
KIURUVEDEN KOTIHOIDON YHTEISTYÖN NYKYTILA JA KEHITTÄMISHAASTEET

Mari Roivainen

Opinnäytetyö

Ammattikorkeakoulututkinto



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Sosiaalialan koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Mari Roivainen	
Työn nimi Kiuruveden kotihoidon yhteistyön nykytila ja kehittämishaasteet	
Päiväys 15.11.2010	Sivumäärä/Liitteet 57/7
Ohjaaja(t) Kristiina Kukkonen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kiuruveden kotihoito	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tässä opinnäytetyössä tutkittiin Kiuruveden kotihoidon yhteistyön nykytilaa ja kehittämishaasteita. Tutkimus on työelämälähtöinen ja toimeksianto saatiin suoraan Kiuruveden kotihoidolta. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää Kiuruveden kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteistyötä. Tarkoituksena oli selvittää, kuinka kotihoidon yhteistyö on kehittynyt ja mitkä ovat sen nykypäivän haasteet. Tutkimuksessa noudatettiin Yrjö Engeströmin Kehittävän työntutkimuksen teoreettista viitekehystä. Tutkimus oli laadullinen ja tutkimusmenetelmänä käytettiin ryhmähaastatteluja. Haastatteluissa sovellettiin teemahaastattelun menetelmällisiä ratkaisuja. Haastateltavia oli yhteensä 12. Aineiston analyysissä käytettiin teorialähtöistä sisällön analyysiä.</p> <p>Tulosten mukaan Kiuruveden kotihoidon yhteistyön kehittyminen on varsin pitkällä. Kotihoidolla on yhteiset tavoitteet työlleen. Historiallisesti siirtyminen yksilötyöstä parityöhön ja edelleen kokonaiseen yhteisöön ja yhteisöjen väliseen yhteistyöhön ei kuitenkaan ole ollut ongelmantonta. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun ovat perinteisesti työskennelleet omina organisaatioinaan. Vuonna 1997 Kiuruvedellä yhdistettiin sosiaali- ja terveyslautakunta, jolloin kotihoitokin yhdistyi. Muutos on tarkoittanut sitä, että työntekijöiden on täytynyt muuttaa asenteitaan ja työskennellä uudessa työyhteisössä. Vuosien varrella on muuttunut niin yhteisö, johtamistapa, kuin asiakaskuntakin.</p> <p>Kotihoidon haasteita oli eniten työvälineiden toimivuudessa ja työnjaossa. Osin kehitysvaiheessa olevia työvälineitä ei osata käyttää tarkoituksenmukaisesti tai ne eivät ole tarkoituksenmukaisia ja tavoitteita palvelevia. Erityisesti hoito- ja palvelusuunnitelma on toimivan yhteistyön kannalta ongelmallinen. Työnjaolliset haasteet nousevat vahvimmin esiin selkiytymättömistä tehtävänjaoista ja toisaalta erityisosaamisen hyödyntämättömyydessä. Toivon tutkimukseni toimivan Kiuruveden kotihoidon yhteistyön kehittämisen välineenä, jonka lisäksi jatkotutkimusaiheita sen tulosten perusteella voisi olla erilaisten yhteistyön haasteiden tarkastelu syvemmin.</p>	
Avainsanat Kotihoito, kotipalvelu, kotisairaanhoidon, yhteistyö, Kiuruvesi	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Social Services			
Author(s) Mari Roivainen			
Title of Thesis The current state and developmental challenges of home care services in Kiuruvesi			
Date	15.11.2010	Pages/Appendices	57/7
Supervisor(s) Kristiina Kukkonen			
Project/Partners Kiuruvesi homecare services			
<p>Abstract</p> <p>In this dissertation I have studied the current state of home care services and developmental challenges in Kiuruvesi, Finland. The basis for this research is pragmatically oriented since the assignment was given to me directly by Kiuruvesi home care. The aim of the research was to develop co-operation between home-based health care and home help services in the municipality of Kiuruvesi. The purpose was to define how home care's co-operation had developed and what are the challenges it faces today. This dissertation observes the Developing work studies by Yrjö Engeström as its theoretical paradigm. It is a qualitative research, which uses group interviews as its method. I applied procedural solutions in thematical interviewing to the interviews. Total number of those interviewed was 12. For analysing the interview material, I used theoretically based content analysis.</p> <p>According to the results, Kiuruvesi home care's co-operation has progressed quite far. Home care has common goals for its work. Historically the transition from individual work to work-in-pairs and onward to communal and inter-communal co-operation has not been unproblematic, however. Traditionally home-based health care and home help services have worked as separate organisations. In 1997 the municipality's Social Board and Healthcare Board were merged, which lead to the unification of home care. The change has meant that the employees have been forced to change their attitudes and to work in a completely new working community. Over the years the community, its leadership and the clientele have all faced a change.</p> <p>The greatest challenges for home care lie in the reliability of working equipment and division of labour. Part of those work tools still under development were not able to be used properly or they do not entirely serve their purpose and help fulfill the organisation's goals. The care and service plan is especially problematic with regards to succesful co-operation. Challenges regarding division of labour were on the one hand typically confusing concerning job and task descriptions, and on the other hand inefficiency in the use of individual expertise. I sincerely hope that my research supports the development of Kiuruvesi home care services' co-operation, on top of which it can offer a basis for additional research on the challenges different communities face.</p>			
<p>Keywords Homecare, home-based health care, home help services of the municipality, Co-operation, Kiuruvesi</p>			

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	7
2	KOTIHOIDON MÄÄRITELMIÄ.....	9
2.1	Kotihoidon lainsäädännölliset reunaehdot.....	10
2.2	Kotihoidon kehittyminen ja uudet haasteet.....	10
2.3	Toimiva yhteistyö tuo laatua kotihoitoon	13
2.4	Kiuruveden kotihoito	16
3	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	18
3.1	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät	18
3.2	Tutkimuksen metodologinen viitekehys ja menetelmälliset valinnat	19
3.2.1	Kehittävä työntutkimus	19
3.2.2	Ekspansiivinen kehityssykli.....	21
3.3	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	25
4	TUTKIMUKSEN TULOKSET	28
4.1	Työn kohde ja toivottu tulos	28
4.2	Yksilötyöstä kotihoidon yhteisöön	30
4.3	Työnjako.....	33
4.3.1	Johtaminen ja organisaatio.....	33
4.3.2	Työtehtävät ja muuttunut työnkuva	35
4.3.3	Työyhteisön sisäinen työnjako.....	36
4.4	Kehittyneet työvälineet.....	40
4.4.1	Kirjaaminen ja asiakastietojärjestelmät	41
4.4.2	Hoito- ja palvelusuunnitelma.....	42
4.4.3	Arjen työvälineet.....	43
4.5	Työyhteisöä ohjaavat säännöt	45
5	JOHTOPÄÄTÖKSET	48
5.1	Kiuruveden kotihoidon yhteistyön haasteet.....	50
6	POHDINTA.....	53
	LÄHTEET.....	55

LIITTEET

- Liite 1 Sosiaali- ja terveyslautakunnan muuttaminen perusturvalautakunnaksi
- Liite 2 Kotihoidon toiminta-ajatus/toiminnan kuvaus vuonna 1997
- Liite 3 Tutkimuslupahakemus
- Liite 4 Tutkimuslupa
- Liite 5 Haastattelukirje ja liite ohjaavista haastattelukysymyksistä haastateltaville
- Liite 6 Ryhmähaastattelun runko
- Liite 7 Aineistonanalyysi esimerkki työvälineiden osalta

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa korostetaan avohoitoa yhä enenevästi. Kotihoidon merkitys avohoidon kentällä on suuri ja pyrkimys on, että vain huonoimmissa kunnossa olevat hoidetaan laitoksissa. Kotihoidolla tarkoitetaan yleisesti kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja muiden kotona asumista tukevien palvelujen kokonaisuutta. Kotihoidon asiakaskunta on laaja, mutta tänä päivänä valtaosa kotihoidon asiakkaista muodostuu vanhuksista. Suomalaiset ikääntyvät vauhdilla ja vanhusväestön osuus kasvaa tulevaisuudessa huomattavasti. Vanhustenhuollon valtakunnalliset tavoitteet painottavat nykyisin ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitämistä, kotona asumisen tukemista ja avopalvelujen ensisijaisuutta. Vaikka kasvava vanhusväestöä ei pidä nähdä tulevaisuuden uhkana, niin asettaa se silti haasteita uusien avopalvelujen kehittämiseksi ja käyttöön otolle. Ikäihmisten kotona asumisen tueksi tarvitaan palveluja kevyestä kodinhoidollisesta avusta aina hyvinkin vaativiin sairaanhoidollisiin palveluihin (Heinola 2007, 9).

Vanhusten avopalvelut ovat herättäneet paljon keskustelua viime aikoina. Merja Teppeonen toteaa väitöskirjassaan (2009), että vanhusten kotihoito toimii kunnissa hyvinkin ongelmallisesti. Palvelut ovat usein pirstaleisia ja asiakkaalle saattaa palveluita tarjota samanaikaisesti useat tahot. Koordinaatio puuttuu ja palvelut saattavat kohdistua viikon yhdelle päivälle, jolloin asiakas on loppuviikon yksin. Jokainen organisaatio tekee työtä omasta näkökulmastaan ja palvelut eivät nivoudu yhteen. (Engeström, Niemelä, Nummijoki & Nyman 2009, 11.) Sen lisäksi, että kotihoito kokonaisen kunnan toimintakenttänä hakee toimintamalleja ja yhteneväisiä käytäntöjä, myös kotihoidon sisäinen yhteistyö on murrosvaiheessa. Asiakkaita on enemmän kuin ennen ja työn luonne muuttuu jatkuvasti. Asiakkaan kannalta nykyinen toimintamalli ei ole paras mahdollinen, mutta myös työntekijät kokevat tilanteen hankalaksi.

Opinnäytetyössäni tutkin kotihoidon sisäisen yhteistyön haasteita ja nykytilaa Kiuruvedellä. Toimeksiannon työlleni sain Kiuruveden kotihoidolta syksyllä 2009 ja lähtökohtaisesti siinä toivottiin kotihoidon sisäisen yhteistyön kehittämistä tukevaa tutkimusta. Ensisijaisesti toimeksiannosta välittyi aito halu kehittää yhteistyötä yhä mielekkäämmäksi ja asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa tukevaksi. Kiuruvedellä vanhusten avohoidon palveluita on kehitetty pitkään ja tähän kehittämistyöhön on kuulunut muun muassa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäminen kotihoidoksi vuonna 1997. Asiakkaita Kiuruveden kotihoidossa on tällä hetkellä yli 500 ja heistä yli 90 prosenttia on vanhuksia. Vastuu asiakkaiden laadukkaasta ja kokonaisvaltaisesta hoitotyöstä on palvelujen koordinoinnilla ja avohuollon työntekijöillä. Asiakasmäärän ollessa

suuri ja toimintakyvyn huono, on kotihoidon toimittava hyvin ja organisoidusti. Kotihoidon yhteistoiminnan joustavuus ja saumattomuus on ensiarvoisen tärkeää myös Kiuruvedellä ja se asettaa paineita myös työntekijöille. Tutkimuksessani tarkastelen yhteistyötä kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöiden näkökulmasta. Ensisijaisesti työssäni korostuu kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välinen yhteistyö, mutta heidän näkökulmastaan yhteistyötä on työssä käsitelty kokonaisvaltaisemminkin.

Laadullinen tutkimukseni rajautuu Kiuruveden kotihoidon yhteistyön käsittelyyn, mutta se on sovellettavissa ainakin metodologisen osuuden osalta muiden kaupunkien ja kuntien kotihoitoon. Ohjaavana tutkimusmetodologiana opinnäytetyössäni on Kehittävä työntutkimus. Kehittävän työntutkimuksen ohjaamana työni käsittelee myös kotihoidon historiallista kehittymistä niin yleisellä, kuin paikallisellakin tasolla. Kehittävä työntutkimus on vahva osa tutkimustani, sillä se on ohjannut minua tutkijana kaikissa tutkimuksen vaiheissa; suunnittelussa, lähdemateriaalin keräämisessä, haastatteluteemojen laadinnassa, haastatteluissa, tulosten tulkinnassa, sekä raportin kirjoittamisessa. Kehittävän työntutkimuksen metodologia ja sen pohjalta nousseita menetelmällisiä valintoja käsittelem tutkimuksen toteuttamiskappaleessa. Opinnäytetyöni teoriaosa on läpileikkaus kotihoitoon olennaisesti liittyvistä osa-alueista; lainsäädännöstä, kotihoidon historiallisesta kehittymisestä, kotihoidon laatutekijöistä, Kiuruveden paikallisesta toiminnasta sekä muista tutkimuksista. Näiltä alueilta pyrin tuomaan esille juuri omien tutkimuskysymysteni kannalta olennaiset asiat.

2 KOTIHOIDON MÄÄRITELMIÄ

Työni on kuvaus Kiuruveden kotihoidon yhteistyön nykytilasta ja kehittämishaasteista. Kotihoito voidaan kuitenkin ymmärtää monella tapaa, jonka vuoksi työni teoriaosuudessa avaan käsitettä monesta näkökulmasta. Haasteelliseksi kotihoidon määrittelyn tekee se, että tapa tuottaa ja järjestää kotihoito on hyvin kirjava. Maailman terveysjärjestö määrittelee kotihoidon joukoksi erilaisia terveys- ja sosiaalipalveluja, jotka tuotetaan asiakkaille heidän kotonaan. Suppeimmillaan kotihoidolla voidaan tarkoittaa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tuottamia palveluja, kun laajemmassa mittakaavassa kotihoito määritellään kokonaiseksi avohuollon kentäksi. Yleisesti kotihoidolla kuitenkin tarkoitetaan kotipalvelua, kotisairaanhoidoa ja erilaisia tukipalveluita, joita kunta tai kuntayhtymät tuottavat avohuoltopalveluna. Yhteen sovitettujen palveluiden tarkoituksena on ehkäistä, hidastaa tai korvata väliaikaista tai pitkäaikaista laitoshoidoa. (Hammar 2008, 21–27.) Saumattomien avopalveluiden kehittämistyössä on kansanterveyslain ohjaama kotisairaanhoido ja sosiaalihuoltolain mukainen kotipalvelu yhdistetty useissa kunnissa kotihoidoksi.

Suurin asiakasryhmä kotihoidossa muodostuu vanhuksista, mutta asiakaskunta on kuitenkin laaja ja kotihoito kuuluu kaikille. Kotihoidon palveluja tuotetaan ikäihmisille, vammaisille ja sairaille. Myös lapsiperheet voivat saada apua kriisitilanteissa ja sairastapauksissa. (Kotihoito tukee kotona selviytymistä 2010.) Kiuruvedellä kotihoito on kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja erilaisten palvelujen muodostama kokonaisuus, jonka suurimpana asiakasryhmää ovat niin ikään vanhukset. Asiakaskunta kotihoidossa kasvaa niin Kiuruvedellä kuin valtakunnallisestikin, jonka syynä voidaan pitää väestön voimakasta ikääntymistä, mutta myös avopalveluiden korostamista ja vahvistamista.

Kotihoito järjestetään jokaisessa kunnassa sen omien tarpeiden mukaan ja sen vuoksi työssäni esittelen kontekstia, jossa Kiuruveden kotihoito toimii. Kotihoidon käsitteen määrittelyn lisäksi kuvaan työssäni sen historiallista kehittymistä Suomessa ja Kiuruvedellä. Työssäni tuon myös esille niitä kotihoidon laatutekijöitä, jotka yleisesti koetaan keskeiseksi laadukkaan kotihoidon ja sen tavoitteellisuuden kannalta. Näihin laatutekijöihin liittyen käsittelen opinnäytetyössäni Helsingissä tehtyä tutkimusta, jossa esille nousivat samat laadukkaan kotihoidon kannalta haasteelliset yhteistyön osa-alueet kuin Kiuruvedelläkin.

2.1 Kotihoidon lainsäädännölliset reunaehdot

Kotihoitoa ohjaa lukuisat eri lainsäädännöt. Opinnäytetyöni kannalta merkittävimmiksi nousevat kuitenkin ne lait, joilla on suora yhteys kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteistyöhön. Lainsäädännöllisesti kotisairaanhoidon ohjaa ja määrittää kansanterveyslaki, jonka mukaan kotisairaanhoidolla tarkoitetaan terveyskeskuslääkärin, sairaanhoitajan, sekä perushoitajan antamaa hoitoa ja palveluja henkilöille, joiden on mahdollista sairaudesta huolimatta asua kotonaan. Kotipalvelua taas määrittää sosiaalihuoltolaki. Kotipalvelu selvitetään laissa niin, että se on asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen, sekä muuhun tavanomaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. (Kansanterveyslaki 1972/66; Sosiaalihuoltolaki 1982/710.) Lisäksi sosiaalihuoltoasetus (1983/607) määrittelee kotipalvelun kodissa tapahtuvaksi yksinäisen ihmisen tai perheen työavuksi, henkilökohtaiseksi huolenpidoksi ja tukemiseksi, sekä muita tukipalveluja, kuten ateria-, vaatehuolto-, kylvytys-, siivous-, kuljetus-, saattaja-, sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviksi palveluiksi. (Sosiaalihuoltoasetus 1983/607.)

Kotipalvelua ja kotisairaanhoidon ohjaavat siis perinteisesti eri lainsäädännöt. Useat kunnat ovat kuitenkin yhdistäneet kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyneeksi kotihoidoksi. Sosiaali- ja terveystoimen yhteistyövelvoite on kirjattu jo 1930-luvulla poliittisiin asiakirjoihin, mutta käytännössä hallinnollisesti yhdistymisiä on tapahtunut vasta 1990-luvulta lähtien. Yhteistyön tarvetta luovat osittain yhteinen asiakaskunta, asiakkaiden tarpeiden ja ongelmien moninaisuus, sovellettavissa olevan tiedon ja asiantuntemuksen laajuus sekä taloudelliset syyt. (Tepponen 2007, 64.) Yhdistynyttä kotihoitoa määritellään sosiaalihuoltolain 12 §:ssä ja kansanterveyslain 13 §:ssä ”eräiden tehtävien järjestämistä koskevan kokeilun” alla. Kokeilua koskevassa lainsäädännössä todetaan, että vanhusten ja muiden asiakasryhmien tarpeita vastaavien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuksien muodostamiseksi kunta tai kuntayhtymä voi kokeilla tehtävien järjestämistä poiketen niitä koskevista säännöksistä. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tehtävät voidaan kokeilussa järjestää osittain tai kokonaan yhdistettyinä kotihoidoksi. (Kansanterveyslaki 1972/66; Sosiaalihuoltolaki 1982/710.)

2.2 Kotihoidon kehittyminen ja uudet haasteet

Kotihoidon historian tunteminen auttaa ymmärtämään kotiin tarjottavien palvelujen kehittymistä sekä kotihoidon yhteistyöhön liittyvää keskustelua. Huomioitavaa on, että

kodinhoitotyö kotipalveluna ja kotona tehtävä sairaanhoitotyö ovat kehittyneet Suomessa toisistaan erillään. Kotipalvelu käynnistyi 1950-luvulla, jolloin Väestöliitto aloitti kodinhoitajakoulutuksen. Vasta vuonna 1972 voimaan astunut kansanterveyslaki toi mukanaan kotisairaanhoidon. Palvelut olivat 1960-luvulla hyvin laitospainotteisia, mutta laki kunnallisesta kodinhoitoavusta, terveydenhoitolaki sekä terveydenhoitoasetus alkoivat vahvistaa avohoitoa. (Ikonen & Julkunen 2007, 36.)

Tultaessa 1970-luvulle kotipalvelu ja sen tukipalvelut laajenivat, jonka lisäksi asiakkaiden asunto-olot paranivat. Kotipalvelutyö kunnissa organisoitui uudelleen ja sitä ryhdyttiin kehittämään. Ammattimainen kotipalvelutyön johtaminen yleistyi ja kuntiin perustettiin johtavan kodinhoitajan virkoja. Myös kodinhoitajien virkoja ja toimia perustettiin innokkaasti. (Ikonen & Julkunen 2007, 36.) Kunnissa ryhdyttiin palkkaamaan kodinhoitajien rinnalle myös kunnallisia kotiavustajia. (Tepponen 2009, 79). Vasta uusi laki kunnallisesta kodinhoitoavusta 1966 turvasi sen, että vanhusväestökin sai apua kotiin (Ikonen & Julkunen 2007, 32, 36). Kotihoidon asiakaskunta on muuttunut vuosikymmenien saatossa paljon, sillä lapsiperheiden palvelut ovat eriytyneet päivähoidolle ja perhetyölle. Vanhukset ovat nykyään määrällisesti eniten kotihoidon palveluita käyttävä ryhmä. (Helameri 2004, 28.)

Vuoden 1993 valtionosuusuudistus oli koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeva keskeinen ohjaustoimenpide, joka koski vahvasti myös kotihoitoa. Toimenpide vähensi kuntien valtakunnallista voimavaraohjausta ja osui samaan aikaan 1990-luvun laman kanssa. Molemmat heikensivät osaltaan kuntien taloudellisia mahdollisuuksia järjestää vanhusten kotihoitoa. Talousahdinko ajoi kunnat etsimään erilaisia kotihoiton järjestämistapoja palveluilleen. Samaan aikaan taloudellisen ahdingon kanssa haluttiin purkaa vanhustyön laitospainotteisuus, mikä merkitsi suuria haasteita avoimuudelle. Vanhusten palveluja alettiin suunnitella paikallisten tarpeiden mukaan. (Tepponen 2009, 87.)

Vuonna 1992 annettiin laki potilaan asemasta ja oikeuksista, ja vuonna 2000 säädettiin laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Merkittävä uudistus jälkimmäisessä oli säädös, jonka perusteella toistuvia tai säännöllisiä kotihoidon palveluja saavalla asiakkaalla tulee olla palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai vastaava suunnitelma. (Hammar 2008, 25.) Hoito- ja palvelusuunnitelman arvo on hiljalleen kasvanut ja vuonna 2002 julkaistiin opas ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen. Oppaassa todetaan, että hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen, toteutus ja arviointi jäsentävät ja tekevät näkyväksi koko yhdessä eletävän asiakkuusprosessin. Asiakastyö on tavoitteisiin sitoutumista, arviointia, analysointia ja tarvittaessa uudelleen

suuntautumista edellyttävää yhteistyötä eri toimijoiden kesken. Hyvän hoito- ja palvelusuunnitelman valmistelu vaatii työntekijöiltä arvioivaa ja asiakaslähtöistä työtettä. (Päivärinta & Haverinen 2002, 35.)

Yhdistynyttä kotihoitoa on suosittu 2000-luvun alkupuolelta lähtien. Kotihoidon työhön haasteita tuovat kasvavat asiakasmäärät, uudet asiakasryhmät, asiakkaiden hoitoisuuden lisääntyminen sekä asiakkaiden odotukset. Kotihoidossa kehitetäänkin jatkuvasti työn sisältöjä, yhteistyötä ja verkostoitumista. Myös sosiaalitekniikka ja työmenetelmät kehittyvät nopeasti. Valtakunnallisina tavoitteina vuoteen 2012 mennessä on, että 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä 91–92 prosenttia asuu kotona itsenäisesti tai kattavan palvelutarpeen arvioinnin perusteella myönnettyjen tarkoituksenmukaisten sosiaali- ja terveystalvelujen turvin. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008:3.)

