

Katja Isoaho ja Markku Viita (toim.)

VASKE

Väljästi asuttujen alueiden sosiaali- ja terveystalveluiden
kehittäminen Pielisen Karjalassa ja Ylä-Savossa



Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisuja

C: 66

VASKE

Väljästi asuttujen alueiden sosiaali- ja terveystalveluiden
kehittäminen Pielisen Karjalassa ja Ylä-Savossa

Katja Isoaho ja Markku Viita (toim.)

Julkaisusarja	C: 66
Julkaisusarjan vastaava toimittaja	Anna Liisa Westman
Toimittajat	Katja Isoaho ja Markku Viita
Graafinen suunnittelu ja taitto	Eetu Haverinen
Kansikuva	Eetu Haverinen

© Tekijät ja Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu

Tämän teoksen osittainenkin kopionti on tekijänoikeuslain mukaisesti kielletty ilman nimenomaista lupaa.

ISBN 978-952-275-035-8
 ISBN 978-952-275-036-5 (pdf)
 ISSN 1797-3848
 ISSN 1797-3856 (pdf)

Julkaisumyynti: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu
 julkaisut@pkamk.fi
<http://www.tahtijulkaisut.net>

Painopaikka ja vuosi Joensuu 2012

Sisällysluettelo

Esipuhe.....	6
<i>Katja Isoaho</i>	
Ammattikorkeakoulujen tutkimus- ja kehittämistoiminta - mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja.....	7
<i>Ari Tarkiainen</i>	
Kehittämistyötä kotihoidon tuottavuuden ja laadun lisäämiseksi.....	16
<i>Katja Isoaho ja Markku Viita</i>	
Opiskelijat ja opettajat mukana hanketyössä.....	34
<i>Miia Pasanen ja Merja Jokelainen</i>	
Kotihoitoa syrjäkyliin virka-ajan ulkopuolella.....	37
<i>Lilli Aini Rokkonen</i>	
Optimoinnin mahdollisuudet kotihoidossa.....	43
<i>Olli Bräysy, Juha Arola ja Jarno Väisänen</i>	
Optimoinnin ja kotihoidon paikat palvelujärjestelmän kokonaisuudessa.....	50
<i>Jarno Väisänen</i>	
Arviointisiltoja kotihoitoon – tarinoita aikakriittisestä arjesta ja kehittämistyön verkostoista.....	57
<i>Miia Pasanen</i>	

Esipuhe

ESR-rahoitteisen Vaske-hankkeen - Väljästi asuttujen alueiden palveluiden kehittäminen - toteutusalueena oli kaksi laajaa väljästi asuttua aluetta Itä-Suomessa – Ylä-Savo ja Pielisen Karjalan alue. Näiltä alueilta hankkeeseen osallistui Iisalmen, Kiuruveden ja Lieksan kaupungit sekä Vieremän ja Sonkajärven kunnat. Lieksassa kehittämisen kohteena oli kotihoidon palvelut. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymään kuuluvien kuntien alueella kehittämisen kohteena oli kotisairaala- ja kotihoidon palvelut.

Hankkeen hallinnoijana toimi Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu ja osatoteuttajana Savonia-ammattikorkeakoulu. Hanke toteutettiin vuosina 2011– 2012. Hanketta rahoitti Pohjois-Karjalan elinkeino-, liikenne ja ympäristökeskus.

Vaske-hanke on toteuttanut Itä-Suomen ammattikorkeakoulujen yhteistyö ISAT painoalaa väljästi asuttun alueen hyvinvointipalvelut. Painoalan tavoitteena on tukea alueen palvelurakennemuutosta tuottaen alueen sosiaali- ja terveyspalveluihin osaamista ja uutta tietoa sekä luomalla yhteistyössä alueen toimijoiden kanssa kilpailukykyisiä uusia palvelumalleja ja hyvinvointia tukevia tuotteita.

Hankkeen tavoitteena oli kehittää uusi toimintojen kehittämis- ja arviointiväline sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittämiseen väljästi asuttujen alueiden kuntien käyttöön. Tavoitteena on ollut paitsi löytää keinoja vastata valtavasti kasvavaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeeseen, myös lisätä hoitajien jaksamista ja viihtyvyyttä työssään. Hankkeen kehittämistyössä käytettiin apuna optimointia ja skenaariotyöskentelyä, joilla haettiin vaihtoehtoisia malleja tuottaa samalla resurssilla enemmän palveluja. Hankkeen aikana kuvattiin myös uusien palvelutuotantotapojen käyttöönotossa tarvittavat muuttuneet osaamistarpeet ja varauduttiin vastaamaan näihin osaamistarpeisiin täydennys- ja peruskoulutuksen keinoin.

Tämän julkaisun artikkeleissa kuvataan eri näkökulmista hankkeen aikana tehtyä kehittämistyötä Lieksan ja Ylä-Savon kotihoidoissa sekä Ylä-Savon kotisairaaloiminnan käyttöönottoa. Ari Tarkiainen tarkastelee artikkelissaan Ammattikorkeakoulujen tutkimus- ja kehittämistoiminta - mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja Vaske- hankkeen työtä laajemmassa TKI- toiminnan kehityksessä. Katja Isoaho ja Markku Viita kirjoittavat pilottikuntien kehittämis- ja oppimisprosessista optimointiprosessin aikana. Merja Jokelainen ja Miia Pasanen kuvaavat opiskelijoiden ja opettajien kokemuksia hanketyössä mukanaolosta. Lilli Aini Rokkonen pohtii kotihoidon palvelujen järjestämistä syrjäseuduille virka-ajan ulkopuolella. Olli Bräysy, Juha Arola ja Jarno Väisänen artikkeli esittelee pilottialueiden optimointituloksia. Jarno Väisänen kuvailee optimoinnin ja kotihoidon paikkoja palvelujärjestelmän kokonaisuudessa. Lopuksi Miia Pasanen rakentelee aikakriittisen arjen ja kehittämistyön verkostojen tarinoilla arviointisiltoja kotihoitoon.

Suuret kiitokset kaikille kirjoittajille ja hanketoimijoille, jotka ovat olleet hankkeessa mukana ja mahdollistaneet hankkeen toteutumisen!

Joensuussa 29.10.2012

Katja Isoaho

Ammattikorkeakoulujen tutkimus- ja kehittämistoiminta - mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja

Ari Tarkiainen

Aluksi

Tämän artikkelin tavoite on hahmottaa ja jäsentää ammattikorkeakoulujen nykyisen TKI-toiminnan (tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminta) reunaehdoja, käytäntöjä ja tulevaisuutta, erityisesti sosiaali- ja terveysalalla. TKI-toiminta kytkeytyy ammattikorkeakoulun perustehtävään ja toiminnan erityisluonteeseen, jolloin keskiöön nousevat opetus ja työelämälähtöisyys. Ammattikorkeakoulujen pitää tehtävänsä mukaisesti tuottaa työelämän käytännöistä nousevaa tutkimus- ja kehittämistoimintaa.

Yllättävän harvoin kysytään, miten tutkimus- ja kehittämistoiminta ammattikorkeakouluissa ymmärretään ja mitä sen tulisi olla. Ammattikorkeakoulujen TKI-toiminnan asemoinnista laajempiin tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan linjauksiin keskustellaan vähän. Tutkimuksen ja kehittämisen haasteiden teoreettinen tarkastelu on harvinaista.

Erityisen kiinnostavaa on tarkastella ammattikorkeakoulujen TKI-toimintaa hyvinvointitutkimuksen haasteiden kautta. (Saari 2011) Viime aikoina on muodostunut laajaa yhteisymmärrystä siitä, että hyvinvointitutkimuksessa on menossa merkittävä paradigmaattinen muutos. Koko hyvinvoinnin käsitettä on haluttu määritellä uudelleen. Perinteinen resurssi- ja järjestelmälähtöisyyttä korostava hyvinvointivaltiotutkimuksen tutkimustraditio on saanut rinnalleen onnellisuutta, toimintakykyä, elämänlaatua ja hyvinvoinnin kokemusta painottavia tutkimuslinjauksia.

Keskusteluun on myös nostettu kysymys, miten asiakas- ja käyttäjälähtöinen tutkimusote käytännössä pitäisi ymmärtää ja miten se tulisi muuttaa TKI-toimintaa ohjaavaksi näkökulmaksi. Selvää on, että perinteiset tutkimusotteet eivät yksinään riitä.

Myös sosiaali- ja terveysalan palvelujärjestelmän rakenne, palvelujen kattavuus ja rahoitus ovat tällä hetkellä poliittisesti kuumia keskustelunaiheita. Erityisesti ikäihmisten palvelujen järjestämisen ja tuottamisen kysymykset ovat viime aikoina olleet paljon esillä. On laaja yhteisymmärrys siitä, ettei nykyisellä kuntarakenteella pystytä järjestämään kaikille suomalaisille yhtäläistä ja tasa-arvoista palveluverkkoa. Kansalaisten pääsy laadukkaisiin palveluihin on monessa tapauksessa riippuvainen asuinpaikasta. Palvelujen järjestäminen on haasteellista väljästi asutuilla ja ikärakenteeltaan vahvasti vanhusvoittoisilla alueilla, joissa välimatkat ovat pitkät ja apua tarvitsevia on paljon. TKI-toiminnan nivominen tällaiseen toimintaan on erittäin tärkeää. Se tarkoittaa, että TKI-toiminta tulee nähdä ensisijaisesti substanssi- ja asiapohjaisena kehittämisenä eikä pelkkänä rakenne- tai organisointikysymyksenä.

Tässä artikkelissa tarkastellaan Vaske-hankkeen työtä laajemmassa TKI-toiminnan kehityksessä, jossa ammattikorkeakoulun perustehtävät ja niiden välinen vuorovaikutus kohtaavat. On tärkeää pohtia sitä, miten työelämän oppimis- ja tutkimusverkostoa voidaan rakentaa laajassa yhteistyössä sosiaali- ja terveysalan käytännön, yliopistollisen tutkimuksen, asiantuntijakonsultoinnin ja ammattikorkeakoulun vuoropuheluna. Ammattikorkeakoulujen TKI-toiminnan erityisyys ja siihen liittyvät kehittämishaasteet nousevat erityisesti tarkastelun kohteiksi.

TKI-toiminnan sirpaleisuus ja läpinäkymättömyys

Isot saappaat ja suuret puheet

Ammattikorkeakoulujen TKI-toimintaa koskeva kansainvälinen arviointi (Maasen ym. 2012) vuonna 2012 toteaa, että ammattikorkeakoulujen TKI-toiminta on sirpaleista ja siitä puuttuu läpinäkyvyys. Erityisen

pulmallista on, että ammattikorkeakoulujen koulutustehtävää tukevaa TKI-toimintaa ei ole selkeästi määritelty lainsäädännöllä eikä strategisilla linjauksilla. Toiminnalle ei ole myöskään olemassa poliittisesti hyväksyttävää selkeää linjausta, jonka mukaan Opetusministeriö ohjaisi TKI-toimintaa.

Ongelmallista on myös se, että kansallisesti merkittävimmille tutkimusrahoittajille, Teknologian ja innovaatioiden kehittämiskeskukselle (Tekes) ja Suomen Akatemialle, ei ole osoitettu selkeää tehtävää tukeaa ammattikorkeakoulujen TKI-toiminnan jatkokehitystä. TKI-toiminnassa on häilyvyyttä koulutustehtävän ja itsenäisen tieteellisen toiminnan välillä, eikä henkilöstön koulutuksessa ja urasuunnittelussa TKI-taidoille, -valmiuksille tai -tiedoille ei ole selkeää asemaa.

TKI-toiminnan arviointiraportissa kiinnitetään huomiota siihen, että eurooppalaisessa keskustelussa erottuu kaksi erilaista käsitystä siitä, mitä TKI-toiminta on. Toisaalta korostetaan perustutkimusvetoista tutkimusta ja toisaalta sitä, että TKI-toiminta voi johtaa taloudellista kasvua edistäviin käytännön innovaatioihin. Ensimmäisen käsitys pohjaa siihen, että vain uusi tieto voi johtaa innovaatioon eikä se yleensä synny sovellus- ja käytäntölähtöisyydestä. Käsityksen voi tiivistää: ”Me emme tiedä, sitä mitä me emme tiedä.” Toisin sanoen huippututkimuksen investoinnit ovat tehokkain tapa rahoittaa julkisin varoin tutkimusta ja synnyttää uutta tietoa. Tämä voi sitten johtaa uusien tuotteiden ja työpaikkojen syntyyn.

Toinen näkemys lähtee siitä, että korkeakoulutus ja tutkimuslaitokset ovat liian usein kaukana työ- ja liike-elämästä eikä vuoropuhelua aidosti synny. Ne ovat myös maantieteellisesti ja temaattisesti hajallaan eivätkä riittävästi yhteistyössä markkinoiden kanssa. Ne eivät kykene tuottamaan sellaista tietoa, josta synnyisi innovaatioita.

Molemmat edellä kuvatut näkemykset ovat esillä suomalaisessa keskustelussa. Voidaankin kysyä, kumpaa käsitystä suomalainen tutkimus- ja innovaatiopolitiikka myötäilee. Euroopan tutkimusrahoituksen 7. puiteohjelma pyrkii luomaan edellytykset huippututkimusta tuottavalle tutkimusympäristölle ja nostamaan eurooppalaisen tutkimuksen tasoa. Euroopan Unionin rakennerahasto-ohjelmat ovat olleet hyvin suosittuja ammattikorkeakoulujen TKI-toiminnan rahoituslähteitä.

Suomessa ei em. arviointiraportin mukaan ole selkeää yleisesti hyväksyttyä määritelmää ammattikorkeakoulujen TKI-toiminnalle. Usein TKI-toiminta ymmärretään uuden luomiseksi. Luodaan uutta tietoa, uusia tuotteita ja palveluita. Usein tutkimus ja kehittäminen yhdistetään yksityisen sektorin, ei niinkään julkisen sektorin kanssa tehtävään yhteistyöhön. Ammattikorkeakoulujen TKI-toiminnan katsotaan muodostavan sillan akateemisen tutkimuksen ja käytännön sovellusten välille. Se, mitä tällä tarkoitetaan käytännössä, on epäselvää.

Ammattikorkeakoulujen TKI-toiminta on voimakkaasti kytköksissä alueelliseen toimintaympäristöön, johon kuuluvat alueen yksityisen sektorin toimialarakenne, etäisyys muihin ammattikorkeakouluihin ja yliopistoihin, alueen väestökehitys ja ulkopuoliset rahoituslähteet. Ajatuksena on, että tiivis yhteys alueeseen hyödyttää sekä ammattikorkeakoulua että ympäristöä.

Valitettavaa kuitenkin on, että TKI-toiminta on yhä monella alalla ja monessa ammattikorkeakoulussa satunnaista ja ulkopuolisten rahoituslähteiden määrittämää. Käytännössä TKI-toiminta on usein synonyymi hanketoiminnalle. Toiminta on harvoin aidosti strategista ja kumppaneiden kanssa yhdessä määriteltyä substanssilähtöistä vaan pikemminkin rahoituslähtöistä.

Ongelmana on myös se, että määräaikaisen rahoituksen vuoksi TKI-henkilöstö on usein määräaikaisissa työsuhteissa ja TKI-yksikköjen toiminta erillään koulutuksen ja opetuksen arjesta. Ammattikorkeakoulun ja yksittäisen koulutusalan tai -ohjelman koko, opiskelijamäärä, henkilöstövoimavarat ja ulkopuolisen rahoituksen määrä määrittelevät toimintaa.

Ammattikorkeakoulujen TKI-strategioissa toiminta määritellään usein ammattikorkeakoulujen strategioiden mukaiseksi kysyntä- ja osaamislähtöiseksi pitkäjänteiksi toiminnaksi. Rahoituksen painottuminen EU:n rakennerahastorahoitukseen on kuitenkin tehnyt ammattikorkeakoulujen TKI-toiminnasta osittain sattumanvaraista, lyhytkestoista ja pirstaleista. Yhtä valitettavaa on, että TKI-toiminta ymmärretään pelkästään hanketoiminnaksi tai sen tueksi.

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvoston Arenen tekemän selvityksen (2008) mukaan ammattikorkeakoulut pyrkivät innovaatiotoiminnallaan eettisesti, sosiaalisesti ja ympäristöllisesti kestäväan kehitykseen sekä lisäämään innovaatioilla hyvinvointia. Usein kyse on monialaisesta yhteistyöstä. Lisäksi toiminnalla on vahva yhteys yritysten, verkostojen ja toimialojen innovaatiotoimintaan.

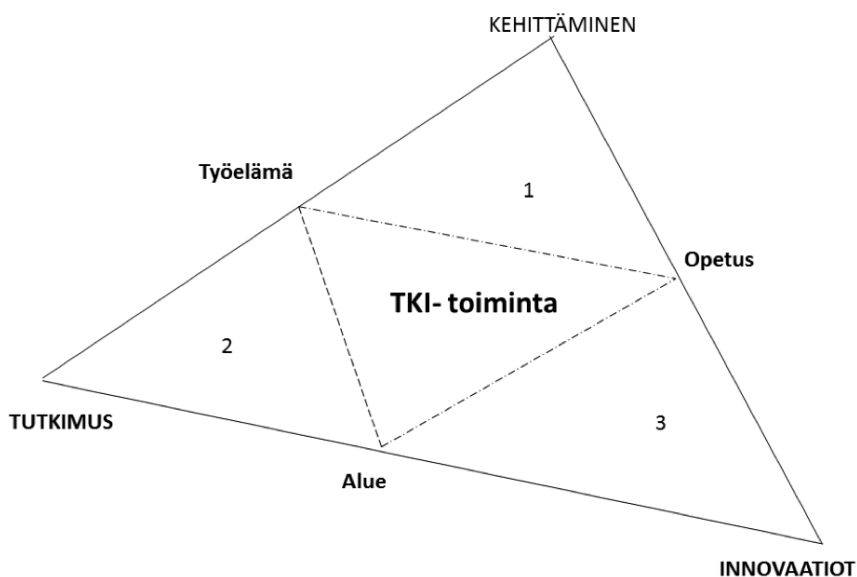
Ammattikorkeakoulut toimivat TKI-hankkeissaan tavallisimmin asiantuntijakumppaneina, käytännön toteuttajatahoina tai yhteistyön koordinoijina ja hallinnoijina. TKI-toimintaan osallistuvat ammattikor-

keakoulujen oman henkilöstön ohella opiskelijat, yritysten ja julkishallinnon sekä rahoittajien edustajat ja lisäksi asiakkaat.

Kaikkien TKI-toimintojen tulisi em. arviointiraportin mukaan liittyä opetuksen ja koulutuksen kehittämiseen. Erityisen tärkeää olisi löytää opetuksen ja tutkimuksen välinen tasapaino. Tämä on mahdollista vain, jos tasapaino on ilmaistu yksiselitteisesti ja tehty läpinäkyväksi ammattikorkeakoulujen TKI-strategiassa. Näin ei usein ole.

TKI-toiminnan jännitteet ammattikorkeakouluissa

Ennen kuin TKI-toiminnan käytäntöjä jäsentävään työhön voidaan ryhtyä, on ensin palattava alkuruutuun. On kysyttävä, mitä TKI-toiminta ammattikorkeakoulussa voisi olla ja mitä osa-alueita sen kehittämiseksi pitää huomioida. Tällainen syvällisempi keskustelu voidaan aloittaa tekemällä syväanalyysi ja sen pohjalta kehittämisohjelma ammattikorkeakoulujen TKI-toiminnan tulevaisuuden varmistamiseksi.



Kuvio 1. TKI-toiminnan osa-alueet

Kuviossa 1 hahmotellaan TKI-toiminnan osa-alueista ja kolme kehittämisalustaa, joista TKI-toiminnan kriittinen tarkastelu voi alkaa. Alusta 1 ”kehittäminen” ymmärretään ammattikorkeakoulujen käytännössä usein keskeiseksi toimintakentäksi ja ammattikorkeakoulujen toivotaan olevan kiinteässä yhteydessä työelämään ja omaan alueeseen. Alusta 2:n ytimessä on ammattikorkeakoulujen tutkimustoiminta, jonka muodot ja organisointi on hyvin kirjavaa. Tutkimustoiminta on usein vahvasti ammattikuntiin ja -aloihin sidonnaista, mikä tuo omat pulmansa. Alusta 3 taas nostaa esiin innovaatiotoiminnan ja sen näkökulman ammattikorkeakoulujen TKI-toiminnassa. Tämä TKI-toiminnan osa-alue on ehkä kaikkein epäselvin osa-alue ja siitä on olemassa hyvin toisistaan poikkeavia käsityksiä.

Näiden kehittämisalustojen pohjalta voidaan esittää seuraavat kysymykset:

1. Mitä kehittämistoiminta ammattikorkeakouluissa on ja miten se yhdistyy tutkimukseen? Mitä heikkouksia ja vahvuuksia siinä on? Mitä mahdollisuuksia ja uhkia siihen sisältyy?

Sen lisäksi pitää analysoida huolellisesti seuraavia kysymyksiä:

- a. Miten kehittäminen on näkyvässä aluevaikuttamisessa ja siinä tehtävässä työssä?
 - b. Miten kehittäminen ja työelämän kehittäminen ovat yhteydessä toisiinsa?
 - c. Miten kehittäminen on huomioitu opetuksessa ja koulutuksessa?
2. Mitä ammattikorkeakouluissa tutkimustoiminta ja millaista tutkimusta siellä tehdään? Mitä heikkouksia ja vahvuuksia siinä on? Mitä mahdollisuuksia ja uhkia siihen sisältyy?
Sen lisäksi pitää analysoida huolellisesti seuraavia kysymyksiä.
- a. Miten tutkimus ammattikorkeakouluissa on työelämälähtöistä ja käytäntöä palvelevaa?
 - b. Miten tutkimus on yhdistynyt aluevaikuttamiseen ja siinä tehtävään työhön?
 - c. Miten tutkimus näkyy opetuksessa ja pedagogisessa kehittämisessä?
3. Mitä ammattikorkeakoulujen innovaatiotoiminta on ja miten yhdistyy tutkimukseen ja kehittämiseen? Mitä heikkouksia ja vahvuuksia siinä on? Mitä mahdollisuuksia ja uhkia siihen sisältyy?
Sen lisäksi pitää analysoida huolellisesti seuraavia kysymyksiä.
- a. Miten innovaatiotoiminta on huomioitu opetuksessa ja koulutuksessa?
 - b. Miten innovaatiot ja innovaatiotoiminta on mukana aluevaikuttamisessa?
 - c. Miten innovaatiot ja työelämälähtöisyys ovat yhteydessä toisiinsa?

TKI-toiminnan analyysissa on kysyttävä myös, miten nämä kolme ulottuvuutta ovat suhteessa toisiinsa. Riippuen siitä, mikä asetetaan kulloinkin tulokulmaksi (innovaatio, tutkimus vai kehittäminen) saadaan hyvin erilaisia haasteita täynnä olevia jännitekenttiä.

Uusien näkökulmien tarve

TKI-toiminnan laajempi tarkastelu edellyttää teoreettista viitekehystä, johon toiminnat, rakenteet, prosessit ja tuotokset voidaan sijoittaa. Keskustelu korkeakoulutuksen tiedontuottamisesta ja tiedonsiirrosta ovat nostaneet vahvasti esille vaatimuksen sovelletun tutkimuksen ja kehittämisen tärkeästä asemasta. Toinen paljon keskustelua herättänyt näkökulma on tiedontuottamisen muotojen jakautuminen ja monitieteisyyden nousu (Moodi 1 ja Moodi 2). (Gibbons, Limoges, Nowotny, Schwartzman, Scott & Trow 1994.) Kolmas teema keskustelussa on ollut käyttäjä- ja kysyntälähtöisyys innovaatioiden synnyttämisessä ja yleisemminkin innovaatiolähtöisyyden tiedontuottamisen ytimessä. (Harmaakorpi 2008.)

DUI-ajattelu ja innovaatioiden lähteet

Harmaakorpi (2008) on pitkään puhunut siitä, että innovaatiotoimintaa tulisi laajentaa. Pitäisi luopua perinteisestä STI Science-Technology-Innovation -asiantuntijakeskeisyydestä ja siirtyä kohti yhteisöllisyydestä nousevaa DUI-ajattelua. DUI-ajattelussa ongelmanasettelu lähtee käytännön ongelmista. Tavoitteena on synnyttää monitoimijuuteen ja -tieteisyyteen perustuvaa tiedontuotantoa. Tämä tarkoittaa, että siirrytään perinteisestä tutkimus- ja kehittämistoiminnan kontekstista kommunikaatio- ja kehittämistoimintaan.

Erityisesti haasteena on hallita moodi 2:n tiedontuotantoprosessia, jossa hiljainen tieto ja eksplisiittinen tieto muodostavat toiminnan jännitteisen ytimen. Oppimiseen perustuva tutkiminen nojaa luottamukseen, avoimuuteen, jakamiseen ja yhteisöllisyyteen.

Tällaisessa ajattelussa ei odoteta, että ”vesiputous laskeutuu”, vaan tavoitteena on tietoisesti murtaa perinteinen perustutkimus -> soveltava tutkimus -> tuotekehitys -ketju menemällä aktiivisesti uusilla työkaluilla käytännön tilanteisiin. Näissä sisääntuloissa huipputietämys ja käytäntö yhdistyvät moniulotteisiin innovaatioprosesseihin ja huomio kiinnittyy erilaisten ”tiedonintressien” yhdistämiseen.

Kiinnostava ulottuvuuden innovaatioiden tutkimiseen ja tuottamiseen tuottaa innovaatioantropologinen näkökulma. (Ruckstein, Suikkanen & Tamminen 2011). Innovaatioantropologiaa voidaan pitää hybridinä tutkimuksesta ja käytännön tekemisestä. Se ei niinkään ole menetelmä, vaan pikemminkin tulkin-

nallinen viitekehys. Näkökulma problematisoi ja yrittää jäsentää usein epämääräiseksi jäävää sosiaalisen käsitettä. Se ei keskity yksilöön, vaan jaettuihin pyrkimyksiin. Innovaatioiden on liikuteltava ihmisryhmiä, tuettava jaettuja pyrkimyksiä, erojen ja identiteettien tuottamisen prosesseja.

Pelkkä käyttäjälähtöisyys ei riitä. On kiinnitettävä huomiota 1) arvon sosiaaliseen merkitykseen, siihen mikä on hyvää ja tavoiteltavaa, 2) siihen, miten merkityksiä tuotetaan ja 3) siihen, miten esineitä ja asioita halutaan. Näkökulma haluaa nostaa esiin arvonluonnin ja suorastaan kehottaa unohtamaan innovoinnin. Mikä on se lisäarvo, joka tuotteesta, prosessista tai palvelusta saadaan ja miten se auttaa ihmisiä arjessa. Näkökulma nostaa esiin arkikäytännöt, käyttäjät ja käytettävyyden. Nämä kaikki ovat sellaisia teemoja, joiden parissa ammattikorkeakoulujen TKI-toiminnan tulisi työskennellä.

Työelämän oppimisverkostot ja TKI-toiminta

Työelämää koskevaa uutta tietoa luovaa ja hyödyntävää tieteellistä ja innovatiivista toimintaa on tarkasteltava ensin yleisellä tasolla, minkä jälkeen sitä vasta voidaan systemaattisesti synnyttää. Kansallisella tasolla puhutaan kansallisesta innovaatiojärjestelmästä ja/tai triple helix -mallista, jotka auttavat hahmottamaan ja ymmärtämään monimutkaisia kokonaisuuksia.

On yllättävän monimutkainen tehtävä pohtia, miten ammattikorkeakoulun TKI-toimintaa voitaisiin liittää näihin kansallisiin linjauksiin. Haastavan asiasta tekee se, että työorganisaatioiden kehittäminen on mielletty osaksi tiede- ja teknologiapolitiikkaa vasta viime vuosina. Tarvitaan uusia käytännön ja teorian yhdistäviä näkökulmia, jotka auttavat käytännön työssä.

Yksi tällainen on Tekesin hallinnoiman TYKES-ohjelman yhteydessä kehitelty ns. laajennettu triple helix- malli. Sen avulla työelämän tutkimusta ja kehittämistä voidaan tarkastella uudesta suunnasta ja aikaisempaa konkreettisemmin. (Ramstad 2011.) Tätä näkökulmaa puoltaa Suomen valitsema laaja-alaisen innovaatiopolitiikan linjaus. Sen avulla saadaan myös näkyviin sellaista, mikä on ammattikorkeakoulujen TKI-toiminnan kehittämisen kannalta olennaista.

Jäykkää triple helix -näkökulmaa laajentavaa viitekehystä voisi nimittää työelämän oppimisverkostoksi. Sen ytimessä on uutta luova oppiminen (Senge 1990, 12), missä nykyisiä työkäytäntöjä kyseenalaistamalla ja refleктоimalla tuotetaan uutta tietoa ja parempia käytäntöjä. Tavoitteena on tuottaa rajanylityksiä ja synnyttää verkostoyhteistyötä eri toimijoiden välille.

Työelämän yhteistyöverkosto ei ole hierarkkinen. Sen ydin ei ole teknologian kehittäminen, vaan sen osallistujajoukko on laajempi. Tavoite ei ole parantaa yksittäisen työpaikan oppimista ja toimintaa sinänsä, vaan ideana on hakea ratkaisuja työorganisaatioiden menestymiseen ja uuden tutkimustiedon luomiseen. Onnistuessaan se voi olla tehokas väline osaamisen yhdistämiseen, ongelmanratkaisuun ja uuden tiedon luomiseen.

Suomalaisessa työelämän kehittämisessä ei voi lähteä pelkästään yritysmaailman näkökulmasta, vaan työelämän kehittämisen pitäisi ulottua sekä julkiseen että kolmanteen sektoriin. Kehittäminen ei voi myöskään rajoittua pelkästään yliopistoon, vaan toimijoiden piiriä on laajennettava välittäjäorganisaatioihin, joita voivat olla ammattikorkeakoulut, oppilaitokset ja konsulttirytykset.

Työelämän oppimisverkoston osapuolia ovat työorganisaatiot, työelämän tutkimus- ja kehittämissyksiköt (yliopistot, tutkimuslaitokset, ammattikorkeakoulut, täydennyskoulutuskeskukset, aikuiskoulutuskeskukset ja yksityiset konsulttirytykset) ja päätöksentekijät (T&K-toiminnan rahoittajat, työmarkkinajärjestöt, viranomaiset, Euroopan komissio sekä alueelliset toimijat).

Työorganisaatioiden ja tutkimus- ja kehittämissyksiköiden välinen suhde ei ole hierarkkinen kuten perinteisessä konsultointisuhteessa. Työelämän T&K-yksiköiden välinen yhteistyö vahvistaa monitieteistä tutkimusta ja erilaisten toimintamuotojen yhdistämistä.

Työelämän oppimisverkoston luominen sisältää kolme askelmaa (Ramstad 2011):

- 1) Työelämän kehittämistä on tarkasteltava laaja-alaisesti toimintajärjestelmän käsitteen kautta, koska se tarjoaa tarpeeksi laajan näkökulman kehittämiselle ja sisältää teknologian, organisaation, prosessit ja liiketoiminnan sekä niiden väliset kytkennät.

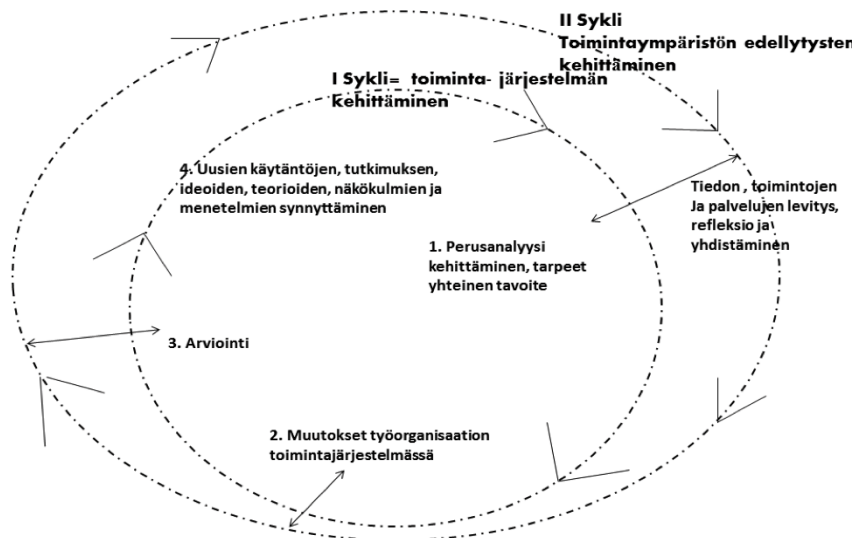
- 2) On vahvistettava osaamista ja tietämystä innovaatioiden infrastruktuurista. Ideana on tutkia teorioiden kehittymistä ja innovaatiomenetelmiä yleensä ja nimenomaisesti kyseessä olevassa työorganisaatiossa.
- 3) On edistettävä tiedon levittämistä ja jakamista tuomalla yhteen erilaisia työorganisaatioita ja asiantuntijoita, jotka ovat kiinnostuneet samanlaisesta kehittämisestä.

Haasteellisinta on luoda riittävästi yhteistyöfoorumeita, joilla työorganisaatioille, T&K-yksiköille ja oppimiselle muodostuu mahdollisuus yhteistyöhön. Tällöin on mahdollista päästä yhteiseen ongelmanratkaisuun ja kunkin osallistujan tiedon ja osaamisen lisäämiseen. Oppimisverkostolla pitää olla yhteinen kohde, jonka alle muut kohteet, kuten koulutuksen kehittäminen, tutkimustyö ja organisaation kehittäminen, voidaan liittää.

Suomalaisessa TKI-ympäristöissä voidaan erottaa kolmenlaisia toimijoita. Ensimmäinen ryhmä koostuu yliopistoista ja tutkimuslaitoksista, jotka ovat kiinteästi yhteydessä kansalliseen ja kansainväliseen tutkimukseen ja kehittämisverkostoihin. Opetuksen ja tutkimuksen lisäksi näillä toimijoilla on intressiä konsulttitoiminnan kehittämiseen. Usein tutkimus on tutkija-avusteista kehittämistä tai toimintatutkimusta. Toimijoilla voi olla kansainvälisestäkin korkeatasoista tutkimustietoa, mutta tieto voi olla liian teoreettista. (Ramstad 2011.)

