

KOTIHOITO- KOKEILUSTA KÄYTÄNTÖÖN

Pirkko Soidinmäki

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2010

Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystenhoitaja (AMK)
Sosiaali- ja terveysala





Tekijä(t) SOIDINMÄKI, Pirkko	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 06.04.2010
	Sivumäärä 48	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (x)
Työn nimi KOTIHOITOKOKEILUSTA KÄYTÄNTÖÖN		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma Terveydenhoitaja (AMK)		
Työn ohjaaja(t) Tiikkainen, Pirjo		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän kaupunki		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Vanhuspalvelut elävät suureessa muutoksessa. Muutoskehityksen myötä puolessa suomalaisista kunnista kotipalvelu ja kotisairaanhoido on yhdistetty kotihoidoksi. Kotihoito on ikäihmisten palvelurakenteen keskeisin ja mittavin palvelu. Kotihoidon tavoitteena on tukea ikäihmisiä niin, että he voisivat asua kotonaan niin kauan kuin se on tarkoituksenmukaista sekä taata ikäihmisille yhdenvertaiset, laadukkaat ja tarkoituksenmukaiset vanhuspalvelut kunnioittaen heidän itsemääräämisoikeutta. Kotihoidon asiakkaina on entistä iäkkäämpiä, huonokuntoisempia, monisairaita ja hoitoisuudeltaan vaativampia asiakkaita.</p> <p>Jyväskylän kaupungin, Jyväskylän maalaiskunnan ja Korpilahden kunnan kuntaliitos toteutui 1.1.2009. Kotihoito oli yhdistynyt kotihoidoksi Jyväskylässä ja Jyväskylän maalaiskunnassa jo ennen kuntaliitosta, Korpilahdella vasta kotihoidon lakikokeilun myötä juuri ennen kuntaliitosta. Tämän tutkimuksen tarkoitus oli tarkastella kotihoidon toimivuutta Korpilahden kotihoidon hoitajien näkökulmasta kuntien yhdistymisen jälkeen.</p> <p>Tiedonkeruumenetelmänä oli ryhmähaastattelu. Haastatteluteemoina käytettiin BSC-tuloskortin ulottuvuuksia. Hoitajien vastaukset ryhmiteltiin SWOT-analysisiä käyttäen.</p> <p>Tulosten perusteella kotihoidon keskeisimmät kehittämiskohteet ovat pysyvän ja osaavan henkilökunnan saaminen, lisäresurssien saaminen, teknologian käyttöönotto, yhteistyön lisääminen ja asiakkaalle annettavan ajan lisääminen.</p> <p>Lisäksi kotihoidon yhdistäminen näyttää onnistuneelta ratkaisulta.</p> <p>Kiire ja liian vähäinen ajankäyttö asiakkaan luona toistuu hoitajien vastauksissa. Tarvitaan lisää resursseja kotihoitoon ja tämä tulee huomioitava laadittaessa tulevien vuosien talousarvioita.</p>		
Avainsanat (asiasanat) kotihoito, kotipalvelu, kotisairaanhoido, asiakaslähtöisyys, ryhmähaastattelu		
Muut tiedot		



Author(s) SOIDINMÄKI, Pirkko	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 06.04.2010
	Pages 48	Language english
	Confidential () Until	Permission for web publication (x)
Title HOME CARE, FROM AN EXPERIMENT TO REGULAR PRACTICE		
Degree Programme Degree Programme in Nursing; Public Health Nurse (PHN)		
Tutor(s) Tiikkainen, Pirjo		
Assigned by The city of Jyväskylä		
Abstract Elderly services are undergoing major changes at present. Because of these changes home help services and home nursing have been connected in half of the Finnish municipalities. Home care is the most important and largest service for older persons. Home care's aim is to support old people so that they could live at their home for as long as it is meaningful. Home care's aim also is to guarantee equal, good-quality and well adapted services as well as to respect older persons and their right to self-determination. The clients of home care live longer than before, they have many illnesses and they need highly demanding care. A consolidation of the local governments of the city of Jyväskylä, rural municipality of Jyväskylä and Korpilahti took place on the 1 st of January 2009. A consolidation of home care services had already taken place between Jyväskylä and the rural municipality before the local government reform, but in Korpilahti not until the new Jyväskylä was founded. This study was undertaken to describe and explore how home care has succeeded from the point of view of social and health care collaboration. Its purpose was also to investigate aspects of social and health care collaboration in home care provision. The data for the research were collected among nurses of home care. The nurses had the opportunity to describe their experiences of multi-professional collaboration in care provision. They talked about their thoughts, ideas and opinions. These data were collected in group interviews and analyzed using the method of data analysis and SWOT-analysis. The classification of the questions was based on the frame of reference of the Balanced Scorecard. Four home care-workers participated in the study. The results showed that the integration of home-help services and home nursing had succeeded. Moreover, the challenges for the development of collaboration are to clarify the roles and responsibilities of professional care providers and to improve methods of communication. One of the most important challenges is how to find trained nurses for the work. The clients felt that the home care employees were in a hurry when they worked at their home. <u>In the future we will need more home care employees for home care.</u>		
Keywords Home care, home help service, home nursing, consumer-oriented, group interview		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	2
2 KOTIHOIDON HISTORIA	3
2.1 Kotipalvelu.....	4
2.2 Kotisairaanhoido	5
3 KOTIHOITOTYÖN KEHITTYMINEN	6
4 KOTIHOIDON LAKIKOKEILU	8
5 KOLMEN KUNNAN KUNTALIITOS	9
6 KOTIHOIDON KEHITTÄMISTARPEET	10
7 KOTIHOITOTYÖN MUUTOKSIA	12
8 TUTKIMUKSEN TARKOITUS	14
9 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	14
9.1 Toimintaympäristö ja kohderyhmä.....	14
9.2 Ryhmähaastattelu	16
9.3 Aineiston analyysi	16
10 TULOKSET	18
10.1 Heikkoudet.....	18
10.2 Vahvuudet	22
10.3 Uhat	25
10.4 Mahdollisuudet.....	26
11 POHDINTA	28
11.1 Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden pohdintaa	28
11.2 Tutkimustulosten pohdintaa.....	29
11.3 Tulevaisuuden suunta.....	31
LÄHTEET	33
LIITTEET	36
Liite 1 Kotihoidon hoitajien toimenkuvat	36
Liite 2 Ryhmäkeskustelussa esitetyt kysymykset	42
Liite 3 SWOT-analyysi kaavio	43
KUVIOT	17
Kuvio1. SWOT-analyysi kaavio.....	17
TAULUKOT	12
Taulukko 1. Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen ja Jyväskylän väestöennusteen (Tilastokeskus 2007) mukaan yli 75-vuotiaiden laskennallinen palvelun tarve.....	12
Taulukko 2 Laskennallinen arvio Jyväskylän väestöennusteen pohjalta alle 75- vuotiaiden dementiasairaiden määrästä sekä hoitopaikkatarpeesta vuosina 2009- 2020.....	19

1 JOHDANTO

Kotihoidon käsitteen käyttö on yleistynyt maassamme vasta 1990-luvulta lähtien kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisen eli integroitumiskehityksen myötä (Tepponen 2009, 17). Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämistä on helpottanut vuoden 2004 kokeilulainsäädäntö (laki sosiaalihuoltolain L 1428/2004 ja kansanterveyslain L 1429/2004 väliaikaisesta muuttamisesta), mikä on mahdollistanut kotipalvelun ja kotisairaanhoidon järjestämisen osittain tai kokonaan kotihoidoksi yhdistettynä myös niissä kunnissa, joissa sosiaali- ja terveyslautakuntia ja virastoja ei ole yhdistetty. Kotihoidon yhdistäminen on merkinnyt yhteistyön rakentamista ja yhteisen työkuultuurin etsimistä. (Asiakaslähtöinen kotihoito 2007, 65.) Kahdesta erillisestä palvelumuodosta on rakennettu yksi yhteinen kotihoito. Kotihoidon yhdistämisellä pyritään mm. resursien joustavampaan käyttöön, välttämään päällekkäisyyttä, lisäämään palvelujen jatkuvuutta sekä lisäämään taloudellisuutta.

Jyväskylän kaupungin, Jyväskylän maalaiskunnan ja Korpilahden kunnan kuntaliitos toteutui 1.1.2009. Yhdistymistä edelsi vuoden mittainen valmistelutyö. Kolme hyvin erilaista kuntaa väkiluvun, organisaatorakenteen, palvelujen sekä toiminnan suhteen yhdistyivät. Kotihoidon toiminnoissa oli kuntien kesken alueellisia eroja. Kotihoito oli yhdistynyt kotihoidoksi Jyväskylässä ja Jyväskylän maalaiskunnassa jo ennen kuntaliitosta, Korpilahdella vasta lakikokeilun myötä juuri ennen kuntaliitosta. Korpilahti osallistui kotihoidon lakikokeiluun ajalla 1.1.2007-31.12.2008.

Kotihoidolle tuli löytää sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen organisaatiokulttuuri. Valmistelutyön aikana kotihoitoon sovittiin yhteisestä organisaatiomallista sekä palvelukonseptista. Kuntaliitoksen myötä aiemmin erillisissä organisaatioissa ja eri johdon alaisuudessa toimineet työntekijät yhdistettiin ja työntekijät alkoivat toimia yhteisissä kotihoidon tiimeissä ja tuottaa yhdessä kotihoidon palveluja. Yhdessä esimiesten ja henkilökunnan kanssa sovittiin kotihoidon ydinprosessi, hoitajien tehtävät ja toimenkuvat, asiakkaille annettavat palvelut, palvelujen myöntämisen kriteerit sekä asiakasmaksut. Kotihoidon tavoitteena on tuottaa kokonaisvaltaista kotihoitoa toimintatavalla, jossa keskeistä on tiimien toiminta omalla alueella sekä vastuuhoitajajärjestelmä.

Tämän tutkimuksen tarkoitus on selvittää kotihoidon hoitajien näkemyksiä ja kokemuksia toteutuneesta kotihoidosta ja siitä, miten yhdistetty kotihoito on kyennyt vas-

taamaan asiakkaiden palvelutarpeisiin ja toimintaympäristön muutoksiin. Tutkimuksella pyritään myös selvittämään toteutuneessa kotihoidossa vuoden aikana esille tulleita haasteita, mitkä huomioidaan sovittaessa kotihoidon kehittämishaasteet vuosille 2010-2012.

2 KOTIHOIDON HISTORIA

Kotihoito on melko uusi ja heikosti määritelty käsite niin Suomessa kuin monissa muissakin maissa (Tepponen 2009, 17). Maailman terveysjärjestö, WHO, on määritellyt kotihoidon seuraavasti: ”kotihoito on joukko erilaisia terveys- ja sosiaalipalveluja, jotka tuotetaan asiakkaille heidän kotonaan. Yhteen sovitettujen palvelujen tarkoitus on ehkäistä, hidastaa tai korvata väliaikaista tai pitkäaikaista laitoshoidoa.” Koti voi olla asiakkaan oma asunto, asunto palvelutalossa tai asuminen läheisten luona. (Hammar 2008, 21.)

Kotihoitoa voidaan määrittää toiminnan, sisällön ja toimijoiden kautta. Toiminnan kautta määriteltäessä kotihoidon perimmäinen tarkoitus on tukea kotona asumista ja parantaa asiakkaan elämänlaatua. Tätä näkökulmaa ovat Suomessa tukeneet ja ohjanneet valtakunnalliset suunnitelmat, linjaukset ja kansalliset kehittämissuunnitelmat sekä kuntien omat vanhuspoliittiset strategiat. (Hammar 2008, 22.) Kotihoidon sisältöä määrittää henkilön avun ja palveluiden tarve. Kotihoidon palvelut voivat käsittää kunnan järjestämän kotipalvelun ja kotisairaanhoidon (yhdistettynä) sekä tukipalvelut kuten ateria-, siivous-, kuljetus-, päiväkeskus- ja turvapalvelut, ennalta ehkäisevän ja kuntouttavan toiminnan sekä saattohoidon. Kotiin annettavat palvelut on usein ryhmitelty sairaanhoidollisiin tehtäviin, perushoitoon / huolenpitoon, kodinhoitoapuun, erilaisiin tukipalveluihin ja omaishoidon tukeen. Kotihoitoa voidaan tarjota myös kodin ulkopuolella esimerkiksi palvelu- ja päiväkeskuksessa.

Palvelut käsittävät myös asiakkaiden apuvälineiden hankintaa ja kodin muutostöiden järjestämistä. Muut terveyden – ja sosiaalihuollon palvelut (lääkärin ja sosiaalityöntekijöiden palvelut, fysioterapia, intervalli- ja kuntoutusjaksot, päiväkeskustoiminta ym.) tukevat asiakkaiden kotona selviytymistä. (Hammar 2008, 22.) Lain mukaan kunta on velvollinen järjestämään kotihoidon palvelut, mutta kunta voi tuottaa palvelut itse kokonaan tai osittain, yhteistyössä toisten kuntien kanssa tai ostaa palvelut yksityisiltä yrityksiltä tai kolmannen sektorin toimijoilta tai antaa asiakkaalle palve-

lusetelin. Osan palveluista tuottavat edelleen omaiset ja läheiset. (Asiakaslähtöinen kotihoito, 65.)

Kotihoidon historian tunteminen auttaa ymmärtämään kotiin tarjottavien palvelujen kehittymistä sekä kotihoidon työnjakoon liittyvää keskustelua. Kotihoidon historialliset juuret löytyvät kodinhoitotyön ja kotona toteutettavan sairaanhoitotyön historiasta. Kodinhoitotyö kotipalveluna ja kotona tehtävä sairaanhoitotyö ovat kehittyneet Suomessa toisistaan erillään. (Ikonen & Julkunen 2007, 32.) Kotipalvelu käynnistyi 1950-luvulla, jolloin Väestöliitto aloitti kodinhoitajakoulutuksen. Vuonna 1972 voimaan tullut kansanterveyslaki toi mukanaan kotisairaanhoidon.

2.1 Kotipalvelu

Kotipalvelut ovat tarveharkintaisia sosiaalipalveluita, joista käyttäjä maksaa asiakasmaksulakeihin perustuvan ja tulojensa mukaan määräytyvän hinnan. Kotipalvelulla tarkoitetaan asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen sekä muuhun tavanomaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Kotipalveluja annetaan heikentyneen toimintakyvyn, perhetilanteen, rasittuneisuuden, sairauden, synnytyksen, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn perusteella niille, jotka tarvitsevat apua suoriutuakseen 20 §:ssä tarkoitetuista tehtävistä ja toiminnoista. (Sosiaalihuoltolaki 710 / 82, 20-21§.)

