



samk

Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

ROOSA LEHTO

”Yhdessä tekemällä asiakkaiden parhaaksi”

Yhteistyön kehittäminen Huittisten kotihoidon ja kotisairaalan välillä

VANHUSTYÖN (YLEMPI AMK) KOULUTUSOHJELMA
2020

Tekijä(t) Lehto, Roosa	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä kesäkuu 2020
	Sivumäärä 57	Julkaisun kieli suomi
<p>Julkaisun nimi ”Yhdessä tekemällä asiakkaiden parhaaksi” Yhteistyön kehittäminen Huittisten kotihoidon ja kotisairaalan välillä</p>		
<p>Tutkinto-ohjelma Vanhustyön ylempi AMK- koulutusohjelma</p>		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kehittää kotihoidon ja kotisairaalan välistä yhteistyötä Huittisten kaupungissa. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, mistä tekijöistä hyvä yhteistyö kotihoidon ja kotisairaalan välillä rakentuu ja miksi yhteistyötä tarvitaan. Tavoitteena oli yhdessä työryhmän kanssa sopia keinoja yhteistyön kehittämiseksi. Lisäksi tavoitteena oli, että eri toimijat (kotihoito ja kotisairaala) alkaisivat työskentelyn aikana paremmin hahmottaa eri osa-alueiden merkityksiä ja rooleja ikäihmisten palvelurakenteissa. Tutkimuksen pääkysymys oli: miten asiakaslähtöinen hoitoketju saadaan toimimaan käytännössä paremmin?</p> <p>Tutkimus toteutettiin laadullisena toimintatutkimuksena. Työn teoreettisessa viitekehyksessä tarkasteltiin yhteistyön, monitoimijuuden ja asiakaslähtöisyyden käsitteitä. Näistä valikoituneet teemat ohjasivat tutkimuksen toteutusta. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin tematisoitua ryhmäkeskustelua ja osallistavaa havainnointia. Tutkimusta varten nimettiin työryhmä, joka kokoontui loppuvuodesta 2018 yhteensä kolme kertaa. Saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysin menetelmin.</p> <p>Tuloksista ilmeni, että kotihoidon ja kotisairaalan välinen hyvä yhteistyö on asiakkaan etu. Yhteistyö ja monitoimijuus nähtiin edellytyksenä sille, että hoito ja käytetyt palvelut olisivat laadukkaita ja vaikuttavia. Toisaalta taas yhteistyön tekemisessä nähtiin useita haasteita ja kehittämisen kohteita. Keskusteluissa toistuivat muun muassa palveluiden pirstaleisuus, tiedonkulun ongelmat ja siirtymävaiheiden haasteet. Kehittämisehdotuksiksi nostettiin yhteiskäyntien mahdollisuus ja monitoimijamallin luominen.</p> <p>Tulosten perusteella henkilökunnan osallistaminen työyhteisön toimintatapojen kehitystyöhön nähtiin ensiarvoisen tärkeänä. Työryhmän jäsenet olivat kiinnostuneita sekä motivoituneita kehittämistyön jatkamisesta ja esimerkiksi moniammatillisen yhteistyömallin luomisesta. Jotta kehittämistyö olisi mahdollista, tarvitaan aikaa ja resursseja työn eteenpäin viemiseksi. Kehittämistyö pitää nähdä tärkeänä, tarpeellisena ja arvokkaana myös sosiaali- ja terveystieteillä.</p>		
<p>Asiasanat kotihoito, kotisairaala, asiakaslähtöisyys, yhteistyö, moniammatillisuus</p>		

Author Lehto, Roosa	Type of Publication Master's thesis	Date June 2020
	Number of pages 57	Language of publication: Finnish
Title of publication “Together making the best for customers” Developing co-operation between Huit-tinen home care and home hospital		
Degree program Master's Degree Programme in Elderly Care		
<p>The purpose of this thesis was to develop co-operation between home care and home hospital in the city of Huitinen. In addition, the purpose was to explore on what factors good co-operation between home care and home hospital is built and why co-operation is needed. The aim was to negotiate and agree with the workgroup on ways to develop cooperation. Furthermore, the goal was for the two actors (home care and home hospital) to begin to better understand the meanings and roles of different areas in the service structures of the elderly care. The main question of the study was: how to make the customer-oriented care chain work better in practice?</p> <p>The study was carried out as a qualitative action research. The theoretical framework of the study examined the concepts of cooperation, multiprofessional collaboration and customer orientation. From these, selected themes guided the implementation of the study. Thematic group discussion and participatory observation were used as the data collection method. A workgroup was appointed for the study, which met a total of three times from the end of 2018. The obtained material was analyzed by content analysis methods.</p> <p>The results showed that good cooperation between home care and the home hospital is in the customer's interest. Cooperation and multifunctionality were seen as a precondition for high-quality and effective care and services used. On the other hand, there were several challenges and areas for development in the cooperation. The fragmentation of services, problems with the transfer of information and the challenges of transitions, among other things, repeated in the discussions. The possibility of joint visits and the creation of a multiprofessional collaboration model were raised as development proposals.</p> <p>Based on the results, the involvement of staff in the development of work community policies were seen as paramount. The members of the working group were interested and motivated to continue the development work and, for example, to create a model for multi-professional cooperation. In order to development work to be possible, time and recourses are needed to advance the work. Development work must also be seen as important, necessary and valuable in social services and health care.</p>		
<p><u>Key words</u> home care, home hospital, customer oriented approach, collaboration, multiprofession-ality</p>		

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT JA TOIMINTAYMPÄRISTÖ	8
2.1 Opinnäytetyön toimintaympäristö.....	8
2.1.1 Kotihoito Huittisissa.....	8
2.1.2 Huittisten kotisairaala	9
2.2 Tarve kehittämistyölle.....	9
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE	10
4 TEOREETTINEN VIITEKEHYS	11
4.1 Tiedonhaku.....	11
4.2 Kotihoito	12
4.3 Kotisairaala	15
4.4 Asiakas- ja ihmislähtöisyys.....	16
4.5 Yhteistyö ja monitoimijuus	19
5 TUTKIMUKSELLINEN LÄHESTYMISTAPA JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	21
5.1 Toimintatutkimus kehittämismenetelmänä	21
5.2 Tutkimusaineiston keruu.....	23
5.2.1 Tematisoitu ryhmäkeskustelu.....	24
5.2.2 Muistiinpanot ja osallistava havainnointi.....	26
5.3 Tutkimusaineiston analysointi	26
6 TUTKIMUSTULOKSET	29
6.1 Mitä on hyvä yhteistyö, mistä tekijöistä se koostuu Huittisten kotihoidossa ja kotisairaalassa	29
6.1.1 Luottamus ja kunnioitus.....	29
6.1.2 Moniammatillinen yhteistyö	30
6.1.3 Tiedonkulku	32
6.2 Miksi yhteistyötä tarvitaan.....	33
6.2.1 Asiakaslähtöisen työn toteutumiseksi	34
6.2.2 Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.....	35
6.3 Yhteistyön tekemisen haasteet	36
6.3.1 Palveluiden pirstaleisuus.....	36
6.3.2 Siirtymävaiheiden haasteet.....	37
6.4 Kehittämisehdotukset.....	39
6.4.1 Yhteiskäyntien mahdollisuus	40
6.4.2 Monitoimijamallin luominen	42

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	43
7.1 Tutkimuksen johtopäätökset ja pohdinta	43
7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	46
7.3 Jatkotutkimusaiheet.....	49
8 LOPUKSI.....	51
LÄHTEET	
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Tilastokeskuksen mukaan vuoden 2017 lopussa Suomessa oli 1 121 363 yli 65-vuotiaasta henkilöä ja vuoteen 2030 mennessä heidän määränsä väestöennusteen mukaan on noin 1 495 500 henkilöä, eli lähes 30 prosenttia koko väestöpohjasta (Tilastokeskus www -sivut 2019). Palvelurakenteiden muutos on johtanut valtakunnan tasolla siihen, että pitkäaikaista laitoshoidtoa ja -paikkoja pyritään edelleen vähentämään ja ikäihmiset hoidetaan mahdollisimman pitkään kotona erilaisten palveluiden turvin. Lisäksi asiakkaat pyritään yhä nopeammin kotiuttamaan sairaalajaksoiltaan. Tulevaisuudessa ikäihmiset tarvitsevat yhä monipuolisempia palveluita ja he liikkuvat maakunnassa perusturvan eri sektoreilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään kaivataan uudistuksia, joilla saadaan monipuolistettua palvelutuotantoa, parannettua palvelujen laatua ja vaikuttavuutta sekä turvattua palvelujen saatavuus tasavertaisesti. (Mattila 2010, 33-35; Sarvimäki & Heinonen 2010, 23-24; Räsänen & Valvanne 2017, 22-23; Tuominen & Tuuri 2017, 228-229.)

Varsinkin kotihoito ja kotisairaaloiminta tulevat olemaan suurten haasteiden edessä, asiakkaiden määrän lisääntyessä, hoidon painottuessa kotiin ja asiakkaiden nopean liikkuvuuden ansiosta. On ensiarvoisen tärkeää kehittää työtapoja vastaamaan muuttuvaa tarvetta. Hoitotyössä muutoksiin päästään usein kehittämisprojektien kautta. Tietoisesti yhdessä tehtävän kehittämistyön jalkautuminen ja juurtuminen käytäntöön on todennäköisempää sekä kestäväää muutosta edistävää. Muutosprosessi pitää tunnistaa, suunnitella sekä arvioida. Kehittymisen onnistumisen taustalla on työntekijöiden osallistuminen varsinaiseen kehitystyöhön. (Ikonen 2015, 30, Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 100; Syvänen, Tikkamäki, Loppela, Tappura, Kasvio & Toikko 2015, 151-152.)

Edellä mainitut seikat edellyttävät vanhuspalveluiden kentällä työskenteleviltä tahoilta saumatonta yhteistyötä ja monitoimijuutta. Opinnäytetyöni aiheeksi olen valinnut ko-

tihoidon ja kotisairaalan yhteistyön, kehittämisen Huittisissa. Kaupungin sosiaalipalveluiden alaisuudessa, osana kotihoitoa on vuodesta 2012 asti toiminut kotiutustiimi. Lokakuun alusta 2018 kotiutustiimin toiminta on laajentunut kotisairaaloiminnaksi ja samalla kotisairaala on siirtynyt kaupungin sosiaalipalveluiden alta terveystalouden, tarkemmin terveyskeskuksen alaisuuteen. Uuden toiminnan alkaessa yhteisten toimintamallien ja -tapojen pohdinta sekä niistä sopiminen korostuvat.

Yhteistyön kehittäminen on aiheena ajankohtainen ja mikä tärkeintä, yhteistyötä kehittämällä pystymme vastaamaan asiakkaidemme palveluntarpeeseen paremmin niin, että he ovat toimintamme keskiössä. Jo kotiutustiimin toiminnan aikana kotihoidon ja kotiutustiimin yhteistyössä esiintyi haasteita ja toiminta ei ollut täysin suunnitelmallista. Uuden toiminnan alkaessa on mielestäni otollinen hetki lähteä pohtimaan yhteistyötä ja sen merkitystä käytännön toiminnan kehittämiseksi ja kaikkien edun saavuttamiseksi.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää kotihoidon ja kotisairaalan välistä yhteistyötä Huittisissa. Tarkoituksena on selvittää, mistä tekijöistä hyvä yhteistyö kotihoidon ja kotisairaalan välillä rakentuu ja miksi yhteistyötä tarvitaan. Tavoitteena on yhdessä työryhmän kanssa sopia keinoja yhteistyön kehittämiseksi. Lisäksi tavoitteena on, että eri toimijat (kotihoito ja kotisairaala) alkaisivat työskentelymme aikana paremmin hahmottaa eri osa-alueiden merkityksiä ja rooleja ikäihmisten palvelurakenteissa. Tutkimukseni pääkysymys on: miten asiakaslähtöinen hoitoketju saadaan käytännössä toimimaan paremmin?

2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT JA TOIMINTAYMPÄRISTÖ

Tutkimusraportin tässä osassa kuvaan tutkimuksen toimintaympäristöä, eli Huittisten kaupunkia ja sen ikäihmisten palveluiden kenttää. Lisäksi tuon esiin niitä perusteita, miksi juuri yhteistyön kehittäminen nähtiin nyt tärkeänä ja ajankohtaisena.

2.1 Opinnäytetyön toimintaympäristö

Tämä opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Huittisten kaupungin kotihoidon ja kotisairaalan kanssa. Huittisten kaupunki sijaitsee Länsi-Suomen läänissä Satakunnan maakunnassa. Kaupunki kuuluu Porin seutukuntaan. Noin 10 500 asukkaan kaupunkina Huittinen lukeutuu väkiluvultaan melko pieneksi kaupungiksi. Pinta-alaltaan Huittinen on suuri 539,7 km². Kaupungin väestörakenne on painottunut ikäihmisiin. Tilastokeskuksen vuoteen 2060 ulottuvan ennusteen mukaan Satakunnassa väestö ikääntyy melko merkittävästi verrattuna muuhun Suomeen. Huittisten väestöstä yli 65-vuotiaita oli 21,9% vuonna 2010 (valtakunnallinen keskiarvo on 15,9% koko maan väestöstä). Tilastokeskuksen ennusteen mukaan Huittisissa yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä on 28,9% vuonna 2020 ja 32,8% vuoteen 2030 mennessä. Yli 75-vuotiaiden osuus tulee lähes kaksinkertaistumaan lähitulevaisuudessa. (Huittisten kaupungin www -sivut 2018; Tilastokeskuksen www -sivut 2018.)

Huittisissa kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdistyivät kotihoidoksi vuonna 2009 samassa yhteydessä, kun Vampulan kunta liittyi osaksi Huittisten kaupunkia. Vampulassa yhdistetty kotihoito oli jo toiminut muutaman vuoden ja siitä oli saatu hyviä kokemuksia. Vuonna 2012 Huittisissa aloitti toimintansa kotiutustiimi ja nyt vuoden 2018 lokakuusta kotiutustiimin toiminta laajeni kotisairaala toiminnaksi.

2.1.1 Kotihoito Huittisissa

Kotihoidon tavoitteena on mahdollistaa asiakkaiden turvallinen eläminen omassa kodissa mahdollisimman pitkään. Periaatteena on toimintakykyä tukeva työote, jolloin

asiakasta kannustetaan ja tuetaan käyttämään ja vahvistamaan omia voimavarojaan. Kotihoito tukee asiakasta niissä toimissa, joihin hän ei itse pysty tai joihin hän ei saa apua omaisiltaan tai läheisiltään. (Huittisten kaupungin www -sivut 2018.)

Huittisten kotihoidossa työskentelee tällä hetkellä noin 50 työntekijää, koulutustaltaan sairaanhoitajia, lähihoitajia ja perushoitajia. Kotihoito on jaettu maantieteellisesti viiteen tiimiin (pohjoiseen-, eteläiseen-, itäiseen-, läntiseen- ja kuninkaisten -tiimiin). Toiminnasta vastaa kaksi lähiesimiestä, lisäksi palveluohjauksesta ja palvelutarpeen arvioinnista vastaa geronomi. Kotikuntoutuksessa työskentelee neljä kuntoutusalan ammattilaista; kolme fysioterapeuttia ja yksi kuntohoitaja. He tekevät tiivistä yhteistyötä kotihoidon ja kotisairaalan tiimien ja yhteisten asiakkaiden kanssa. Säännöllisiä yli 65-vuotiaita kotihoidon asiakkaita on tällä hetkellä noin 350.

2.1.2 Huittisten kotisairaala

Huittisissa on lokakuun 2018 alusta käynnistynyt kotisairaaloiminta. Vuonna 2012 aloittanut kotiutustiimi siirtyi 08.10.2018 osaksi terveyskeskuksen toimintaa ja uutena palveluna on alkanut kotisairaala. Kotisairaalan toiminta on ympärivuorokautista ja sairaalatasoista hoitoa tarjotaan eri ikäisten asiakkaiden kodeissa sekä palvelu- ja vanhainkodissa. Toiminta on määräraikaista ja lääkärijohtoista. Kotisairaalan tukiosastona toimii terveyskeskuksen vuodeosasto ja sen lähiesimiehenä toimii vuodeosaston osastonhoitaja. Kotisairaaloiminnan alkaessa tiimissä työskentelee 8 sairaanhoitajaa, joista yksi on niin sanottu tiiminvetäjä. Lisäksi kotisairaalan kanssa tiivistä yhteistyötä tekevät kotiutushoitaja, kotikuntoutuksen neljä työntekijää, avopalveluiden geronomi ja kotihoidon tiimit. (Huittisten kaupungin www -sivut 2018.)

2.2 Tarve kehittämistyölle

Käytännökokemusten ja tutkimuksien näkökulmasta tiedetään, että yksilölliset, kotiin suunnatut SOTE-palvelut vaativat työprosessien uudelleen arviointia ja organisoimista, tehokkaampaa moniammatillisen työtavan hyödyntämistä sekä yli organisaatio-rajajen tehtävää moniammatillista yhteistyötä, että verkostoitumista (STM 2016;

THL 2019; Tepponen 2009; Isoherranen 2012). Moniammatillista yhteistyötä kehittämällä tavoitellaan kotiin tuotavien hoiva- ja hoitopalveluiden monipuolisuutta, laadukkuutta, tuloksellisuutta, turvallisuutta ja oikea-aikaisuutta (Isoherranen 2012; Tepponen 2009). Näille edellä mainituille tiedoille pohjautuu myös tämän työn tarve ja ajan-kohtaisuus.

Aihe opinnäytetyölleni nousi esiin omien pohdintojeni, työyhteisössä käytyjen keskustelujen sekä havaintojen pohjalta. Lopullisen sysäyksen aiheen muotoutumiselle ja muun muassa tutkimusmenetelmälle antoi työryhmän kokoontuminen, jossa pohdittiin kotihoidon ja kotisairaalan yhteistoiminnan kehittämistä. Itse en ollut tässä tapaamisessa mukana, mutta kuultuani palaverista ehdotin kotihoidon esimiehille ja vanhus-työn johtajalle, josko opinnäytetyöni voitaisiin tähän aiheeseen liittää ja toteuttaa työryhmä muotoisena toimintatutkimuksena.

Tutkijana aihe on minulle henkilökohtainen. Työskentelin kesäkuusta 2012 vuoden 2018 joulukuun loppuun Huittisten kotihoidossa ja työni pääpaino oli asiakkaiden palveluohjauksessa ja palvelutarpeen arvioinnissa. Tein tiivistä yhteistyötä niin kotihoidon, kotisairaalan, vuodeosaston, vanhainkodin, tehostettujen asumisyksiköiden, kotiutushoitajan, muistihoitajan kuin sosiaalihoitajankin kanssa. Toimin omassa työssäni laaja-alaisesti vanhuspalveluiden kentällä ja tästä syystä näin konkreettisesti, miten tärkeää toimiva yhteistyö eri tahojen välillä on. Toimintamme lähtökohtana tulee olla asiakas ja hänen yksilölliset tarpeensa.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää kotihoidon ja kotisairaalan välistä yhteistyötä Huittisten kaupungissa. Tarkoituksena on selvittää, mistä tekijöistä hyvä yhteistyö kotihoidon ja kotisairaalan välillä rakentuu ja miksi yhteistyötä tarvitaan.

