

HELSINGIN KAUPUNGIN KOTIHOIDON IMAGO

Kaupunginsairaalan hoitohenkilökunnan
silmin



Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Visamäki 17.11.2010

Olga Heiskanen



VISAMÄKI

Sosiaali- ja terveystalouden kehittäminen ja johtaminen

Tekijä	Olga Heiskanen	Vuosi 2010
Työn nimi	Helsingin kaupungin kotihoidon imago kaupunginsairaalan hoitohenkilökunnan silmin	

TIIVISTELMÄ

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millainen on Helsingin kaupungin kotihoidon imago kaupunginsairaalan hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena oli imagon selvittämisen lisäksi kuvata imagoon vaikuttavia tekijöitä ja etsiä keinoja imagon nostamiseen, jos haastateltavien näkökulmasta siihen on tarvetta.

Tutkimus oli laadullinen. Aineisto kerättiin teemahaastatteluilla talvella ja keväällä 2010. Tutkimuksen tiedonantajina toimivat Helsingin kaupungin terveyskeskuksessa, kaupunginsairaalan palveluksessa työskentelevät kahdeksan hoitotyöntekijää, neljä sairaanhoitajaa ja neljä lähihoitajaa. Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisesti laadullista sisällönanalyyysimenetelmää käyttäen.

Haastattelujen perusteella Helsingin kaupungin kotihoidon imago heijastaa kiireisyyttä, yksinäisyyttä ja vaillinaista perehdytystä. Kiireellisen, vaativan ja yksinäisen työpaikan maine, usko alalla vallitsevasta työvoimapolusta, työntekijöiden kuormittavuudesta sekä varmuus siitä, että perehdytyksen saaminen ei kotihoito-osastolla ole mahdollista ei luonut kovin myönteistä imagoa Helsingin kaupungin kotihoidosta. Kotihoidon julkisen kuvan tiedonantajat kokivat kielteiseksi. Haastateltavien mukaan myös heidän työkaverinsa ovat kertoneet vähemmän myönteisistä kotihoitokokemuksistaan.

Aineistosta saatujen tietojen mukaan Helsingin kaupungin kotihoidon imagon nostaminen olisi tarpeellista. Tiedonantajien mielestä työ Helsingin kaupungin kotihoito-osastolla voisi tulla kyseeseen, jos heille taattaisiin perusteellinen ja laadukas perehdytys kotihoidon työhön. Tästä päätellen tutkija näkee, että yksi keino imagon nostamiseen olisi perusteellisen perehdytyksen ja työpaikkakoulutuksen takaaminen tuleville työntekijöille.

Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan mahdollisesti hyödyntää esimerkiksi kotihoidon rekrytointihankkeissa ja uusien kotihoidonohjaajien perehdytyksessä.

Avainsanat kotihoito, tiimityö, imago, käsitys, perehdytys

VISAMÄKI

Sosiaali- ja terveystalouden kehittäminen ja johtaminen

Author

Olga Heiskanen

Year 2010**Subject of Master's thesis
city****The image of the Home Care services of Helsinki**
according to care workers of the City Hospital.

ABSTRACT

The purpose of this study was to find out what kind of image of the Home Care services of Helsinki city have according to care workers of the City Hospital not working in home care services and to describe components which affects on the image and look for ways for raising of image, if interviewees consider, that there is a need.

The study was qualitative. Research data were collected through a theme interview carried out in the winter of 2010. The group of informants consisted of eight care workers, four nurses and four practical nurses in City Hospital service of health center of Helsinki city. The research material was analyzed inductively using a qualitative content analysis method.

The result of the study was that the image of the Home Care services of Helsinki city reflects hurry, loneliness and inadequate orientation according to care workers of City Hospital. Urgent, demanding and lonely job reputation, the belief in the prevailing labor shortage, workers workload and the assurance that it's not possible to get an orientation to home care department caused the image of Helsinki home care services to be not very positive.

According to information received from the study, it would be necessary to raise the image of the Home Care of the city of Helsinki. The informants think that they could work in home care department if job introduction and training were guaranteed to them. Due to this, the researcher infers that one way to raise the image of the Home Care Department would be guaranteed thorough job introduction and training for the beginners.

Results of this study may be utilized for example in the recruitment projects and in training of new Home Care Leaders of the Home Care Department.

Keywords home care, team work, image, impression, introduction

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	3
2.1 Imago käsitteenä.....	3
2.2 Imagon lähikäsitteet mielikuva ja käsitys.....	4
2.3 Maine käsitteenä.....	5
2.4 Brandi suhteessa imagoon ja maineeseen.....	5
3 SOSIAALI- JA TERVEYSALAN IMAGO JA SEN MERKITYS TYÖMARKKINOILLA.....	6
4 KOTIHOITO-OSASTON ORGANISAATIO	8
4.1 Kotihoitokokeilu vuonna 2005.....	9
4.2 Kotihoitoyhdistämisen perusteet.....	9
4.3 Yhdistetyn kotihoidon haasteet	9
4.4 Yhdistetyn kotihoidon lopputulos.....	10
4.5 Kotihoidon organisaation rakenne vuonna 2010.....	10
4.6 Kotihoidon ohjaajan lähijohtamisen haasteet.....	11
4.7 Helsingin kaupungin terveyskeskuksen strategia.....	12
4.7.1 Kotihoito-osaston visio ja strategia 2010-2012	13
5 KOTIHOIDON TEHTÄVÄALUEET JA NIIDEN YHTEYS IMAGOON JA VETOVOIMAAN.....	14
5.1 Kotihoidon tehtävä	14
5.2 Kotihoidon tukipalvelut	15
5.3 Moniammatillinen tiimityö ja sen haasteet kotihoidossa.....	16
5.4 Kotihoidon henkilöstön työhyvinvointi ja työtyytyväisyys.....	18
5.5 Helsingin kaupungin kotihoidon imago ja maine kirjallisuuden ja tutkimuksen valossa.....	20
5.5.1 Tutkimuksen teoreettisten lähtökohtien katsaus ja yhteenveto	20
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	22
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	23
7.1 Tutkimusmenetelmä.....	23
7.2 Tiedonantajat.....	25
7.3 Aineiston keruu.....	26
7.4 Aineiston analyysi.....	27
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	30
8.1 Haastateltavien taustatiedot.....	30
8.2 Kaupunginsairaalan hoitohenkilökunnan haastatteluista saatu käsitys Helsingin kaupungin kotihoidon imagosta ja siihen vaikuttavista tekijöistä.....	31
8.3 Helsingin kaupungin kotihoidon imagon nostamisen tarpeellisuus haastateltavien näkökulmasta	35
8.4 Helsingin kaupungin kotihoidon imago.....	37
9 POHDINTA.....	38

9.1 Tutkimuksen luotettavuus.....	38
9.2 Tutkimuksen eettisyys.....	39
9.3 Tutkimustuloksen tarkastelu teoreettisen viitekehityksen valossa.....	40
9.4 Johtopäätökset	45
9.5 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet.....	45

LIITE 1	Haastateltavan esitietolomake
LIITE 2	Tutkimuksen saatekirje
LIITE 3	Tutkimuksen haastattelurunko
LIITE 4	Kotihoidon organisaatiokaavio
LIITE 5	Tutkimuslupa
LIITE 6	Tutkimuslupa



1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää millainen on Helsingin kaupungin kotihoidon imago kaupunginsairaalan (vuoteen 2010 asti nimi oli: Akuuttisairaala) hoitohenkilökunnan silmin. Tutkimusjoukon muodosti Helsingin kaupungin terveyskeskuksessa, kaupunginsairaalan palveluksessa työskentelevät kahdeksan hoitotyöntekijää, neljä sairaanhoitajaa ja neljä lähihoitajaa.

Tutkimuksen lähestymistavaksi olen valinnut laadullisen lähestymistavan. Aineistokeruumenetelmäksi olen valinnut teemahaastattelun. Analysoin aineiston sisällönanalyysimenetelmällä.

Väestön ikääntyessä kasvaa luonnollisesti hoivatyön kysyntä. On ennakoitavissa pätevän hoitohenkilökunnan rekrytointivaikeuksia. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen kasvaessa, kilpailu motivoituneista ja osaavista hoitoalan ammattilaisista tulee Suomessa lähivuosina lisääntymään. (EK, 2005 palvelut 2020). Työnantajan hyvä imago on silloin mahdollisesti ratkaisevana tekijänä rekrytointiprosessissa. Työnhakijalla saattaa olla yleensä jo työnhakuprosessin aikana tietynlainen mielikuva työnantajasta.

Vanhuustyön imagon on muututtava houkuttelevammaksi välttääkseen alan uhkaa lähitulevaisuudessa. Työn arvostusta on osoitettava konkreettisesti, se ei saa jäädä juhlapuheen tasolle. (Heikkilä & Kirveenummi 2009, 22). Ennakoitu työvoimapula hoitoalalla lisää vaatimuksia myös työnantajille. On erittäin tärkeää, että työntekijä kokee työnsä palkitsevaksi. Työhyvinvoinnin merkitys tulevaisuudessa vain kasvaa. Asiantuntijat korostavat myös sosiaali- ja terveysalan imagon vaikutusta lähihoitajien sijoittumiseen työmarkkinoilla. (Räsänen 2003, 30-33.)

Sosiaali- ja terveyshuolto joutuu tulevana lähivuosina kilpailemaan pätevistä työntekijöistä. Suurten ikäluokkien mukana siirtyy eläkkeelle myös suuri määrä sosiaali- ja terveysalan asiantuntijoita. On tärkeää, että tulevat, alalle rekrytoidut hoitoalan ammattilaiset pysyvät alalla ja jaksavat myös kehittää työtään. (Etenen raportti 2008.)

Riittääkö meillä Suomessa osaavaa hoitohenkilöstöä tulevaisuudessa? Mitkä tekijät saavat hoitoalan ammattilaiset viihtymään työssä? Miten taataan potilasturvallisuus ja hoidon hyvä laatu? Vanhusten määrä lisääntyy tulevaisuudessa ja väestön ikärakenne vanhenee tulevana vuosina. Iäkkäiden määrän kasvu merkitsee, että myös apua tarvitsevien määrä lisääntyy.

Vuosittain työmarkkinoilta katoaa tuhansia työntekijöitä, sillä alalla on suhteellisesti enemmän vanhoja ikäluokkia, jotka siirtyvät eläkkeelle, eivätkä nuoret pysty korvaamaan näitä täysin. Väestön ikääntyminen on nähtävissä etenkin terveydenhuollossa. (Työministeriö 2003, 2-10.)

Työttömyyden ja eläkeputkien lisäksi monien työntekijöiden poistumista työmarkkinoilta aiheuttaa näiden joutuminen ennenaikaiselle eläkkeelle.

Täten sosiaali- ja terveysala tulee tarvitsemaan lähitulevaisuudessa runsaasti uusia työntekijöitä. (Kallio & Pitkänen 2005.)

Lauttamäki ja Hietanen (2006) arvioivat terveysalan työntekijöiden eläköitymisen kiihkeimmän vaiheen vuonna 2015, silloin paineita lisäävät myös uusien hoitoalan ammattilaisten kouluttaminen ja vanhan, hiljaisen tiedon siirtäminen uusille tulokkaille.

Tehyn puheenjohtaja Jaana Laitinen-Pesola näkee, että hoitotyöntekijöitä ei saada pysymään hoitotyössä kauemmin siihen painostamalla. Liiton puheenjohtaja ennakoi hoitohenkilöstön eläköityvän noin 58-vuotiaana. Eläkekeskusteluun kuuluu myös huoli työvoiman riittävydestä ja alan imagoista. (Tehy, 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriön vuoden 2015 strategiaan linjauksiin (STM 2006) kuuluu mm. työelämän vetovoiman lisääminen. Tavoitteen toteuttamiseksi on panostettava työssä viihtymiseen vaikuttaviin tekijöihin, joista työelämän tasa-arvon lisääminen sekä työ- ja perhe-elämän yhteensovittaminen nousevat esille. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen KASTE - ohjelma (STM 2008) on asettanut projektin suunnitellaan muiden tavoitteiden lisäksi pätevän hoitohenkilöstön riittävän saatavuuden ja työhön sitouttamisen sekä hoitotyön vaikuttavuuden ja vetovoiman kehittämisen.

Karvosen (2008, 22-24) mukaan on otettava huomioon eletäänkö ylikypsyntä aikana vai ei. Onko työnantajalla valinnanvaraa työntekijän suhteen vai onko pallo hyvän työnhakijan käsissä? Työntekijäkilpailun aikana on mietittävä, mitä voisi tehdä, jotta pätevä henkilö valitsisi ”juuri meidän tuotteen”. Myös Laiho (2006, 50) ja Heinonen (2006, 44-45, 161-164) korostavat imagon merkitystä organisaatiolle taikka yritykselle. Hyvistä työntekijöistä on yleensä kova kilpailu ja työpaikan maine voi olla ratkaisevana tekijänä rekrytoinnissa. Uusien asiakkaiden hankkiminen, vanhojen säilyttäminen sekä onnistunut rekrytointi luo yritykselle edellytykset onnistumiselle. Varsinkin sellaisena aikana, kun työntekijöiden saatavuus tietyllä alalla on vaikeutunut, imagolla on entistä suurempi merkitys.

Suomessa on viime vuosina herännyt kiinnostus hoitoalan imagoista. Hyvä imago on entistä tärkeämpi Suomen tullessa yhä kilpailuhenkiseksi pätevistä työvoimasta. On myös hoitoalan edun mukaista, ettei julkisuus keskity ainoastaan hoitotyön vähemmän positiivisiin puoliin. Negatiivinen julkinen kuva saattaa aiheuttaa hoitoalalle vain lisää hankaluuksia. Hoitoalan ammattilainen ei voi ylpeillä omasta työstään, jos ammattia esimerkiksi väheksytään julkisesti. (Karvonen, 2010.)

Organisaation hyvä imago luo hyvät edellytykset pätevän henkilökunnan saamiseksi. Helsingin kaupungin kotihoidon imago on oman kokemukseni mukaan kohentamisen tarpeessa. Mutta minun mielipiteeni perustuu työkokemukseeni kotihoidossa, kun taas kotihoidon houkuttelevuus työpaikkavaihtoehtona perustuu pitkälti siitä saatuun mielikuvaan. Pitäisin työpaikan valintaa kaupantekona, jossa ensimmäinen ostos on mielikuvaperusteinen mutta toinen ja seuraavat ovat jo kokemuserusteisia. Toisin sanoen,

kun hakeudutaan sellaiseen työhön, josta ei ole kokemusta, päärooli on mielikuvalla eli imagolla.

Tässä työssä kotihoidon palvelulla tarkoitetaan kotona annettavaa kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa. Palvelut annetaan sellaisille asiakkaille, joiden toimintakyky on joko tilapäisesti taikka pysyvästi heikentynyt siten, että itsenäinen selviytyminen kotioloissa ei ole mahdollista.

Hoitotyöntekijöillä tarkoitetaan sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon suorittaneita, lähinnä lähi- ja perushoitajia ja opistoasteisen taikka ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita terveyden- ja sairaanhoitajia.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on selvittää millainen on Helsingin kaupungin kotihoidon imago kaupunginsairaalan hoitohenkilökunnan silmin. Tarkoitus on myös selvittää Helsingin kaupungin kotihoidon imagoon vaikuttavia tekijöitä ja keinoja imagon nostamiseen, jos siihen on tarvetta haastateltavien näkökulmasta.

Tässä tutkimuksessa imago ja maine ymmärretään työpaikan taikka työnantajan itsestään antamaksi vaikutelmaksi, joka perustuu sekä julkisuudessa annettuun kuvaan että työntekijöiden kokemuksiin.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Seuraavassa luvussa tullaan tarkastamaan imagoa käsitteenä ja tämän lähi-käsitteitä, kuten mainetta, mielikuvaa, käsitystä ja brändiä.

2.1 Imago käsitteenä

Ihmisillä on ollut luonnollisesti aina käsityksiä ja mielikuvia. Jollain tavalla ihmiset ovat pyrkineet kertomaan toisille mielipiteitä ja vaikutelmia. Jo Raamatussa puhutaan ”imagesta”. Vuoden 1611 Raamatun painoksessa lukee seuraava: ”God created man in his own Image, in the Image of God created he him”, mikä suomeksi tarkoittaa: ”Jumala loi ihmisen omaksi kuvaksensa, Jumalan kuvaksi hän hänet loi”. Sana imago, englanniksi ”image”, on otettu käyttöön Yhdysvalloissa 1950-luvun puolivälissä. Harvard Business Review -lehti kirjoitti ”imagesta” ensimmäisenä vuonna 1955.

Suomen perussanakirjan (1990) mukaan imago on ”henkilön, liikeyrityksen tm. usein tietoisesti itsestään antama kuva taikka yleisön mieliin luotu käsitys tai vaikutelma jostakin henkilöstä, laitoksesta tai tuotteesta. Imagoa määriteltäessä käsitteenä korostuu myös viestinnän merkitys. Viesti siitä, mitä halutaan tuoda julki, lähetetään eteenpäin, viesti vastaanotetaan ja tulkitaan mahdollisesti juuri lähettäjän haluamalla tavalla. Imago ei ole kuitenkaan ainoastaan tavaramerkki tai design, vaan se on laajempi, abstraktimpi käsite. Se on julkinen persoonallisuusprofiili organisaatiolle, yhtiölle, yritykselle taikka yksilölle. Jos imago ei viestissään herätä ihmi-

sissä uskottavuutta, silloin se ei vastaa tehtäväänsä. (Karvonen 1999, 36-39,174-176.)

Imago yleensä rinnastetaan organisaation tai yrityskuvaan. Imago on sitä, miltä jonkun tai joidenkin mielestä yritys tai organisaatio näyttää. Imago on kuva, persoonallisuusprofiili ja loppujen lopuksi kokonaisuus, joka muodostuu kokemuksista, oletuksista, tiedoista ja vaikutelmista. Mutta imago on kuitenkin sidosryhmien eikä yrityksen ominaisuus. Se syntyy asiakkaan taikka vastaanottajan mielessä: imago on se, millaiseksi sidosryhmät sen kokevat. (Aula - Heinonen 2002, 46-50.)

Äikkään (2004, 30, 56-57) mielipide eroaa Aula ja Heinosen (2002) yllä mainitusta käsityksestä siinä, että imago olisi ainoastaan sidosryhmäkeskeinen seikka. Kirjailija näkee imagon monimuotoisempana ilmiönä, hänen mielestään imago on lähettäjän tietoisesti laatima kuva itsestään. Imago kertoo, miten organisaation sisällä toimitaan. Kun ”tuotettu imago” on välitetty sidosryhmälle, prosessin onnistuminen on kiinni mm. imagoviestinnän laadusta ja sidosryhmän aikaisemmista tiedoista ja kokemuksista kyseistä lähetyksestä. Imago on sekä sidosryhmien että lähettäjän ominaisuus.

Heinosen (2006, 32-34) mukaan imagon termi on visuaalinen. Toimittajien kielessä kirjailija havaitsee imagosanassa jopa negatiivisen sävyn: imago on kaunistelua, jotain sellaista, jonka ei tarvitse olla totta.

Imago muodostuu mitä yleisemmin erilaisten toimijoiden ja monien, toinen toisestaan eroavien prosessien yhteistyötuloksena. Tutkimuksilla on suuri merkitys imagon kehittämisessä ja seurannassa. Kun organisaatio alkaa ”työstää imagoa” prosessin lähtötila on analysoitava. Analysointi antaa hyvät lähtökohdat ”imago - prosessille”. Lähtökohdan lisäksi päämääränkin on oltava selvä. Tutkimuksesta tulee todennäköisesti jatkuva, koska imagon kehittäminen on prosessi, joka olosuhteista riippuen elää ja muuttuu. (Zimmerbauer 2008.)

2.2 Imagon lähikäsitteet mielikuva ja käsitys

Mielikuva ja käsitys ovat imagon lähikäsite. Mielikuvatekijät ohjaavat ihmisten tekemiä päätöksiä ja valintoja. Päätös työpaikkavalinnasta voi olla hyvinkin kiinni työntekijän mielikuvasta työnantajasta varsinkin, jos on valinnanvaraa. Ihmiset tekevät useinkin valintoja sen perusteella, minkälainen käsitys heillä on asioista. (Karvonen, 1999, 23.)

Äikkään (2004, 56-59) mukaan mielikuva ja imago ovat käsitteinä niin lähellä toisiaan, että imagoa tarkasteltaessa on aina otettava huomioon myös mielikuvakäsite. Imagon ja mielikuvan ero näkyy seuraavasti: imago on organisaation sisäisen toiminnan tuotos, mielikuva on taas organisaation ulkopuolisen sidosryhmän viesti siitä, miten tuotos on vastaanotettu, onko tavoite saavutettu. Imago siis lähettää viestin ja mielikuva kertoo siitä, miten sidosryhmä on viestin vastaanottanut.

Jos imago ja mielikuva tutkittaisiin perusteellisemmin käsitteinä, voidaan havaita, että imagon taustalla on viestintä, jota vastaanottajaryhmä sitten tulkitsee viestistä saadun vaikutuksensa mukaan. Mielikuva on käsite, joka antaa imagoa suurempia tulkintamahdollisuuksia saadusta viestistä ja omasta elämäntilanteesta riippuen. (Zimmerbauer 2001, 1-2.)

2.3 Maine käsitteenä

Maine on imagoa laajempi käsite ja se rakentuu kuudesta ulottuvuudesta: yrityskulttuurista ja johtamisesta, muutoksesta ja kehityskyvystä, yhteiskuntavastuusta, julkisesta kuvasta, tuotteista ja palveluista ja menestymisestä. Maine on sidottu organisaation todelliseen toimintaan ja se muodostuu silloin, kun kuluttaja kohtaa tuotteen, asiakas palvelun ja työntekijä yrityksen taikka organisaation. Mainetta erityisesti rakentavat ensimmäisen tason kohtaamiset, kuten esimerkiksi soitot asiakaspalvelukeskuksiin tai sellaiset tiedotustilaisuudet, jossa yrityksen tai organisaation edustaja on fyysisesti läsnä. Positiivinen kohtaaminen luo hyvän maineen edellytykset. Jokainen organisaation työntekijä rakentaa mainetta omalta osaltaan. Työntekijä voi kehua ja suositella omaa työnantajaansa ystäville, mikä lisää uskottavuutta ja saattaa vahvistaakin ystävän päätöstä hakeutua töihin kyseiselle työnantajalle. Jonkin tärkeän suositteluun muille on aina riski, koska oma maine on silloin pelissä mukana. Henkilökohtaista suositusta pidetään hyvin tehokkaana markkinoinnin välineenä. (Heinonen 2006, 26-33.)

Maineen käsite vastaa sanaa ”kasvot” kiinalaisessa kulttuurissa, jossa kasvojen käsitteeseen liittyy yhteisön luottamus ja usko henkilön tai organisaation rehellisyyteen taikka vilpittömyyteen. Kasvoja ei ole varaa menettää. Maine on sitä, mitä sidosryhmä ajattelee organisaatiosta, yrityksestä tai yksittäisestä ihmisestä. Sidosryhmän näkemys luo hyvässä tapauksessa tunnetun uskon ja luottamuksen. On syytä kuitenkin uskoa, että hyvä maine ansaitaan teoilla - ei sanoilla. Maine on myös sana, joka on helppo ymmärtää. Sitä on vaikeaa ymmärtää väärin. Vuoden 1970 nykysuomen sanakirjan mukaan maine -sana keskittyy kolmeen oleelliseen asiaan: maine on jotain, mistä puhutaan ja kerrotaan; maineeseen liittyy joko huono tai hyvä arviointi; maine on olemassa yleisössä eli tarkoitetaan sidosryhmää. (Aula - Heinonen 2002, 25-26, 35-36.)