Toinen ryhmä koostuu ammattikorkeakouluista, ammatillisista oppilaitoksista ja muista koulutukseen ja kehittämiseen erikoistuneista instituutioista. Ryhmä muodostaa eräänlaisen hybridin akateemisen tutkimuksen ja konsultoinnin välillä. Sillä voi olla tärkeä rooli sellaisissa tilanteissa, joissa akateeminen tutkimus päättyy, mutta uutta tuotetta tai palvelua ei vielä ole olemassa. TKI-toiminta on tässä ryhmässä kiinteästi yhteydessä koulutukseen ja opetukseen ja tavoitteena on usein uusien taitojen ja osaamisen synnyttäminen. Tämän ryhmän toimijat vastaavat usein myös uusien oppimismuotojen ja -menetelmien käyttöönotosta ja levittämisestä.

Kolmas ryhmä rakentuu yksityisistä konsulttiyrityksistä, joiden ideana on auttaa työorganisaatiota josakin selkeästi määritellyssä tilanteessa tarvelähtöisesti. Konsulttiyritysten kirjo on suuri eikä alaan liity tiukkaa sääntelyä. Konsulttitoiminnan ideana on etsiä kaupallista lisäarvoa ja pääasiallisena tavoitteena on tarjota palveluja tiettyyn tarpeeseen. Konsulttitoiminnan keskeinen liiketoiminnallinen tekijä on kokemus. Konsulttiyrityksillä on tärkeä rooli uusien johtamisjärjestelmien ja -menetelmien levittämisessä.



Kuvio 2. Toimintajärjestelmän ja sen edellytysten oppimissyklit (Ramstad 2011.)

Työelämän oppimisverkostossa voidaan erottaa kaksi oppimisen sykliä (kuvio 2). Ensimmäinen sykli keskittyy työorganisaation paikallisen toiminnan kehittämiseen ja erityisesti asiakkaiden ja ulkopuolisten asiantuntijoiden rajapintaan. Toisen syklin tavoitteena on löytää yleisempiä oppimisen mekanismeja, joilla

kehittämistä tuetaan. Molemmissa sykleissä tietoa levitetään erilaisten yhteistyömekanismien, refleksiivisyyden ja dialogisuuden kautta. Näillä tuetaan osallistumista, yhteistä oppimista ja kehittämistä. Refleksiivisyyteen pohjaava oppiminen pyrkii luomaan yhteistä ymmärrystä ja tietoisuutta kehittämiseen liittyvistä eri tekijöistä. (Ramstad 2011.)

Refleksiivisyys voi kohdentua omaan itseän, muihin vastaaviin kehittämishankkeisiin ja olemassa oleviin yhteistyösuhteisiin. Jokaisen työntekijän on aloitettava omasta itsestään asettamalla kyseenalaiseksi omat ajattelumallinsa ja työrutiininsa. Tämä selventää itse työtä, käytettävissä olevia resursseja ja strategioita. Tunnistamalla, ymmärtämällä ja vertailemalla erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä eri organisaatioiden välillä, itse organisaatio voi oppia löytää parempia ratkaisuja.

Ensimmäinen oppimisen sykli koostuu kolmesta vaiheesta:

- 1) Perusanalyysivaiheessa hahmotetaan työorganisaation kehittämistarpeet: perusolettamusten kriittinen tarkastelu, tarveanalyysi, tavoiteasettelu, työpajat, vierailut ja erilaisten käytäntöjen analysointi. Tulosten pohjalta luodaan yhteinen oppimisprosessi jatkoa varten.
- 2) Toisessa vaiheessa hankittu uusi tieto käännetään yksilölliseksi ja yhteisölliseksi suunnitelmaksi olemassa olevien työkäytäntöjen muuttamiseksi. Tässä vaiheessa voidaan organisoida toimintatutkimusta, kehittämissyrymiä, koulutusta sekä hahmottaa uusia johtamiskäytäntöjä ja ottaa käyttöön uutta teknologiaa ja palvelumuotoja.
- 3) Kolmannessa vaiheessa pyritään uusien käytäntöjen ja ratkaisujen jatkuvaan arviointiin ja uuden käytännön kehittämiseen. Tämä vaihe nostaa usein esiin uusia kehittämishaasteita, jolloin voidaan joutua siirtymään takaisin alkuun.

Toisen asteen oppimissykli tarjoaa oppimisympäristön työkäytäntöjen laajemmalle kehittelytyölle, jossa ollaan kiinnostuneita yleisimmistä kehittämisen ja innovaatioiden mekanismeista. Syklissä on myös kolme vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa analyysi, käyttöönotto ja arviointi ovat kiinteästi yhteydessä työorganisaation sisäiseen kehittämiseen. Tärkeää on nostaa esiin erilaisia näkökulmia, malleja ja työkaluja liittyen tiedontuottamiseen ja toimintaan. Syklin viimeinen vaihe keskittyy kuvaamaan oppimissyklin tuloksia.

TKI-toiminta sosiaali- ja terveysalalla

Suomalainen hyvinvointimalli on ollut selkeä menestys. Onkin erinomaisen tärkeää tiivistää eri toimijoiden yhteistyötä ja kumppanuutta ja samalla varmistaa se, että uudet sekä sosiaali- ja terveysalaa koskevat rakenteelliset että rahoitusratkaisut perustuvat tutkimukselliseen näyttöön. Oli sitten kyse uusista avauksista tai vanhan kehittämisestä.

THL:n tulevaisuus selvitys (2012) nostaa esiin sen, että suomalaisten terveys ja hyvinvointi ovat huipputasolla. Haasteita riittää silti yhä. Ensimmäinen haaste koskee lapsia, nuoria ja perheitä ja heidän tulevaisuuttaan ja muuttuvia tarpeitaan. Toinen haaste on väestön ikääntyminen ja ylisukupolvisuuden huomioiminen työelämässä, palveluissa ja vapaa-ajalla. Miljoonan ikääntyneen Suomi on todellisuutta, josta meillä ei ole aiempaa kokemusta.

Tutkimus, kehittäminen ja innovaatiot sosiaali- ja terveysalalla

Tanskassa tehtiin vuonna 2007 sosiaali- ja terveysalan tutkimusta koskevaan muutos, jossa pääosa sektoritutkimuslaitosten toiminnasta siirrettiin yliopistojen yhteyteen. Muutoksen taustalla oli useita tavoitteita: parempi kilpailukyky, riittävä yhteen koottu tutkimuspanos keskeisillä tutkimusaloilla sekä aikaisempaa itsenäisemmät yliopistot. Myös suomalaiset selvitykset ovat osoittaneet, että yliopistot ja ammattikorkeakoulut vastaavat alueen tiedontarpeisiin paremmin kuin sektoritutkimuslaitokset. (Kotiranta, Nikulainen, Tahvanainen, Deschryvere & Pajarinen 2009.)

Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan vuonna 2012 julkaisema Tulevaisuuden voittajat selvitys suomalaisen hyvinvointivaltion tulevaisuudesta Saari (2010) päätty listaamaan seuraavat tulevaisuutta määrittävät rajapinnat.

- 1) Yritykset ja (YHTI) yhteistyö valmiiden innovaatioiden esille saamiseksi,
- 2) YHTI-yhteistyö innovaatioiden yhdessä tuottamiseksi,
- 3) YHTI-yhteistyö innovaatioaihioiden saamiseksi kaikkien käytettäväksi,
- 4) YHTI-yhteistyö innovaatioideoiden tekemiseksi näkyviksi ja käyttökelpoisiksi jalostamista varten, jolloin syntyy aihioita,
- 5) eri toimintojen ja toimijoiden käytännöt, joilla seurataan innovaatioita jo innovaatioaihioiden vaiheessa,
- 6) Hyvinvointivaltiollisten toimintojen käytännöt innovaatioiden käyttöönottamiseksi ja levittämiseksi,
- 7) Hyvinvointivaltiollisten toimintojen omien innovaatioideoiden takaisinsyöttö innovaatiojärjestelmään kehittymään aihioiksi,
- 8) Innovaatiojärjestelmään kuuluvat käytännöt, joilla seurataan hyvinvointivaltiollisten toimintojen toimijoiden tuottamaa tietoa ja ideoita.

YHTI-lyhenne viittaa kokonaisuuteen, johon kuuluvat yritykset, hyvinvointivaltiolliset toimijat (julkinen etuus- ja palvelujärjestelmä sekä kolmannen sektorin toimijat) ja innovaatiojärjestelmän hyvinvointivaltiolliset toimijat (erityisesti valtion tutkimuslaitokset sekä rajoitetussa määrin nykyisenkaltaiset yliopistot).

Hyvinvointitutkimuksen uusi tuleminen

Juho Saari (2011) ja monet muut ovat viime aikoina nostaneet esille hyvinvointitutkimuksen paradigmaattisen siirtymän, jossa perinteistä resurssi- ja järjestelmälähtöistä hyvinvointitutkimusta halutaan laajentaa.

Saaren (2011) mukaan on olemassa kaksi erilaista hyvinvointi käsitystä. Ensimmäinen palautuu Suomen viralliseen kasvu- ja työllisyyspolitiikkamallin, jossa talouskasvu johtaa työllisyyden kautta tasa-arvon ja hyvinvoinnin lisäykseen. Toinen näkemys todellisuudesta lähtee ajattelusta, jossa huomioidaan talouskasvun laadulliset ongelmat, työllisyyden polarisoituminen, eriarvoistuminen ja hyvinvointivajeet.

Tämä tarkoittaa Saaren (2011) mukaan että työelämämuutosten vuoksi hyvinvointivajeet näyttävät syvenevän ja eriarvoisuus lisääntyy. Sosioekonomisen eriarvoisuuden ja koetun hyvinvoinnin välillä on selvästi monia ristiriitoja, jotka tulevat esiin esimerkiksi onnellisuustutkimuksessa. Niiden viesti on, että ihmisten kokemaa hyvinvointia ja onnellisuutta eivät tiettyyn tulorajan jälkeen ole enää riippuvaisia toisistaan. Onnellisuus ei ole hyvinvointiyhteiskunnan itsestään selvä tuotos.

Ammattikorkeakoulujen tutkimus- ja kehittämistoiminnan kannalta tämä hyvinvointitutkimuksen pelikentän laajeneminen ja syveneminen avaa aivan uusia mahdollisuuksia. Kun ihmisten kokemaa hyvinvointia – erityisesti henkinen hyvinvointi ja elämän merkitykselliseksi kokeminen – asetetaan laajempaan elinympäristön ja käytettävissä olevien resurssien ja toimintamahdollisuuksien kokonaisuuteen, saadaan tutkimus- ja kehittämissympäristö, johon ammattikorkeakoulujen TKI-toiminta soveltuu paremmin kuin hyvin.

Lopuksi

Vaske-hankkeen ytimessä on optimointi, jolla voidaan analysoida kotiin vietävien sosiaali- ja terveyspalvelujen prosesseja, työntekijöiden liikkumista ja asiakasrajapintaa. Saadun tiedon pohjalta voidaan hahmottaa erilaisia vaihtoehtoisia malleja, joilla voidaan organisoida kotipalvelujen ja -hoidon työntekijöiden työtä uudelleen.

Tällainen soveltavaan tutkimukseen nojaava hanke tulee asettaa laajempiin kehyksiin, jolloin hankkeeseen sisältyvää kommunikaatiota ja vuorovaikutusta, kehittämisprosessia ja siinä käytettyjä menetelmiä sekä saatuja tuloksia voidaan tarkastella kriittisesti. Hankkeeseen osallistuvien ammattikorkeakoulujen tulisi myös erityisen huolellisesti ja kriittisesti tarkastella hankkeen prosesseja ja tuotoksia.

Eritynen huomio tulisi kohdistaa siihen, millaisia strategisempia linjauksia tulisi tehdä TKI-toiminnan käytäntöjen kehittämiseksi. Vain siten TKI-toimintaa ja sen tuotteita ja palveluja voidaan kehittää pitkäjänteisesti ja vaikuttavasti.

Lähteet

- ARENE & AMKtutka. 2008. Ammattikorkeakoulujen tutkimus- ja kehittämistyö II. www.amktutka.fi. 12.9.2012.
- ARENE. 2007. Ammattikorkeakoulujen tutkimus- ja kehittämistyö. Nykytila ja tavoitteet, ARENE.
- Etzkowitz, H. & Leydesdorff, L. 2000. The dynamics of innovation: from National Systems and “Mode 2” to a Triple Helix of university–industry–government relations. *Research Policy, vol 29, pp 109–123.
- Gibbons, M., Limoges, C., Nowotny, H., Schwartzman, S., Scott, P. & Trow, M. 1994. The new production of knowledge: the dynamics of science and research in contemporary societies. London: Sage.
- Godin, B. 2005. The Linear Model of Innovation: The Historical Construction of an Analytical Framework. Project on the History and Sociology of S&T Statistics Working Paper No. 30.
- Harmaakorpi, V. 2008. Käytäntölähtöisen innovaatiotoiminnan innovaatioympäristöt. Teoksessa Mustikkamäki, N & Sotara, M. (toim.) Innovaatiotoiminnan monet kasvot. Tampere. Tampere University Press, 108–131.
- Kotiranta, A., Nikulainen, T., Tahvanainen, A.-J., Deschryvere, M. & Pajarinen, M. 2009. Evaluating National Innovation System – Key Insights from INNOEVAL Survey. Helsinki: ETLA. Discussion Papers, 1196.
- Maassen, P., Kallioinen, O., Keränen, P., Penttinen, M., Spaapen, J., Wiedenhofer, R., Kajaste, M. & Mattila, J. 2012. From the bottom up Evaluation of RDI activities of Finnish Universities of Applied Sciences. Publications of the Finnish Higher Education Evaluation Council 7:2012. http://www.kka.fi/files/1482/KKA_0712.pdf. 11.9.2012.
- OECD. 2010. Ministerial report on the OECD Innovation Strategy Innovation to strengthen growth and address global and social challenges. Paris: OECD.
- OECD and Eurostat. 2005. Oslo Manual – Guidelines for Collecting and Interpreting Innovation Data. Paris: OECD.
- Ramstad, E. 2005. Työelämän oppimisverkostoja Suomessa ja laajennettu tripel helix- malli. Teoksessa Alasoini, T., Ramstad, E. & Rouhiainen, N. (toim.) Työelämän kehittämissuunnitelma kehittyvänä toimintana. Tuloksia, haasteita, mahdollisuuksia. Helsinki: Työministeriö, Tykes Raportteja 40, 163–193.
- Ramstad, E. 2011. The next generation of learning network? Innovation generating model. Teoksessa Alasoini, T., Lahtonen, M., Rouhiainen, N., Sweins, C. Hulkko-Nyman K. & Spangar T. (toim.) Linking Theory and Praxis. Learning Networks at the Service of Workplace Innovation. Helsinki: Työministeriö, Tykes Raportteja 75, 49–66.
- Ruckstein, M., Suikkanen, J. & Tamminen S. 2011. Unohda innovointi. Helsinki: Edita.
- Saari, J. (toim.) 2010. Tulevaisuuden voittajat - hyvinvointivaltion mahdollisuudet Suomessa. Helsinki: Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisu 5/2010.
- Saari, J. (toim.) 2011. Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki: Gaudeamus
- Senge, P. 1990. The fifth discipline. The art and practice of learning organization. New York: Doubleday/Currency.
- THL. 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin tulevaisuuksia 2012. THL:n vuosittainen ennakointiraportti. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/230514f2-fc31-4bbf-839d-df1173333d22>. 11.9.2012.

Kehittämistyötä kotihoidon tuottavuuden ja laadun lisäämiseksi

Katja Isoaho
Markku Viita

Ikääntyminen ilmiönä aiheuttaa sen, että väestön väestöllinen huoltosuhde heikkenee monessa kunnassa nopeasti (taulukko 1): veronmaksajat vähenevät samaan aikaan kun vanhenevan väestön määrä ja palvelutarpeet kasvavat. Ilmiö aiheuttaa kuntatalouteen merkittävän haasteen jo tämän vuosikymmenen alkupuoliskolla. (Nuutinen 2011, 17.) Monilla väljästi asutuilla alueilla yli 65-vuotiaiden määrä ylittää jo nyt 25 %. Koko maan tasolla yli 65-vuotiaita on 17 % ja vasta vuonna 2030 ollaan Lieksan nykyisissä lukemissa yli 26 %. (Jämsen & Kukkonen 2010, 31.)

Taulukko 1. Väestöllinen huoltosuhde vuosina 2010–2040 (Tilastokeskus 2009.)

	2010	2020	2030	2040
Lieksa	62,4	101,8	137,1	130,6
Iisalmi	53,4	74,1	88,8	87,1
Kiuruvesi	64,6	83,2	100,9	99,5
Sonkajärvi	60,5	87,9	112,4	111,1
Vieremä	59,4	75,0	86,8	86,2
Pohjois-Karjala	54,2	73,9	88,4	86,1
Pohjois-Savo	54,3	71,8	84,7	84,1
Koko maa	51,6	65,4	73,0	73,4

Väestöllinen (demografinen) huoltosuhde on alle 15-vuotiaiden ja 65+ vuotta täyttäneiden määrän suhde 15-64 -vuotiaiden määrään.

Vaske-hankkeessa tapahtuvan kehittämistyön punaisena lankana on ollut julkisten hoito- ja hoivapalvelujen tuottavuuden parantaminen. Kansataloustieteilijät ovat viime vuosina olleen varsin pessimistisiä julkisen sektorin tuottavuuden kehittymisen suhteen. Lisääntyvästä keskustelusta ja kehittämistoimista huolimatta julkinen tuottavuus näyttäisikin olevan edelleen pikemminkin laskussa. Esimerkiksi kotihoidon asiakkaiden määrät ovat viime vuosina laskeneet, mutta toisaalta asiakkaiden saamien palvelujen määrät ovat kasvussa. (Tilvis 2010, 65–66). Kotihoidon laatu oli Paljärven (2012) tutkimuksessa asiakkaiden mukaan muuttunut vain vähän; asiakkaalle annettu aika, hoidon saatavuus, neuvonta ja ohjaus sekä tiedotus olivat jopa parantuneet riittävyden suhteen.

Tässä hankkeessa kotihoidon tuottavuutta lähestytään niin, että tuottavuuden ajatellaan kasvavan, kun kotona tapahtuvan asiakastyön määrää kyetään lisäämään. Työajan seurantaan perustuvan prosessioptimoinnin avulla ajatellaan nykyisellä henkilöstöllä löytyvän laskennallisesti yli kolmannes asiakastyöhön käytettävää työpanosta lisää. Lisääntynyt tuottavuus luo puolestaan tilaa asiakastyön laadun kehittämiseksi. Tämä tapahtuu yhtäältä asiakastyön prosesseja sujuvoittamalla mm. aamupäivän ruuhkahuippuja tasaamalla hoitamalla oikeat asiakkaat oikeaan aikaan sekä toisaalta välillisen työn, muualla kuin asiakkaan kotona tehtävän työn, määrää vähentämällä.

Monissa tapauksessa kotihoidon henkilöstön ns. välillisen työn määrä muodostuu selvästi varsinaista asiakastyötä suuremmaksi. Tämä on varsin yleinen havainto ja sitä on raportoitu mm. Päijät-Hämeessä pal-

velukeskus Aavan kehittämishankkeen yhteydessä (Borg 201, 22–29). Välillinen työ kostuu tavallisimmin hyvin sirpaleisesta tehtävien kokonaisuudesta, pitäen sisällään mm. erilaisia valmistelutehtäviä, yhteydenpitoa, organisointia ja matkustusta. Yksi keino vähentää välillistä työtä ovat teknologiset ratkaisut esim. toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönotto sähkölukkoineen ja mobiililaitteineen. Tuottavuuden lisäksi on muitakin tärkeitä perusteita välillisen työn kriittiselle tarkastelulle. Ensinnäkin asiakaslaadun kehittäminen - asiakkaat yleensä toivovat enemmän aikaa ja palvelua, mitä kotihoito kykenee tuottamaan. Tällä on taas suora yhteys henkilöstön työtyytyväisyyteen. Hoitohenkilökunta motivoituneempaa silloin kun he pystyvät vastaan asiakkaan tarpeisiin (Hennala & Melkas 2010, 234). Lisäksi viime kädessä juuri hoito- ja palvelusuunnitelmien mukainen asiakastyö on se, johon kotihoidon resurssit on suunniteltu ja budjetoitu käytettäväksi.

Hankkeen toteutusalueena on ollut kaksi laajaa väljästi asuttua aluetta Itä-Suomessa – Ylä-Savo ja Pielisen Karjalan alue. Näiltä alueilta hankkeeseen osallistuvat Iisalmen, Kiuruveden ja Lieksan kaupungit sekä Vieremän ja Sonkajärven kunnat. Lieksassa kehittämisen kohteena on ollut kotihoidon palvelut. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymään kuuluvien kuntien alueella kehittämisen kohteena on ollut kotisairaala- ja kotihoidon palvelut.

Hankkeen tavoitteena oli kehittää uusi toimintojen kehittämis- ja arviointiväline sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittämiseen väljästi asuttujen alueiden kuntien käyttöön. Tavoitteena on ollut paitsi löytää keinoja vastaamaan valtavasti kasvavaan palvelutarpeeseen, myös lisätä hoitajien jaksamista ja viihtyvyyttä työssään. Optimoinnilla on haettu vaihtoehtoisia malleja tuottaa samalla resurssilla enemmän palveluja.

Optimointi ja työpajatyöskentely

Optimoinnin ja työpajatyöskentelyn vaihtoehtoisine skenaarioineen on ollut tarkoitus toimia innovatiivisina tukivälineinä uuden kehittämis- ja arviointimenetelmän luomisessa. Hankkeen aikana on suunnistettu logistisen optimoinnin ja kotihoidon arjen välisessä maastossa. Projektin toimijoilla on saattanut välillä käydä mielessä kysymys: Ovatko nämä kaksi asiaa täysin eri planeetoilta vai tuovatko erilaiset näkökulmat kotihoidon kehittämiseen uusia oivalluksia ja mahdollisuuksia?

Työpajatyöskentelyn tarkoituksena oli käynnistää vuoropuhelua tietokonepohjaisten suunnittelutulosten, kotihoidon arjessa toimivien esimiesten ja työntekijöiden ajatusten ja kokemusten sekä muun asian- tuntijatiedon välillä. Työpajojen välillä kehittämistyö ja keskustelu jatkui projektiryhmissä, väli- ja itsearvioinnissa, opiskelijoiden asiakkaille ja työntekijöille tekemissä haastatteluisissa ja selvityksissä sekä lopuksi opiskelijoille, työntekijöille, asiakkaille ja ohjausryhmälle tehdyissä arviointihaastatteluisissa. Samanaikaisesti pilottiorganisaatioissa on kehitetty omaa toimintaa ja tapaa tehdä työtä. Työpajatyöskentely ja optimointitulokset on edistänyt oivalluksia siitä, mitä jo osataan, mistä voidaan luopua, mitä säilyttää ja mitä uutta tarvitaan -uudenlaisen ajattelutavan rakentumista.

Seuraavissa luvuissa kuvataan hankkeen pilottialueiden Lieksan kaupungin kotihoidon ja Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän kuntien kotisairaalan ja kotihoidon kehittämisprosessia työpajatyöskentelyineen ja optimointineen; vuoropuhelua tehokkuuden ja inhimillisen näkökulman välillä.

Lieksan kotihoito

Hankkeen keskeisiä toimenpiteitä ovat hankesuunnitelman mukaan:

- 1) nykytila-arviointi analyysityökaluja hyödyntäen
- 2) vaihtoehtoisten toiminta- ja tuotantotapojen kuvaaminen kerätyn datan perusteella
- 3) 4-vaiheinen skenaariotyöskentelyn toteuttaminen (skenaarioiden työstö, laskennallinen analyysi, vertailu, valinta)
- 4) valittujen kokonaisuuksien käyttöönoton valmistelu

5) uusien osaamistarpeiden kuvaaminen ja niihin vastaamiseen varautuminen

6) hankkeen tuloksista tiedottaminen.

(ESR-projektisuunnitelma 2010; Väljästi asuttujen alueiden palveluiden kehittämien (VASKE) -hanke 2010.)

Kaikista neljästä kotihoidon tiimistä kerättiin tietoa nykytila-arviointia ja optimointia varten elokuussa 2011. Optimointiin tarvittavat tiedot eivät olleet suoraan siirrettävissä Mediatri-potilastietojärjestelmästä optimoinnissa tarvittaviin excel-pohjaisiin aineistonkeruutaulukoihin. Tästä syystä hankkeelle palkattiin työntekijä siirtämään tietoja aineistonkeruutaulukoihin. Alun perin tietoa piti kerätä kahdelta viikolta, mutta tiedonsiirron hitauden takia, tietoa kerättiin vain yhdeltä viikolta. Kotihoidon työntekijät aloittivat samanaikaisesti asiakaskäyntien toteutuneiden aikojen kirjaamiseen Mediatriin. Asiakaskäynnin keston kirjaamista uudella tavalla pidettiin aikaa vievänä, erityisesti ilta- ja viikonloppuvuoroissa. Projektiryhmässä todettiin kuitenkin, että tehty työ tukee kirjaamisen kehittämistä mm. aikaperusteiseen laskutukseen siirtäessä.

Optimoinnin ja kehittämistarpeiden määrittämistä

Optimointia varten kerätyn toteuma-aineiston analysointia ei ehditty tehdä ensimmäiseen työpajaan mennessä. Marraskuun työpajassa keskusteltiin sen sijaan optimoinnista ja kotihoidon kehittämistarpeista: mitä optimointi tarkoittaa ja miten sitä voidaan hyödyntää kotihoidon kehittämässä. Ensimmäisen työpajan avauspuheenvuoroissa hankkeen ja sen kautta tapahtuvan optimoinnin odotettiin tuovan muutosta, avaavan uusia näkökulmia ja vähentävän autossa istumisaikaa. Laajempaan näkökulmana optimoinnin odotettiin avaa kotihoidon työtä ja tuovan keskusteluun tärkeän kysymyksen eli osaamisen. (Hiltunen & Pasanen 2012.)

Työpajassa todettiin, että Lieksan kaupunki lähti hankkeeseen mukaan pinta-alastaan johtuvien pitkiä välimatkojen takia. Kotihoidon monimuotoisuuden vuoksi on tärkeää tietää, mitä kentällä tapahtuu ja mihin suuntaan ollaan menossa, minkä tyyppisiä kotihoidon käynnit ovat, mitä osaamista on ja mitä tarvitaan lisää sekä miten kotihoitoa johdetaan. Työpajan aikana mietittiin edelleen, mitä kotihoidossa on jo kehitetty ja mitä kehittämistarpeita on. Kunnallista kotipalvelua on jo rajattu niin, ettei enää tarjota siivousta, ei ruoanlaittoa, eikä kaupassakäyntiä. Mitä palveluja asiakkaille ylipäätään tarvitaan? Miten työ rajataan? Lisäksi pohdittiin, mitä muutosta tarvitaan? Onko tarvetta lähteä ja tulla yhdestä pisteestä? Lisäksi mainittiin, että optimointiskenaarioiden avulla voitaisiin kokeilla, millä tällainen toimintatapa näyttää. Mahdollisena optimointiskenaariona mietittiin tiimirajojen poistamista.

Yleisenä oletuksena hankkeen tässä vaiheessa oli, että optimoinnin tuloksena kotihoidon työntekijöiden päivittäisten matkojen määrä vähenee. Yhtenä kehittämistyön tarkoituksena ajateltiin olevan kotihoidon työntekijöiden matkanteon vähentäminen kilometreissä ja ajassa. Samanaikaisesti yhtä tärkeänä ellei tärkeämpänäkin tavoitteena pidettiin aikaresurssin lisäämistä kotihoidon asiakastyöhön eli sitä, että kotihoidon työntekijät viettävät työajastaan mahdollisimman suuren ajan asiakkaiden luona. Kotihoidossa oli laskettu, että asiakkaan luona vietetään yleisesti 5-7 min/asiakaskäynti. Teknologiset ratkaisut, kuten toiminnanohjausjärjestelmä, sähkölukot ja mobiililaitteet, katsottiin olevan yksi ratkaisu välittömän työn lisäämiseksi.

Lieksan kotihoidon kehittämisteemat alkoivat vähitellen jäsenyää projektiryhmä-, työpaja- ja väliarviointityöskentelyssä vuoden 2011 aikana. Kotihoidon kehittämistarpeiksi ja -toiveiksi rajautui seuraavia asioita:

1. Keinoja saada enemmän aikaa asiakkaille ja kiireen tunteen vähentämistä
2. Ratkaisuja syrjäkylien kotihoidon palvelujen järjestämiseen virka-ajan ulkopuolella - nyt niitä ei juurikaan ole saatavilla
3. Kotihoidon näkyväksi tekeminen poliittisille päättäjille
4. Asiakasnäkökulma/inhimillinen puoli esille optimoinnin lisäksi

5. Tietoa teknologisista ratkaisuista (toiminnanohjausjärjestelmä, mobiiliratkaisut, työajanseuranta ja sähkölukko)

Hankkeen väliarviointiraportissa (Hiltunen & Pasanen 2012, 13) todetaan, että suurin huoli kotihoidon arjessa työntekijöillä on syrjäseutujen asiakkaita. Syrjäseudulla asuvat kotihoidon asiakkaat eivät saa palveluita iltaisin ja viikonloppuisin. Pitkien välimatkojen ja sen myötä ajoreittien takia asiakkaan luona oltava aika jää myös liian vähäiseksi. Kotihoidon toiminnan kehittämiseen koettiin liittyvän ristiriitaa tehokkuuspyrkimysten ja asiakaslähtöisen toiminnan välillä. Tällä hetkellä työtä ei voi aina toteuttaa asiakaslähtöisesti eivätkä asiakkaat ole keskenään tasa-arvoisessa asemassa.

”päivittäinen tuska että ei oo.. paljon on jouduttu rajaamaan.. rankalla kädellä.. meillähän ei saa syrjäkylän ihmiset muuten kuin virka-aikana palveluita mikä on ihan väärin.. mutta se on taas resurssikysymys..”

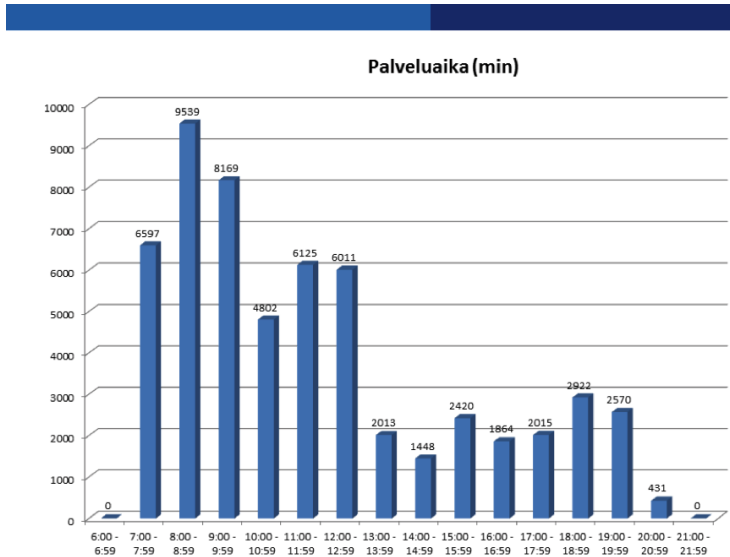
Kotihoidon toiminnan kehittämistä mahdollistavina tekijöinä pidetään joustavia työntekijöitä, sähköisen kirjaamisen aikaisempaa luontevampaa käyttöä sekä jo tehtyjen työtehtävien uudistamista ja osaamisen kehittämistä koskevien muutosten onnistumista. Tämän nähdään olevan hyvä perusta kun kehittämistyötä jatketaan. Lisäksi mahdollisuuksia voi avata erilaiset tekniset sovellukset, joita yksityisellä sektorilla on käytössä. (Hiltunen & Pasanen 2012, 13,15.)

Virkki, Vartiainen & Hänninen (2012, 253) ovat osallistuneet vanhustyön nykytilaa koskevaan keskusteluun tarjoamalla laajaan haastatteluaineistoon perustuvaa tietoa siitä, millaisena vanhustyöntekijät näkevät tämänhetkisen vanhustyön sekä omat mahdollisuutensa toteuttaa työssään keskeisinä pitämiään tavoitteita ja arvoja. Hoivatyöntekijöiden vakiintunut ammatillinen etiikka on joutunut vastakkain taloudellisten näkökohtien kanssa. Työntekijöiden on sovittava yhteen ammatilliset arvonsa, oma jaksamisensa sekä asiakkaan tarpeet ja tiukat tehokkuusvaatimukset. Huomionarvoista sen sijaan on, että suorassa asiakas-kontaktissa työskenteleminen tekee vanhustyöntekijöistä puskureita, jotka joutuvat kohtaamaan palvelujen tehostamisen seuraukset ja käsittelemään niihin liittyviä tunteita, esimerkiksi syyllisyyttä ja voimattomuutta. Sekä artikkelin vanhustyöntekijät että Lieksan kotihoidon työntekijät kantavat huolta vanhusen selviämisestä, Lieksassa erityisesti syrjäseutujen asiakkaita iltaisin ja viikonloppuisin: ”Joskus hirvittää kun painaa oven kiinni perässään että mitenkähän se selviää?” (emt., 262.)

Toteutuneista reiteistä hoito- ja palvelusuunnitelmien tarkistamiseen

Procomp Solutions Oy:n tuotepäällikkö Juha Arola esitteli toisessa työpajassa 17.1.2012 Lieksan kotihoidon ensimmäiset optimointitulokset, joissa vertailtiin toteutuneita reittejä optimoituihin reitteihin ja joista määriteltiin optimointituloksista nousevia kehittämistarpeita.

Toteuma-aineisto kerättiin elokuussa yhden viikon ajalta 2011 tiimeistä 1-4. Optimointi tehtiin toteuma-aineistosta generoitujen periodisuustietojen pohjalta, jotka sisältävät mm. tiedot kuinka monta kertaa viikossa ja minkä aikaikkunan sisällä periodisten tilausten mukainen asiakaskäynti tulee tapahtua sekä kuinka pitkä palveluaika on. Näin saatiin selville periodisten tilausten toistuvuus ja aikaikkunoiden koko.



