



Aino Taka-Eilola

IKÄIHMISTEN HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN PALVELUASUMISESSA

IKÄIHMISTEN HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN PALVELUASUMISESSA

Aino Taka-Eilola
Opinnäytetyö
Syksy 2010
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen
koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto, Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen
koulutusohjelma

Tekijä: Taka-Eilola Aino

Opinnäytetyön nimi: Ikäihmisten hoitotyön kehittäminen palveluasumisessa

Työn ohjaajat: Yliopettaja TtT Lea Rissanen ja Yliopettaja TtT Helena Heikka

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: syksy 2010 Sivumäärä: 71+11 liitesivua

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää ikäihmisten hoitotyötä valtakunnallisten suositusten mukaan osana Peruspalvelukuntayhtymä Kallion toiminnan kehittämis- ja yhtenäistämiproessia. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Peruspalvelukuntayhtymä Kallion hoiva- ja asumispalveluyksiköiden kanssa. Suurin osa kehittämistyöstä toteutettiin tehostetun palveluasumisen yksikössä Omavieskassa. Menetelmänä kehittämistyössä oli toimintatutkimus, johon muodostui kolme kehittämissykliä opinnäytetyön tekemisen aikana.

Kehittämistyön ensimmäisessä vaiheessa selvitettiin työajanseurannan avulla, mihin hoitotyöntekijät käyttävät työaikansa hoiva- ja asumispalveluyksiköissä. Keinona käytettiin toimintolaskentaa. Saatujen tulosten perusteella Omavieskassa kehittämiskohteeksi valittiin kuntoutumista edistävä hoitotyö ja kehittämiskeinoksi tiimityö. Tiimityössä suoritettiin uudelleenjärjestelyjä, toimintaa kokeiltiin ja refleктоitiin. Saatujen kokemusten ja reflektionin perusteella tiimityön kehittämistä jatkettiin Peruspalvelukuntayhtymä Kallion työhyvinvoinnin pilottihankkeessa.

Lyhyessä ajassa tapahtuvat sekä hoitotyön käytännön että työyhteisön kulttuurin muutokset koettiin työyhteisössä haasteellisina. Aluksi työyhteisön toiminta keskittyi muutoksen läpikäymiseen. Kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittämiseen edettiin vähitellen tiimityötä kehittämällä ja refleктоimalla. RAI-arviointijärjestelmän käyttöönotto työyksikössä edisti kuntoutumista tukevaa työtettä. Tämän opinnäytetyön toinen tarkoitus oli luoda työyhteisöön uutta itsereflektiivistä, oppivan organisaation toimintamallia, joka tukee voimaantumista ja edesauttaa työhyvinvointia.

Tämän opinnäytetyön prosessin aikana Peruspalvelukuntayhtymä Kallion hoiva- ja asumispalveluiden yksiköiden toiminta yhtenäistyi ja kehittyi valtakunnallisten suositusten suuntaan. Ikäihmisten kuntoutumista edistävä hoitotyö lisääntyi ja se on juurtumassa työyksiköihin. Omavieskassa työyhteisön valmiudet kehittää omaa toimintaansa ja kohdata tulevaisuuden haasteita lisääntyivät.

Asiasanat: Ikäihmisten hoitotyö, palveluasuminen, tiimityö, kuntoutumista edistävä hoitotyö, työajanseuranta

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Master's Degree, Degree Programme in Development and Management of Health and
Social Care

Author: Taka-Eilola Aino

Title of thesis: Developing Caretaking of the Elderly in Service Accommodation Centre
Supervisors: Principal Lecturer, PhD (Health Sciences) Lea Rissanen and Principal Lec-
turer, PhD (Health Sciences) Helena Heikka

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2010

Number of pages: 71+11 appendix pages

The objective of this thesis was to develop the caretaking of the elderly according to the national recommendations. The project was a part of the developing and unifying process of the Basic Services Unit. The thesis was done in cooperation with the caretaking and accommodation units of the Basic Services Unit. Most of the developing work was carried out in the intensified accommodation unit. The method used in the developing project was operational study, inside which three development cycles were integrated during the course of the thesis project.

In the first part of the developing process work time surveillance was used to find out what work duties were done during working time by the personnel of the caretaking and accommodation units. The method used to calculate this was activity calculation. According to the results rehabilitative caretaking was chosen to be developed with the method of team work. Within the team work rearrangements were done and operations were tried out and reflected upon. According to the reflections and experiences the developing process of the team work was continued in the work wellness pilot project of the Basic Services Unit.

Changes in the practicalities of caretaking and the changes in the culture of the work community were experienced challenging in the short period of time. At first the operations of the work community were focused on the changes made. The developing of the rehabilitative caretaking was started gradually by developing and reflecting the team work. The use of the RAI evaluating system in the unit promoted the supporting of the rehabilitative work. The secondary objective of this thesis was to create a new self reflective pattern of a learning organization that supported rehabilitation and enhanced wellbeing at work.

During the process of this thesis the operations of the caretaking and accommodation units of the Basic Services Unit were unified and developed in the direction of the national recommendations. The rehabilitative care of the elderly increased and is rooting in the work units. The work community was also able to enhance their capability to develop operations and face the challenges of the future.

Keywords: Caretaking of the elderly, service accommodation, team work, rehabilitative care, work time surveillance

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	6
1 IKÄIHMISTEN HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN PALVELUASUMISESSA 9	
2.1 Ikäihmisten hoitotyö ja sen kehittäminen.....	9
2.1.1 Gerontologinen hoitotyö.....	10
2.1.2 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus.....	13
2.1.3 Hoitotyön kehittäminen RAI-järjestelmän avulla.....	17
2.1.4 Kuntoutumista edistävä hoitotyö.....	22
2.2 Ikääntyvien palveluasuminen ja sen rakenteellinen kehittäminen.....	26
3 TOIMINTATUTKIMUS KEHITTÄMIS-MENETELMÄNÄ.....	28
4 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS.....	32
5 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN	34
5.1. Hoitotyön sisällön selvittäminen työajanseurannalla.....	34
5.1.1 Työajanseurannan suorittaminen.....	34
5.1.2 Työajanseurannan aineiston analysointi.....	36
5.1.3 Työajanseurannan tulokset asumispalveluyksiköissä.....	40
5.1.4 Työajanseurannan tulosten reflektointi.....	43
5.2 Kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittäminen Omavieskassa tiimityön avulla.....	44
5.2.1 Kehittämiskohteen ja kehittämiskeinon valinta.....	44
5.2.2 Tiimityön muutoksen toteutus.....	45
5.2.3 Tiimityön reflektointi ja edelleen kehittäminen.....	48
5.3 Tiimityön kehittäminen Omavieskassa työhyvinvoinnin pilottihankkeena .	51
6 KEHITTÄMISTYÖN POHDINTA.....	54
6.1 Kehittämistyön keskeiset päätelmät.....	54
6.2 Toimintatutkimuksen luotettavuus.....	57
6.2.1 Toimintatutkimuksen arviointi validoinnilla.....	58
Historiallinen jatkuvuus.....	59
Reflektiivisyys.....	59
Dialektisuus.....	60
Toimivuus.....	60
Havahduttavuus.....	62
6.2.2 Toimintatutkimuksen arviointi pragmatistisesta näkökulmasta.....	62

6.3 Toimintatutkimuksen eettisyys.....	63
6.4 Jatkokehittämishaasteet.....	65
LÄHTEET.....	66
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomalainen yhteiskunta elää kiihtyvässä muutoksessa. Globaalit maailmantalouden muutokset heijastuvat valtakunnalliselle tasolle ja leviävät nopeasti kunnalliselle tasolle. Sosiaali- ja terveydenhuolto on kuntien laajin toimiala ja sen kustannuskehityksellä on keskeinen ja kasvava merkitys kuntien talouteen. Väestön ikärakenne muuttuu, ikääntyvien määrä lisääntyy ja lasten ja nuorten määrä vähenee. Tästä johtuen palveluiden tarve kasvaa erityisesti hoito- ja hoiva-alalla. Samanaikaisesti palveluiden laatua vaaditaan aikaisempaa tasokkaammaksi. Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvelvoite on annettu kunnille, mutta nämä palvelut tuotetaan eri puolilla valtakuntaa eri tavoin.

Edellä mainittuihin haasteisiin vastatakseen valtioneuvosto asetti kunta- ja palvelurakennemuudistus eli Paras -hankkeen toukokuussa 2005. Sitä ohjaava Laki kunta- ja palvelurakennemuudistuksesta (169/2007) eli niin sanottu puitelaki tuli voimaan 2007 ja on voimassa vuoden 2012 loppuun saakka. Kunta- ja palvelurakennemuudistus on suurin kunnallishallinnon ja -palveluiden uudistus Suomen historiassa. Uudistuksen keskeisenä tavoitteena on, että lain voimassaoloaikana kuntarakenteesta muodostuu elinvoimainen, toimintakykyinen ja eheä. Kunnille pyritään luomaan edellytykset selviytyä väestön ikärakenteeseen ja tuottavuuteen liittyvistä palveluhaasteista. Toinen tärkeä tavoite on, että palvelurakenne kehittyy aikaisempaa kattavammaksi varmistuen laadukkaat ja tasapuolisesti asukkaiden saatavilla olevat palvelut koko maassa. Lisäksi on uudistettava palvelujen tuottamisen toimintatapoja. (Kunta- ja palvelurakennemuudistus 2006; VN 2009.)

Paras-hankkeen suunnitteluvaiheen loppuarviointi on julkaistu maaliskuussa 2009. Sen mukaan hanke on toistaiseksi ollut lähinnä rakenteellinen uudistus ja näkynyt erityisesti kuntarakenteiden muutoksina. Muutokset kuntatoiminnoissa ja palveluissa ovat olleet toistaiseksi melko vähäisiä. Uusien rakenteiden, palveluiden ja strategioiden

kehittäminen ovat vielä kohtuullisen epäselviä ja toisistaan irrallisia asioita. Hankkeen aikana tullut taloudellinen taantuma on tuonut uusia yllättäviä haasteita kuntatalouteen. Paras-hankkeen tuottamat suoranaiset taloudelliset hyödyt ovat vielä epäselviä ja todennettavissa vasta pitkällä aikavälillä. (Stenvall ym. 2009, 165.)

Toisaalta hankkeesta on jo tullut tuloksiakin. Yhä useampi kunta on löytänyt rakenteellisten ratkaisujen pohjalta joko muodollisen tai tosiasiallisen yhteistyökumppanin. Paras-hanke on käynnistänyt keskustelun kuntien ydintehtävistä ja palveluista. Kunnat ovat tulleet tietoisemmiksi toiminnastaan kuin aiemmin, samoin tulevaisuuden haasteista ja niihin liittyvistä tekijöistä. (Stenvall ym. 2009, 165-175.) Vuodenvaihteessa 2008-2009 toteutui enemmän kuntaliitoksia kuin koskaan aikaisemmin. Perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden järjestämisen vastuu siirtyi noin 120 toimijalle vuoteen 2013 mennessä. Näistä noin puolet on yksittäisiä kuntia, puolet yhteistoiminta-alueita. Uudistuksessa kohdistettiin suuria odotuksia palveluprosessien tiivistämiseen ja yhdistämiseen, mutta toistaiseksi näihin tavoitteisiin ei ole päästy. Arvioinnissa herättää keskustelua erityisesti se, ovatko kuntarakenteiden muutosvauhti ja lähinnä mekaaniset ratkaisut riittäviä. Syntykö rakenteellisten muutosten kautta myös toiminnallista uudistumista? (Kokko ym. 2009, 3-5, 113-119.)

Valtioneuvoston selonteossa kunta- ja palvelurakennemuutuksesta (2009, 5-7, 97-104) todetaan samoin uudistusten vaikutusten näkyvän hallinnollisten rakenteiden kehittämisessä, mutta palveluiden kehittäminen on vasta käynnistymässä. Puitelain yksi keskeisiä tavoitteita on tuottavuuden parantaminen ja menojen kasvun hillintä. Näiden arvioiminen on vielä ennen aikaista. Tuottavuuden parantamisen voidaan kuitenkin todeta liittyvän keskeisesti siihen, miten uudistuksessa onnistutaan kehittämään palveluita ja miten kehitys onnistuu erityisesti suurissa kunnissa. Sähköiset palvelut yhdistettynä rakenne- ja toimitapauudistuksiin ovat avainasemassa kustannustehokkaiden palvelujen tuottamisessa. Aikaansaadut rakennemuutokset ovat välttämättömiä, jotta palvelujärjestelmä kestävä ikääntyvän väestön haasteet. Jatkossa korostuu sisällöllinen kehittäminen sekä laadun, saatavuuden että kustannustehokkuuden näkökulmasta.