Kunnallinen kotihoito on keskittynyt eniten apua tarvitsevien hoivaan ja se kohdistuu yhä iäkkäämmille ja muuttuu sairaanhoidollisemmaksi. Hoitotyön lisääntyessä kodinhoidolliset työt on jouduttu karsimaan pois. Nämä muutokset aiheuttavat kotihoitohenkilöstölle uudenlaisia osaamisvaatimuksia ja ammattitaitovaatimuksia. Uusien työskentelytapojen ja välineiden kehittyminen vaativat jatkuvaa täydennyskoulutusta. Uutta tietoa tarvitaan laajasti erilaisista sairauksista, terveyden seuraamisesta, sekä toimintakyvyn ja voimavarojen arvioinnista. Lisäksi tietoa tarvitaan tuki-, turva- ja kuntoutuspalveluista. (Voutilainen ym. 2007, 175, 176.)

Henkilöstön kuormitus lisääntyi koko 1990-luvun ajan ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen sisällä juuri vanhustenhuollossa se oli suurinta. Tämän seurauksena sairauspoissaolot lisääntyivät. Kuormitus ja kielteinen kehitys lisääntyvät edelleen vanhustenhuollossa ja kotipalvelu on yksi kuormittunein alue. Kuormittavuustekijöistä yleisin on kiire ja erityisen haitallisena sitä pidetään silloin, kun se yhdistyy vähäisiin vaikutusmahdollisuuksiin ja heikkoihin mahdollisuuksiin käyttää kykyjään. Suuri työ määrä ja kova työpaine voidaan hallita, mikäli työntekijöillä on riittävästi mahdollisuuksia vaikuttaa työhönsä, suunnitella sitä ja käyttää osaamistaan monipuolisesti. Heikoin tilanne on silloin, kun työ on yksinkertaista ja rutinoitunutta, eikä työntekijällä ole vaikutusmahdollisuuksia työhönsä. Työntekijöiden kiireellä ja toisaalta vaikutusmahdollisuuksilla on selvä yhteys hoidon laatuun. (Voutilainen ym. 2007, 177, 178.)

Kotihoidossa organisaatio ja työn sisältö ovat muuttuneet voimakkaasti viime aikoina. Työ on ensisijaisesti asiakkaan hoitoa ja asiakkaat ovat entistä huonokuntoisempia. Siivous on siirtynyt kotipalvelusta pois lähes kokonaan, mikä toisaalta on vähentänyt

kotipalvelun työn ruumiillista rasitetta. Organisaatiot ovat muuttuneet kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyessä alueellisesti. Yhdistymisestä on seurannut se, että palveluiden koordinointi on parantunut. Kielteisiä muutoksia yhdistymisestä on seurannut työntekijöiden mukaan taas siten, että työyhteisön ilmapiiri on koettu kielteisemmäksi yhdistetyissä toimipisteissä ja kotisairaanhoidontyöntekijät ovat kokeneet oman työnsä sisällön kielteisemmäksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon kulttuurien yhdistäminen ei siis ole sujunut ongelmitta ja muutokset koetaan entistä kuormittavimpina. Vanhuspalveluissa työyhteisöjen ilmapiiri ja johtaminen ovat yleensäkin heikentyneet. Oikeudenmukaisuudella näyttää olevan suora yhteys hoidon laatuun ja työsuoritukseen. Johtamisen oikeudenmukaisuus on heikentynyt 2000-luvun alussa, samalla kun tiedetään sillä olevan merkittävä vaikutus työntekijöiden halukkuuteen organisaatioon sitoutumisessa. (Voutilainen ym. 2007, 178.)

2.3 Toimiva yhteistyö tuo laatua kotihoitoon

Kotihoidon integrointia ja laatua tarkastellaan harvoin, vaikka kotihoitoa koskeva organisaatioiden tai niiden osien yhdistäminen on ollut viime vuosina kunnissamme yleistä. Yhdistämistä on perusteltu hoidon laadun paranemisella. Kotihoidon integroinnilla Tepponen tarkoittaa eheän, asiakaslähtöisen ja asiakkaan tarpeiden mukaisen palvelukokonaisuuden muodostumista organisatorisilla ja muilla eheyttävillä toimenpiteillä. (Tepponen 2009 13, 38.) Kotihoidon laatu syntyy yhteistoiminnan joustavuudesta ja tarkoituksenmukaisten henkilöiden osallistumisesta asiakkaan hoidon ja palvelujen tarpeen arviointiin, tavoitteiden asettamiseen ja niiden toteutumisen säännölliseen arviointiin. Kotihoidon suunnittelu koetaan hankalaksi rajat ylittävän yhteistyön ollessa heikkoa. Asiakaskohtainen kotihoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi arjen tasolla parantaisivat tätä yhteistyötä. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhteisten tiimien toimivuutta ja johtamista olisi kehitettävä. Haasteena on myös työilmapiirin parantaminen. (Voutilainen ym. 2007, 170, 182.)

Kotihoidon tiimien jäsenillä on toisiaan täydentäviä taitoja ja he ovat sitoutuneet yhteiseen päämäärään, yhteisiin suoritustavoitteisiin ja yhteiseen toimintamalliin. Käytännön haasteita toimivalle yhteistyölle ovat työnjakoon liittyvät ongelmat, ammatteihin liittyvät työnkuvat ja käytännöt sekä salassapito. Myös ennakkoluulot, asenteet ja omien etujen puolustaminen on todettu esteiksi moniammatillisen yhteistyön käytännön toteuttamisessa. Erilaisten verkostojen ja moniammatillisen tiimin kanssa toimiminen ovat kuitenkin osa päivittäistä työtä. Mainitut seikat vaativatkin työntekijöiltä verkostoitumis- ja vuorovaikutustaitojen osaamista. (Tepponen 2007, 67.)

Keskeisenä kotihoidon laatua luovana tekijänä pidetään kokonaisvaltaista asiakkaan huomioimista ja palvelutarpeen arviointia. Tärkeänä palvelutarpeen arvioinnin välineenä pidetään hyvin laadittua hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa otetaan huomioon ikääntyneen koko elämäntilanne, jossa ensisijaista on arjen sujuvuuden, sosiaalisen turvallisuuden ja toimintakyvyn tukeminen. Hoito- ja palvelusuunnitelma toimii myös työvälineenä eri ammattiryhmien tuoman asiantuntijuuden yhteensovittamisessa, yhteistyössä asiakkaan ja hänen omaisen kanssa. (Voutilainen ym. 2007, 168, 169.)

Asiakkaiden mukaan hyvää kotipalvelua tai kotisairaanhoidoa antavat ystävälliset vakituiset työntekijät, ilman kiirettä, säännöllisinä ja sovittuina aikoina. Työntekijöiltä odotetaan yhtenäistä käsitystä työn sisällöstä ja jatkuvuutta, joka tarkoittaa esimerkiksi vastuuhuoltajuutta. Asiakkaat toivovat lisäksi hyvää luottamusta, vuorovaikutusta ja sitä, että asiakkaan omaa näkemystä asioista kysytään. Työntekijöiltä odotetaan ammattitaitoa ja palveluilta sitä, että sovitut ajat asiakkaan kanssa pitävät ja tehtävien suorittamiseen varattaisiin riittävästi aikaa. Asiakkaat haluavat tuntea olonsa turvallisiksi ja se tapahtuu avun ja yhteyden saamisella. Turvattomuutta lisää huono kunto, yksinäisyys ja pelko siitä, ettei apua saa tarvittaessa. (Voutilainen ym. 2007, 169, 170.)

Asiakaslähtöisen kotihoidon ehdottomia edellytyksiä ovat saumattomat palvelut ja aukoton yhteistyö. Raija Tenkanen on väitöskirjassaan (2003) "Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta" tutkinut kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhteistyötä. Tenkasen mukaan ongelmaksi näyttää muodostuneen erilaisten työtapojen sovittaminen asiakastyössä. Yhteiset tiedottamisen, suunnittelun ja kirjaamisen käytännöt ovat vasta kehittymässä. Erilaiset käytännöt eivät auta suunnitelmallista työskentelyä, vaikka hoito- ja palvelusuunnitelma olisikin tehty. Tenkanen esittää, että tiedonkulun ja suunnitelmallisuuden ongelmiin voisi ratkaisuksi sopia henkilöstön kouluttaminen yhteneväisiin käytäntöihin. Myös tiimien ja työryhmien arkityön yhdessä suunnittelua olisi kehitettävä. (Tenkanen 2003, 171–176.)

Laadun takaamiseksi on kotihoidon yhteistyötä kehitettävä ja palvelurakenne saatettava toimivaksi sekä asiakkaan tarpeita vastaavaksi. Liiallinen pirstaloituminen ja työtehtävien jakautuminen eri sektoreille vaativat monialaista yhteistyötä eri toimijoiden kesken. Eheämpää kokonaisuutta on useissa kunnissa koetettu edesauttaa kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistämällä kotihoidoksi. Muun muassa Helsingissä kotipalvelu ja kotisairaanhoido ovat yhdistyneet kotihoidoksi vuonna 2005. Yhdistymi-

sen tarkoituksena on ollut tehdä säästöjä, poistaa päällekkäisyyksiä, sekä ennen kaikkea vahvistaa kotona asuvien vanhusten palvelujen hoidollista laatua.

Kotihoidon tavoitteena Helsingissä on asiakkaan kokonaisvaltainen hoito asiakasta aktivoivalla tavalla. Käytännössä tavoitteeseen on ollut vaikea päästä. Ensimmäinen haaste on, että kotikäynti on muovautunut hoito- ja palvelusuunnitelmaa noudattavaksi, rutiinin omaiseksi käynniksi ja asiakkaan fysiologisten tarpeiden kannalta välttämättömien tehtävien suorittamiseksi. Toisaalta asiakkaan palveluiden muodostuksessa monesta eri osa-kokonaisuudesta, on työntekijän ollut vaikeaa muodostaa ja ylläpitää kokonaiskuvaa asiakkaan tilanteesta ja palveluista. Lisäksi huonokuntoisen vanhuksen hoidossa korostetaan lääketieteellisesti välttämättömiä ja sairauksiin liittyviä toimia, esimerkiksi lääkkeen jakamista. Kokonaisvaltaisen tilanteen arviointi ja neuvotteleva yhteistyö on ollut vaativaa ja työntekijöillä ei välttämättä ole ollut siihen välineitä. (Engeström ym. 2009, 14–15.)

Helsingin kotihoidon yhteistyön laatua on yhdistymisen jälkeen tutkittu Kehittävän työntutkimuksen menetelmien. Helsingin kotihoidossa toteutettiin vuosina 2008–2009 muutoslaboratorio, johon osallistui kotihoidon johtoa ja kotihoitopäälliköitä. Muutoslaboratoriossa osanottajat kokoontuivat kahdeksaan istuntoon analysoimaan toimintansa kehitystä ja ristiriitoja sekä myöhemmin suunnittelemaan ratkaisumalleja niihin. (Engeström ym. 2009, 11–12.)

Muutoslaboratorion tuottaman aineiston perusteella nousi kotihoidon haasteita ensinnäkin työn kohteen ja vallitsevan työnjaon välillä. Ongelmana on se, että työntekijöiden yhteneväisen pätevyyden pohjalle rakennettu työnjako ei toimi. Samalla uhkana on myös se, että palkitsevaksi koetut, asiakasta aktivoivat työtehtävät, ovat siirtyneet muille palvelun tuottajille. Haasteeksi koetaan myös hyvin laadittu ja ajan tasalla oleva hoitosuunnitelma, jota ei Helsingissä laadita valtaosalle asiakkaista ja hoitosuunnitelman välinen suhde hoito- ja palvelusuunnitelmaan on ongelmallinen. Hoitosuunnitelma Helsingissä tehdään atk-tietojärjestelmään ja hoito- ja palvelusuunnitelma yhdessä asiakkaan kanssa sopimukseksi, joka allekirjoitetaan. Käytännössä asiakas ei usein edes välttämättä ymmärrä mitä allekirjoittaa. Keskeisenä pidetyn työvälteen koettiinkin lopulta olevan vain hallinnollinen työväline. (Engeström ym. 2009, 15–20.)

Työryhmä olettaa, että Helsingin kotihoidon ristiriitojen ytimeksi muodostuu toiminnan kohteen kaksijakoisuus. Työntekijän kohde muodostuu toistuvien rutiinitehtävien listasta ja asiakkaan kohde taas hänen oman elämänsä uhkien ja voimavarojen hallitsemisesta. Asiakkaalle voi olla tärkeintä ulos pääseminen ja seura, kun taas työnteki-

jälle verenpaineen mittaaminen. Ristiriitoja koetetaan eheyttää siten, että aktivoivaa toimintaa sisällytetään rutiinotoimintojen sisään tai lomaan, joka tarkoittaa esimerkiksi liikkumisharjoituksia asunnon siistimisen tai puuron keiton lomassa. Kun kenelläkään ei ole selvää tietoa asiakkaan kokonaisvaltaisesta tilanteesta, niin rutiinit luultavasti syrjäyttävät asiakkaan aktivointiyritykset arkityössä. Lisäksi jos aktivoivan työotteen tukena ei ole toimivaa hoito- ja palvelusuunnitelmaa, jäävät aktivoivat toimenpiteet improvisoinniksi. Asiakkaan motivointi taas on haasteellista, jos suunnitelma ei aukea asiakkaalle. (Engeström ym. 2009, 20–22.)

2.4 Kiuruveden kotihoito

Kiuruvesi on pieni kaupunki Pohjois-Savossa. Vuoden 2008 lopussa Kiuruveden asukasluku oli 9 400. Ennusteen mukaan Kiuruveden asukasluku vähenee noin 620 asukkaalla vuoteen 2015 ja noin 1 000 asukkaalla vuoteen 2020 mennessä. Koko vanhusväestön määrä taas kasvaa Kiuruvedellä tasaisesti samalla kun heidän hoitonsa muotoutuu yhä enemmän avohuollon palveluiden varaan. Vanhusten avohuolto Kiuruvedellä muotoutuu monesta eri osa-alueesta ja palveluiden tuottajien kokonaisuudesta, mutta kotihoitoa voidaan pitää sen kulmakivenä. Kotihoidolla tarkoitetaan Kiuruvedellä kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa sekä kotona selviytymisen tueksi tarjottavia tukipalveluita. Toiminnan periaatteena on kokonaisvaltaisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus ammattitaidolla ja kuntouttavalla työotteella. Kiuruveden kotihoidon tavoitteena on, että ikääntynyt asiakas voisi toiveensa mukaan selviytyä kotona mahdollisimman pitkään. Kotipalvelussa pyritään laadukkaaseen, asiakkaan tarpeita vastaavaan ja asiakaslähtöiseen toimintaan. Tarkoituksena on tukea asiakkaan omaa elämän hallintaa ja selviytymistä mahdollisimman itsenäisesti kaikessa arkipäivän toiminnassa. (Kiuruveden kaupunki 2010.)

Valtakunnallista kehitystä noudatellen myös Kiuruveden kotihoito on toiminut sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon alaisuudessa. Hallinnollisesti merkittävä muutos kotihoidon historiassa tapahtui 1990-luvun lopussa. Vuonna 1996 teki Kiuruveden kaupungin valtuusto kaupungin hallituksen tekemän esityksen perusteella myönteisen päätöksen sosiaalilautakunnan ja terveyslautakunnan yhdistämisestä perusturvalautakunnaksi 1.1.1997 alkaen (liite 1). Perusturvalautakunnaksi se nimettiin siitä syystä, että terveys- ja sosiaalilautakunta tekisi nimenä liian suuren eron toimielimille. Toimien yhdistyttyä teki perusturvalautakunta vuonna 1997 päätöksen yhdistää myös kotipalvelun ja kotisairaanhoidon. T. Ilvosen mukaan Kiuruveden kotihoito ei kuitenkaan kuulu lainsäädännössä (kansanterveyslaki ja sosiaalihuoltolaki) määritellyn kotihoidon yhdistymistä koskeviin kokeilukuntiin. Perustelu kokeilun pääsemiseen estei-

siin on ollut se, että yhteistyö on jo ennätetty aloittaa omatoimisesti ennen kokeilulain säätämistä. (Ilvonen 11.12.2009.) Viime vuoden (2009) loppuun saakka Kiuruveden kotihoito toimi perusturvalautakunnan alaisuudessa, jonka jälkeen se siirtyi Ylä-Savon sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän hallinnoimaksi.

Kotihoidon toiminta-ajatus ja tavoitteet määriteltiin 1990-luvun (liite 2) lopussa hieman eri tavalla kuin nykyään. Kotipalvelu nähtiin kaiken ikäisille asiakkaille ja asiakasperheille tarjoamaksi yksilöllisesti suunnitelluksi palveluksi. Kotisairaanhoidoa taas määriteltiin tehdyn hoito- ja palvelusuunnitelman mukaiseksi, lääkärin määräyksiä noudattavaksi hoitotyöksi, jota tehdään yhteistyössä eri sidosryhmien kanssa. Strategiassa näkyy myös ajalle tyypillinen taloudellinen ajattelu, joka tiivistyy tavoitteeseen, että potilaalla on oikeus tarkoituksenmukaiseen ja hyvään, mutta myös taloudelliseen hoitoon. Merkittävä tavoite tuolloin oli yhdistymisestä seuraavan kotisairaanhoidon ja kotipalvelun tehtävien yhteensovittaminen ja uudelleen määrittelemineen.

Kiuruvedellä kotihoidon yksi palvelukokonaisuuden kulmakivistä on hoito- ja palvelusuunnitelma. Säännöllisestä kotihoidosta tehdään palvelu- ja hoitosuunnitelma yhdessä asiakkaan ja häntä hoitavan ja/ tai huoltavan omaisen kanssa. Lähtökohtaisesti pyritään selvittämään asiakkaan toiveet ja tarpeet hoidosta, kuntoutuksesta, asiakkaan elämäntilanne, omat ja omaisten voimavarat, tavoitteet, keinot tavoitteiden saavuttamiseksi sekä ympäristö, missä ihminen elää. Perusteellinen selvitys antaa hyvän käsityksen asiakkaan kokonaistilanteesta. Työntekijälle se on työväline, jonka avulla oma toimenkuva asiakkaan hoidossa voidaan hahmottaa. (Kiuruveden kaupungin 65 + ohjelma 2009.)

Kotihoidossa työskentelee tällä hetkellä yhteensä 41,5 työntekijää. Työntekijöistä sairaanhoitajia on kuusi, sosiaaliohjaajia kolme ja loput ovat kotipalvelun hoitajia. Ammattinimikkeiltään kotipalvelun hoitajat ovat kodinhoitajia, lähihoitajia ja kotiavustajia. Osa kotihoidon työntekijöistä työskentelee asumispalveluyksikössä Rinnekodilla, joka on vuoden 2010 alusta saakka laskettu osaksi kotihoitoa. Muuten Kiuruveden kotihoidon alueet on jaettu maantieteellisesti Eteläiseen ja Pohjoiseen alueeseen (Ilvonen 11.12.2009.) Työskentely toteutetaan aluevastuullisesti työtiimeissä, jotka toimivat itsenäisesti ja vastaavat käytännön työn suunnittelusta ja toteutuksesta. Tiimissä työskentelee sairaanhoitajia, perushoitajia/ lähihoitajia, kodinhoitajia sekä kotiavustajia. Valvottuun kotisairaanhoidon pääsee lääkärin läheteellä. (Kiuruveden kaupungin 65+ ohjelma 2009.) Omassa tutkimuksessani olen rajannut asumisyksikön yhteistyön tarkastelun pois ja siten se koskee vain kotihoidon Eteläisen ja Pohjoisen alueen yhteistyötä.

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimuksen toteuttamisluvussa tuon aluksi esille tutkimukseni etenemisen aikataulun, sillä se helpottaa hahmottamaan myöhemmin esiteltäviä tutkimuksen vaiheita ja metodologisia valintoja. Opinnäytetyöprosessi kesti ajanjaksollisesti syyskuusta 2009 marraskuuhun 2010. Syksyllä 2009 kirjoitimme ohjaavan opettajani ja toimeksiantajani kanssa ohjaussopimuksen. Opinnäytetyö eteni ideaseminaarin ja tutkimusseminaarin hyväksymisen jälkeen siten, että pystyin hakemaan tutkimuslupaa Ylä-Savon sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymältä. Tutkimuslupa-anomuksen (liite 3) postitin tammikuussa 2010 ja tutkimusluvan (liite 4) sain samassa kuussa. Luvan saatuani pidin Kiuruveden kotihoidon henkilöstölle infotilaisuuden, jossa kerroin tarkemmin työni tarkoituksesta ja sen liittymisestä heihin. Helmikuussa 2010 toteutin ryhmähaastattelut.

Keväällä 2010 aloitin aineiston analysoinnin. Analyysin ensimmäinen vaihe oli litteointi, jonka jälkeen aloin muodostaa siitä analyysiä. Kesän aikana analyysi valmistui ja muotoutui tulosten muotoon valmiiseen työhön. Kesän kuluessa kokosin myös työni teoriaosuuden. Teoriaosuuden ja tulosten yhtäaikainen käsittely oli mielekästä, sillä ne tukivat toisiaan. Tutkimuksen tavoitteen kannalta olennaisimmat osa-alueet nousivat näin selkeämmin esille ja johtopäätösten kirjoittaminen onnistui heti alkusyksystä. Syksyllä 2010 olen viimeistellyt työtä ja lokakuussa esittelin sen Savonia-AMK:lla lisalnessa. Ennen työn arviointia tein vielä viimeiset muutokset ja korjaukset työhöni, jonka jälkeen marraskuussa luovutin työni arvioitavaksi.

3.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tutkimuksessani selvitän Kiuruveden kotihoidon yhteistyön nykytilaa ja sen historiallista kehittymistä. Tavoitteena on ollut antaa Kiuruveden kotihoidolle samalla analyysi, jota kehittämistyön välineenä voi tulevaisuudessa käyttää. Lähestyn Kiuruveden kotihoidon yhteistyön nykytilan kehityshaasteita seuraavien osakysymysten avulla:

1. Miten kotihoidon yhteistyö on kehittynyt historiallisesti; mitkä ovat historiallisen kehityksen suurimpia muutoksia ja mitkä ovat olleet sen ongelmakohtia?
2. Mitkä ovat tällä hetkellä ne yhteistyön alueet, joilla tarvitaan kehitystä ja havaitaan ongelmia?