1960-luvulla palvelut olivat laitospainotteisia, mutta laki kunnallisesta kodinhoitoavusta, terveydenhoitolaki sekä terveydenhoitoasetus vahvistivat kuitenkin avohoittoa. Vasta uusi laki kunnallisesta kodinhoitoavusta 1966 turvasi sen, että vanhusväestökin sai apua. (Ikonen & Julkunen 2007, 36.) Kunnissa alettiin palkata kodinhoitajien rinnalle kunnallisia kotiavustajia. Kodinhoitoapua ohjaava normisto pysyi kuitenkin lähes muuttumattomana vuodet 1952 – 1977. Vasta 1970-luvun lopulla sosiaalihuolto ohjeisti kuntia yleiskirjeellään suuntaamaan kodinhoitoapua lapsiperheiden lisäksi myös vanhuksille. (Tepponen 2009, 79.)

1970-luvulla kotipalvelu ja sen tukipalvelut laajenivat ja asunto-olot paranivat. Kotipalvelutyö kunnissa organisoitui, ja sitä ryhdyttiin kehittämään voimakkaasti. Kotipalvelutyötä alettiin myös johtaa ammattimaisesti, ja kuntiin perustettiin johtavan ko-

dinhoitajan virkoja.(Ikonen % Julkunen 2007, 36.) Myös kodinhoitajien virkoja ja toimia perustettiin innokkaasti.

2.2 Kotisairaanhoido

Kotisairaanhoido on kotona terveydenhuollon ammattilaisten antamaa sairaanhoidoa, joka on tarkoitettu ihmisille, jotka sairautensa, vammansa tai toimintakykynsä heikkenemisen vuoksi eivät voi käyttää muita avoterveydenhuollon sairaanhoidopalveluita. Kotisairaanhoido perustuu Kansanterveyslakiin (66/72) (Ikonen & Julkunen 2007, 47.) Kotisairaanhoidoa määrittää kansanterveyslaki (66/72, 14 §, 15§, 17§), jossa kotisairanhoidon sisältöä ei ole määritelty (Asiakaslähtöinen kotihoito 2007, 12).

Terveyskeskuslääkäri päättää asiakkaaksi ottamisesta ja asiakkuuden päättymisestä. Kodilla tarkoitetaan asiakkaan omaa kotia tai palveluasumista. Kotisairaanhoidoa voivat saada kaikenikäiset kuntalaiset, mutta suurin osa asiakkaista on vanhuksia. Kotisairaanhoido on moniammatillista tiimityötä, johon osallistuvat lääkärin lisäksi terveydenhoitajat, sairaanhoitajat, perushoitajat ja lähihoitajat sekä esimerkiksi fysioterapeutit. (Ikonen & Julkunen 2007,48.) Moniammatillisuuden merkitys korostuu muun muassa rakennettaessa saumattomia palveluketjuja. Näissä on kyse palvelujen järjestämisestä asiakkaiden kannalta mahdollisimman joustaviksi. Saumattomuus tarkoittaa eri ammattilaisten, ammattiryhmien, työyksiköiden ja toimintapisteiden toiminnan laadun ja sujuvuuden varmistamista niin, että se on asiakkaan kannalta saumatonta. (Outinen, Lempinen, Holma & Haverinen 1999, 11.)

Tiimi on organisaation rakenteellinen ja toiminnallinen yksikkö, jossa pieni joukko työntekijöitä tekee yhdessä työtä yhteisen tavoitteen ja tuloksen suunnassa. Sitä luonnehtii keskinäinen vuorovaikutus sekä pyrkimys yksilövastuun lisäksi yhteisvastuuseen. (Larmi, Tokola & Välkkiö 2005, 120.) Aikaisemmin puhuttiin valvotusta kotisairanhoidosta, mutta nykyisin pelkästä kotisairanhoidosta, koska hoito perustuu aina lääkärin valvontaan.

3 KOTIHOITOTYÖN KEHITTYMINEN

Koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeva keskeinen ohjaustoimenpide oli vuoden 1993 valtionosuusuudistus, joka koski myös kotihoitoa. Se vähensi kuntien valtakunnallista voimavaraohjausta ja osui samaan aikaan 1990-luvun alun talouslaman kanssa. Molemmat heikensivät kuntien taloudellisia mahdollisuuksia järjestää vanhusten kotihoitoa. (Tepponen 2009, 87.)

Talousahdinko sai kunnat etsimään erilaisia palvelujen järjestämistapoja palveluilleen. Samaan aikaan haluttiin purkaa vanhustyön laitospainotteisuus, mikä merkitsi uusia, suuria haasteita avohuollolle. Valtio vähensi myös kuntien normiohjausta, mikä lisäsi kuntien vapautta järjestää vanhusten kotihoito haluamallaan tavalla. (Tepponen 2009, 87.) Vanhusten palveluja alettiin suunnitella paikallisten tarpeiden mukaan. 1990-luvun lopussa alkoi avohuollon kehittäminen kotihoidoksi.

Vuonna 1992 annettiin laki potilaan asemasta ja oikeuksista, ja vuonna 2000 säädettiin laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Merkittävä uudistus jälkimmäisessä oli säädös, jonka perusteella toistuvia tai säännöllisiä kotihoidon palveluja saavalla asiakkaalla tulee olla palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai vastaava suunnitelma (Hammar 2008, 25). STM, Stakes ja Kuntaliitto ovat julkaisseet 2002 oppaan ikäihmistien hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen.

Oppaassa todetaan, että hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen, toteutus ja arviointi jäsentävät ja tekevät näkyväksi koko yhdessä elettävän, vastavuoroisen prosessin. Asiakastyö on tavoitteellista, sitoutumista, arviointia ja tarvittaessa uudelleen suuntautumista edellyttävää yhteistyötä. Hyvän hoito- ja palvelusuunnitelman valmistelu vaatii työntekijöiltä arvioivaa ja asiakaslähtöistä työtettä. (Päivärinta & Haverinen 2002, 35.)

Vuonna 2002 saatiin ikäihmistien hoitoa ja palvelua koskeva laatusuositus, joka kannustaa kuntia laatimaan vanhuspoliittisen strategian ja sen osaksi palvelurakenteen kehittämisohjelman. Kotihoidon henkilöstön osaamista on ohjattu kehittämällä esimerkiksi koulutusta. Vuonna 1992 luotiin sosiaali- ja terveydenhuoltoon yhteinen perustutkinto, lähihoitaja, ja 2001 ammattikorkeakouluun geronomi - tutkinto. Vuonna

2002 otettiin käyttöön vanhustyön erikoisammattitutkinto. (Ikonen & Julkunen 2007, 39.)

2000-luvun alkupuolelta lähtien on suosittu kotihoitoa. Kotihoidon työhön haasteita tuovat kasvavat asiakasmäärät, uudet asiakasryhmät, asiakkaiden hoitoisuuden lisääntyminen sekä asiakkaiden odotukset. Kotihoidossa kehitetäänkin jatkuvasti työn sisältöjä, yhteistyötä ja verkottoitumista. Myös sosiaalitekniikka ja työmenetelmät kehittyvät nopeasti. Moninainen tutkimus- ja projektityö tuottaa tietoa kotihoidon työhön.

Tepposen (2009, 38) mukaan kotihoitoa ja sen osia on tutkittu paljon. Sen sijaan kotihoidon integrointia ja laatua on tarkasteltu vain harvoin, vaikka kotihoitoa koskeva sosiaali- ja terveystoimen organisaatioiden tai niiden osien yhdistäminen on ollut viime vuosina kunnissamme yleistä ja yhdistämistä on perusteltu juuri hoidon laadun paranemisella. Tepponen (2009, 13) toteaa, että kotihoidon integroinnilla tarkoitetaan eheän, asiakaslähtöisen ja asiakkaan tarpeiden mukaisen palvelukokonaisuuden muodostumista organisatorisilla ja muilla eheyttävillä toimenpiteillä.

Yhteiskunnan kannalta kotihoidossa ikäihmisten määrän kasvaessa kodinhoidollisten palvelujen tarve lisääntyy jatkuvasti. Kaikkien iäkkäämpien eli yli 85-vuotiaiden määrä ja suhteellinen osuus tulevat kasvamaan eniten. Säännöllisen kotihoidon asiakkaan hoidon tarpeen yleisimmät syyt ovat fyysiset syyt (61 %), dementoivat sairaudet (43 %), psyykkis-sosiaaliset syyt (10 %) sekä sairauksien tutkimus ja hoito (17 %). (Tyynelä & Marjakangas 2010). Hammar (2009, 45,51,55) toteaa tutkimuksessaan, että heikkouksina väestön kannalta voidaan pitää iäkkäiden, yksinasuvien naisten määrää, joilla on heikentynyt toimintakyky. Uhkana on elämänlaadun alentuminen ja vastaavasti sairastavuuden lisääntyminen, asiakas ei selviä päivittäisissä toiminnoissa. Varsinkin ulkona liikkuminen ja asioiden hoitaminen vaikeutuvat. Kansainvälisten tutkimusten mukaan pohjoismaalaiset kotihoidon asiakkaat vaikuttavat toimintakyvyltään parempikuntoisilta kuin asiakkaat muualla Euroopassa tai Yhdysvalloissa. (Hammar 2008, 45). Pohjoismaalaisissa tutkimuksissa Hammarin (2008, 48) mukaan läheisten hoito täydentää virallista apua.

Palvelujen näkökulmasta kotihoidon palvelujen määrä ja kesto vaihtelevat avuntarpeen mukaan. Hammar (2008, 51) toteaa, että viimeaikaiset tutkimukset osoittavat, että yksinäisyys ja masentuneisuus aiheuttavat lisääntyvää avun ja tuen tarvetta. Pal-

velujen saannissa on myös alueellisia eroja. Iän myötä sekä lasten antama apu että yleensä omaisten apu lisääntyy. Asiakaskyselyjen perusteella asiakkaat ovat tyytymättömiä palveluissa lähinnä työntekijöiden vaihtuvuuteen sekä hoidon kiireisyyteen ja pinnallisuuteen. (Kerosuo ym. 2008, 38.)

Niissä kunnissa, joissa kotihoitoa toteutetaan, henkilökunta on kokenut tiimi- ja yhteistyön mielekkäänä. Samoin he kokivat toimenkuviansa monipuolistuneen. Haasteena ovat nopeasti tehdyt kotikäynnit ja hoitajien resurssipula. Talouden näkökulmasta on näyttöä, että kotihoidon toiminta on tehostunut taloudellisesti yhdistetyn kotihoidon aikana. (Kerosuo ym. 2009, 63.)

4 KOTIHOIDON LAKIKOKEILU

Vuonna 2004 muutettiin väliaikaisella lainmuutoksella sosiaalihuoltolakia (710/1982) ja kansanterveyslakia (66/1972) siten, että lakimuutos mahdollisti kotipalvelun ja kotisairaanhoidon järjestämisen osittain tai kokonaan kotihoidoksi yhdistettynä myös niissä kunnissa, joissa sosiaali- ja terveyslautakuntia ja virastoja ei ole yhdistetty (Asiakaslähtöinen kotihoito 2007,65). Kunnat tai kuntayhtymät hyväksyttiin kokeiluun edellytyksellä, että se edistää sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittamista, parantaa palvelujen laatua eikä aiheuta merkittävää haittaa sosiaali- ja terveydenhuollon tai kansanterveystyön kokonaisuudelle. Vuoden 2006 lopussa kokeiluun oli hyväksytty 31 kuntaa ja 12 kuntayhtymää. (Tepponen 2009,91.)

Kokeilun ydinaluetta oli sosiaalihuollon kotipalvelun ja terveydenhuollon kotisairaanhoidon yhdistäminen uudeksi tehtäväalueeksi kotihoidoksi. Kokeilu koski myös muita asiakasryhmiä kuten vammaisia ja pitkäaikaissairaita henkilöitä. Kokeilun tuli parantaa vanhusten ja kokeilun piiriin tulevien muiden asiakasryhmien sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteensovittamista ja edistää laadultaan hyvien palvelujen järjestämistä. Kokeilun tärkeimpänä tavoitteena olivat pysyvät parannukset kotihoidon palveluissa.

Kotihoidon yhdistäminen on merkinnyt yhteistyön rakentamista ja yhteisen työskentelyn etsimistä. Kokeilun tavoitteena oli kotisairaanhoidon ja kotipalvelun toiminnallisen palvelukokonaisuuden kehittäminen. Tavoitteena oli luoda palvelukokonaisuudelle uusia toimintamalleja ja sisältöjä, joilla voitaisiin entistä paremmin vastata tar-

koituksenmukaisesti ja tehokkaasti asiakkaiden tarpeisiin olemassa olevilla resursseilla ja tekniikkaa hyödyntäen (Kotihoidon kehittäminen ja kotihoidon lakikokeilu, tilaneraportti 4.6.2007, Korpilahden-Muuramen terveydenhuollon kuntayhtymä.)

Lisäksi lakikokeilulla kerättiin kokemuksia erilaisista tavoista organisoida palveluja. Kokeilun tavoitteen oli parantaa palveluiden yhteensovittamista ja edistää laadukkaiden palveluiden organisoitumista. Kokeilulla tavoiteltiin kotiin annettavan hoidon lisäämistä ja tehostamista yhteisen työn suunnittelun, johtamisen, toteuttamisen ja toimintaperiaatteiden kautta. Kotihoidon lakikokeilu on kohdistettu erityisesti sellaisille kunnille ja kuntayhtymille, joissa kotihoidon yhdistämistä ei ole voitu toteuttaa siitä syystä, ettei sitä ole pidetty tarkoituksenmukaisena uudistuksena tai joissa kansanterveysyön kuuluminen kuntayhtymälle on aiemmin estänyt yhdistämisen kuntatasolla. Kokeilun tavoitteena oli myös tehokkuuden lisääminen. (Raassina 2007.)

Pääministeri Vanhasen II hallituksen esitys ja arvio on se, että kotihoidon lakikokeilun avulla saadaan palveluketju sujuvammaksi ja toiminnan ja voimavarojen käytön päällekkäisyys vähenee. Avohoidon tehostetuessa paine laitoshoidon vähenee. Palvelujen uudelleen organisointi ja kotona annettavien palvelujen yhdistäminen hillitsee jossakin määrin vanhusten palvelujen kustannusten kasvua. Asiakkaiden näkökulmasta palvelukokonaisuus selkeytyy ja palvelujen laatu paranee. Mahdollisia haittoja ovat esimerkiksi kunnan sosiaalihuollon tai terveydenhuollon pirstaloituminen ja uusien rajaitojen syntyminen palvelujärjestelmään. Koska vanhusten sosiaali- ja terveystalvet ovat kasvava palvelujen alue, uudelleenorganisoinnin ei toiminnan tehostumisesta huolimatta arvioida johtavan henkilöstön vähentämiseen kokeilukunnissa. Vähintään tehostumista vastaava työpanos suunnattaneen kotihoidon käyntikertojen lisäämiseen ja uusien asiakkaiden palveluihin.

