

# ”VEDETTÄIS NIINKU YHTÄ KÖYTTÄ”

Benchmarkkaamalla keinoja yhteistyön kehittämiseen

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysala  
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma  
Opinnäytetyö ylempi AMK  
5.5.2011  
Irmeli Myllymäki

Lahden ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma, ylempi AMK

MYLLYMÄKI, IRMELI:

”Vedettäis niinku yhtä köyttä”  
Benchmarkkaamalla keinoja yhteistyön  
kehittämiseen.

Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö, 88 sivua, 26 liitesivua

Kevät 2011

TIIVISTELMÄ

---

Tämä opinnäytetyö on työelämälähtöinen tutkimuksellinen kehittämishanke, jossa kiinnostus kohdistuu sairaalan osaston ja kotihoidon väliseen yhteistyöhön. Kehittämishankkeen taustalla on jatkuva tarve kehittää hoitotyötä ja sen tuloksellisuutta. Tässä kehittämishankkeessa on tarkoitus tehostaa geriatrisen tutkimus-, arviointi- ja kuntoutusosaston toiminnan tuloksellisuutta. Kehittämishankkeen tavoitteena on kehittää osaston ja kotihoidon välistä yhteistyötä ja siten tehostaa potilaiden mahdollisuutta kotiutua osastolta. Tavoitteena on myös tutustua benchmarking-menetelmään kehittämisen apuvälineenä.

Kehittämishanketta lähestytään toimintatutkimuksena, jossa tiedonhankintamenetelmänä käytetään benchmarking-menetelmää. Kehittämistarpeen löytämiseen on kehittämishankkeessa käytetty ITE-arviointia. Kehittämistarvetta on täsmennetty osaston kehittämisiltapäivässä. Osaston toimintaa on tässä kehittämishankkeessa arvioitu SWOT-analyysillä. Benchmarking-menetelmällä haetaan vertaistietoa osaston ja kotihoidon välisestä yhteistyöstä kahdesta toiminnaltaan vastaavanlaisesta yksiköstä. Vertaistietoa hankitaan haastattelemalla vertaisosastojen henkilökuntaa benchmarkingin ohjeistuksen mukaan. Tietoa vertaisyksiköiltä halutaan siitä, kuinka he osastolla tekevät yhteistyötä kotihoidon kanssa, millaisia ongelmia heillä on yhteistyössä ilmennyt, kuinka he ovat ongelmia ratkoneet ja miten toiminnan kehittäminen on näkynyt käytännön hoitotyössä.

Benchmarking-menetelmä antoi selkeitä, konkreettisia keinoja kotihoidon kanssa tehtävän yhteistyön tavoista, ongelmista sekä kehittämiskeinoista. Toimintatutkimuksen tuloksena käytämme osastolla jatkossa pientä palaveria kotihoidon kanssa ennen hoitoneuvottelua saadaksemme yhtenäisen näkemyksen potilaan kotikuntoisuudesta ja hoidon tavoitteesta sekä hoidontarpeesta kotona. Yhteistyön toimivuuden merkitys osaston toiminnan tavoitteen kannalta on suuri. Jokainen työyhteistyön jäsen voi omalta osaltaan vaikuttaa yhteistyön toimivuuteen.

Avainsanat: Toimintatutkimus, ITE-arviointi, Benchmarking, Yhteistyön kehittäminen, Kotihoito

Lahti University of Applied Sciences  
Degree Programme of Development and Leadership in Social and Health Care  
Master's Degree in Social and Health Care

MYLLYMÄKI, IRMELI: Title "Pulling like the same rope"  
Subtitle Tools for Co-operation by Benchmarking

Master's Thesis of Development and Leadership in Social and Health Care:  
88 pages, 26 appendices

Spring 2011

## ABSTRACT

---

This thesis is a working life based development project with a focus on the co-operation between home care and hospital department. There is a continuous need to develop nursing and its productivity. The target is to increase the efficiency of geriatric research, evaluation and rehabilitation department. The other aim is to develop the co-operation between the department and home care thus increasing the possibility of patients to be sent for home care. Target is also to get acquainted with benchmarking method as a tool for development.

Project is an action study, where benchmarking is used as an information acquisition method. ITE-evaluation has been used to screen the development needs, which have been defined during the development day at the department. The function of department has been evaluated with SWOT-analysis. Benchmarking was used to acquire information from two equal units concerning the co-operation between home care and department. In practice the information was gathered by interviewing the staff of the units according the benchmarking instructions. The desired information concerned questions like how the co-operation with home care is done, what kind of problems they have encountered, what kind of solutions they have come up with and how the development has influenced the everyday nursing work.

Benchmarking gave visible and concrete tools how to work, develop and solve the problems in the co-operation between home care and department. As a result of this study the department will start using a pre-meeting with home care before the actual treatment discussion in order to get a uniform view of the patient's nursability including the target and need of home care. The functionality of this co-operation has a high meaning measured by department's targets. Furthermore, every member of the working community can have effect on the success of the co-operation.

Key words: Action study, ITE-evaluation, Benchmarking, Development of  
Co-operation, Home care

## SISÄLLYS

KÄSITTEIDEN SELVENTÄMISTÄ	I
1 JOHDANTO	1
2 KEHITTÄMISHANKKEEN TAUSTA JA TARKOITUS	3
3 TOIMINTATUTKIMUS TUTKIMUKSELLISENA LÄHESTYMISTAPANA	6
3.1 Toimintatutkimus	6
3.2 Toimintatutkimuksen yleissuunnitelma	9
4 TOIMINTATUTKIMUKSEN KESKEISET KÄSITTEET	11
4.1 Yhteistyö	11
4.1.1 Yhteenvedo toimivan yhteistyön osa-alueista	17
4.1.2 Yhteenvedo yhteistyön toiminnan ongelmista	19
4.2 Kotihoito	20
5 TOIMINTATUTKIMUKSEN TOIMINTAYMPÄRISTÖ	24
5.1 Organisaation kuvaus	24
5.2 Osasto L 31 kuvaus	25
6 KEHITTÄMISTARPEEN KARTOITTAMINEN	27
6.1 ITE-arviointi	27
6.2 ITE-arvioinnin toteutus osastolla L31	28
6.3 Vuoden 2009 ITE-arvioinnin tulokset osastolla L31	30
7 BENCHMARKING	32
7.1 Benchmarking käsitteenä	32
7.2 Benchmarking-prosessi	35
7.3 Oman toiminnan analysointi ja nykytilan kuvaus	37
7.3.1 Osaston itsearviointi	38
7.3.2 Kotihoito Lahdessa	45
7.3.3 Osasto L31:n ja kotihoidon yhteistyön nykytila	47
7.4 Benchmarking-kumppaneiden valinta	50
7.5 Benchmarking-vierailut	51

7.6	Benchmarking-vierailun aineiston analysointi	58
7.7	Benchmarking-prosessin tulokset	65
7.8	Tulosten pohdinta osastolla L31	66
8	TOIMINTATUTKIMUKSEN TULOKSET	69
9	POHDINTA	70
9.1	Benchmarking-prosessin arviointi	70
9.2	Toimintatutkimuksen arviointi	73
9.3	Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimus ehdotukset	76
	LÄHTEET	78
	LIITTEET	

## KÄSITTEIDEN SELVENTÄMISTÄ

Tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa on kolmen eri osaston käyttämiä käsitteitä, jotka ovat vastaavia keskenään. Katson tarpeelliseksi selventää näitä käsitteitä erikseen, sillä asiakokonaisuuden yhteydessä käsitteiden selventäminen tekee tekstistä vaikeasti luettavan.

- Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen palveluja saava iäkäs ihminen osastoilla L31 ja AKOS1 hän on potilas  
fysioterapeutit käyttävät nimitystä kuntoutuja  
kotihoitossa käytetään nimitystä asiakas  
Kontulassa hän on asukas
- Kotiutuskokous ja hoitoneuvottelu ovat vastaavia käsitteitä ja tarkoittavat tässä opinnäytetyössä samaa asiaa. Hoitoneuvottelussa sovitaan potilaan, omaisen, kotihoiton ja moniammatillisen tiimin kesken potilaan jatkohoidosta.
- Kuntoutuspalaveri ja kuntoutuskokous tarkoittavat molemmat moniammatillisen tiimin viikoittaista kokousta, jossa pohditaan ja arvioidaan potilaan hoidon tuloksia ja jatkosuunnitelmia.
- Kotiutushoitaja ja kotihoiton palveluohjaaja tarkoittavat tässä opinnäytetyössä samaa asiaa.

## 1 JOHDANTO

Valtakunnan tasolla on kiinnitetty huomiota sosiaali- ja terveystoimijoiden yhteistyön tehostamiseen. Hallituksen tavoitteena on parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän laatua, vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta. Hallitusohjelmassa (2007, 25) mainitaan toimijoiden välinen yhteistyö ja verkostoituminen alueiden kesken tärkeänä lähtökohtana nykyisten voimavarojen parempaan käyttöön saamiseen. Lahden sosiaali- ja terveystoimen visiossa ja strategiassa (2007, 13) tavoitteeksi on asetettu yhteistoiminnan ammatillisen osaamisen tuominen yhteiseen käyttöön ja toimintoihin liittyvän kumppanuuden vahvistaminen. Lisäksi Lahden vanhuspoliittiseen ohjelmaan (Näränen, Savilahti, Vainio 2003) tehdyssä SWOT-analyysissä mainittiin mahdollisuutena yhteistyön tiivistäminen eri toimijoiden kesken.

Tämä opinnäytetyö on työelämälähtöinen tutkimuksellinen kehittämishanke, jota lähestyn toimintatutkimuksena. Toimintatutkimuksen taustalla on hoitotyön ja sen tuloksellisuuden jatkuva kehittämisen tarve. Toimintatutkimus käynnistyi osaston tekemästä ITE-arvioinnista, jonka tavoitteena oli nostaa esille osaston toiminnassa kehittämistä vaativat toiminnot. ITE-arvioinnista ilmeni, että osaston toimintalueista yhteistyö sidosryhmien kanssa sekä vertailu muihin yksiköihin ei nykyisellään toimi kuten osaston työntekijät haluaisivat niiden toimivan.

Osaston toiminnan kannalta yksi tärkeimmistä yhteistyökumppaneistamme on kotihoito. Tehokas ja tiivis yhteistyö kotihoidon kanssa mahdollistaa osastolle osoitettuun haasteeseen vastaamisen eli potilaan nopeaan ja turvalliseen kotiutumiseen. Tässä kehittämishankkeessa tiedonhankintamenetelmänä käytetyn benchmarking-prosessin tavoitteena on saada vertailutietoa, miten kahdessa muussa vastaavanlaisessa yksikössä yhteistyö kotihoidon kanssa toimii. Benchmarkingvierailun tarkoituksena on saada omaan yksikköömme uusia näkökulmia tapaan tehdä ja kehittää yhteistyötä kotihoidon kanssa. Benchmarking-menetelmän käyttö antaa myös mahdollisuuden tutustua benchmarking-menetelmään sekä kokeilla jotain uutta keinoa kehittämisen apuvälineenä.

Benchmarking-prosessiin (Hämäläinen 2002, 8) kuuluu tärkeänä osana itsearviointi, joka on osastolla tehty SWOT-analyysillä. Lisäksi pohdimme työyhteisössä kotihoidon kanssa tehtävän yhteistyön nykytilaa.

Terveydenhuollossa on meneillään useita rakenteellisia ja sisällöllisiä muutoksia, jotka vaikuttavat niin palvelujen laatuun kuin myös henkilöstön, potilaiden ja asiakkaiden hyvinvointiin. Muun muassa sairaalapaikkojen vähentäminen ja avohoidon lisääminen sekä yksityissektorin lisääntynyt käyttö ovat merkkejä näistä muutoksista. Nämä muutokset edellyttävät myös potilaan palveluprosessien päivittämistä vastaamaan toiminnan todellisiin haasteisiin. Palveluprosessit ovat niitä hoitotyön toimintojen sarjoja, jotka johtavat toivottuun tulokseen.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kehittää käytännön hoitotyötä tutkimustietoa soveltaen yhdessä koko työyhteisön kanssa. Toiveena on, että käytännön työtä tekevät hoitotyön ammattilaiset saavat tästä työstä mahdollisimman paljon hyötyä. Tämän vuoksi olen pyrkinyt esittämään raportissa opinnäytetyön etenemisen mahdollisimman selkeästi ja käytännönläheisesti.



## 2 KEHITTÄMISHANKKEEN TAUSTA JA TARKOITUS

Valtion poliittiset päättäjät peräänkuuluttavat kotihoidon vahvistamista ja yhteistyön parempaa toimimista. Hallitusohjelmassa (2007, 23 – 25, 53) todetaan, että kuntatalouden menokasvua on hillittävä, mikä edellyttää tuottavuuden merkittävää parantamista. Tuottavuuden parantaminen puolestaan edellyttää, että kaikki voimavarat saadaan nykyistä paremmin käyttöön. Hallituksen tavoitteena on turvata kansalaisten peruspalvelut. Lähtökohtana peruspalveluiden turvaamiselle ovat alueiden omiin vahvuuksiin ja osaamiseen perustuva erikoistuminen sekä toimijoiden välinen yhteistyö. Palvelujen turvaaminen edellyttää myös uusien palvelujen järjestämis- ja tuottamistapoja. Vanhustenhuollon palvelujen uudistamisessa tavoitteena on erityisesti kotihoidon vahvistaminen ja kotihoitoa tukevien palvelujen kehittäminen. Vanhustenhuollossa ja vanhusten palveluiden kehittämisessä keskeistä on ikääntyneiden toimintakyvyn, omatoimisuuden ja itsenäisen suoriutumisen vahvistaminen kuntouttavaa työtä vahvistamalla.

Lahden sosiaali- ja terveystoimen visiossa ja strategiassa määritellään sosiaali- ja terveystoimialan uudistumishaasteena olevan ennakkoluuloton kehittäminen ja uudistaminen, mikä merkitsee nykyisen palvelutuotannon, sen rakenteiden, prosessien ja toimintatapojen uudistamista. Peruspalvelut tuotetaan entistä enemmän yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. Visiossa kärkiajatuksena on, että sosiaali- ja terveystoimiala järjestää toimialansa palvelut tukemaan kaupunkilaisten hyvinvointia. Järjestettävien palveluiden tulee olla sisällöllisesti ja laadullisesti määriteltäviä ja sovitun tason mukaisia. Jotta sosiaali- ja terveystoimiala voi tukea palveluillaan hyvän ja terveyttä edistävän elämisen edellytyksiä, vaatii se kaupungin toimialojen välistä yhteistyötä ja strategioiden yhteensovittamista. (Lahden kaupunki 2007.)

Lahden kaupungin hyvinvointikertomuksessa (2010a, 56) todetaan ikääntyneiden kyselyssä tulleen esiin ikääntyneiden halu asua omassa kodissaan sekä toive, että sen mahdollistamiseksi panostetaan kotona asumista tukeviin palveluihin. Näränen ym. (2003, 23) viittaavat pääministeri Matti Vanhasen hallituksen ohjelmassa

sekä 2003 valmistuneessa valtakunnallisessa sosiaalialan kehittämissuunnitelmassa asetettuun tavoitteeseen, että vanhus asuu kodissaan ja saa sinne tarvitsemansa palvelut. Lisäksi Näränen ym. (2003, 27) kiteyttävät Lahden kaupungin ikäihmisten hyvinvointiohjelmassa, että sairaalahoidon tarpeen päättyessä on potilaan päästävää kotiinsa ja kotihoidon piiriin. Kotihoidon palveluiden saatavuus ei saisi olla esteenä kotiin pääsyle. Sairaalahoidon ja kotihoidon rajapinnan kehittäminen on tärkeä hoitoketjun hyvän toiminnan kannalta.

Lahden vanhustenpalvelujen ja kuntoutuksen vastuualueella on myös huomioitu yhteistyön tärkeys. Lahden vanhustenpalvelujen yhteistyöpalaverissa vanhustenpalvelujen johtaja Ari Kukka (1.2.2011) kuvaili Lahden perusterveydenhuollon nykytilannetta. Laitostumisaste oli vuonna 2010 Lahdessa 5.3 %, kun vuonna 2005 se oli 7.4 %. Vuonna 2010 jatkohoitopaikkaan odottavia potilaita oli 1527, kun vuonna 2005 heitä oli 773. Vuonna 2010 akuuttihoitoa odottavien potilaiden osuus oli 17 %, kun vuonna 2005 luku oli 74 %. Ainoa keino, jolla näihin lukuihin pystymme vaikuttamaan, on huolehtia Lahden kaupunginsairaalan, kotihoidon ja palvelutalojen välisen yhteistoiminnan moitteettomasta toiminnasta.

Virtanen (2005, 31 - 33) oli mukana tutkimushankkeessa, jossa selvitettiin seudullisten yhteistyöhankkeiden toteutusta vuosina 2003 – 2005. Kyselyssä selvitettiin, millaisia kehittämistarpeita sosiaali- ja terveydenhuollon johtajat näkivät sosiaali- ja terveydenhuollon nykyisissä palveluissa ja millaisin eväin sosiaali- ja terveydenhuollossa kehittämistyötä kunnissa tehtiin. Merkittävänä kehittämishaasteina nähtiin palveluun kohdistuvat määrälliset ja laadulliset odotukset ja väestötieteelliset muutokset. Kehittämishaasteet kohdistuivat erityisesti toimintatapojen tehostamiseen taloudellisten resurssien niuketessa. Palvelurakenteen kehittäminen nähtiin myös kohtalaisena haasteena. Tehokkaana keinona vastata haasteisiin ja kehittää toimintaa vastaajat näkivät kunnan hyvinvointipalvelujen tuottajien sisäisen yhteistyön tehostamisen.

On varsin perusteltua viedä valtion, kunnan ja organisaation strategiset tavoitteet ja haasteet myös yksikötasolle. Tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen **taustalla** on jatkuva tarve kehittää hoitotyötä ja sen tuloksellisuutta. Tämän kehittämishankkeen **tarkoituksena** on tehostaa Lahden kaupunginsairaalan osaston L31 toiminnan tuloksellisuutta tehostamalla potilaiden kotiutumista osastolta. Potilaiden kotiutumista pyrimme tehostamaan kehittämällä yhteistyötä kotihoidon kanssa. Tämän kehittämishankkeen **tavoitteena** on kehittää osaston ja kotihoidon välistä yhteistyötä. Kehittämishankkeessa **tavoitteena** on saada benchmarking-menettelmän avulla osastollemme uusia toimintatapoja kotihoidon kanssa tehtävään yhteistyöhön sekä etsiä mallia yhteistyön kehittämisen keinoista. Benchmarkkaamalla toiminnaltaan vastaavanlaista osastoa haemme tietoa, miten yhteistyötä kotihoidon kanssa muissa hoitoyksiköissä toteutetaan, millaisia ongelmia he ovat kohdanneet yhteistyössä ja miten he ovat ongelmia ratkoneet.

Lisäksi tämä tutkimuksellinen kehittämishankkeen **tavoitteena** on tutustua benchmarking- menetelmään kehittämisen apuvälineenä. Löfströmin (2002, 33 – 37) mukaan benchmarkingin tavoitteena voi myös olla vain saada kokemus benchmarking-menettelmän soveltuvuudesta laadun kehittämisen välineenä ja oppia käyttämään sitä yhtenä oppivan organisaation kehittämiskeinona.

Lähestyn kehittämishanketta toimintatutkimuksena, jossa käytän tiedonhankintamenettelmänä benchmarking-menettelmää.

### 3 TOIMINTATUTKIMUS TUTKIMUKSELLISENA LÄHESTYMISTAPANA

Tähän lukuun olen koonnut teoretietoa toimintatutkimuksesta. Pystyäkseen toteuttamaan toimintatutkimuksen, minun on tutkimuksen tekijänä ymmärrettävä ja sisäistettävä toimintatutkimuksen perusajatus sekä toimintatutkimuksen eteneminen. Tässä luvussa kuvaan myös tämän toimintatutkimuksen etenemisen vaiheet.

#### 3.1 Toimintatutkimus

Valitsin tämän opinnäytetyön lähestymistavaksi toimintatutkimuksen, koska sen avulla voin tutkijana olla mukana kehittämässä osaston toimintatapoja yhdessä koko henkilöstön kanssa. Kuten Heikkinen (2007, 196 - 209) toteaa, toimintatutkimuksessa tutkija on mukana työyhteisössä tehden aloitteita ja vaikuttaen kohdeyhteisöön. Tämä opinnäytetyö on työelämälähtöinen kehittämishanke, jolloin pidän tärkeänä, että työyhteisö on tiiviisti mukana kehittämistyössä. Kun kehittämisen tarve on työyhteisöstä lähtöisin, on sitoutuminen toiminnan kehittämistä vaativaan toimintatapojen muutokseen helpompaa. Toimintatutkimus mahdollistaa työyhteisön aktiivisen osallistumisen tutkimukseen. Heikkinen (2007, 222 - 226) mieltää toimintatutkimuksen enemmänkin tutkimusstrategiseksi lähestymistavaksi kuin varsinaiseksi tutkimusmenetelmäksi. Toimintatutkimuksessa käytetään välineenä erilaisia tutkimusmenetelmiä.

Eskolan ja Suorannan (1998, 128 -129) mukaan toimintatutkimus on yleisnimitys lähestymistavoille, joissa pyritään vaikuttamaan tutkimuskohteeseen, esimerkiksi ratkaisemaan jokin ongelma yhdessä työyhteisön jäsenten kanssa osallistumalla itse tutkittavan työyhteisön toimintaan. Myös Lauri (1998, 114 -118) toteaa, että toimintatutkimuksessa korostuu aktiivinen yhteistyö koko työyhteisön kanssa.

Metsämuuronen (2006, 222 - 226) näkee toimintatutkimuksessa olevan aina kyse koko työyhteisön muutosprosessista, johon kaikkien toimijoiden täytyy sitoutua.

Toimintatutkimuksessa korostuu sidonnaisuus tilanteeseen, yhteistyö, osallistuvuus ja itsensä tarkkailu. Kiikkala ja Krause (1996, 87) luonnehtivat toimintatutkimuksen lähestymistavaltaan kvalitatiiviseksi, sillä tutkija osallistuu tutkittavan työyhteisön toimintaan ja tutkimusote on ymmärtävä.

Heikkisen (2007, 209) mukaan kyseessä on toimintatutkimus, kun tutkija toimii työyhteisössä, jonka jäsenet pohtivat, refleктоivat ja kehittävät omaa työtään. Lisäksi työyhteisössä kehitellään vaihtoehtoja ongelman ratkaisemiseksi ja tavoitteiden saavuttamiseksi. Lauri (1998, 114 – 118) puolestaan toteaa, että toimintatutkimuksessa pyritään yhdistämään teoretietoa ja käytännön kokemusta sekä kehittämään työyhteisön toimintatapoja. Metsämuuronen (2006, 222 - 226) mieltää toimintatutkimuksen olevan tutkimusta, jonka avulla pyritään ratkaisemaan käytännön ongelmia tai kehittämään nykyistä käytäntöä paremmaksi. Samansuuntaisesti Eskola ja Suoranta (1998, 128 -129) toteavat toimintatutkimuksen tavoitteena olevan muutos parempaan.

Kiikkalan ja Krausen (1996, 87 - 88) mukaan toimintatutkimus palvelee välittömästi käytäntöä, sillä siinä pyritään ymmärtämään, kuvailemaan ja kehittämään tutkittavaa todellisuutta muuttamalla vallitsevaa tilannetta. Heikkisen (2007, 222 - 226) mukaan toimintatutkimuksen päämääränä ei ole vain tutkiminen vaan samanaikainen toiminnan kehittäminen, jossa teoria ja käytäntö kulkevat käsi kädessä. Heikkinen sanookin toimintatutkimuksen olevan oppimisen projekti. Toimintatutkimuksella on pyrkimys saavuttaa välitöntä ja käytännöllistä hyötyä.

Tähän toimintatutkimukseen osallistui koko työyhteisö jo ITE-arvioinnissa. Lahden kaupunginsairaalan osastolla L31, jossa itse toimin sairaanhoitajana, kaikki työyhteisön jäsenet pohtivat itsenäisesti ITE-arvioinnissa vuosittain osastomme toimintaa. Vuoden 2009 ITE-arvioinnista nousi tähän kehittämishankkeeseen kehittämistä vaativat kohteet. Kehittämisisiltapäivässä kävimme yhdessä tuloksia läpi ja mietimme keinoja, joilla kehittämistä vaativaa toimintaa lähdetään kehittämään. Toimintatutkimuksen avulla siis pyrimme yhdessä kehittämään nykyistä käytäntöä

paremmaksi. Tutkimuksen tekijänä toimin tässä kehittämistyössä myös aloitteen tekijänä. Toimintatutkimuksella on tarkoitus saavuttaa käytännöllistä hyötyä työyksikön toimintaan.

Kiikkala ja Krause (1996, 87 - 88) näkevät toimintatutkimuksen tutkimusstrategiana, jossa korostuvat tutkijan ja tutkittavien suhde, tutkijan ja tutkittavien prosessiin osallistuminen, prosessin syklisyys ja reflektointi. Toimintatutkimuksessa voidaan erottaa tilanteen analysointi, toiminnan muuttamisen suunnittelu, toiminta, havaintojen teko ja reflektointi.

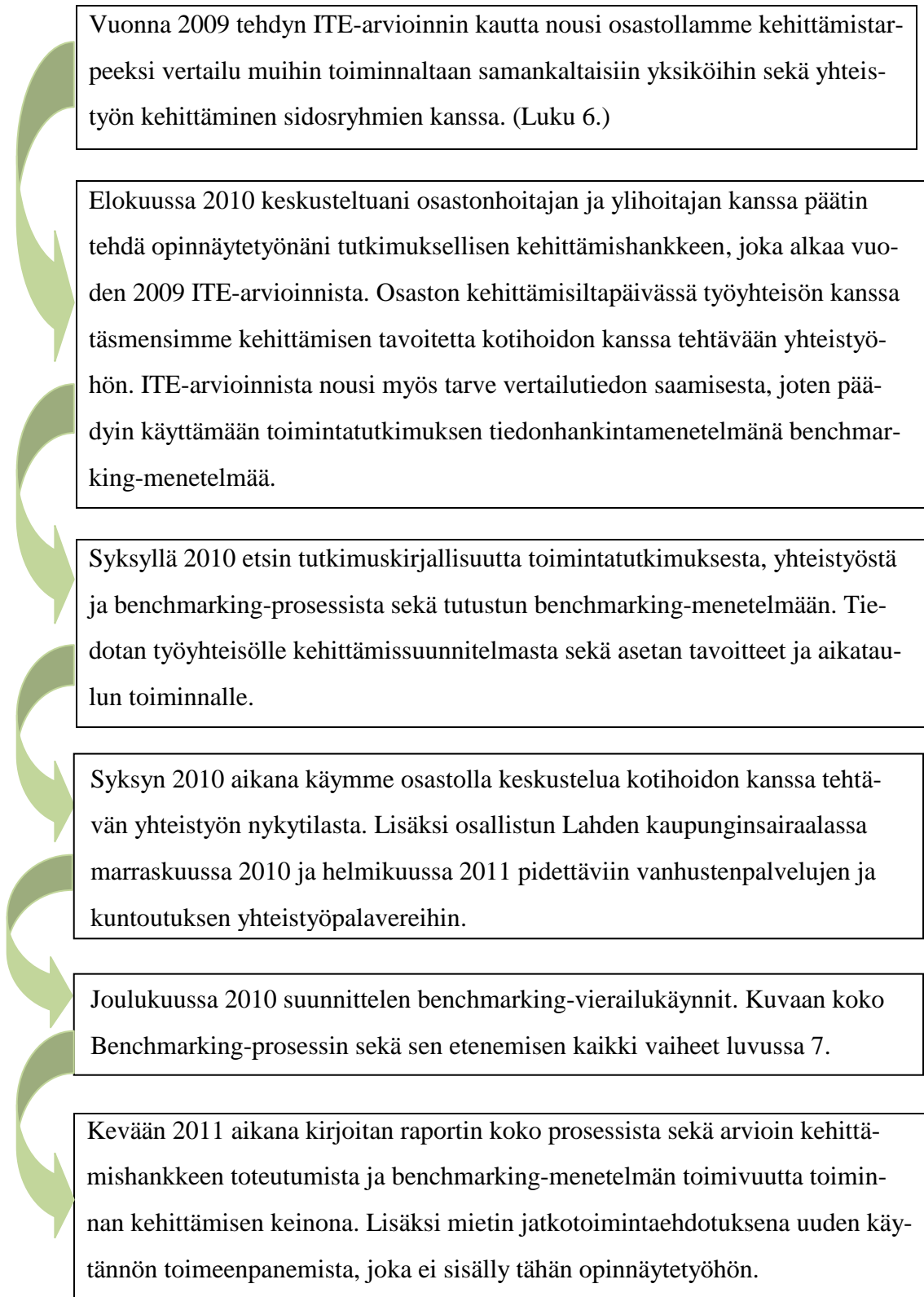
Lauri (1998, 114 -118) puolestaan kuvaa toimintatutkimuksen etenevän syklisenä prosessina, jossa on seitsemän vaihetta. Ensimmäinen vaihe on kartoitusvaihe, jossa kuvataan työyhteisössä vallitseva tilanne sekä kehittämiskohde. Toisessa vaiheessa eli prosessointivaiheessa selvitetään muutoshalukkuutta kehittämiskohteeseen ja hankitaan tietoa kehitettävästä kohteesta. Kolmas vaihe on sitoutumisvaihe, jossa tiedotetaan työyhteisöä toiminnan uudelleen suuntaamisesta sekä asetetaan tavoitteet ja aikataulu toiminnalle. Neljäs eli suunnitteluvaihe on muutokseen tähtäävää toiminnan konkreettista suunnittelua. Viidennessä eli toteuttamisvaiheessa suunnitelma viedään käytäntöön. Kuudennessa eli arviointivaiheessa arvioidaan kehittämishankkeen toteutumista ja muutosvaihetta. Seitsemäs ja viimeinen vaihe on hyväksymisvaihe, jossa uusi toimintamalli otetaan käyttöön.

Metsämuuronen (2006, 225) mieltää toimintatutkimuksen etenevän hieman erilaila. Metsämuuronen mukaan toimintatutkimus etenee sykleissä alkaen arkipäivän tilanteesta lähtevän ongelman täsmentämisestä, arvioinnista ja muotoilusta. Seuraavaksi asiasta kiinnostuneet alustavasti keskustelevat asiasta. Kolmannessa vaiheessa tutkija etsii tutkimuskirjallisuutta aiheesta. Neljännessä vaiheessa aloitusongelmaa muokataan ja tarvittaessa määritetään uudelleen. Viides vaihe sisältää tutkimuksen kulun suunnittelun. Kuudennessa vaiheessa suunnitellaan tutkimuksen arviointia. Seitsemäs vaihe on uuden projektin käynnistäminen ja kahdeksannessa vaiheessa aineistoa tulkitaan ja arvioidaan projektia.

Laurin (1998, 114 - 118) kuvaus toimintatutkimuksen etenemisestä on Kiikkalan ja Krausen (1996, 87 - 88) kuvaukseen nähden hieman tarkempi, jolloin siitä voi selkeästi erottaa työyhteisön osallistumisen muutoksen suunnittelusta lähtien aina uuden toimintamallin käyttöönottamisen kuvaukseen asti. Sekä Laurin että Kiikkalan ja Krausen kuvaamissa toimintatutkimuksen etenemisprosesseissa voi olettaa kehittämiskohteen olevan jo selvillä, kun taas Metsämuurosen (2006, 225) mallissa kehittämiskohteen määrittely aloittaa toimintatutkimuksen. Lisäksi Metsämuurosen mallista voi selkeästi havaita toimintatutkimuksen osana tutkimuksen, jolla uusia toimintatapoja haetaan.

### 3.2 Toimintatutkimuksen yleissuunnitelma

Toimintatutkimus etenee vaiheittain sykleissä, alkaen arkipäivän tilanteesta ja edeten uuden toiminnan käyttöön ottoon, josta alkaa taas uusi sykli. Kiikkalan ja Krausen (1996, 87 - 88) sekä Laurin (1998, 114 - 118) kuvaamat toimintatutkimuksen etenemiset sopivat rakenteensa puolesta hyvin tilanteeseen, jossa työyhteisö lähtee välittömästi kehittämään toimintaansa. Näin ollen toimintatutkimuksessa pääpaino olisi toiminnan kehittämisen kuvaamisessa. Tässä toimintatutkimuksessa ei ole tarkoitus kuvata itse toiminnan kehittämistä, vaan pikemminkin kuvata menetelmä kehittämistyön aloittamiseksi, joten Metsämuurosen (2006, 225) kuvaama toimintatutkimuksen eteneminen sopii tähän kehittämishankkeeseen parhaiten. Tämän toimintatutkimuksen etenemisen olen kuvannut kuviossa 1 mukaillen Metsämuurosen (2006, 225) näkemystä toimintatutkimuksen etenemisestä. Toimintatutkimuksen toiminnot etenevät osittain päällekkäin ja välillä toiminnoissa on ajallisesti pitkäkin väli, mutta toiminnoissa on selkeästi havaittavissa kuvatuunlainen eteneminen.



KUVIO 1. Toimintatutkimuksen etenemisen yleissuunnitelma.



## 4 TOIMINTATUTKIMUKSEN KESKEISET KÄSITTEET

Tähän lukuun olen koonnut tutkimuskirjallisuudesta teorian tietoa tämän toimintatutkimuksen keskeisistä käsitteistä. Tämän toimintatutkimuksen tavoitteena on kehittää kotihoidon kanssa tehtävää yhteistyötä, jolloin keskeisimmät käsitteet ovat yhteistyö ja kotihoito.

### 4.1 Yhteistyö

Yhteistyötä on tutkittu paljon, joten siitä on saatavilla tutkimustietoa runsaasti. Varsinaiset yhteistyön määritelmät löytyivät vanhasta kirjallisuudesta mutta niitä on edelleen käytetty uusimmissakin väitöskirjoissa. Elovainio, Kalliomäki – Levanto ja Kivimäki (1997, 46) määrittelevät yhteistyöksi vastavuoroisen tiedon ja avun antamisen joko oman ammatillisen työryhmän tai eri työyksiköiden ja ryhmien kesken. Vornanen (1995, 96 – 97, 119) näkee yhteistyön myös erilaisten organisaatioiden välisenä vuorovaikutuksena, jolloin organisaatioilla on yhteiset tavoitteet ja yhteneväiset menettelytavat. Yhteistyöhön on sitouduttu, kun yhteistyöhön liittyy suunnitelmallisuus, yhteinen panostus, säännöllinen keskustelu sekä uusien toimintojen suunnittelu ja kehittäminen.

Silvennoinen (1999, 41) määrittelee yhteistyön vastavuoroiseksi prosessiksi, jossa vähintään kahdella osapuolella on mahdollisuus antaa tai saada jotakin itselleen tärkeää. Vastavuoroisuuteen liittyy molemminpuolinen luottamus vuorovaikutussuhteessa. Yhteistyön luominen voi vaatia pitkäaikaista työtä ja olla vaikeaakin. Ruotsala ja Saari (2004, 40) huomauttavat, että yhteistyön toimiminen edellyttää toimijoiden halua saavuttaa yhteiset tavoitteet sekä tahtoa rakentaa kumppanuutta.

Savonmäen (2007, 30 - 31, 42) näkökulma yhteistyöstä oli varsin mielenkiintoinen, sillä muissa tutkimuksissa ei vuorovaikutustaitoja yhteistyön hyvän toimimisen edellytyksenä ole näin vahvasti tuotu esille. Savonmäen mukaan yhteistyöllä voidaan tarkoittaa melkein mitä tahansa ihmisten välistä vuorovaikutusta, joka

sisältää kaksi tai useamman tahon. Yhteistyön onnistumisen kannalta ihmisen persoonallisuudella on merkitystä, sillä yhteistyössä on aina kyse henkilöiden välisestä kommunikaatiosta. Yhteistyökykyä tai yhteistyökyvyttömyyttä voidaan Savonmäen mukaan pitää myös opittavana taitona. Tärkeintä yhteistyössä on yhteinen kieli ja keskusteluyhteys. Keskustelun hyvä sujuminen on perusta hyvälle yhteistyölle ja ongelmat yhteistyössä näkyvät usein keskustelun häiriintymisenä. Kes-  
toltaan yhteistyö voi olla hyvinkin lyhyttä ja hetkittäistä, mutta se voi samalla olla ratkaisevan tärkeää työssä jaksamiselle, työn mielekkyyden kokemiselle ja tulok-  
sellisuudelle. Yhteistyön tulee olla luonteeltaan keskustelevaa ja neuvottelevaa, kun monta työntekijää on työstämässä samaa kohdetta. Tiimityöskentely edellyttää työntekijöiltä yhteisvastuuta tietyn kokonaisuuden tuottamisesta, jolloin kaikkien työryhmän jäsenten tulee tietää työn tavoitteet ja kunkin jäsenen osuus työn suunnittelussa ja toteuttamisessa.

Nykyään sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä tehdään paljon moniammatillista yhteistyötä. Isoherranen (2005, 14) kuvaa sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisen yhteistyön eri asiantuntijoiden työskentelynä, jossa tavoitteena on huomioida asiakas kokonaisuutena. Vuorovaikutusprosessissa luodaan yhteinen tavoite sekä yhteinen käsitys tarvittavista ratkaisuksista ja toimenpiteistä ja näistä pidetään myös kiinni. Tätä käsitystä puoltaa myös Mönkkönen (2007, 118, 113), jonka mukaan yhteistyössä eri osapuolilla on yhteinen tavoite, jonka saavuttamiseen he pyrkivät keskinäisellä työnjaolla sekä yhtenäisellä ymmärryksellä siitä, kuinka tavoite on saavutettavissa. Moniammatillisessa yhteistyössä korostuu asiakaslähtöisyys sekä tiedon ja eri näkökulmien yhteensovittaminen. Lisäksi moniammatilliseen yhteistyöhön liittyy vuorovaikutustietoinen yhteistyö, toimintayksikön rajojen ylitykset sekä verkostojen käyttäminen. (Isoherranen 2005, 14.) Moniammatillisuus koostuu toisiaan täydentävistä osista, jossa kukin tietää keneen tulee ottaa yhteyttä tarvitessaan asiantuntemusta (Seikkula & Arnkil 2005, 9). Isoherranen (2005, 25 – 26) kuvaakin moniammatillista yhteistyötä dialogina, jossa yhteistä ilmiötä tutkitaan ja tarkastellaan eri näkökulmista. Syntyneitä käsityksiä pohditaan ja arvioidaan avoimesti yhdessä, jotta saavutetaan mahdollisimman kokonaisvaltainen kuva ilmiöstä.