Tutkimuskysymykset muovautuivat osin metodologisen viitekehyksen, osin toimeksiantajan toiveiden perusteella. Toinen tutkimuskysymykseni perustuu täysin toimek-

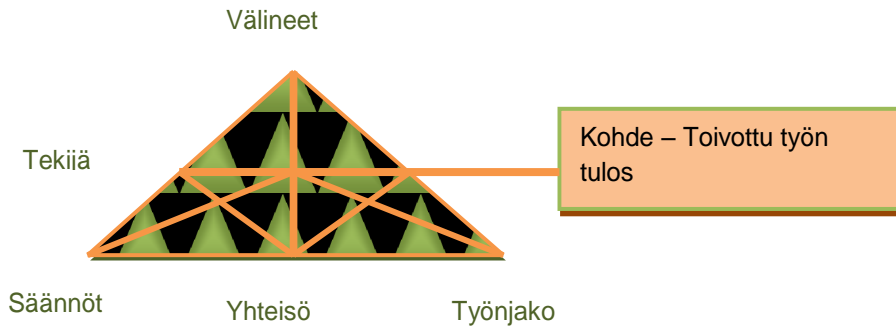
siantajani toiveeseen kehittää yhteistyötä Kiuruveden kotihoidossa. Lähtökohtaisesti sen tarkoituksena on ollut vastata tähän tarpeeseen ja ajatuksena on, että haasteiden esille nostamisen jälkeen niitä on helpompi lähteä kehittämään edelleen. Historiallisen kehittymisen tärkeys nousee ajatuksesta, että mikään toimintamalli ei vain ala tyhjästä sellaisenaan ja kehittämistyö ilman historiallisen kehittymisen avaamista on mahdotonta. Historiallisen kehittymisen ja nykyisen toimintaympäristön kontekstin kuvaaminen avaa lukijalla laajemman perspektiivin kehittämishaasteisiin. Lisäksi toimeksiantaja korosti, että kehittämistyössä on kaiken aikaa ajateltava jo tapahtuneita muutoksia ja henkilöstöä, jotka muutosvaiheissa ovat olleet mukana. Toimeksiantajani mukaan olisi aivan toinen asia kehittää yhteistyötä täysin puhtaalta pöydältä ja aivan uusien työntekijöiden kanssa, kuin jo pitkään toimineen henkilöstön kanssa.

3.2 Tutkimuksen metodologinen viitekehys ja menetelmälliset valinnat

3.2.1 Kehittävä työntutkimus

Kiuruveden kotihoito tulee nähdä tässä tutkimuksessa toimintajärjestelmänä, jonka yhteistyön tutkiminen vaatii tiettyjä tutkimuksellisia reunaehtoja. Näitä reunaehtoja hain Yrjö Engeströmin Kehittävästä työntutkimuksesta ja yhteistyön syklimäisestä kehittämismallista – ekspansiivisesta kehityssyklistä. Metodologisesti kehittävä työntutkimus mahdollisti yhteistyön tutkimisen hyvin ja ekspansiivinen kehityssykli ohjasi tutkimukseni etenemistä. Kehittävä työntutkimus myös soveltui nimenomaan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön yhteistyön tutkimiseen sulkematta mitään tiedonkeruun menetelmällisiä valintoja ulos.

Engeströmin (1995) mukaan kehittävä työntutkimus yhdistää tutkimuksen, käytännön kehittämistyön ja koulutuksen. Huomio kiinnitetään sekä yksilöiden välisiin että yksilön ja yhteisön välisiin monitahoisiin suhteisiin. Yksilön tekoja ja ominaisuuksia tarkastellaan kollektiivisessa toimintajärjestelmässä, esimerkiksi työyhteisössä muodostuvina. Yksilön teot muovaavat edelleen toimintajärjestelmää omalta osaltaan. (Engeström 1995, 11–12, 44–46.) Kehittävä työntutkimus sisältää analyysivälineitä niin arjen työtoimintaan kuin laajempaankin tutkimukseen. Tässä työssä käyttämäni analyysiväline on toimintajärjestelmän kolmiomalli (kuvio 1) ja sen sisältämät osatekijät: väline, tekijä, säännöt, yhteisö, työnjako ja toiminnan kohde (Engeström 2002, 41–48).



KUVIO 1. Toimintajärjestelmän malli Engeströmiä mukaillen (Engeström 1995, 44–46)

Toimintajärjestelmän kolmiomalli on toiminut tutkimukseni kulmakivenä. Kolmimalli on mahdollistanut toiminnan historiallisen kehittymisen ja nykytilan analysoimisen ottamalla samanaikaisesti huomioon eri osatekijät yhteistyön kehittämisessä ja haasteissa. Aiheen ollessa laaja, on se mahdollistanut järjestelmällisen ja loogisen lähestymisen tutkimuskysymyksiin.

Kehittävä työntutkimus on reflektiivinen tutkimusote, jossa reflektiivisyys toteutuu siten, että työntekijöiden eteen muodostetaan konkreettisesta ja havainnollisesta työtä koskevasta aineistosta peili työn ongelmista ja jännitteistä. Peilin kautta työntekijät analysoivat ja arvioivat toimintatapaansa. Samanaikaisesti työn kehitysvaiheista ja ristiriidoista muodostetaan oletus historiallisen analyysin tukemana. Peilin ja analyysimallien, kuten toimintajärjestelmän mallin, kautta oletusta työn kehitysvaiheesta testataan, tarkennetaan ja tulkitaan teoreettisesti. Peiliaineisto saa työntekijät kokemaan analyysin hyvin omakohtaisena ja henkilökohtaisena haasteenakin. Mallit puolestaan auttavat työntekijää ottamaan etäisyyttä, irrottautumaan henkilökohtaisista reaktioista ja näkemään häiriöt koko toimintajärjestelmää koskevinä ristiriitaisuuksina. (Engeström 1995, 124–125.)

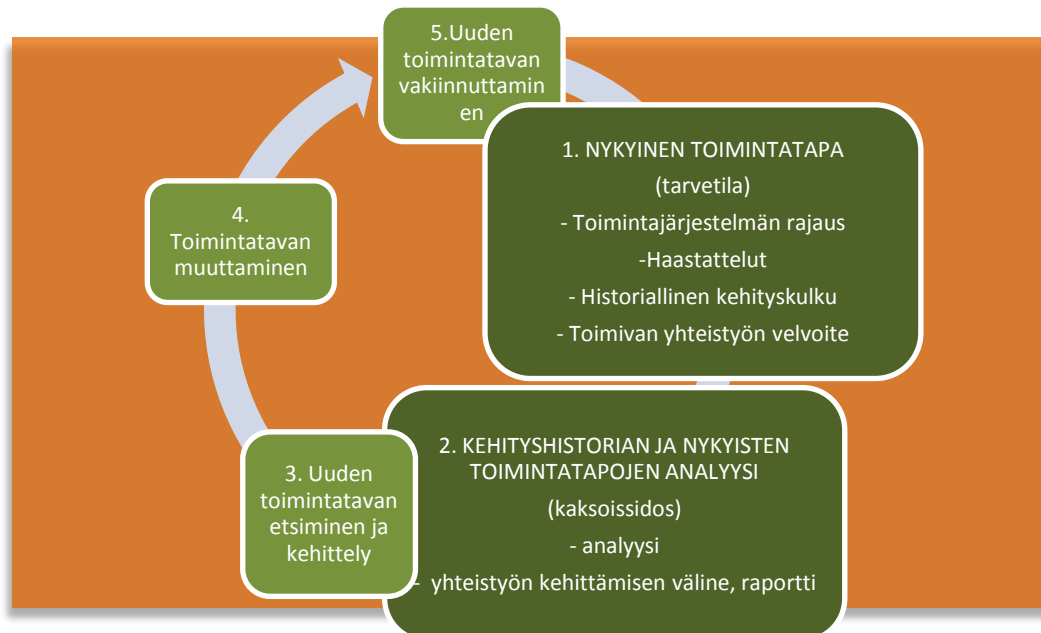
Olen valinnut tutkimukselleni laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän, sillä sen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, ja sitä kotihoidon työ mitä suurimmassa määrin on (ks. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003, 152). Kvalitatiivisen tutkimuksen yleisin tiedonkeruumenetelmä taas on haastattelu. Haastattelu sopii hyvin erilaisiin tutkimustarkoituksiin ja sen etuna on joustavuus, joten sen soveltaminen Kehittävän työntutkimuksen metodologiaan oli helppoa. Haastattelu antaa mahdollisuuden toistaa ja tarkentaa kysymyksiä sekä korjata väärinkäsityksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 34–35; Hirsjärvi ym. 2003, 191–194.) Haastattelu mahdollisti hyvin asi-

oiden monipuolisen puntaroinnin, sillä tutkijana en voinut olla etukäteen varma kaikista niistä sisällöistä, joita yhteistyön ulottuvuus esiin nostaisi.

3.2.2 Ekspansiivinen kehityssykli

Engeström kuvaa muutosta toimintajärjestelmässä ekspansiivisen viisivaiheisen kehityssyklin (kuvio 2) muodossa. Tämä kehityssykli toimii myös erilaisten tutkimus- ja kehittämisprosessien pohjana. Ekspansiivinen oppiminen tarkoittaa sitä, että toimintajärjestelmän sisäisiä ja välisiä ristiriitoja pyritään ratkaisemaan ja uusia toimintamalleja luomaan henkilökunnan omin voimin. Kehitystyössä ekspansiivinen oppiminen on pitkäaikainen, monivaiheinen ja yhteisöllinen prosessi, jonka aikana opitaan uusi työtapo. Muutos toimintajärjestelmässä tapahtuu sykleissä. Oleellinen tunnuspiirre on, että oppimisen kohteena on kokonainen toimintajärjestelmä ja sen muutos. (Engeström 1995, 88; 2002, 87–92; 2004, 59–61.)

Oman tutkimukseni kannalta olennaisimmaksi kehityskaaren vaiheeksi nousevat ensimmäinen ja toinen sykli, joissa tapahtuu nykyisen toimintatavan arviointi ja analysointi historiallisen tiedon ja kokemuksen perusteella. Syklin myöhemmät vaiheet liittyvät uusien toimintamallien- ja tapojen kehittelyyn ja käyttöön ottoon ja niihin tutkimuksessani ei ole tarkoitus vastata.



KUVIO 2. Tutkimusta ohjaava ekspansiivinen kehityssykli Engeströmiä mukaillen (1995, 92)

Ekspansiivisen kehityssyklin ensimmäisessä vaiheessa toimintajärjestelmässä alkaa esiintyä kitkatilanteita ja tarvetta saada aikaan muutos nykyiseen toimintatapaan. Yleistä on epämääräinen tyytymättömyys. Toimintajärjestelmä, kuten Kiuruveden kotihoito, alkaa hakea muutosta sen työn sisältöön. Siirtyminen uuteen toimintatapaan ei tarkoita yksiselitteistä siirtymää historiallisesta työtyypistä toiseen, vaan vanhat toimintamallit jäävät vaikuttamaan kerroksina uuteen toimintatapaan. (Engeström 1995, 89–90, 94.) Tässä syklin vaiheessa esiin nostetaan toimintajärjestelmän ristiriitoja ja arvioidaan yhteistyön nykytilaa ja historiallisia kehitysvaiheita. Ensimmäisen vaiheen ristiriidoilla tarkoitetaan normaaliin työtoimintaan ilmaantuvia häiriöitä, muutoksia ja innovaatioita, jotka pakottavat tarkastelemaan ja erittelemään työhön liittyviä osatekijöitä ja jännitteitä niiden välillä. Ensimmäisessä vaiheessa selvitetään, kritisoidaan ja tai jopa hylätään joitakin näkökulmia ja aiemmin yleisesti hyväksytyjä käytäntöjä, sekä vallitsevia viisauksia. Ensimmäistä vaihetta Engeström kutsuu yksinkertaiseksi selvitykseksi. (Engeström 2004, 62–63; 1999, 383.) Omassa tutkimuksessani käytin ensimmäisessä vaiheessa haastatteluja. Haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluina, jotka etenivät teemoittain.

Ryhmähaastattelun valitseminen tiedonkeräämisen menetelmäksi tuntui alusta saakka oikealta ratkaisulta. Alasuutarin (1999, 152) mukaan luonnollisen ryhmän osallistujat soveltavat haastattelutilanteessa arkielämässäänkin tuttua ryhmän vuorovaikutusta ja tällaisessa tilanteessa keskustelu kiertyy yhteisten asioiden ympärille. Ryhmä alkaa keskustella keskenään. Tällainen keskustelu antaa tutkijalle mahdollisuuden nähdä, kuulla ja eritellä sellaisia asioita, sekä antaa mahdollisuuden keskusteluun sisäpiirin ammattitermein. Ristiriitojen ja haasteiden esille nostamiseen, sekä historiallisen kehittymisen muisteluun se sopi erittäin hyvin.

Yleensä haastatteluryhmä koostuu 6–8 henkilöstä oman asiantuntemuksensa perusteella (Vilka 2005, 102–104). Omat haastatteluryhmäni muodostuivat kotihoidon Eteläisen ja Pohjoisen alueen kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöistä. Kuiden hengen haastatteluryhmissä oli edustettuna yksi sairaanhoitajaa ja viisi kotipalvelun työntekijää. Haastatteluryhmät arvoitin. Ennen haastattelua informoin kaikkia halukkaita kotihoidon henkilöstöön kuuluvia työajalla järjestetyssä infotilaisuudessa, jossa jaoin myös paikalla olleille haastateltaville infokirjeet ja alustavan haastattelurungon (liite 5). Haastattelussa käytin teemahaastattelua, joka salli vapaamman ja avoimemman keskustelun. Teemahaastattelussa etenin ennalta valittujen teemojen (liite 6) mukaan ja ne olivat kaikille samoja. Teemat nousivat tutkimuksessani suoraan toimintajärjestelmän kolmiomallista, mutta niiden järjestys ja teemoihin liittyvät tarken-

tavat kysymykset vaihtelivat. (ks. Hirsjärvi & Hurme 2001, 66–68; Tuomi & Sarajärvi 2002, 77).

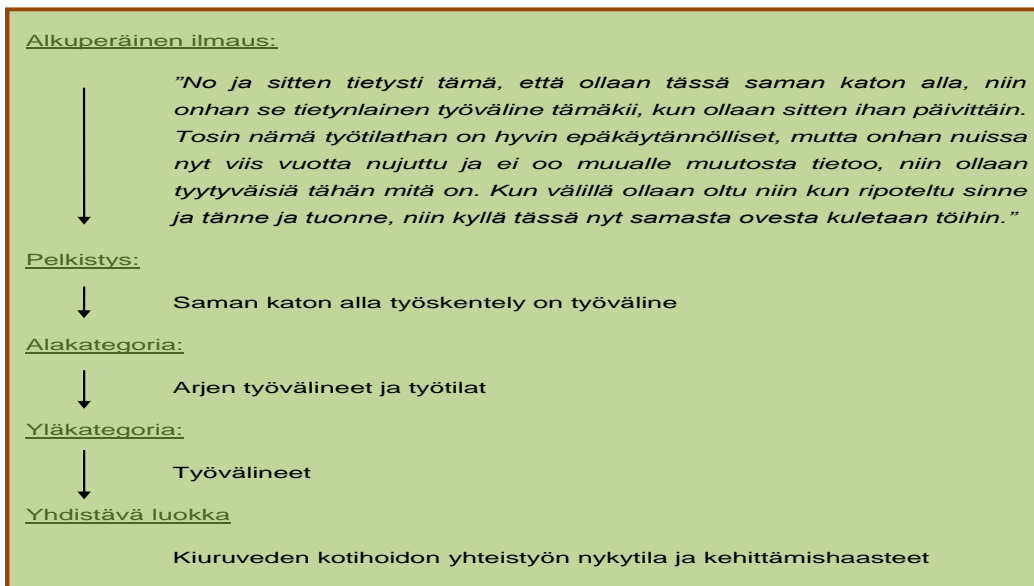
Haastatteluryhmät olivat pitkälti toistensa kaltaisia. Toisella haastatteluryhmällä oli kuitenkin huomattavasti pidempi työkokemus. Molemmissa ryhmissä keskusteluissa esiin nousivat samat asiat, vaikka toisessa ryhmässä toinen asia saattoikin puhuttaa enemmän. Molemmat haastattelut kestivät noin kaksi tuntia. Puheenvuoroja, haastattelijan puheenvuorot mukaan lukien, oli yhteensä 903. Kaikkia hymähdyksiä ja äännähdyksiä ei tässä luvussa ole mukana. Molemmissa ryhmissä keskustelu oli vilkasta ja mielestäni luontevaa.

Kehittävän työntutkimuksen syklin toisessa vaiheessa (ks. kuvio 2) ristiriidat alkavat kasvaa mahdottomiksi ja uudet haasteet ylitsepääsemättömiksi. Entinen toimintamalli ei toimi, mutta toisaalta uudet toimintamallit tuntuvat mahdottomilta toteuttaa ja ne ovat ristiriidassa keskenään. Engeströmin (1995) mukaan tässä kaksoissidonnaisvaiheessa voidaan ristiriitojen ratkaisemiseksi käyttää ristiriidan analysointia ja saattamista käsitteelliseen hallintaan. (Engeström 1995, 90.) Analyysi on toisaalta historiallis-geneettinen ja se selittää tilannetta jäljittämällä sitä, mistä se on saanut alkunsa. Toisaalta kyse on analyysistä, jota tehdään analysoimalla todellista ja kokemusperäistä tilaa. Tutkija edelleen selittää nykytilannetta rakentamalla kuvaa toimintajärjestelmän sisäisistä yhteyksistä. (Engeström 1999, 383.) Omassa tutkimuksessani toinen vaihe näkyi haastattelumateriaalin huolellisessa analysoinnissa ja saattamisessa kirjalliseen muotoon sisällön analyysin keinoin.

Ennen analyysivaihetta litteroin aineiston eli kirjoitin äänitemateriaalin sanasta saanaan puhtaaksi. Litteroidun aineiston saatoin kirjallisesti järjestäytyneeseen muotoon teorialähtöisen sisällön analyysin keinoin. Sisällön analyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä, jolla pyritään järjestämään ja tiivistämään aineisto ilman, että sen sisältämä informaatio katoaa (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105). Analysoinnin aloitin käsitejärjestelmästä lähtien (deduktiivisesti), jota hyväksikäyttäen luokittelin aineiston. Ensimmäiseksi määrittelin analyysiyksiköksi ajatuskokonaisuuden, joka saattoi olla yksittäinen sana, lause tai katkennut ajatus, joka jatkui myöhemmin. Analyysiyksion valitsemisen jälkeen luin aineiston vielä useita kertoja läpi, jonka tarkoituksena oli luoda pohja analyysille. (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Aineisto koostui kahden ryhmähaastattelun tuottamasta materiaalista. Käsittelin haastatteluaineiston yhtenäisesti, sillä merkittäviä eroja ryhmien välillä ei ollut ja tarvetta ryhmien vertailuun ei siten noussut. Toisen ryhmän pidemmän työkokemuksen

vuoksi kuitenkin aineistossa toisen ryhmän kohdalla luonnollisesti korostui historiallinen kehittyminen.

Lukemisvaiheen jälkeen pelkistin ja ryhmittelin aineiston. Pelkistämällä eli redusoinnilla tarkoitetaan sitä, että aineistosta koodataan ilmaisuja, jotka vastaavat tutkimuskysymykseen. Seuraavaa vaihetta kutsutaan ryhmittelyksi eli klusteroinniksi, jolloin pelkistettyjä ilmauksia yhdistetään samankaltaisiksi ryhmiksi, alakategorioiksi. Toimintajärjestelmän kolmiomalli antoi valmiin teoreettisen mallin ja yhdistävän luokan, jota apuna käyttäen analysoin aineistoni. Liitin samanlaiset pelkistykset luokkiin ja alakategorisoin ne vielä valmiiden yläkategorioiden alle. (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999, 4–9; Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–114, 116–117; Vilka 2005, 139–141.) Kuviossa 3 on kuvattu yhden yksittäisen alkuperäisilmauksen muuntuminen pelkistykseksi ja edelleen ryhmittyminen kategorioihin ja yhdistävään luokkaan.



KUVIO 3. Alkuperäisilmauksen redusointi (pelkistäminen) ja pelkistykseen klusterointi (ryhmittely) esimerkki

Analyysin päätavoitteena oli selvittää Kiuruveden kotihoidon yhteistyön nykytilaa ja kehittämishaasteita, jonka lisäksi tuli minun analysoida niitä historiallisesti merkittäviä kehitysaskaleita, joita kotihoidossa oli otettu. Päädyin analysoimaan aineiston kahdessa vaiheessa. Analyysin ensimmäisessä vaiheessa vastasin ensimmäiseen tutkimuskysymykseeni eli siihen, kuinka kotihoito on kehittynyt historiallisesti ja poimin aineistosta kaikki siihen vastaavat ilmaisut. Tämän jälkeen pelkistin historiallista kehitystä kuvaavat ilmaukset. Kolmiomallin osa-alueiden (yläkategorioiden) sisälle muo-

dostin edelleen alakategorioita, joilla pyrin vielä jaottelemaan ja tarkentamaan kunkin osa-alueen asiasisältöä.

Kiuruveden kotihoidon yhteistyön nykytilaa analysoidessani etenin lähes samalla tekniikalla. Tässä osiossa olin kuitenkin käyttänyt jo haastattelutilanteessa strukturoidumpaa teemahaastattelua, jolloin aineistosta nostin asiat analyysirunkoon suoraan haastattelurungon mukaisesti. Nykytilaa kuvaavassa osiossa myös loin jo analyysivaiheessa joitakin alakategorioiden alle muodostuvia ryhmiä, jotta raportin kirjoittamisvaiheessa ne olisivat mahdollisimman helposti kirjattavissa (liite 7). Lopulta tulosten kirjoittamisvaiheessa yhdistin sekä historiallisen että nykytilaa kuvaavan analyysin yhdeksi yläkategorian alle muodostuvaksi kokonaisuudeksi. Tulososiossa siis käsitelen sekä historiallista kehittymistä että nykytilaa yhtenä kokonaisuutena jonkin kehittyneen osa-alueen ympärillä.

3.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimukseni on laadullinen tutkimus, jossa tarkastellaan yhden organisaation yhteistyötä ja sen haasteita. Tutkimuksen luonne edellyttää minua tarkastelemaan sitä erilaisten luotettavuuskriteerien valossa. Arvioidessani tutkimukseni luotettavuutta ja eettisyyttä esittelen vain niitä osa-alueita, jotka ovat olleet merkittäviä työn tulosten ja johtopäätösten kannalta. Laadulliselle tutkimukselle luonteenomaisia luotettavuuskriteereitä ovat **uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys**.

Tutkimuksen **uskottavuudella** tarkoitetaan tulosten uskottavuutta ja sen osoittamista tutkimuksessa. Uskottavuutta voidaan varmistaa muun muassa tutkimukseen osallistuneiden tai samankaltaista tutkimusta tekevien kanssa keskustelemalla tutkimuksen eri vaiheissa. Uskottavuutta vahvistaa myös se, että on työskennellyt pitkän ajan tutkittavan ilmiön kanssa. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Vanhusten avopalvelut ja kehittämistyö ovat olleet merkittävä osa opintojani. Olen osallistunut vanhuspalvelujen kehittämistyöhön, tehnyt paljon erilaisia tehtäviä aihealueeseen liittyen, suorittanut työharjoitteluja ja projektiopintoja kotihoidossa, päivätoiminnassa ja seurakunnan vanhusten viriketoiminnassa, sekä osallistunut alan asiantuntijoiden luennoille ja keskustellut eri vanhustyön ja avohuollon ammattilaisten kanssa aiheesta. Pikkuhiljaa olen syventänyt ammatillisuuttani aihetta kohtaan ja opinnäyteyöni välittänee tuon uskottavuuden lukijallekin.