Tavoitteena on yhdessä työryhmän kanssa sopia keinoja yhteistyön kehittämiseksi. Keskeisenä tavoitteena on luoda kotihoidon ja kotisairaalan välille edellytyksiä asiakaslähtöiselle sekä vaikuttavalle yhteistoiminnalle. Lisäksi tavoitteena on, että eri toimijat alkaisivat työskentelymme aikana hahmottamaan paremmin eri osa-alueiden merkityksiä ja rooleja ikäihmisten palvelurakenteissa. Tavoitteena on asiakkaiden tarpeita vastaavaa laadukas kotihoito Huittisissa. Pääkysymyksenä tutkimuksessani on: miten asiakaslähtöinen hoitoketju saadaan käytännössä toimimaan paremmin?

4 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Opinnäytetyön raportin tässä osiossa keskityn käsittelemään tutkimukseni teoreettista näkökulmaa ja lähtökohtia työlleni. Olen tähän osaan koonnut teorian tietoa keskeisistä käsitteistä sekä esitellyt aikaisempia tutkimusjulkaisuja aihealueesta. Lähteiden käytössä olen pyrkinyt monipuolisuuteen ja uusimman tutkimustiedon hyödyntämiseen.

4.1 Tiedonhaku

Tässä tutkimuksessa tiedonhakuja tarvittiin selvitettäessä mitä ja minkälaisia julkaisuja sekä tutkimuksia kotihoidon ja kotisairaalan välisen yhteistyön tekemisestä jo on aikaisemmin julkaistu. Täysin samankaltaisia tutkimuksia ei ole juurikaan tehty, mutta yhteistyötä ja asiakaslähtöisyyttä hoitoalalla on tutkittu paljon sekä Suomessa, että ulkomailla. Tämän tutkimuksen teoriapohja perustui järjestelmälliseen tiedonhakuun ja sitä varten laadittuihin sisäänottokriteereihin. Niin hoitotyön kuin kehittämistyönkin tulee perustua näyttöön ja siksi tutkimuksen tueksi tarvittiin suunnitelmallista tiedonhakuja. (Elomaa & Mikkola 2010, 35; Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 28-31.)

Koska opinnäytetyöni valmistumisprosessi kesti odotettu kauemmin, päädyin tutkimukseni luotettavuuden lisäämiseksi tekemään tiedonhakuja useampaan kertaan. Rajasin ensimmäisillä hakukerroilla vuosiin 2008-2018 ja toisella kertaa vuosiin 2009-

2019. Lisäksi rajauksena toimi julkaisujen kieli, jonka toivoin olevan suomi tai englanti. Yhtenä kriteerinä oli myös julkaisun maksuttomuus; saatavuus joko sähköisenä tai nidejulkaisuna, joka tuli löytyä kirjastoista. Löysin useampia väitöskirjoja, joista lähempään tarkasteluun päädyin ottamaan neljä, lisäksi löytyi kaksi YAMK -tason opinnäytetyötä. Lisäksi hakujen myötä löytyi useita yhteistyötä, asiakaslähtöisyyttä ja moniammatillista työskentelyä käsittelevää oppikirjaa sekä kehittämisjulkaisua. Tiedonhaussa hyödynnettiin paljon myös hakujen myötä löytyneiden julkaisujen lähde- luetteloita.

Tiedonhaku suoritettiin Ebsco, Ovid, Arto, Google Scholar, Cinahl, SAMK Finna, UTU Volter ja Medic tietokannoista. Lisäksi haku tehtiin Theseuksen, Terveystieteen- ja hyvinvoinninlaitoksen ja Terveystieteen tietokannoista. Hakusanoina käytettiin yhteistyö AND kotihoito, yhteistyö AND kotihoito AND kotisairaala, asiakaslähtöisyys AND monitoimisuus, moniammatillinen yhteistyö AND vanhus, ikäihminen, iäkäs. Englanninkielisinä hakusanoina käytettiin collaboration AND home care AND elderly OR aged OR older OR elder OR geriatric. Hakusanoja katkaistiin kunkin tietokannan ohjeiden mukaisesti.

4.2 Kotihoito

Kotihoito on integroitua hoitoa, joka on tarkoitettu henkilöille, jotka toimintakyvyn heikentyessä tarvitsevat apua selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoistaan. Kotihoito on palvelukokonaisuus, johon sisältyy koti-, kotisairaanhoidon- ja tukipalveluja, joilla autetaan ja tuetaan kotona asuvia, eri-ikäisiä avun tarvitsijoita, joiden toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi heikentynyt. Kotihoidon käyntien sisältö määräytyy aina asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan ja voi sisältää esimerkiksi asiakkaan voimien seuranta, arkitoiminnoissa avustamista ja ohjaamista, lääkehoitoa ja sairaanhoidollisia toimenpiteitä. (Vaarama & Pieper 2006, 13; Ikonen 2015, 15, 72; Ollila 2018, 10-11.)

Kotihoidon tavoitteena on tukea asiakkaan elämänhallintaa ja tämän toimintakykyä siten, että hän voi asua kotona mahdollisimman pitkään mielekkäästi ja turvallisesti.

Kotihoidon asiakkaista valtaosa on ikäihmisiä, yli 65-vuotiaita. Heillä voi olla useampia pitkäaikaissairauksia, terveysongelmia tai toimintakyvyn heikentymistä. Asiakkaan kotona asumista pystytään tukemaan esimerkiksi ehkäisevillä palveluilla (neuvonta- ja ohjauspalvelut), palvelutarpeen arvioinnilla (esimerkiksi ikäihmisten kotona tehtävät hyvinvointia edistävät ja arvioivat kotikäynnit), kotihoidon, hoiva- ja hoitotyön, kuntoutuksen, terveystalvelujen, kotisairaalan, lyhytaikaisten asumispalvelujen ja omaishoidon tarjoamin palveluin. Keskeistä ja ratkaisevaa on se, että asiakas saa tarvitsemiaan palveluita ja tukimuotoja oikea-aikaisesti niin, että hänen toiveensa ja tarpeensa huomioidaan. (Ikonen 2015, 18-19; Tepponen 2007, 61-62.)

Kotihoidon maksut määräytyvät sen mukaan, onko kysymyksessä tilapäinen – tai säännöllinen kotihoito. Jos kotihoito on tilapäistä, asiakkaalta peritään kunnan määrittämä kertamaksu jokaisesta käynnistä, jos taas kysymyksessä on säännöllinen kotihoito, asiakkaan kotihoidon kuukausimaksu määräytyy käyntien pituuden ja asiakkaan bruttotulojen mukaan. Tukipalveluista kuten ateriapalvelu, turvapuhelinpalvelu, päivätoiminta ja kotikuntoutus peritään kerta- tai käyntimaksut, jotka on määritelty kunta kohtaisesti.

Kotihoitoa, kotisairaanhoidoa ja kotipalvelua sekä tukipalveluita määrittävät useat erilaiset lait ja asetukset ja ne kuuluvat kunnan lakisäätteiseen järjestämisvastuuseen. Jokainen kunta kuitenkin itse ratkaisee, miten palvelut tuotetaan; kunta voi itse olla palveluiden tuottajana, osa palveluista voidaan ostaa yksityisiltä palveluntuottajilta tai kolmannelta sektorilta. Lähikunnat voivat perustaa myös kuntayhtymiä, jolloin palveluiden järjestäminen ja kustannukset ovat useamman kunnan harteilla. Tärkeimmät kotihoidon toimintaa ja järjestämistä ohjaavista laeista ja säädöksistä ovat Sosiaalihuoltolaki (710/1982), Terveystalveluolaki (30.12.2010/1326) ja Kansanterveyslaki (66/1972). Myös Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista (18.12.2012/980) on vanhuspalveluiden yksi keskeisin ja uusin lakiuudistus. (Finlex www -sivut 2018.)

Kotihoitopalvelujen saanti perustuu tarveperiaatteeseen ja tätä varten kunnat ovat määrittäneet kriteerit, joiden pohjalta palveluita voidaan tarjota niitä tarvitseville asiakkailla. Palvelujen järjestämisen tulee olla tasavertaista ja oikeudenmukaista asiakkaan asuinpaikasta riippumatta. Asiakkaan kokonaistilanteen arviointi yhdessä kriteereiden

tarkastelun kanssa antaa kokonaiskuvan palveluiden tarpeesta. Asiakkaan palveluntarvetta arvioitaessa puhutaan usein palveluohjauksesta. Palveluohjaus on asiakaslähdeistä ja siinä korostetaan asiakkaan etua. Palveluohjauksen tarkoituksena on koota asiakkaan tarvitsemat palvelut selkeäksi kokonaisuudeksi. Tämä lieventää osaltaan palvelujärjestelmien pirstaleisuutta ja hajanaisuutta. Kyseessä on prosessi, jonka tarkoituksena on kokonaisvaltaisesti arvioida ja edistää asiakkaan elämäntilannetta. (Ikonen 2015, 28, 68; Helminen & Sukula-Ruusunen 2017, 47.)

Kotihoidon toiminnan lähtökohtina ovat asiakkaan monipuolinen toimintakyvyn arviointi, yksilöllisesti tehdyt palvelu- ja hoitosuunnitelmat sekä nopea puuttuminen asiakkaiden muuttuneisiin tilanteisiin, esimerkiksi terveydentilassa, toimintakyvyssä tai asumisen olosuhteissa. Esimerkiksi lyhyet ja tehostuneet hoitajaksot päiväkirurgiassa ja keskussairaaloiden päivystyksissä haastavat ja kuormittavat terveydenhuollon ohella myös sosiaalityötä. Sosiaalityön vastuulla on järjestää pienellä varoitusaajalla tarvittavat, ajoittain hyvinkin mittavat palvelut asiakkaan kotiin jos/kun hänen toimintakykynsä on heikentynyt. Kotihoidon kuntoutus- ja hoitovalintojen kannalta asiakkaan toimintakyvyn arviointi on keskeinen lähtökohta. Laadukas ja vaikuttava kotihoito on asiakkaan kuntoutumista edistävää ja sen tulee vastata asiakkaiden fyysisiin, psyykkisiin, kognitiivisiin kuin sosiaalisiin kuntoutumisen tarpeisiin. Laitoshoidosta tuttu moniammatillinen osaaminen ja tiimityöskentely tulisi huomioida oleellisesti myös kotihoidossa. Valtakunnallinen linjaus kun on hoitaa ikäihmiset kodeissaan mahdollisimman pitkään, raskasta laitoshoidoa välttämällä. (Tuominen & Tuuri 2017, 228.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ja Suomen Kuntaliitto ovat antaneet iäkkäiden palvelujen laatusuositukset nyt neljänä vuotena (2001, 2008, 2013 & 2017). Vuoden 2008 laatusuosituksessa yhtenä keskeisenä tavoitteena on ollut kehittää ja panostaa kuntouttavaan työotteeseen kotihoidossa. (STM 2008, 27.) Vuoden 2013 laatusuosituksessa taas keskeisenä teemana oli ikäihmisten osallisuuden tukeminen ja heidän kattavien vaikutusmahdollisuuksiensa turvaaminen. (STM 2013, 17.) Uusimmassa vuonna 2017 annetussa suosituksessa korostetaan terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaamista, muun muassa erinäisillä ennaltaehkäisevillä ja hyvinvointia edistävillä palvelumuodoilla. Lisäksi suosituksessa korostetaan vanhuspalveluiden eri sektoreiden välistä saumatonta yhteistyötä ja keskitettyä asiakas- ja palveluohjausta.

(STM 2017, 15-17.) Jokaisessa suosituksessa on korostettu osaavan ja riittävän henkilöstöresurssin merkitystä, tarvetta sekä resurssin oikein kohdentamista, jotta palveluita voidaan tuottaa laadukkaasti, vaikuttavasti ja tasavertaisesti. (STM 2008, 34; STM 2013, 43; STM 2017, 20.)

4.3 Kotisairaala

Kotisairaalan tarjoama palvelu on sairaalatasoisen hoidon vientiä asiakkaan kotiin. Se on määräaikaista ja tehostettua kotisairaanhoidoa. Kotisairaalahoidoa ovat muun muassa kotihoitoon soveltuva erikoissairaanhoido ja saattohoito. Aluehallintovirastot ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) valvovat kotihoitoa ja kotisairaalahoidoa. Alan asiantuntijaviranomaisena toimii Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Lisäksi THL kerää kotihoitoon ja kotisairaalahoidoon liittyvää tilastotietoa. (Ollila 2018, 10-11; Ikonen 2015, 73; Lähdeaho, Heino-Tolonen & Kuusela 2011, 1923-1924.)

Kotisairaaloiminta on lisääntynyt Suomessa merkittävästi vuodesta 2010 eteenpäin. Vuonna 2016 maassamme oli yli 50 julkisessa terveydenhuollossa toimivaa kotisairaala tai tiimiä sekä lisäksi useita yksityisiä kotisairaaloita. Kotisairaaloissa hoidetaan eri ikäisiä asiakkaita, joiden tauti/sairaus -taustat voivat olla moninaiset. Vaikka hoitoa voidaan antaa kaikenikäisille, suurin osa hoidettavista myös kotisairaalassa on iäkkäitä. Karkeasti sanoen kotisairaalahoidoa saavista asiakkaista kaksi kolmesta on iäkkäitä, infektiopotilaita 2/3 ja palliatiivisia syöpäpotilaita 1/3. (Ollila 2018, 11.)

Kotisairaalaan siirrytään esimerkiksi päivystyspoliklinikalta tai osastolta. Toiminta on lääkärijohtoista moniammatillista toimintaa, joka perustuu siihen, että asiakas on itse sitoutunut omaan hoitoonsa ja haluaa hoidon tapahtuvan mahdollisuuksien mukaan kotona. Omaisten ja muun tukiverkoston osallistuminen asiakkaan hoitoon on myös tärkeässä roolissa, joka osaltaan mahdollistaa esimerkiksi kotona toteutettavaa saattohoitoa. Hoito kotona, tutussa ympäristössä ylläpitää ja edistää asiakkaan luontaista toimintakykyä ja sosiaalista verkostoa. Kotisairaalaan saa apua vuorokauden ympäri ja tarvittaessa asiakas voidaan siirtää suoraan sairaalahoitoon. Kotisairaalahoidon yhteydessä annettavat lääkkeet ja hoitosuunnitelman mukaiset hoitotarvikkeet sisältyvät

hoitoon. Asiakas maksaa hoitajien suorittamista kotikäynneistä. Maksu määräytyy kunta kohtaisesti ja hintaan voivat vaikuttaa asiakkaan tulot. (Ollila 2018, 11-12; Ikonen 2015, 73-74; Lähdeaho, Heino-Tolonen & Kuusela 2011, 1923-1924.)

Kotisairaaloiminta tukee ihmisen itsemääräämisoikeutta ja avohoidon ensisijaisuutta. Kuten kotihoidon, myös kotisairaaloiminnan perusajatuksena on asiakaslähtöisyys, mikä voidaan kotiolosuhteissa hyvin toteuttaa. Joustavuus tulee asiakaslähtöisyydestä, eli pyrkimyksenä on vastata asiakkaiden tarpeisiin ja organisatorista rakennetta sekä rutinoituneita toimintatapoja vältetään. Kaiken pohjana on hyvä ja asianmukainen potilasturvallisuus. Asiakkaiden tarvitsemien palveluiden organisointi kotiin ja sairaalahoidon supistaminen vähentää yhteiskunnalle aiheutuvia menoja. Säästöt johtuvat tarvittavien investointien vähäisyydestä. Kulut koostuvat pääasiassa henkilöstö- ja lääkekuluista. Kotisairaaloiminnan on todettu vähentävän päivystyspoliklinikoiden ja sairaaloiden vuodeosastojen kuormitushuippuja. Tällöin esimerkiksi päivystyksessä kyetään tehokkaammin hoitamaan niitä henkilöitä, jotka todella ovat kiireellisen akuuttihoitoon tarpeessa. Lisäksi on huomioitavaa, että kotisairaaloiminta ehkäisee sairaalabakteeritartuntoja ja voi vähentää muita infektioita sekä ehkäistä vieraassa ympäristössä tapahtuvia kaatumisia. Myös asiakaslähtöisyys ja inhimillisuus hoidossa lisääntyvät, kun asiakkaita pyritään hoitamaan heille tutuissa ja turvallisissa ympäristöissä ja turhilta sairaala- ja lääkärikäynneiltä pystytään välttymään. (Ollila 2018, 13, 28; Lähdeaho, Heino-Tolonen & Kuusela 2011, 1925-1926.)

4.4 Asiakas- ja ihmislähtöisyys

Yleistynein nimitys sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävistä kansalaisista on asiakas tai potilas, mutta asiakkuudet ovat varsin moninaisia otettaessa huomioon koko sosiaali- ja terveyspalveluiden kirjo. Määrittely asiakas viittaa ihmisen oikeuksiin, mahdollisuuksiin esittää toiveita palvelun suhteen ja vaatia palveluja sekä toisaalta valittaa huonosta palvelusta tai palvelukokemuksesta. Asiakaslähtöisyys on käsitteenä ollut näkyvissä suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon normiohjauksessa 1990-luvulta lähtien. Asiakaslähtöisyys on käsitteenä haastava ja monitahoinen ja sanalla asiakas saattaa usein olla myös hieman leimaava ja kategorioiva vaikutus. Lisäksi organisaatioissa saatetaan käsitteen tasolla puhua asiakaslähtöisyydestä, mutta käytännön tasolla

palveluita tuotetaan kuitenkin organisaation ja yhteiskunnallis-poliittisista -lähtökohdista. (Laaksonen & Ollila 2017, 44; Pohjola 2010, 26-27, 32-33.) Suomen laki velvoittaa alan ammattilaisia toimimaan asiakkaiden parhaaksi ja heitä kunnioittaen: Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (22.9.2000/812) sekä Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785). Lakien tarkoituksena on edistää asiakaslähtöisyyttä ja niissä oikeutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat saamaan laadultaan hyvää hoitoa, palvelua ja kohtelua. (Finlex www -sivut 2018.)

Asiakaslähtöistä laajempi käsite on WHO:n mukaan ihmislähtöisyys. Siinä korostetaan samoja ulottuvuuksia kuin asiakaslähtöisyydessä. Ihmiset ovat laajassa merkityksessä tasavertaisia toimijoita suunniteltaessa sekä toteutettaessa hoitoa ja tarvittavia palveluita. (WHO 2016.)

Asiakas, ihminen on työmme keskipiste ja oman elämäntilanteensa sekä elinpiirinsä paras asiantuntija. Asiakaslähtöisyydessä keskeistä on asiakkaan omien, yksilöllisten näkemysten kunnioittaminen ja oman päätöksenteon tukeminen. (Ikonen 2015, 42-43; Laaksonen & Ollila 2017, 45-46; WHO 2016; Sarvimäki & Heimonen 2010, 24.) Asiakas ei saa olla passiivinen toimenpiteiden kohde, vaan hänen tulee olla aktiivinen osa ja toimija omassa hoidossaan. Tämä seikka tuo mukanaan näkökulman ihmisen omasta vastuustaan hänen hyvinvointiinsa liittyen. Asiakas ja työntekijä tulisi nähdä tasavertaisina kumppaneina, jotka yhdessä pyrkivät edistämään yksittäisen ihmisen hyvinvointia ja terveyttä. (Koivunen 2017). Koska asiakas on työmme keskiössä, edellytetään meiltä työntekijöiltä asiakaslähtöisyyttä eli asiakkaan edun, näkökulman ja tarpeiden huomioimista. Jotta asiakkaan arvokas ja yksilöllinen kohtaaminen voivat toteutua, lainsäädännön, arvojen ja etiikan, talouden sekä palveluiden on oltava vuorovaikutuksessa keskenään ja toiminnallisesti tasapainossa. (Pohjola 2010, 29; Laitinen & Kemppainen 2010, 146.)