Kuvio 1. Toteutuneet palveluajat Lieksan kotihoidossa ajalla 1.8.-7.8.2011

Lieksan kotihoidossa palveluaika asiakkaan kotona tehdystä työstä oli 3,2 h työvuoroa kohden. Asiakasikäntimäärä oli 10,3 asiakaskäyntiä työvuoroa kohden. Kuviossa 1 on nähtävissä se valtakunnallinen ilmiö, että asiakkaiden palvelutarve on suurin aamulla. Ruuhkahuippu on yleinen ilmiö kotihoidossa, mutta ruuhkahuipun haittavaikutukset ja sen todelliset syyt ovat huonosti ymmärrettyjä. Ruuhkahuippuja syntyy kun palvelutuotanto on epätasaisesti jakautunut läpi päivän, aiheuttaen merkittäviä piikkejä kotihoitajien kuormituksessa. Ruuhkahuippuja esiintyy usein sekä aamulla että illalla, jolloin asiakkaiden palvelutarve perinteisesti on suurin. Erityisesti aamulla on paljon aikakriittisiä käyntejä. Illalla puolestaan ruuhkahuiput johtuvat enemmän henkilökunnan suhteellisesta vähydestä. Ruuhka-aikana tulisi tehdä ainoastaan aikakriittisiä käyntejä, koska ruuhkahuippu määrittää kapasiteetin tarpeen. Asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa tulisi määrittää eri palvelujen aikakriittisyydet. Tämä tehdään määrittämällä käynneille aikaikkunat, jonka puitteissa käynti aloitetaan. (Groop 2012.)

Optimointituloksissa oli kiinnostavaa optimoinnin tuottamat vinkit, mistä hyötyjä kannattaisi lähteä etsimään. Periodisten tilausten pohjalta suoritettiin kaksi eri laskelmaa aluejaon kanssa (tiimirajoilla) sekä ilman aluejakoa (ei tiimirajoja). Työvuorot vähenivät aluejaon kanssa 8,3 % ja ilman aluejakoa 17,8 % (kuvio 2). Optimointi osoitti, että tiimirajojen poistaminen näyttää tuottavan mahdollisuuden uudelleen ohjata kotihoiton resursseja työvuoromäärässä. Toisaalta Hiltunen & Pasanen (2012, 13) toteavat väliarviointiraportissa, että työntekijät kokevat jo joustaneensa yli tiimirajojen palvelujen saatavuuden turvaamiseksi.

"... on pompittu siellä ja täällä.. joustetaan tarvittaessa..."

Tulosten vertailu

- Alla viikon ajalta vertailu toteutuman sekä optimoidun välillä

	Työvuoroja (kpl)	Asiakaskäyntejä (kpl)	Palveluaika (h)	Muu aika (h)	Ajoaika (h)	Ajomatka (km)
Toteutuma	298	3086	948	*	132	4068
Optimoitu, alue raj.	310	2959	1218	107	142	4519
Optimoitu, ilm. alue raj	261	2959	1218	62	150	4739



Kuvio 2.

Lieksan kotihoidon tulosten vertailu

Työpajassa todettiin, että kotihoidon nykytasosta on vaikea tinkiä. Taloushallinnon näkökulmasta tavoitteena on menojen kulmakertoimen hidastaminen.

Työpajassa sovittiin, että kevään aikana tarkistetaan kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat, tehdään uusi tiedonkeruu, suoritetaan optimointilaskennat suunnitelmätietojen pohjalta ja lasketaan mahdolliset lisäskenaariot uuden periodisaineiston pohjalta

Hankkeen kehittämistyön yhtenä tavoitteena on ollut kotihoidon asiakastyön tehokkuuden parantaminen lisäämällä asiakkaan luona vietettävää aikaa ja vähentämällä työntekijöiden kiireen tunnetta. Kevään 2012 kehittämistoimet tarkentuivat tammikuun aikana seuraaviksi:

1. Lisätään aikaa asiakkaan luona

Nimettiin kirjaamistyöryhmä, johon kuului jokaisesta tiimistä sairaanhoidon ja hoivapuolen edustus. Työryhmä määrittelee, mitkä ovat aikakriittiset tehtävät ja mitkä voi siirtää muuhun aikaan. Tavoitteena on aamupäivän ruuhkahuippujen tasaaminen ja vain välttämättömimpien töiden tekeminen aamupäivän aikana.

2. Hoito- ja palvelusuunnitelmien päivittäminen

Määritellään yhdessä asiakkaan kanssa aikakriittiset ja ei-aikakriittiset tehtävät. Suunnitelmat päivitetään huhtikuun loppuun mennessä. Todettiin, että kotihoidon lääkärin työpanos ei riitä kotikäyntien tekemiseen suunnitelmien tarkistamisen yhteydessä, joten lääkärin työpanosta ei saatu prosessiin mukaan.

3. Yleinen kirjaamisen kehittäminen vuoden loppuun mennessä

Aikakriittisyys tarkoittaa aikaikkunaa, jonka aikana tietty asiakaskäynti on suoritettava. Aikakriittiset käynnit on hoidettava lyhyen aikaikkunan sisällä; käynti on esimerkiksi aloitettava klo 8-8:30 tai 12-13 välisenä aikana. Ei aikakriittisiä käynnit ovat sellaisia, joita voidaan vapaasti suunnitella, milloin tahansa kunhan käynti ja sen sisältämät palvelut toteutuvat. (Groop 2012.)

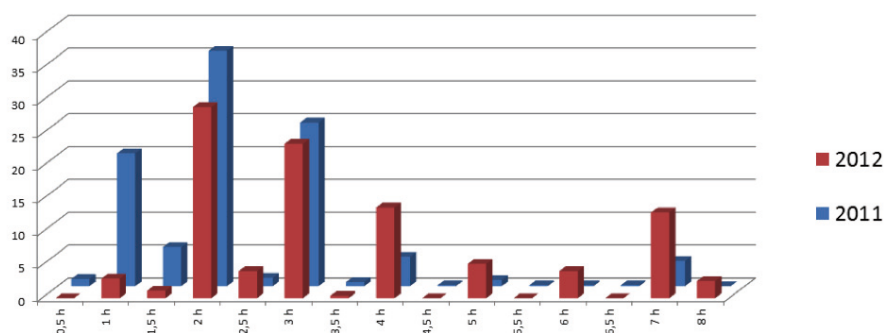
Aikaa asiakastyöhön palvelutuotantoa tasaamalla

Lieksan kotihoito on tarkistanut kevään 2012 aikana tiimien 1 ja 4 asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat aikakriittisyyden näkökulmasta, päämääränään aamupäivän ruuhkahuippujen tasaaminen. Uusien kirjaamistapojen pohjalta on tehty uusi tiedonkeruu huhtikuussa. Verrattuna edellisen optimointiaineiston keräämisen, käytettiin tällä kertaa hoivapuolelta yhden viikon suunnitelmätietoja ja sairaanhoidosta toteutuneita tietoja. Toinen optimointi tehtiin päivitettyjen hoito- ja palvelusuunnitelmien asiakaskäyntien suunnitelmätietojen pohjalta luoduista periodisuustiedoista. Hankkeelle harjoittelun tehnyt sosiologian opiskelija osallistui tiedonkeruuseen ja -siirtoon.

Kolmannessa työpajassa kesäkuussa Procomp Solutions Oy:n Juha Arola esitteli optimoidut reitit, optimointitulokset ja lisäskenaariot tuloksineen. Optimointituloksista ja niiden tulkinnasta voi lukea tarkemmin Olli Bräysyn artikkelista Optimoinnin mahdollisuudet kotihoidossa luvussa 5.

Aikaikkunoiden koko, vertailu edelliseen aineistoon

Tilausten jakautuminen aikaikkunoiden koon suhteen (%)



Kuvio 3. Lieksan kotihoidon aikaikkunoiden koko vuosina 2011 ja 2012

Työpajassa mainittiin, että

kiireen tunne on vähentynyt. Aamulla ei urakoida kaikkea, mitä ennen, vaan tehdään myös iltapäivällä. Asenne on muuttunut puolessa vuodessa. Nyt ollaan sitä mieltä, että ei ole tehokkain tapa tehdä käymällä peräkkäin.

Optimointituloksissa oli tässä vaiheessa kiinnostavaa huomata asiakaskäyntien aikaikkunoiden väljentyminen vuodesta 2011 vuoteen 2012 (kuvio 3). Esim. 0,5-3h aikaikkunoissa oli vuonna 2011 83 % tilauksista, kun taas vuonna 2012 vastaava luku on 61 %. 3-8h aikaikkunoissa oli vuonna 2011 36 % tilauksista, kun taas vuonna 2012 vastaava luku on 63 %.

Kotihoidon erilaisia vaihtoehtoja

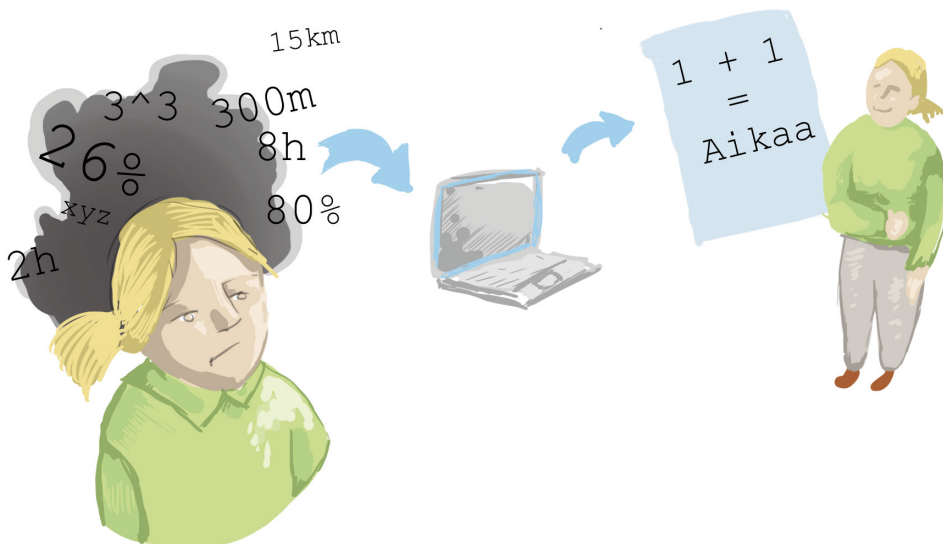
Lieksan kotihoidon viimeisen työpajan aiheena oli Optimoinnin kokonaisuus – kotihoidon erilaiset vaihtoehdot. Procomp Solutions Oy:n optimointiasiantuntija Olli Bräysy esitteli työpajassa optimointitulokset, jotka ovat luettavissa tämän julkaisun luvussa 5 Optimoinnin mahdollisuudet kotihoidossa.

Lähtökohdaksi kotihoidon tulevaisuuden kehittämiseksi todettiin, että kotihoito on Lieksassa seuraavina vuosina nopeimmin kasvava alue. Yli 75-vuotiaita on vuodesta 2013 alkaen joka vuosi 40 enemmän verrattuna edelliseen vuoteen. Näistä 40 yli 75-vuotiaasta oletetaan kotihoidon asiakkuuteen tulevan 6–8 asiakasta vuodessa. Lieksan kotihoidon kehittämisen tavoitteena on tulevaisuudessa pystyä vastaamaan kasvavaan asiakastarpeeseen ilman työntekijälisäyksiä. Yhtenä mahdollisuutena vastata tähän on palvelusetelien käyttöönotto esim. ruuhka-aikoina. (Oinonen 2012)

Hankkeen aikana on keskusteltu paljon siitä, että optimoinnissa kerätään tieto vain asiakkaan luona tehtävästä välittömästä työstä. Kotihoidossa halutaan tietää, mitä muuhun välilliseen työhön sisältyy. Bräysin mukaan Vaske-hankkeen optimointitulokset sisältävät välittömän asiakastyön, matka-ajat, kirjaamisen ja tauot. Laskelmat pohjautuvat erittäin realistiseen malliin, jossa otetaan huomioon kaikki käytännön tekijät ja kaikki data pohjautuu huolellisesti kerättyyn toteumatietoon ja todellisiin hoitosuunnitelmiin. Jyväskylän yliopistossa on meneillään kotihoitoa käsittelevä väitöskirjatutkimus, jossa on tehty sekunnintarkka työajanseuranta koko Jyväskylän kaupungin kotihoidon kaikkien tehtävien osalta. Työajanseurannan mukaan edellä mainittu muu välillinen on yhteensä noin 15 % työajasta.

Saadut optimointitulokset osoittavat Bräysin mukaan, että joustavat tiimirajat, hoitosuunnitelmien aikakriittinen tarkastelu, mobiilikirjaaminen sekä suunnittelun oikea jaksottaminen tuovat kotihoidon organisointiin merkittävää etua, mutta eivät yksin riitä. Tietokonepohjainen automaattinen suunnittelu kykenee saatujen tulosten mukaan rakentamaan huomattavasti tehokkaampia työvuoroja kuin mitä käsin on mahdollista ja nopeuttaa suunnittelua merkittävästi. Automatisointi nopeuttaa yleensä yli 90 % suunnittelu-aikaa, joka voi olla 10–20 % työajasta. Optimointiin pohjautuvan tarkan ja nopeasti itseään korjaavan ajankäytönsuunnittelun on Ruotsissa todettu vähentävän kiireen tuntua. Optimointi myös mahdollistaa enemmän aikaa asiakkaalle. Lisäksi aiemmat tutkimukset osoittavat, että optimoinnin käyttöönotto parantaa hoitajien jaksamista ja viihtyvyyttä työssään.

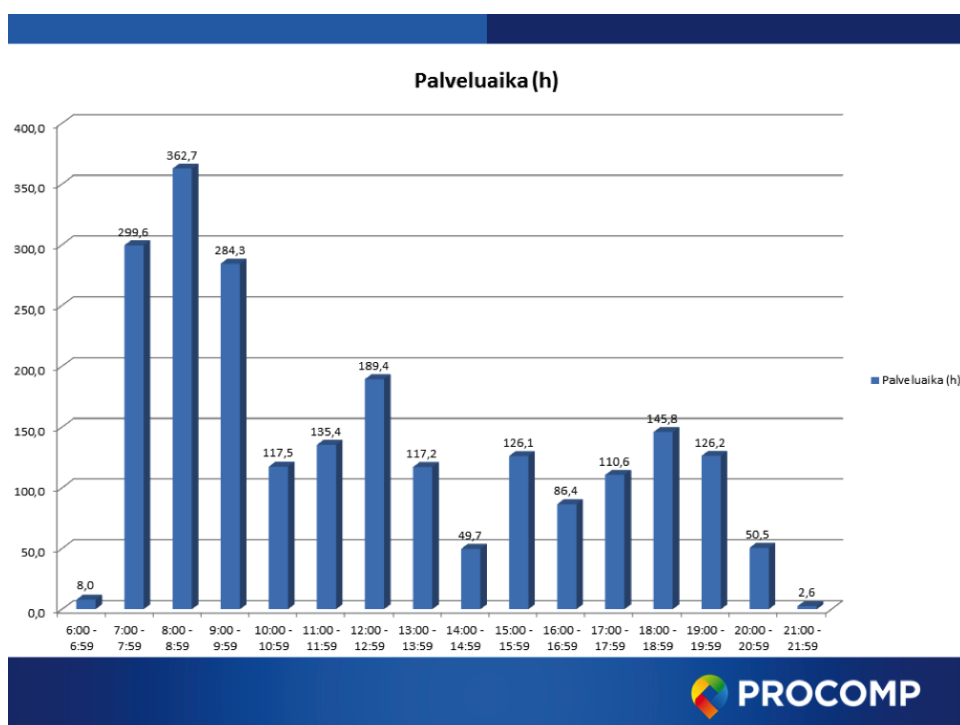
Projektiryhmä- ja työpajakeskusteluissa on kevään aikana korostunut työntekijöiden näkemyksenä se, ettei tiimirajojen poistaminen voi olla asiakkaan edun mukaista, koska tällöin työntekijä vaihtuisi useammin. Uusi työntekijä ei tunne asiakasta eikä tiedä, missä tavarat ovat. Tuttu hoitaja luo asiakkaalle turvallisuuden tunnetta. Bräysin esityksessä puolestaan todettiin, että toimialueiden purkamisella on pääsääntöisesti vain kertavaikutus ja että tutun hoitajan tarve huomioidaan optimoinnissa.



Ylä-Savon kotihoidon kehittäminen ja kotisairaalamallin käyttöönotto

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän pilotissa kehittämiskohteeksi on valittu kotihoidon kehittäminen sekä kotisairaalamallin käyttöönotto kotihoidon, päivystyksen ja ensihoidon yhteistyönä. Molempien tavoitteiden suuntainen kehittämistyö on edennyt ajallisesti rinnakkain. Ylä-Savon kolmen ensimmäisen työpajan aikana keskityttiin kotisairaalamallin kehittämiseen. Kotihoidon sisällön kehittäminen käynnistettiin työpajan suunnittelulla helmikuussa 2012 ja ensimmäinen kotihoidon työpaja oli huhtikuussa.

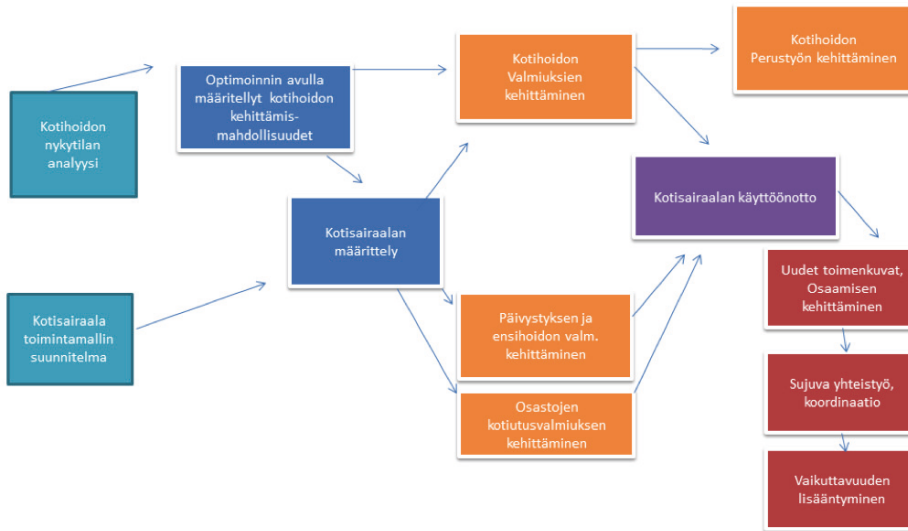
Ensimmäisen, joulukuussa 2011 kokoontuneen työpajan tavoitteena oli keskustella valmistuneiden optimointitulosten pohjalta työpajojen tavoitteista ja sisällöstä. Työpajan aluksi Procomp Solutions Oy:n edustaja kertoi henkilöstölle optimointityökalun toimintaperiaatteesta ja laskentamallin tuloksista. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän kotipalvelun palveluaikaprofiili noudattelee odotetusti muualla Suomessa saatuja tuloksia. Kuviossa 4 kuvataan tiivistetysti Ylä-Savon kotihoidon työajan seurantaan perustuva asiakastyön keskimääräinen kohdentuminen yhden päivän jaksolle kuvattuna. Palveluajan toteutuminen kertoo, että palveluprosessin sujuvuudessa on paljon kehitettävää. Asiapalvelu ryvästyy voimakkaasti työpäivän ensimmäisiin tunteihin, aiheuttaen kapeikkoja, kiirettä ja heikentäen palvelun laatua. Jos palvelutapahtumia voitaisiin jakaa tasaisemmin pitkin päivää, vapautuisi siitä merkittävästi lisää palveluaikaa käytettäväksi uusien tai nykyisten asiakkaiden hoitoon.



Kuvio 4. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän kotipalvelun toteutuneet palveluajat

Ryhmissä tuotettujen kehittämistarpeiden ja ratkaisuehdotusten perusteella tuotettiin työpajatyöskentelylle seuraava vaiheistettu tavoitekuvaus (kuvio 5):

Kehittämisen vaiheistus



Kuvio 5. Ylä-Savon kotisairaalan ja kotihoidon kehittämisen vaiheistus

Toimintamallin perusteella määriteltiin tammikuussa 2012 työpajojen jatkotyöskentelyn aikataulu sekä niiden alustavat tavoitteet ja sisältö. Alla olevassa taulukkoon 1 on tiivistetty työskentelyn myötä täsmennyt työpajojen toimintamalli.

Taulukko 1. Työpajojen ajankohdat, työskentelyn tavoitteet ja sisällöt.

Työpaja	Ajankohta	Tavoite	Sisältö
Kotisairaala I	7.12.2011	Työpajojen tavoitteiden ja sisällön suunnittelu	Optimointitulokset
Kotisairaala II	17.1.2012	Yhteinen toimintatapa	Kotisairaalan visio
Kotisairaala III	13.2.2012	Toimintamallin kuvaaminen	Ongelma- ja ratkaisuanalyysi
Kotisairaala IV	4.5.2012	Moniammatillisten työtapojen kehittäminen	Työtapojen analysointi ja kehittäminen käytännön hoitoesimerkkien kautta
Kotisairaala V	7.9.2012	Moniammatillisten työtapojen kehittäminen	Työtapojen analysointi ja kehittäminen käytännön hoitoesimerkkien kautta
Kotisairaala VI	26.10.2012	Moniammatillisten työtapojen kehittäminen	Työtapojen analysointi ja kehittäminen käytännön hoitoesimerkkien kautta
Kotihoito I	23.4.2012	Palveluprosessin sujuvoittaminen	Hoito- ja palvelusuunnitelmien avaaminen
Kotihoito II	8.11.2012	Välillisestä työstä aikaa asiakastyölle	Välillisen työn sisältöjen avaaminen

Toisen kotisairaalityöpajan tavoitteena oli kotisairaalityöskentelyn kuvaaminen ja kotisairaalityöskentelyn tuottaminen (ks. liite 1). Työryhmätyöskentely pohjautui Ylä-Savon optimointitulosten analyysiin ja ensimmäisen työpajan tuloksiin. Visiotyöskentelyssä kriittisenä näkökulmana olivat kotisairaalityöskentelyn tulevat asiakkuudet ja niiden edellyttämät toimenpiteet.

Kolmannen työpajatyöskentelyn pohjana oli ensimmäisen työpajan tulokset ja kotisairaalan alustava visio. Tavoitteena oli tuottaa toimenpide-ehdotukset eli tarvittavat toiminnalliset muutokset suhteessa nykyisiin toimintamalleihin. Kehittämistarve kohdentuu moniammatilliseen yhteistyöhön ja siihen liittyvään rajapintayhteistyöhön. Työpajatyöskentelyn tuloksena määriteltiin, että kotisairaaloiminnan kehittäminen tapahtuu vuonna 2012 seuraavien askelien kautta:

Kotisairaalan toiminta käynnistyy vuoden 2012 maaliskuussa ja sitä kasvatetaan asteittain tarvittaessa ja mikäli palvelulle on riittävä kysyntää. Käynnistämisyksityössä kotisairaalaan kohdennetaan kahden sairaanhoitajan resurssi klo 9-17, seitsemänä päivänä viikossa. Uusi resurssi kohdennetaan Iisalmen toimintaan. Synergiaetuja syntyy päivystyksen, ensihoidon ja kotihoidon tiivistyvän yhteistyön ja kehittävän koordinoinnin kautta.

Moniammatillisen yhteistyömallin kehittämiseen muodostettiin kehittämisryhmä terveydenhuollon ja kotihoidon asiantuntijoista (Jarno Rieppo, Hanna Jokinen, Jouni Farin, Mirva Huttunen-Savolainen, Eija Jestola, Tarja Huttunen, Maija-Leena Sievänen, Anne Mikkonen ja Marja-Leena Meriläinen).

Kehittämisryhmä määritteli seuraaville kotisairaalityöpajoille seuraavanlaisen työskentelymallin:

Kotisairaaloimintamallia reflektoidaan suhteessa kotisairaalan työntekijöiden käytännön kokemukseen ”keissi”-potilaiden kautta. Tapausesimerkkien kautta analysoidaan ja kehitetään yhteistyömalleja, moniammatillisia työmuotoja ja poistetaan niissä havaittuja puutteita.

Kotisairaalamallin kehittämiskohteet:

Kotisairaalan potilasvalinnalla tähdätään ensisijaisesti lyhyisiin hoitajaksoihin esimerkiksi seuraavien sairauksien kohdalla: infektiosairaudet, munuaisaltaan tulehdus, keuhkokuume, ruusu, laskimoveritulppe, keuhkoembolia, hyväkuntoisten aikuisten rajut infektiot sekä verensiirrot ja vanasektiot. Pidemmät hoitajakset voivat tulla kysymykseen esim. saattohoidossa.

Ensimmäisen toimintavuoden 2012 aikana halutaan kokemuksia erityyppisistä potilastilanteista ja asiakasryhmistä. Seurantarantaryhmän case-käsittelyyn otetaan tapauksia seuraavista asiakasryhmistä:

1. Kotisairaalan suurimman asiakasryhmän muodostaa pelkästään lääketieteellistä ja sairaanhoidollista hoitoa tarvitsevista asiakaista
2. Toissijaisena vaihtoehtona asumisyksiköissä asuvat henkilöt, joiden hoiva voidaan tuottaa ko. yksikön toimesta.
3. Kolmantena vaihtoehtona on niiden ikäihmisten hoito, joilla on jo kotihoidon palvelusopimus

Henkilöstön kehittäminen

Toiminnallisen kehittämisen ohella on tärkeää saada kuva myös kotisairaalan tuomista osaamistarpeista sairaanhoidon ja kotihoidon henkilöstölle. Kotisairaalaan suunnitteluvaiheessa paikannettiin kehittämistarpeina:

1. Sairaanhoitajille sairaalan ohjauksessa tuotettavat keskeiset hoito-ohjeet /mallit, joiden tukemana hoito voidaan toteuttaa kotisairaalan piirissä
2. Kotihoidonhenkilöstön diagnosoikohtainen voimien seuranta ja kehen otetaan yhteyttä

Neljännän työpajatyöskentelyn lähtökohtana oli edellisen työpajan pohjalta tehty koonti kotisairaalan kehittämiskohteista ja selvitetävistä yksityiskohdista:

Kotisairaalan toiminta

- Lääkärikonsultaation toimintamalli
- Sairaalan ohjauksessa tuotetut keskeiset hoito-ohjeet /mallit, jotta hoito voidaan toteuttaa kotisairaalan piirissä.
- Edellä mainittuihin hoito-ohjeisiin liittyvän koulutuksen järjestäminen
- Sairaanhoitajien liikkuminen sekä käytettävien laitteisiin ja lääkkeisiin liittyvät järjestelyt
- Potilastietojärjestelmän ym. edellyttämä raportointi

Ensihoito

- Ensivasteen ulkopuolisten kotisairaalatehtävien määrittely ja koordinointi
- Etäkonsultointimahdollisuus

Kotihoito

- Nopean toiminnan tiimin/iskujoukon määrittely, valinta, pätevyysvaatimukset, henkilömäärä
- Toimintamalli palvelujen tilaamiseen
- Potilaiden voinnin seuraamisen koulutuksen järjestäminen
- Toimintamalli yhteydenotoille poikkeamatapauksissa

Työpajassa keskusteltiin edellä olevan yhteenvedon pohjalta kotisairaalan yhteistoimintamallista sairaalan, kotihoidon ja ensihoidon välillä. Sairaalan ja päivystyksen näkökulmasta on keskeistä kehittää nykyistä lääketiedelähtöistä kieltä ja kommunikaatiota lääketieteelliseen konsultaatioon liittyen. Keskeistä on myös konsultaation kaava, ensihoidon mallintaminen, joista olisi saatava syntymään tiivis, kompakti malli. Toiminta käynnistyy kokeiluna, mutta ajan kuluessa laajetessaan verkostotyöksi, joissa toimintamallin kuvaus erittäin tärkeää

Ensihoitoa ohjaa hallinnollisesti ensihoitokeskus ja sairaanhoitopiiri. Näin ollen toimintaa on vaikea ennakoida ja suunnitella, mutta kuitenkin vapaa resurssi on entiseen tapaan käytössä. Ensihoidon yhteyteen suunniteltua etä-, pikadiagnostiikkaa selvitetään, onko sitä mahdollista kokeilla kotisairaalan piirissä. Tämä ei kuitenkaan ole ajankohtaista kokeiluvaiheessa. Se ei myöskään tässä vaiheessa liity ensihoitoon.

Kotihoidon näkökulmasta kotisairaalan seurantaryhmän tehtävänä on tunnistaa ongelmakohtat, missä järjestelmä ei toimi. Tällä hetkellä yhteistyön kehittämisessä on tärkeää iv-lupien myöntäminen kotihoidon ja hoivayksiköiden sairaanhoitajille. Tarve on lääkärin puutteessa akuutti. Kokeiluvaiheen jälkeen olisi tarpeen luoda malli ikäihmisten akuuttihoitoon järjestämiseen niin, että hoito ja hoiva tulevat kotihoidosta ja sairaasta lääkärikonsultaatio ja hoidon ohjaus.

Viidennessä työpajassa tavoitteena oli

- reflektoida toimintamallia suhteessa kotisairaalan työntekijöiden käytännön kokemuksiin ”keissi”-potilaiden kautta.
- analysoida ja kehittää yhteistyömalleja, moniammatillisia työmuotoja tapausesimerkkien kautta sekä poistaa niissä havaittuja puutteita.

Kotisairaalan työntekijä esitteli kuusi esimerkkitapausta (ks. liite 2), jotka oli pyritty valitsemaan edustavasti kotihoidon laajan asiakaskirjon suhteen. Esittelyn jälkeen kukin ”keissi” analysoitiin ja tehtiin tarvittavia kehittämishdotuksia. Asiakkaan identiteetin suojaamiseksi asiakastapauksista on vain tiivis yleisluonnehdinta.

Kotihoidon työpajat

Kotihoidon ensimmäisessä suunnitteluryhmässä lyötiin lukkoon kolme työpajojen toteutuksen näkökulmasta keskeistä näkökulmaa:

1. työpajaan kutsutaan tiimien avainhenkilöitä, jotka kotihoito valitsee.
2. työpajassa etsitään hyviä käytäntöjä ja onnistumisia siinä miten välilliseltä työltä raivataan aikaa asiakastyöhön
3. edelliseen ja optimointiin liittyen sovitaan muutamasta hoito- ja palvelusuunnitelman avaamisesta sovitussa tiimissä.

Kotihoidon toisessa suunnitteluryhmän palaverissa käytiin lävitse tarkennettu optimointiyhteenveto Ylä-Savon aineistosta. Siinä huomio kohdennettiin kahteen pääskenaarioon: alueellisten tiimien olemassa oloon sekä päivittäisen työkuorman tasaamisen ja optimoinnin vaikutukseen työajan käyttöön. Todettiin, että jälkimmäisellä toimintamallilla voidaan saada selvästi enemmän suotuisia vaikutuksia aikaan. Tähän perustuen määriteltiin, että työpajojen ja kehittämisen tavoitteena on, että kotihoidon henkilöstö pystyisi olemaan suuremman osan työajasta asiakkaiden luona.

Tavoitteeseen pyritään ainakin kolmella eri tavalla:

1. Logistiikka: liikkumisen ja työaikojen optimointi
2. Palvelu- ja hoitosuunnitelmien tarkistaminen niin, että aamunruuhkahuipun aikaan tehdään vain ne toimenpiteet, jotka ovat välttämättömiä juuri siihen aikaan
3. Uusien hoito- ja palvelusuunnitelmien laatiminen tämän periaatteen mukaisesti. 3kk:n tilapäisen selvittelyjakson aikana selvitetään miten työ voidaan jakaa työpäivän aikana

Kotihoidon ensimmäisen työpajan tavoitteena oli avata alustuksin ja ryhmissä työstäen hoito- ja palvelussuunnittelun sisältöä sekä erityisesti käynnistää suunnitelmien aikakriittinen tarkastelu.

Työpajan eteni suunnitellun vaiheistuksen kautta:

1. Jarno Väisänen alusti optimoinnista kotihoidon kehittämisessä ja toi työpajaan Lieksan kehittämisosion kokemukset
2. Hanna Jokisen alustuksessa käsiteltiin hoito- ja palvelussuunnittelun periaatteita sekä demonstroitettiin hoito- ja palvelussuunnitelmien aikakriittisestä tarkastelutietoa kolmen tapausesimerkin kautta
3. Ryhmätyönä (4 ryhmää) tehtiin harjoitus hoito- ja palvelussuunnitelmien aikakriittisestä tarkastelusta alustuksessa kuvattujen tapausten kautta.
4. Yhteinen keskustelu, jossa käsiteltiin ja täsmennettiin hoito- ja palvelussuunnitelmista kehittämisen tarpeita jatkotyöskentelyä varten.

Syksyn kotihoidon kehittämistoiminta käynnistyi ensimmäisessä työpajassa työstettyjen teemojen jatko-työstämisellä. Ennen seuraavaa työpajaa aluetiimeissä kehitetään uusia hoito- ja palvelussuunnitelmia sekä päivitetään vanhoja suunnitelmia. Työpajojen välillä tehtävän etätehtävän teemana on asiakastarpeen tunnistamiseen ja Ravan poikkileikkausanalyysiin perustuen käydä läpi kaikki Ravan alle 2:n asiakkaat ja suunnitelmat.

Seuraavaan työpajaan tuodaan esimerkkejä:

- miten aikaikkunoita voidaan väljentää (hyvät käytännöt, resurssikeskittymät)
- mihin liittyy erityisiä haasteita (mitä uutta pitäisi luoda)
- Ravan alle 2:n läpikäytyjen asiakkaiden suunnitelmista kokemuksia

Keskeinen kotihoidon kehittämiseen liittyvä huomio on ollut, että palveluprosessin sujuvuutta määrittää merkittävästi hoito- ja palvelusuunnitelmiin vaikuttavat kotihoidon ulkopuolisten tahojen päätökset kuten hoitavat lääkärit ja kotiutusketjun toimivuus. Tässä kehittämiskohteena on rajanpintatyöskentely ja moniammatilliset toimintamallit. Tärkeänä kotipalvelun ”sisäisenä” tehtävänä on palveluohjauksen kehittäminen.