Vuoden 2008 alusta Alavieskan kunnassa yhdistettiin sosiaali- ja terveystalot naapurikuntien kanssa Paras-hankkeen ohjaamana. Tällöin syntyi

Peruspalvelukuntayhtymä Kallio, johon kuuluvat Alavieskan lisäksi Sievin kunta sekä Ylivieskan ja Nivalan kaupungit. Nämä yhdessä muodostavat 33 000 asukkaan väestöpohjan. Myös aiemmin toiminut Vieskan terveydenhuoltokuntayhtymän organisaatio yhdistettiin Peruspalvelukuntayhtymä Kallioon. Käytän tässä opinnäytetyön kirjallisessa raportissa Peruspalvelukuntayhtymä Kalliosta lyhennelmää Ppky Kallio.

Ppky Kalliossa organisaatiomuutosta on viety läpi nopeasti. Vuoden 2009 alusta organisaatio on toiminut tilaaja-tuottaja -mallin pohjalta. Tuottajaorganisaatio on jakaantunut terveydenhuollon palveluiden ja hyvinvointipalveluiden toimialaksi. Hyvinvointipalvelut eritellään edelleen tuoteryhmäpohjaisesti hoiva- ja hoitopalveluihin, perhe-, vammais-, päivähoito- ja esiopetuspalveluihin sekä toimeentulotuki- ja työllistämispalveluihin. Hoiva- ja hoitopalvelut muodostuvat kotihoidosta ja hoiva- ja asumispalveluista. Hoiva- ja asumispalveluita tarjottiin vuonna 2009 15 eri yksikössä, joihin myös Alavieskassa sijaitseva Omavieska kuuluu. (Liite 1.)

Toimintojen yhtenäistäminen ja kehittäminen ovat olleet Ppky Kallion keskeisiä tavoitteita alusta lähtien ja sen strategiassa (2008) olevan Visio 2012 mukaan ”Kallio tarjoaa asiakkailleen laadukkaita palveluita taloudellisesti kestäväällä tavalla ja vaikuttavasti”. Kriittisiä menestystekijöitä eli asioita, joissa on ehdottomasti onnistuttava tahtotilan toteuttamiseksi, ovat asiakkaisiin ja vaikuttavuuteen liittyvät tekijät, talous- ja resurssitekijät, prosesseihin, rakenteisiin ja toimintatapoihin liittyvät tekijät sekä henkilöstön osaaminen ja uudistaminen. Nämä kriittiset menestystekijät ovat pohjana jokaisessa toimintayksikössä vuosittaista toimintasuunnitelmaa laadittaessa.

Myös rakenteiden muuttaminen on lähtenyt Ppky Kalliossa ripeästi käyntiin. Vanhainkotien laitospaikat muutettiin tehostetun palveluasumisen paikoiksi vuoden 2009 alusta. Tästä seuraavana haasteena on muuttaa myös toiminnan sisältö valtakunnallisia suosituksia ja yhteisiä tavoitteita vastaavaksi. Samoin haasteellista on yhtenäistää eri yksiköiden toimintatapoja ja jalkauttaa Ppky Kallion arvot ja eettiset periaatteet käytännön toimintaa ohjaaviksi. Muutos vaatii tarkastelemaan oman työyhteisön historiaa ja työkulttuuria kriittisesti. Toisaalta perustavaa laatua oleva

muutos tarjoaa myös mahdollisuuden uudistaa ja kehittää käytäntöjä ja ohjata kehitystä haluttuun suuntaan.

Tämän opinnäytetyönä tehtävän kehittämistyön tarkoituksena on uudistaa Ppky Kallion hoiva- ja asumispalveluiden toiminnan sisältöä osana meneillään olevaa laajempaa sekä valtakunnallista että paikallista palveluiden kehittämis- ja yhtenäistämistäprosessia. Työskentelen Alavieskassa Omavieskan palvelukeskuksessa, joka tarjoaa asumis- ja hoivapalveluita pääasiassa ikäihmisille. Omavieskan palvelukeskus on perustettu vuonna 1980. Toiminta alkoi 24-paikkaisena vanhusten palvelutalona, jonka yhteyteen 1982 rakennettiin laitoshoidon tarjoava 16-paikkainen vanhainkoti. Vuosien varrella sitä on laajennettu niin, että vuonna 2008 asukaspaikkoja oli 45. Opinnäytetyö suoritettiin yhteistyössä Ppky Kallion tehostetun palveluasumisen yksiköiden ja hoivaosastojen kanssa. Kehittämistyön aluksi kartoitettiin, mitä on hoiva- ja hoitotyön sisältö eri yksiköissä. Saatujen tulosten vertailun pohjalta on mahdollista yhtenäistää ja kehittää hoitotyön käytäntöjä. Omassa työyksikössäni tein kehittämistyön toimintatutkimuksena yhteistyössä muiden työntekijöiden kanssa. Hoitotyön sisällön selvitys paljasti yksiköstämme ne hoitotyön toiminnot, joissa poikkeamme eniten muihin yksiköihin verrattuna. Kehittämiskohteen valinta, kehittämistoiminta ja sen arviointi suoritettiin työyhteisössä yhteistoiminnallisena prosessina. Tämän prosessin avulla kehitettiin työyhteisön toimintaa itsereflektiiviseksi ja lisättiin työyhteisön valmiuksia vastata tulevaisuuden haasteisiin.

1 IKÄIHMISTEN HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN PALVELUASUMISESSA

2.1 Ikäihmisten hoitotyö ja sen kehittäminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisenä tavoitteena on väestön hyvä terveys ja hyvinvointi ja niiden tasainen jakautuminen väestössä. Ikääntyneiden palveluiden määrällisiä ja laadullisia tavoitteita on asetettu useissa valtakunnallisissa strategioissa ja erilaisissa ohjelmissa. Asiakirjojen keskeiset linjaukset korostavat ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden sekä toimintakyvyn ja kuntoutumisen monipuolista

tavoitteellista edistämistä, kattavaa palvelutarpeen arviointia, kotona asumisen tukemista ja avopalveluiden ensisijaisuutta sekä riittävien ja oikea-aikaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden turvaamista. Palvelutoiminnan tavoitteita ovat eettinen ja asiakasta kunnioittava kohtelu, asiakaslähtöisyys, näyttöön ja suosituksiin perustuvien hoitokäytäntöjen noudattaminen, saumaton yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon eri palvelujen tuottajien kesken sekä yhteistyö ikääntyvien omaisten ja läheisten kanssa. (Vaarama, Luomahaara, Peiponen & Voutilainen 2001, 9-11.) 2000-luvulla ovat korostuneet erityisesti ikäihmisten terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, ehkäisevien ja kuntouttavien palveluiden kehittäminen sekä aktiivisen osallistamisen painottaminen. (Pekurinen, Räikkönen & Leinonen 2008, 47).

Ikäihmisten hoitotyön kehittämisen perustana ovat koko valtakuntaa koskevat laatusuosituksset. Ikäihmisten hoitotyön eli gerontologisen hoitotyön erityispiirteet on otettava kehittämistoiminnassa huomioon. Kehittämistyön perusteiksi tarvitaan täsmällistä ja vertailukelpoista tietoa sekä paikalliselta että valtakunnan tasolta. Ikääntyvien hoidossa ja hoivassa hoitotyötä pyritään suuntaamaan voimavaralähtöiseksi ja kuntoutumista edistäväksi toiminnaksi.

2.1.1 Gerontologinen hoitotyö

Gerontologista hoitotyötä omine erityispiirteineen on käsitelty ja kehitetty toisen maailmansodan jälkeisenä aikana. Siitä ei ole yksiselitteistä määritelmää. Voutilaisen, Routasalon, Isolan ja Tiikkaisen (2008, 16-17, 42-43) mukaan gerontologisella hoitotyöllä tarkoitetaan iäkkään ihmisen hyvinvoinnin saavuttamiseen ja säilyttämiseen pyrkivää hoitotyön erityisalaa. Gerontologiseen hoitotyön kokonaisuuteen kuuluvat hoitotyön etiikka ja erityisosaaminen, jossa yhdistetään hoitotyön tieto ja gerontologinen tieto sekä toiminta moniammatillisissa tiimeissä. Olennaisen tärkeää hoitotyössä on sekä mahdollistaa ikäihmisten osallisuus että tunnistaa ikäihmisten erilaisuus ja muuttuvat tarpeet. Laadukkaan ja vaikuttavan hoitotyön toteuttamiseksi on tunnettava sekä ikääntymisen aiheuttamat normaalit että iän myötä enenevässä määrin ilmaantuvien sairauksien muutokset. Ikääntyneiden ihmisten hoitotyössä yleiset hoitotyön arvot ja etiikka saavat omat vivahteensa. Eettisesti hyvälle gerontologiselle hoitotyölle on ominaista huolenpito ja turvallisuus sekä ihmisarvon,

itseäänmäärittämisoikeuden, yksityisyyden ja integriteetin kunnioittaminen inhimillisessä hoitosuhteessa.

Suomen sairaanhoitajaliiton asiantuntijaryhmä (2010) on määritellyt gerontologisen hoitotyön erityisalaksi, joka soveltaa ikääntymiseen liittyvää teoreettista tietoa iäkkäiden hoitotyöhön. Gerontologisen hoitotyön tavoitteena on ikäihmisten terveyden edistäminen ja ylläpito, toimintakyvyn tukeminen ja sairauksien hoito sekä palliatiivinen hoitotyö. Toimintakyvyn tukemiseen ja sairauksien hoitoon sisältyvät toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi, toimintakykyä edistävä hoitotyö, turvallisen lääkehoidon toteutus ja perhehoitotyö. Tiikkainen ja Teeri (2009, 12-15) erottelevat sairaanhoitajan gerontologisen hoitotyön osaamisen osa-alueet. Näitä ovat päätöksenteko-osaaminen, eettinen osaaminen, viestintä ja vuorovaikutus-osaaminen, yhteistyö-osaaminen, terveyden edistämisen osaaminen, ohjaus- ja valmennus-osaaminen, kliininen osaaminen, geriatrinen osaaminen sekä kehittämis- ja vaikuttamisosaaminen. Terveys- ja sosiaalipalveluiden lähes kaikissa toimintaympäristöissä tarvitaan tietoa vanhenemisesta ja sen tuomista muutoksista. Myös ikääntyvien hoidossa painopiste on siirrettävä korjaavasta toiminnasta terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ennaltaehkäisevään työhön.

Vanhustyöhön suuntautuneen lähihoitajan ammatinkuvauksen ja koulutusohjelman mukaan vanhustyössä lähihoitajan työ on ensisijaisesti vanhuksen toimintakyvyn ja omatoimisuuden tukemista sekä perus- ja sairaanhoitoa. Lähihoitaja auttaa asiakkaita päivittäisissä toiminnoissa. Tehtäviin kuuluu myös fyysisen ympäristön toimivuuden ja siisteyden ylläpitäminen. Lisäksi lähihoitaja tukee vanhusten voimavaroja etsimällä heille sopivia toiminnan muotoja ja avustaa tarvittaessa yhteydenpitoa omaisiin ja ystäviin. Työhön kuuluu myös apuvälineiden käytön ohjaus ja opastus. (Lähihoitaja, vanhustyö 2010; Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja 2010).

Henkilöstön osaamista kartoitettiin Ppky Kalliossa C&Q -järjestelmän (Competence & Qualifications) avulla yhteistyössä Ylivieskan ammattiopiston kanssa keväällä 2009. C&Q -järjestelmän lähtökohta on työorganisaation strategian mukaiset osaamistarpeet, joista johdetaan työntekijöiden osaamisen arviointi. Kvalifikaatioita ja kompetenssia vertailemalla selvitetään työntekijöiden mahdolliset osaamisvajheet sekä asetetaan osaamisen lyhyen ja pitemmän ajan tavoitetasot. Systemaattisesti dokumentoitu

osaaminen on henkilöstön kehittämisen perusta. Siihen pohjautuvat koulutussuunnitelmat ja kehittämistoimenpiteet. Saatavia raportteja voidaan hyödyntää myös organisaatiomuutoksissa ja henkilöstökierrossa, rekrytoinnissa ja perehdyttämisessä sekä tiedonvälityksessä osaamisesta eri yhteistyökumppaneille. (Taitotoimisto Hanhinen 2009.)