Tällä hetkellä esimerkiksi kotihoidossa on vallalla ajatus iäkkään asiakkaan olemassa olevien voimavarojen ja mielenkiinnon kohteiden havaitsemisesta ja hänen osallisuutensa edistämisestä sekä sen tukemisesta. Iäkäs ihminen on edelleen tunteva, tahtova ja arvokas ihminen. Alan ammattilaisten tulee ymmärtää iäkkään ihmisen kokonaistilanne. Asiakastyössä korostuvat vuorovaikutustaidot ja ymmärtäminen, asiakas tulee

osata kohdata tasavertaisena ja yksilöllisenä ihmisenä. Tämä edellyttää hoitajalta hyvää tilannetajua ja tunneälyä, jotta hän osaa tunnistaa oleellisia asioita ja ottaa vaikeiden asioiden tarpeen vaatiessa puheeksi asiakkaan kanssa. Tilanteessa, jossa asiakkaalle esimerkiksi sanellaan hänen hoitoonsa ja terveydentilaansa liittyviä asioita, häntä ei kuulla ja asiantuntijat käyttävät valtaansa jopa väärin voi pahimmassa tapauksessa käydä niin, että asiakas alistuu, lannistuu ja hänestä tulee passiivinen hoidon vastaanottaja. Hän saattaa kokea turhautumista ja epäluottamusta hoitavaa tahoa kohtaan, eikä sitoudu omaan hoitoonsa. (Ikonen 2015, 43; Pikkarainen 2016, 33-34; Laaksonen & Ollila 2017, 47; Hyväri 2017, 37.)

Sini Eloranta tarkasteli väitöstutkimuksessaan (2009) ikäihmisten kotona asumista sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön näkökulmasta. Tutkimuksen tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden voimavaroista arjessa selviytymisen näkökulmasta, ja tutkia miten asiakkaiden hoito sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä toteutuu. Tutkimuksessaan hän havaitsi, että ammattihenkilöiden toiminta oli osittain ristiriidassa ikäihmisten henkilökohtaisten odotusten kanssa, eikä se tukenut kaikilta osin asiakkaiden omia voimavaroja. Tutkimuksen mukaan kotihoidon työntekijät eivät täysin osaa tukea ja / tai havaita ikäihmisten itse tärkeimmiksi kokemiaan voimavaroja. Hoitajat tekevät ajoittain päätöksiä ja asiakkaan hoitoon liittyviä toimintoja asiakkaiden puolesta myös sellaisissa asioissa, joista asianomaiset olisivat suorittaneet itsenäisesti. Asiakkaiden kertoman mukaan he ovat kohdanneet tilanteita, joissa heidän ajatuksiaan ja toiveitaan ei ole otettu huomioon eikä heidän päätösvaltaansa ole kunnioitettu. (Eloranta 2009, 28, 57-58.)

Outi Wallin tutki väitöstyössään (2012) sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla työskentelevien työhön sitoutumista ja siihen vaikuttavia tekijöitä, keskittyen erityisesti perheen, työhyvinvoinnin, asiakaslähtöisyyden ja ammatillisuuden näkökulmiin. Tutkimusaineisto koostuu sekä kirjoitetusta että suullisesta työhön sitoutumisen kerronnasta. Wallin muun muassa haastatteli vuosina 2005-2007 sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisia alan eri sektoreilta esimerkiksi vanhustyön, kehitysvammahuollon, aikuis-sosiaalityön, päihdetyön, erikoissairaanhoidon ja varhaiskasvatuksen kentiltä. Tutkimuksessaan hän on havainnut, että työhön sitoutumisen keskeisenä edistäjänä ja motivaattorina pidettiin asiakas työtä ja asiakaslähtöistä työtettä. Asiakassuhde oli tutkimuksen mukaan monin tavoin merkityksellinen ja tärkeä sosiaali- ja terveydenhuollon

työntekijöille ja sillä on selvä yhteys työhön sitoutumiseen. Asiakassuhde merkitsee ennen kaikkea asiakkaiden tarpeiden huomioimista ja työn tavoitteisiin pääsemistä. Asiakassuhteen tärkeyttä kuvasi tutkimuksessa myös se, että työntekijät olivat ensisijaisesti sitoutuneita asiakkaisiin ja vasta tämän jälkeen organisaatioon ja muihin toimijoihin siellä. (Wallin 2012, 11, 82-83.)

4.5 Yhteistyö ja monitoimijuus

Kaarina Isoherranen toteaa väitöskirjassaan (2012), että tietotekniikan kehittymisen ja organisatorisen rakenteen muutoksen myötä asiantuntijatyö on muuttunut aiempaa yhteisöllisemmäksi ja asiakaslähtöisemmäksi. Sosiaali- ja terveysalalla tiimipohjaista, asiakaslähtöistä ja yhteisöllistä asiantuntijatyötä kutsutaan moniammatilliseksi yhteistyöksi. Moniammatillisen yhteistyön soveltaminen käytännössä on kuitenkin osoittautunut haastavaksi. (Isoherranen 2012, 10-11.)

Kuntien ja yksityisten palveluntuottajien tarjoamat palvelut ja palvelurakenteet ikäihmisille ovat varsin vaihtelevia ja monitahoisia. Esimerkiksi monipuoliseen kotihoidon toteuttamiseen tarvitaan useiden eri toimijoiden, kuten asiakkaiden, omaisten, useiden eri ammattilaisten, eri organisaatioiden, ja vapaaehtoisten osallistumista. Tämä edellyttää palvelujen hyvää koordinoitua ja selkeää palvelu- ja vastuurakennetta palveluita tarjoavan ja organisoivan tahon osalta. (Tepponen 2007, 61; Tepponen 2009, 193; Hyväri 2017, 37.)

Merja Tepponen on väitöstutkimuksessaan (2009) havainnut, että vanhusten kotihoito toimii kunnissa ongelmallisella tavalla. Palvelut ovat pirstaleisia ja samaa asiakasta saattaa hoitaa sekä palvella usea eri työntekijä monesta eri organisaatiosta / toimialasta. Koordinaatio on puutteellista ja yhden ihmisen luona voi samana päivänä käydä useampi eri työntekijä eri toimialoilta. Tutkimus vahvisti myös käsitystä siitä, että kolmannen sektorin ja yksityisten palveluntuottajien tarjoamat palvelut ovat nivottu heikosti yhteen kunnan tarjoamien palvelujen kanssa. Jokainen toimija tekee työtä vain omasta näkökulmastaan käsin. Tutkimuksessaan Tepponen loi aikaisemman teoria- ja tutkimustiedon pohjalta hyvän kotihoidon mallinnoksen. Sen mukaan vanhusta tulee

kohdella ympäristössään elävänä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiokulttuurisena kokonaisuutena. Asiakasta on tuettava selviytymään kotona pitämällä yllä elämänlaatua ja vahvistamalla olemassa olevia voimavaroja. Tepposen mukaan palvelut tulee eheyttää integroiduilla organisaatioilla, verkostoilla, sopimuskäytännöillä sekä moniammatillisella kuntouttavalla ja ennakoivalla työotteella. (Tepponen 2009, 166.)

Asiakkaan hoidon ja palvelujen hallinta sekä toiminnan saumattomuus ympäristössä, jossa toimijoita ja eri tahoja on useita, edellyttää palvelujärjestelmän tarkastelua kokonaisuutena yli organisaatiorajojen ja yhteisiin tavoitteisiin sitoutumista. Hoito- ja palveluketjussa on useita kynnyksiä, joiden onnistunut ylittäminen edellyttää yhteisiä toimintaperiaatteita ja tiedon viiveetöntä siirtymistä niin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kuin sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden kesken. (Perälä & Hammar 2003, 11.)

Kotihoidon ja esimerkiksi kotisairaalan organisointi- ja toimintatavoilla on merkitystä iäkkäiden elämänlaadun näkökulmasta. Henkilöstön yhteistyö parantaa ikääntyneiden mahdollisuuksia asua kotona myös huonokuntoisina. Henkilöstön kiireinen työrytmi taas heikentää vanhusten saamaa sosiaalista ja psyykkistä tukea. (Tenkanen 2003, 50; Perälä, Grönroos & Sarvi 2006, 12.) Henkilöstörakenteen tarkoituksenmukaisuus, henkilöstön oikea ja monipuolinen koulutustaso sekä työn järjestäminen selkeäksi kokonaisuudeksi ovat suorassa yhteydessä hoitotyön laatuun. Hyvällä hoitotyön organisointimallilla ja hyvällä organisaatioilmapiirillä on merkittävä vaikutuksensa työntekijöiden työssä viihtymiseen sekä työn laatuun. (Gullick, ym. 2004, 56.)

Ikäihmisten kotiin annettavissa palveluissa kysymys on yhteisestä työstä, jonka tekemiseen haetaan erilaisia keinoja ja näkökulmia yhdistämällä eri ammattiryhmien tietotaito sekä osaaminen. Vaikka moniammatillisuuteen tulee pyrkiä, on tärkeää aina kiinnittää huomiota siihen, ettei moniammatillinen tiimityöskentely paisu liian suureksi ja byrokratialtaan kankeaksi toimintatavaksi. Tällöin työtapa voidaan kokea hankalana, eikä se edistä asiakkaan tilannetta toivotusti ja tehokkaasti. Moniammatillinen työ ei myöskään toimi, ellei sille anneta aikaa ja tilaa. Kiireessä harvoin avautuu toisen asiantuntijan ajatus, saaticca asiakkaan todellinen tarve. Tulevaisuuden työ vaatii uudenlaista ymmärrystä asiantuntijuudesta ja työtavoista. Toiminta ei voi enää perustua

muista ammattilaisista irralliseen työskentelyyn, vaan vaikuttavaa työtä tehdään erityisesti jaetulla alueella. Asiakkaan tulee olla toimintamme keskiössä ja hän saa tällöin parhaan mahdollisen tuen. (Ikonen 2015, 30; Mönkkönen, Kekoni, Jaakkola, Profian Sosiaalipalvelut Oy:n henkilöstö ja Pehkonen 2019, 145-146.)

5 TUTKIMUKSELLINEN LÄHESTYMISTAPA JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyön toteutuksesta sovittiin Huittisten perusturvan – ja vanhustyön johdon kanssa elokussa 2018. Sopimus opinnäytetyön tekemisestä allekirjoitettiin marraskuussa 2018. Seuraavissa kappaleissa tulen esittelemään opinnäytetyöni tutkimuksellista lähestymistapaa sekä tutkimuksen tiedonkeruun ja aineistoanalyysin vaiheita.

Olen pyrkinyt kuvaamaan opinnäytetyöni prosessia eräänlaisella prosessikuviolla (Liite 1). Opinnäytetyöni valmistumisprosessi ei edennyt täysin suunnitellusti ja aikataulu venyi paljon. Tästä johtuen esimerkiksi aineistohakuja suoritettiin useita kertoja ja aikaisempaa tutkimusaineistoa päivitettiin prosessin edetessä. Prosessin vaiheet eivät myöskään edenneet vaihe vaiheelta, vaan prosessin eri työvaiheet kulkivat välillä päällekkäin ja vuorotellen. Esimerkiksi työryhmän tapaamisten välissä tein edellisen tapaamisen aineiston läpikäyntiä ja litterointia koska työryhmän seuraava tapaaminen sekä ohjaavat kysymykset muotoutuivat osin jo saadun aineiston pohjalta. Tutkimus siis eli ja muotoutui läpi koko prosessin.

5.1 Toimintatutkimus kehittämismenetelmänä

Tutkimukseni on laadullinen (kvalitatiivinen) toimintatutkimus, jossa aineistona on tematisoidut ryhmäkeskustelut. Lisäksi aineistoa kerättiin osallistavalla havainnoinnilla ja työryhmän tapaamisten aikana tehdyistä muistiinpanoista. Toimintatutkimus ei varsinaisesti ole tutkimusmenetelmä vaan lähestymistapa, johon tutkimus liitetään käy-

tännön toiminnan kehittämiseksi. Tässä lähestymistavassa keskitytään erityisesti sosiaaliseen toimintaan, joka pohjaa vuorovaikutukseen. Toimintatutkimus pyrkii osallistamaan tutkittavan kohteen henkilöitä. Ihmiset suuntaavat toimintaansa joko muihin ihmisiin tai ottavat heidät huomioon omassa toiminnassaan. Tämä korostuu erityisesti hoitotyössä, jossa työtä tehdään toisille ihmisille ja heitä varten. Lisäksi alan työ vaatii laajaa ja tiivistä yhteistyötä yksikön sisä- ja ulkopuolella eri toimijoiden ja ammattilaisten kanssa. Työntekijöitä ohjaa yhteinen tulkinta, näkemys tai merkitys yhteisestä toiminnasta ja sen tarkoituksesta. Toimintatutkimukselle on ominaista käytännön toiminnan kehittäminen, muutosten ja kehittämisideoiden läpivieminen. Perinteiset tutkimusotteet (määrällinen ja laadullinen) ovat aina toteavia, toimintatutkimuksessa ”pelkkä” toteaminen ei riitä. (Heikkinen 2008, 16-19; Eskola & Suoranta 2005, 127; Kananen 2012, 37, 41; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 58.; Heikkinen 2015, 204.)

Kun klassinen tutkimus pyrkii selvittämään, miten asiat ovat, toimintatutkimus pyrkii tuottamaan tietoa, joka palvelee käytäntöä. Toimintatutkimus katsoo tulevaan ja yrittää selvittää, miten asiat voitaisiin tehdä paremmin, miten niistä saataisiin kaikki hyöty irti. Organisaatiossa huomataan kehittämis- tai muutostarvetta ja tätä kautta lähdetään miettimään toiminnan kannalta parempia ja sopivampia ratkaisuja. Jotta tämä kehittyminen voi käynnistyä ja ylipäänsä onnistua, tarvitaan henkilökunnan sitoutumista ja aktiivista mukana oloa. Osallistavalla toimintatutkimuksella (Participatory Action Research, PAR) ymmärretään useimmiten sitä, että tutkimuskohteena olevan yhteisön jäsenet osallistuvat tutkimukseen ja muuttavat yhdessä toimintakäytäntöjä. Osallistava toimintatutkimus on sosiaalinen ja kasvatuksellinenkin prosessi. (Kemmis & McTaggart, 2005.) Toimintatutkimuksen onnistumisen yksi ydinehto on, että työntekijät tuottavat itse kehityssuunnitelman, jota aletaan käytännössä toteuttaa. Tutkija on kyllä aktiivisena ryhmän jäsenenä mukana koko prosessin ajan, mutta hänen ei ole tarkoitus tulla yhteisöön kertomaan, miten asioiden tulisi olla, vaan hän toimii eräänlaisena ohjaajana. Lopullinen tulos on työntekijöistä ja heidän motivaatiostaan kiinni. Tämä yhdessä tekeminen ja oivaltaminen synnyttävät voimaantumista ja sosiaalista vuorovaikutusta työyhteisössä. (Heikkinen 2008, 32-35; Jääskeläinen 2013, 65, 69; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 61; Heikkinen 2015, 215.)

Toimintatutkimuksellisia lähestymistapoja on useampia, mutta oman tutkimukseni lähestymistavaksi koen parhaiten sopivan osallistavan toimintatutkimuksen. Kuten jo

edellä on todettu, toimintatutkimuksen yksi perusidea on ottaa ne ihmiset, joita tutkimus koskettaa, mukaan tutkimushankkeeseen sen täysivaltaisina jäseninä sekä yhdessä pyrkiä toteuttamaan yhdessä asetettuja tavoitteita. (Eskola & Suoranta 1998, 126-127.) Lisäksi toimintatutkimuksen yksi lähtökohta on reflektiivisyys ja reflektiivinen ajattelu. Reflektion avulla pyritään pääsemään uudenlaiseen toiminnan ymmärtämiseen ja siten kehittämään toimintaa. (Heikkinen 2015, 211.) Tutkimukseni tavoitteena on yhdessä työryhmän kanssa luoda yhteistyön toimintamallia Huittisten kotihoidon ja kotisairaalan välille. Mielestäni tutkimusmenetelmän ja -otteen tulee olla työyhteisöä osallistava ja haastava, jotta positiivista muutosta saadaan aikaan.

Toki työn tuloksiin vaikuttaa myös se, miten hyvin osaan tutkijana ohjata työryhmää prosessin aikana. Mutta tällaisella yhdessä tekemisellä haluaisin päästä ainakin hieman madaltamaan niitä raja-aitoja, joita esimerkiksi kotihoidon ja terveyskeskus vuodeosaston välillä on jo olemassa. Jotta kaupungin ikäihmisiä kyetään hoitamaan laadukkaasti sekä vaikuttavasti, on meidän eri tahojen kyettävä ymmärtämään toisiamme ja meidän roolejamme osana järjestelmää sen eri vaiheissa. Toimintatutkimusprosessi voidaan nähdä syklisenä kuviona, joka sisältää neljä eri vaihetta. Käytännön toiminnan ja laadun kehittämisessä yleisesti hyväksytty malli on niin sanottu Demingin ympyrä eli vaiheittain etenevä kehittämisen kehä. PDCA-sykli eli Plan, Do, Check ja Act on ongelman ratkaisumalli ja kehittämismenetelmä. Aivan kuten toimintatutkimuksen sykli, myös PDCA perustuu ympyrään, jota kierretään: ensin suunnitellaan (plan), sitten toteutetaan (do), tämän jälkeen tarkistetaan (check) ja tarkistuksen jälkeen tehdään tarvittavat muutokset ja otetaan toimintatapa osaksi päivittäistä rutiinia (act). Kehittämisen tarve ei lakkaa koskaan, niinpä tässäkin syklissä palataan taas alkuun eli suunnitteluun. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2008, 78-81; Heikkinen 2015, 211-212; Laaksonen & Ollila 2017, 76-77.)

5.2 Tutkimusaineiston keruu

Valittuani tutkimukseni lähestymistavaksi toimintatutkimuksen, lähdin toimintatutkimuksen teoriaan ja sen sovelluksiin tutustuen pohtimaan tiedonkeruu menetelmiä,

jotka soveltuisivat omaan tutkimus aiheeseeni parhaiten. Koska pyrkimyksenä oli kehittää käytännön toimintaa ja luoda uudenlaista työtapoja, oli varsin luontevaa lähteä keräämään tutkimusaineistoa työryhmältä, joka yhdessä tuottaisi aineistoa.

5.2.1 Tematisoitu ryhmäkeskustelu

Käytän tutkimukseni aineistonkeruumenetelmänä tematisoitua ryhmäkeskustelua. Ryhmäkeskustelulla tarkoitetaan sitä, että joukko ihmisiä kutsutaan keskustelemaan tietyistä aiheista fokusoidusti, mutta vapaamuotoisesti. Päätin toteuttaa teemahaastattelun ryhmäkeskusteluna, koska kehittämistehtäväni tavoitteena on, että kotihoidon ja kotisairaalan työntekijät yhdessä kokoaisivat ja selvittäisivät hyvän yhteistyön tekijöitä. Ryhmäkeskustelun ja ryhmähaastattelun välillä on se ero, että ryhmähaastattelussa vuorovaikutus keskittyy vetäjän ja osallistujan välille: ryhmän vetäjä tekee tavallaan yksilöhaastatteluja ryhmätilanteessa esittäen tietyn kysymyksen vuorotellen kaikille ryhmäläisille. Tällöin vuorovaikutuskontrollo on ryhmän vetäjällä. Ryhmäkeskustelussa taas vetäjä pyrkii tietoisesti saamaan aikaan osallistujien välistä keskustelua ja ajatusten vaihtoa. Tutkija tavallaan tarjoilee tiettyjä tutkimuksen kohteena olevia teemoja ryhmäläisten keskenään keskusteltaviksi. Tämä voi tapahtua esimerkiksi kysymysten kautta. (Eskola & Suoranta 2005, 94-95; Valtonen, 2005, 223 – 224; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 41-42; Eskola & Vastamäki 2015, 27-28; Pietilä 2017, 113-114.)