Muista erottaminen omaksi eduksi liittyy hyvään maineeseen. Organisaatio voi olla omalla tavalla persoonallinen ja persoonallisuudellaan viitata tiettyihin ominaispiirteisiin, esimerkiksi organisaation strategiaan, visioon ja toiminta-ajatukseen voivat olla omanlaatuisia, rohkeita ja muista eroavia. (Karvonen, 1999, 45.)

2.4 Brandi suhteessa imagoon ja maineeseen

Alkuajan ”brandi” tarkoitti polttomerkillä leimattua karjaa. Samantyyppisillä merkeillä leimattiin rikollisia taikka orjia. Englanninkielinen sana

”brand” liittyy polttamiseen. Nykyäänkin ollaan ikään kuin ”samalla tiellä”. Brandin idea tai tarkoitus on massasta erottuminen. Brandi ei ole tuote, vaan mielikuva tuotteesta. Brandi liittyy tuotteen taikka merkin symboliin. Brandi syntyy vastaanottajan päässä eikä se ole sitten yrityksen omaisuutta. Brandi on sitä, mitä tuotteesta ajatellaan, tiedetään, koetaan. Hyvä brandi muodostuu aineesta (esimerkiksi pakkaus) tai on aineeton (esimerkiksi persoonallisuus) ja vaikuttaa päätökseen ostaa. Brandin tarkoitus on hämmentää ostajaa peittämällä tuotteen ”todellinen arvo”. (Aula - Heinonen 2002, 53-55.)

Imagon, maineen ja brandin käsitteet on aina yritetty yhdistää samaksi asiaksi. Se ei kuitenkaan pidä paikkaansa. Imagoa on yleensä rinnastettu yrityskuvaan ja imagoa uskotaan voitavan rakentaa. Hyvä maine on kiinni siitä, onko asiat oikeasti hyvin. Sisällä päin huonosti menevät asiat näkyvät myös ulkopuolella. Brandi on kokonaisvaltainen kokemus ja mielikuva tuotteesta tai palvelusta. Brandia voi myös kutsua vaikka tuotemerkiksi. (Heinonen 2006, 32-34.)

3 SOSIAALI- JA TERVEYSALAN IMAGO JA SEN MERKITYS TYÖMARKKINOILLA

Alla esitettyjen tutkimusten mukaan sosiaali- ja terveysalan imago on kohentamisen tarpeessa. Myönteinen imago hyödyttäisi erityisesti työnantajia rekrytointitilanteissa, sillä hyvä imago tekee työpaikasta vetovoimaisen työnhakijoiden keskuudessa.

Kuusisaari-Bergström (2010) on tutkinut pro gradussaan sairaanhoitajan ammatin imagoa. Tutkija on selvittänyt helsinkiläisten lukiolaisten abiturienttien mielikuvia ja mielipiteitä sairaanhoitajan ammattista. Yli puolet tiedonantajista oli sitä mieltä, että sairaanhoitajan ammatti ei ole vetovoimainen, mutta on henkisesti vaativa ja yhteiskunnallisesti merkittävä. Tehtävien taistelun aikana liiton käyttämä terminologia, kuten huono palkka, hankalat työajat, raskas ja vaativa työ, ei lisännyt alan houkuttelevuutta. Tutkija näkee, että mm. alan imagoa seuraamalla voidaan reagoida ajoissa hoitoalan työvoimapulaan.

Vastaaviin tuloksiin päätyi myös Haavisto (2009). Tutkija kuvasi pro gradussaan sairaanhoitajan ammatin vetovoimaisuutta. Vain yksi prosentti haastateltavista piti sairaanhoitajan ammattia toiveammattinaan. 18% haastateltavista kertoi voivansa harkita sairaanhoitajaksi kouluttautumista. Vastaajat ehdottivat ammatin imagon parantamiseksi myös nuorille tarjottuja lehti- ja televisiomainoksia.

Positiivinen kuva työntantajasta myös julkisuudessa ja mediassa on yksi tapa lisätä alan vetovoimaisuutta. Erityisesti vanhusten hoitotyölle positiivinen julkisuus olisi toivottava. Mutta on muistettava, että realiteettien on vastattava työnhakijan odotuksia. Muussa tapauksessa saattaa myönteiseksi luotu työntantajan imago menettää vähitellen loistonsa. (Harju 2009.)

Vastaaviin ajatuksiin tuli myös Kuusisaari-Bergström (2010) sekä Lauttamäki ja Hietanen (2006). Median antama kuva hoitotyön raskaudesta, fyysisestä ja henkisestä kuormittavuudesta heikentää alan imagoa, mikä seuraavaksi vaikuttaa mm. ammatinvalintapäätökseen. Vaikka julkisuuden antama kuva pitäisikin osittain paikkaansa, negatiivinen julkinen kuva ei lisää alan vetovoimaisuutta. Media voisi tuoda näkyviin ammattialan positiivisetkin puolet. Terveysalan imagon kohottamisen on yksi tärkeimmistä keinoista työvoiman houkuttelussa palkan nostamisen lisäksi.

Harju (2009) on tutkinut Pro gradu -tutkielmassaan terveysalan työntekijöiden kokemuksia työnantajan vetovoimaisuudesta. Tutkijan mielestä työnantajan imago vaikuttaa vetovoimaisuuteen. Hyvä imago houkuttelee päteviä ammattilaisia taloon ja sellaisissa työpaikoissa työntekijöiden vaihtuvuus on pienempi. Työpaikan hyvä maine on iso etu työntekijäkilpailussa ja loppupelissä imago saattaa olla ratkaisevana tekijänä pätevien työntekijöiden saamisessa. Kirjailija kuitenkin korostaa, että positiivisen ja mediaseksikkään imagon lisäksi alan realiteettien on vastattava työnhakijan odotuksia. Organisaatiossa vallitsevat toimintatavat ja käytännöt ovat yhtä tärkeitä vetovoimaisuustekijöitä ja niitä on kehitettävä jatkuvasti.

Upeniaks (2003) on saanut myös vastaavat tutkimustulokset hoitoalan vetovoimaisuudesta Yhdysvalloissa. Tutkija kertoo tiettyjen sairaaloiden saaneensa nimekseen ”magnet hospitals” vetovoimaisuutensa vuoksi. Menestyksekkään organisaation luomisen taustalla on mm. onnistunut henkilöstöjohtaminen ja toimiva moniammatillinen yhteistyö. Stordeur ja D’Hoore (2007) tutkivat sairaaloiden kykyä saada rekrytoitua sairaanhoitajia ja sairaanhoitajien työsuhteiden pysyvyyttä. Hoitohenkilökunta oli tyytyväinen työhönsä ja sitoutunut työpaikkaansa sellaisissa sairaaloissa, joiden hallintokäytännöt ja työskentelyolosuhteet he kokivat hyväksi. Tällaiset vetovoimaiset sairaalat kykenivät paremmin saamaan hoitajia töihin ja pidettyä heidät palveluksessaan kuin tavanomaiset sairaalat.

Myös Koponen ja Hopia (2008, 70-71) viittaavat kirjassaan ”Vetovoimainen terveydenhuolto” useampiin kansainvälisiin tutkimuksiin (mm. Hins-haw, 2006; Aiken LH - Clarke SP – Cheung RB – Solane DM – Silber JH, 2003; Lankshear AJ – Sheldon TA – Maynard A 2005; Lacey SR, Teasley SL, Carroll CA, Cox KS, Lorfing KC, Sexton K 2007 yms.), joiden mukaan magneettisairaalapiirteiden kehittäminen auttaa johtoa, henkilöstöä ja asiakkaita tavoitteiden saavuttamisessa. Myös rekrytointi helpottuu ja työntekijöiden vaihtuvuus vähenee. Organisaatio kykenee houkuttelemaan hoitajia ja saa heitä jäämään työsuhteisiin. Se aikaansaa sekä korkeatasois-ta ja laadukasta palvelua että kustannusten hallintaa.

Hoitajien vaihtuvuus nimittäin aiheuttaa organisaatiolle suuret kustannukset, USA:ssa sairaanhoitajan vaihtuvuuden hinnaksi on laskettu 48 000 - 64 000 dollaria. Magneettistatus toimii myös symbolina turvalliselle ja korkeatasoiselle hoitotyölle. Henkilöstön työtyytyväisyys on tällaisissa organisaatioissa korkeampi kuin muissa organisaatioissa. Tutkimukset magneettisairaaloista osoittavat luotettavasti, että vetovoimaisuuden malli toimii. Sekä potilas- että henkilöstötyytyväisyys ovat sidoksissa keskenään. Suomen kannattaa pyrkiä rakentamaan vetovoimaisuuteen liittyvää

toimintakulttuuria, jotta tulevaisuuden terveydenhuolto olisi vähintään yhtä laadukasta kuin tällä hetkellä. (Sairaanhoitajaliitto 2008)

Vaahtoranta on analysoinut väitöskirjassaan (2006) HYKSiin liittyviä yleisiä ja palvelun laatuun liittyviä mielikuvia. Tutkimusjoukko muodostui Helsingin, Espoon ja Vantaan aikuisväestöstä ja mainituissa kaupungeissa työskentelevistä lääkäreistä. Mielikuvaksi väitöskirjan tekijä katsoi kokonaistuntuman, johon sisältyi tiedonantajien omat sekä läheisten ja ystävien tunteet, asenteet, havainnot, uskomukset, tiedot ja ennakkoluulot. Mielikuva HYKSiin palveluista, henkilökunnasta, ilmapiiristä ja organisaation toiminnasta oli tutkimuksen tuloksen mukaan myönteinen. Tutkija totesi, että organisaation imago on yhtä merkittävä julkisille työnantajille kuin yksityisille. Mielikuvalla ja maineella on suuri merkitys hakeudutaanko HYKS:iin töihin ja siihen mitä HYKS:sta ylipäänsä ajatellaan, kirjoitetaan ja puhutaan. Yhteistyökumppaneiden ja rahoittajien päätöksentekoon vaikuttaa myös aika pitkälle mielikuva organisaatiosta ja tämän oikeasta ja myönteisestä imagosta.

Arffman (2008) korostaa pro gradussaan, kuinka tärkeää on sairaanhoitopiirien hallita ja ohjata yleistä mielikuvaa tämän toiminnasta, tavoitteista ja keinosta ja sitä, miten sitä julkisuudessa tuodaan esille. Lehtien mielipidekirjoituksilla on suuri merkitys sille, millainen mielikuva sairaanhoito-organisaatiosta väestölle muodostuu. Terveyden- ja sosiaalihuollon yksiköitä koskevat negatiiviset mielipidekirjoitukset voivat olla tuhoisia suurillekin organisaatioille. Haaviston (2009) mukaan sairaanhoitajat eivät yleensä puhu omasta alastaan myönteisesti ja tuovat muutenkin liian harvoin julkisuudessa esille omaa ammattiaan.

Medialla on suuri merkitys ja vaikutus mielikuvien luomisessa, minkä seurauksena alalle paitsi hakeudutaan myös jäädään. Media rakentaa hoitotyön imagoa. Imago-ongelmat koskettavat kaikkia hoitoalalla työskenteleviä, eikä ole merkitystä missä asemassa toimii. Kun hoitoalan työntekijät vievät internetin keskustelupalstoille negatiivisia ajatuksia omasta alasta, se on yksi mahdollisuus edesauttaa hoitotyön imagon romuttamista. (Korhonen, 2008.)

4 KOTIHOITO-OSASTON ORGANISAATIO

Suomessa kotihoitoa saavat ikäihmiset, vammaiset ja sairaat. Kotihoito perustuu asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja on tarkoitus, että avun turvin asiakas kuntoutuu mahdollisimman hyvin. Kotihoidosta laaditaan palvelu- ja hoitosuunnitelma ja se tehdään yhdessä asiakkaan kanssa. Kotihoitomaksu riippuu siitä, onko kyseessä tilapäinen vai säännöllinen avun tarve. Jos tarve on jatkuva, maksu määräytyy perheen koon ja bruttotulojen mukaan. (STM, Kotihoito 2010)

Seuraavassa luvussa kuvataan Helsingin kaupungin kotihoito-osaston organisaatio toimintaperiaatteineen, kotihoidossa työskentelevien työkuvaudet sekä henkilöstön hyvinvointi ja työtyytyväisyys sekä niihin vaikuttavat tekijät niin lukijan orientaation vuoksi kuin myös siksi, että koti-

hoidon organisaatiomuutoksilla on ollut viime aikoina merkitystä kotihoidon nykyisen imagon muodostumiseen.

4.1 Kotihoitokokeilu vuonna 2005

Helsingin kaupungin kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdistyivät kokeilu- luontoisesti 1.1.2005 koko kaupungissa yhteiseksi kotihoitoksi. Sosiaali- virastoon kuuluva kotipalvelu ja terveystakeskukseen kuuluva kotisairaanhoido yhdistettiin kotihoito-osastoksi, joka kuuluu hallinnollisesti terveystakeskukseen alaisuuteen. Kokeiluaika oli neljä vuotta. Kokeilun luvan ehtona oli väli- ja loppuraportin tuottaminen sosiaali- ja terveystakesministeriölle.

4.2 Kotihoitoyhdistämisen perusteet

Yhdistämisen tavoitteina olivat mm. taloudellisuus: työaikajärjestelyt, henkilöstön palkkaaminen, yhteisten resurssien tehokas hoito sekä toiminnan laadun nostaminen: sosiaali- ja terveystoimen sisällä koko henkilöstöllä mahdollisuus nostaa oman osaamisensa tasoa, kotihoito tuo monipuolisen ja itsenäisen työn merkeissä omia haasteita, mikä lisää työn arvostusta ja lisää työvoiman saatavuutta. Myös asiakkaiden kannalta laskettiin, että yhden johdon, terveystakeskukseen, alaisuudessa hoitotyö olisi tehokkainta. Myös samaan virastoon kuuluminen sairaalatoiminnan kanssa lisäisi toiminnan koordinoitua ja potilaan turvallisuutta. (Kerosuo, Haavisto & Heikkinen 2009.)

4.3 Yhdistetyn kotihoidon haasteet

Yhdistetyn kotihoidon suurin haaste oli kahden erilaisen toimintakulttuurin yhdistäminen yhdeksi organisaatioksi ja tämän muutoksen johtaminen. Käyttöön oli otettu moniammatillisen tiimin organisaatorakenne. Entisen erillisten palvelumuotojen, kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät alkoivat työskennellä yhteisissä moniammatillisissa tiimeissä ja tuottaa palveluja kotihoitoasiakkaille. Oli tarkoitus, että yksi työntekijä käy asiakkaan luona ja tuottaa sovitut palvelut. Yhtenä haasteena oli organisoida kotihoitotyöntekijöiden kotikäynnit mahdollisimman käytännöllisesti ja tarkoituksenmukaisesti. Tiimin vetäjä toimii tiimin ja lähiesimiehen, kotihoiton ohjaajan yhdyshenkilönä. Tiimin toiminta perustuu vastuuhoidajan periaatteelle. Vastuuhoidaja kantaa kokonaisvastuun oman asiakkaan kokonaisvaltaisesta hoidosta ja on yhteydessä tämän omaisiin ja eri tahoihin. Asiakkaiden hoito toteutetaan vastuuhoidajan tekemän palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaan. Uusien yhteistyörakenteiden ja verkostojen luominen yhteistyökumppaneiden kanssa, uuden organisaatorakenteen, tiimimäisen toiminnan johtaminen ja kehittäminen toivat paljon haasteita kotihoito-osaston lähiesimiehille, kotihoiton ohjaajille. Lisää haasteita toivat myös suuret alueelliset erot kotihoiton ja entisen kotisairaanhoidon toiminnassa. (Kerosuo ym. 2009.)

4.4 Yhdistetyn kotihoidon lopputulos

Kahden viraston yhdistäminen selkeytti kotihoidon kehittämistavoitteita ja johdon käsityksiä kotihoidon toiminnasta. Erityisesti vastuuhoidajuus on selkeytynyt. (Miettinen, Hopia & Koponen & Wilskman 2006, 100.)

Loppuarvioinnin perusteella kotihoidon yhdistäminen on onnistunut ratkaisuksi. Yhdenmukainen palvelumuoto on auttanut välttämään asiakkaiden kotona työskennellessään päällekkäisyyksiä, joita oli runsaasti kotipalvelun ja kotisairaanhoidon aikana. Moniammatillinen yhteistyö, johon sisältyy monenlaista, mm. sairaanhoidollista, osaamista on eduksi entistä huonokuntoisimmille kotihoidon asiakkaille. Sairaanhoidollisen osaamisen kehittäminen toteutuukin parhaiten terveyskeskuksen alaisuudessa. Työskentely on entistä tehokkaampaa. Kotihoidon toiminta on onnistunut myös taloudellisin perustein. Yhdistetyn kotihoidon aikana deflatoitu työn yksikkökustannus on laskenut 5,9 %. Yksikkökustannuksen laskettua kotihoidon toiminta on samalla laajentunut ja monipuolistunut. Kotihoitopalvelut ovat myös entistä yhdenmukaisempia eli asuinalueesta riippumatta asiakkaiden asema on tasapuolisempi, kuin ennen kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistämistä. Kotihoidon omat lääkärit, joista osa on erikoistunut geriatriaan, nostivat kotihoidon palvelutason entistä korkeammalle. (Kerosuo ym 2009.)

4.5 Kotihoidon organisaation rakenne vuonna 2010

Kotihoito-osasto jakautuu kuuteen kotihoidon palvelualueeseen eli eteläiseen, itäiseen, kaakkoiseen, keskiseen, läntiseen ja pohjoiseen. Nämä alueet puolestaan jakautuvat 70 lähipalvelualueeseen, joissa kaikissa toimii 2-3 asiakkaita hoitavaa tiimiä (liite 4). Kotihoito-osastolla on työssä yli 1600 työntekijää. Kotihoito-osastoa johtaa osastopäällikkönä kotihoidon johtaja. Hän vastaa kotihoidon toimintaa ja taloutta koskevien tavoitteiden toteutumisesta. Kotihoidon johtajan tehtävänä on lisäksi suorittaa kaupunginjohtajan, asianomaisen apulaiskaupunginjohtajan, lautakunnan sekä viraston päällikön määräämät tehtävät. Kotihoidon palvelualueita johtavat kotihoitopäälliköt, jotka vastaavat osaltaan siitä, että kullekin tulosyksikölle annetut taloudelliset, toiminnalliset ja laadulliset tavoitteet saavutetaan. (Helsingin kaupungin terveyskeskus 2010; Kotihoito-osaston suunnitelma 2004.)

Johtaminen kotihoidossa perustuu kaupunginvaltuuston ja -hallituksen sekä terveyslautakunnan päätöksiin. Myös kaupungin pysyväisohjeet ja -päätökset, terveyskeskuksen johtosääntö ja pysyväisohjeet, terveyskeskuksen toimitusjohtajan päätökset, yhteistoimintasopimukset sekä terveyskeskuksen ja Helsingin kaupungin arvot ohjaavat johtamista kotihoito-osastolla. (Kotihoito-osaston toimintakuvaus 2010, 10.)

Lähipalvelualueiden esimiehinä toimivat kotihoidon ohjaajat. Kotihoidon ohjaaja johtaa kotihoidon kokonaisuutta omalla lähipalvelualueellaan. Hän määrittelee, seuraa ja arvioi kotihoidon tavoitteita strategisten päämäärien mukaisesti. Kotihoidon ohjaaja toimii lähiesimiehenä moniammatillisille

tiimeille (yleensä 1-2 tiimiä yhdellä lähipalvelualueella) ja hoitaa siihen liittyvät henkilöstöhallinnon tehtävät. Muutosjohtaminen ja laaja-alaisen kotihoitotyön kehittäminen ovat myös kotihoidon ohjaajan vastuulla. Ohjaaja tekee päätökset asiakkaiden kotihoitopalvelujen kokonaisuudesta sekä valmistelee harkinnanvaraisten maksupäätösten alentamisen. Kotihoidon ohjaajat osallistuvat yksikkönsä rekrytointiin hankkimalla sekä vakinaiset työntekijät että pitkäaikaiset sijaiset, tehden yhteistyötä terveyskeskuksen oman henkilöstöhankintayksikön kanssa. (Kotihoito-osaston suunnitelma 2004; Kerosuo ym. 2009; Niemelä & Simola 2007.)

Muiden velvollisuuksien lisäksi kotihoidon lähiesimies vastaa siitä, että työvuorossa on tarpeeksi lääkehoidon osaavaa henkilöstöä. Kotihoidon ohjaajalla on kokonaisvastuu työntekijöiden toteuttamasta lääkehoidosta. Lähiesimies vastaa viime kädessä lääkehoidollisesta perehdytyksestä ja myös lääkehoitolupien voimassaolosta. (Kotihoito-osaston lääkehoitosuunnitelma 2009, 9.)

Johtamisen onnistumista kotihoidossa arvioidaan säännöllisesti. Toiminnan ja talouden toteumaennusteita seurataan, vuosittain toiminta arvioidaan toimintakertomusta ja tilinpäätöskertomusta tehtäessä sekä erilaisten laatumittareiden avulla. Kehittämishankkeita seurataan. Asiakastyytyväisyyskyselyt tehdään joka toinen vuosi. (Kotihoito-osaston toimintakuvaus 2010, 11-13.)

4.6 Kotihoidon ohjaajan lähijohtamisen haasteet

Kotihoidon ohjaajan työnkuvaus on lyhyesti kuvattu edellisessä kohdassa. Täydennän alla kotihoito-osaston lähiesimiehen työnkuvausta.

Kotihoidon ohjaajan työ sisältää lähijohtamisen lisäksi paljon hallinnollisia tehtäviä, jotka lisäävät etäisyyttä varsinaiseen tiimityöhön. Tietyistä hallinnollisista tehtävistä voisi periaatteessa vastata toimistosihteri. Lähes jatkuvan henkilöstövajeen vuoksi kotihoidon ohjaajan aika kuuluu monipuolisen rekrytoinnin parissa, johon sisältyy sekä vakituisten, pitkäaikais-sijaisten että keikkatyöntekijöiden hankkiminen. Henkilöstöhankinta vie oman aikansa. Esimiehen aika ei välttämättä riitä tiimien varsinaiseen johtamiseen ja tukemiseen, jonka seurauksena tiimit ovat tottuneet olemaan sekä itsenäisiä ja itseohjautuvia että yksinäisiä. Myös asiakkaiden kotikäynteihin kotihoidon ohjaajien aikaa ei tunnu riittävän tarpeeksi. (Kerosuo ym. 2009.)

Kotihoidon työntekijät toivat esille vuonna 2008 tehdyssä Digium-kyselelyssä mm. lähiesimiestyöhön liittyviä kehittämissuhteita. Työntekijät näkivät tarpeellisuutta kehittää esimiestyötä niin, että kotihoito-osaston toimintaan kuuluvan vastuun jako organisoituisi paremmin. Terveystyöntekijöille arvioitiin voitavan siirtää osa kotihoidon ohjaajille kuuluvaa, henkilöstöhallintoon ja asiakastyöhön liittyvä, virallista vastuuta. Myös osamisen johtamiseen liittyviä kehittämissuhteita esiteltiin. Työntekijät olivat havainneet johtamisen jossain määrin epäoikeudenmukaisena. Yhdenmukaisuudessa on koettu myös puutteita, alueesta tai toimipaikasta

riippuen ohjaajat toimivat eri tavalla. Henkilökunta on kokenut saaneensa liian vähän varsinaista ohjausta ja tukea työhönsä lähiesimieheltään. He myös kokivat, että ohjaaja ei ota kantaa asioihin toisin kuin osastonhoitajat entisessä kotisairaanhoidossa. Myös lähiesimiesten sijaistamiseen toivottiin parannusta. (Kerosuo ym. 2009.)