Osaamiskartoituksessa olivat mukana kotihoidon, hoiva- ja asumispalveluiden sekä terveystalouden vuodeosastojen työntekijät. Kunkin tulosalueen palvelupäällikkö, osa lähiesimiehistä ja koulun edustaja yhdessä valitsivat arvioitavat kvalifikaatiot (työtehtävät) Kallion strategian pohjalta. Samalla määriteltiin kvalifikaation merkitys/tärkeys kyseiselle ammattiryhmälle asteikolla 1-5. Arvioitavia kvalifikaatioita kertyi eri ammattiryhmille eri määrät. Esimerkiksi lähihoitajien arvioitavaksi tuli 44 nykyosaamista kuvaavaa kvalifikaatiota. Kallion strategiassa (2008) tuloskortiston kriittisissä menestystekijöissä esimerkiksi viestintä-kohdassa on määritelty, että sisäisen viestinnän kattavuus ja vuorovaikutteinen sähköinen viestintä toimii 2009. Tavoitteena on, että Kalliointra on 100 %:sti käytössä ja viestinnän kattavuus on 98 % henkilökunnasta. Niinpä monet vuorovaikutuksen kvalifikaatiot liittyivät sähköiseen viestintään; sen osaamisen kartoittamiseen. Arvioitavat kvalifikaatiot voitiin jakaa kuuteen pääluokkaan:

1. Vuorovaikutus, viestintä ja kommunikaatiotaidot
2. Perushoitotyö
3. Asukkaan hoivaan liittyvät muut taidot
4. Työyhteisön yhteistyötaidot
5. Työelämätaidot
6. Laatutyön taitaminen

Työntekijöiden arvioidut työtehtävät pohjautuivat yleiseen ammattiosamiseen ja Ppky Kallion strategiasta johdettuihin painopistealueisiin. Pilottihankkeessa mukana olleiden työyksiköiden asiakkaat ja potilaat ovat suurimmaksi osaksi ikääntyviä ihmisiä. Silti gerontologisen hoitotyön erityispiirteet eivät tulleet esille asetetuissa kvalifikaatioissa. Tästä työntekijät itse esittivät kritiikkiä jo hankkeen toteuttamisvaiheessa, esimerkiksi muistihäiriöisten hoitotyön erityisosaamista ei kartoitettu mitenkään. Niinpä hoitotyön kehittäminen gerontologiset erityispiirteet huomioivaksi on ajankohtaista.

Paasivaara (2002, 153-168) on tutkinut suomalaisen vanhusten hoitotyön sisällön ja luonteen muotoutumista 1930-luvulta 2000-luvulle. Hänen mukaansa vanhusten hoitotyön sisällön ja luonteen muotoutumiseen vaikuttavat vallitseva vanhuspolitiikka ja sen antama arvolataus vanhusten hoitotyötä kohtaan. Arvot konkretisoituvat taloudellisina resursseina ja lainsäädäntönä. Myös hoito-organisaation tavoitteet, sen rakennetekijät, organisaatiokulttuuri ja johtaminen vaikuttavat hoitotyön sisällön ja luonteen muotoutumiseen. Tosiasiallisen toiminnan tasolla sisällön ja luonteen muotoutumiseen vaikuttaa erityisesti hoitajan toiminta. Millainen on hoitajan käsitys vanhenemisesta ja vanhuksesta? Millaisen hoitotyön arvo- ja tietoperustan hän omaksuu ja hyväksyy ja millaista hoitotyön päämäärää kohti hän omassa työssään pyrkii? Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että vanhuspolitiikan tavoitteet heijastuvat hoitotyön tosiasialliseen toimintaan viiveellä. Nopeasti muuttuvassa yhteiskunnassa vanhusten hoitotyön on jatkuvasti muovattava omaa ydinsisältöään vastaamaan tulevaisuuden tarpeisiin. Myös hoitajan oman työn pohdinta tulee entistä tärkeämmäksi.

2.1.2 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto antoivat ensimmäisen Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen keväällä 2001. Sitä käytettiin informaatio-ohjauksen uutena välineenä. Keväällä 2008 annettu toinen Ikäihmisten palvelujen laatusuositus on ajanmukaistettu ottamaan huomioon nykyisen hallitusohjelman linjaukset, ikääntymispolitiikalle asetetut valtakunnalliset tavoitteet, laatusuositusten arviointien tulokset sekä uusin tutkimustieto. Lisäksi suosituksessa on otettu huomioon toimintaympäristön muutokset, joista erityisesti meneillään olevalla kunta- ja palvelurakennemuutoksella on mittavat vaikutukset ikääntyneiden palvelujärjestelmään. Suosituksen tavoitteena on lisätä ikäihmisten terveyttä ja hyvinvointia sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Siinä painotetaan huolellista varautumista ikärakenteen muutokseen: palvelurakenteen järjestelmällistä kehittämistä ikääntyvien tarpeiden pohjalta, palveluissa tarvittavan henkilöstön määrän ja osaamisen turvaamista sekä asumisen ja toimitilojen pitkäjänteistä kehittämistä. (STM & Kuntaliitto 2008, 3-11.)

Valtakunnallisena tavoitteena ikäihmisten palveluissa on hyvinvointia ja terveyttä edistävä palvelurakenne. Palvelujärjestelmää kehitetään niin, että pääpaino on ympärivuorokauden kotona asumista mahdollistavissa ja tukevissa palveluissa. Pitkäaikaishoivan rakenteet uudistetaan tavoitteena ikäihmisten toiveiden mukaiset kodinomaiset yksiköt, jolloin terveyskeskusten vuodeosastoilla voidaan keskittyä akuuttihoitoon ja kuntoutukseen. Erityisesti dementiaoireisten ihmisten tarpeet otetaan huomioon. Pitkäaikaishoivaa tarjoavissa yksiköissä on tavoitteena, että jokaisella asukkaalla on oma huone ja siihen liittyvä hygienia-tila. Yhden hengen huoneet tukevat laadukkaan hoivan toteutusta turvaamalla asukkaan yksityisyyttä ja omaisten hoitoon osallistumista. Toisaalta osa ikääntyneistä tuntee olonsa turvallisemmaksi ja viihtyisämmäksi yhteisessä huoneessa toisen asukkaan kanssa tai puoliso/asuinkumppanit tarvitsevat molemmat pitkäaikaishoivaa –mahdollisuus tähänkin on turvattava. Laadukas palvelutoiminta perustuu kattavaan palvelutarpeen, elinympäristön ja asiakkaan voimavarojen arviointiin. (STM & Kuntaliitto 2008, 20-31, 39-43.)

Ppky Kallion Toiminta- ja taloussuunnitelmassa vuosille 2009-2011 pyritään muutoshaasteeseen vastaamaan kehittämällä sekä palvelurakennetta että palveluprosesseja. Hoito- ja hoivapalveluiden yksi strategisia päämääriä on toimivien ja vaikuttavien palvelukokonaisuuksien ja sujuvien palveluketjujen kehittäminen. Vuoden 2009 alusta kuntayhtymän pitkäaikaista laitoshoidon purettiin muuttamalla hyvinvointipalveluiden laitoshoitopaikat ympärivuorokautiseksi pitkäaikaishoivaksi sekä terveyspalveluiden kahden vuodeosaston pitkäaikaishoivapaikat sosiaalihuoltolain mukaisiksi laitospaikoiksi. Tässä muutoksessa myös Omavieskan vanhainkodin 16 paikkaa muuttuivat tehostetun palveluasumisen paikoiksi. Tehostetun palveluasumisen yksiköitä on Kallion alueella 13 ja hoivayksiköitä kaksi. Niissä on yhteensä noin 250 asukaspaikkaa. Työntekijöitä hoiva- ja asumispalveluissa on yhteensä noin 170. (Maisemataulukot 2010.) Hoiva- ja asumispalveluihin on laadittu vuoden 2010 alusta selkeät perusteet ja ohjeistus, jossa esitetään kunkin palvelun yleisperiaatteet, palvelukuvaus ja palveluun pääsyn kriteerit. Ohjeistus selkiyttää ja yksinkertaistaa palvelutarjontaa ja helpottaa asiakkaan siirtymistä tarpeiden mukaan palveluketjun sisällä.

Ppky Kallion hoito- ja hoivapalveluiden ensisijainen tavoite on mahdollistaa kaiken ikäisten kotona asuminen ennaltaehkäisevillä ja kuntouttavilla palveluilla sekä järjestämällä tarvittavia palveluja koteihin ja kotona tuotettavaksi (Ppky Kallio Palvelukuvaus Hoiva- ja hoitopalvelut 2009). Henkilöstön osaamisen kehittämiseen on panostettu, jotta kotihoidossa ja hoiva- ja asumispalveluissa voitaisiin hoitaa entistä huonokuntoisempia asiakkaita ja asukkaita. Koulutuspäiviä oli Kallion vakinaisella henkilöstöllä vuonna 2009 keskimäärin kuusi ja puoli päivää (Ppky Kallio Henkilöstötilinpäätös 2009). Terveyskeskuksen vuodeosastoilla hoidetut pitkäaikaispotilaat ovat siirtyneet hoivaosastoille ja tehostettuun palveluasumiseen. Asukkaalle pyritään järjestämään hoiva ja hoito kotonaan tai omassa hoitoyksikössä kuolemaansa saakka, ellei hänelle tule tarvetta hoidontarpeensa takia siirtyä sairaalahoitoon. Hoiva- ja asumispalvelut järjestetään pääsääntöisesti Kallion perustajakunnilta vuokraamissa tiloissa. Laajat peruskorjaus- ja kunnostamistyöt ovat käynnissä varsinkin Ylivieskan kaupungin omistamissa kiinteistöissä. Alavieskan kunta on joutunut siirtämään Omavieskan peruskorjaushanketta kunnan vaikean taloudellisen tilanteen vuoksi.

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa määritellään ikääntyneiden palvelujen järjestämistä ohjaavat arvot ja eettiset periaatteet. Arvot ja eettiset periaatteet pohjautuvat Suomen perustuslakiin, jonka mukaan julkisen vallan on turvattava perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen sisältöön vaikuttavat erityisesti oikeudet yhdenvertaisuuteen ja sosiaaliturvaan. Tietoiset arvovalinnat ovat palveluiden laadun kehittämisen lähtökohta ja toiminnan arvioinnin perusta. Keskeisiä ihmisarvoisen vanhuuden turvaavia eettisiä periaatteita ovat itsemääräämisoikeus, voimavaralähtöisyys, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus. (STM & Kuntaliitto 2008, 12.)

Ppky Kallion hoiva- ja asumispalveluissa korostuvat laatusuosituksen eettisistä arvoista etenkin voimavaralähtöisyys ja yksilöllisyys. Hoito- ja hoivapalveluiden palvelukuvauksen (2009) mukaan palveluasumisen yksiköissä on toimintakykyä edistävä ja osallisuutta tukeva työote. Asukkaan yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma perustuu RAI-toimintakykyarviointiin (Resident Assessment Instrument). Samoin pitkäaikaista laitoshoidoa tarjoavilla hoivaosastoilla ”hoito perustuu yksilövastuiseen hoitotyöhön, jossa tuetaan ja vahvistetaan asukkaan itsenäisen

toimintakyvyn säilymistä ja kohenemista omahoitajan ja moniammatillisen hoitotiimin yhteistyöllä”.

Ikäihmisten laatusuosituksen linjaamaa kehitystyötä vauhdittaakseen sosiaali- ja terveysministeriö järjesti keväällä 2008 työkokouksen ikääntymisen ja ikääntyneiden palveluiden asiantuntijoille. Sen tavoitteena oli tuottaa sisältöä ja rakenteita koskevia esityksiä uusille palvelukonsepteille, jotka varmistavat korkealaatuiset ja vaikuttavat palvelut ikääntyville asiakkaille. Pitkäaikaishoivan kehittämisessä korostettiin uuden hoivapalvelumuodon kehittämistä. Esimerkiksi Helsingin kaupunki on kehittänyt ns. monipuolinen vanhustenkeskus -konseptia, joka tarjoaa erilaisia avopalveluita, omaishoidontukea ja ympärivuorokautista hoivaa. Keskuksen ideana on, että hoidon tarpeen kasvaessa ikäihminen ei siirry palveluyksiköstä toiseen, vaan palveluita siirretään ikäihmisen luo. (Voutilainen, Raassina & Nyfors 2008, 20.) Myös tämäntyyppinen, entistä tiiviimpi yhteistyö kotihoidon ja hoiva- ja asumispalveluiden välillä on mahdollinen tulevaisuuden suunta Ppky Kallion ikäihmisten palveluiden tuottamisessa.