Ryhmäkeskustelu on mielestäni paras vaihtoehto, koska pyrkimykseni ei ole tuottaa ryhmäläisille valmiita vastauksia, vaan heidän tulisi ne yhteistyössä keskenään synnyttää. Kuten jo edellä on todettu, toimintatutkimuksen tavoite on osallistaa tutkimuksen kohteena oleva taho ja sen työntekijät. Osallistaville menetelmille on piirteensä omaista se, että tutkimukseen osallistuvien henkilöiden tietoa ja näkemystä arvostetaan. Keskeistä on myös usko siihen, että jokaisella asialla on enemmän kuin vain yksi näkökulma ja jokainen näkökulma on yhtä arvokas ja tärkeä. Asioiden eripuolten uskotaan tulevan paremmin esille, kun asioista keskustellaan ryhmässä. Jokaisen työryhmäläisen kokemusta, näkemystä ja tietämystä tulee kunnioittaa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 95-96; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 41-42; Pietilä 2017, 113-114.) Kysessä on dialogisen toimintatavan ja -työotteen peruseräpäätet.

Tematisoidussa ryhmäkeskustelussa edetään tiettyjen keskeisten teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Tematisoidun ryhmäkeskustelun etuna on sen joustavuus, haastattelun aikana kysymyksiä voidaan esimerkiksi tarkentaa ja voidaan esittää jatko kysymyksiä haastateltavien vastausten pohjalta. Tematisoidulle ryhmäkeskustelulle on tyypillistä, että keskustelun aihepiirit eli teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Koska tematisoitu keskustelu on niin avoin ja etukäteen suunnittelematon, on tutkijalla huomattava vastuu keskustelun etenemisestä. Tutkijan on osattava suunnata aiheesta harhautuvaa keskustelua takaisin raiteilleen, hänen on oltava motivoiva ja innostava, jotta saa osallistujat mukaan ja vastavuoroista keskustelua syntymään. Toisaalta taas on kyettävä huomioimaan myös erilaisia ryhmän jäseniä. Ryhmän hiljaisempien jäsenten ääni tulee myös kuulla ja taas dominoivimmat ryhmän jäsenet tulee osata tarvittaessa ”hiljentää”. Tutkijana minun on kyettävä hallitsemaan ryhmää, jotta tutkimusaineistosta saadaan kattavampi. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 61-63; Valtonen, 2005 224, 234-237; Eskola & Vastamäki 2015, 27-38; Tuomi & Sarajärvi 2018, 87-88.)

Työryhmämme kokoontui kolme kertaa: 29.10.2018, 26.11.2018 & 17.12.2018. Työryhmään kutsuttiin työntekijöitä kotihoidosta ja kotisairaalaista, he kaikki olivat koulustaustaltaan sairaanhoitajia. Lisäksi työryhmään kuului kotikuntoutuksen yksi fysioterapeutti, geronomi ja kotihoidon sekä kotisairaalan lähiesimiehet. Työryhmän tapaamiskerroilla osallistujia määrät hieman vaihtelivat: 1. tapaamisella oli mukana 8 osallistujaa + allekirjoittanut, 2. tapaamisella osallistujia oli 11 + allekirjoittanut ja 3. tapaamisella osallistujia oli eniten, 12 osallistujaa + allekirjoittanut. Huomioitavaa on, että viimeisellä tapaamiskerralla osallistujien joukossa oli myös terveyskeskuksen hoitotyönjohtaja ja vanhustyönjohtaja, jotka halusivat osallistua viimeiseen tapaamiseen saadakseen tietoa siitä, millaisia asioita työryhmässämme on käsitelty ja miten asetettuihin tavoitteisiin on päästy.

Tapaamiset etenivät joka kerta saman mallin mukaan. Ensimmäisellä tapaamiskerralla käytin luonnollisesti enemmän aikaa siihen, että kävimme tutkimuksen tarkoitusta ja tavoitetta tarkemmin läpi. Lisäksi kerroin hieman teoreettista taustaa kehittämistyöhön liittyen. Minulla oli tapaamisille mietittynä valmiit kysymykset, joita lähdettiin pohti-

maan aluksi 3-4 hengen pienryhmissä. Työryhmän jäsenet jakautuivat pienryhmiin siten, että jokaisessa pienryhmässä oli edustettuna sekä kotihoidon että kotisairaalan näkökulmat. Pienryhmät työskentelivät joka kerralla noin 20 minuuttia ja kirjasivat pohdintojaan ylös. Tämän jälkeen kokoonnuimme taas yhteen ja lähdimme käymään kysymyksiä yhdessä keskustellen läpi. Tämän ryhmäkeskustelu osion nauhoitin joka tapaamisella ja kysyin siihen erikseen aina luvan. Tapaamisten kysymysrungot ovat tutkimusraporttini liitteissä (LIITE 2, 3 & 4).

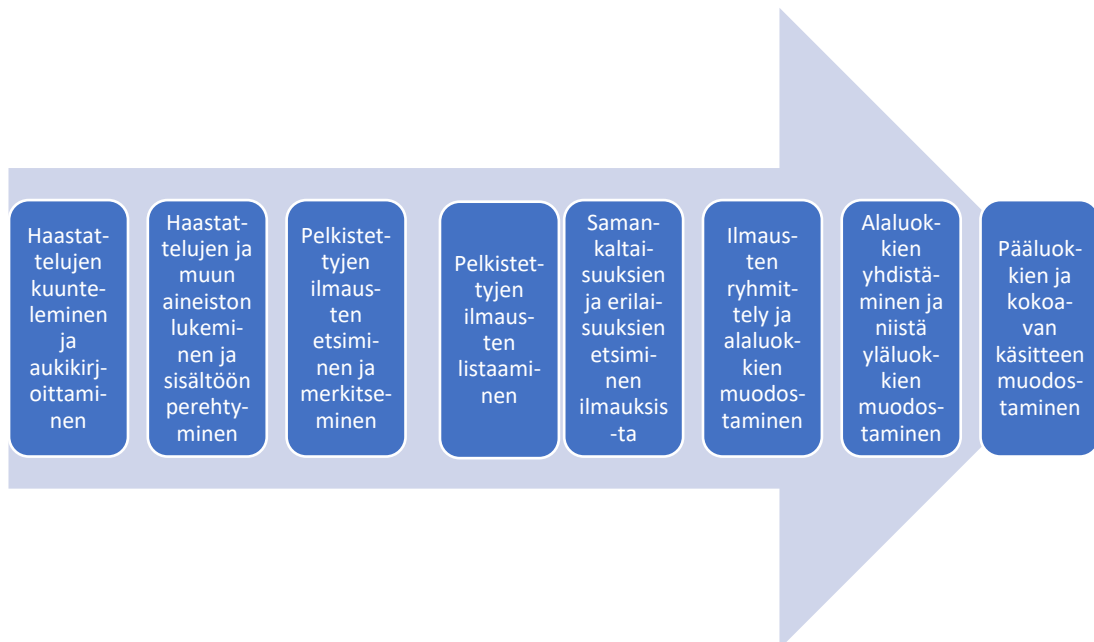
5.2.2 Muistiinpanot ja osallistava havainnointi

Ryhmäkeskustelujen anti liittyy pitkälti työryhmäläisten väliseen vuorovaikutukseen keskusteluiden aikana ja siinä yhdessä tuotetun tiedon tuottamisen prosessiin. Keskustelujen nauhoittamisen lisäksi tein tapaamisten aikana muistiinpanoja ja osallistavaa havainnointia. Osallistavan havainnoinnin ja muistiinpanojen avulla pystyin keräämään aineistoa monipuolisemmin. Työryhmän tapaamisten aikana jättyä toisinaan sivummalle ja toisinaan taas selkeämmin ohjasin esimerkiksi keskustelua takaisin teemaan aiheesta pysymisen turvaamiseksi. Muistiinpanojen avulla sain tallennettua heti muistiin esimerkiksi tiettyjä reaktioita ja ilmeitä, joita ei nauhoitteelta käy ilmi. Osallistavalla havainnoinnilla olen pyrkinyt myös osittain varmistamaan kehittämistyön jatkumisen oman työvaiheeni päätyttyä opinnäytetyöni tiimoilta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 94-96; Pietilä 2017, 126; Huovinen 2008, 106; Eskola & Suoranta 2005, 98-100.)

5.3 Tutkimusaineiston analysointi

Laadullisen tutkimuksen aineiston analysointiin soveltuu hyvin aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Aineistolähtöistä sisällön analyysia käytetään silloin, kun halutaan muodostaa esimerkiksi kategorioita ja malleja tai kun halutaan kuvata tutkittavaa ilmiötä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tutkittava / kehitettävä ilmiö pyritään kuvaamaan yleisessä ja tiivistetyssä muodossa johtopäätösten tekoa varten. Omassa tutkimuksessani tulen käyttämään induktiivista sisällönanalyysia. (Kananen 2012, 112-113.)

Kerätyn tutkimusaineiston analysointivaihe koostuu useasta eri osasta. Teemahaastatteluaineistosta lähdetään etsimään pääteemoja, joiden pohjalta aletaan jäsentämään ja selkiinnyttämään tutkimuksen tuloksia. Analyysin tekninen vaihe lähtee liikkeelle aineiston alkuperäisten ilmaisujen pelkistämisestä. Saadusta aineistosta pitää siis tunnistaa ne asiat, joista juuri tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita. Aineiston pelkistämisen jälkeen materiaalia lähdetään luokittelemaan teemoittain ja sen pohjalta tehdään yhteenveto koko aineistosta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 108, 114-115; Rantala 2015, 110-111; Eskola 2015, 194; Eskola & Vastamäki 2015, 42-43.) Oman tutkimukseni sisällönanalyysin olen tehnyt mukailleen Tuomen ja Sarajärven kuvaamaa (2018) aineistolähtöistä sisällönanalyysia (KUVIO 1.).



KUVIO 1. Aineistolähtöisen tutkimusaineiston sisällönanalyysin eteneminen. (Mukailtu Tuomi & Sarajärvi 2018, 123.)

Ensimmäinen vaihe työryhmän tapaamisten jälkeen on nauhoitetun materiaalin kirjoittaminen puhtaaksi eli litterointi. (Ruusuvoori & Nikander 2017, 427.) Omassa kehittämistyössäni työryhmän tapaamisia oli kaikkiaan kolme. Kävin saadun aineiston läpi ja litteroin nauhoitetut keskustelut heti tapaamisten jälkeen. Saadun aineiston avulla ohjasin taas seuraavan tapaamisen sisältöä, jotta saisimme parhaan mahdollisen hyödyn kehittämistyölle.

Litteroin nauhoitteet kokonaisuudessaan, koska pyrin pääsemään aineistoon sisään jo litterointi vaiheessa. Litteroitavaa nauhoitetta kertyi kokonaisuudessaan 3,24,50h. Puhtaaksi kirjoitettua tekstiä puolestaan 78 Word-asiakirjan sivua, fontin ollessa kokoa 14 ja rivivälin 1,5. Nauhoitettu aineisto hävitettiin heti. Puhtaaksi kirjoitetuista keskusteluista ei ole tunnistettavissa työntekijöitä eikä asiakkaita. Litterointi oli omasta mielestäni opinnäytetyöni työläin ja aikaa vievin vaihe. Aineistoihin tutustumiseen ja analysointiin on tutkimustyön luonteen ja -menetelmän takia paneuduttu käytännössä koko prosessin ajan vaiheittain. Aineistoilta on kysytty toistuvasti ja prosessin eri vaiheissa vastauksia tämän tutkimuksen tarkoitukseen ja tavoitteisiin. Eli on pyritty löytämään vastauksia tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122-130; Kananen 2012, 37-42; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 183-185.)

Tämän jälkeen lähdin lukemaan litteroituja tekstejä useampaan kertaan läpi. Lukeminen oli merkittävä ja tärkeä osa analyysia. Tutkimukseni aiheena on yhteistyö ja sen tekijät. Minulla on tutkijana tiettyjä ennako-olettamuksia aikaisempien tutkimusten ja teorioiden pohjalta, mistä hyvä yhteistyö koostuu. Mutta toisaalta aihealue ja tutkimusmenetelmä ovat myös sellaisia, että tutkimukseni kohde ja tässä tapauksessa työryhmän jäsenet tuottivat minulle aineistoa, jonka pohjalta tutkimukseni tavallaan eli koko ajan ja tähän viittasin jo aikaisemminkin tekstissäni. En pyytänyt vastauksia konstruoimiini kysymyksiin minun konstruoimilla käsitteillä, vaan työryhmän jäsenet saattoivat melko vapaastikin tuottaa oman käsityksensä tutkittavasta aiheesta. Litteroidun aineiston läpi käynnillä pyritään jäsentämään ja sisäistämään kentältä kerätyn aineiston antia. Aineistosta pyritään karsimaan kaikki turha pois ja runsaan aineiston joukosta etsitään pää teemoja, jonka pohjalta lähdetään luokittelemaan ja teemoittelemaan ylä- ja alakäsitteitä. Luokittelun jälkeen pyrin tutkijana luomaan tutkimusaineiston pohjalta synteesin. Tutkimusraporttini lopussa on esimerkki kerätyn aineiston sisällön analyysistä (Liite 5 & 6). (vertaa Eskola 2015, 188; Eskola & Vastamäki 2015, 42; Vilkkä 2015, 170-171; Kananen 2014, 99-105; Tuomi & Sarajärvi 2018, 122-123; Ruusuvuori & Nikander 2017, 437-438.)

Luettuani litteroitua aineistoa useampaan kertaan läpi aloin pelkistää ilmauksia ja suoria lainoja. Etsin ilmaisuille yhdistäviä pääluokkia ja pääluokkien alle tulevia ylä- ja alaluokkia. Tämän luokittelun ja teemoittelun pohjalta jäsensin tutkimukseni raportin

tulososiota. Muistiinpanojen ja osallistavan havainnoinnin avulla sain arvokasta lisätietoa työryhmän työskentelyn aikana. Osallistavan havainnoinnin avulla olen saanut oikeita tietoja juuri oikeilta ihmisiltä. Työyhteisön jäsenenä tunsin työntekijät ja saatoinkin käydä keskustelua sekä ajatustenvaihtoa myös työryhmän tapaamisten ulkopuolella. Kyselin muun muassa työntekijöiden kokemuksia tehdä tällaista kehittämistyötä. Lisäksi keskustelin myös vanhustyön korkeimman johdon kanssa kehittämistyön prosessin etenemisestä. Samalla sain kuulla heidän ajatuksiaan aiheeseen liittyen. Aineiston sisällönanalyysin tuottamat tulokset esitellään tarkemmin seuraavassa luvussa.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tulososiossa selvitän työryhmän tapaamisilla keskeisinä esiin nousseita yhteistyön teemoja. Olen jäsentänyt tutkimuksen tuloksia asettamieni pääkysymysten pohjalta, joita käsitelimme työryhmän kanssa. Tulosten tukena käytän suoria lainauksia nauhoitetusta keskustelusta aineistosta, joita kokosin tehdessäni sisällön analyysia nauhoitteiden pohjalta.

6.1 Mitä on hyvä yhteistyö, mistä tekijöistä se koostuu Huittisten kotihoidossa ja kotisairaalassa

Aineiston analyysin tuloksena hyvän yhteistyön tekijöiksi nousivat muun muassa luottamus ja toisten työntekijöiden sekä asiakkaiden kunnioittaminen. Toisena pääluokkana nähtiin moniammatillisuus ja kolmantena pääluokkana analyysissa tiedonkulku (Liite 5).

6.1.1 Luottamus ja kunnioitus

Yhteisessä keskustelussa jokaisen pienryhmän muistiinpanoissa ja pohdinnoissa mainittiin luottamus ja toisen kunnioittaminen. Ne ovat kaiken perusta. Luottamus ja kun-

nioitus tulee toteutua niin työntekijän ja asiakkaan sekä omaisten välillä, kuin työntekijöidenkin kesken. Lisäksi tämän teeman alla keskusteltiin paljon toistemme tuntemisesta. On tärkeää tuntea toisten työtavat, työnkuvat ja ihan yksilölliset ominaisuudetkin. Kuka työntekijöistä on nopea ja temperamenttinen liikkeissään sekä puheisaan. Kuka taas harkitseva ja rauhallinen. Suureen organisaatioon mahtuu paljon ammattilaisia, joista jokainen tekee työtään omalla persoonallaan ja tavoillaan. Kuitenkin päämäärämme on sama; asiakkaan hyvä hoito.

Tässä osa-alueessa puhuttiin paljon myös joustavuudesta ja taidoista, joita yhteistyön tekemisessä tarvitaan. Korostettiin vuorovaikutustaitoja, toisten huomioon ottamista, dialogia ja yhteistyötaitoja. Jokaisen tulisi aika ajoin katsoa peiliin ja pohtia, miten haluaa itseään työssään kohdeltavan ja kohdattavan. Näillä seikoilla nähtiin suora yhteys työhyvinvointiin ja työssä viihtymiseen.

”Mejän ryhmässä nousi tämmöset, et tunnetaan toisemme (työntekijät keskenään), sit tiedon kulku, informaatio. Yhteiset päämäärät ja ymmärrys toisen työst.” (H3.)

”...Kompromissien teko taito...” (H7.)

”...Kunnioitetaan ja arvostetaan toinen toisemme työtä.” (H1.)

”Et tarviiks se luottamus jotenki ansaita? Ja ehkä se, et se asiakkaan ääni tulee kuuluviin, se parantaa sitä luottamusta (hoitajan ja asiakkaan välillä).” (H2.)

”Se miten ne asiat esittää sille luurin toisessa päässä olevalle, et ei niit asioit varmaan ileyttään halua mutkistaa.” (H4.)

6.1.2 Moniammatillinen yhteistyö

Hyvässä yhteistyössä keskeiseksi tekijäksi nousi moniammatillisuus ja monitoimijuus, yhdessä tekeminen. Ilman hyvää yhteistyötä ei työryhmäläisten mukaan voida toteuttaa hyvää ja laadukasta hoitoa. Toisaalta juuri tässä kohtaa nähtiin myös selkeimmät

puutteet; moniammatillinen yhteistyö nähtiin toiminnan perustana, mutta sen käytännön toteutus vielä ontuu. Ei ole luotu selkeää toimintasuunnitelmaa, ohjetta siitä, miten työmuotoa Huittisissa toteutetaan.

Lisäksi mainittiin ”ymmärrys kokonaisuudesta”. Tällä tarkoitettiin näkemystä isosta kuvasta, ei ole vain yksittäinen kotihoidon tiimi, vaan tiimin toiminta vaikuttaa asiakkaan hyvinvointiin, ja vaikutukset voivat näkyä esimerkiksi vuodeosastolla tai asumisyksiköissä. Yksittäisen asiakkaan kohdalla tehdyt ratkaisut tai esimerkiksi näennäisesti pieneltä vaikuttaneen asian hoitamatta jättäminen voivat pidemmällä aikavälillä johtaa merkittävään hoidon / palveluiden lisäämisen tarpeeseen. Tämä seikka korostuu paljon myös puhuttaessa ennaltaehkäisevästä työstä.