Kotihoidon toisen työpajan tavoitteena on avata kotipalvelun välillisen työn sisältöä: Miten voitaisiin vähentää välillisen työn määrää ja lisätä kotihoidon tuottavuutta. Lisääntynyt tuottavuus merkitsee lisää aikaa asiakastyölle. Työpajojen ja kehittämisen tavoitteena on, että kotihoidon henkilöstö pystyisi olemaan suuremman osan työajasta asiakkaiden luona.

Vaske-hankeen jatkona syksyllä 2012 käynnistyi niin ikään optimointia kehittämässä ja sen tulosten arvioinnissa hyödyntävä Tekes-rahoitteinen Kotihoito 2020 -kotihoidon kehittämishanke. Hanketta hallinnoi Ylä-Savon Sote-kuntaytymä ja kumppaneina ovat Peruspalvelukuntayhtymä Kallio, Kalajoen kaupunki ja Mediverkko Oy. Hanke sisältää kunkin toimijan toteuttamistavalla olevia työpaketteja, joista YSSKY:n vastuulla on hoidon sujuvuuden kehittäminen, pitäen sisällään Vaske-hankkeessa havaittuja kehittämistarpeita kuten palvelu- ja asiakasohjauksen, kotiutusprosessin ja omalääkäritoiminnan kehittämisen.

Väljästi asuttujen alueiden kehittämisen mallina uuden ajattelun ja ymmärryksen rakentaminen

Muutosta pidetään tämän ajan organisaatioiden toimintaympäristöä leimaavana pysyvänä ilmiönä. Muutos-tilanteisiin liittyvät ongelmat ja konfliktit yllättävät kuitenkin niin konsultit, tutkijat kuin yritysjohtonkin kerran toisensa jälkeen. Suurin osa, jopa seitsemänkymmentä prosenttia, uudistusprojekteista epäonnistuu tai ei tuota tavoiteltuja tuloksia. (Mattila 2006, 3 ja 203.) Senior (2000, 371) toteaa, että useiden muutosprosessien on havaittu epäonnistuvan, koska kommunikoinnin merkitys on aliarvioitu.

Viitala (2004, 95) pitää muutoksen johtamisessa tärkeinä onnistumista edistävinä asioina keskustelua, koulututusta, muita ajatusmalleja ja tietopohjaa laajentavia hankkeita sekä yhteistoimintaa muutoksen suunnittelussa ja toteuttamisessa. Aito vuoropuhelu muutoksessa mukana olevien kanssa tuottaa usein kestävimmät tulokset, vaikka vaatiikin aikaa ja voimavaroja. (emt.) Uudenlaisten kehittämissuunnitelmien tulisi pitää käytännön työelämää itsearvoisena lähtökohtana. Tällä tarkoitetaan sitä, että kehittämistyössä olisi kuunneltava käytännön toimijoiden puhetta pitäen heidän puheitaan totena. (Juuti, Rannikko & Saarikoski 2004, 246.)

Tämän hankkeen kehittämistyön tavoite on syntynyt yleisen toimintaympäristön muutoksesta johtuvista syistä, kuten kotihoidon palvelutarpeen kasvusta. On tiedossa, että nykyisellä palvelurakenteella ja toimintatavoilla ei kotihoidossa enää selvitä. Kehittämistavoitetta lähdettiin toteuttamaan kummankin pilottiorganisaation omien tarpeiden pohjalta. Hankkeen kehittämissuunnitelman aikana pyrittiin saamaan aikaan vuoropuhelua arjen kotihoidon ja optimoinnin - inhimillisen ja tehokkuuden - välille. Kyseessä on ollut uudenlainen, jopa vieras ajattelutapa tai kehittämismalli, jonka sulattelu on vienyt kehittämisessä mukaan olevilla eri toimijoilta kultakin oman aikansa.

Bräysyn (luku 5) mukaan kotihoidon optimointi on yksi haasteellisimpia olemassa olevia optimointiongelmia lukuisten eri rajoitteiden ja tavoitteiden sekä datan suuren määrän vuoksi. Optimoinnin tavoite on yleensä kustannusten minimointi/tuottavuuden maksimointi. Optimoinnissa voi kuitenkin sen lisäksi olla samanaikaisesti muitakin tavoitteita, kuten potilaiden ja hoitajien tyytyväisyyden maksimointi tai hoidon laadun maksimointi. Optimointi ei automaattisesti johda hyviin tuloksiin, vaan vaatii huolellista suunnittelua ja käyttöönoton tukea. Optimointia ei myöskään tulisi tehdä liiaksi nykykäytännön pohjalta, koska jos kaikki halutaan tehdä kuten nykyisinkin, ei ole oikeasti mitään optimoitavaa. Jos optimoinnille taas annetaan vapautta muuttaa nykykäytäntöä, se johtaa lähes väistämättä muutosvastarintaan, siitäkään huolimatta, että optimoinnin tuottama tulos todennäköisesti on sekä hoitajien että vanhusten näkökulmasta nykyistä parempi ja käytännössä välttämättömyys palvelujen turvaamiseksi.

Hankkeen tärkeänä antina ohjausryhmän ja projektiryhmän jäsenten näkökulmasta ovat olleet erilaiset yhteistyö- ja verkostorakenteet, jotka ovat vahvistaneet toimijoiden yhteistyötä ja luoneet mahdollisuuksia osallisuudelle (Pasanen, luku 7). Tarkiainen (luku 1) peräänkuuluttaakin uusia käytännön ja teorian yhdistäviä näkökulmia, jotka auttavat käytännön työssä. On tärkeää pohtia sitä, miten työelämän oppimis- ja tutkimusverkostoa voidaan rakentaa laajassa yhteistyössä sosiaali- ja terveystieteiden käytännön, yliopistollisen

tutkimuksen, asiantuntijakonsultoinnin ja ammattikorkeakoulun vuoropuheluna. Tällaista yhteistyötä voi nimittää työelämän oppimis- tai yhteistyöverkostoksi. Sen ytimessä on uutta luova oppiminen, missä nykyisiä työkäytäntöjä kyseenalaistamalla ja refleктоimalla tuotetaan uutta tietoa ja parempia käytäntöjä. Tavoitteena on tuottaa rajanylityksiä, synnyttää verkostoyhteistyötä ja reflektiivisyyteen pohjautuvaa oppimista eri toimijoiden välille. Verkostoilla tuetaan osallistumista, yhteistä oppimista ja kehittämistä.

Väisäsen (luku 6) mukaan työpajoihin olisi pitänyt saada myös luottamushenkilöiden edustajia, sillä nykyisessä päätöksentekomallissa he tekevät viime kädessä ratkaisevat, osin lakisääteiset, mutta osin myös arvoperustaiset päätökset eri toimialojen tehtävistä ja resursoinneista. Myös Pasanen (luku 7) toteaa, että päättäjät tulee saada vahvemmin mukaan kehittämistyön tarinaan, sillä heidän päätöksillään rakennetaan työn reunaehdot. Jos taas kehittämistyötä halutaan saada vahvemmin eteenpäin, esimerkiksi viemällä teknologisia ratkaisuja kotihoidon arkeen, tarvitaan tueksi myös hankerahoitusta. Optimoinnin jälkeen seuraava askel voisikin olla kirjaamisen eteenpäin kehittäminen sekä sähköisten toimintajärjestelmien käyttöönotto.

Pasanen kirjoittaa arviointiartikkelissaan tämän julkaisun luvussa 7, että optimointi ei arvioinnin mukaan ole itsessään uusi kehittämis- ja arviointiväline sosiaali- ja terveyspalveluiden toimintojen kehittämiseen, mutta se on yksi mahdollisuus lisätä kotihoidon osaamista. Optimointiprosessi nähtiin silti hankkeen tuotokseksi: uudenaikaisiksi näkökulmaksi tarkastella työtä. Lieksan kotihoidon työntekijöiden arkeen kehittämishanke oli tuonut uuden ajattelutavan eli optimointiin liittyvän aikakriittisen näkökulman oman työn tekemiseen. Hankkeessa on Pasanen mukaan luotu vuoropuhelua tehokkuuden ja inhimillisen näkökulman välille; rakennettu uutta ymmärrystä ja ajattelutapaa. Uusi ajattelutapa jää elämään työntekijöiden arkeen ja verkostorakenteisiin. Keskustelu muutosprosessin ympärillä on ja sen tuleekin olla moniäänistä. Monia kysymyksiä jää vielä arvoitukseksi.

Lähteet

Borg, M. 2011. Kohti uutta kotihoitoa. Kotihoidon toimintamallin muutos. Lahti: Lahden ammattikorkeakoulu.

Chan, W. C. & Mauborgne, R. 2006. Sinisen meren strategia. Helsinki: Talentum.

Groop, J. 2012. Teoksessa Autio, A. (toim.) PARETO Palvelujärjestelmän rakennemuutos ja uudet toimintatavat. Kehittämishanke 2008-2012. Loppuraportti. Espoo: Aalto-yliopisto, HEMA-instituutti, 53-62.

Henna, L. & Melkas, H. 2010. Surffailua, taji-voimistelua ja karjalanpiirakoita : ikäihmisten monitahoinen ääni hyvinvointipalvelujen innovaatiotoiminnan voimavarana. Gerontologia (3) 2010, 231-248.

Hiltunen, K. & Pasanen, M. 2012. Väljästi asuttujen alueiden palveluiden kehittäminen -hanke. Pohjois-Karjalan osio. Väliarviointiraportti. http://www.pkamk.fi/images/files/julkaisut/valiarviointiraportti_250112.pdf 15.10.2012.

Juuti, P., Rannikko, H. & Saarikoski, V. 2004. Muutospuhe. Muutoksen retoriikka johtamisen ja organisaatioiden arjen näyttämöllä. Keuruu: Otava.

Jämsen, A. & Kukkonen, T. 2010. Teoksessa Väistö, R. (toim.) Monikulttuurisista kohtaamista innostavaan ikäosaamiseen. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisuja C:41, 30-39.

Mattila, P. 2006. Toiminta, valta ja kokemus organisaation muutoksessa – tutkimus kolmesta suuryrityksestä. Helsinki: Yliopistopaino.
<http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/val/sosio/vk/mattila/toiminta.pdf> 22.10.2012.

Nuutinen, T. 2011. Pohjois-Karjalan maakunnallinen ikäosaamisen toimintakonsepti 2011-2014. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. http://www.pkamk.fi/files/ikaosaamisen_toimintakonsepti_2011_2014.pdf. 12.10.2012.

Oinonen, T. 2012. Typografia. Lieksa. 2.10.2012. Lieksan kotihoidon työpaja.

Paljärvi, S. 2012. Muuttuva kotihoito. 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0702-8/urn_isbn_978-952-61-0702-8.pdf. 6.6.2012.

Senior, B. 2000. Organizational Change and Development. Teoksessa Chmiel, N. (toim.) Introduction to work and organizational psychology. A European perspective. Cornwall: Blackwell Publishers, . 347-383.

Tilvis, R. 2010. Vanhukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 63-71.

Viitala, R. 2004. Henkilöstöjohtaminen. Helsinki: Edita.

Virkki, T., Vartiainen, A. & Hänninen, R. 2012. Talouden ja hoivan ristipaineissa. Vanhustyöntekijöiden näkemyksiä työnsä muutoksista. Yhteiskuntapolitiikka 77 (3), 253-264

Liite 1

Kotisairaalan visio

Kotisairaalan toiminta on terveydenhuollon ohjaamaa ja koordinoimaa. Sen tarkoituksena on korvata ja täydentää sairaalan vuodeosastotoimintaa sekä tukea potilaan kotiuttamisprosessia. Kotisairaalan palvelutuotannon kehittämiseksi on tärkeää muodostuva yhteistyömalli, joka rakentuu pääosin päivystyksen, ensihoidon ja kotihoidon osaamisen varaan.

Kotisairaalan tavoitteena on lyhentää hoitoprosessia, parantaa sen laatua sekä lisää sujuvuutta ja joustavuutta hoidossa. Samalla potilasturvallisuus lisääntyy ja hoidosta tulee kustannustehokkaampaa. Kotisairaala tuo lisää perusterveydenhuollon osaamista kotihoitoon ja selkeyttää kotihoidon sairaanhoidollista osuutta. Kotihoidon painottuessa asiakkaiden toimintakyvyn ennakoivaan turvaamiseen, voidaan heitä hoitaa pidempään kotona. Kun potilaan ei tarvitse poistua kotoaan se lisää turvallisuutta ja vahvistaa kokemusta hoidon helppoudesta.

Kotisairaalan potilasvalinnan kautta pyritään lyhyisiin hoitajaksoihin esimerkiksi seuraavien sairauksien kohdalla: infektiosairaudet, munuaisaltaan tulehdus, keuhkokuume, ruusu, laskimoveritulppa, keuhkoembolia, hyväkuntoisten aikuisten rajut infektiot sekä verensiirrot ja vanasektiot. Myös pidempiä jaksoja esim. saattohoidon osalta tarvitaan. Asiakkaalle kotisairaaloiminta merkitsee lisääntyvää yksilöllisyyttä, valinnanvapautta, vaihtoehtoja ja asiakaslähtöisyyttä.

Liite 2

Ylä-Savo: Tapausesimerkit, Työpaja 5 (7.9.2012)

1) Iäkäs rouva. Kotoa sisätautiosastolle yleistilan laskun vuoksi joutunut. Sisätauti osastolla sydäninfarkti ja sydämen vajaatoiminta johon konservatiivinen hoitolinja.

huomioitavaa/kehittävää:

-> Palvelukeskuksessa ei i.v hoitoja. Hoitavan osaston hoitajat opetettiin kotisairaalan toimesta lopettamaan i.v- infuusio ja laittamaan mandriini paikoilleen

-> osastohoidossa hoidollisesti vaativa potilastilanne ja odotettavat hyödyt matalat

-> Kotisairaalan työntekijä on perehdyttänyt palvelukeskuksen henkilökuntaa niin, että aloitettu hoito on voitu siellä jatkaa. Kokemukset ovat olleet hyviä ja jatkoon kannustavia. Tähän liittyvät lupakäytännöstä pitäisi saada selvä toimintamalli. Pitäisi listata ne esteet, jotka mahdollisesti vaikeuttavat järkevää toimintaa. Kotisairaala voisi perehdyttää henkilöstöä ja päivystys ottaa näytöt vastaan. Lääkärikonsultaatioissa on luontevaa, että hoitava lääkäri konsultoi myös jatkohoidossa.

2) Iäkäs mies. Paiseen hoito

huomioitavaa/kehittävää:

-> yhteistyö ensihoidon kanssa on toiminut hyvin

3) Iäkäs rouva. Ruusun hoito

huomioitavaa/kehittävää:

-> hoitoprosessi jakautunut kahden yksikön vastuulle. Jatkossa vastuuyksikkönä päivystys

4) Keski-ikäinen mies. Ruusun hoito.

huomioitavaa/kehittävää:

-> tämän tyyppisessä hoidossa pitkät hoitajakset ovat tyyppisiä. Kuitenkin tarkoituksenmukaista hoitaa kotisairaalassa. Hoito asiakaslähtöistä

5) Keski-ikäinen mies. Haimasyövän hoito

huomioitavaa/kehittävää:

-> Ksh toimii klo. 8-16 maanantaista sunnuntaihin, kotisairaala toimii klo.8-16 maanantaista sunnuntaihin. Klo 16 jälkeen ei sairaanhoitajaa ennen yöpartion tulemistä töihin. Ongelmia ollut silloin kun iltai- tai yöaikaan on kipupumpussa ollut ongelmia.

-> kipupumppuun liittyvä osaamista puuttuu. Tarvitaan yksi SH lisää, jolla on iv-luvat. Tapausesimerkissä myös selvää työjakoon ja työaikojen suunniteluun liittyvää kehittämistarvetta kotisairaalan ja kotihoiton välillä.

6) Iäkäs palvelutalossa asuva rouva. Sisätautinen hoito.

huomioitavaa/kehittävää:

-> Harkittavaksi jäi vielä olisivatko asumisyksiköt sekä toisaalta ”helpot” kotiutuspotilaat pilottina sekä tk-päivystyksen/sairaalan, ensihoidon ja kotihoito kotisairaalaan liittyvän työnjaon kokeilualustana.

Opiskelijat ja opettajat mukana hanketyössä

Miia Pasanen

Merja Jokelainen

Hanketyöhön on osallistunut ammattikorkeakoulujen opettajia ja lukuisia opiskelijoita. Seuraavassa luvussa Savonia-ammattikorkeakoulun hoitotyön opettaja Merja Jokelainen ja Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun sosiaalialan opettaja Miia Pasanen kuvaavat kokemuksiaan Vaske-hankkeessa.

Vaske-hanke on tarjonnut mahdollisuuden suunnitella ja integroida hankkeen kehittämistyön arkea osaksi opiskelijoiden oppimispolkua. Voidaankin puhua TKI-toiminnasta, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan, tässä yhteydessä hanketyön, kytkemisestä osaksi niin Savonia-ammattikorkeakoulun Iisalmen yksikön kuin PKAMK:n sosiaali- ja hoitotyön opiskelijoiden oppimisprosesseja. Olemme etsineet yhteistyön mahdollisuuksia olemassa olevien rakenteiden sisältä. Tunnistamme, että niin työelämää kuin oppilaitostenkin arkea määrittää näinä vuosina taloudellinen niukkuus ja rakenteen muutosvaatimukset. Näin ollen näemme loogiseksi rakentaa yhteistyötä, jonka jatkumo ei olisi vahvasti sidottu tiettyyn rakenteeseen tai erillisiin resursseihin. Yhteistyön tavoitteena on ollut vahvistaa hoitotyön ja sosiaalialan opiskelijoiden ja opettajien moniammatillista kehittämis- ja projektityön osaamista. Toisaalta on vahvistettu opiskelijoiden tietoisuutta väljästi asuttujen alueiden palvelujen kehittämisestä.

Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu

Keväällä 2012 Vaske-hankkeen kehittämistyöhön on käytännössä integroitu PKAMK:n hoitotyön opiskelijoiden harjoittelujaksoja ja sosionomiopiskelijoiden opintojakson tehtäviä. Hoitotyön opiskelijat ovat olleet pitkällä aikajänteellä mukana kehittämistyön arjessa ja keränneet asiakasnäkökulmasta tietoa kotihoidon kehittämiseen Lieksan alueella. Opiskelijat ovat käytännössä hankkineet haastatteluaineistoa, joka toimii kotihoidon palvelujen kehittämisen ja osin hankearvioinninkin tukena. Opiskelijat haastattelivat kahdeksaa kotihoidon asiakasta.

Sosionomiopiskelijat ovat mukana projektityön jaksolla, jossa Vaske-hanke on toiminut käytännön esimerkkinä; tarinana projektityön arjesta, johon projekti- ja arviointityön teoriaa on voitu integroida. Hanke on myös mahdollistanut, että opiskelijat ovat voineet ideoida ja suunnitella projektiarvioinnin tehtäviä todellisessa kehittämistyön ympäristössä.

Savonia-ammattikorkeakoulu

Savonian Iisalmen yksikön sosionomiopiskelijat toteuttivat keväällä 2012 osana työn ja työyhteisön kehittäminen – opintokokonaisuutta katsauksen maassamme käytössä olevista kotisairaalamalleista Iisalmen kotisairaaloiminnan kehittämistyön suunnittelun ja työpajatyöskentelyn tueksi. Arvioinnin kriteereinä toimivat Ylä-Savon kotisairaalan suunnitteluvaiheen tavoitteet ja kuuden erillisen raportin toimintasuositukset. Katsaus toteutettiin väljästi Sinisen meren strategiaan (ks. Chan & Maugorge 2006) pohjautuen. Kotisairaaloiminnasta on tekeillä myös sairaanhoitajaopiskelijoiden oppinäytetyö.

Yhtenä hankkeen painopisteenä Iisalmissa on ollut kotisairaaloiminnan aloittamiseen liittyen kotihoidon työntekijöiden osaamisen ja koulutustarpeen selvittäminen. Keväällä 2012 hoitotyön opiskelijat osallistuivat hankkeeseen tutkimusmenetelmä opinnoissaan tarkoituksenaan tehdä ryhmähaastattelut kotisairaaloiminnasta Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän Sonkajärven, Vieremän ja Kiuruveden kotihoidon työntekijöille. Haastattelut toteutuivat lopulta kahdella paikkakunnalla. Niissä selvitettiin työntekijöiden kokemuksia muutosprosessiin valmistautumisesta SWOT-analyysin avulla; mitä etuja, mahdollisuuksia,

uhkia ja haittoja he kokivat muutosprosessista olevan omaan työhönsä, asiakkaille ja työyhteisölle. Opiskelijat kokivat haastattelut toimivina ja oppimisen kannalta hyvinä ja olisivat mielellään jatkaneet niitä. Uusien toimintamallien kehittäminen luo haasteita työntekijöiden osaamiselle ja sitä kautta koulutustarpeille esim. kotisairaalatyössä. Niukoista haastattelutuloksista huolimatta, on niistä havaittavissa epävarmuutta meneillään olevassa muutostilanteessa. Haastattelutulokset tuovat esille myös henkilöstön tulevaisuuden koulutustarpeita.

Sosionomi-opiskelijat toteuttavat syksyllä 2012 osana työn ja työyhteisön kehittäminen – opintokonaisuutta analyysi- ja kehittämistehtävän, jossa tarkastellaan välillistä työtä; sen merkitystä ja sisältöä. Käytännössä Iisalmen sosionomiopiskelijat avaavat työn ja työyhteisön kehittämisopinnoissa kotihoidon vaihtoehtoisia toimintatapoja. Tavoitteena on selvittää kotihoidon henkilöstön näkemyksiä välillisestä työstä: mitä työssä voidaan lisätä tai vähentää, mistä pitää luopua ja mitä uudistaa tai vahvistaa.

Syyskuussa 2012 valmistui sosionimiopiskelijoiden opinnäytetyö, joka liittyi Ylä-Savon sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän kotihoidon asiakkuuden alkamiseen ja toimintakyvyn arviointiin. Lisäksi on vielä suunnitteilla, että hoitotyön opiskelijat osallistuvat hankkeeseen tekemällä uuden koulutustarpeiden kyselyn Ylä-Savon sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän kotihoidon henkilöstölle ja kotisairaalassa aloittaneille sairaanhoitajille.

ISAT-yhteistyö

Opiskelijayhteistyönä järjestettiin 17.-18.9.2012 Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun sosionomi-opiskelijoiden ja Savonia-ammattikorkeakoulun Iisalmen yksikön hoitotyön opiskelijoiden yhteiset oppimisen päivät Lieksassa. Opiskelijoiden työskentely oli osa Vaske-hanketta ja hankkeen loppuarviointia, ja sen tarkoituksena oli kerätä tietoa Lieksan kotihoidon työntekijöiden työnkuvasta ja kehittämistyön kokemuksista hankkeessa. Yhteisen työskentelyn lähtökohtana oli myös havainnoida kotihoitotyön arkea ja sen kehittämisen kohteita. Tärkeänä koettiin, että opiskelijat pääsevät käytännössä kokemaan ja näkemään, mitä kotihoitotyön ja asiakkaan arki harvaanasutuilla alueilla on, ja toisaalta toteuttamaan yhdessä tiedonkeruuprosessia. Tavoitteena oli, että kokemusten kautta opiskelijoiden ymmärrys nykytilasta syvenyy ja he saavat työskentelyn myötä ideoita myös uusien moniammatillisten toimintatapojen kehittämiseen.

Opiskelijayhteistyön suunnitteluprosessissa olivat hankkeesta mukana Katja Isoaho ja Markku Viita sekä Lieksan kotihoidosta Suvi Vepsäläinen ja Eija Oinonen, sekä päivien suunnittelussa ja toteutuksessa hoitotyön lehtori Merja Jokelainen ja kuusi sairaanhoitajaopiskelijaa Savonia-ammattikorkeakoulusta Iisalimesta ja sekä opettaja Miia Pasanen ja neljä sosionomiopiskelijaa Joensuusta Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulusta. Iisalmen hoitotyön opiskelijoilla tiedonkeruu liittyi koulutukseen sisältyviin projektiopintoihin tai harjoitteluun; he perehtyivät Vaske-hankkeeseen ja projektityöskentelyyn sekä syvensivät samalla myös kotihoidon osaamistaan. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun sosionomiopiskelijoiden opintojakson oppimistavoitteena oli työorganisaatioiden ja sosiaalialan kehittämistyön jäsentäminen.

Yhteistyö käynnistettiin opintojaksoihin liittyvillä suunnittelupalavereilla opettajien ja hankehenkilöstön kanssa sekä osana hankkeen projektiryhmän toimintaa. Haasteena yhteistyössä oli toimijoiden roolien selkeys ja toimintatapojen sujuvuus vastaamaan niin työntekijöiden, hankkeen, opiskelijoiden kuin opettajienkin toiveita. Monet käytännön pienet kuin suuretkin asiat vaativat selvitystä, kuten esimerkiksi opiskelijoiden ja opettajien kyydit, majoitukset, ruokailut ja materiaalit. Lisäksi oma sävynsä toteutukseen toi sekä opettajien että kotihoidon arjen muutokset, esimerkiksi sairauslomat ja opettajien lomautusjakso Pohjois-Karjalassa.

Opiskelijoiden kanssa suunnittelua tehtiin ensin omassa yksikössä ja kehittämistyötä avattiin opintojaksojen aikana perehdytysmateriaalien, alustusten ja keskustelujen avulla. Yhteistyö konkretisoitui, kun opiskelijat kohtasivat Lieksassa Yrjölän Kotiseututalolla. Yhteiseen tekemiseen oli varattu kaksi päivää, joista ensimmäisen päivän painopiste oli opiskelijoiden ryhmäytymisessä, perehdyttämisessä ja tiedonkeruun toteutuksen syventämisessä. Kotihoidon ja Vaske -hankkeen alustusten jälkeen opiskelijat konkretisoivat yhdessä seuraavan päivän kotihoidon työntekijöiden havainnointien ja haastattelujen käytännön toteutusta. He jäsenivät ja tarkensivat alustavia tutkimuskysymyksiä ja tiedonkeruun toteutustapaa pääosin sairaanhoitaja-sosionomiopiskelija työpareina. Keskustelujen, neuvottelujen ja opiskelijoiden hyvien kysymysten sekä projektipäällikön tarkennusten kautta luotiin yhteinen näkemys seuraavaan toimintapäivään.

Ns. virallinen ohjelman lisäksi yhtä tärkeää oli myös ns. epäviralliset keskustelut: opettajien ohjelman

hiomiset keittiön liedan äärellä, opettajien ja opiskelijoiden istahdukset pihatuolessa ja ennen kaikkea opiskelijoiden keskinäinen puheenporina. Yhteisen ymmärryksen luomisessa ei laskettu aikaa eikä mitattu matkoja, vaan käännettiin käsitteitä sekä luotettiin prosessiin. Illan pimetessä opettajan oli helppo rentoutua, kuunnella opiskelijoiden tarinointia ja huomata, miten prosessi eteni luontevasti omaan tahtiinsa. Kuningas toisen päivän aikainen aamu vei opiskelija-työparit kotihoidon arkeen. Kotihoidon tiimien työntekijät ottivat tiedonkerääjät mukaansa kotikäynneille; seikkailemaan päivän niin pienillä kylillä kuin Lieksan keskustassakin. Päivän päättyessä suunnattiin kotikaupunkeja kohti purkamaan päivän tuotoksia, joista ei kuitenkaan kaikkea päivien aikaan koettua ja toimittua pysty löytämään. Vaikka kokemuksia tullaan edelleen jakamaan yhdessä opiskelijoiden ja kotihoidon työntekijöiden kanssa, osa kokemuksista jää, kuten pitääkin, vain samassa autossa istuneille.

Kokemuksia yhteistyöstä

Opiskelijayhteistyö toteutui erittäin hyvin ja opiskelijat olivat tyytyväisiä päiviin. Hienoa oli, miten ammatillisesti opiskelijat ottautuivat yhdessä tekemiseen, ja yhteistyö heidän välillään, samoin kun kotihoidon työntekijöiden kanssa, sujui luontevasti. Yhteinen oppimisprosessi antoi opiskelijoille arvokkaita työelämäläheisiä kokemuksia moniammatillisesta työskentelystä. Samoin erilaiset, omalle alalle ehkä vieraatkin, käsitteet löysivät paikkansa ja yhteinen ymmärrys kotihoidon arjesta syntyi. Kokemukset vahvistivat, että opiskelijoiden hankkeissa toimiminen yhteistyössä onnistuu. Opiskelijoiden osallisuus hanketoiminnassa vaatii systemaattista yhteissuunnittelua mahdollisimman aikaisessa vaiheessa opiskelijoiden opintoihin liittyen, jolloin yhteiset aikataulut mahdollistuvat. Tärkeää on myös avoin tiedonkulku, tavoitteellisuus ja kaikkien osapuolien tasapuolinen sitoutuminen. Opiskelijoiden hyvä päästä harjoittelemaan ja kehittämään aidoissa ympäristöissä yhteistyössä työelämän kanssa projektissa työskentelyä ja tutkimusmenetelmätaitoja, kuten tässä opiskelijayhteistyössä.

Kokemukset tekivät näkyväksi moniammatillisen yhteistyön mahdollisuuksia ja haasteita. Keskeinen suunnittelun väline oppilaitosten arjessa on vieläkin lukujärjestys, joka vaatii yhteistyön ennakkointia pitkällä aikajänteellä. Toisaalta nopeatkin interventiot, kuten yhteiset vierailut ovat mahdollisia, kun uskallamme muuttaa turvallisia rakenteita ja rakentaa monitoimijaisissa verkostoissa yhteistä ymmärrystä. Myös opettajan rooli projektioppimisen mahdollistajana haastaa pohtimaan, mikä on riittävä määrä omaa hankeosaamisen tietämystä. Toisaalta nämä ovat juuri niitä keskeisiä oppimisen alueita, joita toivomme vahvistuvan niin itsessämme kuin opiskelijoillakin. Kiireen keskellä on hyvä palata peruskysymyksen äärelle ja muistaa keskeinen tehtävämme opiskelijoiden oppimisen mahdollistajina. Oppimisen haasteet ja mahdollisuudet rakentuvat opiskelijan osaamiseen ja opintojaksojen oppimistavoitteisiin. Etenkin työelämään integroiduissa opintojaksoissa on tärkeää tunnistaa opiskelijoiden osaaminen työelämän tilanteiden ja haasteiden kohtaamiseen, sopiva oppimisen tavoite ja opiskelijat osallisuus oppimispolun rakentamisessa esim. tehtävien määrittelyssä. Tämä mahdollistaa yhteisen työskentelyn niin opiskelijan oppimisen kuin projektin tavoitteiden toteutumisen näkökulmasta.

Lähteet

Chan, W. C. & Mauborgne, R. 2006. Sinisen meren strategia. Helsinki: Talentum.

Kotihoitoa syrjäkyliin virka-ajan ulkopuolella

Lilli Aini Rokkonen

Vaske-hankkeen Lieksan kotihoidon projektiryhmässä ja työpajoissa on noussut esille tarve selvittää kotihoidon tilannetta syrjäseuduilla virka-ajan ulkopuolella. Tällä hetkellä Lieksan syrjäkyliin kotihoidon palveluja on saatavilla ainoastaan arkipäivisin. Viikonloppuisin ja öisin hoivapalveluja on tarjolla ainoastaan Lieksan taajamassa ja sen välittömässä läheisyydessä. Tässä selvityksessä on tarkoitus aluksi kartoittaa Lieksan lähtötilanne: millaista hoivaa ja apua syrjäkylien asukkailta puuttuu ja millaisia ratkaisuja kotihoidon piirissä on ehkä jo kokeiltu? Tarkoituksena on myös selvittää, minkälaisia haasteita ja ratkaisuja muissa Suomen samankaltaisissa kunnissa on kohdattu ja kuinka kotihoidon palvelut on pystytty järjestämään virka-ajan ulkopuolella näillä harvaanasutuilla seuduilla. Pysin tuomaan tällä selvityksellä inhimillistä näkökulmaa kotihoidon kehittämisestä käytävään keskusteluun tuomalla myös esille, kuinka taajaman ulkopuolella asuvat kotihoidon asiakkaat kokevat itse palvelujen puuttumisen ja millaisena tilanne näyttää kotihoidon työntekijöille. Kiinnostavaksi kysymykseksi nousee, millaisia ratkaisuja muissa samankaltaisten väestörakenteen kunnissa on kehitetty ja voitaisiinko niitä soveltaa Lieksan kotihoidossa? Voitaisiinko kotihoitoa kehittää kaikkien osapuolten kannalta tehokkaammaksi ja laadukkaammaksi olemassa olevilla resursseilla inhimilliset tekijät huomioon ottaen?

Johdanto

Kotihoidolla tarkoitetaan kotisairaanhoidon, kotipalvelun, kotipalvelun tukipalveluiden ja omaishoidontuen yhdistettyä palvelua. Kotihoito perustuu Suomen vanhuspolitiikan mukaisiin perusarvoihin. Näiden perusarvojen mukaista on huolehtia vanhusten hyvinvoinnista järjestämällä hyvää hoitoa, joka edistää mahdollisimman itsenäistä kotona selviytymistä. Kotihoidon päämääränä ovat tasa-arvo, itsemääräämisoikeus, sosiaalinen integraatio, taloudellinen itsenäisyys ja turvallisuus sekä oikeudenmukaisuus. Kotihoidon palvelujen yhdenvertaisesta toteutumisesta määrää yhdenvertaisuuslaki, jonka mukaan kansalaisten tulee olla yhdenvertaisessa asemassa palvelujen saamisen suhteen. (Huuskonen 2010,6,12.) Näin ollen ikäihmisen asuinpaikan ei tulisi vaikuttaa hänelle kuuluvien palvelujen saatavuuteen.