5 KOLMEN KUNNAN KUNTALIITOS

Jyväskylän kaupungin, Jyväskylän maalaiskunnan ja Korpilahden kunnan kuntaliitos toteutui 1.1.2009. Yhdistymistä edelsi vuoden mittainen valmistelutyö. Kolme hyvin erilaista kuntaa väkiluvun, organisaattiorakenteen, palvelujen sekä toiminnan suhteen yhdistyivät. Kotihoidon toiminnoissa oli kuntien kesken alueellisia eroja. Kotihoito oli yhdistynyt kotihoidoksi Jyväskylässä ja Jyväskylän maalaiskunnassa jo ennen kunta-

liitosta, Korpilahdella vasta lakikokeilun myötä juuri ennen kuntaliitosta. Nykyisin vähän yli puolessa Suomen kunnista kotipalvelu ja kotisairaanhoito on yhdistetty yhteiseksi kotihoidoksi.

Kotihoidolle tuli löytää sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen organisaatiokulttuuri. Valmistelutyön aikana kotihoitoon sovittiin yhteisestä organisaatiomallista sekä palvelukonseptista. Kuntaliitoksen myötä aiemmin erillisissä organisaatioissa ja eri johdon alaisuudessa toimineet työntekijät yhdistettiin ja työntekijät alkoivat toimia yhteisissä kotihoidon tiimeissä ja tuottaa yhdessä kotihoidon palveluja. Yhdessä esimiesten ja henkilökunnan kanssa sovittiin kotihoidon prosessi, hoitajien tehtävät ja toimenkuvat, asiakkaille annettavat palvelut sekä asiakasmaksut. Kotihoidon tavoitteena on tuottaa kokonaisvaltaista kotihoitoa toimintatavalla, jossa keskeistä on tiimien toiminta omalla alueella sekä vastuuhoitajajärjestelmä. Henkilökunnan toimenkuvista sovittaessa sovittiin tiimivastaavan, vastuuhoitajan ja tiimissä työskentelevien hoitajien toimenkuvista (LIITE 1). Johdonmukaisuus ja selkeys sekä tarkasti määritellyt vastuut tukevat tiimien työtä. On tärkeää, että työtehtävät, toimenkuvat ja yhteiset pelisäännöt ovat etukäteen yhdessä sovittu.

Kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa tiimityötä oli tehty jo pitkään, mutta erillään ja omissa organisaatioissa. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyminen kotihoidon palvelujärjestelmiksi vaatii huolellista paneutumista tiimin toimintatapoihin ja tehtäviin. Tämän organisaatiokulttuurin vahvistuminen lähti perustasolta, tiimien työskentelestä. Tiimi tarvitsee vetäjän, joka on joku tiimin jäsenistä. Vetäjän rooli voi myös kiertyä. Tiimin vetäjällä ja organisaation johdolla on vastuu tiimien työn kehittämisestä ja johtamisesta sekä tiimien tavoitteista (Ikonen & Julkunen 2007, 24). Tiimien tehtävänä on organisoida eri ammattiryhmiä edustavien työntekijöiden käynnit kotona asiakkaan hoidon kannalta mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti. Asiakkaan luona käy oma vastuuhoitaja, joka on yksi työntekijä tiimistä, ja joka hoitaa asiakkaalle hänen palvelu- ja hoitosuunnitelmansa mukaisen hoidon ja toimenpiteet.

6 KOTIHOIDON KEHITTÄMISTARPEET

Kotihoidon yhdistäminen on merkinnyt rakenteiden uudistamista ja toimintakäytäntöjen uudelleen määrittelyä. Yhdistäminen on ollut suuri toiminannallinen ja kulttuurinen muutos. Kotihoidossa asiakkaan hoidon ja palvelujen perustavoitteita ovat avunsaaminen yksilöllisiin tarpeisiin, terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen, asiakkaan omien fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten voimavarojen hyödyntäminen, itsenäisen selviytymisen vahvistaminen, turvallisen koti-, asuin- ja elinympäristön huomioiminen, asiakkaan aktiivinen osallistuminen sekä itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen..

Kotihoidossa kehitetään erilaisia keinoja ja menetelmiä, jotka mahdollistavat entistä huonokuntoisempien asiakkaiden turvallisen kotona asumisen niin kauan kuin se on tarkoituksenmukaista. Kotihoitoasiakkaan näkökulmasta kehittämistyön tulisi keskittyä elämänlaadun, itsenäisen selviytymisen sekä palvelutarpeen tyydyttämiseen. Palvelun tarjoajan näkökulmasta työn tulisi keskittyä toiminnalliseen rakenteiden, toimintamallien sekä toimintatapojen kehittämiseen eettisellä, kokonaistaloudellisella ja laadukkaalla tavalla. (Ikonen & Julkunen 2007, 213.)

Kotihoidon asiakkaina on entistä iäkkäämpiä, huonokuntoisempia ja hoitoisuudeltaan vaativimpia asiakkaita. Kotihoidon palveluja käyttävät eniten > 75-vuotiaat asiakkaat, joilla on monia pitkäaikaisia sairauksia ja toimintakyvyltään heikompia. Tutkimukset osoittavat myös, että kotona asuvat asukkaat kärsivät yksinäisyydestä, ystävien puutteesta, turvattomuudesta, masentuneisuudesta sekä muistisairauksien ja muiden kognitiivisten sairauksien lisääntymisestä. Elämänlaadun tärkeitä esteitä ovat ulkopuolisen avun tarve sekä myös asunnon puutteet.

Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan yli 75-vuotiaiden laskennallinen palvelujen tarve tulee kasvamaan noin 400 asiakasta seuraavan kymmenen vuoden aikana.

TAULUKKO 1: Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen ja Jyväskylän väestöennusteen (Tilastokeskus 2007) mukaan yli 75-vuotiaiden laskennallinen palvelun tarve.

Vuosi	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2020
Yli 75-vuotiaat (n)	8380	8540	8760	9040	9400	9600	11370
STM:n suositus							
Kotihoito 13 %	1089	1110	1139	1175	1222	1248	1478
Omaishoito 6 %	503	512	526	542	564	576	682
Palveluasuminen 6 %	503	512	526	542	564	576	682
Laitohoito 3 %	251	256	263	271	282	288	341

Kotihoidon kehittämisen painopiste on uusien toimintatapojen ja työkäytäntöjen oppiminen. Vaikka asiakkaat ovat entistä huonokuntoisempia, hoitajien toimintamalli on pysynyt samanlaisena. Vanha toimintamalli ei enää toimi ja siksi työhön on syntynyt ristiriita toimintamallien ja asiakkaiden tarpeiden välille. Kotihoidon laadun kriittisiksi pisteiksi on noussut työntekijöiden kiireisyys, vaihtuvuus ja hoidon ja avun riittävyys. Uusien toimintatapojen ja työkäytäntöjen oppiminen on mahdollista vain organisaation, tiimin ja yksilön oppimisen tuloksena. Moniammatillinen työtapa ja yksilövastuinen työ on nähty oikeana toimintatapana vanhustyössä. Kehittämistä edistäviä tekijöitä ovat koulutus, työkokemus, motivoituneisuus, halu kehittää työtään, hoito- ja palvelusuunnitelmat, tiimityöskentely sekä työstä saatava palaute. (Tyynelä & Marjakangas 2010.)

7 KOTIHOITOTYÖN MUUTOKSIA

Kotihoito on toimintakäytäntöjen edelleen kehittämisen vaiheessa. Hoitajien on hallittava sellaisia työtapoja, yhteistyömuotoja ja välineitä, joilla vastataan asiakkaiden ja heidän omaistensa tarpeiden erilaistumiseen ja vaikeutumiseen sekä kunkin asiakkaan terveyden ja toimintakyvyn tukemiseen pitkäjänteisesti kotihoidon tavoitteisiin ja yksilöllisiin hoitosuunnitelmiin kirjattujen periaatteiden suunnassa. Hoitajalta edellytetään kykyä arjen tilanteiden ja kutakin asiakasta koskevien havaintojen tulkintaan pit-

käjänteisemmässä ja syvemmissä viitekehyksessä, hoitosuunnitelman käyttöä päätelmien tekemiseen, hoidon pitkäjänteiseen toteuttamiseen ja seurantaan, sekä valmiuksia hoitoon ja palveluihin liittyvien asioiden käsittelyyn paitsi omaisten, myös muiden asiakkaan kanssa toimivien hoitajien ja asiantuntijoiden kanssa. (Kerosuo, Haavisto & Heikkinen 2009, 65.)

Vaikeahoitoisemmaksi käyvä asiakaskunta edellyttää työntekijöiltä ennen muuta ammatillisen osaamisen lisäämistä. Kotihoito ei voi rajoittua vain sairaanhoidollisten toimenpiteiden suorittamiseen kotona, vaan asiakkaiden toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpito edellyttää hyvin laaja-alaista osaamista ja vastuuta asiakkaan toimintaympäristöstä ja toimintaedellytyksistä huolehtimisesta. Tänä päivänä kotihoito itessään on jo moniammatillinen työyhteisö, jossa tarvitaan erilaista osaamista ja erilaisella koulutuksella olevaa henkilökuntaa. Myös kotihoidon rajapinnoilla ja sen kanssa läheisessä yhteistyössä toimii lukuisia työyhteisöjä ja ammattilaisia, jotka tahoillaan osallistuvat palvelujen tuottamiseen kotihoidon asiakkaille.

Esimerkiksi asiakkaan selviytyminen kotona edellyttää usein asunnon korjaus- tai muutostöitä, jotta asuminen kotona mahdollistuisi. Asiakkaan asumismahdollisuudet tulisi selvittää aina ennen asiakkaan sairaalasta kotiuttamista. Tällöin voidaan hyödyntää fysio- tai toimintaterapiaa ja pyytää fysio- tai toimintaterapeuttia tekemään asiakkaan kotona asumisolosuhteiden kartoittamiseksi koetun asumisen tai Housing Enabler-mittaukset. Mittausten pohjalta voidaan tehdä tarvittavat korjaus- tai muutostyöt asiakkaan kotona. Housing Enabler on fyysisen ympäristön esteettömyyden arviointiväline, mikä on tarkoitettu erityisesti toimintaterapeuteille, mutta sitä voivat käyttää myös yhdyskuntasuunnittelijat, arkkitehdit, rakentamisprosessiin osallistuvat eri alan asiantuntijat ja vammaisjärjestöjen edustajat (Iwarsson ja Slaug 2008, 9).

Perinteisesti kotihoidon tehtäväksi mielletty asiakkaan kotona selviytymisen mahdollistaminen erilaisten palvelujen turvin sekä asumisen mahdollistaminen niin kauan kuin se on tarkoituksenmukaista. Tällöin hoitajan työn voi nähdä muodostuvan erilaisista hoitajan tekemistä yksittäisistä toimenpiteistä, jolloin kotona selviytyminen voidaan turvata. Työtä määrittää ajatus, että hoitajan tekee asiakkaan puolesta ne toimet, joihin hän ei itse kykene. Kun toiminnan tarkoituksena muodostuu asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen, puhutaan asiakkaan aktivoimisesta tai kun-

touttavasta työotteesta, jolloin kodissa käyvä hoitaja varoo tekemästä asioita asiakkaan puolesta ja pyrkii ennemminkin tukemaan asiakkaan omaa toimijuutta. Tällainen työn kohteen laajeneminen voi tapahtua vielä ilman sosiaalista verkottumista: yksittäinen hoitaja voi toteuttaa omilla kotikäynneillään asiakkaan aktivointia. (Kerosuo ym. 2009, 65.)

8 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Korpilahdella kotihoiossa työskentelevien kotihoion hoitajien näkemyksiä ja kokemuksia kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä, kotihoion uusien toimintatapojen ja työkäytäntöjen toteuttamisesta. Tarkoituksena on saada tietoa, mitkä asiat ovat hoitajien mielestä hyvin ja onnistuneet yhdistymisen jälkeen ja mitkä asiat vaativat kehittämistä. Kysymysten avulla saadaan vastauksia siitä, miten yhdistetty kotihoito on kyennyt vastaamaan asiakkaiden palvelutarpeisiin ja toimintaympäristön muutoksiin. Kotihoiossa ei ole tehty henkilökunnalle työtyytyväisyyskyselyä eikä myöskään asiakkaille asiakastytyväisyyskyselyä kotihoion yhdistymisen jälkeen. Tutkimustuloksia tullaan hyödyntämään sovittaessa kotihoion kehittämistavoitteita vuosille 2010-2012 sekä tuloksikkotasolla toimintatapojen kehittämiseen. Tulokset käsitellään alueittain henkilökunnan kuukausikokouksissa sekä tiimipalaverissa esimiehen johdolla.

9 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

9.1 Toimintaympäristö ja kohderyhmä

Jyväskylän verkostokaupungin ja Keurusseudun kuntien vanhuspalveluiden kehittämishankkeen loppuraportissa Seudulliset vanhuspalvelujen strategiset linjaukset vuoteen 2030 ja toimeenpano-ohjelmassa todetaan, että kotihoito tarkoittaa jokaisessa hankekunnassa yhdistetyn sosiaalitoimen kotipalvelun ja terveystoimen kotisairaanhoidon palvelua, jota annetaan asiakkaan kotona. Kotipalvelun osana voi myös olla erilaisia tukipalveluita. Asiakkaalla on yleensä hoito- ja palvelusuunnitelma. Tehostettu kotihoito tarkoittaa samaa kuin kotihoito, mutta asiakkaan palvelun tarve on suurempi ja hänen luonaan käydään tiheämmin. Asiakkaalla on aina hoito- ja palvelu-

suunnitelma (Jyväskylän verkostokaupungin ja Keurusseudun kuntien vanhuspalveluiden kehittämishanke 2008, 66.)

Uudessa Jyväskylässä kotihoito jakautuu maantieteellisesti yhdeksään eri alueeseen. Jokaisella alueella toimii oma henkilökunta (40-45 hoitajia) ja palvelupäällikkö, joka vastaa alueen kokonaisuudesta. Alueen asiakasasioista vastaa palveluohjaaja. Tutkimuksen kohderyhmänä on kotihoidon hoitajat Korpilahdella, jossa toimii kaksi tiimiä, joissa kummassakin on yhteensä kahdeksan hoitajaa. Hoitajat ovat koulutukseltaan kodinhoitajia, lähihoitajia, sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia. Säännöllisen kotihoidon asiakkaita on 120 ja tukipalveluasiakkaita noin 100. Työtä tehdään tiimityönä. Hoitajat ovat kokeneet sekä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisen että kuntaliitoksen.