Helsingin kaupungin kotihoidon loppuarvioinnin toteuttaneiden tutkijoiden järjestämässä arviointipaneelissa johtaminen kotihoidossa nousi keskustelun varsinaiseksi aiheeksi. Arvioita tuli sekä esimiehiltä että työntekijöiltä. Ohjaajan tehtävä rakentuu monenlaisista rooleista. Hän on lähijohtaja, työn koordinaattori, kuuntelija sekä tiedonvälittäjä. Asiakkaisiin ohjaaja ei ehdi tutustua. Kotihoidon osaston esimies johtaa jatkuvassa muutoksessa. Uusia ja muuttuvia ohjeita tulee jatkuvasti. Vasta edellisiä ohjeita ehtii oppia, kun tulee uudet tilalle. Kotihoidon ohjaaja tarvitsee itse tukea esimiestyöhön esimieheltään ja kollegoiltaan. Useampien kotihoidon ohjaajien sijoittaminen samoihin tiloihin tiimeineen olisi hyvä ratkaisu myös lähiesimiesten toisensa tukemisen kannalta. (Kerosuo ym. 2009.)

Kotihoito-osaston työntekijät pitivät lähiesimiehen rooleista kaikkein tärkeimpänä koordinoijaa, joka huolehtii siitä, että järjestelmä toimii ja aika-auluttaa tehtäviä. Toiseksi tärkein rooli oli henkilöstön mielestä edistäjä, joka rakentaa tiimityötä ja yhteenkuuluvuutta. Kolmanneksi tärkein oli uudistajan rooli. (Aarva 2009.)

Kotihoidon lähiesimies vastaa työyhteisön hyvästä hengestä, työntekijöiden motivoinnista, hyvinvoinnista ja kehittymisestä. Esimies on alaistensa ”leader” ja tämä rooli on merkittävä. (Larmi, Tokkola & Välkkiö 2005, 152.)

Kotihoidon ohjaaja johtaa oman lähipalvelualueen työntekijöitä, vastaa uusien työntekijöiden riittävästä perehdytyksestä, on mukana hoitotyön kehittämisessä ja kantaa viime hetkessä vastuun siitä, että asiat hoidetaan oikein, oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Kun lähiesimies suoriutuu hyvin omasta työstään, se heijastuu alaisiin ja tukee moniammatillista yhteistyötä. Kokoavasti voisin todeta, että kotihoidon lähijohtaja luo edellytykset hoito- ja hoivatyön laadukkaalle suorittamiselle, jonka päätavoitteena on tyytyväinen asiakas.

4.7 Helsingin kaupungin terveystieteiden strategia

Terveystieteiden strategiset linjaukset vuosille 2008-2010 ovat seuraavat: edistää helsinkiläisten terveyttä ja supistaa väestöryhmien välisiä terveyseroja, turvata hoitoon pääsy ja palvelun laatu, varmistaa riittävä ja osaava henkilöstö sekä huolehtia heidän hyvinvoinnistaan, lisätä kustannustehokkuutta ja jatkaa palvelujen rakennemuutosta. (Terveystieteiden intranet 2009.)

4.7.1 Kotihoito-osaston visio ja strategia 2010-2012

Kotihoito-osaston tavoite eli visio on asiakkaan hyvä ja turvallinen elämä aktiivisena toimijana omassa kodissaan.

Kotihoito-osaston johtoryhmä tarkentaa vuosittain terveyskeskuksen strategisia linjauksia suhteessa kotihoito-osaston strategiaan. Tulokortin avulla seurataan strategian toteutumista.

Kotihoito-osaston strategiset linjaukset vuosille 2010-2012 ovat seuraavat: kotihoito antaa tarkoituksenmukaista ja turvallista hoitoa, kotihoito on laadukasta ja joustavaa, kotihoidon toimintamuoto ja palveluprosessit vastaavat asiakasrakennetta, kotihoidossa työskentelevä henkilöstö on ammattitaitoinen, osaava, työhön tyytyväinen ja yhteistyökykyinen, kotihoito on kustannustehokasta. (Kotihoito-osaston toimintakuvaus 2010,6.)

Helsingin kaupungin terveyskeskus on asettanut tavoitteeksi, että vuoteen 2015 mennessä omat terveystalot ovat alan parhaimmista ja ne tuotetaan myös kustannustehokkaasti. Suomen suurin työnantaja haluaa myös varmistaa, että hoitokäytännöt ovat vaikuttavia ja henkilöstö osaava. Tavoitteena on lisäksi, että terveyskeskus hyvänä ja arvostettuna työnantajana huolehtii henkilöstönsä työhyvinvoinnista. Terveyskeskuksen työhyvinvointitoiminnan perusta on siis kaupungin henkilöstöstrategiassa. Tarkoituksena on, että henkilöstölle turvataan työnsä edellyttämä osaaminen ja annetaan mahdollisuus työuran kestäväseen oppimiseen. Strategian mukaan työntekijöiden terveyttä tuetaan edistämällä terveitä elintapoja kuten esimerkiksi kulttuuri- ja liikuntaharrastuksia, painonhallintaa, päihteettömyyttä ja tupakoimattomuutta. (Terveyskeskuksen intranet-sivut, 2009.)

Kotihoito-osasto omalta osaltaan pitää strategisena tavoitteena osaavan ja hyvän hoidon sekä huolenpidon tarjoamista asiakkaille niin, että turvallinen asuminen kotona on mahdollista mahdollisimman pitkään. Laadukas asiakastyö, resurssien tehokas käyttö, sujuvat ja selkeät asiakasprosessit, ammattitaitoinen ja hyvinvoiva henkilöstö ovat sellaisia asioita, joita kotihoito-osasto on ottanut tavoitteiksi toteuttaa suunnitelmallisesti. Kotihoidon toimintaa kehitetään jatkuvasti, mm. erilaisten hankkeiden avulla. Toiminnalle asetettujen tavoitteiden seuraaminen ja tarkistaminen tapahtuu vuosittain. Tarkistaminen tapahtuu seuraavien mittarien avulla: kotihoidon asiakastyytyväisyyskyselyt, kotihoito-osaston henkilökunnalle suunnatut työtyytyväisyyskyselyt ja laatumittaukset, joiden tuloksesta nähdään, miten terveyskeskuksen eri osastojen toiminnan laatu vastaa niille määriteltyjä tavoitteita. (Kerosuo ym. 2009.)

Vuoden 2010 tavoitteissa pääpaino on liikunnalla, lääkityksellä sekä ruokahuollolla. Henkilöstöä kehoitetaan ja motivoidaan panostamaan enemmän asiakkaiden liikkumiseen. (Pohjoisen kotihoidon ohjaajien emk. 21.1.2010.)

5 KOTIHOIDON TEHTÄVÄALUEET JA NIIDEN YHTEYS IMAGOON JA VETOVOIMAAN

5.1 Kotihoidon tehtävä

Kotihoidon tehtävänä on vanhusten, yli 18-vuotiaiden vammaisten, toipilaiden ja pitkäaikaissairaiden hoito ja palvelut niin, että eläminen kotona on turvallisesti mahdollista myös toimintakyvyn heikentyessä. Työ on kokonaisvaltaista, vastuullista asiakastyötä, jossa palvelu ja hoito suunnitellaan yhdessä asiakkaan sekä hänen omaistensa kanssa.

Kotihoidon asiakkaalle tehdään yksilöllinen palvelu- ja hoitosuunnitelma, jossa sovitaan yhdessä asiakkaan ja hänen omaisensa/läheisensä kanssa kotihoidon antamista palveluista. Siinä selvitetään myös mahdollisuudet yksityisten palvelujen käyttöön sekä omaisten ja läheisten auttamismahdollisuudet. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa arvioidaan säännöllisin väliajoin ja tarpeen mukaan. Tarkoituksena on edistää asiakkaiden fyysistä, sosiaalista ja henkistä perusturvallisuutta. Kotihoidon palvelut tukevat kotona asuvaa asiakasta niissä päivittäisissä toiminnoissa, joista asiakas ei itse suoriudu. Tavoitteena on kuitenkin tehdä mahdollisimman vähän asiakkaiden puolesta ja kannustaa heitä liikkumiseen ja omatoimisuuteen niin pitkälle, kuin on mahdollista. (Helsingin kaupungin terveystakeskus 2009.)

Asiakas päättää siitä, tuleeko hänestä kotihoitoasiakas vai ei, ellei hänellä ole tilansa vuoksi määrättyä edunvalvojaa. Usein käy niin, että omaiset toivovat kotihoitoa, mutta asiakas itse vastustaa. Moni vanhus haluaa säilyttää itsenäisyytensä ja lisäksi kotihoitomaksu on yksi syy, miksi asiakas saattaa vastustaa palvelua.

Kotihoidon asiakas voi olla joko säännöllinen tai tilapäinen. Myös tukipalveluasiakkuus on mahdollinen, sillä silloin asiakas saa kotihoidon kautta esim. valmiin aterian, kauppapalvelun, turvapuhelimen taikka palvelusetelin siivoukseen. (Kotihoito-osaston toimintakuvaus 2010, 7.) Tällä hetkellä suurin osa kotihoidon asiakkaista ovat muistamattomia vanhuksia, joiden yleisemmät diagnoosit ovat dementia ja Alzheimerin tauti. Myös nuorempien asiakkaiden määrä lisääntyy. Syynä kotihoidon avun tarpeelle on mitä yleisimmin mielenterveys- ja päihdeongelmat, mutta on myös palvelupäättöksen saaneita, esim. MS - tautiin sairastuneet.

Niemelän & Simolan (2009) mukaan kotihoidon vision mukaan kotona annettavan hoidon ja palvelun tavoitteena on asiakkaan hyvä ja turvallinen elämä kotona sairauksista ja toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta. Tavoitteena on siis tarjota vaihtoehto ympärivuorokautiselle hoidolle laitoksessa tai tehostetussa palveluasumisyksikössä. Kotihoidon strategisina tavoitteina on tarjota asiakkaille joustavaa, osaavaa ja moniammatillista hoitoa. Asiakastyön on oltava laadukasta ja vaikuttavaa, resurssien käyttö tehokasta ja taloudellista. Henkilöstön aikaansaannoskyky ja työyhteisöjen hyvinvointi kuuluvat myös strategiaan tavoitteisiin.

On hyvä muistaa, että tyytyväinen asiakas nostanee alan imagoa asiakkaiden keskuudessa ja työhön tyytyväinen hoitaja tukee organisaation hyvää mainetta viemällä positiivisen sanan työnantajasta eteenpäin. (Aula-Heinonen 2002.)

5.2 Kotihoidon tukipalvelut

Kotihoito-osasto järjestää ja pääsääntöisesti tuottaa itse kotihoidon ydinpalvelut, joita ovat kotipalvelu ja kotisairaanhoido. Ostopalveluja käytetään omien palvelujen täydentäjänä. Tukipalvelut, kuten esimerkiksi ateriapalvelut, ostetaan ulkopuolisilta palveluntuottajilta. Tällä hetkellä Helsingin kaupungin liikelaitos Palmia toimittaa aterioita noin 3500 kotihoidon asiakkaalle, joista noin kaksi tuhatta käyttää kotiateriapalvelua päivittäin. Tukipalveluina kotihoito järjestää ateriapalvelun lisäksi kauppa-, vaahtehuolto-, turva-, kylvetys-, siivous- ja saattajapalvelua sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja. Tukipalvelut järjestetään pääsääntöisesti ostopalveluina yksityisiltä palveluntuottajilta. (Helsingin kaupungin terveystakeskus 2009.)

Haasteena tulee kuitenkin esille se, että yhdistetyn kotihoidon yksi tarkoitus oli asiakkaan luona käyvien työntekijöiden määrän pienentäminen. Palvelujen ulkoistamisen seurauksena heidän määrä on kuitenkin moninkertaistunut. Asiakkaat luonnollisesti maksavat itse jokaisesta ulkoistetusta palvelusta. Kotihoitomaksujen lisäksi asiakas siis maksaa monenlaisista tukipalveluista, mikä voi tavalliselle keskituloiselle eläkeläiselle tulla hyvinkin kalliiksi. Kotihoidon toimijat ovat huolissaan siitä, että vanhusten tulot eivät riitä heille välttämättömiin palveluihin. (Kerosuo ym. 2009.)

Apteekin annosjakelu on yksi tukipalvelun muoto. Se on toimintamalli, jossa asiakkaan kanssa sopimuksen tehnyt apteekki toimittaa kyseiselle asiakkaalle kahden viikon välein koneellisesti pusseihin jaetut lääkkeet. Pusseissa lukee potilaan henkilötiedot, lääkesisällön tiedot ja lääkkeiden ottamisajankohta. Dosetteihin jaetut lääkkeet on toinen annosjakeluvaihtoehto. Koneellinen annosjakelu ei sovellu sellaisille asiakkaille, joiden lääkitys vaihtuu usein. Myöskään valoherkille ja helposti kostuville lääkkeille annosjakelu ei ole sopiva vaihtoehto. Hoitohenkilöstön koulutus vaihtelee eikä kaikilla kotihoidon työntekijöillä ole valmiutta toteuttaa lääkehoitoa. Annosjakelu säästää kotihoidon henkilökunnan aikaa ja lisää huomattavasti lääketurvallisuutta. (Engeström – Niemelä & Nummijoki & Nyman 2009: 235.)

Tiimin terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja huolehtii siitä, että asiakkaan annosjakelu aloitetaan turvallisesti yhdessä apteekin ja vastuuhoidajan kanssa. Asiakkaan siirtyessä apteekin annosjakeluun tarkastaa kotihoidon ohjaaja asiakkaan tulot ja tekee tarvittaessa maksusitoumuksen apteekkiin. (Kotihoito-osaston lääkehoitosuunnitelma 2009: 9-10.)

Helsingin kotihoidossa lähihoitaja on saanut laajasti hyödyntää myös sairaanhoidollista osaamista, josta lääkehoito on yksi osa (Örn 2010). Osa kotihoidon hoitajista ei suhtaudu annosjakeluun kovin myönteisesti. Hoita-

jat kokevat, että heiltä on viety mahdollisuus toteuttaa lääkehoito-osaamista laajasti. Työntekijät pelkäävät, että osaaminen tunnistaa ja tuntee erilaisia lääkkeitä heikkenee annosjakelun myötä. Tukipalvelu on tuore ja vaatii vielä totuttelua. Lääkehoidosta motivoituneelta työntekijältä annosjakelu voinee tuntua jossain määrin turhauttavalta, mikä ei välttämättä tee työstä kovin vetovoimaista.

5.3 Moniammatillinen tiimityö ja sen haasteet kotihoidossa

Kotihoito-osaston toiminta on moniammatillista tiimityötä. Vastuuhoitaja on asiakkaan ensisijainen yhteyshenkilö. Kotihoitotiimin terveydenhoitaja tekee yleensä ensikäynnin asiakkaan luo, arvioi kyseisen asiakkaan toimintakyvyn ja terveydentilan selvittäen kotihoidon tarpeen. Tällöin arvioidaan myös asiakkaan mahdollisesti tarvitsemat apuvälineet ja kodin muutostyöt. Vuodesta 2007 lähtien panostetaan erityisesti fysio- ja toimintaterapiaan. Tavoitteena on kotona selviytymisen tukeminen ja erityisesti lonkkamurtumien ehkäisy. (Niemelä & Simola, 2007, 14-17.)

Organisointimalli kotihoidossa nojautuu moniosaajatiimityöhön. Tiimin työntekijöillä on erilaista ja monenlaista taitoa ja osaamista, joita voi kutsua kotihoitotiimin osaamispääomaksi. Tiimityössä korostetaan osaamisen jakamisen velvollisuutta. Useammalla kotihoitotiimin työntekijällä on erikoisosaamista joillakin ydinosaamisen alueella. (Kotihoidon osaamisen johtaminen, terveystieteiden tutkimuskeskuksen intranet 2009.)

Asiakkaan kokonaisvaltainen hoito vaatii hoitajalta useampien tärkeiden taitojen ja henkilökohtaisten ominaisuuksien lisäksi myös vahvaa sairaanhoidollista osaamista. (Kerosuo ym. 2009.) Yhdistetyssä kotihoidossa pyritään toimimaan koulutuksen, kokemuksen ja osaamisen mukaan. Asiakkaan kunto ja tarve määrittelee minkä ammattikunnan edustaja käy hänen luonaan. Jos asiakas tarvitsee esimerkiksi sekä haavan hoitoa että perushoitoa ja ylläpitosiivousta, kävijä on useimmiten lähihoitaja, jolla on lupa sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin. (Larmi ym. 2005, 13.)

Koska kotihoidossa on kova pula ammattitaitoisista lähihoitajista, on sallittu, että poikkeustapauksessa asiakkaalla käy kaksi työntekijää, esimerkiksi terveydenhoitaja käy toteuttamassa haavan- tai insuliinihoidon ja kodinhoitaja tulee hoitamaan kodinhoitolliset työt ja kylvetyksen. Näin terveydenhoitajan aika riittää oman koulutuksen mukaiseen työhön, joita muu henkilökunta ei välttämättä pysty hoitamaan.

Moniammatillinen tiimityö vaatii edelleen laajaa kehittämistä yhdistetyssä kotihoidossa. Vaikka yhdistettyyn kotihoitoon on panostettu paljon kokeilun aikana, on vieläkin runsaasti kehitettävää. Tiimin vetäjän rooli vaatii erityisesti tarkennusta. Säännölliset tiimikokoukset myös vaativat tiimin työntekijöiltä sitoutumista ja asian tärkeyden ymmärtämistä. Vastuuhoitajan rooli on erityisen vaativa. Vastuuhoitajuus edellyttää työntekijän laajan osaamisen lisäksi myös toimivaa tiimiyhteistyötä. Useimmissa tiimeissä vastuuhoitajan nimeäminen kattavasti jokaiselle asiakkaalle tuottaa vai-

keuksia. Entistä huonokuntoisempien asiakkaiden hoito edellyttää hoitajalta monenlaista osaamista. (Kerosuo ym. 2009.)

Tenkasen (2004, 32-33) mukaan kunnalliset kotihoitopalvelut ovat hyvin niukkoja. Työntekijöitä ei ole riittävästi. Kotikäynneillä käy liian monta eri ihmistä. Tutkija ei havainnut kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisen helpottaneen hoitajien töitä. Moniammatillinen tiimityö antaa hyvät lähtökohdat työn kehittämiseksi, mutta rakenteellinen ratkaisu ei nosta hoidon laatua. Prosessi on pitkä ja vaatii paljon. Työntekijöitä on liian vähän suhteessa asiakasmäärään. Yksilöllinen ja laadukas hoitotyö ei onnistu. Moniammatillinen hoitotyö vaatii hyvää organisointia, selkeää vastuunjakoja ja sujuvaa yhteistyötä eri ammattiryhmien edustajien välillä.

Kotihoidon tiimien kehittyminen on yksilöllistä. Tiimit ovat erilaisia ja se tulee huomioida kehittämistyössä. Tiimityön kehittymiseen vaikuttaa sekä yksittäisen työntekijän tunteille että henkilökohtaiselle prosessille annettu tila. (Sanerma 2009.)

Haapakorpi ja Haapola (2008) toivat tutkimusraportissaan esille, että moniammatillinen tiimityö kotihoidossa on suhteellisen toimiva, mutta edelleen herkkä ja riskialtis. Tutkijat korostivat ryhmävuorovaikutuksen toimivuuden tärkeyttä tiimityössä. Kaikkien tiimin jäsenten osaamisen hyödyttäminen tiimin sisällä olisi erityisen tärkeää, mutta vaikuttaa olevan vielä kehitysvaiheessa. Kotihoidon työntekijät arvostavat toisiaan kohtuullisesti, mutta koulutuksellisella hierarkialla on selkeä vaikutus arvostukseen. Pidemmälle koulutetut kokevat olevansa arvostettuja tiimissä, kun taas matalamman koulutuksen saaneet kokevat arvostuksen puutetta.

Kotihoidon kollektiivinen hoitovastuu voi olla ongelmallista asiakaslähtöisyyden kannalta, jos hoitaja ei ehdi osallistua viikoittaisiin tiimipalaverihin tai lukea asiakaskertomusta. Asiakkaiden asiat jäävät loppujen lopuksi hoitamatta, kun yksi laittaa asian alulle, mutta kukaan ei jatka loppuun asti. Myös kiire, henkilöstö- ja resurssipula sekä mahdolliset johtamisen ongelmat saattavat aiheuttaa erilaisia työyhteisön ongelmia, joiden vaikutukset heijastuvat myös asiakkaisiin. (Andersson – Haverinen & Malin: 2004, 489.)

Larmi ym. (2005, 27.) korostavat hyvän lähijohtamisen merkitystä onnistuneen tiimityön toteuttamisessa. Vaikka tiimi olisi itseohjautuva ja ulkoapäin itsenäinen, tiiminä kehittyminen vaatii johtajuutta ja aikaa. Myös selkeä vastuunjako ja perustehtävän selkeyttäminen on lähityönjohtajan vastuualuetta.

Työnjaon selkiyttäminen kotihoidossa vaikuttaa myös työpaikan vetovoimaisuuteen, jossa voi osoittaa osaamistaan ja kiinnostustaan ihmisten kanssa tehtävään eettisesti korkeatasoiseen työhön. (Suominen – Henriksen 2008, 626.) Myös Ruoho (2006) on todennut pro gradu tutkielmasaansa, että toimiva työyhteisö ja hyvä johtajuus ovat avainasemassa vanhusten hoitajien voimaantumiseen. Voimaantuneiden hoitajien työssä heijastuu parhaiten potilaiden ihmisarvon kunnioittaminen, hyvän tekeminen ja oikeudenmukaisuus hoitotyössä.

Orre (2009) on tutkinut koulutetun hoitohenkilöstön työssä pysymistä ja uusien hoitotyöntekijöiden rekrytointia. Tutkija kuvasi mm. osastonhoitajien arvioita siitä, mitkä tekijät edistävät vetovoimaisuutta omassa johtamistoiminnassa. Tutkimustuloksen mukaan osastonhoitajat uskovat johtamisellaan edistävänsä vetovoimaisuutta omassa yksikössään. Osastonhoitajat näkivät esimiehen läsnäolon työntekijöille edellytyksenä menestyneelle johtamiselle ja sitä kautta yksikön vetovoimaisuudelle. Tutkija viittaa magneettisairaaloihin koskeviin tutkimuksiin (Upenieks 2003, Manion 2004, Anthoni ym 2005), joiden tulosten mukaan hoitotyön lähijohtajan tavoitettavuus on osoittautunut edistävän hoitotyön vetovoimaisuutta.

Yhteenvedona voin todeta, että moniammatillinen tiimityö on kokonaisuus, joka vaatii sekä hoitohenkilökunnalta että lähiesimieheltä laajoja ihmisisuhde- ja vuorovaikutustaitoja, monipuolista hoito- ja hoivatyöhön liittyvää teoreettista tietoa ja taitoa sekä valmiutta jatkuvaan muutokseen.

5.4 Kotihoidon henkilöstön työhyvinvointi ja työtyytyväisyys

Larmi ja ym. (2005, 125-126) kutsuvat kotihoitoyksikön hoitohenkilöstöä inhimilliseksi ja sosiaalisesti pääomaksi. Inhimillinen pääoma kantaa oman työn hiljaista tietoa ja taitoa ja toimii mallina sekä esimerkkinä uusille tulokkaille. Sosiaalinen pääoma vastaa mm. tiimityötaitoista, työmoraalista ja itsensä johtamisesta. Mikä tahansa pääoma vaatii vaalimista. Työhyvinvointi on sijoitus työntekijöiden fyysiseen pääomaan. Jotta sijoitus säilyttäisi arvonsa, siitä on pidettävä huolta.

