

Opinnäytetyö (AMK)

Sosionomi (AMK)

Sosiaalipalvelutyö

2014

Marjo Vähäkangas

SALON KOTIHOITOTIIMIEN HENKILÖSTÖMITOITUKSEN ARVIOINTI



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaalialan koulutusohjelma | Sosiaalipalvelutyö

2014 | 59 + 5

Tiina Laakso

Marjo Vähäkangas

SALON KOTIHOITOTIIMIEN HENKILÖSTÖMITOITUKSEN ARVIOINTI

Salon kotihoitotiimien henkilöstömitoituksen arviointi on kehittämistyönä toteutettu opinnäytetyö. Aihe valikoitui esimiesten tarpeesta löytää objektiivinen tapa arvioida henkilöstömitoitusta tiimeittäin. Asiakastyöhön nähden tasaisella mitoituksella edistetään työntekijöiden työhyvinvointia sekä asiakkaiden tasalaatuisia palveluja. Objektiivisella arvioinnilla voidaan perustella henkilöstömitoituksen muutostarpeita ja lisätä avoimuutta arviointiprosessiin.

Kehittämistyön tavoitteet oli nähtävissä kahdella tasolla. Yleisesti työllä tavoiteltiin vanhuspalvelulain hengessä tapahtuvaa laadun varmistamista. Salon tasolla tavoitteena oli tehdä näkyväksi kotihoidon henkilöstömitoituksessa huomioitavia tekijöitä koko kotihoidon henkilöstölle. Toisena tavoitteena oli löytää mahdollisimman objektiivinen tapa kohdentaa henkilöstöresurssit kotihoitotiimeihin niin, että ne kohdistuivat asiakastarpeisiin. Kolmantena tavoitteena oli tehdä henkilöstömitoituservioinnista pysyvä käytäntö vuositasolla.

Kehittämistyön kehittämismenetelminä käytettiin teemahaastattelua, sähköposti- ja lomakekyselyjä sekä kokouksia. Teemahaastattelulla avattiin henkilöstömitoitukseen vaikuttavia tekijöitä sekä niiden arvioimista. Tästä muodostui luettelo henkilöstömitoitukseen vaikuttavista tekijöistä. Mitattavissa olevat tekijät kerättiin Excel-taulukkoon, johon tiedot saatiin sähköposti- ja lomakekyselyiden avulla. Lisäksi työn arvioinnin sekä prosessin todentamisen apuna käytettiin kehittämistyön suunnitelmaan, kehittämispäiväkirjaa sekä muita syntyneitä dokumentteja.

Kaikkiaan asiakkaille pystyttiin tuottamaan sovitut palvelut, vaikka tiimien välillä oli eroja henkilöstömitoituksessa. Asetettu 50 %:n välittömän työajan tavoite ei toteutunut joka tiimissä. Osalle tiimeistä jäi enemmän aikaa muihin tehtäviin kuin välittömään asiakastyöhön ja osa tiimeistä ei pystynyt hoitamaan perustehtävää työajan puitteissa. Näihin vaikuttivat poissaolot sekä muut työnjakoon vaikuttavat *lisähuomiot*.

ASIASANAT:

Kotihoito, tiimityö, henkilöstömitoitus, työhyvinvointi.

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Bachelor of social services | Social service work

2014 | 59 + 5

Tiina Laakso

Marjo Vähäkangas

THE EVALUATION OF NURSE STAFFING LEVEL IN HOME CARE TEAMS AT SALO

This bachelor's thesis is made as a development work. Regional directors in home care needed an objective way to evaluate nurse staffing in home care teams. Homogenous nurse staffing based on clients' needs promote employees' well-being and uniform quality for clients. With an objective evaluation is possible to argue needs for changes in nurse staffing and increase openness for evaluation process.

Aims of the development work was seen on two levels. In general the thesis reached the service quality in the spirit of the law meant for support elderly people. At the city level, the first aim was to sort out visible factors which influence to nurse staffing level. The second goal was to find the best possible way to allocate human resources for objective way in home care teams, so that they were focused on clients' needs. The third aim was to get the evaluation of nurse staffing level for a permanent policy on an annual basis.

Used development methods were theme interview, e-mail- and form questionnaires and meetings. By theme interview found out factors affecting to nurse staffing and evaluating it. This interview formed a list of factors influencing to human resources. Measurable factors were taken to Excel. This information was gathered by e-mail- and form questionnaires. A plan and a diary of the development work, and other documents were used to evaluate the development process and outcome.

Overall the home care could produce services for those needing it, though there were seen differences between teams in nurse staffing levels. The main goal in home care were 50 % immediate work from total work time, but it was not reached in every teams. A part of the teams had more time to do other work tasks than direct client work, whilst other teams could not take care of a fundamental work during a work shift. It seemed that absences and other *additional observations* caused these differences.

KEYWORDS:

Home care, teamwork, nurse staffing, well-being in work

SISÄLTÖ

| | |
|--|-----------|
| KÄYTETYT LYHENTEET | 6 |
| 1 JOHDANTO | 7 |
| 2 KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT | 9 |
| 2.1 Työpaikan tarve ja toimeksianto | 9 |
| 2.2 Toimintaympäristö ja toimijat | 10 |
| 2.3 Kehittämistyön tavoitteet | 12 |
| 3 HENKILÖSTÖMITOITUS KOTIHOIDOSSA | 13 |
| 3.1 Kotihoito palvelumuotona | 13 |
| 3.2 Kotihoidon tiimit työnjakomallina | 16 |
| 3.3 Kotihoidon henkilöstömitoitus | 17 |
| 3.4 Henkilöstömitoituksen vaikutus hoitotyön laatuun ja työhyvinvointiin | 21 |
| 4 KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄT | 24 |
| 4.1 Kehittämissuunnitelman kuvaus | 24 |
| 4.2 Kehittämistyön menetelmät | 26 |
| 5 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS | 29 |
| 5.1 Kehittämistyön prosessikuvaus | 29 |
| 5.2 Ideointi- ja suunnitteluvaihe | 31 |
| 5.3 Toteutusvaihe | 34 |
| 5.4 Viimeistely-, arviointi- ja raportointivaihe | 38 |
| 6 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET | 39 |
| 6.1 Selvitysten analysointi ja kokonaisluotettavuus | 39 |
| 6.2 Tulokset ja tulkinta | 41 |
| 7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA | 48 |
| 7.1 Johtopäätökset | 48 |
| 7.2 Työn ja menetelmien arviointi | 52 |
| 7.3 Suositukset jatkotoimintaan | 54 |
| LÄHTEET | 57 |

LIITTEET

- Liite 1. Kehittämistyön muistio 19.3.2014.
- Liite 2. Kehittämistyön muistio 26.3.2014
- Liite 3. Saate matka-ajan seurantaan 26.3.2014.
- Liite 4. Kehittämistyön muistio 22.10.2014.

KUVAT

- Kuva 1. Salon hoiva- ja hoitopalvelut kartalla (Salon kaupungin esimiesten materiaali 2013). 11

KUVIOT

- Kuvio 1. Kehittämistyön suunnitelma (mukailien Lähde 2014). 24
- Kuvio 2. Kehittämistyön konstruktivistinen malli (mukailien Salonen 2013, 21). 30
- Kuvio 3. Henkilöstömitoitukseen vaikuttavat tekijät (© Vähäkangas 2014). 33
- Kuvio 4. Matka-ajanseuranta –lomake (© Vähäkangas 2014). 35
- Kuvio 5. Välittömän työajan vertailu %:na/alue (© Vähäkangas 2014). 42
- Kuvio 6. Välitön työaika tiimeittäin %:na (© Vähäkangas 2014). 43
- Kuvio 7. Työmatka-aika minuutteina/työvuoro (© Vähäkangas 2014). 43
- Kuvio 8. Asiakastyö ja työmatkat min/työvuoro (© Vähäkangas 2014). 44
- Kuvio 9. Alueiden välinen työ- ja matka-ajan vertailu (© Vähäkangas 2014). 44
- Kuvio 10. Poissaolot ja sijaisten käyttö alueittain (© Vähäkangas 2014). 45
- Kuvio 11. Tiimien henkilöstörakenne 3/2014 (© Vähäkangas 2014). 46
- Kuvio 12. Kahden hoitajan autettavat asiakkaat sekä osatyökykyiset työntekijät tiimeittäin 3/2014 (© Vähäkangas 2014). 47
- Kuvio 13. Keskimääräinen työvuoro Salon kotihoidossa (© Vähäkangas 2014). 47
- Kuvio 14. Välitön työaika, sijaistamattomat poissaolot sekä muut huomioitavat tekijät (© Vähäkangas 2014). 49
- Kuvio 15. Tiimien välisen työkuorman vertailu minuutteina (© Vähäkangas 2014). 50
- Kuvio 16. Kriittisten työvuorojen tarkasteluun luotu Excel-taulukko (© Vähäkangas 2014). 55

TAULUKOT

- Taulukko 1. Kotihoidon henkilöstömitoituksen arviointiin vaikuttavat tekijät (© Vähäkangas 2014). 41

KÄYTETYT LYHENTEET

| | |
|-------------------|--|
| Aluejohtaja | Kotihoidon aluejohtaja |
| Laatusuositus | Sosiaali- ja terveysministeriö sekä kuntaliitto 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. |
| Mitoitus | Henkilöstömitoitus |
| STM | Sosiaali- ja terveysministeriö |
| Vanhuspalvelulaki | Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012 |

1 JOHDANTO

Salon kotihoitotiimien henkilöstömitoituksen arviointi on kehittämistyönä toteutettu opinnäytetyö, joka kohdentui Salon kotihoidon tarpeisiin. Vuonna 2012 (980/2012) voimaan tullut laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista, ja sitä seurannut laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (Sosiaali- ja terveystalvvelministeriö sekä Kuntaliitto 2013) ottivat kantaa, että vanhustalvveluiden henkilöstömitoitusta tulee arvioida. Em. laatusuositus otti esille konkreettisia tekijöitä, joita henkilöstömitoituksessa pitäisi huomioida.

Perustuslain mukaan kuntien tulee tuottaa riittävät sosiaali- ja terveystalvvelut asukkailleen. Kotihoidonkin pitäisi pystyä tuottamaan talvvelut kasvavalle vanhustalvvelmäärälle. Kotihoidon henkilöstömitoituksen arviointi on ajankohtainen ja haastava aihe monissa kunnissa. Henkilöstöresurssit pitäisi saada tehokkaaseen käyttöön ja toiminta kohdistettu oleellisiin asioihin. Lisäksi henkilöstö on ikääntyvää ja se tuo omat haasteensa töiden jakamiseen. Työn tasaisella jakautumisella on vaikutuksia työhyvinvointiin sekä tasalaatuisuuteen asiakkaiden saamissa talvveluissa. Henkilöstön saatavuus vanhustalvveluihin ei ole itsestään selvää. Vanhustalvveluiden työtehtävät ovat raskaita, eikä vetovoimaisuus ole parhaimmasta päästä.

Kuntien tarjoamat talvvelut ovat erilaisia, talvveluiden tuottamistavat vaihtelevat, kunnat ovat maantieteellisesti sekä taloudellisesti erilaisia. Nämä syyt ovat tuoneet haasteen kotihoidon henkilöstömitoituksen antamiselle valtakunnallisella tasolla. Kotihoidon tueksi on luotu laskukaavoja henkilöstömitoituksen arvioimiseksi ja näitä on kunnissa kokeiltu. Kaavat ovat kuitenkin olleet vaikeita ja hyvin karkeita, joten ne eivät ole jääneet elämään käytännössä.

Kotihoidon henkilöstömitoitus ja sen tasapuolinen jakautuminen kotihoidon alueiden ja tiimien välillä, oli Salossa useasti kotihoidon aluejohtajien keskustelun aiheena. Yleensä se nousi esille joidenkin tiimien kokeman suuren työmäärän

vuoksi verrattuna toisiin tiimeihin. Aluejohtajat kävivät keskenään henkilöstömitoituskeskustelua, mutta käytettävissä ei ollut työvälineitä, joilla olisi voinut objektiivisesti verrata tiimien kokemaa kuormitusta. Keskustelut eivät siten johtaneet konkreettisiin toimenpiteisiin, vaan lähinnä niiden seikkojen pohdiskeluun, joiden ajateltiin kuormittavan joitakin tiimejä enemmän kuin toisia. Lopullisen sysäyksen kehittämistyön aiheeseen antoi syksyn 2013 keskustelut, joissa pohdittiin kotihoiton iltatöiden kuorman tasaista jakautumista tiimien välillä. Tästä syntyi kehittämistyön aihe: Salon kotihoitotiimien henkilöstömitoituksen arviointi.

Henkilöstömitoituksen tarkastelu käynnistyi teemahaastattelun avulla, missä selvitettiin kotihoidon johtajien näkemyksiä henkilöstömitoitukseen vaikuttavista tekijöistä. Haastattelun sekä kirjallisuuskatsauksen perusteella muodostui Excel-taulukon muodossa lista mitoitukseen vaikuttavista tekijöistä. Mukaan tähän niin sanottuun mitoitustaulukkoon, Exceliin, valikoitui mitattavissa olevia tekijöitä kuten asiakkaiden saamat hoitotunnit, henkilöstömäärät ja henkilöstön poissaolot. Tietojen keräämisen kohdekuukaudeksi valikoitui maaliskuu, mutta osa tiedoista kerättiin myös pidemmällä aikajänteellä. Mitoitukseen vaikuttavia tekijöitä verrattiin toisiinsa ja niistä muodostui tiimikohtaisia arvioita tavoitteiden saavuttamisesta sekä tiimien välisistä eroista. Mitoitusarviointi tehtiin tiimien perustason työntekijöiden, kuten lähi- ja perushoitajien, työhön tiimi- ja aluetasolla.

Kehittämistyö toteutettiin maalis-marraskuun aikana 2014. Päätoimijoina työssä olivat vanhuspalveluiden päällikkö sekä kotihoidon aluejohtajat. Henkilöstömitoitukseen vaikuttavat tekijät käytiin läpi ja hyväksyttiin yhdessä. Kehittämistyön aikana tehtiin kaksi selvitystä, joissa toisessa selvitettiin tiimien matka-ajat ja toinen käsitti kaikki mukaan otetut mitoitukseen vaikuttavat tekijät. Tuotoksena syntyi Excel-taulukko, henkilöstömitoitustaulukko, jonka pohjalta laskettiin kaikki työn tulokset ja sen pohjalta syntyivät myös johtopäätökset sekä suositukset.

2 KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Työpaikan tarve ja toimeksianto

Salon kaupungin kotihoidon henkilöstömitoituksen arviointi on kehittämistyönä toteutettu opinnäytetyö. Kymmenen kunnan kuntaliitos vuoden 2009 alusta johti kotihoidon toiminnan uudelleen organisointiin ns. uuden Salon kaupungin alueella. Arjen toiminnan vakiintuessa alkoi esiintyä epäilyjä, että vanhojen kuntien kautta muodostuneet kotihoidon tiimit olisivat epätasaisesti resursoitu suhteessa asiakastarpeisiin. Asiakkaillahan on oikeus tasalaatuiseen palveluun koko kunnan alueella. Tasalaatuisuus tuo myös tasa-arvoisuutta ja oikeudenmukaisuutta henkilöstön näkökulmasta. Henkilöstömitoituksella taas on vaikutusta työntekijöiden työssä jaksamiseen, kotihoitotyön tavoitteiden saavuttamisen ja tuloksellisuuteen, mutta myös esimiestyön tasapuolisuuteen.

Henkilöstöresurssikeskustelun käynnistymistä edesauttoi ja nopeutti Salon kaupungin talouden romahtaminen vuonna 2010. Vanhuspalveluissa painetta tuli monelta taholta tutkia toiminnan tehostamisen mahdollisuutta: ikäihmisten määrän kasvu ja ennusteiden perusteella olettamus asiakasmäärien lisääntymisestä, kotihoidon ensisijaisuus palveluita tuottaessa, pitkäaikaislaitospaikkojen vähentämisen paine sekä Salon kaupungin tarve supistaa jokaisen toimialan määrärahoja huomattavasti, kotihoidostakin. Niukkuuden jakaminen henkilöstöresursseissa nosti esille työn tasapuolisen jakautumisen tärkeyden.

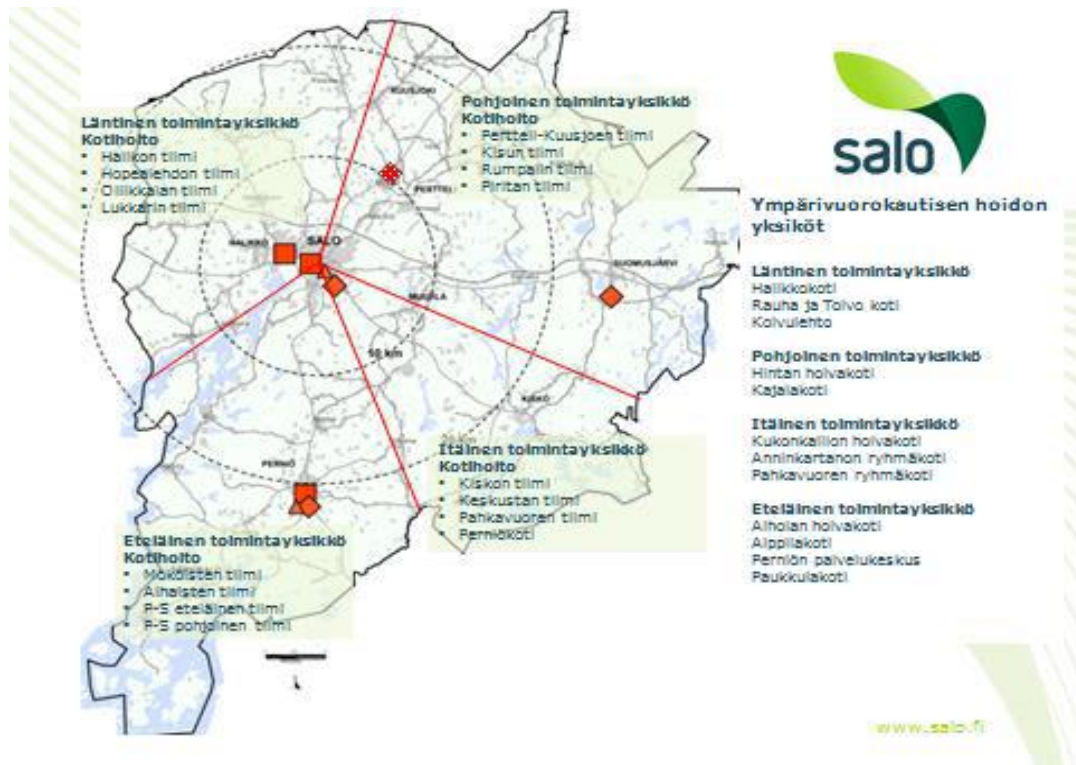
Lisäksi vuonna 2013 ehdotusvaiheessa ollut laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (myöhemmin vanhuspalvelulaki) sekä laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (myöhemmin laatusuositus) ottivat kantaa konkreettisesti henkilöstömitoituksessa huomioitaviin tekijöihin. Kunnan tulisi kiinnittää huomiota henkilöstöresursseja suunniteltaessa mm. henkilökunnan koulutusrakenteeseen, käytettävissä olevaan välineistöön, henkilöstön yhteiskäytön mahdollisuuteen sekä välittämän työajan osuuteen koko työajasta.

Aihe on ajankohtainen ja haastava valtakunnallisestikin. Kuntien tarjoamat palvelut ovat erilaisia, palveluiden tuottamistavat vaihtelevat, kunnat ovat maantieteellisesti sekä taloudellisesti erilaisia. Kotihoidon tueksi on luotu laskukaavoja mitoituksen arvioimiseksi ja näitä on kunnissa kokeiltukin. Kaavat ovat kuitenkin olleet vaikeita ja hyvin karkeita, joten ne eivät ole jääneet elämään käytännössä. Viime vuosina teknologian avulla on kehitetty ohjelmia, joissa erilaisia laskukaavoja on voitu hyödyntää tietotekniikan avulla, ns. toiminnanohjausjärjestelmiä. Näissä sovelluksissa on hoitajien automaattinen työnjako keskeinen ominaisuus: taustatietoina ovat asiakkaat ja heidän palvelutarve, osoite, henkilöstö ja koulutustasot. Järjestelmä jakaa ”napin painaluksella” työt hoitajille, jotka ovat työssä kyseisenä työn jaon ajankohtana, huomioiden koulutusvaateet ja asiakasmatkoihin kuluva ajan. Toiminnanohjausjärjestelmä tuo parhaimmillaan arkeen nimenomaan sitä helpotusta, jota nyt päättötyölläni tavoittelen ”manuaalisen esimiestyöhön suunnatun työkalun avulla”.

2.2 Toimintaympäristö ja toimijat

Kehittämistyön toimintaympäristönä on Salon kaupungin kotihoito, joka kuuluu Salossa vanhuspalveluihin. Vanhuspalveluiden hoiva- ja hoitopalvelut organisoidaan hallinnollisesti neljässä toimintayksikössä niin, että jokainen toimintayksikkö käsittää yhden maantieteellisen alueen kotihoidon sekä ympärivuorokautisen hoidon palvelut. Toimintayksiköt ovat nimetty pääilmansuuntien mukaisesti ja niitä johtavat esimiesparina toimivat hoivatyönjohtaja sekä kotihoidon aluejohtaja (myöhemmin aluejohtaja). Kotihoitoalueiden nimet muodostuvat suoraan pääilmansuuntien mukaisesti: pohjoinen, eteläinen, itäinen ja läntinen kotihoito.

Hoiva- ja hoitopalveluiden maantieteellinen jaottelu esitetään seuraavalla sivulla olevassa kuvassa. Kotihoidossa kaikki alueet käsittävät osan Salon keskustaa ja laajenevat maaseudulle päin piirakkapalasen näköisesti. Maaseutu pitää sisällään myös vanhoja kuntataajamia. Kaikkiaan henkilöstöä koko kotihoidossa on noin 200, yhdellä kotihoidon alueella n. 50. Yhtä aluetta johtaa aluejohtaja, joka vastaa alueensa resursseista sekä alueiden välisestä yhteistyöstä.



Kuva 1. Salon hoiva- ja hoitopalvelut kartalla (Salon kaupungin esimiesten materiaali 2013).

Koko kotihoidon henkilöstöstä muodostuu 16 tiimiä. Jokaisella kotihoidon alueella on neljä tiimiä. Tiimeille on sovittu maantieteelliset toiminta-alueet, joiden asiakkaista he vastaavat. Tiimien työnjohdollisena esimiehenä toimii tiimin vastaava. Yhdellä tiimin vastaavalla on kaksi tiimiä johdettavanaan. Tiimin vastaavan tehtävään kuuluu koordinoita tiimiensä resursointia. Tiimimalli on Salon tapa organisoida kotihoidon työtehtävät.