Palvelukonseptien kehittämisen puitteisiin vaikuttavat kuntarakenteen muotoutuminen ja kuntien palvelurakennetarkistukset. Palveluiden järjestämisen alueellinen rakenne on muuttumassa Paras-hankkeen myötä. Kasvava joukko kuntia on siirtynyt tai on siirtymässä myös sosiaali- ja terveyspalveluissa tilaaja-tuottaja -mallin sovellukseen. Tilaajan ja tuottajan erottaminen ja siitä hyötyminen edellyttävät palvelujen tuotteistamista, kehittyntä kustannuslaskentaa ja hankintaosaamista, laadun arviointia hankinnan eri vaiheissa, valvontaa sekä vakiintuneen organisaatorakenteen, johtamisen ja ohjauksen uudistamista. Tilaaja-tuottaja -mallin soveltamista sosiaali- ja terveyspalveluissa rajoittaa muun muassa palvelumarkkinoiden kehittymättömyys. Esimerkiksi ikääntyneiden palveluissa haasteena on palveluiden luonne, joissa korostuvat yksilöllisyys ja kokonaisvaltaisuus. Tilaaja-tuottaja -mallin käyttöön liittyvinä riskeinä pidetään asiakkaiden palvelujen pirstaloitumista, asiakkaiden näkemysten sivuuttamista sekä kustannustehottomuutta, joka voi aiheutua esimerkiksi suurista hallinnointikustannuksista. (Voutilainen ym. 2008, 21-22.)

Ppky Kalliossa siirryttiin tilaaja-tuottaja -malliin vuoden 2009 alusta. Tarkistetun perussopimuksen mukaan kuntayhtymän organisaatio jaetaan tilaaja- ja

tuottajaorganisaatioon. Tilaajaorganisaatio koostuu yhtymähallituksesta ja sen toimintaa tukevasta tilaustyöryhmästä, ja tuottajaorganisaatio koostuu kuntayhtymän johtokunnasta ja sen alaisesta palvelutuotanto-organisaatiosta. (Liite 1.) Tilaajaorganisaatio vastaa palvelujen järjestämisestä hankkimalla kuntalaisten tai muiden asiakkaiden tarvitsemat palvelukokonaisuudet tuottajaorganisaatiolta. Tuottajaorganisaatio puolestaan vastaa sovittujen tilausten toteuttamisesta tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti joko omana työnään tai käyttämällä alihankintaa. Keskeisiä teemoja Ppky Kallion tilaaja-tuottaja -mallissa ovat kulujen kohdentaminen, prosessien ja panostusten uudistaminen, toiminnan läpinäkyvyyden lisääminen sekä uudet yhteistyön muodot.

Ppky Kallion ikäihmisten palveluja on kehitetty valtakunnallisten suositusten suuntaan rakenteita ja prosesseja yhtenäistämällä ja selkiyttämällä. Tämän lisäksi laadukkaiden ikäihmisten palvelujen tuottaminen tarvitsee itse hoitotyön toimintojen ja käytäntöjen kehittämistä.

2.1.3 Hoitotyön kehittäminen RAI-järjestelmän avulla

Sosiaali- ja terveyspalvelujen laadun kehittäminen tarvitsee tietoa väestön hyvinvoinnista ja terveydestä, toteutuneen palvelun laadusta sekä tavoitteena olevasta laatutasosta. Eri tasoilla (valtakunnan taso, aluetaso, kuntataso, organisaatiotaso, yksilötaso) tuotettua tietoa vaaditaan päätöksenteon, johtamisen ja toiminnan kehittämisen perusteluiksi. Stakesin (vuoden 2009 alusta Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL) ylläpitämästä SOTKANet-tietokannasta löytyy käyttökelpoisia indikaattoreita edellä mainituista tiedoista koko maan, alueen tai kunnan tasolla. Lisäksi palveluun on koottu keskeisiä Euroopan maiden tasolla saatavia väestö- ja terveystietoja. (THL 2010.)

SOTKANetin lisäksi luotettavia indikaattoreita on saatavilla RAI-tietokannassa. RAI eli Resident Assessment Instrument kehitettiin asiakaslähtöiseksi arviointi- ja seurantajärjestelmäksi vanhus- ja mielenterveyspalvelujen hoidon suunnitteluun sekä laadun ja kustannusten seurantaan. Järjestelmä syntyi 1980-luvun lopulla

Yhdysvalloissa laitoshoidossa olevien asiakkaiden hoidon laadun parantamiseksi. Periaatteena on jokaisen asiakkaan järjestelmällinen arviointi yksilöllisiä hoitosuunnitelman tavoitteita ja hoidon tulosten seuranta varten. Järjestelmä on levinnyt muodossa tai toisessa yli 25 maahan. Suomessa RAI-järjestelmää koskeva hanke aloitettiin vuonna 2000. Tällöin pitkäaikaista laitoshoidoa tuottavat laitokset, Stakes, Chydenius-Instituutti ja Raisoft Ltd aloittivat vertailukehittämishankkeen, jossa systemaattisella arvioinnilla ja vertailutiedolla pyritään kehittämään vanhusten hoitoa ja tuottamaan tunnuslukuja hoitotyön johtamiseen. Asiakastietojen lisäksi kerätään tietoja osastojen kustannuksista ja henkilöstövoimavaroista kuten mitoituksesta ja koulutustaustoista. Vuonna 2009 Suomessa RAI-vertailukehittämisessä oli mukana 32 % vanhainkotien asukkaista, 19 % terveyskeskusten pitkäaikaispotilaista ja 24 % palveluasumisen asukkaista. (RAIsoft-koulutus 2009.)

RAI-arviointijärjestelmiä on kehitetty erilaisille asiakkaille omansa kuten laitoshoidon RAI-LTC, kotihoidon RAI-HC, psykiatrisen hoidon RAI-MH ja akuuttihoiton RAI-AC. Näistä RAI-LTC (Long Term Care) arviointijärjestelmää käytetään ikäihmisten hoito- ja palvelujärjestelmässä sekä pitkä- että lyhytkestoisessa laitoshoidossa kuin myös ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Tiedot asukkaista kerätään MDS eli Minimum Data Set -kysymyssarjalla, joka sisältää noin 400 kysymystä. Moniammatillisella yhteistyöllä, vastuuhenkilönä tavallisimmin omahoitaja, kerätyt tiedot tallennetaan atk-ohjelmalle. Kysymyksillä kartoitetaan asukkaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, kipua ja lääkitystä. Esimerkiksi kohdassa M Ihon kunto käydään läpi haavaumat, haavauman tyyppi, parantuneiden haavojen anamneesi, muut ihon ongelmat tai leesiot, ihon hoito sekä jalkojen ongelmat ja hoito. Kysymykset on luokiteltu pääluokkiin A-Q, joita on yhteensä 17. Näitä tietoja yhdistelemällä atk-ohjelmasta saadaan mittareita, jotka kuvaavat asukkaan voimavaroja ja toisaalta tuen tarvetta. Asiakkaan arviointia tehtäessä apuvälineenä on yksityiskohtainen RAI-käsikirja (joko tulostettuna tai sähköisessä muodossa RAIsoft-ohjelmassa), josta löytyvät ohjeet, määritelmät ja asiakasesimerkit. (RAIsoft-koulutus 2009.)

RAI-LTC -tietojärjestelmästä saadaan hoidon suunnittelun työvälineiksi seuraavat asiakaskohtaiset mittarit:

*ADL -päivittäiset toiminnot, asteikko 0-6

- *CPS -kognitio, asteikko 0-6
- *DRS -masennus, asteikko 0-14
- *SES -sosiaalinen aktiivisuus, asteikko 0-6
- *PAIN -kipu, asteikko 0-3
- *BMI -painoindeksi
- *NREHAB -kuntoutumista edistävä hoitotyö, asteikko 0-77
- *REHABPOT -asiakkaan kuntoutumismahdollisuus, asteikko 0-1 (ei/kyllä).

Lisäksi RAI-arvioinnista saadaan RAPS-tarkistuslista (Resident Assessment Protocols), josta välittyy tietoa henkilön voimavaroista, ongelmista ja riskitekijöistä. RAPS-lista koostuu 18 alueesta, joita ovat esimerkiksi akuutti sekavuus, kognitiivisen kyvyn vaje, virtsanpidätyskyky/katetri, käytösoireet, kaatumisen uhka, psyyken lääkitys tai liikkumista rajoittavat välineet. Kun kyseiset tekijät otetaan huomioon hoidon suunnittelussa, edesautetaan mahdollisimman hyvän toimintakyvyn saavuttamista joko ylläpitämällä tai parantamalla toimintakykyä siinä, missä siihen on mahdollisuus tai ehkäisemällä vältettävissä olevan voinnin huononemista. RAI-käsikirjassa on yksityiskohtainen selvitys eri RAPS-alueista ja mitä niiden kohdalla on huomioitava. Esimerkiksi RAP1 eli akuutti sekavuus -kohdassa selvitetään, mitkä arviointikohdat aktivoivat RAP:in. Akuutti sekavuus -ongelmassa niitä on yhdeksän, kuten 'ajoittain levoton', 'henkinen toimintakyky vaihtelee päivittäin', 'mielialan muutos' jne. Ohjeistossa esitetään tekijöitä, jotka voivat olla yhteydessä akuutin sekavuuden oireisiin, kuten diagnoosit ja terveydentila, lääkitys, aistitoimintojen heikentyminen jne. Lisäksi tässä kohdassa huomioidaan vielä ympäristön sopeuttaminen (hiljaisuus, valoisuus, tutut esineet...) (RAIsoft -koulutus 2009.)

RAI-järjestelmää voidaan hyödyntää monipuolisesti hoitotyön prosessin eri vaiheissa. Asiakkaan hoidon tarvetta määriteltäessä suoritetaan MDS-arviointi, jonka pohjalta saadaan RAI-mittarit ja RAPS-tarkistuslista avuksi hoidon suunnitteluun. Hoidon tavoitteita aseteltaessa apuvälineenä ovat RAI-mittarien numeroilla mitattavat asteikot. RAI-järjestelmässä asiakas arvioidaan MDS-arvioinnilla puolen vuoden välein tai tarvittaessa myös voinnin oleellisesti muuttuessa. Asiakkaan hoidon tuloksia arvioitaessa hyödynnetään aikaisempia MDS-mittauksia ja verrataan niiden tuloksia keskenään. (RAIsoft -koulutus 2009.)

Valtakunnallisessa RAI-vertailukehittämisessä arvioidaan ja seurataan asiakasrakennetta, hoidon laatua, tuottavuutta ja henkilöstöä organisaation RAI-tietojärjestelmästä sekä toiminta- ja taloustiedoista koottavan vertailukelpoisen tiedon avulla. Osallistuminen vertailukehittämiseen perustuu kunnan/laitoksen/yhteistyötahon ja THL:n väliseen yhteistyösopimukseen ja yhteisrahoitukseen. Kopiot paikallisista tietokannoista siirretään THL:n perustietokantaan kaksi kertaa vuodessa. Näistä tiedoista osallistuville osastoille lasketaan asiakasrakennetta, hoidon laatua, henkilöstömitoitusta ja työvuorojen järjestelyä sekä työn organisoimistapoja ja tuottavuutta kuvaavia tunnuslukuja. Niistä koostetaan ja lähetetään osallistujille palauteraportti, johon sisältyy osaston omien tunnuslukujen lisäksi oman laitoksen tunnusluvut sekä laitostyyppin vertailuluvut. Internet-vertailutietokantoihin on tuotettu palauteluvut osastoittain, laitoksittain, kunnittain sekä lisäksi on laskettu vertailuarvot eri laitostyypeille: palvelutalo, vanhainkoti ja terveyskeskus. Vertailukehittämistä ja oppimista varten on kehitetty vertailuryhmät, joissa osastot ovat toistensa kaltaisia asiakasrakenteen suhteen. Hankkeen aikana on järjestetty tulosten hyödyntämistä ja hyvien käytäntöjen tukemista vauhdittamaan työkokouksia kaksi kertaa vuodessa ja vuosittain aloituskokous uusille osallistujille. Vertailutieto antaa mahdollisuuden verrata omaa toimintaa muiden vanhuspalveluiden tuottajien toimintaan ja kehittää sitä kohti parempia käytäntöjä. (Noro, Finne-Soveri, Björkgren & Vähäkangas (toim.) 2005, 29-31; Itkonen, Lindman, Corin & Noro (toim.) 2007, 5.)