Ojuri (1996, 119) näkee yhteistyön toimivuuden kannalta tärkeänä, että yhteistyöhön osallistuvien käsitykset toiminnan perustehtävästä, tavoitteista ja kokonaisuudesta ovat mahdollisimman yhteneväiset. Lisäksi yhteistyön kannalta on tärkeää selkeyttää yhteistyöhön osallistuvien työntekijöiden roolit. Tantu (2007, 136) kirjoittaa yhteistyön saavuttamisen edellytyksinä olevan yhteiset arvot, keskinäisen riippuvuuden ja yhteisen edun tunnustamisen, toisten työn tuntemisen ja arvostamisen sekä halun kompromissien saavuttamiseen ja vastuun jakamiseen. Ojurin (1996, 119) mukaan yhteistyötä haittaava tekijä on mahdollisesti se, etteivät toimijat tunne toistensa työtehtäviä ja työn tavoitteita. Myös Axelsson (2006, 57) näkee eri tahojen kanssa tehtävässä yhteistyössä ongelmien aiheutuvan tietämättömyydestä toisen osapuolen työstä, tiedonkulun toimimattomuudesta, johtamisjärjestelmien erilaisuudesta sekä erilaisista ammatillisista toimintakulttuureista.

Hammarin (2008) tutkimuksen mukaan työntekijöiden välisistä epäselvistä yhteistyökäytännöistä ja puutteellisesta tai viivästyneestä tiedosta syntyy hoitokatkoksia, päällekkäisyyttä ja tehottomuutta sekä huonoa hoitoa ja palveluita. Asiakkaan näkökulmasta onnistunut kotiutuminen ja kotihoito edellyttävät riittävää apua ja oikea-aikaisia palveluja, jotka tukevat asiakkaan arkea. Erilaiset näkemykset hoidon ja palveluiden tarpeesta työntekijöiden ja asiakkaiden välillä tai työntekijöiden kesken vaikeuttavat sopivien palvelukokonaisuuksien löytämistä ja heikentävät laatua. Tulevaisuudessa ikääntyneiden uskotaan olevan entistä aktiivisempia omaa hoitoaan koskevassa päätöksenteossa. Tämä vaatii työntekijöiden asenteiden muutosta ja asiakkaan mukaan ottamista aidosti häntä itseään koskevaan päätöksentekoon. Dementiaa ja muita kognitiivisia sairauksia sairastavien asiakkaiden avun tarpeen arviointi on vieläkin haastavampaa.

Koponen (2003) on tutkinut iäkkään potilaan siirtymistä kodin ja sairaalan välillä luoden substantiivista teoriaa selviytymisestä ja yhteistyöstä. Koposen tutkimuksen tulosten mukaan siirtymävaiheessa eli vanhuksen siirtyessä sairaalasta kotiin osapuolten välisessä yhteistyössä on tunnistettavissa toimiva, voimavaroja tukeva ja joustava toimintamalli. Koponen havaitsi kuitenkin toimintamallin toteuttamisessa sekä yhteistyössä vaikeuksia ja kehittämiskohteita. Kotihoidon ja sairaalan

hoitajien toiminnan kehittämishaasteena Koponen näki kyvyn säädellä yhteistyön intensiteettiä muuttuvissa tilanteissa. Yhteistyön toimivuuteen tulee kiinnittää erityisesti huomiota, kun potilaan kotona selviytyminen on epävarmaa. Epävarmuus selviytymisestä yleensä vaikeuttaa potilaan selviytymistä kotonaan, vaikka hänen fyysinen kuntonsa olisikin hyvä. Koponen tuo esille myös, että kotihoidon käyntien määräästä keskustelu ei riitä avun sisällön kohdentamisessa. Perheen osallistumisen tukeminen on sekä sairaalassa että kotihoidossa Koposen mukaan kasvava haaste, joka vaatii hoitajilta työorientaation tarkastamista. Kotihoidon ja sairaalan hoitajien välisessä yhteistyössä Koponen näkee olennaisena toimivan kontaktin tunnistamisen ja hyödyntämisen sekä kyvyn säätää yhteistyön tehokkuutta tilannekohtaisesti. Nykyisin tiedon välittämistä tukevat yhteiset sähköiset tietojärjestelmät, mutta on myös huomioitava, että välitettävän tiedon sisältö palvelee potilaan selviytymisessä auttamista. Sairaalahoidon hoitajaksot pyritään pitämään nykyisin mahdollisimman lyhyinä, jolloin vanhuksen kokonaisselviytymisen avun tarve siirtyy väkisinkin kotihoitoon. Kotihoidossa olisikin taattava riittävät voimavarat vanhuksen selviytymisen tukemiseksi siirtymävaiheessa. Tämä vaatii osaamista ja työaikaa. (Koponen 2003, 8 - 9, 116 - 118.)

Myös Ala-Nikkolan (2003, 71) mukaan vanhustenhuollon nykytilanteessa tärkeimmät yhteistyösuhteet paikantuvat laitoshoidon ja kotihoidon organisaatioiden välille. Ala-Nikkola (2003, 72 -76) kuvaa tutkimuksessaan vaikeuksia, joita julkisten palvelujen tuottajien välisessä yhteistyössä hänen tutkimuksessaan ilmeni. Vaikeuksia aiheuttavat esteet tiedonsaannissa, yhteistyön osapuolten ymmärtämättömyys toistensa tekemää työtä ja sen tekemisen ehtoja kohtaan, yhteistyökumppanin vakavasti ottamisen ja hänen näkemyksiensä arvostamisen laiminlyönti sekä yhteistyökumppanin tai hänen työnsä tuntemattomuus. Lisäksi Ala-Nikkola kuvaa jännitteitä, joita yhteistyön tekemisessä on. Jännitteitä aiheuttavia seikkoja ovat organisaatioiden välinen kilpailuasetelma, erimielisyys toimintatavoista kunkin asiakkaan kohdalla, liian vähäinen tietojen vaihto ja tietämättömyys toisen osapuolen suunnitelmista.

Grönroos ja Perälä (2005, 289) toteavat lisääntyneestä tutkimuksellisesta tiedosta huolimatta kotiutusprosessissa ilmenevän edelleen ongelmia. Heidän mukaansa tarvitaan lisää tietoa eri ammattiryhmien käsityksistä kotiutuksesta ja sen onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä. Grönroos ja Perälä (2005, 288 - 299) tutkivat kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöiden mielipiteitä yli 65-vuotiaiden kotiuttamiseen liittyvästä yhteistyöstä terveyskeskuksen vuodeosaston kanssa. Tutkimuksessa ilmeni, että kotihoidon mukaan ongelmat liittyivät liian myöhäiseen tiedottamiseen ja välitetyn tiedon hajanaisuuteen. Terveyskeskuksen vuodeosaston henkilökunnan mielestä kotiuttamista vaikeutti liian vähäinen yhteistyö kotihoidon kanssa. Kotiutusprosessin alkaessa pitäisi tutkimuksen mukaan kaikilla ammattilaisilla olla yhteinen näkemys kotiutettavan terveydellisestä tilasta sekä palvelujen, hoidon ja kotona jatkuvan kuntoutuksen tarpeesta.

Perälä, Grönroos ja Sarvi (2006, 1, 27 -32) ovat tutkineet kotihoidon henkilöstöä ja heidän toimintaansa. Tarkastelun yhtenä tavoitteena oli kuvata kotihoidon yhteistyökumppaneita, tiedon välittymistä sekä yhteistyötä kotihoidon ja sairaalan välillä. Tutkimuksen mukaan kaksi kolmasosaa kotihoidon työntekijöistä koki, ettei oman toimipisteen ja sairaaloiden välisiä yhteistyömahdollisuuksia hyödynnetty tehokkaasti. Lähes puolet vastaajista piti oman toimipisteen ja sairaaloiden välistä tiedonvaihto- ja yhteistyökäytäntöjä puutteellisina. Tiedonsaantiin liitettiin tutkimuksessa tieto asiakkaan kotiutumisesta riittävän ajoissa, toimintakyvystä ja mahdollisuuksista selviytyä kotona, liikkumiskyvystä ja apuvälineiden tarpeesta sekä asumismuodosta ja olosuhteista kotona, muistista, aistitoiminnoista, kotihoidon palvelujen tarpeesta ja asiakkaalle haetuista sosiaalietuksista tai muista tukimuodoista. Tiedonsaantiin asiakkaan sairaalahoidosta oli tyytyväisiä vain alle puolet vastaajista. Tutkimuksen mukaan huonoiten tieto välittyi asiakkaan toimintakyvystä, kotona selviytymisestä, taloudellisesta tilanteesta, asiakkaalle haetuista sosiaalietuksista ja muista tukimuodoista sekä kuntoutuspalvelujen tarpeesta, harrastuksista ja mielipuuista. Tutkimuksessa todetaan, että kotihoidon työntekijöiden mielestä asiakkaan kotiutumisessa suurimmat ongelmat aiheutuvat asiakkaan liian varhaisesta kotiutuksesta, henkilöstön välisen tiedottamisen ja yhteis-

työn puutteesta, asiakkaan pelosta kotona olemista kohtaan, omaisen tai läheisen haluttomuus tai kyvyttömyys osallistua asiakkaan hoitoon ja puutteellisesti valmisteltu kotiutus.

Tanttu (2007, 16 – 17) tutki palveluketjujen toimintaa julkisessa terveydenhuollossa. Tutkimuksessaan Tanttu perehtyi tekijöihin, jotka vaikuttavat palveluprosessien jatkuvuuteen ja sujuvuuteen. Lähtökohtana tutkimuksessa oli prosessilähtöinen toiminta, asiantuntijoiden välinen yhteistyö ja osaaminen. Tutkimuksen kohteena oli potilas, joka päivystyksen kautta joutuu hoidettavaksi kaupunginsairaalan osastolle, josta hänet siirretään kotihoitoon tai laitoshoitoon. Tutkimuksen mukaan palveluprosessin kriittisinä tekijöinä olivat muun muassa osaamisen oikea kohdentaminen, tiedon puute, toiminnan organisointi, vastuu, asiantuntijoiden välinen yhteistyö ja sovitut toimintakäytännöt. Palveluketjujen rajapintojen kriittisiä tekijöitä tutkimuksen mukaan olivat tiedonkulku ja viestintä, osaamisen oikea kohdentaminen, asiakasnäkökulma, hoidon jatkuvuuden sujuvuus ja yhteistyö. (Tanttu 2007, 111 - 113.) Tantun (2007, 80) mukaan asiakkaan palveluprosessissa eri palveluntuottajien yhteistyön tulisi toteutua niin saumattomasti, ettei asiakas huomaa palveluntuottajan vaihtumista.

Kinnaman & Bleich (2004, 315) toteavat, että samassa organisaatiossa toimivien yhteistyön mahdollistaa organisaation johto, joka osaa ja ymmärtää nähdä yhteistyön edut ja hyödyt. Johto myös toimii yhteistyön mahdollistajana luomalla yhteistyölle mahdollisuuden ja rakenteet. Samansuuntaisesti toteaa VanVactor (2011) kirjoittaessaan, että johtamisella on merkitystä yhteistyön rakentajana eri toimijoiden välillä, sillä johtaja pystyy osaltaan luomaan puitteita yhteistyön rakentamiseen, mutta kokonaisuuteen tarvitaan koko työyhteisöä. Yhteistyön tarpeellisuus ja hyöty tulee ymmärtää koko esimiestasolla, sillä esimies toimii itse esimerkkinä alaisilleen.

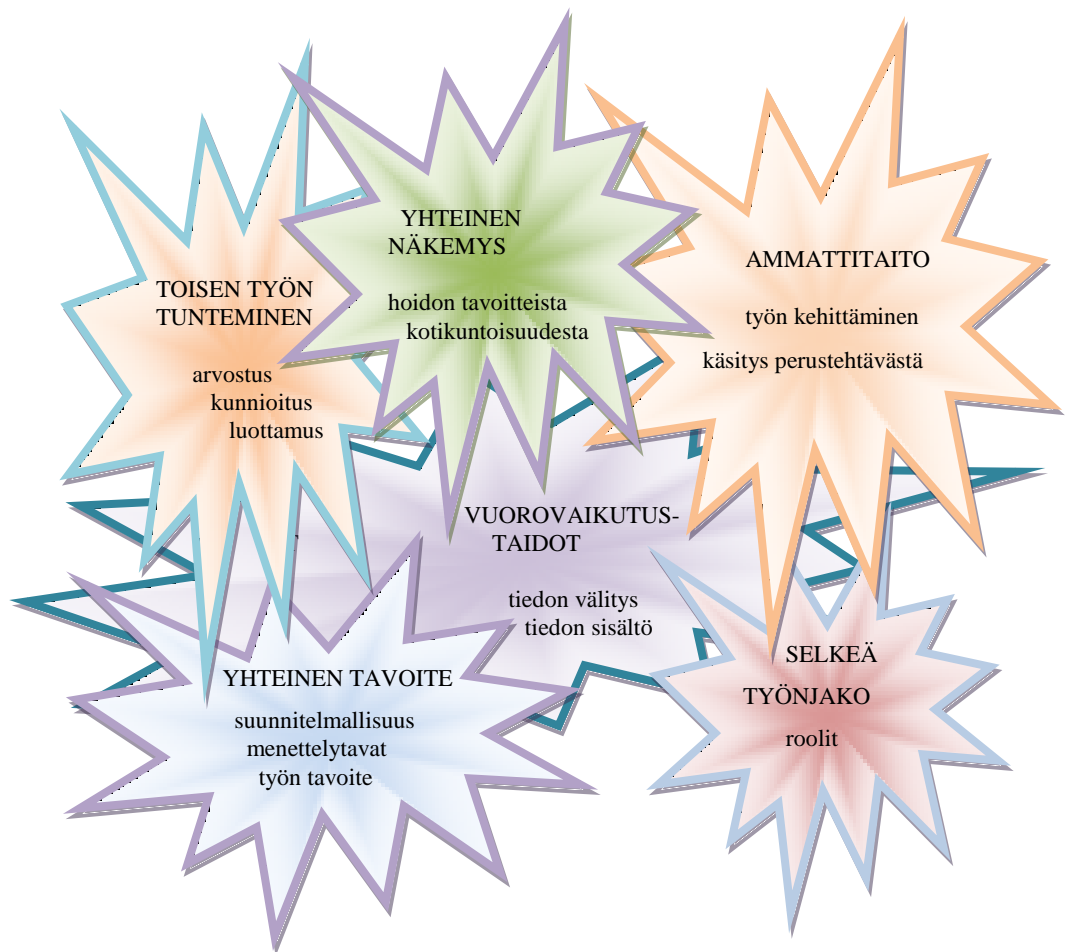
Tässä toimintatutkimuksessa yhteistyön tekemisen kiinnostus kohdistuu laitoshoidon ja kotihoidon väliseen yhteistyöhön, jonka toimimisen tärkeys korostuu

muistisairautta sairastavan potilaan kotiutusta suunniteltaessa. Tässä toimintatutkimuksessa en avaa muistisairauksien käsitettä, sillä Internetistä saa esimerkiksi hakusanalla ”muistihäiriöt” tai ”dementoivat sairaudet” runsaasti tietoa muistisairauksista. Tässä toimintatutkimuksessa en myöskään ota kantaa potilaan kotikuntoisuuden määrittelyyn. Osastoilla on moniammatillinen tiimi, joka arvioi potilaan kotikuntoisuuden varsin laajasti.

Varsinaisen yhteistyön käsitän työnä, jossa yhdistyvät yhteinen työ ja yhteiset tavoitteet asiakkaan parhaaksi. Yhteistyön taustalla on ajatus, että toimimalla yhdessä tavoitteet saavutetaan paremmin kuin toimimalla yksin. Lisäksi yhteistyöhön panostaminen on järkevää, sillä toimiva yhteistyö lisää toiminnan tehokkuutta ja säästää kustannuksissa (Kinnaman & Bleich 2004, 310 - 311). Jokaisella sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmällä on omat näkökulmansa yhteisen asiakkaan hoitoon. Näkökulmien yhteen sovitteluun vaatii neuvottelevaa vuorovaikutusta. Yhdessä työskenteleminen ja hoidettavan asiakkaan asioiden pohtiminen eri näkökulmista vaativat yhteistyötä.

#### 4.1.1 Yhteenvedo toimivan yhteistyön osa-alueista

Olen koonnut yhteenvedona kuvioon 2 tutkimuskirjallisuudesta osa-alueet, joista toimiva yhteistyö koostuu. Yhteistyössä vaaditaan yhteisen tavoitteen lisäksi oikeanlaista sekä oikea-aikaista tiedon välitystä, selkeää työnjakoa, yhteistä näkemystä työn tavoitteista, työhön osallistuvien ammattitaitoa sekä toisen työn tuntemista ja kunnioittamista. Yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi tarvitaan suunnitelmallisuutta, yhtenäiset menettelytavat, halu saavuttaa tavoite, yhteinen panostus tavoitteen saavuttamiseksi, yhteisen käsitys perustehtävästä ja kokonaisuudesta, keskinäisen riippuvuuden ja yhteisen edun tunnustamista ja vastuun jakamista. Jotta nämä voidaan sopia, tarvitaan hyviä vuorovaikutustaitoja ja sujuvaa tiedonkulkua.



KUVIO 2. Toimivan yhteistyön edellytykset.

Edelleen kuviosta 2 ilmenee, että tiedonvälitykseen ja välitettävän tiedon sisältöön vaikuttavat hyvät vuorovaikutustaidot, jotka ovat aina eduksi toistemme kanssa kommunikoidessa. Vuorovaikutuksen tulee olla säännöllistä keskustelua ja neuvottelua sekä kompromisseja. Selkeän työnjaon pohjalta kukin työryhmän jäsen tietää roolinsa ja osuutensa työn suunnittelussa sekä toteuttamisessa. Yhteistyön toimivuuteen vaikuttaa suuresti myös toisen työn tunteminen. Yhteistyökumppaneiden tulee molemmin puolin voida luottaa toistensa ammattitaitoon sekä siihen, että sovitusta tavoitteista, ratkaisuista ja toimenpiteistä pidetään kiinni. Luottamuksen syntyyn edesauttaa toisen osapuolen työn tunteminen, tällöin myös yhtei-



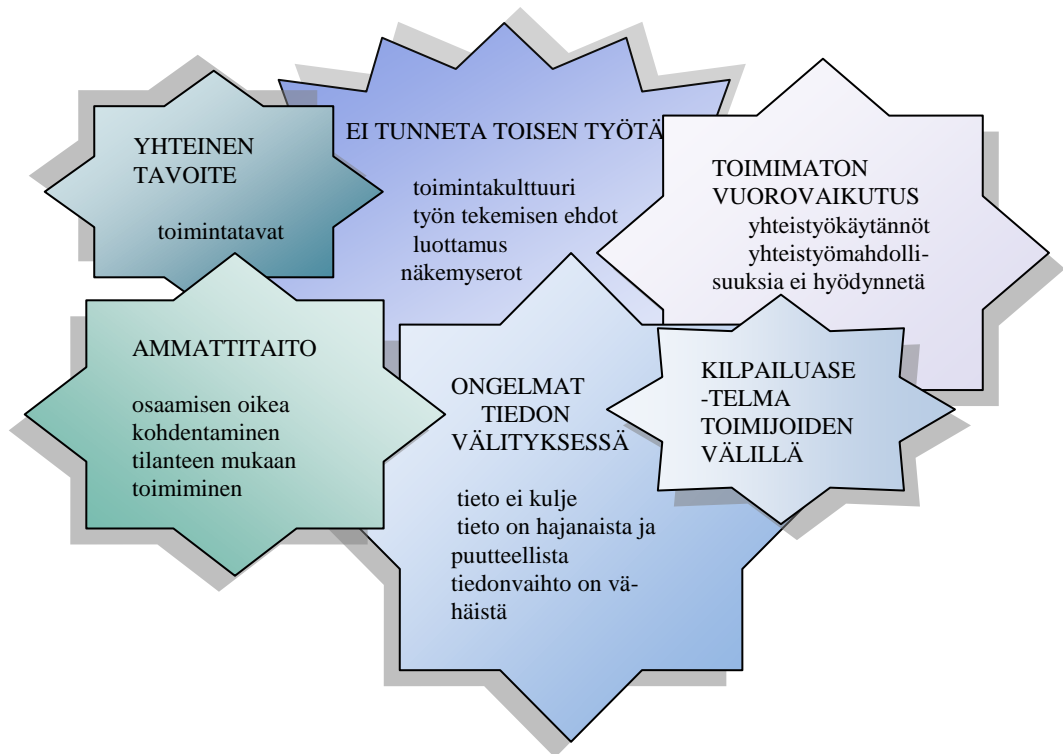
nen näkemys hoidon tuloksista on mahdollista. Ammatillisuuteen kuuluu uusien toimintatapojen suunnittelu ja kehittäminen sekä perustehtävän näkeminen.

#### 4.1.2 Yhteenveto yhteistyön toiminnan ongelmista

Tässä pääluvussa esitelty tutkimuskirjallisuus osoittaa myös, että ongelmia yhteistyön toimimisessa voi nähdä lähes kaikilla toimivaan yhteistyöhön vaadittavilla osa-alueilla (Kuvio 3). On toisaalta mahdotonta eritellä, mikä osa-alue vaikuttaa milläkin tavoin yhteistyön toimimiseen. Pääosin yhdenkin osa-alueen toimimattomuus heijastuu kaikkiin muihin yhteistyön toiminnan kannalta oleellisiin osa-alueisiin ja siten heikentää yhteistyön toimimista. Yhteinen tavoite jää saavuttamatta, jos eri ammattiryhmillä on erilaiset käsitykset kotiutuksesta ja sen onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä sekä erimielisyyttä toimintatavoista kunkin asiakkaan kohdalla. Tutkimuskirjallisuuden mukaan suurimmat ongelmat yhteistyön toimimattomuudessa liittyvät tiedonvaihtoon. Tieto ei kulje, tiedonvaihto viivästyy, tiedonvaihdossa on katkoksia, tieto on puutteellista, tietoa vaihdetaan liian vähän eikä toisen osapuolen suunnitelmista saada tietoa. Kotihoidon työntekijät kokevat, ettei sairaalasta anneta riittävän ajoissa tietoa potilaan kotiutumisesta. Lisäksi saatu tieto ei ole kotihoidon tarpeen ja potilaan hoidon kannalta riittävää ja tieto on hajanaista. Vuodeosaston henkilökunnan mielestä taas kotiuttamista vaikeuttaa liian vähäinen yhteistyö kotihoidon kanssa.

Ongelmat vuorovaikutustaidoissa hankaloittavat yhteistyön toimimista. Selkeän työnjaon puuttuminen vaikeuttaa hoidon jatkuvuuden sujumista sekä sovittujen toimintakäytäntöjen noudattamista. Luottamuksen puuttuminen vaikuttaa siten, ettei yhteistyökumppania oteta vakavasti eikä hänen näkemyksiään arvosteta. Joskus toimijoiden välille saattaa myös muodostua kilpailuasetelmaa, jolloin yhteistyökumppaneiden toiminta ei edistä yhteisten näkemysten syntymistä. Ammatitaito vaikuttaa kykyyn toimia tilanteiden mukaan, valmistella kotiutus, kohdentaa osaaminen oikein sekä toiminnan organisointiin. Toisen työn tuntemattomuus

aiheuttaa sen, ettei toisen työtä arvosteta eikä kunnioiteta, yhteistyömahdollisuuksia ei hyödynnetä ja näkemuseroja pääsee syntymään.



KUVIO 3. Ongelma-alueet yhteistyön toiminnassa.

Tähän pääluukuun koottujen tutkimusten mukaan huonon yhteistyön vaikutukset näkyvät työn tekemisessä hoitokatkoksina, päällekkäisyytenä ja tehottomuutena sekä huonona hoitona ja palveluina. Yhteistyön toimiminen on tärkeää työssä jakamiselle, työn mielekkyyden kokemiselle ja työn tuloksellisuudelle.

## 4.2 Kotihoito

Tutkimuskirjallisuudessa on paljon tutkimuksia myös kotihoidosta. Useimmat tuoreimmista tutkimuksista käsittelevät kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistämistä, joka tapahtui valtakunnallisesti 2000-luvun aikana. Tuoreimmista tutki-

muksista löytyi runsaasti kotihoidon tulevaisuuteen katsovia tutkimuksia. Varsinaista kotihoidon määritelmää oli tutkimuskirjallisuudesta vaikea löytää.

Toljamon ja Perälän (2008, 7) määritelmä kotihoidosta on: ” *Kotihoidolla tarkoitetaan yhdistettyä palvelua, johon kuuluvat kotisairaanhoido (Kansanterveyslaki 66/72), kotipalvelu (Sosiaalihuoltolaki 710/82), kotipalvelun tukipalvelut (Sosiaalihuoltoasetus 607/83) ja omaishoidon tuki (Sosiaalihuoltolaki 710/82, Laki omaishoidon tuesta 937/2005)* ”. Hammar käsittää kotihoidolla tarkoitettavan kotipalvelua, kotisairaanhoidoa ja erilaisia tukipalveluita, joita kunta tai kuntayhtymät tuottavat avohuoltopalveluna. Yhteen sovitettujen palveluiden tarkoituksena on ehkäistä, hidastaa tai korvata väliaikaista tai pitkäaikaista laitoshoidoa. (Hammar 2008, 22–23.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008, 21 - 30) esitetään tavoitteeksi ikääntyvien hyvinvointia ja terveyttä edistävät palvelut, joissa pääpaino on ympärivuorokauden kotona asumista tukevissa palveluissa. Kattavan palvelutarpeen arvioinnin nähdään mahdollistavan varhaisen puuttumisen mahdollisiin kotona selviytymistä heikentäviin asioihin. Kotihoito määritellään ennakoivaksi ja kuntoutumista edistäväksi.

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008, 21 – 30) todetaan myös, että tulevaisuudessa kotihoidon asiakaskunta tulee muuttumaan yhä laaja-alaisemmaksi, joka aiheuttaa muutoksia sekä kotihoidon organisaatioon että toimintatapoihin. Kuntoutus tulee tulevaisuudessa olemaan tärkeä osa kotihoidon palveluvalikoimaa. Lisäksi kotihoito tulee olemaan entistä enemmän ympärivuorokautista. Myös työntekijät tulevat muuttumaan asiakastarpeiden mukaan, jolloin myös työntekijöiden on mukauduttava työn muuttuviin aikavaatimuksiin. Tulevaisuuden kotihoidon erityisenä tavoitteena on tukea dementiaoireisten ja mielenterveysongelmista kärsivien henkilöiden kotona asumista. Erityisesti dementian määrän uskotaan kasvavan entisestään väestön vanhetessa.

Sulkava (2007) on koonnut arvion, että vuonna 2010 keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa sairastavia ihmisiä on 93 600 ja vuonna 2015 heitä tulisi olemaan 105 500. Tilastokeskus on arvioinut, että vuonna 2020 dementoivaa sairautta sairastavia on Suomessa 126 821 henkilöä, kun vuonna 2010 heitä on arvioitu olevan 95 025 (Finne-Soveri 2009). Jo nyt on pulaa jatkohoitopaikoista, jolloin potilaita jää liian pitkäksi aikaa sairaalan osastoille odottamaan sopivaa jatkohoitopaikkaa. Sairaالاتasoinen hoito on yhteiskunnalle selkeästi kalliimpaa kuin kotihoito. Sulkava (2007) arvioi, että jos potilas voisi olla kotonaan kaksi kuukautta pidempään teknologian tai muiden apujen turvin, toisi se yhteiskunnalle säästöä hoitokuluissa 22 miljoonaa euroa vuodessa. Elokuussa 2010 julkistetuissa valtakunnallisissa hoitosuosituksissa painotetaan ennaltaehkäisyä, varhaista tunnistamista ja toimivaa hoitoketjua (Suhonen 2010).

Tulevaisuuteen katsoo myös Virtanen (2005, 33), joka näkee väestön ikääntymisen asettavan uudenlaisia haasteita hyvinvointipalvelujärjestelmälle. Tulevaisuudessa hyvinvoinnin edistämiseen osoitetuista julkisista resursseista suuntautuu yhä enemmän seniorikansalaisten hoitoon ja huolenpitoon. Erityisesti julkisella sektorilla on pohdittava, millainen palvelukonsepti sopii kuhunkin tilanteeseen ja tarpeeseen. Vaarama, Luoma ja Ylönen (2006, 126 – 129) toteavat, että tulevaisuudessa vanhukset haluavat elää mahdollisimman pitkään itsenäisesti elämäänsä omassa kodissaan ja vaikka maksamaan tarvitsemistaan palveluista. Tilanne muuttuu, kun ulkopuolisen avun tarve lisääntyy ja hiljalleen muodostuu jatkuvaksi. Tällöin vanhusten toiveena on saada kunnallista palvelua ja ammattihenkilöstön apua. Lamavuosina alkanut julkisten palvelujen supistaminen ja hoitovastuun siirtäminen omaisille ja järjestötoimijoille ei ole ollut kotona asuvien vanhusten edun mukaista.

Kärnä (2009, 28, 234 – 237) on tutkinut väitöskirjassaan kolmanteen ikään siirtyneiden ihmisten hyvinvointia ja tulevaisuuden näkymiä. Tutkimuksessa kiinnostus on kohdistunut erityisesti kolmatta ikää elävien muuttuviin elämäntilanteisiin sekä heidän näkemyksiinsä vanhuudesta ja vanhuuden palveluista. Tutkimuksesta tul-

leen tiedon avulla kunnat voivat suunnitella asuinympäristöjä ja palveluja niin, että mahdollisimman monen ikääntyvän olisi tulevaisuudessa mahdollista elää täysipainoista ja mielekästä elämäänsä omassa kodissaan halliten itse elämäänsä. Kärnän mukaan vanhustenpalvelujen kehittämisessä ei aina ole kyse rahasta ja henkilökunnan määrästä, pikemminkin kyse on osaamisesta ja hoitokäytännöistä. Erityistä ammatillista osaamista edellyttää vaikeasti sairaiden, kuten esimerkiksi dementoituneiden vanhusten hoitaminen, joilla ei ole psyykkisiä tai kognitiivisia resursseja tehdä omaa elämäänsä koskevia päätöksiä (Nurmi-Koikkalainen 2006, 175). Joka kolmas 85-vuotias sairastaa vaikeaa tai keskivaikeaa muistisairautta. Kun hoito ja tukipalveluiden käyttö opetellaan varhain, voidaan kotona olla pidempään. (Luoma 2009.)

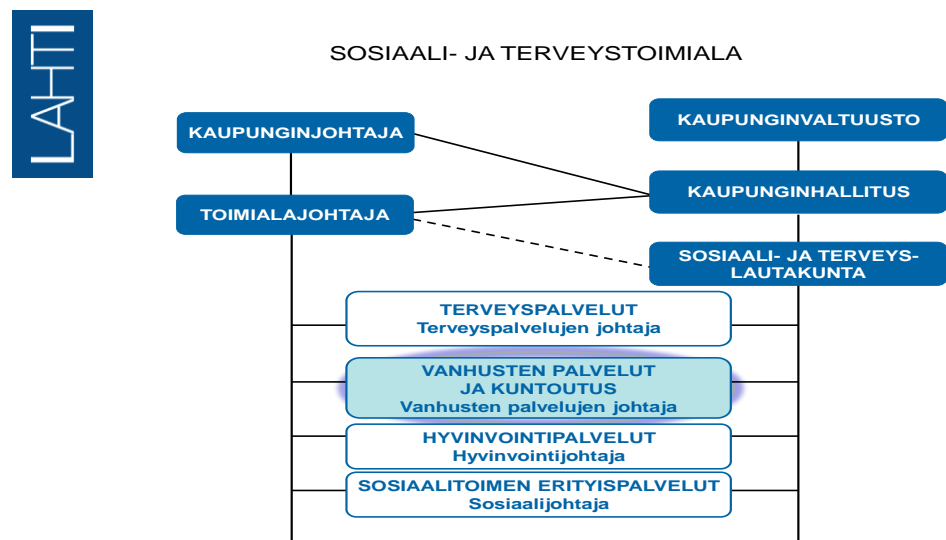
Myös Koposen (2003, 8 – 9) tutkimuksen mukaan pysyvään laitoshoitoon siirtymistä voidaan lykätä yksilöllisen ja joustavan kotihoidon keinoin. Koposen tutkimuksessa taustalla on ajatus, että äkillisesti sairaalaan joutuneella vanhuksella on jo suuri ongelmien vyyhti. Vanhuksella on useampia sairauksia, toimintakyvyn rajoituksia ja sosiaalisen tuen puutetta. Koponen mainitsee, että juuri tällä potilasryhmällä on vaara joutua pitkäaikaiseen laitoshoitoon.

## 5 TOIMINTATUTKIMUKSEN TOIMINTAYMPÄRISTÖ

Tässä luvussa kuvaan tämän toimintatutkimuksen toimintaympäristön lyhyesti. Iäkkään muistihäiriöisen potilaan kotona selviytyminen kotihoidon turvin on terveydenhuollon ammattilaisille erilailla haastavaa kuin somaattisten sairauksien vuoksi sairaalahoidossa olleiden potilaiden jatkohoito kotona.

### 5.1 Organisaation kuvaus

Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimiala vastaa Lahden sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnasta. Toimialan ydintehtävänä on järjestää toimivat, laadullisesti ja sisällöllisesti määritellyt sosiaali- ja terveystoiminnat (Lahden kaupunki 2009a). Lahden sosiaali- ja terveystoimi tukee lahtelaisten hyvinvointia ja tuottaa asukkaille tärkeitä palveluja (Lahden kaupunki 2007). Sosiaali- ja terveystoimiala on jaettu viiteen vastuualueeseen (KAAVIO 1). Hallinto ja tukipalvelut eivät näy organisaatiokaaviossa. Vastuualueet tekevät yhteistyötä keskenään.



1

230410

KAAVIO 1. Lahden sosiaali- ja terveystoimialan organisaatiokaavio. (Lahden kaupunki 2010b).

Vanhusten avopalvelut, Lahden kaupunginsairaala ja lääkinnällinen kuntoutus kuuluvat vanhustenpalvelujen ja kuntoutuksen vastuualueeseen. Vanhustenpalvelujen ja kuntoutuksen tehtävänä on huolenpitoa, hoitoa ja kuntoutusta tarvitsevan lahtelaisen palvelujen järjestäminen. Avopalvelujen tehtävänä on hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevan vanhuksen asumisen turvaaminen kotona tai palvelutalossa, laitoshoidon ehkäiseminen sekä tarkoituksenmukaisen jatkohoitopaikan suunnittelu ja järjestäminen. Lahden kaupunginsairaala vastaa sairaalahoidon ja kuntoutusta tarvitsevan lahtelaisen hoidosta. (Lahden kaupunki 2010c.)

Lahden kaupunginsairaala tarjoaa perusterveydenhuollon sairaalahoidon, poliklinikkatutkimuksia ja -hoitoa. Johtoajatuksena kaupunginsairaalan osastoilla on kuntouttava työote. Sairaala- kotiutusyksikkö arvioi asiakkaan kotona selviytymistä, tukee asiakkaan kotikuntoutumista ja toteuttaa kotiutuskokeiluja. Kotihoito osallistuu asiakkaan kotiutumisen valmisteluun riittävän ajoissa sairaalavaiheen aikana. (Lahden kaupunki 2010c.)

## 5.2 Osasto L 31 kuvaus

Lahden kaupunginsairaalan osasto L31 on profiloitu geriatriseksi tutkimus-, arviointi ja kuntoutusosastoksi, jonka toiminnalla tuetaan vanhuksen pärjäämistä kotona tai kodinomaisessa ympäristössä mahdollisimman pitkään (Lahden kaupunki 2009b). Geriatrian eurooppalainen määritelmä vuodelta 2010 on ”(*Geriatric Medicine, definition by the Geriatric Section of UEMS*) on lääketieteen erikoisala, joka keskittyy niihin fyysisiin, henkisiin, toiminnallisiin ja sosiaalisiin olosuhteisiin, joita tavataan iäkkäiden potilaiden äkillisissä ja pitkäaikaissairauksissa, kuntoutuksessa, preventiossa ja elämän loppuvaiheen hoidossa.” (Gernet 2010.)

Iäkkäiden ihmisten sairauksiin liittyy usein yleistä fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista haurastumista. Lisäksi iäkkäillä ihmisillä on jo olemassa useita perussairauksia. Siksi kokonaistilanteen kartoitukseen tarvitaan terveydenhuollon ammattilaisten

kokonaisvaltaista näkemystä iäkkään ihmisen tilanteesta. Iäkkään ihmisen sairaudet voivat usein olla hankalia diagnosoida, hoidon vaste viivästyy ja usein tarvitaan myös sosiaalista tukea. Geriatria tarjoaa moniammatillisenä työryhmänä hoitoa, jonka päämääränä on optimoida iäkkään ihmisen toiminnallinen tila sekä kehottaa hänen elämänlaatuaan ja itsenäistä toimintakykyään. (Gernet 2010.)

Potilaat tulevat osastolle L31 jatkohoitoon akuutilta yleissisätautien osastolta L21, Päijät-Hämeen keskussairaalaan sekä kaupunginsairaalan omalta päivystysosastolta. Pääosin tutkimus- ja arviointipotilaat tulevat kuitenkin avohoidosta SAS-työryhmän (seuraa, arvioi ja sijoita - työryhmä) suosituksesta tai terveyskeskuslääkärin läheteellä.

Osastolla L 31 tehdään muun muassa dementia selvityksiä potilaille, joiden kokonaisvaltainen tutkiminen ei polikliinisesti onnistu. Geriatrisen arvioinnin päämääränä on tarkka diagnoosi, selvitys potilaan fyysisestä ja psyykkisestä toimintakyvystä, selvitys potilaan toimintarajoitteista ja jäljellä olevasta toimintakyvystä sekä kartoitus potilaan sosiaalisesta verkostosta. (Osasto L31:n toimintasuunnitelma 2010.)