Koko kehittämistyö on kohdennettu ensisijaisesti päätoimijoille kehittämistyön toimeksiantoon perustuen (Vilka & Airaksinen 2003, 37–39). Kehittämistyön päätoimijoina ja avainhenkilöinä ovat vanhuspalveluiden päällikkö, vanhuspalveluiden asiantuntija sekä kaikki kotihoidon aluejohtajat. Päätoimijat ovat olleet mukana sopimassa kehittämistyön käytännön toteutusta. Vanhuspalveluiden päällikkö on toimeksiantaja kehittämistyön toteuttamiseen. Muina toimijoina ovat kotihoidon tiimin vastaavat sekä kotihoidon tiimien perustason hoitajat. Tiimin vastaavien rooli on matka-ajan seurannan toteutumisesta huolehtiminen. Tiimien hoitajien päätehtävä on matka-ajanseurannan täyttäminen.

2.3 Kehittämistyön tavoitteet

Kehittämistyön tavoitteet voidaan nähdä kahdella eri tasolla, joista ensimmäinen on valtakunnallinen taso. Vanhuspalvelulaissa nostetaan esille palveluiden laadun varmistaminen. Laadun yhtenä elementtinä nähdään henkilöstön määrä sekä tarkoituksenmukainen koulutus (Vanhuspalvelulaki 2012, § 19). Saman lain § 20 mukaan määritellään, että ”toimintayksikössä on oltava henkilöstö, jonka määrä, koulutus ja tehtävärakenne vastaavat toimintayksikön palveluja saavien iäkkäiden henkilöiden määrää...” Toimintayksiköksi nimetään mm. kotipalvelu sekä kotisairaanhoido. Kehittämistyön tavoitteena on kartoittaa henkilöstön määrää suhteessa asiakastyön tunteihin ja tämän perusteella arvioida miten Salossa resurssit jakautuvat. Tämä on osa vanhuspalvelulain hengessä tapahtuvaa laadun varmistamista kaupungin sisällä.

Salon kaupungin tasolla päätavoitteita on kolme. Ensimmäisenä tavoitteena on tehdä näkyväksi kotihoidon henkilöstömitoituksessa huomioitavia tekijöitä kotihoidon henkilöstölle sekä resursseista vastaaville esimiehille. Toisena tavoitteena on löytää mahdollisimman oikeidenmukainen ja objektiivinen tapa kohdentaa henkilöstöresurssit kotihoitotiimeihin niin, että ne vastaavat asiakastarpeita ja asiakastyö jakaantuu tasaisesti tiimien välillä. Tämä tavoite pitää sisällään mallin luomisen henkilöstömitoituksen arvioimiseen.

Kolmanneksi tavoitteeksi kehittämistyölle muodostuu se, että resurssiarvioinnista tulee tavalla tai toisella pysyvä käytäntö vuositasolla Salon kaupungissa. Arvioitavat tekijät varmasti muokkaantuvat ajan kuluessa sellaisiksi, mistä saa vähimmällä työllä eniten informaatiota esimiesten tueksi, tai arviointia tehdään tulevaisuudessa esimerkiksi toiminnanohjausjärjestelmän avulla. Tämän kehittämistyön avulla on tarkoitus nostaa aihe keskusteluun ja luoda pohjaa tuleville käytännöille. Siksi opinnäytetyö on myös toteutettu kehittämistyönä. Tarkoitus on käydä aitoa vuoropuhelua päätoimijoiden kesken niin arvioitavista tekijöistä kuin tuloksista ja löytää yhteinen näkemys resurssiarvointiin.

3 HENKILÖSTÖMITOITUS KOTIHOIDOSSA

3.1 Kotihoito palvelumuotona

Kotihoito tarkoittaa nimensä mukaisesti niitä hoito-, hoiva- tai tukipalveluja, joita asiakas saa omaan kotiinsa. Palveluiden järjestämisvelvollisuus nousee peruslain pykälästä 19 (1999/731), jonka mukaan julkisenvallan on järjestettävä riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä terveyttä. Sosiaali- ja terveysministeriön (2014) mukaan kotihoito tarkoittaa sellaista palveluiden tuottamistapaa, missä on yhdistetty sosiaalihuoltolakiin perustuva kotipalvelu sekä terveydenhuoltolakiin perustuva kotisairaanhoito. Kotipalvelut määritellään sosiaalihuoltolain (1982) pykälässä 20 ”asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen sekä muuhun tavanomaiseen ja totunnaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen” suorittamiseksi tai niissä avustamiseksi. Kotisairaanhoito taas määrittyy terveydenhuoltolain (2010, § 25) mukaan terveyden- ja sairaanhoidon palveluiksi, joissa pitkäaikaissairauksien osalta myös tarvittavat hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon.

Kunnat tuottavat kotihoitopalvelut sosiaali- ja terveysministeriön (myöhemmin STM) ohjauksessa. Ministeriö määrittelee kehittämisen suuntaviivat, valmistelee lainsäädännön ja ohjaa uudistusten toteuttamista, mutta myös valvoo palvelujen laatua sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran ja aluehallintovirastojen kautta. (STM 2014.) Vuonna 2009 Suomen kunnista 71 %:ssa oli yhdistetty kotisairaanhoito ja kotipalvelu kotihoidoksi. Yhdistämistä oli perusteltu toiminnan taloudellisuudella, tehokkuudella, resurssien joustavammalla käytöllä sekä yhtenäisellä johdolla, jolloin mahdollistuu palveluiden joustavampi organisointi. (Ikonen 2013, 21.) Salon kaupungissa kotihoito käynnistyi kokeilun kautta vuoden 2009 alusta. Sittemmin kotihoito vahvistettiin vakituiseksi toimintatavaksi järjestää salolaisten asukkaiden kotihoitopalvelut.

Kotihoidon palveluiden sisältö ja laajuus perustuvat kuntakohtaiseen tarveharkintaan väestön rakenteen mukaisesti. Kunta tekee vanhuspalvelulain veloitteen mukaisen suunnitelman, jossa arvioidaan väestön hyvinvoinnin tilaa, määritellään tavoitteet sekä toimenpiteet niiden saavuttamiseksi sekä vastuutahot toteuttamiseen. Näiden lisäksi kunnan pitää määritellä yhteistyö eri tahojen kanssa. (Vanhuspalvelulaki 2012, § 5–7.)

Kunnat voivat itsehallinnon vuoksi järjestää palvelunsa itse, yhdessä muiden kanssa, ostopalveluna, palvelusetelinä tai näiden yhdistelmänä kunnan tarpeen ja harkinnan mukaan (Ikonen 2013, 21). Salon kaupunki tuottaa pääsääntöisesti palvelunsa itse. Ostopalvelu on tuottamistapana käytössä lähinnä siivouspalveluissa erityiseen tarveharkintaan perustuen sekä palveluseteli tilapäiseen kotihoitoon.

Kotihoidon palveluiden tarkoituksena on tukea asiakkaan omatoimisuutta sekä kotona pärjäämistä mahdollisimman pitkään. Kotihoidon toiminnalle asetetaan yleensä niin määrällisiä kuin laadullisia tavoitteita. Laadullisilla tavoitteilla tähdätään toimintakyvyn ja elämänlaadun tukemiseen (Heinola & Luoma 2007, 36). Salossa tästä esimerkkinä on kotihoidon asiakkaiden kuntoutuksen kehittäminen (Salo kaupunki 2014a). Määrällisistä tavoitteista yleisesti käytettyjä ovat yli 75 vuotta täyttäneiden kotona asuvien osuudet (suositus 91-92 %) sekä kotihoidon kattavuussuositus 13-14 % samasta ikäryhmästä. (Laatusuositus 2013, 39.) Kattavuudella tarkoitetaan sitä, kuinka suuri osuus ikäryhmästä saa kotihoidon palveluja. Vaikka kotihoidon asiakkuudet, vanhuspalvelulaki ja laatusuositus painottuvat ikäihmisiin palveluiden järjestämissä niin on huomioitava, että kotihoito hoitaa myös muita kuin yli 75-v. asiakkaita. Vuoden Hilmo –laskennan mukaan Salossa oli alle 65-v. kotihoidon asiakkaita 6,5 % kaikista asiakkaista (THL 2014).

Kotihoidon palvelut pitävät sisällään kotipalvelun, tukipalvelut sekä kotisairaanhoidon palvelut. Kotipalvelut ovat asiakkaan alentuneen toimintakyvyn mukaan myönnettäviä palveluita, jotka edesauttavat asiakkaan selviytymistä arjesta mm. kodinhoidollisia apuja henkilökohtaisissa toiminnoissa avustamista. Tukipalveluilla tarkoitetaan kotipalvelun palveluja tukevia palvelumuotoja kuten esim. kul-

jetus- tai ateriapalveluja. Kotisairaanhoidon taas on lääkärin määräämien sairaanhoidollisten tehtävien suorittamista kotiolosuhteissa. Tällaisia hoitotoimia ovat mm. haavojen hoidot, näytteiden ottaminen sekä rokottaminen. (STM 2014.)

Kotihoidon asiakkuus voi perustua vammaisuuteen, sairauteen tai korkeaan ikään. Käytännössä valtaosa kotihoidon asiakkaista on ikäihmisiä. Kotihoidon asiakkuus alkaa useimmiten sillä, että joko asiakas, omainen tai viranomainen ottaa yhteyttä kotihoitoon ja tiedustelee mahdollisuutta saada palveluja. Kotihoidon työntekijä tekee asiakkaan kotiin arviointikäynnin, jossa yhdessä asiakkaan, omaisen tai läheisen kanssa arvioidaan asiakkaan tarvetta palveluihin (Ikonen 2013, 23; Laatusuositus 2013, 29–33). Kotona pärjäämistä arvioidaan kunnan sopimien toimintakykymittareiden avulla ja havainnoimalla asiakkaan toimintaympäristöä. Lisäksi huomioidaan asiakkaan toiveet palveluista. (Vanhuspalvelulaki 2013, § 15–16.) Asiakkaan kanssa sovitut palvelut kirjataan kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelmaan ja asiakas saa palveluista päätöksen (Vanhuspalvelulaki 2013, § 16 & 18).

Salon kaupungin kotihoidon palvelut sekä niiden myöntämisperusteet määritellään palvelukuvauksissa. Asiakas voi saada apua henkilökohtaiseen hygieniaan, ravitsemukseen, pukeutumiseen, tekstiilihuoltoon, siistimiseen, asiointiin sekä sairaanhoidollisiin tehtäviin kuten lääkehoitoon ja näytteiden ottamiseen. (Salon kaupunki 2014b.) Kotihoidon palveluita annetaan asiakkaan omia voimavaroja tukien. Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtävärakennesuositus (STM 2007) määrittelee perushoidon ja huolenpidon, neuvonnan ja ohjauksen sekä toimintakykyä edistävän työskentelytavan lähihoitajan osaamisalueelle kuuluviksi tehtäviksi.

Kotihoidon palvelut luokitellaan vielä palveluiden jatkuvuuden ja säännöllisyyden mukaan joko tilapäisiksi tai säännöllisiksi palveluiksi sen mukaan, miten usein asiakas palveluja tarvitsee (STM 2014). Salon kaupungin tilapäisen kotihoidon määritelmä on palvelun kertaluonteisuus tai lyhytkestoisuus, mikä tarkoittaa maksimissaan kahden kuukauden palvelun tarvetta arviointivaiheessa (Salon kaupunki 2013, § 197). Kotihoidon maksuista päätettäessä noudatetaan asiakasmaksulakia ja -asetusta.

3.2 Kotihoidon tiimit työnjakomallina

Kotihoidon tiimit voidaan määritellä pieneksi määräksi ihmisiä ”joiden taidot ja osaaminen täydentävät toisiaan”. Tiimien jäsenet työskentelevät yhteisen päämäärän, vision sekä tavoitteiden eteen tasa-arvoisessa asemassa ja vastaavat yhteisesti sovittujen päätösten toteuttamisesta. (Kiviharju-Rissanen 2006, 91). Tiimin jäsenillä on mahdollisuus työn suunnitteluun ja tiimikohtaisen työnjaon lähtökohtana pidetään sitä, että kaikki tiimin työntekijät tekevät kaikkia työtehtäviä. (Suominen & Henriksson 2008, 625.)

Tiimityö korostaa eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä, lisää joustavuutta työnjaossa sekä madaltaa organisaatorajoja (Wrede & Henriksson 2004, 211). ”Kaikki tekee kaikkea” –periaatteella pyritään tehokkaaseen resurssikäyttöön purkamalla ns. päällekkäisiä kotikäyntejä. Samalla työskentelymalli mahdollistaa asiakaslähtöisen ja kokonaisvaltaisen hoidon, kun hoidon ja huolenpidon suorittaa yksi ja sama henkilö useamman henkilön sijaan. Tiimityömallissa osaaminen jaetaan (Haapakorpi & Haapola 2008, 42–49).

Suominen ja Henriksson lähestyvät tiimien työnjakoa erilaisten työnjakomallien kautta. Edellä kuvatun tiimilähtöisen työnjakomallin lisäksi työnjakoa voidaan tarkastella tehtävälähtöisesti, jossa tiimille sovitut työtehtävät jaetaan tiimin jäsenten ammatillisen koulutuksen perusteella. Tästä ovat esimerkkinä kodinhoitajat, jotka tekevät ns. vanhoja kotipalvelutehtäviä ja sairaanhoitajat, jotka tekevät ns. vanhoja kotisairaanhoidon työtehtäviä. Asiakaslähtöisessä työnjakomallissa huomioidaan ensisijaisesti asiakkaan toiveet ja tarpeet. Työntekijän ammatilliseen osaamiseen liittyvässä työnjakomallissa korostuu työntekijän koulutus, voimassa olevat luvat ja osaaminen. Resurssilähtöisessä työnjakomallissa työnjakoa lähestytään lähinnä käytettävissä olevien resurssien eli työntekijöiden määrän näkökulmasta. Tällöin kyse on lähinnä siitä, miten tiimin sisällä esim. hoidetaan yllättävät poissaolot sekä sijaisten puutteet. Käytännön kotihoidon arjessa nämä mallit toimivat limittäin ja opittuihin toimintatapoihinkin perustuen. (Suominen & Henriksson 2008, 629–633.)

Tiimien eri ammattiryhmien työnjakoon vaikuttaa myös muutokset asiakaskunnassa. Hoidettavat ovat yhä enemmän sairaita ja niukkenevien resurssien vuoksi hoito ja huolenpito painottuvat yhä enemmän kodinhoidollisten askareiden väistyessä. Tämä tuo muutospaineita kotihoidon henkilöstörakenteeseen. (Wrede & Henriksson 2004, 211–212.) Salon kotihoidossa työskentelee edelleen rinnakkain lähi-, perus- ja kodinhoitajia sekä kotiavustaja -koulutuksen saaneita henkilöitä. Henkilöstön osaamista on nostettu työpaikkakoulutuksilla mm. haavan- ja lääkehoitoon, mutta myös henkilöstön koulutustasoa on nostettu enemmän hoitotyön osaamiseen kohdistuen mm. muuttamalla eläköityneiden hoivatyöntekijöiden tehtäviä lähihoitajien tehtäviksi. Taustalla ammattirakenteen muuttamiseen on myös lainsäädännöllinen jaottelu siitä mitä sairaanhoidollisia tehtäviä eri ammattiryhmät saavat tehdä (Valvira 2014).

Tiimityössä vastuu asiakkaista sekä tiimin työstä on tiimin jäsenten yhteinen. Kuitenkin tehtäväjaon tasaisuuteen tiimissä vaikuttaa eniten ryhmädynamiikka. Myönteisen ryhmädynamiikan tiimeissä korostuu keskinäinen arvostus sekä hyvät vuorovaikutustaidot. Tiimityö työnjakomallina onkin herkkä juuri ryhmädynamiikan toimivuuden vuoksi, koska pitkään yhdessä työskentely ei takaa hyvää ryhmädynamiikkaa. Yhteisvastuu on vaikea työelämän toimintakäytäntö; tiimin tasapainoa horjuttavat henkilökemiat, resurssit sekä asiakaskunnan vaihtelu. (Haapakorpi & Haapola 2008, 48–49.) Haapakorpi ja Haapola toteavatkin kotihoitoa koskevassa tutkimuksessaan, että kotihoidon kriittinen kohta on resurssien riittävyys. Riittämättömät resurssit kuormittavat ja vähentävät työn sisällön sekä luonteen tuoman tyydytyksen. Tiimien toimivuuden ja tuloksellisuuden kannalta perusresurssit tulee olla kunnossa ja tiimidynamiikan toimia koska asiakkaiden päivittäiset tarpeet eivät joustu. (Haapakorpi ja Haapola 2008, 98–99.)

3.3 Kotihoidon henkilöstömitoitus

Henkilöstömitoituksen käsitelmääritys on kehittymätöntä ja niin kansainvälisesti kuin kansallisestikin sitä käytetään linjaamattomasti. Henkilöstömitoituksen lähtökohtana ovat riittävät resurssit suhteessa tavoitteeseen, mutta myös resurssien

tehokas, järjellinen ja joustava käyttö. Henkilöstömitoituksella tarkoitetaan sitä, että riittävä henkilöstö tuottaa määrällisesti ja laadullisesti tarvittavat palvelut. Henkilöstön osalta riittävyys sisältää myös oletuksen, että henkilöstön tiedot ja taidot ovat tuotettavaan palveluun nähden sopivat. (Ruontimo 2012, 8–22.) Tässä kehittämistyössä noudatetaan hoitotyötaustaisten tutkijoiden tapaa sisällyttää henkilöstömitoituksen tarkasteluun myös laadullisia tekijöitä (Ruontimo 2012, 8–9).

Henkilöstömitoitusta voidaan tarkastella erilaisista lähtökohdista ja tasoista käsin. Iso-Britannian kuninkaallisen sairaanhoitajaopiston (*Royal College of Nursing*) oppaan mukaan henkilöstömitoitusta (*workforce planning*) voidaan lähestyä kolmella eri tasolla. Nämä samat lähestymistavat löytyvät myös suomalaisesta tavasta tarkastella henkilöstömääriä. Ensimmäisellä tasolla mietitään tulevaisuuden henkilöstötarpeita ennusteiden avulla. Toisella tasolla mitoituksia lähestytään säädösten asettamien tai kansallisten ohjeiden vaatimusten kautta esim. määrittelyt kuinka monta hoitaa tarvitaan potilasta kohden. Kolmannella tasolla mitoitusta tarkastellaan päivittäisen työnjaon näkökulmasta niin, että huomioidaan potilaiden vaateet ja suhteutetaan henkilöstö yksikön tarpeisiin. Tässä pyritään myös kiinnittämään huomiota siihen, että niin työvuorossa, viikoittain kuin vuositasollakin henkilöstömäärä on yksikössä riittävä. (Royal College of Nursing 2010, 26.)

Tarkastelunäkökulmiksi voidaan myös ottaa U.S. Department of Health and Human Services yhteenvetoraportin (2004, 2) mukaan hoitotunnit potilasta kohden päivässä (*nursing hours per patient per day*) tai hoitajasuhde potilasta kohden (*the nurse to patient ratio*). Ikäihmisten hoidon laatusuositus (2013, 44) nostaakin hoitotunnit potilasta kohden kotihoidon osalta tarkasteltavaksi.

Suomalainen diplomi-insinööri Johan Groop tarkasteli kotihoidon tuottavuutta kapeikkoteorian (*theory of constraints*) avulla vuonna 2012 valmistuneessa väitöksessään. Teoria on kehitetty kappaletavaratuotannon ympäristöön, mutta sitä on sovellettu myös palvelutuotantoon. Kapeikkoteoria kohdistaa kehitystoimet sellaisiin yksittäisiin rajoitteisiin, joilla on suurin vaikutus suorituskykyyn (*capacity*).

Suorituskyvyllä tarkoitetaan kykyä saada aikanaan tavoitteiden mukaisia tuotoksia olemassa olevilla voimavaroilla. (Groop 2012, 116–170.)

Kotihoidon tarkastelu paljasti sellaisia tekijöitä henkilöstömitoituksessa, jotka vaikuttivat järkevilta ja tehokkailta, mutta rajoittivat tuottavuutta. Esimerkiksi hoitajat ovat yleensä sijoitettu alueellisesti ja hoitajien työpanosta hyödynnetään alueellisesti vaikka kysyntä ja tarve olisivat toisaalla. Tästä aiheutuu tilanne, jossa toisessa paikassa on hoitajapula ja toisessa ylitarjontaa. Toisaalta kotihoidon työt ruuhkautuvat aamuisin kun kaikki asiakkaan avut pyritään hoitamaan tehokkaasti yhdellä kertaa, vaikka työn tasaisen kuorman jakautumisen näkökulmasta olisi hyödyllisempää tehdä aikakriittiset työt (mm. insuliinihoito) yhdellä kertaa ja muut tehtävät erillisellä käynnillä. (Groop 2012, 116–170.)

Vanhuspalvelulain myötä valmistunut laatusuositus ottaa selkeästi kantaa kotihoidon henkilöstömitoitukseen vaikuttaviin tekijöihin. Sen lisäksi, että kunnan tulee vanhuspalvelulain § 20 mukaan huolehtia siitä, että toimintayksikön henkilöstön on määrältään, koulutukseltaan sekä tehtävärakenteeltaan sellainen, että se vastaa ikääntyvien määrää ja palvelutarvetta, tulee kunnan huomioida mm. seuraavia henkilöstömitoitukseen vaikuttavia tekijöitä (Laatusuositus 2013, 40–44):

- Erityisosaamista vaativat asiakkaat kuten käytösoireiset muistisaira
- Palveluiden tuottamistapa ja saatavuus
- Ympäristötekijät (toimintayksikön koko, rakenne ja turvallisuus)
- Henkilöstön mahdollisuus tuottaa laadukkaita palveluja
- Henkilöstön yhteiskäytön mahdollisuus ja riittävyys erityistilanteissa
- Toiminnan organisointi ja toteutus
- Henkilöstön hyvinvoinnin tunnusluvut mm. sairauspoissaolot ja vaihtuvuus
- Käytettävissä oleva teknologia

Näiden tekijöiden lisäksi laatusuosituksessa käytetään kahta termiä, jotka liittyvät kotihoidon henkilöstömitoitukseen. Ensimmäinen on *kohdentaminen*. Tällä tarkoitetaan sitä, että kotihoidon palvelut kohdennetaan palvelutarpeen arvioinnin mukaisesti apuja tarvitseville ja avun tarve määritellään *ajallisesti*. Kotihoitoavun

kohdennuksessa tulee huomioida asiakastarpeiden lisäksi palvelustrategiat, henkilöstön kohdentamisen strategiat, paikalliset olosuhteet kuten välimatkat ja käytettävissä oleva välineistö sekä asiakkaiden hoidon keskeytykset ja henkilöstön poissaolot. Asiakkaiden hoidon keskeytyksiä arvioidaan olevan keskimäärin noin 10 %:lla asiakkaista. Näitä ovat esim. sairaalajaksot. (Laatusuositus 2013, 44–45.)

