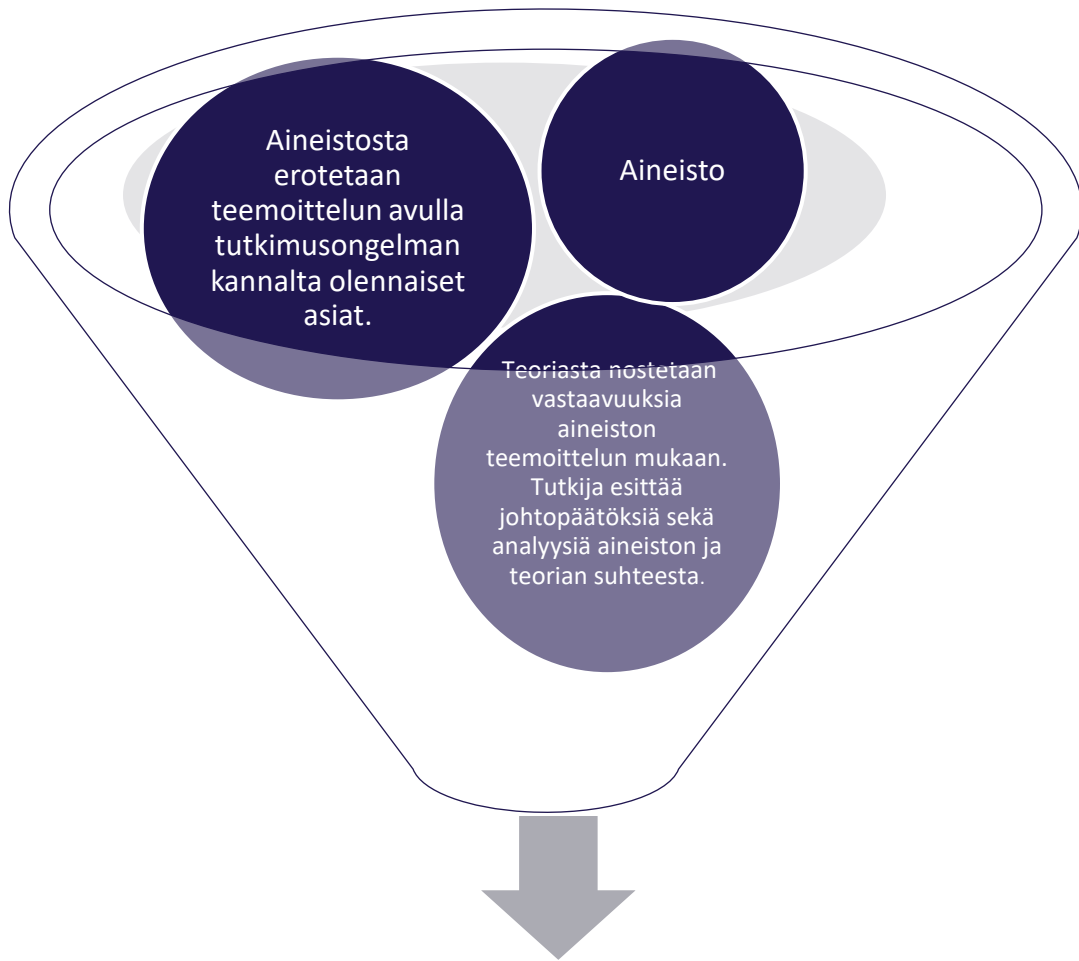
Aineistosta otetaan esille tutkimusongelman kannalta olennaiset asiat. Pelkästään sitaattien käyttö aineistosta ei ole merkittävää analyysia vaan ne ovat yksittäisiä irrallisia asioita. Teemoittelussa teoria ja käytäntö tai kokemukset kulkevat vuorovaikutuksessa. Teoriasta nostetaan vastineita aineistosta löydetuille aiheille. (Eskola & Suoranta 1998, 126 -127.) Kehittämistyön raportissa esitetään pohdintoja, kommentteja sekä tulkintoja aineiston ja teorian välisestä yhteydestä (Kvalimotv [Viitattu 24.9.21]). Kuviossa 4 havainnollistetaan aineiston teemoittelun ja teorian yhdistäminen, jonka lopputuloksena ovat johtopäätökset.

Tässä kehittämistyössä käytetty kyselylomake pohjautui tutkimuskysymyksiin. Saadut avoimet vastaukset jaoteltiin samankaltaisten asioiden kanssa teemoiksi. Saatujen teemojen perusteella pohdittiin teoriaan perustuen saatuja tuloksia. Taustakysymyksinä olevat työvuodet ja ammatti luokitellaan Webropolin muodostaman analyysin avulla. Samalla tavalla analysoitiin kyselylomakkeen kvantitatiiviset kysymykset eli kysymykset nro 3,6,9,10 ja 11. Liitteessä kolme esitellään teemoittelun muodostuminen yhden pääteeman osalta.

SWOT-nelikenttäanalyysi jakautuu neljään osaan alkuperäisidean mukaan. Lähtöteemoja ovat vahvuudet, mahdollisuus, uhat ja haasteet. Teemojen erittelyyn käytettiin värikoodeja. Vihreä on vahvuus, keltainen on mahdollisuus, punainen on uhka ja sininen on heikkous. Kehittämistyöpajasta saadusta aineistosta voi löytyä myös teemoja näiden ulkopuolelta, jos joku uusi näkökulma toistuu useasti aineistossa.

SWOT-nelikenttäanalyysissa aineiston käsittelyssä käytettiin deduktiivista eli teorialähtöistä menetelmää, jolloin teemoittelun runkona toimi SWOT - nelikenttäanalyysin osa -alueet eli vahvuudet, mahdollisuudet, uhat ja haasteet. Neljä näkökulmaa muodostivat analyysirungon pääteemat ja näihin etsitään vastaavuuksia aineistosta teemoittelun avulla (Tuomi & Sarajärvi 2018, 127–131). Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 167–168.) toteavat kirjassaan, että analyysiprosessin muodostuminen riippuu siitä, kohdistuuko analyysi tutkimuksen kohteena olevan aineiston ilmi – vai piilosisältöihin. Tässä tutkimuksessa Swot -nelikenttäanalyysin aineisto käsiteltiin ilmi sisältöjen mukaan, jolloin aineisto jaettiin analyysiyksikköihin, joita tarkasteltiin suhteessa tutkittavaan ilmiöön eli tässä tutkimuksessa omahoitajuuteen. Analyysiyksiköitä ovat edellä mainitut vahvuudet, mahdollisuudet, uhat sekä haasteet.

Aivoriihen taustana pidettiin tutkimuskysymyksiä, jotta lopputulos vastaisi sitä mitä on alun perin lähdetty tutkimaan. Aivoriihi kokosi kyselylomakkeen vastauksien sekä SWOT-nelikenttäanalyysin teemoittelun, ja näiden saatujen tulosten pohjalta lähdettiin suunnittelemaan omahoitajuuden mallintamista selkeäksi kuvioksi. Kuviossa 4 esitellään teemoittelun eteneminen.



Analyyysin lopputuloksena johtopäätökset.
Mukaeltu Eskoja & Suoranta(1998) teoksesta Johdatus
laadullisen tutkimukseen.

=

Kuvio 4. Teemoittelun eteneminen.

6.KEHITTÄMISPROSESSIN TULOKSET

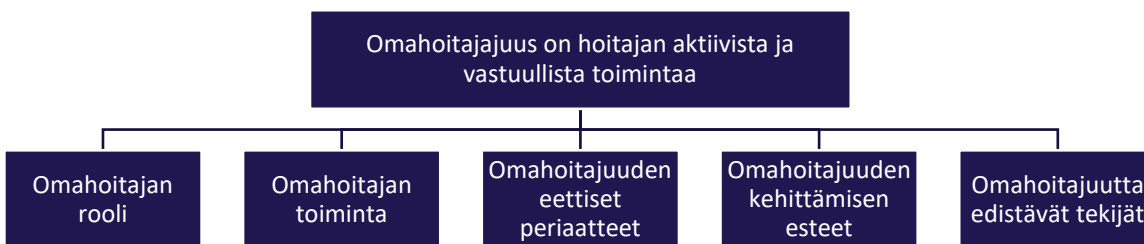
6.1 Kyselylomakkeen tulokset

Kyselylomakkeen (liite 2) tarkoituksena oli kartoittaa kotihoidon henkilökunnan tämänhetkinen käsitys omahoitajuudesta ja sen sisällöistä. Kyselyyn tuli määräaikaan mennessä vastauksia 32 kpl ja yksi vastaus tuli määräajassa yhteystiedoissa olleeseen sähköpostiin (n=33). Vastausprosentti oli 26 % koko kehittämistyön kohderyhmästä, joka oli 126 (n = 126). Webropol- linkin kautta tuli 15 vastausta ja käsin kirjoitettuja vastauksia tuli 17. Vastaajista 21% (n = 7) oli sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia. Vastaajista oli lähihoitajia 70% (n = 23). Ammattia koskevaan kysymykseen *Muu, mikä* oli tullut kaksi vastausta (9%), joista toisessa vastauksena oli geronomiopiskelija. Hän voi olla myös lähihoitaja koulutukseltaan, mutta se ei tullut ilmi ja toinen ammatti jäi epäselväksi. Ikään tai sukupuoleen liittyvää kysymystä ei nähty tarpeellisena kartoittaa, koska niillä tiedoilla ei nähty olevan merkitystä suhteessa käsiteltävään aiheeseen. Työvuodet jakaantuivat vastaajien kesken seuraavan taulukon 2 mukaisesti.

Taulukko 2. Työvuodet kotihoidossa

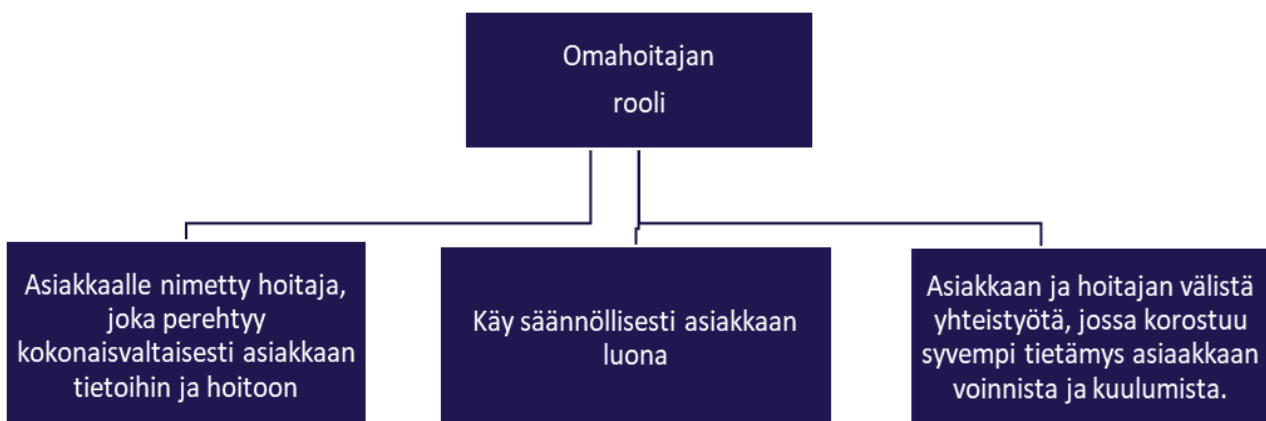
Työvuodet	lkm.	%=
%0–5 vuotta	15	46
6–10 vuotta	7	21
11–15 vuotta	3	9
16–20 vuotta	2	6
21- 25 vuotta	2	6
yli 25 vuotta	4	12

Kyselylomakkeen vastaukset analysoitiin teemoittelun avulla. Teemoittelun avulla muodostui yksi pääteema ja viisi alateemaa. Pääteemaksi muodostui *Omahoitajuus on hoitajan vastuullista ja aktiivista toimintaa*. Alateemoiksi muodostuivat *omahoitajan rooli*, *omahoitajan toiminta*, *omahoitajuuden eettiset periaatteet*, *omahoitajuuden kehittämisen esteet* ja *omahoitajuutta edistävät tekijät*. Kuviossa 4. on esitetty kyselylomakkeen teemojen muodostuminen pääteemaaksi ja alateemoiksi.



Kuvio 5. Teemoittelun tuloksena muodostunut pääteema ja alateemat

Omahoitajan rooli. Omahoitajan rooli jakaantui kolmeen alateemaan. Ensimmäinen alateema on asiakkaalle nimetty hoitaja, joka perehtyy kokonaisvaltaisesti asiakkaan hoitoon ja tietoihin. Toiseksi alateemaksi muodostui omahoitajan säännölliset käynnit asiakkaan luona. Kolmanneksi alateemaksi muodostui asiakkaan ja hoitajan välinen suhde, jossa korostuu hoitajan syvempi tietämys asiakkaan kuulumisista. Kuviossa 6 on esitetty omahoitajan rooli alateemat.



Kuvio 6. Omahoitajan rooliin muodostuneet alateemat

Omahoitajuus – käsite oli tuttu 99 %:lle (n=32) vastaajista ja vain yksi vastaaja ei tuntenut omahoitajuus -käsitettä. Omahoitajuus nähdään vastausten perusteella hoitajan säännöllisenä ja kokonaisvaltaisena toimintana. Omahoitaja on selvillä asiakkaan tarpeista, toimintakyvystä ja on perehtynyt syvemmin asiakkaan tietoihin sekä hoitoon. Hoidon laaja-alaisuus korostui vastauksissa. Omahoitaja nähdään aktiivisena tekijänä ja vastuullisena toimijana suhteessa asiakkaaseen. Vastauksissa nousi esiin se, että oman asiakkaan tunteminen helpottaa omahoitajana toimimista. Lisäksi säännölliset käynnit asiakkaan luona kuuluivat omahoitajan rooliin. Seuraavassa suoria lainauksia vastauksista koskien omahoitajan roolia.

”Huolehtii ja perehtyy enemmän omahoidettavan asioihin”

”Tavoitteena se, että tuntisi omahoidettavansa mahdollisimman hyvin.”

”Omahoitajuus on asiakkaan ja hoitajan välistä yhteistyötä”

”Omahoitaja ottaa enemmän vastuulleen omat asiakkaansa.”

”On paremmin perillä heidän toimintakyvystään, voinnistaan, hoidontarpeestaan.”

”Tapaatko mielestäsi omahoidettavaasi riittävän usein?” -kysymykseen vastaajista 46 % (n=13) vastasi KYLLÄ ja 55 % (n=15) vastasi EI.