Osaston toiminta perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön henkilöstön, potilaan ja omaisten sekä avohoidon kanssa. Moniammatilliseen työryhmään kuuluvat osastonhoitaja, sairaanhoitajat, lähihoitajat, fysioterapeutti, osaston lääkäri, geriatreri ja sosiaalityöntekijä. Käytössä on esimerkiksi kuntoutuspalaverit ja hoitoneuvottelut, joissa laaditaan potilaalle yksilöllinen hoito-, kuntoutus- ja kotiutussuunnitelma. Usein ennen kotiutumista osaston fysioterapeutti ja potilas tekevät potilaan kotiin kotikäynnin, johon myös kotihoito osallistuu. Hoitajakson tavoitteena on potilaan mahdollisimman nopea kotiutuminen hyödyntäen kotiuttamistiimin ja kuntouttavan päivätoiminnan palveluja sekä potilaan selviytyminen kotona mahdollisimman pitkään. Jos kotiutuminen ei ole enää mahdollista, tehdään suunnitelma jatkohoidosta sekä ylläpidetään kuntouttavan hoitotyön avulla potilaan omaa toimintakykyä. (Osasto L31:n toimintasuunnitelma 2010.)



## 6 KEHITTÄMISTARPEEN KARTOITTAMINEN

Toimintatutkimuksen ensimmäisenä vaiheena on Metsämuurosen (2006, 225) mukaan arkipäivän tilanteesta syntyneen ongelman täsmentäminen, arviointi ja muotoilu. Osastolla L 31 käytämme laadunhallintamenetelmänä sekä kehittämistyön pohjana ITE-arviointia. ITE-arviointimenetelmällä saimme selkeästi esille kehittämistä vaativat osa-alueet. Tässä luvussa kuvaan ITE-arviointimenetelmää sekä vuoden 2009 ITE-arvioinnin toteutuksen ja tulokset osastolla L31.

### 6.1 ITE-arviointi

ITE-arviointi on Suomen Kuntaliiton sosiaali- ja terveystieteiden 1990-luvun alussa kehittämä menetelmä työyksikön itsearviointiin ja laadun hallintaan. Nykyinen ITE-menetelmä on muokkautunut usean kehittämissivaiheen tuloksena ja viimeisin päivitys on tehty vuonna 2010. Menetelmän käyttö sopii laadunhallinnan kehittämistarpeiden tunnistajaksi ja suunnan näyttäjäksi. ITE-arvioinnin avulla henkilöstö pääsee itse mukaan laadun parantamiseen, sillä arvioinnissa työyksikön jäsenet arvioivat itse tavoitteellisesti työyksikkönsä toimintaa. Työyhteisö myös määrittelee itse tavoitetason, johon työyhteisössä halutaan pyrkiä. ITE-arviointi antaa selkeän kuvan siitä, miten asiat on omassa yksikössä henkilöstön mielestä hoidettu. Tällöin myös esimies saa käsityksen, miten hänen yksikössään laatu ja asioiden hoitaminen käsitetään. Menetelmä tarjoaa mahdollisuuden yhdistää laadun kehittäminen vuosittaiseen toimintasuunnitelman tekoon. (Holma, 2006 & Holma, 2011.)

ITE-arvioinnin tavoitteena on nostaa esille osaston toiminnassa kehittämistä vaativat osa-alueet. Arviointi kattaa lähes yksikön koko toiminnan, sillä ITE-arvioinnissa arviointi kohdistuu työyksikön perustoiminta-alueisiin. Työyksikön perustoiminta-alueita ovat toiminnan perusta, toiminnan suunnittelu, henkilöstön kehittäminen, varustus ja laitteet, palveluprosessit, johtaminen, yhteistyö ja tiedottaminen, toiminnan seuranta sekä toiminnan arviointi ja kehittäminen. ITE-

arvioinnissa arviointi kohdistuu paitsi toimintoihin myös toimintojen kokonaisuuteen, sillä työkäytännöt koostuvat usein suuremmista kokonaisuuksista. Esimies voi avata kysymyksiä käymällä henkilöstön kanssa ennen arviointia läpi, mitä mikäkin kysymys omassa yksikössä tarkoittaa. (Holma, 2006; Holma, 2011; Kuntaliitto, 2006.)

Sipilä (2005, 85 - 86) on tutkinut Pro Gradussaan ITE-arviointimenetelmän käyttöä sosiaali- ja terveydenhuollon lähijohtajien työvälineenä. Tutkimuksen haastatteluvaiheessa ilmeni, että lähes kaikki tutkimukseen osallistuneet yksiköt olivat hyötäneet ITE-menetelmän käytöstä. Arvioinnit olivat vaikuttaneet työyksiköiden ilmapiiriin ja kulttuuriin yhdessä tekemisen myötä. Tutkimuksen mukaan lähijohtajien mielestä menetelmä on hyödyttänyt potilaita, henkilökuntaa, johtajaa sekä työyhteisöä. Tutkimuksessa ilmeni myös, että ITE-arviointimenetelmän käyttö vaatii henkilöstön kouluttamista ja kokemusta.

ITE-arvioinnissa vastataan arviointikysymyksiin erilliselle arviointilomakkeelle (LIITE 1), jossa näkyy myös arviointiasteikko. Arviointiasteikko on asteikolla 0-4, lisäksi on vastausvaihtoehto EOS.

## 6.2 ITE-arvioinnin toteutus osastolla L31

Olen käynyt ITE-arviointikoulutuksissa ja koulutusten pohjalta mietin, miten ITE-arviointia omassa työyksikössäni voitaisiin hyödyntää. Esitin osastonhoitajalle suunnitelmani ja yhdessä sovimme, että ITE-arviointia toteutetaan jatkossa säännöllisesti kehittämisiltapäivän pohjaksi. Vuonna -09 teimme ITE-arvioinnin kolmannen kerran, joten menetelmä oli jo kaikille tuttu.

Ennen ITE-arvioinnin tekemistä esittelin osastotunnilla työyhteisölle ITE-arvioinnin tarkoituksen ja tavoitteet sekä käytettävissä olevan sanaston (LIITE 2),

mikä helpottaa esimerkiksi käsitteiden ymmärtämistä. Lisäksi kävimme osastokokouksessa läpi niitä kysymyksiä, joiden vastauksissa on aiempina vuosina ollut eniten hajontaa. Ajatuksena oli, että ne kysymykset oli ymmärretty hyvin eri tavalla. Ohjeistuksessa painotimme, että jokainen arvioi asioita oman näkemyksensä mukaan: "Miten koen tämän arviointikohdan toimivan meidän osastolla?", "Miten sen haluaisin toimivan?" tai "Olenko tyytyväinen nykyiseen toimintaan vai haluanko sitä vielä kehitettävän?". Sovimme, että arviointivaiheessa jokainen työyksikön jäsen täyttää 25-kohtaisen arviointilomakkeen (LIITE 1) oman näkemyksensä ja kokemuksensa mukaan. Arviointilomakkeet palautettiin osastolla olevaan sisäisen postin kuoreen nimettömänä.

ITE- arviointilomakkeiden täyttämiseen oli varattu aikaa kolme viikkoa. Vastausaikaa määriteltäessä olimme huomioineet mahdolliset lomat. Arvioinnin tekemisestä muistutettiin useasti muun muassa osastokokouksissa. Kyselyyn toivottiin vastauksia koko osaston henkilökunnalta eli 25 henkilöltä. Täytettyjä kyselyitä palautettiin 19 kpl eli enemmän kuin aiempina vuosina.

Tein yhteenvedon ITE-arviointiin kuuluvalla Excel-ohjelmalla, jonka avulla sain keskiarvoja sekä muita tunnuslukuja eri vastauksista. Arvioinnin tulosten perusteella etsimme osastonhoitajan kanssa kehittämistä vaativat alueet. Kävimme tulokset läpi työyhteisön kanssa syksyllä -09 pidetyssä kehittämisiltapäivässä, joka myös Holman (2005) mukaan tuottaa parhaimman hyödyn ITE-menetelmästä. Kehittämisiltapäivässä sovimme työyhteisön kanssa yhdessä, mitä kohteita lähdemme kehittämään.

ITE-arviointi nostaa hyvin esille kehittämistä vaativat kohteet, mutta kehittämistyön jatkuminen on yksikön omalla vastuulla. Kehittämistyön toteutumiseen tarvitaan koko työyhteisön motivoituneisuutta sekä kokonaisuudesta vastaavan henkilön ja lähiesimiehen aktiivisuutta johtaa ja mahdollistaa muutoksen läpivienti. Hämäläinen (2002, 8) näkee arvioinnin myös johtamisen työkaluna. Johtaja voi omalla asenteellaan tehdä arvioinnista onnistuneen tai epäonnistuneen. Suurin syy

arviointitietojen käyttämättömyyteen on, että johtaja ei palaa saatuihin tuloksiin eikä ota palautetietoa kehittämisen pohjaksi. Holman (2006) ohjeistuksen mukaan pitäisi sopia myös vastuuhenkilöt kehittämistyön toteuttamiseen.

Samansuuntaisesti toteaa Lehtonen (2009), joka opinnäytetyössään, Laatu on arkea – esimerkki laatutyön käynnistämisestä, tutki ITE-arviointimenetelmällä, mitä hänen työyksikössään tulisi kehittää ja miten valittuja kohtia kehitetään. Tutkimuksessaan Lehtonen (2009, 53) toteaa, etteivät saadut tulokset yllättäneet, mutta vasta kehittämiskohteiden määrittely ja ottaminen käsiteltäviksi teki niistä selkeitä kokonaisuuksia. Kehittämistyön jatkumisen varmistamiseksi Lehtonen huolehti vastuuhenkilöiden sopimisesta.

### 6.3 Vuoden 2009 ITE-arvioinnin tulokset osastolla L31

Vuoden 2009 ITE-arvioinnin tuloksissa vastausvaihtoehto 4 sai kaikista annetuista vastauksista 44.6 % eli pääosin osaston henkilökunta on tyytyväistä osaston toimintaan. Useassa arviointikohdassa kuitenkin on arvioitu vastaukseksi kolme, jolloin arvioijat kaipaavat vielä kehittämistä useisiin nykyisiin käytäntöihin. Noin 10 % vastauksissa oli arvioitu asioiden olevan kehitteillä ja toteutuvan vain satunnaisesti. Muutamissa arviointikohdissa todettiin asioista olleen vain puhetta. Lähes 6 % vastauksista oli valittu EOS. Usein tätä luokkaa käytetään, jos ei tiedä mitä asia tarkoittaa tai koetaan, ettei asia lainkaan kosketa arvioijaa itseään.

Matalimmat arviot saivat arviointikohdat 17 ja 24, joissa arvioitiin yhteistyön sekä toimintatapojen vertailun toimimista halutulla tavalla. Näissä arviointikohdissa hajonta oli suurta, josta voisi päätellä, että asiasta ollaan hyvin montaa mieltä tai arviointikohtaa ei ymmärretty samalla tavoin. Holman (2003, 28 – 31) mukaan matalat arvioinnit johtuvat useimmiten siitä, ettei asioista ole sovittu riittävän täsmällisesti, toimintatapoja ei ole kirjattu tai toimintojen jatkuvuutta ei ole varmistettu.

Taulukossa 1 olen kuvannut ITE-arvioinnin työyksikön toiminta-alueiden jaotellun seitsemään kokonaisuuteen sekä vuonna 2009 osaston L31 arvioinnista tulleet keskiarvot.

TAULUKKO 1. ITE- arvioinnin toiminta-alueiden keskiarvot osastolla L 31.

	TOIMINTA-ALUEET	Keskiarvo	Arviointikysymys
1	Toiminnan perusteet	3,4	1, 2, 13
2	Toiminnan suunnittelu ja seuranta	3,2	3, 4, 7, 19, 20
3	Henkilöstö ja johtaminen	3,4	8, 9, 10, 15, 22
4	Varustus ja laitteet	3,4	11, 12, 14
5	Toiminta ja palvelut	3,1	5, 6
6	Viestintä ja yhteistyö	2,8	17, 18
7	Toiminnan arviointi ja kehittäminen	2,9	16, 21, 23, 24, 25

Tämän jaotellun mukaan osastollamme kehittämistä kaipaavat toiminta-alueet ovat viestintä ja yhteistyö sekä toiminnan arviointi ja kehittäminen. Viestinnän ja yhteistyön alueella tärkeimpänä osa-alueena pidimme palautteen hankkimista yhteistyökumppaneilta. Osaston toiminnan päätavoite on potilaan turvallinen ja nopea kotiutuminen, jolloin tärkeimmäksi yhteistyökumppaniksi täsmentyi kotihoito. Yhteistyö kotihoidon kanssa ei ITE-arvioinnin mukaan ole tällä hetkellä osastollamme toimivaa, joten sitä on kehitettävä.

Toiminnan arvioinnin ja kehittämisen alueella tärkeimpänä osa-alueena pidimme järjestelmällistä ja tavoitteellista toimintatapojen vertailua muihin vastaavanlaisiin yksiköihin, mikä osastollamme on jäänyt vähälle huomiolle. Osaston kehittämisil-tapäivässä päätimme, että teemme benchmarking-käynnin toiminnaltaan omaa osastoamme vastaavaan yksikköön.

## 7 BENCHMARKING

Tämä luku käsittelee tämän toimintatutkimuksen tiedonhankintamenetelmää eli benchmarking-menetelmää. Aluksi kuvaan benchmarking-käsitettä mahdollisimman käytännönläheisesti saadakseni muodostettua selkeän kuvan benchmarking-prosessista. Lisäksi kuvaan tässä luvussa tämän kehittämishankkeen benchmarking-prosessin etenemisen kaikki vaiheet.

### 7.1 Benchmarking käsitteenä

Suomenkielessä ei sanalle benchmarking ole löytynyt yhtään yleistä ja käyttökelpoista käännöstä. Käännöksissä benchmarkingista on käytetty vertailua, vertailevaa arviointia, parhaiden käytänteiden etsimistä, esikuva-arviointia tai parantamista. (Karjalainen 2002, 11; Perälä, Junttila & Toljamo 2007, 13.) Terveystieteiden benchmarking-toiminnalle on Perälän ym. (2007,13) mukaan keskeistä muun muassa parhaiden käytänteiden soveltaminen omaan organisaatioon sekä potilaan hoitokäytänteiden kehittäminen. Virtanen (2005, 177, 181) näkee benchmarkingin systemaattisena toimintatapana, jossa otetaan oppia muiden onnistumisista ja epäonnistumisista kehittämistoiminnassa.

Hotanen, Laine & Pietiläinen (2001, 7 - 10) ovat määritelleet benchmarkingin vuorovaikutteisen oppimisen menetelmäksi, jossa opitaan hyviltä esikuvilta tavoitteena parantaa omaa toimintaa. Kun tavoitteena on saada käytäntöön kehitys- ja parantamiseksi, on benchmarking vartenotettava menetelmä. Benchmarking voi olla arviointia, vertailua, mallioppimista tai rakentava tapa kyseenalaistaa omia prosesseja ja menetelmiä. Tapoja benchmarkingin toteuttamiseen on useita.

- ✓ Tunnuslukuvertailu, jossa suorituksia verrataan tulokseen
- ✓ Prosessibenchmarkingissa verrataan toimintaprosesseja oppien samalla parempia tapoja suorittaa toimintoja

- ✓ Kilpailijabenchmarkingissa tiedon keruu, esimerkiksi liike-elämässä, saattaa olla liikesalaisuuksien vuoksi vaikeaa eikä toiminnallisiin tosiasioidiin päästä käsiksi
- ✓ Kahdenvälisessä benchmarkingissa kaksi organisaatiota pyrkii vuorovaikutteiseen oppimiseen vertaamalla prosessejaan ja niiden toimintatapoja
- ✓ Ryhmäbenchmarkingissa prosessien vertailu ja oppiminen tapahtuu useassa vaiheessa osallistujien käydessä läpi omat prosessinsa ja verratessa yhteisesti löydettyä ideaaliprosessimallia valitun esikuvaorganisaation toimintaan

(Hotanen ym. 2001, 8.)

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi Stakesin tehtäväksi suunnitella vuosina 2006–2007 sähköisiin potilastietojärjestelmiin pohjautuvan hoitotyön benchmarkingjärjestelmän. Tätä suunnittelua varten nimettiin projektiryhmä, jonka tehtävänä oli muun muassa selvittää, millaista benchmarking-toimintaa hoitotyössä tarvitaan. Työryhmän mukaan benchmarking-toiminta hoitotyössä on tarpeen, koska palvelujen käyttäjien odotukset ovat lisääntyneet ja benchmarkingin kautta saadaan läpinäkyvyyttä palveluihin ja päätöksentekoon. (Perälä ym. 2007,12.)

Perälä ym.(2007, 12) kirjoittavat Stakesin projektityöryhmän todenneen, että palvelujen laatu ja hoitokäytännöt voivat vaihdella suurestikin toimintayksikön mukaan. Useissa toimintayksiköissä on kehitetty hyviä käytäntöjä, joista muutkin toimintayksiköt voisivat hyötyä. Nämä käytännöt leviävät kuitenkin huonosti, sillä toimivia mekanismeja hyvien käytäntöjen levittämiseksi muille ei ole. Muun muassa SDP:n vanhuspoliittisen ohjelman (2010, 7) mukaan hyvien käytäntöjen leviäminen vanhusten hoidossa on välttämätöntä. Benchmarking-toiminta voisi tarjota hyvän mahdollisuuden hoitokäytäntöjen yhtenäistämiseen (Perälä ym. 2007, 12).

Stakesin projektityöryhmä näkee benchmarkingin myös hoitotyönjohtajien työvälineenä, joka auttaa tunnistamaan toimintayksikön kehittämistarpeita sekä käynnistämään toiminnan kehittämisen. Kehittämistyön tavoitteena on hoitotyön toiminnan laadun parantaminen ja toimintakäytäntöjen yhtenäistäminen, joka johtaa asiakkaiden tarpeisiin vastaavaan parhaaseen hoitoon ja palvelujen saamiseen oikeanlaisessa hoitopaikassa. Vertailutietoon perustuva kehittäminen on järjestelmällistä, oman toiminnan vertaamista parhaisiin, oppimista parhailta ja opitun käyttämistä oman toiminnan kehittämisessä. (Perälä ym. 2007, 14.) Tärkeää on, että kehittämishankkeen toteutus kuvataan tarkasti vaihe vaiheelta niin, että sitä voidaan soveltaa myös muualla (Virtanen 2005, 177, 181).

Benchmarkingin kaltainen menetelmä on kuvattu Hellstenin, Outisen ja Holman (2004) julkaisussa Kehittävä vertaiskäynti – työväline laadunhallintaan. Julkaisun avulla sosiaali- ja terveysalan yksiköt voivat itsenäisesti kokeilla ja ottaa käyttöön yksinkertaisen ja helppokäyttöisen Kehittävä vertaiskäynti- toimintamallin. Mallin ovat kehittäneet yhteistyössä Suomen Kuntaliiton erityisasiantuntija Holma ja Stakesin Palvelujen laatu- ryhmä. Malli soveltuu työyksiköiden käyttöön eikä vaadi ulkopuolista valmennusta tai koulutusta. Kehittävä vertaiskäynti- nimellä on hattu korostaa toimintamallin käyttöä vertaiskumppaneiden yhteisenä kehittämisen ja oppimisen välineenä. Kehittävällä vertaiskäynnillä mallin kehittäjät tarkoittavat samaan ammattiryhmään kuuluvien, samanlaisten työyksiköiden tai saman ongelman parissa työskentelevien kesken tapahtuvaa työn kehittämistä, jonka keskeinen osa on vierailukäynti. Mallia testattiin hyvin tuloksin erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä, jopa Ruotsissa. Hanke osoitti, että Kehittävä vertaiskäynti soveltuu monenlaisiin yksiköihin ja kehittämisen kohteena voi olla lähes mikä tahansa riittävän suppeaksi rajattu toiminnan osa-alue.

Hotanen ym. (2001, 12 - 13) tähdentävät, että benchmarking perustuu aina kahden osapuolen luottamukselliseen tiedonvaihtoon. Benchmarkingia ohjaavat eettiset periaatteet, joita tulee noudattaa. Eettisiä periaatteita ovat



- ✓ Lupa benchmarkingiin; varmista johdolta sopiiko benchmarking
- ✓ Tietojen vaihto; anna benchmarkingorganisaatiolle samantyyppistä ja -tasoista tietoa, kuin mitä itse odotat saavasi
- ✓ Salassapito; tietoa, jota benchmarking-prosessin aikana saadaan, tulee käsitellä luottamuksellisesti. Tietoa ei saa ilman lupaa luovuttaa kolmannelle osapuolelle
- ✓ Yhteydenpito esikuvaorganisaatioon; yhteydet luodaan ja pidetään yllä mieluiten yhdyshenkilön välityksellä. Yhteydet ulkopuolisiin; luvan kanssa voi luovuttaa yhteystiedot kolmannelle osapuolelle
- ✓ Valmistautuminen ja toteuttaminen; ensimmäiseen benchmarking-kontaktiin tulee valmistautua huolella, jolloin tietojen vaihto on mahdollisimman tehokasta ja hyödyllistä
- ✓ Kumppanuussuhde ja tietojen käsittely; benchmarking-esikuvaorganisaatiota ja sen yhteyshenkilöitä tulee kohdella kuin haluat heidän kohtelevan sinua. Saamiasi tietoja ja aineistoa tulee käsitellä ja käyttää organisaation toiveiden ja rajoitusten mukaisesti.

(Hotanen ym. 2001, 12 – 13.)

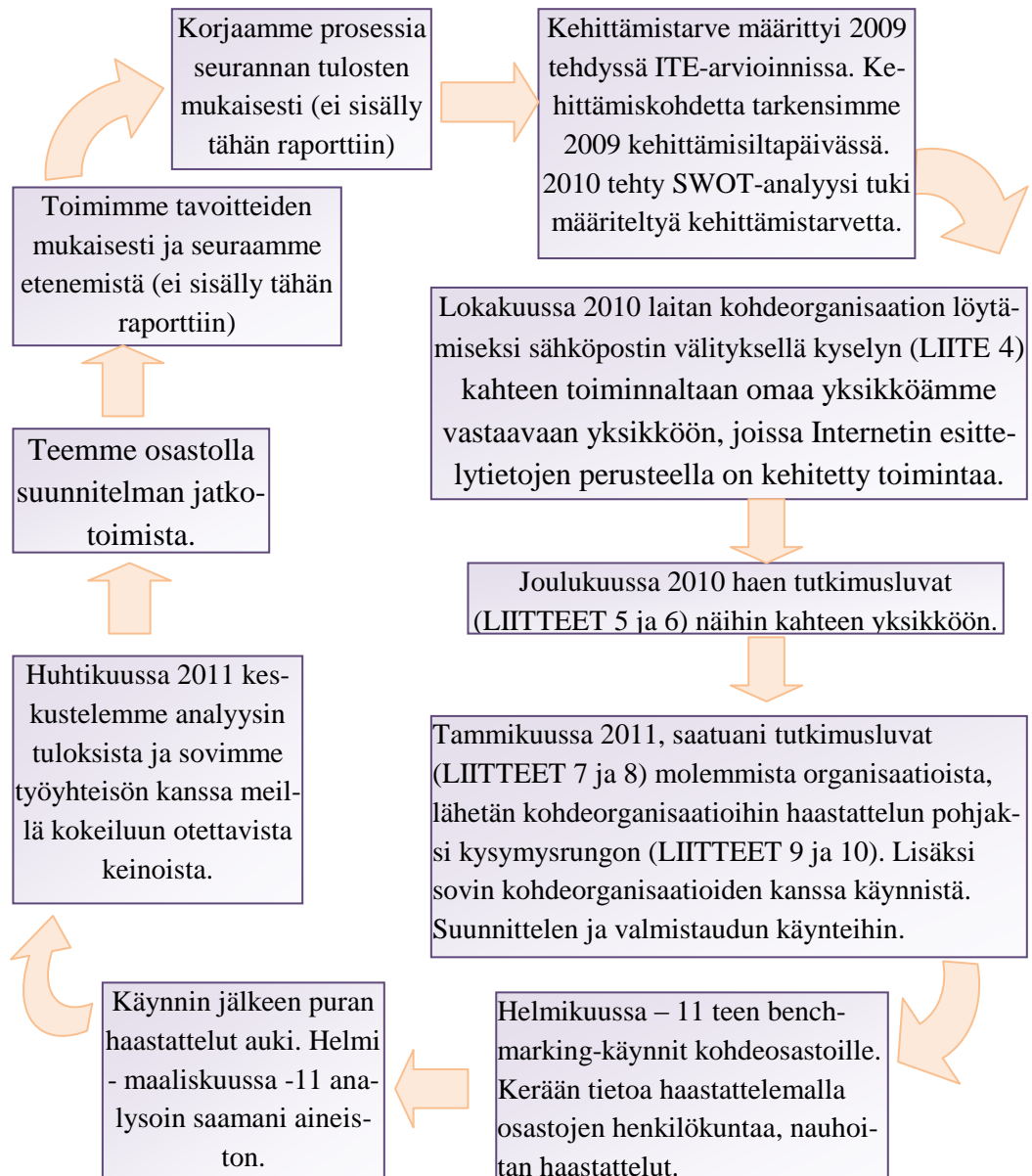
## 7.2 Benchmarking-prosessi

Benchmarking-prosessin onnistumiseen vaaditaan aina johdon tuki. Toimintaprosessin tulee olla selkeästi kuvattuna ja vastata todellisuutta. Pelisäännöt sovitaan osapuolten kesken ja edetään pienin askelin. (Hotanen ym. 2001, 9 - 10.) Benchmarking-prosessin etenemisestä on hieman toisistaan eroavia kuvauksia (muun muassa Hotanen ym 2001, 12 – 13; Löfström 2002, 33 - 37), mutta kaikissa kuvauksissa benchmarking-menettely etenee prosessimaisen toiminnan mukaan samankaltaisesti vaiheittain.

Tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen benchmarking-prosessin etenemisen kuvaan Tykesin tiedostojen pohjalta kootun kehittäjän tieto- ja menetelmäpankin (2010) ohjeen mukaisesti 10- kohtaisena kehänä (KUVIO 4).

1. Toimintaa mitataan tunnistamalla organisaation nykytila
2. Nykytilan kuvauksen jälkeen asetetaan kehittämiselle kohde
3. Päätetään mitä tarvitsee mitata
4. Benchmarking-tarkastelu kohdistetaan oikeaan kohteeseen
5. Tietoa kerätään haastattelemalla, asiakirjoista, kyselemällä etukäteen toimitetun kysymyslistan mukaisesti, keskustellen sekä tarkkaillen kriittisesti omaa toimintaa
6. Saatuja tuloksia analysoidaan ja eroja vertaillaan. Analysoidaan myös prosessin toteutuminen tavoitteisiin nähden
7. Kehittämiselle asetetaan päämäärät
8. Muutokset viedään toteutukseen
9. Muutostyötä seurataan
10. Prosessia korjataan tarvittaessa

Tykesin ohjeistuksesta poiketen rajaan tämän kehittämishankkeen raportista pois muutostyön seurannan ja prosessin korjailun. Lisäksi tästä benchmarking-prosessista mahdollisesti tulevat kehittämisideat vien tässä raportissa vain suunnitelman tasolle.



KUVIO 4. Benchmarking- prosessin eteneminen Tykesin kehittäjän tieto- ja menetelmäpankin (2010) kuviota mukaillen.

### 7.3 Oman toiminnan analysointi ja nykytilan kuvaus

Virtanen (2005, 196) toteaa organisaation toteuttaman itsearvioinnin tuottavan organisaation kehittämisen kannalta oleellisia johtopäätöksiä sen vahvuuksista ja kehittämistarpeista sekä näistä johdettuja kehittämisseurauksia. Hämmäläisen (2002, 8) mielestä arvioinnin hyödyllisin osa on itsearviointi. Itsearviointin tavoit-

teena on oman toiminnan, sen perusteiden ja seuraamusten kriittinen analysointi. Itsearviointissa työyhteisössä joudutaan yhdessä pohtimaan syvällisesti työn tavoitteita, toimintamuotoja ja laatujärjestelmiä. Jo pelkästään oman työn pohdinta voi tuoda uusia oivalluksia hyvistä käytännöistä. Myös Hotanen ym. (2001, 10, 12 – 13) mainitsevat, että toteutusvaiheessa on tärkeää oman toiminnan nykytilan määrätietoinen kuvaus sekä oman toiminnan tehokas analysointi. Samansuuntaisesti Löfström (2002, 33 – 37) tähdentää, että tiedonkeruu käsittää kehitettävän alueen määrittelyn ja itsearvioinnin. Itsearviointissa voi käyttää apuna SWOT-analyysia tai kyselyitä.

Karjalainen (2002, 10) toteaa arvioinnin olevan järkevää toimintaa vain, kun se täyttää tekijänsä toiminnan kehittämistarpeet. Perustehtävänä arvioinnilla on toiminnan kehittäminen. Hämäläinen (2002, 7) näkee benchmarking-arvioinnin hyödynä sen, että kehittämisen kohteilla itsellään on mahdollisuus vaikuttaa arvioinnin suunnitteluun ja toteuttamiseen. Tällöin tuloksia todennäköisesti myös käytetään hyödyksi, koska tuloksiin sitoutuminen on vahvempaa.

Olemme tehneet osastolla ITE-arvioinnin kartoittaaksemme kehittämistarpeen. ITE-arvioinnista nousi kehittämistarve, johon benchmarking-tarkastelu kohdistetaan. Syksyllä 2009 kehittämisiltapäivässä täsmensimme kehittämisen kohdetta kotihoidon kanssa tehtävään yhteistyöhön, sillä koemme kotihoidon olevan toimintamme kannalta tärkein yhteistyökumppani. Benchmarking-prosessin tavoitteena on saada omalle osastollemme konkreettisia keinoja, joiden avulla yhteistyötä kotihoidon kanssa voi tehdä paremmin ja kehittää. Osaston toiminnan perusteelliseen analysoimiseen käytimme SWOT-analyysia.

### 7.3.1 Osaston itsearviointi

Ylemmän ammattikorkeakoulun opintojen opintojaksolla teimme neljän hengen ryhmässä osaston L31 toiminnasta itsearviointia SWOT-analyysin muodossa.

SWOT- analyysiin (TAULUKKO 2) on tarkoin pohdittu osaston toiminnan pohjalta osaston vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhkatekijät.

TAULUKKO 2. Osasto L31:n SWOT-analyysi

<p><b>VAHVUUDET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ tarjoamme yksilöllistä ja hyvää hoitoa</li> <li>○ moniammatillisen työryhmän laaja tietotaito</li> <li>○ ammattitaitoiset työntekijät</li> <li>○ osaston profiili on selkeästi rajattu</li> <li>○ toimivat, selkeät tilat</li> </ul>	<p><b>HEIKKOUEDET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ kotiuttamisprosessi</li> <li>○ omaisten ohjaus</li> <li>○ viriketoiminnan vähyys</li> <li>○ toiminnallisen kuntoutuksen keinojen vähyys</li> <li>○ geriatriin puuttuminen päivittäisestä työstä</li> </ul>
<p><b>MAHDOLLISUUDET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ dementoivien sairauksien täsmälääkkeen kehittäminen</li> <li>○ viriketoiminnan ja aktiivisen toiminnallisen kuntouttamisen lisääminen.</li> <li>○ vapaaehtoiset työntekijät</li> <li>○ omaisten aktiivisuus</li> </ul>	<p><b>UHAT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ikääntyneiden lukumäärällinen kasvu</li> <li>○ jatkohoitopaikkojen riittämättömyys</li> <li>○ osastolle tulee profiilin ulkopuolelle sijoittuvia potilaita</li> <li>○ tutkimusjaksolle tulevilla potilailla on entistä enemmän vahvoja käytöshäiriöitä</li> <li>○ ammattitaitoisen henkilökunnan saaminen</li> <li>○ omaiset eivät sitoudu potilaan hoitoon</li> </ul>

## Vahvuudet

Osasto L31:n toteuttamassa hoitotyössä korostuu jo osaston luonteen vuoksi potilaan yksilöllisyys. Dementoivaa sairautta sairastavat potilaat oireilevat monella eritavalla, mikä on huomioitava hoitotyössä hyvin, jotta potilaan kanssa pystytään toimimaan yhteistyössä. Hoitotyössä huomioimme potilaan kokonaisuutena, sillä usein niin sanotut somaattiset oireet/sairaudet on potilailla hallinnassa ja ongelmat ilmenevät nimenomaan ympäröivän maailman ymmärtämisen hankaluutena.

Osastolla on käytettävissä moniammatillisen työryhmän laaja tietotaito. Moniammatilliseen työryhmään kuuluvat lääkäri, konsultointiapuna geriatri, fysioterapeutti sekä kuntohoitaja, sosiaalityöntekijä, osastonhoitaja, hoitotyöntekijät (sairaanhoitaja ja perus-/lähihoitaja) sekä tarvittaessa psykologi, puheterapeutti, toimintaterapeutti ja sairaalapastori. Lisäksi osaston on mahdollista hyödyntää apteekin tarjoamaa palvelua turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi. Tarvittaessa farmaseutti tulee mukaan lääkärinkierrolle ja on apuna muun muassa lääkeyhteisvaikutusten huomioimisessa.

Osastolla L31 on ammattitaitoinen, vähän vaihtuva henkilökunta. Koko osaston henkilökunta on saanut täsmäkoulutusta dementiapotilaiden hoitotyöhön. Koulutuksessa painotus oli nimenomaan dementiaa sairastavan potilaan lääkkeettömässä hoidossa. Henkilökunnan vähäinen vaihtuvuus kertonee hyvästä työilmapiiristä ja työssä viihtymisestä. Henkilökunnan vähäinen vaihtuvuus mahdollistaa myös pitkän työuran aikana kertyvän hiljaisen tiedon karttumisen.

Osasto on vuonna 2009 täysin remontoitu nykyaikaiseksi. Osastolla on toimivat ja selkeät tilat. Värimaailmaan on valittu vaalean keltaista ja vaalean vihreää, jotka sopivat nimenomaan muistisairaalle potilaalle.

## Heikkoudet

Osastolta kotiuttamisprosessia on mahdollista tehostaa. Kotiuttamisprosessin pitäisi alkaa heti, kun potilas tulee osastolle. (Lento-Hukkinen 2009, 58, 60). Henkilökunnan asenteet ovat Lento-Hukkisen (2009, 50, 57) mukaan suurimpana esteenä kotiuttamiselle. Hammar (2008, 55, 59, 102) toteaa, että epäonnistunut kotiutuminen johtuu useimmiten valmistelemattomasta kotiutuksesta ja puutteellisesta yhteistyöstä ja asiakaskohtaisesta tiedonvaihdesta sairaalan ja kotihoidon työntekijöiden kesken. Onnistunut kotiutuminen edellyttää toimivaa yhteistyötä ja tiedonkulkua. Osastolla L 31 kotiutuksen suunnittelussa sekä kotiutuksessa on mukana potilas, omainen, kotihoito, osaston fysioterapeutti, hoitohenkilökunta sekä tarvittaessa kotiuttamistiimi.

Osastolla ei aina riittävästi ohjata potilaiden omaisia dementoituneen potilaan hoitoon. Tietoa toki annetaan omaisten sitä kysyessä, mutta järjestelmällinen tiedonanto ja ongelmatilanteiden ohjaus puuttuu. Monet omaisista toimivat potilaiden omaishoitajina, joten oletuksena ilmeisesti on, että heille on jo aiemmin annettu tietoa.

Osastolla käy vain kerran viikossa askartelunohjaaja pitämässä viriketuokiota potilaille. Osaston henkilökunnalta puuttuu tieto, taito, kokemus ja ehkä rohkeuskin päivittäisten viriketuokioiden pitämiseen. Osastolle on remontin yhteydessä hankittu useita erilaisia pelejä, palloja ja muita fysioterapeutin hyväksi katsomia välineitä virkistystoimintaa ajatellen. Osaston potilaat ovat usein fyysisesti erittäin hyväkuntoisia. Viriketoiminnan lisäämiseksi osastolta voitaisiin kouluttaa muutamia kiinnostuneita vetämään viriketoimintaryhmiä vaikka päivittäin.

Toiminnallinen kuntoutus ilmenee lähinnä vain päivittäisten toimintojen yhteydessä, kuten wc-käynnit, pesutoimet ja muu hygienian hoito. Sairaalassa on vaikea toteuttaa kodinomaisia olosuhteita, jossa potilas voisi halutessaan esimerkiksi pyyhkiä pölyjä, kastella kukkia, keittää kahvia tai tehdä voileipiä. Toiminnallisen kuntouttamisen lisäämiseksi potilaita voisi kuitenkin ottaa ohjatusti mukaan osas-

ton ”rutiinien” tekemiseen, kuten päiväsalin pöytien pyyhkimiseen tai vaatekärryjen purkamiseen.

Heikkoutena on myös geriatriin puuttuminen osaston päivittäisestä työryhmästä. Osastolla työskentelee lääkäri, joka voi konsultoida geriatria. Muistihäiriöisten potilaiden niin sanotun ”muistilääkityksen” aloitus vaatii kuitenkin tarkan diagnoosin verikokeiden ja pään CT-kuvan pohjalta. Lääkityksen voi aloittaa vain geriatri. Lisäksi sekavien, levottomien muistihäiriöisten potilaiden sopivan lääkityksen löytyminen on usein ongelmallista jopa geriatrille.

### Mahdollisuudet

Alzheimerin tauti ja muut muistisairaudet ovat kansantauteja, joiden hoitaminen tulee olemaan merkittävä kansanterveydellinen ja -taloudellinen haaste. (Luoma 2009, Suhonen 2010.) Dementoituminen on suurin pysyvään laitoshoitoon joutumisen syy ja laitoshoidon on yhteiskunnalle aina kallis vaihtoehto. Sulkava (2007) on seurannut dementian hoidosta aiheutuvia kustannuksia. Vuonna 2005 dementoituneiden potilaiden avohoidon on kulunut 893 miljoonaa euroa, kun samana vuonna dementoituneiden potilaiden laitoshoidon on kulunut 2 231 miljoonaa euroa. Vuonna 2015 summien arvellaan olevan avohoidon osalta 1 105 miljoonaa euroa ja laitoshoidon osalta 2 760 miljoonaa euroa. Stakesin arvion mukaan demensioireisten ihmisten hoitoon kuluu vuodessa noin 4 miljardia euroa eli 6 % kaikista sosiaali- ja terveystalouden menoista (Stakes 2008). Lääketiede yrittääkin kehitellä täsmälääkettä dementoitumisen pysäyttämiseksi ja toimintakyvyn säilymiseksi (Gernet 2008). Mahdollista on, että tulevaisuudessa tällainen lääke pystytään kehittämään.