Toinen termi, joka nousee henkilöstömitoitukseen liittyen esille, on *välitön työaika*. Kotihoidon henkilöstön asiakastyöaikaa voidaan seurata välittömän työajan perusteella tunteina. Välittömään työaikaan lasketaan kuuluvaksi kaikki suoraan asiakkaan luona tai hänen kanssaan tehty työaika mm. palvelutarpeen arviointi, hoito ja huolenpito, asiointi asiakkaan kanssa, asiakkaan tai omaisen/läheisen tukeminen, asiakastietojen kirjaaminen asiakkaan kanssa sekä yhteydenpito asiakkaaseen teknisen apuvälineen avulla. (Laatusuositus 2013, 44–45.)

Välittömästä työajasta saadaan kotihoidon henkilöstömitoituksen apuna käytettävä aika. Valtakunnallisena arvioina tiedetään, että lähihoitajat pystyvät tekemään välitöntä asiakastyötä 40–70 % kokonaistyöajasta. Loppuosa työajasta on ns. välillistä työaikaa, johon kuuluvat ne työtehtävät, jotka eivät ole suoraan asiakkaan kanssa tehtäviä toimia kuten matkat, kirjaaminen, kokoukset, koulutukset. Toiminnanohjausjärjestelmät ovat mahdollistaneet jopa 60–70 %:n välittömän työajan osuuden kotihoidon työstä. (Laatusuositus 2013, 44–45.) Salon kotihoidon välittömän työajan tavoitteeksi on perustason hoitajille asetettu 50 % työajasta.

Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry täsmentää nettisivuillaan (2014) laatusuosituksen mukaan kotihoidon henkilöstömitoitusta konkreettisesti. Asiakkaille myönnettyä hoitoaikaa tunteina verrataan työntekijän käytettävissä olevaan työaikaan tunteina. Näin pystytään yksinkertaisesti arvioimaan onko henkilöstöllä mahdollisuus työajan puitteissa hoitaa sovitut asiakastehtävät.

Tässä kehittämistyössä henkilöstömitoituksen arvioinnilla tarkoitettiin sitä, kuinka paljon henkilöstöä on käytettävissä kotihoidon tiimeittäin suhteutettuna asiakastyöhön. Tämän lisäksi arvioitiin kohdentuiko henkilöstöresurssit tasapuolisesti eri

tiimien välillä. Arvioinnissa huomioitiin myös laadullisten tekijöiden merkitystä henkilöstömitoituksessa, kuten koulutusrakennetta ja tiimien osatyökykyisten henkilöiden määrää. Tärkeimmät arvioitavat henkilöstömitoitukseen vaikuttavat tekijät olivat kuitenkin tiimitason henkilöstömäärän suhteuttaminen tiimin todellisiin matka-aikoihin sekä todellisiin asiakastyön tunteihin.

3.4 Henkilöstömitoituksen vaikutus hoitotyön laatuun ja työhyvinvointiin

Hoitotyön laatu määrittyy Idänpää-Heikkilän ym. (2000, 8) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollossa ”kyvyksi täyttää asiakkaiden palvelujen tarve ammattitaidolla, edullisin kustannuksin ja lakien, asetusten ja määräysten mukaan.” Tämä mahdollistuu riittävällä määrällä osaavaa henkilöstöä. Henkilöstön riittävyydellä on myös vaikutus työhyvinvointiin, työturvallisuuteen sekä työssä pysymiseen. (Laatusuositus 2013, 39.)

Terveysthuollon puolella on selkeämmin tutkittu hoitajamitoitusten vaikutusta potilastapahtumien yhteydessä. Kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu näyttöjä henkilöstömäärän vaikutuksesta kuolleisuuteen, potilasvahinkoihin, potilasturvallisuuteen, esiintyvien infektioiden määrään sekä lyhempään hoitoaikaan sairaalassa. Mitä pienempi henkilöstömäärä ja kouluttamattomampaa on, sitä suurempi on ollut kuolleisuus sekä infektioiden määrä potilaiden keskuudessa. Näissä tutkimuksissa on noussut esille myös se, että pelkästään suositeltu numeerinen määrä hoitajia ei selitä syy-seuraussuhdetta, vaan mitoitukseen vaikuttavat myös hoidettavien palveluntarve ja hoitoisuus sekä henkilöstön osaaminen ja ammattirakenne. Lisäksi iäkkäiden potilaiden kohdalta on havaittu, että toimintakyvyn myönteiset muutokset ovat yhteydessä korkeaan henkilöstömitoitukseen ja vähäiseen henkilöstön vaihtuvuuteen. (Ruontimo 2012, 15–26.)

Työhyvinvointi on laajakokonaisuus erilaisia tekijöitä, joista osa liittyy ihmisen hyvinvoinnin kokemukseen yleensä ja osa pelkästään työhön. Juuti ja Vuorela lähtevät ajatuksesta, että työhyvinvoinnin kehittämisen lähtökohtana on ihmisen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi. Kun ihminen on terve ja voi hyvin, hän tekee myös työnsä hyvin. (Juuti & Vuorela 2006, 64–84.) Yksilön voimavarat

koostuvat terveydestä, toimintakyvystä ja osaamisesta, ja siihen vaikuttavat myös arvot, asenteet, työmotivaatio sekä työtyytyväisyys. (Kiviharju-Rissanen 2006, 96.) Työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä ovat mm. työ itsessään, johtaminen, terveys ja työkyky, työyhteisö, osaaminen, motivaatio sekä henkilön oma elämäntilanne (Hyppänen 2013, 321).

Monissa niin ulkomaisissa kuin kansallisissakin tutkimuksissa on havaittu, että hoitajamäärällä on vaikutusta työhyvinvointiin tai sen osa-alueisiin. Suuret asiakasmäärät hoitajaa kohden ovat yhteydessä hoitajien työuupumukseen ja työtyytymättömyyteen. Työkuormituksen ja hoidon laadun välinen yhteys on myös pystytty todentamaan. Jopa matala hoitajamäärä ja hoitajien burn-out kokemukset on pystytty heikosti yhdistämään toisiinsa. (Ruontimo 2012, 18.) Clarke ym. (2002) todensivat, että sairaaloissa, joissa oli matala hoitajamitoitus ja huono työilmapiiri, raportoitiin kaksi kertaa enemmän riskitekijöitä, neulanpistotapaturmia ja läheltä piti tilanteita kuin hyvin mitoitetuissa sairaaloissa. Ruontimo selvityksessä (2010, 18) nostetaan esille Salin ym. (2010) kansainvälinen kirjallisuuskatsaus, jonka mukaan ”henkilöstömitoituksella on kiistaton yhteys hoitajien hyvinvointiin”. Tässä akuuttisairaalaan kohdistuneessa tutkimuksessa todettiin, että kun potilaiden määrä kasvaa hoitajaa kohden niin hoitajien tyytymättömyys työhön, emotionaalinen uupumus, työtapaturmien määrä sekä stressi lisääntyvät.

Työ- ja elinkeinoministeriö julkaisi 2008 Haapakorven ja Haapolan tutkimuksen, joka kohdentui kotihoidon organisointiin ja työhyvinvointiin. Kotihoidon työntekijät kokivat kaiken kaikkiaan työnsä sisällöltään ja luonteeltaan palkitsevaksi vaikka se on henkisesti ja fyysisesti kuormittavaa. Keskeiseksi työhyvinvoinnissa nousivat työvoiman pysyvyyden ja saatavuuden varmistaminen sekä esimiestyön kohdentaminen tiimityön mahdollistamiseksi. (Haapakorpi & Haapola 2008, 99.)

Haapakorven ja Haapolan tutkimus nosti esille jo aiemmin mainitun ryhmädynamiikan tärkeyden. Jos tiimin ilmapiiri on huono, siitä kärsii niin työn organisointi kuin työhyvinvointi. Tiimin tasapainoon ja toimivuuteen taas vaikuttavat asiakaskunnan vaihtelu sekä resursointi. (Haapakorpi & Haapola 2008, 42–49.) Hyvin henkilöstösuhteiltaan toimivat tiimit pärjäsivät paremmin pienien poissaolojen tuomasta lisätyöstä. Runsaat poissaolot vaikuttivat tutkimuksen mukaan tiimin

henkilöstösuhteisiin ja vastuuttaminen saattoi rajoittua kouluttamattomien työntekijöiden osalta sekä kuormittaa tiimien koulutettuja hoitajia. (Haapakorpi & Haapola 2008, 57–61.) Tutkimuksen mukaan lähihoitajat olivat kaikkein tyytymättömmimpiä tiimien sisäiseen työnjakoon. Tyytymättömyyttä selitettiin muun muassa laajemmalla toimenkuvalla; työtehtävät saattoivat kasaantua heidän vastuulleen. (Haapakorpi ja Haapola 2008, 48.)

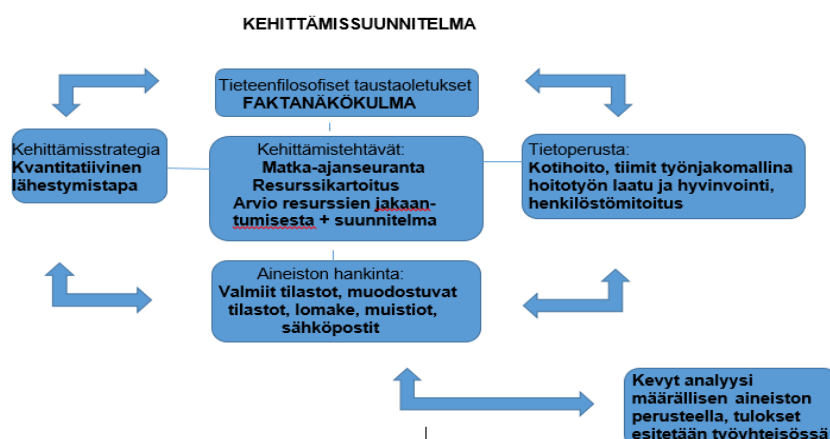
Kotihoidon työssä fyysistä kuormittavuutta aiheuttaviksi tekijöiksi koettiin Helsingin kotihoidon kehittämishankkeessa 2002-2003 ”välimatkat, kantamukset sekä ahtaat ja epäergonomiset tilat asiakkaiden” luona. Lisäksi esille nousivat henkilöstöressurssien puute sairauspoissaolojen vuoksi, henkilöstön vaihtuvuus ja sosiaalisen tuen sekä palautteen puute esimiestasolta. Oman lisänsä kotihoitotyöhön toivat työn luonne ja vaativuus. Työtä tehdään paljon yksi ja yllättäviltä tilanteilta ei voi välttyä. (Kiviharju-Rissanen 2006, 87–98.)

4 KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄT

4.1 Kehittämissuunnitelman kuvaus

Kehittämistyöllä tarkoitetaan muutokseen tähtäävää toimintaa, jonka avulla pyritään kehittämään toimintaympäristössä havaittua ongelmaa, toimintaa tai toiminnan osa-aluetta. Kehittämistyö tapahtuu sovituissa toimintaympäristöissä, vuorovaikutuksessa sovittujen toimijoiden kanssa. Vuorovaikutus mahdollistaa työskentelyn tulokset sekä tulosten ”elämään jäämisen” kehittämistyön jälkeenkin. Kehittämistyön tuotteena syntyy käyttökelpoista tietoa, tuotos, joka voi olla esim. opas tai ohjeistus. Tuotos sovitaan toimintaympäristön tarpeen pohjalta. (Toikko & Rantanen 2009, 16–23; Salonen 2013, 5–24.) Tässä kehittämistyössä luotiin kotihoidon aluejohtajille työväline henkilöstömitoituksen arvioimiseen.

Kehittämissuunnitelmalla eli -strategialla tarkoitetaan suunnitelmaa, jolla tähdätään kehittämistyön tavoitteiden saavuttamiseen. Se on kehittämistyön menetelmällisten ratkaisujen kokonaisuus, jotka perustuvat kehittämistehtäviin (Hirsjärvi ym. 2007, 128). Kehittämissuunnitelma pitää sisällään filosofiset tausta-ajatukset, kehittämistehtävän, tietoperustan, aineiston kokonaisuuden sekä tiedon leviämisen (KvaliMOTV 2014). Alla kuvataan tämän kehittämistyön suunnitelma.



Kuvio 1. Kehittämistyön suunnitelma (mukaillen Lähde 2014).

Kehittämistyön konkreettinen suunnitelma oli keväällä 2014 tehty opinnäytetyön suunnitelma, jossa vastattiin edellä esitetyn kuvion mukaisesti kysymyksiin mitä tehdään, miksi ja miten (Vilkkä & Airaksinen 2003, 26). Suunnitelman mukaan tavoitteiden saavuttamiseksi kehittämistyölle muodostui kolme kehittämistehtävää:

- 1) Kotihoitotiimien perustason hoitajien matka-ajan seurannan toteuttaminen sovittuna ajankohtana (selvitys 1).
- 2) Henkilöstömitoituskartoituksen tekeminen päätoimijoiden kanssa yhteisesti sovittujen tekijöiden mukaisesti (selvitys 2).
- 3) Henkilöstömitoituskartoituksen perusteella arviointi siitä, kohdentuvatko henkilöstöressurit tiimeissä tasapuolisesti. Jos eivät kohdennu niin suunnitelma niiden tasapuoliseksi kohdentamiseksi.

Tavoitteista ja kehittämistehtävästä käsin muodostui kehittämistyön tietoperusta, jossa avattiin työn kannalta muodostuneet keskeiset käsitteet. Nämä olivat kotihoito, kotihoidon tiimit työnjakomallina, hoitotyön laatu ja hyvinvointi sekä henkilöstömitoitus. Kehittämistyö pohjautui käsitteisiin ja niiden määrittelyyn (Salonen 2013, 12). Näistä muodostunut tietoperusta loi tarkastelunäkökulman sekä perusteet kehittämistyön tekemiselle (Vilkkä & Airaksinen 2003, 30–43).

Kehittämistehtävien toteuttaminen edellytti kahden tutkimuksellisen selvityksen tekemistä, jotta kehittämistehtävään kolme voitiin vastata (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51). Selvitykset ovat fakthanäkökulmaan eli todelliseen tietoon perustuvia, numeerisia taulukoita, jotka ohjasivat koko työskentelyprosessia. (Hirsjärvi 2007, 135; Toikko & Rantanen 2009, 117). Matka-ajanseurannassa kaikki Salon kotihoidon perustason hoitajat ilmoittivat minuutteina sen ajan, jonka he olivat käyttäneet työtehtävien hoitamiseen yhden työvuoron aikana kahden viikon aikana. Henkilöstömitoituskartoitus muodostui useista tekijöistä, jotka kerättiin yhteen Excel-taulukoon. Tekijät lueteltiin sanallisesti ja niistä kerättiin numeeriset tiedot.

Selvitykset sekä kaikki työskentelyn tueksi muodostuneet materiaalit, kuten kokous muistiot, ovat kehittämistyön aineistoa (Salonen 2013, 23). Aineisto on dokumentoitu työskentelyn todentamiseksi sekä prosessin arviointia varten (Toikko & Rantanen 2009, 142–143). Selvitysten analysointi tapahtui määrällisen aineiston periaatteiden mukaisesti: tulokset ovat numeerisessa muodossa, mitattavissa sekä esitetty havainnoitavassa muodossa (Vilka & Airaksinen 2003, 58–62.)

4.2 Kehittämistyön menetelmät

Kehittämistyössä korostuivat kahdenlaiset menetelmät: tiedonhankinnan sekä kehittämisen menetelmät. Nämä kaikki valikoituivat kehittämistehtävästä ja tavoitteiden saavuttamisen näkökulmasta, mutta myös siksi, että ne olivat yksinkertaisia ja tehokkaita. (Salonen 2013, 22–23.) Tarkoituksena oli pitää varsinainen kehittämistyön kohde toiminnan keskiössä. Lisäksi työskentelyssä käytettiin kevyesti osallistamisen menetelmää (Toikko & Rantanen 2009, 89–90).

Tässä työssä hyödynnettiin selvitysten teossa määrällisen tutkimuksen menetelmiä. Niitä voitiin kuitenkin käyttää joustavammin ja rajatummin kuin tutkimuksen teossa. Ne palvelivat lähinnä tiedon hankinnassa eli selvitysten tekemisessä. (Vilka & Airaksinen 2003, 57.) Menetelmät tuli kuitenkin kuvata ja perustella, jotta kehittämistyötä voitiin arvioida ja aihetta voidaan käsitellä yleisellä tasolla (Toikko & Rantanen 2009, 80–82).

Kehittämistyön tiedonhankintamenetelmiä olivat kahden selvityksen kokoa-miseksi tarvittavat menetelmät. Sähköposti- ja lomakekyselyllä kerättiin tietoa matka-ajanseurantaan. Potilas- ja henkilöstötietojärjestelmien raporteista saatiin tiedot henkilöstömitoitus –Excelliin. Lisäksi koko kehittämistyön ajan pidettiin henkilökohtaista kehittämispäiväkirjaa, jonka avulla pystyi todentamaan tehdyt valinnat, oppimisprosessin sekä se toimi muistin tukena raporttia kirjoitettaessa (Vilka & Airaksinen 2003, 19; Salonen 2013, 23). Sähköpostia käytettiin myös tiedon ja ohjeiden täsmentämiseen sekä palautteen keräämiseen dokumentaationkin vuoksi.

Päätoimijoiden toimintatapaan kuuluivat etukäteen valmistellut kokoukset, joissa asiaa viedään kerralla reippaasti eteenpäin. Näistä kokouksista muodostuikin keskeiset kehittämisen menetelmät. Ne olivat toimiva ja tehokas tapa käsitellä asioita. Pidetyissä kokouksissa kehittämistyöstä syntyi runsasta ja antoisaa keskustelua, lisäideoita sekä myös mietittävää, miten toteutus olisi järkevä tehdä. Sähköpostia käytettiin lisäksi lisätietojen kyselyyn ja täsmennyksiin. Sen etuna olivat nopeus ja helppous koska maantieteelliset välimatkat olivat pitkät toimijoiden välillä. Sähköpostin käytössä piti kuitenkin kiinnittää huomioita selkeään ilmaisuun, ettei syntyisi väärinkäsityksiä.

Kevyiksi osallistamisen menetelmiksi voi laskea päätoimijoiden kokoukset sekä informatiivisen kirjeen tiimin vastaaville kehittämistyön aiheesta. Kirje toimi saatteena myös matka-ajanseurantaan. Kotihoidon aluejohtajat osallistuivat myös tiedon hankintaan ja olivat näin osallisena kehittämistyössä. Lisäksi kaikki kehittämistyössä käytetyt menetelmät käytiin yhdessä läpi ja hyväksyttiin maaliskuussa.

Kehittämistyön selvityksiin tarvittavien tietojen hankintaan kuuluivat samat vaiheet ja säännöt kuin tutkimusmateriaalinkin hankintaan. Kehittämistyössä piti etukäteen päättää mitä tietoa tarvitaan ja miten käytännössä toimitaan. Päättettäviä asioita olivat kuka tiedot kerää ja mistä, miten hoidetaan tiedon keräämisen informointi jos tiedon kerää joku muu kuin päätoimijat, kuinka paljon tähän kuluu aikaa, kuinka luotettavaa tietoa saadaan ja miten tiedot toimitetaan koontia varten. (Hirsjärvi ym. 2007, 172–173.) Koska selvitysten tekeminen oli aikaan sidottua, kertaluonteista ja ainutlaatuista, piti kehittämistyön suunnitelman olla kattava niin selvitysten tekemisen kuin siinä käytettävien menetelmien osalta (Hakala 2008, 163).

Selvityksiin kerättävä aineisto oli laaja, vaikka se pyrittiin rajaamaan vain niihin tekijöihin, joilla arveltiin olevan todellista vaikutusta henkilöstömitoitukseen. Toisaalta tarkastelunäkökulmaa ja aineistoa ei pyritty liikaa yksinkertaistamaan, koska henkilöstömitoitukseen vaikuttaa myös sellaisia laadullisia tekijöitä, joiden tiedetään vaikuttavan tiimien työnjakoon. (Vilka & Airaksinen 2003, 58–59.) Näiden tekijöiden vaikutusta ei voidaan suoraan laskea, vaan ne pohjautuvat loogiseen päättelyyn saadun tiedon perusteella. Esimerkkinä tästä on kahden hoitajan

autettavat asiakkaat, joille pitää synkronoida hoitajien aikataulut niin, että he kohtaavat saman asiakkaan luona suurin piirtein samaan aikaan tai osatyökykyisten työntekijöiden räätälöidyt työtehtävät. Molemmat esimerkit vaikuttavat tiimien työnjakoon ja työn suorittamiseen ajallisesti.

Kehittämistyön materiaalia ja aineistoa olivat kaikki matka-ajanseurannan, henkilöstömitoituksen arvioimiseksi ja kaikki välillisesti muodostunut aineisto. Näitä olivat mm. asiakkaiden hoitotuntitilastot potilasjärjestelmästä, työntekijämäärät ja poissaolotilastot henkilöstötietojärjestelmästä, matka-aikakysely, kokousmuistiot, sähköpostit sekä henkilökohtainen päiväkirja. Kehittämistyöstä syntynyt aineisto kohdentui tavoitteiden saavuttamiseen, prosessin etenemisen todentamiseen, mutta myös prosessin sekä tuotoksen arviointiin niin työskentelyn aikana kuin kehittämistyön kokonaisarviointissa (Hakala 2008, 148; Salonen 2009, 23–24).

Kehittämistyö tuli dokumentoida, jotta työskentely pystyttiin jälkikäteen todentamaan ilman muistin varaan tukeutumista. Dokumentteja olivat kaikki tuotettu aineisto ja materiaalit, mutta sen lisäksi dokumentteja olivat kotihoidon aluejohtajien kokouksesta sekä kehittämispäiväkirjasta otetut valokuvat, muistiot, sähköpostitilosteet jne. (Salonen 2013, 24.) Toikko ja Rantanen (2009, 80) määrittelevät dokumentaation myös kehittämistoiminnan välineeksi juuri edellä mainitun työskentelyn seurantaominaisuuden vuoksi.

Toikon ja Rantasen mukaan kehittämistyössä syntyneet dokumentit voitiin jakaa neljään erilaiseen tyyppiin. Virallisen toteutuksen dokumentteihin lukeutuivat mm. matka-ajan seurannan ja Excel-taulukon tiedot, palaverimuistot ja kokousten alustuksia varten tehdyt PowerPoint – esitykset. Toiminnan kuvauksen dokumenteiksi laskettiin prosessikaavio sekä kokouksista otetut valokuvat. Epävirallisen toiminnan dokumenteiksi laskettiin kehittämispäiväkirja. Neljänneksi muodostuivat arviointidokumentit, jotka käsittivät arviointipalaverin muistion, mutta toisaalta myös kaikki dokumentit, joita työskentelystä syntyi, joiden perusteella työskentelyä voitiin arvioida. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 19–20; Toikko & Rantanen 2009, 80–82.)