RAI-järjestelmää käytettäessä hoidon laatua on mahdollista parantaa, koska asiakkaat saavat omista tarpeistaan lähtevän hoidon. Henkilöstö voi kehittää omaa työtään ja seurata toimintansa vaikuttavuutta sekä yksilö- että osastotasolla. Vertailuhankkeen tuottamat laatuindikaattorit tuovat esille osastolla mahdollisesti olevia hoidon laadun ongelmia, joita voidaan lähteä selvittämään erilaisilla kehittämishankkeilla tai työpaikkakoulutuksella. Asiakkaiden arviointi itsessään on tärkeä prosessi, joka vaatii tarkoituksenmukaiset arviointivälineet vertailukelpoisen tiedon tuottamiseksi. Kun hoidetaan moniongelmaisia ja monisairaita asiakkaita, on tärkeää tunnistaa asiakkaan ongelmat ja jäljellä olevat voimavarat, jotta hoito osattaisiin kohdistaa oikein. Organisaatiossa tehtävät päätökset voidaan perustaa asiakkaiden tarpeisiin ja perustella päätökset numeerisilla tunnusluvuilla. Organisaation johdolla on käytettävissä tunnuslukuja resurssien ja käyttövarojen jaon perusteeksi esimerkiksi asiakasrakenteesta ja heidän kuormittavuudestaan sekä vertailulukuja vastaavista yksiköistä. Selkeitä

tunnuslukuja voidaan käyttää myös toimintasuunnitelman tavoitteiden asettelussa ja niiden toteutumisen seurannassa, osaamiskarttojen laatimisessa, kehityskeskusteluissa sekä toiminnan vaikuttavuuden seurannassa. Keskustelu kunnan poliittisten päättäjien kanssa helpottuu, kun sitä käydään tosiasioihin perustuvien, vertailtavien tunnuslukujen pohjalta sekä tuottavuuden että hoidon laadun osalta. (Noro, Finne-Soveri, Björkgren & Vähäkangas (toim.) 2005, 32-33.)

Ppky Kallion hoiva- ja asumispalveluissa tehtiin hoitotyön sisällöllistä yhtenäistämistä ja kehittämistä yhtäaikaan rakenteiden uudistamisen kanssa. Vuoden 2008 aikana siirryttiin kaikissa yksiköissä asukastietojen sähköiseen kirjaamiseen Effica-ohjelmaan ja perustettiin asumispalveluiden työntekijöistä koostuvia kehittämissyömiä mm. lääkehoitoon, kirjaamiseen, inkontinenssin hoitoon, opiskelijaohjaukseen ja kuntoutukseen. Vuoden 2009 alusta Ppky Kallio siirtyi tuottamaan palveluita tilaaja-tuottaja -mallin mukaisesti. Silloin aloitettiin myös RAI-mittareiden käyttöönotto hoidon laadun seuraamiseen ja parantamiseen kaikissa tehostetun palveluasumisen yksiköissä ja hoivaosastoilla.

Omavieskassa suoritettiin ensimmäiset MDS-arvioinnit asukkaista huhtikuun 2009 loppuun mennessä ja puolen vuoden päästä syksyllä arviointi toistettiin. Jo tällöin saatiin konkreettista vertailutietoa asukkaan toimintakyvystä ja voimavaroista RAI-mittareiden tuloksia vertaamalla puoli vuotta sitten tehtyihin. Nämä arvioinnit lähetettiin valtakunnalliseen RAI-vertailutietokantaan, josta saatiin ensimmäinen Omavieskan palauteraportti vuoden vaihteessa. Palauteraportissa olivat Omavieskan osastokohtaiset vertailuluvut ja valtakunnallisesta aineistosta asiakasrakenteen perusteella valitun vertailuryhmän keskiarvot sekä palvelutalojen keskiarvoluvut. Vertailuraportin RUG-III -osiossa (Resource Utilization Groups) on yksityiskohtaista tietoa asiakasrakenteesta ja sen kustannuspainosta. (RAI-Laitoshoidon palauteraportti/Palautetietokanta, 1/2010)

Vuoden 2010 toimintasuunnitelmaa laadittaessa hyödynnettiin RAI-järjestelmää sekä kriittisten menestystekijöiden kriteereissä ja mittareissa että tavoitetasoa asetettaessa. Keskeisimpiä asioita vuonna 2010 hoiva- ja asumispalveluissa on asiakasrakenteen mukaisen toimintakykyä ylläpitävän ja edistävän työotteen kehittäminen. Kaikkien asukkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat tarkistettiin heti vuoden alussa RAI-toimintakyvyn arvioinnin pohjalta voimavaralähtöisiksi. Tavoitteiksi asetettiin, että

RAI:lla mitaten toimintakyvyn laskua on vain 30 prosentilla asukkaista. Asukkaiden sosiaalisen osallistumisen määrä RAI:n SES-mittarilla mitattuna lisääntyy. Henkilöstön osaamiseen liittyen lääkehoidon vaatimustasoa lisätään. Tavoitteena on, että RAI:lla mitaten alle 50 prosentilla asukkaista on käytössä yhdeksän lääkettä tai enemmän.

Kustannusten ja laadun yhtäaikainen, laaja-alainen ja systemaattinen seuranta on hallinnon välttämätön tehtävä, erityisesti tilaaja-tuottaja -mallissa. RAI-järjestelmän avulla on mahdollista esittää tarkkoja, selkeitä tunnus- ja vertailulukuja. Laitostasolla (esim. Kallion tehostetun palveluasumisen yksiköissä) vertailukehittäminen mahdollistaa henkilöstöressurssien tasavertaisen ja oikeudenmukaisen kohdentamisen. Mikäli epätasapainoa osastojen välillä näkyy, voidaan perustellusti tehdä yksikkökohtaisia henkilöstömitoitusmuutoksia. Henkilöstörakenteen ja -osaamisen osalta on mahdollista tehdä kehittämissuunnitelmia sen mukaan, miltä osaston asiakasrakenne näyttää. Esimerkiksi jos asiakasrakenne painottuu kognitiivisten toimintojen heikentymisen ja käytöshäiriöiden suuntaan, tätä osaamista on vahvistettava. (Ripsaluoma 2007, 17-19.)

Kokemusten mukaan (mm. Niemi 2007, 10-11; Ristolainen 2007, 15-16) RAI-mittarien ja RAPS-tarkistuslistan käyttö hoidon suunnittelussa ohjaavat hoitotyötä toimintakykyä edistävään suuntaan. Samoin omahoitajan rooli oman asukkaansa hoidon asiantuntijana ja yhteyshenkilönä korostuu. RAI-arviointien tekeminen ja niihin paneutuminen auttavat omahoitajaa hahmottamaan paremmin oman asukkaansa kokonaisuhoitoa. Näin RAI-tietojärjestelmän käyttö tukee omahoitajuutta osastoilla. Olemme Omavieskassa sopineet, että omahoitaja tekee MDS-arvioinnin ja hoito- ja palvelusuunnitelman yhteistyössä tiiminsä kanssa, koska kaikilla työntekijöillä ei ole asiantuntemusta esimerkiksi lääkehoidon suhteen. Oman yksikkömme erityiseksi laadun kehittämiskohteeksi RAI-palauteraportin mukaan nousi hoitajien tavoitteellisen kuntouttamisen vähäisyys. Myös valtakunnallisesti ikääntyvien hoiva- ja hoitotyössä toimintakykyä edistävä ja kuntoutumista tukeva työote on korostunut viime vuosina.

2.1.4 Kuntoutumista edistävä hoitotyö

Ikääntyvien omatoimisuuden tukeminen, terveyden edistäminen ja kuntoutumista tukeva toiminta ovat korostuneet 2000-luvulla valtakunnallisissa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelmissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa (Kaste) määritellään yleiset kehittämistavoitteet ja toimenpiteet vuosille 2008-2011. Kaste-ohjelman toteutumista seurataan SOTKANet-verkkopalveluun sisällytettyjen indikaattoreiden avulla. Yksi seurattavista indikaattoreista on vanhusten ikävakioidun toimintakyvyn paraneminen. (STM 2008.) Sosiaali- ja terveysministeriön Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat vuoteen 2015 on julkaistu 2006. Sen vanhuspoliittiset linjaukset korostavat toimintakyvyn parantamista, itsenäistä selviytymistä, palvelujen saumattomuutta ja monipuolista, esteetöntä ympäristöä sekä uuden teknologian hyväksikäyttöä. (STM 2007.) Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa yksi pääkohdista on hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja palvelurakenteen kehittäminen (STM & Kuntaliitto 2008). Myös ikääntyvien hoitotyön sisällölliseen toimintaan sekä avo- että laitoshoidossa vaaditaan muutoksia. Entisen holhous- ja auttamistehtävän sijaan pyritään tasavertaiseen toimintaan, jossa ihminen nähdään aktiivisena kuntoutumisprosessiinsa ja hoitoonsa osallistujana, subjektina. (Routasalo & Lauri 2001, 207-216; Routasalo, Arve, Aarnio & Saarinen 2003, 24-30; Voutilainen 2009, 10-11; Vähäkangas 2010, 24.) Kuntoutumista tukevaa/edistävää toimintaa ja toimintakykyä tukevaa/edistävää toimintaa käytetään kirjallisuudessa ja eri tietolähteissä rinnakkaisina käsitteinä.

Routasalo ja Lauri (2001, 212) kehittivät kirjallisuuden sekä hoitotieteen ja hoitotyön pohjalta käytännönläheisen mallin iäkkään henkilön kuntoutumista edistävään hoitotyöhön vuosituhaten alussa. Mallin mukaan iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyö on kuntoutujan ja hoitajan vuorovaikutusta, jossa ammattitaitoinen hoitaja tukee hoitotyön keinoin kuntoutujaa saavuttamaan kuntoutumistavoitteensa. Toiminnan lähtökohtana on kuntoutujan terveysongelma sekä hoitotyön terveyslähtöisyys, tavoitteellisuus ja moniammatillinen yhteistyö. Iäkkään henkilön kuntoutumisen edellytyksenä on hänen sitoutumisensa tavoitteen saavuttamiseen. Hoitajan puolestaan on sitouduttava kuntoutumisen edistämiseen, hoidolliseen päätöksentekoon ja kuntoutumista edistävään työotteeseen. Kuntoutujan toimintaa kuvaavat terveysongelman pahenemisen ennaltaehkäisy, poistaminen, lievittäminen tai sen kanssa eläminen. Hoitaja toimii kuntoutumista edistävän hoitotyön periaatteella.

Vähäkankaan (2009, 145-148) mukaan ikäihmisen toimintakykyä edistävän hoitotyön lähtökohdaksi on gerontologiseen tietoon perustuvat ikääntymisen muutokset, hoitotyön tietoperusta ja moniammatilliseen yhteistyöhön pohjautuva tavoitteellinen kuntoutumisprosessi. Tavoitteena on parhaan mahdollisen toimintakyvyn palautuminen tai säilyminen sekä riskitekijöihin puuttuminen ja hyvän elämän laadun saavuttaminen. Lisäksi hyvän itsenäisen selviytymisen avulla ikääntyneen omanarvon tunne ja itsetunto säilyvät. Kuntoutumisen tavoitteet ovat sidonnaisia kuntoutuksen toimintaympäristöön. Ympäri vuorokautisissa hoitopalveluissa korostuu ikääntyneen toimintakyvyn ylläpitäminen, sen heikkenemisen ennaltaehkäisy ja hyvän elämänlaadun turvaaminen. Toimintakykyä edistävän hoitotyön suunnitelman periaatteina ovat tasavertaisuus, tavoitteellisuus ja terveyslähtöisyys. Toimintakykyä edistävä työote konkretisoituu hoitajan toimintana. Hoitaja valitsee sellaiset hoitotyön keinot, jotka edesauttavat ikääntyntä saavuttamaan parhaan mahdollisen toimintakykynsä. Toimintakykyä edistävä hoitaja toimii erilaisissa rooleissa, kuten koordinaattorina, tiedonantajana, kannustajana ja auttajana kuin myös opettajana ja mahdollisesti ohjattuna terapioiden toteuttajana.