Mahdollisuutena voisi olla viriketoiminnan lisääminen kolmannen sektorin voimin. Vapaaehtoiset työntekijät voisivat muun muassa käydä potilaiden kanssa ulkoilemassa, lukea heille sanomalehtiä ja muistella potilaiden kanssa menneitä.



Mahdollisuutena näkisimme myös omaisten aktiivisemmän tukemisen. Hölsän (2008, 36) mukaan dementoituneella ihmisellä ja hänen perheellään on erityinen tuen tarve, mutta nykyisestä palvelujärjestelmästä puuttuu selkeät dementian alkuvaiheen tukemisen käytännöt. Perheet joutuvat selviytymään omien taitojensa mukaan. Jos omaiset saisivat enemmän tietoa dementoivan sairauden aiheuttamista muutoksista ihmisen käyttäytymisessä sekä tietoa kaikista mahdollisista rahallisista tuista ja saatavissa olevista avuista, jaksaisivat omaiset ehkä pidempään hoitaa sairastuneen omaisensa asioita. Tietoa ja tukea omaisille voisi enemmän antaa esimerkiksi järjestämällä omaisten iltoja mutta myös ottamalla omaiset järjestelmällisemmin huomioon päivittäisessä hoitotyössä.

### Uhat

Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan Päijät-Hämeessä ja Lahdessa ikääntyvän väestön suhteellinen osuus kasvaa nopeammin kuin muualla Suomessa keskimäärin. Ennusteen mukaan vuonna 2015 Lahdessa on 75 vuotta täyttäneitä 9,1 % väestöstä, kun koko Suomessa heidän osuutensa on 8,4 %. (Näränen ym. 2003, 5.) Tilastokeskuksen mukaan Lahden kaupungin väkiluvusta oli vuonna 2003 yli 75-vuotiaiden osuus 7,1 %, vuonna 2025 heidän osuutensa arvioidaan olevan 13 %. 75-vuotiaista on noin 25 % kunnallisten palvelujen piirissä (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2010). Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen arvion mukaan ympärivuorokautisessa laitoshoidossa on muistisairausten diagnoosin vuoksi Suomessa noin 65 % yli 75-vuotiaista sekä 65 -74-vuotiaista ihmisistä noin 45 % (Finne-Soveri 2009). On selvää, ettei kaikille tarvitsijoille riitä kunnallisia hoitopaikkoja.

Tutkimusjaksolle tulevilla on nykyisin havaittavissa enemmän vahvoja käytöshäiriöitä kuin aiemmin. Dementoituneen, käytöshäiriöisen potilaan kotiuttaminen on harvoin enää mahdollista, jolloin osastolle jää yhä useampi tutkimuspotilas odottamaan jatkohoitopaikkaa eikä tällöin uusia tutkimuspotilaita voida ottaa tutkimuksiin. Lisäksi osastolle tulee hoitoon useammin potilaita osaston profiilin ”ulkopuolelta”, koska hoitopaikkoja on liian vähän tarjolla. Päijät-Hämeen kes-

kussairaalasta (PHKS) jatkohoitoon tuleville potilaille on järjestettävä hoitopaikka, ettei Lahdelle aiheudu sakkokuluja jatkohoitopaikkaa jonottavista. Myös PHKS:n psykiatrian osaston muuttuminen viikko-osastoksi on saattanut vaikuttaa ajoittain osaston profiiliin. Psykkisesti sairaiden ja dementoivaa sairautta sairastavien potilaiden hoitaminen samassa hoitopaikassa lisää sekä levottomuutta hoitoympäristöön että dementoivaa sairautta sairastavien potilaiden käytöshäiriöitä. Henkilöstön ikääntyminen ja eläkkeelle siirtyminen nähdään suurena haasteena. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laatuun ja tuloksellisuuteen vaikuttavat ennen kaikkea ammattitaitoisen henkilöstön määrä ja osaaminen. (Hallitusohjelma 2007, 53.) Tulevaisuudessa ammattitaitoisen henkilökunnan saaminen tuottaa enenevässä määrin ongelmia. Eläköityminen ja väestön ikääntyminen tuo siis monenlaisia ongelmia tulevaisuuteen.

Tulevaisuudessa potilaiden omaisten sitoutuminen tai mahdollisuus osallistua omaisensa hoitoon ei ehkä ole itsestään selvää, koska työelämä muuttuu jatkuvasti hektisemmäksi. Hölsän (2008, 28) pro gradu-tutkielmaan osallistuneista omaisista monet ilmoittivat olevansa haluttomia omaishoitajuuteen. Monet omaiset kokivat omaishoitajuuden lähes mahdottomaksi, sillä heidän mielestään oli vaikea hoitaa kahden talouden asioita, etenkin jos omainen asuu toisella paikkakunnalla. Yhä useammin käytännössä tulee vastaan tilanteita, jolloin omaisia asuu myös Suomen rajojen ulkopuolella. Hölsän (2008, 57) mukaan omaiset haluavat dementoituneille vanhemmilleen mahdollisimman hyvää hoitoa ja huolenpitoa, vaikka eivät itse ole innokkaita hoitoa tarjoamaan. Turvatakseen dementoituneen omaisensa hyvinvoinnin he järjestävät hänelle laitospaikan.

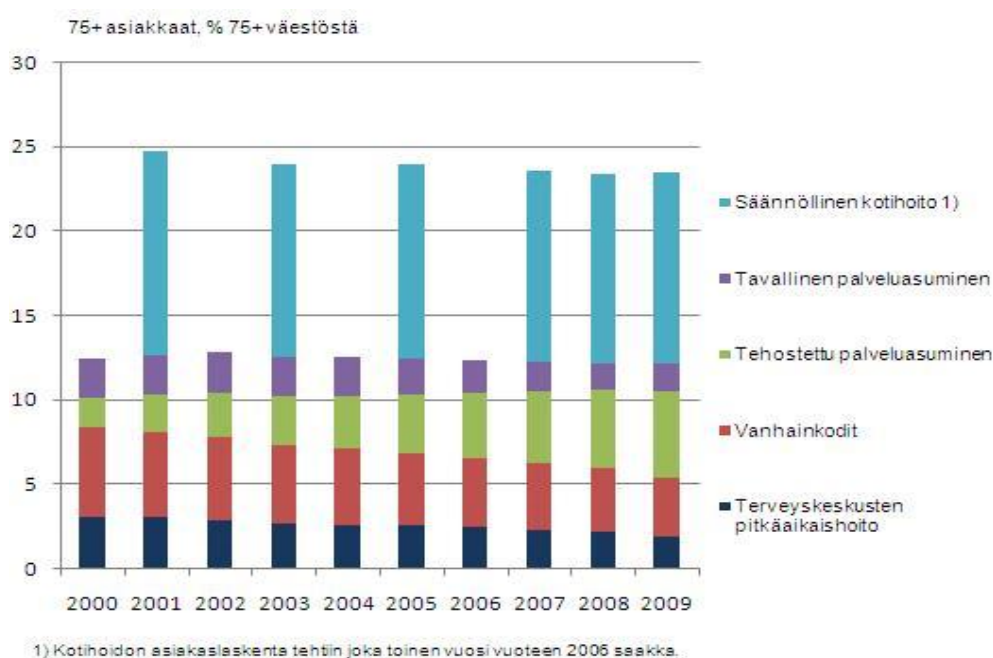
SWOT- analyysissä korostuu ITE-arvioinnin suuntaisesti osaston toiminnan kannalta yhtenä heikkoutena kotiuttamisprosessi. Kotiuttamisen tärkeänä osa-alueena on toimiva yhteistyö kotihoidon kanssa. Lisäksi SWOT-analyysissä näkyy uhkana jatkohoitopaikkojen riittämättömyys, joka puolestaan tukee kotihoitoon painotusta.

### 7.3.2 Kotihoito Lahdessa

Lahdessa kotihoito, osana vanhusten avopalveluita, kuuluu organisaatiossa vanhustenpalvelujen ja kuntoutuksen palveluyksiköihin (katso KAAVIO 1). Vanhusten avopalveluiden tehtäviin kuuluu vastata vanhusten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidosta, vanhusten palveluasumisesta, SAS (seuraa - arvio - sijoita)-toiminnasta ja omaishoidon tuesta. (Lahden kaupunki 2010c). Kotihoito on osa vanhusten palvelukokonaisuutta, jossa kotihoidon palveluja toteutetaan yhdessä asiakkaan, omaisten ja eri yhteistyötahojen kanssa. Kotihoito tarjoaa asiakkaalle huolenpitoa ja hoitoa, kun turvallinen kotona asuminen edellyttää sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen apua. Kaupungin kotihoito kohdentuukin paljon hoitoa tarvitseviin ikäihmisiin ja pitkäaikaissairaisiin. Kotihoidon avuntarpeen arvioinnissa huomioidaan asiakkaan kuntoisuus sekä henkinen ja sosiaalinen vireys. Avun tarpeen ollessa vähäistä kotihoito auttaa järjestämään palvelut yksityisiltä tai vapaaehtoisilta auttajilta. Asiakkaan jäädessä kotihoidon piiriin hänen kanssaan laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa määritellään hoidon sisältö ja käyntikertojen määrä. Kotihoidon toiminnalla tuetaan asiakkaan selviytymistä arkielämän toiminnoissa ja elämänhallintaan liittyvissä tilanteissa. Kotona asumista tuetaan erilaisten tuki- ja turvapalveluiden (ateriapalvelu, kauppapalvelu, saunapalvelu ja turvapuhelin palvelu) avulla sekä pitkäaikaissairaille myönnettävillä hoitotarvikkeilla. (Lahden kaupunki 2011.) Lahden kaupungin 2010 päivitetty kotihoidon kriteerit ja palvelujen sisältö on kuvattu Lahden kaupungin Internet sivuilla (LIITE 3).

Lahden sosiaali- ja terveystoimialan käyttösuunnitelman (2010d) mukaan sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut vuonna 2008 määrällisen tavoitteen 75 vuotta täyttäneiden kohdalla, että 91 – 92 % asuu kotona itsenäisesti tai palvelutarpeen arvioinnin perusteella myönnettyjen palvelujen turvin ja 13 -14 % heistä saa säännöllistä kotihoitoa. Vanhusten avopalveluiden toiminnallisena tavoitteena vuodelle 2010 on käyttösuunnitelmassa asetettu yli 75-vuotiaiden ikäryhmälle tavoite- tasoksi, että 91 % heistä asuu kotona ja säännöllisen kotihoidon piirissä on 9 %.

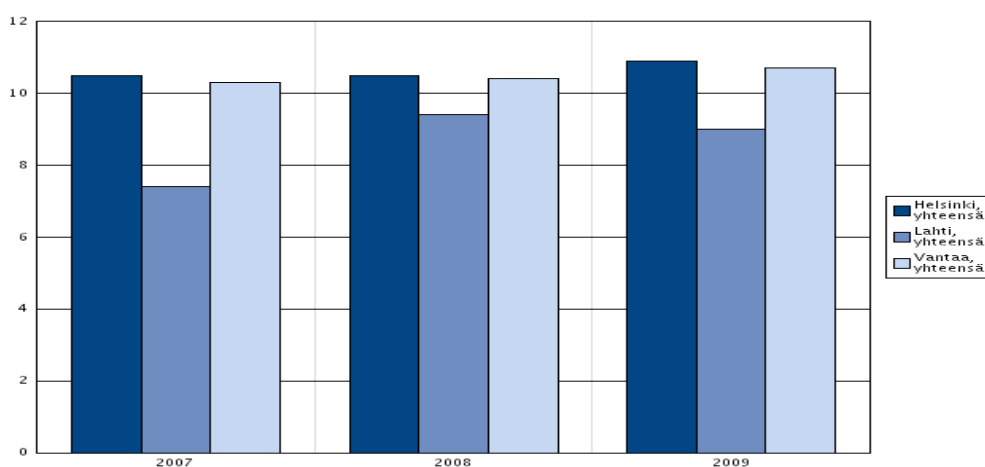
Koko Suomessa vuoden 2009 lopussa oli yli 75 vuotiaista ikääntyneiden laitos- ja asumispalveluiden piirissä 12.1 % ja säännöllisen kotihoidon piirissä 11.4 %. Molempien kattavuudet ovat laskeneet 2000-luvulla, vaikka asiakasmäärä onkin kasvanut. Kuviossa 5 on esitetty yli 75 vuotiaiden suomalaisten palvelujen kehitys. Kuviosta ilmenee, että terveyskeskusten pitkäaikaishoidon potilaiden ja kotihoidon sekä vanhainkotien ja tavallisen palveluasumisen asiakkaiden prosentuaalinen määrä on vähentynyt, kun taas tehostetun palveluasumisen asiakasmäärä on kasvanut.



KUVIO 5. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen 15.3.2011 päivitetty ikääntyneiden palvelujen kehitys (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2011).

Kuviossa 6 tarkennetaan, kuinka monta prosenttia 75 vuotta täyttäneistä sai vuosina 2007 - 2009 säännöllistä kotihoitoa tähän opinnäytetyöhön oleellisena kuuluvien kaupunkien Helsingin, Vantaan ja Lahden alueella. Tiedot on saatu terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen kotihoiton asiakaslaskennasta, johon kerätään tiedot kaikista niistä asiakkaista, joilla on palvelu- tai hoitosuunnitelma tai jotka saavat kotipalvelua, kotisairaanhoidoa tai päiväsairaalahoitoa vähintään kerran

viikossa. Tähän kuvioon on poimittu vain ne asiakkaat, jotka ovat saaneet kotipalvelua tai kotisairaanhoidoa. Kuviosta ei ilmene avopalveluihin panostaminen, sillä kunta voi tarjota paljon apua harvoille asiakkaille tai vähän palvelua monille asiakkaille. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011). Kuviosta ilmenee, että Helsingissä ja Vantaalla 75 vuotta täyttäneistä on kaikkina kolmena vuotena ollut suurempi osa säännöllisen kotihoidon piirissä kuin Lahden yli 75 vuotiaista. Kaikissa kolmessa kaupungissa säännöllisen kotihoidon piirissä olevien yli 75 vuotiaiden asiakkaiden määrä on kasvanut vuodesta 2007 vuoteen 2009.



KUVIO 6. Säännöllisen kotihoidon piirissä vuosina 2007- 2009 olleet 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden prosentuaalinen osuus vastaavanikäisestä väestöstä (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011).

### 7.3.3 Osasto L31:n ja kotihoidon yhteistyön nykytila

Osastolla L31 tehdään yhteistyötä kotihoidon kanssa lähinnä suunniteltaessa potilaan kotiutusta. Lähes kaikilla osastolle L 31 hoitajaksolle tulevilla potilailta on jo aiemmin käynyt kotihoito tukemassa kotona selviytymistä. Hoitajaksolla on kuitenkin myös potilaita, joilla ei ole aiemmin ollut tarvetta kotihoidon palveluihin mutta kotona pärjääminen edellyttää jatkossa kotihoidon apua. Kotihoidon kanssa tehtävän yhteistyön ja yhteisten tavoitteiden merkitys on kotiutuksen suunnittelus-

sa ja onnistumisessa tärkeää. Osaston oman seurannan mukaan vuonna 2010 osastolle tulleesta 172 potilaasta kotiutui takaisin omaan kotiin 88 potilasta, joten olemme kotihoidon kanssa yhteistyössä kohtalaisen paljon.

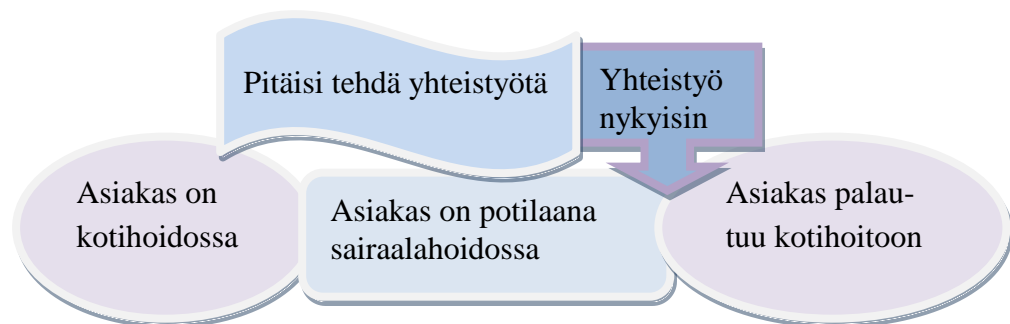
Kotihoidon asiakkaat tulevat osastolle potilaiksi usein kotihoidon lääkärin lähettämänä. Kotihoidossa on koettu ongelmia, joiden selvittämiseksi asiakas tarvitsee tutkimusjaksoa osastolla L31. Lähetä on kotihoidon lääkärin kirjoittama eikä lähetteessä useinkaan ilmene hoitjakson tavoitteen määrittelyn kannalta tärkeitä käytännön ongelmia. Osastolta ollaan usein puhelimitse yhteydessä kotihoitoon vasta suunniteltaessa potilaan kotiutusta, jolloin ilmeneekin muita ongelmia, jotka ovat haitanneet asiakkaan kotona pärjäämistä. Tällöin kotiutus viivästyy ja sairaalahoito pidentyy, koska emme ole hoitajaksolla kiinnittäneet huomiota näihin käytännön ongelmiin. Lahden kaupunginsairaalassa on pidetty vanhuspalveluiden johtajan johdolla kaksi yhteistyökokousta, joissa muun muassa tähän ongelmaan on kiinnitetty huomiota. Kotihoidon työntekijät ovat tietoisia ongelmasta ja he ovat luvanneet jatkossa kirjoittaa myös hoitotyön yhteenvedon. Lahdessa kotihoodolla ja sairaalalla on yhteinen tietojärjestelmä, jonka avulla tiedon siirto on helppoa.

Tavoitteen sekä kotihoidon hoitotyölle että sairaalahoidon hoitotyölle pitäisi olla yhteneväinen, iäkkään potilaan kotona asumisen mahdollistaminen ja tukeminen. Kuitenkin liian usein myös kotihoidon hoitajien ja sairaalan hoitajien näkemykset asiakkaan kunnosta ovat erisuuntaisia. Sairaalan moniammatillisen tiimin näkökulmasta potilaan edellytykset pärjätä kotona ovat hyvät mutta kotihoito näkee asian eri tavalla. Luottamus toistemme näkemyksiin ja ammattitaitoon ei aina ehkä ole asianmukaisella tasolla. Luottamuksen syntyyn vaikuttaa myös tietämättömyys toistemme työn luonteesta ja toimintaympäristön vaikutuksesta työn tekemiseen. Sairaalassa on helppo jättää potilaan tila seurantaan, koska hoitaja on aina paikalla. Kotona tilanne on erilainen, sillä seuraavaan hoitajan käyntiin saattaa olla pitkäkin aika.

Lahden yhteistyöpalavereissa myös tähän ongelmaan kiinnitettiin huomiota. Toistemme työhön ja työn ehtoihin tutustumiseksi sovittiin yhteistyöpalaverissa, että kotihoidon palveluohjaajat käyvät kaikilla osastoilla kertomassa omasta työstään ja asiakkuuden kriteereistä. Vastavuoroisesti osastoilta käyvät osastonhoitajat kertomassa kotihoidon henkilökunnalle osastonsa toiminnasta ja luonteesta. Tällainen jalkautuminen voisi auttaa myös siihen ongelmaan, että potilaat tulevat osastolle tutkimusjaksolle usein aivan liian myöhään. Tiedon saamisen ansiosta kotihoidon henkilökunta mahdollisesti kiinnittäisi aiemmin huomiota asiakkaansa muistihäiriöihin. Siten potilaan muistitutkimukset voitaisiin aloittaa varhaisemmassa vaiheessa, jolloin mahdollisen lääkityksen aloittamisesta olisi todellista hyötyä.

Lahden kaupunginsairaalan yhteistyöpalavereissa tuli esille myös se, että usein kotihoidossa on jo tehty asiakkaalle muistitutkimuksia, jotka sitten sairaalassa tehdään uudestaan. Tämä käytäntö lisää työn päällekkäisyyttä ja toisaalta myös luo kotihoitoon mielikuvaa, ettei heidän työtään arvosteta.

Kuviossa 7 kuvaan asiakkaan hoitoprosessista ajanjaksoa, jolloin yhteistyö kotihoidon ja sairaalan välillä tulisi erityisesti toimia. Sairaanhoidajan käsikirjassa (2010) ohjataan aloittamaan kotiutusjärjestelyt jo asiakkaan tullessa osastolle. Onnistuneen kotiutuksen edellytyksenä pidetään jatkuvaa ja suunnitelmallista yhteistyötä hoitoon osallistuvien kanssa. Nykytilan kuvauksessa ilmenee, että osastolla L 31 tehdään yhteistyötä kotihoidon kanssa lähinnä vain kotiutusta suunniteltaessa, joka kuviossa 7 näkyy tummemman sinisellä alustalla.



KUVIO 7. Sairaalan ja kotihoidon välisen yhteistyön alue.

Yhteistyön teoriaosaan kootusta tutkimuskirjallisuudesta (kts luku 4.1) löytyy täysin vastaavanlaisia ongelmia yhteistyön toiminnassa kuin osasto L31:n ja Lahden kaupungin kotihoidon välisessä nykytilan kuvauksessa tulee esille.

#### 7.4 Benchmarking-kumppaneiden valinta

Olimme osastolla suunnitelleet benchmarking-vierailua erääseen geriatriseen tutkimusyksikköön. Kohdeorganisaation henkilöstö kuitenkin kieltäytyi benchmarkauksesta, sillä he kokivat, ettei heillä ole yhteistyötä kotihoidon kanssa vielä kehitetty. Jouduin siis etsimään toista kohdeorganisaatiota.

Olin aiemmin tutustunut Lento-Hukkisen (2009) opinnäytetyöhön, jossa mainittiin yhteistyö kotihoidon kanssa tärkeänä kotiutumista edistävänä seikkana. Oletukseni oli, että tässä työyksikössä on yhteistyötä kotihoidon kanssa kehitetty. Etsin tämän yksikön yhteystiedot ja lähetin heille yhteistyöpyynnön (LIITE 4) sähköpostin välityksellä. Löfströmin (2002, 33 - 37) mukaan kohdeorganisaation etsimiseksi voi laittaa esimerkiksi Internetin kautta kyselyn useampaan samanlaiseen toimintayksikköön. Varmuudeksi etsin vielä Internetin avulla toisenkin omaa yksikköämme vastaavan yksikön, jossa esittelytietojen mukaan on kehitetty toimintaa aktiivisesti. Laitoin myös heille sähköpostitse saman yhteistyöpyynnön. Sain kiinnostusta osoittavat vastaukset molemmilta organisaatioilta vielä saman viikon aikana.

Kun opinnäytetyösuunnitelmani hyväksyttiin joulukuussa 2010, hain tutkimuslupaa benchmarking-käyntiä varten Helsingistä (LIITE 5), Kontulan vanhustenkeskukseen sekä Vantaalta (LIITE 6), Katriinan sairaalaan. Sain hyväksytyt tutkimusluvut Helsingistä (LIITE 7) ja Vantaalta (LIITE 8) postitse tammikuussa 2011, jonka jälkeen otin vielä uudestaan yhteyttä osastoille.



## 7.5 Benchmarking-vierailut

Benchmarkingin eettisten ohjeiden mukaan vierailukäyntiin tulee valmistautua huolella, jotta tietojenvaihto olisi mahdollisimman tehokasta (Hotanen ym. 2001, 12 - 13). Tutkimusluvut saatuani otin yhteyttä molempien vierailukohteiden osastonhoitajiin ja sovin heidän kanssaan heille sopivan ajankohdan käynnille. Lisäksi toimitin heille sähköpostin välityksellä alustavan keskustelua ohjaavat kysymysrungot (LIITTEET 9 ja 10).

Tutkimuskysymykset, joihin benchmarking-menetelmällä haen vastausta, toimivat benchmarking-käynnillä myös haastattelun runkona. Kysymykset täsmentyvät ja muokkautuvat benchmarking-käynnin ja haastattelun aikana kohdeorganisaation vastausten mukaan. Tutkimuskysymykset ovat:

- **Miten kohdeorganisaatioissa on kehitetty yhteistyötä geriatrisen tutkimus- ja arviointiyksikön ja kotihoidon välillä?**
- **Mitkä seikat ovat eniten vaikuttaneet edistävästi yhteistyön toimimiseen?**
- **Miten yhteistyön kohentuminen on näkynyt käytännön työssä?**

Ennen käyntejä perehdyin Internetin avulla kohdeorganisaatioiden ja kohdeosastojen toimintaan. Lisäksi selvitin tarkoin kulkuyhteydet ja niiden aikataulut. Molempia käyntejä edeltävänä päivänä olin vielä yhteydessä kyseisen osaston osastonhoitajaan ja varmistin, että etenemme sovitusti.

Hotasen ym. (2001) mukaan käynti esikuvaorganisaatioon voi vaihdella kahdesta tunnista useampaan päivään. Tärkeintä on, ettei käynti muodostu pelkäksi neuvotteluhuonetilaisuudeksi. Tässä benchmarking-käynnissä tavoitteena oli saada konkreettisia keinoja, joiden avulla voimme kehittää yhteistyötä kotihoidon kanssa. Yhteistyö kotihoidon kanssa on toimintaa, jota ei voi nähdä. Tässä tapauksessa

katsoin, että haastattelu on riittävä menetelmä saadakseni vastaukset tutkimuskysymyksiin.

Teen benchmarking-vierailukäynnit yksin, joten nauhoitan haastattelut. Tällöin pystyn mahdollisimman tehokkaasti saamaan käyntien tiedot talteen ja voin itse osallistua aktiivisesti keskusteluun. Benchmarking- käynneillä haastattelen henkilökuntaa etukäteen toimitetun kysymysrunгон mukaisesti. Kysymykset voivat muuttua keskustelun edetessä vastauksista riippuen. Yhden haastattelun olen arvioinut kestävän noin tunnin. Käynnin jälkeen Hotasen ym. (2001) mukaan on tärkeää kirjata ja purkaa käynnin anti välittömästi. Olen suunnitellut purkavani haastattelut auki heti käyntien jälkeisenä päivänä.

### **Vierailukäynti Vantaalle**

Ensimmäisen benchmarking- vierailukäynnin tein helmikuun 2011 alussa geriatri-selle arviointi- ja akuuttiosastolle AKOS1. AKOS1 on Vantaan kaupungin sairaalal palveluihin kuuluva geriatriksen akuuttiyksikön toinen osasto. Osaston fyysinen sijainti on Peijaksen sairaalan tiloissa. Hallinnollisesti sairaalan palvelut ovat osa vanhus- ja vammaispalvelujen tulosaluetta, jonka tehtävänä on vastata vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä vammaispalvelujen järjestämisestä (Vantaan kaupunki 2010).

Sairaalapalvelut tarjoaa vantaalaisille perusterveydenhuollon sairaalapalveluja, joihin kuuluvat tutkimus sekä hoito ja kuntoutus. Sairaalaan tullaan lääkärin lähetteellä kotoa, muista hoitopaikoista tai päivystyksestä. Hoitajakson tavoitteena on mahdollisimman lyhyt sairaalahoito sekä kuntouttaminen ja pikainen kotiutuminen takaisin varsinaiseen asumis- tai hoitopaikkaan. Sairaalan palvelut perustuvat sosiaali- ja terveydenhuollon eri ammattilaisten yhteistyöhön. Hoidon toteutuksessa pyritään edistämään ja ylläpitämään potilaan toimintakykyä sekä vahvistamaan potilaan omia voimavaroja. Tavoitteena on mahdollistaa potilaan itsenäistä selviytymistä päivittäisissä toimissa. Potilaan oma aktiivinen rooli on tärkeässä asemas-

sa. Sairaala tukee omalta osaltaan vantaalaisten kotona selviytymistä. (Vantaan sairaalapalvelujen esite 2011.)

AKOS1 osasto on profiloitunut akuuttia perusterveydenhuollon hoitoa tarvitsevan potilaan hoitoon. Osastolla tutkitaan, arvioidaan, hoidetaan ja kuntoutetaan potilaita, jotka kärsivät äkillisestä yleistilan laskusta, sairaudesta tai vammasta. Potilaat tulevat osastolle Peijaksen päivystysalueelta tai lääkärin lähettäminä suoraan kodistaan tai muusta asuinpaikasta. Osastolla on 20 potilaspaikkaa 1 – 2 hengen huoneissa. Osastolla on tarkoitus aloittaa potilaan hoito ja kuntoutus välittömästi, niin että potilas voi mahdollisimman pian kotiutua tai palata entiseen asumismuotoonsa. Osaston henkilökuntaan kuuluvat osastonlääkäri, osastonhoitaja, sairaanhoitajia, lähihoitajia, fysioterapeutteja sekä osastonsihteeri. Osastolla tehdään yhteistyötä kotihoidon, palvelutalojen ja vanhainkotien kanssa, erityisesti kotiutusvaiheessa. Hoidon tavoitteena on edistää potilaan itsenäistä suoriutumista, jotta hän voisi asua mahdollisimman pitkään omassa kodissaan tai muussa kodinomaisessa ympäristössä. Itsenäistä suoriutumista tuetaan ja lisätään muun muassa hoidolla, ohjauksella, lääkityksellä, fysioterapialla ja avustamisella. Potilaan omien voimavarojen löytäminen, ylläpitäminen ja edistäminen ovat oleellisen tärkeitä itsenäisen toimintakyvyn säilyttämisessä. (Vantaan kaupunki 2011.)

Vantaan sosiaali- ja terveydenhuollon käyttösuunnitelmassa vuodelle 2010 on rakenteellisena muutoksena ja palvelujen kehittämisenä mainittu muun muassa, että vanhustyön kotihoidon osuutta lisätään. Lisääntyvään kotihoidon tuottamiseen pyritään Vantaalla vastaamaan lisäämällä kumppaneita kilpailuttaen kotihoidon palvelut. Samaan aikaan pitkäaikaista laitoshoidoa vähennetään. Vantaalla kotihoidon palvelut kuuluvat vanhusten avopalvelujen vastuulle. Käyttösuunnitelman mukaan Vantaalla on arvioitu vuonna 2010 yli 75 vuotiaita olevan 8 900, joista 8 % on pitkäaikaishoidossa ja säännöllisen kotihoidon piirissä 8,6 %. (Vantaan kaupunki 2010, 57 – 58, 86 - 87.) Vantaalla kotihoidolla on seitsemän toimipistettä ja kotihoitoon kuuluu 24 tiimiä. Kotiutushoitajia Vantaalla on kolme.

Vantaan kaupungin kotihoito tukee asukkaita, jotka eivät pärjää itsenäisesti, omaisten tukemina tai muiden palveluiden avulla omassa kodissaan. Kotihoito tukee omassa kodissa asumista neuvonnan, ohjauksen, hoidon sekä kuntoutuksen avulla. Kotihoitoa järjestetään kaikkina viikon päivinä, myös öisin. Kotihoidon palvelujen saamiseen on asiakkaan täytettävä kaupungin hyväksymät kriteerit. Palvelujen tarve arvioidaan kotikäynnillä yhteistyössä asiakkaan ja hänen omaisensa kanssa. Arvioinnissa huomioidaan yksityiset palvelut, vapaaehtoistyö ja lähipiirin osallistumismahdollisuus hoitoon. Asiakkaalle voidaan järjestää myös tukipalveluita, joita ovat ateria-, kylvetys-, pyykki-, siivous-, kauppa- ja turvapalvelut, joiden saamiseen on omat kriteerit. (Vantaan kotihoidon palvelut.)

Haastattelutilanteessa oli AKOS1 henkilökunnasta seitsemän henkilöä, joista viisi osallistui aktiivisesti haastatteluun. Haastattelun kannalta henkilöiden ammatinimikkeellä ei ollut merkitystä, sillä kaikki ovat osallisena kotiutuksissa ja näin ollen myös tekevät yhteistyötä kotihoidon kanssa. Haastattelun alussa esittelin itseni ja kerroin opinnäytetyöstäni pääpiirteittäin sekä kertosin haastattelun tavoitteen. Kerroin myös nauhoittavani haastattelun, jotta saan haastattelusta talteen mahdollisimman paljon aineistoa. Lisäksi tähdensin, ettei nauhoitusta tule kuulemaan kukaan muu kuin minä ja että nauhoituksen sisältöä ei käytetä muuhun tarkoitukseen kuin tähän opinnäytetyöhön.

Alkukankeuden jälkeen henkilökunta osallistui haastatteluun aktiivisesti. Haastattelun aikana tuli esille monia mielenkiintoisia toimintamahdollisuuksia, jotka eivät varsinaisesti kuulu tähän opinnäytetyöhön, mutta joita voisi muutoin hyödyntää omassa työssäni. Esimerkiksi kotikäyntejä osastolta tekevät lähinnä fysioterapeutit ja toimintaterapeutit, joten kotikäynnillä hyödynnetään myös toimintaterapeutin ammattiosaamista. Henkilökunnan asenne oli varsin positiivinen ja realistinen kotihoitoa ja nykyistä jatkohoitopaikkaongelmaa kohtaan. Haastattelusta sain haastattelurunon mukaisia vastauksia, muutamia ongelmakohtia, kehittämisajatuksia sekä kehittämisen vaikutuksia työn tekemiseen. Haastattelu kesti 24 minuuttia.

Seuraavana päivänä, purettuani haastattelun auki, lähetin osastonhoitajalle sähköpostilla haastattelun pääpiirteittäisen sisällön varmistaakseni, että olin ymmärtänyt asiat oikein. Lisäksi laitoin sähköpostiviestiin vielä muutaman tarkentavan lisäksymyksen, joihin sain myöhemmin osastonhoitajan vastauksen.

### **Vierailukäynti Helsinkiin**

Toisen benchmarking-vierailukäynnin tein helmikuun 2011 puolenvälin vaiheilla Helsinkiin, Kontulan vanhustenkeskukseen. Kontulan vanhustenkeskus kuuluu sosiaaliviraston alaisuuteen, mikä huolehtii helsinkiläisten sosiaalipalveluista. Sosiaalivirastossa on viisi vastuualuetta, joita ovat lasten päivähoito, lapsiperheiden palvelut, aikuisten palvelut, vanhusten palvelut ja hallinto- ja kehittämiskeskus. Vastuualueet tarjoavat yhdessä helsinkiläisille koko elämänkaaren kattavat sosiaalipalvelut. Toiminnan lähtökohtana on aina asiakkaan elämänvaihe. Avainsanoja sosiaaliviraston toiminnalle ovat asiakaslähtöisyys, kumppanuus ja vaikuttavuus. Sosiaalivirasto tekee tiivistä yhteistyötä kaupungin eri hallintokuntien, alan järjestöjen, kaupunginosayhdistysten sekä erilaisten asukas- ja asiakasyhteisöjen kanssa. (Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto 2011.)

Kontulan vanhustenkeskuksen ryhmäkoti osasto 6 on nimeltään Pohjantähti. Pohjantähti on 14-paikkainen arviointi- ja kuntoutusosasto Helsingin itäisen alueen yli 65-vuotiaille muistisairaille henkilöille. Hoitotyötä Pohjantähdessä tekee muistisairauksien hoitoon erikoistunut moniammatillinen henkilökunta. (Helsingin kaupunki, Pohjantähti 2011.) Ryhmäkotien moniammatilliseen tiimiin kuuluvat geriatriaan erikoistuneet lääkärit, osastonhoitaja, sairaanhoitaja, hoitaja, fysioterapeutit, toimintaterapeutit, viriketyöntekijät, sosiaalityöntekijä, laitoshuoltajat ja avustavaa henkilökuntaa. Kontulan vanhustenkeskuksen osastoilla muun henkilökunnan lisäksi työskentelee kuusi fysioterapeuttia, kaksi toimintaterapeuttia, kuntoutukseen erikoistunut lähihoitaja sekä kuntoutusavustaja. Kuntoutustyöntekijöiden perustehtävänä on arvioida, tukea ja edistää asukkaan toimintakykyä moniammatillisessa yhteistyössä. Asukkaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voima-

varat huomioiva kuntoutus perustuu tutkittuun tietoon ja hyviin käytäntöihin. Kuntoutuksella tuetaan asukkaan osallistumista päivittäisessä elämässä sairauksiinsa ja rajoitteistaan huolimatta. (Helsingin kaupunki, kuntoutus 2011.)

Kontulan vanhustenkeskuksessa työtä ohjaavat yhdessä sovitut arvot ja työn periaatteet. Työtä tehdään yhteisöllisyyteen ja vastuuhuoltajamalliin perustuen. Arviointi- ja kuntoutusjaksolla arvioidaan asukkaan kognitiivinen, psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky, jonka perusteella asukkaalle tehdään kuntoutussuunnitelma. Hoito on asiakaslähtöistä ja pohjautuu yhdessä sovittuihin eettisiin periaatteisiin. Hoitotyö perustuu kuntoutus- ja hoitotyönsuunnitelmaan, joka laaditaan yhdessä asukkaan ja hänen läheistensä kanssa. Hoitajakson aikana tehdään kotikäynti sekä pidetään tarvittaessa kotiutuskokous, johon osallistuvat asukkaan ja omaisen lisäksi osaston moniammatillinen tiimi ja kotihoito. Hoidon tavoitteena on kuntouttaa asukas turvallisesti omaan kotiinsa tarvittavien tukitoimien avuin. (Helsingin kaupunki, Pohjantähti 2011.)