Kotihoidon palveluiden kehittämishankkeita on viime vuosina ollut käynnissä käytännössä koko ajan. Paine kotihoidon kehittämiselle johtuu väestörakenteen muutoksesta; varsinkin harvaanasutuissa muuttotappiokunnissa kotihoitoa tarvitsevien ikäihmisten osuus kasvaa jatkuvasti tavalla, johon kotihoito nykyisessä muodossaan ei pysty vastaamaan. Yö- ja viikonloppuhoitoa tarvitsevat ovat palvelujen väliin tippuva ihmisryhmä; kotona asumiseen tarvitaan paljon apua, mutta raskaaseen laitoshoitoon ei välttämättä ole vielä tarvetta tai halua siirtyä. Näille ihmisille pystytään takaamaan laadukas ja turvallinen vanhuus omassa kodissaan, mikäli kotihoidon palveluiden saatavuutta pystytään laajentamaan tai täydentämään.

Kunnat ovat asettaneet tavoitteita, joissa yhä suurempi osa vanhuksista pystyisi asumaan kotonaan tulevaisuudessa. Tavoite edellyttää, että kotihoidon laajuuteen, laadukkuuteen ja kuntouttavuuteen panostetaan yhä enemmän. Kotona asuminen mahdollisimman pitkään on sekä useimpien ikäihmisten toive, että sosiaalipoliittinen strategia, jolla pyritään helpottamaan terveydenhuollon laitoksiin kohdistuvaa painetta. Pielisen Karjalan kuntien tavoitteena on, että 75-vuotta täyttäneestä väestöstä ainakin 90% pystyisi asumaan kotona, tarvittaessa kotihoidon palvelujen avulla. Pielisen Karjalan ikäpoliittisessa strategiassa (2009, 9) todetaan, että ikääntyvien asukkaiden kunnissa palvelurakenne painottuu vahvasti ympärivuorokautisiin palveluihin ja että sisällöllisesti kotihoitoa tulee kehittää asiakkaan omia voimavaroja paremmin tukeväksi. Kotiin vietävillä ajantasaisilla tukipalveluilla asiakas pystyy jatkamaan mielekästä arkea omassa kodissaan mahdollisimman pitkään.



Lähtötilanne Lieksassa työntekijöiden näkökulmasta – eriarvoisuutta ja huolta asiakkaista

Lieksan kotihoidon esimiehet kertovat palvelujen ulottamisen syrjäkyliin olevan haasteellista. Lieksassa pystytään tarjoamaan kotihoidon palveluja virka-ajan ulkopuolella ainoastaan taajamassa ja sen tuntumassa asuville asukkaille. Yli 10 kilometrin päässä taajamasta asuville asukkaille ei tällä hetkellä pystytä juurikaan tarjoamaan palveluja virka-ajan ulkopuolella. Syrjäkylillä asuu kuitenkin asiakkaita, jotka saattavat tarvita kotihoidon apua viikon jokaisena päivänä jo nyt tai tulevaisuudessa.

Työntekijät kertovat, että kotihoidon piiriin kuuluvien asukkaiden maantieteellinen sijainti on erittäin haastava. Lieksassa on paljon syrjäkyliä, joihin on matkaa kaupungin keskustasta jopa 40 kilometriä. Syrjäkylät ympäröivät taajamaa kaikissa ilmansuunnissa, joten ajokilometrejä kertyy paljon kotihoidon työntekijöille. Oman haasteensa palveluiden järjestämiselle syrjäkyliin tuo myös Lieksan kuntaan kuuluva Kolin seutu, jonne matkaa kertyy Lieksan keskustasta noin 100 kilometriä. Virka-ajan ulkopuolella tapahtuvan hoidon kehittäminen nähdään ongelmallisena näin suuresta alueesta puhuttaessa, koska yhdenvertaisuuslaki asettaa syrjäseutujen asukkaat samanlaiseen asemaan keskenään: mikäli yö- ja viikonloppuhoito pystytään takaamaan yhden syrjäkylän asukkaille, tulisi se taata myös muille kylille. Tätä perustelua käytettäessä tulisi kuitenkin muistaa, että asukkaat eivät ole yhdenvertaisessa asemassa tämänhetkessä tilanteessakaan, koska taajaman asukkailla on laajempi mahdollisuus saada palveluja kotiinsa. Työntekijöiden mukaan tilanne, jossa kaikkia kotihoidon asiakkaan tarvitsemia hoiva- ja turvapalveluja ei voida järjestää tämän asuinpaikan vuoksi, voi johtaa asiakkaiden eriarvoiseen asemaan, jossa syrjäseudulla asuva asiakas voi joutua laitoshoidon piiriin aiemmin kuin samankuntoinen, mutta taajamassa asuva asiakas. Aina huonokuntoinen asiakas ei edes halua lähteä kodistaan taajaman palveluiden pariin. Tällöin sekä omaiset että kotihoidon työntekijäkin kuormittuvat huolen taakalla, kuinka asiakas pärjää kotonaan, kun ympärivuorokautisia palveluja ei ole saatavilla syrjäkylälle saakka, vaikka niitä tarvittaisiin. Viikonlopun yli pärjäämistä ennakoidaan kotihoidon puolelta jo loppuviikosta esimerkiksi tuomalla valmiita, lämmitettäviä aterioita asiakkaalle ja tarvittaessa voidaan myös soittaa viikonlopun aikana, kuinka asiakas pärjää. Vaikka syrjäkyläisten asukkaille pystytään tarjoamaan ainakin minimimäärä palveluja, eli turvapuhelin ja mahdollisuus sairaskuljetukseen virka-ajan ulkopuolellakin, asuinpaikasta johtuva eriarvoisuus tulee kuvaan näidenkin palvelujen tuottamisessa. Työn-

tekijät korostavat, että turvpuhelimeen täytyy pystyä myös vastaamaan, eikä kaikilla asiakkailla ole lähellä omaista, joka pystyisi ottamaan vastuun turvpuhelimeen vastaamisesta. Joillakin asiakkailla on paljonkin tukiverkostoa naapurustossaan ja läheisissään, mutta kaikille palveluja ei pystytä turvaamaan pelkällä naapurivuorolla. Palvelujen päivittäinen turvaaminen syrjäkylille on haasteellista: apuna on käytetty niin hyväntahtoisia postinkantajia kuin koti- ja kylätalkkarihankkeita. Hyväksi koetut hankkeet on kuitenkin jouduttu lopettamaan, sillä ne vääristävät palveluntuottajien kilpailua. Palveluntuottajia ei kuitenkaan ole helppoa saada kaikkein syrjäisimmille seuduille, sillä palvelun hinta jää korkeaksi palveluseleiden tuomasta alennuksesta huolimatta, kun kilometrikorvaukset lisätään palvelun hintaan. Etenkään vähävaraisilla ei tällöin välttämättä ole edes varaa ostaa palveluja, vaikka niitä saatavilla olisikin.

Vaativuutta ja mietteitä tulevaisuudesta -syrjäseutujen asukkaiden näkökulmaa

Keväällä 2012 PKAMK:n sairaanhoitajaopiskelijoiden VASKE-hankeelle tekemistä asiakashaastatteluista neljä on tehty Lieksan syrjäseudulla. Haastatellut ikäihmiset kertovat pääasiassa pärjäävänsä hyvin omassa kodissaan, vaikka kotihoidon palveluita on saatavilla heidän asuinalueelleen ainoastaan arkipäivisin. Syrjäseutujen vanhuksat ovat usein asuneet koko ikänsä samalla seudulla ja juurtuneet sinne vahvasti. He kertovat työntäyteisistä vuosistaan kotiseudulla: mikään ei ole tullut helpolla eikä ilmaiseksi eteen. Itsenäisesti selviäminen ja omasta kodista huolehtiminen on heille kunnia-asia: maatalon emännöys ja isännöys määrittävät vahvasti oman toimijuuden kautta. Haastateltavat ovat kotihoidon asiakkaita, joten apua on jouduttu jo vastaanottamaan jonkin verran, mutta oma toimeliaisuus ja mahdollisimman itsenäinen pärjääminen korpiseudulla koetaan yleisesti tärkeäksi. Maatalojen emännät kertovat, etteivät ole oppineet ottamaan palveluja vastaan valmiina ja että pieni tekeminen kotipiirissä pitää yllä fyysistä toimintakykyä ja vireyttä. Näistä haastatteluista nousee esille pärjäämisen eetos, joka on yleistä sodan ja sodan jälkeisen jälleenrakennuksen lääneelle sukupolvelle.

”Ei myö olla niin vaativaisii, ei sitä valammiille oo opittu” haastattelu 3

”Siivousappuuki on tarjottu vain en minä ilikkee sitä ottoo.” haastattelu 3

Puhe viikonloppu- ja yöhoidon saamisesta syrjäkylillekin herättää vanhuksissa epäilyä, onhan syrjässä totuttu pärjäämään ilman taajaman palveluja. Liiallisen avun vastaanottamisen pelätään olevan vaivaksi kotihoidon työntekijöille. Toisaalta itsenäinen pärjääminen on näille vanhuksille niin tärkeää, että muutama asiakas pitää useita kotihoidon käyntejä viikossa liiallisena tunkeutumisena melko itsenäisesti pärjäävän vanhuksen arkeen.

”pittäähän beilläähi vappaansa olla, ei tässä nyt vielä niin huonokuntonen oo” haastattelu 5

”Riittäsi vähemppi kun onhan niillä niitä käyntipaikkoja(...) ja sitten eilenii oli jo kiire (hoitajalla) jotta joutuu pittää jo ja näky puhelimeessabhi jo olovan” haastattelu 4

”onhan nuita tiällä välillä, vähän liikkoohi, vahteja” haastattelu 6

Vanhusten puheessa tuli esille kuitenkin huolta tulevaisuudesta, jolloin toimintakyky ei välttämättä ole enää niin hyvä. Vanhuksat eivät toivoneet suoraan yö- ja viikonloppuhoidon saamista syrjäseudulle, vaan olivat ylpeitä pärjäämisestään. Kaikki kuitenkin painottivat, että heidän tämänhetkinen kuntonsa ei vaadi päivittäistä hoivaa, mutta tilanne voi olla erilainen jo lähitulevaisuudessa. Heille on selvää, että toimintakyvyn heikkeneminen voisi johtaa kodin jättämiseen ja muuttoon taajamaan. Kaikille palvelujen perässä muuttaminen ei näyttänyt edes vaihtoehtona: eräs asiakkaista ilmaisi puolisonsa puolesta, että tämä ei tulisi kotoansa lähtemään. Yksin selviämisen eetos on vahva, mutta mikäli asiakas todella tarvitsee kotihoidon apua päivittäin lääkkeidensä ottamiseen tai jopa henkilökohtaisesta hygieniastaan huolehtimiseen, mihin tämä tarve katoaisi viikonloppun ajaksi?

”tämä ei tule tiältä lähemmään kun takatyvenä, se on kun ei oo millonkaan tarvinnu lähtee kottoossa etemmäksi, on ikäsa suanunna tiällä olla tursottoo.” haastattelu 3

”Oonhan minä nuita lääkkeitä otanna pyhänseutuna itebhii” haastattelu 5

”kyllä riittää vielä, (tytär) auttaa viikonloppuna, vaan eihän sitä tiä mitenkä surkkeeksi sitä vielä männöö ja tuonne (taajamaan) joutuu.” haastattelu 3

Kotihoidon käyntien oikea mitoitus asiakkaan tarpeen mukaan on siis ensiarvoisen tärkeää maaseudulla. Liiallinen puuttuminen koetaan kiusallisena ”vahtaamisena”, mutta tarpeelliseksi katsotun hoivan katkeaminen viikonlopun ajaksi resurssien puuttuessa ei ole inhimillisesti perusteltavissa. Lukuisten käyntikerrosten sijaan nämä asiakkaat toivoivat kiireettömyyttä hoitotilanteisiin ja pidempiaikaisia keskusteluhetkiä. Vanhuksen henkisen ja fyysisen hyvinvoinnin kannalta tätä inhimillistä tarvetta kontaktiin toisen ihmisen kanssa ei tulisi vähätellä. Kiireettömän läsnäolon tarpeeseen ei kotihoito yksistään voi vastata, vaan näihin kysymyksiin tulee etsiä vastausta myös muista kotihoitoa tukevista toimijoista, kuten kolmannen sektorin toiminnasta. Osalla vanhuksista asuukin tukiverkostoa lähellä, joka pystyy huolehtimaan viikonloppuisin niin lääkkeiden ottamisesta ajallaan kuin seuranpitämisestäkin, mutta kaikilla haastatelluistakaan ei tätä mahdollisuutta ole.

Haasteita ja ratkaisuja kotihoidon kysymyksiin muissa kunnissa

Tätä selvitystä varten otin yhteyden viiteen kuntaan (Suomussalmi, Seinäjoki, Rautavaara, Joensuussa Enon ja Uimaharjun alueet sekä Kemijärvi), joiden olosuhteet ovat samankaltaiset kuin Lieksassa. Nämä kunnat ovat harvaanasuttua maaseutua tai maaseutukaupunkeja ja niiden väestörakenne on muuta maata voimakkaammin ikääntyvä. Mukana olevissa kunnissa asukkaiden huoltoisuus on korkea ja tulee luultavasti nousemaan tulevaisuudessa. Näissä kunnissa siis pohditaan samankaltaisia kotihoidon haasteita kuin Lieksassa, kun entistä suurempi määrä asukkaita tarvitsee apua kotona selviytymisessä. Myös pitkät välimatkat näiden kuntien sisällä aiheuttavat oman haasteensa kotiin tuotavien palveluiden järjestämisessä (taulukko 1).

Taulukko 1. Väestöllinen huoltosuhde vuosina 2010–2040 (Tilastokeskus 2009.)

	2010	2020	2030	2040
Lieksa	62,4	101,8	137,1	130,6
Pohjois-Karjala	54,2	73,9	88,4	86,1
Koko maa	51,6	65,4	73,0	73,4

Väestöllinen (demografinen) huoltosuhde on alle 15-vuotiaiden ja 65+ vuotta täyttäneiden määrän suhde 15–64 -vuotiaiden määrään.

Lähde: Tilastokeskus

Selvityksessä mukana olevissa kunnissa yöhoidon järjestäminen syrjäseuduille on koettu haasteellisimmaksi kotihoidon tehtävistä. Ikäihmisten laitostumista on onnistuttu purkamaan ja estämään taajamien laajalla kotihoidolla, joka toimii usein sekä iltaisin että viikonloppuisin, mutta palvelujen ulottaminen 10 kilometriä kauemmas keskustasta on yleinen haaste. Joissakin kunnissa syrjäkylien asiakkaat saavat turvapuhelimen, johon vastataan taajaman keskukselta. Kuitenkin mitä pidemmiksi välimatkat tulevat, sitä enemmän joudutaan turvautumaan läheisten apuun turvapuhelimeen vastaajina. Myös Lieksan syrjäkylillä turvapuhelimen vastaajana täytyy olla lähempänä asuva omainen.

Yöhoidon ongelmaa on ratkaistu niin hoivayritys Mummonturvan palveluilla kuin yohoitajan irrottamisella hetkeksi keskustan vanhainkodiltakin. Ainoastaan yhdessä kunnassa kotihoidon oma työntekijä lähtee tarkastamaan asiakkaan tilanteen kauemmaksikin öiseen aikaan. Koska yöhoidon järjestäminen on kallista ja välimatkat taajaman keskuksen ja syrjäisimpien kylien välillä voivat olla hyvinkin pitkiä, kaikissa kunnissa koetetaan ensin löytää ratkaisuja asiakasta lähempänä asuvista omaisista ja naapureista.

Ratkaisuksi yö- ja viikonloppuhoidonkin järjestämiseen kunnissa toivottiin lisää kotipalveluyrittäjiä maaseudulle. Kunnat olisivat valmiita ostamaan palveluja asiakkailleen, mikäli palveluntarjoajia olisi enemmän syrjäkylillä. Joissakin kunnissa palveluntarjoajia löytyy niin taajamasta kuin syrjäseuduiltakin ja näissä

kunnissa palveluita syrjäkylille tuotetaan ostopalveluna yrityksiltä. Esimerkiksi lääkäri- ja turvapalvelut sekä yöhoiva joudutaan usein ostamaan yksityisiltä palveluntuottajilta. Siivous- ja kotipalvelujen saaminen ostopalveluina syrjäkylille on kunnissa koettu helpompana kuin sairaanhoito- tai lääkäripalvelujen saaminen, joka voi tulla hyvinkin kalliiksi ja hankalaksi toteuttaa.

Kolmannen sektorin toimijat ovat merkittäviä palveluntuottajia syrjäseuduilla, sillä he pystyvät tarjoamaan kohtuuhintaisia tai jopa ilmaisia palveluja pienilläkin kylillä. Työttömien yhdistys tarjoaa esimerkiksi siivouspalveluja muutamassa kunnassa ja myös kotitalkkaritoiminta on saatu toimimaan useilla paikkakunnilla. Kolmannen sektorin tarjoamat palvelut tasoittavat osaltaan iäkkäiden eriarvoisuutta maaseudulla. Koska palvelujen saaminen kodin lähelle voi olla hankalaa ja tulla kalliiksi, asiakkaat kieltäytyvät joskus heille tarjotuista palveluista niiden hinnan takia. Esimerkiksi sotaveteraanien tuetut yhdistykset pystyvät tarjoamaan palveluitaan myös vanhuksille, joiden tulot ovat hyvin matalat. Yhdessä selvityksessä mukana olevassa kunnassa toimii myös kotipalveluyrittäjä, joka ei peri kilometrikorvauksia syrjäisemmistäkään kohteista.

Hyviä käytäntöjä palvelujen venyttämässä syrjäseudulle saakka

Kotihoidoa tukevat syrjäseuduilla ostopalvelut etenkin yöaikaan ja kolmannen sektorin palvelut päivisin. Pitkien välimatkojen kunnissa on kuitenkin tehty erilaisia ratkaisuja, kuinka kotihoidossa pystytään vastaamaan asiakkaiden hoivatarpeeseen itse. Mikäli kaukana asuvia asiakkaita, jotka tarvitsevat hoivaa virka-ajan ulkopuolella on vähän tai satunnaisesti, painotetaan yksilöllisyyttä. Yksilölliset ratkaisut koetaan toisaalla hankalaksi järjestää, mutta toisaalla yksilöllisyyttä painotetaan nimenomaan toimivana ratkaisuna maaseudulla. Yksilöllisiä ratkaisuja suosivissa kunnissa voidaan työvuoroista neuvotella hoitajien kanssa tilanteen mukaan ja ratkaisut virka-ajan ulkopuolisesta hoivasta tehdään aina tapauskohtaisesti. Käytännössä kotihoidon oma hoitaja tekee tällöin työvuoronsa virka-ajan ulkopuolella ja pitää vastaavasti lomaa seuraavalla viikolla. Tällöin täytyy tietenkin palkata aina hoitajan tilalle sijainen. Yksilöllisten ratkaisujen kunnissa tuodaan kotihoidon voimavarana esille työntekijöiden sitoutuneisuutta. Edellä kuvatun kaltaiset satunnaiset yövuorot edellyttävät hyvää yhteistyötä ja luottamusta kotihoidon piirissä, että hoivan turvaaminen saadaan onnistumaan saumattomasti. Sitoutuneisuutta painotetaan myös syrjäkyläisten saattohoitotilanteissa, jolloin asiakkaan omahoitaja haluaa yleensä itse hoitaa asiakkaansa loppuun omassa kodissaan, mikäli asiakas näin toivoo. Näissä kohtuullisen harvinaisissa tilanteissa hoitaja saa tietenkin arkivuoroistaan vapaata eikä ketään halua painostaa tällaisiin työaikoihin, mutta mikäli hoitajat ovat todella näin sitoutuneita työhönsä, se on suuri voimavara kotihoidolle. Mikäli hoiva turvataan viikonloppuisin yksilöllisin ratkaisun, sijaisten käyttäminen voi olla välillä viikoittaistakin ja sijaisiin käytettävät budjetit ovat voineet ylittyä huomasti. Tämä malli tulee kuitenkin halvemmaksi kunnalle kuin moni muu ratkaisu ja edellä esille tuodun asenteen mukaisesti inhimillistä hoivaa ei myöskään voi mitata aina rahallisesti.

Mikäli hoivan tarve virka-ajan ulkopuolella ei ole vain yksittäisiä käynntejä, lähdetään liikkeelle hoivan tarpeen arvioinnista. Asiakkaiden hoivan tarvetta arvioidaan aluksi aikakriittisesti, eli tarvitseeko asiakkaan luona välttämättä käydä tietyssä aikana. Mikäli tarvetta on ainoastaan ruoka-palveluille, näitä voidaan ennakoida paljolti jo loppuviikosta, eli aterioita voidaan toimittaa jo perjantaina, jos tämä pystyy itse tai omaisen avulla ne viikonloppuna lämmittämään. Pidempien välimatkojen kunnissa kotihoidon keskuskeskukset on voitu sijoittaa ympäri kuntaa niin, että myös äärialueilla ajomatka asiakkaan luo jää lyhyeksi. Lyhemmillä välimatkoilla kotihoidolla on oma tiimirajaton iltapartionsa, jonka työntekijät vaihtelevat niin, että kaikille työntekijöille tulisi saman verran iltavuoroja. Yöpartion työntekijät ovat myös kotihoidon omia vakituksia työntekijöitä, jotka ovat itse valinneet nimenomaan haluamansa yötyön. Hoivatarpeen lisääntyminen näkyy nyt jo muutamassa kunnassa ja ilta- ja yövuoroon suunnitellaankin lisää vakituisten työntekijöiden palkkaamista.

Onko palvelujen saaminen syrjäseuduille periaatekysymys?

Harvaanasutuissa kunnissa, joiden väestörakenne on harmaantuva, on hyvin samanlaisia kotihoidon järjestämisen ongelmia. Lähes kaikissa tässä selvityksessä mukana olevissa kunnissa ongelmallisinta on yö- ja joskus viikonloppuhoidonkin järjestäminen syrjäseutujen asikkaille. Kotihoidon tuottamisessa on kuitenkin nähtävillä eroja. Toisissa kunnissa painotetaan enemmän ikäihmisen oikeutta asua omassa kodissaan

loppuun saakka kuin toisissa. Ajatellaan, että on kunnan tehtävä järjestää palveluita riippumatta ihmisen asuinpaikasta ja puhutaan jopa huolesta, tavoittaako tarjolla olevat kotona asumisen tukipalvelut varmasti kaikki syrjäseutujen iäkkäät, jotka eivät seuraa omia oikeuksiaan internetistä tai joilla ei välttämättä ole heistä huolehtivia sukulaisia. Näissä kunnissa kotihoidon palvelujen tuottaminen syrjäseuduille viikonloppuisinkin nähdään asiakkaiden oikeutena, eikä heidän ”jättäminen oman onnensa nojaan” tulisi kysymykseenkään vaikka palvelujen tuottaminen syrjään onkin kallista. Ajatellaan, että hyvinvointi ja ihmisarvoinen vanhuus saavat maksaakin. Tällainen ajatusmaailma on ristiriidassa sen ajattelutavan kanssa, jossa iäkkään asiakkaan nähdään olevan vastuullinen muuttamaan taajaman palvelujen piiriin tullessaan siihen pisteeseen, että ei enää pärjää yksin omassa kodissaan.

Kotihoidon palvelujen tuominen syrjäkyliin vaatii resurssien uudelleenohjaamista ja innovatiivisiakin ratkaisuja. Onnistuneiden kotihoidon ratkaisujen kunnissa painotetaan erityisesti hyvän yhteistyön merkitystä niin kotihoidon sisällä kuin kotihoitoa tukevien toimijoiden välillä. Palvelujen laajentaminen vaatii resursseja, mutta optimoinnilla sekä erilaisilla teknologisilla ratkaisuilla, joita jo monissa kunnissa käytetään, voidaan tuoda lisää aikaa varsinaiseen asiakastyöhön ja sen kehittämiseen. Henkilöstön lisäys voi silti olla tarpeen, koska optimoinnissa mahdollisesti vapautuvat resurssit voivat mennä ainoastaan tämänhetkisen työn laadun parantamiseen ja inhimillistämiseen; sekä työntekijöille että asiakkaille. Palvelujen ulottaminen kaikille niitä tarvitseville on haasteellista, mutta onnistuessaan se voi helpottaa kotihoidon työntekijöiden painetta puhumattakaan asiakkaiden ja omaisten huolesta.

Lähteet

Asiakashaastattelunauhoitukset keväällä 2012. Hoitotyön opiskelijat Paula Silvennoinen ja Olli Muttonen.

Huuskonen, M-L. 2010. Parasta palvelua Vanhusten kotihoidon yhtenäisen palvelumalli Kysteri-liikelaitoksen toiminta-alueelle. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201004136394>. 4.5.2012.

Pielisen Karjalan ikäpoliittinen strategia vuoteen 2015. 2009. <http://www.nurmes.fi/dman/Document.phx?documentId=cz15209135031541&cmd=download>. 5.5.2012.

Optimoinnin mahdollisuudet kotihoidossa

Olli Bräysy, Juba Arola ja Jarno Väisänen

Johdanto

Väestön ikääntyminen on maailmanlaajuinen ja erittäin nopeasti kehittyvä ilmiö. Erityisesti harvaan asutuilla seuduilla väestöllinen huoltosuhde heikkenee nopeasti ja esimerkiksi joissakin Itä-Suomen kunnissa vanhusten ja lasten määrä ylittää työikäisten määrän jo tällä vuosikymmenellä. Budjettirajoitteiden lisäksi ikääntyminen ilmiönä johtaa siihen, että hoitohenkilökunnan määrä on myös vähenemässä nopeasti.

On selvää, että vanhusten huollon laadusta tinkimistä tulisi välttää mahdollisimman pitkään, koska siinä on puutteita jo nykyisellään. Toisaalta, hoitohenkilökunta on kiireinen ja henkisesti äärirajoilla monin paikoin jo tällä hetkellä. Laitospaikkoja on myös rajallisesti ja laitoshoido on vaihtoehtona erittäin kallis. Keskimäärin laitoshoidon kustannus on Suomessa luokkaa 300 euroa/vrk. Toinen kotihoidon vaihtoehto, keskitetty palveluasuminen on myös 100 euroa/vrk keskimääräisen kustannuksen myötä kallis ratkaisu. Edellä mainitut tekijät yhdistettynä erilaisiin uusiin teknologisiin ratkaisuihin ovat johtaneet kotihoitosektorin merkittävään kasvuun. Kotihoito on myös vanhuksille usein laitoshoidon mieluisampi ratkaisu. On hyvin todennäköistä, että kotihoidon rooli tulee jatkossa kasvamaan vielä nykyisestä merkittävästi.

Vaikka kotihoito onkin laitoshoidon edullisempi ratkaisu, kotihoidon tarpeisiin ei kyetä vastaamaan ilman tuottavuuden lisäystä ja toimintojen tehostamista ja järjeistämistä. Tilastojen perusteella näyttää selkeästi siltä, että kotihoidon tuottavuus on monin paikoin heikkoa, siitä huolimatta, että hoitajat kokevat olevansa hyvin kiireisiä. Tässä suhteessa avainasemassa on toimintojen suunnittelu, käsittäen sekä hoitosuunnitelmien laadinnan että resurssien ohjauksen.

Hoito- ja palvelusuunnitelmien laadinnassa lähtökohta on luonnollisesti vanhusten hoidolliset tarpeet, rajoitteet ja toiveet. Näiden pohjalta sitten laaditaan käyntien tiheys, aikarajat ja kesto. Hyvin usein aikarajat asetetaan tiukoiksi ja käynnit ajoitetaan aamuihin tai aamupäivälle, näin siitä huolimatta, että monet käynneistä ja tehtävistä eivät ole aikakriittisiä. Tämä luo usein turhaa kiirettä ja resurssien tarvetta. Ensimmäisen askeleen kohti tehokkaampaa kotihoitoa tulisi siis olla hoitosuunnitelmien aikakriittinen läpikäynti. Esimerkiksi tämän tutkimuksen kohdepaikkakunnilla aikaikkunoita kyettiin asiantuntijataarkastelussa suurentamaan useille kymmenille prosentille asiakkaista, mikä jo itsessään vähensi hoitohenkilökunnan kiirettä ja paransi hyvinvointia merkittävästi.

Hoitosuunnitelmien tehostaminen on kuitenkin vain pieni askel, eikä riitä yksinään. Avainasemassa on hoitajien työvuorojen suunnittelu ja eri tehtävien allokointi, järjestäminen ja ajoittaminen hoitajien kesken koko päivien tai viikkojen suunnittelujakson ajan. Tässä tietokonepohjainen optimointi voi olla suureksi avuksi. Optimointi terminä tarkoittaa parhaimman mahdollisen ratkaisun tai toimintavaihtoehdon löytämistä, ottaen huomioon annetut tavoitteet ja rajoitteet. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että optimoinnin avulla kotihoidon tuottavuutta on mahdollista tehostaa merkittävästi. Tulokset ovat osoittaneet 10-70% potentiaalia riippuen käytetystä datasta, rajoitteista ja optimointimenetelmästä.

Aiemmat havainnot ovat toisaalta myös osoittaneet, että optimointi ei automaattisesti johda hyviin tuloksiin, vaan vaatii huolellista suunnittelua ja käyttöönoton tukea. Haasteet alkavat jo siitä, että eri optimointiohjelmien välillä on merkittäviä eroja. Monien ohjelmien tuottavat tulokset voivat olla jopa käsin tehtyjä suunnitelmia huonompia ja usein monia käytännön tekijöitä, kuten kahden hoitajan vaatimus tai työaikasäännökset ei oteta ohjelmissa huomioon, jolloin tulokset ovat usein käyttökelvottomia. Optimointia ei myöskään tulisi tehdä liiaksi nykykäytännön pohjalta, koska jos kaikki halutaan tehdä kuten nykyisinkin, ei ole oikeasti mitään optimoitavaa. Jos optimoinnille taas annetaan vapautta muuttaa nykykäytäntöä, se johtaa lähes väistämättä muutosvastarintaan, siitäkin huolimatta, että optimoinnin tuottama tulos todennä-

köisesti on sekä hoitajien että vanhusten näkökulmasta nykyistä parempi ja käytännössä välttämättömyys palvelujen turvaamiseksi.

Tässä artikkelissa kerromme tiivistetysti kahdessa Itä-Suomen kunnassa toteutetusta optimointiprojektista ja saaduista tuloksista. Osoitamme optimoinnin optimoinnin avulla saatavan säästöpotentiaalin erilaisissa suunnitteluskenaarioissa. Tulokset antavat kuvaa erityisesti haasteellisten harvaan asuttujen seutujen kotihoidon tehostamismahdollisuuksista.

Ongelmakuvaus

Kuvaamme tässä kappaleessa lyhyesti ne asiat, mitä kotihoidon optimoinnissa tulisi ottaa huomioon. Kotihoidon optimointi on yksi haasteellisimpia olemassa olevia optimointiongelmia lukuisten eri rajoitteiden ja tavoitteiden sekä datan suuren määrän vuoksi.

Käytännössä kotihoidon optimoinnissa on kyse reittien ja aikataulujen suunnittelusta kotihoitajille, niin, että kaikkia kotihoitajia, asiakkaita ja koko usean päivän tai viikon suunnittelujaksoa tarkastellaan samanaikaisesti. Optimoinnin pohjana on asiakastiedot osoitteineen ja hoitosuunnitelmineen, joista saadaan mm. käyntien kesto, aikaikkuna ja käynnin prioriteetti sekä hoitajalta vaadittu osaaminen. Joissakin tapauksissa määritettyjä aikaikkunoita on mahdollista rikkoa, mutta se vaatii asiakkaan informoimisen etukäteen. Saman asiakkaan luona käydään joskus jopa useita kertoja päivässä, mikä vaatii käyntien tasapainoisen ajoituksen osana optimointia.

Käyntien allokointi hoitajille voi olla rajattua määritettyjen palvelualueiden mukaisesti. Toisaalta, osaa misvaateen lisäksi on usein määritetty priorisoitu hoitaja kullekin vanhukselle jatkuvuuden turvaamiseksi. Usein hoitajien työpäivät alkavat ja päättyvät määritellystä tiimituvasta, johon hoitaja on allokoitu. Optimoinnissa tiimituparajoitteet on myös mahdollista jättää huomiotta ja allokoida kaikki hoitajat yhteiseen resurssipooliin, mikä usein tuottaa paremman kokonaisratkaisun. Työpäivät on myös mahdollista aloittaa ja päättää suoraan asiakkaan kotoa käyttäen erilaisia teknologisia ratkaisuja, kuten mobiili kirjaaminen ja sähköiset avaimet.

Yksi haasteellisimmista huomioonotettavista asioista on ajalliset riippuvuudet. Niitä voi olla useaa eri tyyppiä. Tyypillisin esimerkki on, että asiakaskäynti vaatii samanaikaisesti kaksi eri hoitajaa, jolloin kahden eri hoitajan reitit ja aikataulut tulevat toisistaan riippuvaisiksi. Toinen esimerkki on avainten optimaalinen hallinta päivän aikana ja niiden vaihto hoitajien kesken, mikä vaatii ajoituksen ja sijainnin määrittämistä. Kolmas esimerkki sisältää ajallisesti riippuvien tehtävien ketjuttamisen asiakkaalla. Esimerkiksi pyykinpesutilanteessa pitäisi 2-4 tuntia myöhemmin siirtää pyykit kuivumaan, etteivät ne jää liian pitkäksi aikaa pesukoneeseen.

Suunnittelussa pitää myös ottaa huomioon hoitajien työaikasäännökset ja toiveet, esimerkiksi työpäivien pituus, lakisääteiset tauot, vapaat, lommat, toiveet jne. Optimoinnissa pitää myös huomioida liikkumiseen käytetyt erilaiset ajoneuvot nopeuksineen ja kustannuksineen.

Optimoinnin tavoite on yleensä kustannusten minimointi/tuottavuuden maksimointi. Optimoinnissa voi kuitenkin sen lisäksi olla samanaikaisesti muitakin tavoitteita, kuten potilaiden ja hoitajien tyytyväisyyden maksimointi tai hoidon laadun maksimointi.