Kysymykseen ”Miten hyvin koet omahoitajana tuntevasi asiakkaasi?” vastaajista 41 % (n=12) koki tuntevansa asiakkaansa hyvin. Ei hyvin eikä huonosti koki asiakkaansa tuntevan 38% (n=11). Vastaajista 10 % (n=3) koki tuntevansa asiakkaansa erittäin hyvin. Huonosti tunsu asiakkaansa 7% (n=2) ja erittäin huonosti 4% (n=1) vastaajista.

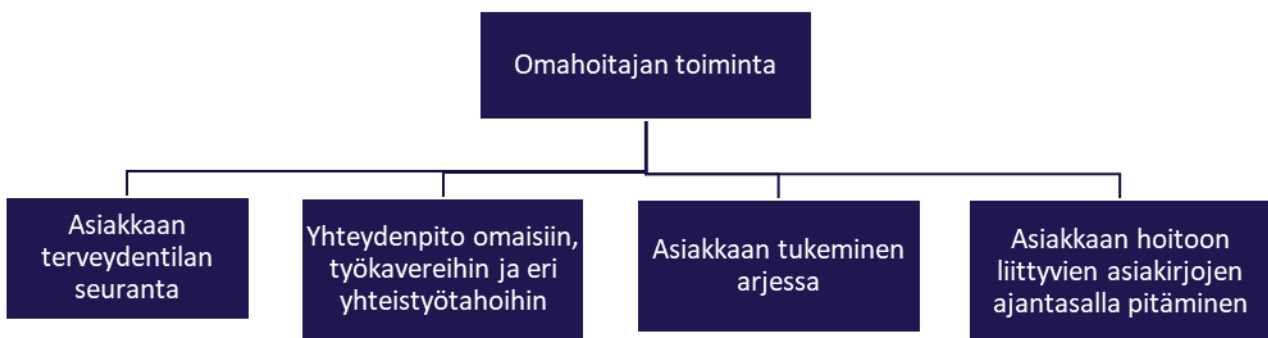
Organisaatiossa tällä hetkellä käytössä olevaan omahoitajuutta kuvaavaan kaavioon oli tutustunut 64 % (n=21) ja 34% (n=11) ei ollut tutustunut kaavioon. Seuraavassa suoria lainauksia kysymykseen ”Oletko tutustunut Seinäjoen kotihoidon omahoitajuutta kuvaavaan kaavioon?”

” Olen joskus tutustunut siihen kaavioon, mutta en muistanut mitä se pitää sisällään.”

” Olen vilkaissut kaaviota. Kaavio on vanha, vaatii mielestäni päivitystä.”

” En ole tällaisesta kaaviosta tiennyt, kukaan ei ole kertonut mikä tämän hetken kaavio on.”

Omahoitajan toiminta. Omahoitajan toiminta muodostui neljästä alateemasta, joita ovat asiakkaan terveydentilan seuranta, yhteydenpito omaisiin, työkavereihin ja eri organisaatioihin, asiakkaan hoitoon liittyvien asiakirjojen ajan tasalla pitäminen ja asiakkaan tukeminen arjessa. Kuviossa 7 on esitetty omahoitajan toiminnan alateemat.



Kuvio 7. Omahoitajan toimintaan muodostuneet alateemat

Omahoitajan toiminnassa nousi esiin asiakkaan terveydentilan seuranta ja siihen liittyvien mittauksien verenpaineen, painon ja verensokerin seuranta säännöllisesti. Omahoitaja tuntee asiakkaan sairaudet, lääkityksen ja hoidon tarpeet. Omahoitajan yhteydenpito omaisiin, työkavereihin sekä erilaisiin yhteistyötahoihin nousi esille. Vastauksissa tuli ilmi se, että omaisilta saadaan tärkeää tietoa asiakkaan voinnista ja tilanteesta. Työkavereiden kanssa vaihdetaan kuulumisia asiakkaan voinnista ja pohditaan hoidon sekä käyntien sisältöjä. Kontaktit omahoitajaan työyhteisön sisällä koettiin tärkeinä ja se, että työkavereille tuodaan tieto asiakkaan vointimuutoksista.

Asiakkaan hoitoon liittyvien asiakirjojen ajan tasalla pitämisen nähtiin kuuluvan omahoitajan toimintaan. Hoidossa käytettäviä asiakirjoja ovat muun muassa hoito- ja palvelusuunnitelma, RAI-arvio sekä potilastietokantaan liittyvät kirjaamiset. Omahoitajan toimintaan liittyi asiakkaan toimintakyvyn tukeminen ja siihen liittyvien testien kuten toimintakykykaavakkeen sekä MMSE -muistitestin tekeminen. Omahoitaja tilaa asiakkaalle tarvittaessa apuvälineitä ja hoitotarvikkeita. Omahoitaja auttaa hakemusten tekemisessä ja ajan varaamisessa esimerkiksi

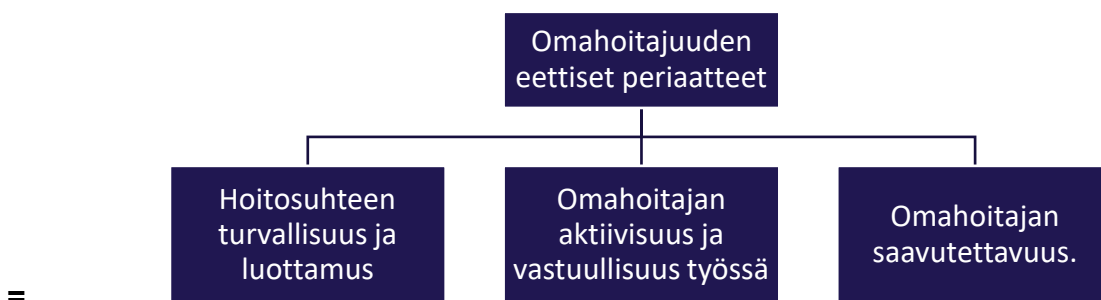
lääkäriin sekä taksin tilaamisessa. Omahoitaja huolehtii turvpuhelimien toiminnan säännöllisestä testaamisesta ja auttaa esimerkiksi vaatteiden ostamisessa, jos asiakkaalla ei ole lähiomaisia.

”Omahoitaja auttaa erilaisten hakemusten tekemisessä esim. hoitotukihakemus, edunvalvonta-asiat muistitestiit ym”

”Hoitos ja Rain teko, huolehtii jotta on ajantasalla.”

”Omahoitajan tehtäviin kuuluu mm. hoitosuunnitelman päivitykset, voinnin ja käyntien, kirjausten seuranta, yhteydenpito omaisiin.”

Omahoitajuuden eettiset periaatteet. Omahoitajuuden eettisiksi periaatteiksi nousi kolme alateemaa luottamuksellinen ja turvallinen hoitosuhde, hoitajan aktiivisuus ja vastuullisuus omassa työssään sekä omahoitajan saavutettavuus sekä tieto siitä omaisille kuka on omahoitaja. Kuviossa 8 omahoitajuuden eettisten periaatteiden alateemat.



Kuvio 8. Omahoitajan eettiset periaatteet alateemat

Omahoitajuuden luonne nähtiin vastauksissa turvallisena ja luottamuksellisena hoitosuhteena. Omahoitajuus tarjoaa asiakkaalle henkilökohtaisempaa hoitoa, läsnäoloa ja keskusteluja. Asiakkaan on helpompi puhua tutulle hoitajalle arkaluontoisista asioista, koska asiakkaat eivät uskalla kertoa arkaluontoisia asioita kaikille. Vastauksissa kävi ilmi, että on tärkeää keskustella asiakkaan kanssa arjen asioista voinnin seurannan lisäksi. Asiakkaan ja omahoitajan välisen yhteydenpidon koettiin vahvistavan luottamussuhdetta.

Hoitajan aktiivisuus ja vastuullisuus tarkoittaa sitä että, omahoitajalle annetaan vastuuta ja hän on aktiivinen. Omahoitaja seuraa kirjauksia ja raportteja asiakkaan papereista.

Omahoitaja ottaa omat asiakkaat vastuulleen ja käy aktiivisesti heidän luonaan. Palavereissa omahoitajan toivotaan tuovan lyhyesti esille asiakkaidensa akuutimmat kuulumiset.

Kysymykseen ”Tietävätkö asiakkaasi ja hänen omaisensa, että olet asiakkaan omahoitaja?” tuli KYLLÄ -vastauksia 68 % (n=19) ja EI -vastauksia 32 % (n=9). Kyllä – vastauksissa korostui se, että tieto omahoitajuudesta on tärkeä sekä asiakkaalle että omaisille. Perusteluina tälle oli, että omaiset tietävät, kuka hoitaa heidän läheisensä asioita ja keneen ottavat yhteyttä. Lisäksi hoitajissa on paljon vaihtuvuutta ja on tärkeää, että omaisilla ja asiakkaalla on tiedossa yksi henkilö, joka tietää asiakkaan tilanteen ja on käynyt hänen luonaan enemmän. Omahoitajatiedon koettiin lisäävän hoitosuhteen turvallisuutta, luottamusta sekä pysyvyyttä. Yhteydenoton voi tehdä joko jättämällä omahoitajalle viestin tai soittopyynnön. Omahoitajalta asiakkaan omainen saa tärkeää tietoa läheisensä voinnista. Yhteydenotto kaikkien osapuolten välillä on helpompaa ja luottamus syntyy.

” Tieto on tarpeellinen, kun tällainen omahoitajuus on keksitty”

” Kyllä, yhteydenpito helpompaa, kun tutustuu.”

” Kyllä mielestäni on asiakkaan ja omaisten hyvä tietää.”

” On kyllä. Tietävät kuka asiakkaan asioita hoitaa.”

” Kyllä. Luo tuttua turvaa”

”Kyllä on tarpeellinen. On tärkeää, että omaiset tietävät kuka hoitaa ensisijaisesti hoidettavan asioita.”

Vastaajista 32 % (n=9) oli sitä mieltä, että tieto omahoitajuudesta ei ole tärkeä omaisille tai asiakkaalle. Vastauksissa asiaa perusteltiin muun muassa siten, että asiakkaiden asioita hoitavat kaikki oli kyseessä omahoidettava tai ei. Hoitajien runsas vaihtuminen aiheuttaa omahoitajuusasioiden järjestelyyn ylimääräistä työtä. Koettiin myös, että tieto omahoitajuudesta pitää katsoa tapauskohtaisesti. Asiakkaan persoonallisuus vaikuttaa siihen voidaanko omahoitajan nimi kertoa.

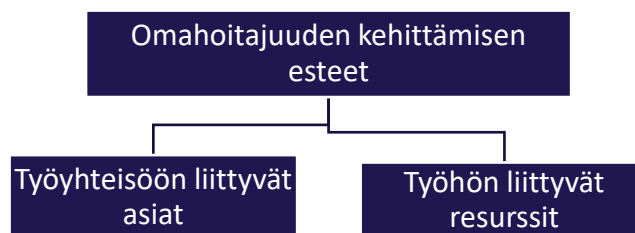
” Ei välttämättä. Jotkut asiakkaat voivat takertua siihen tietoon ja odottavat, että omahoitaja tulisi ja hoitaisi enemmän asiakkaan asioita.”

” Mielestäni ei ole. Asiakkaalla on kotihoidon puhelinnumerot mihin voi ilmoittaa aiheellista tietoa”

” Ei, koska omahoitajuus ei toteudu. Omahoidettavien luona harvoin käyntejä ja kaikki hoitavat yhdessä asiakkaan asioita.”

Lisäksi omahoitajuutta heikentävänä asiana koettiin se, jos omahoitaja ei ole tavannut asiakasta pitkään aikaan. Omaisen tiedustelee asiakkaan vointiin liittyviä asioita eikä omahoitaja osaa vastata mitään, onko tällöin tarpeen korostaa omahoitajuutta. Pienellä kotihoidon alueella haasteeksi koettiin se, että asiakkaat ja omaiset saattavat ottaa hoitajaan yhteyttä myös vapaa-ajalla.

Omahoitajuuden kehittämisen esteet. Kehittämisen esteiksi muodostui kaksi alateemaa työntekemiseen liittyvät resurssit sekä työyhteisöön liittyvät haasteet. Kuviossa 9 kuvataan omahoitajuuden kehittämisen esteiden alateemat.



Kuvio 9. Omahoitajuuden kehittämisen esteiden alateemat

Työyhteisöön liittyvinä omahoitajuuden kehittämisen esteinä koettiin työyhteisön tuen puute ja kokemus siitä, että ei tulla kuulluksi ideoiden kanssa. Vastarinta työkaverin taholta ja henkilökunnan suuri vaihtuvuus koettiin kehittämisen esteinä. Työhyvinvointia heikentäväksi tekijäksi nousi lähes jokaisessa vastauksessa henkilökunnan vajaus sekä jatkuva kiire. Seuraavassa suoria lainauksia vastauksista.

”Oman työn kehittäminen haastavaa, sillä oman työyhteisön tuki saattaa puuttua täysin.”

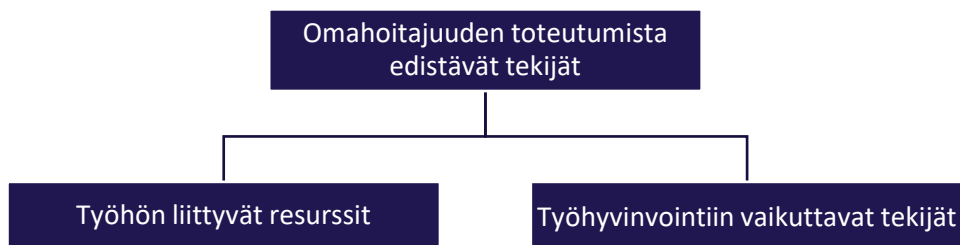
”Kenttätyössä hoitajia ei kuunnella tarpeeksi.”

” Myös hoitajien runsas vaihtuvuus tuo omat haasteensa kehittämiseen.”

” Lyhyet vapaat heikentävät”

Hoitajien liikkuminen eri alueiden välillä tarpeiden mukaan koettiin vaikeuttavan omahoitajuuden toteutumista. Kehittämisen hidas eteneminen eli asioiden eteenpäin vieminen koettiin esteeksi. Omahoitajan tehtävänkuvan epäselvyys ja se, että yhdellä asiakkaalla käy monta eri hoitajaa, koettiin olevan esteenä omahoitajuuden toteutumiselle. Lisäksi omahoidettavien vaihtuvuus koettiin olevan este omahoitajuuden kehittämiseksi. Esiin nousi myös se, että uusilla hoitajilla ei ole selkeää kuvaa, mitä omahoitajuus pitää sisällään. Työaikajärjestelyillä koettiin olevan jonkin verran työhyvinvointia heikentävää vaikutusta. Viestinnän puutteellisuus työasioiden suhteen koettiin omahoitajuutta heikentävänä tekijänä.