”Me pistettiin, et moniammatillinen yhteistyö ja luottamus on sit niinku sen pohjana, oltava.” (H1.)

”Et kuka sit, soittaa ja kelle, kuka päättää meneekö asiakas arviointiyksikköön vai suoraan kotiin ja et tuleeko kotisairaala siihen mukaan vai ei? Nää kaikki pitäs selvittää ja sopia.” (H4.)

”...Siin olis ollut hyvä puhuu yhdes, vaik lääkäri, fyssari, kotisairaala ja me (kotihoito), omaiset ja miten jokku kauppa- ja pankki-asiat, mistä ruoka, paljo asioit samal kertaa.” (H8)

”Ku tehtäs ja mietittäs vaik se kotiutus sillai isommal porukal, tulis kaikki aisat huomioituu kerralla, eikä vast sit ihmetellä ku ihminen on jo siel kotona.” (H5.)

Monitoimijuudessa ja moniammatillisesta yhteistyöstä puhuttaessa sivuttiin myös rooleja. Hyvässä yhteistyössä ei saada liikaa jumiutua rooleihin ja statuksiin. Työntekijät ovat eri toimiyksiköistä ja edustavat eri ammattiryhmiä. Monialaisen keskustelun tulee olla rakentavaa, avointa ja toiset huomioivaa. Jokainen tuo oman osaamisensa työryhmään ja juuri se on arvokasta. Ei se, oletko lääkäri vai perushoitaja. Moniammatillinen työ onnistuu toimivassa vuorovaikutuksessa, jossa eri alojen osaajat hyödyntävät tois-

tensa erityisosaamista ja asiantuntemusta. Asiakkaan rooli on tässä keskeinen. Dialogisessa keskustelussa tieto muodostuu useiden ammattilaisten ja asiakkaan näkemyksestä siitä, mikä kulloinkin on tilanteessa olennaista. Jokainen ammattilainen tulkitsee asiakkaan tilannetta oman koulutuksensa lähtökohdista ja juuri tämä luo oikein ulos tullessaan arvokasta tietoa asiakkaan hyväksi.

6.1.3 Tiedonkulku

Tiedonkulku ja ajantasaisen informaation siirtyminen toimijalta sekä toimipaikalta toiselle nähtiin ensiarvoisena hyvän hoidon ja saumattoman yhteistyön tekijänä. Puhuttiin hyvästä ja reaaliaikaisesta kirjaamisesta potilastietojärjestelmään. Toisaalta ajan puute ja jatkuva kiire nähtiin tiedonkulkua estävänä tekijänä. Epäselvyyttä oli myös toimintaohjeissa ja menettelyissä; kenelle soimitaan, kuka päättää, ja niin edelleen. Eräs huomio oli uskallus ylittää organisaatio rajat viestinnän ja tiedonkulun osalta. Nähdäkseni tämäkin seikka on toimiva ylipäänsä puhuttaessa monitoimijuudesta ja hyvän yhteistyön tekemisestä. Uskalletaan, mennä vaikka käymään terveyskeskuksen vuodeosastolla tai kotihoidon toimistolla, jos siis nämä eivät ole niitä työntekijän omia työpisteitä.

Lisäksi hyvä tiedonkulku korostui, kun työryhmäläiset keskustelivat kotiutusten nopeudesta. Nykypäivänä potilaiden liikkuvuus esimerkiksi Satasairaala kunnan terveyskeskuksen vuodeosastolle ja sieltä edelleen kuntoutus- tai arviointijaksolle tai kotiin on nopeutunut paljon. Osittain painetta luovat sakkomaksut, joita vastaanottava kunta joutuu maksamaan, mikäli ei pysty ottamaan potilasta Satasairaala vastaan. Näissä siirtymä- ja nivelkohdissa tiedonsiirto korostuu. Huonosti toteutettu siirtoraportti näyttäytyy usein suoraan asiakkaalle ja vaikuttaa hoidon laatuun ja toivottuun lopputulokseen pääseminenkin saattaa hidastua tarpeettomasti.

Lisäksi puhuttiin asiakkaan ja hänen omaistensa tiedottamisesta. Sekä toisaalta tiedosta, jota olisi tärkeää saada myös asiakkaalta ja tai hänen omaisiltaan. Jos siis esimerkiksi tulee uusi asiakas, jonka luona ei koskaan aikaisemmin ole ollut vaikka kotihoidon käyntejä. Tiedonkulusta puhuttaessa esiin nousi myös asiakkaan ja tämän omaisten sitoutuminen sovittuihin asioihin. Eli tiedonkulun onnistuminen on osaltaan

takaamassa onnistunutta kotiutusta tai hoitoa kotona. Esimerkiksi asiakkaan siirtyessä vuodeosastolta kotihoidon ja kotisairaalan asiakkaaksi on selvästi viestittävä ja sovittava yhteiset tavoitteet ja keinot, joilla onnistunut kotiutuminen sekä hoidon jatkuvuus ovat turvattuja.

”Kyl se kirjaaminen on kans niin tosi tärkeet, et sielt sit löytys se ajantasl oleva tieto.” (H3.)

”Et kuka sit soittaa ja kelle, kuka päättää meneekö asiakas arviointiyksikköön vai suoraan kotiin ja et tuleeko kotisairaala siihen mukaan vai ei?” (H4.)

”Ku ei se puhelu ja suunnitelman teko yhdessä kauheesti siin kohtaa enää toimi, ku esim. osastolta tulee puhelu, et se kotiutuu ny, omaisille on ilmoitettu, tehkää te iltakäynti. Ja sit just, et onko asiakas tai omaiset ees peril, et mitä kaikkee nyt pitäs huomioid.” (H9.)

”...Yhteystietojen tämmönen päivittäminen tavallaan on ens arvosen tärkeetä nyt.” (H4.)

6.2 Miksi yhteistyötä tarvitaan

Yhteistyön tekeminen nähtiin työryhmässä hyvän hoidon ja palvelun edellytyksenä. Ilman ansiokasta ja toimivaa yhteistyötä asiakkaiden saama hoito ei ole laadukasta. Yhteistyötä tarvitaan myös toiminnan tehostamiseksi. Asetettuihin tavoitteisiin päästään nopeammin, kun yhteistyö toimii. Asiakslähtöisyyden ja taloudellisen näkökulman lisäksi yhteistyön etuna nähtiin myös yhteisölliset ja yhteiskunnalliset vaikutukset. Keskeistä on yhteen hiileen puhaltamisen ajatus, ei kukaan ratkaise tämän päivän ja tulevaisuuden haasteita yksin.

6.2.1 Asiakslähtöisen työn toteutumiseksi

Yhteistyö nähtiin tämän päivän SOTE-palveluiden ja hoitotyön perustana ja lähtökoh-
tana. Asiakslähtöisiä SOTE-alan palveluita ei voida tuottaa ilman yhteistyötä. Yhteis-
työtä tehdään yksittäisen hoitoyksikön tai esimerkiksi kotihoidon tiimin sisällä. Usein
puhutaan tiimien ja työyhteisöjen yhteisistä pelisäännöistä. Esimerkiksi näissä jo ko-
rostuu yhteistyön merkitys. Yhteistyötä pitää tehdä myös yli tiimi- ja organisaatiora-
jojen. Tämä kaikki siksi, jotta yksittäisen asiakkaan hyvä ja menestyksekkäs hoitaminen
olisi mahdollista.

Asiakslähtöisyydestä puhuttaessa yhtenä keskeisenä teemana keskusteluissa oli yksi-
lön, useissa tapauksissa heikoimmassa asemassa olevien äänen kuuleminen. Paljon pu-
huttiin tässäkin kohtaa kunnioittamisesta, tasavertaisuudesta ja luottamuksesta. Kes-
kustelussa mainittiin inhimillisyys ja yksilöllisyys. Asiakkaan rooli on uudella tavalla
esillä. Hänen toivotaan itse osallistuvan omaa hoitoaan koskevaan keskusteluun, pal-
velutarpeen suunnitteluun ja päätöksentekoon.

*”Asiakas on se koko homman ydin, sitähan me yritetään elämässään aut-
taa...” (H8.)*

*”...Ni tai, eihän asiakas ain sitoudu sovittuihin asioihin, jos ne meinaa
vaan sanellaan hänelle.” (H3.)*

*”Mut sit on ne omaiset, et kuunnellaank me niitä vai asiakasta? Tää on
vaikee.” (H10.)*

*”Kai paikkakunnan maine mitataan osin sillä, mimmmost huolt siel pide-
tään niiden heikoimmassa asemassa olevien kuntalaisten asioist.”
(H12.)*

*”Ollaan niinku tasavertasia sillaila keskustelu suunnassa siinä (asiak-
kaan kanssa), ... Samanarvosesti siinä niinku.” (H2.)*

Keskeisenä aiheena oli myös se, ketä hoito- ja palveluita järjestettäessä kuunnellaan, onko se omainen vai SOTE-palveluiden ammattilainen, joka saattaa useissa tapauksissa luulla tietävänsä, mikä ratkaisu on asiakkaan parhaaksi. Huomioitavaa on, että ammattilainen laitetaan usein tahtomattaan tai luonnostaan tähän sanelijan rooliin, ”sinä se ammattilainen olet” -ajatuksella. Nykypäivänä tulisi pyrkiä selvittämään asiakkaan henkilökohtaiset toiveet ja voimavarat, eikä vain järjestää tarvittuja palveluita kotiin. Tämä ajattelu- ja toimintatapa vaatii vielä opettelua ja totuttelua niin ammattilaisilta kuin asiakkailtakin.

6.2.2 Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi

Keskeinen syy miksi yhteistyötä tarvitaan, oli hoidon jatkuvuus. Yhteistyötä tarvitaan jatkuvuuden kannalta ja sen turvaamiseksi. Yhteistyö eri tahojen ja toimijoiden välillä on välttämätöntä. Tavoitteena on yhteisen päämäärän saavuttaminen ja se on asiakkaan hyvä. Keskusteluun nousi myös asiakkaiden nopea liikkuvuus verkoston sisällä ja eri organisaatioiden välillä. Näissä nivelkohdissa hyvän yhteistyön merkitys korostuu. Toisaalta nämä nähtiin juuri myös suurimpina pullonkaula kohtina, joissa yhteistyön tekemistä tulee kehittää.

Puhuttiin hyvän hoidon sujuvoittamisesta, tämä liittyy osin myös edellä mainittuun ”ymmärryksen kokonaisuudesta”. Lisäksi keskeisenä asiana nähtiin eräänlaisen avainhenkilön, omahoitajan, vastuuhenkilön nimeäminen ammattilaisten puolelta. Tämän nähtiin helpottavan asiakkaan kokonaistilanteen hahmottamista ja sitä, että asiat olisivat selvästi nimetyn ihmisen hyppysissä. Tätä näkökulmaa lienee syytä pohtia myös tulososion seuraavan luvun, palveluiden pirstaleisuuden helpottamiseksi.

”...Et nyt meillekin on vielä epäselvää, että kun potilas kotiutuu, et millon hän menee kotisairaalaan, millon hän palaa omaan tiimiinsä, koska arviointiyksikköön, et mitkä kriteerit pitää olla?” (H1.)

”...Ja kuin hämmentävää toi on asiakkaalle, jos ei oo ollu ees mitään hoitokokousta...” (H6.)

”Sit ku on näit haastaviikin kotiutuksii ja moniongelmaisii. ... tarvitaa just vaik jumpparii, toimintaterapeuttii, niit omaisii, kotisairaalaa, kaikkii niinku yhdessä, lääkärii, ateriapalveluu. Et se kokonaisuus tulis ja kuka siit ottaa niinku sen päävastuun?”(H2.)

”Jos joku hoitaa vaan niinku sen tietyn jutun, ni kuka sit tietää sen kokonaisuuden sit siit?” (H8.)

6.3 Yhteistyön tekemisen haasteet

Yhteistyön tekemisen haasteet liittyivät pitkälti tiedonkulun ongelmiin, palveluiden pirstaleisuuteen, siirtymävaiheisiin ja kommunikaation puutteeseen. Moniammatillista yhteistyötä kaivattiin lisää erityisesti asiakkaiden siirtymävaiheisiin esimerkiksi kotisairaalaan kotihoitoon tai vuodeosastolta kotihoitoon. Yhteistyön tekeminen nähtiin haastavaksi koska ei tunneta toisia toimijoita ja ollaan fyysisesti kaukana toisista. Kynnys esimerkiksi soittaa voi olla korkea. Yhteistyölle ja keskustelulle pitää luoda edellytyksiä ja mahdollistaa esimerkiksi yhteiset tapaamiset ja keskustelut. Aineiston sisällönanalyyseissä toistui useamman työryhmäläisen kerronnassa huoli palveluiden pirstaleisuudesta ja asiakkaiden siirtymävaiheiden haasteista (Liite 6).

6.3.1 Palveluiden pirstaleisuus

Huittisten palvelurakenteessa korostuu toimipisteiden konkreettinen pirstaleisuus. Perusturvan ja vanhuspalveluiden toimipisteitä on tilaongelmien takia jouduttu ripottelemaan ympäri kaupunkia. Vaikka Huittisten kaupunki ei kokoluokaltaan ole suuri, eivät etäisyydet ole mahdollittoman pitkiä, aiheuttaa palvelupisteiden irtonaisuus kuitenkin selvää haastetta yhteistyön tekemisessä. Kotisairaalan toimisto sijaitsee terveyskeskuksessa. Perhehoidon ja omaishoidon vastuuhenkilöt toisella puolella paikkakuntaa sekä kotihoidon toimistot eri puolilla pitäjää. Lisäksi asumispalveluyksiköt ja arviointi- ja kuntoutusosasto ovat hieman hajallaan. Toki on ymmärrettävää, ettei kaikkia toimijoita millään saada saman katon alle, mutta tulisi miettiä keinoja, miten jokainen toimipaikka tulisi tutuksi.

Toimipaikkojen hajanaisuuden lisäksi työryhmässä keskusteltiin palveluiden pirstaleisuudesta. Oli epäselvyyksiä muun muassa toimintajärjestyksissä ja vastuualueista. Palveluita on paljon, mutta kaikilla ei tuntunut olevan ajantasaisinta tietoa käytössä. Palvelurakenteet ja eri palvelumuodot sekä -vaihtoehdot tulisi olla kaikkien tiedossa, jotta asiakkaat saisivat tasavertaisia palveluita ja jokainen mahdollisuus osattaisiin huomioida sekä hyödyntää.

”Ku ei tiedetä, ei oo sitä tietoo kaikilla...” (H7.)

”Kyllä tuolla osastolla saa ihan tulla käymään ja kattomaan.” (H5.)

”...Et kuka nyt on missäkin ja vastaa mistäkin, ku noi toimistotki vaihtaa jatkuvast noit paikkoi.” (H7.)

”Sil tavalla, että kotihoito tietää, mitä kotisairaala tekee ja kotisairaala tietää, mitä kotihoito tekee ja. Ja sit laitettiin tähän sellanen kans, että yhteistietojen tämmönen päivittäminen tavallaan on ens arvosen tärkeetä nyt.” (H4.)

6.3.2 Siirtymävaiheiden haasteet

Työryhmäläiset käyttivät puheessaan termiä korkeanriskin kotiutukset. Lisäksi keskustelimme paljon nopeista kotiutuksista. Korkeanriskin kotiutuksella osallistujat tarkoittivat asiakasta, jonka kotiutuksessa pitää huomioida useita eri asioita ja esimerkiksi asumisen olosuhteita. Näissä kotiutuksissa on usein tarvetta myös runsaille palveluille, joita saattaa olla toteuttamassa kunnan eri tahot. Perheessä saattaa olla omaishoitasetelma, molemmat sekä hoitaja, että hoidettava saattavat olla palveluiden tai tuen tarpeessa. Yksin asuvalla kotiutujalla saattaa olla jo pitkälle edennyt muistisairaus ja omaiset saattavat asua kaukana, ulkopuolisia palveluita tarvitaan paljon.

Tämän teeman kohdalla saatiin myös hyvä käytännön esimerkki haastavasta kotiutus-tilanteesta, jossa siirtymävaihe vuodeosastolta kotiin oli sisältänyt useampia haasteita.

Tapauksessa kehitysvammainen asiakas oli ollut lonkkaleikkauksessa, jossa molemmat lonkat oli operoitu. Tämän jälkeen asiakas oli vielä jatkohoidossa terveyskeskuksen vuodeosastolla. Kyseinen ikäihminen oli ollut jo ennestään kotihoidon asiakas, vähin avuin. Kotiutus tehtiin käymättä yhteistä keskustelua vuodeosaston, kotisairaalan, kotihoidon ja asiakkaan tai hänen omaistensa kanssa. Ei ollut siis selvää suunnitelmaa, miten kotiutus saadaan onnistumaan ja mitkä seikat pitää huomioida, jotta kotiutuksella on hyvät edellytykset onnistua. Tapausesimerkissä esimerkiksi kodin muutostöitä, kotona tarvittavia apuvälineitä ja käyntien lisäystä ei oltu ehditty yhteisesti sopia ja selvittää.

”Sit yks on nää nopeet kotiutukset...” (H2.)

”Täs on yks tämmönen ihan ihan keskeinen... .. Elikä tää siirtymä vaihe. ...Kun se sairaalajakso on lyhyt, ni miten se saadaan se kaikki tieto sitte siirtymään ja miten se tiimi pystyy varautumaan siihen kotiutumiseen?”(H6.)

” Mä haluaisin nostaa yhden esimerkin, se oli (päivämäärä) maanantai, iltapäivä, puoltoist tuntii aikaa, kehitysvammanen, osastolta, yksin asuva ja tota molemmat lonkat leikattu, samaan aikaan. Ja tota, mä sit jo sanoin sill hoitajalle, et jos teil on perjantaina ollu jo haisu, et saattais alkuviiikon kotiutuu, ni miksei siin kohtaa niinko jo, et me tiettäis mennä kattoo mimmonen sänky sil on, mimmoset jalat sil on. ”No he pistää täält jalat mukkaan.” ”Joo pisti, ne oli väärät, ne ei sopinu siihen sänkyyn. Ja tota, sit tää tuli kotiin, kaikki ruuat, lääkkeet, kaikk mahdolliset. Elikä jos kehitysvammanen, asuu yksin, kotihoito käyny ennen kerra viikos. Puoltoist tuntii aikaa ottaa koko koppi syliin. Ni kyl siin olis vähä tarvittu apukäsii.” (H1.)

”Täs on paljon muutaki ku vaan, et äkkii kotiin, et saadaan osastolle tilaa...” (H10.)

Yhteisen tiedon muodostamiseen ja jakamiseen tarvitaan välineitä ja esimerkiksi sopivia tapaamiskäytäntöjä. Nykypäivän tietoteknisten ratkaisujen ansiosta asiakaskohtaista tiedonsiirtoa pystytään toteuttamaan hyvin ja nopeasti. Tieto on sikäli helposti kaikkien saatavilla, mutta asiakaskohtaista tietoa voi olla paljon ja se voi olla levällään eri tietokannoissa. Suomessa on useita eri potilastietojärjestelmiä ja ne eivät saumatomasti keskustele keskenään. Asiakkaan tietojen etsiminen vie aikaa ja eri organisaatioiden tietokantoihin on vaikea päästä. Lisäksi kirjaamiskäytännöissä ja -tavoissa on suuria työntekijä kohtaisia eroja.