Käytetty optimointiohjelma

Tässä projektissa tehdyt optimointilaskelmat suoritettiin Procomp Solutions Oy:n R2 ohjelmalla. Kyseessä on varsin monipuolinen ja useisiin erilaisiin logistiikan ja kuntasektorin suunnitteluongelmien optimointiin soveltuva tuote, jota voi käyttää operatiivisen suunnittelun lisäksi myös taktisessa ja strategisessa suunnittelussa. Ohjelman keskeinen etu on sen skaalautuvuus, mikä tarkoittaa, että sillä voidaan ratkaista myös erittäin suuria optimointikokonaisuuksia ilman tarvetta pilkkoa ongelmaa ensin pienempiin osiin, mikä johtaa aina väistämättä epäoptimaalisiin ratkaisuihin.

Ohjelma tukee mm. sekä pitkän aikavälin suunnittelua että reaaliaikaista optimointia. Se tukee myös useiden eri tavoitteiden määrittämistä, työaikasäännöksiä, useita eri kulkumuotoja, erilaisia palveluaika-

määrityksiä, aikaikkunoita, kapasiteettimäärittelyjä, palvelualuesuunnittelua, tiimitupien/tukikohtien optimaalista sijoittelua ja käyttöä, sekä mm. turvallisten kuljetusreittien suunnittelua, autossa vietettävän ajan minimoimista sekä eri toimintojen kustannusvaikutusten analysoimista. Käytännössä ohjelma perustuu alan kansainvälisesti parhaimpiin algoritmeihin sekä niiden pitkälle vietyyn tehokkaaseen toteutukseen.

Datan kuvaus

Optimoinnissa käytetty data kerättiin 2011-2012 kahdesta Itä-Suomen kunnasta, jotka edustavat hyvin harvaan asuttujen seutujen haasteita. Käytännössä keruu sisälsi ensimmäisessä casessa yhden 7-päiväisen viikon osalta sekä hoitosuunnitelmien että niitä vastaavien toteumien keräämisen. Toisessa casessa suunnittelujaksona käytettiin kahta viikkoa. Optimointia varten hoitosuunnitelmista poimittiin potilaiden osoitetiedot, käyntien aikaikkunat ja kestot sekä tieto vaaditusta hoitajan osaamisesta tai mahdollisesta tuplahoitajavaateesta. Ensimmäinen data koostuu yhteensä 268 eri asiakkaasta, joiden luona tehtiin viikon aikana yhteensä 1390 asiakaskäyntiä. Käytännössä suurimman osan asiakkaita luona käytiin kerran päivässä tai useammin. Yhteenlaskettu asiakkaan luona vietetyn ajan kokonaiskesto on 479 tuntia, vastaten yli 60 täyden päivän työvuoroa. Toisessa datassa asiakkaita oli 1162 ja heidän luonaan tehtiin kahden viikon aikana 18127 käyntiä. Samalla kerättiin tieto hoitajien tiimituvasta, joita on ensimmäisessä casessa yhteensä kaksi ja toisessa casessa seitsemän. Kaikkien hoitajien kulkuvälineeksi oletettiin auto. Toteumien osalta kerättiin vastaavasti asiakkaalla vietetty aika sekä kuljetut reitit ja matkat.

Asiakkaiden aikaikkunat ovat molemmissa datoina varsin tiukat aikakriittisen analyysin jälkeenkin, mikä luonnollisesti rajoittaa optimointia merkittävästi. Esimerkiksi ensimmäisen casen datassa vain 2.6%:lla asiakkaista oli koko päivän mittainen aikaikkuna ja vastaavasti kolmanneksella asiakkaista käynnin aikaikkuna oli vain 2 tuntia tai vähemmän. Toisaalta, asiakkaiden väliset matkat ovat datassa isoja, joissakin tapauksessa yli 100 kilometriä, ja monet asiakkaista ovat varsin etäällä muista. Myös osa tiimituvista on etäällä toisistaan, mikä hankaloittaa resurssien yhteissuunnittelua.

Optimoinnin tulokset

Johtuen ongelman luonteesta ja pienistä eroavaisuuksista toteuman ja hoitosuunnitelmien välillä, suora vertailu toteutuneen ja optimoitujen tulosten välillä ei ole mahdollista. Erilaisten ratkaisua kuvaavien tehokkuuslukujen avulla vertailu on kuitenkin mahdollista. Laskimme vertailua varten kolme eri tehokkuuslukua:

- 1) Asiakaskäyntien määrä per tunti
- 2) Välitön aika asiakkaalla suhteessa vuoron pituuteen
- 3) Kuljettu matka per asiakas

Käytettyjen erilaisten vuorojen pituuksien vuoksi päädyimme käyttämään ensimmäisenä mittarina asiakaskäyntien määrää per tunti sen sijaan että käytettäisiin paremmin tunnettua asiakaskäyntien määrää per työvuoro. Asiakkaiden määrä per työvuoro on tästä kuitenkin helposti laskettavissa kertomalla luku vuoron pituudella. Tulokset on esitetty Taulukoissa 1 ja 2. Edellä mainittujen mittareiden lisäksi raportoimme viimeisessä sarakkeessa odotusajan prosentteina suhteessa kokonaistyöaikaan. Odotusaika viittaa tässä aikaan, jonka hoitaja joutuu odottamaan asiakkaan luona tekemättä mitään, epäsojivien aikaikkunoiden vuoksi. Käytännössä tätä odotusaikaa ei ilmene, vaan hoitajat tarvittaessa aloittavat käynnin ennaaikaisesti tai tekevät tuolla ajalla jotain muuta, kuten kirjaamista. Odotusajoista pääsee eroon myös säätämällä aikaikkunoita mahdollisuuksien mukaan. Kyse on useimmiten kuitenkin max 15 minuutin odotuksista per potilas, jotka tuskin lienevät kriittisiä hoitosuunnitelman näkökulmasta suurimmassa osassa tapauksista. Taulukon 1 tapauksessa odotusaika kuitenkin tarkoittaa sitä, että kyseinen prosenttimäärä työajasta olisi lisäksi käytettävissä tehokkaaseen työhön, parantaen optimoitujen tulosten hyvyttä taulukossa raportoituun nähden.

Nykykäytäntöä vastaavat tunnusluvut on raportoitu ensimmäisellä rivillä. Toisella rivillä esitetään optimoinnin tulos, niin että nykyiset tiimituparajat ja allokoinnit on pidetty optimoinnissa. Ensimmäinen sarake osoittaa, että hoitajien tuottavuutta on mahdollista parantaa 26.9%, ja vielä 5% enemmän, jos odotusaika poistetaan ratkaisusta.

Jos palvelualuerajat poistetaan ja hoitajat kootaan yhteen resurssipooliin, 53.8% parannus tuottavuus-

nessa on mahdollista verrattuna nykykäytäntöön, pitkistä etäisyyksistä huolimatta. Tämä tarkoittaa, että sama määrä hoitajia kykenisi hoitamaan n. 54% enemmän potilaita, tai sama määrä potilaita on mahdollista hoitaa 54% pienemmällä määrällä hoitajia tai potilaiden luona vietettävää aikaa on mahdollista lisätä 54%.

Taulukon neljäs rivi osoittaa, että suunnittelua on mahdollista tehostaa entisestään, jos työvuorojen suunnittelu tehdään puolipäiväpohjaisesti. Se ei estä sitä, etteikö sama hoitaja voisi tehdä samana päivänä kahta puolen päivän vuoroa. Se ei myöskään estä sitä, etteikö hoitaja voisi tehdä toista puolta vuorostaan jossain muualla, esimerkiksi sairaalassa. Se ainoastaan osoittaa, että kotihoidon luonteen vuoksi parempiin tuloksiin päästään, jos ei pakoteta kaikille työntekijöille täyden päivän vuoroja pelkästään kotihoitoon samalla alueella, koska kaikille ei ole mahdollista määrittää tekemistä koko täyden työvuoron ajaksi. Tulokset ovat itse asiassa varsin hurjia. Hoitajien tuottavuutta on mahdollista tehostaa nykyiseen nähden jopa n. 81% ja välitön aika asiakkaalla ylittää myös 80% työvuoron pituudesta. Tästä huolimatta vuorojen sisälle jää keskimäärin n. puoli tuntia allokoimatonta aikaa, minkä pitäisi riittää kirjauksiin ottaen huomioon lyhyempi vuoron pituus. Lakisäätinen, työaikaan kuulumaton lounastauko on näissä tapauksissa mahdollista allokoida työvuoron jälkeen. Hoitajien kulkema matka kasvaa puolen päivän työvuorojen tapauksessa, mutta ottaen huomioon, että vain alle 20% työajasta käytetään kulkemiseen sekä työajan ja auton käytön kustannukset, tosiasiaa lisääntyneet matkakustannukset ovat vain murto-osa saavutettavista tuottavuussäästöistä. Tulostaulukko osoittaa myös, että vuorojen maksimipituuden lyhentäminen 4 tunnista 3 tuntiin vaikuttaa tuloksiin heikentävästi, eli 4-tuntinen vuoron pituus näyttää olevan tehokkain ratkaisu suunnittelun pohjana.

Taulukon neljällä viimeisellä rivillä tiimitupia ei ole käytetty ja hoitajat aloittavat ja päättävät työpäivänsä suoraan potilaiden luota. Tarkoituksena on demonstroida nykYTEKNOLOGIAN mahdollistamaa mobiilia työskentelymallia, jossa tiimitupia ei tarvita. Saatujen tulosten mukaan tiimitupien poisjättämisellä ei ole juurikaan vaikutusta hoitajien tuottavuuteen tai asiakkaalla vietettyyn aikaan, mutta sillä on suuri merkitys matkakustannuksiin. Kuljettu matka vähenee 47% 8 tunnin vuoroilla ja peräti 64% 4 tunnin vuorojen tapauksessa.

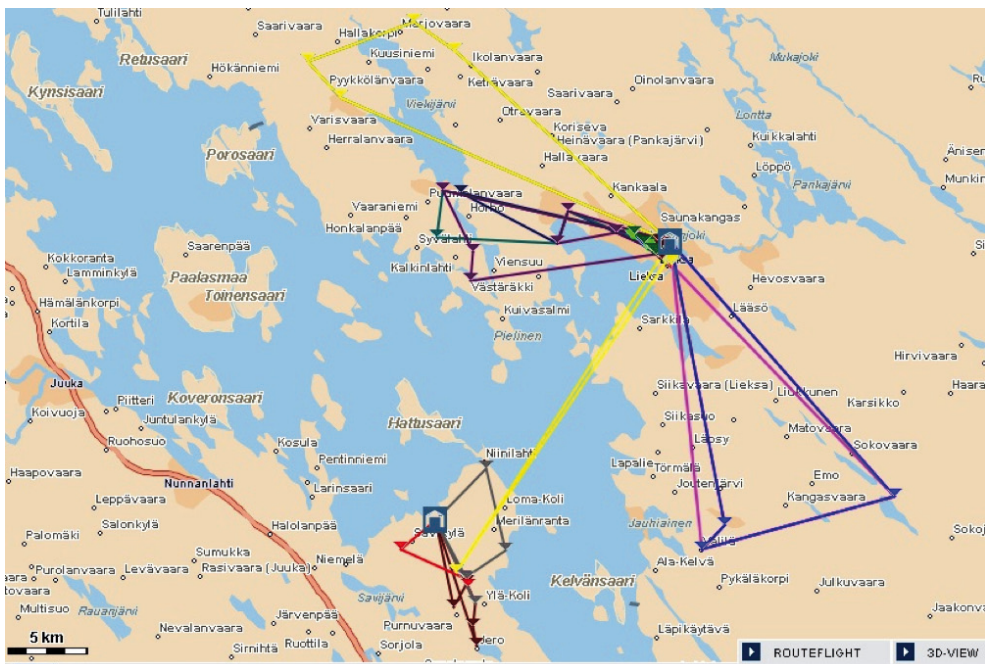
Taulukko 1. Optimointitulosten ja nykykäytännön vertailu casessa 1.

	Käyntejä / h	Välitön aika asiakkaalla (%)	Matka / asiakas (km)	Odotusaika (%)
Nykykäytäntö	1.30	39.8	1.32	0
8h vuorot & palvelualueet	1.65	57.0	1.27	5.11
8h vuorot	2.00	68.9	1.23	1.38
4h vuorot	2.35	80.9	1.57	0.28
3h vuorot	2.34	80.6	1.98	0.17
Ei tiimitupia & 8h vuorot	2.00	68.9	0.65	2.51
Ei tiimitupia & 4h vuorot	2.33	80.4	0.56	0.40
Ei tiimitupia & 8h vuorot & leveät aikaikkunat	2.18	77.0	1.22	0.24
Ei tiimitupia & 4h vuorot & leveät aikaikkunat	2.35	83.0	0.50	0.01

Taulukon kahdessa viimeisessä skenaariossa on käytetty muokattua dataa. Tarkoituksena on osoittaa, kuinka paljon lisäsäästöjä on mahdollista saada, jos käytettyjä aikaikkunoita levennettäisiin nykyisestä niin suureksi kuin teoreettisesti on mahdollista. Käytännössä levennys tehtiin niin, että niille asiakkaille, joiden

luona käydään enintään kerran päivässä aikaikkunaksi asetettiin koko päivä. Niille, joiden luona pitää käydä kahdesti päivässä asetettiin kaksi puolen päivän mittaista aikaikkunaa. Ja ne asiakkaat, joiden luona pitää käydä useammin kuin kahdesti päivässä poistettiin ratkaisusta. Tässä on taustana ajatus selvittää kuinka paljon kotihoidon resurssija on mahdollista säästää, jos nämä merkittävästi resurssija kuluttavat asiakkaat siirrettäisiin laitoshoitoon. Käytännössä datasta poistettiin 71 asiakasta, vastaten 304 asiakaskäyntiä.

Saatujen tulosten mukaan aikaikkunoiden suurentaminen sisältää 9% potentiaalinen tuottavuuden tehostamiseen 8h vuorojen tapauksessa. Tässä potentiaalia rajoittaa selvästi paitsi kahdesti päivässä käytävien asetamat aikaikkunat, myös se, että optimoinnin ensisijainen tavoite on työvuorojen määrän minimointi, mikä johtaa tässä siihen, että suhteessa suurempi osa työajasta käytetään asiakkaiden välillä liikkumiseen. Neljän tunnin vuoroilla saavutetaan tässäkin tapauksessa paras tehokkuus ja minimoidaan sekä odotusaika että asiakkaiden välillä liikkuminen. Sen sijaan aikaikkunoiden leventämisen vaikutus on rajallisempi. Se johtuu todennäköisesti siitä, että 4h vuorot ovat niin joustavia ja hyvin soveltuvia kotihoidon suunnitteluun, että erilaisten aikaikkunamääritteiden sisällyttäminen on tehokasta. Jos ajatellaan sitä, että 71 potilaan poistaminen ratkaisusta säästi 4h ja 8h tapauksessa vain 104–105 tuntia hoitajien työaikaa ja verrataan sitä laitoshuollon keskimääräiseen 300 euroa per vanhus per vuorokausi tai tehostetun palveluasumisen 100 euroa per vanhus per vuorokausi kustannukseen, ero on huima. Jos ajatellaan, että kotisairaanhoidajan keskimääräinen tuntipalkka sotu-maksuineenkin on alle 20 euroa, 105 tuntia kotihoitoa maksaa reilut 2000 euroa. Summaa ei olennaisesti muuta, vaikka siihen lisätään muutaman sadan kilometrin auton käytön kustannukset. Esimerkiksi tehostetussa kotihoidossa 7-päivän viikon kustannus olisi 71 vanhukselle lähes 50 000 euroa. Ero on siis yli 20-kertainen ja vielä kolme kertaa suurempi jos heidät sijoitettaisiin laitoshoitoon. Tarkasteltaessa koko datasettiä ja 268 potilasta, ero optimoidun kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen välillä on lähes 15-kertainen. Tämä selkeästi osoittaa, että jopa intensiivistä hoitoa tarvitsevien potilaiden hoito on kannattavampaa kotona, jopa tilanteissa, missä etäisyudet potilaan luo ovat pitkiä.



Kuva 1. Optimoidut reitit 4h vuorojen pituuksilla casessa 1.

Kuvassa 1 havainnollistetaan optimoituja reittejä 4h työvuorojen tapauksessa. Kuvasta on nähtävissä, että etäällä toisistaankin sijaitsevien asiakkaiden yhdistäminen samalle reitille on kannattavaa ja toisaalta eri tiimitupien alueella olevien asiakkaiden yhdistely johtaa myös parempiin tuloksiin, pitkistä etäisyyksistä huolimatta.

Taulukossa 2 esitetään taulukkoa 1 vastaavat tunnusluvut koskien toista optimointicasea. Ensimmäisellä rivillä on nykykäytäntöä vastaavat tunnusluvut ja sen jälkeen kahden perusskenaarion tulokset, jossa tiimi-

suunnittelu tulisi toteuttaa yhtenä kokonaisuutena optimointiin perustuen ja suunnitelmien käytäntöön vieniä tulee tukea. Lopputulemat ovat osoittaneet, että tehokkuuden lisäämisen ohella myös hoitajien hyvinvointia on mahdollista lisätä samanaikaisesti.

Jatkossa optimointia tulisi varsinaisten toimintojen suunnitelun ohella käyttää myös laaja-alaisemmin, mm. henkilöstön osaamisen kehittämisessä ja sen allokoinnissa sekä erilaisten palvelujen määrittämisessä eri tilanteisiin.

Optimoinnin ja kotihoidon paikat palvelujärjestelmän kokonaisuudessa

Jarno Väisänen, tulevaisuustyöpajojen vetäjä

There was a very angry artist once who scribbled all sorts of things down, and after he was dead they looked in his books and in one place they found he'd written, "Wise men see outlines and therefore they draw them," but in another place he'd written, "Mad men see outlines and therefore they draw them."

Gregory Bateson William Blakesta teoksessa Steps to an Ecology of Mind, sivulla 27.

Perukan mummosta kansakunnan eheydestä huolehtimiseen: Vaske-hankkeen tulevaisuustyöpajat

Optimointi kuulostaa itsestään selvästi tavoiteltavalta asialta; asiat tehdään juuri oikein, tehokkaimmalla mahdollisella tavalla, ajallaan ja kuntalaisen toiveita ja tarpeita vastaavasti. Tällaisia tavoitteita on vaikea vastustaa.

Näin itäsuomalaisesta näkövinkkelistä optimointiin voi kuitenkin aivan perustellusti suhtautua myös monin varauksin. Aivan aluksi pitää muistaa se, että ”tiede” ei olisi keksinyt hyvinvointiyhteiskuntaa omin avuin. Kyseessä on vuosikymmenten mittainen poliittinen projekti, joka tosin näillä näkymin ehti vain käväistä Suomen reuna-alueilla. Yhtäältä, jos Suomi yhteiskuntana optimoitaisiin pelkästään taloudellisilla kriteereillä, periferiat saattaisivat jäädä luonnonvarareserveiksi. Toisaalta, ja tämäkin on hyvä muistaa, jos taas koko Eurooppa optimoitaisiin samoin perustein, Pääkaupunkiseutukin voisi siirtyä merten taakse. Itse asiassa näin on koko ajan käymässä. Usein näyttää käyvän niin, että kotihoidon optimointi ja taloudellinen resurssointi kytketään yhteen, mutta sen alue- ja paikallispoliittinen ulottuvuus yritetään jättää pois. Tämä tahallinen unohtaminen ei onnistu käytännössä. Asianosaisten keskusteluihin ja ajatuksiin jää silti kytemään moni muukin asia, aina maaseudun autioitumisesta itärajan uskottavaan puolustamiseen. Mittasuhte-erot perukan mummon kotioloista koko kansakunnan yhtenäisyyden ylläpitämiseen ovat niin valtavat, että kotonan asumisen kysymykset muuttuvat pragmaattisesta palveluohjauksesta aivan perimmäisiksi kansakunnan kohtaloa ennakoiviksi päätöksiksi. Hankauksia aiheuttava taloudellisten arvojen ja identiteettiin liittyvien arvostusten yhteismitattomuus kuitataan alueellisesti keskitetyssä päätöksenteossa helposti symbolisena, metaforisena tai nostalgisoivana, ikään kuin perifeerisyys ja tilastollinen vähämerkityksisyys tarkoittaisi myös muunkinlaista merkityksettömyyttä. Paikallisella tasolla arvostukset ja tuntemukset tuottavat ristiriitoja, sillä kansallisvaltio ei ole aina se optimaalisin, puhumattakaan luontaisin järjestäytymisen malli. Sitä pitää haluta. Tämä ei ole vain tuntevien ihmisten ongelma, vaan myös niiden, jotka väittävät perustavansa väitteensä kylmille faktoille. He näyttäytyvät kylminä ihmisinä. Ihmisen on yhtä vaikea olla näkemättä tapahtumissa merkityksiä kuin olla käyttämättä oppimaansa kykyä syvyydenäkö (Wagner 1986, 18, 29).

Optimointia perustellaan paitsi resurssien mahdollisimman tehokkaalla käytöllä, myös huoltosuhteen dramaattisella heikkenemisellä, erityisesti syrjäseuduilla. Ongelma tässä argumentissa on se, että tulevaisuus ei ole täällä aivan vielä. Kuten optimointilaskelmat osoittavat, kotihoitoa on mahdollista tehostaa. Seuraava kysymys on sitten onkin, mihin tämä ”optimointivara” käytetään. Tietystä näkökulmasta kunnan kotihoitajat voi nähdä myös myyjinä ja markkinoijina. Näin jo silläkin perusteella, että hyvin tehty työ johtaa usein seuraavaan tilaukseen. Varhainen puuttuminen ja ennaltaehkäisy ovat nekin periaatteita, joita on vaikea vastustaa. Mutta varauksia löytyy myös näihin maksimiin. Varsinkin sosiaalitoimessa ennaltaehkäisevän työn tuloksekkuuden todistamisen kanssa on tunnetusti ollut suuria vaikeuksia. (Väisänen 2012, 63–66.) Itse asiassa tulokset näyttävät siltä, että varhainen puuttuminen, selvien onnistumisten ohella, lisää sosiaalitoimen asiakkuuksia. Ennaltaehkäisevä toiminta siis lisää menoja lyhyellä ja keskipitkällä aikavälillä, kuka ties pitemmässäkin juoksussa. Toiminnan tehostamisen potentiaali on yhtäältä laskennallinen tulos, mutta

käytännössä realisoitavan säästön reunaehdot riippuvat siitä miten ja mihin tuo kotihoidon kokonaisuuden kannalta ohimenevä yliesursointi käytetään. Jos se luvataan käyttää kotihoidon organisaation sisäisesti, sitä löytyy paljon enemmän kuin jos se siirretään jollekin toiselle toimialalle. Ja jos tämä hetkellinen ylikapasiteetti siirretään kotihoidon ennaltaehkäisevään toimintaan, voi käydäkin niin, että sosiaali- ja terveystalouden kokonaisuuteen resursseja tarvitaan entistä enemmän.

Muutaman vuoden hoivapalveluiden järjestämisessä mukana olleena, ja kyynisyyttä viimeiseen asti välttävänä, pidän itsekin epätodennäköisenä, että leikkaukset kunnan kotihoidossa johtaisivat vastaavan suuruiseen kunnan budjetin pienentymiseen tai edes velanottotarpeen vähentymiseen. Tyhjiö täyttyy, sanotaan. Ihmisten hoitamisen tavoista ennaltaehkäisevästi, samoin kuin akuuteissa tilanteissa, käydään jatkuvasti kamppailua resursseista. Tällä hetkellä meidän yhteiskunnassamme terveydenhuollon lääke- ja hoitotieteelliset argumentit saavat parempaa vastakaikua kuin sosiaalitoimen argumentit. Näin silti, vaikka jos sosiaalitoimen työn tuottavuutta onkin vaikea todistaa, niin erikoissairaanhoidon jatkuvasti kasvavien kustannusten osoittamiseen riittää yksinkertaisempikin taulukkolaskentaohjelman kaavio. Jos siis nyt kotihoidon resursseja leikataan tehostamisen nimissä, ja nämä resurssit siirtyvät esimerkiksi terveydenhuollon hallittaviksi, on perusteltua epäillä saisiko kotihoito sitten tulevaisuudessa tarvitsemansa lisäresurssit. Tässä siirtelyssä muuttuisi myös kunnallisen kotihoidon luonne. Kyse ei siis tästäkään näkökulmasta ole pelkästään asioista vaan myös työntekijöiden vähintäänkin ammatillisesta identiteetistä ja koko kunnallisen kotihoidon tulevaisuudesta. Kunnallisen kotihoidon kannalta kyse on hankalasta kaksoissidoksesta. Kun tehostamisvara on osoitettu, se johtaa joka tapauksessa vaatimuksiin resurssien leikkaamisesta. Joko resurssit siirtyvät toisille toimialoille ja/tai tehokkaammiksi todetuille yksityisille palveluntuottajille.

Vaske-hankkeen tulevaisuustyöpajat olivat tilaisuus käydä tätä laajempaa, sekä taloudellisiin reunaehtoihin, optimointilaskelmien tuloksiin että identiteettiin, kuulumiseen ja merkityksiin kytkeytyvää argumentaatiota. Useat, keskenään yhteismitattomat, jopa eri loogista tyyppiä olevat tiedonlajit kohtaavat kotihoidon kehittämisessä. Kyse on yhtä aikaa ihmisistä ja rahasta, arjen arvaamattomuudesta ja matemaattisen eksakteista laskelmista, palveluiden sisällöistä ja palveluiden rakenteista, nykyhetkestä ja tulevaisuudesta.

Kotihoito ja kotihoidon asiakkaat eivät ole pelkkä kuluerä. Kotihoito ei ole vain kotihoidon asia, sillä osaltaan se pitää yllä elinmahdollisuuksia ja tulevaisuudenuskoa myös muille syrjäseutujen asiakkaille. Tulevaisuustyöpajat olivat tilaisuus tehdä kotihoitoa ja sen merkitystä näkyväksi jäsenetysti ja hyvässä hengessä. Kirjavan osallistujajoukon oli tarkoitus ohjata keskustelua kohti ”hyvää retoriikkaa”, jossa omille tavoitellaan kaikkien osapuolien hyväksyntää. Tämä on vaikea laji, mutta sen voi oppia, ei kuitenkaan ilman harjoittelua. (Perelman & Olbrechts-Tyteca 1971, 62, 314–315; Billig 1996, 224.) Tämä oli tulevaisuustyöpajojen idea. Varsinaiset kotihoidon resursseja ja tehtäviä koskevat päätökset tulee tietenkin tehdä normaalin kunnallisen päätöksenteon järjestyksen mukaisesti.

Kotihoidon mittanormalisointi

Optimointi ei ole yksi menettely vaan sitäkin on montaa sorttia. On olemassa iso jako kahden idean välillä, mutta molemmilla on harhaanjohtavasti sama yleiskäsite. Ensimmäinen on ”maaliöhjautuva” optimointi ja toinen on ”virheohjautuva” optimointi. Edellinen on kuin tikkataulun napakymppi, yksi vastaus on pysyvästi parempi kuin kaikki muut ratkaisuyritykset. Jälkimmäinen on optimointimalli, joka esiintyy luonnossa – ja kotihoidossa. Virheohjautuvassa mallissa tavoitellaan kahta raja-arvoa, joiden välissä lähtökohtaisesti epäsäännöllisen ja ennakoimattoman toiminnan tulee pysyä. Luonnossa eliölaji tai sen yksilö kuolee, jos raja-arvot ylittyvät. Kotihoidossa budjetti ylittyy tai organisaatioon kertyy liikaa resursseja tehtävään työhön nähden. Toivottavasti kukaan ei sentään kärsi turhaan tai kuole vaikka käydään alarajalla.

Antropologi Gregory Bateson esittää tämän rakenteiden ja prosien yhteistoiminnan, systeemin virheohjautumisen, kodin lämmönsäätelyjärjestelmän avulla (Bateson & Bateson 1987, 36–49). Järjestelmässä on asukkaan ohjaama säädin, digitaalinen päällä/pois –termostaatti sekä jatkuvasti muutoksessa oleva, nouseva tai laskeva lämpötila. Malli sopii myös kotihoidon toiminnan reunaehto- ja optimointilaskelmien periaatteiden havainnollistamiseen, koska niissäkin kohtaavat suhteellisen kiinteät toiminnan reunaehdot ja aina vaihteleva arjen työn kuormittavuus.

Kotihoidolla ja termostaateilla ei ole mitään tekemistä toistensa kanssa – tai sitten on, jos ne asetetaan suhteeseen. Kyse on eräänlaisesta predikaattilogiikasta (Bateson & Bateson 1987, 28–30) tai rajaobjektin muodostamisesta (Star & Griesemer 1989, 387–420). Vaske-hankkeessa oli mukana monen alan

osaajia, kotihoidon ammattilaisia, kokeneita viranhaltijoita ja luottamushenkilöitä, eri alojen kehittämistyön ammattilaisia ja opiskelijoita. Jokainen mukana ollut ihminen ymmärsi kotihoidon eri tavalla. Mikä tahansa ”asia”, tässä tapauksessa ”kotihoito”, keksitään tai kuvaavammin sanottuna hoksataan omista lähtökohdista, suhteessa siihen minkä kukin jo tuntee (Wagner 1975, 12–14). Traagisimmat väärinkäsitykset syntyvät juuri silloin, kun asiasta puhutaan samalla nimellä, tehdään sen perusteella oletus yhteisymmärryksestä, mutta tarkoitetaan eri asiaa. Tai sitten ei oteta riittävän vakavasti heidän näkemyksiään, jotka eivät esitä asiaansa korrektein käsittein.

Pidin joissain tulevaisuustyöpajoissa esillä termostaatin toimintaperiaatetta. Ajattelin, että se on hyvä rajaobjekti, sillä kaikki tuntevat sen toimintaperiaatteen – ainakin pienen muistuttamisen jälkeen. Se kuvaa rajoitain osin kunnallisen kotihoidon toimintaa ja sen kaksoissidosta tai kiipeliä suhteessa tehostamisvaatimuksiin. Olin tuntevina ainakin silloin, että vertaus auttoi eritaustaisia toimijoita ymmärtämään toisiaan. Termostaatti on hyvä rajaobjekti siinäkin mielessä, että on mahdollista osoittaa myös sen rajat. Kaikki tietävät, että termostaatti ei ole yhtä kuin kotihoito eikä se ole edes kotihoidon symboli. Termostaatin toimintaperiaatteiden kautta tämän taustoiltaan hajanaisen kehittäjäjoukon ja vielä hajanaisemman lukijakunnan on kuitenkin mahdollisuus luoda dialektinen perusta kehittämistyölle siten, että ihmiset tulevat paremmin ymmärretyiksi ja heidän näkemyksiään kunnioitetaan vaikka itse kotihoidon substanssi ei olisikaan täysimääräisesti hallinnassa.

Lämmönsäätelyn näkyvin osa on hämäävästi yleiskielessä ”termostaatti” vaikka tässä ”ohjausyksikössä” on paljon muutakin. Yksi osa termostaattia on näkyvä lämpömittari, joka näyttää lämpötilan termostaatin lähellä tai siellä mihin tietoa lähettävä anturi on asennettu. Termostaatin sisällä on toinen lämpömittari, varsinainen termostaatti, joka perustuu metallin laajenemiseen, tai tarkemmin erilaisten metallien erilaisiin lämpölaajenemisominaisuuksiin. Tämä metallikieli on se, jonka napse kuuluu myös uuneista ja silitysraudoista. Kun lämpötila nousee, metallikielet pitenevät, irtoavat toisistaan, virtapiiri katkeaa ja lämpöä tuottava vastus ei saa enää sähköä. Se ei tuota uudelleen lämpöä ennen kuin lämpötila on pudonnut niin paljon, että metallikielet taas koskettavat toisiaan ja sähkövirta kulkee vastukseen. Tämän termostaatin sisällä olevan lämpömittarin lukemaa ei esitetä Celsius-asteina vaan metallikielien fysikaalisten ominaisuuksien avulla asetetaan ne kynnykset tai raja-arvot, joiden välissä vastuksen päällä olo ja siis lämpötila vaihtelee. Tämän vaihteluvälin voi asettaa ja sitä voi muuttaa vain asukas, ei missään tapauksessa termostaatti itse. Se on tuomittu pysymään raja-arvojen välissä.

Termostaatin päällä on vielä säätökierokko ja lämpötila-asteikko, mutta se ei ole lämpömittari. Asteikon tehtävä on auttaa kohdistamaan termostaatin sisällä olevat metallikielet halutulle etäisyydelle. Säädön tulos näkyy sitten hiukan myöhemmin termostaatin näkyvässä lämpömittarissa ja tuntuu huoneilman lämpötilassa. Termostaatin lämpötila-asteikko on harhaanjohtava myös siinä merkityksellisessä mielessä, että ikään lämpötilan keskiarvo, haluttu optimilämpötila, ohjaisi lämmitysjärjestelmää. Tosiasiassa termostaatti ”ei tiedä mitään” keskiarvosta. Sille ovat merkityksellisiä vain asetetut raja-arvot. Se tuntee vain pois- ja päälle-käskyt. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että lämpötila ei käytännössä ole asukkaan kontrollissa silloin kun se on raja-arvojen välissä. Lämpötila voi olla kohoamassa ennustettavasti kohti ylärajaa, mutta sisään astuva vieras jättää oven auki ja termostaatti pitääkin vastuksen päällä-asennossa.

Vastaavasti kotihoidossa laskennallisilla keskiarvoilla ei ole mitään käytännön merkitystä, koska koskaan ei ole keskiarvoinen päivä. Sama asia tulee esiin työntekijöiden vaikeuksissa kuvata ”tavallinen” tai ”tyypillinen” työpäivä, sillä sellaisia ei koskaan ole. Optimoinnin kysymys tuleekin asettaa niin, että mikä on se työvoiman tarve, jolla pystytään venymään kiireisen päivä palvelutarpeeseen, mutta joka ei tuota kohtuutonta ylikapasiteettia silloin, kun asiat menevät suunnitellusti tai jotkut asiakkaat eivät edes tarvitse käyntejä esimerkiksi läheisen vierailun vuoksi. Kotihoidon operatiivisesta puolesta vastaavien ihmisten ei pidä voida päättää kotihoidon resursseista. Toki heidän palautettaan pitää kuulla, mutta kyse on keskenään vastakkais-ten arvojen ja taloudellisten reunaehtojen yhteensovittamisesta.