Omahoitajuutta edistävät tekijät. Omahoitajuutta edistävät tekijät jakautuivat kahteen alateemaan työn tekemiseen liittyvät resurssit ja työhyvinvointiin vaikuttavat tekijät. Seuraavassa kuviossa 10 omahoitajuuden toteutumista edistävien tekijöiden alateemat.



Kuva 10. Omahoitajuuden toteutumista edistävien tekijöiden alateemat

Työyhteisöllä koettiin olevan suuri positiivinen vaikutus työhyvinvointiin. Kotihoidossa tehtävä työ koettiin merkitykselliseksi ja antoisaksi edellä mainituista heikentävistä tekijöistä huolimatta. Työn kehittämiseen osallistuminen koettiin siten, että oli mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönsä ja kehitettävää on aina.

”Oma työporukka edistää jaksamista.”

”Edistää mukava työporukka ja esimies.”

”Työssä onnistumisen edistää.”

”Hyvin menneet kotikäynnit edistävät.”

” Sama määrä iltavuoroja sekä viikonloppuja kaikille.”

6.2 SWOT – nelikenttäanalyysin tulokset

SWOT – nelikenttäanalyysin tulokset teemoiteltiin deduktiivisella sisällönanalyysillä teorialähtöisesti. Sivot – analyysin neljä kategoriaa muodostivat teoreettisen viitekehyksen, josta lähdettiin teemoittelun avulla muodostamaan yläteemoja. Mahdollisuudet -kohtaan tuli 42 kpl alkuperäisilmaisuja. Heikkoudet -kohtaan tuli 66 kpl alkuperäisilmaisuja. Uhat -kohtaan tuli 52 kpl alkuperäisilmaisuja ja Vahvuudet -kohtaan 45 kpl. Kuviossa 11 esitetään deduktiivisen teemoittelun pohjalta syntyneet pää- ja yläteemat.



%

Kuvio 11. Deduktiivisen sisällönanalyysin perusteella muodostetut pääteemat ja alateemat

Omahoitajuuden vahvuudet pääteema muodostui kolmesta yläteemasta, joita ovat sujuva yhteistyö, asiakkaan kohtaaminen kokonaisvaltaisesti ja omahoitajan rooli työyhteisössä. Sujuva yhteistyö nähtiin omahoitajan ja työkavereiden välisenä toimintana sekä yhteydenpitona omaisiin päin. Vahvuutena nähtiin avoimet ja luontevat välit omaisiin, jolloin

yhteydenpito on helppoa molemmin puolin. Asiakkaalla tapahtuvat vointimuutokset viedään eteenpäin sairaanhoitajalle tiedoksi. Tiedon kulku on hyvää omahoitajan ja muun tiimin välillä. Ajatuksia asiakkaan toimintakyvystä vaihdetaan puolin ja toisin työkavereiden kesken.

Omahoitaja kohtaa asiakkaan kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti. Työyhteisössä on joku, joka tietää enemmän asiakkaan asioista. Omahoitaja tuntee asiakkaan paremmin ja tietää hänen voimavaransa. Asiakkaan voinnin muutokset huomataan pienistäkin asioista, kun hänet tunnetaan hyvin. Pitkäaikaiset hoitosuhteet tuovat jatkuvuutta. Omahoitaja on perehtynyt asiakkaan tapoihin, toiveisiin, elettyyn elämään sekä sairauksiin. Tuttu hoitaja tuo turvaa asiakkaalle ja lisää luottamusta.

Asiakkaalle pystytään tarjoamaan yksilöllisempi hoito ja hoidon tavoitteet. Arki sujuu, kun asiakas ja hänen kotinsa tulevat tutuiksi. Arkeen liittyvien asioiden, kuten kauppalistojen tekeminen ja ruokien tilaaminen sujuu, kun asiakkaan toiveet ovat tiedossa. Omahoitajalla ei mene aikaa tavaroiden etsimiseen tai asioiden tekemiseen, kun asiakkaan koti on tuttu. Omahoitajuus tuo asiakaslähtöisen näkökulman hoitotyöhön.

Omahoitajuuden toteutumisen vahvuudeksi nähtiin säännöllisyys ja aika. Säännölliset käynnit asiakkaan luo tukevat omahoitajuuden toteutumista. Lisäksi hoitotyön toteuttamiseen käytetty aika koettiin vahvuutena. Säännöllinen hoitotietojen katsominen koneelta tukee omahoitajuutta. Hoitoon liittyvien asiakirjojen Hoitos sekä Rai:n säännöllinen päivittäminen lisää omahoitajan tietämystä asiakkaasta.

Omahoitajan rooli työyhteisössä helpottaa arjen hoitotyön sujumista. Työyhteisössä joku tietää asiakkaan asioista enemmän. Lisäksi työkaverit osaavat ottaa yhteyttä asiakkaan asioissa omahoitajaan. Omahoitajuuden toteutumisen kautta saatu myönteinen palaute ja työssä onnistuminen lisäävät työhyvinvointia.

Omahoitajuuden heikkoudet pääteema muodostui kolmesta alateemasta, joita ovat omahoitajuuden puutteellinen organisointi ja resurssointi, sisäisen ja ulkoisen viestinnän puutteet sekä omahoitajuuden näkymättömyys. Omahoitajuuden puutteellinen organisointi ja resurssointi näkyy ajanpuutteena omahoitajuuden toteuttamisessa. Asiakkaiden hoitoon liittyvien asiakirjojen päivitykset myöhästyvät ja kasaantuvat. Kiire aiheuttaa paineita eikä asioita pystytä tekemään niin hyvin kuin haluaisi ja omahoidettaviaan tapaa harvoin. Toimistolla ei ole aikaa perehtyä ja katsoa asiakkaan tietoja kokonaisuutena. Uusien

asiakkaiden kohdalla ongelmana on se, että tietoihin ei ehditä perehtyä kunnolla. Joillakin hoitajilla voi olla monta suuritöistä omahoidettavaa. Lisäksi nykyisillä hoitajaresursseilla omahoitajuuden toteuttaminen koettiin mahdottomana.

Heikentävänä tekijänä koettiin, että työnjaossa ei huomioida omahoitajuutta. Alueella on arvokasta tietoa liittyen asiakkaiden hoitoon ja tilanteisiin. Optimointiin, josta työt jaetaan alueittain, hoitajan pitäisi itse ottaa yhteyttä sinne omahoitajuutta koskevissa asioissa. Pohdintaa aiheutti myös se, että miten optimointi voi tietää, mitä omahoitaja miettii asiakkaistaan. Uuden asiakkaan kohdalla voi mennä kauan aikaa ennen kuin hänelle on nimetty omahoitaja, joten omahoitajalistaa pitäisi päivittää säännöllisesti. Yleisesti ottaen yhteydenottojen optimoinnin ja kentän välillä koettiin sujuvan hyvin.

Heikkoutena nähtiin sisäisen ja ulkoisen viestinnän puutteet. Säännöllisiä omahoitajapalavereita ei ollut pidetty sairaanhoitajan kanssa. Tiedottaminen asiakkaan asioista papereihin merkitylle ensisijaiselle yhteyshenkilölle tai omaiselle koettiin puutteelliseksi. Omahoitajat vaihtuvat usein, koska hoitajat vaihtuvat eikä tieto näistä muutoksista saavuta hoitajia. Koettiin tärkeänä, että pitää tietää, kuka hoitaa ja ketä. Tieto siitä, kuka on asiakkaan omahoitaja, ei saavuta omaisia tai ensisijaista yhteyshenkilöä. Heillä pitäisi olla mahdollisuus jättää omahoitajalle viesti tai soittopyyntö. Työpuhelimet eivät ole henkilökohtaisia ja sijaiset käyttävät niitä myös, joten asiat tai viestit eivät välttämättä saavuta omahoitajaa. Lisäksi uudet hoitajat kertovat asiakkaan voinnista asioita sairaanhoitajalle, kun omahoitajalta saa tarkempaa tietoa asiakkaan voinnista. Suhteessa omahoitajuuteen nähtiin heikkoutena se, että asiakkaalla on vain kotihoidon päivystysnumero tai sairaanhoitajan numero yhteydenottoja varten.

Omahoitajuuden toteutumisen heikkoutena koettiin haasteelliset asiakkaat ja omaiset, joiden kanssa yhteistyö ei suju. Tällöin asiakkaalle ja omaisille ei voi antaa omahoitajan yhteystietoja vaan kotihoidon päivystysnumero tai etä – ja tukipalveluiden numero. Tiedon ja taidon puute nähtiin heikkoutena suhteessa omahoitajuuteen. Tällä tarkoitettiin omia vajavaisia ATK – taitoja ja sitä, että Hoitos ja RAI päivityksien tekemiseen menee tämän takia paljon aikaa eikä päivityksien tekemiseen varattu aika riitä. Lisäksi muutama hoitaja koki, että heillä on puutteita tiedonhaussa eli mistä saa tietoa asiakkaalla olevista etuuksista ja tuista.

Pula hoitajista sekä hoitajien vaihtuvuus nähtiin heikkoutena suhteessa omahoitajuuteen, koska se tarkoittaa samalla omahoitajien jatkuvaa vaihtumista. Asiakkaalla voi päivän aikana

käydä monta hoitajaa ja joka kerta tulee uusi kasvo. Asiakkaat eivät uskalla luottaa ja uskoutua aina uusille hoitajille. Tämä lisää epävarmuutta hoitosuhteessa. Lisäksi vastauksissa tuli esiin se, että sitoutuminen omahoitajuuteen ei aina ole riittävää työkaverin osalta.

Merkittävänä heikkoutena nähtiin se, että omahoitajuus ei toteudu käytännössä. Syynä tähän oli muun muassa se, että omahoitajuuden koettiin olevan ”salattua”. Omahoitajan yhteystietoja on välillä saanut antaa eteenpäin ja välillä ei. Omahoitajuuteen ei pysty itse vaikuttamaan ja omahoidettavat asiakkaat saattavat vaihtua niin, että asianosainen hoitaja ei saa siitä tietoa. Tämä nähtiin omahoitajuuden toteutumisen esteenä. Omahoitajuuden ei nähty toimivan, jos kaikilla hoitajilla on omahoidettavat. Heikkoutena nähtiin myös se, että omahoitaja voi sokeutua asiakkaan tilanteeseen eikä välttämättä huomaa kaikkia muutoksia voinnissa. Toisaalta esille nousi myös se, että kaikkia tehtäviä ei voi jättää omahoitajan hoidettavaksi, vaan asiat, jotka pitää ja voi hoitaa heti niin tekee se, jonka kohdalla asia tulee. Liiallinen omahoitajakeskeisyys koettiin myös heikentävänä tekijänä.

Omahoitajuuden mahdollisuudet pääteemaksi muodostuivat omahoitajuuden toteuttaminen sekä työn tekemiseen liittyvien osatekijöiden parantaminen. Omahoitajuuden käytännön toteutuksen mahdollisuutena ehdotettiin, että jokaisella asiakkaalla olisi kaksi omahoitajaa. Lomien aikana tai muissa tilanteissa sijainen saa helposti tietoa toiselta omahoitajalta, mikä taas helpottaa työn tekemistä. Lisäksi sijaiselle pitää kertoa, mistä asiakkaista hän on vastuussa. Hoitos- ja RAI-päivityksien tekeminen kahdestaan helpottuu, kun yhdessä pohditaan asiakkaan vointia ja tilannetta. Omahoitajuus haluttiin saada näkyväksi osaksi hoitotyötä.

Omahoitajuuden mahdollisuutena ehdotettiin, että aikaa annettaisiin riittävästi omahoidettavien luo tehtäviin kotikäynteihin. Mahdollisuuksien mukaan omahoitajalle käynti asiakkaan luo kaksi kolme kertaa viikossa, mutta vähintään kerran viikossa niin omahoitaja ehtisi paneutua asiakkaan asioihin. Omahoitajuuden kautta asiakkaalle saadaan paremmin hänen tarpeitaan vastaavat ajantasaiset Hoitos - päivitykset tehtyä ja siten parempaa hoitoa.

Omahoitajan mahdollisuutena nostettiin esiin kokonaisvaltaisen hoidon toteuttaminen. Tähän kuuluu muun muassa kuntouttava työote (jumppatuokiot) ja viriketoiminnan lisääminen. Toisaalta esiin nousi myös se, että kaikki hoitajat voivat osallistua kuntouttavan työotteen ylläpitämiseen.

Työn tekemiseen liittyvien osatekijöiden parantamiseen ehdotuksissa nousi esiin Omahoitajuus -palkki, joka optimoinnin (työjärjestelijän) toimesta tulisi näkyviin Hilkka – toiminnanohjausjärjestelmässä. Palkki antaisi mahdollisuuden käyttää aikaa omahoidettavien papereihin tutustumiseen tai asioiden hoitamiseen. Työhön liittyvien osatekijöiden parantamiseksi nousi toimiva yhteistyö. Palaverit optimoinnin ja työntekijöiden välillä nähtiin mahdollisuutena omahoitajuuden toteutumiselle. Palavereiden kautta tieto kulkisi molempiin suuntiin ja optimointi voisi huomioida omahoitajuuden paremmin. Hoitajaresurssien lisääminen mahdollistaisi omahoitajuuden ja tiedon kulun paranemisen tiimissä. Yhteistyö ensisijaiseksi merkityn omaisen tai läheisen kanssa lisäisi omahoitajuuden toimivuutta. Omahoitajuus lisäisi asiakkaan kokemusta kuulluksi tulemisesta. Työmotivaation vaikuttaisi se, että hoitajilla olisi mahdollisuus vaikuttaa omahoidettavien lukumäärään ja tätä kautta sitoutuminen omahoitajuuteen parantuisi.

Omahoitajuutta uhkaavaksi pääteemaksi muodostui hoitotyön laadulliset tekijät. Laadullisiin tekijöihin muodostui alateemoiksi kuormittava hoitosuhde, hoitajien ja asiakkaiden vaihtuvuus, kirjaamisen puutteellisuus, ostoasiakkaat, ajan puute omahoitajuuden toteuttamiseen ja työn tekemiseen liittyvät asiat.

Kuormittava hoitosuhde korostui pienillä paikkakunnilla, joissa yhteydenotot asiakkaalta tai omaiselta tulevat vapaa-ajalla kotiin. Asiakas saattaa kiintyä liikaa omahoitajaan ja toivoo vain hänen käyntejään. Toisaalta jos asiakkaan ja hoitajan kemiat eivät kohtaa, niin yhteistyö on raskasta. Jos hoitaja käy liian usein saman asiakkaan luona, hän ei huomaa asiakkaan voinnin muutoksia.