9.2 Ryhmähaastattelu

Tutkimuksen lähestymistapa on laadullinen. Laadullinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa, ja aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Kvalitatiivisen tutkimuksen tyypillisiä piirteitä on laadullisten metodien käyttö aineiston hankinnassa. Suositaan metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat ja ”ääni” pääsevät esille. Tällaisia metodeja ovat mm. temahaastattelu, osallistuva havainnointi, ryhmähaastattelut ja erilaisten dokumenttien ja tekstien diskursiiviset analyysit. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 155.)

Tiedonkeruumenetelmäksi valittiin ryhmähaastattelu. Haastattelu on metodina kaikkein yleisimpiä ja luonnollinen tutkimusväline moniin eri tilanteisiin, joissa halutaan kuulla ihmisten mielipiteitä. Ryhmähaastattelu on tehokas tiedonkeruun muoto, koska samalla saadaan tietoja usealta henkilöltä yhtä aikaa. Ryhmähaastattelu on erityisen käyttökelpoinen silloin, kun voidaan ennakoida, että haastateltavat arastelevat haastattelua. (Hirsjärvi ym. 2004, 199.)

Ryhmähaastattelussa vuorovaikutus painottuu vetäjän ja kunkin osallistujan välille: ryhmän vetäjä tekee tavallaan yksilöhaastatteluja ryhmätilanteessa esittäen tietyn kysymyksen vuorotellen kaikille osanottajille. Näin hän pitää vuorovaikutuskontrollin itsellään eikä rohkaise osallistujia keskustelemaan teemasta keskenään. (Ruusu vuori & Tiittula 2005, 223.)

Haastattelussa edettiin valmiiden kysymysten mukaan. Ryhmähaastattelu tapahtui kotihoidon tiimitilassa ja siihen osallistui neljä Korpilahden toimintayksikön kotihoitajan hoitajaa. Haastateltavat vastasivat vapaamuotoisesti etukäteen muodostettuihin kysymyksiin. Tavoitteena oli, että haastattelutilanne olisi mahdollisimman avoin ja rento, jotta hoitajat voisivat aidosti kertoa näkemyksiään ja kokemuksistaan kotihoitajista. Haastattelu kesti kaksi tuntia. Haastattelu tallennettiin nauhurilla. Tiettyyn kysymykseen liittyvät vastaukset kerättiin yhteen ja koottiin SWOT-analyysin avulla yhteen. Näin saatiin kuva siitä, miten henkilökunta on kokenut yhdistetyn kotihoitajan, miten kotihoito nyky muodossaan kykenee vastamaan asiakkaiden palvelutarpeisiin ja toimintaympäristön muutoksiin sekä millaisia haasteita siinä on ja millaisia vaikutuksia ja seuraamuksia haastateltavat näkevät kotihoitajan yhdistymisellä olevan. Keskeisiä teemoja, joista keskusteltiin, olivat yhdistetyn kotihoitajan hyvät puolet ja vielä kehittämistä vaativat asiat väestön, henkilökunnan, palvelujen ja talouden näkökulmasta. (LIITE 2).

9.3 Aineiston analyysi

Kertyneet ääninauhat kirjoitettiin tekstiksi. Nauhoja purettaessa hoitajien nimiä ei kirjoitettu näkyviin. Laadullisen aineiston analyysissä aineisto järjestetään sellaiseen muotoon, että on mahdollista sitä eritellä vastauksien löytämiseksi tutkimusongelmiin. Aineisto ei silloin itsessään vastaa mihinkään, vaan kaikissa vaiheissaan analyysi antaa uusia merkityksiä asioille. Tämä on laadullisen tutkimuksen tunnusmerkki. Muodollisen järjestämisen jälkeen aineiston avulla esitetään kuvauksia, tehdään päätelmiä ja tulkitaan sekä selityksiä ratkaisuihin. (Koskela 2004, 31.)

Tutkimuksessa aineiston analyysi toteutettiin SWOT-analyysin mukaan. SWOT-analyysillä pyritään tunnistamaan organisaation sisäiset vahvuudet (Strengths) ja heikkoudet (Weaknesses) sekä ulkoisen toimintaympäristön mahdollisuudet (Opportunities) ja uhat (Threats) (KUVIO 1). Se on ennen kaikkea strategisen suunnittelun apuväline, jota voidaan käyttää myös verrattaessa toisiinsa erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja. (Outinen, Lempinen, Holma & Haverinen, 1999, 146.)

SWOT-analyysiä varten muodostetaan nelikenttä, jonka yläosan kentissä on tilaa organisaation vahvuuksille ja heikkouksille. Alaosan kenttiin kirjataan toimintaympäristön antamat mahdollisuudet ja uhat. (Outinen ym.1999, 146.)

KUVIO 1. SWOT-analyysi kaavio

STRENGTHS Organisaation nykyiset sisäiset toiminnalliset VAHVUUDET	WEAKNESSES Organisaation nykyiset sisäiset toiminnalliset HEIKKOUEDET
OPPORTUNITIES Toimintaympäristöstä nousevat ulkoiset MAHDOLLISUUDET	THREATS Toimintaympäristöstä nousevat ulkoiset UHAT

Outinen ja muut (1999, 147) kuvaavat analyysin vaiheet seuraavasti: Analyysin ensimmäisessä vaiheessa pyritään tunnistamaan kuhunkin kenttään kuuluvat tekijät. Ideointi voi alkaa aivoriihityöskentelyllä ja sitä voidaan syventää käyttäen saatavilla olevia kerättyjä / raportoituja tietoja. Kaikista kentistä määritellään merkityksellisimmät tekijät ja poistetaan ne, jotka eivät ole tilanteelle oleellisia tai eivät liity aihealueeseen. Seuraavissa vaiheissa pyritään löytämään ”menetystekijät” selvittämällä, miten sisäisten toiminnallisten vahvuuksien avulla toteutetaan ulkoiset mahdollisuudet sekä mietitään keinot, joilla sisäiset heikkoudet muutetaan vahvuuksiksi ulkoisten uhkien torjumiseksi.

Haastattelussa kysymysten teemoittelun pohjana ja arvioinnin kohteena käytettiin BSC-tuloskortin neljää näkökulmaa: väestönäkökulma, palvelujen näkökulma, henkilöstönäkökulma sekä talouden näkökulma. Tuloskortti on ollut käytössä Jyväskylän kaupungissa jo kymmenen vuotta. Tuloskortin malliin tehdään koko kaupungin talousarviot ja seurataan tavoitteeksi asetettujen tunnuslukujen ja strategioiden toteutumista. Tuloskorttia käytetään myös eri yksiköiden toimintasuunnitelmien pohjana.

Haastatteluaineisto järjesteltiin aluksi teemoittain BSC-tuloskortin mukaan. Haastattavien lausumista haettiin sisältöjä, jotka kuvasivat väestö-, palvelu-, henkilöstö- ja talousnäkökulmaa. Sen jälkeen teemoittelusta aineistosta pyrittiin tunnistamaan SWOT:in mukaisesti heikkouksia, vahvuuksia, uhkia ja mahdollisuuksia kuvaavat lausumat. (LIITE 3).

10 TULOKSET

Hoitajien vastaukset koottiin neljästä eri arvioinnin kohteena olleesta näkökulmasta (väestö-, palvelu-, henkilöstö- ja talousnäkökulma) ja jaettiin SWOT-analyysin mukaan neljään eri kategoriaan: heikkoudet, vahvuudet, uhat ja mahdollisuudet

10.1 Heikkoudet

Väestönäkökulma. Haastattelussa hoitajat toivat esille huolensa ikäihmisten määrän kasvusta ja siitä, miten se lisää kotihoidon palvelujen tarvetta tulevaisuudessa.

”Ikäihmisten määrä kaksinkertaistuu...”

”Entistä huonokuntoisempia ja monisairaita ja –ongelmaisia asiakkaita hoidetaan kotona...”

Ikääntyneiden määrän kasvu lisää kotihoidon palvelujen tarvetta tulevaisuudessa. Vaikka väestön toimintakyky on parantunut, vanhimpien yli 85 vuotta täyttäneiden asiakkaiden toimintakyky ei ole parantunut. Palvelujen tarve kasvaa ja palvelut kohdentuvat enempä yli 85 vuotta täyttäneille. Tulevaisuuden haasteena kotihoidossa ovat ikäihmisten lisäksi päihdeongelmaiset, mielenterveysasiukkaat sekä muistisairaat. Lisäksi asiakkaina tulee olemaan myös alkoholidementoituneita ja vammaispalvelun asiakkaita.

”Kotihoidossa ei ole toimintaterapeutteja, joiden ammatillista apua tarvittaisiin kipeästi.”

Muistisairauksia sairastavien henkilöiden määrä kasvaa, joten erilaisia hoitokäytäntöjä ja –mahdollisuuksia tulee pohtia.

TAULUKKO 2. Laskennallinen arvio Jyväskylän väestöennusteen pohjalta alle 75-vuotiaiden dementiasairaiden määrästä sekä hoitopaikkatarpeesta vuosina 2009-2020. Vanhus- ja vammaispalvelut Jyväskylässä 2009, perusturvalautakunta 5.3.2009 Sirkka Karhula

Vuosi	2009	2010	2011	2012	2015	2020
Dementiasairaiden määrä	360	387	4011	420	505	571
Jatkuva hoidon tarve 55 %	198	213	221	231	278	314
Laitoshoidossa 33 %	65	70	73	76	92	104
Palveluasumisessa 67 %	133	143	148	155	186	210

Palvelujen näkökulma. Haastateltavien mukaan kotihoidossa henkilökunnan resurssit eivät riitä hoitamaan kaikkia asiakkaita.

”Palvelujen tarvetta on enempi kuin mihin resurssit riittää....”

”Resursseja ei ole tarpeeksi hoitamaan näin hoitoisia....”

”Kotihoidon palvelut eivät riitä kaikille, pienituloiset eivät voi ostaa palveluja yksityiseltä?”

Hammar (2009, 46) toteaa tutkimuksessaan, että kotihoidon asiakkaista vajaa puolet tarvitsi apua toistuvasti, vajaalla viidenneksellä oli lähes jatkuva hoidon tarve ja noin 7 prosenttia tarvitsi jatkuvaa ympärivuorokautista hoitoa. Samoihin tuloksiin on päästy myös Jyväskylän kaupungin kotihoidon tilastoissa. Avuksi hoidon järjestämiseksi on otettu käyttöön palveluseteli, mitä käytettiin aluksi vain akuutteihin kotiutuksiin ja tukipalveluna annettavaan siivoukseen pienituloisille asiakkaille. Haastateltavien mielestä tukipalvelujen saanti on vaikeutunut.

”Siivousta ei saa...”

Tukipalveluista nimenomaan siivous on se palvelu, mitä eniten toivotaan. Palveluseteliä myönnetään nykyään myös säännöllisen kotihoidon asiakkaille. Näin asiakkaat saavat tarvitsemiaan palveluja ja voivat ostaa palveluja yksityisiltä palvelun tuottajilta.

Palvelujen toteuttaminen palvelusetelillä ei riitä korvaamaan puuttuvia kotihoidon resursseja.

Haastateltavat toivat esille, että hoidon kokonaisvaltaisuutta tulee kehittää ja asiakkaan luona vietettävää ns. välitöntä työaikaa lisätä. Asiakkaille jää kotikäynneillä liian vähän aikaa. Koska resursseja ei ole joka alueella riittävästi, iltavuoroissa on henkilökuntaa asiakasmäärään nähden liian vähän.

” Iltavuorossa ei ehdi tehdä kaikkea käyntejä... ”

Korpilahdella iltavuorossa yhdellä hoitajalla voi olla jopa 25 kotikäyntiä. Iltavuorossa ja viikonloppuisin sairaalasta kotiutuvan asiakkaan vastaanottaminen on todella haasteellinen tehtävä, koska tuolloin kotihoidossa työskentelee vähemmän hoitajia kuin normaalina työaikana. Asiakkaan kotiutumisen jälkeen kriittisimmät ajankohdat ovat ensimmäiset vuorokaudet, jolloin komplikaatiot ja sairaalaan takaisin joutuminen ovat yleisiä. Tämän saman asian Hammar (2008, 17) toteaa selvittäessään asiakkaiden kotiuttamista sairaalasta. Asiakkaan onnistunut kotiuttaminen edellyttää toimintaprosessien tehostamista, palvelujen parempaa yhteensovittamista, saumatonta yhteistyötä sekä viiveetöntä tiedonkulkua. Kaupungissa on nähtävissä varsinkin yksinäisyydestä ja turvattomuudesta kärsivien iäkkäiden naisasiakkaiden takaisin paluu sairaalaan parin kolmen päivän kuluttua kotiuttamisesta. Haastattelussa hoitajat toivat esille hyvin keskeisen haasteen.

” Hoidon porrastus ei toimi, asiakas jonottaa ”oikeaa hoitopaikkaa” liian kauan... ”

” Hoitopaikat ei riitä kaikille dementiaa sairastaville... ”

Haastattelussa tuli esille dementiaa sairastavien asiakkaiden hoitopaikkojen tarve. Haastateltavien mielestä osa dementiaa sairastavista asiakkaista ei saa hoitopaikkaa tarpeeksi ajoissa tehostetun palveluasumisen puolelle.

Kotihoidossa haasteena on riittävän, koulutetun henkilökunnan saaminen. Sijaisten saaminen on todella haasteellista, ennen kaikkea Korpilahdella, minne kaupungin keskustasta kertyy matkaa yli 30 kilometriä. Varahenkilöjärjestelmä on käytössä, mutta resursseja ei ole riittävästi. Varahenkilöjärjestelmää käytetään lähinnä lyhyihin saira-

uslomien sijaisuuksiin. Sairauspoissaolot ovat yksi työntekijöiden työhyvinvointia kuvaava mittari. Sairauspoissaolot ovat kotihoidossa 26 päivää / vuosi työntekijää kohden. Valtakunnallinen keskiarvo sairauspoissaoloissa on alle 20 päivää / työntekijä / vuosi. Sijaisten ottamista on jouduttu rajaamaan myös talouden tasapainottamiseksi.

”Hoidon porrastus ei toimi, asiakas jonottaa ”oikeaa hoitopaikkaa” liian kauan.”

”Hoitopaikat ei riitä kaikille dementiaa sairastaville...”

Kaupungin vanhuspalveluissa haasteena voidaan pitää sitä, ettei asiakkaille tarjolla olevista palveluista koostuva hoito- ja palveluketju toimi joustavasti. Osa asiakkaista joutuu odottamaan kotihoidon palvelujen piiriin pääsemistä. Keskussairaalaista nopean vasteen yksikkö siirtää potilaat nopeasti terveyskeskussairaalaan, mistä vastaavasti asiakas kotiutetaan mahdollisimman nopeasti.