Toinen tutkimuksellinen luotettavuuskriteeri on **vahvistettavuus**, joka liittyy tutkimusprosessin kulun kirjaamiseen. Raportointivaiheessa tutkija käyttää muistiinpanojaan

prosessin eri vaiheista, menetelmällisistä ratkaisuista, sekä analyysivaiheiden oivaluksista. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyöni edetessä, olen perustellut ja kirjannut tarkoin erillisiä valintoja ja tutkimuksen kulkua. Muun muassa haastatteluryhmien muodostumisen, haastateltavien informoimisen, valitut haastatteluteemat ja haastattelun kulun olen tuonut työssäni selkeästi esille. Lisäksi nauhoitin haastattelut, sekä litteroin ja koodasin ne huolellisesti. Analyysiprosessia olen tuonut raportissa esiin kerronnallisesti. Tuloksia kirjatessa luotettavuutta lisäsi aineiston käsitteleminen teoreettisen viitekehityksen läpi ja johtopäätösosiossa tuloksia verrataan aikaisempiin tutkimuksiin ja muuhun teoriakirjallisuuteen. Eettisesti kestävän opinnäytetyöstäni tekee lisäksi materiaalin huolellinen käsittely ja haastateltavien anonymiteetin säilyttäminen. Työni valmistuttua hävitän kaikki haastatteluja koskevat materiaalit.

Tutkimuksen eettisyyden kannalta on otettava huomioon myös se, miten tutkimustulokset vaikuttavat kohdejoukon tilanteeseen. Eettisiä kysymyksiä haastatteluvaihetta suunniteltaessa aiheuttavat muun muassa haastateltavien suostumus haastatteluun, riittävä informaatio tutkimuksen tavoitteista, sekä luottamuksellisuus. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 20.) Jo ennen haastatteluja pyrin siihen, että haastateltavat saisivat mahdollisimman hyvin informaatiota tutkimuksen tavoitteista ja käyttötarkoituksesta. Vaikka tutkimus kohdistui haasteisiin, en halunnut haastateltavien kokea sitä syyllistävänä tai ahdistavana, vaan mahdollisuutena vaikuttaa omaan työhönsä. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja jokaisella haastateltavalla oli mahdollisuus lukea tutkimussuunnitelma. Tutkimustuloksissa ei ole mitään sellaista, joka vaikuttaisi työntekijöiden arkeen negatiivisesti. Haastattelutilanteessa otin huomioon tasapuolisuuden ja eettisyyden, järjestämällä myös hiljaisemmille mahdollisuuden puhua ja ohjaamalla keskustelun pois yksittäisistä ihmisistä.

Eettisesti tarkasteltuna voi eteen nousta myös kysymys siitä, miksi olen valinnut haastateltavaksi juuri kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijöitä, enkä esimerkiksi ohjaajia ja johtajia. Tutkimuksen alkuvaiheessa tulin kuitenkin siihen tulokseen, että koska kyse on työn kehittämisestä ja vaikka siihen olennaisesti kuuluvat ohjaajat ja johto, niin kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöillä yleensä on heikoimmat mahdollisuudet vaikuttaa omaan työhönsä. Opinnäytetyöni kautta myös heidän äänensä pääsee nyt paremmin mukaan yleiseen keskusteluun. Haastattelutilanteessa osa haastateltavista oli puheliaampia kuin toiset, mutta toisaalta se kuvanee konkreettisiakin työtilanteita. Haastattelijana varmistelin ryhmän yhtenäistä linjaa tai eriäviä mielipiteitä keskustelussa olevasta asiasta.

Kolmanneksi tutkimusta voidaan tarkastella **reflektiivisestä** näkökulmasta, jolloin tutkijan on tiedostettava omat lähtökohtansa tutkimukselle. Tutkijan on arvioitava se, kuinka hän itse vaikuttaa aineistoonsa, sekä tutkimusprosessiinsa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Viimekädessä tutkijaa itseään voidaankin pitää luotettavuuden suurimpana mittarina, sillä hänen rehellisyytensä, tekemänsä valinnat, teot ja ratkaisut ovat asioita jotka koko tutkimusprosessin ajan vaikuttavat sen luotettavuuteen (Vilkkä 2005, 158, 159). Olen kotoisin Kiuruvedeltä ja minulla on oma henkilökohtainen suhteeni kaupunkiin, kotihoitoon ja kotihoidon työyhteisöön. Reflektiivisyyttä tutkimuksessani lisäsi teorian haltuun ottaminen ja sen pitäminen lähtökohtaisena taustana tutkimukselleni. Haastatteluryhmät halusin valita sattumanvaraisesti siitä syystä että, minulla oli jo esituntemus kotihoidon työntekijöistä ja en halunnut minkään asian vaikuttavan ryhmien kokoonpanoon. Alkuperäinen suunnitelma kuitenkin muuttui, sillä osa arvotuista oli poissa haastattelupäivänä, joten annoin toimeksiantajalleni valtuudet valita loput haastateltavat. Arvonnan ulkopuolelta tulleet haastateltavat olivat valittu mukaan sen perusteella, kuka sattui olemaan työvuorossa.

Reflektiivisyyden kannalta oman äitini työskenteleminen Kiuruveden kotisairaanhoidossa on huomioitava asia. Tämän asian huomioin jättämällä hänet kokonaan pois haastateltavien joukosta ja kertomalla avoimesti kaikille tutkimukseen liittyville olevani tietoinen äitini läsnäolosta työyhteisössä. Tutkimuksen edetessä ei sukulaissuhteen olemassa ololla kuitenkaan ollut tekemistä tutkimusten tulosten ja eettisen pätevyyden kannalta, sillä koin tutkimuksen hyvin erillisenä asiana äidistäni. Oman äidin vaikutus työssä näkyy lähinnä henkisenä tukena ja äidillisenä tukena yleensä opintoja kohtaan.

Viimeinen laadullisen tutkimuksen ominaispiirre on **siirrettävyys**, joka tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkijan on annettava esimerkiksi riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimukseen osallistujista ja ympäröivästä tilasta, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tutkimukseni on siirrettävissä metodologisten valintojen osalta muuallekin. Muun muassa Helsingissä samoin menetelmin tehty tutkimus tuotti samankaltaista aineistoa. Samanlaisen haastattelututkimuksen ja teorialähtöisen analyysin toteuttaminen missä tahansa on siis mahdollista hyvin. Haastattelut toteutin Kiuruvedellä kotihoidon omissa tiloissa, kotihoidon vastaavan, Tuula Ilvosen työhuoneessa. Aiemmin tarkoituksena oli käyttää haastattelussa nauhurin lisäksi videokameraa äänien erottamisen vuoksi, mutta haastateltavat toivoivat, ettei sitä haastattelutilanteessa käytettäisi. Haastattelun nauhoittamismenetelmä soveltuu hyvin monenlaisiin tilanteisiin ja se toimi hyvin ryhmähaastattelumateriaalin taltioinnissa.

4 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Opinnäytetyössäni tulokset esitellään irrallaan muista tutkimuksista, vain oman aineistoni perusteella. Olen pyrkinyt tulososiossa yhdistämään tutkimustani ohjaavan metodologisen viitekehyksen tutkimustuloksiin ja teoretisoin tuloksia sen lävitse. Tulosten yhteyttä viitekehykseen havainnollistan toimintajärjestelmän kolmiomalli kuviolla (ks. kuviot 3, 4, 5, 6, 7). Olen kirjannut tulokset kolmiomalli-kuvioita apuna käyttäen ja etenen teemoittain, käsitellen jokaisen toimintajärjestelmän osa-alueen erikseen. Tulokset on siis muodostettu esimerkiksi kehittyneiden työvälineiden ympärille, niin että samassa yhteydessä ja saman alaotsakkeen alla käyn läpi niin historiallista kehitystä kuin nykypäivänkin haasteita.

Tutkimuksessani en ole arvioinut haastateltavien työkokemuksen tai ammatin merkitystä tuloksiin ja lähinnä esitiedot ovat esitelty lukijaa ja lukijan omaa tulkintaa varten. Molemmissa haastatteluryhmissä oli edustettuna yksi kotisairaanhoidtaja ja viisi kotipalvelun työntekijää. Haastatellut kotipalvelun työntekijät olivat ammanteiltaan kotiavustaja, lähihoitaja, kodinhoitaja, jonka lisäksi yksi kotipalvelun työntekijä oli ammatiltaan sosionomi. Työkokemusta kotihoidossa ensimmäisellä ryhmällä oli keskimäärin 9 vuoden ajalta. Työkokemus vaihteli kolmen vuoden ja 15 vuoden välillä. Työkokemusta toisella haastatteluryhmällä oli keskimäärin 22 vuoden ajalta. Työkokemus tässä ryhmässä vaihteli kahdeksasta vuodesta 31 vuoteen.

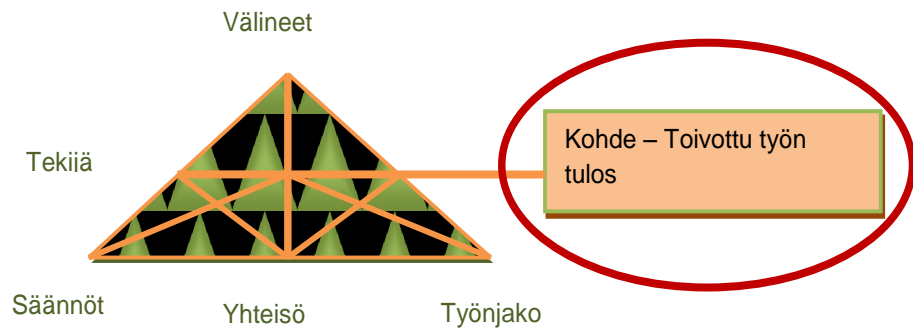
4.1 Työn kohde ja toivottu tulos

Työyhteisöt toimivat aina tavoitteellisesti. Kotihoidon koko toimintajärjestelmän ja työn tarkoitusta tarkastellessa on lähdettävä liikkeelle **tavoitellusta tuloksesta**, jota varten työtä yleensä tehdään. Haastateltavat kokivat tärkeimmäksi työn tavoitteeksi **kokonaisvaltaisen asiakkaan huolenpidon**. Lisäksi nykyään työn tuloksellisuutta mittaa haastateltavien mukaan asiakkaan kotona asumisen mahdollisuus.

*Asiakkaan laadukas hoitotyö, kokonaisvaltainen työ. Asiakas on in!
Asiakkaan hyvinvointi!*

Toivottu tulos aiheuttaa kuitenkin ristiriitoja, sillä kotihoidon työn **kohde** on muuttunut. Haastateltavien mukaan aiemmin työn tuloksellisuutta määritteli kaikki asiakkaan elämän osa-alueet, kun nykyään ne ovat eritelty ja jaettu tarkemmin eri toimijoiden kesken. Ennen kodinhoitaja saattoi olla yhden asiakkaan luona kokonaisen päivän, kun taas nyt asiakkaita on päivän aikana useita. Muutosten koettiin johtuneen **yh-**

teiskunnallisista muutoksista, jotka sitten suoraan vaikuttivat myös kotihoidon työn kohteeseen. Ennen asiakkaita oli vähemmän, jolloin työn tuloskin oli erilainen – kokonaisvaltaisempi. Kohdejoukko on tänä päivänä suurempi, asiakkaat ovat yhä huonokuntoisempia, monisairaampia ja usein mielenterveysongelmista kärsiviä. Asiakkaat tarvitsevat nyt monitasoista hoitoa ja omat sukulaiset eivät enää huolehdi omista vanhuksistaan.



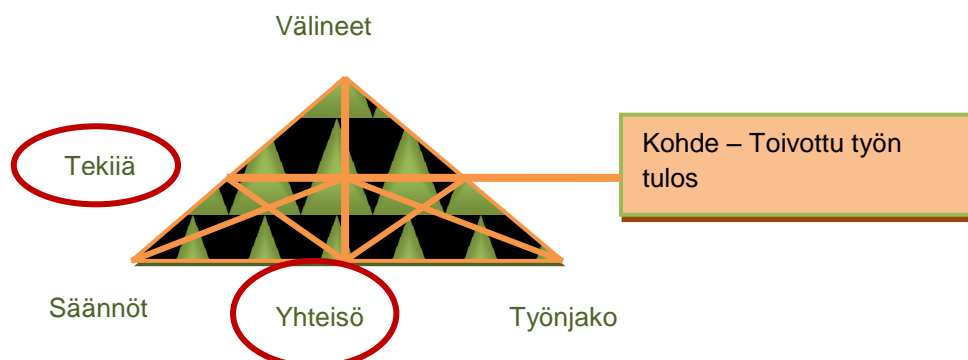
KUVIO 3. Toimintajärjestelmän kolmiomalli, Kohde – Toivottu työn tulos, Engeströmiä mukaillen (Engeström 1995, 44–46)

Kokonaisvaltainen asiakkaan hoitotyö koettiin vastuulliseksi ja työntekijän vastuu työn tavoitteellisuuden kannalta merkittäväksi. Aina asiakkaan kokonaisvaltainen hoito ei kuitenkaan tarkoita sellaisia toimia, mitä asiakas itse toivoo työntekijöiden toteuttavan. Haastateltavat toivoivat asiakkaan olevan tyytyväinen hoitoonsa, mutta toisaalta haastateltavat kokivat joutuvansa tekemään heidän kanssa kompromisseja ja toimimaan tietynlaisena asianajajana asiakkaalle. Kompromisseja ja työntekijän omavaltaisuutta joudutaan käyttämään, kun asiakas itse ei ymmärrä omaa parastaan tai ei sitoudu tehtyihin sopimuksiin. Yksi syy tähän lienee lisääntynyt asiakaskunta ja demensiaa sairastavat vanhukset, jolloin asiakkaan toiveet ja työntekijöiden ajatukset hoidosta eivät välttämättä kohtaa. Myös omaisten puuttuminen tai kaukana olo vaikuttanevat työntekijän lisääntyneeseen vastuuseen.

On se tietenkin myös se tyytyväisyys, mutta tietysti se, että yksi asiakashan voi pyytää yhtä juttua ja toinen toista, niin kyllähän meidän pitää osata tavallaan ammatti-ihmisinä kahtoo se, mitä se ihminen tarvitsee. Pitää asiakasta kuunnella, mutta ammatti-ihmisenä se, että eihän voi ihan joka asiata toteuttaa mitä ne asiakkaat haluaa, että semmonen tietynlainen kompromissi siinä – –

4.2 Yksilötyöstä kotihoidon yhteisöön

Yksi suurimmista muutoksista kotihoidossa on tapahtunut työyhteisön muuttumisessa. Aluksi työ oli **yksilötyötä**, jolloin tarvittiin vain yksittäinen työntekijä. Hiljalleen alkoi yhteisöllistyminen, jonka jälkeen on siirrytty suurempiin työyhteisöihin ja edelleen eri toimintajärjestelmien väliseen yhteistyöhön. Toiminnan tavoite ei kuitenkaan ole muuttunut.



KUVIO 4. Toimintajärjestelmän kolmiomalli, Tekijä ja yhteisö, Engeströmiä mukaillen (Engeström 1995, 44–46)

Yksilötyön aikakautena saattoi työntekijä olla samassa paikassa päivän, joskus viikkoja ja toimistolla ei käyty ollenkaan. Työpisteeseen mentiin suoraan kotoa ja asiakaslistat yhdellä työntekijällä pysyivät samoina viikkokausia, jopa vuosia. Työntekijät kertoivat työn olleen hyvin yksinäistä, vaikka asiakkaan kannalta he arvelivat hoidon olleen monipuolisempaa. Joskus yksintyöskentely myös pelotti ja vastuu oli suuri yksin kannettavaksi.

Niin, kun nyt on puhuttu tästä työn muuttumisesta eli kun alakuun työskenneltiin yksin – – oltiin koko päivä samassa paikassa, jopa viikkokausia, että ei viikkoon, kahteen käyty kotona ja se oli ehken 70-luvulla vielä semmosta ja nyt tämmönen yksinnään työskentely on niin kun kokonaan kadonnu ja hävinny oikeestaan kokonaan pois – –

Työn muuttui yhteisöllisemmäksi, kun kotipalvelutyö alkoi muodostua alueellisiin keskittymiin. Työyhteisön kasvamisen syynä oli asiakasmäärän kasvu syrjäkylillä ja se, että yksi työntekijä ei enää ennättänyt jokaista asiakasta auttamaan. Syntyi aluejako malli ja erilaisia kokeiluja sen toimivaksi saattamisessa. Ensimmäinen aluetyökokeilu oli haastateltavien mukaan epäonnistunut, mutta se oli kuitenkin ensimmäinen vaihe

nykyiselläänkin toimivalle aluetyölle. Syrjäkylille perustettujen pienien toimistojen ja työporukoiden tilalle alkoi pian muodostua isompia kokonaisuuksia, joita nykyisin on kolme. Myös moniammatillisuus vahvistui samoihin aikoihin ja mielenterveystoimistosta saatiin tueksi työpari, joka koettiin hyvänä mielenterveysasiakkaiden kanssa työskennellessä.

Työpisteet muuttuivat myös kotisairaanhoidossa. Ensiksi kotisairaanhoido aloitti terveyskeskuksella. Terveyskeskuksen sisätiloista se siirtyi terveyskeskuksen pihalla sijaitsevaan rakennukseen Pössilään. Pössilästä kotisairaanhoido siirtyi kotipalvelun kanssa saman katon alle, kahdelle eri alueelle. Viimeisin työpistemuutos oli nykyiseen toimipaikkaan muuttaminen. Kenttätyötä tekevät kotihoidon työntekijät ovat nyt fyysisesti samassa paikassa, mutta edelleen työyhteisössä tapahtuu muutoksia, kun aluejako muuttuu. Aluejako muutosten seurauksena työntekijöitä ja asiakkaita muuttaa alueelta toiselle.

– – sitä mentiin siihen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhistymiseen ja sekkiinhän oel alussa sillain, että oltiin Kehäkymppissä ja sitten toinen porukka oli Yhtylässä. Ja sitten muutettiin kaikki tähän Lassi-Pekkaan.

Työntekijät kokevat edelleen työnsä yksilötyöksi, jossa omalla persoonalla on suuri vaikutus. Työtä voi tehdä monella tavalla, vaikka työ tapahtuukin nykyään isommassa yhteisössä. Haastateltavat kokivat, että työtä ei yksinkertaisesti pysty tekemään ilman oman persoonan vaikutusta ja työntekijän täytyy tuntea olevansa omalla alalla. Persoonallista työntekoa pidettiin hyväksyttävänä ja haastateltavat arvioivat, että kunhan lopputulos on sama, niin työn itsessään voi tehdä persoonallisesti. Työntekijän tulisi arvostaa omaa työtään ja omaa tapaansa tehdä työtä. Persoonalla koettiin olevan vaikutusta myös yhteistyöhön. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että sen lisäksi että arvostaa omaa työtään, niin on osattava arvostaa muiden tekemää työtä ja välillä on syytä pysähtyä miettimään, mitä itse yhteistyön eteen voisi tehdä.

Haastateltavat kokevat olevansa yhtä suurta tiimiä, johon lasketaan mukaan myös päivätoimintakeskus Niksilä. Haastatteluissa kerrottiin, että kotihoito koetaan isoksi yhteisöksi, jonka sisällä on kotipalvelu ja kotisairaanhoido, sekä edelleen kodinhoitajia, perushoitajia, apuhoitajia, kotiavustajia ja kotisairaanhoidajia. **Moniammatillisesta työyhteisöstä** puhuttaessa nousi esiin myös erilaiset koulutustaustat ja sen työn tärkeys, mitä hoitopolun alkupäässä, kotihoidon kenttätyössä tehdään. Erilaisia yhteistyökumppaneita ei koettu kuuluvaksi omaan työyhteisöön, vaan ennemmin ne

toimivat **verkostoina** asiakkaan ympärillä. Yhteistyö heidän kanssaan koettiin tärkeäksi.

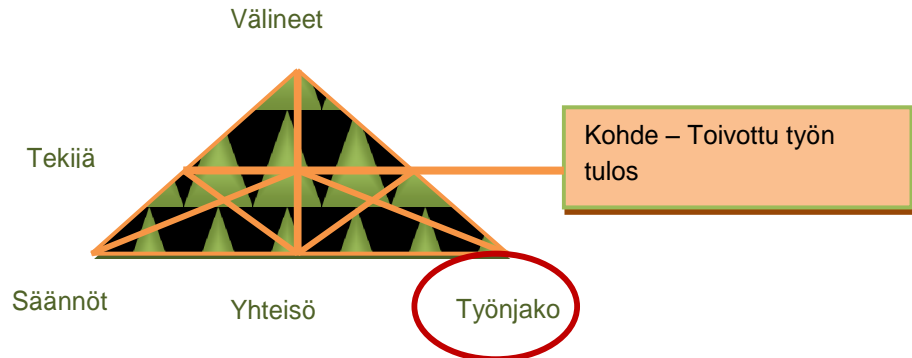
*Niin sitä yhteistyötä tehdään sekä kotihoidossa, että kotihoidosta ulospäin. Kotihoidossa on eri koulutuksen saaneita ihmisiä ja on erityisosaamista ohjaajilla, sairaanhoitajilla, kotipalvelun työntekijöillä –
– Ja sitten kokonaan se yhteistyö sinne ulospäin kotihoidosta terveyskeskus, ISA, KYS:a, ankkuri, apteekki, kaikki.*

Työyhteisössä koettiin **erityisosaamisen** pääsevän esiin ja sillä tarkoitettiin osaamista, joka perustuu työntekijöiden omiin persoonallisiin ominaisuuksiin. Moniammatillisuus ja erityisosaaminen siis erotettiin toisistaan. Haastateltavien mukaan erityisosaamista ei aina kuitenkaan pääse käyttämään ajan puutteen vuoksi ja sen kehittämistä pidettiin tärkeänä asiana. Erityisosaamisen hyödyntämisen koettiin vaikuttavan suoraan työssä jaksamisen, koska tällöin ei työntekijän tarvitse olla alisuoriutuja ja omasta työstä saattoi tuntea iloa. Erilaisten ohjeiden ja työvälineiden myös koettiin muuttuvan niin paljon, että erityisosaamisesta ja jonkun asian hallitsemista pidettiin hyvänä asiana. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että jos joku työntekijöistä perehtyisi esimerkiksi jonkin työvälineen käyttöön syvällisemmin ja sitten konsulttoisi toisia sen käytöstä, niin sekä konsultoijalle, että tiedon saajalle tulisi hyvä mieli ja työaikaa säästyisi.

Että kyllähän meillä tässä, kun on semmosta perushoitoa kuitenkin, niin mennee siihen rutiinien pyörittämiseen aina. Mennee se aika, että siinä vähän latistuu ne. Tavallaan ne mahdollisuudet ja ne omat hyvät ominaisuudet.

4.3 Työnjako

Työnjako on yksi osa-alue toimintajärjestelmässä. Työyhteisön muuttuessa, myös työnjako muuttuu historian kuluessa. Työnjaon muuttuminen tarkoittaa sitä, että jokin työtehtävä tai vastuualue siirtyy omasta työnkuvasta pois ja tuo mahdollisesti jonkin toisen osa-alueen tilalle. Työnjaolliset muutokset muovaavat osaltaan myös yhteistyötä, sillä ne ovat osa uusien työyhteisöjen muodostumista.



KUVIO 5. Toimintajärjestelmän kolmiomalli. Työnjako, Engeströmiä mukaillen (Engeström 1995, 44–46)

Työnjaolliset muutokset ja haasteet herättivät haastatteluissa paljon keskustelua. Esiin nousi kolme selkeää aluetta, joilla työnjaollisia muutoksia oli kotihoidon yhteistyössä tapahtunut. Työnjaollisia muutoksia koettiin tapahtuneen **johtamisessa ja organisaatiossa, työnkuvassa ja työtehtävissä** sekä **työyhteisön sisäisessä työnjaossa**.