Työntekijöiden suuri vaihtuvuus aiheuttaa sen, että omahoitajat vaihtuvat koko ajan. Esiin nousi se, että kuka hoitaa akuutit asiat, jos omahoitaja ei ole töissä. Muutokset kesken työpäivän aiheuttaa poikkeamia suunnitelmissa sekä pitkä sairauslomat.

Kirjaamisen puutteellisuus näkyy siten, että asiakkaan tiedoissa on puutteita ja näin asiakkaan asioista ei pysytä ajan tasalla. Kirjaamisia on myös saattanut jäädä kokonaan tekemättä. Työpäivän aikana ei ole aikaa kuvaavaan kirjaamiseen asiakkaan voinnista ja toimintakyvystä. Yhteistyötahot Ikäkeskus ja SAS- työryhmä toivovat asiakkaasta kuvaavia kirjauksia, kun hakemus esimerkiksi tehostettuun palveluasumiseen pääsemisestä on tehty. RAI – arvioinnin tekeminen on haasteellista, jos hoitaja ei ole hetkeen tavannut omahoidettavaansa.

Kotihoito ostaa yksityisiltä palveluntuottajilta kotihoidon palveluita ja heidän asiakkaitensa omahoitajina toimivat kaupungin kotihoidon sairaanhoitajat tai terveydenhoitajat. Tiedonkulun ongelmat koetaan uhkana, koska asiakastietojärjestelmät eivät ole yhteiset. Lisäksi sairaan- tai terveydenhoitajan omahoidettava voi asua toisen tiimin alueella, jolloin erilaiset tiimikäytännöt arjen asioissa muun muassa apteekkiasioinnissa aiheuttaa lisätyötä.

Ajan puute omahoitajuuden toteutumisessa koettiin uhkana. Arkinen hoitotyö vie paljon aikaa. Omahoitajuus vaatii sitoutumista ja aikaa toteutuakseen. Kotikäynneillä ei ole aikaa perehtyä asiakkaan asioihin eikä ylimääräistä aikaa ole keskusteluun asiakkaan kanssa. Koko ajan on kiire eikä käyntien väliin jää ylimääräistä aikaa. Omahoidettavien luo pitäisi päästä useammin ajan kanssa. Ajan puutteen vuoksi hoitotietojen ja asiakirjojen päivitykset siirtyvät.

Työn tekemiseen liittyvät asiat nousivat esiin omahoitajuutta uhkaavana asiana. Kotihoidossa on paljon työtä ja työ on muuttunut haasteellisemmaksi eikä muiden työtehtävien ohella enää jakseta panostaa omahoitajuuteen. Työyhteisön negatiivinen asenne nähtiin uhkana. Uusien hoitajien perehdyttäminen omahoitajuuteen on heikkoa eikä kaikilla hoitajilla ole tietoa, mitä omahoitajan tehtäviin kuuluu. Tiimityöskentely on vähentynyt ja sen myötä myös tiedon jakamisen koetaan vähentyneen. Uutta tietoa tulee paljon ja tietokoneella työskentely on lisääntynyt. Muutamissa vastauksissa nostettiin omat puutteelliset atk -taidot omahoitajuuden toteutumisen esteeksi.

6.3 Aivoriihen tulokset kotihoidon omahoitajuuden nykytilan kehittämiseksi

Kahden aivoriihi - työpajan ideoinnin lopputuloksena nousi esiin seuraavia asioita: omahoitajuusmallissa pitäisi näkyä, mitä omahoitajuus tarkoittaa ja omahoitajalle kuuluvat tehtävät mahdollisimman käytännön läheisesti. Omahoitajan tehtäviin kuuluvat säännölliset RR, ss, paino ja verensokeri -seurannat tai hän huolehtii edellä mainitut mittaukset seuraavan hoitajan tehtäväksi. Jos olisi kaksi omahoitajaa yhtä asiakasta kohden, niin toisen hoitajan vaihtuessa jäljelle jäänyt pystyisi perehdyttämään uuden työntekijän kyseisen asiakkaan asioihin. Lisäksi omahoitajilla pitäisi olla yhteistä aikaa tehdä ja päivittää asiakkaan Hoitos ja Rai. Omahoitajalla pitäisi olla vähintään kerran viikossa käynti omahoidettavan luo.

Omahoitajan vastuualueet ja asiat toivottiin kirjoitettavan auki omahoitajamalliin. Lisäksi kuntouttavaa työtettä toivottiin tuotavan enemmän esiin kaaviossa. Omahoitajan tehtäviin kuuluu myös huolehtia asiakkaalle kuntopolussa määritellyt apuvälineet. Yhteistyö omaisten

kanssa toivottiin tuovan esille omahoitajamalliin. Säännölliset palaverit ja yhteistyö tiimin sairaanhoitajan kanssa nähtiin tarpeellisena. Omahoitajan tehtäviin kuuluu kattavat kirjaukset asiakkaan voinnista ja toimintakyvystä. Kirjausten perusteella pystytään paremmin arvioimaan asiakkaan tilannetta esimerkiksi terveydentilan muutoksien kohdalla.

Omahoitajuuden käytännön toteutumista edistäväksi tekijäksi toivottiin, että Hilka toiminnanohjausjärjestelmästä nousisi päivän työtehtäviin erillinen palkki ”Omahoitaja-aika”. Tämän tarkoitus olisi käyttää aika omahoidettavan asiakkaan asiakirjojen päivitykseen, asiakkaan papereihin tutustumiseen tai kotona olevan kotikansion siivoamiseen ylimääräisistä papereista. Tähän voi myös suunnitella kotikäynnin omahoidettavan luo.

Kehittämismenetelmien lopputuloksena ja vastauksena tutkimuskysymykseen *Millä keinoilla omahoitajuutta kehitetään toimivaksi hoitotyön menetelmäksi kotihoidossa?* muodostettiin malli omahoitajuudesta, jonka sisältöä avataan kuviossa 13.

7. POHDINTA

7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus pohjautuu hyvään tieteelliseen käytäntöön. Hyvä tieteellinen käytäntö perustuu tiedeyhteisön itsesääteelyyn (yhteisesti sovittua sitoutumista tieteen tekemiseen). (Kuula 2011, 30.) Tutkimusta tehdessä noudatetaan rehellisyyttä, tarkkuutta, huolellisuutta ja avoimuutta. Tutkimuksessa käytettyjen tiedonhankintamenetelmien soveltamisessa, raportoinnissa, esittämisessä sekä tallentamisessa noudatetaan edellä mainittuja periaatteita. Toisten tutkijoiden tekemää työtä kunnioitetaan ja heidän tekemiinsä tutkimuksiin viitataan asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen toimikunta 2012, 6.) Tutkimuseettiikka kulkee koko tutkimusprosessin ajan mukana, koska tutkimuksen tekijän pitää pohtia erilaisia ratkaisuja tutkimuksen edetessä (Kylmä & Juvakka 2014, 137). Tutkija on henkilökohtaisesti vastuussa omasta toiminnastaan (Varantola 2013, 39).

Kehittämistyön teoriaosassa käytettiin muiden tutkijoiden tekemiä tutkimuksia, artikkeleita tai kirjoja. Tiedonhankinnassa käytettiin tieteellisesti hyväksytyjä hakukoneita, joissa julkaistut tutkimukset ovat käyneet asiaankuuluvan tarkastuksen läpi. Kaikista tietolähteistä saatu tieto esitettiin vääristelemättä ja tutkimuksen tekijää kunnioittaen. Lähdeviittaukset merkittiin tekstiin asianmukaisesti. Tällä tavalla erotettiin omat päätelmät teoreettisesta tiedosta.

Tutkimuksen tarkoituksena on tuoda uutta tietoa tai soveltaa uudelleen jo olemassa olevaa tietoa (Vilka 2021, 30–31). Kehittämistyössä käytetään yleisesti hyväksytyjä tutkimus- ja tiedonhankintamenetelmiä. Vilkan (2021,62–64.) kirjassa todetaan, että hyvin tehty tutkimussuunnitelma kuuluu myös hyvään tieteelliseen käytäntöön. Mitä paremmin ja huolellisemmin merkitsee viittaukset ja lähteet, sitä paremmin toteutuu hyvä tieteellinen käytäntö sekä tutkimussuunnitelman että tutkimuksen teon yhteydessä. Hyvin tehty tutkimussuunnitelma ja tutkimus auttavat lukijaa pysymään selvillä mistä tutkimuksessa on kyse.

Tutkimusta tehdessä tulee noudattaa kontrolloitavuutta sekä avoimuutta. Tutkimuksessa tämä tarkoittaa sitä, että on mainittava mahdolliset rahoituslähteet ja sisältöä koskevat vaihtolo – ja salassapitovelvollisuus. Tutkimuksessa ei saa mainita asianosaisten nimiä ilman

heidän lupaansa. Asiaan kuuluu myös ilmoittaa tutkijan suhde tutkimuksen kohteena olevaan organisaatioon. Tieto on tärkeä tutkimuksen lukijoille ja tiedon käyttäjille. (Vilka 2021,41.)

Kehittämistyön tekijä on ollut kaksoisroolissa, koska hän on työntekijä kehittämisen kohteena olevassa organisaatiossa. Kylmä & Juvakka (2014, 152.) toteavat kirjassaan, että työyhteisöjä kehitettäessä saattaa tutkija kohdata tilanteen, jossa työntekijät purkavat keskinäisiä ristiriitojaan tutkimuksen tekijän kautta. Tutkimuksen tekijän tulee olla puolueeton ja oikeudenmukainen kaikkia kohtaan. Tutkimuksessa saatuja tietoja ei saa käyttää tutkittavien tai sidosryhmien haitaksi. Kankkunen & Vehviläinen -Julkunen (2017,222) toteavat, että tutkimuslupaa haettaessa varmistetaan kehittämistyön kohteena olevalta organisaatiolta, saako organisaation nimi näkyä työssä. Kehittämistyöhön liittyvien menetelmäpajojen sisällöstä tai tapahtumista ei kerrottu ulkopuolisille. Tätä korostettiin myös pajoihin osallistujille. Menetelmäpajojen tuloksista kirjoitettiin asianmukaisesti Tulokset -osiossa niin, ettei vastaajia tai idean keksijää voida tunnistaa.

Kehittämistyön eri vaiheisiin osallistuminen oli vapaaehtoista ja siitä mainitaan kehittämistyön saatekirjeessä. (Liite1.) Myös kehittämistyön missä tahansa vaiheessa osallistuja voi kieltäytyä osallistumasta, mutta siihen mennessä kerättyä aineistoa voidaan käyttää tutkimuksessa hyödyksi. (TENK, 2019,8.)

Tutkijan tulee varmistaa ja huomioida se, että aineistot eivät missään tutkimusprosessin vaiheessa, ennen tai jälkeen, joudu väriin käsiin ja tutkittavien anonymiteetti säilytetään. Tutkimuksen tekijä vastaa aineiston säilyttämisestä. (Vilka 2021,42.) Tutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen pätevyyttä eli validiutta testatiin kahdella kotihoidon hoitajalla ja heidän ehdotusten perusteella sitä hieman muokattiin. Validius tarkoittaa valitun menetelmän kykyä mitata sitä mitä on tarkoitus mitata eli tässä tutkimuksessa se on omahoitajuus (Vilka 2021, 153). Kehittämistyön yhteydessä saatu aineisto kyselylomakkeista sekä menetelmäpajoista säilytettiin niin, että muut eivät päässeet niitä tutkimaan. Kyselyyn tuli yksi vastaus sähköpostilla ja Swot -nelikenttäanalyysiin tuli hoitajien tekemä vastauskooste. Saadut vastaukset siirrettiin erilliselle paperille analyysiä varten ja sähköpostit poistettiin.

Kehittämistyön tekijänä luin Arenen (2019, 14) opinnäytetyön eettisten ohjeiden ”Opiskelijan muistilistaan” ja tarkistin, että työssäni olen näitä ohjeita noudattanut läpi koko kehittämistyöprosessin.

Kehittämistyön aikataulu oli seuraava: kyselylomakkeet jaettiin syksyllä 2021 ja kehittämismenetelmäpajat pidettiin talvella 2022. Kehittämistyön valmistumisaikataulu on kevät 2022. Valmis kehittämistyö on tarkoitus jakaa julkisesti kaikkien luettavaksi kotihoidon sisällä sekä julkaista Theseuksessa, jossa se on vapaasti kaikkien saatavilla.

Covid-19- pandemia aiheutti ennakoimattomuudellaan sen, että kehittämistyömenetelmien toteutusta jouduttiin muuttamaan nopealla aikataululla. Sovittuja palaveriteitoja jouduttiin perumaan henkilökuntavajauksen vuoksi. Alkuperäinen tarkoitus oli, että kotihoidon henkilökunnan kohderyhmästä (n=126) olisi halukkaille annettu mahdollisuus ilmoittautua kehittämismenetelmäpajoihin. Kyselylomakkeeseen vastaamiseen annettiin kaikille (n=126) osallistumismahdollisuus. Lopulta kehittämistyöpajojen Swot- nelikenttäanalyysin sekä aivoriihen toteutus rajattiin yhteen kotihoidon alueeseen, eteläiseen, jossa työntekijöitä on yhteensä 43. Tuloksien luotettavuutta tarkastellessa voidaan olettaa, että tulokset edustavat kattavasti Seinäjoen kotihoidon henkilökunnan näkemystä omahoitajuudesta ja sen toteutumiseen vaikuttavista tekijöistä. Vilkka toteaa, että tutkimustulokset ovat aina luotettavia ajassa ja paikassa, mutta niiden yleistettävyyttä toiseen aikaan tai yhteiskuntaan tulee välttää (2021,153).

Helsingin yliopiston postkoronaidearyhmän näkemyksen mukaan pandemia on aiheuttanut työelämässä *sysäyskriisin*. Tämä muuttaa työelämää ja korostaa ongelmanratkaisukyvyyn sekä päätöksentekokyvyyn, että vuorovaikutustaitojen jatkuvaa oppimista ja kehittämistä. Näitä osa-alueita vahvistamalla pystytään ennakoimaan vastaavanlaisia tilanteita. (Böhling ym. 2020, 4.) Kehittämistyön edetessä ongelmanratkaisukykyä tarvittiin, jotta työ saatiin etenemään turvallisesti henkilökunta huomioiden ja aikataulun mukaisesti.

Etäyhteyttä ei hyödynnetty, vaan ryhmätapaamiset olivat aluetoimistoilla viikkopalaverin yhteydessä. Kasvokkain tapaamiset olivat hedelmällisempiä ja tulosten luotettavuuden kannalta parempia, koska vuorovaikutus oli toimivampaa kuin etäyhteyden kautta. Tapaamisissa huomioitiin yleiset turvallisuusohjeet liittyen Covid19 – virukseen.