5 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

5.1 Kehittämistyön prosessikuvaus

Toikko ja Rantanen esittävät neljä erilaista mallia, joilla kehittämistyötä voidaan kuvata: lineaarinen malli, spiraalimalli, tasomalli sekä spagettimainen prosessi. Lineaarinen malli etenee suoraviivaisesti suunnittelusta arviointiin. Spiraalimalli korostaa arviointia eri vaiheiden välillä. Tasomallissa korostuu eri toimijoiden tasojen osallisuus ja hierarkkisuus prosessiin. Spagettimainen prosessi kuvataan kaikkien edellä mainittujen seikkojen ”sekamelskaksi”, spagettikasaksi. Se on kehittynyt kaikkien em. mallien kritiikistä. (Toikko & Rantanen 2009, 64–72.)

Kehittämistyö eteni hyvin spagettimaisesti alusta alkaen. Työskentely oli poukkoilevaa niin tavoitteen asettelun kuin kirjallisuuteen perehtymisen osalta. Kehittämistehtävät tarkentuivat vasta syksyllä 2014 vaikka pääasiassa materiaali oli kerätty jo keväällä 2014. Toisaalta myös tiedonkeruu eteni suunnitelmasta poikkeavasti. Osa tiedoista toimitettiin aikataulun mukaan keväällä, osa myöhemmin korjattuna ja osa tiedoista kerättiin uudestaan elokuun lopulla niissä havaittujen virheellisyyksien vuoksi. Viimeiset virhetiedot löytyivät toimitetusta aineistosta lokakuun lopussa 2014. Tiedot olivat onneksi uudelleen tulostettavissa.

Kirjoittamisprosessi sekä työn tulosten esittäminen etenivät myös suunnitelmaan nähden poikkeavasti. Tulokset esitettiin työyhteisössä lokakuussa, mutta virheiden vuoksi tulosseminaarin tulokset piti vielä jälkikäteen korjata ja aikataulut tulosten esittämisen suhteen muuttaa. Eteneminen oli kaiken kaikkiaan epäloogista, mutta spagettimallille ominaisesta, tilannekohtaisesta. (Toikko & Rantanen 2009, 71–72.)

Esitän kehittämistyön prosessin Salosen (2013, 20) konstruktivistisen mallin mukaisesti, koska spagettimallin kuvaaminen olisi ollut haastavaa ja lukijallekin epämiellyttävää. Tämäkään malli ei poissulje poukkoilevuutta eri vaiheiden välillä, mutta tarjoaa selkeän mallin selittää mitä tapahtui. Seuraavan sivun kuviossa kaksi esitetään kehittämistyön kokonaisprosessi.

| Aikataulu | Toiminta | Toimijat | Menetelmät | Dokumentit |
|--|--|-------------------------------------|--|---|
| IDEOINTI- JA SUUNNITTELUVAIHE: Henkilöstöressurssitekijöistä sopiminen | | | | |
| Syksy 2013 | Kokous kotihoidon kehittämistarpeista | Päällikkö, aluejohtajat ja opisk. | Kokous | Sähköposti aiheen sopimisesta |
| 1-2/2014 | Kirjallisuuteen tutustuminen | Opiskelija | Lukeminen ja kirjoittaminen | ALPA -tehtävä ja essee |
| 3/2014 | Alustava suunnitelma esimiehelle | Opiskelija | Kirjoittaminen | Alustava opinnäytetyön suunnitelma |
| 3/2014 | Opinnäytetyön suunnitelma | Opiskelija | Kirjoittaminen sekä seminaari II | Opinnäytetyön suunnitelma |
| 3/2014 | Aiheen valmistelu työpaikalle | Opiskelija | Kirjoittaminen | Alustus: PowerPoint ja teksti Wordilla |
| 3/2014 | Suunnittelukokous 2 kpl: tehtävistä ja vastuista sopiminen | Päällikkö, aluejohtajat ja opisk. | Kokous x 2 | Muistiot x 2, valokuvat ja alustusmateriaali |
| TOTEUTUSVAIHE: Resurssikartoitus siihen sisältyvine osioineen sekä kooste | | | | |
| 3/2014 | Tiimiläisiä tiedottaminen ja matka-ajan seuranta | Opiskelija | Sähköposti sekä kyselylomake liitteenä | Sähköposti, kyselylomake |
| 4/2014 | Tiedonkeruu/ matka-ajan seuranta | Opiskelija ja henkilöstö | Kyselylomakkeet | Kyselylomakkeet 153 kpl sekä kooste |
| 4/2014 | Tiedonkeruu/ henkilöstörakenne | Aluejohtajat, opiskelija | Sähköpostiliite, kyselylomake | Sähköposti sekä liitteet tiedoista |
| 4-5/2014 | Tiedonkeruu/ asiakastunnit 2013 | Toimistos sihteeri, opiskelija | Tilastot potilastietojärjestelmästä | Sähköposti sekä liitteet tiedoista |
| 8/2014 | Tiedonkeruu/ poissaolot uudestaan | Opiskelija ja VP asiantuntija | Kokous | Henkilöstön poissaolotiedot Excelissä |
| 9-10/2014 | Yhteenveto tiedoista ja tulosten valmistelu | Opiskelija | Kirjoittaminen | Tuotos = selvitykset kerätyistä tiedoista |
| 10/2014 | Tuloskokous, arviointi ja jatkotoimista sopiminen | Päällikkö, aluejohtajat ja opisk. | Kokous | Keskeneräinen opinnäytetyön raportti ja muistio |
| VIIMEISTELY, ARVIOINTI & RAPORTOINTI: Kartoituksen viimeistely, jatkon suunnitelmat | | | | |
| 10-11/2014 | Raportin viimeistely ja itsearviointi | Opiskelija | Kirjoittaminen | Opinnäytetyö |
| 11/2014 | Tulosten ja työn esittäminen tiiminvastaaville | Tiiminvastaavat ja opiskelija | Opiskelijan alustus, kokous | PowerPoint -esitys |
| 11-12/2014 | Tulosten ja työn esittäminen | Työhyvinvointityöryhmä ja opisk. | Infotilaisuus | PowerPoint -esitys |
| Kevät 2015 | Tulosten ja työn esittäminen päivitettyillä tiedoilla | Kotihoidon henkilöstö ja opiskelija | Info- tai koulutustilaisuus | PowerPoint -esitys |
| 10-11/2014 | Opinnäytetyön esitt. ja jättäminen | Opiskelija | Esitys | Opinnäytetyöstä tehty PowerPoint |

Kehittämistyön päiväkirja

Kuvio 2. Kehittämistyön konstruktivistinen malli (mukailen Salonen 2013, 21).

Kuvio esittää kehittämisprosessin keskeiset toteutuksen aikataulut, toiminnan, toimijat, menetelmät sekä dokumentit. Lisäksi kuviossa esitetään kehittämistyön eteneminen vaiheittain. Kuvio avataan tarkemmin tulevissa alakappaleissa.

5.2 Ideointi- ja suunnitteluvaihe

Kotihoidon henkilöstömitoitus ja sen tasapuolinen jakautuminen kotihoidon alueiden ja tiimien välillä, oli useasti kotihoidon aluejohtajien keskustelun aiheena. Yleensä se nousi esille joidenkin tiimien kokeman suuren työmäärän vuoksi verrattuna toisiin tiimeihin. Aluejohtajat kävivät keskenään henkilöstömitoituskustelua, mutta käytettävissä ei ollut työvälineitä, joilla olisi voinut objektiivisesti verrata tiimien kokemaa kuormitusta. Keskustelut eivät siten johtaneet konkreettisiin toimenpiteisiin, vaan lähinnä niiden seikkojen pohdiskeluun, joiden ajateltiin kuormittavan joitakin tiimejä enemmän kuin toisia. Lopullisen sysäyksen kehittämistyön aiheeseen antoi syksyn 2013 keskustelut, joissa pohdittiin kotihoidon ilta-työkuorman tasaista jakautumista tiimien välillä. Vanhuspalveluiden päällikkö esitti näiden keskustelujen johdosta toiveen, että opinnäytetyöni kohdentuu Salon kotihoidon henkilöstömitoituksen tarkasteluun.

Ideointi- ja suunnitteluvaiheen keskeiset tehtävät painoutuivat henkilöstömitoituksesta tehtyyn kirjallisuuteen, vanhuspalvelulakiin sekä laatusuositukseen perehtymiseen. Näkökulmana materiaalin etsimisessä ja lukemisessa oli henkilöstömitoitukseen vaikuttavien tekijöiden täsmentäminen ja kokoaminen. Kotihoito osoittautui tältä osin haastavaksi kohteeksi, koska kotihoitoon ei ole pystytty edes kansallisella tasolla luomaan kaikkialla pätevää mitoitushjeistusta. Alkuperäinen lähdemateriaali painottuikin pitkälti johtamiseen sekä tuloksellisuuteen, mutta painottui myöhemmin konkreettisesti henkilöstömitoitukseen sekä työhyvinvointiin mitoituksen näkökulmasta. Maaliskuussa valmistui alustava opinnäytetyön suunnitelma, jonka työpaikan esimies sekä ohjaava opettaja hyväksyivät. Suunnitelman tehtävänä oli ohjata työn etenemistä loogisesti ja pyrkiä hahmottamaan kehittämistyön prosessi kokonaisuudessaan (Salonen 2013, 17).

Aloitin keräämään syksyllä 2013 kotihoidon henkilöstömitoitukseen liittyviä tekijöitä, heti opinnäytetyöni aiheen varmentumisen jälkeen. Tein kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien kurssiin liittyvän teemahaastattelun kotihoidon henkilöstömitoitukseen liittyen. Haastattelin kaksi kotihoidon johtajaa. Teemoina olivat kotihoidon hoitajamitoitukseen liittyvät tekijät sekä hoitajamitoituksen arvioinnin väliaineet. Luetteloin tehtävän pohjalta johtajien vastauksista kotihoidon henkilöstömitoitukseen liittyviä tekijöitä, jotka sittemmin varmensin ja täsmensin lähdekirjallisuuteen perustuen. Henkilöstömitoitukseen vaikuttavien tekijöiden Excel-runko muodostui näiden prosessien tuloksena. Näistä tekijöistä listasin Exceliin keskeiset mitattavissa olevat tekijät. (Vähäkangas 2013.)

Kehittämistyön aloituskokouksia pidettiin Salossa maaliskuussa 2014 kaksi (Liitteet 1 & 2). Ensimmäisessä kokouksessa olivat läsnä vanhuspalveluiden päällikkö sekä vanhuspalveluiden asiantuntija. Tämän kokouksen päätarkoitus oli käydä esimiehen kanssa läpi kehittämistyötä ja saada häneltä hyväksyntä jatko-työskentelyn linjauksiin. Esitin PowerPointin avulla keräämäni teoriatietoa mitoituksesta sekä ns. tekijätaulukkoa, jonka olin valmistellut. Täsmensimme yhdessä tekijöistä kerättäviä tietoja ja sovimme jatkotyöskentelyyn liittyen, että hoitohenkilöstölle tehdään ohjeistus siitä, mitä välitön työaika pitää sisällään ja muutimme alun perin suunnittelemani työajanseurannan matka-ajan seurannaksi.

Toisessa kokouksessa läsnä olivat vanhuspalveluiden päällikkö sekä kotihoidon aluejohtajat. Kokouksen alussa todettiin kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteena oli sopia käytännön työskentelyn jatkotoimet. Esitin PowerPointin avulla keräämäni teoria-aineistoa mitoituksesta sekä tekijätaulukon rungon. Kävimme yhdessä läpi mitoitukseen vaikuttavat tekijät ja pohdimme miten pystyisimme saamaan näkyviin niin henkilöstö- kuin asiakasvaihtuvuuden. Kotihoidon aluejohtajat eivät tässä vaiheessa esittäneet muita tekijöitä, joita olisivat toivoneet tarkasteltavan. Jätimme pois Perniökodin ”tiimin” itäisestä kotihoidosta, koska sen toiminta on palveluasumisen tuottamista. Sovimme vastuut ja aikataulut tarvittavan aineiston hankkimiseksi selvitysten tekoon. (Toikko & Rantanen 2009, 13–35; Salonen 2013, 6.) Käsittelimme myös tulosten karkeutta (suuntaa-antavia) sekä niiden esittämistä työyhteisöön.

| 26.3.2014 | | POHJOINEN KOTIHOITO | | | | ITÄINEN KOTIHOITO | | | ETELÄINEN KOTIHOITO | | | LÄNTINEN KOTIHOITO | | | | | |
|-------------------------------|--|--|------|--------|------|-------------------|-------|-----------|---------------------|--------|-----------|--------------------|--------|-----------------------------|-----------|-----------|------|
| Maaliskuu 2014 | | Kuope | Kisu | Pirita | Rump | Kisko | EI PK | Kesk. | Pahka | P-S pd | P-S et | Mökö | Alha | Hali | Hopea | Ollik | Lukk |
| Asiakas | Suunn. HPS tunnit | Ei saa eriteltynä aamuun ja iltaan, ei sis. Tilap. Ja tukip. | | | | | | Tsto siht | | | Maaliskuu | | | | | | |
| | Toteut. HPS | Palveluajan seurannasta kk -tasolla | | | | | | Tsto siht | | | Maaliskuu | | | | | | |
| | Toteut. HPS tunnit/ilt | Palveluajan seurannasta kk -tasolla | | | | | | Tsto siht | | | Maaliskuu | | | | | | |
| | Tukipalvelutunnit | Palveluajan seurannasta kk -tasolla | | | | | | Tsto siht | | | Maaliskuu | | | | | | |
| Tiö | Tiimin h.löstö yht. | | | | | | | | | AJ: T | | | | | | | |
| | joista sh/th | | | | | | | | | AJ: T | | | | | Maaliskuu | | |
| | joista hoit. | | | | | | | | | AJ: T | | | | | Maaliskuu | | |
| | joista ht | | | | | | | | | AJ: T | | | | | Maaliskuu | | |
| Yht. | MATKA-AIKA | Marjo muuttaa PV tasolle | | | | | | TV: T | | | | | | | | | |
| | HPS tunnit/tt. | Marjo muuttaa PV tasolle | | | | | | Marjo | | | | | | | | | |
| | As.työ ja matkat / | Marjo muuttaa PV tasolle | | | | | | Marjo | | | | | | | | | |
| Taustalla vaik. tekijät | Arki-aamun työntek/kpl | | | | | | | | | AJ:t | | | | Maaliskuu | | | |
| | Vkl aamun työntek./kpl | | | | | | | | | AJ:t | | | | Maaliskuu | | | |
| | Iltatyöntek./kpl | | | | | | | | | AJ: T | | | | Maaliskuu | | | |
| | Asiakasvaihtuvuus | | | | | | | | | AUKI | | | | Maaliskuu | | | |
| | Kahden autettavat as. | | | | | | | | | AJ:t | | | | Maaliskuu | | | |
| | H.löstön poissaolot | | | | | | | | | AJ:t | | | | Tammihuhittuu, ALUE tasolla | | | |
| | Sijaisten käyttö/alue | | | | | | | | | AJ:t | | | | Maaliskuu | | | |
| | Osatyökykyiset työnt. | | | | | | | | | AJ:t | | | | Maaliskuu | | | |
| SOVITUS ASIAT/ OHJEET: | <ul style="list-style-type: none"> * Toteutus kuukausitasolla: maaliskuu ja marraskuu (kuukaudessa on keskim 30,42 pv=4,35 vk) * Jätetään pois TV, SH, TH kaikista muista paitsi HPS -tunneista, joista heitä ei pysty erottelemaan * Asiakasvaihtuvuuden mittari: Tapsa selvittää Effican raporttiominaisuuksia lisää * Henkilöstövaihtuvuuden mittari: Aluetasolla kaikki sijaispäivät (kpl) * Henkilöstön poissaolot: KAIKKI SL (palkallinen ja palkaton), työtap., sairas lapsi, ilm. kalenteripäivinä! * Osatyökykyinen = henkilö, kenelle on räätälöity työtehtävä esim. illat pois, nostot pois jne. * Ei oteta tässä vaiheessa mukaan niitä asiakkaita, joita emme pysty itse hoitamaan. * Jätetty pois asiakasmäärät sekä käyntimäärät. * Ei lisätä arviota koulutuksista ja palavereista * Taulukkoa tarkastellaan F to F aika + matkat ja arvioidaan suhteessa muihin tekijöihin esim. osatyökykyisiin | | | | | | | | | | | | TIEDOT | MARJOLLE | 15.5.14 | MENNESSÄ! | |
| 26.3.2014 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marjo Vähäkangas | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Kuvio 3. Henkilöstömitoitukseen vaikuttavat tekijät (© Vähäkangas 2014).

Yllä olevassa kuviossa on esitetty henkilöstömitoituksen arvioimiseksi luodun tekijätaulukon viimeinen versio ennen tietojen keräämistä. Vihreälle pohjalla kerättiin asiakastyön suunnitellut ja toteutuneet tunnit tiimeittäin ja tumman siniselle pohjalle tiimien henkilöstö määrät koulutuksittain. Punaiselle pohjalle laskin tiimien perushoitotyöntekijöiden matka-ajat sekä toteutuneet asiakastunnit suhteessa henkilöstömäärään (=työn keskeiset tulokset). Turkoosin siniselle pohjalle kerättiin ns. taustalla vaikuttavat tekijät, joiden pohjalta tulosten laskeminen voitiin tehdä ja joista muodostui myös työn ns. laadullisia vertailukohteita. Näitä em. tekijöitä olivat mm. työntekijöiden sairauspoissaolot sekä kahden autettavien asiakkaiden määrä tiimissä jne.

Hoitajamitoituksessa keskityttiin tarkastelemaan tiimien perushoitotyötä tekevien työntekijöiden mitoitusta. Perushoitotyötä tekevät koulutustasonsa mukaisesti mm. lähihoitajat, perushoitajat, kodinhoitajat sekä hoivatyöntekijät. Kerätyt hoito- ja palvelusuunnitelmatunnit sisältävät myös terveyden- ja sairaanhoitajien asiakastyön tunteja koska niitä ei pystytty erottelemaan potilastietojärjestelmässä. Näiden ammattiryhmien määrä on kuitenkin tasainen tiimeittäin, joten virhe toistuu joka tiimin osalta hyvin samanlaisena.

5.3 Toteutusvaihe

Toteutusvaihe piti sisällään huhti-kesäkuuksi suunnitellun ajanjakson, joka sittemmin alkoi maaliskuun lopulta ja venyi marraskuulle asti. Tähän ajanjaksoon sijoittuivat selvityksiin vaadittavien tietojen ja sekä koosteen kokoaminen. Aikataulun viivästyminen johtui pääasiassa muutamasta syystä. Matka-ajan seurannan koosteiden tekeminen osoittautui työläämmäksi ja vaikeammaksi kuin alun perin arvioin. Aineisto oli valmiina vasta heinäkuussa 2014. Lisäksi henkilöstön poissaolotiedot vaikuttivat kokemukseeni perustuen epätarkoilta, joten halusin, että tiedot otetaan uudestaan henkilöstötietojärjestelmästä. Päädyin tähän ratkaisuun tulosten paikkansapitävyyden vuoksi. Raportit tulostettiin osittain elokuussa ja lokakuussa vuosilomien vuoksi. Näistä syistä selvityksen ja tulosten laatiminen siirtyivät syys-marraskuulle.

Suurin osa selvitysten tiedoista sovittiin kerättäväksi maaliskuussa 2014. Ihanteena olisi ollut tarkastella tiimien välisiä eroja koko edeltävän kalenterivuoden osalta, mutta se ei mahdollistunut potilastietojärjestelmän raportointiominaisuuksien vuoksi: asiakastyön tiedot olisi pitänyt laskea manuaalisesti tiimeittäin, kuukausittain sekä aamu- ja iltavuoroittain. Laskemisesta olisi tullut kohtuuttoman paljon työtä toimistosihteerille. Maaliskuu oli jo muutenkin Salossa sovittu asiakastyön tarkastelukuukaudeksi, joten oli luontevaa yhtenäistää kaksi raportointia.

Tietojen keruu sovituista tekijöistä suoritettiin ns. kokonaistutkimuksena. Tämä tarkoittaa sitä, että mukaan otettiin kaikki tiedot sovituista tekijöistä eikä vain osaa. Mukana olivat tiedot kaikista kotihoidon asiakkaista maaliskuussa sekä henkilöstöstä tammi-huhtikuussa 2014. (Hirsjärvi ym. 2007, 174.) Vakituksia perustason hoitotyöntekijöitä Salossa oli seuranta-ajankohtana 151. Säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli kaikkiaan 976.

Toteutusvaihe alkoi konkreettisesti maaliskuun lopulla lähetetystä matka-ajan seuranta –kyselystä tiimien perustason hoitajille. Matka-ajanseuranta päätettiin tehdä, että saadaan selville tiimien todelliset asiakasmatkaan käytetyt ajat, koska tiimit poikkeavat toisistaan maantieteellisesti huomattavasti. Kysely lähetettiin ti-

minvastaavien kautta, jotka organisoivat kyselylomakkeiden tulostamisen jokaiselle tiimin työntekijälle sekä palauttamisen minulle maapostitse koostamista varten. Mukana olivat kaikki 7.-20.4.2014 kotihoidossa työskennelleet työntekijät, myös sijaiset. Kaksi viikkoa oli riittävän pitkä aika antamaan vertailukelpoista tietoa matka-ajoista. Siinä ajassa tasaantuu yksittäisten päivien asiakasmuutokset, mutta aika ei ole liian pitkä seuranta-ajaksi. Alla oleva kuvio esittää matka-ajan seuranta –lomaketta.

| MATKA-AJAN SEURANTA | | TIIMI | | | | | | | 26.3.2014 |
|---------------------|-------|---|------|-------|-----------|------------|------------|-----------|-----------|
| Ajalla 7.-20.4.2014 | | Ei KOSKE TIIMIN SH, TH, TV! Kaikki muut täyttävät, myös sijaiset! | | | | | | | |
| | Pvm | Aamu | Iltä | vp/sl | Kulkuväl. | Matka-aika | Mikä lista | Muu tiimi | Muuta |
| Ma | 7.4. | | | | | | | | |
| Ti | 8.4. | | | | | | | | |
| Ke | 9.4. | | | | | | | | |
| To | 10.4. | | | | | | | | |
| Pe | 11.4. | | | | | | | | |
| La | 12.4. | | | | | | | | |
| Su | 13.4. | | | | | | | | |
| Ma | 14.4. | | | | | | | | |
| Ti | 15.4. | | | | | | | | |
| Ke | 16.4. | | | | | | | | |
| To | 17.4. | | | | | | | | |
| Pe | 18.4. | | | | | | | | |
| La | 19.4. | | | | | | | | |
| Su | 20.4. | | | | | | | | |

• Merkitse tiimi, jossa työskentelet. Jos teet työpäiväsi toisessa tiimissä, merkitse se tiimi kohtaan MUU TIIMI
 • Merkitse matkaan käytetty aika tunteina ja minuutteina mahdollisimman tarkasti (ei sadasosina)
 • Merkitse ruksilla teitkö aamu- tai iltavuoron vai olitko vapaalla, sairaana (vp/sl)
 • Matka-aikaa ovat kaikki työhön liittyvät matkat, myös koulutuksiin ja palavereihin osallistuminen
 • Tietoa käytetään tiimien henkilöstömitoituksen arvioimiseen.