Lähdesmäki ja Vornanen (2009, 12,19,33-36) hahmottavat vanhuksen toimintakyvyn tukemista Engeströmin toiminnan rakennemallin avulla. Heidän mielestä vanhuksen toimintakyvyssä keskeistä on suoriutua arkielämän vaatimuksista. Toimintakyvyn osa-alueita ovat fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen toimintakyky. Mikäli jokin toimintakyvyn osa-alue heikkenee, vanhuksen kyky selviytyä arjessa vaikeutuu ja myös elämän laatu heikkenee. Vanhuksen toimintakyvyn tukemisen prosessilla tarkoitetaan vanhuslähtöistä kokonaisuhoitoa, joka alkaa toimintakyvyn tukemisen tarpeen määrittelystä jatkuen tukemisen suunnittelusta suunnitelman toteuttamiseen ja arviointiin. Tukemisen tarpeen määrittelyvaiheeseen kuuluvat perusteellinen tutustuminen vanhuksen elämäntarinaa sekä vanhuksen fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen toimintakyvyn arviointi. Vanhus elää aina jossakin toimintaympäristössä, joka vaihtelee elämän eri vaiheissa. Virikkeellinen, esteetön, rauhoittava ja turvallinen toimintaympäristö tukee vanhuksen toimintakykyä. Vanhus on aktiivinen toimija, joka tekee itseään ja hoitoaan koskevia päätöksiä prosessin joka vaiheessa.

Routasalo, Arve, Aarnio & Saarinen (2003, 24-30) kehittivät sairaanhoitajien ja perushoitajien hoitotyötä iäkkään potilaan kuntoutumisen edistämiseksi toimintatutkimuksen avulla. Lähtökohtana oli Routasalon ja Laurin (2001) kehittämä iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyön malli. Tulosten mukaan hoitajien toiminta muuttui terveyden- ja toimintakykylähtöisyyden arvioimisessa, hoitotyön tavoitteellisuudessa ja moniammatillisessa yhteistyössä sekä hoitajien päätöksenteossa, kuntoutumista edistävässä työotteessa ja sitoutumisessa potilaan kuntoutumisen edistämiseen. Hoitotyö iäkkään potilaan kuntoutumisprosessissa vaatii monipuolista osaamista, johdonmukaista toimintaa, yhteistyötä potilaan omaisten ja muiden hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden kanssa. Saavutetun, muuttuneen toimintatavan pysyvyys vaatii jatkuvaa oman työn kriittistä tarkastelua ja osaston ulkopuolelta tulevaa ammattitaitoista tukea.

Vähäkangas (2010, 90-96) tutki kuntoutumista edistävän hoitajan toiminnan lisäksi sen johtamista pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Tulosten mukaan hoitajan toiminta oli yhteydessä hoitajan uskoon asiakkaan kuntoutumisen mahdollisuudesta. Osastotason tarkastelussa päivittäinen kuntoutumista edistävä toiminta paransi hoidon laatua, sillä se vähensi vuodepotilaiden määrää ja lisäsi asiakkaiden sosiaalisen osallistumisen määrää. Myös asiakaskohtaisen välittömän hoitotyön määrä lisääntyi. Lähijohtamisen menetelminä korostuivat mahdollisuuksien näkeminen, linjassa pitäminen, mieleen palauttaminen, avoin kommunikointi sekä hoitajien osaamisen tukeminen ja arvostaminen.

Ppky Kallion hoiva- ja hoitopalveluissa on toiminnan alusta lähtien korostettu kuntoutumista edistävää toimintaa ja asiakkaiden omat voimavarat ovat olleet hoidon suunnittelun lähtökohtana. Tähän on pyritty RAI-arvointijärjestelmän käyttöönotolla ja osallistamalla RAI-vertailukehittämiseen. Omahoitajan ja tiimien tehtäviä on tarkistettu toimintakykyä tukevaan ja edistävään suuntaan. Asukkaiden virike- ja kuntoutustoimintaa kehittämään ja ohjaamaan on perustettu Virkku -tiimi, johon kuuluu virike- ja kuntoutustoimintaan erikoistuneita työntekijöitä. Virkku-tiimi kiertää viikottain mahdollisimman tasapuolisesti ja tarpeet huomioiden eri yksiköissä. Toimintasuunnitelmassa seurattavia kriittisiä menestystekijöitä esimerkiksi vuonna 2010 ovat asukkaiden toimintakyvyn muutokset ja asiakkaiden sosiaalisen osallistumisen määrä RAI:n avulla mitattuna. (Ppky Kallio Toimintasuunnitelma 2010.)

Kuntoutumista edistävän hoitotyön koulutuksiin on työyksiköstämme osallistuttu viime vuosina runsaslukuisesti. Silti hoitotyö käytännön tasolla on muuttunut hyvin vähän. Kuntoutus mielletään edelleen tavanomaisesta hoitotyöstä erilliseksi, pääsääntöisesti fysioterapeutin tai kuntohoitajan työksi tai asukkaan vessaan kävelyttämiseksi (vrt. Routasalo ym. 2003). Eri tutkimuksissakin on osoitettu, että pitkäaikaishoidossa toimintakäytännöt eivät aina edistä ikääntyneen henkilön kuntoutumista eivätkä toteudu suositusten mukaisesti. Psykyen lääkkeiden käyttö on yleistä (Alanen 2007, 13), samoin liikkumista estävien välineiden käyttö (Saarnio 2009, 87-88). Teoriatiedosta huolimatta omassa työyksikössäni Omavieskassa kuntoutumista edistävän työotteen juurruttaminen käytäntöön on vasta alkuvaiheessa.

2.2 Ikääntyvien palveluasuminen ja sen rakenteellinen kehittäminen

Sosiaalihuoltolain mukaan kunnan on huolehdittava sosiaalipalveluna muun muassa asumispalveluista (Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710). Asumispalveluilla laissa tarkoitetaan palvelu- ja tukiasumisen järjestämistä. Varsinaista virallista palveluasumisen määritelmää ei ole. Sosiaali- ja terveydenhuollossa käytetyissä määritelmässä korostetaan sitä, että palveluasuminen sisältää aina sekä asumisen että palvelut. Perinteisesti palveluasumiseen kuuluu yhteisiä tiloja ja yhteisöllisyyttä korostetaan. Palveluasumista voi olla ryhmäkodissa tai palvelutalossa, jossa asiakkaalla on oma asunto. Palveluasuminen jaetaan yleensä tavalliseen ja tehostettuun palveluasumiseen.

Andersson (2007, 7) on tehnyt yhteenvedon eri aikoina ja eri lähteissä käytetyistä palveluasumisen määritelmistä. Sen mukaan vanhusten palveluasuminen on tarkoitettu ikäihmisille, jotka tarvitsevat apua asumisensa järjestämisessä ja tukea itsenäisessä suoriutumisessa. Palvelutalo tai ryhmäkoti tarkoittaa kunnan tai muun tahon omistamaa kohdetta, joka mahdollistaa palveluasumisen tarjoamalla asunnon ja yhteisiä tiloja ja jossa asukkaalla on saatavilla palveluja. Tehostettu palveluasuminen tarkoittaa, että palvelutalossa on henkilökuntaa paikalla ympärivuorokauden.

Laitoshoidon ja avohoidon välinen raja ei ole aina selkeä. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut asetuksen perusteista avohoidon ja laitoshoidon määrittelemiseksi. Siihen liittyy liite Laitos- ja avohoidon sekä yksityisen ja julkisen palvelun välinen rajanveto. Liitteen mukaan laitoshoidon on sairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosaston hoito kuin myös vanhainkotihoito. Avohoidolle on tunnusomaista se, että henkilö asuu vuokra-asunnossa, josta on tehty huoneenvuokralain mukainen vuokrasopimus tai että hän asuu omistusasunnossa. Asukas maksaa tällöin vuokran, vastaa elinkustannuksistaan ja saamistaan palveluista. (STM 2002.)

Stakesin tilastotiedote sosiaalihuollon hoitoilmoituksista sisältää tietoja vanhusten, kehitysvammaisten ja päihdeongelmaisten laitoshoidosta, vanhusten tehostetusta palveluasumisesta, kehitysvammaisten autetusta asumisesta ja muista vanhusten, vammaisten ja mielenterveysongelmaisten asumispalveluista. Vanhainkodeissa ja vanhusten tehostetun palveluasumisen yksiköissä oli vuoden 2007 lopussa yhteensä noin 40 000 asukasta, joiden keski-ikä oli noin 83 vuotta. Tehostetun palveluasumisen asiakkaiden määrä oli ensimmäistä kertaa suurempi kuin vanhainkotien asiakasmäärä. 75 vuotta täyttäneestä väestöstä kyseisten palvelujen asiakkaina oli noin kahdeksan prosenttia. Valtakunnallisesti osuus vaihtelee huomattavasti. Keski-Pohjanmaalla 75 vuotta täyttäneistä melkein yhdeksän prosenttia ja Pirkanmaalla vain kaksi prosenttia oli vanhainkotien tai tehostetun palveluasumisen asiakkaina. Yhteensä näissä yksiköissä tuotettiin vuonna 2007 14,4 miljoonaa hoitopäivää. (Stakes Tilastot aiheittain 2009.)

Ppky Kallion hoiva- ja hoitopalveluissa toteutettiin vuonna 2009 mittava palvelurakenteen muutos: 112 vanhainkotipaikkaa muutettiin tehostetuksi palveluasumiseksi ja 52 vuodeosastopaikkaa sosiaalihuollon laitoshoidoksi. Tämä muutos nosti tehostetun palveluasumisen peittävyuden 11 prosenttiin (valtakunnallinen tavoite 5-6 %) koko Ppky Kallion alueella. Vastaavasti pitkäaikaisen laitoshoidon peittävyys pieneni 1,6 prosenttiin (valtakunnallinen tavoite 3 %). Alavieskan kunnassa on perinteisesti ollut suuri peittävyys vanhainkoti- ja tehostetun palveluasumisen paikoilla. Edellä mainittu muutos nosti Alavieskassa tehostetun palveluasumisen peittävyuden lähes 16 prosenttiin ja laski pitkäaikaislaitoshoidon peittävyuden yhteen prosenttiin. (Ppky Kallio Toimintakertomus 2009).

Ikäihmisten palveluiden pitkäishoidossa tulevaisuuden tavoitteena on, että hoitoa ei enää järjestetä sairaalanomaisissa olosuhteissa vaan ikäihmisten omien toiveiden mukaan kodinomaisissa hoivakodeissa ja tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Rakenteellinen siirtymävaihe, esimerkiksi vanhainkotipaikkojen muuttaminen tehostetun palveluasumisen paikoiksi, on paraikaa menossa. Kustannusten maksuperusteisiin on tullut muutoksia, mutta pitkäaikaisasumisen toiminnan sisältö on vielä pysynyt suurimmaksi osaksi entisen kaltaisena. Rakenteiden selkiyttämisen ja tervehdyttämisen jälkeen on vuoro toimintamallien sisällöllisellä kehittämisellä.

3 TOIMINTATUTKIMUS KEHITTÄMIS- MENETELMÄNÄ

Valitsin opinnäytetyöni työskentelymenetelmäksi toimintatutkimuksen, koska siinä tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi. Se on yleensä ajallisesti rajattu tutkimus- ja kehittämisprojekti, jossa suunnitellaan ja kokeillaan uusia toimintatapoja. Yksinkertaisimmillaan toimintatutkimus on oman työn kehittämistä. Työtehtävät kuitenkin miltei aina edellyttävät yhteistyötä muiden kanssa. Niinpä työn kehittäminen vaatii ihmisten välisen yhteistoiminnan ja vuorovaikutuksen edistämistä. Tässä on otettava huomioon muiden tehtävät, koko organisaatio ja toimintaympäristö. Joskus tarvitaan laajaa toimijoiden välistä keskustelua kehittämisen suunnasta ja keinoista. Näin toimintatutkimus laajenee yhteiskunnalliseksi ja poliittiseksi toiminnaksi, yhteisistä asioista neuvottelemiseksi. (Mäkisalo 2003, 147-148; Heikkinen 2007, 16-17.)