Perälä, Grönroos & Sarvi (2006) tuottivat Stakesille tutkimuksen kotihoidon henkilöstön työ- ja hyvinvoinnista. Tutkimuksessa kuvattiin kotihoidon henkilöstön työtä yhdistetyssä kotihoidossa sekä entisessä kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa. Tutkijat kuvasivat työntekijöiden arvioinnin omasta ammattitaidostaan, kehittämismahdollisuuksistaan sekä työn kuormittavuudesta. 1183 työntekijää vastasi PALKO -lomakekyselyyn. Lomakkeet lähetettiin vuonna 2001 kahdenkymmenen kahden kunnan kotihoidon edustajalle. 56% vastaajista koki työn kotihoidossa melko kuormittavaksi. Noin puolella vastaajista oli säännöllisiä vaivoja, mm. kipuja tuki- ja liikuntaelimissä, 40% vastaajista koki väsymystä sekä työ- että vapaa-aikanaan ja noin 30%:lla oli nukahtamis- ja uniongelmia. Noin kolme neljäsosaa vastaajista arvioi työkykynsä olevan tasoa 8-10 (0 vastaa työkyvyttöntä, 10 työkykyä parhaimmillaan) ja he olivat myös tyytyväisiä omaan kehittymiseen ja saavutuksiinsa työssä. 80% vastaajista koki fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakykynsä joko melko tai erittäin hyväksi. Korkeampi ammattikoulutus oli positiivisessa yhteydessä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn korkeampaan tulokseen. Suurin osa vastaajista koki pystyvänsä vaikuttamaan omaan työhönsä ja oli myös tyytyväinen omaan elämäänsä. Erityisen antoisana kotihoidon työntekijät kokivat positiivisen palautteen saamisen asiakkailta. Erityisen negatiivisena koettiin esimiehen huonot johtamistaidot, omien voimavarojen riittämättömyys työssä sekä huonot vuorovaikutukset työyhteisön sisällä.

Kotihoidon työntekijöiden työ sisältää sekä psyykkistä että fyysistä kuormittavuutta. Työ on sekä raskas että antoisa. Työtyytyväisyyteen vaikuttaa työyhteisön ilmapiiri, työntekijöiden oma terveydentila ja elämäntilanne. Korkea työmotivaatio rakentaa hyvän pohjan työssä jaksamiselle. Jokaisella työntekijällä on myös itsellään vastuu omasta jaksamisesta työssään. Myös työyhteisön valmius kohdata muutoksia ja nähdä muutokset positiivisinakin asioina lisäävät työhyvinvointia. Työnohjauksesta voi olla tukea ja apua jos esimerkiksi työn kokonaisuus vaatii jäsentämistä tai työyhteisön sisällä on ristiriitoja, jotka vaativat ulkopuolisen asiantuntijan näkökulman. (Ikonen – Julkunen 2007, 152-154.)

Kotihoidon henkilöstö työskentelee jatkuvassa muutoksessa. Uudet toimintakäytännöt ovat usein epäselviä ja keskeneräisiä. Työntekijöistä tuntuu, että töistä ei suoriudu riittävän hyvin, mikä taas aiheuttaa riittämättömyyden tunteen ja työmotivaation laskemisen. Myös henkilöstövaje, varsinkin ammattitaitoisista työntekijöistä, kuormittaa henkilökuntaa. Riittävästi päteviä sijaisia ei aina onnistuta saamaan, mistä seuraa vajaamiehityksellä työskentely. Liiallinen työkuormitus johtaa taas suhteellisen suuriin sairauspoissaoloihin kotihoito-osastoilla. (Kerosuo ym. 2009.)

Kotihoidon työntekijöillä on hyvät vaikuttamismahdollisuudet töidensä järjestelyyn ja kehittämiseen, mutta toiminnan suunnitteluun vaikuttaminen ei onnistu niin hyvin. Tiimit eivät usein koe saavansa riittävästi tukea ja palautetta lähiesimieheltä. Oman työn arvostus kotihoidon tiimityöntekijöillä on todettu olevan vähäistä. (Miettinen ym. 2006.)

Hoitoalan työntekijät kuuluvat tällä hetkellä yhteen kaikkein kuormittuneimmista ammattiryhmistä. Potilaat ovat entistä huonokuntoisempia, työn vaativuus on lisääntynyt ja henkilöstöpula vallitsee alalla. Työhyvinvointiongelmien ovat entistä yleisempiä, mikä heijastuu potilaidenkin hoitoon. Työhyvinvointi vaatii tarkkaa seuraamista, työntekijöitä on kuunneltava ja työkuormittavuutta on tarkkailtava. (Kivimäki - Karttunen & Yrjänheikki & Hintikka 2006.)

Nybonin (2006, 3-6) mukaan työelämän muutostahti tulee aiheuttamaan haasteita myös tulevaisuuden johtamiselle. Työ ja työympäristö muuttuvat koko ajan. Myös esimiehen on uusiuduttava. Muutosjohtaminen on yksi keskeisimpiä tulevaisuuden johtamisen aiheita. 2000-luvulla johtaja joutuu jatkuvasti sietämään epävarmuutta ja siitä johtuvaa ahdistusta. Erityisen haasteellista voi olla eri sukupolvien johtaminen, koska eri sukupolvilla on erilaisia odotuksia johdolta. Työhyvinvoinnin merkitys tulevaisuudessa tulee olemaan myös entistä tärkeämpi. Työhyvinvointi tuottaa työantajalle myös taloudellista hyötyä vähentämällä sairauspoissaoloja ja tapaturmia sekä parantamalla työilmapiiriä. Keinoja työhyvinvoinnin nostamiseen on monia ja niissä on haasteita tulevaisuuden johtajille.

Vetovoimaiselle työpaikalle on seuraavat edellytykset: terveellinen ja turvallinen työympäristö, mahdollisuus osaamisen kehittämiseen ja urakehitykseen, henkilöstön mahdollisuus vaikuttaa kaikilla organisaatiotasolla, työ- ja vapaa-ajan yhteensopivuus. (Honkalampi 2009.)

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että työhyvinvointi ja työtyytyväisyys kotihoidossa syntyy mm. seuraavista asioista:

- mielekkästä työstä, jossa hoitaja kokee olevansa hyvä sekä saa myös hyvät tulokset
- hyvistä tuloksista on myös saatava positiivinen palaute esimieheltä
- hyvästä työyhteisöstä, jossa on riittävästi ammattitaitoisia hoitajia ja jossa vallitsee avoin, kannustava ilmapiiri ja lämmin henki
- oikeudenmukaisesta, tasapuolisesta ja eettisestä johtamisesta

Luettelo voi jatkaa vaikka miten pitkälle, onhan työhyvinvointiaihe hyvin laaja. Kuitenkin valitsin nämä asiat, koska katson niiden olevan keskeisiä ja perustavan tärkeitä työhyvinvoinnin kannalta.

5.5 Helsingin kaupungin kotihoidon imago ja maine kirjallisuuden ja tutkimuksen valossa

Helsingin kaupungin kotihoidon imagosta ei ole löytynyt tutkittua tietoa. Olen käyttänyt mm. monenlaisia tietoportaaleja (Nelli-portaali, Alexi, Arto, Cinahl, Medic, Theseus). Tutkin myös Tampereen, Turun, Oulun, Kuopion ja Helsingin yliopistojen verkkoväitöskirjoja. En ole löytänyt tutkittua tietoa, joka käsittelisi Helsingin kaupungin kotihoidon imagoa.

Aihe on kuitenkin hyvin ajankohtainen. 16.3.2010 Helsingin kaupungin terveyskeskuksen järjestämänä ”Nostetta kotihoitoon” koulutuspäivänä imago-aihe oli paljon esillä. Kouluttaja Sanna Mäkipään (TtM) pitämä luento käsitteli kotihoidon imagoa, kotihoidon työntekijöiden ammattidentiteettiä ja oman ammattitaidon arvostamista. Luennoitsija korosti, että alan hyvän maine loisi vetovoimaa kotihoidolle.

5.5.1 Tutkimuksen teoreettisten lähtökohtien katsaus ja yhteenveto

Talentum on toteuttanut Media Oy:n toimeksiannosta työnantajien mielikuvatutkimuksen vuonna 2008 ja 2010. Tutkimuksen tavoitteena oli mm. selvittää suomalaisten ylempien toimihenkilöiden sekä valmistumisvaiheessa olevien opiskelijoiden mielikuvia eri yritysistä ja niiden houkuttelevuudesta työnantajina. Terveystieteiden ammattilaisia ja opiskelijoita vastasi yhteensä 187 henkilöä. Terveystieteiden ammattilaiset pitivät työnantajaniminaisuuksissa ensisijaisena tärkeänä hyvää johtoa (83%), toiseksi tärkeämpänä olivat korkealaatuiset tuotteet ja palvelut (63%), kolmanneksi tuli hyvä maine palkanmaksajana (63%). Vuonna 2010 28% vastaajista hoitajista koki Helsingin kaupungin omalta kannalta houkuttelevaksi ja kiinnostavaksi työnantajaksi. Vuonna 2008 tulos oli 20%. Hoitoalan opiskelijoista vastaavaan tulokseen tuli 44% vastaajista vuonna 2010 ja vuoden 2008 tulos oli 27%. Helsingin kaupungin suosio työnanta-

jana on noussut tämän tutkimustuloksen mukaan huomattavasti. (Helsingin kaupungin Intranet)

Erikson I.J, Holm L.J, Chelminiak I ja Ditomassi (2005) tutkivat Yhdysvalloissa sellaisia hoitotyön imagon tekijöitä, jotka saattavat olla syynä hoitoalan koulutuksiin hakijoiden vähentymiseen. Haastateltavat pitivät erittäin tärkeänä työhyvinvointia, hyvää palkkaa ja potilastyöstä saatua hyvää mieltä. Myös joustavilla työajoilla oli jonkun verran merkitystä.

Kuusisaari-Bergström (2010) näkee, että väestölle pystyy tuottamaan laadukkaita terveydenhoitopalveluja tulevaisuudessakin, kun työn rakenteet ja imago ovat hyvällä tasolla. Terveydenhoitoalan koulutus on edelleen vetovoimainen, mutta imago kaipaa kohennusta. Sekä imagolla että työolosuhteilla on selkeä vaikutus sekä työssä viihtymiseen että alalla pysymiseen.

Helmann (2008) korostaa työntajankuvan merkityksen sekä organisaation imagon ja maineen ratkaisevana tekijänä hoitohenkilökunnan rekrytoinnissa. Hyvä imago on organisaatiolle arvokasta. Sillä on merkitystä ja vaikutusta potentiaalisten hakijoiden määrässä. Hoitoalan työnantajaimagoa ei ole pahasta uudistaa väliajoin ja miettiä rekrytointitapoja, joilla tavoitetaan pätevät ja motivoituneet hakijat.

Hyvä maine toimii magneetin tavoin. Se vetää puoleensa sekä asiakkaat että työntekijät. Hyvämaineeseen työpaikkaan hakeudutaan mieluummin kuin huonomaineiseen. Oma henkilöstö todennäköisesti ”markkinoi” työpaikkansa hyvän maineen eteenpäin. Henkilöstön puheilla ulkopuolisille työnantajasta tai työpaikasta vastaa silmännäkijöiden taikka todistajien merkitystä. Organisaation julkinen kuva voi olla kaunis, mutta kauneus menettää kauneutensa, jos työntekijät kertovat esimerkiksi pahasta olostaan työpaikalla eteenpäin. Mainen on kuten pääoma, jota on vaalittava hyvin. (Aula - Heinonen 2002, 65-66, 76, 108.)

Työnantajakuva on kehitettävä suunnitelmallisesti ja jatkuvasti. Toiminnan täytyy perustua myös tosiasioihin. Mainen rakentaminen kuuluu mm. strategiseen henkilöstöjohtamiseen. Hyvän mainen avulla saavutetaan suosio työnhakijoiden silmissä. Hyvä maine on yhteydessä tyytyväiseen työntekijään, joka on työnantajan paras markkinoija. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 67.)

Työ kotihoidossa on haastavaa, vaativaa ja kokonaisvaltaista. Asiakkaalla on yleensä käytössään monia tukipalveluja varsinaisten kotihoitopalvelujen lisäksi. Kotihoitotyöntekijän täytyy hahmottaa ja ylläpitää kokonaiskuvaa asiakkaan tilanteesta. Työntekijällä on oltava myös laajaa sairaanhoidollista osaamista, jotta asiakkaan laadukas ja kokonaisvaltainen hoito onnistuisi vastuuhoidatusperiaatteiden mukaisesti. Kokonaisvaltainen työ on vetovoimaista motivoituneille ja ammattitaitoisille hoitoalan ammattilaisille. Osa kotihoidossa työskentelevistä hoitajista pystyy kokonaisvaltaiseen työhön, osa ei. Tulevaisuuden haasteena onkin, miten alalle saadaan houkutelua päteviä hoitajia ja miten saadaan heidät pysymään kotihoidon palveluksessa (Engeström ym. 2009, 16-19.)

Nykyisistä ammattitutkinnon suorittaneista työntekijöistä lähihoitajilla tulee erityisesti olemaan kysyntää tulevina vuosina. Työministeriön ammatiryhmittäin tekemien ennusteiden mukaan terveydenhuollon toimialojen työllisten määrä kasvaa vuosina 2000–2015 noin 20%. Sosiaalihuollon toimialalla kasvun on arvioitu olevan noin 3 %.

Lähihoitajia sijoittuu molempiin ryhmiin ja on arvioitu, että sosiaalihuollon toimialalla mm. tämän ammattihenkilöstön suhteellinen osuus kasvaa muiden joukossa. (Kallio & Pitkänen 2005, 29.) Lähihoitajakoulutusta järjestävät toisen asteen ammatilliset oppilaitokset ja aikuiskoulutuskeskukset. Koulutusta järjestetään myös oppisopimuskoulutuksena. Ammatillinen perustutkinto voidaan suorittaa ammatillisena peruskoulutuksena opetussuunnitelman perusteiden mukaan tai näyttötutkintona näyttötutkinnon perusteiden mukaan.

Suomen eduskunnassa on pohdittu mm. perus- ja lähihoitajien saatavuutta työmarkkinoilla. Alan ammattilaisia on siirtymässä eläkkeelle runsaasti lähivuotina. Tilalle olisi saatava laadukkaan koulutuksen saaneita sosiaali- ja terveystalouden ammattilaisia. Tämä saattaa olla haasteellinen tehtävä matalan palkkauksen ja todellisuutta vastaamattoman ammatin imagon vuoksi. (Eduskunnan asiakirjat, kirjallinen kysymys 896/2005 vp.)

Teoreettisten lähtökohtien katsauksen pohjalta voidaan todeta, että myönteinen imago, hyvä maine, vetovoimaisuus ja lähijohtamisen osaaminen kotihoidossa ovat avainasioita hoitoalan rekrytoinnin tulevaisuuden haasteisiin. Kotihoito-osaston myönteinen ja vetovoimainen imago tulee olemaan ydinkysymys tulevaisuuden rekrytoinnin onnistumiselle.

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymys on: Millainen on Helsingin kaupungin kotihoidon imago kaupunginsairaalan hoitohenkilökunnan silmin?

Oletan, että tutkimuskysymykseeni saatuja vastauksia voidaan hyödyntää esimerkiksi kotihoidon rekrytointihankkeissa. Kun tiedetään millaisia ajatuksia ja mielikuvia Helsingin kaupungin kotihoito herättää kotihoitokokemusta omaamattomissa hoitotyöntekijöissä, on helpompi löytää keinoja tietyn mielikuvan korjaamiseksi tai muuttamiseksi, jos siihen on tarvetta. Tutkimuskysymyksestä johdetut tavoitteet ovat:

1. Selvittää, millainen on Helsingin kaupungin kotihoidon imago kaupunginsairaalan hoitohenkilökunnan arvioimana sekä kuvata imagoon vaikuttavia tekijöitä, haastateltavien näkökulmasta.
2. Selvittää, mitä keinoja olisi Helsingin kaupungin kotihoidon imagon nostamiseen, jos haastateltavien näkökulmasta siihen on tarvetta.

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Tutkimusmenetelmä

Tämän opinnäytetyön lähestymistavaksi valitsin kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusmenetelmän. Opinnäytetyössäni on kyseessä tutkimusongelma, joka keskittyy henkilöiden kokemusten tai käyttäytymisen paljastamiseen. Tutkimastani ilmiöstä ei vielä tiedetä paljoa ja tutkimuksen tarkoitus onkin tiedon lisääminen.

Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla voidaan selvittää lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä sekä eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia. (Heikkilä 1999, 15-16; Alkula –Pöntinen & Ylöstalo 1995, 22.)

Kvalitatiivista tutkimustapaa käytetään yleensä silloin, kun halutaan saada tietoa puutteellisesti tunnetusta asiasta tai ilmiöstä. Tavoitteena kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tavoittaa tutkittavien näkökulma. Tutkimus perustuu todellisen elämän kuvaamiseen. Tutkimuskohdetta on tarkoitus tutkia mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi – Remes & Sajavaara 2007, 157.) Helsingin kaupungin kotihoidon imagoa ei ollut tutkittu aikaisemmin. Asia on ollut esillä lehdistössä ja alan ammattilehdissä, mutta näyttöön perustuvaa, tutkittua tietoa aiheesta ei ole.

Kvalitatiivinen tutkimus sopii hyvin toiminnan kehittämiseen, tavoitteena siinä on ymmärtäminen eikä määrien selvittäminen. Tilastollinen edustavuus ei ole kvalitatiivisen tutkimuksen päämäärää, vaan tutkittavina oleviin ongelma-alueisiin selitysten löytäminen. (Heikkilä 1999, 16.) Tässä tutkimuksessa tiedonantajien mielikuvat kotihoidosta saattavat johtaa selitysten löytämiseen ongelma-alueista ja kyseeseen voisi tulla asian ottamisen kehittämiskohteeksi.

Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tiedonantajilla on joko kokemusta tutkittavasta asiasta tai he tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon. Tiedonantajien valinnan ei pidä olla satunnaista, vaan tutkijan on huolellisesti harkiten valittava tarkoitukseen parhaiten sopiva haastateltavien tai kyselyyn vastaavien joukko. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85-86.)

Olen suunnitellut tarkkaan, millä perusteella tiedonantajien valinta tässä tutkimuksessa tapahtuu. Kriteerinä ovat sairaanhoitajan, terveydenhoitajan, lähihoitajan tai perushoitajan tutkinto ja Helsingin kaupungin kotihoidon työkokemuksen puute. Haastateltavien on oltava töissä Helsingin kaupungin terveyskeskuksen kaupunginsairaалassa, tutkimusluvan mukaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimussuunnitelma on läsnä koko tutkimuksen teon ajan. Avoin tutkimussuunnitelma yhdistää tutkimuksen toisensa jälkeen seuraavat prosessit: aineistonkeruu, analyysi, tulkinta ja raportointi. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tulkitaan koko tutkimusprosessi. Tutkimussuunnitelmaa ja tutkimuskysymyksiä voi joutua tarkistamaan aineiston

keruun aikana ja opinnäytetyön tuottaminen voi jopa edellyttää alkuperäiseen aineistoon palaamista. (Eskola & Suoranta 1998, 15-16.) Olen tutkimuksen tekemisen aikana palannut alkuperäiseen aineistoon useamman kerran. Voisin jopa sanoa, että aineisto oli läsnä tutkimuksen aloittamisesta lopettamiseen saakka.

Eskolan ja Suorannan (1998, 62) mukaan laadullisessa tutkimuksessa aineiston koko ei vaikuta merkittävästi tutkimuksen onnistumiseen. Aineiston koko ei ole siis mekaanisesti määrätty. Aineiston tarkoitus on auttaa tutkimuksen tekijää rakentamaan käsitteellistä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. On ensisijaisesti tärkeää, että tutkija pystyy rakentamaan aineistosta lähtien teoreettisesti perusteltuja näkökulmia.

Tuomin ja Sarajärven (2009, 85-86) mukaan opinnäytetyössä on tarkoitus osoittaa oppineisuutta omalta alalta, jolloin aineiston koko ei ole opinnäytetyön merkittävä kriteeri. Aineiston riittävyys perustuu laadullisessa tutkimuksessa usein tutkijan omaan harkintaan.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on saturaation käsite. Se tarkoittaa aineiston kylläntymistä. Tutkija haastattelee tiedonantajia niin kauan, kun haastattelut tuovat tutkimuskysymyksen kannalta uutta tietoa. Saturaation käsite on hieman ristiriitainen. Tiedonantajat ovat yksilöitä ja tutkimuksen tekijä ei voi olla varma, että lisähaastattelut eivät toisi uusia mielipiteitä (Hirsjärvi ym. 2007, 177.)

Hirsjärvi ja Hurme (2009, 60) korostavat haastattelujen osalta, että kannattaa haastatella henkilöitä niin kauan, kunnes alkaa huomata, että uusilta haastateltavilta ei enää ole tulossa mitään olennaisesti uutta tietoa. Tällöin tutkijan on pystyttävä itse päättämään, missä pisteessä haastattelut tulisi lopettaa. Tekemäni tutkimus on opinnäytetyö. Suoritettuani kahdeksan haastattelua huomasin, että enää ei tullut uutta tietoa aiheesta. Päätin lopettaa haastattelut tähän määrään.

Aineistonkeruumenetelmäksi olen valinnut teemahaastattelun. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, koska haastattelun aihepiirit eli teemat ovat kaikille samat. Vaikka puolistrukturoidussa haastattelussa kysymykset on määrätty ennalta, haastattelijä voi vaihdella sanamuotoa, eli kaikkia haastattelun näkökohtia ei lyödä lukkoon. Oleellisinta teemahaastattelussa on se, että haastattelu etenee teemojen varassa, mikä tuo tutkittavien äänen kuuluviin. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 47-48.)

Teemahaastattelussa ollaan tarkkoja, että kysymykset liittyvät juuri tutkimuksen tarkoitukseen ja vastauksia on tarkoitus saada ongelma-asettelun mukaisesti. Haastattelu on joustava tiedonkeruumenetelmä ja siinä on monta etua verrattuna esimerkiksi postikyselyyn. Tutkijalla on mahdollisuus keskusteluun, jonka aikana voi toistaa kysymyksiä ja täsmentää haastateltavan ilmausten sanamuotoa. Sellaista mahdollisuutta ei ole postikyselyssä. Tiedonantaja harvoin peruu haastattelun, joka on tutkijan kanssa sovittu henkilökohtaisesti. Postikyselyyn on taas helppo jättää vastaamatta. Myös se, että tutkija voi esittää kysymykset haluamassaan järjestyksessä lisää haastattelun joustavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-74.)

Haastattelussa on hyvin tärkeää saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta asiasta. Sen takia tutkijan kannattaakin lähettää haastattelukysymykset tai aiheet tiedonantajille jo hyvissä ajoin ennen haastattelua. Silloin haastateltava ehtii paneutua haastattelukysymyksiin ja miettiä vastauksia etukäteen. Myös eettisyyden kannalta haastattelun aiheesta on perusteltua kertoa tiedonantajille. On hyvin todennäköistä, että ihmiset eivät suostu haastateltaviksi, jos eivät tiedä, mistä tutkimuksessa on kysymys. Tutkijan on otettava myös huomioon, että haastattelu on kallis ja aikaa vievä aineistonkeruumuoto verrattuna postikyselyyn, joten on oltava varautunut tiettyihin kustannuksiin. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 73-75.) Olin lähettänyt tiedonantajille ennen haastattelua saatekirjeen ja esitietolomakkeen lisäksi myös teemakysymykset, jotta haastateltavalla olisi aika pohtia aihetta, kysymyksiä ja omia näkemyksiään asiasta.

Myös Hirsjärvi ja Hurme (2009, 34-35) korostavat haastattelun joustavuutta. Tutkija voi tarvittaessa pyytää perusteluja mielipiteen ilmaisulle ja käyttää lisää kysymyksiä. Haastateltava ihminen on luova ja aktiivinen tutkimuksen osapuoli. Ihmistä onkin tärkeää nähdä subjektina tutkimustilanteessa. Haastattelun haittoina ovat aikaa vievää haastattelujen suunnittelu, toteutus ja litterointi. Haastattelijan rooli vaatii myös kouluttautumista. Koska haastattelu on hyvin joustava menetelmä, se sopii moniin erilaisiin tutkimustarkoituksiin. Haastattelussa ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa ja tämä tilanne luo mahdollisuuden suunnata tiedonhankintaa itse tilanteessa. Samoin on mahdollista saada esiin vastausten taustalla olevia motiiveja. Haastatteluaiheiden järjestelystä on mahdollista säädellä.