• Palautus heti jakson jälkeen tiimin vastaavalle, joka toimittaa täytetyt matka-ajan seurannat maapostilla

Marjo Vähäkangas, Sarkakatu 15, 20660 LITTOINEN

Kuvio 4. Matka-ajan seuranta –lomake (© Vähäkangas 2014).

Matka-ajan seuranta –lomakkeen mukana meni myös sähköpostisaate (Liite 3). Siinä kerrottiin miksi ja miten seuranta tehdään. Ohje piti sisällään tiedot toteutuksesta, tiimin vastaavan vastuusta sekä lomakkeen palautuksesta. Lomake piti sisällään tiivistettynä samat tiedot. Lomakkeeseen merkittiin myös mistä työvuorosta oli kyse kulloisenakin päivänä ja missä tiimissä se tehtiin. (Vilka & Airaksinen 2003, 59.)

Aloitin matka-ajanseurannan tietojen koostamisen toukokuun loppu puolella ja sain tiimikohtaiset koosteet valmiiksi heinäkuussa 2014. Seurantalomakkeita palautui yhteensä 153 kpl. Kappalemäärä viittaa siihen, että kaikki seuranta-ajan työntekijät eivät palauttaneet lomakkeita tiimin vastaaville koska koko perustason henkilöstön määrä oli seuranta-ajankohtana 151 henkilöä. Määrät eivät myös täsmää ilmoitettujen sijaislukumäärien kanssa, joita oli ko. ajankohtana huomattavasti enemmän kuin kaksi. Palautuneita lomakkeita oli kuitenkin varsin tasaisesti tiimien vakinaista henkilöstöä kohden joka tiimistä. Palautumattomien lomakkeiden määrää ei pysty laskemaan koska lomakkeita ei numeroitu.

Matka-ajat laskin työvuorokohtaisesti minuutin tarkkuudella kohdentaen tehdyt matkat oikeisiin tiimeihin esim. niissä tilanteissa, että henkilö oli työskennellyt useammassa tiimissä seurantajakson aikana. Tästä muodostui tiimien laskennallinen matka-aika työvuoroa kohden. Palautuneissa seurantalomakkeissa oli jonkin verran huolimattomuusvirheitä mm. matka-aika tai tiimi puuttui joiltakin henkilöiltä. Osa lomakkeiden käsialoista oli vaikeasti ymmärrettävissä ja yksittäisiä tietoja oli pakko jättää tilastoista pois koska numeroista ei voinut olla täysin varma.

Henkilöstömitoitukseen vaikuttavien tekijöiden tietoja kokosi useampi henkilö ja palautusaikataulut syklittyivät toukokuun loppuun mennessä. Asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelman koosti potilastietojärjestelmästä yksi kotihoidon toimistosiheteereistä. Asiakastunnit ilmoitettiin suunniteltuina hoito- ja palvelusuunnitelmatunteina (suunn. HPS tunnit) sekä toteutuneina hoito- ja palvelusuunnitelmatunteina aamuvuoroissa (toteut. HPS tunnit/aamu) sekä iltavuoroissa (toteu. HPS tunnit/ilta). Jaottelu perustui potilastietojärjestelmän mahdollistamiin raportteihin. Tiedot toimitettiin minulle sähköpostin liitetiedostona.

Kotihoidon aluejohtajat keräsivät tiimien henkilöstöä koskevat tiedot omilta vastualueiltaan. Kerättäviä tietoja olivat maaliskuun osalta henkilöstömäärät ja koulutustiedot, työntekijämäärät arkiamuissa, viikonloppuamuissa sekä iltavuoroissa, kahden autettavat asiakkaat, osatyökykyisten työntekijöiden määrä sekä todellinen sijaistenkäyttö. Henkilöstön poissaolotiedot he toimittivat sovitusti tammi-huhtikuun ajalta. Myös tässä aikataulutuksessa hyödynnettiin muita pakollisia raportointeja ja vältyttiin päällekkäistyöltä.

Päiväkohtaiset poissaolot laskin jakamalla todelliset poissaolotunnit aikavälin kalenteripäivillä. Tiedot poimittiin henkilöstöraportointiohjelmasta. Osa aluejohtajista toimitti tiedot tiimikohtaisesti, mutta tuloksissa poissaoloja käsitellään aluekohtaisesti koska kaikkien alueiden tiedot eivät olleet tiimikohtaisia. Toisaalta sovimme, että poissaolot ilmoitetaan aluetasolla. Koska poissaolotiedoissa vaikutti olevan epätarkkuutta tiedot poimittiin uudestaan yhteismitallisesti elo- ja loka-kuussa. Tässä poiminnassa olivat mukana kaikki tiimiin kohdistuneet eikä vain perustason hoitajien poissaolot. En koe tiimien sairaan- tai terveydenhoitajien poissaolojen sotkevan tuloksia huomattavasti koska osa heidän työstään siirtyy poissaolojen aikana tiimin perustason hoitajien tehtäväksi tavalla tai toisella. Henkilöstöä koskevat tiedot toimitettiin minulle sähköpostin liitetiedostona.

Varsinaisen tuotoksen (Excel-taulukko) viimeistely ja tulosten laskeminen tapahtuivat syys-marraskuussa. Vein Excel-taulukoon saamani henkilöstötiedot jo keväällä. Nyt keskityin tulosten valmisteluun. Laskin tiimien maaliskuun aikana tekemät työvuorot kappaleittain ja jaoin tiimien toteutuneet asiakastyöntunnit työvuorojen määrällä, jolloin sain maaliskuun aikana tehdyt keskimääräiset välittömän työajantunnit tiimeittäin. Tulososiossa avataan työn tuloksia ja havainnollistetaan osa tuloksista.

Tuloskokous pidettiin 22.10.2014 Salossa, missä läsnä olivat vanhuspalveluiden johtajan lisäksi kotihoidon aluejohtajat (liite 4). Esitin kokouksessa työn tulokset, jotka siis ovat karkeasti suuntaa-antavia koska mm. Excel-taulukon poissaolotiedoissa oli epätarkkuuksia. Sovimme kuitenkin jatkososalta, että jatkamme henkilöstömitoituksen arviointia kerran vuodessa, jotta objektiivinen tieto sekä yhteinen näkemys vahvistuvat henkilöstömitoituksen osalta. Lisäksi sovimme, että ns. kriittisiä työvuoroja tarkastellaan luomani Excel-taulukon avulla. Kriittisiä työvuoroja ovat mm. iltavuorot sekä viikonloppujen aamuvuorot, joissa henkilöstöä on vähän ja asiakastarpeita enenevässä määrin. Esitän Excel-taulukon johtopäätös luvussa. Lisäksi kävimme palautekeskustelun kehittämistyöstä ja tuloksista.

5.4 Viimeistely-, arviointi- ja raportointivaihe

Kehittämistyön viimeistely-, arviointi- ja raportointivaihe kesti kesäkuusta marraskuulle. Toteutusvaiheen viimeinen askel sekä viimeistelyvaiheen alku nivoutuivat tiukasti yhteen varsinaisen tuotoksen valmistelun myötä. Tarkistin Excel-taulukon tietoja ja muokkasin tulososion kuvioita luettavampaan sekä informatiivisempaan muotoon. Varsinaisen tuotoksen valmistelin kaksi kertaa: syys-lokakuussa sekä marraskuussa. Tulokokouksen jälkeen selvisi, että yhden alueen tiedot oli ilmoitettu virheellisesti.

Kirjoittamisprosessi jäi erittäin myöhäiseen vaiheeseen juuri ennen opinnäytetyön palauttamispäivää. Tulosten korjaaminen hidasti opinnäytetyön raportointia koska toteutusvaiheen kirjoittaminen piti osittain tehdä uudestaan ja tulokset sekä johtopäätökset piti tarkistaa kirjoitusten osalta. Päädyin tulosten korjaamiseen lähinnä siitä syystä, että halusin työn tulosten olevan tarkempia, jotta pystymme hyödyntämään työtä jatkossa vertailemalla uusia tietoja vanhoihin. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 60.) Tuloksia on myös esitelty tässä opinnäytetyön raportissa niukemmin kuin mitä toimeksiantajalle on tehty.

Sovimme vielä lokakuussa pidetyssä tulokokouksessa, että esitän kehittämistyön teoriaosuutta sekä työn tuloksia koko kotihoidon henkilöstölle, mutta aloitan erikseen tiiminvastaavista. Tiiminvastaavien raportointipäiväksi sovittiin 7.11.2014. Kotihoidon henkilöstön raportointipäivä siirtyy keväälle 2015. Tarkoitukseni on esittää tuloksia myös vanhuspalveluiden osatyökykyisten työntekijöiden tukemiseksi perustetulle työryhmälle, joka koostuu vanhuspalveluiden, työterveyshuollon, työsuojelun sekä henkilöstöhallinnon työntekijöistä. Päivämäärät sovitaan myöhemmin.

Opinnäytetyö valmistuu aikataulun mukaisesti marraskuussa 2014. Myös opinnäytetyön esittäminen tapahtuu aikataulun mukaan marraskuussa. Tulosten viimeistely jatkuu opinnäytetyön prosessin päättymisenkin jälkeen. Arviointivaihe käsitellään siihen varatussa alaluvussa myöhemmin.

6 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

6.1 Selvitysten analysointi ja kokonaisluotettavuus

Kehittämistyön selvitysten analysointi, tulkinta sekä johtopäätökset muodostivat koko henkilöstömitoitussarvioinnin ytimen (Hirsjärvi ym. 2007, 216). Analysointi perustui kehittämistehtäviin eli suoraan toimeksiantoon (Hakala 2008, 177). Analysoinnilla tarkoitetaan sitä, miten saatuja tietoja jäseneltiin ja mitä niistä saatiin esille, mitkä olivat tulokset. Tulosten analysointi suoritettiin hieman syvemmin kuin kehittämistyölle on ominaista, koska tuotos oli vertailua tiimien välillä perustuen määrällisiin tietoihin. Silti analyysi oli kevyempää kuin tutkimuksessa. Analysointia tapahtui koko prosessin ajan. (Salonen 2013, 24.)

Selvitysten tiedot muodostuivat potilas- ja henkilöstötietojärjestelmien raporteista sekä matka-ajanseurannan koosteesta. Molempien koosteiden tiedot keräsin taulukkomuotoon, mikä on tyypillistä juuri määrällisille tiedoille, ja siten analysointitavaksi valikoitui selittävä lähestymistapa, tilastollinen analyysi. (Hirsjärvi ym. 2007, 136–219.) Tuloksissa etsittiin määrälliselle tutkimukselle tavanomaisia vastauksia syy-seuraussuhteisiin, ilmiöiden välisiin yhteyksiin tai niiden yleisyyteen (Jyväskylän yliopisto 2014). Analyysissä keskityttiin kuitenkin kehittämistyön luonteen mukaisesti perustason tunnuslukuihin, kuten prosentteihin ja tulokset esitettiin taulukko- ja kuviomuodoissa (Vilkka & Airaksinen 2003, 57). Näistä tehtiin loogisella päättelyllä havaintoja (Hirsjärvi ym. 2007, 135). Kerätyt tiedot olivat myös kattavia, joten ne mahdollistivat tiimien välisten tietojen vertailukelpoisuuden, vaikka tilastollinen analyysi yleistää ja yksinkertaistaa tuloksia (Alkula ym. 1999, 45–46).

Kotihoidon mitoitukseen vaikuttavien tekijöiden taustoittavana menetelmänä käytin teemahaastattelua. Se on laadullinen tutkimusmenetelmä. Teemoja oli kaksi: mitkä ovat kotihoidon hoitajamitoitukseen vaikuttavat tekijät ja miten niitä arvioidaan arjessa. Litteroinnin suoritin perus- ja sanatarkan välimaastossa. Analysoin aineiston ja jäsensin tulokset aineistolähtöisesti teemoittain (Eskola & Suoranta 1998, 19–175.)

Analysoinnissa kiinnitin huomiota kehittämistyön kokonaisluotettavuuteen. Käsitteenä luotettavuus tarkoitti analysoinnissa sitä, että käytetty analysointimenetelmä mittasi sitä mitä oli tarkoituskin mitata. Excel-taulukko ja sen analysointi kohdentuivat suoraan toimeksiantoon, joten Salon tasolla vertailu oli käytetyn menetelmän osalta luotettavaa. (Alkula ym. 1999, 89; Jyväskylän yliopisto 2014.) Selvitysten tietojen luotettavuuden varmensin ottamalla poissaolotiedot uudestaan, mikä osoittautuikin aiheelliseksi. Muutoin tiedot Excelissä ovat niin luotettavia kuin ne voivat olla. Tilastotiedoissa voi aina olla sinne tallennettujen tietojen osalta virheitä, joita ei pysty todentamaan.

Kokonaisluotettavuuteen kuuluvat myös toistettavuuden sekä johdonmukaisuuden arviointi. Tämän tyyppisessä kehittämistyössä nämä tarkoittavat mittauksen uudelleen suorittamisen mahdollisuutta sekä tiedon käyttökelpoisuutta (Alkula ym. 1999, 89; Toikko & Rantanen 2009, 121–122.) Kehittämistyöni on toistettavissa uudestaan samana ajan kohtana, mutta myös toisina ajankohtina tarpeen mukaan. Tarkoituksena onkin arvioida vielä myöhemmin henkilöstömitoituksen kehittymistä luomani mallin perusteella.

Tulokset ovat käyttökelpoisia siinä mielessä, että niistä voidaan tehdä johtopäätöksiä ja pidemmän kuin kuukauden seurantajakson perusteella voidaan arvioida henkilöstömitoitusta konkreettisesti (Toikko & Rantanen 2009, 125). Yhden kalenterikuukauden perusteella olisi eettisesti kestävämpiä tehdä henkilöstösiirtoon vaikuttavia johtopäätöksiä, koska kuukausi on voinut olla tiimissä poikkeuksellinen. Tästä syystä ihanteena olisi katsoa tulokset pidemmällä aikavälillä tai säännöllisen arvioinnin kautta.

Kehittämistyöni henkilöstömitoituksen arvioinnin idea on siirrettävissä muihin toimintaympäristöihin. Excel-taulukko on yksinkertaisuudessaan hyödynnettävissä myös muissa kunnissa ja analysointitapa voidaan pitää samana. (Toikko & Rantanen 2009, 126.) Eri toimintaympäristöissä korostuu kuitenkin niiden erityispiirteet esim. maantieteelliset erot ja palvelutarjonnan erityisyys.

Työn luotettavuuteen vaikutti myös toimijoiden sitoutuneisuus kehittämistyöhön varsin kiittävästi. Lisäkysymyksiä esitettiin sekä kannanotoissa oli kriittisyyttä ja

pohdiskelevuutta. Raportoinnissa pyrin täsmällisyyteen sekä kriittisyyteen. Pyrin avaamaan sekä riskit että epävarmuustekijät. (Toikko & Rantanen 2009, 124–129.)

6.2 Tulokset ja tulkinta

Kotihoidon henkilöstömitoituksen arviointia lähestyttiin laajasta näkökulmasta käsin. Laaja näkökulma muodostui siitä, että mukaan valikoitiin henkilöstömitoitukseen vaikuttavia *todellisia tekijöitä*, joista voisi *päätellä* henkilöstön riittävyyttä. Todelliset tekijät viittaavat siihen tosi asiaan, että pelkkä henkilöstön määrä suhteutettuna asiakastunteihin ei vielä kerro tiimin todellista tilannetta arjessa; tiukuutta tai löysyyttä. Suppeampi näkökulma olisi ollut esimerkiksi pelkkä välittömän työajan vertailu tiimeittäin ja alueittain, tai matka-ajan ja välittömän ajan vertailu.

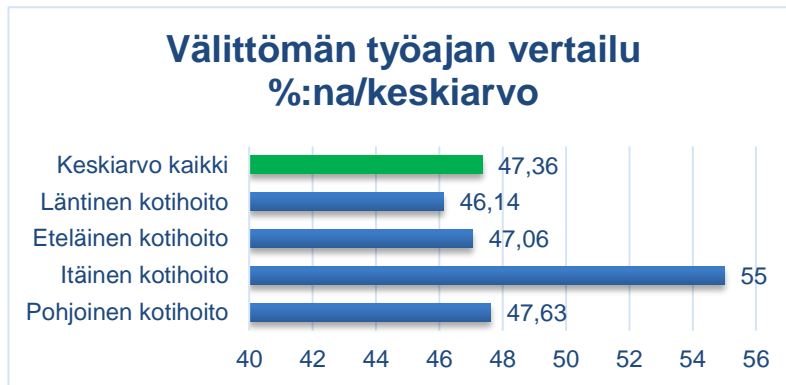
Taulukko 1. Kotihoidon henkilöstömitoituksen arviointiin vaikuttavat tekijät (© Vähäkangas 2014).

| | 6.10.2014 | POHJOINEN KOTIHOITO | | | | ITÄINEN KOTIHOITO | | | | ETELÄINEN KOTIHOITO | | | | LÄNTINEN KOTIHOITO | | | | |
|-------------------------|---|--|--------|--------|--------|-------------------|-------|--------|--------|---------------------|--------|--------|--------|--------------------|--------|--------|--------|---|
| | | Kuupe | Kisu | Pirita | Rump | Kisko | EI PK | Kesk. | Pahka | P-S po | P-S et | Mökö | Alha | Hali | Hopea | Ollik | Lukk | |
| Asiakas | Suunn. HPS tunnit yht. | 721 | 646 | 681 | 423 | 602 | | 716 | 1120 | 883 | 1028 | 681 | 881 | 703 | 795 | 634 | 815 | |
| | Tot. HPS tunnit yht. | 664 | 492 | 579 | 518 | 670 | 0 | 701 | 868 | 661 | 932 | 489 | 702 | 550 | 698 | 567 | 829 | |
| | Ero suunn ja tot tunnit | 57 | 154 | 102 | -95 | -68 | 0 | 15 | 252 | 222 | 96 | 192 | 179 | 153 | 97 | 67 | -14 | |
| | Toteut. HPS | 549 | 415 | 408 | 392 | 494 | | 595 | 666 | 615 | 756 | 368 | 575 | 441 | 554 | 462 | 594 | |
| | Toteut. HPS tunnint/ilta | 115 | 77 | 171 | 126 | 176 | | 106 | 202 | 46 | 176 | 121 | 127 | 109 | 144 | 105 | 235 | |
| Tukipalvelutunnit | Ei saatu näitä tunteja, myöskään tilapäisen kotihoidon tunteja ei ole toteutuneissa asiakastunneissa mukana | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Henkilöstö | Tiimin hlöstö yht. | 13,5 | 11,5 | 11,5 | 11,5 | 11,5 | | 10,5 | 13 | 10,5 | 13,5 | 9 | 11 | 10 | 10 | 11 | 11 | |
| | josta sh/th | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 2 | | 1,5 | 2 | 1,5 | 1,5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | |
| | josta hoit. | 11 | 10 | 10 | 10 | 7 | | 9 | 11 | 7 | 11 | 8 | 10 | 9 | 9 | 9 | 9 | |
| | josta ht | 1 | | | | 2,5 | | | | 2 | 2 | | | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| Yht. | MATKA-AIKA | 90,5 | 88,3 | 45,8 | 46,7 | 35,3 | | 82,1 | 85,9 | 70,6 | 65,2 | 48,9 | 68,1 | 66,8 | 45,4 | 59,4 | 55,8 | |
| | HPS tunnint/tt. min/työv. | 240,00 | 218,66 | 209,27 | 206,51 | 228,40 | | 256,94 | 272,10 | 231,25 | 228,71 | 179,18 | 224,93 | 176,23 | 223,66 | 181,68 | 265,63 | |
| | TOT As.työ&matk | 330,5 | 307 | 255,1 | 253,2 | 263,7 | | 339 | 358 | 301,9 | 293,9 | 228,1 | 293 | 243 | 269,1 | 241,1 | 321,4 | |
| | SUUN as.työ&matk | 351,1 | 375,4 | 291,9 | 168,6 | 240,5 | | 335,5 | 437 | 379,5 | 317,5 | 298,4 | 350,4 | 292,1 | 300,1 | 262,6 | 316,9 | |
| Taustalla vaik. tekijät | Arki-aamun | 5 | 4 | 4 | 4,50 | 4 | | 5 | 6 | 5 | 8 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | |
| | Vkl aamun | 3 | 2 | 2 | 2,50 | 3 | | 2,34 | 2,66 | 2 | 3 | 2 | 2,25 | 2,25 | 2,25 | 2,25 | 2,25 | |
| | Iltatyöntek./kpl | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | | 1,25 | 1,25 | 1,5 | 1,5 | 1,25 | 1,25 | 1,25 | 1,25 | 1,25 | 1,25 | |
| | Työntek.tarve kpl/kk | 166 | 135 | 166 | 150,5 | 176 | | 167,2 | 191,4 | 171,5 | 244,5 | 163,8 | 187,3 | 187,3 | 187,3 | 187,3 | 187,3 | |
| | Asiakasvaihuvuus | Ei pystytä todentamaan nykyohjelmistolla | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Kahden autettavat as. | 1 | | 1 | 1 | | | | 2 | 1 | 1 | | | 1 | 0 | 1 | 3 | 3 |
| | H:löstön poissaolot | 580 | | | | 437 | | | | | | | | | 412 | | | |
| | Korjatut | 658 | | | | 553 | | | | 684 | | | | | 1275 | | | |
| | Poissaolot/kalenteripv | 5,5 | | | | 4,6 | | | | 5,7 | | | | | 10,6 | | | |
| | Sijaisten käyttö/kpv | 1,9 | | | | 1,4 | | | | 2,8 | | | | | 3,7 | | | |
| Sijaisten käyttö/alue | 99 | 31 | 31 | 62 | 19 | | 39 | 114 | 331 | | | | | 80 | 80 | 162 | 122 | |
| Osatyökykyiset työnt. | | | | 1 | | | 1 | 2 | 1 | | 1 | 2 | | 1 | 1 | | | |

Mitoitukseen vaikuttavista tekijöistä muodostui yllä esitetty taulukko, jonka perusteella laskettiin kaikki muu tulomateriaali. Keltaisella pohjalla ovat korjatut sekä

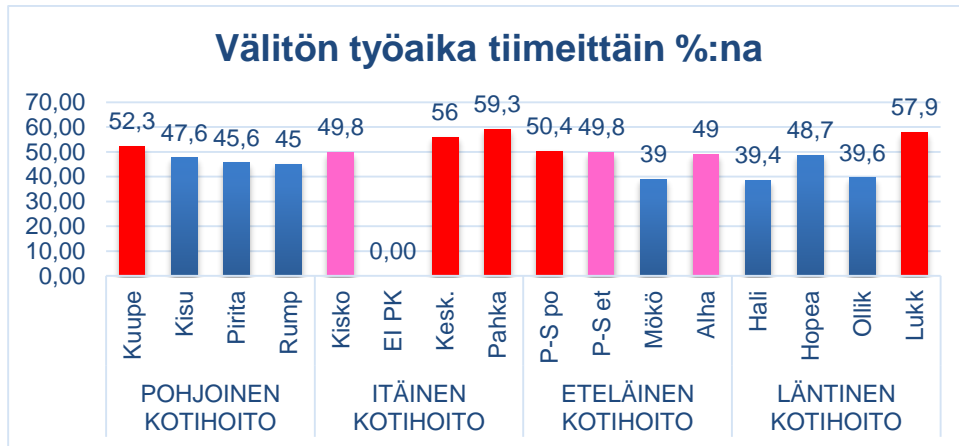
laskentaan tarvittavat lisätiedot. Näitä ovat tiedot työntekijöiden minimitarpeesta työvuorojen mukaan tiimeittäin (työntek.tarve kpl/kk) sekä korjatut poissaolot ja si-
jaisten käytön tiedot.