4.3.1 Johtaminen ja organisaatio

Johtamisen ja organisaatiomuutosten osalta suurin kehitys oli tapahtunut johtamisessa, jonka koettiin muuttuneen ylhäältä päin johtamisesta tasavertaiseen johtamiseen. Haastateltavat kertoivat, että ennen työntekijällä ei ollut sanavaltaa juuri mihinkään ja johtaja oli selvästi muuta työyhteisöä ylempänä. Pääsääntöisesti haastatteluissa oltiin sitä mieltä, että nykyään harjoitetaan tasavertaisempaa johtamistapaa ja johtajaa ei enää pelätä.

– – oltiin vanahan säästöpankin yläkerrassa kun kanat orrella ja ee varmaan ollu pienintäkkää sananvaltaa siihen, mihinkä mänet. Sinä kun paikan sait kouraas, niin tiesit varmasti minne mennä – –

Haastateltavat kokivat toisaalta, että johtamistapa ja tasapuolisuus johdon puolelta ontuu. Tultaessa lähemmäs tasavertaista johtamista koettiin, että laivan kapteeni puuttuu ja tällöin työyhteisöstä nousee esiin niin sanottuja pikkupomoja. Erityisesti viimeisinä vuosina osa työntekijöistä koki ajelehtineensa tuuliajolla ilman luotettavaa ja oikeudenmukaista, työntekijöistä puolustavaa johtajaa. Työntekijät kaipasivat tasavertaisempaa suhtautumista työntekijöihin ja luotettavuutta. Esimiehen persoonalla koettiin olevan suuri vaikutus ja johtajan osuutta yhteistyön sujumiseen pidettiin merkittävänä. Toisaalta työntekijät olivat sitä mieltä, että myös työntekijöiltä vaaditaan hyviä alaistaitoja ja että johtajan rooli ei ole helppo.

– – puuttuu semmonen luotettava ja oikeudenmukainen pomo, joka puolustaa työntekijöitä.

Samalla, kun ollaan tultu lähemmäs tasavertaisempaa johtamistapaa, ovat työntekijät ottaneet enemmän vastuuta ja tämä kehitys jatkuu edelleen. Haastateltavat kertoivat myös sosiaaliohjaajien työn muuttuneen tässä suhteessa ja heistä puhuttiin haastatteluissa esimiehen nimellä. Ohjaajienkin työnkuvan koettiin muuttuneen ja siihen koettiin tulleen uusia elementtejä. Yhteistyön kehittymistä ohjaajien suuntaan haluttiin tapahtuvan tulevaisuudessa enemmän, esimerkiksi poistamalla päällekkäisyyksiä. Ohjaajien roolin selkiyttämistä toivottiin yhä enemmän ja haastatteluissa oltiin sitä mieltä, että ohjaajien työnkuvan selkeyttäminen ja suhde muihin työntekijöihin kaipaisi johdonmukaiseksi.

Johtamistavan muutoksen lisäksi työnjaollisia muutoksia oli tapahtunut yleensä organisaatiossa. Muutoksia oli tapahtunut etenkin kolmannen sektorin toiminnan lisääntyessä. Alkuun kolmannen sektorin lisääntyneet palvelut olivat pelottaneet ja se oli koettu uhkana omalle työpaikalle. Nytemmin sitä ei enää pelätä, mutta sen toiminta-alue on edelleen kasvanut, joka vaatii asenteiden muuttumista myös kotihoidon henkilöstöltä. Haastatteluissa nousi usein esiin myös vuodenvaihteessa 2009–2010 toimintansa aloittanut Ylä-Savon sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä SOTE, jonka odotettiin tuovan lisää muutoksia johtamis- ja organisaatiokulttuuriin, vaikka haastatteluajankohtana näitä muutoksia ei vielä ollut koettukaan.

– – Ja sitten vielä onhan tämä kolomas sektori tullut mukkaan tähän hoitotyöhön, jonka kans myös sitten jouvutaan. Me joudutaan hyväksymmään sitä. Ja alakuun varsinkin, kun se yksityinen sektori tuli, niin myö oltiin, että apua, meidän työpaikat mennee. Että sekin on vaatinut asennemuutoksia meiltä.

4.3.2 Työtehtävät ja muuttunut työnkuva

Toinen työnjakoon liittyvä muutos oli tapahtunut työtehtävien muutoksessa, kun entisiä työtehtäviä oli siirtynyt toisille sektoreille. Työnkuvan koettiin helpottuneen ja työ arvioitiin ennen fyysisesti raskaammaksi. Maatilan työt olivat jääneet työnkuvasta pois ja kodinhoidolliset työtehtävät olivat vähentyneet. Myös työolosuhteet olivat ennen huonommat, kuin nyt asiakkaiden asuessa siisteissä kerros- ja rivitaloissa.

– – Ja onhan se helepottunu tämä työnkuva. Sillon hakattiin halot, kannettiin kaivosta veet ja vietiin kylyvetysveet gallonoilla ja ne lasten altaat, missä kylyvetettiin. Ja oli niitä huonokuntosia asiakkaita silloinkii kotona. – – Kerran kun tuolla Sulukavanjärvellä, kun oli persuuksia myöten lunta, kun sinne mänttiin ja sit oel vielä par sattoo metriä sinne mökkiin, niin hinnausköyvellä ne ves'gallonat sitten veettiin. Sitten siellä oel semmonen mökki, jossa ee ollu sähköjä, ee kaasuja, ee mittään ja pahvista oel lattiat ja sanomalehestä seinät. Oli vaan valtavia halakopölökkyjä, joita piti pilikkoo ja sitten mummu pestiin siinä altaassa. Ja ne russakat, voe kaaheeta, ykskii pyykkikorista juos pitkin opiskelijan käsivartta!

Työtehtävien muuttumiseen ovat vaikuttaneet monet yhteiskunnalliset muutokset. Kolmas sektori ja muuttunut organisaatio ovat kaventaneet kotihoidon työsarkaa yhä erikoissairaanhoidollisempaan ja terveydenhoidollisempaan suuntaan. Uusia palveluita on tullut kotihoidon rinnalle ja palveluita tuotetaan yhä useammalta taholta. Muun muassa perhetyö on lähes kokonaan siirtynyt sosiaalityön tekemäksi perhetyöksi ja maatalouden puolella on toiminut jo pitkään virallinen lomitusjärjestelmä. Haastateltavat kertoivat, että ennen työ sisälsi paljon siivoustehtäviä, ruoan laittoa, leipomista, navettatöitä, heinän tekoa ja kauppa-asioita. Nyt edellä mainituista ei enää jäljellä ole juuri mitään. Historian saatossa oli työtehtäviin tuonut muutosta myös ateriapalvelu ja lääkkeiden annosjakelu, joiden myötä niihin liittyneet työtehtävät olivat siirtyneet muille sektoreille.

Haastateltavien mukaan nykyinen työnkuva on kiireinen. Päällekkäiset työt, kuten kirjaaminen kotona, toimistolla ja tietokoneelle, sekä monenlaisen osaamisen tarve olivat lisääntyneet. Epäselvyyttä työtehtävien jaossa oli ollut kotihoidon yhdistymisen myötä. Aikoinaan työntekijöiden törmäämistä asiakkaan rappukäytävässä jopa pelättiin ja välteltiin. Työtä kuvattiin nytkin rankaksi juuri kiireen vuoksi ja illat ja viikonloput

koettiin stressaaviksi. Yövuorot olivat jääneet kotihoidon työstä pois muutama vuosi sitten. Haastateltavat uskoivat myös asiakkaiden kärsineen tästä muutoksesta ja ihmettelevän kovin pirstoutuneeksi käynnyttä kokonaisuutta. Toisaalta haastateltavat epäilivät, että työntekijät eivät vanhaankaan malliin enää lähtisi ja uudet lähihoitajat eivät siihen edes suostuisi.

4.3.3 Työyhteisön sisäinen työnjako

Jo aiemmin on tuloksissa esitelty, kuinka haastateltavat kokevat oman työyhteisönsä. Työyhteisö sisältää haastateltavien mukaan ainakin kotipalvelun työntekijät, kotisairaanhoidon työntekijät, ohjaajia ja kotihoidon vastaavan. Kaikilla on yhteinen päämäärä työlle, joka kulminoituu asiakkaan kokonaisvaltaiseen hoitoon ja asiakkaan kotona asumisen mahdollisuuteen. Lainsäädäntö ei kuitenkaan määrittele tarkoin kotihoidon työntekijöiden sisäistä työnjakoa ja siinä koetaan usein haasteita.

Kolmas työnjaollinen haaste löytyy kotihoidon työyhteisön sisäisestä työnjaosta. Haastatteluista nousi kolme työyhteisön sisäisessä työnjaossa olevaa osa-aluetta, jotka kaikki vaikuttavat niin erillään, kuin yhdessäkin toisiinsa. Työnjaollisia haasteita esiintyy sekä **kotipalvelun** sisältä, että **kotihoidon** sisältä. Näiden lisäksi myös kotisairaanhoidon sisäinen yhteistyö nousi haastatteluissa esiin, mutta siinä haasteita ei juuri koettu olevan.

Työnjaolliset haasteet kotipalvelussa

Haastateltavien mukaan kotipalvelun keskeisimmät työnjaolliset haasteet liittyivät **työtehtävien jakoon ja työvuorojen toimivuuteen. Työtehtävien jaon** haasteellisuus konkretisoitui listojen jaon vaikeuteen. Listoilla tarkoitettiin tässä yhteydessä asiakaslistoja, joita päivän aikana kierretään. Listan jakoa ei pidetty tasapuolisena ja haastateltavat kertoivat, että sekavat aamut ovat ongelmallisia ja tehdyistä sopimuksista ei pidetä kiinni. Esimerkiksi oli sovittu, että listoja ei jaeta ennen aamu seitsemää, mutta kuitenkin usein siitä oli lipsuttu. Haastateltavien mukaan viimeinen paikalle saapuva työntekijä saa listan, joka on jäänyt muilta yli. Haastateltavien mukaan kaikki työntekijät eivät jaksata taistella asiasta ja tyytyvät ottamaan työläämmän asiakaslistan. Esiin nousi myös sijaisten ja lomalta paalaajien vääräksi koettu kohtelu, jolloin heille ”jää” työläämpi lista ja joskus asiakkaita vielä tarjotaan omalta listaltakin.

Ollaan tietysti pyritty siihen, että aamulla, kun kello on seitsemän, niin silloin vasta ruvetaan jakamaan niitä listoja, mutta ei se näy siitä

huolimatta aina – – Saattaa olla, että jos joskus minäkii kun muutamaa minuuttia ennen seittemää tuun, niin listat on jaettu, niin se on vaan sitten otettava se lista, mikä siinä sillon on – –

Toisaalta haastateltavat kertoivat, että asiakaslistoja kyllä tasataan yhdessä, mutta ongelmaksi muodostuu usein se, että asiakkaiden kunto saattaa vaihdella hyvinkin nopealla aikavälillä ja listat eivät pysy pitkään ajan tasalla. Joskus asiakkaan kunto saattaa heiketä nopeasti ja kotikäynti vaatii tuolloin enemmän työtä kuin normaalisti. Toisaalta joltakin listalta saattaa asiakas joutua päivystyksen kautta terveyskeskukseenkin, jolloin tyhjää tilaa löytyisi, mutta aina asiasta ei reilusti kerrota muille ja tarjouduta ottamaan tyhjemmälle listalle toisen listan asiakasta. Myös eri alueiden asiakkaiden ”vaihtaminen” on harvinaisempaa ja apua ei aina kysytä tai tarjota alueelta toiselle. Haastateltavat kokivat tärkeäksi sen, että toista työkaveria tulee auttaa ja tarvittaessa kysyä, jos työntekijä apua tarvitsee.

Toinen kotipalvelun sisällä haasteelliseksi koettu asia oli **työvuorot**. Työvuoroja pidettiin usein toimimattomina ja niiden toimivuus riippui haastateltavien mukaan listan tekijästä. Työvuorojen toimimattomuus näkyy haastateltavien mukaan sekä työntekijöille itselleen, että asiakkaalle. Asiakaslistojen yhteydessä haasteena haastatteluissa esiin nousi omahoitajajärjestelmä ja saman listan pysyvyys. Työntekijät toivoivat, että samaa asiakaslistaa saisi tehdä pidempään, sillä se palvelisi asiakkaan tarpeita paremmin. Esimerkiksi jonkin asiakkaan kohdalla voisi jättää jonkin vähemmän akuutin homman seuraavalle päivälle, jos tietäisi itse palaavansa saman asiakkaan luokse seuraavana päivänä. Myös ulkoilu tai jokin muu asiakkaalle tärkeä toiminta onnistuisi paremmin, kun omat työt voisi suunnitella vaikka viikoksi eteenpäin. Kiuruveden kotihoidossa käytössä oleva omahoitajajärjestelmä ei siis haastateltavien mukaan toimi kunnolla juuri työvuorollisista syistä. Työntekijät arvelivat sen toteutumisen myös vaativan paljon listan tekijältä.

Ois se, kun jos aattelee ihteessäkkii, niin jos sais tehdä viikon sammaa listaa, niin vois suunnitella asiakkaalle jottain, että minäpä teen – – että jos en tännään kerkee tehdä jottain, niin minäpä teen sen huomenna, kun tietäs, että minä meen sinne huomenna, mutta nyt siitä ei voi olla varma.

Työvuorollisesti hankaliksi koettiin myös pitkät vuorot, useana päivänä peräkkäin ja iltavuorosta aamuvuoroon vaihtaminen. Palautumisaika on työntekijöiden mukaan liian vähäinen. Raskaaksi koettiin myös useamman viikon työputki, jonne ei satu, kuin

yksi vapaapäivä. Haastateltavat kaipasivat enemmän ikäjohtamista eli sitä, että ikäkäämmät työntekijät otettaisiin työvuorollisesti huomioon. Myös toivejärjestelmän parempaa toimivuutta toivottiin ja pelättiin tulevaisuudessa tapahtuvia muutoksia sen osalta. Jotkin haastateltavista arvioivat jopa oman harrastuksen kärsivän siitä, jos toiveita ei saisi esittää. Toisaalta haastatteluissa nousi esiin sekin, että kaksivuorotyö on kuitenkin työntekijöiden mielestä työvuorollisesti paljon parempi vaihtoehto, kuin kolmivuorotyö.

Työnjaolliset haasteet kotihoidossa

Työnjaollisia haasteita koko kotihoidon työyhteisössä koettiin jonkun verran. Haastatteluissa nousi esiin niin kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välillä esiintyviä haasteita, kuin koko työyhteisöönkin liittyviä haasteita. Päälimmäisenä esille nousivat **päällekkäiset kotikäynnit, työtehtävien jakaminen ja toisen työn tunteminen. Päällekkäisten kotikäyntien** ongelma oli kuitenkin aika pieni ja oikeastaan ongelmia siinä oli esiintynyt aiemmin. Nyt tilanne oli normalisoitunut ja asiakkaan luona peräkkäin kulkemista vältetään, joskaan aina tieto ei kulje. Asiakkaan kannalta asiaa puntaroiitiin kahdella tavalla; toisaalta asiakas saa enemmän sosiaalisia kontakteja, kun kävijöitä hänen luonaan on enemmän, toisaalta asiakas saattaa ahdistua, kun koko ajan joku – aina eri henkilö – käy hänen kotonaan. Peräkkäisillä kotikäynneillä arveltiin olevan suuri taloudellinen merkitys ja siksi niitä vältellään. Haastatteluissa arvioitiin, että kotisairaanhoidajat kyllä tekevät mielellään pienet kotipalvelun työtehtäviin kuuluvat työt, mutta usein aamuaikaan sattuvat kotikäynnit ovat kiireisiä ja uusi asiakas saattaa odottaa verikokeiden ottoa syömättä, jolloin isompia töitä ei jokaisen luokse voi jäädä tekemään ja näin tulee väkisin päällekkäisyyttä. Kotisairaanhoidolla on lisäksi myös omia asiakkaita, jotka myös tarvitsevat oman huomionsa ja aikansa.

– – siihen varmasti pyrkimyskin aina on, että jos tuota ei kulettas niikun peräkkäin. Jos mennään jonnekin kylille kauemmas varsinkin, niin ei oo järkevää käyvä kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijän jälekkäin siellä. Että se on jo rahallisistakin säästöistä kyse siinä. Pyritään tietysti, että ne samat tehtävät se sama ihminen hoitas niissä rajoissa, kun se on mahdollista.

Toinen haastatteluissa esiin noussut kotihoidon työnjakoon liittynyt osa-alue oli **työtehtävien jakaminen**. Eniten keskustelua herätti lähihoitajien mahdollisuudet ja halukkuus tehdä aiemmin kotisairaanhoidon tehtäviin kuuluneita työtehtäviä. Esiin nousivat lähinnä lääkkeiden jakaminen ja verikokeiden ottaminen. Haastatteluissa arvel-

tiin, että halukkuutta edellä mainittujen työtehtävien tekemiseen kyllä olisi, mutta epäselvää oli, kuinka se käytännössä olisi mahdollista ja miten oma pohjakoulutus siihen riittäisi. Lääkkeen jaon osalta esiin nousi sekin, että nykyään kotipalvelun työntekijät jo tekevät joitakin lääkehuoltoon liittyviä työtehtäviä, jotka aiemmin olivat kuuluneet kotisairaanhoidolle. Lähinnä verikokeiden ottaminen tuntui kotipalvelun työntekijöistä haasteelliselta ja omien taitojen koettiin ruostuneen. Haastatteluissa oltiin sitä mieltä, että olisi hyvä, jos mahdollisuus lisäkoulutukseen saataisiin ja ne, joilla kiinnostusta asiaan olisi, voisivat sen hankkia.

Kolmas koko kotihoidon sisäinen haaste liittyi **toisen työn tuntemiseen**. Haastatteluissa nousi esiin, että toisen työtä ei tunneta riittävästi. Arveltiin jopa, että esimiehet tietävät vain teoriassa mitä työntekijät tekevät, mutta käytännössä eivät. Haastateltavat pitivät toisen työn tuntemista tärkeänä ja siitä mainittiin useasti. Epätietoisuus myös nousi esiin useissa puheenvuoroissa, kun haastateltavat keskustelivat keskenään ja kyselivät toisiltaan asioista, jotka olivat epäselviä. Haastateltavat epäilivät, että epätietoisuus saattaa johtaa lopulta siihen, että toisen ”näkökenttä” työtä ei osata arvostaa koska siitä ei tiedetä mitään tai ainakaan kaikkea.

– – ei me tiijetä, minä en ainakaan pysty satavarmaks sanomaan niin kun kotipalvelun työstä, eikä taas kotipalvelu pysty sanomaan kotisairaanhoidon työstä. Että se pitäs vaan niin kun luottaa toisiin, että tuo nyt tekkee omalla tavallaan ja oikein ja tuo tekkee omalla tavallaan ja se, että ainahan voi kysyä ja aina voi neuvotella. – –

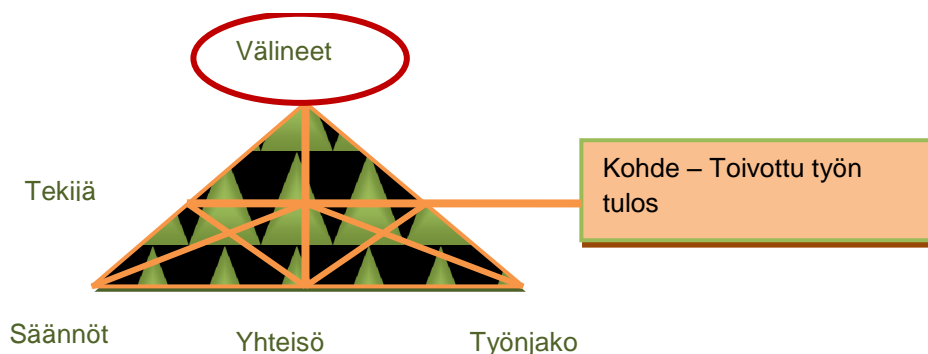
Toisen työn tuntemisen arvioitiin helpottuvan avoimen kommunikoinnin kautta ja se olisi myös paras tapa vaihtaa asiakasta koskevaa informaatiota. Suoraan kasvokkain tapahtuvaa keskustelua, joustavuutta, vuorovaikutustaitoja ja toisen mielipiteen kunnioittamista kommunikoinnin yhteydessä pidettiin tärkeinä ominaisuuksina työntekijöissä. Haastatteluissa korostui myös se, että työntekijät haluavat, että heiltä tullaan kysymään apua tarvittaessa. Esimerkiksi kotisairaanhoidajat ilmaisivat, että mielellään auttavat ja toimivat tukena tilanteissa, joissa asiantuntijuutta voi käyttää hyväksi.

– – Niin, se on parempi, että jos sen kyssyy vaikka kolme kertoo tai vaikka joka päivä sen samana sian, kun jos on vähheekään epävarmuutta siitä asiasta. Että mieluummin kyssyy kahesti kun epävarmuudessa ja uskaltamattomuudessa yrittää ja se männöö sitten pieleen ja siinä on sillon kyse myös potilasturvallisuudesta, asiakasturvallisuudesta ihan. Että ei piä arkailla kysyä yhtään – –

Toisen työn tunteminen arvioitiin helpommaksi jos työntekijä oli osallistunut työkiertoon, jossa hän siirtyi kokonaan ”omalta alueeltaan” toiselle joksikin aikaa. Työntekijät kokivat siirtymän pelottavaksi, mutta jälkeinpäin kuitenkin hyödylliseksi ja maailmaa avartavaksi. Uudet asiakkaat ja kokonaiskuva kotihoidon työkentästä tulivat työkierrossa tutummaksi, jonka lisäksi työntekijöiden pikainenkin siirto alueelta toiselle mahdollistui. Pääasiallisesti työkierto koettiin hyväksi tavaksi tutustua ja oppia uutta, sekä avartaa omaa mieltä.

4.4 Kehittyneet työvälineet

Työn tekeminen ilman tarkoituksenmukaisia työvälineitä on mahdotonta. Toimintajärjestelmässä työvälineet muodostuvat yhdeksi toiminnan osa-alueeksi ja vaikuttavat omalta osaltaan yhteistyöhön kehittymiseen ja haasteisiin. Kiuruveden kotihoidossa yhteistyön kannalta olennaisia työvälineitä on käytössä monella tasolla. Yhteistyön työvälineitä on niin konkreettisia, kuin abstraktimminkin käsitettäviä.



KUVIO 6. Toimintajärjestelmän kolmiomalli, Välineet, Engeströmiä mukailien (Engeström 1995, 44–46)

Kiuruveden kotihoidon yhteistyön tärkeimmät työvälineet ovat kehittyneet vuosikymmenien ja vuosien aikana paljon. Suurin välineellinen kehitys on koettu tapahtuneen **tietoteknisissä asiakastietojärjestelmissä ja kirjaamiseen liittyvissä työvälineissä**. Yksi tämän päivän haasteellisimmista työvälineistä oli haastateltavien mukaan myös **hoito- ja palvelusuunnitelma**. Hoito- ja palvelusuunnitelman ajantasaisuutta ja käytettävyyttä oikeana, työtä ja yhteistyötä edistävänä, työvälineenä kritisoitiin. Muita esille nousseita yhteistyöhön vaikuttavia työvälineitä olivat **arjen työvälineet**.