7.2 Tutkimustulosten tarkastelu

Kehittämistyön tarkoitus oli selvittää kotihoidon työntekijöiltä ajatuksia siitä, mitä heidän mielestään omahoitajuus on ja mitkä asiat ovat esteenä omahoitajuuden toteutumiselle. Kehittämistyön tavoitteena oli myös omahoitajuuden kehittämisen kautta parantaa koettua

työhyvinvointia. Kehittämistyön tuloksista nousi esiin tekijöitä, jotka viittaavat organisaation nykyiseen kaavioon ja ovat hoitajien kokemuksen mukaan omahoitajuuden toteutumisen esteenä. Näihin koettuihin esteisiin: viestintä, tiedonkulku sekä palaverisisällöt ei tässä kehittämistyössä paneuduttu syvällisesti.

Kehittämistyön tuloksissa nousi kantavaksi pääteemaksi *Omahoitajuus on hoitajan aktiivista ja vastuullista toimintaa*. Hegyvary (1991) pohtii kirjassaan omahoitajan vastuullisuutta. Vastuu – käsitteenä on hoitotyössä selkeä, mutta miten sitä mitataan käytännössä? Riittääkö vastuun toteutumiselle se, että omahoitajan nimi on papereissa vai se, että asiakas ja hänen omaisensa osaavat nimetä omahoitajan. (Hegyvary 1991, 167.) Vastuun näkökulmaa voi myös pohtia kehittämistyön kysymyksen *Tietävätkö asiakkaasi ja hänen omaisensa, että olet asiakkaan omahoitaja?* kautta. Kyllä -vastauksia oli 68 % ja Ei -vastauksia 32 %. Ei -vastauksia perusteltiin sillä, että kaikki hoitavat asiakkaita ja asiakkaan persoonasta riippuu voiko hänelle kertoa, kuka hänen omahoitaja on. Hoitajien jatkuva vaihtuvuus nähtiin myös ei -vastausten perusteena. Ei – näkökulmasta ajatellen vastuu leviää useamman hoitajan varaan. Vastauksissa nousi esiin myös se, että jos asiakas tietää omahoitajan, niin asiakas takertuu liikaa hoitajaan. Tätä voitaisiin ennaltaehkäistä siten, että otettaisiin käyttöön kahden omahoitajan malli.

Groopin väitöskirjassa (2012) keskitytään niihin tekijöihin, jotka rajoittavat kotihoidossa tuottavuutta, sekä miksi syntyy tilapäinen henkilöstövaje ja kiire. Kotihoidossa aamun ruuhkahuippuun sijoittuu oletettavasti ei-aikakriittisiä käyntejä, jotka ruuhkauttavat aamun ja jotka voitaisiin tehdä eri aikaan. Monta lähekkäin olevaa asiakaskäyntiä yhdistetään peräkkäin, jotta aikaa säästyisi, vaikka kaikki käynnit eivät olisi aikakriittisiä käyntejä. (Groop 2012,88,125,127.) Aikakriittisiä käyntejä ovat muun muassa tiettyjen verinäytteiden ottaminen, insuliinipistokset ja lääkkeet, joiden ottaminen pitää tapahtua tiettyyn aikaan. Groopin (2012) väitöskirja nostetaan tutkimustulosten tarkastelussa esille siksi, että jos organisaatiossa on käytössä omahoitajuusmalli niin väitöskirjan esiin nostamat kriittiset tekijät vaikuttavat välillisesti omahoitajuuden toteutumiseen. Näitä kriittisiä tekijöitä ovat muun muassa kiire ja henkilöstövaje.

Groopin väitöskirjan mukaan iltapäivään jää enemmän aikaa, kun käyntien määrä iltapäivällä vähenee. (Groop 2012,125). Tähän kohtaan voisi sijoittaa esimerkiksi asiakkaan asiakirjojen päivitystä, tiimipalavereita tai aikaa yhteydenottoihin omaisiin ja viranomaisiin. Kotihoidon työ vaihtelee päivittäin asiakasmäärien vaihdellessa vuorohoitojaksojen ja sairaalapäivien

seurauksena. Lisäksi yllättävät tilanteet aiheuttavat muutoksia päivän sisältöön. Oman haasteensa viranomaisyhteistyöhön tuo puhelinajat, jotka usein sijoittuvat aamuun, jolloin hoitotyön lomassa on mahdotonta hoitaa puheluita.

Tässä kehittämistyössä omahoitajuuden yhdeksi toteutumisen esteeksi nousi Groopin mainitsema kiire (2012, 122) sekä hoitajien suuri vaihtuvuus. Groopin (2012) tutkimuksessa hoitajat kokivat olevansa stressaantuneita, koska lyhyessä ajassa piti tehdä monta kotikäyntiä eikä heillä ollut riittävästi aikaa asiakkaalle. Hoitajien mukaan tämä heikensi palvelun laatua. Tutkimuksen kohteena ollut kotihoidon organisaatio sai negatiivista asiakaspalautetta siitä, että asiakkaat kokivat saavansa vähemmän palveluaikaa kuin mitä hoitosuunnitelmaan oli kirjattuna. (Groop 2012, 122.) Kotihoidon organisaatiossa työssä olevana tiedän, että asiakasmaksuja sekä palveluaikaa tarkistetaan kotihoidossa säännöllisesti. Palvelu aikaan tehdään muutoksia tarpeen mukaan, jolloin kotihoidon maksu pysyy linjassa käytetyn ajan kanssa. Asiakkaiden näkökulmasta on ymmärrettävää, että he haluavat hoitajan olevan sovitun ajan kotikäynnillä. Tällä on myös asiakkaan kokemaa yksinäisyyttä vähentävä vaikutus, kun hän tietää hoitajan olevan sovitun ajan paikalla.

Munnukka (1993) tarkastelee väitöskirjassaan yliopistollisen sairaalan neljän osaston siirtymistä tehtävien suorittamisesta yksivastuiseen hoitotyöhön. Tutkimuksen tuloksissa varmistui se, että yksilövastuinen hoitotyö voidaan aloittaa henkilökunnan kouluttamisella hoitotyön malliin esimiesten tuella. Yksilövastuiseen hoitotyön onnistumiseen vaikutti myös jatkuva avoin keskustelu sekä arviointi hoitotyön suunnittelusta ja toteutuksen tavoista. (Munnukka 1993, 103.) Tämän kehittämistyön tulosten perusteella Munnukan esittämiä yksilövastuiseen hoitotyön onnistumisen perusteita ei ole käytetty kehittämisen kohteena olevassa organisaatiossa, koska yhdessäkään vastauksessa nämä asiat eivät nousseet esiin. Vastauksissa kehittämissuhteiksi työhön liittyvien osatekijöiden parantamiseksi nousi toimiva yhteistyö. Palaverit optimoinnin ja työntekijöiden välillä nähtiin mahdollisuutena omahoitajuuden toteutumiselle.

Sanerman ym. (2020, 369–370) tutkimuksessa esittämä kotihoidon asiakaslähtöinen hoito tarkoittaa suhteiden edistämistä kaikkien asiakkaan hoitoon osallistuvien tahojen välillä. Asiakaslähtöisen hoidon taustalla olivat seuraavat arvot, yksilöllinen itsemääräämisoikeus, keskinäinen kunnioitus ja ymmärtäminen. Kotihoidossa asiakaslähtöinen hoito ja palvelu koostuivat seuraavista asioista, asiakkaiden osallistumisesta omaan hoitoon, perheenjäsenten sekä hoitoa antavien tahojen sitoutumisesta asiakkaan hoitoon sekä viestinnästä. Lisäksi esille

nostettiin näyttöön perustuva palveluosaaminen, joka sisältää laadukkaan palvelun ja sen toteuttamisen, monipuoliset kliiniset taidot sekä henkilökunnan hyvinvoinnin. Asiakslähtöisen hoidon toteutuminen kotihoidossa vaatii edellä mainittujen asioiden toteutumista. Kotihoidon palveluiden tarjoamisessa olisi paremmin tunnistettava asiakslähtöisen hoidon ulottuvuudet ja huomioida ne.

Kuviossa 1 kehittämistyön alussa esitellään asiakslähtöisyyden ulottuvuudet mukailtuna Leino -Kilpi & Välimäen teoksesta Etiikka hoitotyössä. Kuviossa on nähtävissä samoja asioita kuin Sanerma ym. (2020) tekemässä tutkimuksessa. Kuviossa 12 esitellään mukailtuna Leino-Kilpi & Välimäen (2014) asiakslähtöisen hoitotyön ulottuvuudet yhdistettynä Sanerman ym. (2020) tutkimuksen tuloksiin.



Kuva 12. Leino-Kilpi & Välimäen (2014) sekä Sanerman ym. (2020) asiakslähtöisen hoitotyön näkemyksistä mukailtu kuvio.

Kehittämistyön SWOT -nelikenttäänalyysin (kuvio 5) tuloksissa nousi esiin omahoitajuuden vahvuutena sujuva yhteistyö ja asiakkaan kohtaaminen kokonaisvaltaisesti. Yhteistyö nähtiin työkavereiden ja omahoitajan välisenä toimintana sekä yhteydenpitona omaisiin päin kuten Sanerman ym.(2020, 369) tutkimuksessa. Toisaalta tässä kehittämistyössä viestinnän puutteet nousivat omahoitajuuden esteeksi. Lisäksi Sanerman ym. (2020, 369) esiin nostama näyttöön perustuva palveluosaaminen oli tässä kehittämistyössä omahoitajuuden toteutumisen esteenä. Omahoitajuus koettiin puutteellisesti organisoiduksi sekä hoitajien vaihtuminen vaikutti omahoitajuuden toteutumiseen. Nämä puutteet vaikuttavat suoraan laadukkaaseen palveluun.

Asiakaslähtöisessä hoidossa myös henkilökunnan hyvinvointi nostettiin esille (Sanerma ym. 2020, 379). Tämän kehittämistyön tuloksissa työhyvinvointiin negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä olivat työyhteisön tuen puute ja kokemus, että ei tulla kuulluksi ideoiden kanssa. Työhyvinvointiin positiivisesti vaikuttavia tekijöitä oli muun muassa se, että oli mahdollisuus kehittää omaa työtään ja vaikuttaa siihen.

Suurin osa kyselyyn vastaajista (46 %) oli ollut kotihoidossa töissä 0–5 vuotta. Vähemmistöä edustivat eri prosenttijakaumilla yli 10 vuotta kotihoidossa töissä olleet. Voidaanko kyselyn vastauksia peilata siihen, että työvuosien 0 – 5 vuotta perusteella kokemusta omahoitajuudesta on vähän ja se nousi esiin vastauksissa. Tähän on vaikea antaa yksiselitteistä vastausta.

Tässä kehittämistyössä oli 99 %:lle kyselylomakkeeseen vastanneista hoitajista omahoitajuus -käsite oli tuttu, mikä tässä oli erittäin hyvä tulos. Vastausten perusteella omahoitajuus nähtiin hoitajan säännöllisenä ja vastuullisena toimintana. Omahoitajan toiminta ja rooli korosti tuloksissa yhteistyötä asiakkaan ja hoitajan välillä sekä omaisten ja hoitajan välistä yhteistyötä. Luottamus ja turvallisuus hoitosuhteessa nousi esiin vastauksissa.

Kehittämistyön vastauksien perusteella omahoitajuus pitäisi tuoda näkyvämmiin esille sekä organisaatiossa että asiakkaille ja heidän omaisilleen, vaikka osassa vastauksia asiaan suhtauduttiin kielteisesti. Jos omahoitajuudesta ei puhuta avoimesti, niin onko silloin kyseessä vain organisaation sisäinen tapa järjestää hoitotyö.

Tämän tutkimuksen tuloksista nousi esiin eriävät näkökulmat omahoitajuuden näkyvyyden esille nostamisesta. Vastauksien perusteella osa hoitajista on sitoutunut omahoitajuuteen, mutta toisten kohdalla sitoutuminen on heikkoa. Vastauksien sisältöä voidaan lähteä

pohtimaan arvojen kautta. Hoitotyössä toimitaan arvojen pohjalta, joko tiedostaen tai tiedostamatta. Asiaksmäärien kasvaessa on tarpeen miettiä, miten organisoidaan järkevästi asiakkaiden hoito ilman, että laatu kärsii. Laadukasta hoitotyötä ei voi tehdä ajatuksella ”kyllä sen joku hoitaa” vaan kaikkien hoitajien osaamista ja panostusta tarvitaan.

”Kaikki hoitaa kaikkia” voi arjen hoitotyön lomassa kääntyä muotoon ”Kukaan ei hoida ketään”. Silloin asiakkaan oikeus laadukkaaseen ja kokonaisvaltaiseen hoitoon voi jäädä toteutumatta. Vastauksissa korostui, että aikaa tarvitaan omahoitajuuden toteuttamiselle. Aikaa emme saa mistään lisää vaan olemassa oleva aika tulee organisoida järkevästi.

Jos omahoitajuus ei ole toimiva tapa järjestää asiakkaiden hoitoa, niin tiedon kulun ja viestinnän tulee kehittyä erityisen hyväksi. Kirjaamiseen tulee panostaa. Nykyisessä tilanteessa, kun hoitajien vaihtuvuus on runsasta eikä sijaisia ole heikkoja kohtia on monia. Kiireessä voi jäädä tärkeä asia kirjaamatta. Asiakkaan asiakirjoihin tutustumiseen pitäisi olla aikaa. Hoidon laatu kärsii, jos vajailla tiedoilla hoidetaan asiakasta.

Åbo Akademin apulaisprofessori Heli Vartio-Rajalin ehdottaa Sairaanhoidaja-lehden Kuukauden henkilö – haastattelussa, että kotihoitoon tulisi laatia valtakunnalliset laatuksiteerit. Hänen mukaansa valtio on asettanut tavoitteeksi, että 95 % yli 75 – vuotiaista asuisi kotona. Kotiin annettavia palveluita on monen nimekkeen alla, kotihoito, kotisairaanhoido sekä kotisairaala. Käsitteet menevät yleisesti sekaisin ja jokaisella palvelulla on tärkeä osansa. Kaikissa vaaditaan ammatillisista osaamista. Hänen mukaansa palveluissa on päällekkäisyyksiä, jotka vaikuttavat niiden laatuun ja hoitohenkilökuntaresursseihin. Lisäksi hän korostaa, että oikeat ihmiset oikeilla paikoilla tuo lisää resursseja ja laadun tarkkailua. (Sairaanhoidaja 2022, 18.)