Anttilan (2007, 135, 137) mielestä toimintatutkimus sopii hyvin tilanteisiin, missä toiminnan avulla pyritään muuttamaan jotakin ja samanaikaisesti lisäämään sekä ymmärrystä että tietoa muutosta kohtaan. Toimintatutkimuksen tarkoituksena on näin kehittää uusia taitoja tai uutta lähestymistapaa johonkin tiettyyn asiaan sekä ratkaista käytännön toiminnan ongelmia. Toimintatutkimus soveltuukin parhaiten sellaisiin hankkeisiin, joissa on kysymys ryhmässä tai muussa yhteisössä tapahtuneen muutoksen yhteistoiminnallisesta prosessoinnista ja arvioinnista.

Juutin ja Virtasen (2009, 50) mukaan toimintatutkimuksen keskeisiä päämääriä on sellaisten tilanteiden luominen, jossa oman toiminnan tarkastelu mahdollistuu. Tällaisissa tilanteissa oman työn tavoitteita ja menetelmiä voidaan asettaa kyseenalaisiksi ja kokeilla uusia toimintatapoja. Toimijat voivat myös organisoitua kriittiseksi yhteisöksi, jossa he pyrkivät ymmärtämään omaa toimintaansa ja etsimään siihen parannuksia.

Tämä kehittämistyö tehtiin tiiviissä ja konkreettisesti yhteistyössä Ppky Kallion hoiva- ja asumispalveluiden muiden yksiköiden kanssa. Tavoitteet olivat yhteneväiset Kallion strategian ja tulevaisuuden vision kanssa. Kustannuksiltaan tehokas, mutta silti laadukas ikäihmisten hoito ja hoiva ovat koko valtakunnan yhteisiä tulevien vuosien haasteita. Tässä kehittämistyössä pyritään ymmärtämään tapahtunutta muutosta tiedon avulla ja etsimään uusia toimintatapoja hoitotyön käytäntöön.

Reflektiivinen ajattelu on eräs toimintatutkimuksen keskeisiä piirteitä. Sen avulla pyritään uudenlaiseen toiminnan ymmärtämiseen ja sitä kautta toiminnan kehittämiseen. Tämä reflektion keskeisyys ilmenee muun muassa siten, että toimintatutkimus hahmotetaan itsereflektiivisenä kehänä, jossa toiminta, sen havainnointi, reflektointi ja uudelleen suunnittelu seuraavat toisiaan. Reflektiivisestä kehästä syntyy ajassa etenevä spiraali, kun syklejä asetaan peräkkäin. Toisaalta tätä spiraalimaisuutta on arvosteltu kaavamaisuudesta. Toiminnan etenemisessä ei voida todellisuudessa erottaa tarkkaan suunnittelun, toiminnan ja arvioinnin vaiheita. Työyhteisön toiminta koostuu moninaisista prosesseista ja harvoin kehittyy spiraalimaisesti ja yhtenäisesti eteenpäin. Yleensä toimintatutkimuksen edetessä siihen kehkeytyy eräänlaisia sivuspiraaleja, uusia ennakoimattomia tutkimusongelmia ja -tehtäviä. (Mäkisalo 2003, 147-148; Heikkinen 2007, 201-204; Anttila 2007, 136.)

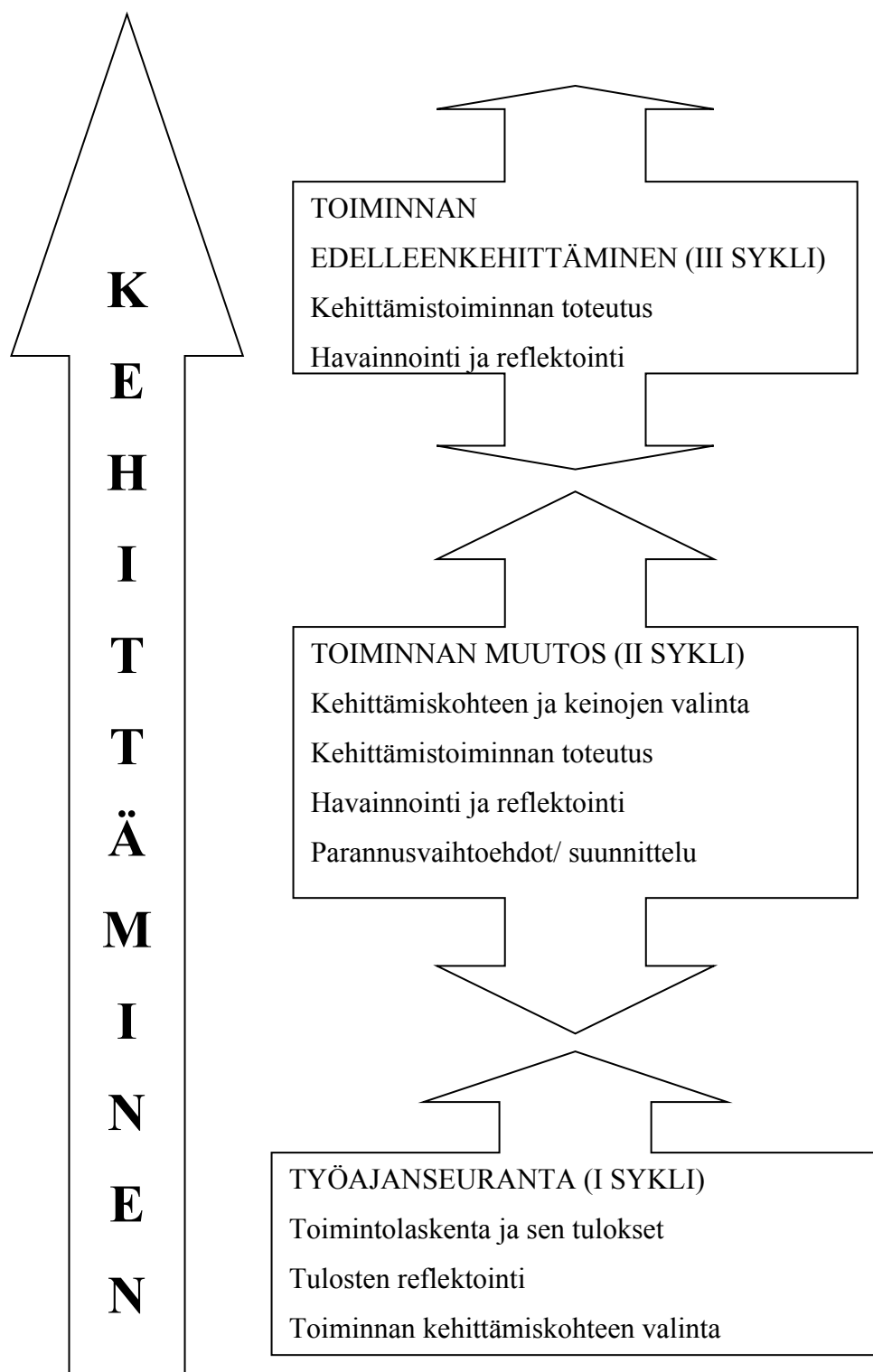
Heikkisen, Rovion ja Kiilakosken (2007, 82) mukaan toimintatutkimuksen syklien määrä ei ole mielekäs arviontikriteeri siinä, onko tutkimus toimintatutkimusta. Toimintatutkimukselle ominainen jatkuvuus ja spiraalimainen kehittäminen voivat sisältyä yhteenkin sykliin. Sykliin määrää tärkeämpää on toimintatutkimuksen perusidean, suunnittelun, toiminnan ja arvioinnin toteutuminen. Olennaista on omaksua tutkiva ote työhön.

Tämän kehittämistehtävän perusajatuksena on muuttaa työyhteisön kulttuuria pitkällä aikavälillä omaksumaan tutkiva ja kehittävä työote. Jokainen työntekijä on oman työnsä paras asiantuntija. Reflektiivisen ajattelun opettelu mahdollistaa kehittämistyön työyhteisön sisällä. Stenvallin ja Virtasen (2007, 147) mielestä muutoksen toteuttaminen liittyy henkilökohtaiseen, tiimikohtaiseen ja koko organisaation oppimiseen. Oppiminen syntyy kriittisen reflektiivisen työotteen vahvistumisen myötä. Reflektiivinen työote syntyy osallisuuden tunteesta kannustamalla ja motivoimalla sekä poisoppimistaidon kehittyessä. Oppiminen on oivaltamiseen perustuvaa toimintaa, jonka avulla ymmärretään, että asioita voi tehdä toisinkin.

Tässä kehittämistyössä ensimmäinen sykli muodostuu työajanseurannasta ja sen tulosten reflektoinnista työyhteisössä. Toisessa syklissä valitaan toiminnan kehittämiskohde, jota toteutetaan, havainnoidaan ja arvioidaan. Kolmannessa syklissä jatketaan kehittämistoimintaa itsereflektoinnin pohjalta. Kehittämiskohdetta ja toimintaa arvioidaan kriittisesti, mietitään kehittämisvaihtoehtoja ja kenties vaihdetaan kehittämiskohdetta. Tämä kehittämistehtävä suoritetaan opinnäytetyönä ja siksi on vaikea arvioida, montako sykliä työyhteisö ehtii läpikäydä opinnäytetyön aikataulun puitteissa. Aikatauluun vaikuttavat sekä työyhteisön ulkoiset tekijät, kuten esimerkiksi yhtäaikaan menossa olevat yleiset, vaativat kehittämisasiat kuin myös työyhteisön sisäiset tekijät, kuten kyky oppia reflektiivistä työtettä tai muutosvastarinta. Luonnollisesti itse kehittämiskohteen luonteesta riippuu, miten paljon aikaresursseja se vaatii.

Hart ja Bond (1996) jaottelevat toimintatutkimuksen sen mukaan, mikä rooli tutkijalla on, millainen on yhteisö ja millainen näkemys yhteisön kehittämisestä ohjaa toiminnan muutosta. Näiden perusteella he erottelevat tutkimussuunnat: koeasetelmainen, organisatorinen, ammatillistava ja valtaistava. Yhteistä näille eri toimintatutkimuksen suuntauksille on muun muassa se, että tutkimus on ongelmakeskeinen, kontekstisidonnainen ja tulevaisuusorientoitunut, kasvattava ja kehittävä prosessi. Kaikki toimintatutkimuksen lajit sisältävät pyrkimyksen muutokseen eli interventioon ja tavoitteena on osallistua kehittämiseen. Toimintatutkimus muodostaa syklisen prosessin, jossa tutkimus, toiminta ja arviointi kietoutuvat toisiinsa. Juuri nämä yhteiset piirteet ja niiden täytyminen tekevät toimintatutkimuksesta oman muista tutkimusmetodologioista poikkeavan tutkimusotteen. (Hart & Bond 1996, 3-11, 36-58.)

Tämän jaottelun mukaan opinnäytetyöni on lähinnä ammatillistavaa toimintatutkimuksen suuntaista. Työyhteisön jäsenten kykyä reflektoida omaa toimintaansa niin, että he osaavat kontrolloida työtapojaan ja työhönsä liittyviä toimintoja entistä ammatillisemmin, pyritään lisäämään. Tutkimus on prosessijohtoista, jatkuvaan oppimiseen perustuvaa, jossa tehtyjä suunnitelmia muutetaan joustavasti, jos se on kehittämisen etenemisen kannalta tarpeen. Tutkija ja työyhteisön jäsenet yhdessä määrittävät, mitä työyhteisön edistys ja sen toteuttamiseen osallistuminen tarkoittavat. Tutkija osaa kehitettävän työn, mutta pystyy toimimaan myös tutkijana ammattilaisena. (Saari 2007, 128-142.) Tutkimuksen etenemistä selventää KUVIO 1.



KUVIO 1. Ikäihmisten hoitotyön kehittämisen lähtökohdat

4 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS

Tämä opinnäytetyö on osa laajempaa meneillään olevaa Ppky Kallion hoiva- ja asumispalveluiden sisällön kehittämis- ja yhtenäistämisprosessia. Kevään 2009 aikana hoiva- ja asumispalveluihin on perustettu kehittämistiimit, jotka koostuvat tasapuolisesti eri työyksiköiden työntekijöistä. Kehittämistiimien tehtävien aiheina ovat hoito- ja palvelusuunnitelmat, lääkehoito, ergonomia ja apuvälineisiin liittyvät asiat, opiskelijatyö, infektioiden torjunta, inkontinenssi sekä vuorohoidon kehittäminen. Lisäksi kaikissa yksiköissä on otettu RAI-järjestelmä käyttöön. Pitemmällä aikavälillä tavoitteena on tarjota ikäihmisille ”laadukkaat palvelut taloudellisesti kestäväällä tavalla ja vaikuttavasti”, kuten Ppky Kallion strategiassa on tavoitteena.