Lämpöjärjestelmässä on siis kyse virheohjautuvasta lämpötilaoptimointijärjestelmästä vaikka järjestelmätoimittajat haluavatkin ehkä antaa vaikutelman maali-ohjautuvasta, yhden oikean vastauksen antavasta järjestelmästä. Huoneen lämpötila ei voi olla 21 astetta kuin vain ohikiitävän hetken ajan. Oikeampi, luonnonmukaisempi ja paremmin kotihoidon järjestämiseenkin sopiva tapa ilmaista asia olisikin esimerkiksi: ”Huoneen lämpötila on 20,50 ja 21,49 asteen välissä.” Vastaavasti kotihoidon optimaalinen työntekijöiden kuormitus ei ole y vaan kuormituksen tulee pysyä raja-arvojen x ja z välissä.

Minun tehtäväni Vaske-hankkeessa oli tulevaisuustyöpajojen suunnittelu ja vetäminen. Näiden työpa-

jojen oli tarkoitus olla, tai ainakin simuloida, tällaista kotihoidon ohjausyksikköä, jossa systeemin eri osat, sekä rakenne että prosessit, kohtaavat. Kotihoidossa tämä siis tarkoittaa strategisen ja operatiivisen päätöksenteon kohtaamista. Ensimmäinen asettaa raja-arvot ja toinen toimii niiden puitteissa kykijensä mukaan. Tulevaisuustyöpajoissa oli tarkoitus saada palautetta kotihoidon kentältä sekä kokemuksiina että optimointilaskelmina. Näiden perusteella kunnalliset päätöksentekijät, sekä luottamushenkilöt että viranhaltijat, olisivat saattaneet ”kalibroida” eli ”mittanormalisoida” kotihoidolle annetut tehtävät ja resurssit.

Käytännön kokemus osoittaa, että julkiset organisaatio ovat harvoin sisältä ohjautuvia. Harvassa ovat yleensäkin ne organisaatiot, jotka eivät pysty löytämään itselleen ainakin omasta mielestään mielekäästä tekemistä. Ja jos löytäminen tai keksiminen annetaan vain asianosaisten organisaatioiden tehtäväksi, tuloksena on systeemitoreettisin termein ”karkaaminen” ja koko järjestelmän tuhoutuminen. Tämä kotihoidon raja-arvojen asettaminen ei ollut, kaikkeksi onneksi, minun, optimointilaskennan asiantuntijoiden tai Vaske-hankkeen henkilöstön tehtävä. Se olisi ollut kunnallisen päätöksenteon halveeraamista. Päätöksentekijöitä toki voi ja tuleekin auttaa tekemään informoituja päätöksiä.

Alkuperäinen työpajojen idea oli siis koota asianosaisia yhteen. Lääkäreiden mukaan saaminen olisi ollut erittäin tärkeää, sillä lääketieteellä on vahva auktoriteetti ihmisten hoivassa ja hoidossa. Kotihoidon ja kotisairaanhoidon työntekijät ovat ilmeisen taitavia tekemään arvioita hoidon tarpeesta, mutta asiakas-kohtaisten hoito- ja palvelusuunnitelmien muuttaminen ei ole laajassa mitassa mahdollista ilman lääkärin näkemystä. Kotikäyntien aikaikkunat ovat ratkaisevassa osassa työajan ja logistiikan optimoinnin potentiaalien realisoimisessa. Työpajoihin olisi pitänyt saada myös luottamushenkilöiden edustajia, sillä nykyisessä päätöksentekomallissa he tekevät viime kädessä ratkaisevat, osin lakisääteiset, mutta osin myös arvoperustaiset päätökset eri toimialojen tehtävistä ja resursoinneista. Toisaalta tämä vuosi 2012 on kuntavaalivuosi ja vaikka nykyisen asiakasmäärän voisi hoitaa pienemmällä henkilöstömäärällä, leikkaukset olisivat silti näytäneet leikkauksilta. Työpajoihin olisi saanut osallistua myös kuntien taloushallinnosta vastaavia ihmisiä. Heillä olisi ollut erinomaiset mahdollisuudet antaa ulkoista painetta sisäisen järjestyksen muuttamiseen kotihoidossa. Kotihoitoa tuottavat yritykset ja yhdistyksetkin olisivat voineet tuoda oman esimerkinsä siihen, kuinka työ voidaan organisoida paremmin tietoteknisten apuvälineiden ja logistisen suunnittelun avulla. Yritysten toiminnan optimointi kilpailutusten kautta on tähän asti ollut aivan eri asia kun kuntaorganisaation oman väen toiminnan tehostaminen. Yritykset voivat laskuttaa vain tehdystä asiakaspalvelutyöstä.

Tulevaisuustyöpajoihin kyllä osallistui hyvin väkeä kunnan kotihoidosta, mutta ei sitten juurikaan ihmisiä noista muista ryhmistä, joita tarvitaan rakenteellisten muutosten tekemiseen. Tässä menivät myös puurot ja vellit sekaisin sen suhteen mihin Vaske-hankkeen alussa tuotettua kotihoidon historia-aineistoa olisi ollut mahdollista käyttää ja mihin sitä sitten käytettiin. Aineisto olisi toiminut erinomaisen hyvin strategisen päätöksenteon tukena. Esimerkiksi edellisen artikkelin tulokset olisivat kertoneet päättäjille, että *joissain kohdissa kotihoidon tavassa toimia*, kuten käyntien aikakriittisyyden huomioimisessa, on parantamisen varaa. Sen sijaan tuotetun aineiston perusteella ei ole mahdollista sanoa, tai tietää paremmin kuin kotihoidon varsinainen henkilöstö, *missä kohtaa toimintaa voidaan parantaa yksittäisten asiakkaiden kohdalla*. Työpajojen osallistujat olivat juuri heitä, joilla ei ollut mahdollisuutta strategiseen päätöksentekoon, kääntämään sitä vertauskuvallista säätökiekkoa. He olisivat voineet hyödyntää operatiivista päätöksentekoa koskevia laskelmia ja väittämiä, mutta niitä ei alun perin ollut edes yritetty tuottaa. Optimointilaskelmat joutuivat väärään paikkaan kuin mihin ne oli tarkoitettu ja mihin ne olisivat soveltuneet. Optimointilaskelmien, kotihoidon todellisuuden ja hankkeen toimintaedellytysten erot olivat niin valtavia, että mielekäästä dialogia kotihoidon organisoinnista kokonaisuutena ei työpajoissa saatu aikaiseksi.

Muistiinpanoja tulevaisuuden varalle

Ilmeinen yksimielisyys vallitsee siitä, että kotihoidon tehokkuutta on kehitettävä. Vaikka rahat riittäisivätkin, niin työntekijöistä tulee pula. Optimointilaskennalla, toiminnanohjausjärjestelmillä ja toivottavasti myös satunnaisilla antropologeilla on tässä merkittävä rooli, mutta tulevaisuustyöpajojen alkuperäisen idean kannalta mittaluokkaa isompia kysymyksiä on ainakin neljä. Ensinnäkin, mistä kotihoito alkaa. Toiseksi, mihin kotihoito loppuu. Kolmanneksi, onko kuntaorganisaatiolla etuajo-oikeus palvelutuotantoon vai joutuuko sekin kilpailemaan asiakkaista ja markkinoista siinä kuin muut palvelutuottajat nykyään jo tekevät. Neljänneksi, kysymys on koko muun kuntasektorin työn tuottavuudesta suhteessa kotihoidon tuottavuuteen. Vastaukset näihin kysymyksiin antaisivat riittävät raamit tulevaisuustyöpajoihin, jotka käsittelevät

kotihoitoa optimoinnin välineiden kautta.

Ensimmäinen kysymys tarkoittaa kotihoidon aloittamiseen johtavien kriteereiden sopimista, joko numeerisin indeksimäärittelyin ja/tai käytännön esimerkkejä osoittaen, ja sitä kautta yhteisen linjan neuvottelemista. Tiettyä harkinnanvaraa tähän pitääkin jäädä, mutta liian epämääräinen raja johtaa rajan tapauskohtaiseen siirtyilyyn eli siihen, että ihmiset tulevat julkisten palveluiden piiriin entistä aikaisemmin – tai sitten aivan liian myöhään. Julkinen valta puuttuu tilanteeseen ennen kuin sitä perään kuulutettua yhteisöllisyyttä ja naapuriapua tai asiakassuhdetta yksityiseen palvelutuottajaan ehtii edes syntyä, vaikka olosuhteet olisi- vatkin otolliset.

Toinen kysymys tarkoittaa kotihoidon ja yhteisöasuminen tai tehostetun palveluasumisen suhdetta. Vaske-hankkeen aikana kotihoidon työntekijät kertoivat, että asiakkaat ovat todella raskashoitoisia ja vas- taavat hyvin asiakaskuntaa, joka pääsisi myös tehostettuun palveluasumiseen, jos haluaisi tai jos tilaa olisi. Ostopalveluna tehostettu palveluasuminen maksaa alle sata euroa vuorokausi. Tämän hinnan tai kustan- nuksen pitäisi olla toinen rajapyykki kotihoidon alkamiselle ja päättymiselle. Suoralla matematiikalla tämä tarkoittaisi noin kolmea ja puolta tuntia asiakasta kohti. Se kuulostaa paljolta, mutta tämän Vaske-hankkeen aineiston perusteella se myös tarkoittaisi nykyteholla yhden työntekijän koko 7,5 tunnin työpäivän asiakas- työn panosta vain yhteen asiakkaaseen, mikä taas kuulostaa todella vähältä työmäärältä.

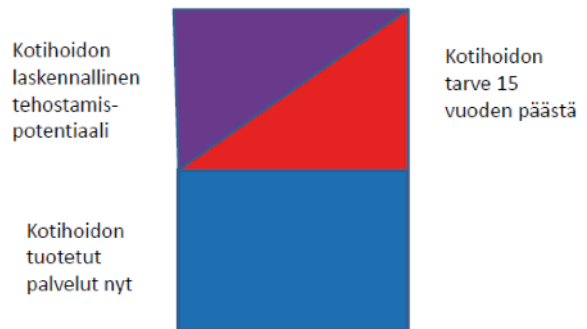
Tämä on se kolmas kysymys, johon näennäisen helpolta vaikuttava kotihoidon kehittämistyö kaatuu; kunnan kotihoidon oman toiminnan tehokkuus. Suhteellinen tehokkuus, asiakaspalveluajan, ”muun työn” ja palkkakustannusten suhde, vaikuttaa olevan niin heikolla tolalla ja niin kaukana yksityisten palvelutuottajien toiminnasta, että mielekästä ja sinänsä neutraalia, ikään kuin ei kenenkään maalla tapahtuvaa, tavoitteellista kehittämistyötä on vaikea saada edes alulle. Yleinen, monien kuntien kokemus esimerkiksi kotisairaanhoi- dosta on, että yksityinen palvelutuottaja pystyy antamaan tunnin palvelua reilulla 30 eurolla, mutta kunnan tuottamana vastaava aika palvelua maksaa yli 70 euroa – ilman hallinnosta vyörytettyjä kustannuksia.

Kustannustehokkuuden parantamisesta toki löytynee onnistuneitakin esimerkkejä, mutta kokonaiset kunnan tai kunnan joidenkin sosiaali- ja terveystalouden alojen ja alueiden ulkoistamiset ovat koko ajan lisääntymässä. Voi hyvin kuvitella nämä päätökset ovat tulleet vasta sen jälkeen, kun kunnan kotihoitoa on yritetty kehittää kerran tai useamminkin, mutta laihoiin tuloksin.

Neljäs kysymys, joka mutkistaa asiaa entisestään, on kotihoidon kustannustehokkuus ja merkitys muihin kunnan palveluihin verrattuna. Kotihoito on kuitenkin kuntalaisia suoraan, käsin koskettelevasti palvelevaa työtä, toisin kuin esimerkiksi puistotoimi tai erilaiset valvontatehtävät. Nämä eri sektoreiden ja sijoitusten erot ja oikeutukset resursseihin tulevat keskusteluun silloin, kun tehostamisvaatimukset kohdistuvat vain yhteen toimialaan, joka vieläpä huolehtii kuntalaisten terveydestä. Keskustelu lähtee menemään helpommin taak- sepäin kuin eteenpäin, siihen asiaan, jota oli alun perin tarkoitus tehostaa.

Mihin ne kehittämistyön rajat vedetään?

Kuva 1. Havainnekuva: kotihoidon tuotetut palvelut nyt ja palvelutarve tulevaisuudessa.



Havainnekuva.
Kotihoidon nyt tuottama palvelu sinisellä.
Kotihoidon tuleva palvelutarve punaisella.
Kotihoidon laskennallinen tehostamisvara violetilla.

Kunnallisen kotihoidon kehittäminen optimoinnin avulla tarvitsee siis selvemmän tehtävän ja vahvemman toimeksiannon. Pitäisi joko olla selvänä paljonko kotihoidon resurssija on käytettävissä ja toteuttaa niiden mahdollisimman tehokas hyödyntäminen. Tai sitten pitäisi olla selvänä tehtävät ja toteuttaa ne mahdollisimman tehokkaasti (kuva 1).

Syrjäseutujen kotihoitoa kehittäneen Vaske-hankkeen ehkä mielenkiintoisin tulos, ainakin minun mielestäni, oli hyvinkin intuition vastainen. Tämä osoittaa siihen potentiaaliin, jonka optimointilaskenta voi kotihoidon tehostamiseen tarjota. Ennen hanketta meillä kaikilla, ja sen voi myös mainoslehtisistä lukea, oli oletus, että logistiikka ja työntekijöiden liikkuminen epämääräisesti ja sinne tänne tuottaa kuluja autossa istumiseen käytettynä aikana ja kilometrikorvauksina. Vastaavasti hankkeen tuloksellisuuden voisi osoittaa ajettujen kilometrien vähenemisenä.

Optimointilaskelmien perusteella näyttää kuitenkin siltä, että työajan mahdollisimman tehokas ajankäyttö logistisesta näkökulmasta edellyttääkin liikkumista aiempaa enemmän. Tämä on tulos siitä, kun työtehtävät jaetaan tasaisemmin koko päivän ajalle. Aamulla tehdään vain välttämättömät, aamutoimiin liittyvät asiat. Iltapäivällä on sitten parempi mahdollisuus aikaa vieviin, mutta ei tiettyyn vuorokaudenaikaan sidottuihin tehtäviin. Näin ollen myös asiakkaiden luona käyntien määrät nousevat. Tämä on hieno tulos työsuunnittelun ja hoito- ja palvelusuunnitelmien kannalta. Suora johtopäätös on esimerkiksi se, että asiakasmaksujen sitominen käyntikertoihin estää resurssien optimaalista käyttöä.

Ongelmana tässäkin on kuitenkin uusien toimintamallien vaikutusten kertaluokat. Logistinen optimointi voi itsessään tehostaa nykyistä kotihoidon toimintaa, logistiikkaa, työajan käyttöä ja työajan käytön suunnittelua, muutamilla prosenteilla. Kotihoidon palveluiden aikakriittisyyden asiakaskohtainen uudelleenarviointi voi tuottaa jo kymmenien prosenttien tehokkuuslisäyksiä – sillä edellytyksellä, että mukana arvioinnissa on myös asianosainen lääkäri. Vielä suurempi, edellisiin verrattuna moninkertainen tehostamispotentiaali tulee käyttöön, kun tarkastellaan kotihoitoa sinänsä; mistä se alkaa, mitä siihen sisältyy, miten maksuosuudet jakautuvat, kuka palvelut tuottaa ja missä vaiheessa ihmisen täytyy muuttaa kotoaan yhteisöasumiseen tai tehostettuun palveluasumiseen tai etsiä itselleen vastuuta jakava asuinkumppani. Vasta näiden vaiheiden jälkeen myös optimointilaskenta pystyisi realisoimaan omat, kymmeniin prosentteihin yltävät lupauksensa kustannustehokkuuden parantamisesta.

Kotihoidon toimintaa, työvoiman ja kuormituksen suhdetta, voi kuvata vertaamalla sitä termostaattiin, tai höyrykoneen toimintaan tai ruumin lämpötilan vaihteluun tai mihin tahansa tiettyjen raja-arvojen välissä oskilloivaan systeemin osaan. Kyse on kuitenkin vertauskuvista, joka kantavat vain tiettyyn rajaan saakka. Ihminen eroa kaikista muista eläimistä ja systeemeistä, koska hänellä on tietoisuus. Lämmitysjärjestelmässä tietoisuus tarkoittaisi sitä, että haluttu huonelämpötilan raja-arvo pyytäisi itsensä muutosta. Tai poissa/päällä -termostaatti kytkisi itsensä pysyvästi pois tai päälle eli prosessi alkaisi määrittää rakennetta. Tämä olisi koko systeemin loppu, ”karkaaminen”. Sama lopputulos, mutta viiveellä, olisi siltäkin, että termostaatti alkaisi itse muuttaa raja-arvojaan. Systeemin muut osat eivät sitä kestäisi.

Kunnallisen kotihoidon kehittämissankkeet ja kaikki muutkin tehostamishankkeet, joissa potentiaali on näin selvä, onnistuisivat sellaisessa kuvitteellisessa tilanteessa, jossa työntekijät eivät tietäisi mitään muuta kuin omat työvuorot ja omat työtehtävät. He eivät tietäisi mennyttä eivätkä ennakoisi tulevaa. He eivät tietäisi että työvuorot, työtehtävät, resurssit ja optimointilaskelmat ovatkin vain osittaisiin tietoihin ja arvostuksiin perustuvia toisten ihmisten tuotoksia. Ihmisen venymiskyky silloin kun paremmasta vaihtoehdosta tässä maailmassa ei ole tietoa on ihmeellinen. Jokainen meistä itäsuomalaisista tietää kuinka vaikeat olosuhteet täällä olivat vain pari sukupolvea sitten. Olisimme varmaankin pärjänneet myös iso- ja isoisovanhempiemme elinympäristössä, mutta vain, jos emme olisi tienneet nykypäivästä tai paremmasta elämästä. Siirtolaisaallot Pohjois-Norjaan, Atlantin yli, Ruotsiin ja Etelä-Suomeen todistavat tästä.

Kotihoito on vain yksi osa kunnan sosiaalitoimea ja terveydenhuoltoa. Suurimmat kustannusten kasvut ovatkin järjestelmän toisessa päässä, erikoissairaanhoidossa, jonka paisuminen vie paitsi budjetit myös osajat kuntien terveydenhuollosta. Tässä hankkeessa muutospaine koski vain kotihoitoa paikallisesti, yhden kunnan organisaatiossa. Oli aivan uskottavuuden rajoilla, että kotihoidon resurssit lisääntyisivät leikkauksia vastaavasti sitten kun niitä todella tarvittaisiin muutaman vuoden päästä. Kotihoito muuttuisi, ja potentiaalit realisoituisivat täydemmin, jos koko suomalainen sosiaali- ja terveysjärjestelmä muuttuisi. Mutta kuka muuttaisi *kaiken*?

Kirjallisia lähteitä

Bateson, G. & Bateson, M.C. 1987. *Angels Fear. Towards an Epistemology of the Sacred*. New York: Bantam Books.

Billig, M. 1996. *Arguing and Thinking. A Rhetorical Approach to Social Psychology*. New Edition. Cambridge: Cambridge University Press.

Perelman, C. & Olbrechts-Tyteca, L. 1971. *The New Rhetoric. A Treatise on Argumentation*. London: University of Notre Dame Press.

Star, S. & Griesemer, J. 1989. Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social Studies of Science* 19 (3), 387-420.

Wagner, R. 1975. *The Invention of Culture*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, Inc.

Wagner, R. 1986. *Symbols That Stand for Themselves*. Chicago: The University of Chicago Press.

Väisänen, J. 2012. Muistamisenarvoinen kokemus. Monipaikkainen antropologinen tutkimus varhaisen puuttumisen kehittämisestä. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B, Raportteja 53.

Arviointisilloja kotihoitoon

- tarinoita aikakriittisestä arjesta ja kehittämistyön verkostoista

Miia Pasanen

Värikäs syksy oli vaihtumassa lokakuuksi, kun istahdin Ahvenisen sillalle. Tarinat olivat vihdoin nauhalla, mutta matka vasta puolivälissä. Aikaa oli vähän ja kertomuksia paljon, ja voin tunnustaa että moni asia liikkautti minua. Tässä artikkelissa avaan palan arvoitusta eli tuon esiin, millaisia kokemuksia Vaske-hankkeen keskeisillä toimijoilla oli muutosprosessista ja tavoitteiden toteutumisesta. Näkökulmani rajautuu Lieksan alueen kotihoidon kehittämisen kokemuksiin, joita avaan laadullisten haastatteluaineistojen pohjalta.

Tuon aluksi esille loppuarvioinnin taustaa, ja tämän jälkeen puheenvuoron saavat kotihoidon asiakkaat. Heidän jälkeensä kerron Lieksan kotihoidon työntekijöiden ja lopuksi projekti- ja ohjausryhmän jäsenten sekä opiskelijan näkökulmaa kehittämistyöhön. Loppuun olen koonnut johtopäätökset eli vastaukset arviointikysymyksiin.



Loppuarvioinnin peruskivi

Vaske- hankkeen yleisenä **tavoitteena** oli luoda väljästi asuttujen kuntien sosiaali- ja terveystalveluiden toimintojen kehittämiseen **uusi kehittämis- ja arviointiväline**. Tämän artikkelin tarkoituksena on sekä **tukea että arvioida** hankkeen kehittämistyötä (Seppänen- Järvelä 2004). Arviointi on yksi interventio alueen kehittämistyöhön ja loppuarvioinnissa hyödynnettävät ”osallistavat menetelmät” luovat toimijoille mahdollisuuden olla mukana tutkimassa ja kehittämässä heitä koskevia asioita (Kivipelto 2008).

Hankkeen arvioinnissa on oleellista osata määritellä, mitä konkreettista projektin aikana syntyy (tuotokset), miten kehittämistyö jää elämään (tulokset) sekä mitkä ovat hankkeen pitkän aikajänteen vaikutukset.

(European Commission 1997) Vaske-hankkeen kevään 2012 ohjausryhmän kokouksessa todettiin, että hankkeen vaikuttavuutta ei ole mahdollista tavoittaa tässä vaiheessa ja tärkeimmiksi loppuarviointikysymyksiksi määriteltiin: ”Miten kehittämistyö vahvisti työntekijöiden osaamista? Miten kehittämistyö näkyi asiakkaiden arjessa? Miten kehittämistyö jatkuu eli miten hankkeen antia jalkautetaan alueelle? ” (Ohjausryhmä Vaske-hanke. 1/2012). Loppuarvioinnissa oli näin ollen oleellista selvittää keskeisten toimijoiden näkemyksiä siitä, mitä hankkeella on saatu aikaa. Tuotokset kertovat aikaansaaduista asioista suhteessa panoksiin ja tulokset puolestaan toiminnan välittömästä hyödyistä. Jälkimmäisiä voi esimerkiksi arvioida kysymällä eri toimijoiden näkemyksiä toiminnasta ja sen hyödyistä. (Virtanen 2007, 88).

Hankkeen aikana on tapahtunut aikataulumuutoksia jotka haastoivat hankkeen tavoitteiden, tuotosten ja tulosten arviointia. Hankesuunnitelman mukaan hankkeen keskeisiä toimenpiteitä ovat:

- 1) nykytila-arviointi analyysityökaluja hyödyntäen
 - 2) vaihtoehtoisten toiminta- ja tuotantotapojen kuvaaminen kerätyn datan perusteella
 - 3) 4-vaiheinen skenaariotyöskentelyn toteuttaminen (skenaarioiden työstö, laskennallinen analyysi, vertailu, valinta)
 - 4) valittujen kokonaisuuksien käyttöönoton valmistelu
 - 5) uusien osaamistarpeiden kuvaaminen ja niihin vastaamiseen varautuminen
 - 6) hankkeen tuloksista tiedottaminen.
- (ESR-projektisuunnitelma 2010; Väljästi asuttujen alueiden palveluiden kehittäminen (VASKE) -hanke 2010.)

Väliarviointivaiheessa hankkeessa oli edetty tulkinnasta riippuen vaiheisiin 1-3. Vaikka hankkeen keskeiset toimijat (projektipäällikkö, ohjausryhmä ja projektiryhmä) olivat varsin tyytyväisiä hankkeen toimintaan, oltiin jo tuolloin aikataulusta myöhässä. Esimerkiksi hankesuunnitelmassa määritellään, että hankkeen yksi keskeinen toimenpide on 4-vaiheisen skenaariotyöskentelyn toteuttaminen (skenaarioiden työstö, laskennallinen analyysi, vertailu, valinta), mutta tuossa vaiheessa skenaarioita ei ollut käytössä. (Hiltunen ja Pasanen 2012) Loppuarviointia ajatellen jouduttiinkin kriittisesti pohtimaan, mitä kysymyksiä asiakkailta voidaan kehittämistyöstä kysyä.

Vaske- hankkeen väliarviointi toi esiin, että asiakkaiden ja kotihoidon työntekijöiden kuuleminen prosessissa oli jäänyt varsin vähäiseksi (Hiltunen & Pasanen 2012). Täten loppuarviointi oli yksi tapa asiakkaiden sekä työntekijöiden äänen näkyväksi tekeminen. Loppuarvioinnissa on etsitty myös tapoja vahvistaa pilttien yhteistyötä ja opiskelijoiden osallisuutta (PKAMK:n ja Savonian hanketoimijapalaverit 20.4.2012). Loppuarviointi osaltaan jalkauttaa ja levittää myös kehittämistyötä sillä se julkaistaan nyt näin osana Vaske-hankkeen loppujulkaisua.

Arvioinnin käytännön toteutus

Loppuarvioinnin menetelmällisiä lähtökohtia ovat olleet prosessiarvioinnin (Seppänen- Järvelä 2004) ja osallistavan arvioinnin viitekehykset (Kivipelto 2008). Prosessiarvioinnin tapaan loppuarviointi on kohdentunut tarkastelemaan ja tukemaan kehittämistyön toteuttamista. (Seppänen- Järvelä 2004). Osallistavan arvioinnin viitekehyksen mukaisesti eri toimijoille on pyritty tarjoamaan mahdollisuus osallistua kehittämistyön tarinaan. Käytännössä haastattelu- ja keskustelurunkojen ideoinnissa on hyödynnetty valtaistavan arvioinnin vaiheita (Kivipelto 2008, 31).

Arvioinnin tavoitteena on avata, millaisia kokemuksia hankkeen keskeisillä toimijoilla on hankkeen muutosprosessista ja tavoitteiden toteutumisesta.

Teema 1: Muutosprosessi: Millaisia kokemuksia on toiminnasta? Missä on onnistuttu? Mikä on estänyt ja mahdollistanut kehittämistyötä?

Teema 2: Tavoitteiden toteutuminen: Miten hankkeessa onnistuttiin luomaan väljästi asuttujen kuntien sosiaali- ja terveystalveluiden toimintojen kehittämiseen uusi kehittämis- ja arviointiväline?

Miten kehittämis- ja arviointiväline toimii eri toimijoiden näkökulmasta? Miten kehittämistyö vahvasti työntekijöiden osaamista ja jaksamista? Miten kehittämistyö näkyi asiakkaiden arjessa?

Keskeisiksi toimijoiksi tässä yhteydessä määritettiin: 1) opiskelijat, jotka ovat olleet mukana hanketyöskentelyssä osana opintojaan, 2) asiakkaat, joiden arkeen oli tullut muutoksia hankkeen myötä, 3) kotihoidon työntekijät, jotka ovat olleet mukana kehittämistyössä sekä 4) hankkeen projektiryhmän ja ohjausryhmän jäsenet. Aineistoa kerättiin ryhmä- sekä yksilöhaastatteluilla (Liite 1). Projektiryhmällä oli keskeinen rooli asiakkaiden ja työntekijöiden haastattelujen organisoimisessa. Kaikilta toimijoilta pyydettiin aineiston keruuseen suullisesti suostumus ja prosessin aikana huolehdittiin tutkittavien anonymiteetin säilyttämisestä. Käytännössä arviointiaineistot koottiin kesä-syyskuussa 2012 seuraavien vaiheiden kautta (taulukko 1).

Taulukko 1. Aineistonkeruuprosessi.

<i>Keneltä tietoa kerättiin ja milloin?</i>	<i>Millä menetelmällä aineisto kerättiin?</i>	<i>Paljonko aineistoa syntyi?</i>
Opiskelijalta , joka oli mukana hanketyöskentelyssä osana opintojaan. Tieto kerättiin 11.6.2012.	Yksilöhaastattelu Opiskelijoille laitettiin yhteinen kutsu haastattelutilanteeseen.	Haastattelun kesto noin 30 minuuttia, haastattelu nauhoitettiin. Tiivistettyä aineistoa oli noin kolme sivua.
Projektiryhmältä kokouksen päätteeksi 10.9.2012	Ryhmähaastattelu , johon osallistui kolme projektiryhmän jäsentä.	Ryhmähaastattelun kesto noin 30 minuuttia, keskustelu nauhoitettiin. Tiivistettyä aineistoa oli noin neljä sivua.
Kotihoidon työntekijöiltä Haastateltavien etsimisestä ja suostumusasioiden varmistamisesta sovittiin projektiryhmän kokouksessa. Hankkeessa mukana olevien kotihoidon tiimien esimiehet organisoivat haastattelut. Sosionomi-opiskelijat PKAMK:sta ja sairaanhoitaja-opiskelijat Savonia AMK:sta toteuttivat haastattelut Lieksassa 18.9.2012. Työskentely oli osa opiskelijoiden opintojaksojen itsenäistä työskentelyä.	Yksilöhaastattelu Opiskelijat haastattelivat viisi työntekijää. Opiskelijat perehdyttiin tiedonkeruuseen yhteisen oppimisen päivässä 17.9.2012. Käytännössä opiskelijat olivat työpareina yhden kotihoidon työntekijän mukana työpäivän ajan.	Opiskelijat palauttivat tiivistettyä aineistoa yhteensä noin kuusi sivua.
Ohjausryhmän jäseniltä kokouksen päätteeksi. Kokous toteutettiin AC- neuvotteluyhteyden kautta eli käytännössä toimijoita oli kolmessa toimipisteessä. 21.09.2012	Ryhmähaastattelu Keskusteluun osallistui neljä ohjausryhmän jäsentä. Tiedonkeruu tilanteissa projektipäälliköt eivät olleet mukana. Samat kysymykset kuin projektiryhmällä.	Ryhmähaastattelun kesto noin 30 minuuttia, keskustelu nauhoitettiin ja lisäksi haastattelussa tehtiin muihinpanoja suoraan koneelle. Tiivistettyä aineistoa oli noin neljä sivua.

<p>Kotihoidon asiakkailta Haastateltavien etsimisestä ja suostumusasioiden varmistamisesta sovittiin projektiryhmän kokouksessa. Hankkeessa mukana olevien kotihoidon tiimien esimiehet organisoivat haastattelut. Haastattelutilanteissa ei ollut kotihoidon työntekijöitä läsnä. 27.09.2012</p>	<p>Yksilöhaastattelu Haastatteluihin osallistui kolme kotihoidon asiakasta. Haastateltaviksi valittiin asiakkaat, joiden arkeen oli tullut Vaske- hankkeen myötä muutoksia esimerkiksi kotihoidon työntekijöiden vierailukäyntien ajoissa.</p>	<p>Yksilöhaastattelujen kesto oli noin 30- 60 min/ haastattelu. Lisäksi yhdessä haastattelussa tehtiin muistiinpanoja suoraan koneelle. Tiivistettyä aineisto oli noin kuusi sivua.</p>
--	---	---

Aineistoja analysoitiin aineistonlähtöisen sisällönanalyysin vaiheita mukaillen (esim. Elo & Kyngäs 2007). Ensimmäisessä vaiheessa perehdyin haastatteluihin: kuuntelin haastattelunauhoja ja litteroin aineistoa suoraan tiivistetyksi tekstiksi. Työntekijöiden haastattelut sain valmiiksi opiskelijoiden keräämänä ja tiivistämänä eli iso kiitos heille. Koko aineistomäärä tiivistetyssä muodossa oli 23 sivua. Toisessa vaiheessa kävin aineistoa tarkemmin läpi kunkin toimijan näkökulmasta eli luin ja kirjasin tiivistetyn aineiston reunaan keskeisiä avainsanoja kuten työntekijöiden vaihtuvuus. Kolmanneksi ryhmittelin avainsanoja aineistolähtöisesti isompien teemojen alle, esimerkiksi asiakkaiden kokemuksia tyytyväisyyden ja pärjäämisen tarinan alle.

Seuraavaksi tulokset esitellään jokaisen toimijan näkökulmasta: kerrotaan heidän kokemuksiaan ja tarinoitaan. Jokainen haastateltava on koodattu omalla kirjainkoodilla. Työntekijöiden haastatteluaineistot sain opiskelijoilta tiivistetyssä muodossa, joten näitä haastatteluja ei ole koodattu eikä lainauksia tältä osin käytetä. Viimeinen analyysivaihe oli tulosten peilaus arviointikysymyksiin. Tämän vaiheen anti on koottu johtopäätöksiin.

“Vanhuus ku ei yksin tule, se tuopi kaikki tullessaan” – asiakkaiden kokemuksia kotihoidon kehittämisestä

Asiakkaiden kertomuksissa kotihoidosta puhuttiin osana laajempaa hyvinvoinnin tukiverkoston; osana läheisten, naapureiden ja avustajien arjen tuen ketjua. Kotihoidon työntekijät käyvät asiakkaiden luona säännöllisesti useamman kerran viikossa ja ovat asiakkaan apuna arjen erilaisissa tehtävissä, kuten roskien viemisessä, lääkkeiden ottamisessa, sänkyjen petaamisessa sekä pyykin tai aamupalan laittamisessa. Kotihoidon käynnit eivät olleet asiakkaiden näkökulmasta muuttuneet. Yksi haastateltava kertoi hoito- ja palvelusuunnitelman uusimisesta ja sen tuomista muutoksista.

” ... aamulla ne käypi eri aikaan ne ei oo ihan samaan aikaan käymässä ja se on ...yheksän puol kymmeneen mennessä ja mie heidän työaikaan ei ihan tarkalleen tiijä” (Haastateltava A)

Tyytyväisyyden ja pärjäämisen tarina

Asiakkaat halusivat korostaa, etteivät he valita asioista. Asiakkaat pitivät kotihoidon työntekijöitä hyvinä ihmisinä, jotka olivat kiinnostuneita asiakkaiden tilanteesta ja yrittivät kyllä parhaansa.