Tämän opinnäytetyön teemahaastattelun aiheet perustuvat tutkimuskysymykseen (teemahaastattelun liite 3). Teemakysymyksillä pyritään saamaan mahdollisimman laajasti tietoa haastateltavien käsityksestä Helsingin kaupungin kotihoidosta työpaikkana ja oman koulutuksen mukaisesta työn kuvasta siinä. Tavoitteena on, että tiedonantajien kertoman perusteella saadaan käsitys Helsingin kaupungin kotihoidon imagosta muiden kuin kotihoidon palveluksessa olevien hoitotyöntekijöiden silmin.

7.2 Tiedonantajat

Hain luvan tutkimukseeni Helsingin kaupungin terveyskeskuksen toimitusjohtajalta. Sain tutkimusluvan 11.12.2009. Minun oli alunperin tarkoitus etsiä haastateltavia ottamalla yhteyttä sähköpostitse Helsingin kaupungin sekä pitkäaikais- että akuuttisairaalan osastonhoitajiin, joita olisin pyytänyt välittämään haastattelupyyntöni eteenpäin sopiville hoitoalan ammattilaisille. Mutta terveyskeskuksen pitkäaikaissairaanhoito siirtyi 1.1.2010 lukien sosiaalivirastoon. Kyseessä oli hallinnollinen siirto, joka koskee Koskelan, Kivelän ja Myllypuron sairaaloita. Nämä pitkäaikaissairaalat kuuluivat vuoden 2010 alusta sosiaaliviraston vanhusten palveluihin.

Yksi luvan myöntämisen ehdoista oli se, että tutkija huomioi mahdollisen organisaatiomuutoksen ja sen vaikutuksen haastateltavien joukkoon. Kos-

ka tutkimuslupa ulottui ainoastaan terveyskeskuksen alaisuuteen kuuluviin yksiköihin, en voinut haastatella sosiaalivirastoon siirtynyttä pitkäaikais-sairaalan henkilökuntaa.

Akuuttisairaalan nimi on vaihtunut vuoden 2010 alussa kaupunginsairaalaksi ja se muodostuu Malmin, Haartmanin, Herttoniemen, Laakson, ja Suursuon sairaaloista. Haastateltavien joukon muodosti kaupunginsairaalan hoitohenkilökunta.

Päätös haastatella juuri kaupunginsairaalan henkilökuntaa tuli siitä ajatuksesta, että kaupunginsairaalassa työskentelevät hoitajat olisivat myös erityisen potentiaalisia hakijoita kotihoitoon. Siksi katsoin aiheelliseksi selvittää, mitä heidän keskuudessaan ajatellaan kotihoitotyöstä ja mitkä tekijät vaikuttaisivat heidän haluunsa hakeutua kotihoito-osastolle töihin.

Saatuani luvan tutkimuksen tekemiseen otin yhteyttä sähköpostitse kolmeen Helsingin kaupungin kaupunginsairaalan ylihoitajaan. Kerroin kirjeitse tutkimuksen tarkoituksesta ja perusteita tiedonantajien valintaan, joita olivat perus-/lähihoitajan tai sairaan-/terveydenhoitajan tutkinto ja kotihoidon kokemuksen puute Helsingin kaupungilla. Liitin sähköpostiviestiin haastateltaville tarkoitettua saatekirjeen ja skannatun kopion tutkimusluvasta. Pyysin ottamaan minuun yhteyttä sähköpostitse tai puhelimitse, jolloin informoin tarkemmin tutkimuksen tarkoituksesta ja anonymiteetin säilymisestä ja esitin haastattelupyynnön. Ylihoitajat jatkolähtivät saatekirjeeni alueensa osastonhoitajille ja viimeiset taas jatkolähtivät osaston hoitohenkilökunnalle.

7.3 Aineiston keruu

Tässä tutkimuksessa tiedonantajina olivat Helsingin kaupungin terveyskeskuksen kaupunginsairaalan henkilökunta, neljä sairaanhoitajaa ja neljä lähihoitajaa. Haastateltavat ottivat minuun yhteyttä sähköpostitse. Teema-haastattelut tehtiin vuoden 2010 tammikuun ja toukokuun välisenä aikana. Suoritin haastattelun haastateltavan toivomassa paikassa.

Olin luonut omasta näkökulmastani selkeät kysymykset, joihin on helppo vastata omin sanoin ja jotka myös mahdollistavat vastaajien näkökulmien ja mielipiteiden esille tuomisen mahdollisimman hyvin. Ennen haastattelua pyysin jokaista haastateltavaa täyttämään lyhyen esitietolomakkeen, jossa pyydettiin kertomaan sukupuoli, ikäryhmä ja ammattinimike.

Suurimman osan haastatteluista suoritin tiedonantajien työpaikalla: osastoilta löytyi aina vapaa hiljainen huone, joten haastattelun rauhallinen kulku oli mahdollista. Yhden haastattelun suoritin tiedonantajan kotona hänen omasta pyynnöstään. Siellä ei ollut vapaata huonetta joten haastattelu tapahtui asunnon keittiössä. Haastateltavan lapset ja puoliso olivat läsnä lyhyen ajan haastattelun aikana, mutta emme kumpikaan kokeneet sitä haitaksi. Ennen haastattelua kerroin lyhyesti tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta, haastattelun eri vaiheista ja niiden etenemisestä. Haastattelun ilmapiiressä ei ollut jännitystä. Keskustelu sujui luontevasti ja avoimesti.

Haastattelut kestivät kolmestakymmenestäviidestä neljäänkymmeneenvii-teen minuuttiin. Haastattelujen jälkeen käytiin vielä saadut vastaukset läpi jos haastateltavat halusivat tarkentaa tai täydentää haastattelukysymyksiin antamia vastauksia. Mp3-soitin, joka toimi samalla digitaalisena nauhurina, toimi mainiosti. Tein varmuuden vuoksi myös muistiinpanoja siltä varalta ettei nauhoitus onnistuisikaan tai nauhoituksen laatu olisi huono. Sain kuitenkin onnistuneesti nauhoitettua kaikki haastattelut ja litteroin, eli kirjoitin auki, ne sanatarkasti aina haastattelun jälkeen samana päivänä.

7.4 Aineiston analyysi

Tutkimuksen aineiston analysoinnissa käytin sisällönanalyysiä. Sisällön analyysillä on pitkä historia, sen historialliset juuret ovat peräisin 1800-luvun uskonnollisten tekstien ja hymnien analyyseissä. Tieteelliseen käyttöön menetelmä otettiin 1950-luvulla ensin sosiaalitieteissä ja sittemmin Pohjoismaissa 1970-luvulla. (Janhonen & Nikkonen 2003: 21-22; Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-5.)

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota pystyy käyttämään kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Menetelmää käyttäen voidaan kuvata dokumenttien sisältöä tai tehdä sisältöön liittyviä päätelmiä ja johtopäätöksiä (Pietilä 1973: 4-25.) Sisällönanalyysin avulla dokumentit kuten esim. kirjat, kirjeet, haastattelut taikka keskustelu analysoidaan systemaattisesti ja objektiivisesti. Tutkittava ilmiö järjestetään ja kuvaillaan. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-5.)

Useimmat analyysimenetelmät perustuvat tavalla tai toisella sisällönanalyysiin. Menetelmää käyttäen voidaan kuvata dokumenttien sisältöä tai tehdä sisältöön liittyviä päätelmiä ja johtopäätöksiä (Pietilä 1973: 4-25). Sisällön analyysissä aineistoa tarkastellaan, yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia etsien ja tiivistäen. Sen avulla myös varmistetaan tapahtumien ja asioiden merkityksiä ja seurauksia (Latvala - Vanhanen & Nuutinen, 2003, 25-30.).

Analyysin tarkoituksena on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysillä on tarkoitus järjestää aineisto tiiviiseen ja järjestettyyn muotoon sekä luoda selkeyttä aineistoon, jolloin selkeiden ja luotettavien johtopäätösten tekeminen tutkittavasta ilmiöstä tulee onnistumaan. Analyysissä aineisto hajotetaan pieniksi osiksi, käsitteellistetään ja järjestetään uudelleen. Aineiston analysointi etenee kolmivaiheisena prosessina, johon kuuluu aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91, 109-116.)

Sisällönanalyysi pohjautuu induktiiviseen päättelyyn, jota ohjaa tutkimuksen tarkoitus. Analyysiä tehtäessä ei analysoida koko aineistoa, vaan ainoastaan sitä, mistä saadaan vastauksia tutkimuksen tarkoitukseen ja tehtäviin. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuksen tehtävät saattavat täsmentyä analyysin aikana. (Kylmä & Juvakka 2007, 117.) Tärkeää on rakentaa malleja, jotka kuvaavat tutkittavan ilmiön tiivistetysti. Sellaisten mallien avulla tutkittava ilmiö käsitteellistetään. (Kyngäs & Vanhanen

1999, 3-5.) Jos aineistolähtöisessä analyysissä painotetaan päättelyn loogiikkaa, tätä voidaan kutsua induktiiviseksi sisällönanalyysiksi. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 95-96.)

Tässä opinnäytetyössä analysoin tutkimusaineistoa induktiivisesti, jotta tiedonantajien mielikuvat ja käsitteet kotihoidon imagosta siirtyisivät ja jotta minun oma käsitykseni, joka on todennäköisesti subjektiivinen, ei pääsisi vaikuttamaan tutkimustuloksiin.

Vastauksen saamiseksi tutkimuskysymykseen analyysiyksiköistä muodostetaan tutkittavia ilmiöitä kuvaavia sisältöluokkia. Aineiston sisältö on sidoksissa kyseisiin ilmiöihin. (Pietilä 1973, 94.) Sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa määritellään analyysiyksikkö, mikä voi olla kirjain, ilmaisu, sana, lause taikka ajatuskokonaisuus. Kun analyysiyksikkö on määritelty, aineisto luetaan läpi useamman kerran, mikä on kuin pohja aineiston analysoinnille. Seuraavassa vaiheessa aineisto pelkistetään eli valitaan aineistosta olennaiset lauseet taikka ilmaisut. Tutkimustehtävä ohjaa aineiston pelkistämistä. Pelkistämässä aineisto on tiivistettävä siten, että olennainen sisältö ei muutu. Seuraavassa vaiheessa aineisto ryhmitellään taikka klusteroidaan. Silloin samaa tarkoitettuja ilmaisuja luokitellaan kategorioiksi ja niille annetaan sisältöä kuvaava nimi. Tässä vaiheessa kyseen tuleen tulee jo käsitteellistäminen taikka abstrahointi: samansisältöiset alaluokat yhdistetään yläluokkiin ja annetaan niille sisältöä kuvaava nimi. (Kylmä & Juvakka 2007, 117; Latvala - Vanhanen & Nuutinen 2003, 25-30; Kyngäs & Vanhanen 1999, 4-7.)

Analysoin aineistoani kokemusten tutkimiseen sopivalla sisällön analyysimenetelmällä. Opinnäytetyössäni etsin vastauksia tutkimuskysymykseen käyttämällä kahdeksalta haastateltavalta saatua aineistoa. Tässä tutkimuksessa analyysiyksikkö oli ilmaisu. Luin saadun aineiston läpi monta kertaa ja etsin haastatteluista ilmaisuja, jotka kertovat tai kuvaavat Helsingin kaupungin kotihoidon imagoa tiedonantajien silmin. Näistä ilmaisuista muodostuivat pelkistetyt lauseet. Pyrin olemaan tarkka, jotta pelkistämisen aikana aineiston olennainen sisältö ei muuttuisi. Seuraavaksi ryhmittelin samaa aluetta olevat lauseet ja loin niistä alakategoriat. Jokaiselle alakategorialle annoin sisältöä kuvaavan nimen. Alakategorioista muodostin yläkategoriat. Yläkategorioista muodostin yhdistävän kategorian, joka auttoi etsimään vastausta tutkimuskysymykseeni.

Tutkimuksen sisällön analyysin etenemisprosessi on kuvattu myös alla olevassa taulukossa. (Kuva 1)

KUVA1. Tutkimuksen sisällön analyysin etenemisprosessi

PELKISTETYT LAUSEET				
<p>- Kiireinen ja vaativa työpaikka</p> <p>- Itsenäinen, mutta yksinäinen työ</p> <p>- Hirveätä kiirettä ja sellaista yksinäistä homma</p> <p>- Kuullut niin paljon siitä, että siellä on niin kauhea kiire</p>	<p>- Kova työvoimapula</p> <p>- Vaikea saada hoitajia</p> <p>- Paljon keikkalaisia</p> <p>- Hoitajat kovin kuormitettuja</p> <p>- Pitäisi olla enemmän henkilökuntaa</p> <p>- Resurssit ei riitä, jos menisi pareittain</p>	<p>- En viitsisi lähteä sinne, kun tiedän, että en saa perehdytystä</p> <p>- En pystyisi ilman koulutusta missään nimessä hyppäämään</p>	<p>- Tiedotusvälineistä on tullut kotihoidosta</p> <p>- Helsingin sanomissa on ollut juttuja</p> <p>- Kuullut lehdistöstä</p>	<p>- Pitäisi olla perehdytys</p> <p>- Pitäisi olla jonkinlainen perehdytys/koulutus</p> <p>- Jos hyvä perehdytys olisi saatavilla, niin silloin voisin harkitakin tulla</p> <p>- Tiimin tuki</p>
<p><u>Alakategoria</u> ITSENÄISEN RAJALLISELLA AJALLA</p> <p>Alalla uskotaan olevan kiireellistä ja yksinäistä.</p>	<p><u>Alakategoria</u> TYÖTÄ RIITTÄISI USEMMALLEKIN</p> <p>Ei luoteta hoitohenkilökunnan riittävyyteen.</p>	<p><u>Alakategoria</u> PEREHDYTYS OLISI TARPEEN</p> <p>Epäilläään perehdytyksen riittävyyttä.</p>	<p><u>Alakategoria</u> JULKINEN KUVA KAIKUPAA KOHENNUSTA</p> <p>Työpaikan julkista kuvaa ei koeta kovin myönteisenä.</p>	<p><u>Alakategoria</u> PEREHDYTYS TÄ JA TUKEA EI OLE KOSKAAN LIIKAA</p> <p>Työyhteisön tuki, perusteellinen perehdytys ja koulutus uusille työntekijöille.</p>
<p><u>Yläkategoria</u> Kiire, työvoimapula ja yksinäisyys → Imago heijastaa kiireisyyttä ja yksinäisyyttä.</p>		<p><u>Yläkategoria</u> Perehdytyksen puute, ei kovin myönteinen julkinen kuva → Imago heijastaa vaillinaista perehdytystä ja työn kiireellisyyttä.</p>		<p><u>Yläkategoria</u> Perehdytys, työpaikkakoulutus ja tiimin tuki → Mahdollinen keino imagon nostamiseen.</p>
<p><u>Yhdistävä kategoria/Tutkimuksen tulos</u> Kaupunginsairaalan hoitohenkilökunnan silmin Helsingin kaupungin kotihoidon imago heijastaa kiireisyyttä, yksinäisyyttä ja vaillinaista perehdytystä.</p>				

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Alakohdassa 8.1 kerrotaan haastateltavien taustatiedot. Kohdassa 8.2 avataan haastatteluista saatu käsitys Helsingin kaupungin kotihoidon imagosta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Seuraavaksi, kohdassa 8.3, kuvataan alan imagon nostamisen tarpeellisuus haastateltavien näkökulmasta. Sitten kohdassa 8.4 kerrotaan tutkimuksen tulos, eli millainen on Helsingin kaupungin kotihoidon imago kaupunginsairaalan silmin.

Tutkimuksen tulokset on kuvattu myös alla olevassa taulukossa. (Kuva 2)

KUVA2. Tutkimuksen tulokset

<u>Tutkimuskysymys</u>				
Millainen on kotihoidon imago kaupunginsairaalan hoitohenkilökunnan silmin?				
<u>Yhdistävä kategoria/Tutkimuksen tulos</u>				
Kaupunginsairaalan hoitohenkilökunnan silmin Helsingin kaupungin kotihoidon imago heijastaa kiireisyyttä, yksinäisyyttä ja vaillinaista perehdytystä				
<u>Yläkategoria</u>		<u>Yläkategoria</u>		<u>Yläkategoria</u>
Kiire, työvoimapula ja yksinäisyys → Imago heijastaa kiireisyyttä ja yksinäisyyttä		Perehdytyksen puute, ei kovin myönteinen julkinen kuva → Imago heijastaa vaillinaista perehdytystä ja työn kiireellisyyttä		Perehdytys, työpaikkakoulutus ja tiimin tuki → Mahdollinen keino imagon nostamiseen
<u>Alakategoria</u>	<u>Alakategoria</u>	<u>Alakategoria</u>	<u>Alakategoria</u>	<u>Alakategoria</u>
ITSENÄISES-TI RAJALLISELLA AJALLA	TYÖTÄ RIITTÄISI USEMMALLEKIN	PEREHDYTYS OLISI TARPEEN	JULKINEN KUVA KAIKIPAA KOHENNUSTA	PEREHDYTYSTÄ JA TUKEA EI OLE KOSKAAN LIIKAA
Alalla uskotaan olevan kiireellistä ja yksinäistä	Ei luoteta hoitohenkilökunnan riittävyyteen	Epäillään perehdytyksen riittävyyttä	Työpaikan julkista kuvaa ei koeta kovin myönteisenä	Työyhteisön tuki, perusteellinen perehdytys ja koulutus uusille työntekijöille

8.1 Haastateltavien taustatiedot

Tähän tutkimukseen osallistui kahdeksan terveysalan ammattilaista, koulutukseltaan neljä sairaanhoitajaa ja neljä lähihoitajaa. Kaikki olivat naisia, iältään keskimäärin 35 vuotta. Kaikki haastateltavat täyttivät tutkimukseen osallistumisen edellytykset. Heillä oli tutkimukseen osallistumisen edellyttämä koulutus ja he olivat töissä Helsingin kaupungin kaupunginsairaalassa, johon tutkimuslupa ulottui.

8.2 Kaupunginsairaalan hoitohenkilökunnan haastatteluista saatu käsitys Helsingin kaupungin kotihoidon imagosta ja siihen vaikuttavista tekijöistä

Kotihoito sai herätettyä haastateltavissa käsityksiä tai mielikuvia monipuolisesta ja vaativasta työpaikasta. Työvoimapula ja hoitohenkilökunnan työn kuormittavuus tuli kuitenkin jokaisessa haastattelussa esille.

”No on mulla jonkunlainen käsitys kyllä, ensimmäisenä tulee mieleen että on kiireinen vaativa paikka.”(H1)

”Mulla on sellainen kuva, että se on hyvin sellaista yksinäistä ja semmoista... Mulla on hirveän negatiivinen kuva kotihoidosta, todella. Mä en voi sitä kuvitella ikinä mennä sinne.”(H6)

”No ainakin että se on kovin kiireinen, on paljon paikkoja missä käydään, että ei ole aikaa niin kuin yhdelle asiakkaalle”(H3)

”Kova työvoimapula, vaikeaa saada hoitajia, ja ne jotka siellä on ne on kovin kuormitettuja”(H7)

”Mulla on sellainen ajatus, että jos siellä on paljon keikkalaisia ja itse menisi sinne uutena olisi rankka. On se kotihoidossa olisi hienoa että käydään toisella kotona ja olisi kokonaisvaltaista se potilaan kohtaaminen. Mutta jos on kauhea kiire ja pitäisi tehdä vaikka haavahoito kauhealla kiireellä, ei saa sitä tyydytystä siitä työstä.”(H8)

”Pitäisi olla enemmän aikaa ilmeisesti potilasta kohden. Että paremmin saa hoideltua ja juteltua, että ei ole niin kauhean kiireistä...”(H4)

Yllä mainittu käsitys Helsingin kaupungin kotihoidon imagosta on mitä yleisemmin muodostunut työkavereiden kokemusten ja tiedotusvälineiden kautta. Kaikki tiedonantajat olivat jossain määrin yhteistyössä kotihoidon kanssa, esimerkiksi potilaiden kotiutumisen yhteydessä.

Yhteydenotto kotihoitoon tapahtui yleensä puhelimitse. Puhelinkontaktit kotihoidon työntekijöihin vahvistivat joidenkin haastateltavien käsitystä kotihoitotyön kiireellisyydestä, vaativuudesta ja hoitohenkilöstön kuormituksesta.

”Mähän oon tekemässä kotihoidon kanssa työtä päivittäin ja sitten kuullut lehdistöstä, vanhuksia on paljon ja se on vaativa silloin. Ja sitten mitä on itse ollut yhteyksissä kotihoitoon, ei se kuulosta mitenkään löysältä, minun mielestä se on vaativa ainakin verrattuna esimerkiks jossakin osastolla hoitajana, se on aivan erilainen työnkuva.”(H1)

”No tämä mun käsitys perustuu siihen mitä kuulee, että ihmiset kertoo. Ensimmäinen, mitä mulle tulee mieleen, että se on aika kiireinen paikka, monta paikka missä pitää ehtiä käydä..”(H4)

”Työkaverit, ketkä on ollut, tai kaverit ketkä aikaisemmin on ollut töissä on kertonut, potilaat on kertonut sitten ja sitten on yhteyksissä osastolta

kotihoitoon, sitä kautta on tullut ja tietysti tiedotusvälineistä on tullut kotihoidosta. Helsingin sanomissa ollut juttuja.”(H3)

”Mulla on muutama ystävä, joka on ollut kotihoidossa ja niiden mukaan hirveätä kiirettä ja sellaista yksinäistä homma... Mä en ikinä ollut missään harjoittelussa kotihoidossa, olin aina sairaalassa...”(H6)

”Moni työkaveri on ollut jossain vaiheessa kotihoidossa töissä, itse jostain syystä, en tiedä mistä syystä, on vältellyt sitä paikkaa..”(H5)

Yhden tiedonantajan käsitys kotihoidosta työpaikkana tuli kotihoidossa työskenteleviltä hoitajilta, jotka tekivät keikkaa Helsingin kaupungin sairaalaan.

”Sellaisilta keikkalaisilta, jotka tuli meille. Jotka on kertonut, että ne on oikeasti kotihoidossa töissä ja meillä vain keikalla päivän. Se perustuu siihen.”(H4)

Yksi haastateltava tunnusti, että hänen käsitys siitä, että kotihoidossa on paljon keikkatyöntekijöitä ja vähän vakituista henkilökuntaa johtuu hänen omasta päätelmästä ja johtopäätöksistä. Hän ei osannut selittää, mistä käsitys on tullut, mutta se vain muodostui, johtuen todennäköisesti useammista seikoista.

Lähes kaikki haastateltavat pitivät käsityksiään Helsingin kaupungin kotihoidon työpaikkana luotettavina, paitsi yksi sairaanhoitaja, joka piti mahdollisena, että hänen käsityksensä voi olla yksipuolinenkin.

”Voi se olla tietysti yksipuolinenkin. Potilaat on joskus sanonut siellä ei ole kotihoidolla aikaa tai jotain. Semmoiset yleensä puhuukin siitä, kellä on jotain valittamista. Joo, jos on niin kaikki hyvin mennyt, ollaan sitten hiljaa. Ja sitten kun kotihoitoon on oltu yhteydessä, sattunut semmoisia tilanteita että niillä on kauhea stressi ja kiire päällä ja sitten kun me kotiutetaan huonokuntoisia sellaisissa tilanteissa voi olla yksipuoliset ne käsitykset.”(H3)

”Mä en ole ikinä itse ollut kotihoidossa, mutta uskon, mitä olen kuullut..”(H6)

Sairaanhoitajilla oli aika selkeä näkemys ja käsitys oman koulutuksen mukaisesta työstä kotihoidossa. Sairaanhoitajilla oli myöskin aika selkeä käsitys sairaanhoitajan vastuualueesta kotihoidossa.