4.4.1 Kirjaaminen ja asiakastietojärjestelmät

Kiuruveden kotihoito käyttää Effican tietojärjestelmää, jonne tiedot asiakkaista tallennetaan. **Kirjaaminen tietokoneella ja asiakastietojärjestelmien** tulo osaksi kotihoitoon arkea koettiin suureksi muutokseksi historiallisesti. Joillakin työntekijöillä tietokone oli ollut ensimmäistä kertaa käytössä vasta kirjaamisen yhteydessä ja se edellytti koneen käytön opettelemista. Aiemmin kotisairaanhoidon työntekijät käyttivät kirjaamiseen vain paperilappuja. Tietojen kirjaamisen tietokoneelle aloittivat kotisairaanhoidajat ja kotipalvelulle kirjaamistyöt tietokoneelle tulivat muutama vuosi sitten. Tietojärjestelmää ja uudenlaista tiedonkulkua pidettiin yhteistyötä edistävänä välineenä, vaikka siinäkin haasteita on sittemmin kohdattu. Edelleen Kiuruveden kotihoidossa on tiedonvälityskäytössä myös vihkot, joita on sekä toimistolla että asiakkaan kotona. Vihkoihin kirjoitetaan silloin, jos jotakin normaalista poikkeavaa on kotikäynnin aikana ilmennyt ja tietoa saatetaan tarvita seuraavalla käynnillä. Vihkoihin kirjoittavat sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon työntekijät. Toisaalta asiakkaan kotona olevat vihkot toimivat välineenä asiakkaan omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä.

– – sillon, kun meille tuli nämä kirjaushommat, niin siinä vaiheessa minä vasta tietokonetta eka kertaa käytin.

Asiakastietojärjestelmät ovat tulleet aikanaan osaksi arkityötä, mutta myös järjestelmien käyttöön oton jälkeen niissä on haastattelijoiden mukaan tapahtunut muutoksia sisällöllisesti. Vaikka järjestelmä oli muuttunut työhistorian aikana monta kertaa, ei aineistosta noussut esiin negatiivisia ilmauksia uudistuksista. Näillä muutoksilla kuitenkin koettiin olevan vaikutusta yhteistyön kehittymiseen. Erityisen hyvänä työvälineenä tiedonvälityksessä pidettiin Effican KHTOTS -lehteä, jonne on oikeudet kaikilla kotihoidon työntekijöillä, sekä muilla asiakkaan hoitoon osallistuvilla, kuten terveyskeskuksen lääkäreillä. Haastateltavien mukaan etenkin tiedonvälitys kotihoidosta ulospäin toimii hyvin lehden ansiosta. Kun kotipalvelun työntekijät säännöllisesti kirjaavat lehdelle asiakkaiden verensokereita, verenpainelukuja tai muuta yleiseen vointiin liittyvää, niin lääkäri näkee esimerkiksi päivystyskäynnin yhteydessä nopeasti asiakkaan taustat. Kotipalvelun työntekijöillä usein on eniten tietoa asiakkaan arkipärijäämisestä ja yhteinen järjestelmä helpottaa näin tiedon kulkua. Vaikka kirjaamista KHTOTS:lle ja vihkoihin pidettiin tärkeänä, nousi haastatteluissa esiin myös se, että nyt kirjaaminen tulee tehdä tuplana, usein kolmestikin. Myös ajan ja koneiden vähyys saattavat tuottaa haastetta.

– – Ja se KHTOTS on – – Se on ihan hyvä lehti ja sinne just niin kun panna teijänkin, paljon kirjoittoa, kun sitäki lääkärit lukkee, että sillä kyllä pystyy paljon viestittämään. – –

Esille nousivat myös työntekijöiden erilaiset oikeudet asiakastietojärjestelmien lehdille. Kotisairaanhoidajilla oikeudet on lukea yleislääketieteen (YLE) lehteä, johon taas kotipalvelun työntekijät eivät pääse. Kotisairaanhoidajien mielestä heillä on riittävästi oikeuksia nykyään ja he arvelivat, että eivät enempää tarvitsisikaan. Kotipalvelun työntekijät taas joskus olivat kokeneet tarpeelliseksi saada tietoa esimerkiksi asiakkaan sairauksista tai lääkärin lausunnosta päivystyskäynnin jälkeen. Toisaalta esille nousi sekin, että yleislääketieteen lehdellä kieli on hankalaa ja latinan kielisen tekstin ymmärtäminen on vaikeaa. Lisäksi arveltiin tietosuojan olevan niin tarkoin varjeltu, että oikeuksia ei koskaan kaikille tulisi. Asiakkaan ilta-aikaan sattuvien päivystyskäyntien yhteydessä taas nousi esille se, että tieto käynnin sisällöstä ja jatkosuunnitelmista ei tule YLE:n lehdelle ennen kuin seuraavana aamuna sanelun puhtaaksi kirjoittamisen jälkeen. Lisäksi haastateltavat arvelivat, että ainakaan iltavuorossa ei työntekijä edes ennättäisi tietoa etsimään, jolloin epäselvissä tilanteissa soittaminen päivystykseen on paras ratkaisu.

– – Ja meillähän on sitten, jos kotisairaanhoidon puolesta sanon, hirveen paljon enemmän niitä oikeuksia sitten.. Ja on niin kun oltavakkii, kun tehhään labralähetteitä ja ajan varauksia.. Mutta ei meilläkään oo kaikkia, eikä niin kun, kun aattelen, niin en haluaiskaan.. Että mitä minä tien jollain terveydenhoitajan lehellä, kun ei me tuota, eikä ne ennee meidän asiakkaat neuvolassa käy, että ei me tarvita semmosia oikeuksia – –

4.4.2 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan Kiuruveden kotihoidossa yhdessä asiakkaan kanssa ja se kirjataan asiakastietojärjestelmään Efficaan, jonka lisäksi se jää paperiversiona työntekijöiden toimistolle. Hoito- ja palvelusuunnitelma koettiin hyväksi ja tärkeäksi työvälineeksi, josta voisivat hyötyä monet asiakasta hoitavat tahot. Sitä, että hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan yhdessä asiakkaan ja kotihoidon eri ammattilaisten kanssa ohjauksikäynnillä pidettiin yhteistyötä edistävänä asiana. Hoito- ja palvelusuunnitelman sisällön avulla haastateltavat arvelivat olevan paljonkin merkitystä ja jos kaikki sen osa-alueet olisivat tasapainoisesti tehtyjä ja yhdessä harkittuja, niin käyttö työvälineenä olisi helppoa.

– – *Että se ois jos ne ois täydellisesti tehtyjä, että siellä ois jokkaisesta voimavarakartotus ja siellä ois päivitetyt hopasut, niin sehän ois äärimmäisen tärkeä paperi – –*

Hoito- ja palvelusuunnitelma kuitenkin arvioitiin epäkäytännölliseksi ja sitä kritisoitiin sen hankalan päivittämisen vuoksi. Kaikille haastateltaville ei ollut selvää sekään, että hoito- ja palvelusuunnitelma on luettavissa asiakastietojärjestelmässä. Haastateltavat arvioivat, että konkreettinen asiakastyö syö aikaa kaikenlaiselta kirjaamiselta ja usein hoito- ja palvelusuunnitelmakin jää rästityöksi ja se tehdään pakon edessä viime ti- passassa. Huonoimmissa tilanteissa hoito- ja palvelusuunnitelma jätättää useamman vuoden ja sen suurimmaksi ongelmaksi nimettiin juuri päivittäminen. Päivittäminen nousi haasteeksi myös erilaisten toimintakykyä mittaavien välineiden osalta. Kun toi- mintakykyä mittaavien päivitysten tekeminen muodostuu haasteeksi, niin myös hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen ja päivittäminen mutkistuu, sillä asiakkaan toimin- takyvyyllä on suuri merkitys sen sisällössä.

4.4.3 Arjen työvälineet

Haastatteluissa nousi esiin muutamia työvälineitä, joita pidettiin arjen asiakastyön sujumisen kannalta tärkeinä. Tiedottamista pidettiin tärkeänä asiana yhteistyön toimi- vuuden kannalta ja sen toimivuuden takasi haastateltavien mielestä **puhelimet, pa- laverit ja toimivat työtilat**. Haastateltavien mukaan näitä työvälineitä käytetään pal- jon ja niillä on merkitystä toimivan yhteistyön kannalta. Lisäksi esiin nousi **työnohja- us**, jota pidettiin tärkeänä työvälineenä arjen toimivaksi saattamisessa.

Tiedottamisella on tärkeä rooli yhteistyön kannalta, joten erilaiset palaverit koettiin tärkeiksi. Palaverit nousivat haastatteluissa esille useaan otteeseen eri asiayhteyk- sissä. Palaverit, joissa on ohjaajia, kotisairaanhoidajia ja kotipalveluntyöntekijöitä an- tavat haastateltavien mukaan paljon, kun asiakasasioita käsitellään yhdessä. Kotisai- raanhoidon omaa palaveria pidettiin myös tarpeellisena, vaikka aina asiaa ei paljon olisikaan. Yhteisiä palavereja toivottiin enemmän ja säännöllisemmin. Myös järjestel- mällisempää tiedonjakamista palavereissa toivottiin, sillä haastateltavat mielestä jos- kus jostakin asiasta ei ollut kuullut ollenkaan ja joskus sama asia käsitellään palave- rissa jo kolmatta kertaa. Palaverien järjestämisen hankaluuden ja epäjärjestelmäli- syyden epäiltiin johtuvan ohjaajien puutteesta ja ajan vähyydestä. Palaverien ohella puhelimet nousivat toiseksi olennaiseksi, arjessa näkyväksi työvälineeksi. Vaikka puhelinta ei koettukaan varsinaisena tiedottamisvälineenä, niin puhelimella pidetään

työkaveriin kuitenkin yhteyttä paljon ja siihen vastataan aina mahdollisuuksien mukaan. Puhelimitse tapahtuvaa neuvonpitoa ja epäselvissä asioissa kysymistä pidettiin hyvänä keinona pitää yhteyttä kenttätyössä.

Kolmanneksi arjen työvälineenä esiin nousivat työtilat, jossa kotihoito toimii. Haastateltavat arvelivat tärkeäksi yhteistyötä edistäväksi asiaksi sen, että he kulkevat töihin samasta ovesta ja toimistotilat ovat yhteiset. Konkreettinen yhdessä olo sai tunnustusta paljon ja se nimettiin merkittäväksi yhteistyön osa-alueeksi, koska se mahdollistaa luonnollisen kommunikoinnin kasvokkain. Työtilat koettiin sinänsä epäkäytännöllisiksi ja kahdessa kerroksessa toimimisen yhteistyötä hankaloittavaksi tekijäksi. Nyt saman alueen kotisairaanhoidajat ja kotipalveluntyöntekijät saattavat olla eri kerroksissa. Toisaalta kotisairaanhoidon toimimista samassa kerroksessa pidettiin hyvänä asiana, sillä se edisti heidän keskinäistä työnjakoa ja töiden vaihtoa. Myös työtilojen ahtaus ja äänieristyksen puute koettiin häiritseväksi.

– – No ja sitten tietysti tämä, että ollaan tässä saman katon alla, niin onhan se tietynlainen työväline tämäkii, kun ollaan sitten ihan päivittäin

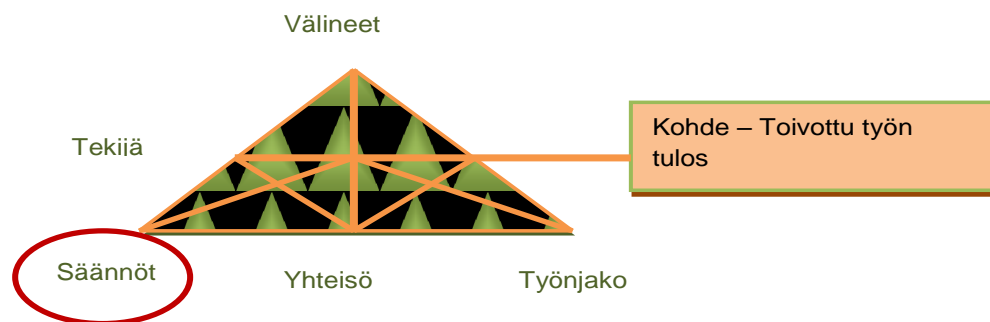
– –

Viimeinen haastattelussa esiin noussut työvälineellinen osa-alue oli työnohjaus. Työnohjaus ei ole työntekijöiden mukaan käsin kosketeltava ja arjen työssä vaikuttava työväline, mutta sen avulla haastateltavat arvelivat yhteistyön kuitenkin kehittyvän. Haastateltavat pitivät työnohjausta tärkeänä työvälineenä ja toivoivat sitä olevan enemmän. Haastateltavien mukaan työnohjaus nostaa esiin työssä esiintyviä haasteita ja auttaa pohtimaan niitä yhdessä. Koko työporukalla eri näkökulmat nousevat esiin ja asioista puhutaan monelta eri näkökannalta. Työnohjausta oli ollut Kiuruveden kotihoidossa ennen haastatteluja, mutta se oli työntekijöiden mukaan jäänyt pintapuoliseksi ja jatkossa sitä toivottiin olevan säännöllisesti.

Tais olla aika, mitä se viimes oli aikalailla semmosta, vähän niin kun pintapuolista tai että sitä on niin vähän, että sitä pitäis oikeestaan olla enempi, että se niin kun palavelis sitä tarkotusta.

4.5 Työyhteisöä ohjaavat säännöt

Työyhteisöjä ohjaa monet erilaiset **säännöt ja ohjeet**, joista kaikille sosiaali- ja terveyden alan työntekijöille tutuimpia lienee lainsäädäntö ja ihmisoikeudet. Virallisten sääntöjen ja ohjeiden lisäksi sosiaali- ja terveydenalan työtä ohjaavat monet eettiset ja ihmisten omaa arvomaailmaa ohjaavat säännöt ja ajatukset. Yhteistyön kannalta sääntöjen määrittelyminen oli haastateltavista hankalaa. Kuitenkin esiin nousseet säännöt ja ohjeet olivat sellaisia, jotka ainakin välillisesti vaikuttavat yhteistyöhön. Yksittäisen toimintaperiaatteen toteutuminen ja toteuttaminen vaatii yhteisiä päätöksiä ja sitoutumista koko työyhteisöltä.



KUVIO 7. Toimintajärjestelmän kolmiomalli, Säännöt, Engeströmiä mukailien (Engeström 1995, 44–46)

Työssä noudatettavia sääntöjä haastateltavat pitivät sisään rakennettuina ja jo opiskeluaikana sisäistettyinä. Historiallisesti niiden ei huomattu kehittyneen, muuten kuin kirjaamiseen liittyen, kun kotihoidossa siirryttiin aikaperusteiseen kirjaamiseen. Haastateltavien mukaan heidän työhönsä vaikuttavia lakeja oli valtavasti, vaikka niitä ei arjessa pykälinä osattukaan ajatella. Lainsäädäntö kuvattiin myös itsestäänselvyydeksi. Haastateltavien mukaan jokainen toimii lain antamien määräysten mukaan, mutta joissakin asioissa niitä joutuu soveltamaan.

– – sitä on jotenkii sisäistänyt ne tai niitä ei sillä lailla aattele, vaan tietää tavallaan mitä saa tehdä ja mitä voi tehdä ja missä puitteissa.

Lisäksi työtä ohjaavina sääntöinä pidettiin erilaisia laatusuosituksia ja kansanterveysohjelmaa. Yleisesti työtä ohjaavia lakeja ei kuitenkaan osattu lähteä listaamaan, vaan todettiin niitä olevan paljon. Enemmän haastateltavat kuvasivat sääntöjä arjen tasolla. Tärkeimpinä pidettiin asiakkaan itsemääräämisoikeutta, vaitiolovelvollisuutta, asiakkaiden tasavertaista kohtelua ja työaikojen noudattamista. Haasteelliseksi koettiin

muun muassa asiakkaan itsemääräämisoikeus ja asiakkaiden tasavertainen kohtelu, joiden toteutuminen joskus oli vaikeaa. Koettiin, että jokaisen asiakkaan kanssa ei voi toimia samalla lailla ja kaikkia itsemääräämisoikeuteen liittyviä asioita ei voinut toteuttaa, mutta on hyvä, että on säännöt, jotka ohjaavat toimintaa.

Omaa työtä ohjaavaksi konkreettiseksi ohjeeksi haastateltavat kokivat hoito- ja palvelusuunnitelman, joka on noussut esille myös työvälineiden yhteydessä. Suunnitelmaa pidetään sopimuksena, joka laaditaan asiakkaan kanssa, mutta haasteelliseksi se koettiin hankalan päivittämisen vuoksi. Asiakassuhteen alussa tilanne voi olla aivan toinen, kuin muutaman kuukauden kuluttua ja siksi suunnitelman noudattaminen on hankalaa. Toisaalta haastatteluissa nousi esiin myös se, että osa työntekijöistä ei noudata suunnitelmaa ja tällöin asiakas voi vertailla työntekijöiden paremmuutta sillä perusteella, kuka tekee mitään enemmän ja vähemmän. Haastateltavat myös olivat sitä mieltä, että suunnitelmaa ei pitäisikään noudattaa kirjaimellisesti, vaan asiakkaan sen hetkinen hyvä olo ja parempi mieli olivat tärkeämpiä, kun taas toiset peräsivät yhdenmukaisen toimintatavan perään. Siitä oltiin yhtä mieltä, että mitään isoja muutoksia ei kenenkään sovi omapäisesti tehdä, jos jotakin oli sovittu. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjattuihin toimintoihin sitoutuminen siis on sekä asiakkaiden, että henkilöstön osalta heikkoa. Syy tähän lienee se, että hoito- ja palvelusuunnitelmaa ei pidetä kovin pätevänä ja tarpeeksi hyvin päivittyvänä sopimuksena.

Kiuruveden kotihoidossa tavoitellaan voimavaraistavaa työtettä asiakkaan hoidossa, joka tarkoittaa asiakkaan omia voimavaroja vahvistavaa ja kuntouttavaa työtapaa. Työtettä voidaan pitää eräänlaisena työtä ohjaavana sääntönä, sillä sitä toivotaan kaikkien työntekijöiden noudattavan ja se kirjataan tavoitteeksi jokaisen asiakkaan hoidossa. Voimavaraistava työote on kirjattu myös vanhustenhuollon tavoitteeksi yli 75-vuotiaiden hoidossa Kiuruvedellä. Tarkoituksena on, että asiakkaan toimintakyky säilyisi mahdollisimman pitkään hyvänä ja hän voisi sen avulla asua kotona pidempään. Voimavaraistavan työotteen avulla työntekijät aktivoivat asiakasta itseään suorittamaan mahdollisimman monista päivittäisen toimintaan kuuluvista toiminnoista itsenäisesti. Voimavaraistava työote liittyy vahvasti myös hoito- ja palvelusuunnitelmaan, sillä usein sinne kirjataan hoitosuhteen alussa vain välttämättömimmät avun tarpeet, jotta asiakas tekisi edelleen mahdollisimman paljon itse.

Haastatteluissa nousi esiin, että asiakasta voimavaraistava työote on hyvin työntekijöillä tiedossa ja sen periaatteet tunnetaan hyvin. Haasteelliseksi ohjeen noudattamisen tekee rajallinen ajankäyttö asiakkaan luona. Myös hoitajan persoonalla arveltiin olevan vaikutusta työotteen noudattamisessa, mutta toisaalta oltiin sitä mieltä, että

kyllä kuka työntekijä tahansa jaksaisi odottaa, että mummo tekee itse, jos vain aikaa olisi enemmän. Voimavaraistava työote siis koettiin hyväksi, mutta haastavaksi toteuttaa käytännössä. Vaikka erilaiset asiakasta aktivoivat toiminnot hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataankin, niin ajan vähyyden vuoksi ne jää usein suorittamatta tai ne suoritetaan vain osittain.

– – pitäis oottaa että tekee ite, mutta ei pysty. Että sitten se asiakas jää sinne ilman vaatteita istummaan – – Että sekkään ei oo hyvä.

Toimintaperiaatteet ja työpaikan säännöt tulevat uusille työntekijöille tutuksi perehdyttämisen avulla. Perehdyttämistä pidetään tärkeänä osa-alueena työssä, sillä silloin työntekijä saa perustietoa työn sisällöstä, toimintatavoista ja muista työn perusasioista. Haastateltavista osa oli työskennellyt jo pitkään kotihoidon palveluksessa ja osa oli tullut töihin vasta viimeisinä vuosina. Kysyttäessä perehdyttämisestä ja siitä, kuinka hyvin erilaiset ohjeet ja säännöt työtä aloittaessa tulevat esiin Kiuruveden kotihoidossa, olivat vastaukset yhdenmukaisia. Perehdyttäminen koettiin puutteelliseksi tai sitä ei koettu tapahtuneen ollenkaan. Usein perehdyttäminen tapahtuu haastateltavien mukaan siten, että uusi työntekijä lähtee jo talossa pidempään olleen mukaan. Jotkin haastateltavista olivat sitä mieltä, että työ kyllä opettaa tekijäänsä, mutta toisaalta parempaa perehdyttämistä kyllä toivottiin ja se koettiin tärkeäksi asiaksi. Haastateltavat arvelivat, että ”jossain” olisi jokin perehdyttämiskansio tai vihko, mutta osa ei ollut sellaisesta kuullutkaan.

Ei ainakkaan silloin kun minäkii tulini, niin minkäänäköstä perehdyttämistä ollut.

5 JOHTOPÄÄTÖKSET

Olen pyrkinyt työssäni tuomaan esille niitä kotihoidon historiallisen kehityksen vaiheita, jotka ovat olleet merkittäviä, niin valtakunnallisesti kuin Kiuruvedelläkin. Samoin olen työssäni tarkastellut kotihoidon laatutekijöitä ja haasteita niiden toteutumisessa valtakunnallisesti ja Kiuruvedellä. Johtopäätöksissä vastaan tutkimukseni tutkimuskysymyksiin. Esittelen valtakunnallisen kehityksen ja haasteiden suhdetta oman tutkimukseni tuloksiin ja painotan esille nostamissani osa-alueissa työn tarkoituksen kannalta olennaisimpia asioita. Johtopäätösten avulla moniulotteiset haasteet ryhmittyvät ja painottuvat selkeämmin sellaisten osa-alueiden käsittelyyn, jotka sekä valtakunnallisesti että omasta mielestäni ovat kotihoidossa ja sen kehityksessä merkittävimpiä.

Opinnäytetyöni ensimmäisenä tavoitteena oli selvittää mikä Kiuruveden kotihoidon historiallisessa kehityksessä on ollut haasteellista. Ensimmäisenä on mainittava, että kotipalvelu ja kotisairaanhoido ovat perinteisesti työskennelleet omina organisaatioinaan. Kotisairaanhoido on toiminut kansanterveyslaista käsin, kun taas kotipalvelua on ohjannut sosiaalihuoltolaki. Lainsäädännöllisesti yhdistymistä on edesautettu ko-keilulailla, mutta yhteisiä ohjeita kotihoidon järjestämiselle ei ole. Vaikka yhdistynyt kotihoito on yleistynyt 2000-luvulla, on kunnissa kotihoidon organisoituminen edelleen käynnissä. Kiuruvedellä yhdistyminen on tapahtunut jo vuonna 1997 eli keskimääräistä aiemmin.