Salossa on asetettu välittömän työajan tavoitteeksi 50 % työajasta vuoroa kohden, joka toteutui vain itäisessä kotihoitossa. Keskiarvo koko kotihoitossa oli n. 47,4 %, vaihteluvälin ollessa läntisen kotihoiton reilusta 46 %:sta itäisen kotihoiton 55 %:iin alla olevan kuvion mukaisesti. Välittömän työajan osuus tukee ajatusta, että asiakkaat pystyttiin määrällisesti hoitamaan, mutta ei kerro vielä työvuorojen erilaisesta kuormituksesta tai henkilöstömitoituksen oikeellisuudesta.



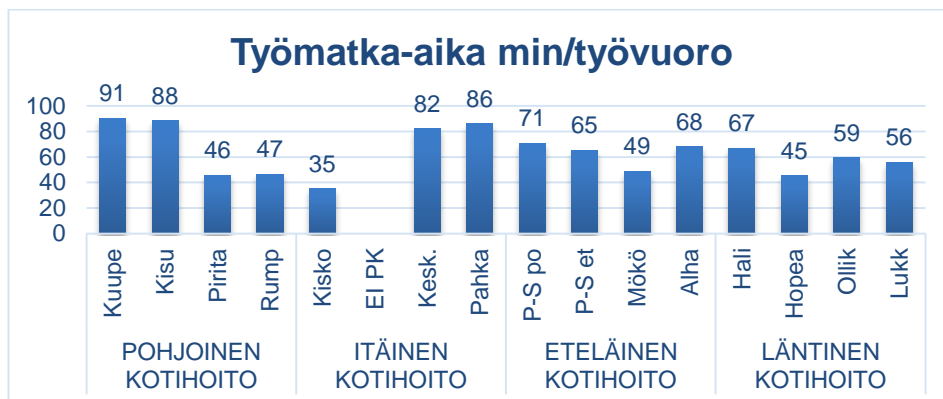
Kuvio 5. Välittömän työajan vertailu %:na/alue (© Vähäkangas 2014).

Tiimitasolla välitön työaika esitetään seuraavan sivun kuviossa 6. Vaihteluväli oli Mököisten tiimin (Mökö) 39 %:sta Pahkavuoren tiimin (Pahka) 59,3 %:iin. Asetetun 50%:n välittömän työajan tavoite toteutui viidessä tiimissä, joiden palkit on merkitty punaisiksi. Varsin lähellä tavoitetta olivat myös vaaleanpunaisella palkeilla merkityt tiimit, joissa välitön työaika toteutui yli 49 %:lla. Kuvio ei vielä kerro katsojalle kuka työn on tehnyt, koska asiakastyö kirjataan asiakkaan tiimin mukaan potilastietojärjestelmään. Tämä tarkoittaa sitä, että tekijä on voinut olla toisen tiimin työntekijä, joka on esimerkiksi auttanut kiireisempää tiimiä hoitamalla osan asiakkaista. Näissä tilanteissa työn tekijän tiimin välitön työaika saattoi olla pienempi koska työpanos käytettiin toisen tiimin hyväksi.



Kuvio 6. Välitön työaika tiimeittäin %:na (© Vähäkangas 2014).

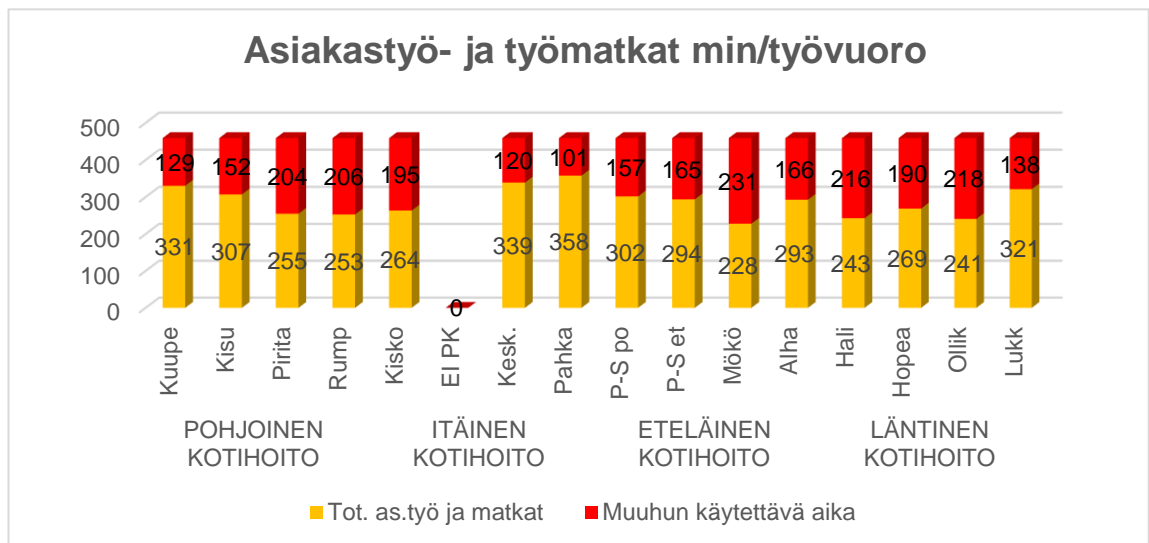
Asiakastyön ja työskentelyn vaatimiin matka-aikoihin kului keskimäärin koko Salossa 63,7 minuuttia per työvuoro. Vaihteluväli oli Kiskon tiimin 35 minuutista Kuusjoki-Perttelin (Kuupe) 91 minuuttiin työvuoroa kohden. Alla oleva kuvio havainnollistaa työmatka-aikoja tiimeittäin.



Kuvio 7. Työmatka-aika minuutteina/työvuoro (© Vähäkangas 2014).

Toteutuneeseen asiakastyöhön sekä työn vaatimiin matkoihin kului työvuorossa keskimäärin koko Salossa n. 287 minuuttia. Yhden työvuoron laskennallinen työaika on 459 minuuttia eli 7 tuntia ja 39 minuuttia. Tämän mukaan keskimäärin työvuorossa koko Salossa jää muihin välillisiin tehtäviin aikaa 172 minuuttia, lähes kolme tuntia työvuorosta. Tämä kolme tuntia pitää sisällään ns. välillisen työajan tehtävät eli koulutukset, hankeajat, kokoukset, sairastuneiden työntekijöiden töiden hoitamisen silloin kun sijaista ei ole palkattu.

Alla oleva kuvio esittää kyseistä asiaa tiimitasolla. Koko palkki kuvaa työvuoroa ja keltainen osuus työvuoroon käytettyä matka-aikaa sekä välitöntä asiakastyötä. Punainen väri kuvaa sitä aikaa, mikä jäi välillisiin tehtäviin. Työ- ja asiakasajan vaihteluväli oli Mököisen tiimin (Mökö) 228 minuutista Pahkavuoren tiimin (Pahka) 358 minuuttiin. Pahkavuoren tiimille jäi keskimäärin 101 minuuttia muihin tehtäviin kuin asiakastyöhön sekä työmatkoihin. Mököisten tiimillä vastaavasti aikaa oli käytettävissä 231 min.



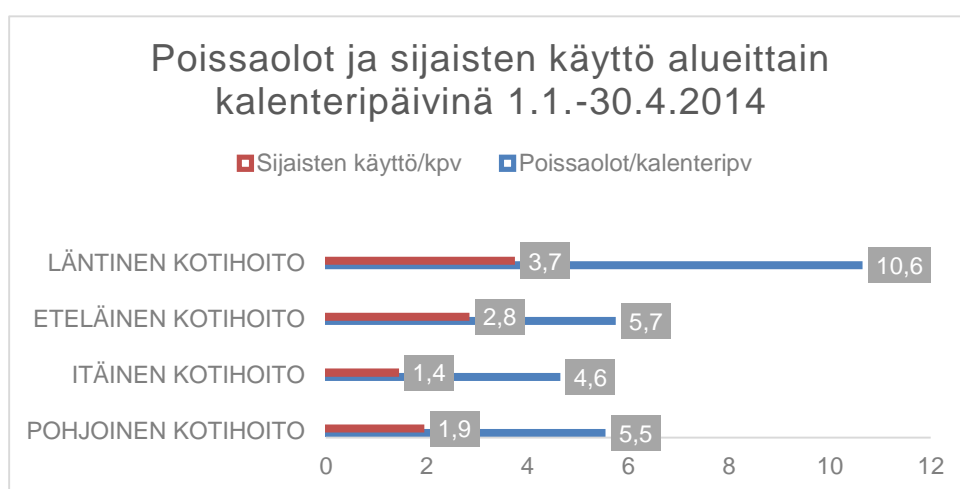
Kuvio 8. Asiakastyö ja työmatkat min/työvuoro (© Vähäkangas 2014).

Alla oleva kuvio esittää vielä edellä mainitun aluetason vertailuna. Vaihteluvälit olivat läntisen kotihoidon 269 minuutista itäisen kotihoidon 320 minuuttiin per työvuoro alueiden tiimien keskiarvojen vertailussa.



Kuvio 9. Alueiden välinen työ- ja matka-ajan vertailu (© Vähäkangas 2014).

Tiimin työntekijöiden poissaolot ja poissaoloihin käytetyt sijaispäivät erosivat huomattavasti alueittain. Poissaoloihin laskettiin kuuluvaksi kaikki sairaudesta johtuvat sekä tilapäisen hoitovapaan poissaolot. Tiimien työntekijöiden poissaolot kalenteripäivinä vaihtelivat itäisen kotihoidon 4,6 poissaolosta per päivä, läntisen kotihoidon 10,6 poissaoloon päivää kohden. Eteläisestä kotihoidosta puuttui joka kalenteripäivä 2,9 työntekijää, itäisestä kotihoidosta 3,2, pohjoisesta kotihoidosta 3,6 ja läntisestä kotihoidosta 6,9 työntekijää. Yhteensä koko kotihoidosta puuttui joka kalenteripäivä lähes 17 työntekijää, näistä 42 % läntisestä kotihoidosta. Kuvio 10 kuvaa em. suhteita.

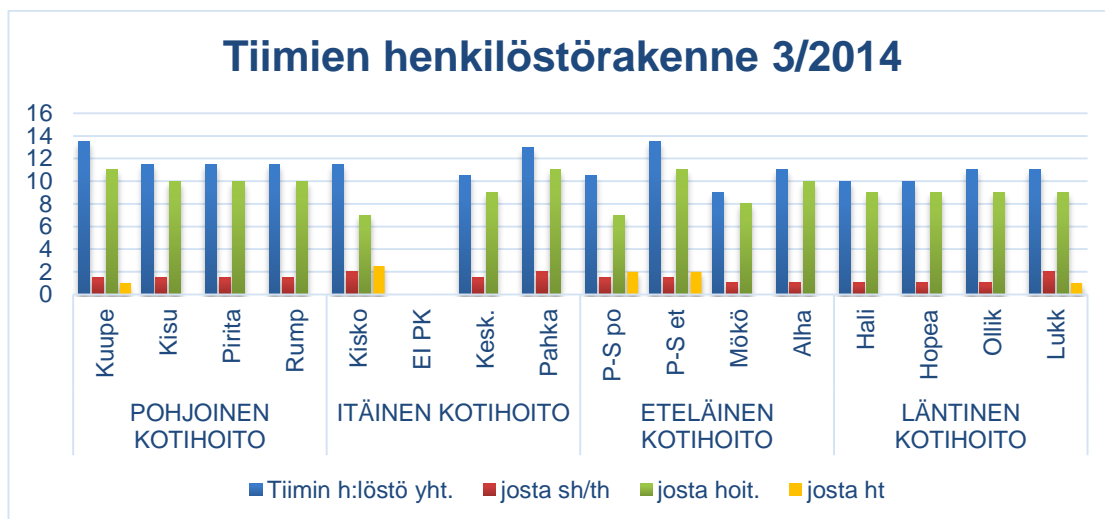


Kuvio 10. Poissaolot ja sijaisten käyttö alueittain (© Vähäkangas 2014).

Sijaisten saannissa tai käytössä oli myös alueittain eroja. Itäisessä kotihoidossa käytettiin sijaisia 1,4 sijaista päivää kohden, kun läntisessä kotihoidossa sijaisia oli keskimäärin 3,7 päivässä. Kaikki alueet käyttivät vähemmän sijaisia kuin oli todellisia poissaolopäiviä. Osa tästä selittyy sillä, että osa sairauspäivistä osui sellaisille päville, joissa työntekijälle oli suunniteltu vapaapäivä, jolloin sijaista ei tarvittu. Keskimäärin 2,6 poissaolopäivää kohden kotihoidossa oli sijaisia yksi (37 % poissaoloista oli sijainen).

Henkilöstön mahdollisuus tuottaa laadukkaita palveluja riippuu sekä henkilöstön määrästä että koulutustasosta. Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien määrä on tasainen koko kotihoidossa. Ne tiimi, joissa on hoivatyöntekijöitä, ovat koulutustasoltaan matalampia kuin muut tiimit. Koska kotihoidon myöntämisperusteet

ovat samat kaikille asiakkaille, ainakin uudet asiakkaat ovat eriarvoisessa asemassa palvelun laadun suhteen jos katsotaan vain tiimien koulutustasoa. Myös henkilöstön työnjakoon on koulutustasolla vaikutusta. Runsas hoivatyöntekijöiden määrä saattaa vaikuttaa heikentävästi tasaiseen työnjakoon ja kuormittaa tiimin perustason hoitajia. Hoivatyöntekijöitä oli kuudessa tiimissä koko kotihoitossa. Alla on kuvio tiimien henkilöstörakenteesta.

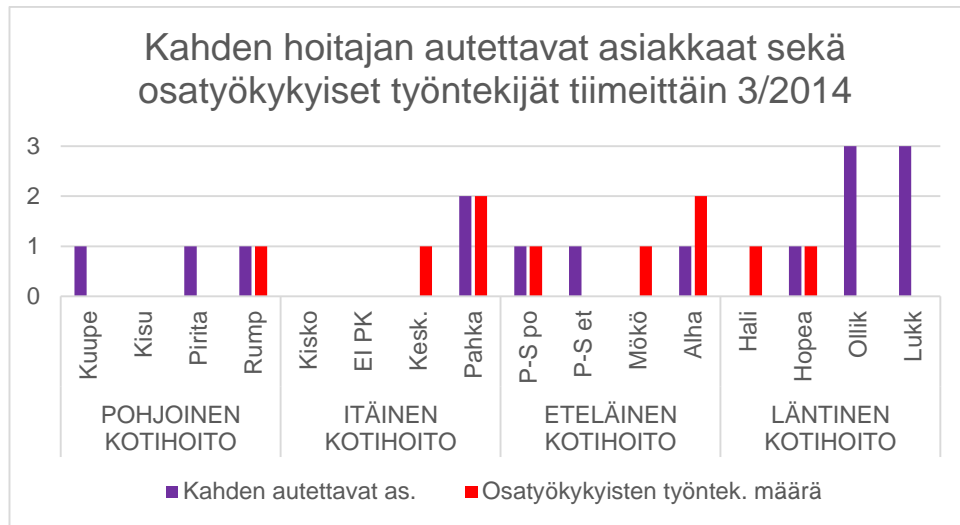


Kuvio 11. Tiimien henkilöstörakenne 3/2014 (© Vähäkangas 2014).

Tiimien työnjakoon tuo *lisähuomioita* mm. kahden autettavat asiakkaat sekä osatyökykyiset työntekijät. Kahden hoitajan avustamat asiakkaat luovat aikatauluhaasteita asiakaskäyntien suunnitteluun sekä toteuttamiseen ja osatyökykyiset työntekijät pystyvät hoitamaan vain terveytensä kannalta sellaisia työtehtäviä, joista ei ole heille haittaa.

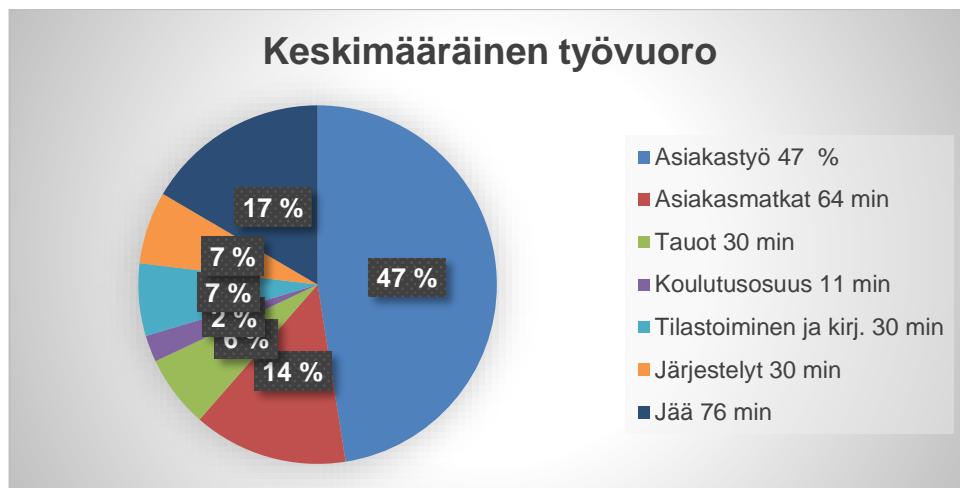
Jos lisähuomiot muutetaan kappalemääräksi sen mukaan kuinka paljon niitä ilmenee tiimeittäin, niin kaksi tiimeistä pystyi jakamaan työnsä ilman näiden lisätekijöiden huomioimista, Kisko ja Kiikala-Suomusjärvi (Kisu). Kahden autettavia asiakkaita oli maaliskuussa 10 tiimissä. Enimmillään Ollikkalan (Ollik) ja Lukkarin (Lukk) tiimeissä, molemmissa kolme. Osatyökykyisiä työntekijöitä oli kahdeksassa tiimissä. Enimmillään Pahkavuoren (Pahka) ja Alhaisten (Alha) tiimeissä, molemmissa kaksi. Alueittain lisähuomioita oli seuraavasti: Pohjoisessa kotihoitossa 4 kpl, itäisessä 5 kpl, eteläisessä 7 kpl ja läntisessä kotihoitossa 9 kpl.

Alla oleva kuvio esittää *lisähuomioiden* määrää tiimeittäin maaliskuussa.



Kuvio 12. Kahden hoitajan autettavat asiakkaat sekä osatyökykyiset työntekijät tiimeittäin 3/2014 (© Vähäkangas 2014).

Keskimääräin Salon kotihoidon työvuoro näytti alla olevan ympyrän näköiseltä. Asiakastyötä tehtiin 47 % työajasta. Matka-aikaan käytettiin keskimäärin 64 min. Tautot ovat lakisääteiset 30 min (ruoka- ja kahvitauko) työvuoroa kohti.



Kuvio 13. Keskimääräinen työvuoro Salon kotihoidossa (© Vähäkangas 2014).

Kirjaamiseen ja tilastoimiseen arvioin 30 minuuttia, samoin erilaisiin järjestelyihin. Laskennallista koulutusosuutta päivä kohti on 2,3 % ilman sijaista. Tiimien todelliset ympyrät näyttävät kuitenkin erilaisilta riippuen matka- ja asiakasajoista.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

7.1 Johtopäätökset

Salon kotihoidon henkilöstömitoitus on pienentynyt usealla työntekijällä maaliskuun 2014 jälkeen ja siksi tulokset sekä johtopäätökset eivät enää ole ajantasaisia. Kuukauden seuranta-aika on myös henkilöstösiirtojen näkökulmasta liian lyhyt seuranta-aika, joten tulokset olivat suuntaa-antavia. Tämän tyyppisen selvityksen perusteella voidaan kuitenkin tehdä johtopäätöksiä henkilöstömitoituksesta. Luotu Excel-taulukko toimii objektiivista tietoa antavana työvälineenä aluejohtajille, miksi se oli tarkoitettukin.