”Sairaanhoitaja tekee niitä kotikäyntejä kuten perushoitajakin, näitä verinäytteitä ja haavahoitoja ja insuliinipistämissä ja lääkkeitä, mutta sairaanhoitajalla siinä tiimissä sillä on suurempi vastuu, vastaavana, pitäisi tietää enemmän asioista ja sitten kun potilas kotiutuu pitäisi kartoittaa avun tarvetta, sairaanhoitaja ymmärtäkseni sen tekee. Ja lähihoitajat varmaan kysyvät sairaanhoitajalta neuvoja.”(H3)

”No sen mä tiedän ainakin, että vastaa lääkkeistä, lääkehoitovastuu tulee ensimmäisenä mieleen. Se on ihan totista työtä kyllä.”(H1)

”Ne ei sitten niin paljon siellä kenttätöissä. Sairaanhoitaja ehkä käy enemmän arvioimassa, jotai haavoja tai tämmöisiä näin. Tai jos haava on mennyt vaikka huonompaan suuntaan, sairaanhoitaja käy sitten arvioimassa sitä..”(H5)

Keskusteluissa nousivat esille sairaanhoitajaan työnkuvaan kuuluva vastuu, sekä itsenäisyys että yksinäisyys, ja näihin liittyvät paineet.

”Meillähän on yksi tullut kotihoidosta. Sellainen mielikuva mitä mä on hänen kanssa keskustellut että on hirveän vastuullista töitä, sulla on hirveän itsenäistä työtä niin kun sillä tavalla tosi mielekästä työtä kuitenkin, siellä sellaisia tehtäviä jotka vastaakin sairaanhoitajan kuvaa. Mutta jos on yksi sairaanhoitaja per tiimi, kuitenkin työlästä se on, sellainen mieli-kuva, että on työlästä.”(H2)

Haastateltavat tiesivät tai arvasivat sairaanhoitajan olevan vastuuhoidajana tiimissä. Yksi haastattelemani sairaanhoitaja oli jopa sitä mieltä, että sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja toimii tiimin lähiesimiehenä, mikä ei kuitenkaan pidä paikkaansa.

”No jo kyllä, ehkä sairaanhoitajat on enemmän esimiestehtävissä, ehkä ne ei ole niinkään paljon kenttätöissä sitten, että esimiesasemassa sitten enemmän..”(H5)

Lähihoitajilla ei taas ollut niin selkeää käsitystä omasta työnkuvasta kotihoidossa, kuten sairaanhoitajilla. He eivät olleet varmoja, mitkä sairaanhoidolliset toimenpiteet kuuluvat heille ja mitkä taas sairaan- tai terveydenhoitajille.

”Silloin kun mä olin kymmenen vuotta sitten siellä, kotipalvelussa harjoittelussa, silloin lähihoitaja siivosi, laittoi ruokaa, kävi kaupassa ja ja sitten sellaiset lääkeasiat, jos piti pistää insuliinia niin sairaanhoitaja laittoi ne. No nyt mä oon kuullut, että ei enää käytäisi kaupassa potilaille että ilmeisesti asiakkaat saavat sen ruoan jostain, en mä tiedä... mutta kuulin, että se on muuttunut...”(H8)

”No perushoitoa ainakin, että mennään sinne ja voidaan pestä sitä potilasta, jos hän tarvii apua kylvyssä ja jos on jotakin haavahoitoja, jos lähihoitaja sellaista tekee. Tai voi lääkkeitä ainakin suuhun antaa, jos ne on valmiita siellä, dosetista. Ne perusjutut. Mutta en tiedä onko tuo siivoaminen ja kaupassakäynti enää...”(H7)

”Perushoitoa, ruoan laittoa ja siivoamista. Just nää suihkutukset, haavahoidot, että laitettaisiin asiakkaan kanssa aamupuuroa ja siivotaan..”(H6)

Käsitys oman koulutuksen mukaisesta työstä kotihoidossa on tullut haastateltaville yleensä työkavereiden kautta. Kahden haastateltavan lähihoitajan käsitykseen vaikutti myös vanha työharjoittelukokemus vuosien takaa.

”Aikaisemmat kokemukset oli omasta työharjoittelusta, miten silloin kymmenen vuotta sitten tehtiin. Ja nää on taas näitä mitä mä oon kuullut niiltä keikkalaisilta, että ei enää käydä kaupassa, tulisi jostai muusta kautta sitten, lähinnä ne on näitä kuulopuheita..”(H8)

”Mulla on terveydenhoitajakaveri, joka on ollut tiimin vastaavana hoitajana. Hän kun siitä omasta toimenkuvasta kertonut, että ei ollut niin paljon perustyössä mukana, vaan on käynyt arvioimassa jotain haavoja tai tämmöistä.”(H5)

Yhden sairaanhoitajan väärinkäsitys siitä, että tiimin sairaanhoitaja toimii myös esimiehenä tuli hänen lähihoitajatyökavereiltaan.

”Se käsitys tuli just kavereilta, ne lähihoitajat, ketkä on ollut siellä töissä, ne on kertonut, että esimiehenä oli terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja.”(H5)

Haastateltavien mielestä heidän oma käsityksensä koulutuksen mukaisesta työstä kotihoidossa on luotettava. Pientä epäilystä on kuitenkin joillakin tiedonantajilla ollut.

”Kuvittelisin että on luotettava. Mutta en voi olla kuitenkaan varma...”(H3)

”En mä tiedä miksi kukaan valehtelisi kun kertoo tällaista..”(H4)

Kaikki neljä haastattelemaani sairaanhoitajaa piti oman koulutuksensa mukaista työtä kotihoidossa hyvin vaativana, itsenäisenä, mutta myös kiireellisen yksinäisenä. Heillä oli suhteellisen selkeä käsitys omasta työnkuvasta kotihoidossa. Lähihoitajilla ei ollut selkeää käsitystä siitä, mitä he saisivat tehdä kotihoidossa ja mitä ei. Siivous ja kaupassa käyminen mietitytti.

Örnin (2010) mukaan kotihoidon lähihoitajan työ Helsingin kaupungilla on hyvin itsenäistä ja siinä koko ammattitaidolle on käyttöä. Kyseessä on haastava, itsenäinen ja vaativa työ, jonka periaatteessa pitäisi olla Helsingin paras työpaikka. Tässä tutkimuksessa haastateltujen lähihoitajien käsitys oman koulutuksen mukaisesta työnkuvasta ei vastannut kaikilta osin Örnin väitteitä.

Kaupunginsairaalan hoitohenkilökunnan haastatteluista saatujen tietojen mukaan voi todeta, että Helsingin kaupungin kotihoito antaa vaikutelman vaativasta, kiireisestä ja yksinäisestä työpaikasta. Käsitys muodostui haastateltaville sekä kavereiden että tiedotusvälineiden kautta. Haastateltavat eivät kokeneet julkista kuvaa kovin myönteiseksi. Perehdytyksen saaminen oli haastateltavien mielestä epätodennäköistä.

8.3 Helsingin kaupungin kotihoidon imagon nostamisen tarpeellisuus haastateltavien näkökulmasta

Suurin osa haastateltavista ei ollut kiinnostunut tulemaan töihin kotihoitoon. Syitä siihen oli useampia. Yksi sairaanhoitaja oli sitä mieltä, että kotihoidon työ vaatii ehdottomasti sairaanhoidollisten akuuttitaitojen päivittämistä ja ylipäänsä pitkää ja perusteellista perehdytystä.

Perehdytyksen saaminen nousi esille teemahaastattelujen viimeisessä vaiheessa. Tiedonantajat eivät uskoneet saavansa riittävää perehdytystä Helsingin kaupungin kotihoito-osastolta.

”No en varmaan minä siellä, en usko että hakeutuisin sellaiseen, se olisi mulle varmaan liian vaativa paikka. Olen ollut niin kauan poissa sellaisesta akuuttityöstä. On varmaan aika paljon tullut muutoksia tässä asiassa ja uutta asiaa. En pystyisi ilman koulutusta missään nimessä hyppäämään. En ole päivittänyt näitä akuuttitietojani, asiaa on varmaan tullut paljon uutta siellä. Että sen takia jos menisi pitäisi olla jonkunlainen perehdytys/koulutus esimerkiksi lääkkeitä ja kaikesta tällaisesta.”(H1)

Yksi sairaanhoitaja kertoi, että olisi kiinnostunut kokeilemaan työtään kotihoidossa esimerkiksi työkierron kautta. Kyseinen hoitaja korosti, että viihtyy kovasti omassa työpaikassa vuodeosastolla eikä usko loppujen lopuksi viihtyvänsä niin itsenäisessä työssä, kuten kotihoito hänen käsityksensä mukaisesti on.

”Olisi mielenkiinnoista käydä joksikin aikaa työskentelemään, jos olisi joku työnkierto, kokeilemassa. Ehkä itse olen vuodeosastotyyppeä. Siinä tuntuu että on itsenäinen, mutta yksinäinenkin, kun kiertää. On osastolla mukavaa, että aina on joku, kenen kanssa voi neuvotella. Ei kotihoito olisi sen tyylinen työ mitä haluaa, mutta olisi mielenkiinnoista jonkun aikaa kokeilla.”(H3)

Kaksi haastattelemaani sairaanhoitajaa kertoi, että voisivat olla kiinnostuneita tulla töihin kotihoitoon, jos kyseessä olisi lähiesimiehen, kotihoidon ohjaajan työ.

”No jossain määrin kyllä joo, ehkä just vastaavana hoitajana tai tämmöisenä, ei ehkä niin paljon perushoidossa välttämättä, kun sitä saa tehdä tarpeeksi täällä sairaalassa, ehkä just joku lähiesimiesasema, tämmöinen juttu voisi olla, mutta siihen sitten tarvitaan lisää koulutusta...”(H5)

”No työpaikkana jos minä ajattelisin itseni mä varmaan hakisi sellaista kotihoidon ohjaajaksi kutsutaan...”(H2)

Vuodeosastotyössä työskentelevät haastattelemani lähihoitajat eivät nähneet kotihoidossa mahdollista tulevaisuuden uraa. Syynä oli muilta saatu käsitys kotihoito-osastolla vallitsevasta kiireestä ja pelko, että joutuisi työssään kohtaamaan mm. aggressiivisia asiakkaita yksin. Pelon taustalla oli kahdella lähihoitajalla kymmenen vuotta sitten kotipalvelun

työharjoitteluajana saatu käsitys, että kaupungilla ei ole resursseja kotikäynteihin pareittain.

”Mä oon kuullut niin paljon siitä, että siellä on niin kauhea kiire, että mä en välttämättä itse haluaisi mennä töihin sen takia, että ehtisinkö mä hoitaa kaikkia potilaita työvuoron aikana.”(H4)

”Jos on kauhean aggressiivinen potilas, että sellaista silloin näki, kun mä opiskelin. Mutta silloin oli ohjaaja niin kun turvana. Jos voisi mennä pareittain, jos tietää, että on tosi huonossa kunnossa tai että on aggressiivinen. No silloin, kymmenen vuotta sitten, opiskeluaikana oli sellainen aggressiivinen ja silloin mä sain käsityksen, että kotihoitaja menee yksin, että ei resurssit riitä, jos toinen menee mukaan.”(H8)

Haastateltavat eivät siis uskoneet siihen mahdollisuuteen, että parityöskentely olisi mahdollista. Kysymykseeni minkä asioiden pitäisi muuttua, jotta haastateltava olisi valmis työskentelemään Helsingin kaupungin kotihoitossa, sain useampia vastauksia, jotka olivat sisällöltään samantyyppisiä. Tiedonantajat uskoivat, että kotihoidon työ voisi tulla kyseeseen, jos heille taattaisiin perusteellinen ja laadukas perehdytys kotihoidon työhön.

”Niin mä en voisi sinne hypätä, silloin tarvittaisi tosiaan paljon tukea. Mutta onko se mahdollista? Henkilökuntamäärä siellä pelottaa eniten. Kun siellä joudut siellä kotona käymään niin pitäisi olla alussa jos menisi sinne tuki, että pärjää siellä koska en ole ennen ollut, tarvitsisi tukea tai sellaista apua että voi aina kysyä. Niin perehdytystä. Enkä mä viitsisi lähteä sinne, kun mä tiedän, että en mä osaa. Sitten tavallaan vaan taakkana että mie en osaa ja jos koko ajan kysyy ja ihmisillä on kädet täynnä työtä.”(H1)

”Tässä tilanteessa tuntuu että siellä on niin kiire, ja on työntekijöitä vaikeaa saada ja ei välttämättä lähihoitajilla ole paljon kokemusta ja ammatitaitoa, ehkä pitäisi olla tilanne että olisi siellä paljon vakituisia ja näin että voisi mennä itse opettelemaan eikä se että pitäisi olla itse kovasti niille...”(H3)

”Jos hyvä perehdytys olisi todella saatavilla, niin silloin voisin harkitakin tulla...”(H7)

Kaupunginsairaalan osastotyössä työskentelevä haastateltava lähihoitaja oli sitä mieltä, että hän voisi mennä töihin kotihoitoon ainoastaan, jos parityöskentelystä tulisi käytäntö kotihoitossa.

”No varmaan että mentäisiin jonkun parin kanssa, jos mentäisi vaikka sairaanhoitajan kanssa yhdessä...”(H6)

Kiire oli myös noussut keskustelun aiheeksi. Yksi haastattelemani lähihoitaja ei maininnut perehdytystä, mutta painotti kiirettä pohtiessaan, minä asioiden pitäisi muuttua, jotta hän kiinnostuisi kotihoitotyöstä.

”Varmaan se kiire just, pitäisi olla enemmän henkilökuntaa, että ei tarvi juosta paikasta paikkaan, vaan hoitaa potilaat rauhassa.”(H4)

Kaupunginsairaalan akuuttiosastolla työskentelevä sairaanhoitaja piti perehdytyksen lisäksi tiimin tukea hyvin tärkeänä tekijänä. Hän kuitenkin epäili, saako sitä tarpeeksi.

”Jos mä työskentelisin, ehkä tiimin tuki tavallaan. Sairaalassahan on aina ympärillä semmoinen, heti siinä saatavilla. Kyllä mä tiedän, että kotihoitossa on niitä puhelimia että voi soittaa apua, konsultoida, mutta sulla on sairaalassa heti, lääkäri, työkaveri siinä. Jotenkin se oli yksi syy, että on aika paljon joutuu miettimään, jos potilas on kaatunut lähetätkö sairaalaan tai ei...”(H5)

Haastateltavilta saadun tiedon mukaan voidaan päätellä, että Helsingin kaupungin kotihoidon imagon nostaminen olisi tarpeellista. Haastateltavat eivät pitäneet kotihoito-osastoa houkuttelevana työpaikkavaihtoehtona. Tiedonantajat toivat selkeästi esille, mitkä ovat ne asiat, joiden pitäisi muuttua, jotta töihin kotihoito-osastolle hakeuduttaisiin. Ensisijainen niistä on perusteellinen perehdytys uusille työntekijöille. Myös kiireen vähentämisellä ja tiimin tuella oli merkitystä.

8.4 Helsingin kaupungin kotihoidon imago

Tämän tutkimuksen tuloksen mukaan Helsingin kaupungin kotihoidon imago heijastaa kiireisyyttä, yksinäisyyttä ja vaillinaista perehdytystä, kaupunginsairaalan hoitohenkilökunnan silmin. Kiireellisen, vaativan ja yksinäisen työpaikan maine sekä usko alalla vallitsevasta työvoimapulasta ja työntekijöiden kuormittavuudesta ei luo kovin myönteistä imagoa Helsingin kaupungin kotihoidosta työpaikkana kaupunginsairaalan hoitohenkilökunnan arvioimana.

Kuvatun imagon syntymiseen vaikuttaa myös haastateltavien näkökulmasta varmuus siitä, että perehdytyksen saaminen ei kotihoito-osastolla ole mahdollista. Haastavissa tapauksissa olevaan mahdolliseen parityöskenteelyyn ei myöskään uskottu. Kotihoidon julkisen kuvan tiedonantajat kokivat kielteiseksi. Myös työkaverit kertovat omista vähemmän myönteisistä kotihoitokokemuksistaan.

Aineistosta saadun tiedon mukaan Helsingin kaupungin kotihoidon imagon nostaminen olisi tarpeellista. Kysymykseeni minkä asioiden pitäisi muuttua, jotta haastateltava olisi valmis työskentelemään Helsingin kaupungin kotihoidossa, tuli useampia vastauksia, jotka olivat sisällöltään kuitenkin samantyyppisiä. Tiedonantajien mielestä työ Helsingin kaupungin kotihoito-osastolla voisi tulla kyseeseen, jos heille taattaisiin perusteellinen ja laadukas perehdytys kotihoidon työhön. Tästä päätellen näkisin, että yksi keino imagon nostamiseen olisi perusteellisen perehdytyksen ja työpaikkakoulutuksen takaaminen tuleville työntekijöille.

9 POHDINTA

9.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tieteellinen tutkimus pyrkii tuottamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Kun arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta, on tarkoitus selvittää, miten totuudenmukaista tietoa tutkimus sisältää. Luotettavuuskriteereitä ovat yleensä uskottavuus, reflektiivisyys, vahvistettavuus ja siirrettävyys. Uskottavuus kertoo tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuudesta. Uskottavuus on osoitettava tutkimuksessa. Uskottavuutta vahvistaa, jos tutkija on mm. riittävän pitkään tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. Reflektiivisyys edellyttää sitä, että tutkimuksen tekijä on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää tämän kirjaamista niin, että toinenkin tutkija pystyy seuraamaan prosessin kulkua. Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkimuksen osallistujat ja tutkimusympäristö on kuvattava tarkasti, jotta tulosten siirrettävyyttä pystyy arvioimaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-129.)

Tässä opinnäytetyössä Tutkimuksen toteuttaminen -osiossa kerroin työni vaiheista yksityiskohtaisesti ja perustellen, mikä lisää luotettavuutta. Aineiston keruun kuvasin vapaamuotoisesti ja ymmärrettävästi. Uskottavuuden parantamiseksi analysoin haastattelun johdonmukaisesti sisällön analyysillä. Tutkimuksen tulokset osioon kirjoitin haastattelujen suoria lainauksia, jotka osoittavat yhteyden aineiston ja tulosten välillä. Tämän tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa myös se, että olen on ollut pitkään tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa ja olen töissä samassa organisaatiossa vs kotihoidon ohjaajana.

Reflektiivisyyskriteeriä tässä tutkimuksessa parantaa se, että olen koko tutkimuksen tekoajan tiedostanut että minun oma mielipide ei saa vaikuttaa tutkimustuloksiin. Haastatteluja suorittaessani ja analysoidessani pyrin olemaan neutraali ja uskon onnistuneeni siinä. Varoin myös johdattelevien kysymysten esittämistä tiedonantajille. Haastateltavien näkökulmat ja mielipiteet toin tutkimuksessa puolueettomasti esille.

Vahvistettavuuden osalta keskustelin myös tutkimustuloksista kollegan kanssa, joka on ollut tutkimuksen ulkopuolella. Myös ohjaava opettaja on seurannut tutkimustyötäni koko ajan.

Siirrettävyys on tullut esille minun työssä siten, että olen kertonut tarkkaan siitä, miten haastateltavat on etsitty ja valittu. Tutkimuksen tuloksia voidaan mahdollisesti käyttää hyödyksi sekä rekrytointihankkeissa että perhedytystilanteissa.

Janhonen ja Nikkonen (2003) viittaavat Pattonin (1990), Weberin (1990) ja Burnardin (1996) tutkimuksiin laadullisen tutkimuksen

luotettavuudesta. Tutkijan on pelkistettävä aineistonsa niin, että tutkittava ilmiö tulee kuvatuksi mahdollisimman luotettavasti. Yhteys aineiston ja tulosten välillä on osoitettava. Luokittelun luotettavuus on tärkeää, jotta tekstistä pystyy tekemään valideja eli päteviä päätelmiä.

Myös Kyngäs ja Vanhanen (1999, 7) korostavat tutkimuksen tulosten yhteyttä aineistoon. Tutkimuksen tuloksia ei pidetä luotettavina, jos yhteyttä aineistoon ei pystytä osoittamaan. Olen pyrkinyt kuvaamaan totuudenmukaisesti ja tarkasti sekä koko tutkimuksen että analyysin etenemisen. Kategoriat muodostin haastatteluaineiston perusteella ja käytin alkuperäisiä ilmaisuja myös tulosten tarkasteluvaiheessa.

Hirsjärven ym. (2007, 226-227) mukaan tutkimuksen arviointiprosessin on oltava läpinäkyvä. Esimerkiksi haastattelutilanteet, niihin käytetty aika, niiden sujuminen ja tutkijan oma totuudenmukainen arviointi tilanteiden onnistumisesta lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Tässä tutkimuksessa olin itse pilotoinut eli suunnitellut ja kehittänyt teemahaastattelut. Tutkimuskysymys ja tutkimuskysymyksestä johdetut tavoitteet olin määritellyt ennen kuin sain teemahaastattelut valmiiksi jo tutkimussuunnitelmassa. Lähes kaikki haastateltavat ottivat itse minuun yhteyttä, tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista.

Suoritin haastattelut itse tiedonantajien haluamassa paikassa. Yhden haastattelun suoritin puhelinhaastatteluna haastateltavan pyynnöstä. Haastattelut onnistuivat omasta mielestäni hyvin. Sain hyvän kontaktin haastateltaviin, ilmapiiri oli myönteinen ja keskustelu sujui luontevasti ja vapaasti, ilman jännitystä.

Tiedonantajat kertoivat avoimesti käsityksistään ja mielikuvistaan liittyen Helsingin kaupungin kotihoitoon työpaikkana, oman koulutuksen mukaisesta työn kuvasta Helsingin kaupungin kotihoidossa, Helsingin kaupungin kotihoidon kiinnostavuudesta työpaikkana ja vastauksen johonkin kohtaan ollessa muu kuin kyllä tiedonantajat kertoivat, minkä asioiden pitäisi muuttua, jotta haastateltava hakeutuisi Helsingin kaupungin kotihoitoon töihin. Litteroin eli kirjasin kaikki nauhoitetut haastattelut auki jokaisen haastattelun jälkeen samana päivänä. Tekstiä tuli 1-2 sivua haastattelu kohden, yhteensä 14 sivua. Opinnäytetyön otsikko on vaihtunut haastattelujen suorittamisen jälkeen. Tutkimuksen alkuperäinen otsikko oli: Helsingin kaupungin kotihoidon imago muiden kuin kotihoidon palveluksessa olevien terveydenhoitoalan ammattilaisten silmin. Tutkimusluvassa (Liitteet 5 ja 6), haastattelurunkolomakkeissa (Liite 3), saatekirjeessä (Liite 2) ja haastateltavan esitietolomakkeessa (Liite 1) työn otsikko on toki alkuperäinen. Täsmensin otsikon tutkimuksen tekoprosessin aikana.

9.2 Tutkimuksen eettisyys

Eettisyyden näkökulmasta tutkimukseen osallistuminen on oltava vapaaehtoista ja tutkittaville on annettava riittävä informaatio tutkimuksen luonteesta ja tavoitteesta sekä korostettava vastaamisen vapaaehtoisuutta.

Aineistoa kerätessä on tiedonantajille taattava heidän nimettömyytensä. Tuloksia julkistettaessa on luonnollisesti huolehdittava luottamuksellisuuden säilyttämisestä ja anonymiteettisuojausta. (Tuomi & Sarajarvi: 2009, 73-75, Eskola & Suoranta 1998, 56-57).

Saatuani tutkimusluvan Helsingin kaupungin terveyskeskuksen toimitusjohtajalta otin yhteyttä sähköpostitse kolmeen Helsingin kaupungin kaupunginsairaalan ylihoitajaan. Kerroin kirjeitse tutkimuksen tarkoituksesta ja perusteita tiedonantajiksi. Liitin sähköpostiviestiin haastateltaville tarkoitetun saatekirjeen ja skannatun kopion tutkimusluvastani. Ylihoitajat lähettivät saatekirjeeni alueensa osastonhoitajille ja he puolestaan välittivät sen osaston hoitohenkilökunnalle.