Tämän kehittämistyön tulokset antavat viitteitä siitä mitä, omahoitajuus on kotihoidon hoitajien mielestä ja mitkä asiat ovat tärkeitä omahoitajuuden toteutumiseksi. Sote-uudistus antaa loistavan mahdollisuuden lähteä kehittämään alueellisia kotihoidon laatuksiteerejä sekä professori Vartio-Rajalinin ehdottamia valtakunnallisia kotihoidon laatuksiteerejä. Kriteerien laadinnassa tulee huomioida alueelliset erot. Kaikkia asioita ei voida tehdä samalla tavalla, mutta ihmisen hoitaminen ja kohtaaminen on paikasta riippumatta tasa-arvoista ja kunnioittavaa. Laatuksiteerien sisälle yhtenä osa-alueena voisi kehittää kotihoitoon räätälöidyn asiakaskeskeisen hoitotyön käsitteen.

Tämän kehittämistyön tulokset antavat viitteitä siitä mitä, omahoitajuus on kotihoidon hoitajien mielestä ja mitkä asiat ovat tärkeitä omahoitajuuden toteutumiseksi. Sote-uudistus antaa loistavan mahdollisuuden lähteä kehittämään alueellisia kotihoidon laatukriteerejä sekä professori Vartio-Rajalinin ehdottamia valtakunnallisia kotihoidon laatukriteerejä. Kriteerien laadinnassa tulee huomioida alueelliset erot. Kaikkia asioita ei voida tehdä samalla tavalla, mutta ihmisen hoitaminen ja kohtaaminen on paikasta riippumatta tasa-arvoista ja kunnioittavaa. Laatukriteerien sisälle yhtenä osa-alueena voisi kehittää kotihoitoon räätälöidyn asiakaskeskeisen hoitotyön käsitteen.

Kysymykseen ”*Miten hyvin koet omahoitajana tuntevasi asiakkaasi?*” hyvin koki tuntevansa 41% ja ei hyvin tai huonosti koki tuntevansa 38% vastaajista. Huonosti tunsivat 7% vastaajista ja erittäin huonosti 4%. Muutamissa vastauksissa nousi esiin se, että omahoitajuuden toteutumisen esteenä olivat asiakkaasta johtuvat syyt. Asiakas voidaan kokea haasteellisena muistisairauden tai psyykkisten ongelmien takia. Lisäksi persoonallisuuksien erilaisuus voi vaikuttaa hoitajan ja asiakkaan väliseen suhteeseen. Kiireellä ja ajanpuutteella saattanee myös olla tähän syynsä.

Eilertsen & Kiiik (2016, 84.) jakavat kiireen kahteen osaan, todelliseen ja subjektiiviseen. Todellinen kiire johtuu työn aiheuttamista paineista ja subjektiivinen kiire on jokaisen henkilökohtainen kokemus. Heidän tutkimuksessaan nousi esiin se, että hoitajat kokivat kiireen näkyvän heidän työssään. Tämä vaikutti myös asiakkaaseen negatiivisesti, koska hän huomaa hoitajan kiireen. Hoitajat kokivat pettymystä, kun eivät pystyneet hoitamaan asiakkaitaan omien hyvien periaatteidensa mukaisesti. Kröger ym. (2018, 39) tuovat esille hoitajien vastauksissa ilmi tulleen seikan, että hoitajat kokevat riittämättömyyttä kokiessaan, etteivät asiakkaat saa riittävästi apua. Tässä kohtaa voitaneen puhua myös eettisestä stressistä, kun kiire käytännön työssä ja omat arvot eivät kohtaa. Tässä kehittämistyössä kiireen käsite tuli esiin vain yleisessä muodossa, mutta nousi esiin lähes jokaisessa vastauksessa. Kiire korostui lähinnä ajanpuutteena eri tehtävien tekemisen suhteen ja siinä, että asiakkaalle ei ollut aikaa.

SWOT- nelikenttäanalyysissä omahoitajuuden toteutumisen heikkoudeksi nousivat ajan puute, kiire sekä hoitajien suuri vaihtuvuus. Samat asiat nousivat esille myös kyselylomakkeen vastauksissa. Hoitajien kokemus oli, että asiakkaan papereihin ei ehti tutustua, eikä asioita pysty tekemään niin hyvin kuin haluaisi. Leino -Kilpi & Välimäki (2014, 284) nostavat esille kotihoidon etiikan, jota on tutkittu vähän. Eettisestä näkökulmasta yleisimpiä kotihoidossa esiin tulleita ongelmia olivat kiire ja tiedonkulun puutteellisuus. Lisäksi hoitajien jatkuva vaihtuvuus

voi aiheuttaa asiakkaalle kokemuksen luottamuspulasta. Tämän kehittämistyön vastauksissa korostui hoitajan ja asiakkaan välinen luottamussuhde ja sitä pidettiin hyvän hoitotyön perustana.

Tevameri (2021, 25) kiinnittää huomiota hoitoalan pitovoiman lisäämiseen ja pohtii keinoja sen toteuttamiseen. Toimialaraportissa viitataan Valiokunnan STvM 2020 mietintöön, jossa sote-alan vetovoiman lisäämiseksi ehdotetaan pitkäjänteistä työhyvinvoinnin sekä toimintatapojen kehittämistä yhdessä työntekijöiden kanssa. Vetovoimaa lisääviksi tekijöiksi määriteltiin mahdollisuus tehdä työtä eettisesti ja ammattimaisesti hyvin, sekä huomion kiinnittäminen työturvallisuuteen että työtappoihin. Kehittämistyön tulosten vastauksissa nousi hoitoalan vetovoimaa heikentäviä asioita, joita ovat kiire, ajanpuute, hoitohenkilökunnan vaihtuvuus sekä se, että työpaikalla ei tulla kuulluksi kehittämisideoiden kanssa.

Hotus -raportissa (2015) kysyttiin hoitohenkilökunnan mielipidettä siitä, miten he toivoivat itseään hoidettavan ikääntyneenä? Vastauksissa nousi esiin kuntouttavan hoitotyön merkitys. Tutkimuksen tuloksissa kuntouttava hoitotyö oli heidän mielestään ajanvietettä, virikkeitä ja asiakkaan mukaan ottamista toimintaan sen mukaan, kun voimat riittävät sekä ulkoilua. Tärkeä näkökulma, joka vastauksissa nousi esiin, oli se, että hoitohenkilökunnan pitää tunnistaa tilanne, jolloin asiakas ei halua kuntoutusta. (HOTUS, 2015, 11.) Tämän kehittämistyön aivoriihen tuloksista nousi esiin se, että kuntouttava työote pitää nostaa omahoitajakaavioon esille. Kuntouttavaa työtettä on kaupungin kotihoidossa kehitetty ja viety eteenpäin jo vuosia. Kuntouttavan työotteen sisällöllisiä asioita ei mainita omahoitajuuden mallissa (kuvio 12), mutta jokaiselle asiakkaalle on kotihoidossa tehty henkilökohtainen kuntopolku.

Tutkimuskysymykseen numero kolme *Millaiset tekijät nousevat esiin omahoitajuutta toteutettaessa liittyen hoitajien kokemaan työhyvinvointiin* saatiin yleisesti työhyvinvointia koskevia vastauksia. Onko työhyvinvoinnin osuus tässä kehittämistyössä lopulta pieni? Työhyvinvointia on tutkittu paljon ja kehittämistyön edetessä huomasi, että oman työn pohtiminen ja sen osa-alueiden pilkkominen pienempiin osiin on haasteellista. Lisäksi työhyvinvointiin liittyvien asioiden pohtiminen nopeasti kyselylomakkeen ääressä ei ole helppoa. Tänä päivänä arki hoitotyössä on kiireistä eikä välttämättä tule mietittyä, miten oman työn järjestäminen olisi järkevää.

Oliko kysymyksien asettelu liian suppea tai haasteellisesti esitetty, kun työhyvinvoinnista pyydettiin vastauksia suhteessa omahoitajuuteen? Tulosten analyysin jälkeen mieleeni nousi,

että olisiko teemahaastattelun avulla päästy syvemmälle omahoitajuuden ja työhyvinvoinnin yhteydestä. Työhyvinvointia olisi voinut tarkastella laajemminkin, mutta silloin tämän kehittämistyön tarkoitus ei olisi ollut omahoitajuuden kehittämisessä ja sen sisältöjen avaamisessa. Toisaalta voidaan ajatella, että kehittämistyön nyt valmistuttua ei voi vielä tietää sen lopputuloksen eli omahoitajuusmallin vaikuttavuutta työhyvinvointiin.

Pohjois-Suomessa lähdettiin toteuttamaan *Ikäihminen toimijana – vanhuspalvelulain toimeenpanoa Pohjois-Suomessa* – hanketta. Kainuun sotessa lähdettiin kehittämään kotiin annettavia palveluita. Kiireen vähentämiseen pyrittiin erilaisilla toimenpiteillä sekä kehittämään työhyvinvointia. Groopin (2012) väitöskirjaa ja sen tuloksia käytettiin hankkeessa tietopohjana. Työhyvinvointia kehitettiin yhteisömallin pohjalta. Hankkeen yhtenä tavoitteena työhyvinvoinnin osalta oli tuoda esille kotihoitotyön positiivisia puolia ja tätä kautta vaikuttaa myös työilmapiiriin positiivisesti. (Vepsäläinen & Ryhänen, 2014 8, 25.) Tämän kehittämistyön tuloksissa omahoitajuuden toteutumista edistäväksi tekijäksi nousi hyvä työyhteisö. Lisäksi osallistuminen oman työn kehittämiseen koettiin hyvänä. Työ kotihoidossa koettiin tämän kehittämistyön vastausten perusteella merkitykselliseksi ja antoisaksi.

Kainuun sotessa alueen toimijoiden tavoissa tehdä esimerkiksi hoitosuunnitelmia oli eroja. Hankkeen kautta he hyödynsivät TKT Johan Groopia henkilöstön ja esimiesten kouluttamisessa. (Vepsäläinen & Ryhänen 2014,13.) Tämän kehittämistyön lopputuotos on pieni osa suuresta kokonaisuudesta. Kainuun sotessa on otettu käyttöön kotihoidon käytännön töiden jakamiseen digitaalinen ohjelma, joka on käytössä Seinäjoen kaupungin kotihoidossa eli Hilikka toiminnanohjausjärjestelmä. Järjestelmän avulla pyritään hillitsemään kiirettä ja järjeistämään kotikäyntien sujuminen mahdollisimman optimaalisesti huomioiden etäisyydet asiakkaiden välillä ja asiakkaan luona käytettävä aika.

Groopin (2012) väitöskirjan sekä Kainuun sote-hankkeen (Vepsäläinen & Ryhänen 2014) valossa näyttää siltä, että kotihoidossa olevat ongelmat; ajanpuute, kiire ja työn järkevä jakautuminen, ovat valtakunnallinen haaste ja tämä näkyy myös tämän kehittämistyön kohteena olevan kaupungin kotihoidon hoitajien vastauksissa. Kainuun hanke tuo esiin myös sen, että hoidon laadusta ollaan huolissaan ja kaikilla on halu sen parantamiseen.

Lähdekirjallisuutta ja tutkimuksia etsiessä havaittiin, että omahoitajuus kotihoidossa on vähän tutkittu aihe. Voidaanko olettaa, että omahoitajuuden toteuttaminen kotihoidossa ei sellaisenaan onnistu vaan pitää kehittää toisenlaisia tapoja hoitaa asiakkaiden asioita.

Yksilövastuista hoitotyötä toteutetaan eri organisaatioissa, mutta onko tämän käsitteen kultavuodet olleet kolmekymmentä vuotta sitten vai onko mahdollista, että yksilövastuinen hoitotyö on nousemassa uudestaan esille. Tulevaisuudessa asiakasmäärät kotihoidossa lisääntyvät ja on selvää, että asiakkaalla on oikeus laadukkaaseen hoitoon ja jollain tavalla yksilöllisyys ja asiakkaan osallisuus hoidossa pitää huomioida. Tämä tavoite on myös kirjattu lakiin (L 28.12.2012/ 980).

Laatu on merkittävä tekijä hoitotyössä ja tätä kautta tuotaisiin näkyväksi kotihoidon osaaminen. Omahoitajuuden esille tuominen yhtenä laatutekijänä nostaisi myös asiakkaan osallisuuden ja näkökulman keskiöön hoitoa suunnitellessa, jos asiakas kykenee ottamaan kantaa omiin asioihinsa. Vanhuspalvelulain (L 28.12.2012/ 980) sekä STM (2020) laatukriteerit korostavat asiakkaan osallisuuden nostamista keskiöön palveluita suunniteltaessa. THL kerää nyt ensimmäistä kertaa kansallisella vanhuspalvelujen asiakastyytyväisyyskyselyllä vanhuksilta palautetta palveluasumisesta ja kotihoidosta. Tuloksia on luvassa vuoden 2023 alussa.

Käsitteet omahoitajuus, yksilövastuinen hoitotyö sekä asiakaskeskeinen lähestymistapa sisältävät samankaltaisuuksia. Käsitteissä korostuu ihmisen hoitamisen kokonaisvaltaisuus. Näiden edellä mainittujen käsitteiden pohjalta voisi lähteä muodostamaan/ tarkastelemaan kotihoidon hoitotyöhön oma käsite, koska hoitotyön ympäristönä koti on täysin erilainen kuin sairaalamaailma. Kehittämistyön edetessä tuli esiin se, että hoitotiede kulkee jäljessä kotihoito-tutkimuksen kanssa. Hakusanoilla ei löytynyt omahoitajuudesta tai yksilövastuisesta hoitotyöstä kuin sairaalakontekstissa tai vanhusten pitkäaikaishoitopaikoissa tehtyjä tutkimusta Pääsääntöisesti tutkimuksen kohteena olivat laitoshoidossa olevat asiakkaat tai näkökulmana oli vertailla laitoshoidon ja kotihoidon eroavaisuuksia.

Tämän pohjalta voidaan ajatella, että yksilövastuisen hoitotyön kehittämiseksi kotihoidossa on tarvetta kotona tehtävän hoitotyön erityisluonne huomioiden. Käsitteen sisältö voisi korostaa kotihoidossa tehtävän työn erityisyyttä, koska työtä tehdään pääsääntöisesti yksin. Asiakaspaikat ja tilanteet muuttuvat välillä hyvinkin nopeasti. Asiakkaan kotona ergonomia ja valaistus asettavat omat haasteensa. Oman erityispiirteensä kotihoitoon tuo asiakassuhteiden kesto. Kotihoidon asiakkuudet ovat kestoaltaan muutamista viikoista useisiin vuosiin.