Helsingissä kotihoito kuuluu terveystalvelujen alaisuuteen. Helsingissä oli vuonna 2009 kotihoidon piirissä säännöllisen kotihoidon asiakkaina terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen tilastoinnin (2011) mukaan 9 634 asiakasta, joista 10,9 % oli yli 75 vuotiaita. Kotihoito-osastoon kuuluu kuusi kotihoidon palvelualueita, jotka jakautuvat 70 lähipalvelualueeseen, joissa kaikissa toimii kaksi tai kolme asiakasta hoitavaa tiimiä (Helsingin kotihoito 2011). Kotihoito tarjoaa kotipalveluja ja kotisairaanhoidoa vanhuksille, pitkäaikaissairaille, toipilaille ja yli 18-vuotiaille vammaisille. Kotihoidon tavoitteena on turvata asiakkaan hyvä ja turvallinen elämä kotonaan toimintakyvyn heikentymisestä huolimatta. Kotihoidon palveluilla tuetaan kotona asuvaa asiakasta niissä päivittäisissä toiminnoissa (syöminen, peseytyminen, pukeutuminen, sängystä ja tuolista siirtyminen, kävely, WC-käynnit), joista asiakas ei itse suoriudu. Kotihoidon asiakkaat saavat myös tarvitsemansa terveyden- ja sairaanhoidon kotiin, mikäli sen järjestäminen muilla tavoin ei ole järkevää. Kotihoidon asiakkaalle tehdään yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa sovitaan yhdessä asiakkaan ja hänen omaisensa tai läheisensä kanssa

kotihoidon antamista palveluista. Samalla selvitetään myös mahdollisuudet yksityisten palvelujen käyttöön sekä omaisten ja läheisten auttamismahdollisuudet. (Helsingin kotihoito 2011.)

Kontulan vanhustenkeskukseen mennessäni vastaanotto oli lämminhenkinen. Pienen odottelun jälkeen pääsin aloittamaan haastattelun, johon osallistui 4 työntekijää Pohjantähden osastolta. Tässäkään haastattelussa en tarkentanut haastatteluun osallistujien ammattinimikettä mutta kaikki osallistujat olivat työssään tekemisissä kotiutusten ja kotihoidon kanssa. Aluksi esittelin itseni, opinnäytetyön aiheen sekä haastattelun tavoitteen. Kerroin nauhoittavani haastattelun saadakseni mahdollisimman paljon aineistoa haastattelusta talteen. Lisäksi tähdensin, että nauhoituksesta poimin vain tutkimuskysymysten kannalta oleelliset asiat eikä nauhoitusta käytetä muuhun tarkoitukseen kuin opinnäytetyöhöni.

Alusta lähtien haastattelu eteni tutkimuskysymysten suuntaisesti keskustelemaan sävyyn, välillä hieman rönsyillenkin. Haastatteluun osallistujat pohtivat haastattelun aikana keskenäänkin erilaisia ongelmia yhteistyön tekemisessä, jolloin toimin lähinnä kuuntelijana. Osaston henkilökunnalla oli todella paljon mielipiteitä ja ehdotuksia yhteistyöstä kotihoidon kanssa. Heidän mielestään yhteistyötä on kotihoidon kanssa kaiken aikaa kehitetty ja kehittäminen jatkuu edelleen. Henkilökunnan keskustelusta ja mietteistä kuului innostuneisuus aiheeseen. Toisaalta heillä oli myös aito huoli siitä, miten muistisairaiden ihmisten hoito tulevaisuudessa järjestyy, kun jatkohoitopaikat eivät vedä eikä kotihoidon resurssit kaikkialla riitä entistä huonokuntoisempien asiakkaiden hoitoon. Haastattelusta tuli myös täällä, kuten Vantaallakin, paljon muita hyviä ajatuksia oman työn tekemiseen kuin mitä tähän opinnäytetyöhön sisällöllisesti kuuluu, kuten esimerkiksi kotikäyntikäytäntö. Myös Kontulassa kotikäyntiin osallistuu osaston henkilökuntaa sekä lähes aina toimintaterapeutti. Fysioterapeutti on mukana vain, jos potilaan liikkumisessa on ongelmia. Kotikäynnille ei osallistu koskaan kotihoidon henkilökuntaa.

Kontulan vanhustenkeskuksessa haastattelu kesti 64 minuuttia. Haastattelun jälkeisenä päivänä kirjoitin haastattelun puhtaaksi.

Haastattelujen pohjalta selkeytyi vierailuosastojen toiminnan luonteiden erilaisuus. AKOS1 on selkeästi akuutti osasto, jossa potilaan keskimääräinen hoitoaika on noin 14 vuorokautta. Muistihäiriöisten osalta hoitoaika voi haastattelun mukaan olla muutamia kuukausiakin. Kontulan vanhustenkeskus on puolestaan enemmänkin jatkohoito-osasto, jossa hoitoaika voi olla useita kuukausia mutta pitkäjänteisen hoidon tavoitteena on kotiutus. Lahden kaupunginsairaalan osasto L 31 on luonteeltaan ehkä näitä molempia. Osastolla on tutkimuspotilaita, joiden keskimääräinen hoitoaika on suunniteltu olevan noin 14 vuorokautta mutta usein hoitoaika muodostuu pidemmäksi, jopa kuukausiksi. Lisäksi osastolle jää jatko-hoitopaikkaa odottamaan potilaita, joiden odotusaika saattaa kestää vuodenkin.

## 7.6 Benchmarking-vierailun aineiston analysointi

Hirsjärvi, Remes & Sajavaara (2009, 225) näkevät analyysivaiheen haastavana ja työläänäkin, sillä laadullisessa tutkimuksessa kerätty aineisto on useimmiten runsas. Koska aineiston analysointi on aikaa vievä prosessi, se tulisi aloittaa mahdollisimman pian aineiston keruun jälkeen, kun asiat ovat vielä muistissa. Tuomen & Sarajärven (2009, 107) mukaan analyysi aloitetaan litteroimalla eli kirjoittamalla haastattelut puhtaaksi nauhalta. Hirsjärvi ym. (2009, 222) toteavat, ettei litteroinnin tarkkuudesta ole olemassa selkeitä ohjeita. Litteroinnin voi tehdä myös teema-alueiden mukaisesti valikoiden, kuten tässä analyysissä olen tehnyt. Teema-alueina toimivat tutkimuskysymykset, joihin aineistosta etsin vastausta. Puhtaaksi kirjoittaessa jätin haastattelusta pois aiheet, jotka eivät olleet tämän opinnäytetyön kannalta lainkaan oleellisia. Näistä kahdesta haastattelusta tuli yhteensä 12 A4 sivua ja 11 riviä puhtaaksi kirjoitettua tekstiä fontilla 12 ja rivivälillä yksi kirjoitettuna.



Opinnäytetyön aineiston analysointiin käytin laadullista sisällönanalyysimenetelmää, jolloin etsin tutkimusaineistosta tutkimuskysymysten mukaisia vastauksia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 107). Burns & Groven (2001, 554) mukaan voin tutkijana valita itse analyysiyksikön, joka voi olla esimerkiksi teema. Näin saan aineistokuvauksen tiivistettyyn ja jäsenneltyyn muotoon. Tuomen ja Sarajärven (2009, 103, 106, 97 - 98) mukaan sisällön analyysi sopii hyvin strukturoimattoman aineiston analyysiin. Aineiston analyysissä onkin oikeastaan kyse keksimisen loogiikasta, jolloin tutkijana pyrin löytämään aineistosta teemoja omaan ymmärrykseen, 26 työvuoden aikana kertyneeseen hoitotyön kokemukseen ja teoriaan perustuen.

Tässä toimintatutkimuksessa benchmarking-menetelmällä oli tavoitteena hakea vertaistietoa siitä, miten muissa yksiköissä yhteistyötä kotihoidon kanssa toteutetaan, millaisia ongelmia he ovat yhteistyössä kohdanneet ja miten he ovat näitä ongelmia ratkoneet eli kehittäneet yhteistyön toimimista. Vastausta hain tutkimuskysymyksinä ja haastattelun runkona toimivilla kysymyksillä. Tutkimuskysymykset olivat miten kohdeorganisaatioissa on kehitetty yhteistyötä geriatrisen tutkimus- ja arviointiyksikön ja kotihoidon välillä, mitkä seikat ovat eniten vaikuttaneet edistävästi yhteistyön toimimiseen ja miten yhteistyön kohentuminen on näkynyt käytännön työssä?

Etsin haastattelujen aineistosta tämän toimintatutkimuksen tavoitteiden suuntaisia, aineiston sisällöstä nousevia, teoriaan pohjautuvia yhteistyön tekemisen keinoja ja ongelmia sekä konkreettisia keinoja ongelmien ratkaisemiseen eli yhteistyön kehittämisen keinoja. Lisäksi haluan saada vielä käsityksen kuinka kohdeorganisaatioissa yhteistyön kohentuminen on vaikuttanut osaston toimintaan.

Haastattelujen mukaan kahden benchmarking-osaston ongelmat kotihoidon ja osaston välisessä yhteistyössä oli teoriaosioon koottujen tutkimustulosten suuntaisia, kuten myös L31:n ja kotihoidon välisessä yhteistyössäkin. Ongelmia ilmeni muun muassa tiedonkulun sujuvuudessa, sen sijaan teoriassa esille nousseita sisäl-

löllisiä ongelmia tiedonvälityksessä ei tullut haastatteluissa esille. Sovitut asiat eivät ole aina toteutuneet, kun tieto ei välittynytäkään asianosaisille henkilöille. Tämä aiheutti turhaa työtä osaston henkilökunnalle sekä rasitti ja aiheutti turhaa hämmennystä potilaalle ja tämän omaisille. Myös tiedon saamisessa koettiin ongelmia. Yhteydenotto kotihoitoon oli hankalaa epäselvien yhteystietojen ja lyhyen soittoaajan vuoksi. Lisäksi kaivattiin yhteydenottomahdollisuutta kotihoitoon myös ilta-aikaan, mikä helpottaisi nopealla aikataululla tapahtuvien kotiutusten järjestämistä.

*kotihoitaja ei tullukkaa kotiutukseen vaikka oli sovittu*

*vaikee saada yhteys niihin ku on tietty aika päivästä vaa tunnin ja numerot vaihtuu jatkuvasti*

Saumaton, oikea-aikainen ja oikean sisältöisen tiedon kulku on toimivassa yhteistyössä ehdoton edellytys. Yhteistyö on parhaimmillaan keskustelua ja neuvottelua työn tekemisestä ja tavoitteista. Osaston henkilökunnan on kyettävä kartoittamaan potilaan kokonaistilanne potilaan tullessa osastolle. Ilman kokonaistilanteen kartoitusta on potilaan hoidon tavoitteiden asettelu sekä ongelmien määrittely lähes mahdotonta. Kummassakaan vertaisyksikössä ei yhteydenotto-ongelmista huolimatta koettu tarvetta kotihoidon tekemään hoitotyön yhteenvetoon, mikä puolestaan Lahdessa koettiin tarpeellisena.

*niillä on paljon tietoa siitä kotona selviytymisestä - miten se on pärjännyt siellä kotona*

*onhan ne kirjaukset mutta parempihan se on saada suoraan tietoa*

Tiedonkulkua ja tiedonvälitystä helpottamaan nähtiin haastattelujen mukaan kehittämistoimena kotiutushoitaja-kokeilu. Kotiutushoitajan toiminta alkoi projektiluontoisena kokeiluna vuonna 2006. Osoittautuessaan toimivaksi kotiutushoitaja

toiminta jäi pysyväksi käytännöksi. Kotiutushoitaja informoi koko kotihoidon tiimiä sekä järjestää kotiutuvalle potilaalle muut hoitotyön lähetteen mukaiset avut kotiin. Osastolla on nyt selkeä tieto keneen tulee ottaa yhteyttä potilaan asioissa.

*kotiutushoitajathan on tullut*

*se on hyvä, ku ne kotiutushoitajat tuntee jo ne potilaat*

Tutkimuskirjallisuuden mukaan toimivassa yhteistyössä tärkeää on, että toimijoilla on yhteinen tavoite, joka halutaan saavuttaa yhteisesti sovituin keinoin. Tähän sisältyy myös se, että toimijoilla tulisi olla yhteinen näkemys kotikuntoisesta potilaasta. Yhteisen tavoitteen luomisen edellytyksenä on toimiva vuorovaikutussuhde. Hyvien vuorovaikutustaitojen avulla on mahdollista neuvotellen saavuttaa yhteinen käsitys tarvittavista ja tavoiteltavista toimenpiteistä. Molempien yhteistyön osapuolten on osattava tehdä myös kompromisseja. Haastatteluissa tuli ilmi paljon ongelmia juuri yhteisten tavoitteiden ja yhteneväisten näkemysten osa-alueella. Kokemuksena oli, että kotihoidossa ei kenties nähdä koko kaupungin huonoa jatkohoitopaikka tilannetta kokonaisuutena. Sen katsotaan johtavan siihen, ettei kotihoidon intressinä ole ottaa huonokuntoisempia potilaita takaisin kotihoitoon. Tämä puolestaan heijastuu väistämättä yhteisen tavoitteen asetteluun. Toisaalta myös näkemykset potilaan kotikuntoisuudesta olivat erilaisia kotihoidolla ja osastoilla, vaikkakin haastatteluissa tuli esille, että näkemykset potilaan kotikuntoisuudesta ovat kotihoidolla ja osastolla samansuuntaisia.

*ne ei nää sitä kokonaistilannetta, ne katsoo vaan sitä yhtä*

*kotihoito ei halua hirveen huonokuntoisia sinne kotiin että ku ne on niin raskaita*

*kyl se yleensä on ihan oikeutettua, et ne tulee takasin*

Haastatteluissa tuli yhteisen tavoitteen asettelun kannalta esille muutamia kehittämiskeinoja. Osastolta on tehty palautekysely kotihoidolle, jonka on tarkoitus toimia kehittämistyön pohjana. Palautekyselyllä osasto saa palautetta kotiutusten järjestelystä sekä näkemyksestään potilaan kotikuntoisuudesta. Palautteen ansiosta osastolla voidaan kehittää kotiutusprosessia paremmaksi. Osastolta on myös jalkauduttu kotihoitoon kertomaan osaston toiminnasta ja osaston työn luonteesta. Tällainen kehittämistoiminta on omiaan yhteistyön kehittämisessä. Kasvokkain tapahtuva kommunikointi antaa hyvän mahdollisuuden toisiimme tutustumiseen ja tiedon saantiin toinen toistemme työstä, työn luonteesta ja työympäristön vaikutuksesta työn tekemiseen. Lisäksi kasvokkain tavatessa on helppo antaa ja saada suoraa palautetta tehdystä työstä. Haastatteluissa yhteistyön kotihoidon kanssa koetaankin parantuneen hiljalleen.

*sithän oli se kotihoidolle se kysely kuinka onnistuneesti me ollaan se kotiutus hoidettu*

*ollaa jalkauduttu eli mentykin ihan kertomaa kotihoitoon osaston toiminnasta*

*sitä on tavallaa niinku koko ajan kehitetty tai on kehittymässä*

Haastatteluissa ilmeni, ettei toisten työtä juurikaan tunneta. Tieto toisen työstä ja työn tekemisen ehdoista perustui pitkälti oletuksiin. Kun toisen työtä ja työn tekemisen ehtoja ei tunneta, yhteistyön osapuolet eivät ymmärrä toistensa työtä. Tämä johtaa herkästi siihen, ettei yhteistyökumppania oteta vakavasti, jolloin hänen näkemyksiänsäkään ei arvosteta eikä luottamusta voi syntyä. Kummallakaan osastolla ei haastattelun mukaan oltu tietoisia kotihoidon asiakkuuden kriteereistä. Myös tämä johtaa siihen, että näkemykset potilaan kotikuntoisuudesta eroavat paljon. Kotihoidon käyntien sisällön ja käyntimäärän sanelevat pitkälti juuri nämä laaditut asiakkuuden kriteerit. Tietämättömyys toisen työn ehdoista aiheuttaa turhia näkemyseroja, jotka puolestaan aiheuttavat ongelmia yhteistyön toimimiseen.

*onhan ne kaks eri miljöötä sehän on selvää*

*ei pystykään olemaa kotona, ku vaik vaimo kuollu ja tarviiki jonkun  
vaan katsomaa - ei meillä ole seurustelupalvelua mut jos olis vaipan  
vaihto, ni ne kävis siellä*

*joillain alueill on vähän enemmän resurssei kuin näil toisilla jotku  
pystyy tarjoo neljä kertaa jotkut mielellää käy vaan kaks kertaa*

Myöskään kotihoidossa ei välttämättä ole tietoa osaston työstä ja työn tekemisen ehdoista. Osastolla hoidon tavoitteena on potilaan kotiutuminen. Haastatteluissa tuli ilmi, että potilaan kotiuttamissuunnitelma alkaa usein omaisten vastustelusta. Omaisille on kenties ohimennen sanottu, ettei potilas ole kotikuntoinen. Se oleellinen mikä unohtui sanoa tai meni omaisten korvien ohi, on ”tässä kunnossa”. Tällä sanomisella on pitkäkestoiset ja hankalatkin seuraukset. Omaiset ovat voineet esimerkiksi tyhjentää potilaan asunnon tämän tultua sairaalaan tai jopa myydä sen, jolloin kotiutuminen voi olla jopa mahdotonta. Osastolta kotiutusta vastustaa usein myös kotihoito. Osastolla on ollut tilanteita, että kotiutuspalaverissa omaiset ja kotihoito ovat ”liittoutuneet” yhteen, kotiutusta vastaan. Näkisin, että kotihoidon työntekijöillä, potilaalle ja omaisille jo tutuksi tulleen terveydenhuollon ammattilaisena, on paremmat edellytykset motivoida, kannustaa ja rohkaista omaisia kokeilemaan potilaan kotona selviytymistä kuin osaston työntekijöillä. Potilaat ovat olleet sairaalaan tullessaan usein huonokuntoisia, jolloin kotihoidon työntekijöiden on ehkä vaikea mieltää mahdollisuus, että osaston hoidolla on ollut suuri vaikutus potilaan nykyiseen kuntoon. Toisaalta nämä epäkohdat puhuvat myös toisen työn arvostamisen vähäisyytenä. Onhan toki vaikea arvostaa jotakin, jota ei tunne. Jos jatkuvasti joutuu puolustelemaan oman työn tuloksellisuutta, aiheuttaa se henkilökunnalle väsymystä omaan työhönsä ja myös mielekkyyttä tehdä työtä kärsii.

*jos toinen sanoo koko ajan ettei missää tapauksessa kotii ja meidän ensimmäinen tehtävä on kuitenkin kotiuttaa - ensimmäiseks me tais-tellaa niiku keskenämme ja me tehdää kuiteski samaa työtä*

*vedettäs niinku yhtä köyttä, ettei meijän tarvis ensimmäiseks kuulos-tella mitä ne sielt sanoo*

Tämän ongelman ratkaisemiseksi on kehittämistoimena järjestetty yhteistyöpalavereita kotihoidon kanssa kahden kuukauden välein. Yhteistyöpalavereiden tarkoituksena on puuttua yhteistyön tekemisen ongelmiin ja antaa tietoa molempien osapuolten työstä sekä sopia yhteisistä tavoitteista. Yhteistyöpalavereissa on myös kehitteillä kotiutuskaavake. Kotiutuskaavake selkeyttää työnjakoa, jolloin jokainen tietää omat tehtävänsä potilaan kotiutusprosessissa. Lisäksi kehittämistoimena on osastolla noin 15 minuuttia ennen kotiutuspalaveria sovittu pidettäväksi pieni palaveri kotihoidon kanssa, jolloin yhteisistä tavoitteista sovitaan. Samalla on myös mahdollisuus pohtia yhteistä näkemystä potilaan kotikuntoisuudesta. Toisen työhön tutustumiseen auttaisi myös työnkierto, josta osastolla on ollut puhetta ja halukkuuttakin.

*meilhän on ollu sellasii yhteistyöpalavereita kohon (= kotihoidon, kirjoittajan selvennys) kanssa joka toinen kuukaus*

*ne kehittää kotiutuskaavaketta. Hirveen paljon tarkemmin selvittäään kuka tekee mitäki*

Teoriakirjallisuudessa puhuttiin myös toimijoiden välille syntyvästä kilpailuasetelmasta. Kilpailuasetelman syntyyn saattaa osaltaan vaikuttaa koko yhteiskunnassa vallitseva asenne. Työelämässä vaaditaan jatkuvaa kehittämistä ja tuloksia. Käytössä olevien niukkojen resurssien sekä huonon jatkohoitopaikkatilanteen vuoksi haasteet vastata työelämän vaatimukseen tuloksellisuudesta ovat kasvaneet

todella suuriksi. Myös haastatteluissa tällainen kilpailuasetelma oli jollakin tasolla havaittavissa.

*jos me keksitää jotain mite tää niiku toimis, ni toivois et he ottais sit  
vastaa ne*

*kotihoidolle kai tullu sellast et me astutaa niiden varpaille*

Tähän ongelmaan ei löytynyt haastattelujen pohjalta ratkaisua. Näkisin kuitenkin, että kun kotihoidon kanssa tehtävää yhteistyötä riittävästi kehitetään, saadaan toimivaan yhteistyöhön kuuluvat osa-alueet kuntoon. Tällöin näkemykset toistemme työstä, toistemme työn kunnioittaminen ja halu saavuttaa yhdessä yhteiset tavoitteet poistavat tämänkaltaiset ongelmat.

#### 7.7 Benchmarking-prosessin tulokset

**Osastot tekevät yhteistyötä kotihoidon kanssa** potilaan tultua osastolle selvittellessään puhelimitse potilaan kotona vallinneita ongelmia. Vertaisyksiköissä tehdään kotihoidon kanssa yhteistyötä myös potilaan hoitojakson loppupuolella, jolloin suunnitellaan potilaan kotiutumista kotiutuskokouksessa. Lisäksi vertaisyksiköt tekevät yhteistyötä kotihoidon kanssa potilaan kotiutumistilanteessa.

Vertaisyksiköissä ilmeni haastattelun perusteella **ongelmia kotihoidon kanssa tehtävässä yhteistyössä** tiedonvälityksessä, tiedon saamisessa, yhteisen tavoitteen asettamisessa, yhtenäisen näkemyksen saavuttamisessa ja toistensa työn ja työn tekemisen ehtojen tuntemisessa. Toisin sanoen ongelmia ilmeni lähes kaikilla teoriasta kootuilla yhteistyön toimimiseen vaikuttavilla osa-alueilla.

Ongelmiin on pyritty vaikuttamaan kehittämällä toimintaa. Benchmarking-vierailuilla selvisi, että yhteistyötä kotihoidon kanssa on vertaisyksiköissä todella

kehitetty. **Kehittämistyön tuloksena** oli vertaisyksiköissä otettu käyttöön kotiutushoitajien toiminta, palautekysely, yhteistyöpalaverit kotihoidon kanssa joka toinen kuukausi, kotiutuskokous sekä palaveri kotihoidon kanssa ennen kokousta. Lisäksi osastolta on jalkauduttu kertomaan omasta työstä kotihoidolle. Kehittäminen on jatkuvaa, sillä kehitteillä on kotiutuskaavake, joka selkiyttää työnjakoa. Myös työnkierrosta on ollut puhetta ja se on herättänyt kiinnostusta.

Haastatteluista ilmeni, että **yhteistyön toimintaan edistävimmän ovat vaikuttaneet** kotiutushoitajien toiminta sekä palaverit ennen kotiutuskokousta. **Yhteistyön kehittämisen vaikutukset käytännön hoitotyössä** ovat näkyneet helpompana yhteydensaamisena kotihoitoon. Lisäksi kotihoidossa tiedetään nykyisin melko hyvin osaston luonne ja hoidon pääasiallinen tavoite eli kotiutus. Kotiutuskaavakkeen ja palautekyselyjen vaikutukset näkyvät vasta tulevaisuudessa, joten kehittämistyölle on luvassa jatkoa.

## 7.8 Tulosten pohdinta osastolla L31

Analysoituani aineiston otin yhteyttä oman osastoni osastonhoitajaan sopiakseni ajasta, jolloin käyn osaston henkilökunnan kanssa läpi analyysin tulokset ja pohdimme löytyykö niistä meille sopivia käyttöönotettavia toimintatapoja. Kokosin erilliselle paperille benchmarking-vierailuilta saamastani aineistosta yhteistyössä havaitut konkreettiset ongelmat ja keinot, joilla ongelmia on ratkottu sekä kehittämisen vaikutukset yhteistyön toimimiseen. Tämän kaksisivuisen tiivistelmän lähetin sähköpostitse L31:n osastonhoitajalle, joka välitti sen edelleen muulle henkilökunnalle etukäteen tutustuttavaksi.

Maaliskuussa osallistuin osaston osastokokoukseen, joka oli varattu täysin kotihoidon kanssa tehtävän yhteistyön ja benchmarking-vierailun tulosten käsittelyyn. Osaston henkilökunta oli runsaslukuisena paikalla. Aluksi muistuttelin henkilökunnalle tämän kehittämishankkeen tarkoitusta ja tavoitteita. Sen jälkeen kävin



läpi benchmarking-vierailuilla ilmi tulleita ongelmia kotihoidon kanssa tehtävässä yhteistyössä. Totesimme näiden yhteistyön toiminnan ongelmien olevan pitkälti samoja kuin meilläkin. Meillä ei tosin koettu olevan ongelmia yhteydensaamisessa. Kotihoidon ajan tasalla olevat yhteystiedot löytyvät hyvin Intrasta ja jos soitto menee väärään kotihoidon piiriin, kotihoidon henkilökunta neuvoa oikean piiriin. Tietoa potilaan kotona selviytymisen ongelmista koemme nykyisin saavamme paremmin, kun kotihoidon hoitajat kirjoittavat hoitotyön yhteenvedon. Tämä helpottaa huomattavasti potilaan hoidon alkutilanteen kartoitusta ja tavoitteen asettelua.

Ongelmien pohdinnan jälkeen kävimme osastolla läpi aineistosta tulleet konkreettiset keinot, joilla yhteistyötä voisi kehittää. Kotihoidon kanssa pidettävät yhteistyöpalaverit ovat Lahdessa jo käytössä. Kotiutushoitajan toiminta, joka vertaisyksiköissä koettiin erittäin hyvänä, on Lahdessa jo myös käytössä nimikkeellä palveluohjaaja. Lahdessa yhteistyöpalavereissa sovittiin, että kotiutustilanteissa on suotavinta ottaa yhteyttä palveluohjaajaan, joka informoi muuta kotihoidon tiimiä potilaan kotiutumisesta. Lahdessa palveluohjaaja ei tosin huolehdi potilaan muiden apujen järjestämisestä, kuten vertaisyksikössä. Tällainen toiminta nähtiin osastolla kyllä ideaalisena ja tavoiteltavana.

Aineistosta nousi käytössä olevana keinona myös kotiutuskokoukset, jollaisia Lahdessa on jo käytössä, nimikkeellä hoitoneuvottelu. Se mikä osastolla herätti todellista kiinnostusta, oli juuri ennen kotiutuskokousta pidettävä pieni palaveri kotihoidon kanssa. Olemme osastolla törmänneet myös vastaavanlaiseen ongelmaan kuin haastatteluissakin ilmeni, omaisten vastustaessa potilaan kotiutusta kääntyy kotihoidon työntekijä yllättäen tukemaan omaisten mielipidettä. Pienessä palaverissa voidaan ennen hoitoneuvottelua ammattilaisten kesken neuvotella potilaan kotikuntoisuudesta sekä sopia yhteisestä tavoitteesta.

Jalkautuminen nähtiin vertaisyksiköissä hyvänä keinona toisen työhön tutustumiseen. Lahdessa yhteistyöpalavereissa sovittiin myös tällaisesta jalkautumisesta.

Tosin sovitut tapaamiset kasvokkain ovat näillä näkymin vain kertaluonteisia, kun taas vertaisyksiköissä tapaamiset ovat toistuvia. Palautekysely ja kotiutuskaavakkeen käyttö eivät herättäneet meillä tällä hetkellä kiinnostusta. Työnkierto puolestaan on aika-ajoin ollut myös Lahdessa esillä. Pientä kiinnostusta työnkiertoon tämän keskustelun myötä jälleen heräsi.

Kaiken kaikkiaan keskustelu oman osaston kanssa oli antoisa. Yhteisesti olimme sitä mieltä, että potilaan kotiutumisen painotus kaikissa hoitoprosessin vaiheissa on todella tärkeä. Tällaista viestiä pitäisi saada vietyä eteenpäin koko organisaation sisällä, jotta potilaalle tai omaisille ei liian aikaisessa vaiheessa tulisi käsitystä, ettei kotiutusta potilaan kohdalla enää tavoitella. Toisen työn tunteminen, työn tekemisen ehdot ja toimintaympäristön vaikutus työn tekemiseen nähtiin tärkeänä asiana. Myös kasvokkain kohtaaminen nähtiin erittäin tärkeänä. Kasvokkain kohdaten on tiedonvälitys niin omasta työstä kuin myös potilaan hoidollisista asioista antoisampaa. Kasvokkain kohdaten yhteistyön neuvotteleva ja kompromisseja tekevä vuorovaikutus tehostuu. Keskustellen myös näkemykset erilaisten ammatillisten keinojen käytöstä monipuolistuvat. Samalla on mahdollisuus keskustellen yhtenäistää näkemyksiä potilaan kotikuntoisuudesta kuin myös hoidon tavoitteista. Kasvokkain kohdattaessa vuorovaikutustaitojen merkitys korostuu. Kinnaman & Blench (2004, 310) näkevätkin, että yhteistyö organisaatiossa on juuri niin tehokasta kuin eri ammattiryhmien välinen vuorovaikutus on.

## 8 TOIMINTATUTKIMUKSEN TULOKSET

Oikeaksi benchmarkingiksi vertailutietojen tuottaminen muuttuu vasta kun vertailu tieto laajentuu parhaiden käytäntöjen määrittämiseksi ja soveltamiseksi oman organisaation toiminnan kehittämiseksi. Samasta aiheesta kirjoittaa Railimo (2003) omassa pro gradu tutkielmassaan. Hän toteaa, että benchmarkingin toteuttamisessa on kahdenlaista ongelmaa. Yksi ongelma on vaikeus analysoida omaa toimintaa kokonaisuutena yhteistyössä työntekijöiden kanssa. Toinen ongelma on, ettei benchmarking-vierailun jälkeen ole laadittu riittävän selkeää toimintamallia uudistusten käytäntöön soveltamiseksi. Lisäksi Railimo (2003) toteaa ylemmän johdon ja lähiesimiesten toimintaa koskevan puutteen uudistusten käytäntöön viemisen vaiheessa. Muutosten läpivieminen työyhteisöissä vaatii lähiesimieheltä vahvaa ja määrätietoista muutosjohtamista sekä ylemmän johdon tukea.

Tämän toimintatutkimuksen tavoitteena oli kehittää osaston L31 ja kotihoidon kanssa tehtävää yhteistyötä. Tavoitteena oli saada benchmarking-menetelmällä osastollemme uusia toimintatapoja kotihoidon kanssa tehtävään yhteistyöhön sekä saada mallia yhteistyön kehittämisen keinoista. **Osastolla L 31 yhteistyön kehittäminen benchmarkingin kautta tullessa keinoiksi alkoi välittömästi.** Osastokokouksessa sovimme, että sovittaessa kotihoidon kanssa hoitoneuvottelusta pyydämme kotihoidon saapumaan paikalle noin 15 minuuttia aiemmin, jotta voimme pitää pienen keskinäisen neuvottelun ennen omaisten ja potilaan saapumista. Lisäksi ajatusta työnkierrosta heräteltiin taas ilmoille.

Benchmarking-toiminta saattaa hyvinkin muotoutua vastavuoroiseksi ja ehkäpä jatkuvaksi benchmarkingiksi. Tällöin osaston ITE-arvioinnista noussut kehittämisvaativa toiminta, järjestelmällinen ja tavoitteellinen toimintatapojen vertailu muihin vastaavanlaisiin yksiköihin mahdollisesti myös toteutuu tämän toimintatutkimuksen tuloksena. Kontulan vanhustenkeskuksesta osastonhoitaja oli kovin kiinnostunut mahdollisuudesta tehdä vastavuoroinen käynti osastolle L31. Vastavuoroisen vierailukäynnin suunnittelu on vielä täysin kesken.

## 9 POHDINTA

Tässä luvussa pohdin benchmarking-prosessin toteutusta ja toimivuutta tiedonhankintamenetelmänä. Samoin pohdin toimintatutkimuksen toteutusta ja tavoitteiden saavuttamista. Lisäksi pohdin toimintatutkimuksen hyödynnettävyyttä ja jatkotutkimusehdotuksia.

### 9.1 Benchmarking-prosessin arviointi

Prosessina benchmarking osoittautui erittäin mielenkiintoiseksi, mutta melko monivaiheiseksi toteuttaa. Kehittämistarpeen määrittely ja täsmentäminen vaativat todella syvällistä osaston toiminnan itsearviointia. Itsearviointiin osallistui koko osaston henkilökunta paitsi ITE-arvioinnissa myös kotihoidon kanssa tehtävän yhteistyön nykytilan kuvauksen pohdinnassa. Nämä itsearviointit olivatkin varsin kattavia. Toisaalta itsearviointit antoivat paljon myös osaston henkilökunnalle, sillä jouduimme pohtimaan omaa toimintaamme perusteellisesti. Itse ainakin kyseenalaistin tämän pohdinnan aikana joitakin toimintatapojamme.

Benchmarking-kohdeorganisaation löytyminen ei sujunut aluksi aivan suunnitelmien mukaisesti, sillä osastolla oli suunniteltu vierailukäynti alun perin muualle. Tämän organisaation kieltäytyttyä benchmarkkauksesta jouduin etsimään uutta kohdeorganisaatiota. Tämän yllättävän käänteen vuoksi jouduin tekemään työn eteenpäin saattamiseksi uudet suunnitelmat aikataulun kuitenkin muuttumatta. Uuden kohdeorganisaation löytämiseksi käytin hyväkseni Löffströmin (2002, 33 - 37) neuvoa eli etsin Internetin kautta tietoja eri osastoista ja valitsin sitten niistä kaksi, joihin laitoin sähköpostitse kyselyn halukkuudesta osallistua benchmarking-prosessiin. Yllättäen molemmat organisaatiot olivat halukkaita osallistumaan benchmarkkaukseen.

Itse vierailukäyntiin valmistautuminen ja vierailukäyntien toteuttaminen sujui ongelmitta. Molemmissa organisaatioissa oli ennalta tutustuttu haastattelun runkoon,

joten haastattelut sujuivat hyvin ja sain reilusti hyviä vastauksia kehittämishankkeen tavoitteiden suuntaisiin tutkimuskysymyksiin.

Haastatteluaineiston analyysi osoittautui puolestaan hitaaksi toteuttaa. Analyysi onnistui kuitenkin lopulta hyvin. Tutkiessani useaan otteeseen aineistoa ja teoria-tietoa edestakaisin, niitä vertaillen ja lukien yhä uudestaan ja uudestaan, sain hyvin kytkettyä aineiston teoriaan, kuten halusinkin. Toisaalta aineistosta olisi ollut helppo poimia vain tutkimuskysymysten mukaiset keinot, mutta tällöin se ei olisi ollut analyysia vaan suoraa puhtaaksi kirjoitusta.

Omalla osastollani kävin henkilökunnan kanssa läpi aineistosta nousseita konkreettisia ongelmia, keinoja ongelmien ratkaisuun sekä kehittämistyön vaikutuksia työn tekemiseen. Osaston henkilökunta osallistui aktiivisesti keskusteluun ja pohdintaan aiheesta. Henkilökunta esitti selkeitä mielipiteitä ja perusteluja ratkaisuilleen. Lisäksi aiheen käsitteleminen sai henkilökunnan pohtimaan yhteistyön tärkeyttä.

Benchmarking-prosessissa noudatettavat eettiset periaatteet ohjasivat pitkälti tätä opinnäytetyötä. Benchmarking-prosessin eettisiin periaatteisiin kuului, ettei tietoa luovuteta kolmannelle osapuolelle ilman lupaa (Hotanen ym. 2001, 12 - 13). Eettisyyden varmistin vielä lähettämällä sähköpostitse molemmille vierailuyksikön osastonhoitajalle oman yksikkönsä haastattelusta sekä Internetistä saaduista organisaation tiedoista kootun aineiston tarkastettavaksi ja hyväksyttäväksi. Lisäksi lähetin lähes valmiin opinnäytetyön sähköpostin liitteenä Kontulan vanhustenkeskuksen johtajalle, Katriinan sairaalan sekä oman osastoni ylihoitajalle asiasisällön tarkastamista ja hyväksymistä varten. Tarkastuksilla varmistan, etten vahingossa tuota julkiseen tietoon tietoa, jota julkiseksi ei ole tarkoitettu.

Arvioin benchmarking-prosessin toteutumista myös tavoitteisiin nähden. Benchmarking-prosessin tavoitteena oli saada vertailutietoa oman osastomme toimintaa vastaavilta osastoilta. Tietoa oli tarkoitus saada siitä, kuinka yhteistyötä kotihoi-

don kanssa muissa hoitoyksiköissä toteutetaan, millaisia ongelmia he ovat kokeneet yhteistyössä ja miten he ovat näitä ongelmia ratkoneet. Tämä tavoite saavutettiin tässä opinnäytetyössä hyvin. Haastatteluista nousi esille selkeitä keinoja kuinka yhteistyötä kotihoidon kanssa benchmarking- kohdeorganisaatioissa toteutetaan. Haastatteluissa tuli selkeästi esille myös ongelmat, joita yhteistyössä kotihoidon kanssa on ilmennyt sekä ne keinot, joilla he ovat pyrkineet ongelmia ratkomaan eli kehittäneet toimintaansa. Lisäksi haastatteluissa tuli esille se, miten yhteistyön kehittäminen on vaikuttanut käytännön työhön.

Benchmarking-vierailun tavoitteena oli saada omaan yksikköömme uusia näkökulmia tapaan tehdä ja kehittää yhteistyötä kotihoidon kanssa. Myös tämä tavoite täyttyi tässä kehittämishankkeessa. Lisäksi tavoitteena oli tutustua benchmarking-menetelmän käyttöön kehittämisen apuvälineenä ja mahdollisuutena kokeilla jotakin uutta, joka luonnollisesti myös toteutui.