”Kuka kirjaa ja minne kirjaa? Välil täytyy olla aikamoinen salapoliisi ku tietoja hakee.” (H4.)

”...Onko käytössä Effica vai Pegasos ja eiks sossut kirjaa sit viel johonki omaan ohjelmaas?” (H9.)

Asiakkaiden siirtymäkohdissa tärkeäksi työvälineeksi nähtiin puhelin ja potilastietojärjestelmän (Pegasoksen) viestin lähetys mahdollisuus. Näitäkin tärkeämpänä nähtiin yhteiset hoitopalaverit ja eräänlainen saattaen tapahtuva asiakkaan ja tämän tietojen siirtäminen. Kasvokkain tapahtuvassa viestinnässä ja keskustelussa kykenee helpommin tekemään tarkennuksia ja lisäkysymyksiä. Lisäksi tilanne on usein rauhallisempi, saati, jos siirto raportti annetaan vain esimerkiksi puhelimen välityksellä toisen osapuolen vaihtaessa autolla asiakaspaikasta toiseen. Kasvokkain mahdollisuus tasaveritaiseen kohtaamiseen ja asiakkaan läsnäoloon parantavat sovittavien asioiden ja siirtymävaiheen onnistumista. Toki jatkuvasti lisääntyvät työmäärät ja kiire aiheuttavat ajanpuutetta, ei ehditä järjestää hoitopalavereja, joissa kaikki osapuolet olisivat koolla.

6.4 Kehittämisehdotukset

Viimeisellä työryhmän tapaamiskerralla pyysin työryhmäläisiä nimeämään keskustelujemme pohjalta kaksi käytännön toimenpide-ehdotusta, joita he toivoisivat ensisijaisesti lähettävän kehittämään. Kehittämiskohteita löytyi useita. Tällä rajauksella

kahteen halusin työryhmäläisten priorisoivan sitä, mikä kehittämisen kohde olisi tärkein ja ensisijaisin. Lisäksi ei ole kehittämisen kannalta järkevää kerätä kymmenien kohtien toiminnan epäkohtien listaa, jota katsoessa voi alkaa vain lannistaa.

Yhteistyön kehittäminen ja toimintatapojen luominen on vasta alussa ja keskittymällä muutamaan asiaan kerrallaan päästään toivon mukaan myönteisellä tavalla eteenpäin. Pienin, mutta varmoin askelin. Lisäksi on tärkeää säilyttää hyvän pyörre, viedä asiaa innostavasti eteenpäin. Tärkeää on pitää työyhteisö kehittämistyöhön motivoituneena ja aiheesta innostuneena.

6.4.1 Yhteiskäyntien mahdollisuus

Tutkimuksen tuloksissa toistui monien eri teemojen kohdalla tavalla tai toisella jatkohoidon ja -palveluiden järjestämisen sekä siihen liittyvän siirtymävaiheen yhteistyön tarkeys. Tähän hoito- ja palveluketjun vaiheeseen liittyy oleellisesti myös niin tiedonkulku kuin hoidon jatkuvuuskin. Lisäksi on tärkeää löytää yhteinen suunta asiakkaan ja tämän omaisten kanssa sekä ansaita heidän luottamuksensa.

Edellä mainittujen seikkojen nähtiin toteutuvan parhaiten, jos työtä tehtäisiin jollain tapaa saattaen. Saattavalla-työtavalla viitattiin esimerkiksi yhteiskäynteihin asiakkaan luona. Tällaisella yhteiskäynnillä asiakkaalle tulisi mahdollisesti luottavaisempi olo, mikäli hoitavataho on vaihtumassa tai hoitoon mukaan liittyy uusia toimijoita. Yhteiskäynneillä voitaisiin esimerkiksi perehdyttää uusia työntekijöitä / osapuolia hoitotoimissa ja -menetelmissä. Samalla voitaisiin huomioida seikkoja, joita ei välttämättä ole kirjattuna virallisiin potilasasiakirjoihin. Tiedonsiirtokin voisi tämän kaltaisilla käynneillä toimia, yhteiskäynnillä myös asiakas tai tämän omaiset voivat kysyä täsmentäviä kysymyksiä ja asioista voidaan sopia yhteisesti. Ideaalein tilanne olisi, mikäli esimerkiksi hoitopalaveri olisi pystytty pitämään ennen tällaista yhteiskäyntiä. Tai hoitopalaveri voitaisiin pitää yhteiskäynnin aikana.

Yhteiskäynneillä voitaisiin toteuttaa myös moniammatillisen yhteistyön näkökulmaa. Yhteiskäyntejä voitaisiin sopia asiakkaan tarpeiden mukaisesti; leikkauspotilaan luona

voisi käydä yhtä aikaa esimerkiksi sairaanhoitaja ja fysioterapeutti. Mielenterveyskuntoutujan luona voisivat taas käydä esimerkiksi psykiatrinen sairaanhoitaja ja toimintaterapeutti. Yhteiskäynnejä voitaisiin soveltaa monella tapaa; käynti voitaisiin tehdä osastolta käsin asiakkaan kotiin tai kotona olevan luokse. Edut olisivat moninaiset.

”Joku tämmönen yhteiskäynti vois olla hyvä. Jos vaik asiakas on siirtymässä kotisairaaltalta pelkästään kotihoidon asiakkaaksi... ..Se vaihtotapahtus vähän niinku saattaen.” (H3.)

”Nii ja siinä vois samalla sit perehdyttää sitä toista tahoa, jos siis on esim. joku uus toimenpide, mitä täytyy opetella... kerrata... ja voishan niit käynnei olla tarvittaes useempii.” (H2.)

”Asiakkaallekki tulis varmaan varmempi fiilis siitä, et okei nyt tulee ton näkösi ihmisii sit seuraavaks...” (H8.)

”...paljon kans semmost asiaa, mitä ei mistään potilaspapereist löydy, ny vaik, et misä on asunnon avain jossain piilos, jonku laudan takan. Jakaa semmosii vinkkei ja kikkoi niinku...” (H11.)

Näissä yhteiskäynneissä nähtiin myös oppimisen ja vertaistuen mahdollisuus. Lisäksi puhuttiin tutustumisesta toisiin työntekijöihin, jotka työskentelevät eri toimipaikoissa. Yhteiskäynnit toisivat näkökulmiin avaruutta ja uusia perspektiivejä. Käynneillä olisi myös mahdollista siirtää hiljaista tietoa eteenpäin uusille toimijoille. Suurimpana haastavuutena yhteiskäynneissä on se, että ne pitää tunnistaa. Tällä tarkoitettiin sitä, että pitää osata havaita ne asiakastilanteet, joissa yhteiskäynnistä voisi olla hyötyä. Täytyy osata myös laaja-alaisesti miettiä, kenen asiantuntijoiden palveluista ja mukana olosta asiakas hyötyisi. Lisäksi ne täytyy pystyä aikatauluttamaan kiireiseen hoitotyön rytmiiin. Tällaisen uuden toimintatavan käytäntöön mukaan ottaminen vaatii varsinkin näin aluksi työntekijöitä hieman viitseliäisyyttä ja vaivannäköä, koska aina uusien toimintatapojen aloitus ja opettelu vie hieman enemmän aikaa.

6.4.2 Monitoimijamallin luominen

Moniammatillinen yhteistyö on yksi mahdollinen työtapa edistää ja kehittää SOTE-palveluita. Sosiaali- ja terveystieteiden työssä korostetaan monitoimijuutta, palvelun sujuvuutta ja asiakkaan saamaa hyötyä. Moniammatillista työtä tehdään varsin erilaisissa työtehtävissä ja tiimeissä. Moniammatilliseen työhön kuuluu paljon muutakin kuin eri asiantuntijoiden yhteisiä palaverieja. Ammatilliset omaksuvat yhteistyötaitot ja työtavat kukin omassa koulutuksessaan sekä käytännön työtä tehden. Moniammatillista yhteistyötä edistäviä tekijöitä ovat jo edelläkin mainitut luottamuksellinen ja kunnioitettava ilmapiiri työyhteisössä. Lisäksi tarvitaan tilaa yhteiselle keskustelulle ja reflektiolle. Moniammatillisissa työyhteisöissä tämä edellyttää työntekijöiltä itseltään motivaatiota, halua ja myönteistä asennetta monialaiseen tiimityöhön. Tarvitaan yhteistyön koordinoimista sekä tavoitteiden asettamista yhteiselle työlle.

Työryhmän jäsenillä toisena kehittämisehdotuksena ja -toiveena oli luoda malli monitoimijuudelle. Työryhmässä oli selvästi ymmärrys sille, miksi yhteistyötä ja monitoimijuutta tarvitaan ikäihmisten palveluissa. Nyt sille halutaan luoda käytännön työssä sovellettava malli nimenomaan Huittisiin. Tätä toimintamallia voitaisiin hyödyntää koko perusturvan ja miksei muidenkin toimialojen saralla. Miten ja millä keinoin sekä välinein monialaista yhteistyötä voitaisiin tehdä. Edellä mainitut yhteiskäynnit ovat hyvä esimerkki siitä, miten moniammatillisuutta voidaan lähteä toteuttamaan, mutta työtavalle halutaan suunnitelmallisuutta lisää.

”Tavallaan niinku ”yhdessä tekemällä asiakkaiden parhaaksi” tyyppinen ajatusmaailma kaikille...” (H4.)

”Tää on paljo mein omasta halusta kiinni, et halutaank me lähtee niinku viemään tätä työtapaa tonne kentäl.” (H6.)

”...Osais sit hyödyntää näit kaikkii eri mahdollisuuksii, koska olis just vaik sen arviointiyksikön paikka ja koska sit taaas yhteistyö vaik kotisairaalan kans...” (H1.)

Työryhmän jäsenet tiedostivat sen, että monitoimijamallin luominen ja käytännön työhön juurruttaminen vaativat yhteistä tahtotilaa koko vanhuspalveluiden organisaatiolta. Mallin luominen tekisi toiminnasta suunnitelmallisempaa ja näin ollen velvoitaisi sekä työnantajaa, että työntekijöitä. Yhdessä toimiminen nähtiin asiakkaan edun mukaisena ja siihen suuntaan toimintaa halutaan Huittisissa viedä yhä selvemmin. Toisaalta taas eri palvelut ja toimintamuodot nähtiin toisiaan täydentävinä tekijöinä. Monitoimijamallin luomisessa pohdittiin myös sitä seikkaa, miten ikäihmisten palveluissa tulee pyrkiä yhä yksilöllisempiin palvelu- ja toimintaratkaisuihin asiakkaiden tarpeet ja voimavarat huomioiden. Monitoimijuus ja moniammatillinen yhteistyö mahdollistavat luovienkin ratkaisujen pohtimisen ja löytämisen.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tutkimusraporttini tässä osiossa vedän yhteen tutkimukseni antia sekä vertaan saatuja tuloksia aikaisempiin julkaisuihin ja tutkimuksiin. Lisäksi arvioin tutkimukseni luotettavuutta ja tutkimus -eettisiä ratkaisuja. Osion lopussa olen koonnut muutamia jatkotutkimus aiheita, joita voisi olla kiinnostavaa lähteä tutkimaan lisää.

7.1 Tutkimuksen johtopäätökset ja pohdinta

Tämän opinnäytetyön tutkimuksellisenä johtopäätöksenä on, että meidän tulee työsämme ikäihmisten parissa pyrkiä **asiakas- eli ihmislähtöiseen toimintaan**. Meidän tulee kuulla asiakkaan, ikäihmisen oma ääni ja kunnioittaa sitä. Hän on oman elämänsä paras asiantuntija ja meidän tehtävämme on omalla toiminnallamme pyrkiä tukemaan hyvää ja arvokasta ikääntymistä. Asiakas, ikäihminen tulee osallistaa ja ottaa mukaan omaan hoitoonsa ja sen sekä esimerkiksi palveluiden suunnitteluun. Ikäihminen ei saa olla pelkkä toimintamme kohde vaan aktiivinen toimija, joka osallistuu. (vertaa Halminen 2019, 49; Ikonen 2015, 149-150.)

Keskeistä on myös hyvä **vuorovaikutus** ja **luottamuksellinen hoitosuhde** asiakkaan ja hoitavan tahon välillä. (vertaa Mattila 2010, 75, 79; Lappi 2015, 47-49; Hyväri 2017,

34-37; Heinola 2007, 30; Isoherranen 2012, 50-55.) Hyvien puitteiden luominen ikäihmistien hoidolle ja palveluille on viime kädessä yhteiskunnallinen tehtävä. Poliittisten päätösten tulee perustua siihen, että toimintakyvyltään heikentyneillä kansalaisilla, olivatpa he sitten nuoria, työikäisiä tai iäkkäitä, on sama ihmisarvo ja samat oikeudet kuin muilla yhteiskuntamme jäsenillä. (vertaa Sarvimäki & Heimonen 2010, 23; Laitinen & Kemppainen 2010, 141.)

Jotta tämä asiakaslähtöisyys voi käytännössä toteutua palveluita tuottavien tahojen on välttämätöntä kyetä organisaatorajat ylittävään vastavuoroiseen, keskustelemaan ja **moniammatilliseen yhteistyöhön**. Tässä tutkimuksessa painopiste oli nimenomaan Huittisten kotihoidon ja kotisairaalan välisen yhteistyön kehittäminen. Huittisissa kotisairaala toimii terveyskeskuksen alaisuudessa ja kotihoito taas vanhuspalveluiden alaisuudessa, joten he edustavat perusturvan eri osa-alueita. Tässä korostuu juuri tämä organisaatorajat ylittävä yhteistyö. Työryhmän tapaamisissa nousi useampaan kertaan esiin kaupungin palveluiden **pirstaleisuus**. Huittisissa on panostettu useisiin erityisosaajiin ja toimijoita vanhuspalveluiden kentällä on useita. Työryhmässä kuitenkin koettiin, etteivät nämä eri toimijat aina pääse viestimään riittävästi keskenään ja tämä haittaa sekä hidastaa käytännön toimintaa.

On todettu, että uudistusten ja kehittämistyön hidastajana ja jopa estäjänä saattaa olla työntekijöiden yhteistyön puute. Moniammatillisessa yhteistyössä korostuvat **vuorovaikutus** ja **dialogiset taidot**. Oleellista ei ole se, miten paljon puhut tai olet äänessä. Vain sillä on merkitystä, esitätkö asiat siten, että muut osallistujat ymmärtävät mitä sanoillasi tarkoitat. Yhteistyössä puhumistakin suuremman painoarvon saa kuunteleminen. Moniammatillisessa yhteistyössä hiljainen tai vähäpuheinen osallistuja ei siis välttämättä ole huono ryhmän jäsen. Moniammatillisessa työskentelyssä myös toisen ammattilaisen arvostaminen on tärkeää. Jos ammattilaiset arvostavat toisiaan, he todennäköisesti löytävät ratkaisut kyllä kaikkiin muihin ongelmiin. Lisäksi on mielestäni huomion arvoista, että vaikka moniammatillinen työtapa ja siihen liittyvä osaaminen on laajalti tunnustettu edellytys SOTE-palveluiden toimivuudelle, on yllättävää, kuinka vähän se saa huomiota koulutuksen näkökulmasta. Muun muassa WHO on jo pitkään nostanut raporteissaan, viimeksi vuonna 2010, esiin moniammatillisen koulutuksen tärkeyden ja siihen panostamisen, jotta asiakkaiden hoito olisi kokonaisval-

taista ja monitieteistä. Moniammatillisen koulutuksen pyrkimyksenä on tarjota eri ammattialojen opiskelijoille ja jo alalla työskenteleville ymmärrys siitä, mikä merkitys moniammatillisella työllä ja organisaatorajat ylittävillä taidoilla ja osaamisella on. (vertaa Hyväri 2017, 32, 34; Engeström, Niemelä, Nummijoki & Nyman 2009, 273; Paronen 2015, 141-143; Mattila 2010, 109; Mönkkönen, Kekoni, Jaakkola, Profiam Sosiaalipalvelut Oy:n henkilöstö & Pehkonen 2019, 113-114.)

Yhteiskäynnit ja niiden tarpeellisuus erityisesti niin sanotuissa siirtymä- ja nivelkohdissa nousi tämän tutkimuksen keskiöön. SOTE-ala on jo pitkään elänyt muutos- ja murrosvaihetta. Uudistustarvetta perustellaan usein taloudellisuuden ja tehokkuuden näkökulmasta. Usein on kuitenkin kyse myös siitä, että monet sosiaaliset ja terveydeliset ongelmat kietoutuvat toisiinsa ja ovat ehkä jopa seurausta toisistaan. Tällöin yhden alan tai työntekijän osaaminen ja asiantuntemus ei yksinkertaisesti riitä ratkaisemaan asiakkaan tilannetta. (kuten Mönkkönen, ym. 2019, 139; Elo, Saarnio, Routasalo & Isola 2012, 46-48; Lammintakanen, Rissanen, Peronmaa-Hanska, Joensuu & Ruottu 2016, 32-34.)

Yllättävää tutkimustuloksissa oli se, ettei **esimiesnäkökulmaa** nostettu oikeastaan lainkaan keskusteluun ja esimerkiksi yhteistyön tekemisen mahdollistajaksi tai estäjäksi. Kenties yhtenä syynä aiheen sivuuttamiseen saattoi olla se, että työryhmän tapaamisissa oli aina mukana joko kotihoidon esimiehiä ja / tai osastonhoitaja. Toki tässä tutkimuksessa ei otettu esimiesnäkökulmaa teoriankaan näkökulmasta, enkä työryhmän tapaamisilla suoraan kysynyt esimiestyöstä. Olisin kuitenkin odottanut, että keskusteltaessa hyvän yhteistyön lähtökohdista ja tekijöistä joku osallistujista olisi ottanut puheeksi johtajuuden. Mutta tähän näkökulmaan eivät kiinnittäneet huomiota edes esimiehet itse. Nähdäkseni kuitenkin juuri organisaatio, sen rakenteet ja johtamiskulttuuri luovat edellytyksiä yhteistyön ja monialaisen toiminnan syntymiselle. Organisaation johdon ja esimiesportaan tulee omalla esimerkillään ja toimintatavoillaan luoda hyvää toimintakulttuuria työyhteisöön. (kuten Syvänen, Strömberg & Kokkonen 2017, 130-133, 141-142; Syvänen, ym. 2015, 151-152; Hyväri 2017, 40-41.)

Tutkimuksen asiakasryhmästä puhuttaessa tarkoitettiin kotona asuvia tai kotiin vielä palaavia ikäihmisiä. Jotta hoito- ja palveluketju toimisivat, tarvitaan edellä useaan ker-

taan mainittua asiakaslähtöistä monitoimijuutta. Tämän lisäksi keskiöön nousee nähdäkseni myös asiakas- ja palveluohjaus sekä **toimintakyvyn- ja palveluntarpeen arviointi**. Toiminnan ja toimenpiteiden suunnitelmallisuus korostuvat. Palvelutarpeet voidaan määrittellä asiakkaan toiveiden perusteella tai ammattilaisten näkökulmasta ja olemassa olevasta palvelutarjonnasta käsin. Palvelutarpeet tulisi määrittää ja arvioida kartoittamalla laaja-alaisesti muun muassa asiakkaan elinolot, hänen hyvinvointinsa tila, sosiaaliset tarpeet sekä olemassa olevat voimavarat. (vertaa Mattila 2010, 35-36; Ikonen 2015, 68-71; Heinola & Luoma 2007, 39-41; Ojaniemi & Rantajarvi 2010, 219; Tuominen & Tuuri 2017, 232-233; Tepponen 2009, 166; Äijö & Tikkanen 2017, 115-116.) Työryhmän tapaamisilla keskusteltiin siitä, kenellä on yksittäisen asiakkaan langat käsissään ammattilaisten puolelta. Tässäkin näkökulmassa keskiöön tulee asiakas- ja palveluohjaus. Siellä tulisi olla työntekijän, jolla on selvä kokonaiskuva asiakkaasta ja hänen tarvitsemista palveluistaan. Toisaalta tämä yhdyshenkilö voi olla myös asiakkaalle nimetty omahoitaja. Tärkeää kuitenkin on, että jokaiselle asiakkaalle olisi selvästi osoitettu ammattilainen, joka on hänen yhdyshenkilönsä kunnan puolelta.