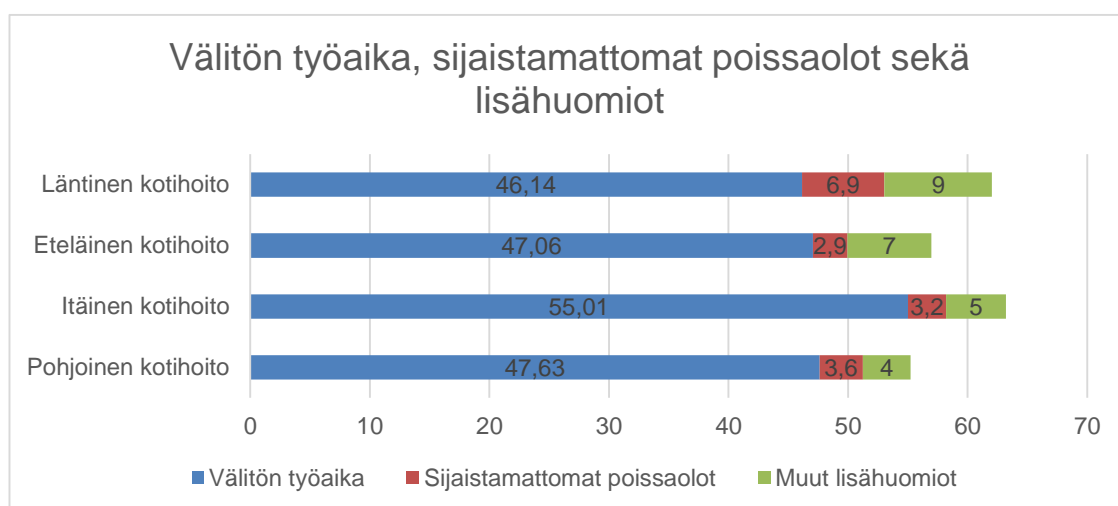
Salon kotihoidossa ei ole käytössä jonotusjärjestelmää palveluiden piiriin, joten yleisellä tasolla voidaan sanoa, että palvelut pystyttiin tuottamaan niitä tarvitseville asiakkaille. Välittömän työajan osuus jäi useassa tiimissä alle asetetun 50 %:n tavoitteen, mitä olisi syytä intensiivisemmin tavoitella. Läntisen kotihoidon keskimäärin 46,14 % välitön työaika nousee 50 %:iin, kun jokaisessa työvuorossa tehdään 18 minuuttia enemmän välitöntä asiakastyötä. Eteläisessä kotihoidossa pitäisi lisätä 14 minuuttia asiakastyötä työvuoroa kohden ja pohjoisessa kotihoidossa n. 12 minuuttia.

Välittömän asiakastyön tiedoista puuttuivat tilapäisen kotihoidon ja kotisairaanhoidon sekä tukipalveluiden asiakastyöntunnit, joita ei saatu raportointijärjestelmän vuoksi laskentaan mukaan. Ne olisivat kuitenkin hieman nostaneet välittömän työajan osuutta. Myös välittömän työajan kirjaamiskäytännöissä on vielä tarkennettavaa. Laatusuosituksen (2013, 45) mukaan välittömään työaikaan voidaan kirjata myös yhteydenpito asiakkaaseen teknisiä apuvälineitä hyväksi käyttäen. Tästä sovittiin tehtäväksi ohjeistus tiimeille, jotta tehty työ saadaan näkyviin.

Välittömän työajan pienuuteen löytyi myös muita selittäviä tekijöitä. Näitä olivat mm. runsaat sijaistamattomat poissaolot sekä tiimiin kohdistuvat *lisähuomiot*. Lisäksi työntekijä- ja asiakasvaihtuvuuden kuormitus saattaa vaikuttaa välittömään työaikaan, mutta näitä ei pystytty tässä työssä huomioimaan koska tietoja ei ollut saatavilla raportointijärjestelmien vuoksi. Lisäksi välittömän työajan osuuteen

saattoi vaikuttaa asiakaskäyntimäärät työvuorossa. Tulokokouksessa sivusimme oletusta, että mitä enemmän on asiakaskäyntejä, sitä enemmän tulee matka-aikaa ja käyntiaika supistuu. Tätä ei nyt tässä työssä vertailtu.

Alla oleva kuvio esittää välitöntä työaikaa, sijaistamattomia työvuoroja sekä tiimiin kohdistuvia lisähuomioita yhdessä palkissa alueittain. Lukijan on hyvä huomata, että välitön työaika on prosentteina ja muut tiedot kappaleina. Runsaat sijaistamattomat poissaolot sekä muut tekijät näyttivät alentavan välitöntä asiakasaikaa. Läntisessä sekä eteläisessä kotihoidossa oli enemmän näitä muita työn organisointiin vaikuttavia tekijöitä ja hienokseltaan vähemmän välitöntä työaikaa verrattuna itäiseen kotihoitoon. Pohjoisessa kotihoidossa oli vähemmän asiakasaikaa suhteutettuna itäiseen kotihoitoon sekä muihin työnjaollisiin haasteisiin.



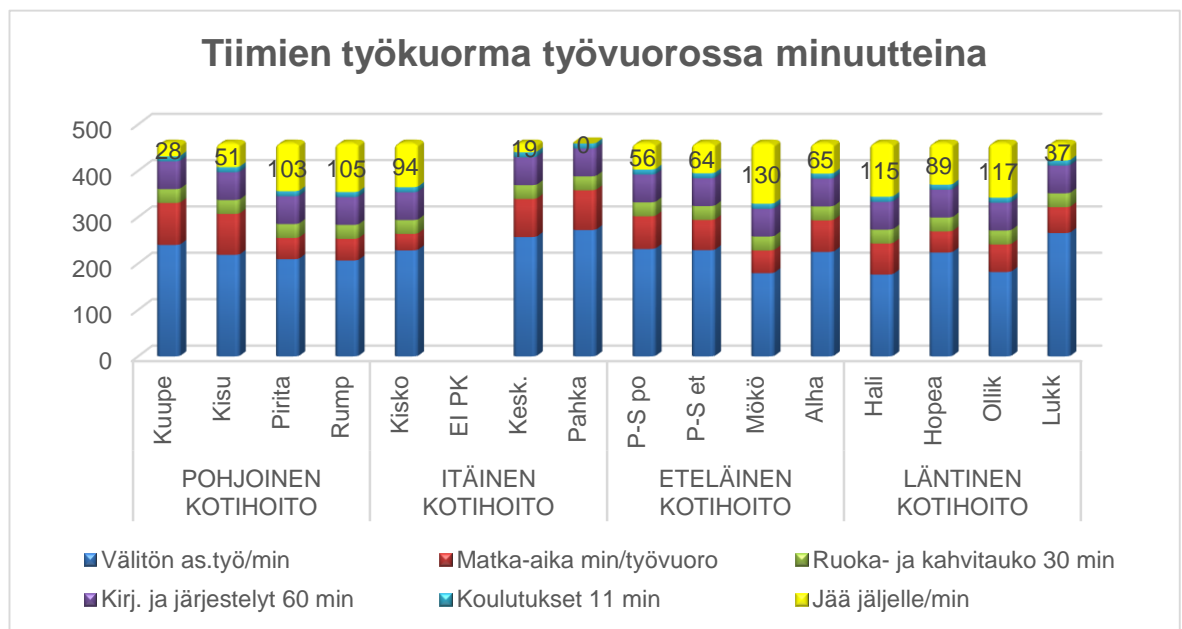
Kuvio 14. Välitön työaika, sijaistamattomat poissaolot sekä muut huomioitavat tekijät (© Vähäkangas 2014).

Koko kotihoidosta puuttui laskennallisesti yksi työntekijä jokaisesta tiimistä, jokaisena kalenteripäivänä eli 17 työntekijää joka päivä. Sairauspoissaoloissa oli kuitenkin suuria eroja alueiden välillä. Läntisen kotihoidon poissaolot olivat lähes kaksinkertaiset kaikkiin muihin kotihoidon alueisiin verrattuna. Tämä selittää yhdeltä osin välittömän työajan pienuuden läntisessä kotihoidossa ja taas päinvastoin itäisessä kotihoidossa. Poissaolot lisäävät työntekijöiden kiireen tuntua ja vaikuttavat työhyvinvointiin tilanteen pitkittyessä. Tässä on selkeä yhtymäkohta

Haapakorven ja Haapolan tutkimukseen (2008, 57–61). Yksi sijaistamaton työvuoro tarkoittaa vajaan neljän tunnin asiakastyön jakamista tiimien työssä oleville työntekijöille tai toisin päin katsottuna, vajaan neljän tunnin vajetta tehdä enemmän asiakastyötä työvuoroa kohden.

Poissaolotilanteissa sekä asiakastarpeen muutoksissa työntekijöiden liikkuvuus pitää mahdollistaa ensisijaisesti kotihoidon alueiden sisällä. Tässä työssä ovat yhteisvastuullisia tiiminvastaavat sekä aluejohtaja. Toissijaisesti pitää työntekijöiden liikkuvuus varmistaa kotihoidon alueiden välillä. Tästä vastuullisia ovat aluejohtajat. Työntekijöiden liikkuvuuden varmistaminen asiakas- tai muiden tarpeiden mukaisesti nousi esille laatusuosituksessa (2013, 43) sekä Johan Groopin väitöksessä (2012, 116–170).

Tiimien välillä ilmeni suuria eroja tarkasteltaessa keskimääräistä yhtä työvuoroa minutteina. Alla oleva kuvio esittää näitä eroja. Yksi palkki kuvaa välittömän työajan, matka-ajan, tauot, keskimääräisen laskennallisen koulutuksen sekä asiakastyön kirjaamisen minutteina yhdessä työvuorossa. Tiimeissä on lisäksi muita tehtäviä, joita tässä laskelmassa ei ole huomioitu.



Kuvio 15. Tiimien välisen työkuorman vertailu minutteina (© Vähäkangas 2014).

Keskimäärin tiimeissä jää muihin tehtäviin aikaa 72 minuuttia työvuorossa jokaista työntekijää kohden. Pahkavuoren (Pahka) sekä Keskustan (Kesk) tiimit olivat vertailussa erittäin tiukalla henkilöstömitoituksella. Erot eivät tasaannu edes itäisen kotihoidon tiimien välillä. Pahkavuoren tiimissä ei pystytty hoitamaan tiimin työtehtäviä työajan puitteissa. Myös Keskustan sekä Kuusjoki-Perttelin (Kuupe) tiimien muuhun työhön jäävä aika oli erittäin pieni. Läntisen kotihoidon osalta runsaat poissaolot todennäköisesti vaikuttivat tiimien välillisten tehtävien kasvamiin.

Alueiden välisessä vertailussa pohjoisessa kotihoidossa jäi keskiarvon verran aikaa muihin töihin. Läntinen sekä eteläinen kotihoito jäävät keskiarvosta suurin piirtein sen verran, mitä alueiden tiimeillä olisi varaa tehostaa välitöntä työaikaa saavuttaakseen 50 %:n tavoiteajan. Itäinen kotihoito on selkeästi tiukimmilla.

Laadullisesti asiakkaiden saamia palveluita voidaan arvioida vain työntekijöiden koulutusnäkökulmasta tiimeittäin. Kiskon sekä Perniö-Särkisalon pohjoisen tiimit ovat enemmän hoivatyöntekijä painotteisia kuin muut tiimit. Tämä saattaa kuormittaa tiimien perustason hoitajia työnjaossa varsinkin poissaolojen aikana sekä vaikuttaa hoitotyön osaamisen kautta asiakastyön laatuun.

Tiimien välinen yhteistyö alueiden sisällä sekä alueiden välillä pitäisi nostaa yleisesti keskusteltavaksi asiaksi ja työntekijöiden liikkuvuuden mahdollistamiseksi pitäisi luoda selkeä järjestelmä. Henkilöstömitoituksen arvioinnin tulisi perustua todennettavaan tietoon, eikä ”mutu” – tuntumaan. Tämä kehittämistyö toi objektiivisen työvälineen tarkastella henkilöstömitoitusta, mikä on jatkoon kannalta hyvä asia. Kehittämistyön perusteella ei kuitenkaan voi suositella henkilöstömitoituksen muutoksia tiimien välillä, koska tiimien henkilöstömäärissä on tapahtunut vähennyksiä maaliskuun jälkeen. Tiedot olisi hyvä päivittää niin, että seuranta-ajan tiedot muodostuvat useamman kuukauden ajalta.

7.2 Työn ja menetelmien arviointi

Kehittämistyön arviointi kohdistui kaikkeen tuotettuun materiaaliin koko kehittämistyön aikana. Tähän lasketaan kuuluvaksi kaikki tuotettu tieto sekä prosessi itsessään. Arviointi tuli tehdä, jotta pystyttiin todentamaan tavoitteiden saavuttaminen. (Toikko ja Rantanen 2009, 56–63.)

Kehittämistyölle asetetut kehittämistehtävät toteutuivat sekä tavoitteet saavutettiin. Selvityksiin oli otettu mukaan oikeita tekijöitä tarkasteltavaksi, joista oli mahdollista tehdä johtopäätöksiä. Kehittämistyön aihe lisäsi tietoisuutta mitoitukseen vaikuttavista tekijöistä sekä mitoituksen vaikutuksesta hoitotyön tasalaatuisuuteen ja työntekijöiden työhyvinvointiin. Kehittämistyölle löytyi myös luontevia jatkosuunnitelmia, jos niihin nousee kiinnostus Salon kotihoidossa tarttua. Olisi myös mielenkiintoista nähdä samalla tavalla toteutettu arviointi jostain muusta organisaatiosta.

Kehittämistyön tulokset olivat työn laajuus huomioiden käyttökelpoisia henkilöstömitoituksen arvioinnissa. Päivitetyillä tiedoilla tuloksia voidaan konkreettisesti hyödyntää tiimien välisessä vertailussa (Toikko & Rantasen 2009,125). Tuloksista saadaan kuitenkin vielä konkreettisemmat kun mitoitusta arvioidaan myös kriittisten työvuorojen sekä asiakaskäyntien näkökulmista. Henkilöstömitoituksen arviointi oli kattava jo ensimmäisellä toteutuksella, vaikka sitä on mahdollista laajentaa muun muassa em. tekijöiden osalta. Manuaalinen taulukko ei kuitenkaan koskaan korvaa reaaliaikaisesti muutoksia huomioivia toiminnanohjausjärjestelmiä, eikä niin ole tarkoituskaan.

Kehittämistyössä olisi voinut pitää elokuussa arviointikokouksen siihen mennessä saaduista tiedoista. Aluejohtajat olisivat voineet varmistaa ilmoittamiensa tietojen oikeellisuuden ja tulososion työstäminen olisi valmistunut yhdellä kerralla oikeilla tiedoilla. He olisivat myös kesätauon jälkeen päässeet osallistumaan työhön intensiivisemmin. Muuten käytetyt kehittämisen menetelmät olivat toimivat ja tarkoituksenmukaiset.

Tiedonhankinnan menetelmät olivat myös toimivat. Tiedonhankinnan organisointi olisi ollut luotettavampi jos yksi henkilö olisi kerännyt kaikki henkilöstä koskevat tiedot. Matka-ajanseuranta pitäisi tehdä uudestaan ja numeroida lomakkeet, jotta vastaamattomien henkilöiden osuutta pystyisi arvioimaan. Nyt epäilyksenä oli, että joidenkin tiimien matka-aika ei ollut todellinen lomakkeiden palautumattomuuden vuoksi. Matka-ajanseuranta olisi järkevä tehdä Webropol –ohjelman avulla, jotta mahdolliset laskuvirheet sekä lomakkeiden tulkintavaikeudet minimoituvat. Osa matka-ajanseurannan työvuorojen ajoista piti jättää huomioimatta koska käsialasta ei saanut selvää.

Kehittämistyötä sekä -prosessia arvioivat myös kotihoidon aluejohtajat sekä vanhuspalveluiden päällikkö (Liite 4). Kotihoidon aluejohtajat olivat kriittisiä työn tulosten suhteen. He antoivat palautetta, että tulokset eivät olleet tarpeeksi raflaavia, viisastenkiveä mitoituksen arvioimiseen ei löytynyt, prosessi oli liian pitkä maaliskuusta syksyyn ja osallistuminen työhön oli vähäistä. Varsinaisesti kukaan ei prosessin aikana esittänyt mitään toiveita eikä kritiikkiä pidetyissä kokouksissa. Kehittämistyö sai myös kiitosta; siinä oli paljon asiaa ja monipuolisesti tarkasteltuna, herätti ajatuksia ja kohdistui toimeksiantoon.

Kehittämistyö oli eettisesti helposti toteutettava koska selvitysten aineisto oli kattava eikä yksittäiset henkilöt tulleet näkyviin. Työn tulosten esittämisen osalta oli ilmassa jännitystä; miten tulokset vaikuttavat omien tiimien henkilöstömitoitukseen. Myös puolustuspuheenvuoroja omien tiimien puolesta käytettiin 7.11.2014 pidetyssä kehittämistyön esittelytilaisuudessa tiiminvastaaville.

Pyrin olemaan varovainen tulosten ja johtopäätösten esittämisessä, että en tee virheellisiä johtopäätöksiä. Osittain tähän vaikutti työtehtäväni kotihoidon aluejohtajana Salon kotihoidossa. Kehittämistyön toteutin opiskelijan roolissa opintovapaan aikana. Halusin tarkastella alueita objektiivisesti, joten en ollut yhteydessä työkavereihin muuten kuin kehittämistyön tiimoilta. Harkintaa käytin poissaolotietojen oikeellisuuden varmistamisen osalta, mikä olikin aiheellista. Muuten pyrin asettumaan ulkopuolisen henkilön rooliin. Selvitysten tiedot käsiteltiin huolellisesti ja ne hävitetään salassa pidettävien papereiden mukana.

Ammatillisen kasvun välineenä kehittämistyön toteuttaminen oli monitasoinen prosessi (Vilkkä & Airaksinen 2003, 17). Ymmärrys henkilöstömitoituksen kokonaisuudesta laajeni ulkomaisten mitoitus- sekä työhyvinvointitutkimusten kautta. Aluejohtajien kokonaisnäkemysten löytymisen merkitys vahvistui prosessin aikana. Oman kotihoitoalueen johtamisen rinnalla pitää nähdä kokonaiskuva kotihoidosta ja toimia yhteistyössä yhteisen hyvän saavuttamiseksi. Mielenkiintoista oli myös havaita kotihoitoon tehtyjen tutkimusten vähäisyys sosiaali- ja terveysalalla. Kaupallisen alan opiskelijat olivat enemmän keskittyneet kotihoitoon tuotavuuden näkökulmasta. Tämä aihe on aina minua kiinnostanut, kuten myös tuoteistaminen, joten sain lisäintoa jatko-opiskeluihin sekä oman ammattitaidon vahvistamiseen.

7.3 Suositukset jatkotoimintaan

Johtopäätökset luvun mukaan suosittelen henkilöstömitoitusarvioinnin jatkamista ainakin kerran vuodessa säännöllisesti, kunnes henkilöstön työnjako tapahtuu esim. toiminnanohjausjärjestelmän avulla. Tietojen kerääminen jatkoarviointiin olisi ihanteellista tehdä useamman toteutuneen kalenterikuukauden mukaisesti. Arvioinnin tuloksia olisi hyvä käydä arviointien jälkeen koko kotihoidon henkilöstön kanssa läpi, jotta toiminnasta tulee läpinäkyvää.

Välittömän työajan tarkastelua pitäisi jatkaa kriittisten työvuorojen näkökulmasta ja arvioida onko työkuorma tasainen tiimien välillä. Arkiaamuvuorojen välitön työaika on keskimäärin pienempi kuin ilta- ja viikonloppuvuorojen koska näihin ei kohdistu koulutus, kokous tai hankkeisiin varattavia aikoja. Myös näitä vuoroja olisi hyvä tarkastella tiimitasolla. Tein tähän avuksi seuraavalla sivulla esitetyn Excel-taulukon, jota on mahdollista hyödyntää jatkossa.

Taulukko on esimerkki viikonloppuaamujen tarkastelusta neljän viikonlopun sykleissä. Sitä voidaan käyttää myös ilta- tai arkiaamujenvuorojen tarkasteluun. Taulukkoon on arvioitu minuutteina yleisiin tehtäviin kuluvia aikoja, jotka kannattaa vielä yhdessä arvioida uudestaan. Laskentaan on poimittu matka-ajanseurannasta todelliset tiimien matka-ajat. Excel-taulukko laskee vertailukelpoisen tiedon

alueen tiimien välillä. Taulukon avulla mahdollistuu myös tulevien työvuorojen enustaminen syöttämällä arvioidut asiakasajat taulukkoon.

| LÄNTISEN KOTIHOIDON MITOITUSLASKELMA | | | Viikonloppuaamut | | Ajalla XXX | | | |
|---|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|-------------|
| Yleiset työt | aika/min | aika/t | | | | | | |
| Ruoka | 20 | | | | | | | |
| Kahvi | 10 | | | | | | | |
| Raportti | 15 | | | | | | | |
| Järjestelyt | 30 | | | | | | | |
| Tilast.& kirj. | 30 | | | | | | | |
| yht. | 105 | 1,75 t | | | | | | |
| Työvuoron pituus on 465 min (7t 45 min) | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | La + su | La + su | La + su | La + su | | |
| Lista | Yleiset/min | Matkat/min | As.työ/vkl | As.työ/vkl | As.työ/vkl | As.työ/vkl | ka./min | 465 |
| Lukka1 | 105 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 465 |
| Lukka2 | 105 | 44 | | | | | 0 | 465 |
| Olli1 | 105 | 88 | | | | | 0 | 465 |
| Olli2 | 105 | 85 | | | | | 0 | 465 |
| Halik 8 | 105 | 93 | | | | | 0 | 465 |
| Halik 9 | 105 | 68 | | | | | 0 | 465 |
| Hop 9 | 105 | 84 | | | | | 0 | 465 |
| Hop 10 | 105 | 45 | | | | | 0 | 465 |
| Yhteinen1 | 105 | 82 | | | | | 0 | 465 |
| | | | | | | | Aikaa jää | 4650 |
| | | | | | | | min | |

Kuvio 16. Kriittisten työvuorojen tarkasteluun luotu Excel-taulukko (© Vähäkangas 2014).

Tiimien ns. välilliset työtehtävät pitäisi kartoittaa ja laskea niille aika. Näin voisi arvioida kuinka paljon tiimitasolla pystytään tehostamaan välitöntä asiakastyötä ja missä kulkee se raja, koska työtehtäviä ei enää pystytä hoitamaan työajan puitteissa. Tämä on tehtävänä haasteellinen, mutta toisi näkyviin konkreettisesti tiimien mahdollisuuden kasvattaa välitöntä työaika. Lisäksi muiden tiimien töiden kartoittaminen nostaisi esille tehdäänkö kotihoidossa ylipäätä oikeita töitä kotihoidon näkökulmasta vai onko työhön sisällytetty tehtäviä, jotka eivät oleellisesti kuulu hoitajan työhön. Kaikkia työtehtäviä ei koskaan pystytä laskemaan.

Henkilöstömitoitus taulukkoon pitäisi lisätä asiakaskäyntimäärät ja vertailla välittömän työajan sekä asiakaskäyntien välistä yhteyttä. Tällä vertailulla pystyisi päättelemään välittömän työajan sekä asiakaskäyntimäärien välisen suhteen.

Hyvinvointitutkimuksiin nojaten olisi hyvä jatkaa keskustelua osatyökykyisten työntekijöiden "tasaamisesta" tiimien välillä, jotta tiimien työnjaollinen kuorma saadaan tasattu. Samasta syytä pitäisi kehittää henkilöstön yhteiskäyttöä ja luoda yli alueiden menevä "sijaispankki" tai varahoitajajärjestelmä, jolla tiukkoja

päiviä voidaan yksittäisissä tiimeissä tasata. Tämän tyyppinen toimintamalli nousee esille jo laatusuosituksestakin (2013, 43). Myös Johan Groop otti kantaa henkilöstön liikkuvuuden varmistamiseen. Hoitajien joustava käyttö alueiden välillä kysynnän mukaan tasaa hoitajien kuormaa sekä mahdollistaisi tasavertaiset palvelut asiakkaalle asuinpaikasta riippumatta. (Groop 2012, 116–170.)