Tehostetussa palveluasumisessa asukaspaikkoja on laatusuosituksen mukaan riittävästi, kuitenkin palveluasumiseen jonottaa yli 80 asiakasta. Laitoshoidossa (pitkäaikais- hoidossa) asukaspaikkoja on laatusuosituksen mukaan liikaa. Tällä hetkellä 75 vuotta täyttäneistä 6 % on laitoshoidossa pitkäaikais- hoidon osastoilla, tavoite on 3 %. Suurin haaste tulee olemaan huomattava resurssien kohdentaminen kotihoitoon ja laitospaik- kujen vähentäminen.

Henkilöstönäkökulma. Kotihoidossa haasteena on riittävän, koulutetun henkilökun- nan saaminen. Sijaisten saaminen on todella haasteellista, ennen kaikkea Korpilahdel- la, minne kaupungin keskustasta kertyy matkaa yli 30 kilometriä. Varahenkilöjärjes- telmä on käytössä, mutta resursseja ei ole riittävästi. Varahenkilöjärjestelmää käyte- tään lähinnä lyhyihin sairauslomien sijaisuuksiin. Sairauspoissaolot ovat yksi työnte- kijöiden työhyvinvointia kuvaava mittari. Sairauspoissaolot ovat kotihoidossa 26 / päivää / vuosi työntekijää kohden. Valtakunnallinen keskiarvo sairauspoissaoloissa on alle 20 päivää / työntekijä / vuosi. Sijaisten ottamista on jouduttu rajaamaan talouden tasapainottamiseksi. Henkilökunta kokee, että resursseja ei ole jaettu tasapuolisesti alueittain. Osa henkilökunnasta kokee väsymystä ja työuupumusta. Palkkojen harmo- nisointi kuntaliitoksen jälkeen on vielä kesken, mikä henkilökunnasta tuntuu epäoi- keudenmukaiselta, koska samaa työtä tekevillä on palkkauksessa suuria eroja.

Hoitajat olivat sitä mieltä, että kotihoitoa tulee vahvistaa, ja se vaatii henkilöstön määrän ja heidän ammatillisen osaamisensa lisäämistä.

”Lääkehoitokoulutusta kaikille...”

Osaamiskartoitusten avulla selvitetään henkilökunnan osaamisen tasoa. Tulosten pohjalta aloitettiin lääkehoidon koulutus kaikille hoitajille.

Talouden näkökulma. Huonontunut taloudellinen tilanne näkyy jokapäiväisessä työssä siten, että säästösyistä sijaisten ottamista on jouduttu rajoittamaan. Osa hankinnoista on siirretty tuleville vuosille. Työssä on mietittävä jatkuvasti säästökohteita. Hoitajien mukaan jopa tietokoneiden hankintaa on jouduttu siirtämään ja koska koneita ei ole riittävästi, se vaikeuttaa asiakaskastietojen kirjaamista. Korpilahdella niin asiakkaat kuin hoitajatkin pohtivat, säilyykö kuntaliitoksen yhteydessä luvatut oma terveysasema ja lähipalvelut.

10.2 Vahvuudet

Väestönäkökulma. Kotihoidossa pyritään toteuttamaan Sosiaali- ja terveysministeriön palvelurakennesuositusta ja Suomen Kuntaliiton Ikäihmisten palvelujen laatusuositusta (2008), mikä asettaa tavoitteeksi, että 75 vuotta täyttäneistä väestöstä 13-14 % saa säännöllistä kotihoitoa Suomessa vuoteen 2012 mennessä (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008, 30). Palvelut pohjautuvat myös kaupungin, sosiaali- ja terveystoimen, vanhus- ja vammaispalvelujen sekä kotihoidon omiin strategisiin tavoitteisiin. Kotihoidon tavoitteena on, että asiakas voisi asua kotona niin kauan kuin se on tarkoituksenmukaista ja saada palveluja tarvittaessa ympärivuorokautisesti riippumatta siitä missäpäin kaupunkia asuu. Kotihoito tarjoaa säännöllisen kotihoidon lisäksi tukipalveluja, jotka myös mahdollistavat asiakkaan kotona selviytymisen. Yöaikaan palvelut on turvattu turvapalvelun tai vuorosairaanhoitajien turvin. Näin pyritään mahdollistamaan ympärivuorokautista hoitoa. Palveluista pyritään tiedottamaan mahdollisimman hyvin. Tietoa saa joko kaupungin nettisivuilta, vanhemman ihmisen palveluoppaasta tai hoitajilta itseltään.

Palvelujen näkökulma. Kotihoidon vahvuutena on, että kuntien yhdistymisen valmisteluvaiheessa sovittiin kotihoidon yhteisestä aluejaosta, toiminta-ajatuksesta, visi-

osta, strategiasta, asiakkaille annettavista palveluista sekä asiakasmaksuista. Samoin sovittiin kotihoidon henkilökunnan toimenkuvat ja työtehtävät. Myös kotihoidon palveluprosessit päivitettiin.

”Kotihoidossa yhteiset toimenkuvat ja tehtävät helpottivat töiden jakamista ja tekemistä...”

”Kolmen kunnan prosessit on yhdistetty ja prosessit on kuvattu hyvin...”

”Kotihoidossa meillä on valmiudet hoitaa vaativiakin asiakkaita...”

Hoitotyön osaaminen on hyvää, joten hoidollisesti vaativiakin hoitoja tarvitsevia asiakkaita pystytään hoitamaan kotona, jopa saattohoitopotilaita. Hoidon ja ajankäytön hyvä suunnittelu on mahdollistanut hoidollisesti vaativienkin asiakkaiden hoitamisen pitkistä välimatkoista huolimatta. Korpilahdella säännöllisen kotihoidon asiakkaita asuu jopa saarissa, minne osan matkaa joudutaan tekemään veneellä.

Tulevaisuuden haaste on, että väestö pysyy terveenä pitempään ja tarvitsee palveluja lyhyemmän ajan. Toimintakykyä ja elämänlaatua tukevassa kotihoidossa olennaista on asiakkaiden voimavarojen tunnistaminen ja hyödyntäminen sekä yhdessä tekeminen asiakkaan kanssa. Mahdollisuus käyttää omia jäljellä olevia voimavaroja tuo ikäihmisille hyvää mieltä, sisältöä elämään ja tunnetta omasta tarpeellisuudesta. (Asiakaslähtöinen kotihoito 2007, 42.) Asiakkaan voimavarojen tukeminen vaatii kotihoidon hoitajilta ammatillisen osaamisen lisäämistä sekä kuntouttavan työotteen omaksumista.

Palvelujen järjestämiseksi alueen palveluohjaaja ottaa yhteyttä asiakkaaseen ja sopii asiakkaan kanssa tarvittavista palveluista. Hoitajien mielestä palveluja annetaan tasapuolisesti, joskin niitä voi joutua hieman odottamaan. Korpilahdella pitkistä välimatkoista huolimatta hoitajien mukaan hoitoketju toimii.

Henkilöstönäkökulma. Kotihoidossa toteutetaan tiimitoimintaa. Tiimejä on kotihoitossa yhteensä 30. Keskeistä tiimin toiminnan kannalta ovat yhteiset toimitilat. Läheskään kaikilla tiimeillä ei ole yhteisiä toimitiloja siten, että eri ammattiryhmät voisivat toimia samoissa tiloissa. Tiimin toiminta perustuu moniammatillisuuteen. Tiimissä asiakkaan vastuuhoidajuus määräytyy hoitajan ammattitaidon, koulutuksen ja työko-

kemuksen mukaan. Tiimissä tiimivastaavan ja vastuuhoidajan tehtävät on määritelty liitoksen valmisteluvaiheessa.

”Moniammatillisuus toimii hyvin, meillä on terveydenhoitaja, sairaanhoitaja, lähihoitaja ja kodinhoitaja.”

”Me nähdään asioita eri tavalla, mutta toimitaan asiakkaan parhaaksi”.

Hoitajien koulutus vaikuttaa näkemykseen, minkä hoitaja kokee tärkeimmäksi tehtäväksi asiakkaan kotona. Kodinhoitajien työ painottuu kodinhoidollisiin tehtäviin ja sairaanhoitajan työ hoidollisiin tehtäviin. Molempien työpanosta tarvitaan asiakkaan selviytymiseksi kotona.

Talouden näkökulma. Kotihoito voi olla kustannustehokas vaihtoehto laitoshoidolle. Sillä miten palvelut on järjestetty alueellisesti, on vaikutusta palveluiden kustannuksiin. Myös hoidon koordinoinnilla on todettu olevan merkittävä tehtävä sosiaalipalveluiden ja terveyspalveluiden tarpeen arvioinnissa ja terveyspalveluiden resurssien kohdentamisessa (Asiakaslähtöinen kotihoito 2007, 94). Riittävä kotihoito ja tehostettu palveluasuminen sekä uudentyyppisten hoivapalvelujen kehittäminen mahdollistavat pitkäaikaisen laitoshoidon osuuden vähentämisen (Ikäihmisten laatusuositus 2008, 29).

Sosiaali- ja terveystoimien yhteistyö sekä niiden tuottamien palveluiden suunnittelu ja koordinointi ovat osoittautuneet kustannustehokkaaksi tavaksi tuottaa asiakkaalle hänen tarvitsemiaan palveluita. Virallisen tuen tarve vähenee ja resurssit voidaan ohjata tehokkaammin. Kun yhteiskunnan palveluiden tuotanto voidaan suunnitella kustannustehokkaasti, kyetään palveluja tuottamaan useammalle tarpeessa olevalle asiakkaalle ja takaamaan palveluiden saatavuus. (Asiakaslähtöinen kotihoito 2007, 94.) Kotihoitoa voitaisiin tukea joustavamman palvelujärjestelmän avulla ja asiakkaille tulisi antaa palveluista enemmän vaihtoehtoja. Tarjolla voisi olla sekä kunnan että yksityisten tarjoamat palvelut. Kotihoidossa yhdellä alueella yksityinen palveluntuottaja tarjoaa asiakkaille kotihoidon palvelut. Korpilahdella kuntaliitos mahdollisti hoitajien mielestä palvelujen monipuolisemman tarjonnan. Palveluja voidaan tarjota todella apua tarvitseville.

10.3 Uhat

Väestönäkökulma. Kuntasektorilla asioita katsotaan vain talouden näkökulmasta ja mietitään mistä kiristetään, mistä leikataan, mistä lopetetaan, mistä poistetaan. Talouden tasapainottamiseksi palvelujen kriteereitä on jouduttu tarkistamaan, jopa supistamaan tai karsimaan. Leikkaukset ja säästöt koskevat niin asiakkaiden palveluja kuin henkilökuntaakin. Esimerkkinä on viime kesänä toteutettu kotihoidon alaisuudessa toimineiden vanhusten päiväkeskusten sulkeminen kahden kuukauden ajaksi talouden tasapainottamiseksi. Kuntasektorilla tilanne on erittäin huono ja jatkuu huonona vielä seuraavinakin vuosina. Lama vaikuttaa ikäihmisten terveyden tilaan, henkiseen tasapainoon, selviytymiseen arjessa, jolloin syrjäytyminen, turvattomuus ja yksinäisyys lisääntyvät. Kunnan on tehtävä ratkaisunsa siitä, laitetaanko rahaa tulevaisuudessa esimerkiksi kotihoidon resursseihin vai esimerkiksi investointeihin.

” Ikäihmisten määrä kasvaa, palvelut eivät riitä tarpeeseen nähden...”

” Hoitopaikat eivät riitä kaikille dementiaa sairastaville...”

Palvelujen näkökulma. Hoitajat toivat haastattelussa esille, että palvelut eivät riitä. Tepponen toteaa tutkimuksessaan, että asiakkaat arvioivat palvelut riittävimiksi integroidussa kotihoidossa, kun taas omaisten arvio oli päinvastainen. Integroidussa kotihoidossa työntekijät käyttivät enemmän aikaa päivittäisissä toimissa auttamiseen ja sosiaaliseen tukeen, mutta integroimattomassa lääkehoitoon ja hoitotoimiin. (Tepponen 2009, 194.)

Jatkuvien leikkausten ja supistusten seurauksena joudutaan helposti tilanteeseen, jolloin rakenteet jäykistyvät, eikä kyetä tekemään toiminnallisia muutoksia. Verotulot laskevat, valtio velkaantuu lisää, samanaikaisesti palvelujen tarve kasvaa, työntekijöiden saaminen hoitoalalle vaikeutuu entisestään, suuret ikäluokat eläköityvät. Nyt pitäisi pystyä luomaan visio siitä, millaista toiminta on 10-15 vuoden kuluttua ja tehdä ratkaisut siltä pohjalta. Onko jatkossa rahaa kehittää palveluja? Onko jatkossa antaa palveluja riittävästi? Supistuuko julkinen palvelurakenne tulevaisuudessa, kuinka paljon kilpailuttamisesta on apua? Jos palveluja kohdennetaan vain tietyille asiakasryhmille, niin vaarana ovat ns. väliinputoajat. Kuka heitä hoitaa?

Henkilöstönäkökulma. Ikäihmisten määrä kasvaa ja resurssien määrän lisääminen ei ole ongelmatonta. Ennusteiden mukaan huolestuttavaa kotihoidossa tulee olemaan koulutetun henkilökunnan riittävä saaminen, ennen kaikkea sairaanhoitajista tulee olemaan puute. Katse kohdistuu yhä enemmän omaisiin, joiden toivotaan osallistuvan enempi läheistensä hoitamiseen. Korpilahdella pitkistä välimatkoista johtuen omaiset osallistuvat päivittäin vain jonkin verran omaistensa hoitamiseen. Henkilökunnan väsyminen ja uupuminen tulee esille sairauspoissaoloina.

” Hoitajat uupuu, uupuuko omaiset?... ”

Koska työ vanhustenhuollossa koetaan raskaaksi, sijaisten tai vakituisten henkilökunnan saaminen on haasteellista.

” Koulutettujen sijaisten saatavuus heikkenee... ”

Vanhustyön arvostusta on lisättävä, jotta alalle saadaan rekrytoitua henkilökuntaa tulevaisuudessa.

Talouden näkökulma. Talousarvion laatiminen talouden tasapainottamisen kannalta on haasteellista. Talousarvion tulisi olla realistinen. Palveluja kilpailutetaan ja ulkoistetaan.

” Palveluja karsitaan... ”

” Palvelujen hintojen nousu huolestuttaa... ”

Säästökohteita mietitään jatkuvasti. Hoitajien haastattelussa tuli esille syvä huoli siitä, miten selvittää tästä huonosta taloudellisesta tilanteesta.