Benchmarking-prosessin raportoinnissa on tavoitteena tuoda koko tutkimusprosessi sekä sen tuomat mahdollisuudet näkyväksi sekä suunnitella uusien toimintatapojen käyttöönottoa. Kaartinen-Koutaniemi (2002, 104 - 108) toteaa, että raportoinnin avulla tieto välitetään yhteistyöorganisaatiolle sekä tiedotetaan omaa työyhteisöä avoimesti uusista innovaatioista ja hyvistä käytännöistä. Raportissa tulee ilmetä käsitelmäärityt, eettiset pelisäännöt, rehellisyys, projektiorganisaatio, kuvaus toimijoista ja jopa budjetointi ja vaikuttavuuden seuraaminen. Lisäksi raportissa tulee kertoa benchmarking-prosessin taustat, lähtötilanne, tavoitteet, aikataulu, menetelmä, prosessikuvaus ja tulokset. Raportoinnissa kunnioitetaan pelisääntöjä ja pidetään osallistujien toiveista kiinni.

Olen raportoinut benchmarking-prosessin toimintatutkimuksen osana ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeiden mukaisesti. Raportissa olen pyrkinyt esittämään asiat loogisesti ja käytännönläheisesti välttäen turhia vieraita sanoja. Kuviot ja taulukot olen pyrkinyt kuvaamaan selkeästi, mutta kuitenkin kiinnostavasti.

## 9.2 Toimintatutkimuksen arviointi

Tämä toimintatutkimus on ollut iso prosessi sekä ajallisesti että toiminnallisesti. Toimintatutkimus sisälsi monta eri prosessia, joka väistämättä näkyy myös raportin pituudessa. Toimintatutkimus sopi tähän työelämälähtöiseen tutkimukselliseen kehittämishankkeeseen erittäin hyvin, sillä olen ollut itse niin tutkijana kuin työyhteisön jäsenenä mukana tässä prosessissa sekä motivoimassa osaston henkilökuntaa että viemässä prosessia eteenpäin. Toimintatutkimuksen käyttäminen lähestymistapana mahdollisti koko työyhteisön osallistumisen tähän kehittämishankkeeseen. Tällöin myös sitoutuminen uuden toimintatavan käyttämiseen on suurempaa.

Toimintatutkimuksen lähtökohtana oli vuoden 2009 ITE-arvioinnista saadut kehittämistarpeet. ITE-arvioinnista saimme hyvin selville koko osaston henkilökunnan mielipiteen kehittämistä vaativista osa-alueista. Vuoden 2009 osaston kehittämissiltapäivässä päätimme yhdessä osaston henkilökunnan kanssa, että yhteistyötä kotihoidon kanssa lähdetään kehittämään mutta tämä kehittämistyö jäi silloin kesken. Palaaminen keskenjääneeseen kehittämistyöhön vaati koko työyhteisön uudestaan motivointia, joka onnistui lopulta hyvin. Osaston henkilökunta oli aktiivisesti mukana pohtimassa kotihoidon kanssa tehtävän yhteistyön nykytilaa ja ongelmia yhteistyön toiminnassa.

Toimintatutkimuksen osana oli tiedonhankintamenetelmänä benchmarking-menettelmä. Benchmarking-menettelmän käyttö toimintatutkimuksessa tiedonhankintamenetelmänä sopi tähän kehittämishankkeeseen erinomaisesti. Benchmarking-prosessi ja toimintatutkimus menevät tässä työssä hieman päällekkäin, mutta toisaalta siitä ei ole haittaakaan. Benchmarking-prosessi oli minulle täysin uutta, joten jouduin tutustumaan huolellisesti menettelmään pystyäkseen toteuttamaan prosessin. Tässä katsoin onnistuneeni hienosti.

Epäilin yksin tekemäni benchmarking-vierailun heikentävän osaltaan osaston henkilökunnan motivaatiota kehittämistyön loppuun viemiseen. Epäily osoittautui

kuitenkin turhaksi, sillä onnistuin saamaan osaston henkilökunnan mukaan muun muassa tulosten ja uusien toimintatapojen käyttöönoton pohdintaan. Osaston henkilökunnan kanssa yhdessä pohtien saimme benchmarkkaamalla meille toimivan ja uuden keinon parantaa yhteistyötä kotihoidon kanssa. Osastolla otamme käyttöön opinnäytetyön tavoitteiden suuntaisesti uuden toimintatavan, jota käyttäen voimme parantaa yhteistyötä kotihoidon kanssa. Yhteistyön kehittämisen keino, jonka päätimme osastollamme ottaa käyttöön, ei ole suuri, mutta toivomme sen vaikutuksen kotihoidon kanssa tehtävään yhteistyöhön olevan tehokasta. Lisäksi meitä hieman lohdutti tieto, että muissakin kaupungeissa painitaan samankaltaisten ongelmien kanssa. Tällaisten huomioiden vuoksi benchmarking-menetelmän voisi nähdä myös loistavana osaston toiminnan ulkopuolisen arvioinninmenetelmänäkin. Benchmarking-menetelmällä hankittu tieto on luotettavaa tietoa vertaisosastojen toimintatavoista.

Toisaalta pelkällä haastattelulla olisin todennäköisesti saanut saman tutkimustuloksen. Tällöin olisi kuitenkin jäänyt saamatta kokemus benchmarkingista ja sen mahdollisuuksista kehittämisen apuvälineenä. Vaikka prosessi oli työläämpi kuin pelkkä haastattelu, olen tyytyväinen kun valitsin benchmarkkauksen. Benchmarkkauksessa on hyvä mahdollisuus yhtenäistää toimintatapoja ja käytäntöjä. Tätä väitettä puoltaen tässä kehittämishankkeessa benchmarking-vierailuilta tuli muitakin mielenkiintoisia mahdollisuuksia työn tekemisen tapoihin. Esimerkkinä mainitsen kotikäynnin tekemisen. Molemmissa vertaisyksiköissä käytettiin kotikäynneillä toimintaterapeutin ammattitaitoa hyväksi. Lahdessa toimintaterapeutti ei osallistu kotikäynteihin. Vertaisyksiköissä kotikäynti tehdään varsin pienellä henkilömäärällä, kun taas Lahdessa käyntiin osallistuu suurempi määrä ihmisiä. Vertaisyksiköissä suuremman väkijoukon katsottiin sekoittavan muistisairasta potilasta enemmän, joka estää aidon kotitilanteen tarkentamista.

Lisäksi tämän toimintatutkimuksen tuloksena on mahdollisuus benchmarkingtoiminnan jatkumiseen, sillä Kontulan vanhustenkeskus on alustavasti kysynyt lupaa tehdä vastavierailu osastolla L31. Tästä toiminnasta on mahdollisuus kehittä-



tyä systemaattinen ja järjestelmällinen vertailutiedon hankkiminen. Järjestelmällinen vierailu toistemme yksiköissä mahdollistaa esimerkiksi pohtimaan muitakin toiminnassa ilmeneviä ongelmia yhdessä ja antaa hyvän mahdollisuuden laajakatseiseen toiminnan kehittämiseen.

Jälkeenpäin toivon, että olisin ottanut haastatteluihin mukaan innovatiivisen ajattelun. Innovaatioilla tarkoitan ideoita, ajatuksia ja hyviä käytänteitä, joilla parannetaan arkipäivän työtä (Korpelainen & Lampikoski 1997, 15). Jokaisessa työyhteisössä joskus todetaan: ” Miksi sitä ei voi tehdä näin”? Tämä olisi onnistunut lisäämällä haastattelurunkoon kysymys: ”Miten kehittäisitte yhteistyötä kotihoidon kanssa, jos vain mielikuvitus on rajana”? Tämän kysymyksen vastaukset olisivat antaneet todennäköisesti mielenkiintoisia vaihtoehtoja yhteistyön kehittämiseen.

Vielä en voi arvioida, toteutuiko toimintatutkimuksen tarkoitus eli auttoiko tämä toimintatutkimus tehostamaan osaston toiminnan päätavoitteen eli potilaan turvallisen kotiutumisen toteutumista. Sen arvioimiseksi uuden keinon täytyy olla käytössä pidempään ja toiminnan tehokkuutta täytyy seurata alkumittauksin ja loppumittauksin. Osaston henkilökunnan kanssa vietetyt pohdintahetket ovat väistämättä saaneet jokaisen miettimään omalla tahollaan toimivan yhteistyön merkitystä osaston tavoitteeseen nähden. Lisäksi benchmarking-vierailun tuloksia pohdittaessa osastokokouksessa jokainen joutui miettimään yhteistyön toimivuuteen vaikuttavia seikkoja. Tästä raportista toivon olevan hyötyä juuri siihen, että jokainen työntekijä lukiessaan tätä raporttia miettii, miten itse voi omalla toiminnallaan vaikuttaa yhteistyön sujuvuuteen. Jokaisella kotihoidon kanssa asioivalla työntekijällä on mahdollisuus vaikuttaa siihen, millaiseksi yhteistyösuhde muodostuu.

Kaiken kaikkiaan prosessi oli kokonaisuudessa erittäin antoisa. Toimintatutkimuksen aiheen ja benchmarking-kohteen muuttuminen aiheuttivat omat viivytyksensä toimintatutkimuksen etenemiseen. Oma aktiivisuuttani säätämällä onnistuin kuitenkin pysymään aikataulussa. Sain myös luottamusta itseeni ja omaan kykyyni organisoida hankkeita, jollaisena tämän tutkimuksellisen kehittämishank-

keen näen. Kehittämishankkeen myötä sain osallistua osaston toiminnan kehittämiseen alusta lähtien. Olin koko prosessin ajan viemässä kehittämistyötä eteenpäin ja motivoin muita toimijoita. Prosessin toteutumiseen ja läpiviemiseen tarvitsin ja sainkin niin koko osaston kuin myös esimieheni täyden tuen ja kannustuksen.

### 9.3 Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimus ehdotukset

Tämän toimintatutkimuksen tulokset antavat eväitä kaikenlaisen yhteistyön kehittämiseen. Osastoilla tehdään työtä moniammatillisessa tiimissä, jolloin tarvitaan toimivaa yhteistyötä. Teemme yhteistyötä niin potilaiden kuin omaistenkin kanssa. Lisäksi teemme yhteistyötä kaikkien jatkohoitopaikkojen kanssa sekä tulevaisuudessa mahdollisesti enemmän myös kolmannen sektorin kanssa.

Tämän toimintatutkimuksen tietoperustaa voi hyödyntää myös esimerkiksi asiakas- tai palautekyselyiden kysymyksiä laadittaessa. Ehkä myös oma osastomme joskus haluaa tehdä palautekyselyn esimerkiksi kotihoidolle. Lisäksi tätä toimintatutkimusta voi hyödyntää oman osastomme kohdalla lähes kaikkien SWOT-analyysissa ilmenneiden heikkouksien kehittämiseen esimerkiksi benchmarkkaamalla.

Tämän opinnäytetyön aikana itselleni valkeni suuret haasteet, jotka kotihoitoa kohtaavat tulevaisuudessa. Yhä enemmän painotus siirtyy kotihoitoon, toisaalta kotihoidon resursseja ei voi suuresti lisätä, sillä se ei enää palvelisi tarkoitustaan. Jatkotutkimusehdotuksena esittäisin laajan innovatiiviseen ajatteluun pohjautuvan laadullisen tutkimuksen kotihoidon henkilökunnalle. Tutkimuksessa selviteltäisiin kotihoidon työntekijöiden innovatiivisia ajatuksia siitä, miten kotihoidossa tulisi toimia, jotta myös tulevaisuuden haasteisiin voidaan vastata. Kysymysten asettaminen suoraan työntekijätasolle voisi tuottaa hyviäkin ehdotuksia, joista valiten tai yhdistellen ja hieman muokaten voisi saada täysin uudenlaisia toimintoja.

Toisen jatkotutkimusehdotuksen esitän suoraan tähän toimintatutkimukseen liittyen. Määrällisellä tutkimuksella selviteltäisiin onko osaston L31 ja kotihoidon välisen yhteistyön koettu parantuneen. Strukturoitu tai puolistrukturoitu kysely kohdistettaisi sekä osaston että kotihoidon henkilökunnalle. Tämä tutkimus vaatii myös lähtötilanteen selvittelyä.

*Kehittäminen ei aina tarkoita suuria ja  
mahtavia muutoksia toimintaan.  
Toimintaa ja toiminnan tuloksia  
voi kehittää pieninkin muutoksin.*

## LÄHTEET

Ala-Nikkola, M. 2003. Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotilaisuudesta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Terveystieteenlaitos.

Axelsson, J. 2006. Tavoitteena hyvä työ. Tapaustutkimus Karjaan kunnan sosiaali- ja terveystieteiden ulkoistamisen vaikutuksista. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos.

Burns, N. & Grove, K. 2001. The practice of nursing research, conduct, critique and utilization. 4th Edition. W.B. Saunders, Cop., Philadelphia.

Elovainio, M., Kalliomäki-Levanto, T. & Kivimäki, M. 1997. Työ, yhteistyö ja asiantuntemuksen jakautuminen väestövastuisessa tai alueellisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes. Tutkimuksia 79.

Eskola, J., Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Finne-Soveri, H. 2009. Ikähorisontti. Avohoitoa lisää – mitä se merkitsee. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. [Viitattu 17.2.2010]. Saatavissa: [http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/DFC81C4F-FEE5-4AA8-8B9B-2E478236F589/14804/Ik%C3%A4horisontti\\_slidej%C3%A4\\_SA.ppt](http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/DFC81C4F-FEE5-4AA8-8B9B-2E478236F589/14804/Ik%C3%A4horisontti_slidej%C3%A4_SA.ppt)

Gernet, tutkimusuutisia, 2008. Alzheimerintaudin ehkäisy ja hoito – uusia tuloksia 2008. [Viitattu 28.2.2010]. Saatavissa: <http://www.gernet.fi/public/news/index.zml?year=2008>

Gernet 2010. Geriatrian eurooppalainen määritelmä. [Viitattu 20.2.2011] Saatavissa: <http://www.gernet.fi/geriatria.html>

Grönroos, E. & Perälä, M-L. 2005. Home care personnel's perspectives on successful discharge of elderly clients from hospital to home setting. *Scandinavian Journal of Caring Science* 19, 288 -295.

Hallitusohjelma 2007. [Viitattu 28.11.2010] Saatavissa:  
<http://www.aka.fi/Tiedostot/Strategiat/hallitusohjelma2007.pdf>

Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa – kotihoidon asiakkaiden avuntarve ja palvelujen käyttö sekä Palko-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

Heikkinen, H.L.T. 2007. Toimintatutkimus – toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Metodien valinta ja aineiston keruu: Virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Toimittanut Aaltola, J. ja Valli, R. Juva: WS Bookwell OY.

Hellsten K., Outinen, M. & Holma, T. 2004. Kehittävä vertaiskäynti – työväline laadunhallintaan. STAKES. Aiheita 31/2004. Viitattu [12.6.2010]. Saatavissa:  
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Aiheita31-2004.pdf>

Helsingin kaupunki sosiaalivirasto 2011. [Viitattu 18.3.2011]. Saatavissa:  
<http://www.hel.fi/hki/sosv/fi/Viraston+esittely>

Helsingin kaupunki, Pohjantähti 2011. [Viitattu 18.3.2011]. Saatavissa:  
<http://www.hel.fi/hki/sosv/fi/Vanhusten%20palvelut/palveluasuminen/kontula/pohjantahti>

Helsingin kaupunki, Kuntoutus 2011. [Viitattu 18.3.2011]. Saatavissa:  
<http://www.hel.fi/hki/sosv/fi/Vanhusten%20palvelut/palveluasuminen/kontula/kuntoutus>

Helsingin kotihoito 2011. [Viitattu 18.3.2011]. Saatavissa:

[http://www.hel.fi/wps/portal/Terveyskeskus/Artikkeli?WCM\\_GLOBAL\\_CONTEXT=/Terke/fi/Terveyspalvelut/Kotihoito](http://www.hel.fi/wps/portal/Terveyskeskus/Artikkeli?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/Terke/fi/Terveyspalvelut/Kotihoito)

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Holma, T. 2003. ITE2: opas uudistuneen itsearviointi- ja laadunhallintamenetelmän käyttöön. Suomen kuntaliitto 2003. Helsinki: Hakapaino.

Holma, T. 2005. ITE-menetelmätyöpaja 2005. [Viitattu 18.2.2010]. Saatavissa: <http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/048C1BC1-859D-44B3-985F-0EB2BC3C81D4/0/ITEmenetelmatyopaja.ppt>

Holma, T. 2006. ITE-info 2006. [Viitattu 31.10.2010]. Saatavissa:

[http://www.kunnat.net/k\\_htmlimport.asp?path=1;161;83767;83768;83769&urli=http://apps.kunnat.net/sc/google/GHJAC7yr.html](http://www.kunnat.net/k_htmlimport.asp?path=1;161;83767;83768;83769&urli=http://apps.kunnat.net/sc/google/GHJAC7yr.html)

Holma, T. 2011. ITE-arviointiprosessi ja menetelmän käyttö. [Viitattu 2.2.2011].

Saatavissa: <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sote-kehittamisty/ty%C3%B6yksik%C3%B6n-itsearviointi-ja-laadunhallintamenetelm%C3%A4/ite-arivointiprosessi/Sivut/default.aspx>

Hotanen, J., Laine, R. & Pietiläinen, S., 2001. Benchmarking-opas. Opi hyviltä esikuvilta. Suomen Laatu keskus Koulutuspalvelut Oy. Espoo: Otamedia.

Hämäläinen, K. 2002. Arvioinnin onnistumisen edellytyksiä. Artikkeliteoksessa Benchmarking korkeakoulujen kehittämisvälineenä. Korkeakoulujen arviointineuvoston julkaisuja 13:2002. Toimittanut Hämäläinen, K. & Kaartinen-Koutaniemi, M. Helsinki: Edita.

Hölsä, T. 2008. Dementiaa sairastavien reitti kodista hoivakotiin omaisten kuvaamana. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto. Julkaisuja 2008:3. Viitattu [12.2.2011]. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikaihmisten\\_palvelujen\\_laatusuositus\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikaihmisten_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf)

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: Dark.

Kaartinen-Koutaniemi, M. 2002. Suositukset menetelmän soveltamista varten. Artikkeliteoksessa Benchmarking korkeakoulujen kehittämisvälineenä. Korkeakoulujen arviointineuvoston julkaisuja 13:2002. Toimittanut Hämäläinen, K. & Kaartinen-Koutaniemi, M. Helsinki: Edita.

Karjalainen, A. 2002. Mitä benchmarking-arviointi on? Artikkeliteoksessa Benchmarking korkeakoulujen kehittämisvälineenä. Korkeakoulujen arviointineuvoston julkaisuja 13:2002. Toim. Hämäläinen, K. & Kaartinen-Koutaniemi, M. Helsinki: Edita.

Kehittäjän tieto- ja menetelmäpankki. [Viitattu 01.11.2010]. Saatavissa: [http://www.lpt.fi/tykes/instructions\\_docs/OHJEITA\\_BENCHMARKINGISTA.pdf](http://www.lpt.fi/tykes/instructions_docs/OHJEITA_BENCHMARKINGISTA.pdf) Saatavissa myös [Viitattu 01.11.2010]: <http://www.changemanagementtoolbook.com/mod/book/view.php?id=74&chapterid=66>

Kiikkala, I., Krause, K. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Hygieia. Helsinki: Kirjayhtymä.

Kinnaman, M.L. & Bleich, M.R. 2004. Collaboration: Aligning Resources to Create and Sustain Partnerships. Journal of Professional Nursing, 20, 310-322.

[Viitattu 15.4.2011]. Saatavissa:

[http://www.plexusinstitute.org/resource/collection/24E190C9-B485-4256-BDD5-10548A9FFF0C4/Kinnaman-Bleich-Collaboration\\_Nursing.pdf](http://www.plexusinstitute.org/resource/collection/24E190C9-B485-4256-BDD5-10548A9FFF0C4/Kinnaman-Bleich-Collaboration_Nursing.pdf).

Koponen, L., 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos.

Korpelainen, K. & Lampikoski, K. 1997. Innovatiivisuus muutosvoima. Juva: WSOY.

Kuntaliitto. 2006. ITE info, Tupu Holma. [Viitattu 18.2.2010] Saatavissa:

[http://www.kunnat.net/k\\_htmlimport.asp?path=1;161;83767;83768;83769&urli=http://apps.kunnat.net/sc/google/GHuuvKxC.html](http://www.kunnat.net/k_htmlimport.asp?path=1;161;83767;83768;83769&urli=http://apps.kunnat.net/sc/google/GHuuvKxC.html)

Kärnä, S. 2009. Hyvinvoinnin pysyvyyttä ja muutosta kolmannessa iässä. Ikääntyvien henkilöiden elämäntilanteen seuranta vuosina 1991 ja 2004 Varkauden kaupungissa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos.

Lahden kaupunki 2007. Sosiaali- ja terveystoimialan strategia. Lahden sosiaali- ja terveystoimi. Visio ja strategia vuosille 2007 – 2012. [Viitattu 12.5.2010] Saatavissa:

[http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/70460A1D085DE3FFC225749F002508BE/\\$file/SOTEstrategia\\_020607.pdf](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/70460A1D085DE3FFC225749F002508BE/$file/SOTEstrategia_020607.pdf)

Lahden kaupunki 2009a. Lahden sosiaali- ja terveystoimiala. Lahden sosiaali- ja terveystoimialan toimintakertomus 2009. [Viitattu 2.9.2010] Saatavissa:

[http://erez.multiprint.fi/Lahden\\_kaupunki/Sosiaali\\_ja\\_terveysala/357659\\_toimintakertomus.html](http://erez.multiprint.fi/Lahden_kaupunki/Sosiaali_ja_terveysala/357659_toimintakertomus.html)



Lahden kaupunki 2009b. Johdon katselmus 2009. [Viitattu 20.10.2010] Saatavissa Lahden kaupungin Intranetissa: <http://intra.jul.lahti.fi/www/intra>

Lahden kaupunki 2010a. Hyvinvointikertomus; Ikääntyneiden kysely 2009. [Viitattu 10.3.2011]. Saatavissa:  
[http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/1AB923B549E39D89C2257750002EE86F/\\$file/Ik%C3%A4%C3%A4ntyneiden%20kysely%20raportti%2020100624.pdf](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/1AB923B549E39D89C2257750002EE86F/$file/Ik%C3%A4%C3%A4ntyneiden%20kysely%20raportti%2020100624.pdf)

Lahden kaupunki 2010b. Sosiaali- ja terveystoimiala. Organisaatiokaavio. [Viitattu 11.3.2010]. Saatavissa:  
<http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/pages/70DB4AFBB25C97E5C2256F0F0034326F>

Lahden kaupunki 2010c. Lahden sosiaali- ja terveystoimialan toimintasääntö 1.1.2010. [Viitattu 3.2.2010]. Saatavissa Lahden kaupungin Intranetissä:  
<http://intra.jul.lahti.fi/www/intra>

Lahden kaupunki 2010d. Lahden sosiaali- ja terveystoimialan vuoden 2010 käyttösunnitelma. [Viitattu 12.5.2010]. Saatavissa Lahden kaupungin Intranetissa:  
<http://intra.jul.lahti.fi/www/intra>

Lahden kaupunki 2011. Kotihoito. [Viitattu 17.3.2011]. Saatavissa:  
<http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/pages/51F3CB3CCD8FB2F0C2256F07001DD73C>

Lahden kaupungin kotihoidon kriteerit ja palvelujen sisältö 2010. Viitattu 17.3.2011. Saatavissa:  
[http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/953A22AE5F2FD377C22577B4001F3B22/\\$file/080128.%20palveluvalikko%20ja%20kriteerit%20versio%203.pdf](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/953A22AE5F2FD377C22577B4001F3B22/$file/080128.%20palveluvalikko%20ja%20kriteerit%20versio%203.pdf)

Lauri, S. 1998. Toimintatutkimus. Teoksessa Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.). Juva: WSOY.

- Lehtonen, S. 2009. Laatu on arkea – esimerkki laatutyön käynnistämisestä Laitoshoidon kehittämiseksi. Opinnäytetyö -YAMK. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.
- Lento-Hukkinen, T. 2009. 'Ei me olla ihmeiden tekijöitä', Henkilökunnan käsitykset muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä ja kotiuttamisprosesista. Laurea ammattikorkeakoulu, Terveystieteiden YAMK, opinnäytetyö. Tikkurila.
- Löfström, E. 2002. Kieltenopetuksen kehittäminen yliopistossa ja ammattikorkeakoulussa. Artikkeliteoksessa Benchmarking korkeakoulujen kehittämisvälineenä. Korkeakoulujen arviointineuvoston julkaisuja 13:2002. Toimittanut Hämäläinen, K. & Kaartinen-Koutaniemi, M. Helsinki: Edita.
- Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 3. Painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Nurmi-Koikkalainen, P. 2006. Pienten ja haavoittuvien ryhmien oikeuksien vahvistaminen – näkökulmia ja ehdotuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kohdentumisen oikeudenmukaisuuden varmistamiseksi. Teoksessa Teperi, J. & Vuorenkoski, L. & Manderbacka, K. & Ollila, E. & Keskimäki, I. (toim.) Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hyvinvointivaltion rajat -hanke. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Edita Prima Oy, 173–180.
- Näränen, T-K., Savilahti, R., Vainio, P. 2003. Ikäihmisten hyvinvointiohjelma. Lahden vanhuspoliittinen ohjelma vuoteen 2010, osa II. Lahden IkäLaatu-projektin työryhmä 2003. Toim. Näränen, Tuija-Kaisa; Savilahti, Risto; Vainio, Pirjo. [Viitattu 28.2.2010] Saatavissa:

[http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/D52F151CAD0F1305C22570760023DE22/\\$file/Ik%C3%A4ihmisten%20hyvinvointiohjelma.pdf](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/D52F151CAD0F1305C22570760023DE22/$file/Ik%C3%A4ihmisten%20hyvinvointiohjelma.pdf)

Ojuri, A. 1996. Moniammatillinen yhteistyö ja organisaatiokulttuuri. Teoksessa Metteri, Anna (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Helsinki: Edita.

Perälä, M-L., Grönroos, E. & Sarvi, A. 2006. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Stakesin raportteja 8/2006. Helsinki: Valopaino OY. [Viitattu 20.2.2011]. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/raportit/R8-2006-VERKKO.pdf>

Perälä, M-L., Junttila, K. & Toljamo, M. 2007. Benchmarking-järjestelmän kehittäminen hoitotyöhön. Stakes, Työpapereita-sarja 19/2007. Helsinki.

Railimo, T. 2003. Benchmarking -menetelmän toimivuus julkisissa ja yksityisissä organisaatioissa: Tarkastelun kohteena benchmarking -prosessimallin vaiheet, oman toiminnan analysointi ja uusien ideoiden käytäntöön soveltaminen. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto. Kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunta.

Ruotsala, R. & Saari, J. 2004. Verkostoitumisesta voimaa. Oppimisverkostot turvallisen työympäristön kehittämisessä. Työterveyslaitos. Vammala.

Sairaanhoitajan käsikirja 2010. Luhtasaari, M. & Jämsen, S. Vanhuksen kotiutus. [Viitattu 6.11.2010]. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p\\_artikkeli=shk02250&p\\_haku=kotihoito](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk02250&p_haku=kotihoito)

Savonmäki, P. 2007. Opettajien kollegiaalinen yhteistyö ammattikorkeakoulussa, Mikropoliittinen näkökulma opettajuuteen. Väitöskirja. Kasvatustiede. Jyväskylän yliopisto.

SDP:n vanhuspoliittinen ohjelma 2010. Työryhmässä: Eskola, J., Häkkinen, H., Kananoja, A., Kunnas, M-L., Lehtinen, T., Lehtonen, O., Liikanen, A. ja Niemi-

Saari, M. [Viitattu 2.2.2011]. Saatavissa:

[http://www.sdp.fi/sites/default/files/politiikka/sdp\\_vanhusohjelma.pdf](http://www.sdp.fi/sites/default/files/politiikka/sdp_vanhusohjelma.pdf)

Seikkula, J. & Arnkil, T. 2005. Dialoginen verkostotyö. Tampere: Tammer-Paino.

Silvennoinen, M. 1999. Elämää verkostoissa- toimivat ihmissuhteet. Helsinki: Edita Ab.

Sipilä, T. 2005. Työyksikön itsearviointi hoitotyön johtajan apuna. Kuvaus ITE-itsearviointimenetelmän käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollon lähijohtajien työvälineenä. Pro gradu – tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Stakes 2008. Stakesilta opas kunnille dementia palveluiden järjestämisestä. [Viitattu 28.2.2010]. Saatavissa:

[http://www.stakes.fi/FI/ajankohtaista/Tiedotteet/2008/58\\_2008.htm](http://www.stakes.fi/FI/ajankohtaista/Tiedotteet/2008/58_2008.htm)

Sulkava, R. 2007. Kotihoitoa uhkaavat tekijät ja teknologian mahdollisuudet. [Viitattu 27.3.2011]. Saatavissa:

<http://www.piramk.fi/tekosko/koulutus/seminaarit/RSulkava.pdf>

Tanttu, K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa - Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Väitöskirja. Vaasan yliopisto. Sosiaali- ja terveyshallintotiede.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011. Tilastot ja rekisterit. [Viitattu 16.3.2011].

Saatavissa: <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Ikaantyneet/index.htm>

Toljamo, M. & Perälä M-L. 2008. Kotihoidon henkilöstön työ, työtyytyväisyyden ja palvelujen laadun muutokset PALKO-hankkeen aikana. Kysely kotihoidon henkilöstölle vuosina 2001 ja 2003. Stakesin raportteja 7/2008. [Viitattu 18.2.2011].

Saatavissa: <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/raportit/R7-2008-VERKKO.pdf>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A., 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. painos. Helsinki: Tammi.

Vaarama, M., Luoma, M.-L. & Ylönen, L. 2006. Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Teoksessa Kautto, M. (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2006. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Vaajakoski: Gummerus, 104 - 133.

Vantaan kaupunki 2010. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan käyttösuunnitelma vuodelle 2010. [Viitattu 15.1.2011]. Saatavissa:

[http://www.vantaa.fi/i\\_listasivu.asp?path=1;220;4732](http://www.vantaa.fi/i_listasivu.asp?path=1;220;4732)

Vantaan kaupunki 2011, AKOS 1 esite. [Viitattu 15.1.2011]. Saatavissa:

[http://www.vantaa.fi/i\\_perusdokumentti.asp?path=1;135;137;220;4722;4771;76536;118789](http://www.vantaa.fi/i_perusdokumentti.asp?path=1;135;137;220;4722;4771;76536;118789)

Vantaan kotihoidon palvelut. [Viitattu 2.2.2011]. Saatavissa:

[http://www.vantaa.fi/i\\_perusdokumentti.asp?path=1;220;4722;4770](http://www.vantaa.fi/i_perusdokumentti.asp?path=1;220;4722;4770)

Vantaan sairaalapalvelujen esite 2011. [Viitattu 18.3.2011]. Saatavissa:

[http://www.vantaa.fi/i\\_perusdokumentti.asp?path=1;220;21419](http://www.vantaa.fi/i_perusdokumentti.asp?path=1;220;21419)

VanVactor, J. D. 2011. Collaborative leadership model in the management of health care. Journal of Business Research , 23 March 2011. [Viitattu 1.4.2011].

Saatavissa:

[http://www.sciencedirect.com/aineistot.phkk.fi/science?\\_ob=MIimg&\\_imagekey=B6V7S-52FKJ4J-1-1&\\_cdi=5850&\\_user=4246040&\\_pii=S0148296311000543&\\_origin=search&\\_zone=rslt\\_list\\_item&\\_coverDate=03%2F23%2F2011&\\_sk=999999999&wchp=dGLbVtb-zSkzS&md5=d129d787e70e3c912d63b31032cf2d7f&ie=/sdarticle.pdf](http://www.sciencedirect.com/aineistot.phkk.fi/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6V7S-52FKJ4J-1-1&_cdi=5850&_user=4246040&_pii=S0148296311000543&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_coverDate=03%2F23%2F2011&_sk=999999999&wchp=dGLbVtb-zSkzS&md5=d129d787e70e3c912d63b31032cf2d7f&ie=/sdarticle.pdf)

Virtanen, P., 2005. Houkutteleva työyhteisö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vornanen, R., 1995. Organisaatioiden välisen yhteistyön tutkiminen. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Kuopion yliopisto.

Elektroniset lähteet:

Suhonen, J., Muistisairaudet uusi kansantauti. Julkaistu 17.08.2010 20:31 (päivitetty 22:58) [viitattu 16.2-2011] Saatavissa osoitteesta:

<http://www.mtv3.fi/uutiset/kotimaa.shtml/2010/08/1171973/muistisairaudet-uusi-kansantauti>

Luoma, J. 2009. YLE Akuutti / Muisti pettää, mutta hyvä hoito auttaa. Uutiset.

Julkaistu 25.05.2009 klo 14:19, päivitetty 26.05.2009 klo 20:19 [Viitattu

16.2.2011]. Saatavissa:

[http://yle.fi/uutiset/terveys\\_ ja\\_hyvinvointi/2009/05/muisti\\_pettaa\\_mutta\\_hyva\\_hoito\\_auttaa\\_755766.html](http://yle.fi/uutiset/terveys_ ja_hyvinvointi/2009/05/muisti_pettaa_mutta_hyva_hoito_auttaa_755766.html)

Suulliset lähteet:

Kukka, A. 2011. Lahden vanhustenpalvelujen johtaja. Vanhustenpalvelujen yhteistyöpalaveri 1.2.2011.

Ei painetut lähteet:

Osasto L31:n toimintasuunnitelma. Lahden kaupunginsairaalan osasto L31:n toimintasuunnitelma vuodelle 2011.

## LIITTEET

**OHJE ITE-ARVIOIJALLE** ITE arviointilomake **PERUS** 2003

*Hyvä Arvioija!*

Työyhteisösi arvioi toimintaansa ITE–menetelmään kuuluvalla itsearviointilomakkeella. Lomake on työväline laadunhallinnan tueksi. Näkökulmana on, ellei muuta sovita, oman yksikön tai yrityksen toiminta.

Tässä itsearvioinnissa arvioidaan sitä, miten asiat ovat hallinnassa ja järjestyksessä omassa työyhteisössä. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että käytössä on jokin menetelmä tai vakiintunut tapa saada selville, mitä mieltä asiakkaat ovat palvelujen laadusta. ITE–arvioinnin tavoitteena on myös näyttää kehittämisen suuntaa, kun pyritään järjestelmällisempään toimintaan. Arviointilomake sisältää niitä asioita, joita nykyisin pidetään tärkeänä laadunhallinnan näkökulmasta. Kyse ei ole työntekijän työn laadun arvioinnista tai työn tulosten arvioinnista.

Sinulla on nyt mahdollisuus osallistua tähän itsearviointiin. Tarkoitus on, että esimies tai muu sovittu henkilö tekee arvioinneista yhteenvedon (yksikön laadunhallinnan profiili). Tuloksista keskustellaan ja jatkotoimista sovitaan yhdessä.

Arviointilomakkeessa on 25 arviointikohdetta, jotka kukin sisältävät yhden tai useamman arvioitavan osa-alueen. Sinun on arvioitava koko kokonaisuutta. Jos yksi alue on mielestäsi puutteellinen, kohtaa ei voi arvioida asiaksi, joka "toteutuu sellaisena kuin pitääkin".

Vastaa oman näkemyksesi mukaan. Jos arviointisi osuu usein 0-kohtaan asteikolla, se ei tarkoita, että laadusta ei olisi lainkaan huolehdittu. Matalat arvioinnit syntyvät usein siitä syystä, että asioista ei ole sovittu riittävän täsmällisesti, toimintatapoja ei ole kirjattu tai toimintojen jatkuvuutta ei ole varmistettu.

**ARVIOINTIASTEIKKO**

- 0 = Ei ole toteutunut lainkaan, asia ei ole ollut esillä**  
Mitään ei ole tehty asian hyväksi, ei ole ollut esillä missään yhteydessä.
- 1 = Asia on ollut esillä ja pohdittavana**  
Jotain on asian tiimoilta tapahtunut; asiasta on keskusteltu ja mietitty, pitäisikö tehdä jotain tai on sovittu, että asiaan palataan myöhemmin.
- 2 = Paraikaa kehitteillä, kokeiluja menossa tai toteutunut satunnaisesti**  
On ryhdytty toimeen asian kuntoon saattamiseksi, asiasta on sovittu suullisesti, menossa on hanke, on ollut satunnaisia kokeiluja tai opiskeluihin liittyviä töitä.
- 3 = Käytössä, mutta toteutuu vain osittain**  
Toteutuu jo toiminnassa, mutta ei kaikilla arviointikohteen osa-alueilla tai vaatii vielä kehittämistä joiltain osin.
- 4 = Käytössä, toteutuu kaikilla arviointikohteen osa-alueilla**  
Toteutuu sellaisena kuin pitääkin ja on sovittu: koko arviointikohde on kunnossa. Oleelliset asiat on dokumentoitu; myös asiaan liittyvät asiakirjat, ohjeet, lomakkeet ym. ovat järjestyksessä ja hallinnassa.
- Eos = En osaa arvioida, ei koske minua**  
Kun et todellakaan tiedä asiasta mitään tai et ole missään tekemisissä asian kanssa. Tämä kohta ei ole tarkoitettu tilanteeseen, jossa olet vähän epävarma miten asia teillä on hoidettu.