Tavoitteena on, että sosiaali- ja terveystieteiden toimintatavat ja hoitokäytännöt perustuvat aina parhaaseen ajantasaiseen tietoon. Tämä lisää hoitotyön laatua, vaikuttavuutta ja tehokkuutta. Useat tutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että hoitotyö perustuu kuitenkin vielä liian usein totuttuihin rutiineihin eikä tutkittuun tietoon. SOTE-palveluihin kohdistuu vahva tilivelvollisuusvaade, koska kyseessä on julkinen toimiala, joka rahoitetaan verovaroin. Osin tästä syystä vaikuttavuuden ja esimerkiksi työmenetelmien arviointi on saamassa aiempaa tärkeämmän roolin. Työprosessit ja organisaatorakenteet tulee tehdä entistä näkyvimmiiksi. Moniammatillisella yhteistyöllä kyettäisiin hyvin onnistuessaan takaamaan järjestelmän kuin asiakkaankin hyöty ja työlle saataisiin vaikuttavuutta molemmista näkökulmista. (vertaa Sarajarvi, Mattila & Rekola 2011, 9; Elomaa 2003; Mönkkönen, Leinonen, Arajärvi, Hovatta, Tusa & Salokangas 2019, 49-50.)

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tärkeä osa opinnäytetyön valmistumisprosessia on arvioida sen luotettavuutta ja eettisyyttä. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida luotettavuuskäsitteiden avulla.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus on enemmän tutkijan arvioitavissa, kuin esimerkiksi määrällisessä tutkimuksessa, jossa luotettavuutta pystytään osoittamaan laske-
malla ja arvioimalla. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan on kyettävä osoittamaan ja
perustelemaan oman tutkimuksena luotettavuus. Laadulliseen tutkimukseen sisältyy
enemmän tulkintaa ja eräänlaista päätösten tekoa; mitä tulososioon otetaan ja mitä jä-
tetään pois sekä miten tulokset esitetään. (Eskola 2015, 203-206; Tuomi & Sarajärvi
2018, 136.)

Tieteellisten tutkimusten tavoitteena on kartoittaa jo tehtyjä tutkimuksia samasta ai-
heesta ja samalla perustella, mitä mahdollisia puutteita jo tehdyissä tutkimuksissa on
ja miksi tämän uuden tutkimuksen teko on perusteltua. Aiemman tutkimusaineiston
pohjalta kartoitetaan, mitä tutkittavasta aiheesta jo tiedetään ja hyödynnetään teoret-
tista viitekehystä. Tutkimuksen pyrkimyksenä on aina tuottaa jotain uutta, arvokasta
lisää tutkittavalle aihealueelle. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 163-164; Vilka 2015, 41-
42.) Olen oman opinnäytetyöni raportin alkuosassa pyrkinyt laaja-alaisesti kuvaamaan
tutkimukseni aihealueesta jo tehtyjä tutkimuksia ja julkaisuja. Teoriaosuudessa olen
käyttänyt asiaankuuluvia lähdeviittauksia, antaen kunnian tutkijoille, joiden aineistoa
olen oman työni pohjana käyttänyt. Opinnäytetyöni raportin olen laatinut noudattaen
SAMK:n kirjallisten töiden ohjetta. Tutkimukseni johtopäätökset -osiossa taas olen
pyrkinyt yhdistämään oman tutkimukseni aineistoa tähän jo tehtyyn ja julkaistuun tut-
kimusaineistoon.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan usein validiteetin ja reliabiliteetin käsitteillä.
Laadullisessa tutkimuksessa validiteetti tarkoittaa tutkimuskohteen ja -menetelmän
yhteensopivuutta: miten käytetty menetelmä sopii juuri kyseisen ilmiön tutkimiseen,
mitä sillä on tarkoitus tutkia. (Heikkinen & Syrjälä 2008, 147; Kananen 2014, 147-
149.) Mielestäni oman tutkimukseni menetelmäksi toimintatutkimus sopi ehdotto-
masti parhaiten, koska tarkoituksena oli yhdessä työryhmän kanssa kehittää käytännön
toimintaa. Tavoitteena oli osallistaa kotihoidon ja kotisairaalan työntekijöitä ja haastaa
heitä yhdessä avoimeen vuorovaikutukseen ja dialogiin keskenään työryhmissä erilai-
sin osallistavin menetelmin.

Reliabiliteetin eli toistettavuuden avulla arvioidaan tutkimuksen tulosten pysyvyyttä
ja mahdollista alttiutta satunnaisvaihteluille. Toimintatutkimuksessa reliabiliteetti on

mahdoton, koska toimintatutkimuksella pyritään muutokseen eikä niiden välttämiseen, joten saman tuloksen saavuttaminen uusintamittauksilla on sen tavoitteiden vastaista. Huomioitavaa on, että monet laadullisen tutkimuksen tekijät pitävät validiteettia ja reliabiliteettia soveltumattomina käsitteinä arvioitaessa laadullisen tutkimuksen tai toimintatutkimuksen luotettavuutta. Kyseiset käsitteet vakiintuivat tilastollisen- ja määrällisen tutkimuksen käsitteinä. Käsitteet perustuvat realistiseen ajattelutapaan, jonka lähtökohtana on, että tosiasiat vallitsevat maailmassa riippumatta esimerkiksi kielestä tai ihmisten välisistä merkityksellisistä pohdinnoista ja dialogista. (Heikkinen & Syrjälä 2008, 148; Tuomi & Sarajärvi 2018, 160-161.) Toimintatutkimuksella pyritään käytännön ilmiöiden ja toimintatapojen ymmärtämiseen sekä käytännön toiminnan kehittämiseen ja toimintatapojen muuttamiseen.

Oma tutkimukseni ei tuottanut juurikaan uutta tutkimustietoa aihealueensa saralta. Tarkoitus oli kehittää käytännön toimintaa Huittisten perusturvan alla organisaatio rajat ylittävästi kotihoidon ja kotisairaalan välillä ja ammentaa jo olemassa olevasta teoriapohjasta näyttöä ja aineistoa sille, miksi ja miten yhteistyötä tulisi kehittää. Näitä ”miten” seikkoja en halunnut liikaa tiedonkeruu vaiheessa painottaa työryhmissä, koska toivoin, että työryhmän jäsenet tuottaisivat omannäköisiään keinoja yhteistyön kehittämiseksi Huittisissa. Olin toki tutkijana kiinnostunut keräämään jo tehdystä tutkimusaineistosta pohjaa ja viitekehystä omalle tutkimukselleni. Tutkimusta yhteistyön, asiakaslähtöisyyden ja vanhustyön sekä hoitotyön näkökulmasta on tehty runsaasti ja jo tehdyistä tutkimuksista sekä julkaisuista nousi pitkälti esiin samat pääteemat, joita myös oma tutkimusaineistoni tuotti. (vertaa Tepponen 2009; Eloranta 2009; Engeström, Niemelä, Nummijoki & Nyman 2009; Isoherranen 2012; Jääskeläinen 2013.)

Tutkija joutuu tekemään eettisiä ratkaisuja tutkimuksensa kaikissa vaiheissa. Jo tutkimuksen aiheen valinta on eettinen ratkaisu. Tutkijan tulee aihetta valitessaan pohtia, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan, miksi tutkimukseen ryhdytään ja mikä on sen merkitysöntekijöiden, asiakkaiden ja koko yhteiskunnan kannalta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 19.) Päätimme tutkimukseni aiheesta yhdessä Huittisten kotihoidon ja kotisairaalan henkilöstön ja esimiesten kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta. Yhteistyötahon, Huittisten perusturvan kanssa tehtiin asiaankuuluvat toimeksianto sopimus

opinnäytetyön tekemisestä. Identtisiä sopimuksia tehtiin kolme kappaletta, jotka allekirjoittivat Huittisten perusturvajohtaja, Satakunnan ammattikorkeakoulun osaamisalueen johtaja, opinnäytetyön ohjaava opettaja ja tutkimustyön tekijä. Tätä ennen olin toimittanut tutkimussuunnitelmani luettavaksi työryhmään kuuluville jäsenille ja perusturvajohtajalle. Lisäksi pyrin jatkuvalla keskustelulla varmistamaan sitä, että jokainen kehittämistyöhön osallistuva työryhmäläinen olisi tietoinen siitä, mihin kehittämistyöllä ja työryhmä tapaamisilla pyrittäisiin.

Tietojen käsittelyn kaksi keskeistä asiaa ovat anonymiteetti ja luottamuksellisuus. Toimintatutkimuksen kenttä vaihe on parhaimmillaan dialogista oppimista – työryhmäläisten tasavertaista keskustelua, ongelmanratkaisua ja tiedonmuodostusta. Luottamuksen edellytyksenä on viisi dialogisuuden perusaatetta. Nämä ovat osallistuminen, sitoutuminen, vilpittömyys, vastavuoroisuus ja reflektiivisyys. (Huovinen & Rovio 2008, 102.) Saadakseni tutkimukseni kannalta oleellista tietoa työryhmäläisiltä, tuli välillämme olla luottamuksellinen suhde. Asiaa edisti merkittävästi se, että olin heille työntekijänä tuttu jo melko pitkältä ajalta. Tutkimukseni aihe oli meille kaikille tärkeä ja työryhmäläisten vilpittömän halu oli löytää konkreettisia ratkaisuja yhteistyön kehittämiseksi ja teemoista syntyi aina aktiivista keskustelua. Toki tietyt jännitteet ja ennakoasenteet loivat tiettyjä haasteita työryhmän työskentelylle. Tutkimukseni luotettavuutta ja eettistä arvoa lisäsi myös se, että käsitteelin saadun tutkimusaineiston aina asiaan kuuluvalla tarkkuudella ja kukaan yksittäinen työntekijä ei mielestäni ole tunnistettavissa tulos -osion suorista lainauksista. Nauhoitteet olen hävittänyt, asiaankuuluvasti ja puhtaaksi kirjoitetussa tekstissä ei mainita nimiä lainkaan. (vertaa Ranta & Kuula-Luumi 2017, 414-415, 419; Ruusuvuori & Nikander 2017, 438-439.)

7.3 Jatkotutkimusaiheet

Saatujen tutkimustulosten perusteella asiakaslähtöisen moniammatillisessa yhteistyössä tapahtuvan kehittämis- ja tutkimustyön jatkaminen on ensiarvoisen tärkeää. Asiakkaiden kanssa työskentelevien työntekijöiden mukaan ottamien kehittämistyöhön on tärkeää. Omassa tutkimuksessani ei kerätty asiakkaiden kokemuksia monitoimijuudesta ja palveluiden sekä jatkohoidon järjestämisestä. Esimerkiksi Tepponen

(2009) on väitöskirjassaan tutkinut hyvän kotihoidon tekijöitä myös yksilön, eli ikäihmisen näkökulmasta. Miten esimerkiksi asiakas, tässä tapauksessa ikäihminen näkee ja kokee oman paikkansa yhteisissä keskusteluissa ja moniammatillista yhteistyötä tehtäessä, kokevatko he tulevansa kuulluiksi? Asiakaslähtöisyys on SOTE-palveluiden kulmakiviä, jolle työn tulisi perustua. Teema oli tämänkin työryhmän yksi kantavia teemoja. Mutta toteutuuko asiakaslähtöisyys todella myös tekojen ja käytännön toiminnan tasolla?

Tämän tutkimuksen kehittämisehdotuksiksi nousivat yhteiskäynnit eri toimijoiden kesken sekä monitoimijamallin luominen. Jatkotutkimusaiheina voitaisiin siis lähteä luomaan tätä monitoimijamallia tai vaihtoehtoisesti tutkimaan miten yhteiskäynnit ovat Huittisissa lähteneet muotoutumaan osaksi toimintakulttuuria.

Esimiesnäkökulma ja sen keinot vaikuttaa yhteistyön toteutumiseen jäivät myös lähes kokonaan oman tutkimukseni ulkopuolelle. Nähdäkseni kuitenkin juuri esimiestyökentelyllä luodaan edellytykset niin toiminnan kehittämiseksi kuin yhteistyönkin tekemiseksi. Esimerkiksi Liimatainen (2019) on omassa YAMK -tasoisessa kehittämissyössään pyrkinyt selvittämään kotihoidon ja kotisairaalan välistä yhteistyötä nostoen esille juuri keskeisenä teemana verkostojohtamisen.

Huittisissa on jo pidempään toteutettu varsin ansiokasta kotikuntoutusta ja tämä on huomioitu myös henkilöstömitoituksessa, kunnassa on oma kotikuntoutuksen tiimi, joka käsittää neljä kuntoutusalan ammattilaista ja he tekevät kukin tiivistä yhteistyötä omissa nimetyissä kotihoidon aluetiimeissä. Olisi kiinnostavaa lähteä kehittämään edelleen esimerkiksi kotikuntoutusta osana moniammatillista yhteistyötä. Esimerkiksi ennakoivalla- ja ajantasaisella hoitosuunnitelmalla pystytään paremmin tekemään käytännön toiminnasta suunnitelmallisempaa ja vaikuttavampaa. Hoitosuunnitelmissa voitaisiin kiinnittää yhä enemmän huomiota esimerkiksi kotikuntoutukseen ja sen mahdollisuuksiin. SOTE-palveluissamme työskentelee useita erityisalojen osaajia, joiden tiedot ja taidot tulee ottaa hyötykäyttöön ikäihmisten laadukasta kotona asumista pyritään turvaamaan ja kehittämään. Tämä on osa-alue, josta monet muut Suomen kunnat voisivat ottaa mallia Huittisista.

8 LOPUKSI

Opinnäytetyöni raportin lopuksi haluan esittää toivomuksen siitä, että työntekijöiden asiantuntemusta ja osaamista arvostettaisiin ja ennen kaikkea, että sitä hyödynnettäisiin kehittämistyössä. Tästä olisi takuulla moninkertaiset hyödyt ja tavallaan ruokkiva vaikutus. Mikäli työntekijöitä haastettaisiin pohtimaan omaa työtään ja tapoja tehdä työtä paremmin, voisi se innostaa ja motivoida työntekijöitä. Vaikutusmahdollisuudet omaan työhön lisäävät työhyvinvointia ja sitoutumista omaan työhönsä. Nykypäivän hektisessä ja nopealiikkeisessä työkuultuurissa meidän tulee todella varmistaa se, miten saamme hyvät ja osaavat työntekijät pysymään juuri meidän organisaatiossamme.

Jokaisella työntekijällä niin johtajalla kuin rivityöntekijälläkin on vastuu omasta osaamisestaan ja työn kehittämisestä. Tämän päivän SOTE-alan ammattilaisen tulee pyrkiä ylläpitämään omia tieto - taitojaan sekä seurattava tämän hetken valtakunnallisia ja maailman laajuisiakin suuntaviivoja. Meillä jokaisella on ammattivelvollisuus toimia asiakkaiden parhaaksi. Toivon, että yhteiskunnan ja päättäjien tasolla herätään huomaamaan ja arvostamaan ikääntymistä, ikääntyviä ja heidän auttajiaan. Lisäksi toivon, että nykypäivän kehittämis-, suunnittelu- ja selvitystyö siirtyisi takaisin asiakaslähtöisempään toiminnan sekä palveluiden kehittämiseen. Kehittämistyön ja sen hyötyjen tulee näkyä käytännön työssä, käytännön toimina ja asiakkaidemme arjessa.

LÄHTEET

Elo, S., Saarnio, R., Routasalo, P. & Isola, A. 2012. Gerontological rehabilitation nursing of older patients in acute health centre hospitals: nursing views. *International Journal of Older People Nursing*. 7 (1), 46-56.

Eloranta, S. 2009. Supporting older people's independent living at home through social and health care collaboration. Väitöskirja. Turku: University of Turku. Department of Nursing Science. Faculty of Medicine.

Elomaa, L. 2003. Tutkimustiedon käyttö ja sen edellytykset hoitotyössä. *Tutkiva hoitotyö* 1(2). 4-9.

Elomaa, L. & Mikkola, H. 2010. Näytön jäljillä. Tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. 5. uud. p. Turku: Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja. Viitattu: 1.2.2020. Saatavilla https://www.hamk.fi/wp-content/uploads/2018/07/nayton_jaljilla_tiedonhaku_nayttoon_perustyvassa_hoitotyossa.pdf

Engeström, Y., Niemelä, A.-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. 2009. Kohti yhteistoiminnallista kotihoitoa. Teoksessa: Engeström, Y., Niemelä, A.-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.) 2009. Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Juva: PS-kustannus.

Eskola, J. 2015. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa: Valli, R. & Aaltola, J. (toim.) 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7. uud. p. Tampere: Vastapaino.

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2015. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa: Valli, R. & Aaltola, J. (toim.) 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus.

Halminen, N. 2019. Kotiuttamistiimin merkitys ikäihmisen kotona selviytymisessä. Tutkimuksellinen kehittämistyö. YAMK. Pori: Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu: 25.4.2020. Saatavilla <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/171082/Halminen%20Nina%202019.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Heikkinen, H. L. T. 2015. Toimintatutkimus: kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Teoksessa: Valli, R. & Aaltola, J. (toim.) 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus.

Heikkinen, H. L. T. 2008. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa: Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2008. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3. korj. p. Helsinki: Kansanvalistusseura.

Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2008. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa: Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2008. Toiminnasta

- tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3. korj. p. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Heikkinen, H. L. T. & Syrjälä, L. 2008. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa: Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2008. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Heinola, R. 2007. Asiakas arvioinnin keskiössä. Teoksessa: Heinola, R. (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes: Oppaita 70.
- Heinola, R. & Luoma, M.-L. 2007. Toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa: Heinola, R. (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes: Oppaita 70.
- Helminen, P. & Sukula-Ruusunen, K. 2017. Kokonaisvaltainen asiakkaan kohtaaminen ja tilannearviointi ohjaustyössä. Teoksessa: Helminen, J. (toim.) 2017. Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Edita, 46-58.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. Uudistettu painos. Hämeenlinna: Tammi.
- Huittisten kaupungin www -sivut. 2018. Viitattu: 10.10.2018. Saatavilla <http://huittinen.fi/>
- Huovinen, T. 2008. Toimintatutkija kentällä. Tutkimuksen alkumetrit. Teoksessa: Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2008. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3. korj. p. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Hyväri, S. 2017. Asiakaslähtöisyyden periaatteet ja toteutuminen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Teoksessa: Helminen, J. (toim.) 2017. Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Edita, 32-45.
- Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.
- Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos.
- Jääskeläinen, A. 2013. Työyhteisön hyvinvoinnin kehittäminen osallistavilla menetelmillä. Toimintatutkimus työhyvinvoinnin kehittämisprosesseista vanhus- ja vammaispalveluja tuottavissa työyhteisöissä Sallassa. Väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Tekijät & Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamiseen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisusarja.