10.4 Mahdollisuudet

Väestönäkökulma. Tulevaisuuden kotihoidon kehittämisen kannalta haasteena on asiakkaan voimavarojen tukemisen ja oman elämänsä asiantuntijuuden vahvistaminen. Hoitajat totesivat, että väestö pysyy tulevaisuudessa terveenä pitempään, ja palveluja tarvitaan lyhyemmän ajan. Asiakkaat ovat myös tietoisempia oikeuksistaan ja palveluistaan. Elorannan mukaan hoitajat tekivät kotikäynneillä toimintoja asiakkaan puo-

lesta ja myös hoitoon liittyviä päätöksiä, vaikka asiakkaille itselleen oli tärkeää elämänhallinnan tunne ja toimintatahdon säilyminen. Asiakkaan omatoimisuus ja hänen voimavarojensa tukeminen moniammatillisena yhteistyönä on mahdollisuus, joka auttaa hoitajaa toimintakulttuurin muuttamiseen asiakaslähtöiseksi tavoitteelliseksi toiminnaksi. (Eloranta 2009, 48.)

” Omatoimisuutta täytyy tukea kehittämällä ennaltaehkäisevää toimintaa...”

Asiakkaalla on jo nyt mahdollisuus ostaa palveluja yksityiseltä palvelun tuottajalta. Kotihoidossa palveluseteli mahdollistaa asiakkaalle palvelujen saamisen yksityiseltä palvelun tuottajalta.

Palvelujen näkökulma. Eloranta (2009, 58) toteaa, että yhteistyön avulla uskotaan saavutettavan tehokasta resurssien käyttöä, vältettävän päällekkäisyyksiä ja lisättävän palvelujen jatkuvuutta. Yhteistyön tehostamisella ja palveluiden paremmalla yhteensovittamisella on pystytty edistämään asiakkaiden terveyttä, hyvinvointia ja hoidon laatua sekä vähentämään tarvetta siirtyä laitoshiitoon (Eloranta 2009, 58).

Kotihoitoa tullaan kehittämään, siihen panostetaan ja sitä tehostetaan. Jyväskylässä ennalta ehkäisevään työhön on panostettu tekemällä mm. ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä useamman vuoden ajan. Kotihoidon henkilökunnan osaamisen lisäämiseksi järjestetään koulutusta. Tällä pyritään myös ns. imagon kohottamiseen. Hoitajien mielestä kuntouttavan työotteen sisäistäminen ja käyttöön ottaminen työssä on todella tärkeää. Hoitajien toivoma lääkärin työpanoksen lisääminen kotihoitoon ja ennen kaikkea tarvittaviin kotikäynteihin, on mahdollista toisen geriatrin palkkaamiseen myötä.

Henkilöstönäkökulma. Kotihoidossa moniammatillinen tiimityö ja asiakkaan omahoitajuus nähdään oikeana toimintatapana. Uudet toimintatavat ja työkäytännöt voivat syntyä vain organisaation, tiimin ja yksilön oppimisen tuloksena. Kehittämistä edistäviä asioita ovat erilaiset osaamiskartoitukset ja tulosten pohjalta järjestetyt koulutukset. Ammatillisen osaamisen lisääminen auttaa myös työssä jaksamiseen. Työn monipuolistuminen ja työkierto koetaan hyvänä mahdollisuutena. Hoitajien mielestä henkilöstö on hyvin kehityshaluista.

” Virkistäytymistä henkilöstölle tarjolla...”

Hoitajien mielestä henkilökunta toivoo työssä jaksamiseksi erilaisia virkistys- ja liikuntamahdollisuuksia lisää.

Talouden näkökulma. Työssäjaksamisen ja työssä viihtymisen kannalta keskeistä ovat varmaan asialliset ja viihtyisät työtilat. Kuntaliitoksen jälkeen on tilakartoitus tehty ja henkilökunta toivoo selvityksen pohjalta, että kotihoitoon saadaan jokaiselle alueelle asialliset ja toimivat työtilat.

” Kustannustehokkuus :miten oikeasti lasketaan, mitä tarkoittaa oikeasti laadukkaat palvelu...”

Hoitajat totesivat, että henkilökuntaa kiinnostaa kustannukset sekä tehokkuus ja miten yksikköhinnat lasketaan. Kotihoidossa käyntimäärät ovat lisääntyneet. Kotihoidon toiminta on tehostunut taloudellisesti. Yksikkökustannus on saatu laskemaan. Palvelutarjontaa on jopa saatu hieman lisää. Kotihoidon yhteydessä olevien päiväkeskusten toimintaa on monipuolistettu.

11 POHDINTA

11.1 Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden pohdintaa

Tässä tutkimuksessa selvitettiin kotihoidon hoitajien kokemuksia ja näkemyksiä siitä, mitä hyvää heidän mielestään toteutuneessa kotihoidossa on ja mitä olisi vielä kehitettävää. Tutkimus toteutettiin haastattelemalla. Eettisistä vaatimuksista voidaan todeta, että kun tutkimus kohdistuu ihmisiin, on erityisesti selvitettävä, miten henkilöiden suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja millaisia riskejä heidän osallistumisensa sisältyy.(Hirsjärvi ym. 2004, 26). Humaanin ja kunnioittavan kohtelun edellyttämät näkökohdat on otettava huomioon kaikessa ihmiseen kohdistuvassa tutkimustyössä. Aineistonkeräämisessä otetaan huomioon mm. anonymin takaaminen, erilaiset korvauskysymykset, luottamuksellisuus ja aineiston tallentaminen asianmukaisesti. (Mts.27.)

Haastattelun luotettavuutta saattaa heikentää se, että haastattelussa on taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. Haastateltava voi antaa tietyistä aiheista tietoa, vaikka tutkija ei kysykään. (Hirsjärvi ym. 2004, 195). Haastattelussa on ratkaisevaa, miten haastattelija osaa tulkita haastateltavan vastauksia (Mts. 196). Tutkimuksessa käytetyt menetelmät on kuvailtava ja selitettävä niin huolellisesti, että lukija pystyy arvioimaan menetelmien ja siis myös niiden avulla saatujen aineistojen asianmukaisuutta ja edustavuutta sekä tulosten luotettavuutta. Myös laadullista tutkimusta kirjoitettaessa on selostettava, miten tieto on kerätty ja varmistettu ja perusteltava menettely, samoin on luonnehdittava tutkimuskohdetta ja sen piirteitä sekä kuvattava analyysimenetelmiä. (Mts. 242-243.)

Sain luvan viranhaltijalta, joka vastaa lupien myöntämisestä sekä ryhmähaastatteluun osallistuvilta hoitajilta. Jonkin asteinen eettinen pulma oli se, että millaisia puheita olisi korrekta käyttää raportissa. Hoitajat toivat mielipiteitään esille usein esimerkin avulla ja joskus hyvinkin ”värittyneesti.” Pienellä paikkakunnalla osa asiakkaista olisi ollut tunnistettavista hoitajien persoonallisista repliikeistä. Toinen eettinen pulma oli se, että vaikuttaako esimiesasemani haastateltavien vastauksiin. Esimiehen rooli on yleensä olla erilaisen palautteen niin kehujen kuin valitustenkin vastaanottaja. Käsitteäkseni tässä haastattelussa hoitajat kuitenkin kokivat minut enemmänkin puolesta puhujana, turvallisuuden tuojana ja heidän asioidensa eteenpäin viejänä. Tätä käsitystä vahvistaa se, että olemme työskennelleet yhdessä jo yli kymmenen vuotta ja oppineet tuntemaan toisemme hyvin.

11.2 Tutkimustulosten pohdintaa

Tutkimuksen avulla pyrittiin saamaan selville, miten hoitajat ovat kokeneet kotihoidon toteutumisen. Haastattelussa kysyttiin, mitkä heidän mielestään ovat kotihoidon hyviä puolia väestön, palvelujen, henkilöstön ja talouden näkökulmasta ja mitkä asiat vaativat kehittämistä. Tutkimustulosten pohjalta voidaan todeta, että tietyt kehittämistä vaativat asiat tulivat hoitajien vastauksissa hyvin esille.

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisen tavoitteena oli poistaa päällekkäisen työn tekeminen ja lisätä sitä kautta kotihoidon taloudellista ja laadukasta toteuttamista. Kokonaisuutta ajatellen kotihoidon yhdistäminen näyttää onnistuneelta ratkaisulta. Palvelujen päällekkäisyydestä on päästy eroon. Yhdessä monenlainen osaaminen, pal-

velujen ja toimenpiteiden sovittaminen yhteen auttaa ja mahdollistaa entistä huonokuntoisempien ja sairaampien asiakkaiden hoitamisen kotona niin kauan kuin se on tarkoituksenmukaista.

Kiire. Keskeisin asia, mikä toistuu hoitajien vastauksissa, oli kiire. Tepponen (2009, 192) toteaa pohtiessaan kotihoidon integroinnin ja laadun yhteyksiä, että kotihoidon laatu on hyvää, ja asiakkaat ovat tyytyväisiä, mutta laadun puutteena on kiire. Korpilahdella kotihoidossa kiire johtuu ajanpuutteesta, mikä tulee esille myös ajallisesti liian lyhyinä kotikäynteinä. Haastattelussa kiire ei tule esille palvelujen laatua huonontavana asiana. Todellisuudessa asiakkaat ja omaiset varmasti mieltävät kiireen palvelujen laatua huonontavana tekijänä. Osittain kiireestä ja asiakkaalle annetun ajanpuutteesta voisi tiedottamisessa olla puutteita, mutta tämä ei tule esille tutkimustuloksista.

Resurssien puute. Osittain resurssien puutteesta johtunee myös se, ettei hoitoketju toimi ja kotihoitoon pääsee syntymään jonoja. Kaikkia palvelun tarpeessa olevia asiakkaita ei voida ottaa säännöllisen kotihoidon piiriin, vaan osa asiakkaista hoidetaan palvelusetelin turvin. Kotihoidossa puutteena on yhteinen, valtakunnallinen tapa laskea kotihoidossa tarvittavat resurssit.

Asiakkaan osallistuminen. Vaikka hoitajien vastauksista ei tule selvästi esille asiakkaiden osallisuus ja osallistuminen päätöksentekoon, siinä kuitenkin on selvästi puutteita hoitajien kiireestä ja ajallisesti lyhyestä asiakkaalle annettavasta ajasta johtuen. Hoitajat tekevät helposti asiakkaan hoitoon liittyviä päätöksiä, vaikka asiakkaalle itselleen olisi tärkeää oman elämänhallinnan tunne, elämäntahdon säilyttäminen ja mahdollisuus itseä koskevien asioiden päätöksentekoon. Tähän samaan tulokseen, että hoitajat tekevät asiakkaiden puolesta päätöksiä, ovat päätyneet myös Eloranta (2009, 48), Tepponen (2009, 193) ja Hammar (1998, 103).

Teknologia. Teknologiasta toivotaan apua erityisesti Korpilahden kotihoidon hoitajille. Asiakkaan luona hoitaja voi kotikäynnillä ottaa yhteyttä lääkäriin esimerkiksi kannettavan tietokoneen avulla tai hoitaja voi tarkistaa nopeasti asiakkaan viimeisimmän päivitetyn lääkityksen tai laboratoriovastaukset. Hoitaja voi myös kirjata olennaiset asiat asiakkaan luona kotikäynnillä.

Osaamisen tason ylläpitäminen. Hoitajien vastauksista tuli esille toivomus, että panostetaan henkilökunnan osaamisen tason lisäämiseen sekä ylläpitämiseen. Koko kotihoiton henkilökunnalle on tehty lääkehoidon osaamiskartoitus ja saatujen tulosten perusteella ”räätelöidään” tarvittava koulutus. Vastaavasti sairaanhoidollisesta osaamisesta sekä hoitotyön eettisistä periaatteista tehdään osaamiskartoitukset ja toteutetaan tarvittava koulutus. Kotihoidossa suurin haaste on pysyvä ja osaava henkilökunta.

Tämän tutkimuksen tuloksena voidaan todeta, että yhteistyönä toteutettu kotihoito on edistänyt ja lisännyt hoitajien ja eri yhteistyötahojen yhteistyötä ja ymmärrystä asiakkaiden kokonaistilanteesta. Yhteistyö on lisännyt myös asiakkaan arjesta selviytymisen tukemista. Kotihoidossa tehdyt selkeät prosessit, toimenkuvat ja tehtävät ovat helpottaneet töiden organisointia, ajankäyttöä ja hoitajien työtyytyväisyyttä.

11.3 Tulevaisuuden suunta

Kotona asumisen turvaaminen vanhuudessa mahdollisimman pitkään on Suomen ikääntymispolitiikan strategisissa linjauksissa ja ohjelmissa vanhusten kotihoodolle asetettu tavoite. Siinä yhtyvät yhteiskunnan ja palvelujärjestelmän pyrkimykset sekä ikäihmisten toiveet, sillä suurin osa heistä haluaa vanhanakin asua omassa kodissaan (Tepponen 2009, 167).

Tutkimustulosten perusteella kotihoodon kehittämishaasteiksi saatiin:

- Kotona asumista tukevien palvelujen vahvistaminen. Palvelujen kohdentaminen ensisijaisesti eniten apua tarvitseville (iäkkäät, monisairaat, pienituloiset).
- Kotihoodon henkilöstön määrän ja heidän hoito-, hoiva- ja kuntoutusosaamisensa lisääminen.
- Palvelujen laadun, saatavuuden ja vaikuttavuuden parantaminen
- Ikääntyvien osallisuuden vahvistaminen (oman elämänsä asiantuntija)
- Avustavan teknologian käyttöönotto sekä asiakkaille että hoitajille.
- Palveluohjauksen ja ennaltaehkäisevien palvelujen järjestäminen. Ennakoivan ja ennaltaehkäisevän työn järjestäminen hyväkuntoisille ikääntyville. Toteuttamistapoina palveluohjaus ja –neuvonta, seniori-info, ehkäisevät kotikäynnit.

- Yhteistyö muiden hallintokuntien, kolmannen sektorin, seurakunnan ja yritysten kanssa.

Tulevaisuudessa uudessa palvelukonseptissa kotiin annettavat palvelut ja asuminen erotetaan selvemmin toisistaan. Kaupungin strategian tavoitteena on palvelukampusten /senioriasumisen keskusten rakentaminen. Korpilahden keskustaan on suunnitteilla senioriasumisen keskus, jossa erilaista asumista, palveluja, ympärivuorokautista apua ja ennakoivaa toimintaa on keskitetty tietylle alueelle. Tavoitteena on portaattoman vanhustenhoidon toteutuminen, mikä tarkoittaa, että kaikki hoito toteutetaan samassa paikassa ja asukkaan ei tarvitse muuttaa palvelujen takia paikasta toiseen ja näin saadaan eheä palvelukokonaisuus.