”.. minulla on hyvä olla tässä, minä olen kiitollinen kaikesta, kaikki mitä on tehny, ei oo valittamista kertookaan enkä moiti, kaikki ovat hyviä ihmisiä..” (Haastateltava B)

”Aika paljon nää puhelee miun kanssa..., se on kyllä ihan hyvä että juttelee. Kyllä ne on kiinnostuneita. miun elämästä ja tekemisistä, en osaa sanoa mitään hirveen kielteistä...” (Haastateltava A)

Asiakkaille oli tärkeää mahdollisuus asua omissa kodissaan. Ajatus kotoa pois muuttamisesta oli vaikea eikä esimerkiksi palveluasumista haluttu edes ajatella. Puheessa kuului myös tahto pärjätä: jos työntekijät eivät pysty tai ehdi tai osaa, näkivät asiakkaat, että heillä oli vielä aikaa tai voimia tehdä itsekin.

” Ku ne kahtoo mitä on vailla.. eipä miulla mittää erityistä ku eipä minulla mittään tekemistä ni minä kerkii tässä hiipii.. hiljaakseen on tehty vielä..” (Haastateltava B)

Huolien ja toiveiden tarina

Tulevaisuus nähtiin epävarmana oman toimintakyvyn muutosten aikana. Kaikilla haastateltavilla oli toiveita arjen hyvinvoinnin ja kotihoidon kehittämiseksi. Asiakkaan arjessa merkityksellistä saattoi olla esimerkiksi ulkoilun tai saunakertojen lisäämisellä ja samalla asiakkaat tunnustavat, että nämä tehtävät jäävät paljolti nykyisen kotihoidon työn ulkopuolelle.

” Eipä ne ku ne ei jouda ku on aina kaikilla kiire, puhekaveriahan mie oisin vailla ku pitkii aikaa mutta niillä ei oo aikaa..” (Haastateltava B)...

Kotihoidon kehittämiseksi tärkeää olisi asiakkaan näkökulmasta vahvistaa työntekijöiden pysyvyyttä ja tuttuutta, lisätä asioista tiedottamista ja avustaa teknologian kanssa esimerkiksi puhelimien käyttöönotossa. Asiakkaiden mielestä työntekijöiden pysyvyys ja tuttuus helpottaisi arjen toimintoja. Osa toivoi, että työntekijä olisi myös samaa sukupuolta.

”.. tuo juttu joka on niin pieni juttu, mutta minulle suuri. Minä en tykkäisi että on mieshoitajia, vaikka ne on hyvii ja ammattikoulun käyneitä...” (Haastateltava C)

Asiakkaiden arjen näkökulmasta tiedottamisen kehittäminen tarkoittaisi, että asiakkaat tietäisivät tarkemmin, milloin työntekijä tulee. Toisaalta tärkeää olisi myös vahvistaa asiakkaiden tietämystä siitä, mitä tehtäviä kotihoidon työntekijöille kuuluu ja että työntekijät tietäisivät, jos asiakas esimerkiksi on käymässä päiväkeskuksella. Kaikissa haastattelussa tuli myös esiin, että niin turvapuhelimet kuin kännykätkin helpottavat arkea, mutta tuottavat välillä myös pulmatilanteita.

Ajankäytön muutoksia ja tulevaisuuden osaamista työntekijöiden kokemana

Kotihoidon työntekijöiden arjessa kehittämishanke oli näkynyt ajankäytön seurantana ja työn uudelleen organisointina. Osa työntekijöistä oli osallistunut hankkeen organisoimiin kokouksiin tai vierailukäynteihin. Eräs haastateltava oli esimerkiksi saanut uusia ideoita työn kehittämiseen hankkeen benchmarking-vierailulta.

Ajankäytön seurantaa ja työn muutoksia

Työaikaa tutkittaessa oli työntekijöiden mielestä kiinnitetty huomiota esimerkiksi matkoihin, asiakkaiden luona olemiseen ja kirjaustyöhön. Hankkeen tuoma aikakriittinen näkökulma nähtiin positiivisena asiana. Toisaalta koettiin, että kirjaamisen ohjeistusta olisi voinut tarkentaa. Hoivatyössä jotkut asiakaskäyntiajat olivat hankkeen aikana muuttuneet, esimerkiksi asiakkaan pesuja oli siirretty iltapäivään eli näin oli saatu aamuisia työruuhkia purettua. Sairaanhoidonpuolella ei vastaavia muutoksia ollut. Työntekijät kokivat, että työtä on tehty ennenkin hyvin suunnitelmallisesti ja ruuhkahuippuja purettu. Näin ollen hankkeen tuomien konkreettisten muutosten määrittäminen oli hankalaa ja pohdittiin, oliko hankkeen kokonaistavoite kuitenkin yllimitoitettu. Työn uudelleen organisointi ei myöskään ollut työntekijöiden näkökulmasta mutkatonta: kuormittaako siirto iltapäivää, jossa on enemmän muita tehtäviä tai joudutaanko etsimään sijaisia, jos työtä rytmitetään uudella tavalla?

Tulevaisuuden kotihoidon kehittämistyön painopisteet

Työntekijöiden näkökulmasta tulevaisuudessa kotihoidossa tarvitaan esimerkiksi perehdyttämisen kehittämistä, koulutuksen vahvistamista ja sähköisten toimintajärjestelmien käyttöönottoa. Työtä voisi olla hyvä laajentaa niin että se on tasa-arvoisesti syrjäseutujen asiakkaiden ulottuvilla. Tulevaisuuden työ vaatii

niin laaja-alaista sosiaali- ja terveysalan osaamista kuin syvällistä erityisosaamista, kuten saattohoitoa. On tärkeää nähdä potilaan kokonaistilanne ennaltaehkäisevän työn näkökulmasta sekä tunnistaa etuudet ja yhteistyöverkostojen mahdollisuudet. Toisaalta tarvitaan esimerkiksi sairaanhoidollista erityisosaamista ja lääkehoidon osaamista. Työssä on tulevaisuudessa tarpeen lisätä myös päihdetyön osaamista sekä tietoteknologista osaamista, varsinkin jos sähköiset potilastietojärjestelmät tulevat arkeen.

Aikakriittistä ajattelua ja keskusteluja - projektiryhmän kokemukset

Projektiryhmän mielestä on ollut tärkeää, että hankkeen aikana on pysähdytty miettimään ja avattu kotihoidon työn tekemisen nykytilaa. Tämän kautta on myös **luotu mahdollisuuksia keskusteluille, uudelle näkökulmalle** ja työn uudelleen organisoinnille.

Moniääninen keskustelu ja aikakriittinen näkökulma

Käytännössä keskusteluja on käyty tiimipalaverissa. Palvelurakennemuutoksen myötä kotihoidon työtä on organisoitu niin, että tiimit kokoontuvat aamuisin yhteiseen aamupalaveriin. Tiimipalaverissa on uskallettu kysyä niitä tyhmiäkin kysymyksiä ja näissä keskusteluissa on herännyt niin innostusta kuin vastustustakin muutostyöhön. Esimies on ollut tarvittaessa mukana keskusteluissa asiakkaiden kanssa.

”.. sit hyö on lähteny kokeilemaan osa on vastustanu enemmän osa vähemmän osa on sanonu selvä homma näin menee..” (haastateltava E)

Kehittämistyön avaintoimintoja ovat olleet projektiryhmän mielestä **optimointiin liittyvä aikakriittinen ajattelutapa sekä hoito- ja palvelusuunnitelmien päivittäminen**. Asiakaskäyntejä rytmittämällä ja palvelusuunnitelmia päivittämällä aamun kiire on vähentynyt. Projektiryhmän jäsenet näkevät, että muutoksia olisi voinut tapahtua ilman hankettakin, mutta ei tällä mittakaavalla - ei näin tarkkaan, ei tällä tasolla.

”Minä ainakin heräsin ku sitä optimointia tehtiin ja kerättiin tietoa .. hyvänen aika se haava voidaan käydä hoitamassa ... (haastateltava F)”

Kehittävä työote ja vuoropuhelun vahvistaminen

Kotihoidon kehittämistyö nähdään jatkumona eli koko ajan tulisi omaksua kehittävää näkökulmaa omaan työhön ja pohtia, miten työtään tekee.

”Oleellista olisi, ettei jumituta yhteen tapaan tehdä työtä, vaan on otettava puheeksi niitä tyhmiäkin kysymyksiä.” (Haastateltava E)

Hankkeen jälkeen on tärkeää saada kehittämistyö pysyviksi toimintatavoiksi. Tässä esimiehellä on tärkeä rooli. Käytännössä esimerkiksi kirjaamisen kehittämisen työryhmä jatkaa toimintaa. Yhteistyö oppilaitoksen kanssa toivotaan myös jatkuvan. Tulevaisuuden kannalta tärkeänä pidetään vahvempaa vuoropuhelua poliittisten päättäjien kanssa. Kotihoidon jatkuvalla kehittämistyöllä nähdään olevan merkitystä myös työntekijöiden ennakoivassa rekrytoinnissa.

”.. kotihoito on ykkösalue, mitä kehittää.. paremmin ja laadukkaammin ja miten saadaan rekrytoitua henkilökuntaan ..jos kehitetään.. niin nuoret kiinnostua.. kehittäminen on tehny sen että status kotihoitossa on noussu..” (haastateltava D)

Vuoropuhelua ja näkökulman laajentumista

Ohjausryhmän jäsenet pitivät merkityksellisenä hankkeen aikana tapahtunutta **yhdessä tekemistä ja rajapinnoilla toimimista** ja tätä kautta uusien näkökulmien avautumista. On lähdetty etsimään uutta näkökulmaa ensimmäisten joukossa:

”mitenkä tässä ikääntyvässä väestössä pystyttäis uudenlaista teknologiaa soveltamaan, että vois olla ensimmäisten joukossa..” (haastateltava I)

Hankkeen aikana keskustelua on luoto niin tieteen ja käytännön, teknologian ja hoitotyön kuin työelämän ja koulutuksen välille. Myös ammattikorkeakoulujen välille on syntynyt yhteistyötä.

Haasteita ja osaamisen vahvistumista

Prosessiin on kuulunut lukuisia haasteita (niin henkilöstöön, tiedon keruuseen ja viestintään liittyviä haasteita) jotka on koettu harmillisiksi mutta toisaalta ne on nähty osaksi kehittämistyön prosessia.

”Se missä ei onnistuttu ollenkaan onnistuttu on se ensimmäinen tiedon keruu ja se teetätti hirvittävästi työtä ..” (Haastateltava J)

Ohjausryhmän näkökulmasta optimointi on malli, joka on pystynyt haasteista huolimatta avaamaan nykyisiä toimintoja. Henkilöstö on tarkastellut omaa työtään uudeltaisesta tulokulmasta vierailujen ja optimoinnin myötä. Hoito- ja palvelusuunnitelmien avaaminen aikakriittisestä näkökulmasta on tuonut myös konkreettisia muutoksia kotihoidon työn arkeen.

Ohjausryhmälle prosessissa keskeistä on ollut eri toimijoiden oppiminen sekä alueen osaamisen vahvistuminen. Hanketyöskentelyssä mukana olleet opiskelijat ovat löytäneet uudenlaisen tarkastelukulman omaan työhönsä. Ohjausryhmän jäsenet omaavat puolestaan hankekokemusten myötä syvällisemmän näkökulman esimerkiksi yritysten ja hankkeiden yhteistyöhön. Voidaankin todeta, että hanke on osaltaan vahvistanut eri toimijoiden ja alueen osaamista.

”.. opiskelijoita jotka kuvasivat mitä ovat oppineet.. ne mietti koko ... työtä ihan uudella tavalla.. eivät olleet ennen miettineet miten ... eihän ne opiskelijat ikimaailmassa muuten ois saaneet tämmöstä kokemusta, oli avautunut ihan uusi maailma.. niissä opinnoissa.. oppimista on tapahtunut monella tasolla ja ulottuvuudella” (haastateltava H)

Hankkeen jälkeiset skenaariot

Ohjausryhmän mukaan hankkeessa on jäänyt vähän aikaa sen viimeisiin vaiheisiin. Jatkohankkeille ja kehittämistyön jalkauttamiselle olisi vielä tarvetta. Tärkeäksi nähtiin että hankkeen aikana mahdollistunut vuoropuhelu inhimillisuus ja tehokkuus näkökulmien välillä jäisi elämään. Myös opiskelijayhteistyön toivottiin jatkuvan. Kotihoidon arjessa seuraavia askelia voisi olla kirjaamisen kehittäminen, jossain vaiheessa toiminnanohjausjärjestelmän käyttöön otto ja toisaalta ”*rauha tehdä töitä ja jatkaa..*”.

”. toivottavasti tän tyyppinen kulttuuri tulee aukenemaan, tehostaminen ei välttämättä tarkoita sitä että.. .. voi olla että työntekijän työn mukavuutta lisään tehostamisen nimissä..” (Haastateltava G)

”.. ite toivon että.. ois rauha tehdä töitä ja rauhassa jalkauttaa opittuja asioita.. muistetaan se teknologinen puoli mutta ennen kaikkea se sisällön näkökulma.. löydettäis se mahdollinen kultainen keskite ja molempien näkökulmien hyödyt. (Haastateltava J)”

Vahvaa yhteistyötä ja optimoinnin opettelua – opiskelija näkökulma hanketyöhön

”Miun mielestä tavoitteena on vastata kysyntään että tulee olemaan paljon ihmisiä jotka tulee kotihoiton piiriin ja kunnilla ei oo resursseja ja hirveesti rahoitusta eikä resursseja vastata siihen niin että miten se saatais tehokkaammaks ja inhimillisemmäksi..”

Opiskelijan näkökulmasta Vaske-hankkeessa työskentely on ollut tärkeä oppimiskokemus. Opiskelija piti tärkeänä kotihoidon kehittämisen inhimillistä näkökulmaa. Merkityksellistä oli, että kotihoitoa lähellä

olevat toimijat eli esimerkiksi kotihoidon esimiehet olivat olleet aktiivisesti mukana prosessissa.

”... huomasi että kaikki lähtee sieltä Lieksasta.. että ei myö tulla täältä sanomaan.. se yllätti että miten paljon tässä on näitä ihmisiä mukana...”

Eri toimijoiden yhteistyö oli opiskelijan mielestä keskeinen hanketta eteenpäin vievä voima: on ylitetty kieliä ja raja-aitoja ja ehkä juuri siksi on päästy jopa innovatiiviseen työskentelyyn. Keskeinen hankkeen yhteistyön foorumi on ollut projektiryhmä. Projektiryhmän toiminta oli tehokasta ja toisaalta vapaamuotoista. Tärkeää oli, että työskentelyssä oli mukana henkilöitä, joilla oli myös päätösvaltaa. Hankkeen kehittäminen jäi opiskelijan mielestä elämään yhteistyöverkoston avulla.

”.. harvinaisen tehokkaita, mukavia.. ei semmosta että istutaan kahvilla.. ollaan hirveesti käyty asioita läpi ja vapaata pohdintaa ..”

Haasteellista ja aikaa vievää hankeprosessissa oli puolestaan ollut optimointi ja siihen liittyvä tiedon kirjaus:

”Optimointi se oli kyllä semmonen akilleen kantaapää.. välillä semmonen olo että tästä ei tuu mitään... siinä olisi tosi paljon kehitettävää,.. jossain julkaisussa olikin että jos tän tyylistä ruvetaan tekemään tulisi olla enemmän ihmisiä ja tietotekniikan osajia ja sen tiedon pitää tulla helpommin..”

Haasteista huolimatta prosessin aikana on luotu uutta yhteistä tahtotilaa ja uutta tietoa. Seuraava askel voisi olla tiedottamisen vahvistaminen ja vuoropuhelu päättäjien kanssa. Jos kehittämistyötä halutaan saada vahvemmin eteenpäin, vaatii se kuitenkin opiskelijan näkökulmasta myös jatkossa hankerahoitusta.

Johtopäätökset

Kokemusta ja tuotoksia: aikakriittistä ajattelua, arjen liikahduksia ja osaamisverkostot

Kotihoidon **työntekijöiden arkeen** kehittämishanke oli tuonut uuden ajattelutavan eli optimointiin liittyvän **aikakriittisen** näkökulman oman työn tekemiseen. Käytännössä työntekijät olivat hankkeen aikana esimerkiksi kirjanneet ajankäyttöään. Vaikka optimointiprosessi olikin ollut täynnä haasteita, nähtiin se kuitenkin hankkeen tuotokseksi: uudenlaiseksi näkökulmaksi tarkastella työtä. Optimointi ei siis itsessään ole uusi kehittämis- ja arviointiväline sosiaali- ja terveyspalveluiden toimintojen kehittämiseen, mutta se on yksi mahdollisuus lisätä kotihoidon osaamista.

Kotihoidon arjessa aikakriittinen ajattelutapa tuotti muutoksia lähinnä **hoidollisen työn käytänteisiin**. Sairaanhoidon puolella oli jo paljon olemassa olevia hyviä käytänteitä eikä kehittämistyö tuottanut näin ollen suoria muutoksia työn arkeen. Hoidollisella puolella aikakriittinen ajattelutapa sen sijaan näkyi asiakaskäyntien siirtoina. Voidaankin sanoa, että asiakaskäyntejä rytmittämällä ja palvelusuunnitelmia päivittämällä aamun kiire oli vähentynyt. Kehittämistyö oli myös osaltaan tukenut työntekijöiden jaksamista. Toisaalta työntekijät kokivat muutosten tuottaneen ruuhkaa iltapäivään ja lisänneen sijaisten etsimistyötä.

Kotihoidon työn muutokset eivät juuri heijastuneet asiakkaan arjen kokonaisuuteen. Vain yksi kotihoidon asiakas kertoi hoito- ja palvelusuunnitelman uusimisesta ja sen tuomista muutoksista. Asiakkaiden viitekehystä käsin kotihoidon työ oli vain yksi osa arjen hyvinvoinnin verkostoa. Haastattelut toivat esiin tyytyväisyyden ja pärjäämisen eetoksen ja toisaalta myös monia hyviä konkreettisia kehittämisideoita kotihoidon arkeen. Arviointi toimi siis tässä vaiheessa lähinnä yhtenä keinona **osallistaa asiakkaita kotihoidon kehittämistyöhön**.

Hankkeen tärkeänä antina ohjausryhmän, projektiryhmän jäsenten sekä opiskelijan näkökulmasta olivat olleet myös erilaiset **yhteistyö- ja verkostorakenteet**, jotka ovat vahvistaneet toimijoiden yhteistyötä ja luoneet mahdollisuuksia osallisuudelle. Kohtaamisissa on tapahtunut niin kotihoidon tiimeissä kuin projekti- ja ohjausryhmissä tai työpajoissa. Kohtaamisissa oli mahdollista reflektoida kehittämistyön herättämiä tunteita ja ajatuksia, niin innostusta kuin vastustustakin muutostyöhön. Etenkin erilaisilla organisaatioiden rajapinnoilla tapahtuva vuoropuhelu on luonut kaikille osallistujille mahdollisuuksia uuden oppimiseen. Ohjausryhmän jäsenten mielestä oli tärkeää, että hankkeessa oli luotu keskustelua niin tieteen ja käytän-

nön, teknologian ja hoitotyön kuin työelämän ja koulutuksen välille. Myös ammattikorkeakoulujen välinen yhteistyö oli konkretisoitunut. Verkostorakenteet voivat osaltaan turvata myös hankkeen kehittämistyön jatkumisen.

Kotihoidon tulevaisuuden kehittämistyö ja hanketyön jatkot

Lopuksi voidaan kysyä vaikeat kysymykset: Miten kotihoidon kehittämistyö jää elämään? Miten sitä tuetaan tulevaisuudessa? Kotihoitoon tarvitaan tekijöitä myös tulevaisuudessa. Varsinkin jos tasa-arvonäkökulmasta pyritään turvamaan kaikille alueen asukkaalle palveluita myös ilta- ja viikonloppuisin. Kehittämistyö onkin yksi tapa turvata myös tulevaisuuden työntekijät, jolloin kyse on ns. ennakoivasta rekrytoinnista. Toisaalta päättäjät tulee saada vahvemmin mukaan kehittämistyön tarinaan, sillä heidän päätöksillään rakennetaan työn reunaehtoja. Jos kehittämistyötä halutaan saada vahvemmin eteenpäin, esimerkiksi viemällä teknologisia ratkaisuja kotihoidon arkeen, tarvitaan tueksi myös hankerahoitusta. Optimoinnin jälkeen seuraava askel voisikin olla kirjaamisen eteenpäin kehittäminen sekä sähköisten toimintajärjestelmien käyttöönotto.

Tulevaisuudessa kotihoidossa tarvitaan niin laaja-alaista sosiaali- ja terveystalouden osaamista kuin syvällistä erityisosaamista, esimerkiksi saattohoidon ja päihdetyön osaamista. Yksilölliset koulutuspolut rakentuvat osaamiskartoitusten pohjalta mutta koko henkilöstöä koskettavat työnkuvan muutokset, kuten sähköisten toimintajärjestelmien käyttöönotto vaativat yhteistä prosessia. Työntekijöiden perehdyttämistä kehittämällä ja osaamista vahvistamalla voidaan kotihoidossa ennakoita tulevaisuuden tarpeita ja tukea myös henkilöstön työssä jaksamista.

Hankkeen keskeisenä anniksi on nähty aikakriittinen näkökulma kotihoidon työn tekoon. Optimoinnin ”pilotointi” oli tuottanut niin työntekijöille kuin hanketoimijoillekin oppimiskokemuksia, joita voi hyödyntää myös laajemmin. Tärkeää on turvata se, että aikakriittinen ajattelu saa nyt ja tulevaisuudessa rinnalleen myös asiakkaan äänen. Asiakkaan arjen rakenteissa turvallisuutta voi vahvistaa esimerkiksi työntekijän tutuus ja asiakkaan onkin tärkeä olla osallisena muutosprosesseissa, jotka koskettavat työntekijän käyntiaikoja tai työtehtäviä.

Hankkeessa on luotu vuoropuhelua tehokkuuden ja inhimillisen näkökulman välille; rakennettu uutta ymmärrystä ja ajattelutapaa. Uusi ajattelutapa jää elämään työntekijöiden arkeen ja verkostorakenteisiin. Keskustelu muutosprosessin ympärillä on ja sen tuleekin olla moniäänistä. Ja monia kysymyksiä jää vielä arvoitukseksi.

Lähteet

ESR- projektisuunnitelma. Vaske-hanke. 2010.

European Comission. 1997. Evaluating Eu Expenditure Programmes. Brussels : Directorate-general for Budgets of the European Union. http://ec.europa.eu/dgs/information_society/evaluation/data/pdf/lib_master/eur_budg_guide_ex_post_and_intermediate.pdf 7.10.2012.

Hiltunen, K. & Pasanen, M. 2012. Väljästi asuttujen alueiden palveluiden kehittäminen -hanke. Pohjois-Karjalan osio. Väliarviointiraportti. Joensuu: Pohjois-karjalan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden keskus. http://www.pkamk.fi/images/files/julkaisut/valiarviointiraportti_250112.pdf . 8.10.2012.

Kivipelto, M. 2008. Osallistava ja valtaistava arviointi. Johdatus periaatteisiin ja käytäntöihin. Helsinki: STAKES. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T17-2008-VERKKO.pdf>. 6.10.2012.

Ohjausryhmä. Vaske-hanke. 1/2012. Muistio. 30.1.2012.

PKAMK:n ja Savonian hanketoimijapalaveri. 2012. Vaske-hanke. Muistio. 20.4.2012.

Seppänen-Järvelä, R. 2004. Prosesseisarviointi kehittämissuunnitelmissa. Helsinki: Stakes. http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/2C41CB87-6134-4C94-8D1B-46CD906C3B33/0/Arviointiraportteja4_04.pdf . 8.10.2012.

Virtanen, P. 2008. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita.

Väljästi asuttujen alueiden palveluiden kehittämien (VASKE) –hanke. 2010. Hankesuunnitelma.

Liite 1

Haastattelurungot

PROJEKTI- JA OHJAUSRYHMÄN SEKÄ OPISKELIJAN HAASTATTELURUNKO

Nyt kun hanke kohta päättyy niin ...

- 1 Tavoitteet: Mikä on sinusta ollut tärkeää saada tällä hankkeella aikaiseksi?
- 2 Tavoitteiden priorisointi: Mikä on ollut sinusta se tärkein asia?
- 3 Toiminnot: Mitä asioita hankkeessa on tehty että tämä asia menisi eteenpäin? Millaisia kokemuksia sinulla on?
- 4 Toimintojen arviointi: Miten hyvin näissä toimissa on onnistuttu?
- 5 Keskustelu: Mitä tämä kertoo? Miten näet missä asioissa on tapahtunut liikahduksia? Mitä tekisitte nyt toisin?
- 6 Jatkumo: Mitä hankkeen päättyessä olisi hyvä huomioida? Miten kehittämistyötä tulisi jatkaa? Mitä se vaatii?

TYÖNTEKIJÖIDEN HAASTATTELURUNKO

1 Vaske- hankkeen herättämät ajatukset ja kokemukset : Millaisia ajatuksia Vaske hanke sinussa herättää?

Oletko ollut mukana hankkeessa ja jos niin missä asioissa?

- 2 Hankkeen loppuvaihe: Hanke on nyt vuoden lopussa päätymässä, mikä on muuttunut? Mitä hankkeen päättyessä olisi hyvä huomioida?
- 3 Kotihoidon tulevaisuus: Miten kehittämistyötä tulisi jatkaa? Mitä se vaatii? Millaista osaamista tulevaisuudessa tarvitaan?

Opiskelijat keräsivät työntekijöiltä haastatteluaineiston ja heillä oli vapaus soveltaa joustavasti haastattelurunkoa teemojen ympärillä.

ASIAKKAIDEN HAASTATTELURUNKO

- 1 Milloin kotihoidon työntekijät käyvät luonanne?
- 2 Millaisissa asioissa he ovat olleet teille tukena/apuna?
- 3 Onko teistä työntekijöiden käyntikerrat viime aikoina muuttuneet? Jos niin miten ja mihin suuntaan? Mitä mieltä te olette tästä muutoksesta?
- 4 Miten teistä kotihoidon työntekijöiden käynnejä olisi tulisi olla? Miten usein, monelta ja mihin asioihin? Miksi?
- 5 Mikä on teille tärkeää kotihoidon työntekijöiden käynneissä?
- 6 Millaisia terveisiä lähettäisitte kun kotihoidon kehittämistyötä jatketaan?



Optimoimalla lisää laatua kotihoitopalveluihin

Kotihoidossa on kyse ihmisistä ja heidän hyvinvoinnistaan, joten paras mahdollinen toimintatapa ei luonnollisestikaan voi syntyä pelkästään kotihoitoon kuluviin kustannusten minimoinnista.

Kotihoidon käytäntöjen tulee toki olla kustannustehokkaita, mutta niiden avulla tulee myös pystyä maksimoimaan potilaiden ja hoitajien tyytyväisyys sekä hoidon laatu.

Kun niin sanotut käytännön toteutuksen raamit (kustannukset, reitit, työajat, ym.) saadaan määriteltyä optimaaliseksi, on hoitajien helpompaa rakentaa sellaisia työpäiviä itselleen, joilla pystytään varmistamaan myös hoidon paras mahdollinen laatu.



Procomp Solutions Oy on suomalainen toiminnanohjausratkaisujen toimittaja, jonka erikoisosaamista ovat logistiikan ja työajanhallinnan tietojärjestelmät sekä optimointi.

R2 Optimointi on alan johtavien asiantuntijoiden vuosien tieteelliseen tutkimukseen perustuva optimointijärjestelmä joka uusimpien algoritmiensa ja mallinnustekniikoidensa ansiosta pystyy käsittelemään erittäin monimutkaisia ongelmia, kuten kotihoidon optimointia.

Optimointia voidaan tehdä usealla tasolla

- **Strateginen optimointi** parantaa kustannusten hallintaa ja yleistä palvelutasoa (esim. toimipisteiden koko ja sijainti).
- **Taktinen optimointi** tehostaa toimintaa (esim vakioreitit ja toiminta-alueet).
- **Operatiivinen optimointi** auttaa puolestaan hallitsemaan yksittäisiä kokonaisuuksia (esim. aikataulut, työvuorot, reitit).

Optimoinnilla voidaan saavuttaa useita hyötyjä

- Jopa 20–70% lisää aikaa asiakkailta
- Asiakkaiden palvelukyvyn parantumista
- Ympäristökuormituksen pienentymistä
- Työskentelyolosuhteiden parantumista

Ota yhteyttä niin kerromme lisää!

Kirjoittajat

Juha Arola
Tuotepäällikkö, Procomp Solutions Oy

Olli Bräysy
KTT, Optimointiasiantuntija, Procomp Solutions Oy

Katja Isoaho
YTM, Projektipäällikkö, Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan keskus

Merja Jokelainen
THM, lehtori, Savonia-ammattikorkeakoulu, Iisalmen kampus

Miia Pasanen
YTM, opettaja, Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan keskus

Lilli Aini Rokkonen
Yhteiskuntatieteiden yo, Sosiologian opiskelija, Itä-Suomen yliopisto

Ari Tarkiainen
YTT, Projektipäällikkö, Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan keskus

Markku Viita
KL, yliopettaja, Savonia -ammattikorkeakoulu, Iisalmen kampus

Jarno Väisänen
FT, tutkija-kouluttaja, Clients' Finland Oy

Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun C-sarjassa ilmestyneitä julkaisuja

- C:61 Kortteli 48 - luova osaamisyhteisö 2011-2012 : Loppuraportti. Niina Hattunen, Jouni Erola, Sirpa Hyttinen. 2012.
- C:60 KuTu - Kulttuurista tulevaisuutta : Loppuraportti. Niina Hattunen. 2012.
- C:59 Luova Pohjois-Karjala II : Loppuraportti. Niina Hattunen. 2012.
- C:58 Enterprise portals in e-learning. Jari Järvelä, Juha Kareinen, Jyri Pötry, Stanley Fobugwe. 2012.
- C:57 Klaavi-hanke. Musiikin perusteiden verkostopohjainen kehittäminen. Raija Pesonen-Leinonen (toim.) 2012
- C:56 Käytäntölähtöisen innovaatiotoiminnan edistäminen Pielisen Karjalassa. Minna Sarkkinen. 2011.
- C:55 Outdoors Finland -strategian mukainen matkailuaktiviteettien kehittäminen ja imagomarkkinointi Pohjois-Karjalassa. Raija Ruusunen & Tero Taatinen. (toim.). 2011.
- C:54 Kurkistus kulisseihin: näkökulmia Pohjois-Karjalan elokuvamaakunnan rakentumiseen. Petri Raivo. (toim.). 2011.
- C:53 Kalliojärven vesistöalueen järvi-altaiden vedelaatu ja fosforikuormitus vuonna 2010 sekä fosforimallitarkastelu kunnostussuunnittelun lähtökohdaksi. Tarmo Tossavainen. 2011.
- C:52 Kolin Purnulammen limnologinen tila vuonna 2010 kunnostussuunnittelun lähtökohdaksi: tutkimusraportti. Tarmo Tossavainen. 2011
- C:51 Juuret Wärtsilän raudassa. Insinöörikoulutusta 50 vuotta. 2011.
- C:50 Esiselvitys harjoittelu- ja työtilahotellin toteuttamisesta Joensuun seudulla. Teemu Turunen, Tuomas Turunen, Niina Hattunen. 2011.
- C:49 Ageing in Working Life. Waltteri Berger, Ossi Hakkarainen, Juhana Ikonen, Pia Karjalainen, Sanna Sokura, Sonja Sorsa. 2011.
- C:48 Luovat alat Pohjois-Karjalassa. Henna Liiri. Niina Hattunen, Maria Kahreman (toim.). 2011.

Julkaisumyynti
Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu
Tikkarinne 9, 80200 Joensuu
julkaisut@pkamk.fi
<http://www.tahtijulkaisut.net>

Vipuvoimaa
EU:lta
2007–2013



Vaske - Väljästi asuttujen alueiden palveluiden kehittäminen – hankkeen toteutusalueena on ollut kaksi laajaa väljästi asuttua aluetta Itä-Suomessa – Ylä-Savo ja Pielisen Karjalasta Lieksan kaupunki. Vaske-hanke on toteuttanut Itä-Suomen ammattikorkeakoulujen yhteistyö ISAT painoalaa väljästi asutun alueen hyvinvointipalvelut. Painoalan tavoitteena on tukea alueen palvelurakennemuutosta tuottaen alueen sosiaali- ja terveystalouteen osaamista ja uutta tietoa sekä luomalla yhteistyössä alueen toimijoiden kanssa kilpailukykyisiä uusia palvelumalleja ja hyvinvointia tukevia tuotteita.

VASKE - Väljästi asuttujen alueiden sosiaali- ja terveystalouden kehittäminen Pielisen Karjalassa ja Ylä-Savossa -julkaisun kirjoittajat kuvaavat eri näkökulmista uudenalaista sosiaali- ja terveystalouden arviointi- ja kehittämismallia. Hankkeen tavoitteena on ollut paitsi löytää keinoja vastata väljästi asuttujen kuntien vanhuspalvelujen kasvavaan palvelutarpeeseen, myös lisätä hoitajien jaksamista ja viihtyvyyttä työssään. Hankekuntien kotihoidon nyky- ja tavoitetilan sekä tulevaisuuden määrittelyssä on kokeiltu tietokonepohjaista automaattista suunnittelua, optimointia. Kokeilulla on haettu uudenlaisia ratkaisuja tuottaa samalla resurssilla enemmän sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja.

Hanke toteutui vuosina 2011-2012. Hanketta rahoitti Euroopan sosiaalirahasto (ESR). Rahoitus saatiin Pohjois-Karjalan elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskuksesta (ELY-keskus). Hanketta hallinnoi Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu ja sen osatoteuttajana oli Savonia- ammattikorkeakoulu.

Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisuja
C: 66

ISBN 978-952-275-035-8

ISBN 978-952-275-036-5 (pdf)

ISSN 1797-3848

ISSN 1797-3856 (pdf)