**Asiakas**

- Asiakkaita ovat palvelujen käyttäjät, joihin voidaan lukea kuuluviksi myös heidän lähipiirinsä (omaiset). Myös palvelujen tilaajat ja ostajat ovat asiakkaita. Katso myös sisäinen asiakas. (Kysymys 4, 16, 17)

**Asiakasselvitykset**

- Palvelutarpeiden ja odotusten selvittäminen erilaisilta asiakasryhmiltä kyselyjen ja haastattelujen avulla, toimintakyvyn arvioiden perusteella tai muulla tavoin. Kyse ei ole kuitenkaan yksittäisen asiakkaan hoidon tarpeen arvioinnista. (Kysymys 4)

**Asiakaspalaute**

- Eri asiakkailta ja asiakasryhmiltä hankittu tai muulla tavoin välittyvä tieto, mielipide, siitä, mitä asiakas odottaa, tarvitsee, miten haluaa itseään hoidettavan ja kohdeltavan ja miten siinä hänen mielestään on onnistuttu. (Kysymys 16, 17)

**Kalibrointi**

- Mittauksiin ja tutkimuksiin käytettävät laitteet ja välineet kalibroidaan eli niiden mittauseräominaisuudet tarkistetaan määräajoin. Tavoite on, että mittaus tulokset voi luottaa. Tämä on välttämätöntä esim. tieteellisessä tutkimuksessa tai mittauksissa, joiden tulosten perusteella käynnistetään hoitotoimenpiteitä (verenpainemittari). (Kysymys 12)

**Laatukäsikirja**

- Laatukäsikirjassa kuvataan työyhteisön tai organisaation toiminta/ toiminnan ohjausjärjestelmä (laadunhallinnan järjestelmä). Laatukäsikirjaan sisältyvät mm. yksikön ydintyötä, kuten hoitoa, kuntoutusta, palvelua ja vastaavaa koskevat menettelyt ja ohjeet mukaan lukien toiminnan arviointi. Myös laatupolitiikka tai laadulle asetetut tavoitteet sekä sopimukset vastuista ja valtuuksista ovat laatukäsikirjan sisältöä. (Kysymys 22)

**Palveluvalikoima**

- Organisaation, työyksikön tai yrityksen asiakkailleen tarjoamat kaikki palvelut. Voidaan myös käyttää nimitystä palvelulajitelma. (Kysymys 6)

**Palvelukuvaus**

- Kirjallinen määrittely (myös palveluseloste, tuotemäärittely tms.), josta käy ilmi palvelun tarkoitus ja hyödyt, kohderyhmä, palvelun sisältö, laajuus, laatuvaatimukset ja muut mahdolliset palvelun ominaispiirteet. (Kysymys 6)

**Palveluketju**

- Nimi sellaisille palveluprosesseille (katso palveluprosessi), jotka ulottuvat organisaatiosta toiseen tai toteutuvat yhteistyöverkostoissa (esim. kotiutusprosessi tai kuntoutusprosessi). (Kysymys 5)

**Palveluprosessi**

- Yleisnimitys kaikille prosesseille, jotka tuottavat asiakkaalle hänen tarvitsemansa hyödyn (hoito, kuntoutus, hoiva, palvelu, tutkimus ym.). Prosessi on sarja toisiaan seuraavia tapahtumia: asiakas tulee palvelun piiriin, saa erilaista hoitoa tai palvelua jne. (Kysymys 5)

**Sisäinen asiakas**

- Sisäisiin asiakkaisiin luetaan tässä työtoverit ja oman organisaation muu henkilöstö. (Kysymys 17)

**Toiminta-ajatus**

- Kertoo miksi organisaatio, työyksikkö tai yritys on olemassa ja minkälaisia tarpeita sen toiminta tyydyttää (mitä palveluja, millaisille asiakkaille, millaisin resurssein). Toiminta-ajatus voi myös kertoa, miten suhtaudutaan laatuun (vrt. laatupolitiikka: ylimmän johdon organisaatiolle määrittämä yleinen tapa suhtautua laatuun.). Visiossa katsotaan etäämmälle: näin haluaisimme asioiden joskus olevan, tuohon tilaan haluamme joskus päästä. (Kysymys 1)

**Työn laadun kriteeri**

- Tavallisesti käytetään sanaa laatukriteeri, jolla tarkoitetaan mittapuuta laadulle. Laatukriteerit konkretisoivat laadun sisällön, osoittavat suunnan, miten tulee toimia ja ovat muodostavat laadun arvioinnin perusteet. Laatukriteereitä voidaan laatia valtakunnallisesti, alueellisesti tai työpaikkakohtaisesti. (Kysymys 13)

**Vertailut muihin**

- Voidaan toteuttaa vertaisarviointina, tunnuslukuvertailuna tai vertaiskäyntinä saman ammattiryhmän tai saman alan työyhteisöjen kesken. Vertailu voi kohdistua myös parhaisiin mahdollisiin käytäntöihin, jolloin on kyse esikuvavertailusta (benchmarking) ja kohde voi olla muun alan työyhteisö tai yritys. (Kysymys 24)

## **LAHDEN KAUPUNGIN KOTIHOIDON KRITTEERIT JA PALVELUJEN SISÄLTÖ 1.6.2010**

### **PALVELUN PIIRIIN OTTAMINEN**

1. Kotihoidon tarkoituksena on neuvonnan, ohjauksen, hoidon toteutuksen sekä kuntouttavan työtöiden avulla turvata omassa kodissaan asuvien asiakkaiden tarvitsemat hoito-, hoiva- ja huolenpitopalvelut parhaalla mahdollisella tavalla kaupungin voimavarojen puitteissa.
2. Kotihoidon palvelu käynnistyy palveluohjaajan palvelutarpeenarviointikäynnillä asiakkaan kotona. Palveluohjaaja arvioi palvelujen tarpeen yhteistyössä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa laaja-alaisesti niin, että arvioinnissa otetaan huomioon myös yksityiset palvelut, vapaaehtoistyö ja lähipiirin osallistumismahdollisuudet. Jokaiselle asiakkaalle suunnitellaan tarkoituksenmukaisin järjestely hoidon ja hoidon toteutuksessa. Kotihoidon kriteerit täyttävälle asiakkaalle tarjotaan vaihtoehtoisesti kotihoidon oma palvelu tai säännöllisen kotihoidon palveluseteli.
3. Palvelun tarvetta arvioidaan tarvittaessa RAVA toimintakykymittarilla ja MMSE muistitestillä. Tämän lisäksi kartoitetaan asiakkaan selviytymistä heikentävät sairaudet, asunto-olosuhteet ja sosiaalinen verkosto.
4. Säännöllisen kotihoidon piiriin otetaan henkilö, joka ei selviydy arkielämän toiminnoista itsenäisesti, omaisten tai muiden palvelutuottajien avulla. Lähtökohtana on, että asiakkaan hoito ja huolenpito vaativat sosiaali- tai terveydenhuollon henkilöstön ammattiosaamista.
5. Hoivan, huolenpidon ja/tai sairaanhoidon tarpeen tulee olla toistuvaa, pääasiassa päivittäistä tai useita kertoja viikossa.
6. Säännöllistä kunnallista kotihoitoa voidaan antaa myös kerran tai kaksi viikossa seuraavissa tilanteissa:
  - Asiakkaalla ei ole taloudellisia edellytyksiä hankkia palveluja yksityisesti. Edellytyksenä on, että asiakas saa säännöllistä toimeentulotukea tai hän on oikeutettu täyteen kansaneläkkeeseen.
  - Asiakkaalla on muistihäiriö tai mielenterveysongelma ja hoidon toteutuminen vaarantuu ilman kunnallisen kotihoidon käyntejä.
  - Asiakkaan pääasiallisesta hoidosta vastaa omaishoitaja ja kotihoitoa tarvitaan omaishoidon tukemiseksi.
  - Asiakas on sotainvalidi
7. Tukipalveluja järjestetään vain säännöllisen kotihoidon piirissä oleville asiakkaille. Poikkeuksena ovat turvapalvelu ja saunapalvelu.
8. Kotihoitoon ei voida ottaa asiakasta, joka ei itse halua palvelua, jonka aggressiivista käyttäytymistä ei saada hallintaan tai joka ei sitoudu yhteistyöhön, vaikka ymmärtäisi sen merkityksen hoitonsa kannalta.

9. Kotihoidon palveluohjaaja tekee päätöksen palvelujen aloittamisesta. Päätöksiä tehdessä noudatetaan hyvää hallintokäytäntöä ja otetaan huomioon kuntalaisten yhdenvertaisuus.

10. Säännöllisen kotihoidon asiakkaan kanssa laaditaan hoitosuunnitelma, jossa määritellään hänen yksilöllinen hoitonsa. Aloitettuja palveluja tarkistetaan säännöllisesti ja aina tarpeen vaatiessa. Kotihoidon käyntejä voidaan lisätä tai vähentää asiakkaan toimintakyvyn mukaan

11. Tilapäinen palveluntarve ohjataan ensisijaisesti yksityiselle palveluntuottajalle. Sairaalasta kotiutumisen yhteydessä tilapäishoito järjestetään pääasiassa palvelusetelillä. Kotihoito tekee sairaanhoidollisia tilapäiskäyntejä, jos asiakas ei terveydellisistä syistä pysty hakemaan hoitoa terveyskeskuksesta tai yksityisten palvelujen piiristä. Tilapäiskäyntejä voidaan tehdä muun muassa omaishoidon tuen piiriin kuuluville, mielitähäriöisille ja mielenterveysongelmallisille.

## **PALVELUJEN SISÄLTÖ**

Kotihoidon toimintaperiaatteena on antaa hyvää ja turvallista hoivaa ja hoitoa kotihoidon kriteerit täyttävälle asiakkaalle. Hoito toteutetaan kuntouttavalla työotteella siten, että asiakkaan omaa toimintakykyä ylläpidetään ja asiakasta opetetaan selviytymään mahdollisimman omatoimisesti päivän askareista ja hoitotoimenpiteistä. Omaisia ja lähipiiriä tuetaan osallistumaan hoitoon ja huolenpitoon.

Kotihoidossa käytetään kotihoitokansiota, jonka tiedot asiakasvastaava pitää ajan tasalla. Kotihoitokansio on kotona ja se kulkee asiakkaan mukana sairaalaan, intervallihoitajaksolle jne. Kotihoidon henkilöstö kirjaa tiedot asiakaskäynneistä Pegasosasiakastietojärjestelmään.

Mikäli asiakas ei ole hoitomyönteinen (esim. ei ole toistuvasti kotona sovittuna aikana), asiakkaan kanssa pidetään hoitoneuvottelu. Jos hoitoneuvottelu ei tuota tulosta, jatkohoidosta päätetään yhdessä kotihoidon lääkärin kanssa. Hoitokäynnillä voimakkaasti päihteiden vaikutuksen alaisena olevalta asiakkaalta tarkistetaan yleistila ja käynti tehdään myöhemmin. Tilanteen toistuessa neuvotellaan kotihoidon lääkärin kanssa jatkohoidosta.

Työsuojelullisista syistä asiakkaan ei tule tupakoida hoitajan läsnä ollessa. Jos asiakkaan sairaus tai vamma vaatii hoitajan avunannon tupakoinnissa, suosituksena on yksi tupakka/käyntikerta.

### **Henkilökohtainen hygienia**

Henkilökohtaisen hygienian ylläpitämiseen kuuluu asiakkaan avustaminen suihkussa asiakkaan omia voimavaroja hyödyntäen kerran viikossa. Lisäksi huolehditaan päivittäiset pikkupesut asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Asiakkaan suuhygieniasta huolehditaan ja autetaan hampaiden harjauksessa ja/tai proteesien pesussa. Tarvittaessa huolehditaan ihon perusrasvauksesta, parranajosta sekä kynsien

leikkauksesta.

### **Ravitsemus**

Asiakasta ohjataan ja neuvotaan syömään terveellistä ja monipuolista ruokaa. Mikäli hän ei pysty itse valmistamaan aterioitaan, tilataan ne hänelle ateriapalvelusta ja/tai hankitaan valmiita aineksia.

Käyntien yhteydessä huolehditaan aamu, väli- ja iltapalan laitosta, riittävän nesteen saannista sekä valmiin ruuan lämmityksestä. Ruokailun toteutumista seurataan erityisesti muistiongelmallisilla.

Ruokaa valmistetaan asiakkaalle vain erityisistä terveydellisistä syistä.

### **Tekstiilihuolto**

Asiakkaan pyykit pestään, jos hänellä on oma pesukone. Kotihoidon työntekijän poistuessa asiakkaan luota, kone voidaan jättää päälle, mikäli asiakkaalta/omaiselta saadaan tähän kirjallinen lupa. Asiakkaita kehoitetaan hankkimaan pesukoneisiin liitettäviä turvalaitteita. Harkinnan mukaan voidaan käyttää talon pyykkitupaa. Mahdollisuuksien mukaan käytetään pesula/ pyykkipalveluja.

Silitys, mankelointi, vaatteiden käsin pesu sekä mattojen, verhojen yms. pesut ohjataan lähipiirille tai yksityisille palveluntuottajille.

Lakanat ja tyyneiliinat vaihdetaan kerran kuukaudessa tai tarpeen mukaan.

### **Siistiminen**

Asiakkaan käytössä olevien tilojen lattiat imuroidaan kahden viikon välein. Poikkeustapauksissa useammin. TV- ja atk- laitteiden käyttöturvallisuudesta huolehditaan laitteiden pölyjen pyyhinnällä tai imuroinnilla vähintään kahden viikon välein. Paloturvallisuudesta huolehditaan niin, että laitteiden päällä ei ole tavaroita.

Omaisien asuessa samassa taloudessa, pyritään siihen, että omaisen huolehtii siistimisestä.

Lattioiden kosteapyyhintä tehdään tarvittaessa. Saniteettitilojen ja WC:n pesu suoritetaan kerran viikossa tai tarpeen mukaan.

Asiakkaan tiskit tiskataan, ruokailu- ja keittiön työtasot siistitään ja roskat viedään ulos tarvittaessa. Jääkaappi siistitään säännöllisesti. Pakastimen sulatus ohjataan lähipiirille tai yksityisille palveluntuottajille.

Kotihoito vastaa ylläpitosiivouksesta niin, että riittävä hygieniataso säilyy. Perussiivouksessa ohjataan käyttämään yksityisiä palveluntuottajia. Jos sairaalasta kotiutuminen edellyttää kodin perussiivousta tai hoidon ja huolenpidon tarpeessa olevaa asiakasta uhkaa häätö asunnon siivottomuuden takia, eikä asiakkaalla ole mahdollisuutta hankkia siivousta omin varoin, käytetään siivouksen järjestämiseksi palveluseteliä.

**Ulkoilu ja saattoapu**

Asiakkaan kanssa ulkoillaan kotihoidon työtilanteen mukaan, tasapuolisuus huomioon ottaen.

Ensisijaisesti saattoapu järjestetään omaisten, lähipiirin tai vapaaehtoistyön turvin. Mikäli asiakkaan jatkohoidon kannalta on välttämätöntä, kotihoito hoitaa asiakkaan saattamisen lääkäriin.

**Asiointi**

Kauppa- asiointit hoitaa asiakas, omaiset, lähipiiri tai kotihoidon kauppapalvelu. Pankki- ym. asiointit hoitaa ensisijaisesti asiakas itse tai hänen uskottu henkilönsä. Kotihoito hoitaa asiointin poikkeustapauksissa, jolloin laskut ohjataan suoraveloitukseen tai käytetään maksupalvelua.

Pääsääntöisesti kotihoito ei käsittele asiakkaan käteistä rahaa. Tarvittaessa hoitaja voi nostaa asiakkaan tililtä käyttörahaa, jonka kaksi työntekijää kuittaa nostetuksi.

**Muut tehtävät**

Postit haetaan postilaatikosta. Lumet luodaan siltä osin kuin välttämättömän liikkumisen turvaaminen edellyttää. Puiden kantaminen ja puilla lämmittäminen tehdään, jos se on ainoa talon ja ruuan lämmityskeino.

Mikäli asiakkaalla on liesivahti kotihoidon kautta, asiakasvastaava testaa laitteen toiminnan ½ vuoden välein. Varmistetaan, että palovaroittimen toiminta on testattu säännöllisesti.

Asiakkaiden lemmikkieläinten hoito ja ulkoiluttaminen eivät sisälly kotihoidon tehtäviin.

**Sairaanhoidolliset tehtävät**

Sairaanhoidolliset toimenpiteet sisältyvät säännölliseen kotihoitoon ja ne toteutetaan lääkärin ohjeiden mukaisesti. Näitä tehtäviä ovat esimerkiksi lääkehoito, haavahoito, avannehoito, katetrointi ja terveydentilan seuranta. Hoitotoimenpiteissä pyritään lääkärin kanssa neuvotellen hoitomuotoihin, jotka asiakas pystyy itse tekemään tai jotka voidaan tehdä käyntikertoja vähentäen (esimerkiksi insuliinin valinta ja lääkehoidon ajoitus).

Kotihoito arvioi ja asiakkaan terveydentilaa sekä tekee tarvittavia elintoimintomittauksia. Mittaustulokset kirjataan ja saatetaan kotihoidon lääkärin tietoon.

**Iltta- ja viikonloppu**

Iltta- ja viikonlopputyössä työtehtävät rajataan minimiin ja kuntouttavaa työtettä toteutetaan rajoitetusti apuvälineitä hyödyntäen.

Läheisten toivotaan ilmoittavan etukäteen kotihoidon henkilöstölle, jos he vierailvat asiakkaan luona hoitaen häntä.

Sairaalasta kotiutuvia kotihoidon omia asiakkaita otetaan vastaan iltaisin ja viikonloppuisin, jos kotiutuspäätös on tehty ennen klo 15.30. Päivystyksestä kotiutuksen tulee tapahtua ennen klo 20. Uusien asiakkaiden hoidon vastaanotto ja aloitus tapahtuu virka-aikana.

Viikonloppuaamuisin toimintakyvyltään heikko asiakas hoidetaan vuoteeseen, jonne aamiainen tarjoillaan (tarvittaessa ruokailussa avustaminen). Päivisin pyritään mahdollistamaan ruokailu ruokapöydän ääressä istuen.

### **Yöhoito**

Yöhoidon piiriin otetaan asiakas, jonka kotona selviytyminen sitä välttämättä edellyttää. Yöhoidon tarpeellisuutta ja määrää arvioidaan säännöllisesti. Yöhoidon muutoksista tiedottaa asiakkaalle oman alueen kotihoitohenkilöstö.

Sairaalasta kotiutuville tai kotikokeilussa oleville annetaan tarvittaessa kolmena yönä tilapäistä yöhoitoa, jos se lisää kotiutuksen turvallisuutta. Yöhoidon tarpeellisuutta arvioidaan uudestaan, jos kotiutus jää pysyväksi.

### **Yöhoidon tehtävät**

- wc –käynneissä avustaminen (portatiivin ym. apuvälineiden käyttömahdollisuus selvitetty)
- vaipanvaihto (käytettävissä olevat vaippavaihtoehdot eivät riitä ja ihon kunto edellyttää sitä)
- katetointi (muut hoitovaihtoehdot selvitetty)
- asentohoito asiakkaille, jotka eivät itse pysty vaihtamaan asentoa ja joilla painehaavauman vaara on olennainen
- asiakkaiden turvapuhelinhälytyksiin vastaaminen
- voinnin seuranta (kotiutuskokeilut ja sairaalasta kotiutuneet).

### **Vaikeavammaisten asiakkaiden henkilökohtaisen avustajan sijaistaminen**

Vaikeavammaiset asiakkaat, joilla on henkilökohtainen avustaja, voivat kuulua myös kotihoidon palvelujen piiriin, jolloin käynnit ja niiden sisältö on sovittu hoitoja palvelusuunnitelmassa.

Asuinalueen kotihoitotiimi hoitaa äkilliset lyhyet sairauslomasijaisuudet 1 – 3 päivää, jos se työtilanteen puolesta on mahdollista. Tällöin vaikeavammaiselle annettava palvelujen sisältö vastaa tavanomaista kotihoidon palvelua, jolloin suoritetaan välttämättömät hoito- ja hoivatehtävät.

21.10.2010

Hei,

Olen sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen ylemmän ammattikorkeakoulun tutkintoa suorittava sairaanhoitaja Lahdesta. Opiskeluun sisältyy opinnäytetyönä työelämälähtöisen tutkimuksellisen kehittämishankkeen tekeminen ja raportointi.

Työyksikköni on geriatrinen tutkimus-, kuntoutus- ja arviointiosasto. Osastolle tulee muistisairaita geriatrisia potilaita tutkimus-, kuntoutus- ja arviointijaksolle. Tutkimusjakson aikana selvitämme kokonaisvaltaisesti potilaan toimintakykyä, kotitilannetta ja kartoitamme avun tarvetta. Hoitojakson tavoitteena on aina potilaan turvallinen kotiutuminen.

Laadunhallintamenetelmänä käytämme ITE-arviointia. Vuoden 2009 ITE-arvioinnista nousi kehittämisen kohteeksi vertaisarviointi sekä yhteistyö sidosryhmien kanssa. Opinnäytetyöni avulla haluaisin vastata näihin kehittämisalueisiin. Osastomme luonteen vuoksi kotiuttaminen on yksi tärkeimmistä toiminnan tavoitteistamme. Tämän vuoksi sidosryhmistä tärkeimpänä pidämme kotihoitoa ja tavoitteenamme on kehittää yhteistyötä kotihoidon kanssa.

Suomessa on paljon osaamista terveydenhuollonyksiköissä eikä yhtenäistä toimintatapaa ole olemassa. Jokaisella yksiköllä on oma tapansa toimia, omat vahvuutensa sekä paljon kertynyttä hiljaista tietoa, jota ei saada vietyä muihin yksiköihin. Vertaisarviointi esimerkiksi benchmarkingin avulla on keino yhtenäistää työtapoja, saada parhaita toimintatapoja välitettyä muihin yksiköihin sekä kehittää yksikön nykyistä toimintaa. Tämän vuoksi haluaisin myös tutustua benchmarkingiin kehittämistyön apuvälineenä.

Toivoisin saavani tietoa kuinka teillä on yhteistyö kotihoidon kanssa koettu ja kuinka te sitä toteutate. Varsinaista yhteistyötä kotihoidon kanssa ei voi nähdä, joten tämän vuoksi varsinainen vierailu ei ole välttämätöntä. Toivoisin, että voisitte kuvata yhteistyöprosessia kotihoidon kanssa tai vapaasti kertoa miten yhteistyö toteutuu käytännössä. Tarvittaessa voin tulla myös henkilökohtaiselle vierailulle tekemään haastattelua tai tutustumaan toimintaan.

Löytyisikö teidän organisaatiostanne toiminnaltaan omaa yksikköäni vastaavaa yksikköä, joka olisi halukas osallistumaan tämän kaltaiseen benchmarking-prosessiin?

Ystävällisin terveisin

Irmeli Myllymäki, sairaanhoitaja AMK, sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelija

sähköposti: irmeli.myllymaki@lpt.fi tai p. [REDACTED]







Helsingin kaupunki  
**Sosiaalivirasto**

Helsingfors stad  
**Socialverket**

TUTKIMUSLUPA-  
 HAKEMUS

ANSÖKAN OM  
 FORSKNINGS-  
 TILLSTÅND

3

Helsingin kaupunki  
**Sosiaalivirasto**

Helsingfors stad  
**Socialverket**

TUTKIMUSLUPA-  
 HAKEMUS

ANSÖKAN OM  
 FORSKNINGS-  
 TILLSTÅND

4

8 TUTKIMUSREKISTERIN (littetä eim) luomus henkilöittäin perusteella laadittavasta rekisteriselosteesta

1 Tutkimus ei sisällä henkilöiden tunnistietoja. Ei synny rekisteriä. *Undersökningen innehåller inte uppgifter som personer kan identifieras av. Register uppstår inte.*

2 Tutkimusrekisterin kerättävät tunnistus- ja yksilötiedot esitellään myös esim. kuva- tai videomateriaali, joista henkilö on tunnistettavissa, esittelyssä tutkimusrekisterissä. *Specifisering över individuella personuppgifter från har för avsikt att samla upp i ett undersökningsregister (även t. ex. bild- och videomaterial, ur vilket personer kan identifieras, bilder och underdok-ringsuppgifter)*

TYPER AV DATA / UNDERÖKNINGS-REGISTER (oloppa t.ex. ett, flera av följande typer av registrering som bör göras enligt personuppgiftslagen)

9 TUTKIMUS- SUOJAUS- LUVATONTA KÄSITTELY VASTAAN

1 Tutkimusaineisto ei sisällä tunnistietoja. *Undersökningsmaterialer innehåller inte identifieringsuppgifter.*

2 Tunnistiedot poistetaan ennen analyysivaihetta. *Identifieringsuppgifterna avlägsnas före analyssteget.*

3 Analyysi tehdään tunnistetiedon, Perustelu tunnistetietojen säilyttämiselle aineistossa. *Analysen görs med identifieringsuppgifter. Motivering till att identifieringsuppgifterna bevaras / materialet.*

Tunnistietoja tai yksilötietoja ei tässä oppimäytetyössä ole tarpeen kerätä lainkaan. *Raportti on julkinen. Oppimäytetyön raportissa on tarkoitus kuvata.*

Organisaation rakenne, mitä osin kuin saan tietoa julkisista tietolähteistä (internet, tiedotteet)

Osaston kuvaus, käsittelen osaston toimintamoodot, toimintatavat sekä luonne millitä osin, mitä osasto ja organisaatio antaa luvan kuvata.

Jos analyysi tehdään tunnistetiedon, miten aineiston suojaus on järjestetty? *Om analysen görs med identifieringsuppgifter, hur har dataskyddet av materialet ordnats?*

Äkkäillä käsiteltävään aineistoon suojaustapa Syydöstöörändre av materialet som behandlas med sedb-användning

1 Käytätunnus lösenord  2 salasana  3 käytön rekisteröinti  4 kulu valvonta  5 muu  6 käyttäjäohje  7 muutokset  8 muutokset  9 muutokset  10 muutokset  11 muutokset  12 muutokset  13 muutokset  14 muutokset  15 muutokset  16 muutokset  17 muutokset  18 muutokset  19 muutokset  20 muutokset

Kuukkaa muu suojaustapa tarkemmin en käsiteltävähäiden osalta. *Beskriv, det övriga skyddsåtgärder / åtgärder / olika stegen av behandlingen av data.*

Kuka vastaa rekisteröidystä ja sen lallisuudesta (henkilön nimi)? *Vem ansvarar för registrering och dess laglighet (personens namn)?*

10 TUTKIMUS- ANEISTON HAVITTA-MINEN ARKISTOINTI

1 Tutkimusaineisto ja tunnistiedot hävitetään, miten ja millon. *Undersökningsmaterialer och identifieringsuppgifterna förstörs, hur och när.*

2 Tutkimusaineisto ilman tunnistietoja säilytetään / arkistoidaan. *Undersökningsmaterialer utan identifieringsuppgifter förvaras / arkiveras*

3 Tutkimusaineisto tunnistetiedon säilyttäjä / arkistoidaan. *Undersökningsmaterialer med identifieringsuppgifter förvaras / arkiveras*

Tutkimusaineiston arkistointi *Arkivering av undersökningsmaterialer*

1 Ilman tunnistietoja *Utän identifieringsuppgifter*

Mihin arkistoidaan *Arkiveringsplats*

Haastattelun avulla saatu aineistoraportoidaan millitä osin, kuin mitä oppimäytetyön tulosten

kannalla on tarpeen ja mihin kohdeorganisaatio antaa luvan. Muut tiedot hävitetään raportin valmistuttua hyväksytyksi.

2 Tunnistetiedon arkistoinnissa tarkoitetaan aineistona arkistoinnissa säännösten nojalla arkistomuodostus-suunnitelman mukaisesti. *Med identifieringsuppgifter som myndighetsmaterial enligt en arkiveringsplan med stöd av arkivlagens föreskrifter. Mihin arkistoidaan *Arkiveringsplats**


3 Tunnistetiedon Kansalliseen arkistoon. *Med identifieringsuppgifter med tillstånd av *riksarkivet*. Mihin arkistoidaan *Arkiveringsplats**



<p>Helsingin kaupunki  <b>Sosiaalivirasto</b>                  Helsingfors stad  <b>Socialverket</b></p>	<p><b>TUTKIMUSLUPA- HAKEMUS</b></p>	<p><b>ANSÖKAN OM FORSKNINGS- TILLSTÄND</b></p>	<p>5</p>
<p>11                  TUTKIMUKSEN                  LAUSUNTO                  ETSIK                  BÄDDNING                  AV UNDER-                  SÖKNINGEN</p>	<p>Miten etsittävät näkökohdat on otettu huomioon tutkimuksen suunnittelussa ja toteutuksessa?                  Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Lähtien osastoille etukäteen suostumuskirjeen, jonka mukaisesti odotan osastonhoitajan valitsevan haastateltava/keskustelun osallistuvat työntekijät. Ise haastattelutilanteissa kukaan kenenkään ei tarvitse osallistua haastatteluun/keskusteluun. Haastattelu /keskustelu etenee etukäteen lähetetyn kysymysrunon mukaisesti. Raportissa kuvataan organisaation rakenne, niiltä osin kuin saan tietoa julkisista tietolähteistä (internet, tiedotteet) lisäksi benchmarking prosessin mukaisesti tärkeitä on toimintaympäristön, eli osaston kuvaus, käsitellen osaston toimintamuodot, toimintatavat sekä luonne niiltä osin, mitä osasto ja organisaatio antaa luvan kuvata. Prosessissa huomioon ja noudatetaan tarkoin benchmarking-prosessin eettisiä ohjeita.</p>	<p><b>ANSÖKAN OM FORSKNINGS- TILLSTÄND</b></p>	<p>6</p>
<p>12                  TILINPÄÄTYS                  JA                  ALLEKIRJOITUKSET                  (Sisämuksen allekirjoittavat kaikki ne henkilöt, jotka tutkimusta käsittelevät salissa pidettävissä tietoja)</p>	<p>Sitoudun siihen, etten käytä saamiani tietoja asiakkaita tai hänen läheistensä vahingoksi tai halventamiseksi taikka sellaisten muiden etujen loukkauksemiseksi, joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus eikä luovuta saamiani henkilötietoja sivullisille.</p>	<p><b>TUTKIMUSLUPA- HAKEMUS</b></p>	<p><b>ANSÖKAN OM FORSKNINGS- TILLSTÄND</b></p>
<p>13                  LAUSUNTO                  TUTKIMUKSEN                  TARKASTUS                  JA                  HAKEMUKSEN                  TARKASTUS                  MÄÄRÄ                  UTI LÄMME                  OM UNDER-                  SÖKNINGEN                  TEKNISK                  GRANSKNING                  AV</p>	<p>Paikka ja päivämäärä                  Or och datum                  17.12.2010                  Paikka ja päivämäärä                  Or och datum                  Paikka ja päivämäärä                  Or och datum                  Paikka ja päivämäärä                  Or och datum                  Paikka ja päivämäärä                  Or och datum</p>	<p><b>TUTKIMUSLUPA- HAKEMUS</b></p>	<p><b>ANSÖKAN OM FORSKNINGS- TILLSTÄND</b></p>



<p>Helsingin kaupunki  <b>Sosiaalivirasto</b>                  Helsingfors stad  <b>Socialverket</b></p>	<p><b>TUTKIMUSLUPA- HAKEMUS</b></p>	<p><b>ANSÖKAN OM FORSKNINGS- TILLSTÄND</b></p>	<p>6</p>
<p>13                  JÄLJÄ                  FÖRSLÄTT</p>	<p>Päivämäärä, allekirjoitus/ nimen selvitys, puhelinnumero Datum, underskrift/ namnförtylligande, telefon                  Lausunto/Vastuualue 3 Utöfvarde/ Ansvarsområde 3                  Päivämäärä, allekirjoitus/ nimen selvitys, puhelinnumero Datum, underskrift/ namnförtylligande, telefon                  Lausunto/Vastuualue 4 Utöfvarde/ Ansvarsområde 4</p>	<p><b>TUTKIMUSLUPA- HAKEMUS</b></p>	<p><b>ANSÖKAN OM FORSKNINGS- TILLSTÄND</b></p>
<p>14                  YHTEYS-                  HENKILÖT)                  SOSIAALIO                  VIRASTOSSA                  KONTAKT-                  PERSONIERI                  SA                  SOCIAL-                  VERKET</p>	<p>Nimi /Namn                  Nimi /Namn                  Nimi /Namn</p>	<p><b>TUTKIMUSLUPA- HAKEMUS</b></p>	<p><b>ANSÖKAN OM FORSKNINGS- TILLSTÄND</b></p>

 Helsingin kaupunki <b>Sosiaalivirasto</b>	Helsingfors stad <b>Socialverket</b>	<b>TUTKIMUSLUPA- HAKEMUS</b>	<b>ANSÖKAN OM FORSKNINGS- TILLSTÄND</b>
<b>15</b> PÄÄTÖS BESLUT	<input type="checkbox"/> 1 Tutkimuslupa myönnetään esityksessä muodossa Forskningsutlåtande beviljas enligt föransökningsinnehåll. <input type="checkbox"/> 2 Tutkimuslupa myönnetään seuraavien ehtojen: Forskningsutlåtande beviljas på följande villkor:		
<b>16</b> PÄÄTÖKSEN TEKIJÄ BESLUTS- FATTARE	<input type="checkbox"/> 3 Lupa heijon saamin celasa odetietistä asiakkoista ja henkilöistestestä myönnetään sosiaaliviraston tutkimuksen yhteyshenkilön kanssa erikseen sovitussa laajuudessa. Käyttöoikeudet ylläpidetään erikseen lomakkeella "Käyttöoikeus ja valtuutus"	Tillsänd står endast data ur sekretessbelagda dokument och personregister beviljas i den omfattning man separerat avtalet om med undersökningsinstansens kontaktperson på socialverket. Åtkomstutgående specificeras står på blanketten "Käyttöoikeus ja valtuutus"	
<b>17</b> PÄÄTÖKSEN KÄYTTÖALUE AV BESLUTETS RÄMOMRÅDE	<input type="checkbox"/> 4 Tutkimuslupahakemus hylätään, perusteet: Ansökan om forskningsutlåtande avfalls med följande motiveringar:		
	Päätöksentekijä Beslutsfattaren	Päätöksentekijän asetus, sen ohjeet ja viiteasioma Beslutsfattarens underlag, namn/förhållande och tjänstställning	
	<input type="checkbox"/> Hakijalle Till den sökande	<input type="checkbox"/> Yhteyshenkilölle Till kontakt- personen	<input type="checkbox"/> Muualle, mihin henkilöille Till övriga, vem



VANTAA KAUPUNKI  
Sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

<p><b>1 Tutkimusluvun hakijaksi tutkimusyhdistyksen vastuutaho</b></p> <p>Sukunimi: Myllymäki Etunimi: Imeli Osoite: Etelätie 7, 15610 LAHTI Puhelin: 077-7777777 Sähköposti: imeli.myllymaki@lpi.fi</p> <p>Oppi-/tutkintalaatios: <input type="checkbox"/> 1 Ylipisto <input type="checkbox"/> 2 Muu korkeakoulu <input type="checkbox"/> 3 Keskiasteen / ammatillinen koulu <input checked="" type="checkbox"/> 4 Ammatikorkeakoulu <input type="checkbox"/> 5 Muu oppilaitos <input type="checkbox"/> 6 Muu taustayhteisö kuin oppilaitos / koulu</p> <p>Suorittu tutkimus: Perushoitajat -88, Sairaanhoitajat AMK -03</p>		<p>Saapumispäivä: _____ Diaariro: _____</p>
<p><b>2 Tutkimuksen ohjaaja</b></p> <p>Nimi: Mattila Helena, Lahtinen Päivi Tampale ja osite: Lahten ammattikorkeakoulu, Hoitajankatu 3, 15850 LAHTI Puhelin toimeen: 03-82819 Oppiervo / ammatti: TTT/Lehtori, KT, THM/Lehtori</p>		
<p><b>3 Tutkimus</b></p> <p>Tutkimuksen nimi ja aihe (lyhyt kuvaus): Benchmarkingilla mallia yhteistyön kehittämiseen- Geriatrisen tutkimus-, kuntoutuksen ja arviointiosaston ja kotohoidon välisen yhteistyön kehittäminen Haen tutkimukseni benchmarking-menetelmän avulla kehittämisen arvioita toiminta tapoja omaan työyhteisöön parantamaan meidän yhteistyötä kotohoidon kanssa. Tutkimuksellinen lähestymistapa on toimintatutkimus.</p>		
<p>Tutkimussuunnitelman hyväksymispäivämäärä oppi- / tutkimuslaitoksessa: 16.12.2010</p> <p>Tutkimuksen kondaalue / kondaalueet sosiaali- ja terveysalajärjestöissä</p> <p><b>1 Perhepalvelut</b> <input type="checkbox"/> aikuisosasto (toimeentulok) <input type="checkbox"/> vastainottoiminta <input type="checkbox"/> kuntoutuksellinen <input type="checkbox"/> päiivystystoiminta <input type="checkbox"/> ensihoito</p> <p><b>2 Terveyspalvelut</b> <input type="checkbox"/> suuri terveydenhuolto <input type="checkbox"/> lastensuojelu <input type="checkbox"/> perhepalvelut <input type="checkbox"/> ennalta ehkäisevä terveydenhuolto <input type="checkbox"/> psykososiaaliset palvelut</p> <p><b>3 Vammas- ja vammaispalvelut</b> <input type="checkbox"/> vammaispalvelut <input checked="" type="checkbox"/> sairaalapaiväly (Kairin sairaala) <input type="checkbox"/> hoiva-asuunisen palvelut</p> <p><b>4 Talous- ja hallintopalvelut</b> <input type="checkbox"/> talous <input type="checkbox"/> kehittäminen ja henkilöstö <input type="checkbox"/> yhteishallinto</p> <p><b>5 Muu kondaalue</b> <input type="checkbox"/> mikä</p>		
<p>Tutkimuksen laatu</p> <p><input type="checkbox"/> 1 väitöskirja <input type="checkbox"/> 2 lisensiaattitutkimus <input type="checkbox"/> 3 pro gradu <input checked="" type="checkbox"/> 4 ammatillinen oppinnäyte</p> <p><input type="checkbox"/> 5 muu oppinnäyte <input type="checkbox"/> 6 muu, mikä</p> <p>Pääasiallinen tutkimusmenetelmä (rastiä yksi vaihtoehto)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 kysely <input type="checkbox"/> 2 haastattelut <input type="checkbox"/> 3 asiakirja- / tilastotilastointi <input type="checkbox"/> 4 koaselelma</p> <p><input type="checkbox"/> 5 havainnointi <input type="checkbox"/> 6 muu, mikä</p>		