Matka-ajan seuranta olisi hyvä tehdä uudestaan. Toteutukseen suosittelen Webropol –ohjelmaa, mikä Salossakin on käytössä. Ohjelman seurantatiedot voidaan rakentaa niin, että tiedot saadaan suoraan tiimikohtaisesti ja mahdollisesti myös työvuorokohtaisesti. Näin välttyttäisiin kirjoitusasun tulkinnalta sekä käsin tehtyjen laskemien virheiltä. Seuranta-ajaksi suosittelen 1–2 viikkoa, jotta yksittäisten päivien vaihtelut tasaantuvat.

Salon kotihoidossa käytettyjen ohjelmien päivitysten tai muutosten yhteydessä olisi hyvä tarkentaa ohjelmien raportointiominaisuuksia sellaisiksi, että niistä saadaan kattavasti tietoja. Eräinä kehittämisen kohteina voisivat olla henkilöstö- ja asiakasvaihtuvuuden todentamiseen liittyvät raportointiominaisuudet.

LÄHTEET

- Aarva, K. 2009. Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Aittola, L. 2010. Toimintolaskenta ja työajankäytön seuranta kotihoidossa. Case Vantaan kaupunki. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu. Viitattu: 7.4.2014. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/7861/Aittola_Laura.pdf?sequence=1
- Alkula, T.; Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1999. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Porvoo: WSOY.
- Clarke, P. S.; Sloane, D. M. & Aiken, L. H. 2002. Effects of Hospital Staffing and Organizational Climate on Needlestick Injuries to Nurses. American journal of public health. Vol. 92, No 7, 1115-1119. Viitattu 23.9.2014 <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.92.7.1115>
- Engström, Y.; Niemelä, A-L.; Nummijoki, J. & Nyman, J. 2009 (toim.). Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Juva: PS-kustannus.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Groop, J. 2012. Theory of constraints in field service. Factors limiting productivity in home care operations. Viitattu 10.3.2014 <https://aaltodoc.aalto.fi/handle/123456789/4427>
- Haapakorpi, A. & Haapola, I. 2008. Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla – esimerkkinä vanhusten kotihoito. Helsinki: Edita.
- Heinola, R. & Luoma, M-L 2007. Toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa Heinola, R. 2007 (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Vaajakoski: Gummerus.
- Hyppänen, R. 2013. Esimiesosaaminen. Liiketoiminnan menestystekijä. Porvoo: Edita.
- Idänpää-Heikkilä, U.; Outinen, M.; Nordblad, A.; Päivärinta, E. & Mäkelä, M. 2000. Laatuksiteerit – Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. Aiheita monistesarja 20/2000. Viitattu 23.9.2014 <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75158/Aiheita20-2000.pdf?sequence=1>
- Ikonen, E-R. 2013. Kehittyvä kotihoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Ikonen, E-R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.
- Jokinen, R. 2013. Onni osallistua – kehittämistyö Turun kaupungin hyvinvointikeskusten järjestämisestä ikäihmisten osallistavista toiminnoista. Opinnäytetyö. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Juuti, P. & Vuorela A. 2006. Johtaminen ja työyhteisön hyvinvointi. 3. painos. Juva: PS-kustannus.
- Jyväskylän yliopisto 2014. Koppa kurssi- ja oppimateriaalit. Viitattu 22.10.2014 <https://koppa.jyu.fi/> -> määrällinen analyysi
- Kiviharju-Rissanen, U. 2006. Kotihoidon kehittäminen. Oppiva ja jaksava kotihoitotiimi. Teoksessa Miettinen, M. 2006 (päätoim.). Inhimillisten voimavarojen johtaminen. Hoitotyön vuosikirja 2006. Helsinki: Sairaanhoidtajaliitto, 87–102.
- Kehusmaa, K. 2011. Työhyvinvointi kilpailuetuna. Helsinki: Helsingin kauppakamari.
- Klavus, J. 2005 (toim.). Terveystaloustiede 2005. Aiheita 3/2005. Helsinki: Stakes Terveystaloustieteen seura ry.

KvaliMOTV 2014. Menetelmäopetus -> tutkimusasetelma. Viitattu 28.9.2014
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/tutkimus/asetelma.html>

Laaksonen, H.; Niskanen, J.; Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980.

Lähde, A. 2014. Metoditentin tenttimateriaali. Viitattu 15.10.2014

Martinez, S. 2010. Henkilöstön mitoittamisen menetelmät – case Vantaan kotihoito. Opinnäytetyö. Viitattu 22.1.2014 http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/12585/martinez_su-sana.pdf?sequence=1

Nakari, R. & Sjöblom, S. 2009. Toimiva kunnallinen palveluorganisaatio. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Otala, L. & Ahonen, G. 2005. Työhyvinvointi tuloksen tekijänä. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro.

Paasivaara, L. 2007. Kotihoidon johtaminen. Teoksessa Heinola, R. (toim.). Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Stakes.

Pekkola, S.; Linna, P.; Melkas, H.; Rantanen, H.; Ukko, J. & Annala, U. 2008. Päijät-Hämeen tuottavuusohjelma. Tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden asialla. Päijät-Hämeen palvelurakennuudistus –projekti. Päijät-Hämeenliitto A173*2008. Viitattu 11.3.2014 http://www.paijat-hame.fi/easydata/customers/paijathame/files/paketti/julkaisut/maakunnan_tuottavuusohjelma.pdf

Perustuslaki 11.6.1999/731.

Rantanen, H & Holari, J. 1999. Yrityksen suorituskyvyn analysointi. Raportti. Viitattu 10.3.2014
 file:///C:/Users/Timanttiporaus%20Salmi/Downloads/raportti_112%20(3).pdf

Royal Collage of Nursing 2010. Guidance of safe nurse staffing levels in the UK. Viitattu 22.9.2014
http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0005/353237/003860.pdf

Ruontimo, T. 2012. Henkilöstömitoituksen hallittu tulevaisuus. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt lukujen takana. Tehyn julkaisusarja 2/12 B selvityksiä. Viitattu 27.4.2014
<http://www.slideshare.net/Tehy/henkilstmitoituksen-hallittu-tulevaisuus-13995637>

Sairaanhoitajaliitto 2014. Viitattu 15.9.2014 <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi> -> näkökulmia työhyvinvointiin.

Salin, S; Stenberg, P. & Aalto, P. 2010. Akuutisairaalan hoitotyön henkilöstöhallinnassa käytetyt tunnusluvut: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede 4/2011, 258–272.

Salon kaupunki 2012. Viitattu 10.3.2014 <http://www.salo.fi> -> Salo tietoa.

Salon kaupunki 2013. Sosiaali- ja terveystalouden päätös § 197 18.12.2013. Viitattu 16.9.2014 www.salo.fi -> päätöksenteko ja talous -> pöytäkirjat

Salon kaupunki 2014a. Käyttötaloussuunnitelma. Sosiaali- ja terveystalouden päätös § 4 29.1.2014. Viitattu 23.10.2014 www.salo.fi > päätöksenteko ja talous -> pöytäkirjat

Salon kaupunki 2014b. Palvelukuvaukset. Viitattu 25.8.2014 www.salo.fi -> intranet -> kotihoidon perehdytysmateriaali

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Sanastokeskus 2014. Viitattu 23.9.2014 <http://www.tsk.fi/cgi-bin/net-mot.exe?UI=figr&height=162&qfind=laatu>

Sinokki, M. & Virtanen, P. 2014. Hyvinvointia työstä. Työhyvinvoinnin kehittyminen, perusta ja käytännöt. Helsinki: Tietosanoma.

Solante, T. 2011. Kansallisten suorituskykyjen suunnittelu ja kehittäminen monikansallisen yhteistyön avulla. Tutkielma. Maasotalinjan esiapseerikurssi. Maanpuolustuskorkeakoulu. Viitattu 11.3.2014 http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/74389/E4137_SolanteTA_EUK63.pdf?sequence=1

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Teoksessa Sarvimäki, P & Siltaniemi, A. (toim.) Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtävärakennesuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:14.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Viitattu 10.3.2014 <http://www.stm.fi> -> ikäihmiset

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.

Suominen, T. & Henriksson, L. 2008. Työnjako vanhusten kotihoidossa. Yhteiskuntapolitiikka 73 (2008):6, 625–636.

Sosiaali- ja terveysministeriö sekä kuntaliitto 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Viitattu 24.2.2014 http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1860580

Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry 2014. Henkilöstömitoitukset. Viitattu 25.3.2014 <http://www.superliitto.fi/tyoelamassa/henkilostomitoitukset/>

Sydänmaalakka, P. 2012. Älykäs organisaatio. 8. painos. Vantaa: Talentum.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

THL 2014. Tilasto- ja Indikaattoripankki SOTKANet 205- 2013. Viitattu 27.10.2014 <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>

Toikko T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos. Tampere: Tampere University Press. TUP

Törmä, A-M. 2009. Tuottavuus terveydenhuollon organisaatioissa – johtamisen näkökulma. Pro Gradu –tutkielma. Terveystieteiden laitos. Oulu: Oulun yliopisto.

U.S. Department of Health and Human Services 2004. Raportissa Hospital Nurse Staffing and Quality of Care. Viitattu 23.9.2013 <http://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/services/nursestaffing/nursestaff.pdf>

Valtiovarainministeriö 2014. Henkilöstösuunnittelu. Viitattu 10.3.2014 http://www.vm.fi/vm/fi/12_Valtio_tyonantajana/15_Henkilostovoimavarojen_johtaminen/00_Henkilostosuunnittelu/index.jsp

Valvira 2014. Viitattu 8.10.2014 www.valvira.fi -> ammattioikeudet

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Wrede, S & Henriksson, L. 2004. Kahden kerroksen väkeä: kotihoidon ammatillinen uusjako. Teoksessa Henriksson, L. & Wrede, S. (toim.). Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus, 210–234.

Vähäkangas, M. 2013. Kvalitatiiviset tutkimusmenetelmät kurssin teemahaastattelu –tehtävä. Julkaisematon lähde.

Kehittämistyön muistio 19.3.2014

MUISTIO 19.3.2014

Paikka Salon kaupungintalo, kokoushuone Pyökki
Aika 19.3.2014 klo. 9.30-10.45
Läsnä Hannele Lyytinen, Salla Lindegren ja Marjo Vähäkangas siht.

ASIAT

1. Marjo esitteli alustavaa materiaalia ja ajatuksia opinnäytetyöhönsä liittyen:
 - a. Tulevan aluejohtajakokouksen PP-esitystä
 - b. Mitoitukseen vaikuttavien tekijöiden koostetta
 - c. Mitoitukseen suunnitellut Excel –lomakkeen ensimmäistä versiota
2. Aluejohtajakokouksessa 26.3.2014 klo 8.30-10.00 käydään aihetta läpi samalla tavalla kuin tässä alustavassa kokouksessa. Muutamia sovittuja korjauksia ja tarkennuksia tehdään:
 - a. Mitoitukseen vaikuttavien tekijöiden listan täydennys
 - b. Excel –lomakkeen täsmennykset: HPS –tunnit erotellaan aamu- ja iltavuorojen osalta erikseen, sijaistenkäytön seurannalla korvataan työntekijöiden vaihtuvuus, jolle ei löydy kunnollista mittaria
 - c. Seurantatiedot muutetaan kk-tasolle alustavan suunnitelman mukaan. Seurantakuukaudet ovat maaliskuu ja marraskuu vuosittain.
3. Välittömän työajan avaaminen ohjeeksi
 - a. Laatusuosituksesta nousee sellaisia tekijöitä, joita ei ole laskettu välittömään työaikaan kuten puhelut tms. teknisen apuvälineen avustuksella tehdyt yhteydenpidot asiakkaaseen
 - b. Henkilöstö voisi itse tuoda omia näkemyksiään esille.
 - c. Hannele Lyytinen selvittää naapurikunnista mitä välittömään työaikaan
4. Marjo selvittää toimistosihteeriltä saadaanko asiakkaiden HPS- tunnit potilastietojärjestelmästä yksinkertaisemmin kuin käsin laskemalla.
5. Työajanseuranta voidaan muuttaa matka-ajan seurannaksi koska muita tietoja ei tässä vaiheessa tarvita. Marjo pyytää tiimin vastaavalta aiemmin käytettyä lomaketta.
6. Asiakas- ja henkilöstövaihtuvuuden mittarit ovat haasteellisia.
 - a. Marjo selvittää pystyykö toimistosihteerin tulostamaan esim. tiedot tehdyistä HPS:sta
 - tms. tilastoa, josta asiaa voisi todentaa.
 - b. Henkilöstövaihtuvuuden mittari korvataan tiimitasoisella sijaistenkäytön seurannalla. Marjo tekee koosteen ja muuntaa sen kk-tasolle.
7. Allekirjoitettiin opinnäytetyön sopimukset.

Kehittämistyön muistio 26.3.2014

MUISTIO 26.3.2014

Paikka Salon kaupungintalo, kokoushuone Mänty
 Aika 26.3.2014 klo. 8.30-10.30
 Läsnä Hannele Lyytinen, Kirsi Kauhala, Tapio Lahti, Niina Jantunen
 ja Marjo Vähäkangas siht.

ASIAT

1. Marjo esitteli alustavaa materiaalia ja ajatuksia opinnäytetyöhönsä liittyen:
 - a. PP-esitys taustoista sekä keskusteltavista ja sovittavista asioista
 - b. Mitoitukseen vaikuttavien tekijöiden koostetta
 - c. Mitoitukseen suunnitellun Excel –lomakkeen toista versiota
 - d. Opinnäytetyön tarkoitus:

→ Kotihoidon hoitajamitoituksen kartoittaminen ja mahdollinen uudelleen kohdentaminen kartoituksen jälkeen. Painopiste kartoituksessa on välittömän asiakastyön ja matka-ajan lisäksi siinä arvioinnissa, jossa huomioidaan tiimiläisten tasavertainen mahdollisuus tehdä työtä esim. sairauspoissaolojen runsauden vuoksi.

2. Keskusteltiin aiheesta ja sovittiin Excel –taulukon kerättäväksi seuraavia tietoja **maaliskuun 2014** mukaan sekä tietojen keräämisestä vastaavat henkilöt:
 - a. Suunnitellut asiakastunnit (vaikka eivät sisällä tilapäistä hoitoa eikä tukipalveluja). Näitä tunteja ei pysty myöskään erittelemään aamuun ja iltaan Effican takia. **Kirsi Kauhala** selvittää toimistosihteerin aikataulun sekä mahdollisuuden asiakastuntien keräämiseen tiimeittäin.
 - b. Tiimien henkilöstömäärä koulutuksittain / aluejohtajat
 - c. Arki- ja viikonloppuaamujen sekä iltojen listamäärät, kahden autettavat asiakkaat, todelliset päivät, jolloin tiimissä on työskennellyt sijaisia, *henkilöstön todelliset poissaolot tammi-huhtikuu 2014 ajalta.* / aluejohtajat
 - d. Osatyökykyisten työntekijöiden määrä, jolla tarkoitetaan niitä henkilöitä, joilla on sovittu rajoite esim. ei voi tehdä iltavuoroja tai nostoja. / aluejohtajat
 - e. Asiakasvaihtuvuudenmittari jäi tässä vaiheessa auki. **Tapio Lahti** selvittää Efficasta jos em. tietoa saisi jotenkin näkyviin.
 - f. Matka-ajan seuranta 2 viikkoa 7.4.2014 alkaen henkilötasolla/ tiiminvastaavat, Marjo informoi ja valmistelee lomakkeen.
 - g. Seurantatiedot muutetaan kk-tasolle alustavan suunnitelman mukaan. /Marjo
 - h. Seurantakuukaudet ovat maaliskuu ja marraskuu vuosittain.
 - i. Marjo tekee koosteet saamiensa tietoja pohjalta.
 - j. **Tiedot toimitetaan Marjolle 15.5.2014 mennessä!**
3. Sovittiin, että tässä vaiheessa **ei huomioida**
 - a. Asiakas- ja käyntimääriä
 - b. Niitä asiakkaita, joita emme pysty hoitamaan ainakaan tässä vaiheessa
 - c. Tiimien TV, SH, TH kaikista muista paitsi HPS -tunneista, joista heitä ei pysty erottelemaan
 - d. Arviota koulutuksista ja palavereista
4. Henkilöstömitoituksen arviointi
 - a. Tapahtuu pääasiassa vertaamalla päivätasolle suhteutettuja välittömän asiakastyön tunteja sekä todellista matka-aikaa/työntekijä muihin kerättäviin tietoihin.

- b. Tiedostetaan, että arviointi on karkeaa ja ettei kaikkia tietoja saada tilastoista riippuen täysin vertailtavaan muotoon esim. sairaanhoitajien tunnit sisältyvät tiimien suunniteltuihin asiakastyöntunteihin.
5. Henkilöstön informointi
- a. Sovittiin, että Marjo informoi opinnäytetyöstä sekä matka-ajanseurannasta tiiminvastaavien sekä tiimien sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia. Marjo valmistee sähköpostin, jonka toimittaa kommentoitavaksi kokoukseen osallistuneille henkilöille.
6. Siirtyvät asiat:
- a. Välittömän työajan avaaminen ohjeeksi
 - i. Laatusuosituksesta nousee sellaisia tekijöitä, joita ei ole laskettu välittömään työaikaan kuten puhelut tms. teknisen apuvälineen avustuksella tehdyt yhteydenpidot asiakkaaseen
 - ii. Hannele Lyytinen selvittää naapurikunnista mitä välittömään työaikaan huomioidaan muualla ja ehdotti, että henkilöstö voisi itsekkin osallistua aiheen avaamiseen.

Saatekirje matka-ajan seurantaan 26.3.2014

HEI!

Teen opinnäytetyötä aiheesta "Salon kotihoidon hoitajamitoituksen arviointi". Mitoituksessa tarkasteltavia seikkoja ovat tiimitasolla mm. HPS tunnit, matka-aika, kahden autettavien asiakkaiden lkm, henkilöstön poissaolot sekä osatyökykyisten työntekijöiden määrä. Näistä on tarkoitus muodostaa koontitaulukko, jonka avulla arvioidaan tiimien henkilöstömääriä. Esimiesten toiveena on, että löytäisimme yhteneväisen tavan arvioida mitoitusta ja näin taata tiimeihin sekä asiakkaille mahdollisimman tasavertaiset resurssit suhteutettuna tarpeisiin.

Arviointi on tarkoitus kohdentaa tiimien hoitohenkilöstöön pois lukien sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja tiimivastaavat. Mitä tietoja kerätään sekä aikataulutus löytyvät tarkemmin liitteestä.

TIIMINVASTAAVAT:

Excel-taulukossa on keskimmaisessä alalehdessä matka-ajan seurantalomake, joka on tarkoitus antaa KAIKKILLE TIIMIN JÄSENILLE, myös seuranta-ajan sijaisille. Matka-aika tulee kirjata mahdollisimman tarkasti ylös päivittäin. Seuranta-aika on 2 viikkoa 7.4.2014 alkaen. Infoa omiasi sekä päättötyöstä, että matka-ajan seurannasta (voit vaikka välittää tämän sähköpostin). Laita minulle matka-ajan seurannat postitse mahdollisimman nopeasti seuranta-ajan jälkeen. Palautusosoite löytyy lomakkeesta.

Vastaa myös mielelläni lisäkysymyksiin tämän sähköpostin kautta.

Terveisin

Marjo Vähäkangas
kotihoiton aluejohtaja
p. 044 772 6124

Salon kaupunki
sos.- ja terveystoimi
Salon läntinen kotihoito

Käyntiosoite:

Paukkulakoti
Salaistentie 1
24240 SALO

Kehittämistyön muistio 22.10.2014

Paikka Salon kaupungintalo, kokoushuone Mänty
Aika 22.10.2014 klo. 8.45-10.45
Läsnä Hannele Lyytinen, Kirsi Kauhala, Tapio Lahti, Niina Jantunen, Helena Laine ja Marjo Vähäkangas siht.

ASIAT

1. Marjo esitteli opinnäytetyön tuloksia ja johtopäätöksiä.
 - a. Tulokset ovat karkeita ja suuntaa-antavia. Osa tiedoista ei ollut vertailukelpoista siinä mielessä, että niistä olisi voinut tehdä eettisesti kestäviä johtopäätöksiä henkilöstön sijoittumiseen liittyen.
 - b. Tulokset toimitetaan erillisenä liitteenä myöhemmin läsnäolijoille.
2. Keskustelua opinnäytetyön aihepiiristä:
 - a. Esitettiin, että jatkossa voitaisiin huomioida vielä käyntikerrat mitoitusta tarkasteltaessa.
 - b. Tiimin vastaavien työnkierto voisi olla eräs ratkaisu alueiden välisten toimintojen yhtenäistämiseen.
3. Sovittiin, että henkilöstömitoituksen arviointia jatketaan kerran vuodessa. Arvioinnilla pyritään objektiivisen tiedon lisäämiseen mitoituksissa ja yhtenäisen näkemyksen vahvistamista koko kotihoidossa.
4. Sovittiin, että koko kotihoidon henkilöstön tasapuolisuuden vuoksi kriittisiä työvuoroja tarkastellaan Marjon tekemän Excel –taulukon mukaisesti koko Salon alueella. Aloitustoive aluejohtajilla oli ilta- ja viikonlopputoista. Jaettu Marjon matka-ajanseurantamateriaali aluejohtajien käyttöön. **Materiaali palautetaan Marjolle.**
5. Sovittiin, että Marjo esittää opinnäytetyön tuloksia koko kotihoidon henkilöstölle myöhemmin sovitulla tavalla, mutta tulosten esittely aloitetaan tiimin vastaavista. Marjo laittaa sähköpostilla ehdotuksia tiimin vastaavien aikatauluksi.
6. Sovittiin, että Marjo laittaa aikatauluehdotuksia opinnäytetyön tulosten esittämisestä ns. osatyökykyisten työryhmälle.
7. Marjo pyysi palautetta opinnäytetyöstä ja sen toteutuksesta. Lisäpalautetta voi jättää vielä myöhemmin. Kokouksessa nousi seuraavat palautteet esille:
 - a. Tulokset, eivät olleet tarpeeksi raflaavia. Odotukset olivat suuremmat.
 - b. Hyvä, paljon arvokasta tietoa.
 - c. Paljon asiaa.
 - d. Kokemus, että oli saanut osallistua työhön vähän.
 - e. Opinnäytetyön tulosten saamisen viive on ollut pitkä. Tilanteet ovat jo muuttuneet maaliskuusta.
 - f. Selvitys kohdistuu toimeksiantoon ja on monipuolinen.
 - g. Herättää ajatuksia.