LÄHTEET

- Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. 2007. Toim. R.Heinola. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Oppaita 70. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino
- Eloranta, S. 2009. Supporting older people's independent living at home through social and health care collaboration. Tutun yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 12.03.2010. <https://oa.doria.fi/handle/10024/47133>
- Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiuttamisessa – kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Väitöskirja. STAKES, Tutkimuksia 179. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino
<http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7522-1.pdf> ;
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita 10. osin uud.p. Jyväskylä:Gummerus Kirjapaino Oy
- Ikonen, E-R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita Prima
- Iwarsson, S. & Salug, B. 2008. Housing Enabler arviointiväline asumisen ja esteettömyysongelmien arviointiin ja analysointiin. Lund. Euroopan unioni, Euroopan aluekehitysrahasto, Länsi-Suomen lääninhallitus
- Kansanterveyslaki 28.1.1972 / 66. Viitattu 10.01.2010. www.finlex.fi
- Kerosuo, H., Haavisto, V. & Heikkinen M. 2009. Helsingin kaupungin kotihoitokeilun loppuarviointi 30.03.2009. Viitattu 25.01.2010.
www.hel.fi/wps/wcm/connect/.../Kotihoitokeilun_loppuarviointi.pdf?...
- Koskelä, H. 2004. Koti vai kasarmi? Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Viitattu 15.02.2010.

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

Neuvonta- ja palveluverkosto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. Ikäneuvotyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:24 <http://stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1421916#fi>

Outinen, M., Lempinen, K., Holma, T. & Haverinen, R. Seitsemän laatupolkua. Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki. Suomen Kuntaliitto

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

Raassina, A-M. 2007. Kotihoidon lakikokeilu. Luento 6.9.2007. Jyväskylä

Ruusuvuori, J., Tiittula, L. 2005. Haastattelu, tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino

Seudulliset vanhuspalvelujen strategiset linjaukset vuoteen 2030 ja toimeenpano-ohjelma, Jyväskylän verkostokaupungin ja Keurusseudun kuntien vanhuspalveluiden kehittämishanke. Julkaisu 1 / 2008. Viitattu 15.12.2009. www.jyvaskylanseutu.fi

Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983 / 607. Viitattu 10.01.2010. www.finlex.fi

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982 / 710. Viitattu 10.01.2010. www.finlex.fi

STM. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:3. Yliopistopaino. Helsinki.

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopiston julkaisu. E. Yhteiskuntatieteet 171. Väitöskirja. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978_951_27_1301_1/urn_isbn_978-951_27_1301_1.pdf

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Ikähorisontti-uudet palvelukonseptit versio 8.9.2009.

<http://www.stakes.fi/FI/Stakes/horisontaali/ikahorisontti/index.htm>

Tyynelä, S., Marjakangas, S. Kotihoidon tilannekatsaus. Luento 14.12.2009. Vanhus-Kaste-hanke. Jyväskylä.

Vuorinen, P. & Soidinmäki, P. 2008. Kotihoidon kehittäminen ja kotihoidon lakiko-keilun tilanneraportti 4.6.2007. Korpilahden - Muuramen terveydenhuollon Yhtymä-hallitus.

LIITTEET

Liite 1 Kotihoidon hoitajien toimenkuvat

PÄÄLLIKÖN TYÖTEHTÄVÄT

- Kokonaisvastuu alueesta ja sen kehittämisestä
- Esimiesvastuu ja henkilöstöhallinnon tehtävät
 - Henkilöstövalinnat
 - Sijaisten rekrytointi
 - Henkilöstöpäätökset (kuten esim. poissaolopäätökset)
 - Vuosilomasuunnittelu
 - Vastuu työvuorosuunnittelusta ja työvuorototeumien viennistä Titania-ohjelmalle
 - Kehityskeskustelut
 - Vastuu oman henkilöstön osaamisen ylläpitämisestä
 - Henkilöstön kehittäminen yhteistyössä kotihoidon muun johdon kanssa
 - Osallistuu alueen tiimipalaveriin erityisesti henkilöstö asioiden näkökulmasta
 - Huolehtii työnohjauksen järjestämisestä alueella yhteistyössä toisten alueiden kanssa
- Vastaa opiskelijoiden koordinoinnista alueella
- Vastuu ja päätöstenteko asiakasasioissa
 - Asiakaspäätösten vahvistaminen (viranomaispäätökset) palveluohjaajan valmistelun pohjalta
- Asiakaslaskutuksen tarkistus ja hyväksyminen
- Osallistuu henkilöstön ja asiakkaiden välisten ristiriitojen selvittämiseen
- Tekee asiakastyötä yhteistyössä palveluohjaajan kanssa erityisesti haasteellisimpien asiakastilanteiden osalta
- Hyväksyy oman alueen hankinnat kotihoidon yhteisten hankintasääntöjen mukaisesti
- Ostolaskutuksen tarkastaminen
- Alueen talouden seuranta ja vastuu budjetista oman alueen osalta
- Kotihoidon kehittämistyö eri yhteistyötahojen kanssa
- → erilaiset työryhmät

PALVELUOHJAAJAN TYÖTEHTÄVÄT

- Asiakasatyön koordinointi ja hoitaminen
 - Palvelutarpeiden kartoitukset,
 - kotikäyntien suunnittelu ja koordinointi
 - Vastaanottaa uudet asiakkaat ja vie ne tiimeihin
 - Siirtää uuden asiakkaan Effica- tiedostolla kotihoidon asiakasryhmään
 - Vastaanottaa entisten asiakkaiden kotiutumiset ja vie tiedot tiimeihin
 - Puhelinaika arkisin klo 8-12
- Ohjaaja suunnittelee alueen asiakastyötä yhteistyössä päällikön ja tiimien kanssa
 - Osallistuu alueen tiimipalaveriin erityisesti asiakastyön näkökulmasta
- Asiakaspäätösten valmistelu

- Asiakaslaskutuksen valmistelu ja tarkastaminen
- Toimii päällikön sijaisena, jona aikana ohjaajalla sijainen
- Alueen toiminnan kehittämiseen osallistuminen
- Kotihoidon kehittäminen yhteistyössä kotihoidon muun henkilöstön kanssa

TIIMIVASTAAVAN TEHTÄVÄT

Tiimi valitsee tiimivastaavan ja varavastaavan keskuudestaan kalenterivuositain. Sama henkilö voidaan valita tiimivastaavaksi useammankin kerran.

Tiimivastaavan tehtävät ovat seuraavat:

- huolehtii että uusilla asiakkailla vastuuhoidaja valittuna
- Varmistaa että vastuuhoidajat ovat tehneet ja päivittäneet asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat
- Tiimipalaverin vetovastuu
 - Vastaa että palaverit jäsenettyjä, tavoitteellisia
 - Asialista palaveriin kerätään viikoittain tiimin palaverivihkoon tiimin kaikkien jäsenten toimesta
 - Huolehtii että käsitellyt asiat tulee kirjatuksi esim. tiimin palaverivihkoon
 - Tiimipalaverissa käsitellään asiakasasiat ja tiimin toiminnan kannalta olennaiset asiat (tiimipalaverin sisältö määritellään myöh. tarkemmin)
- Huolehtii että asiakkaiden palveluiden muutoslista palautuu avopalvelunohjaajalle oikein täytettynä oikea-aikaisesti
 - Muutoslista käydään läpi kuukauden viimeisessä tiimipalaverissa ja se toimitetaan ohjaajalle välittömästi kuukauden vaihduttua
- Huolehtii että lääkepoikkeamat on läpikäyty tiimipalaverissa
- Huolehtii, että erilaisista koulutuksista saadut palautteet käydään läpi tiimeissä, jolloin yksittäisen työntekijän saamaa koulutus tulee koko tiimin hyödyksi
- Toimii viestinviejänä tiimin ja esimiehen välillä
- Edistää omalla toiminnallaan tiimin sujuvaa toimintaa sekä sen kehittämistä yhteistyössä esimiehen, avopalvelun ohjaajan ja tiimin muiden jäsenten kanssa

KOTIHOIDON HOITOHENKILÖSTÖN TEHTÄVÄT

Kotihoito tukee asiakkaan itsenäistä kotona selviämistä erilaisin hoito- ja hoivapalveluin. Kotihoito sisältää sosiaalihuoltolain mukaisen kotipalvelun ja kansanterveyslain mukaisen kotisairaanhoidon. Asiakkaan hoito perustuu asiakkaan ja tämän hoitoon osallistuvien tahojen kanssa yhdessä laadittuun yksilölliseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan.

- Kaikessa toiminnassa noudatetaan kuntouttavan työotteen periaatteita
- Hoitotyö toteutetaan tiimityönä
- jokaiselle asiakkaalle määritetään vastuuhoidaja

PERUSTEHTÄVÄT

Kelpoisuusehdot

- sosiaali- ja/tai terveystieteiden alan koulutuksen ammatillinen tutkinto
- Asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon suunnittelu ja seuranta:**

- Tehdään yhdessä asiakkaan, omaisten ja muiden hoitoon osallistuvien kanssa,
- hoito- ja palvelusuunnitelman päivittäminen 2x vuosi tai tarvittaessa useammin,
- hoito- ja palvelusuunnitelma tulostetaan Efficalta asiakkaan allekirjoitettavaksi. Alkuperäinen allekirjoitettu hoito- ja palvelusuunnitelma arkistoidaan kotihoidossa ja kopio tästä toimitetaan asiakkaalle.
- Hoitopalavereiden järjestäminen yhteistyössä alueen palveluohjaajan kanssa
- Kirjaaminen ja asiakaskäyntien tilastointi Efficalle

Perushoidolliset tehtävät:

- Päivittäistoiminnoista kuten hygieniasta, wc-toimista, siisteydestä ja asianmukaisesta pukeutumisesta huolehtiminen
- ravitsemuksesta huolehtiminen
- Terveystilan ja yleistilanteen seuranta
- Hoitotarvikkeiden ja välineiden hankinta

Lääke- ja sairaanhoidolliset perustehtävät:

- Lääkkeiden anto, lääkehoidon havainnointi ja seuranta sekä arviointi
- apteekkiasioiden hoito
- reseptien uusimisesta huolehtiminen
- verenpaineen ja verensokerin mittaaminen
- terveydentilan- ja voinnin seuranta
- tarvittavista seurannoista huolehtiminen
- kontaktit omaan lääkäriin,
- jalkojen hoito

Erityistä perehdytystä vaativat ja/tai luvanvaraiset tehtävät (pohjakoulutuksen mukaan):

- lääkkeiden jako
- insuliini-injektiot
- haavahoidot lääkärin ohjeiden mukaan
- katetroinnit ja avannehoito
- vaativammat sidosten vaihdot
- muistitestin- ja depressiotestin tekeminen (erillinen koulutus!!)

Kodinhuoidolliset tehtävät:

- Kodin yleinen siisteys (vuoteen sijaus, lakanoiden vaihto tarvittaessa, imurointi, tiskaus, roskien vienti, pyykkihuolto)
- wc:n siisteydestä huolehtiminen ja portatiivin tyhjennys
- puiden ja veden kanto
- välttämättömät lumityöt
- mahd. Postilaatikon tyhjennys

Asiointiavut, kun muuta apua ei ole saatavilla:

- Pankki- ja postiasioinneissa avustaminen (kotihoiton henkilöstö ei huolehdi asiakkaiden raha-asioista!)
- vaatehankinnat
- tutkimuksiin ja lääkäriin saatot

Kuntoutus- ja virkistystoiminta:

- Ohjaus avustaminen apuvälineiden hankinnassa ja käytössä
- Apuvälineiden kuljettaminen, mikäli muuta apua ei ole saatavilla
- ulkoiluapu
- elinympäristön toimivuudesta/esteettömyydestä huolehtiminen ja tarvittaessa yhteydenotto asiantuntijatahoon
- avustaminen harjoitusohjelman suorittamisessa
- päivä- ja toimintakeskuksiin tai muuhun virkistystoimintaan ohjaaminen

Turvallisesta ympäristöstä huolehtiminen:

- Psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen
- Yhteistyö turvapalvelun kanssa; hälytyskäyntien suorittaminen tarvittaessa erikseen sovitulla tavalla

Huom! Kirjaaminen Kotihoidon toteumalehdelle erityisesti sairaanhoidollisista tehtävistä! Tiedottaminen asiakkaan hoidossa tai muussa tapahtuneista muutoksista omaisille ja yhteistyökumppaneille

Sairaanhoitoon painottuvat tehtävät

Kelpoisuusehdot: sairaanhoitaja amk/ terveydenhoitaja amk tai aiempi vastaava opistoasteen koulutus sekä

perushoitajat ja lähihoitajat, joilla joko sairaanhoidon- ja huolenpidon, ensihoidon tai vanhustyön suuntaavat opinnot, minkä lisäksi

- Erillinen laboratorio -koulutus näytteiden ottoa varten
- s.c ja i,m- lupa
- rokotuslupa
- voimassaoleva lääkehoitopassi (TOOL)

Työtehtävät:

- Vaippajakelu päätökset
- hoitotarvikejakelutilaukset
- Lääkehoidolliset tehtävät:
 - annosmuutokset lääkärin antamien ohjeiden mukaan
 - rokotteiden antaminen (influenssa, jäykkäkouristus)
 - injektioiden antaminen
 - Lääkelistan ylläpito Effica:lla
- Kestokatetrointi
- suoniverinäytteen otto
- laboratorionäytteiden tulosten alustava tulkinta
- Haavanhoitojen toteuttaminen ja hoidon vaikutusten seuranta lääkärin antaman ohjeen mukaan
- Ompeleiden poisto
-

Sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan tutkintoa vaativat tehtävät

Kelpoisuusehdot: Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja amk tai vastaava aiempi opistoasteen tutkinto

- vaativien lääkehoitojen toteuttaminen
 - Lääkeinfuusiopumppuhoidot
- Korvien tutkiminen ja korvahuuhtelut
- Tarvittaessa suonen sisäiset lääkehoidot / nesteytykset / ravitsemus (erillisluvat)
- **Toimii ammatillisena asiantuntijana sairaanhoidollisissa asioissa tiimin muille jäsenille**

Vastuuhoitajan tehtävät

Yleistä:

- Asiakkaalle valitaan vastuuhoitajapari asiakkaan hoitoisuuden ja henkilökunnan ammatillisten valmiuksien pohjalta

Työtehtävät:

- hoito- ja palvelusuunnitelma
 - Vastuuhoitaja kirjaa hoito- ja palvelusuunnitelman Kotihoito- Efficalle kahden viikon sisällä palvelujen alkamisesta (tavoitteet, palvelut ja päivittäiset tehtävät). Hopasu laaditaan asiakkaan ja hänen hoitoon osallistuvien henkilöiden kanssa yhteistyö
 - toimittaa Efficalle kirjatun hopasun asiakkaalle ja asiakkaan suostumuksella hoitoon sitoutuneille omaisille allekirjoitettavaksi
 - **→huolehtii alkuperäisen allekirjoitetun hoito- ja palvelusuunnitelman ohjaajalle arkistointia varten ja kopion asiakkaalle**
 - → tulostaa Effican hoitotiedotteen hopasun pohjalta muun hoitohenkilöstö käyttöön sekä tiimin hoitokansioon että asiakkaan kotona olevaan hoitokansioon (korvaa ent. käsin kirjatut hoitokortit)
 - Huolehtii että asiakkaalla on ajan tasalla oleva hoito- ja palvelusuunnitelma; tarkistaminen vähintään kaksi kertaa vuodessa
- Varmistaa että asiakkaan käyntimuutoksista on asianmukaiset tiedot käyntimuutoslistalla
- Huolehtii asiakkaan tuloksetyöskentelyn toisitteineen kotihoidon toimistoon 2 viikon sisällä palvelujen alkamisesta ja vuoden vaihtuessa yhteistyössä ohjaajan kanssa
- Täyttää tarvittavat hakemukset kuten hoitotuki-, asumistuki-, kuljetuspalveluhakemus ja hoitaa niihin tarvittavat lääkärintodistukset.
- Huolehtii asiakkaan hoitotarvike- ja vaippatilauksista yhteistyössä tiimin kanssa
- Huolehtii että asiakkaalla on tarvittavat apuvälineet ja hän on saanut riittävän ohjauksen apuvälineiden käyttöön
- Pitää yhteyttä omaisiin ja tarvittaviin yhteistyötahoihin
- Järjestää asiakasta koskevat tarvittavat palaverit yhteistyössä alueen ohjaajan kanssa
- Osallistuu hoitopalavereihin
- Osallistuu tiimin lääkäripalavereihin asiakkaan osalta
- On asiakkaan mukana lääkärin vastaanotolla tarvittaessa
- On asiakkaan asioissa asiantuntija, tiedon välittäjä

Jokaisen tiiminjäsenen vastuulla:

- Tiedottaa asiakkaan tilanteissa tapahtuneet muutokset, sairaalaan joutuminen ym. seuraaville tahoille:
 - tiimin muille jäsenille
 - ohjaajalle
 - tarvittaviin listoihin (mukaan lukien asiakkaiden poissaololista)
 - Päiväkeskukseen jos päiväkeskusasiakas
 - Päiväsairaalaan
 - Ateriapalveluun keskuskeittiölle tai ateriakuljettajalle alueen sovitun käytännön mukaan
 - akuuteissa tilanteissa myös omaisille

- Jos asiakas lähetetään sairaalaan tai menee lääkärin vastaanotolle, on täytettävä mukaan lähetelomake. Lomakkeella oltava:
 - Asiakkaan lääkitys
 - Liikuntakyky/toimintakyky
 - Vatsantoiminta
 - Syy miksi lähetetty

Liite 2 Ryhmäkeskustelussa esitetyt kysymykset

RYHMÄKESKUSTELUSSA ESITETYT KYSYMYKSET

- 1 Mitkä ovat mielestäsi viisi yhdistetyn kotihoidon hyvää puolta väestön kannalta?
- 2 Mitkä ovat mielestäsi viisi asiaa, jotka vaativat vielä kehittämistä väestön kannalta?
- 3 Mitkä ovat mielestäsi viisi yhdistetyn kotihoidon hyvää puolta palvelujen näkökulmasta?
- 4 Mitkä ovat viisi asiaa, jotka vaativat vielä kehittämistä palvelujen näkökulmasta?
- 5 Mitkä ovat mielestäsi viisi yhdistetyn kotihoidon hyvää puolta henkilökunnan näkökulmasta:
- 6 Mitkä ovat viisi asiaa, jotka vaativat kehittämistä henkilökunnan näkökulmasta?
- 7 Mitkä ovat mielestäsi viisi yhdistetyn kotihoidon hyvää puolta talouden näkökulmasta?
- 8 Mitkä ovat mielestäsi viisi asiaa, jotka vaativat vielä kehittämistä talouden näkökulmasta?

Liite 3 SWOT-analyysi kaavio

NYKYTILAN JA TULEVAISUUDEN ANALYYSI
VASTUUALUE: Vanhus- ja vammaispalvelut
PALVELUYKSIKKÖ: Kotihoito

Arvioinnin kohde	Nykytila	Tulevaisuus
<p>Väestö-, yhteisö- ja yhteiskunnanäkökulma</p> <ul style="list-style-type: none"> - väestö kohderyhmänä - väestön palvelujen tarve - yhteiskunnan kehitys - väestön terveys ja hyvinvointi 	<p>Heikkoudet:</p> <p><i>” Väestö vanhenee, ikäihmisten määrä kaksinkertaistuu, miten palvelut riittää kaikille?”</i></p> <p><i>” Entistä huonokuntoisempia hoidetaan kotona, resurssit ja osaaminen ei kyllä riitä jos ei tule muutosta?”</i></p> <p><i>” Kuka hoitaa mielenterveys- ja päihdeasiakkaat?”</i></p> <p><i>” Kotihoidon palvelut eivät riitä kaikille, pienituloiset eivät voi ostaa palveluja yksityisiltä.”</i></p> <p><i>” Hoidon porrastus ei toimi, asiakas jonottaa ”oikeaa hoitopaikkaa” liian kauan”</i></p> <p><i>” Kotihoidossa ei ole toimintaterapeutteja”</i></p> <p><i>” Onko kotihoidon valmiudet hoitaa vammaisia riittävän hyvät?”</i></p>	<p>Uhkakuvat:</p> <p><i>” Lama vaikuttaa ihmisten terveyden tilaan, henkiseen tasapainoon, selviytymiseen arjessa, jolloin syrjäytyminen, turvattomuus ja yksinäisyys lisääntyy....”</i></p> <p><i>” kun ikäihmisten määrä kasvaa, palvelut ei riitä palvelujen tarpeeseen nähden...”</i></p> <p><i>”Hoitopaikat ei riitä kaikille dementiaa sairastaville...”</i></p>

	<p>Vahvuudet:</p> <p>”Palveluja annetaan nyt tasapuolisesti riippumatta siitä, missäpäin asuu...”</p> <p>”Mahdollisuus kotona ympärivuorokautiseen hoitoon pidempään...”</p> <p>”Palveluista tiedotetaan hyvin, niistä saa tietoa netistä tai vanhemman ihmisen palveluoppaasta ja meiltä...”</p> <p>”Perushoidon osaaminen hyvää...”</p>	<p>Mahdollisuudet:</p> <p>” Väestö pysyy terveenä pitempään, palveluja tarvitaan lyhyemmän ajan...”</p> <p>”Omatoimisuutta täytyy tukea kehittämällä ennaltaehkäisevää toimintaa...”</p> <p>” Asiakkaat tietoisempia oikeuksistaan saada palveluja..”</p> <p>” Jos rahat sallii niin yksityiseltä palvelun tuottajalta voi ostaa palveluja...”</p> <p>” Palveluseteli auttaa varmaan jatkossa...”</p>
Arvioinnin kohde	Nykytila	Tulevaisuus
<p>Palvelujen näkökulma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - saatavuus - saavutettavuus - riittävyys - prosessit - järjestäminen 	<p>Heikkoudet:</p> <p>”Iltavuorossa ei ehdi tehdä kaikkea käyntejä.”</p> <p>” Palvelujen tarvetta on enempi kuin mihin resursit riittää...”</p> <p>” Eivät pienituloiset voi ostaa palveluja yksityiseltä”</p> <p>” Siivousta ei saa.”</p> <p>” Käynnit on liian lyhyitä, ei pystytä kuin piipahtamaan</p> <p>” Ilta- ja viikonloppuko-</p>	<p>Uhkakuvat</p> <p>”Palvelut kohdennetaan vain tietyille asiakasryhmille, vaarana väliinputajat...”</p> <p>”Onko jatkossa antaa palveluja riittävästi?”</p> <p>” Onko rahaa kehittää palveluja?”</p> <p>”Palveluja tarvitsevilla ei ole varaa kehittää palveluja...”</p> <p>”Koko julkinen palvelurakenne romahtaako? supistuuko?”</p> <p>” Onko kilpailuttaminen</p>

	<p><i>tiutukset mahdottomia, asiakas tulee liian lyhyellä varoitusaajalla”</i></p> <p><i>”Lääkehoitokoulutusta kaikille”</i></p> <p><i>”Henkilökunnan ammatillisen osaamisen tason nostaminen vastaamaan tämän päivän osaamista”</i></p> <p><i>” Lyhytaikaishoitopaikkoja on liian vähän”</i></p> <p><i>” Lyhytaikaishoitopaikkoja on liian vähän”</i></p> <p><i>”Henkilökuntaa ei ole riittävästi joka vuoroon”</i></p> <p>Vahvuudet:</p> <p><i>” Palveluja annetaan melko tasapuolisesti.”</i></p> <p><i>”Prosessit on kuvattu hyvin...”</i></p> <p><i>” Kyllä saa, mutta voi joutua odottamaan.”</i></p> <p><i>” Hoitoketju toimii.”</i></p> <p><i>” Kuntouttava työote hyvä...”</i></p> <p><i>” Heti palveluohjaaja ottaa yhteyttä, jos tarvii”</i></p> <p><i>” Kyllä ainakin meillä lähes kaikki saa palvelua heti. Ainakin otetaan yhteyttä heti.”</i></p> <p><i>” Mahdollisuus on olla kotona pitempään.”</i></p> <p><i>” Kotihoidossa meilä on valmiudet hoitaa vaati- viakin asiakkaita...”</i></p>	<p><i>aina edullisempaa?”</i></p> <p>Mahdollisuudet:</p> <p><i>”Lääkärien kotikäynnit on tarpeen...”</i></p> <p><i>”Yksityistäminen ja asiakkaalla on mahdollisuus valita...”</i></p> <p><i>”Kotihoidon ja osaamisen kehittäminen...”</i></p> <p><i>”Imagon kohentaminen...”</i></p> <p><i>Ehkot järjestetään uudella tavalla...”</i></p> <p><i>”Kuntouttava työote keskusteltava tiimeissä...”</i></p> <p><i>”Kotihoitoon panostetaan valtakunnallisesti...”</i></p>
--	---	--

Arvioinnin kohde	Nykytilä	Tulevaisuus
<p>Henkilöstönäkökulma</p> <ul style="list-style-type: none"> - riittävyys - saatavuus - osaaminen - kannustaminen - hyvinvointi 	<p>Heikkoudet</p> <p><i>”Varahenkilöjärjestelmä ei meillä toimi ...”</i></p> <p><i>”Varahenkilöstö ei ole riittävä äkillisiin sairauslomiin...”</i></p> <p><i>”Palkkaus ei ole tasa- puolista, palkat uudessa Jyväskylässä on epäoikeudenmukaisia, samaa työtä tekevillä liian suuret erot...”</i></p> <p><i>”Palkkojen harmonisointi ei ole toiminut vielä...”</i></p> <p><i>”Hoitajat ei ole jaettu tasaisesti, alueittain on eroja ...”</i></p> <p><i>”Resursseja ei ole tarpeeksi...”</i></p> <p><i>”Työssä oleva henkilökunta on väsynyttä...”</i></p> <p><i>”Hoitajat uupuu, uupuko omaiset?”</i></p> <p>Vahvuudet</p> <p><i>”Moniammatillisuus toimii hyvin, meillä on terveydenhoitaja, sairaanhoitaja, lähihoitaja ja kodinhoitaja.”</i></p> <p><i>”Meillä on osaavat, joustavat hoitajat...”</i></p> <p><i>”Me nähdään asioita eri tavalla, mutta toimitaan asiakkaan parhaaksi”.</i></p> <p><i>”Lääkehoidon osaamiskartoitus on todella hyvä</i></p>	<p>Uhkakuvat:</p> <p><i>”Koulutettujen sijaisten saatavuus heikkenee...”</i></p> <p><i>”Henkilöstön kannustaminen heikkenee...”</i></p> <p><i>”Henkilöstön uupuminen ja / sairauslomien lisääntyminen näkyy joka päivä...”</i></p> <p><i>”Työn arvostus laskee, ei ole sijaisia...”</i></p> <p>Mahdollisuudet</p> <p><i>”Työn monipuolistuminen työntekijöiden mahdollisuutena...”</i></p> <p><i>”Työnkiertomahdollisuus on hyvä asia...”</i></p> <p><i>”Virkistäytymistä henkilöstölle tarjolla...”</i></p>

	<i>ja tarpeen..”</i>	
Arvioinnin kohde	Nykytila	Tulevaisuus
Talouden näkökulma:	<p>Heikkoudet</p> <p><i>” Lama haittaa ja näkyy... vain pelkkää säästämistä... ”</i></p> <p><i>- ”...säästöt henkilöstön lisäämisessä, sijaisten otossa, jo nyt toimitaan minimihenkilöstöllä ja pitäisi panostaa kotihoitoon... ”</i></p> <p><i>”Säilyykö lähipalvelut ja terveysasema, mitä liitos asiassa luvattiin?”</i></p> <p><i>” Pitää jonottaa tietokoneelle, kun niitä ei ole tarpeeksi... ”</i></p> <p><i>”Asiakkaita kotiutetaan sairaalasta, vaikka he eivät selviäkään kotona...”</i></p> <p>Vahvuudet</p> <p><i>” Palvelut kohdennetaan todella apua tarvitseville... ”</i></p> <p><i>” Kuntaliitos paransi ainakin meidän taloutta... ”</i></p>	<p><i>Mitä julkinen kotihoito on tulevaisuudessa ?</i></p> <p><i>”Onko verovaroja / maksajia?”</i></p> <p><i>”Henkilöstön määrä ei riitä tuottamaan</i></p> <p>Uhkakuvat</p> <p><i>Ulkoistaminen palveluja... ”</i></p> <p><i>”Palveluja karsitaan... ”</i></p> <p><i>”Palvelujen hintojen nousu... ”</i></p> <p><i>”Säästöt!”</i></p> <p><i>”Talousarvio ei ole realistinen, alimitoitettu.. ”</i></p> <p>Mahdollisuudet</p> <p><i>”Kustannustehokkuus: miten oikeasti lasketaan, mitä tarkoittaa oikeasti laadukkaat palvelut... ”</i></p> <p><i>”Asialliset ja terveelliset</i></p>

	<i>”Taloudellisuutta ainakin ajatellaan enempi kuin ennen...”</i>	<i>työtilat...”</i>
--	---	---------------------