<p><b>5 Tutkimusjakku edellisellä sivulla</b></p> <p>Aineiston suunnittelu, keruu aika: 10.1.2011 päättyy: 10.2.2011</p> <p>Arvio sosiaali- ja terveydenhuollon toimialalle aiheutuista yllämainitusta tutkimuksesta (aineiston hankkiminen, tietojen ponninta asiakasrekistereistä tms): 0 Euroa</p> <p>Tutkimuksen arvioitu valmistumisika (okäivämäärä): 31.5.2011</p>	
<p><b>4 Tutkimussuunnitelman julkisuus</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Annan sosiaali- ja terveydenhuollon toimialalle luvan antaa tutkimussuunnitelmani koskevia tietoja ulkopuolisille <input type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelmani ei saa antaa tietoja ulkopuolisille</p>	
<p><b>5 Asiakirjatiedot, joihin tässä hakemuksessa haetaan lupaa</b></p> <p>Tarvitavat sosiaali- ja terveydenhuollon saataapöidettävät asiakirjatiedot, mitä tietoja ja missä En tarvitse tutkimustani varten salassapöidettävää asiakirjatietoja</p>	
<p><b>6 Käyttö-oikeudet</b></p> <p>Oikeo haettu tai haataanko tutkimusta varten käyttöoikeutta sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmään <input checked="" type="checkbox"/> 1 ei <input type="checkbox"/> 2 kyllä</p> <p>Mihin järjestelmään ja mille aialle</p>	
<p><b>7 Muut tutkimuksessa käytettävät tiedot</b></p> <p>Muut asiakirjatiedot, mikä, missä ja millälaisin luvin</p>	
<p>Muut tiedot (esim. tukittavilla haastatteluun / kyselyyn saatavat tiedot, näytteet yms.; mallit yhteydenotto- ja ilmoituskirjeesta ja suostumussakirjasta liitteeksi)</p> <p>Haen haastattelun avulla tietoja osaston tavasta ja konoista toteuttaa ja kehittää kotohoidon kanssa tehtävää yhteistyötä.</p>	
<p><b>8 Tutkimusrekisterin lähteenä on syytä olla esim. tutkimusrekisterin luonnos, henkilö- tai yhteisörekisterin luonnos, henkilötietojen luonnos, luonnos, luonnos, luonnos</b></p> <p>a) Tutkimusrekisterin kerätyt henkilön yksilötiedot entiteytinä</p> <p>b) Muut tiedot ja tiedotyypit</p>	
<p>Oppinnäytön raportissa on tarkoitus kuvata: Organisaation rakenne, mitä osin kuin saan tietoa julkisista tietolähteistä (internet, tiedotteet) Osaston kuvaus, käsittelen osaston toimintamuodot, toimittavat sekä luonne mitä osin, mitä osasto ja organisaatio antaa luvan kuvata.</p>	

<p>11. <b>Tutkimusaineiston luovutusta vastaan</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tutkimusaineisto ei sisällä tunnistietoja  <input type="checkbox"/> Tutkimusaineisto ei sisällä tunnistietoja  <input type="checkbox"/> Aineisto analysoidaan tunnistetiedon avulla</p> <p>Peruste tunnistetietojen säilyttämiselle</p> <p>Joe analysointi tehdään tunnistetiedon, miten aineiston suojaus on järjestetty</p> <p>Manuaalisen aineiston suojaus</p> <p>Sähköisesti käsiteltäviä aineisto, suojaustapa  <input type="checkbox"/> käyttöluovutus <input checked="" type="checkbox"/> 2 salasana <input type="checkbox"/> 3 käytön rekisteröinti <input type="checkbox"/> 4 kulun valvonta <input type="checkbox"/> 5 muu</p> <p>Kuukausi muu suojaustapa tarkemmin eri käsiteltyvaiheiden osalta</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Tutkimusaineisto, pvm.  <input type="checkbox"/> Luonnos tieteellisen tutkimuksen rekisteröintilomakkeeksi, pvm.  <input type="checkbox"/> Ehdotuksen toimikunnan lausunto, pvm.  <input type="checkbox"/> Yhteistyöhanketta koskeva selvitys rekisteröintiprosessin vastuusta ja tietojen käsitteystä, pvm.  <input type="checkbox"/> Organisaation / oppilaitoksen päätös tutkimuksen tekemisestä ja mahdollisesta aineiston käytöstä, pvm.  <input checked="" type="checkbox"/> Mallit yhteydenotto- ja informaatiokirjeistä sekä suostumusasiakirjasta, pvm.  <input type="checkbox"/> Koppio aiemmasta / menneiltä oivasta luvasta / päätöksestä, pvm.  <input type="checkbox"/> Lähtökohdan lausunto  <input type="checkbox"/> Muut liitteet, mitkä</p> <p>12</p> <p>Onko käyty ennallaan keskusteluja sosiaali- ja terveydenministeriön kanssa. Kenen kanssa, milloin ja mitä sovittiin. Olen ollut sähköpostilla ja puhelinyhteydessä tutkimuksen vuoksi osastonhoitaja Paula Loukosken sekä yllähoitaja Anna-Majaja Liedempoljan kanssa lokakuussa -10. Yllähoitaja Liedempoljan kanssa sovimme, että haetaan ensin tutkimuslupa, sen jälkeen tutkimuksen haastattelun sopimista varren olen yhteydessä osaston osastonhoitajan kanssa. Osasto 3 toiminta vastaa yllähoitaja Liedempoljan mukaan parhaan yksikön toimintaa, jossa itse toimin ja jonne kehittämisen ehdotukset tulevat kohdistettuna.</p>
<p>13</p> <p>Ohje, mihin tutkimuslupa lähetetään                  Imeli Myllymäki, Eteläntie 7, 15610 LAHTI</p>	<p>Päiväys                  Aieluokitus                  17.12.2010</p>
<p>14. <b>Tutkimusaineiston luovutusta vastaan</b></p>	<p>14</p>

<p>9. <b>Tutkimusaineiston luovutusta vastaan</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tutkimusaineisto ei sisällä tunnistietoja  <input type="checkbox"/> Tutkimusaineisto ei sisällä tunnistietoja  <input type="checkbox"/> Aineisto analysoidaan tunnistetiedon avulla</p> <p>Peruste tunnistetietojen säilyttämiselle</p> <p>Joe analysointi tehdään tunnistetiedon, miten aineiston suojaus on järjestetty</p> <p>Manuaalisen aineiston suojaus</p> <p>Sähköisesti käsiteltäviä aineisto, suojaustapa  <input type="checkbox"/> käyttöluovutus <input checked="" type="checkbox"/> 2 salasana <input type="checkbox"/> 3 käytön rekisteröinti <input type="checkbox"/> 4 kulun valvonta <input type="checkbox"/> 5 muu</p> <p>Kuukausi muu suojaustapa tarkemmin eri käsiteltyvaiheiden osalta</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Tutkimusaineisto ei sisällä tunnistietoja  <input type="checkbox"/> Tutkimusaineisto ei sisällä tunnistietoja  <input type="checkbox"/> Aineisto analysoidaan tunnistetiedon avulla</p> <p>Peruste tunnistetietojen säilyttämiselle</p> <p>Joe analysointi tehdään tunnistetiedon, miten aineiston suojaus on järjestetty</p> <p>Manuaalisen aineiston suojaus</p> <p>Sähköisesti käsiteltäviä aineisto, suojaustapa  <input type="checkbox"/> käyttöluovutus <input checked="" type="checkbox"/> 2 salasana <input type="checkbox"/> 3 käytön rekisteröinti <input type="checkbox"/> 4 kulun valvonta <input type="checkbox"/> 5 muu</p> <p>Kuukausi muu suojaustapa tarkemmin eri käsiteltyvaiheiden osalta</p>
<p>10. <b>Tutkimusaineiston luovutusta vastaan</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tutkimusaineisto ei sisällä tunnistietoja  <input type="checkbox"/> Tutkimusaineisto ei sisällä tunnistietoja  <input type="checkbox"/> Aineisto analysoidaan tunnistetiedon avulla</p> <p>Peruste tunnistetietojen säilyttämiselle</p> <p>Joe analysointi tehdään tunnistetiedon, miten aineiston suojaus on järjestetty</p> <p>Manuaalisen aineiston suojaus</p> <p>Sähköisesti käsiteltäviä aineisto, suojaustapa  <input type="checkbox"/> käyttöluovutus <input checked="" type="checkbox"/> 2 salasana <input type="checkbox"/> 3 käytön rekisteröinti <input type="checkbox"/> 4 kulun valvonta <input type="checkbox"/> 5 muu</p> <p>Kuukausi muu suojaustapa tarkemmin eri käsiteltyvaiheiden osalta</p>	<p>10</p> <p>Tutkimusaineiston luovutusta vastaan / arkistointi</p> <p>Hävitettävä ja ajankohta (kuukausi ja vuosi)</p> <p>Tutkimusrekisterin arkistointi</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ilman tunnistietoja  <input type="checkbox"/> 2 tunnistetiedon arkistoinnissa tarkoituksena välttämättä aineiston säilyttämisen nojalla  <input type="checkbox"/> 3 tunnistetiedon arkistoinnissa välttämättä aineiston säilyttämisen nojalla  <input type="checkbox"/> 4 tunnistetiedon arkistoinnissa välttämättä aineiston säilyttämisen nojalla  <input type="checkbox"/> 5 tunnistetiedon arkistoinnissa välttämättä aineiston säilyttämisen nojalla</p> <p>Mihin arkistoidaan</p> <p>Haastattelun avulla saatu aineisto raportoidaan niillä osin, mitä opintuyhteyden tulosten kannalta on tarpeen ja mihin kohdennamisrajoitusta on. Muut tiedot lähetetään raportin valmistuttua, todennäköisesti keuhkokuumeen 2011 aikana. Tunnistietoja tai yksilönnitietoja ei tassa opintuyhteydessä ole tarpeen kerätä lainkaan. Raportti on julkainen.</p>

<p>15 Stoumukset allekirjoit- ukset.</p>	<p>Sitoudun siihen, että minulla ei ole oikeutta luovuttaa saamani salassa pidettäviä tietoja sivullisille eikä käyttää niitä muuhun tarkoitukseen kuin mihin tutkimuslupa on myönnetty.</p> <p>Luovutan sähköisesti valmistetut tutkimusraportit yhden kappaleen korvauksetta sosiaali- ja terveydenhuollon toimialalle.</p> <table border="1"> <tr> <td>Päiväys</td> <td>Allekirjotus ja nimen selvitys</td> </tr> <tr> <td>17.12.2010</td> <td>Imeli Myllymäki</td> </tr> <tr> <td>Päiväys</td> <td>Allekirjotus ja nimen selvitys</td> </tr> <tr> <td>Päiväys</td> <td>Allekirjotus ja nimen selvitys</td> </tr> <tr> <td>Päiväys</td> <td>Allekirjotus ja nimen selvitys</td> </tr> <tr> <td>Päiväys</td> <td>Allekirjotus ja nimen selvitys</td> </tr> </table>	Päiväys	Allekirjotus ja nimen selvitys	17.12.2010	Imeli Myllymäki	Päiväys	Allekirjotus ja nimen selvitys	Päiväys	Allekirjotus ja nimen selvitys	Päiväys	Allekirjotus ja nimen selvitys	Päiväys	Allekirjotus ja nimen selvitys
Päiväys	Allekirjotus ja nimen selvitys												
17.12.2010	Imeli Myllymäki												
Päiväys	Allekirjotus ja nimen selvitys												
Päiväys	Allekirjotus ja nimen selvitys												
Päiväys	Allekirjotus ja nimen selvitys												
Päiväys	Allekirjotus ja nimen selvitys												
<p>Sosiaali- ja terveysministeriön ajassa kohdat 16-21</p>	<p>Lausunto (sosiaali- ja terveysministeriön toimiala)  <input type="checkbox"/> 1 Tutkimuslupa puolestaan esitetyssä muodossa  <input type="checkbox"/> 2 Tutkimuslupa puolestaan seuraavin ehdoin</p> <p>16 Tutkimus- tutkimuksesta ja hakemuksen nimen tar- kistaminen</p> <p><input type="checkbox"/> 3a Lupaa tietojen saannin salassa pidettävistä asiakirjoista ja henkilörekistereistä puolestaan hakemuksen mukaisesti  <input type="checkbox"/> 3b Lupaa tietojen saannin salassa pidettävistä asiakirjoista ja henkilörekistereistä puolestaan hakemuksesta poiketen</p> <p>Käyttöoikeudet yksilöllään erikseen. Käyttöoikeus tietojärjestelmiin edellyttää Vantaan kaupungin tietoturva- ja tietosuojastoumuksen allekirjoittamista.  <input type="checkbox"/> 4 Tutkimuslupa ei puolesta, perustelut</p>												
<p>17 Päätös</p>	<p>Tutkimuslupahakemus on oikein laadittu, teknisesti tarkastettu ja hyväksytty.</p> <table border="1"> <tr> <td>Päiväys</td> <td>Lausunnonantajan nimi</td> <td>Puhelin</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 Tutkimuslupa myönnetään esitetyssä muodossa</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Päiväys	Lausunnonantajan nimi	Puhelin	<input type="checkbox"/> 1 Tutkimuslupa myönnetään esitetyssä muodossa			<input type="checkbox"/> 2 Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin					
Päiväys	Lausunnonantajan nimi	Puhelin											
<input type="checkbox"/> 1 Tutkimuslupa myönnetään esitetyssä muodossa													
<input type="checkbox"/> 2 Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin													

<p>17 Päättöksen jakelu esillä- setä sivuta</p>	<p><input type="checkbox"/> 3a Lupa tietojen saantiin salassa pidettävistä asiakirjoista ja henkilörekistereistä myönnetään hakemuksen mukaisesti.</p> <p><input type="checkbox"/> 3b Lupa tietojen saantiin salassa pidettävistä asiakirjoista ja henkilörekistereistä myönnetään hakemuksesta poiketen</p> <p>Käytöksessä yksilötiedon suojan. Käytökseen tiedojen saantiin edellyttää Vantaan kaupungin tietoturva- ja tietosuojasääntöön mukaisesti.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Tutkimuslupa hyötään, perusteet</p>																	
<p>18 Kansainvälinen sosiaalinen ja terveys- ja huolto-</p>	<p>Tutkimuslupa liitteeseen tallennetaan Vantaan sosiaali- ja terveysviraston tutkimuspalveluinein.</p> <table border="1" data-bbox="917 1028 1323 1706"> <tr> <td>Yhteystenkielinen</td> <td>Virka-asema</td> <td>Puhelin</td> </tr> <tr> <td>Yhteystenkielinen</td> <td>Virka-asema</td> <td>Puhelin</td> </tr> <tr> <td>Yhteystenkielinen</td> <td>Virka-asema</td> <td>Puhelin</td> </tr> <tr> <td>Viranhaltijapäätöksen päättökseen</td> <td>Päättökseen</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>§</td> <td>Virka-asema</td> </tr> </table>			Yhteystenkielinen	Virka-asema	Puhelin	Yhteystenkielinen	Virka-asema	Puhelin	Yhteystenkielinen	Virka-asema	Puhelin	Viranhaltijapäätöksen päättökseen	Päättökseen			§	Virka-asema
Yhteystenkielinen	Virka-asema	Puhelin																
Yhteystenkielinen	Virka-asema	Puhelin																
Yhteystenkielinen	Virka-asema	Puhelin																
Viranhaltijapäätöksen päättökseen	Päättökseen																	
	§	Virka-asema																
<p>19 Päättöksen jakelu</p>	<p><input type="checkbox"/> Hakijalle</p> <p><input type="checkbox"/> Muualle, mihin / kenelle</p> <p><input type="checkbox"/> Yhteystenkielillä</p>																	
<p>20 Liitteet</p>																		







Helsingin kaupunki  
Sosiaalivirasto

Helsingfors stad  
Socialverket

TUTKIMUSLUPA-  
HAKEMUS

ANSÖKAN OM  
FORSKNINGS-  
TILLSTÅND

3

8 TUTKIMUSREKISTERIN  
TIETOTYYPIT  
(liite nro 1)  
luonnos henkilökohtain  
perustietoa sisältävistä  
rekisteriehdotteista  
TYPER AV DATA I  
UNDERSÖKNINGS-  
REGISTRET  
(bilaga nr 1 till ansökan om  
undersökningstillstånd)  
skrivning som bör göras enligt  
personuppgiftslagen)

1 Tutkimus ei sisällä henkilöiden tunnistietoja. Ei synny rekisteriä.  
Undersökningen innehåller inte uppgifter som personer kan identifieras av. Register uppstår inte.  
 2 Tutkimusrekisterin kerättävät tunnistus- ja yksilölliset tiedot eritellyinä (myös esim. kuva- tai videomateriaali, Spicifiering över individuella personuppgifter man har för avsikt att samla upp i ett undersökningsregister (där t. ex. bild- och videomaterial, ur vilka personer kan identifieras, kräver ett undersökningstillstånd)

9 TUTKIMUS-  
AINEISTON  
SUOJAUS-  
MATERIAALIN  
KÄSITTELYÄ  
VASTAAN  
SKYDD AV  
UNDERSÖK-  
MATERIALET  
MOT OÖVLIG  
BEHANDLING

Tunnistietojen käyttö tutkimuksessa  
 1 Tutkimusaineisto ei sisällä tunnistietoja  
Undersökningsmaterialet innehåller inte identifieringsuppgifter.  
 2 Tunnistiedot poistetaan ennen analyysivaihetta.  
Identifieringsuppgifterna avlägsnas före analysstadiet.  
 3 Analyysi tehdään tunnistiedon. Perustelu tunnistietojen säilyttämiseksi aineistossa  
Analysen görs med identifieringsuppgifter. Motivering till att identifieringsuppgifterna bevaras i materialet.  
Tunnistietoja tai yksilöllisiä tietoja ei tässä oppimäytetyössä ole tarpeen kerätä lainkaan.  
Raportit on julkinen. Oppimäytetyön raportissa on tarkoitettu kuvata.  
Organisaation rakenne, niillä osin kuin saan tietoa julkisista tietolähteistä (internet, tiedotteet)  
Osaston kuvaus, käsitteen osaston toimintamuodot, toimintatavat sekä luonne niillä osin, mitä osasto ja organisaatio antaa luvan kuvata.  
Jos analyysi tehdään tunnistiedon, miten aineiston suojaus on järjestetty?  
Om analysen görs med identifieringsuppgifter, hur har dataskyddet av materialen ordnats?

Alk-lia käsiteltävien aineiston suojaustapa. Skyddsåtgärder av materialet som behandlas med tdb  
 1 käytätunnus  
användarkod  
 2 salasana  
lösenord  
 3 käytön rekisterointi  
användningsregistrering  
 4 kulun valvonta  
passerikontroll  
 5 muu  
övrigt skydd  
Kuvaakaa muu suojaustapa tarkemmin eri käsittelyvaiheiden osalta.  
Beskriv det övriga skyddsåtgärder i detalj i olika skeden av behandlingen av data

Kukin vastaa rekisterintilasta ja sen laillisuudesta (henkilön nimi)?  
Vem ansvarar för registrering och dess laglighet (personens namn)?

Tutkimusaineiston hävittäminen. Förstöring av undersökningsmaterialet  
1  Tutkimusaineisto ja tunnistiedot hävitetään, miten ja milloin:  
Undersökningsmaterialet och identifieringsuppgifterna förstörs, hur och när.  
ks. Seuranta  
fvu  
2  Tutkimusaineisto ilman tunnistietoja säilytetään/arkistoidaan  
Undersökningsmaterialet utan identifieringsuppgifter förvaras/arkiveras  
3  Tutkimusaineisto tunnistiedon säilyttämiseksi arkistoidaan  
Undersökningsmaterialet med identifieringsuppgifter förvaras/arkiveras  
Tutkimusaineiston arkistointi. Arkivering av undersökningsmaterialet  
1  Ilman tunnistietoja. Utan identifieringsuppgifter  
Mihin arkistoidaan. Arkiveringsplats



Helsingin kaupunki  
Sosiaalivirasto

Helsingfors stad  
Socialverket

TUTKIMUSLUPA-  
HAKEMUS

ANSÖKAN OM  
FORSKNINGS-  
TILLSTÅND

4

Huostatietojen avulla saatu aineistoraportoidaan niillä osin, kuin mitä oppimäytetyön tulosten kannalta on tarpeen ja mihin kohdeorganisaatio antaa luvan. Muut tiedot hävitetään raportin valmistuttua hyväksytyksi.

2  Tunnistiedon arkistointia tarkoitetaan aineistosta saannosten nojalla arkistointimuodostus-  
suunnitelman mukaisesti.  
Arkiveringsuppgifter som myndighetsmaterial enligt en arkiveringsplan med stöd av arkivlagens föreskrifter.  
Mihin arkistoidaan. Arkiveringsplats  
3  Tunnistiedon Kansallisarkiston luvalla. Med identifieringsuppgifter med tillstånd av riksarkivet.  
Mihin arkistoidaan. Arkiveringsplats

Helsingin kaupunki Sosiaalivirasto		Helsingfors stad Socialverket		TUTKIMUSLUPA- HAKEMUS		ANSÖKAN OM FORSKINGS- TILLSTÄND	
Päivämäärä, allekirjoitus/nimen selvitys, puhelinnumero, Datum, underskrift / namnförtygande, telefon				Päivämäärä, allekirjoitus/nimen selvitys, puhelinnumero, Datum, underskrift / namnförtygande, telefon			
Lähtöno: Vastuualue 3				Lähtöno: Vastuualue 3			
Päivämäärä, allekirjoitus/nimen selvitys, puhelinnumero, Datum, underskrift / namnförtygande, telefon				Päivämäärä, allekirjoitus/nimen selvitys, puhelinnumero, Datum, underskrift / namnförtygande, telefon			
Lähtöno: Vastuualue 4				Lähtöno: Vastuualue 4			
Päivämäärä, allekirjoitus/nimen selvitys, puhelinnumero, Datum, underskrift / namnförtygande, telefon				Päivämäärä, allekirjoitus/nimen selvitys, puhelinnumero, Datum, underskrift / namnförtygande, telefon			
Lähtöno: Vastuualue 5				Lähtöno: Vastuualue 5			
Päivämäärä, allekirjoitus/nimen selvitys, puhelinnumero, Datum, underskrift / namnförtygande, telefon				Päivämäärä, allekirjoitus/nimen selvitys, puhelinnumero, Datum, underskrift / namnförtygande, telefon			



Helsingin kaupunki Sosiaalivirasto		Helsingfors stad Socialverket		TUTKIMUSLUPA- HAKEMUS		ANSÖKAN OM FORSKINGS- TILLSTÄND	
11 TUTKIMUKSEN SISÄLLYSLUETTELO ARVIOINTI ETISET BEDÖMNING AV UNDER- SÖKNINGEN				Miten etiset näkökohdat on otettu huomioon tutkimuksen suunnittelussa ja toteutuksessa? Hur har de etiska aspekterna beaktats i planeringen av undersökningen och dess genomförande? Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Lähtetän osastolle etukäteen suostumuskirjeen, jonka mukaisesti odotan osastonhoitajan valitsevan haastateltavat/keskusteltuun osallistuvat työntekijät. Itse haastattelutilanteessakaan kenenkään ei tarvitse osallistua haastatteluun/keskusteluun. Haastattelu /keskustelu etenee etukäteen lähetetyn kysymyksen mukaisesti. Raportissa kuvataan organisaation rakenne, niiltä osin kuin saan tietoa julkisista tietolähteistä (internet, tiedotteet) lisäksi benchmarking prosessin mukaisesti tärkeää on toimintaympäristön, eli osaston kuvaus, käsitteän osaston toimintamuodot, toimintatavat sekä luonne niiltä osin, mitä osasto ja organisaatio antaa luvan kuvata. Prosessissa huomioin ja noudatan tarkoin benchmarking-prosessin eettisiä ohjeita.			
12 SITOU- LUPAMUKSET JA ALLEKIRJOITUKSET (Sitoumuksen allekirjoittavat kaikki ne henkilöt, jotka tutkimusta tehtäessä salassa pidettävissä tiedoissa)				Sitoudun siihen, etten käytä saamiani tietoja asiakkaita tai hänen läheistensä vahingoksi tai halventamiseksi iätkä sellaisten muiden etujen loukkaamiseksi, joiden suojaus on saadetty salassapitovelvollisuus enkä luovuta saamiiani henkilötoietoja sivulliselle.			
13 FORBÄNDELSE- UNDERSÖKNINGEN TECKNINGAR (Förbindelsen undertecknas av alla som deltar i undersökningen. Behandlar sekretessskyddade uppgifter)				Luovutan valmiista tutkimusraportista yhden kappaleen korvauksetta sosiaaliviraston tietopalveluun, osoite: PL 7010, 00099 HELSINGIN KAUPUNKI.			
14 YHTEYS- HENKILÖT SOSIAALI- VIRASTOSSA KONTAKT- PERSONER PA SOCIAL- VERKET				Henkilötiedot Personbeteckning Henkilötiedot Personbeteckning Henkilötiedot Personbeteckning Henkilötiedot Personbeteckning Henkilötiedot Personbeteckning Henkilötiedot Personbeteckning			
15 LAUSUNTO TUTKIMUKS- SESTA HAKEMUKSEN TEKNINEN TARKISTA- MINEN UTLÅTANDE OM UNDER- SÖKNINGEN OCH TEKNI- SK GRANSKNING AV				Osoite johon päätös lähetetään / Adress till vilken beslutet skall skickas Imeli Myllymäki, Eteläte 7, 15610 LAHTI			
16 LAUSUNTO TUTKIMUKS- SESTA HAKEMUKSEN TEKNINEN TARKISTA- MINEN UTLÅTANDE OM UNDER- SÖKNINGEN OCH TEKNI- SK GRANSKNING AV				Lausunno: Vastuualue 1 / Utlåtande / Ansvarsområde 1 OK Päivämäärä, allekirjoitus/nimen selvitys, puhelinnumero, Datum, underskrift / namnförtygande, telefon 19.1.2011 Imeli Myllymäki Lausunno: Vastuualue 2 / Utlåtande / Ansvarsområde 2			







VANTAAN KAUPUNKI  
VANDA STAD

VIRANHALTIJAN PÄÄTÖS 7 /2011 1 (3)  
Dno SOSTER 5549/2010/092

10.1.2011

Sosiaali- ja terveystoimi/Vanhus- ja vammaispalvelut  
Vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja Matti Lyytikäinen

**Tutkimusraportin/ benchmarkingilla mallia yhteistyön kehittämisen - Geriatrisen tutkimus- arviointi- ja kuntoutusosaston ja kotihoidon välisen yhteistyön kehittäminen/ Irmele Myllymäki**

Lahden ammattikorkeakoulu Laureassa opiskelevan Irmele Myllymäen opinnäytetyönä toteutettavan toimintatutkimuksen tavoitteena on Lahden kaupunginsairaalan geriatrisen tutkimus- arviointi- ja kuntoutusosaston ja kotihoidon yhteistyön kehittäminen. Toimintatutkimuksessa hyödynnetään benchmarking-prosessia, joka toteutetaan Vantaalla sairaalavälisissä, geriatrisen arviointi- ja akutiitiosasto AKOS 1:n kanssa.

Geriatrisen arviointi- ja akutiitiosasto AKOS 1:n tutkimusneisto kerätään ryhmähaastattelun avulla. Haastattelun teemat käsittelevät geriatrisen akutiitiosaston ja kotihoidon välisiä yhteistyöitä. Tutkimusneisto ei sisällä tunnistettuja. Benchmarking-prosessin toteutuksesta on sovittu sairaalavälisten yhteyshenkilöiden Anna-Maija Liedonpoljan kanssa. Tutkimusluvun saatuun opinnäytetyön tekijä ottaa yhteyden geriatrisen arviointi- ja akutiitiosaston osastonhoitajaan Paula Loukoseen, ja sopii tarkemmin toteutuksesta.

**Päätös**

Myöntäen Irmele Myllymäelle luvan tutkimuksen suorittamiseen liitteessä olevan lomakkeen mukaisin tiedoin.

Tutkimustyön valmistuttua siitä toimitetaan 1 kpl vanhus- ja vammaispalvelujen tuosaluelle.

Täydenöppäpiano:

Irmele Myllymäki

Juha Loukkonen

Anna-Maija Liedonpolja

Paula Loukonen

sosiaali- ja tervetslautakunta

Päiväys Vantaa 10.1.2011

Allekirjoitus

Nimen selvitys Matti Lyytikäinen

Virkka-asema Vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja

**Oikaisuvaatimusosoitus**

Tähän päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen.

Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asiansajainen) sekä kunnan jäsen.

Oikaisuvaatimus tehdään sosiaali- ja terveyslautakunnalle ja toimitetaan sosiaali- ja terveyslautakunnan kirjalliseen päätöskokoukseen Pelolaantie 2 D, 01300 Vantaa tai sähköpostitse osoitteella: [Kirjallisuusasiain/terveysstomat@vantaa.fi](mailto:Kirjallisuusasiain/terveysstomat@vantaa.fi).

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaantista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tietoa, kun päiväkirja on asetettu julkiseksi nähtäväksi. Asiansajaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näydelä.



VANTAAN KAUPUNKI  
VANDA STAD

VIRANHALTIJAN PÄÄTÖS 7 /2011 2 (3)

Dno SOSTER 5549/2010/092

10.1.2011

Sosiaali- ja terveystoimi/Vanhus- ja vammaispalvelut  
Vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja Matti Lyytikäinen

7 päivän kuluessa kirjteen lähettämisenä, suorittamiseksi osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksiantotoimitukseen merkitynä aikana.

Oikaisuvaatimukseen on liitettävä päätös. Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perustuneena ja se on oikaisuvaatimukseen allekirjoitettava. Oikaisuvaatimuksessa on ilmoitettava osoite, mihin oikaisuvaatimuksen johdosta annettava päätös lähetetään. Oikaisuvaatimukseen on liitettävä muutoksenhakijan tarpeelliseksi katsomat asiakirjat.

Sähköistä asiakirjaa ei tarvitse täydentää allekirjoituksella, jos asiakirjassa on tiedot lähettäjään eikä asiakirjan alkuperäisyyttä tai eheyttä ole syytä epäillä.

Sähköinen viesti katsotaan saapuneeksi viranomaiselle silloin, kun se on viranomaisen käytävillä vastaanottoalitteesta tai tietojärjestelmästä siten, että viestiä voidaan käsitellä.

Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päätymistä viraston aukioloaikana. Oikaisuvaatimus toimitetaan aina omalla vastuulla.

Asiansajainen saa esittää päätöksen täsmällisellä kirjallisella viestillä, josta on selvitettävä, jos hän haluaa, että päätökseen on asia- tai kirjallisuus- hallintolaki, 50 § ja 51 § (434/2003). Vain kirjallisia, täsmällisiä, yksiselitteisiä ja tarkoitusta selkeitä viestitietoja voidaan ottaa huomioon päätöksessä. Viestitietoja voidaan käyttää oikaisuvaatimusten soveltamisessa ja muuta erikseen laissa määriteltyä vastaavaa asiaa koskein osin päätöksessä ei saa ottaa oikaisuvaatimusta tai valitusta - kuntalaki 91 § (365/1995), kunnallinen virkaehtoseuramuslaki, 26 § (69/1970), PBRÖKÖksen tehnyesiellyt viranhaltija antaa lisätietoja asiasta - hallintolaki, 44 § (434/2003).

**Tämä päätöspöytäkirja on yleisesti nähtävänä**

Aika: 18.1.2011 klo 12 - 14

Palkka: Sosiaali- ja terveystoimi, Pelolaantie 2 D, 01300 Vantaa

**Tiedoksianto asiansajalle:**

1. Lähetytty tiedoksi kirjella (kuntalaki 95 §)

Asiansajainen:

Irmele Myllymäki

Annettu postin kuljettavaksi 11.1.2011

Annettu tiedoksi sähköisesti viestinä

Tiedoksiantaja: S. Oksanen

Palkka:

Aika:

Asiansajainen:

Vastaanottajan allekirjoitus

Tiedoksiantajan allekirjoitus



VANTAA KAUPUNKI  
VANDA STAD

Sosiaali- ja terveysasiain, vanhus- ja vammaispalvelut  
Vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja Mikko Lyytikäinen

**Päätöspöytäkirjan oikeaksi todistaminen**

Allekirjoitetun ja esitettävän ilmoitettuna aikana nollatuntia olleen päätöspöytäkirjan oikeaksi todistaa:

Päiväys

Vantaa 10.1.2011

Allekirjoitus

Nimen selvitys

Tiina Töyrylä

Virka-asema

sihteeri

VIRANHALTIJAN PÄÄTÖS 7 /2011 3 (3)

Dno SOSTER.5549/2010/092

10.1.2011

18.01.2011

Hyvä osastonhoitaja,

Opiskelen sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen ylemmän ammattikorkeakoulun tutkintoa Lahden ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyöni on työelämälähtöinen tutkimuksellinen kehittämishanke. Kehittämishankkeen nimi on: Benchmarkingilla mallia yhteistyön kehittämiseen - Geriatrisen tutkimus-, kuntoutus- ja arviointiosaston ja kotihoidon välisen yhteistyön kehittäminen.

Tavoitteena on hakea benchmarking-menetelmän avulla kehittämisen arvoisia toimintatapoja omaan työyhteisöni parantamaan yhteistyötä kotihoidon kanssa. Tutkimuksellisenä lähestymistapana on toimintatutkimus.

Olen ollut puhelimitse yhteydessä Leila Koivistoon lokakuussa opinnäytetyöni merkeissä. Puhelinkeskustelussa sovimme, että otan yhteyttä Teihin, kun tutkimuslupahakemukseni on hyväksytty. Sain tutkimusluvan postitse 17.1–2011.

Toivon, että voisin osallistua tammikuun tai helmikuun aikana esimerkiksi yhteen osastokokoukseenne, jossa voisimme keskustella kuinka Te olette kehittäneet yhteistyötä kotihoidon kanssa tai kuinka yhteistyö kotihoidon kanssa Teillä nykyisin toimii. Tarkoitukseni on nauhoittaa haastattelu/ keskustelu, jotta voin itse osallistua paremmin keskusteluun. Nauhoituksen puran auki mahdollisimman pian vierailukäynnin jälkeen etsien aineistosta konkreettisia keinoja yhteistyön kehittämiseen ja tekemiseen. Näistä keinoista keskustelomme sitten omassa työyhteisössäni ja pohdimme, voisimmeko ottaa jotain Teidän käyttämiänne kehittämisen tai yhteistyön tekemisen keinoja omaan käyttöömme. Kirjoitan opinnäytetyönäni koko prosessista raportin, jossa noudatan ehdottomasti benchmarking-prosessin eettisiä ohjeita.

Haastattelun/ keskustelun alustava eteneminen:

- Millaisia ongelmia Teillä oli kotihoidon kanssa ennen kuin olette yhteistyötä kehittäneet?
- Miten olette kehittäneet yhteistyötä kotihoidon ja osastonne välillä?
- Mitkä seikat ovat vaikuttaneet eniten edistävästi yhteistyön toimimiseen?
- Miten yhteistyön kohentuminen on näkynyt käytännön työssä?

Toivoisin, että välitätte tiedon käyntini tarkoituksesta osastonne henkilökunnalle, jotta saisin mahdollisimman paljon näkökulmia ja ajatuksia opinnäytetyöni sekä osastomme kehittämisen tueksi. Lisäksi toivon, että tiedotatte henkilökunnalle, että osallistuminen keskusteluun/ haastatteluun on täysin vapaaehtoista.

Milloin Teille parhaiten sopisi vierailukäynti?

Ystävällisin terveisin

Irmeli Myllymäki, sairaanhoitaja AMK, sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelija.

p. [REDACTED] irmeli.myllymaki@lpt.fi

18.01.2011

Hyvä osastonhoitaja,

Opiskelen sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen ylemmän ammattikorkeakoulun tutkintoa Lahden ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyöni on työelämälähtöinen tutkimuksellinen kehittämishanke. Kehittämishankkeen nimi on: Benchmarkingilla mallia yhteistyön kehittämiseen - Geriatrisen tutkimus-, kuntoutus- ja arviointiosaston ja kotihoidon välisen yhteistyön kehittäminen.

Tavoitteena on hakea benchmarking-menetelmän avulla kehittämisen arvoisia toimintatapoja omaan työyhteisöni parantamaan yhteistyötä kotihoidon kanssa. Tutkimuksellisenä lähestymistapana on toimintatutkimus.

Olen ollut puhelimitse yhteydessä ylihoitaja Anna-Maija Liedenpohjan kanssa lokakuussa opinnäytetyöni merkeissä. Puhelinkeskustelussa sovimme, että otan yhteyttä Teihin, kun tutkimuslupahakemukseni on hyväksytty. Sain tutkimusluvan postitse 14.1-2011.

Toivon, että voisin osallistua tammikuun tai helmikuun aikana esimerkiksi yhteen osastokokoukseenne, jossa voisimme keskustella kuinka Te olette kehittäneet yhteistyötä kotihoidon kanssa tai kuinka yhteistyö kotihoidon kanssa Teillä nykyisin toimii. Tarkoitukseni on nauhoittaa haastattelu/ keskustelu, jotta voin itse osallistua paremmin keskusteluun. Nauhoituksen puran auki mahdollisimman pian vierailukäynnin jälkeen etsien aineistosta konkreettisia keinoja yhteistyön kehittämiseen ja tekemiseen. Näistä keinoista keskustelimme sitten omassa työyhteisössäni ja pohdimme, voisimmeko ottaa jotain Teidän käyttämiänne kehittämisen tai yhteistyön tekemisen keinoja omaan käyttöömme. Kirjoitan opinnäytetyönäni koko prosessista raportin, jossa noudatan ehdottomasti benchmarking-prosessin eettisiä ohjeita.

Haastattelun/ keskustelun alustava eteneminen:

- Millaisia ongelmia Teillä oli kotihoidon kanssa ennen kuin olette yhteistyötä kehittäneet?
- Miten olette kehittäneet yhteistyötä kotihoidon ja osastonne välillä?
- Mitkä seikat ovat vaikuttaneet eniten edistävästi yhteistyön toimimiseen?
- Miten yhteistyön kohentuminen on näkynyt käytännön työssä?

Toivoisin, että välitätte tiedon käyntini tarkoituksesta osastonne henkilökunnalle, jotta saisin mahdollisimman paljon näkökulmia ja ajatuksia opinnäytetyöni sekä osastomme kehittämisen tueksi. Lisäksi toivon, että tiedotatte henkilökunnalle, että osallistuminen keskusteluun/ haastatteluun on täysin vapaaehtoista.

Milloin Teille parhaiten sopisi vierailukäynti?

Ystävällisin terveisin

Irmeli Myllymäki, sairaanhoitaja AMK, sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelija.

p. [REDACTED] irmeli.myllymaki@lpt.fi