Vanhusväestön määrä ja eliniän odote kasvaa lähes koko Suomessa, joka taas aiheuttaa paineita kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittämiseksi. Palvelut olivat 1960-luvulle asti hyvin laitospainotteisia. Tällainen palvelujärjestelmä ei kuitenkaan kyennyt vastaamaan kasvaviin tarpeisiin ja avohuollon asema vahvistui. Kotipalvelun palvelut alkoivat laajentua ja organisoitua uudelleen 1970-luvulta lähtien. Haastateltavat uskoivat, että avohuollon vahvistuessa vanhuksia laitettiin asumaan kylälle. Useamman sukupolven taloudet alkoivat hävitä. Kotipalvelun työ koettiin ennen yksinäiseksi, sillä työntekijä saattoi olla yhden asiakkaan luona kokonaisen päivän tai jopa viikon. Ammattimainen kotipalvelutyön johtaminen kuitenkin yleistyi ja kodinhoitajan työ ammatillistui 1970-luvulla. Kotipalvelun työntekijöiden tueksi Kiuruvedellä tuli mielenterveystoimistosta työpari, joka koettiin hyvänä asiana. Työyhteisön kasvaessa työnkuvakin muuttui. Johtamisen lisääntyessä ja erilaisten aluemallikokeilujen myötä työntekijöiden yksinäisyydessä tehty työ alkoi muuttua yhteisöllisemmäksi ja asiakaspaikkoja samalle päivälle kertyi useampia. (ks. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008:3; Ikonen & Julkunen 2007, 32, 36; Tepponen 2009, 79; Helameri 2004, 28.)

Valtakunnallinen kehitys pysyi maltillisena 1990-luvulle saakka, jolloin talousahdinko ja kasvava vanhusten määrä ajoi kunnat taas pohtimaan toimintaansa. Kolmannen sektorin asema vahvistui ja vakiintui osaksi vanhusten kotihoitoa. Kiuruvedellä työntekijät kokivat kolmannen sektorin uhkana omille työpaikoille, joskin pian sen huomattiin olevan vaaraton. Kolmas sektori kuitenkin muovasi työnjakoa ja työnkuvaa ottamalla suuren vastuun muun muassa kodinhoidollisista työtehtävistä. Vastuunjakoa tapahtui myös eri sektoreiden välillä, kun lapsiperheiden asiat siirtyivät lähes kokonaan kunnan sosiaalityölle. Kotihoidon pääasiallinen asiakasryhmä alkoi muodostua vanhuksista. (ks. Helameri 2004, 28; Tepponen 2009, 87.)

Työntekijän toimenkuva kaventui asiakkaan hoitoon ja auttamiseen päivittäisissä toiminnoissa. Enää yhden asiakkaan luona ei vietetty kokonaista päivää vaan asiakaskäynnit lyhentyivät. Fyysisesti raskaat työt siirtyivät muille sektoreille. Valtakunnallisesti uusia haasteita kotihoidolle toivat kasvavat asiakasmäärät, uudet asiakasryhmät, asiakkaiden hoitoisuuden lisääntyminen sekä asiakkaiden odotukset. Myös sosiaalitekniikka ja työmenetelmät kehittyivät nopeasti. Kotisairaanhoidajien työnkuva pysyi jokseenkin samana, mutta alkoi vaatia yhä enemmän erikoissairaanhoidollista osaamista, lääketuntemusta ja henkilökohtaista arviota asiakkaan terveydentilasta. (ks. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008:3; Voutilainen ym. 2007, 175–178.)

Vaatimusten kasvaessa henkilöstön kuormitus lisääntyi koko 1990-luvun ajan ja tämän seurauksena sairaus poissaolot kasvoivat. Kuormittavuus näkyy myös tänä päivänä ja yleisin kuormittavuustekijöistä on kiire. Työntekijöiden kiireellä ja toisaalta vaikutusmahdollisuuksilla on taas yhteys hoidon laatuun. (ks. Voutilainen ym. 2007, 177,178; Engeström ym. 2009, 15–16.) Kiuruvedellä jatkuvaa kiirettä sekä työn aiheuttamaa väsymystä pidetään raskaana ja asiakastyötä haittaavana. Työhön liittyvät uudistukset ja muutokset mielletään ylhäältä päin tuleviksi ja omat vaikutusmahdollisuudet niihin heikoiksi. Haastateltavien mukaan kotihoidon johtamistapa Kiuruvedellä ei ole aina oikeudenmukainen ja ajoittain puuttuu selkeä laivan kapteeni. Johtajan persoonalla uskotaan olevan suuri merkitys yhteistyön toimivuuteen ja häneltä toivotaan tasavertaisuutta ja luotettavuutta työntekijöitä kohtaan. Johtamistavan koettiin muuttuneen kohti tasavertaisempaa johtamista, jonka käänköpuolena pidettiin sitä, että työyhteisöstä pääsee nousemaan ”pikkupomoja”, joka ei edesauta yhteistyötä. Yhteisiä sääntöjä ja niiden noudattamista toivotaan enemmän. Työntekijät toivovat enemmän työnohjausta, jossa keskinäisiä ongelmia voitaisiin ratkoa rakentavasti.

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymistä pidetään Kiuruvedellä hyvänä ja yhdistymisen myötä palveluiden koordinointi on parantunut. Päällekkäiset kotikäynnit ovat Kiuruvedellä vähentyneet ja yhteisönä nähdään koko kotihoito ohjaajineen ja johtajineen. Valtakunnallisesti työyhteisöjen ilmapiiri koetaan kuitenkin negatiivisemmaksi yhdistetyissä toimipisteissä ja kotisairaanhoidon työntekijät suhtautuvat oman työnsä sisältöön kielteisemmin. Vanhuspalveluissa työyhteisöjen ilmapiirin ja johtamisen koetaan yleensäkin heikentyneen. (ks. Voutilainen ym. 2007, 178.) Kiuruvedellä työyhteisöä pidetään hyvänä ja työkaverilta uskalletaan pyytää apua tarvittaessa. Apua myös annetaan ja kotisairaanhoidon työntekijät toimivat mielellään oman työyhteisönsä asiantuntijoina sairaanhoidollisissa asioissa.

Tavoitteen kannalta historiallinen kehitys on ollut haasteellista. Asiakasta tulisi hoitaa kokonaisvaltaisesti, vaikka työnkuva on rajautunut asiakkaan perushoitoon ja muu osa ”kokonaisvaltaisuudesta” on siirtynyt toisille sektoreille. Lisäksi asiakaskunta on kasvanut ja työntekijän on kyettävä hoitamaan samassa ajassa useampi asiakas, kuin ennen. Kotikäynnistä on muotoutunut nopea ja rutinoitunut, vain perushoitoa korostava asiakastapaaminen. Helsingin kotihoidossa työn kuvattiin keskittyvän liiaksi fyysisiin toimintoihin. Kiuruvedellä haastateltavat kuvailivat kotikäynnin olevan joskus jopa nolo ja kaavamainen käytös kotikäynnillä aiheutti työntekijälle häpeän tunnetta. Asiakkaat itse kaipaisivat enemmän apua kodinhoidollisiin asioihin, juttelukaveria tai ulkoilumahdollisuutta. Toisaalta työntekijöiden tulisi kotikäynnillään aktivoida asiakasta toimintakyvyn säilyttämisen kannalta. (ks. Voutilainen ym. 2007, 177, 178; Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008:3; Engeström ym. 2009, 17–22; Tenkanen 2003, 171–176.)

5.1 Kiuruveden kotihoidon yhteistyön haasteet

Tutkimukseni toisena tavoitteena oli nostaa esille Kiuruveden kotihoidon yhteistyössä esiintyviä nykytilan haasteita. Kotihoidon tärkeimpänä tavoitteena pidetään asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa ja kotihoidon yhdistämisen tarkoituksena on luoda laatua kokonaisvaltaisen hoidon toteutumisessa. Tutkimustuloksissanikin yhteistyön tärkeys nousee esille ja sitä on tehtävä asiakkaan parhaaksi. Tavoitteen asettelun kannalta Kiuruveden kotihoidossa esiintyy kuitenkin ongelmia työnjaossa ja työvälineissä. Haasteet ovat valtakunnallisia ja esimerkiksi Helsingin kotihoidossa ne toistuvat samankaltaisina, vaikka lähtökohdat ovat erilaiset. Väestömäärällä tai asuinolosuhteilla, suhteessa toiminnan haasteisiin ei siten näytä olevan eroa ainakaan Kiuruvedellä ja Helsinkiä verratessa. (ks. Engeström ym. 2009, 17–22; Voutilainen ym. 2007, 168, 169; Tepponen 2009 13, 38; Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008:3.)

Kokonaisvaltaisen hoidon haaste on osittain työnjaollinen ja se korostuu omahoitaja-järjestelmän toimimattomuudessa ja toisen työn tuntemisessa. Vaikka hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan Kiuruveden kotihoidossa aktivointiin ja voimavaralähtöiseen toimintaan liittyviä toimenpiteitä ja oma vastuuhoidtaja asiakkaalle, on niiden toteuttaminen kuitenkin ongelmallista. Haastateltavat kokivat, että työntekijät haluaisivat tukea liikunnallisia ja asiakkaan omia voimavaroja hyödyntäviä toimia kotikäynnillä, mutta pakolliset toiminnot usein työntävät ne syrjään. Haasteellista on myös se, että työntekijä ei voi tietää milloin seuraavan kerran saapuu hänen luokseen. Työntekijät uskoivat, että asiakkaan aktivointi olisi helpompaa, jos työntekijä voisi olla varma, että vain hänellä on hallussaan jonkin yksittäisen asiakkaan kokonaistilanne.

Hyvin toimiva kotihoito perustuu osaavan ja motivoituneen henkilöstön lisäksi yhteistyöhön, jossa jokainen tietää tehtävänsä ja tukee yhteisiä tavoitteita ja strategioita. Hyvin toimivien työyhteisöjen ja mielekkääksi koetun työn, joka yhdistyy kohtuulliseen kuormittavuuteen, on todettu olevan keinoja pitää nykyinen henkilöstö mahdollisimman pitkään työssä, vähentää työpaikan vaihtumista ja lisätä alan mielenkiintoa. Haastateltavat kokivat, että toisen työ tulisi tuntea paremmin, koska se lisäisi kokonaiskuvan ymmärtämistä. Toisaalta yhteisten työtilojen ansiosta työntekijät olivat päässeet lähemmäs toisen työtä ja yhteistyö oli parantunut. Myös työnjako oli osoittautunut helpommaksi yhteisten tilojen ansiosta, vaikka edelleen työnjakoa kotipalvelun eri alueiden työntekijöiden välillä toivotaan enemmän. Omahoitajajärjestelmän toimimattomuus johtaa kuitenkin siihen, että omia tehtäviä on hankala hahmottaa työn tavoitteen kannalta. Haastateltavat uskoivat, että työvuorojen toimiessa kunnolla asiakkaan kokonaisvaltainen hoitokin onnistuisi paremmin. Myös työnkuva arveltiin mielekkäämmäksi, jos työntekijällä olisi mahdollisuus itsenäisemmin päättää yksittäisen asiakkaan hoidosta ja käyttää arkityössä omaa henkilökohtaista erityisosaamistaan.

Merkittävään asemaan kotihoidon yhteistyötä kehittäessä nousee hyvin laadittu hoito- ja palvelusuunnitelma. Hoito- ja palvelusuunnitelma koetaan kuitenkin hyvin haasteelliseksi työvälineeksi ainakin Kiuruvedellä ja Helsingissä. Toimiva hoito- ja palvelusuunnitelma sisältää selkeät ja yhdessä asiakkaan ja omaisten kanssa laaditut tavoitteet. Suunnitelmassa tulee esille selkeästi myös ne palvelut, joita asiakas tarvitsee. Helsingin kotihoidossa se on kuitenkin lähinnä kirjaamisen väline. Kiuruvedellä se taas koettiin sinänsä hyväksi työvälineeksi, mutta käytännön työssä toimimattomaksi. Haastateltavat arvioivat, että toimiessaan hoito- ja palvelusuunnitelma voisi olla käytökelpoinen yhteistyön työnjakoa selkiyttävä työväline ja toisaalta se antaisi reunaeh-

toja ja sääntöjä, joiden mukaan kaikki toimisivat. Hoito- ja palvelusuunnitelman tekee toimimattomaksi sen päivittäminen, jota ei käytännössä juuri tapahdu. Työntekijät kokivat, että päivittäminen vie hirveästi aikaa ja taas toisaalta hoito- ja palvelusuunnitelmaa ei edes ennätetä lukea. (ks. Hammar 2008, 25; Päivärinta & Haverinen 2002, 35; Engeström ym. 2009, 17–20)

Kotihoidon toimiva yhteistyö vaatii monen osa-alueen yhtäaikaista toimimista. Kuvattaessa Kiuruveden kotihoitoa toimintajärjestelmänä tulee huomioon ottaa yhteisö, yksilöt, toiminnan tavoite, käytettävissä olevat työvälineet, vallitseva työnjako sekä työtä ohjaavat säännöt. Kun toimintajärjestelmän osa-alueet toimivat toisiinsa nähden tasapainossa, toimii yhteistyökin. Asetelma ei ole helppo ja useamman osa-alueen toimiminen yhtäaikaisesti ei ole haasteetonta. Haasteet saattavat olla päällekkäisiä ja yhden ongelman ratkaiseminen saattaa johtaa uuteen haasteeseen. Kiuruvedellä yhteistyötä on kehitetty jo yli kymmenen vuotta. Suhteellisen ison organisaation kehittämistyö on kuitenkin haasteellista ja uusien toimintamallien ja työvälineiden juurruttaminen arjen työhön vaatii aikaa.

6 POHDINTA

Kotihoito ja sen toiminnan tarkastelu eri näkökulmista on ollut viime aikoina valtakunnallisen median käsittelyssä. Keskustelun keskiössä on asiakkaan hyvinvointi ja kotihoidon kritisointi, jonka kautta arvioidaan, kuinka hyvin tai huonosti se tehtävästään suoriutuu. Keskustelu on mielestäni oikeutettua ja on hyvä, että maamme hiljaiset eli kotonaan asuvat vanhuksat saavat oikeutta median välityksellä. Oikeutettua ei kuitenkaan ole se, että kritiikin kohtaavat usein kenttätyöntekijät. He työskentelevät alalla, jonka vetovoima on muutenkin alhainen ja heillä ei ole juuri mahdollisuuksia vaikuttaa työn sisältöön. Ohjeet annetaan ylhäältä päin ja kunnat edelleen noudattavat valtakunnallisia laatusuosituksia, joissa avohoitoa ja kotihoitoa korostetaan. Jotta vanhusien avohuolto ja kotihoito olisi toimivaa, tulisi päätöksenteossa ja suunnittelussa mielestäni ottaa vahvemmin myös työntekijän näkökulma esille. Näkökulma olisi ensiarvoisen tärkeä, sillä nimenomaan heillä on asiakkaista paras tuntemus ja käytännön kokemus työstä heidän kanssaan.

Uskon, että elämme vanhusienhuollossa murrosvaiheessa, jossa avohuollon palveluja on kehitettävä edelleen. Erityisesti Ylä-Savossa aihe on nyt pinnalla uuden sosiaali- ja terveydenhuollon (SOTE) kuntayhtymän hakiessa toimintamalleja neljän kunnan ja kaupungin yhteistoiminta-alueelle. Tavoitteena on, että toiminta-alueelle saataisiin luotua yhtymä, joka jakaisi samoja toiminnan periaatteita ja pystyisi entistä yhteneväisemmin tarjoamaan laadukkaita palveluja kuntalaisille. Haasteellista yhtymäkuntien yhdenmukaisten toimintamallien kehittämisessä on kuitenkin jokaisen kunnan oma kehityshistoria ja vanhat tavat toimia ja toteuttaa vanhusien hoitoa. Yhteneväisten toimintamallien kehittäminen ja toisaalta jokaisen kunnan paikallisten kontekstien huomioiminen tässä kehittämisessä on haaste, jonka voittaminen vienee aikaa.

Opinnäytetyöni aihevalinta on osaltani ollut onnistunut; aineisto ja koko kotihoidon teorian käsittely opinnäytetyöprosessin aikana ei ole puuduttanut missään vaiheessa. Aina on löytynyt uusi inspiraation lähde ja kirjoitustyö on ollut helppoa. Haastatteluilla saamani aineisto oli laadukasta ja tutkimuskysymysten kannalta olennaista. Opinnäytetyöni toivon palvelevan Kiuruveden kotihoidon yhteistyön kehittämistä ja iloitsen siitä, että sen sisällön ovat pääasiallisesti rakentaneet kotihoidon (kotipalvelun ja kotisairaanhoidon) työntekijät itse. Mahdollisesti toivon työni myös hyödyttävän vanhusien kehittämistä muissa kunnissa, joissa kehittämisessä on vasta aluillaan ja kotisairaanhoidon ja kotipalvelun toimintamalleja vasta rakennetaan.

Kehittävän työntutkimuksen viitekehyksen varassa pystyin vastaamaan tutkimuskysymyksiini ja lopulta haastatteluaineisto ja teoreettinen kirjallisuus sulautuivat työssä kokonaisuudeksi, jota voi käyttää Kiuruvedellä kehittämistyön peilinä. Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä oli toimiva, sillä tutkittava toimintajärjestelmä oli työyhteisö. Teemoittain etenevä haastattelu toimi, sillä se antoi mahdollisuuden syvälliseenkin keskusteluun, mutta toisaalta antoi rungon haastattelulle. Ekspansiivisen kehityssyklin mukaan seuraava vaihe haasteiden esiin nostamisen jälkeen on kehittää yhdessä uusia toimintamalleja. Myöhemmin uusia toimintamalleja testataan ja arvioidaan. Toivon työni esiin nostamien haasteiden saavan aikaan Kiuruvedellä tämän kehitysprosessin, mutta helppoa se ei varmasti ole. Eteneminen kehitysprosessissa vaatii ulkopuolisen puolueettoman tahon ja toisaalta uskon henkilöstöresurssien tulevan vastaan, jos sitä jatkettaisiin itsenäisesti.

Tutkimuksen muodossa Kiuruveden kotihoidon yhteistyön kehittäminen voisi hyvin jatkua laajentamalla aineiston keräämistä Kiuruveden kotihoidon asiakkaiden, ohjaajien ja johdon haastatteluihin. Näin esiin pääsisivät kaikkien osapuolien näkemykset ja sitoutuminen kehittämistyöhön olisi vahvempaa. Ongelmana tässä on kuitenkin ajan käyttö ja pikaiset muutostarpeet, sillä uskon, että yleisesti vanhustenhuollossa toimintoja on kehitettävä pikaisesti ja aikaa ei ole paljon. Luultavimmin kehittämistyötä on jatkettava sen tiedon ja puitteiden rajoissa, mitä käytettävissä nyt on. Kehittämistyötä uskoisin parhaiten tukevan jatkotutkimuksen, jossa kohdennetummin tarkasteltaisiin yhden osa-alueen haasteita. Tällainen haaste voisi olla hoito- ja palvelusuunnitelma, jota tutkimalla saataisiin lisää tietoa sen ongelmista yhteistyön osana. Jos aineisto kerättäisiin kaikilta osa-puolilta eli asiakkaalta, omaiselta, kotihoidon työntekijöiltä ja ohjaajalta saataisiin varmasti aikaan perusteellisempi selvitys niistä kehittämisen alueista, joita siinä esiintyy.

Vaikka opinnäytetyöni pääasiallinen tarkoitus oli vastata Kiuruveden kotihoidon tarpeisiin, niin uskon sen myös täydentävän joltain osin kotihoidon ja avopalveluiden kehittämistyötä yleisesti. Haasteet kotihoidon yhteistyössä ovat valtakunnallisia, joten toimimattomien osa-alueiden tarkastelu paikkakuntaakohtaisestikin lienee tarpeellista, sillä tutkimuksia aiheesta on verraten vähän. Toivon opinnäytetyöni valaisevan kotihoidon haasteita myös yleisellä tasolla ja uskon sen antavan työvälineitä kehittämistyöhön muissakin kunnissa.

LÄHTEET

Alasuutari, P. 1999. *Laadullinen tutkimus*. Tampere: Gummerus.

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

Engeström, Y. 1999. Innovative learning in work teams. Analyzing cycles of knowledge creation in practice. Teoksessa Engeström, Y., Miettinen, R. & Punamäki, R-L. (toim.). *Perspectives on activity Theory*. Cambridge: Cambridge University Press, 383.

Engeström Y. 2002. *Kehittävä työntutkimus – perusteita, tuloksia ja haasteita*. 3. painos. Helsinki: Edita.

Engeström Y. 2004. *Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittäminen työssä*. Tampere: Vastapaino.

Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. 2009. Kotihoito murroksessa. Teoksessa Engeström, Y., Niemelä, A.-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.). *Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön*. Juva: PS-kustannus, 11–24.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Gummerus oy.

Hammar, T. 2008. *Palveluiden yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiuttamisessa. Kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palveluiden käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus* [Verkkajulkaisu]. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Saatavissa: <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7522-1.pdf>

Helameri, T. 2004. *Kotihoito kunniaan. Työelämän haasteet*. Keskustelualoite.

Heinola, R. 2007. Johdanto – Kotihoito muutoksessa. Teoksessa Heinola, R. (toim.). *Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun*. Stakes. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy, 9–12.

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

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2003. *Tutki ja kirjoita*. 6.–9. painos. Helsinki: Tammi.

Ikonen, E.-R. & Julkunen, S. 2007. *Kehittyvä kotihoito*. Helsinki: Edita Prima.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3.

[viitattu 6.4.2010]. Saatavissa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikaihmissen_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf

Ilvonen, Tuula 2009. Kiuruveden kotihoidon vastaava. Kiuruveden kotihoito. Kiuruvesi 11.12.2009. Keskustelu.

Kansanterveyslaki L 1972/66. Finlex, lainsäädäntö [viitattu 26.11.2010]. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Kiuruveden kaupungin 65+-ohjelma. 2009. Kiuruveden kaupunki. Vanhustenhuollon kokonaisuohjelma.

Kiuruveden kaupunki. *Kotihoito* [viitattu: 2.8.2010] Saatavissa:

<http://www.kiuruvesi.fi/Suomeksi/Palvelut/Vanhustenhuolto/Kotihoito.iw3>

Kotihoito tukee kotona selviytymistä. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu

1.8.2010]. Saatavissa:

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. *Sisällön analyysi*. *Hoitotiede* Vol.11 no.1/-99, 4–8

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. *Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville*. Stakesin oppaita 52/2002. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Sosiaalihuoltoasetus L 1983/607. Finlex, lainsäädäntöä [viitattu: 26.11.2009]. Saata-

vissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1983/19830607>

Sosiaalihuoltolaki L 1982/710. Finlex, lainsäädäntöä [viitattu: 25.11.2009]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>

Tenkanen, R. 2003 *Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusien elämänlaadun näkökulmasta*. Acta Universitatis Lapponiensis 62.

Tepponen, M. 2007. Yhteistyö. Teoksessa Heinola, R. (toim.). *Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun*. Stakes. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy, 61–81.

Tepponen, M. 2009. *Kotihoidon integrointi ja laatu*. Kuopion yliopiston julkaisuja. Väitöskirja [viitattu 19.8.2010]. Saatavissa: <http://www.uku.fi/vaitokset/2009/isbn978-951-27-1230-4.pdf>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vilkkä, H. 2005. *Tutki ja kehitä*. Helsinki: Tammi.