Kotihoidon organisaatioita on Suomessa monta ja kaikissa toimintatavat ovat erilaiset niin tämän tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää, mutta tulokset saattavat antaa suuntaa siihen, miten omahoitajuus nähdään kotihoidon henkilökunnan näkökulmasta sekä mitkä asiat

edesauttaisivat omahoitajuuden toteutumista. Kehittämistyön kohteena ollut organisaatio päättää käyttääkö kehittämistyön tuloksia hyödykseen vai ei.

Kehittämistyössä saavutettiin asetettu tavoite eli omahoitajuuden kehittäminen Seinäjoen kaupungin kotihoidossa. Kuviossa 13 esitellään kehittämistyön johtopäätöksenä tulosten perusteella muodostettu malli omahoitajuudesta. Kehittämistyön tarkoituksena oli selvittää kotihoidon työntekijöiltä mitä heidän mielestään omahoitajuus on ja mitkä asiat ovat esteenä omahoitajuuden toteutumiselle. Omahoitajuus nähdään hoitajan aktiivisena toimintana, johon sisältyy muun muassa säännölliset tapaamiset asiakkaan sekä eri yhteistyötahojen kanssa. Omahoitaja tuntee asiakkaansa paremmin ja on perillä hänen elämäntilanteestaan sekä toimintakyvyn rajoitteista kuten sairauksista.

Omahoitajuuden ydin

- * Omahoitajan toiminta on aktiivista ja vastuullista
- * Omahoitajuuden eettisiä periaatteita ovat
 - turvallinen ja luottamuksellinen hoitosuhde
 - yhteistyö asiakkaan ja hänen omaisten tai asioiden hoitajan kanssa
 - yhteistyö työyhteisön ja erilaisten verkostojen kanssa
- *Asiakkaan kokonaisvaltainen kohtaaminen
- *Säännölliset tapaamiset asiakkaan kanssa
- *Palvelukoordinaattorin kanssa katsotaan viikkopalaverissa yhdessä omahoitajuuksien jakautuminen ja asiakastilanne.

Omahoitajan tehtäväkuvaus kotihoidossa

- Kaksi omahoitajaa asiakasta kohden
- Ammatin antama pätevyys toimia hoitajana (Valvira)
- Asiakkaan tapaaminen säännöllisesti. Omahoitaja pyrkii myös itse vaikuttamaan tähän asiaan.
- Tutustuminen kaikkiin asiakkaan hoitoon liittyviin asiakirjoihin
- Asiakkaalle laaditun kuntopolun mukaisen hoitotyön toteuttaminen kotikäynneillä
- Mittaa RR,ss, paino, verensokeri vähintään kerran kuukaudessa tai erillisen ohjeen mukaan
- Asiakirjojen säännöllinen päivittäminen : Hoitos ja RAI päivitetään vähintään puolivuositain tai asiakkaan tilanteen muuttuessa. Ole omaiseen yhteydessä päivitystä tehtäessä. Häneltä saat tärkeää tietoa.
- Asiakirjojen päivittämisen yhteydessä tarkistetaan kuntoutusuunnitelma.
- Kuntouttava työote hoitotyössä
 - omahoitajan tulee toteuttaa asiakkaalle laadittua kuntoutusuunnitelmaa kotona.
 - kotihoidon fysioterapeutin konsultointi tarvittaessa (apuvälineet, ohjeiden saaminen)
 - asiakkaan apuvälineiden tilaaminen, huoltoon laittaminen ja palauttaminen
- Säännölliset palaverit alueen sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan kanssa. Huolehdi omalta osaltasi, että saat tähän tarvittaessa aikaa.
- Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien säännölliset palaverit ostoasiakkaiden asioissa palveluntuottajan hoitajien kanssa
- Kuvaava kirjaaminen asiakkaan fyysisestä ja psyykkisestä voinnista sekä muista hoitoon vaikuttavista asioista (esim. haavat, turvotukset, kivut)
- Toimintakyky -ja MMSE -testien tekeminen
- Etuushakemuksien täyttämässä auttaminen
- Turvapuhelimen säännöllinen testaus. Merkitse testauspäivä ylös asiakkaan kotona olevaan kalenteriin.

**Omahoitajuuden lisäksi työhön kuuluu arjessa kaikille asiakkaille hoidettavat asiat:
ateriatilaukset, taksitilaukset, lääkkeiden tilaaminen apteekista, lääkemutoksien tekeminen, äkillisen voinnin muutoksen huomiointi ja siihen reagointi.**

Kuva 13.Kehittämistyön tuloksena muodostettu malli Omahoitajuudesta.

7.3 Johtopäätökset kehittämistyön tuloksista

Kotihoidossa tehtävä hoitotyö poikkeaa ympäristönsä perusteella sairaalakontekstissa tehdystä hoitotyöstä. Koti on jokaisen henkilökohtaista reviiiriä ja vuosien saatossa muodostunut omanlaiseksi ja me hoitajina vierailimme näissä kodeissa. Jokainen koti asettaa omat haasteensa sekä rajoituksensa hoitotyölle, että ergonomialle.

Kehittämistyön tuloksissa nousi esiin omahoitajuuden teoreettinen sisältö ja omahoitajuuden käytännön toteutumisen sisältö. Kantavaksi teemaksi nousi se, että omahoitajuus on hoitajan aktiivista ja vastuullista toimintaa. Omahoitajalla on rooli työyhteisössä, jonka puitteissa hän toimii erillisen ohjeen mukaan. Asiakkaan ja hoitajan välistä suhdetta kuvaa luottamuksellisuus ja hoitajan hyvä tietämys asiakkaan asioista sekä toimintakyvystä.

Omahoitajan toimenkuva on laaja ja siihen sisältyy monipuolisia tehtäviä. Viestinnän ja yhteistyön sujuvuus eri toimijoiden kanssa nähtiin tärkeänä omahoitajuuden toteutumiseksi. Työyhteisössä omahoitaja toimii linkkinä muihin hoitajiin päin ja yhdessä pohditaan asiakkaan vointia sekä kotikäyntien sisältöön vaikuttavia asioita.

Omahoitajuuden teoreettiseksi sisällöksi muodostui ”Omahoitajuuden ydin”. Omahoitajuuden ytimeen kuvatut sisällöt pyrkivät ohjaamaan toimintaa kohti asiakkaan hyvää ja laadukasta hoitoa. Luottamussuhdetta pidettiin tärkeänä ja sitä, että asiakkaalla on tuttu hoitaja, jolle voi puhua arkaluontoisista asioista. Tuttu hoitajaa lisää asiakkaan kokemusta turvallisuuden tunteesta. Asiakkaalle pystytään näin tarjoamaan yksilöllisempää hoitoa ja huomioida hoidon tavoitteet asiakaslähtöisesti.

Omahoitajuuden toteutumisen esteitä nousi esiin vastauksissa. Asiakkaan säännöllinen tapaaminen ei aina toteutunut ja sitä pidettiin omahoitajuuden toteutumiseen negatiivisesti vaikuttavana asiana. Omahoitajuuden korostamisesta asiakkaille ja hänen läheisilleen oltiin eri mieltä vastauksissa. Koettiin, että jos asiakasta ei tapaa säännöllisesti niin omahoitajuudesta ei voida puhua. Haasteeksi koettiin myös pienellä paikkakunnalla toimiminen, kun asiakkaat tai omaiset voivat ottaa vapaa -ajalla yhteyttä omahoitajaan. Työyhteisön negatiivinen suhtautuminen kehittämissideihin koettiin olevan omahoitajuuden toteutumisen esteenä. Jos kehittämissidean sai vietyä eteenpäin niin sen toteutuminen kesti kauan. Hoitajien liikkuminen eri kotihoidon alueiden välillä tarpeen mukaan vaikeutti omahoitajuuden toteutumista.

Esteiden lisäksi kehittämistyön vastauksissa nousi esiin heikkouksia, jotka estävät omahoitajuuden toteutumista. Organisaation näkökulmasta omahoitajuus oli puutteellisesti järjestettyä ja resursseja ei ollut tarpeeksi omahoitajuuden toteuttamiselle. Ulkoisen ja sisäisen viestinnän aiheuttamat puutteet olivat heikkouksia suhteessa omahoitajuuden toteutumiselle. Omahoitajapalavereita ei pidetty säännöllisesti ja tiedottaminen yhteistyötahoille koettiin puutteellisena. Sujumaton yhteistyö haasteellisten asiakkaiden tai omaisten kanssa koettiin heikkoutena.

Omahoitajuuden toteutumiseen vaikuttaa hoitajat itse, organisaatio sekä asiakas ja hänen läheisensä. Hoitajien vastauksissa nousi esiin se, että kotihoidossa tehtävä työ koetaan puutteista huolimatta merkitykselliseksi ja antoisaksi.

7.4 Jatkotutkimusaiheet

Tässä kehittämistyössä näkökulma oli kotihoidon hoitajien kokemuksissa. Jatkotutkimusaiheena voisi olla kotihoidon asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemukset omahoitajuudesta niissä kotihoidon organisaatioissa, joissa omahoitajuus on käytössä. Näistä kokemuksista voisi tehdä vertailevan tutkimuksen löytyykö hoitajien sekä asiakkaan, että hänen läheistensä kokemuksista millaisia yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia suhteessa omahoitajuuteen. Organisaation näkökulman voisi nostaa esille omahoitajuutta tutkittaessa. Miten organisaatio pystyy toiminnallaan edesauttamaan omahoitajuuden toteutumista ja millaisia tekijöitä vaaditaan organisaatiolta sujuvan omahoitajuuden toteutumiselle.

Leino-Kilven & Välimäen Etiikka hoitotyössä – kirjassa nousi esiin se, että etiikkaa on tutkittu kotihoidossa vähän. Tämä olisi erinomainen jatkotutkimusaihe. Kotihoidossa tehtävä työ on itsenäistä ja haasteellista tilanteiden vaihtuessa välillä hyvinkin nopeasti. Lisäksi tarvitaan joustavuutta ja kykyä luoviin ratkaisuihin potilasturvallisuutta vaarantamatta. Tutkimuksen näkökulma voisi olla yksintyöskentelyn haasteiden tarkastelu ja siihen liittyvät eettiset kysymykset.

LÄHTEET

- Alastalo, H., Vainio, S. & Kehusmaa, S. Kotihoidon asiakasmäärät kasvussa, henkilöstön määrän kasvu ei kaikissa maakunnissa seuraa perässä. Tutkimuksesta tiiviisti 18, elokuu 2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-899-9>
- Anderson, S., Haverinen, R. & Malin, M. 2004. Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Yhteiskuntapolitiikka 69 (2004):5 (487–488) <https://core.ac.uk/download/pdf/12382544.pdf>
- Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Tampere. Juvenes Print.
- Arene.2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. [Verkkojulkaisu] Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto. [Viitattu 12.4.2022] Saatavana: <https://www.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>
- Böhling, T., Aronen, I., Björkroth, J., Kantola, A., Kurhila, J., Lauslahti, S., Toivonen, T., Timmer, M., Holopainen, H. & Sirén, I. 17.9.2020. Koronavirusepidemia vaikuttaa Helsingin yliopistoon monitahoisesti ja pitkäaikaisesti – näkökulmia kriisin vaikutuksiin postkoronaidearyhmän työn valossa. Helsingin yliopisto. Raportti. https://www2.helsinki.fi/sites/default/files/atoms/files/post-koronaidearyhman_raportti.pdf
- Eilertsen, I. & Kiik, R. (2016) Nurses' emotional challenges in providing home care in Norway. [Verkkolehtiartikkeli] Journal of Nursing Research 2016, Vol. 36(2) 82–87. [Viitattu 21.3.22] Saatavana Ebsco – tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. [Verkkokirja]. Tampere. Vastapaino. [Viitattu 24.9.21]. Saatavana Ellibs e-kirjakokoelmasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Fawcett, J. 2021. More Thoughts About Models of Nursing Practice Delivery. Nursing Science Quarterly 2021, Vol. 34(4) 458–461. [Viitattu 25.1.22] Saatavilla Ebsco– tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Groop J. 2012. Theory of Constraints in Field Service: Factors Limiting Productivity in Home Care Operations. [Verkkojulkaisu] Espoo: Aalto yliopisto. School of Science Department of Industrial Engineering and Management. Doctoral dissertations 47/2012. [Viitattu 31.3.2022] Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-60-4594-8>
- Groop J. 2014. Miten vastata kasvavaan kotihoidon kysyntään? Helsinki. Suomen Kuntaliitto. [Viitattu 20.4.21] Saatavana: <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2014/1623-miten-vastata-kotihoidon-kasvavaan-kysyntaan>
- Haapala, T. & Hyvönen, K. 2002. Omahoitajuuden arviointi ja mittaaminen. Teoksessa Munnukka, T. & Aalto, P. (toim.) Minun hoitajani – näkökulmia omahoitajuuteen. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi. 38–55.