Tässä tutkimuksessa lähes kaikki haastateltavat ottivat itse minuun yhteyttä, poikkeuksena yksi haastateltava, johon olin ensimmäisenä yhteydessä puhelimitse hänen omalla luvallaan. Loput seitsemän tiedonantajaa lähettivät allekirjoittaneelle sähköpostia, jossa ilmoittivat halukkuudestaan osallistua tutkimukseen. Olin lähettänyt tiedonantajille saatekirjeen, teema-haastattelut ja esitietolomakkeen hyvissä ajoin ennen haastattelua. Näin tutkimukseen osallistuvilla oli aikaa pohtia tutkimukseen liittyviä asioita ja omia näkemyksiä niistä.

Sekä saatekirjeessä että ennen haastattelujen alkua kerroin jokaiselle haastateltavalle, että tutkimusaineisto on ainoastaan tutkijan, eli minun käytössä. Kerroin tutkimukseen osallistuville, että takaan heille nimettömyyden eettisten sääntöjen mukaisesti ja myös nauhoitettujen haastattelujen sekä tekemieni muistinpanojen turvallisen käsittelyn. Lupasin hävittää nauhoitetut haastattelut ja tekemäni muistinpanot heti, kun tutkimus valmistuu ja niin myös tein. Mainitsin myös, että halutessaan tiedonantaja voi keskeyttää haastattelun. Kukaan tiedonantajista ei lopettanut haastattelua kesken.

9.3 Tutkimustuloksen tarkastelu teoreettisen viitekehityksen valossa

Koska Helsingin kaupungin kotihoidon imagosta ei ole löytynyt tutkittua tietoa, en voi verrata tämän opinnäytetyön tuloksia mahdollisiin aikaisempiin tutkimustuloksiin.

Olen käyttänyt mm. monenlaisia tietoportaaleja (Nelli-portaali, Alexi, Arto, Cinahl, Medic, Theseus). Tutkin myös Tampereen, Turun, Oulun, Kuopion ja Helsingin yliopistojen verkkoväitöskirjoja. Tutkittua tietoa aiheesta ei ole löytynyt.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millainen on Helsingin kaupungin kotihoidon imago kaupunginsairaalan hoitohenkilökunnan silmin. Tutkimuskysymyksestä johdetut tavoitteet olivat:

- Selvittää, millainen on Helsingin kaupungin kotihoidon imago kaupunginsairaalan hoitohenkilökunnan arvioimana sekä kuvata imagoon vaikuttavia tekijöitä, haastateltavien näkökulmasta.
- Selvittää, mitä keinoja olisi Helsingin kaupungin kotihoidon imagon nostamiseen, jos haastateltavien näkökulmasta siihen on tarvetta.

Tutkimusjoukko, Helsingin kaupungin terveyskeskuksessa, kaupunginsairaalan palveluksessa työskentelevät neljä sairaanhoitajaa ja neljä lähihoitajaa kuvasivat:

- käsitystään taikka mielikuvaa Helsingin kaupungin kotihoidosta työpaikkana, mistä käsitys on tullut ja mielipidettä siitä, onko käsitys haastateltavan mielestä luotettava.
- käsitystään taikka mielikuvaa oman koulutuksen mukaisesta työn kuvasta Helsingin kaupungin kotihoidossa, mistä käsitys on tullut ja onko käsitys haastateltavan mielestä luotettava.
- käsitystään taikka mielikuvaa siitä, olisiko kiinnostunut työskentelemään Helsingin kaupungin kotihoidossa ja jos vastaus on muu kuin kyllä, niin minkä asioiden pitäisi muuttua, jotta haastateltava olisi siihen valmis.

Tutkimuksen tuloksissa korostui haastateltavien käsitys Helsingin kaupungin kotihoito-osastolla vallitsevasta kiireestä, henkilökuntapulasta ja uskosta, että perehdytys työhön jäisi saamatta, jos kotihoitotyöhön hakeutuisi.

Kotihoito-osaston toimintakuvauksen (2010, 20) mukaan esimiehet vastaavat uuden työntekijän perehdyttämisestä. Vakituiseen työhön ja yli kolmen kuukauden sijaisuuteen tuleva työntekijä perehdytetään käyttämällä kotihoidon perehdytyskorttia ja tutustuttamalla hänet myös perehdytyskansioon. Käytössä on myös sähköiset Tervetuloa taloon -oppaat Helsingin kaupungin intranetissa.

Hyvin suunniteltu perehdytys on merkki uudelle työntekijälle siitä, että tämä on tervetullut taloon. Myös määräaikaiselle työntekijälle kuuluu saada perehdytys tehtäviin. Laadukkaalla perehdytyksellä nostetaan työntekijän osaamisen tasoa ja työn laatua. Pidemmän päälle katsottuna saavutetaan myös taloudellista etua: hyvin perehdytetty työntekijä tekee työtehtävänsä tehokkaammin ja sitoutuu työhönsä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Työturvallisuuslain (738/2002/14 §) mukaan työnantajan kuuluu antaa riittävä perehdytys työpaikan työolosuhteisiin ja -välineisiin sekä turvallisuuden ja terveyden liittyviin asioihin. Hyvällä perehdyttämisellä helpotetaan uuden työntekijän sopeutumista ja oppimista sekä varmistetaan palvelun laatua. Tapaturmariskit, hoitovirheet ja työn psyykinen kuormitus vähenevät, kun työtehtäviin on opastettu hyvin. (Työturvallisuus, 2009.)

Hyvin suunniteltu ja järjestetty perehdytys työtehtäviin ja työympäristöön on laaja kokonaisuus ja prosessin toimivuus on esimiehen vastuulla. Perehdyttämiseen on panostettava. Etukäteen on suunniteltava uuden henkilön toimenkuva ja mitä tietoa organisaatiosta hän erityisesti tarvitsee. Hyväksi todettu keino on myös nimetä uudelle työntekijälle tukihenkilö, joka on sitoutunut olemaan apuna alkuvaiheessa. (Työturvallisuuskeskus 2007.)

Lahti korostaa pro gradu tutkielmassaan (2009) perehdytyksen merkitystä sairaanhoitajien haluun sitoutua organisaatioon. Uusi työntekijä kaipaa, tutkimuksen mukaan, nimettyä perehdyttäjää, jolla on aikaa perehdyttää suunnitellun perehdytysohjelman mukaisesti. Tutkija korostaa myös hyvän perehdytyksen suunnittelua. Lähiesimies ja perehdyttäjä seuraavat ja arvioivat uuden työntekijän perehdytyksen väliajoin. Johdon on varmistettava, että työyksiköillä on riittävästi resursseja uuden työntekijän perehdytykseen. Hyvä ja laadukas perehdytys on yksi keino houkuttaa työntekijöitä alalle. Pidempi perehdytysaika parantaa myös sitoutumista organisaatioon.

Tiimityö vaatii sekä perehtymistä että perehdyttämistä. Esimiehen on arvioitava aika ajoon, miten uusi työntekijä kokee päässeensä mukaan tiimiin. On kuultava myös tämän arvio tiimin nykyisestä toiminnasta. Uusi näkökulma on arvokas, sillä se antaa arvokasta tietoa, miten toimintaa voidaan kehittää. (Koivukoski & Palomäki 2009, 57.)

Sosiaali- ja terveysalan työpaikkoihin liittyy useampia vaaratekijöitä. Perehdytyksestä huolehtiminen varmistaa työturvallisuuden. Laadukkaassa ja nykyaikaisessa työpaikassa työturvallisuus on varmistettu niin pitkälle kuin on mahdollista. Se vaikuttaa myös alan vetovoimaisuuteen. (Honkalampi 2009, 17.)

Helsingin kaupungin terveyskeskuksen kotihoito-osaston lääkehoitosuunnitelman (2009, 9-10) mukaan kotihoito-osaston lähiesimies vastaa siitä, että lääkehoidon perehdyttämisvastuut on yksikössä jaettu ja perehtymiselle on riittävästi aikaa. Kotihoidon ohjaajalla on kokonaisvastuu työntekijöiden toteuttamasta lääkehoidosta. Lähiesimies vastaa viime kädessä lääkehoidollisesta perehdytyksestä.

Motivoiminen ja sitouttaminen merkitsee nykyään työntekijöille paljon. Heikko taikka epäonnistunut perehdyttäminen voi jopa johtaa työntekijän lähtöön talosta jo lyhyen ajan kuluttua työsuhteen aloittamisesta, mikä on työnantajalle lisäkustannus ja isku organisaation imagolle. Hyvää ja laadukasta perehdytystä arvostetaan, sitä voi kutsua organisaation kasvoiksi ja se on edellytys onnistuneelle yhteistyön aloitukselle.

Olen havainnut, että tässä tutkimuksessa tiedonantajat eivät edes pitäneet mahdollisena saada riittävästi perehdytystä työhön, jos tulisivat töihin kotihoitoon. Tiedonantajien käsitysten muodostumiseen kotihoito-osastolla vallitsevasta kiireestä, henkilökuntapulasta ja heidän uskosta, että perehdytystä kotihoitotyöhön ei tulla saamaan, vaikutti eniten työkavereiden ja tiedotusvälineiden kautta tullut tieto.

Yksi haastateltava ei osannut selittää, mistä hänen käsityksensä työvoimapulasta ja suuresta keikkalaismäärästä Helsingin kaupungin kotihoidossa johtuu, mutta useimmilla seikoilla on ollut varmaan vaikutusta muodostuneeseen mielikuvaan. Seitsemän kahdeksasta haastateltavasta piti käsitystään luotettavana.

Erityisesti kiireen pelko heijastui lähes jokaisessa haastattelussa. Haastateltavien käsitys ”kauheasta kiireestä”, pelko, ettei työvuoron aikana ehtisi hoitaa kaikkia asiakkaita sekä usko ”paikasta toiseen juoksemisesta” sai minut miettimään kiireen käsitystä ja mihin se käsitys hoitotyössä voi liittyä.

Lehtinen (2006) on tutkinut pro gradussaan hoitotyöntekijöiden kiirekokemuksia ja merkityksiä. Tutkija toi esille, että kiireen käsitteen ymmärtäminen jo vähentäisi hoitajan kiireen kokemista ja siitä johtuvaa stressiä. Yksilön kannalta kiire tarkoittaa tarvetta tehdä liikaa asioita suhteessa määrättyyn aikaan. Tutkija kuvasi kiirettä mm. keinona, jonka avulla henkilö voi tuoda esille oman merkityksensä, vaatia joitakin tiettyjä etuja itselleen, peitellä jotakin taikka vastustaa ei toivottuja asioita. Kiireeseen vetoaminen on mm. keino olla käsittelemättä todellisia ongelmatilanteita. Kiire on myös saanut hoitotyössä tietynlaisen arvoaseman ja sen takia sen esille tuominen on yleistä. Ammattitaidolla, oman työn hallinnalla, suunnittelulla, henkilöstön keskinäisen yhteistyön sujuvuudella sekä väsymyksellä on selkeää vaikutusta kiireen tunteeseen.

Eskolan (2006) mukaan hoitotyössä pidetään kiirettä asiaan kuuluvana, itsestään selvänä asiana. Omalle työlle ei osata tai ei ehkä haluta asettaa rajoja. Työn suunnittelulla on tärkeä rooli kiireen hallinnassa.

Hyvä ajan hallinta edellyttää työntekijältä mm. ammattitaitoa, priorisointikykyä, stressinhallintaa, työhön tyytyväisyyttä, hyvää fyysistä kykyä, kykyä sietää epäonnistumisia ja ennakkoluulotonta työasennetta. (Työterveyslaitos 2010.)

Tässä tutkimuksessa tiedonantajilla ei ollut työkokemusta kotihoidosta. Heidän käsityksensä kotihoidossa vallitsevasta kiireestä tuli työkavereiden ja tiedotusvälineiden kautta. Hoitoalan kulttuurissa taitaa olla yleistä tuoda työkiire esille sekä vastaanottaa se tietyllä tavalla. Olen pohtinut, että mahdollisesti haastateltavien taito ja kyky käsitellä ja hallita omaa kiireen tunnetta saattoi vaikuttaa kiirekäsityksen muodostamiseen kotihoidosta.

Olin yllätynyt, että sairaanhoitajien ja lähihoitajien käsityksessä oman koulutuksen mukaisesta työn kuvasta Helsingin kaupungin kotihoidossa oli selkeä ero. Sairaanhoitajilla oli suhteellisen selkeä näkemys ja käsitys oman koulutuksen mukaisesta työstä kotihoidossa.

Haastateltavien käsitys sairaanhoitajan työnkuvasta vastasi esiyymmärrystäni, paitsi yhden sairaanhoitajan käsitys, että tiimin sairaanhoitaja toimisi myös tiimin esimiehenä.

Lähihoitajilla ei ollut niin selkeää näkemystä omasta työnkuvasta, kuin sairaanhoitajilla. Lähihoitajat eivät tiedäneet, mitkä sairaanhoidolliset toimenpiteet kuuluisivat heille kotihoitotyössä. He eivät myöskään olleet varmoja, kuuluuko enää siivous ja ruoan laitto lähihoitajan toimenkuvaan vai ei.

Käsitys oman koulutuksen mukaisesta työstä kotihoidossa on tullut sekä sairaanhoitajille että lähihoitajille lähinnä työkavereiden kautta, mutta vanhoilla työharjoittelukokemuksilla on ollut myös jonkun verran vaikutusta käsitysten muodostamiseen. Enemmistö haastateltavista piti käsitystään luotettavana.

Viisi haastateltavista ei ollut kiinnostunut tulemaan töihin Helsingin kaupungin kotihoitoon. Vahva käsitys, että perusteellisen perehdytyksen saaminen kotihoitotyöhön ei ole mahdollista, vaikutti ehkä eniten mielipiteeseen. Myös ”kauhean kiireen” pelko ja mielikuva, että joutuisi esimerkiksi kohtaamaan yksin aggressiivisia asiakkaita vaikutti haastateltavien käsitykseen hakeutuisiko töihin Helsingin kaupungin kotihoitoon töihin tai ei. Yksi sairaanhoitaja olisi kiinnostunut kokeilemaan kotihoitotyötä työkieron kautta, kaksi sairaanhoitajaa oli jossain määrin kiinnostuneita työstä kotihoito-osastolla, jos kyseessä olisi lähiesimiehen työ. Vastauksissa viimeiseen kysymykseeni, minkä asioiden pitäisi muuttua, jotta haastateltava olisi kiinnostunut tulemaan töihin Helsingin kaupungin kotihoitoon, korostui perehdytyksen merkitys. Suurin osa tiedonantajista piti mahdollisena hakeutua töihin kotihoito-osastolle, jos perusteellinen ja laadullinen perehdytys olisi varma asia. Myös kiireen vähentäminen työvoimaa lisäämällä lisäisi haastateltavien mielestä halukkuutta hakeutua kotihoito-osastolle töihin.

Äikkään (2004, 30, 56-57) mukaan, imago on lähettäjän tietoisesti laatima kuva itsestään. Kun ”tuotettu imago” on välitetty sidosryhmälle, prosessin onnistuminen on kiinni mm. imagoviestinnän laadusta ja sidosryhmän aikaisemmista tiedoista ja kokemuksista kyseisestä lähetyksestä. Imago on sekä sidosryhmien että lähettäjän ominaisuus.

Tässä tutkimuksessa tiedonantajien käsitykseen taikka mielikuvaan Helsingin kaupungin kotihoidosta vaikutti jonkin verran vanhat työharjoittelukokemukset. Yksi kriteeri tiedonantajien valinnassa oli Helsingin kaupungin kotihoidon työkokemuksen puute. Koska lähes jokaisen hoitotyöntekijän opintosuunnitelmaan sisältyy kotihoidon harjoittelu, pidin mahdollisena asettaa kotihoitoharjoittelun puutteen kriteeriksi tutkimuksen osallistujille.

Tutkimustuloksia tarkastellessani voisin myös todeta, että tiedonantajien vastaukset teemahaastattelujen joihinkin kysymyksiin jossain määrin erosivat siitä, mitä olin itse ajatellut heidän vastaavan.

Tämän opinnäytetyön tutkimussuunnitelmassa olin maininnut itse havainneeni kotihoitohenkilöstön luulevan muiden hoitoalan ammattilaisten vähättelevän kotihoidon ammattilaisten työtä. Haastateltavien vastauksista tuli kuitenkin ilmi, että kotihoidon työllä oli ei-kotihoidon ammattilaisten

silmissä vaativan ja haastavan työn maine. Kukaan haastateltavista ei aliarvioinut eikä vähätellyt kotihoitohenkilöstön työtä, vaan päinvastoin piti työtä liiankin vaativana. Tästä tulinkin ajatelleeksi, miten suuri merkitys on sillä, miten hoitoalan ammattilainen arvostaa itse omaa työtään. Oman työn itsearvostus näkyy, välittyy eteenpäin ja vaikuttaa myös alan imagoon.

9.4 Johtopäätökset

Tutkimustulosten perusteella voidaan tehdä seuraavat johtopäätökset:

1. Tässä opinnäytetyössä saatiin vastaus tutkimuskysymykseen: millainen on kotihoidon imago kaupunginsairaalan hoitohenkilökunnan silmin? Tutkimuksen tuloksen mukaan Helsingin kaupungin kotihoidon imago heijastaa kiireisyyttä, yksinäisyyttä ja vaillinaista perehdytystä, kaupunginsairaalan hoitohenkilökunnan silmin.
2. Aineistosta saatujen vastausten mukaan Helsingin kaupungin kotihoito-osastolla on kiireellisen, vaativan ja yksinäisen työpaikan maine. Alalla uskotaan myös vallitsevan kova työvoimapula ja työntekijöiden uskotaan olevan kuormitettuja. Nämä seikat eivät luo kovin myönteistä imagoa Helsingin kaupungin kotihoidosta työpaikkana kaupunginsairaalan hoitohenkilökunnan silmissä.
3. Tiedonantajien mielestä työ Helsingin kaupungin kotihoito-osastolla voisi tulla kyseeseen, jos heille taattaisiin perusteellinen ja laadukas perehdytys kotihoidon työhön. Tästä päätellen yksi keino imagon nostamiseen olisi perusteellisen perehdytyksen ja työpaikkakoulutuksen takaaminen tuleville työntekijöille.

9.5 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Aineistosta saatujen vastausten mukaan kehittämisen aihetta kotihoidossa olisi eniten perehdytyksen suunnittelussa uusille työntekijöille. Kotihoito-osasto on julkisen tiedon mukaan sitoutunut uusien työntekijöiden perehdytykseen. Helsingin kaupungin rekrytointisivuilla (www.helsinkirekry.fi) uudet työntekijät luvataan perehdyttää monipuolisesti. Myös useissa kotihoidon työpaikkailmoituksissa luvataan antaa hyvä perehdytys tehtäviin.

Tiedonantajien käsitys kotihoito-osastolla vallitsevasta kiireestä, henkilökuntapulasta ja siitä, että perehdytystä kotihoitotyöhön ei saa, tuli pitkälti heidän työkavereidensa sekä tiedotusvälineiden kautta. Pitääkö saatu käsitys paikkaansa vai onko kyseessä mahdollisesti ”ei kovin myönteisestä imagosta” johtuva mielikuva, joka ei pidä kuitenkaan paikkaansa? Yksi jatkotutkimusaihe voisi olla selvittää onko kotihoito-osaston työntekijöiden saama perehdytys ollut heidän omasta mielestään riittävä?

Kehittämissuunnitelmana, joka voi toimia myös keinona imagon nostamiseen, ensimmäisenä tulee mieleen kotihoitotyöhön tuleville uusille työntekijöille oman perehdytysohjelman luominen, johon olisi varattu rahat erillisestä budjetista. Lähiesimiehellä olisi silloin mahdollisuus mm. palkata tarvittaessa sijainen siksi aikaa, kun uusi työntekijä on perehdyttävänä. Silloin uusi työntekijä pystyy olemaan sovitun perehdytysajan ”ylimääräisenä”, kuormittamatta työyhteisöä. Kyseisen perehdytysohjelman olisi oltava näkyvä ja sekä esimiesten että työyhteisön olisi siihen sitouduttava.

Työsuhteen luonteella ei pitäisi olla merkitystä perehdytyksen saamisen kannalta. Panostamalla perehdytykseen, panostetaan myös potilasturvallisuuteen, riippumatta siitä, tuleeko hoitotyöntekijä määräaikaiseen tai vakituiseen työsuhteeseen. Määräaikainen hoitaja saattaa myös myöhemmin hakeutua vakituiseen tehtävään.

Haastateltavilla lähihoitajilla ei ollut selkeää näkemystä omasta työnkuvasta, he eivät tieneet, mitkä sairaanhoidolliset toimenpiteet he saavat suorittaa kotihoidossa ja mitkä taas kuuluvat sairaanhoitajille. He eivät myöskään olleet varmoja, minkä verran kodinhoidollista työtä kuuluu enää lähihoitajan toimenkuvaan kotihoidossa.

Kehittämissuunnitelmana olisi kotihoitotyössä olevan lähihoitajan työnkuvan muille näkyvämmäksi saaminen. Toimenkuvan haasteellisuus, kokonaisvaltaisuus, vastuullisuus ja itsenäisyys on tuotava julkisesti esille.

Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan mahdollisesti hyödyntää esimerkiksi kotihoidon rekrytointihankkeissa. Silloin, kun tiedetään millaisia ajatuksia ja mielikuvia Helsingin kaupungin kotihoito herättää ei-kotihoitokokemusta omaavissa hoitotyöntekijöissä, on helpompi löytää keinoja tietyn mielikuvan korjaamiseksi tai muuttamiseksi. Keinojen on myös oltava todelliset. Jos uudelle työntekijälle luvataan perusteellinen perehdytys työhön, hänen on se myös saatava.

Tämä työ voi myös auttaa kotihoito-osaston uusia kotihoidon ohjaajia tutustumaan sekä Helsingin kaupungin kotihoidon taustaan, joka on kuvattu tiiviissä muodossa, että nykyisiin haasteisiin, joista yksi on imagon nostaminen.

LÄHTEET

- Aarva, K. 2009. Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja.
- Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1995. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Porvoo – Helsinki –Juva. WSOY.
- Andersson, S., Haverinen, Riitta & Malin, M. 2004. Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Yhteiskuntapolitiikka 69 (2004):5.
- Arffam, M. 2008. Mielikuvia terveydenhuollosta. Tutkimus Itä-Savon sairaanhoitopiirin saumattoman palveluketjun toimintamalliin liittyvistä kansalaismielipiteistä. Kuopion yliopisto 2008. Terveystieteiden ja talouden laitos. Pro-gradu tutkielma.
- Aula, P. & Heinonen, J. 2002. Maine Menestystekijä. Porvoo: WSOY.
- Eduskunta. Asiakirjat. Kirjallinen kysymys 896/2005 vp. Sirpa Esko-Seijavaara/kok.y.m. Työvoimapolitiittisen lähihoitaja koulutuksen toteutus ja laatu. Viitattu 12.9.2010
http://www.eduskunta.fi/faktatmp/utatmp/akxtmp/kk_896_2005_p.shtml
- Elinkeinoelämän keskusliitto 2005. Palvelut 2020. Kohti palvelujen tulevaisuutta. Väliraportti.
- Engeström, Y. & Niemelä, A-L.& Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.) 2009. Lupaava kotihoito. Juva. WS Bookwell Oy.
- Erikson I.J., Holm L.J & Chelminiak I & Ditomassi. M 2005. Why not nursing? Nursing 35(7)2005 USA.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, R. 2006. Istu alas. Katko kiireen kahleet. Sairaanhoitajaliitto. www.sairaanhoitajaliitto.fi. Viitattu 17.10.2010.
- Haapakorpi, A. & Haapola, I. 2008. Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla – esimerkkinä vanhusten kotihoito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjäyys. 35/2008. Viitattu 31.12.2009. www.tem.fi/files/21000/TEM35.pdf
- Haavisto, E. 2009. Sairaanhoitajan ammatin vetovoimaisuus ja siihen vaikuttavat tekijät – verkkokysely abiturenteille. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu tutkielma.