Voutilainen, P., Kauppinen, S., Heinola, R., Finne-Soveri, H., Sinervo, T., Kattainen, E., Topo, P. & Andersson, S. 2007. Ikääntyneiden palvelut. Katsaus ikääntyneiden kotihoidon kehitykseen. Teoksessa Heikkilä, M. & Lahti, T. (toim.). *Sosiaali- ja terveyden huollon palvelukatsaus*. Stakes, 154–189

LIITTEET

Liite 1 Sosiaali- ja terveyslautakunnan muuttaminen perusturvalautakunnaksi

Kiuruveden kaupunki		Kokouspvm	Dnro
Kaupunginhallitus	149 §	12.08.1996	112/00/004/96
Kaupunginhallitus	168 §	02.09.1996	112/00/004/96
Kaupunginvaltuusto	56 §	30.09.1996	112/00/004/96

SOSIAALI- JA TERVEYSLAUTAKUNNAN MUUTTAMINEN PERUSTURVALAUTAKUNNANKSI

KHALL 149 § Sosiaali- ja terveystoimea koskevassa konsulttiselvityksessä on esitetty, että sosiaali- ja terveyslautakunta muutetaan perusturvalautakunnaksi ja, että sen alaisuuteen kootaan sosiaali-toimi, oikeusapu- ja holhustoimi, kansanterveysyö, ympäristöterveydenhuolto ja eläinlääkintä sekä asuntotoimi.

Kaupunginhallitus on 7.5.1996 pyytänyt lausunnon sosiaali- ja terveyslautakunnalta sekä oikeusapulautakunnalta sosiaali- ja terveyslautakunnan muuttamisesta perusturvalautakunnaksi.

Sosiaali- ja terveyslautakunta on 22.5.1996 § 33 antanut asiasta seuraavan lausunnon:

Sosiaali- ja terveyslautakunta toteaa, että mikäli oikeusapu ja asuntotoimi liitetään osaksi sosiaali- ja terveyslautakuntaa, lautakunnan nimi tulisi muuttaa perusturvalautakunnaksi. Uusi nimi antaa paremman kuvan lautakunnan toimialasta. Nykyinen nimi "sosiaali- ja terveyslautakunta" korostaa lisäksi sosiaalitoimen ja terveydenhuollon erillisyyttä. Palvelurakenteiden uudistaminen ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön lisääminen puolestaan korostaa päällekkäisyyksien poistamista ja toiminnallisten yhteistyötä. Myös tältä kannalta "perusturvalautakunta" on lautakunnan nimenä neutraalimpi. Näistä syistä useissa kunnissa on jo tehty vastaavat nimenmuutokset.

Oikeusapulautakunnan tehtävät ovat tällä hetkellä vähäiset. Lautakunta on kokoontunut 1 - 2 kertaa vuodessa, useimmiten hyväksymään talousarvioehdotuksen, Muutoksenhakuja lautakuntaan ei ole ollut. Tältä kannalta katsoen ei ole oleellista merkitystä ja kustannusvaikutuksia, toimiiiko lautakunta omanaan vai yhdistetäänkö se perusturvalautakuntaan.

Ptk:n tark.

J.R.K. J.K. Mink

Holhouslautakunta on sen sijaan lakisääteinen lautakunta. Lisäksi sosiaali- ja terveyslautakunta kiinnittää huomiota siihen, että ns. Kosken työryhmäesityksessä kuntien valtionosuusdistukseksi esitetään oikeusavun ja holhoustoimen siirtämistä valtionhallintoon 1.1.1998 lukien.

Asuntotoimen siirtäminen osaksi perusturvaa on perusteltua paitsi toiminnallisista syistä myös siitä syystä, että asuntosihteerin päätösten oikaisuvaatimiselimenä toimii tällä hetkellä kaupunginhallitus. Joka tapauksessa kaupunginhallituksen sijasta asuntotoimen oikaisuvaatimusten käsittely tulisi olla lautakuntatasolla. Sopiva lautakunta tähän tarkoitukseen olisi perusturvalautakunta.

Lisäksi lautakunta toteaa, että esittelyssä ei ole koettu nykyisessä järjestelmässä ongelmia ja siihen tulee palata johtosääntömuutosten yhteydessä.

Va.yleinen oikeusavustaja, asianajaja Teija Hyttiäinen on oikeusapulautakunnan puolesta antanut asiasta seuraavan lausunnon:

Pyydettyinä lausuntona ilmoitan, että yleisestä oikeusaputoiminnasta annetun lain (2.2.1/973/88) 4 §:n mukaan yleistä oikeusaputoimintaa kunnassa johtaa ja valvoo oikeusapulautakunta. Erityislakina yleisestä oikeusaputoiminnasta annettu laki menee kuntalain ohi.

Huomiota tulee kiinnittää uudelleenjärjestelyjä tehtäessä erityisesti siihen, että yleisestä oikeusaputoiminnasta annetun lain 6 §:n mukaan valtuuston on hyväksyttävä oikeusapulautakunnan ohjesääntö, joka on alistettava oikeusministeriön vahvistettavaksi. Po. vahvistamisen osalta voi tulla ongelmia, mikäli oikeusapulautakunta siirretään toisen lautakunnan alaisuuteen.

Päätösehdotus:

Kaupunginhallitus esittää kaupunginvaltuustolle, että sosiaali- ja terveyslautakunta muutetaan perusturvalautakunnaksi 1.1.1997 lukien ja samasta ajankohdasta oikeusapulautakunta yhdistetään perusturvalautakuntaan.

Ptk:n tark.

J. K. Mikkilä

Kiuruveden kaupunki

Kokouspvm

Dnro

Päätös:

Kaupunginhallitus päätti jättää asian pöydälle.

KHALL 168 §

Päätösehdotus:

Kaupunginhallitus esittää kaupunginvaltuustolle, että sosiaali- ja terveyslautakunta muutetaan perusturvalautakunnaksi 1.1.1997 lukien ja samasta ajankohdasta oikeusapulautakunta yhdistetään perusturvalautakuntaan.

Päätös:

Päätösehdotus hyväksyttiin.

KVALT 56 §

Päätös:

Päätösehdotus hyväksyttiin.

Ptk:n tark.

AK, K. MW

Liite 2 Kotihoidon toiminta-ajatus/toiminnan kuvaus vuonna 1997

31

Sosiaalityö	TAE 1997	Muutos-%	TS 1998	TS 1999
Toimintakulut	18160		17797	17818
Toimintatuotot	3936		3933	3933
Netto	14224		13864	13885
Sumu-poistot	70		70	70
Tunnusluvut:				
asumispalv.hoitopäiviä	23582		23600	23600

KOTIHOITO

TOIMINTA-AJATUS/TOIMINNAN KUVAUS

Kaikenikäisille asiakkaille ja asiakasperheille yksilöllisesti suunniteltu ja kohdennettu kotipalveluapu. Kotisairaanhoidon tehtävänä on turvata potilaiden kotona tapahtuva, lääkärin määräyksiin ja hoito- ja palvelusuunnitelmaan perustuva yksilöllinen hoito yhteistyössä oman hoitajan, potilaan ja hänen omaistensa sekä eri sidosryhmien kanssa.

TOIMINTASTRATEGIA

Erilaisten asiakkaiden tarpeista lähtevä kokonaisvaltainen, kuntouttava ja omatoimisuutta edistävä toiminta. Tavoitteena on potilaan tarkoituksenmukainen ja hyvä, mutta myös taloudellinen hoito.

TOIMENPITEET SUUNNITTELUKAUDELLE

1. Kehitetään yhteistoimintaa sosiaalityön ja perhekliniikan kanssa.
2. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tehtävien yhteensovittaminen ja uudelleen arviointi, jotta saadaan toimiva kotihoitoyksikkö.

TOIMENPITEET TALOUSARVIOVUONNA

1. Yhden tilapäisen viran määräraha poistettu.
2. Kolmen osa-aikatyötä tekevän palkat budjetoitu kokonaisina.
3. Omaishoidon määrärahaa supistettu 100.000 mk:lla netto.
4. Yksi perushoitaja hoitaa kotisairaanhoidon perushoitajan sijaisuudet.

OHJEELLISET TUNNUSLUVUT JA MITTARIT

Kodinhuoltoapu; käyntejä 119248
Asiakkaita 246

Kotihoito	TAE 1997	Muutos-%	TS 1998	TS 1999
Toimintakulut	11086		11272	11310
Toimintatuotot	1826		1826	1826
Netto	9260		9446	9484
Sumu-poistot	39		40	40
Tunnusluvut:				
kodinh.käyntejä	119248		119250	119250



TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Olen Mari Roivainen, Savonia- ammattikorkeakoulusta, Iisalmen yksiköstä ja opiskelen sosiaalian alan koulutusohjelmassa. Pyydän lupaa tutkia opinnäytetyönäni Kiuruveden kotihoidon yhteistyön nykytilaa ja kehittämishaasteita. Ohjaava opettajani on Kristiina Kukkonen ja toimeksiantajani vastuhenkilö Tuula Ilvonen. Opinnäytetyöni tavoite on edistää Kiuruveden kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteistyötä tutkimalla yhteistyön nykytilaa ja haasteita. Tarkoituksena on nostaa haasteet esiin työntekijöiden näkökulmasta, sillä silloin niiden ratkaiseminen ja kehittäminen on työntekijälle motivoivaa ja mielekästä.

Tutkimukseni teoreettinen viitekehys pohjautuu Yrjö Engeströmin toimintajärjestelmän kolmiomalliin ja kehittävän työntutkimuksen syklimalliin. Tutkimukseni on laadullinen eli kvalitatiivinen ja kerään tutkimukseni aineiston kahden ryhmähaastattelun avulla. Ryhmien kokoonpanojen tulisi vastata mahdollisimman tarkasti todellisuutta Kiuruvedellä, joten sen muodostan työntekijälistojen ja koulutuksen perusteella. Tarkoitus on tehdä haastattelut helmikuun (2010) loppuun mennessä. Ennen haastatteluja informoin henkilökohtaisesti työntekijöitä tekemästani työstä ja tulevista haastatteluista. Käytän menetelmänä teemahaastattelua. Litteroin ensin aineiston, jonka jälkeen teen aineistolleni sisällön analyysin, jonka pohjana toimivat valmiit teemat. Raportoin työn eri vaiheissa sekä toimeksiantajaani, että ohjaavaa opettajaani ja valmis opinnäytetyö esitellään kirjallisesti ja suullisesti avoimessa tilaisuudessa. Työn eri vaiheissa noudatan eettisiä säännöksiä ja vältän muun muassa haastateltavien henkilöllisyyden paljastamista ja perustan haastatteluihin osallistumisen vapaaehtoisuuteen. Lisätietoja varten ovat ohessa yhteystietoni.

Ystävällisin terveisin,

Sosiaalian alan opiskelija

Mari Roivainen

040-8268559

@: mari.roivainen@student.savonia.fi

Liite 4 Tutkimuslupa

Viranhaltija	sosiaalijohtaja	Pykälä	31/2010
Palveluyksikkö	Sosiaalihuollon palvelut	Dnro	43/2010
Toimielin	Yhtymähallitus	Päätösluokka	13.00.00
Asiaotsikko	Tutkimuslupahakemus / Mari Roivainen		
Päätösteksti (sis. mahdollisen valmistelijan esityksen)	<p>Sosiaalialan opiskelija Mari Roivainen Savonia ammattikorkeakoulusta lisälmen yksiköstä hakee lupaa tutkia opinnäytetyönä Kiuruveden kotihoidon yhteistyön nykytilaa ja kehittämishaasteita. Ohjaavana opettajana toimii Kristiina Kukkonen ja toimeksiantajana sekä vastuuhenkilönä Tuula Ilvonen.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena on edistää Kiuruveden kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteistyötä.</p> <p>Tutkimuksen teoreettinen viitekehys pohjautuu Yrjö Engeströmin toimintajärjestelmän kolmiomalliin ja kehittävään työntutkimuksen syklimalliin. Tutkimus on laadullinen ja aineisto tullaan keräämään haastattelemalla kahta työntekijäryhmää helmikuun 2010 loppuun mennessä. Menetelmänä on teemahaastattelu ja sisällön analyysi.</p> <p>Valmis opinnäytetyö tullaan esittelemään kirjallisesti ja suullisesti avoimessa tilaisuudessa. Työn eri vaiheessa noudatetaan eettisiä säännöksiä ja vältetään mm. haastattelujen henkilöllisyyden paljastamista. Haastattelut perustuvat vapaaehtoisuuteen.</p>		
Päätös	<p>Hyväksytään tutkimuslupahakemus.</p> <p>Opinnäytetyö tulee esittää kotihoidon henkilöstölle sen valmistuttua.</p> <p>Opinnäytetyön laajemmasta avoimesta esittelystä tulee neuvotella vastuuhenkilö Tuula Ilvosen kanssa.</p>		
Peruste	Ylä-Savon sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän hallintosääntö		
Nähtävilläolo	Iisalmen Terveyskeskus 19.2.2010		
Muutoksenhaku	Ei muutoksenhakuoikeutta		
Tiedoksi	Savonia ammattikorkeakoulu/Kristiina Kukkonen		
Tiedoksi ltk	Yhtymähallitus		
Saaja	Mari Roivainen		
Valmistelija ja yhteystiedot	Tarja Huttunen puh. 040 8304304		
Allekirjoitus ja Nimenselvennys	Marja-Leena Meriläinen sosiaalijohtaja		



ARVOISA HAASTATTELUUN OSALLISTUJA,

Olen Mari Roivainen ja opiskelen sosionomiksi Iisalmen ammattikorkeakoulussa sosiaalialan koulutusohjelmassa. **Opinnäytetyönäni teen tutkimusta Kiuruveden kotihoidon (kotipalvelun ja kotisairaanhoidon) yhteistyön nykytilasta ja kehityshaasteista.** Parhaimpia aihealueen asiantuntijoita olette te ja tarkoituksena on nostaa mahdolliset haasteet esiin teidän näkökulmasta.

Aineiston kerään kahden ryhmähaastattelun avulla torstaina 25.2.2010. Ensimmäiselle ryhmälle aikaa on varattu kello 9-11 ja toiselle kello 13-15. Tallennan haastattelun nauhurilla ja videokameralla. Käsittelemme luottamuksellisesti, niin että yksittäistä henkilöä ei voida tunnistaa tutkimustuloksista. Nauhat hävitän työni valmistuttua.

Toivon myönteistä suhtautumista opinnäytetyötäni kohtaan ja kiitän jo etukäteen halukkuudesta osallistua siihen! Jos kuitenkin et ole halukas osallistumaan haastatteluun, niin pyydän ilmoittamaan asiasta mahdollisimman pian minulle joko sähköpostitse tai puhelimitse. Liitteenä tässä kirjeessä on haastattelua varten teemoja ja niihin liittyen joitakin kysymyksiä, mutta enemmän haastattelutilanne muistuttaa keskustelua ja kysymykset ovat suuntaa antavia ja aihealueeseen orientoivia.

Yhteistyöterveisin,

Mari Roivainen

sosionomiopiskelija

p. 040-8268559

mari.roivainen@student.savonia-amk.fi

LIITE

Työyhteisö ja yhteistyön kehittyminen:

Mitkä ovat olleet mielestäsi työhistorianne aikana suurimpia muutoksia suhteessa yhteistyön kehittymiseen?

Mitä moniammatillisuus merkitsee työyhteisössänne?

Miten koette oman henkilökohtaisen työskentelytapanne vaikuttavan yhteistyöhön?

Työnjako

Kuinka työnjako organisoidaan?

Miten työnjako toimii työyhteisössänne?

Työvälineet

*Konkreettiset välineet; esim. yhteydenpitovälineet ja hoito- ja palvelussuunnitelma jne.
Abstraktit välineet; esim. palaverit, koulutus, oma persoona jne.*

Mitkä ovat merkittävimpiä työvälineitänne ja mitkä välineet koette yhteistyönne kannalta tärkeiksi?

Työtä ohjaavat säännöt, ohjeet ja normit

Mitkä koette merkityksellisiksi työtänne ohjaaviksi säännöiksi ja ohjeiksi?

Miten ne vaikuttavat yhteistyöhönne ja palvelevatko ne toimivaa yhteistyötä?

Liite 6 Ryhmähaastattelun runko

RYHMÄHAASTATTELUN RUNKO

Taustatiedot

TEEMAT JA ALAKYSYMUKSET

Työn tavoite ja tulos:

- Mikä on mielestänne yhteistyönne tärkein tavoite ja tulos?
- Ovatko tavoitteet yhteiset työyhteisössänne?

Työyhteisö ja yksilö osana sitä:

- Miten te kuvailisitte ja määrittelisitte kotihoidon Kiuruvedellä?
- Kuinka kuvailisitte ja määrittelisitte oman työyhteisönne?
- Mitä moniammatillisuus merkitsee Kiuruveden kotihoidossa ja työyhteisössänne (kotipalvelu ja kotisairaanhoido)?
- Näettekö moniammatillisuudessa haasteita?
- Kuinka ongelmiin ja haasteisiin vastataan?
- Kuinka ammattitaitoa ja erityisosaamista hyödynnetään?
- Miten koette oman persoonan vaikuttavan yhteistyöhön?
- Koetteko sillä olevan merkitystä?

Työnjako

- Mitä teille tulee mieleen sanasta työnjako, kun ajatellaan tekemäänne yhteistyötä?
- Miten työnjako toimii työyhteisössänne?
- Toimiiko työnjaon organisointi?
- Toimiiko tehtävien ja työsuoritusten jako?
- Huomioidaanko siinä ammatillinen erityisosaaminen ja henkilökohtaiset vahvuudet?
- Toimivatko työvuorot?

Työvälineet:

Konkreetit välineet; esim. yhteydenpitovälineet, kulkuneuvot, hoito- ja palvelussuunnitelma, lääkkeet, tietotekniikka – asiakastietojärjestelmä

Abstraktit välineet; esim. palaverit, oma ammatillinen koulutus, käytettävät työmenetelmät, oma persoona, työnohjaus

- Mitkä koette toimivan yhteistyönne ja työn tuloksen kannalta merkittävimmiksi työvälineiksenne?
- Mitkä koette sellaisiksi välineiksi, jotka ovat haasteellisia toimivan yhteistyön ja tavoitellun tuloksen kannalta?
- Miksi?
- Onko olemassa sellaisia työvälineitä, jotka olisivat tärkeitä toimivan yhteistyön kannalta, mutta niitä ei käytetä tai ne puuttuvat? Mitä ne ovat

Työtä ohjaavat säännöt, ohjeet ja normit:

- Mitkä koette merkityksellisiksi työtänne ohjaaviksi säännöiksi ja ohjeiksi?
- Miten ne vaikuttavat yhteistyöhönne?
- Onko säännöissä tai ohjeissa sellaisia, jotka ovat haasteellisia toimivan yhteistyön ja tavoitellun tuloksen kannalta? Miksi?

HISTORIALLINEN NÄKÖKULMA

- Miten yhteistyö kotihoidossa on oman työhistoriasi aikana kehittynyt?
- Mitkä ovat olleet suurimpia muutoksia? Pystytkö nimeämään joitakin?
- Mitkä asiat muutoksiin ovat vaikuttaneet?
- Mikä muutoksissa on ollut haasteellista?

Muuta:

- Jäikö mielestänne jokin yhteistyönne kannalta olennainen asia vielä sanomatta? Voitte nyt vapaasti kertoa siitä.

TYÖVÄLINEET – HISTORIA

ESIMERKKI ALKUPERÄISESTÄ ILMAUKSESTA

No se ainakkii on, että nykyään laitetaan tarkalleen kellon ajat ylös ja tietokoneet tietysti.. Nämä nyt ainakkii. Johonkii aikaan vaan ruksi pantiin, että ollaan asiakkaan luona käyty, mutta nyt kellosta on katottava.

Suurin mikä minun aikana on tullut, on tämä Effican tulo, että se KHTOTsi ja sitä kautta yhteistyön kehittyminen

PELKISTYKSET

Kotisairaanhoidolle kirjaaminen tullut ensin
Tietokoneet tulleet, ennen kirjoitettiin pienelle paperille
Kirjaaminen tullut kotipalvelulle muutama vuosi sitten
Tietokone ensimmäistä kertaa käytössä kirjauksen yhteydessä
Tietokoneen käytön oppiminen.
Tietokoneet

Effican tulo – "KHTOTsi"
Effican tulo
Järjestelmäkii on muuttunu monta kertaa.

KIRJAAMINEN
TIETOKONEELLA

ALAKATEGORIAT

ASIAKASTIETO-
JÄRJESTELMÄT

TEORIALÄHTÖINEN YLÄKATEGORIA

Välineet

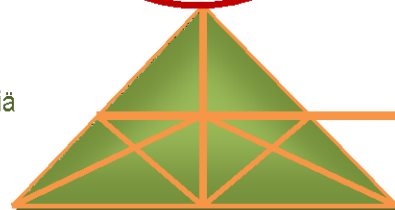
Tekiiä

Kohde – Toivottu työn
tulos

Säännöt

Yhteisö

Työnjako



TYÖVÄLINEET – NYKYTILA

ESIMERKKI ALKUPERÄISESTÄ ILMAUKSESTA

Niin no tokihan se yhteinen tietojärjestelmä meillä on, mutta paljohan sitä tietoo vaihetaan niin kun kasvotusten. Ja tärkeitä on se. Ja vaikka se kirjaaminen tulee tuplana, tulloo KHTOTS:lle ja tulloo vihkoon, mutta ei voida olettaa, että joka ikinen aamu jokainen kotipalvelun työntekijä lukis sieltä kaikkien asiakkaitten paperit, että ei oo käytännössä mahdollista. Vaan silloin, kun on jotakii extraa, niin silloin sanotaan kasvotusten tai kirjetetaan vihkoon.

Niin tuota ja se, että vaikka siellä ne hopasut onkin, niin ei ne kieltämättä kyllä ajan tasalla oo, että varmaan se turvallisoin on se kasvotusten kysyminen ja sanominen ja tiimipalavereissa puhuminen.



PELKISTYKSET

Vihkoon, mitkä tärkeitä.. KSH käy samalla lailla kirjottamassa
Kun extraa, sanotaan kasvotusten tai kirjetetaan vihkoon.
Määrätyt kirjaamiset
Muistivihko
Kirjaaminen tuplana

Asiakastietoja sinne totsille
KHTOTS:i on hyvä lehti ja pystyy paljon viestittämään.
KH-TOTS on hirmu tärkeä työväline, että mahdollisimman paljon sinne kirjottaa
Koneelle kirjetetaan sokerit ja verenpaineet
Yhteinen tietojärjestelmä meillä on
Kenttätyöntekijä tietää eniten siitä ihmisestä Enemmän aikaa kirjaamiseen.
Ei oo kun kaks konetta
Ei oo ku kaks
Vuoroa odottaa jokainen
Vielä tuon tuostakin, että pätkii..

ALAKATEGORIAT JA ALARYHMÄT

KIRJAAMINEN JA ASIAKASTIETOJÄRJESTELMÄT

- Manuaalinen kirjaaminen
- KHTOS
- Oikeudet

HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA

ARJEN TYÖVÄLINEET JA TYÖTILAT

- Palaverit
- Puhelimet
- Työtilat

TYÖNOHJAUS

TEORIALÄHTÖINEN YLÄKATEGORIA

Välineet

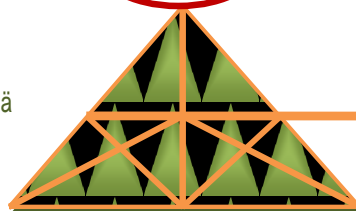
Tekiiä

Kohde – Toivottu työn tulos

Säännöt

Yhteisö

Työnjako



www.savonia.fi