- Hautsalo, K., Rantanen, A., Kaunonen, M., & Åstedt-Kurki, P. 2014. Asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemukset kotihoidosta. Tutkiva hoitotyö 14(1): 4–12
- Hegyvary, S.T,1991, Yksilövastuinen hoitotyö. Vaasa. Kirjayhtymä Oy.
- Heinola, R., 2007. Asiakas arvioinnin keskiössä. Teoksessa: Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hoffman Kusk, K., & Groenkjaer, M. Effectiveness of primary nursing in the care and satisfaction of adult inpatients: a systematic review protocol. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 2016. 14-22. [Viitattu 31.1.22] Saatavana Ebschost-palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Hotus-raportti. 2015. Hoitotyön tutkimusseuran asettama työryhmä: Korhonen, A., Holopainen, A., Jylhä, V. & Siltanen, H. Helsinki. Hoitotyön tutkimussäätiö. [Viitattu 14.3.2022] Hoitohenkilökunnan käsityksiä ikääntyneiden hoitotyön nykytilasta. Saatavana: <https://www.hotus.fi>
- Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. Keuruu. Otava Oy.
- Innokylä. Ei päivystä. Aivoriihi. [Verkkosivu]. [Viitattu 4.6.21.] Saatavana: <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/aivoriihi>
- Kan, S. & Pohjola, L.2012. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen – Julkunen, K. 2017. Tutkimus Hoitotieteessä. [Verkkokirja] 3–5. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy. [Viitattu 1.3.2022] Saatavana Ellibs-e-kirjakokoelmasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Karlsen, C., Spliid Ludvigsen, M., Moe, C. E., Haraldstad, K., Thygesen, E. Experiences of community-dwelling older adults with the use of telecare in home care services: a qualitative systematic review. [Verkkolehtiartikkeli] JBI Database System Rev Implement Rep 2017; 15(12):2913–2980 [Viitattu 12.1.2022] Saatavana JBI EBP Database. Vaatii käyttöoikeuden.
- Kehusmaa, S., Vainio, S. & Alastalo, H. Ikääntyneet palvelun käyttäjät tuntevat olonsa turvalliseksi, mutta hoidon suunnitteluun osallistumisessa on kehitettävää. Tutkimuksesta tiiviisti 13, heinäkuu 2016. [Verkkojulkaisu] Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. [Viitattu 01.06.21] Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-688-9>
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä. Bookwell Oy.
- Kvalimotv. https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html [Viitattu 24.9.21]
- Kylmä, J. & Juvakka, T.2014. Laadullinen terveystutkimus. Porvoo. Bookwell Oy. 1-3.painos

- L 28.12.2012/ 980. Laki ikääntynen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista.
- L 30.12.2014/1301. Sosiaalihuoltolaki.
- Leino -Kilpi, H. & Välimäki, M. (2014) Etiikka hoitotyössä. [Verkkokirja] Sanoma Pro Oy. [Viitattu 21.3.2022] Saatavana Ellibs e-kirjakokoelmasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Manka, M-L. & Manka, M. 2016. Työhyvinvointi. [Verkkokirja]. Talentum Pro. [Viitattu 5.5.21] Verkkokirjahylly AlmaTalent. Vaatii käyttöoikeuden.
- Manthey, M. & Wessel S. 2015. Primary Nursing. Person – Centered Care Delivery System Design. [Verkkokirja] Minneapolis, MN: Creative Health Care Management. [Viitattu 13.9.2021] Saatavana Ebschost -palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Vammala. Vammalan Kirjapaino Oy.
- Mäkikangas, A. & Hakanen, J. 2017. Työstä hyvinvointia mutta millaista? Työhyvinvoinnin monet kuvaajat. Teoksessa: Tykkää työstä. Mäkikangas, A., Mauno, S. & Feldt, T. (toim.) Tykkää työstä. Työhyvinvoinnin psykologiset perusteet. [Verkkokirja] Juva: Bookwell Digital. [Viitattu 13.5.21] Saatavana Ellibs e-kirjakokoelmasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Mäkinieni, J – P., Bordi, L., Heikkilä – Tammi, K., Seppänen, A. & Laine, L. 2014 Psykososiaaliin kuormitus – ja voimavaratekijöihin liittyvä työhyvinvointitutkimus Suomessa 2010 – 2013. Sosiaali – ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014 :18 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3491-7>
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyönmenetelmä. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3.uud.painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Pihlava, K -M., Ruokonen, M. & Mauno, S. 2017. Terveystenhuollon työntekijöiden julkisen palvelun motivaation yhteys työn imuun ja työyhteisökäyttäytymiseen: Arvoyhteensopivuus yhteyttä muuntavana tekijänä. Hoitotiede 2017, 29 (2), 89–101
- Pousa, PCP. & Lucca, SR. Psychosocial factors in nursing work and occupational risks: a systematic review. Rev Bras Enferm. 2021;74(Suppl 3): e20200198. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0198>
- Pukuri, T.,2002. Yksilövastuinen hoitotyö ja sen mittaaminen. Teoksessa Munnukka, T. & Aalto, P. (toim.) Minun hoitajani – näkökulmia omahoitajuuteen. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi. 56–72.
- Saaranen -Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. [Verkkajulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [Viitattu 8.11.2021] Saatavana: https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_3.html

- Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulu. Turku. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino. [Viitattu 20.9.21] Saatavana: <https://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>
- Sanerma, P., Miettinen, S., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2020. A client-centered approach in home care for older persons – an integrative review. [Verkkolehtiartikkeli] Scandinavian Journal of primary health care vol. 38, no. 4, 369–380 [Viitattu 20.1.22] Saatavana Ebsco – tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Sinervo, T. 2018. Teoksessa Vehko, T., Josefsson, K., Lehtoaro, S. & Sinervo, T. 2018. Vanhuspalveluiden henkilöstö ja työn tuloksellisuus rakennemuutoksessa. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Raportti 16/2018. Helsinki. 11–13. [Viitattu 17.5.21] Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-241-3>
- Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto. 2020. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020-2023. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 28.4.21] Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5457-1>
- Tevameri, T. (15.2.2021) Katsaus sote -alan työvoimaan. Toimintaympäristön ajankohtaisten muutosten ja pidemmän aikavälin tarkastelua. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu. Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-812-7>
- Tevere. Ei päiväystä. Aivorihi. [Verkkosivu]. [Viitattu 4.6.21]. Saatavana: <https://tevere.fi/metodit/aivorihi>.
- Tiensivu -Peltokoski, T. vs. kotihoidon johtaja. 9.3.2022. Kommentteja nykytilaan omahoitajuuden järjestämisestä. [henkilökohtainen sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Susa Salonen. [Viitattu 11.3.2022]
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittäminen. Tampere. Tampereen Yliopistopaino Oy
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Gummerrus.
- Tutkimuseettinen toimikunta (Tenk) 3/ 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa [Verkkosivu] [Viitattu 7.3.2022]. Saatavana: https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf
- Vakkuri, M. vs. kotihoidon aluepäällikkö. 9.3.2022. Kommentteja nykytilaan omahoitajuuden järjestämisestä. [henkilökohtainen sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Susa Salonen. [Viitattu 11.3.2022]
- Van Eenoo, L., van der Roest, H., van Hout Hein & Declercq, A. 2016. Quality of Care and Job Satisfaction in the European Home Care Setting: Research Protocol. [Verkkolehtiartikkeli]

International Journal of Integrated Care, 16(3): 14,pp.1–12, [Viitattu 01.09.21] Saatavana: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2519>

- Varantola, K. 2013. Yleistajuistamisen etiikka. Teoksessa: Tieteen Yleistajuistaminen. Strellman, U. & Vaattovaara, J. (toim.) 2014. Tampere. Tammerprint. 48–62.
- Vartio -Rajalin, H. 01/2022. Apulaisprofessori. Åbo -Akademi. Laadukkaampaa hoitoa. Haastattelu. Sairaanhoitaja -lehti. Saatavana: <https://shlehti.sairaanhoitajat.fi/digilehti/1-2022/kuukauden-henkilo-laadukkaampaa-hoitoa> Vaatii käyttöoikeuden.
- Vehko, T., Sinervo, T. & Josefsson, K. 2017 Henkilöstön hyvinvointi vanhustalveissa-kotihoidonkehitys huolestuttava. Tutkimuksesta tiiviisti 11. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. p. 10. [Viitattu 14.5.21]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-876-0>
- Vepsäläinen, R. & Ryhänen, S. 2014. Ikäihminen toimijana - hanke Vanhustalvelulain toimeenpanoa Pohjois-Suomessa 2013–2014. Loppuraportti. Kainuun osahanke. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. <https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2017-10/Ik%C3%A4ihminen%20toimijana%20loppuraportti%20Kainuu.pdf>
- Vilka, H. 2021. Tutki ja kehitä. [Verkkokirja] Jyväskylä. PS-kustannus. 5. uud. painos. [Viitattu 10.10.2021] Saatavana Ellibs e-kirjakokoelmasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Watts, V., & O’Leary, J. 1980. The 10 components of primary nursing. Nursing Dimensions, 7(4), 90–95. Artikkelissa Fawcett, J. 2021. More Thoughts About Models of Nursing Practice Delivery. Nursing Science Quarterly 2021, Vol. 34(4) 458–461. [Viitattu 25.1.22] Saatavilla Ebsco– tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Kyselylomake

Liite 3. Esimerkki kyselylomakkeen vastausten teemoittelusta yhden pääteeman osalta

Liite 4. Esimerkki Swot -nelikenttäänalyysin teemoittelusta deduktiivisen sisällönalyysin mukaan.

Liite 1. Kyselylomakkeen saatekirje

Hyvä kyselylomakkeeseen vastaaja,

Opiskelen Seinäjoen Ammattikorkeakoulussa sosiaali – ja terveystieteiden yksikössä ylempää ammattikorkeakoulututkintoa kliininen asiantuntija. Opintoihin kuuluu kehittämistyön tekeminen. Työskentelen kaupungin kotihoidossa terveydenhoitajana ja opinnäytetyöni teen tämän kyseisen organisaation käyttöön aiheena Omahoitajuuden kehittäminen. Tutkimuslupa on saatu organisaatiolta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kotihoidon työntekijöiltä mitä heidän mielestään omahoitajuus on ja mitkä asiat ovat esteenä omahoitajuuden toteutumiselle. Tarkoituksena on kehittämistyön lopputuloksena tehdä kotihoitoon malli omahoitajuudesta ja sen rakenteesta. Kehittämistyön tavoitteena on omahoitajuuden toiminnan selkiyttämisen avulla parantaa koettua työhyvinvointia sekä jalkauttaa omahoitajuus todelliseksi toiminnaksi kotihoidon arkeen.

Opinnäytetyö on kolmivaiheinen, joka alkaa liitteenä olevalla kyselylomakkeella. Kyselylomakkeen vastaaminen vie 5–10 minuuttia eikä vastauksen perusteella voida tunnistaa henkilöllisyyttä. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Vastaaminen tähän kyselyyn on täysin vapaaehtoista. Vastaamalla osallistut oman työsi kehittämiseen. Voit vastata joko sähköpostiisi tulleen Webropol- kyselylinkin kautta tai paperiversioon, joka löytyy aluetoimistoltasi. Paperinen kyselylomake suljetaan mukana olevaan kirjekuoreen ja laitetaan niille osoitettuun suljettuun laatikkoon, joka on aluetoimistollasi.

Jos haluat osallistua tapaamisena pidettäviin kehittämistyöryhmiin (vaihtoehtona Teams-palaveri) joihin otetaan 2 – 4 hoitajaa per alue, niin ilmoittaudu alla olevaan sähköpostiosoitteeseen 1.12.2021 mennessä. Kehittämistyöryhmiin voi osallistua, vaikka ei vastaisi kyselylomakkeeseen. Kehittämistyöryhmien sisältö ja siellä käytävät asiat ovat luottamuksellisia ja liittyvät omahoitajuuden kehittämiseen. Kehittämistyöryhmien tuotoksista raportoidaan lopullisessa työssä, joka tulee valmistuttuaan kotihoitoon kaikkien saataville ja luettavaksi.

Kehittämistyön ohjaajat ovat lehtori Mari Salminen-Tuomaala ja lehtori Katriina Kuhalampi SeAMK.

Kiitos osallistumisesta etukäteen!

Ystävällisin terveisin,

Susa Salonen

Liite 2. Kyselylomake**Kotihoidon omahoitajuuden kehittäminen****1. Ammatti**

Sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja

Lähihoitaja

Geronomi

Muu, mikä

2. Työvuodet kotihoidossa

0 - 5 vuotta

5 - 10 vuotta

10 - 15 vuotta

15 - 20 vuotta

20 - 25 vuotta

yli 25 vuotta

3. Onko käsite omahoitajuus sinulle tuttu ?

Kyllä

Ei

4. Jos vastasit kysymykseen nro 3 KYLLÄ niin kuvaile omin sanoin mitä omahoitajuus on kotihoidossa ja mitä se pitää sisällään ?

5. Jos vastasit kysymykseen nro 3 EI niin kuvaile omin sanoin mitä ajattelisit omahoitajuuden olevan kotihoidossa ja millaista sen pitäisi olla.

6. Oletko tutustunut Seinäjoen kotihoidon omahoitajuutta kuvaavaan kaavioon?

Kyllä

Ei

7. Jos vastasit kysymykseen nro 6 KYLLÄ, niin kerro miten toteutat omahoitajuutta arjessa. Millaiset asiat mielestäsi edistävät omahoitajuuden toteutumista?

8. Jos vastasit kysymykseen nro 6 EI, niin kerro miksi et toteuta omahoitajuutta. Millaiset asiat mielestäsi heikentävät omahoitajana toimimista?

9. Miten koet omahoitajana tuntevasi asiakkaasi ?

Erittäin hyvin

Hyvin

Ei hyvin eikä huonosti

Huonosti

Erittäin huonosti

10. Tapaatko mielestäsi omahoidettaavasi riittävän usein?

Kyllä

Ei

11. Tietävätkö asiakkaasi ja hänen omaisensa, että olet asiakkaan omahoitaja?

Kyllä

Ei

12. Onko tieto omahoitajasta asiakkaallesi ja hänen omaisilleen mielestäsi tarpeellinen? Kerro oma mielipiteesi.

13. Millaiseksi koet oman työhyvinvointisi suhteessa omahoitajuuden tämän hetkiseen toteutumiseen?

14. Millaiset tekijät edistävät tai heikentävät sinun tämän hetkistä työhyvinvointiasi?

15. Suostun siihen, että vastaustietoni tallennetaan SeAMKin tietosuojaselosteen mukaisesti. (ks.alla)

Kyllä

Ei

[Tietosuojaseloste \(SeAMK Webropol\)](#)

Liite 3. Esimerkki kyselylomakkeen vastausten teemoittelusta.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Alateema	Pääteema
”Pyrin tutustumaan omahoidettaviin ja tarjoamaan henkilökohtaisempaa hoitoa”	Tutustuminen omahoidettaviin Henkilökohtaisempaa hoitoa	Omahoitajan rooli	Omahoitajuus on aktiivista ja vastuullista toimintaa
”Omahoitajuuden toteutumista tukisi, se että omahoitaja kävisi useammin ku kerran viikossa omahoidettavalla, että pysyisi asiakkaan asioissa ja voinnissa kärryillä.”	Useammin käyntejä omahoidettavan luo Pysyisi selvillä asiakkaan asioista ja voinnista		
”Pyrin antamaan vastuuta omahoitajille. Omahoitajan oma aktiivisuutta tarvitaan kyllä kaiken suhteen, jotta asia toimii. Riittävästi aikaa hoitajille toteuttaa omahoitajuutta. ”	Omahoitajille annetaan vastuuta Omahoitajan oma aktiivisuus Riittävästi aikaa omahoitajuuden toteuttamiseen		

Liite 4. Esimerkki Swot -nelikenttäänalyysin teemoittelusta deduktiivisen sisällönalyysin mukaan.

Pelkistys	Alateema	Pääteema	Omahoitajuuden vahvuudet
<p>Omahoitajan ja työkaverien yhteistyö.</p> <p>Yhteydenpito omaisiin</p> <p>Omaisiin avoimet välit ja molempien helpompi ottaa yhteyttä</p> <p>Vointimuutosten huomiointi ja viesti sairaanhoitajalle</p> <p>Tiedonkulku omahoitajan ja muun tiimin välillä</p> <p>Tiimissä saa apua</p> <p>Myönteinen palaute työstä</p> <p>Työssä onnistuminen</p>	<p>Yhteydenpito työkavereihin ja omaisiin</p> <p>Positiivinen palaute työstä</p>	<p>SUJUVA YHTEISTYÖ</p>	<p>VAHVUUDET</p>