Harju, L. 2009. Vetovoimaa etsimässä. Hoiva-alan työntekijöiden kokemuksia työnantajan vetovoimaisuudesta ja työssä viihtymisessä. Turun yliopisto. Sosiologia. Pro gradu tutkielma.

Heikkilä, T. 1999. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Oy Edita Ab.

Heikkilä, K. & Kirveenummi, A. 2009. Vanhusten hoiva ja huolenpito tulevaisuudessa. Näkökulmia Loimaan seudulla järjestetyn tulevaisuus-verstaan pohjalla. Tutu- eJulkaisuja 4/2009.

Heilmann, P. 2008. Työnantajan kuvan merkitys sairaalaorganisaation rekrytoinnissa. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Kauppatieteiden tiedekunta.

Heinonen, J. 2006. Mainejohtaja. Juva. WSOY.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Perehdytys. Perehdyttäjän muistilista. Viitattu 16.6.2010. www.hus.fi/perehdytys.

Helsingin kaupungin intranet-sivut. <http://heli.hel.fi/tepe/index.asp?hier=kotihoito&alue=17>

Helsingin kaupungin intranet. Työnantajamielikuvatutkimus 2010.

Helsingin kaupungin terveystieteiden keskus. Viitattu 28.09.2009-14.06.2010 <http://www.hel.fi/kotihoito>.

Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.

Honkalampi, T. 2009. Johtaminen avainasemassa muutoksessa. Tehyn näkemyksiä sosiaali- ja terveysalan johtamisesta. Tehyn julkaisusarja F:2/2009. Multiprint Oy. Helsinki.

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

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Helsinki.

Kaivola, T. & Launila, H. 2007. Hyvä työpaikka. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Kaistila, M. 2007. Hyvä esimiestyö. Työturvallisuuskeskus. Kuntien eläkevakuuus.

Kallio, A. & Pitkänen, S. 2005. Ihan minne tuuli kuljettaa, sinne on aina menty. Työpoliittinen tutkimus. Sosiaalikehitys Oy. Työministerio.

- Karvonen, E. 1999. Elämää mielikuvayhteiskunnassa. Helsinki. Gaudeamus.
- Karvonen, E. 2008. Imagologia. Imagon teorioiden esittelyä, analysiä, kritiikkiä. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja.
- Karvonen, E. Kaipaako hoitotyö kasvojen kohotusta? – Hoitotyön imago-ongelmien pohdintaa. Sairaanhoidajaliitto. Viitattu 28.2.2010. www.sairaanhoidajaliitto.fi.
- Kivimäki, R. & Karttunen, A. & Yrjänheikki, L. & Hintikka, S. 2006. Hyvinvointia sairaalatyöhön. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kehittämissuunnitelma 2004-2006. Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Helsinki.
- Kerosuo, H. & Haavisto, V. & Heikkinen, M. 2009. Helsingin kaupungin kotihoidon loppuarviointi. Viitattu 20.2.2010. www.hel.fi/wps/connect/...kotihoitokokeilun_loppuarviointi.pdf
- Koponen, L. & Hopia, H. 2008. Vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2008. Suomen graafiset palvelut Oy.
- Korhonen, A. 2008. Media on mukana hoitotyössä. Artikkelit. Sairaanhoidaja lehti. 5/2008.
- Koivukoski, S. & Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tiimikirja. Silverprint. Sipoo.
- Kotihoidon osaamisen johtaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen intranet. Viitattu 20.07.2010.
- Kotihoito-osaston lääkehoitosuunnitelma. 10.06.2009. Helsingin kaupunki. Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Kotihoito-osaston suunnitelma 16.09.2004 tarkistettu versio. Viitattu 11.10.2010. http://www.hel2.fi/terveystieteiden_tutkimuskeskus/hela/Terveyslautakunta/Esityslistat/liitteet/042860065.doc.
- Kotihoito-osaston strategia-kortti 2010-2012. Johtoryhmä/HK. 24.02.2010.
- Kotihoito-osaston tulos-kortti 2010-2011. Johtoryhmä / HK. 24.02.2010.
- Kuusisaari-Bergström, M. 2010. Sairaanhoidajan ammatin imago. Helsingin yliopiston abiturienttien mielikuvia sairaanhoidajan työstä. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu tutkielma.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.

Kääriäinen, O. & Törmä, A-M & Torppa, K. & Paasivaara, L. 2009. Veto-voimasen hoitotyön malli ja sen piirteitä OYS:N Erva-alueen sairaaloissa. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Terveyshallintotiede. Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja.

Kyngas, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1). 3-11.

Laitinen – Pesola, J.(25.2.2010) Sosiaali- ja terveydenhuollon tuloksellisuus ei ole aina kiinni rahasta, vaan fiksummin tekemisestä. Viitattu 13.9.2010.

<http://www.tehy.fi/viestinta/tiedotteet/?X17880756=18094327>

Lahti, T. 2007. Sairaanhoitajien työhön perehdyttäminen. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu tutkielma.

Laiho, S. 2006. Yrityksen visuaalisen linjan ja tavoiteimagon luominen. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 27. Turun kaupungin painatuspalvelukeskus.

Larmi, A. & Tokola, E. & Väلكkiö, H. 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotietellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Helsinki.

Lauttamäki, V. – Hietanen, O. 2006. Sosiaali- ja terveysalan työvoima ja koulutustarpeet 2015. Loppulaportti sosiaali- ja terveydenhuollon ennakointihankkeesta. Tulevaisuuden tutkimuskeskus. Tutu-julkaisu.

Lehtinen, R-L. 2006. Kiire haasteena, aika mahdollisuuteena. Hoitajien ja lähijohtajien kiireelle antamia merkityksiä konservatiivisessa hoitotyössä. Kuopion yliopisto. Terveyshallintotieto. Pro gradu tutkielma.

Mäkipää, S. 2010. Nostetta kotihoitoon. No se nyt on sellainen varjossa kasvanut” -luento kotihoidon imagosta ja oman ammattitaidon arvostamisesta. Paasitorni 16.03.2010. Helsingin kaupunki. Kotihoidon koulutuspäivä. Koulutuspäivän jaetut monisteet ja muistinpanot.

Miettinen, M. (päätoim.) & Hopia, H. & Koponen, L. & Wilskman, K. 2006. Inhimillisten voimavarojen johtaminen. Hoitotyön vuosikirja 2006. Gummerus kirjapaino Oy 2006.

Niemelä, A-L. & Simola, R. 2007. Helsingin kaupungin kotihoitokokeilun väliarviointi 1.1.2005-30.6.2007. Viitattu 11.10.2009.
<http://www.hel2.fi/terveyskeskus/hela/Terveyslautakunta/Esityslistat/liitteet/072880273.doc>.

Nybon, P. 2006. Johtaminen tulevaisuuden Suomessa. Työhyvinvoinnin johtaminen – kehityskeskustelu apuvälineenä. Delfoi akatemia 1. Viitattu 13.12.2009. www.pyk.hkkk.fi/delfoiakatemia/PilviNybonDA1.pdf

Orre, P. 2009. Hoitotyön vetovoimaisuus osastonhoitajan työn haasteena. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu tutkielma.

Osaamisen ja täystyöllisyyden Suomi. Työvoima 2020. Loppuraportti. Nrop 245. Työpoliittinen tutkimus. Työministerio. Helsinki.

Perälä, M-L & Grönroos, E & Sarvi, A. 2006. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Helsinki. Stakes 2006. Valopaino Oy.

Pohjoisen kotihoidon ohjaajien esimieskokous 21.1.2010. Oulunkylän terveysasema 21.1.2010. Kokouksen muistio.

Pietilä, V. 1973. Sisällön erittely. Gaudeamus. Helsinki.

Ruoho, J. 2006. Hoitajien voimaantuminen ja eettisten periaatteiden noudattaminen vanhusten hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu tutkielma.

Räsänen, A. 2003. Lähihoitajakoulutuksen järjestämisedellytykset. Arviointi 672003. opetushallitus 2003.

Sairaanhoitajaliitto. Matkalla maineeseen – hanke. Kirjallisuuskatsaus magneettiorganisaatio- ja työhyvinvointitutkimukseen. Viitattu 11.10.2010. www.sairaanhoitajaliitto.fi/

Salo, A-M. 2002. Hoitotyöntekijän voimavarat kotisairaanhoidossa ja yhdistetyssä kotihoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu tutkielma.

Sanerma, P. 2009. Kotihoidon kehittäminen tiimityön avulla. Toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopistopaino Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015 -kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Viitattu 6.1.2010. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1067373

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa työhön. Toimintaohjelma 2009-2011.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Kotihoito. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Viitattu 25.9.2010. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2008. Viitattu 6.1.2010.

http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste

Stordeur, S, D'Hoore, W 2007. Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2007 Jan 57 (1): 45-58.

Suominen, T. & Henriksson, L. 2008. Työnjako vanhusten kotihoidossa. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (2008): 6.

Tenkanen, R. 2004. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhuksen elämän laadun näkökulmasta. *Gerontologia* 1/2004. 32-33. Viitattu 30.12.2009.

<http://elektra.helsinki.fi/se/g/07840039/18/1/kotihoid.pdf>

Terveyskeskus. Kotihoito-osasto. Toimintakuvaus. Versio 4.6.2010.

Terveyskeskuksen henkilöstöhankinta. Tervetuloa töihin Helsingin kaupungin kotihoitoon! Viitattu 16.6.2010.

www.hel.fi/wps/wcm/connect/.../25_rekry_koho_netki.pdf

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Helsinki.

Työhön perehdyttäminen ja opastus. Ennakoiva työsuojelua. 2009.

Viitattu 13.06.2010. www.tyoturva.fi/files/800/Tyohon_perehdyttaminen2009.pdf

Upenieks, VV 2003. What Constitutes Effective Leadership? Perceptions of Magnet and Nonmagnet Nurse Leaders. *J Nurs Adm.* Vol. 33(9): 456-67.

Vaahtoranta, A. 2006. Mielikuvia yliopistollisesta keskussairaalaista. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Viitattu 19.9.2010.

www.etenevanhuusraportti.fi.

Zimmerbauer, K. 2008. Alueellinen imago ja identiteetti liikkeessä. Helsingin yliopisto. Maantieteen laitos. Helsinki. Akateeminen väitöskirja. Yliopistopaino

Zimmerbauer, K. 2001. Etelä-Pohjanmaan imagon jäljillä. Viitattu 28.12.2009. Teemajulkaisu. Helsingin yliopiston Maaseudun tutkimus- ja koulutuskeskus, Seinäjoki.

hosted.kuntaliitto.fi/intra/julkaisut/pdf/p051122145359B.pdf

Äikäs, T. 2004. Imagoa etsimässä. Kaupunki- ja aluemarkkinoinnin haasteita mielikuvan mahdollisuuksiin. Helsinki. Suomen kuntaliitto. Acta166.

Örn, T. 2010. Lähi- ja perushoitajat ovat Helsingin kotihoidon kulmakivi. Artikkel. Super-lehti. 5/2010.

Helsingin kaupungin kotihoidon imago muiden kuin kotihoidon palveluksessa olevien terveydenhoitoalan ammattilaisten silmin

Haastateltavan havaintotunnus _____

Esitiedot (haastateltava täyttää) ympyröi oikea vaihtoehto

Olen:	sairaanhoidon-/terveydenhoitaja	lähivieras-/perushoitaja	
Sukupuoleni :	mies	nainen	
Ikä, vuotta:	18-25 46-65	26-35	36-45

Arvoisa vastaanottaja!

Pyydän apuasi.

Olen ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskelija sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa. Opinnäytetyöni ohjaaja on yliopettaja TtT Hanna Maijala (puh. 03 6464267, e-mail. Hanna.maijala@hamk.fi).

Teen opinnäytetyön Helsingin kaupungin kotihoidon imagosta.

Opinnäytetyön tutkimuskysymys on: Millainen on Helsingin kaupungin kotihoidon imago muiden kuin kotihoidon palveluksessa olevien hoitotyöntekijöiden silmin? Tutkimuskysymyksestä johdetut tavoitteet ovat

1. selvittää imagoon vaikuttavia tekijöitä
2. keinoja imagon nostamiseen, jos siihen on tarvetta.

Oletan, että tutkimuskysymykseeni saatuja vastauksia voidaan hyödyntää esimerkiksi kotihoidon rekrytointihankkeissa.

Suunnitelmaani kuuluu noin kymmenen muun kuin kotihoidon palveluksessa olevan hoitoalan ammattilaisen haastattelu. Tutkimusjoukon muodostavat sekä lähi/perushoitajat että sairaanhoitajat, joilla ei ole ollut työkokemusta Helsingin kaupungin kotihoidosta.

- Suoritan haastattelun sinun toivomassa paikassa
- Haastattelun kesto on 20-30 min.
- Sinun luvallasi nauhoitan keskustelumme. Tutkimusaineisto on ainoastaan tutkijan eli minun käytössä. Hävitän haastattelunauhut ja kyselykaavakkeet tutkimuksen valmistuttua
- Kaikki haastattelutiedot ovat luottamuksellisia. Takaan sinulle nimettömyyden eettisten sääntöjen mukaisesti
- Voit keskeyttää haastattelun, jos siltä tuntuu

Jos olet kiinnostunut osallistumaan haastatteluun, pyydän ottamaan minuun yhteyttä joko puhelimitse tai sähköpostitse.

Ystävällisesti

Olga Heiskanen
puh. (040) 747 1733
e-mail: olga.heiskanen@student.hamk.fi

Helsingin kaupungin kotihoidon imago muiden kuin kotihoidon palveluksessa olevien hoitotyöntekijöiden silmin?

Haastateltavan havaintotunnus _____

Teemahaastattelun teemat ja kysymykset – Tutkija haastattelee. Haastattelu nauhoitetaan.

Kerrotaan haastateltavalle, että hänen käsitystään ja mielikuvaansa kysytään kolmessa haastatteluprosessin vaiheessa

Käsitys/Mielikuva Helsingin kaupungin kotihoidosta työpaikkana

Käsitys/Mielikuva oman koulutuksen mukaisesta työn kuvasta Helsingin kaupungin kotihoidossa

Käsitys/Mielikuva olisin kiinnostunut työskentelemään Helsingin kaupungin kotihoidossa?

SAMAT ALLA OLEVAT KOLME HAASTATTELUTEEMAA KYSYTÄÄN KAHDENSA ENSIMMÄISESSÄ VAIHEESSA

1. Käsitys/Mielikuva Helsingin kaupungin kotihoidosta työpaikkana

Millainen käsitys/mielikuva teillä on Helsingin kaupungin kotihoidosta työpaikkana?

HAASTATTELUTEEMAT

1) Jos käsitys/mielikuva on, niin millainen se on?

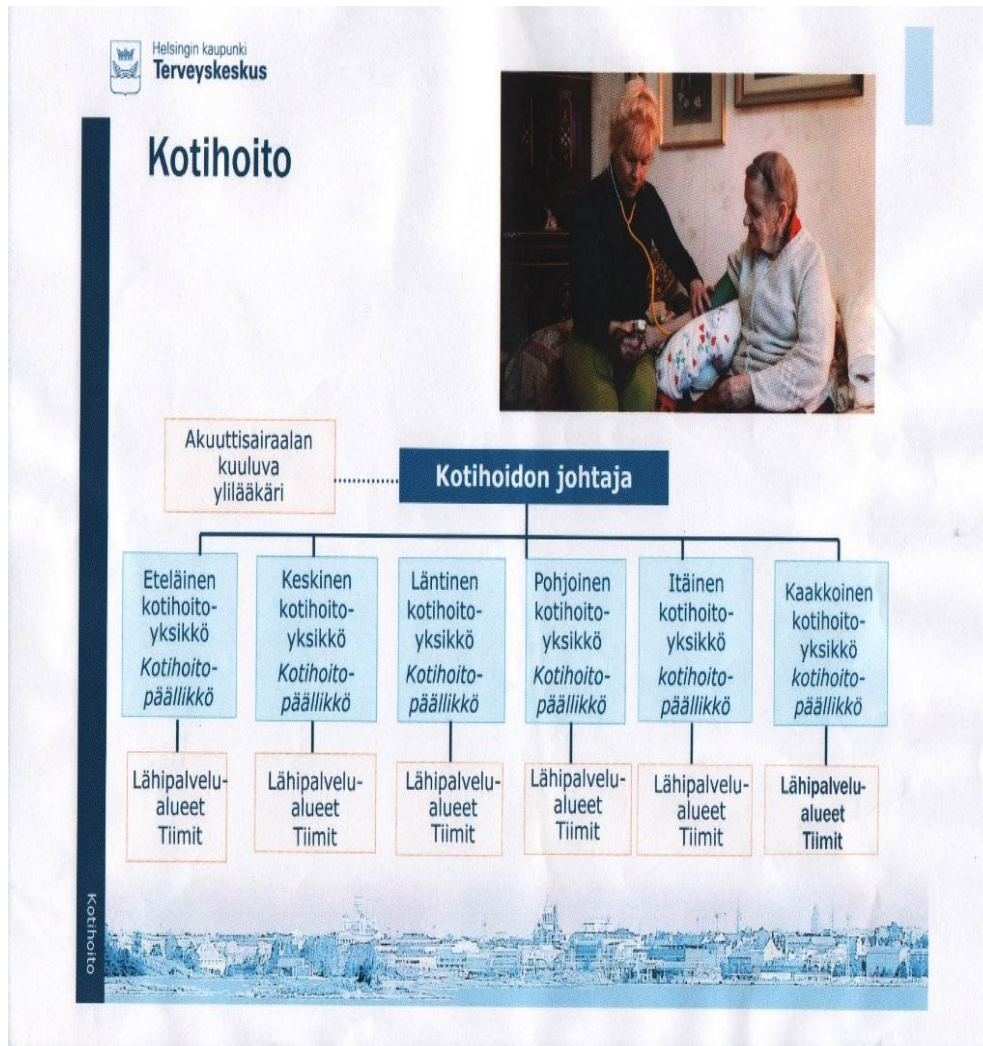
2) Mistä käsitys/mielikuva on tullut?


- työkavereiden/kavereiden kokemusten kautta
- tiedotusvälineiden kautta

3) Onko saatu käsitys/mielikuva haastateltavan mielestä luotettava?

2. Käsitys/ Mielikuva oman koulutuksen mukaisesta työn kuvasta Helsingin kaupungin kotihoidossa

Millainen käsitys/mielikuva teillä on lähihoitajan/perushoitajan/sairaanhoidajan /terveydenhoitajan työnkuvasta Helsingin kaupungin kotihoidossa? (Kysytään haastateltavan ammattinimikkeen mukaisesti)




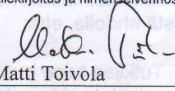
 <p>HELSINGIN KAUPUNKI TERVEYSKESKUS Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä</p>	<p>PÖYTÄKIRJANOTE 10/2009 1 (1)</p> <p>24.11.2009 <i>Liite 1</i> <i>2152</i></p>
---	--

174 §
OLGA HEISKASEN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

09-2612/054

Hakija	Sairaanhoitaja (AMK), Helsingin terveyskeskuksen kotihoito-osaston vs. kotihoidon ohjaaja Olga Heiskanen
Aihe	Helsingin kaupungin kotihoidon imago muiden, kuin kotihoidon palveluksessa olevien terveydenhuoltoalan ammattilaisten silmin (Ylempi AMK opinnäytetyö)
Lausunnot	<p>Vs. kotihoidon johtaja Pirjo Väisänen puoltaa tutkimusluvan myöntämistä lausunnossaan 13.11.2009.</p> <p>Johtajalääkäri puoltaa tutkimusluvan myöntämistä lausunnossaan 17.11.2009 ja toteaa, että suunniteltu opinnäytetutkimus on aiheellinen ja perusteltu. Se tuottanee uutta tietoa kotihoidon hyödynnettäväksi. Terveyskeskukselle aiheutuvat henkilöstöresurssirasitteet ovat varsin vähäiset; muita kustannuksia ei synny. Kotihoidon johtaja nimennee yhteyshenkilön.</p>
Päätös	<p>Pitkäaikaishoidon johtaja puoltaa tutkimusluvan myöntämistä lausunnossaan 20.11.2009 ja toteaa, että tulee huomioida mahdollinen organisaatiomuutos ja sen vaikutukset haastateltavien joukkoon.</p> <p>Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä puoltaa tutkimusluvan myöntämistä ehdolla, että:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tutkijan tulee huomioida mahdollinen organisaatiomuutos ja sen vaikutukset haastateltavien joukkoon • Tutkimuksen yhteyshenkilö terveyskeskuksessa on hallintoylihoitaja Marketta Kupiainen • Tutkimuksesta ei saa aiheutua kustannuksia terveyskeskukselle, lukuun ottamatta haastatteluun käytettävää aikaa • Tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti toimitetaan terveyskeskuksen käyttöön. <p>Ilmoitus toimitusjohtajalle.</p> <p>MERVI KORPELA Mervi Korpela Sihteeri</p>

<p>Postiosoite PL 6000 00099 HELSINGIN KAUPUNKI terveyskeskus@hel.fi</p>	<p>Käyntiosoite Siltasaarenkatu 13 Helsinki 53 http://www.hel.fi/terveyskeskus/</p>	<p>Puhelin +358 9 310 4011</p>	<p>Faksi +358 9 310 42504</p>
--	--	------------------------------------	-----------------------------------

 Helsingin kaupunki Terveyskeskus		TUTKIMUSLUPAPÄÄTÖS		3
Hakijan nimi Olga Heiskanen		Diaarinumero 09-2612/054		
Tutkimuksen nimi Helsingin kaupungin kotihoiton imago muiden, kuin kotihoiton palveluksessa olevien terveydenhuoltoalan ammattilaisten silmin				
<input checked="" type="checkbox"/> Myönnän tutkimusluvan tutkimustoiminnan koordinaatioryhmän lausunnossa ilmevin ehdoin <input type="checkbox"/> Myönnän samalla luvan saada tietoja salassa pidettävistä asiakirjoista ja henkilörekistereistä tutkimuslupahakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Myönnän samalla sivutoimiluvan tutkimusta varten seuraaville henkilöille <input type="checkbox"/> En myönnä tutkimuslupaa tutkimustoiminnan koordinaatioryhmän lausunnossa esitetyin perustein Lisäehdot ja lisäperustelut <input type="checkbox"/> Myönnän samalla sivutoimiluvan tutkimusta varten seuraaville henkilöille				
Tutkimuksesta terveyskeskukselle aiheutuvat kustannukset saavat olla: <input type="checkbox"/> hakemuksen mukaiset <input type="checkbox"/> muut, mitkä: <input type="checkbox"/> Tutkimuksesta aiheutuvista kustannuksista tehdään sopimus <input type="checkbox"/> Lisäehdot liitteenä <input type="checkbox"/> Perustelut liitteenä <input type="checkbox"/> Liitteenä sairaala-apteekin tiedote Muut liitteet				
PÄÄTTÄJÄ				
TOIMITUS- JOHTAJA	Päivämäärä 11.12.2009	Pykälä 2152§, Liitteet 1-8	Allekirjoitus ja nimenselvennös  Matti Toivola	
Päätöksen jakelu: <input checked="" type="checkbox"/> Tutkija / Tutkimusryhmän jäsenet Olga Heiskanen <input checked="" type="checkbox"/> Terveyskeskuksen yksiköt: Kotihoito, akuuttiyksikkö, pitkäaikaissairaala - Kotihoiton johtaja - Johtajalääkäri - Pitkäaikaishoidon johtaja - Hallintoylihoitaja <input type="checkbox"/> Tietohallintoyksikkö <input type="checkbox"/> Sairaala-apteekki <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä <input type="checkbox"/> Muut <input type="checkbox"/> Oikaisuvaatimusohjeet				

Te-080 doc 21.3.2006