Kansanterveyslaki 28.01.1972/66. Suomenkieliset säädökset. Finlex. Viitattu: 22.09.2018. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Kemmis, S. & McTaggart, D. 2005. Participatory action research. Teoksessa: Denzin, N. & Lincoln, Y. (toim.) 2005. The Sage handbook of qualitative research. Thousand Oaks, CA: Sage, 559-604.

Koivunen, K. 2017. Asiakas- tai ihmislähtöisyys – tasavertaisuutta ja vastavuoroisuutta ammattilaisten ja palvelun käyttäjien kanssa. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 6/2017. Viitattu: 15.12.2018. Saatavilla <http://www.oamk.fi/epooki/index.php?cID=948>

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta: tarpeesta tuloksiin. Hoitotyön tutkimussäätiö. Helsinki: Skhole.

Laaksonen, H. & Ollila, S. 2017. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.

Laitinen, M. & Kemppainen, T. 2010. Asiakkaan arvokas kohtaaminen. Teoksessa: Laitinen, M. & Pohjola, A. (toim.) 2010. Asiakkuus sosiaalityössä. Tallinna Raamattutrukikoda: Gaudeamus Helsinki University Press Oy, 138-177.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980. Suomenkieliset säädökset. Finlex. Viitattu: 22.09.2018. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.09.2000/812. Suomenkieliset säädökset. Finlex. Viitattu: 22.09.2018. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.08.1992/785. Suomenkieliset säädökset. Finlex. Viitattu: 22.09.2018. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lammintakanen, J., Rissanen, S., Peronmaa-Hanska, E., Joensuu, M. & Ruottu, T. 2016. Johtaminen ja kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Monialaisen ja ammattiryhmäkohtaisen toiminnan käytännöt ja rakenteet. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita. 2016:68. Viitattu: 18.4.2020. Saatavilla http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79134/STMraportti_johtaminen%20ja%20kehitt%c3%a4minen%20sosiaali-%20ja%20terveydenhuollossa23123016.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Lappi, R. 2015. Luottamus ja valta vanhuspalveluiden järjestämisessä – teemahaastattelututkimus ikäihmisten, kunnan ja palveluntuottajien käsityksistä. Teoksessa: Steffansson, M., Pulliainen, M. & Lappi, R. (toim.) 2015. Ikäihmisten hyvinvointia rakentamassa. Hyvinvointipalvelujen järjestämisen uudet mahdollisuudet -hanke. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Liimatainen, S. 2019. Moniammatillinen yhteistyö ja verkostotyöskentely kotihoidon ja kotisairaalan välillä hoitohenkilökunnan kokemana ja arvioimana. Tutkimuksellinen kehittämistyö. YAMK. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu. Viitattu: 21.3.2020. Saatavilla https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/161155/Suvi_Liimatainen.pdf?sequence=2

Lähdeaho, M-L., Heino-Tolonen, T & Kuusela, A-L. 2011. Lasten kotisairaala: laadukasta ja kannattavaa hoitoa lapsille. Suomen lääkäri-lehti. 23. 66. 1923-1926.

Mattila, K.-P. 2010. Asiakkaana ihminen. Työnä huolenpito ja auttaminen. Juva: PS-kustannus.

Mönkkönen, K., Kekoni, T., Jaakkola, A.-M., Profiam Sosiaalipalvelut Oy & Pehkonen, A. 2019. Kohti monitoimijaista kehittämistä. Teoksessa: Mönkkönen, K., Kekoni, T. & Pehkonen, A. (toim.) 2019. Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Tallinna: Gaudeamus Oy.

Ojaniemi, P. & Rantajärvi, K.-M. 2010. Alkuarvioinnista suunnitelmalliseen sosiaalityöhön. Teoksessa: Laitinen, M. & Pohjola, A. (toim.) 2010. Asiakkuus sosiaalityössä. Tallinna: Gaudeamus Oy.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudella osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ollila, M. 2018. Kotisairaalan käsitteistä ja lainsäädännöstä. Teoksessa: Pöyhä, R., Güldogan, E. & Vanhanen, A. (toim.) 2018. Kotisairaala. Helsinki: Duodecim, 10-11.

Paronen, E. 2015. Rationaalinen päätöksenteko sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksissa – tapaustutkimus kahdesta sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksesta Pohjois-Savossa. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Kuopio: Kirjapino. Viitattu: 21.3.2020. Saatavilla https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1904-5/urn_isbn_978-952-61-1904-5.pdf

Perälä, M.-L., Grönroos, E. & Sarvi, A. 2006. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Raportteja 8/2006. Helsinki: Stakes.

Pietilä, I. 2017. Ryhmäkeskustelu. Teoksessa: Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvoori, J. (toim.) 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino.

Pikkarainen, A. 2016. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja. Osa II, Ikääntyneiden arki-, koti- ja lähikuntoutus: varhaisvaiheesta ympärivuorokautiseen hoivaan. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Pohjola, A. 2010. Asiakas sosiaalityön subjektina. Teoksessa: Laitinen, M. & Pohjola, A. (toim.) 2010. Asiakkuus sosiaalityössä. Tallinna Raamatutrukikoda: Gaudeamus Helsinki University Press Oy, 19-74.

Ranta, J. & Kuula-Luumi, A. 2017. Haastattelun keruun ja käsittelyn ABC. Teoksessa: Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvoori, J. (toim.) 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino.

Rantala, I. 2015. Laadullisen aineiston analyysi tietokoneella. Teoksessa: Valli, R. & Aaltola, J. (toim.) 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus.

Ruusuvuori, J. & Nikander, P. 2017. Haastatteluaineiston litterointi. Teoksessa: Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvuori, J. (toim.) 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino.

Räsänen, R. & Valvanne, J. 2017. Vanhustyö tarvitsee uudenlaista johtamista – tavoitteeksi asiakkaan hyvä elämänlaatu. Teoksessa: Kulmala, J. (toim.) 2017. Parempi vanhustyö. Menetelmiä johtamisen kehittämiseen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Sarajärvi, A., Mattila, L.-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avainhoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro Oy.

Sarvimäki, A. & Heimonen, S. 2010. Ikääntymisen, vanhuuden ja vanhusten palvelujen nykytila. Teoksessa: Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. (toim.) 2010. Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Suomenkieliset säädökset. Finlex. Viitattu: 22.09.2018. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301#Pidp447451184>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (STM). 2017. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Viitattu: 17.10.2018. Saatavilla http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. (STM). I&O Kärkihanke. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa 2016-2018. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:32. Viitattu: 7.3.2020. Saatavilla http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74908/Rap_2016_32.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. (STM). 2013. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Viitattu: 17.10.2018. Saatavilla http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69933/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. (STM). 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Viitattu: 17.10.2018. Saatavilla https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73379/Julka_2008_3_ikaihmiset_verkko.pdf?sequence=1

Syvänen, S., Tikkamäki, K., Loppela, K., Tappura, S., Kasvio, A. & Toikko, T. 2015. Dialoginen johtaminen. Avain tuloksellisuuteen, työelämän laatuun ja innovatiivisuuteen. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Tepponen, M. 2007. Yhteistyö. Teoksessa: Heinola, R. (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 61-73.

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integraatio ja laatu. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (THL). 2019. Vanhuspalvelujen tila. Viitattu: 7.3.2020. Saatavilla <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/vanhuspalvelujen-tila>

Tilastokeskus. Viitattu: 19.10.2018. Saatavilla https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#v%C3%A4est%C3%B6nik%C3%A4rakenne31.12.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Tuominen, R. & Tuuri, K. 2017. Ikäihmisten kotihoito monialaisena yhteistyönä – Toimintakyvyn näkökulma. Teoksessa: Helminen, J. (toim.) 2017. Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Edita, 228-241.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta www-sivut. Viitattu: 09.11.2018. Saatavilla <http://www.tenk.fi/>

Vaarama, M. & Pieper, R. 2005. Managing Integrated Care for Older Persons. Stakes and the European Health Management Association. Gummerus Printing.

Valtonen, A. 2005. Ryhmäkeskustelut – Millainen metodi? Teoksessa: Ruusuvaori, J. & Tiittula, L. (toim.) 2005. Haastattelu: Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

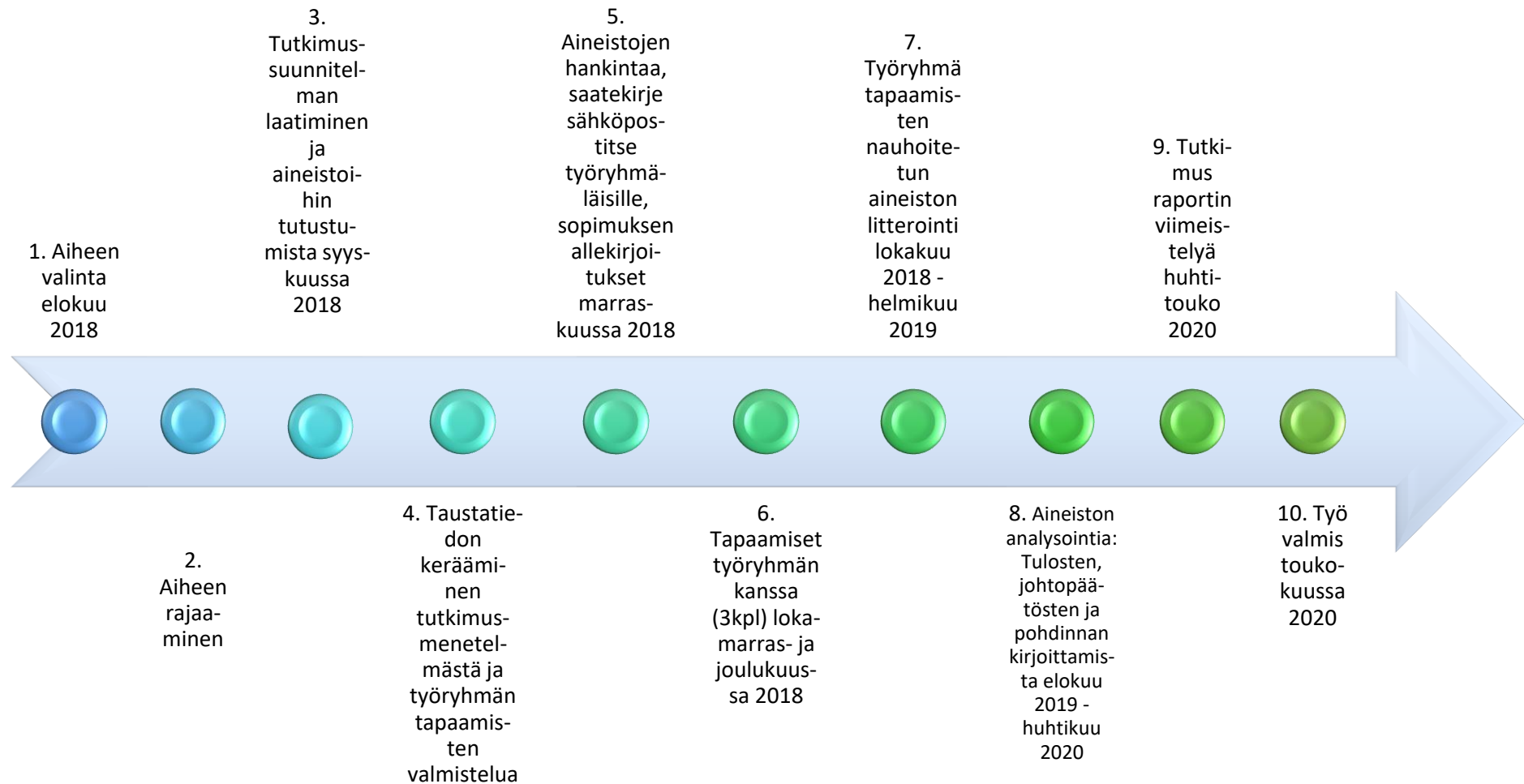
Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uud. p. Jyväskylä: PS-kustannus.

Wallin, O. 2012. Hyvinvointityöhön sitoutuminen. Diskurssianalyysi työhön sitoutumisesta perheen, työhyvinvoinnin, ammatillisuuden ja asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.

World Health Organization (WHO). 2010. Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Geneva: WHO. Viitattu: 18.4.2020. Saatavilla https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization (WHO). 2016. Framework on integrate, people-centred health services. Report by the Secretariat AA69/39. Viitattu: 15.12.2018. Saatavilla http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1

Äijö, M. & Tikkanen, P. 2017. Moniammatillisuudella tuloksia – esimerkkinä leanjohtaminen. Teoksessa: Kulmala, J. (toim.) 2017. Parempi vanhustyö. Menetelmiä johtamisen kehittämiseen. Jyväskylä: PS-kustannus



1. Työryhmän tapaaminen 29.10.2018 maanantaina klo 13.30 – 15.00

Pohditaan kysymyksiä 2-3 hengen ryhmissä n. 20min ja sen jälkeen purkukeskustelu yhteisesti

1. Mitä on hyvä yhteistyö / Mistä tekijöistä se koostuu?
2. Miksi yhteistyötä tarvitaan?
3. Minkälaisia taitoja tarvitaan?
4. Miten yhteistyötä toteutetaan Huittisissa kotihoidon ja kotisairaalan välillä?
5. Miten asiakkaat / omaiset otetaan mukaan?
6. Minkälaisia haasteita yhteistyön tekemisessä esiintyy?

2. Työryhmän tapaaminen 26.11.2018 maanantaina klo 13.30 – 15.00

Pohditaan kysymyksiä 2-3 hengen ryhmissä n. 20min ja sen jälkeen purkukeskustelu yhteisesti

1. Miten viestintää ja tiedonkulkua saadaan tehostettua/parannettua?
2. Miten moniammatillinen yhteistyö saadaan käytännössä toimimaan paremmin?
Mitä se edellyttää?
3. Yhteiskäyntien mahdollisuus ja tarpeellisuus kohon ja kotisairaalan kesken, onko ollut, olisiko ollut tarvetta viime tapaamisemme (29.10.) jälkeen?
4. Mitä käytännön asioita tulee huomioida, kun ikäihminen kotiutuu, tai siirtyy esimerkiksi kotisairaaltai kotihoitoon tai päivävastoin?
5. Tehostetut kotiutukset, miten ne saadaan käytännössä toimimaan?
6. Asiakkaiden osallistaminen ja osallistuminen. Omaisten rooli, miten saadaan heitä osallistumaan?

3. Työryhmän tapaaminen 17.12.2018 maanantaina klo 13.30 – 15.00

Pohditaan kysymyksiä 2-3 hengen ryhmissä n. 20min ja sen jälkeen purkukeskustelu yhteisesti

1. Miten voisimme kukin omassa työssämme edistää yhteistyötä?
2. Millaisia käytännön esimerkkejä on tullut yhteistyön onnistumisesta / toimivuudesta viime tapaamisemme jälkeen (26.11.)?
3. Mainitkaa kaksi tärkeimmäksi kokemaanne kehittämissuhteista, yhteistyön ja monitoimisuuden kehittämiseksi.

Taulukko 1. Esimerkki aineiston sisällönanalyysistä. Mitä on hyvä yhteistyö ja mistä tekijöistä se koostuu. Yhdistävä pääluokka, alkuperäisilmaus, pelkistetty ilmaisu ja yläluokka.

Yhdistävä pääluokka	Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaisu	Yläluokka
HYVÄ YHTEISTYÖ	<p>”Kunnioitetaan ja arvostetaan toinen toisemme työtä.”</p> <p>”...et se luottamus pitää niinku ansaita.”</p> <p>”Tilan antaminen, tavallaan, et luotetaan et se toinen ammattilainen hoitaa oman osuutensa.”</p>	<p>Kunnioitetaan ja arvostetaan työkavereita</p> <p>Luottamuksen ansaitseminen</p> <p>Luotetaan toisen osaamiseen</p>	Luottamus ja kunnioitus
	<p>”Me pistettiin, et moniammatillinen yhteistyö ja luottamus on sit niinku sen pohjana, oltava.”</p> <p>”Ku tehtäs ja mietittäis vaikk se kotiutus sillai isommal porukal...”</p> <p>”Paljo o semmosii asiakkait, kenel on paljo monen näköst...”</p>	<p>Moniammatillinen yhteistyö ja luottamus</p> <p>Kotiutuksen suunnittelu yhdessä</p> <p>Paljon asiakkaita, joilla useita haasteita</p>	Moniammatillisuus

	<p>”...et joustavuutta tarvitaan..”</p> <p>”Täytyy osata kuunnella ja keskustella sillai hyvässä hengessä”</p> <p>”Olet ystävällinen ja reilu sitä kolleegaa kohtaan”</p>	<p>Joustavuus</p> <p>Taito kuunnella ja keskus- tella</p> <p>Ystävällisyys ja reiluus</p>	<p>Yhteistyötaidot ja vuorovaiku- tustaidot</p>
	<p>”Kuka sit soittaa ja mihin soittaa...”</p> <p>”Uskaltaako soittaa?”</p> <p>”Mistä sen tiedon löytää ja et se olis kaikkien saatavilla.”</p> <p>”... niinku et korostuu se, kirjauksien laatu ja kans se, et ne on ajantasal.”</p>	<p>Minne soitetaan ja miten toi- mitaan</p> <p>Voiko soittaa toiselle</p> <p>Tiedon sijainti ja tiedon saa- tavuus</p> <p>Kirjausten laatu ja ajantasai- suus</p>	<p>Tiedon kulku ja viestintä</p>
SIVU 1.			

(Mukailtu Tuomi & Sarajärvi 2018, 123.)

Taulukko 2. Esimerkki aineiston sisällönanalyysistä. Yhteistyön tekemisen haasteet. Yhdistävä pääluokka, alkuperäisilmaus, pelkistetty ilmaisu ja yläluokka.

Yhdistävä pääluokka	Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaisu	Yläluokka
Yhteistyön tekemisen haasteet	<p>”Ku meillä on paikkakunnan kokoon nähden aika tavalla toimijoita pelkäästään ikäihmisten palveluissa, et se niin, kuka sit vastaa mistäki...”</p> <p>”Ollaan aika ympäri kylää, kuka on kaupungintalolla, kuka TK:ssa, kuka rivareilla, kato tätä...”</p> <p>”...et kuka nyt on missäkin ja vastaa mistäkin, ku noi toimistotki vaihtaa jatkuvast noit paikkoi.”</p> <p>”Pitäs pyrkii siihen ”yhden luukun-taktiikkaan” kai nyt.”</p>	<p>Paljon eri työntekijöitä ja vastuut jaettu laajalti</p> <p>Palveluita on eri puolilla pitäjää</p> <p>Missä kunkin työpiste sijaitsee ja mitkä on kunkin vastualueet</p> <p>Yhdestä paikasta kaikki</p>	Palveluiden pirstaleisuus

	<p>”Sit yks on nää nopeet kotiutukset...”</p> <p>”Kuka tekee mitäkin, kuka ottaa vastuun mistäkin, et hommat lähtee sujumaan...”</p> <p>”...elikkä tää siirtymä vaihe. Kun se sairaalajakso on lyhyt, ni miten se saadaan se saadaan se kaikki tieto sitte siirtymään ja miten se tiimi pystyy varautumaan siihen kotiutukseen.”</p>	<p>Nopeat kotiutukset</p> <p>Työn ja vastuualueiden jako</p> <p>Siirtyminen hoitopaikasta toiseen (toimipaikasta toiseen), miten saada tieto siinä kohtaa liikkumaan riittävästi ja ajoissa</p>	<p>Siirtymävaiheen haasteet</p>
<p>SIVU 11.</p>			

(Mukaiilu Tuomi & Sarajärvi 2018, 123.)