Opinnäytetyöni tavoitteena on kehittää Ppky Kallion tehostetun palveluasumisen toiminnan ja hoitotyön sisältöä ikäihmisten tarpeita vastaavaksi. Teen yhteistyötä oman työyksikköni työntekijöiden ja muiden Kallion hoiva- ja asumispalveluyksiköiden kanssa sekä palveluesimiestasolla että kehittämistiimien kautta. Aluksi tässä kehittämistehtävässä tuotetaan perustietoa työyhteisöjen toiminnasta työajanseurannan avulla. Hoiva- ja asumispalveluiden yksiköissä työskentelee työntekijöitä eri ammattitehtävissä ympäri vuorokauden. Mistä toiminnoista hoito- ja hoivatyö muodostuu? Miten työntekijän työaika jakaantuu eri toimintojen välillä? Työaika seurataan toimintolaskentamenetelmällä. Saatuja tuloksia tarkastellaan yhdessä työyhteisössä ja pohditaan, mikä työyhteisössä vaatii eniten kehittämistä.

Seuraavassa vaiheessa työyhteisö valitsee hoitotyön kehitettävän kohteen ja miettii keinot, joilla kehittämistyö toteutetaan. Koska tämän kehittämistyön tarkoituksena on yhdenmukaistaa Ppky Kallion eri asumispalveluyksiköiden toimintoja valtakunnallisten suositusten mukaisiksi, kehittämiskohde valitaan niiden hoitotyön toimintojen joukosta, jotka poikkeavat eniten työajanseurannan keskimääräisistä tuloksista. Kehittämiskeinon valinnassa hyödynnetään teoretiedon lisäksi käytännön hoitotyön kokemuksia muista asumispalveluiden yksiköistä. Muuttunutta käytäntöä toteutetaan työyhteisössä sovitun mittaisen ajan arvioiden ja reflektoiden. Saatujen kokemusten pohjalta uusi käytäntö muutetaan pysyväksi toiminnoksi, siihen tehdään parannusehdotuksia, valitaan mahdollisesti uusia keinoja kehittämistyöhön ja laaditaan uusi kehittämissuunnitelma. Jos muutetun käytännön ei todeta toimivan ja edistävän hoitotyön kehittymistä ja yhtenäistymistä, harkitaan jonkun toisen kehittämiskohteenvalintaa tai kehittämiskeinon muuttamista.

Omassa työyksikössäni Omavieskan palvelukeskuksessa tavoitteena on lisäksi aloittaa työyhteisön toimintaa kehittävä prosessi, jossa työyhteisön ongelmien tunnistaminen, ratkaisujen etsiminen, toteuttaminen ja niiden arviointi ovat osa työyhteisön arkea. Tämän tyyppinen kehittämistyö on työyhteisön yhteinen itsereflektiivinen prosessi (Kiviniemi 1999, 66-67). Tulevien vuosien haaste Omavieskassakin on toimintakyvyltään yhä heikompien asukkaiden kustannustehokas ja laadukas hoito- ja hoivatyö. Stenvallin ja Virtasen (2007, 12) mukaan onnistunut muutosprosessi perustuu aina kriittiseen reflektioon. Reflektio on oman henkilökohtaisen toiminnan ja organisaation toiminnan kriittistä tarkastelua, entisen toiminnan kyseenalaistamista ja uuden oppimiseen pyrkivää. Sydänmaanlakan (2007, 218-219) mielestä tulevaisuuden ihanneorganisaatioissa oppiminen on keskeinen tekijä, mutta se yksin ei riitä. Hän kuvaa tulevaisuuden menestyvää ihanneorganisaatiota älykkääksi organisaatioksi. Älykkäällä organisaatiolla on kyky jatkuvasti uusiutua, ennakoida muutoksia ja oppia nopeasti. Tieto on ymmärrettävä, jotta sitä pystyttäisiin soveltamaan ja kehittämään. Ymmärtäminen vaatii aikaa tiedon reflektoinnille.

5 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN

5.1. Hoitotyön sisällön selvittäminen työajanseurannalla

Tieto, tiedostaminen ja ymmärtäminen ovat välttämättömät kehityksen edellytykset. Muutos työyhteisössä mahdollistuu, kun työntekijät alkavat nähdä ristiriitaa nykyisen toiminnan ja ympäristön haasteiden ja vaatimusten välillä. Esimerkiksi toimintatavat suhteessa asiakkaisiin voivat olla vanhanaikaisia tai palvelut eivät vastaa niihin kohdistuviin odotuksiin. Tieto vaikuttaa muutoksen eteenpäinvientiin, koska inhimilliseen toimintaan kuuluu pyrkimys hakea ratkaisua tunnistettuihin ongelmiin. Muutoksissa tarvittavan tiedon keskeisiä kriteereitä ovat ajantasaisuus, kokonaisvaltaisuus ja paikkansapitävyys. Faktat auttavat usein myös ymmärtämään, mistä muutoksessa on kyse. (Stenvall & Virtanen 2007, 112-114.)

5.1.1 Työajanseurannan suorittaminen

Tässä kehittämistyössä tarkastelunäkökulmana oli etsiä vastauksia kysymykseen, miten työaika hoiva- ja hoitotyössä eri asumispalveluyksiköissä käytetään. Välineenä kartoituksessa oli toimintolaskenta. Toimintolaskennalla tarkoitetaan työn mittaamisen ja analysoinnin menetelmää, jonka tavoitteena on työn tuottavuuden arviointi ja parantaminen. Menetelmää käytetään yleisesti selvittämään sitä, kuinka henkilöstö käyttää työaikansa. Tieto siitä, kuinka henkilöstö käyttää työaikansa on tärkeä, kun arvioidaan eri henkilöstöryhmien välistä tehtäväjakoa ja sen tarkoituksenmukaisuutta, kun halutaan suunnitella työtoimintoja uudella tavalla tai parantaa työn tehokkuutta ja tuottavuutta. (Partanen 2002, 49-55; Hakoma 2008, 20-22.)

Tapanainen ja Komi (2009) ovat keränneet opinnäytetyöhönsä hoitohenkilöstön työajan käyttöä koskevia tutkimuksia vuosilta 1995-2008 sekä kotimaasta että ulkomailta. Näitä tutkimuksia oli yhteensä 16, suurin osa Yhdysvalloissa tehtyjä. Tutkimuksien tarkoitus oli pääsääntöisesti kuvata, selvittää tai verrata hoitotyöntekijöiden työajan käyttöä. Tutkimusten suorittamispaikat vaihtelivat terveyskeskuksen geriatrisesta osastosta erilaisiin sairaaloiden osastoihin. Yleisimmin näissä tutkimuksissa oli käytetty hoitotyön

määrällistämistä neljään toimintoalueeseen: välitön ja välillinen hoitotyö, osastokohtaiset toiminnot ja henkilökohtainen ajankäyttö.

Välitöntä hoitotyötä ovat hoitotyön toiminnot, jotka tehdään asukkaan ja /tai omaisen läsnä ollessa, kuten esimerkiksi perushoito ja -hoiva, sairaanhoito, kuntoutus ja viriketoiminta sekä yhteistyö omaisten/läheisten kanssa. Välillistä hoitotyötä ovat ne toiminnot, jotka tehdään asukkaan välittömän hoitotyön valmistelua tai loppuunsaattamista varten, kuten esimerkiksi hoitotyön kirjaaminen ja raportointi. Osastokohtaista työtä ovat osaston toiminnan ylläpitämiseen liittyvät toiminnot ja tehtävät, kuten esimerkiksi kodinhoidolliset työt, pyykkihuolto ja toimistotyö. Henkilökohtaista aikaa ovat esimerkiksi ruoka- ja kahvitauot, wc-käynnit yms. Hoitohenkilöstön työajasta, ammatista riippumatta, meni aikaisempien kotimaisten tutkimusten mukaan välittömään ja välilliseen hoitotyöhön noin 70-80 % työajasta. (Partanen 2002, 49-55; Hakoma 2008, 20-22.)

Tämän osion kehittämistyöstäni suoritin yhdessä hoiva- ja asumispalveluiden toisen palveluyksikön palveluesimiehen kanssa. Hyödynnämme molemmat toimintolaskennasta saatua aineistoa opinnäytetyössämme. Partasen (2002) ja Hakoman (2008) käyttämä hoitotyön jako eri toimintoluokkiin vastasi lähinnä hoiva- ja asumispalveluiden hoitotyön käytännön toimintaa. Kehitimme työajanseurantalomakkeen heidän tutkimustensa, aikaisempien työntekijöiden ammattikohtaisten tehtäväkuvausten ja oman käytännön kokemustemme pohjalta (liite 2). Esimiehemme hoiva- ja asumispalveluiden palvelupäällikkö tarkisti ja hyväksyi sen. Laadimme työajanseurantalomakkeeseen täyttöohjeet, joissa selvennetään, mitä mikin toimintoluokka sisältää (liite 3). Lisäksi kukin hoiva- ja asumispalveluiden palveluesimies yksikössään tiedotti ja ohjasi, milloin ja miten työntekijät täyttävät työajanseurantalomakkeen (liite 4). Työajanseuranta tapahtui kussakin 15 yksikössä työntekijöiden itsensä tekemänä itseraportointina toukokuun toisella viikolla 11.-17.5.2009 jokaisessa työvuorossa eli aamu-, ilta- ja yövuorossa.

Työajan mittaaminen toimintolaskentamenetelmällä voidaan suorittaa joko ulkopuolisen havainnoijan avulla tai työntekijöiden itsensä tekemänä itseraportointina. Itseraportointi on käytännöllistä, edullista ja tuottaa riittävän suuria aineistoja. Hoitotyön henkilöstö tuntee hyvin oman työnsä ja asiakkaille aiheutuu siitä vain vähäistä häiriötä.

Itseraportoinnissa työntekijä merkitsee strukturoidulle toimintokaavakkeelle tekemänsä toiminnot sovituin väliajoin. (Partanen 2002, 49-55; Hakoma 2008, 20-22.)

5.1.2 Työajanseurannan aineiston analysointi

Työaikamittauksen lomakkeita palautui yhteensä 847 kappaletta. Tarkistimme opiskelija-/palveluesimieskollegani kanssa lomakkeiden täytön oikeellisuuden. Osaan täytetyistä lomakkeista teimme pieniä muutoksia siirtämällä kohtaan 'muu' merkittyä toimintaa strukturoituihin luokkiin, koska työtehtävä kuului selkeästi johonkin valmiiksi luokiteltuun ryhmään. Esimerkiksi siirsimme RAI:n kirjaaminen => kohtaan 2.1 tai TIETUS-kyselyn täyttö => kohtaan 3.5. Mikäli palautetussa lomakkeessa oli epäselvyyksiä, keskustelimme asiasta yhdessä ennen atk-ohjelmalle siirtämistä. 30 lomaketta hylkäsimme yksimielisesti virheellisten merkintöjen, pääasiassa tehtyjen merkintöjen määrän ja työajan yhteensopimattomuuden vuoksi. Lomakkeessa pyydettiin työntekijää arvioimaan käyttämänsä työaika 15 minuutin jaksoissa ja merkitsemään rasti sen toiminnon kohdalle, mitä on ensisijaisesti tehnyt 15 minuutin ajan. Esimerkiksi kahdeksan tunnin työajan aikana rasteja olisi pitänyt kertyä yhteensä 32, mutta lomakkeeseen oli merkitty vain 20 rastia. Lomakkeiden tiedot syötettiin SPSS-tietojen käsittelyohjelmaan. Aineistosta selvitettiin aluksi perustiedot, kuinka paljon lomakkeita mistäkin yksiköstä on palautettu (taulukko 1), miten henkilöstö jakautuu eri työvuoroihin ympärivuorokauden (taulukko 2) ja millainen ammattijakautuma oli kyseisenä aikana hoiva- ja asumispalveluiden työyksiköissä (taulukko 3). Lisäksi aineistosta analysoitiin päätoimintoluokittain työajan jakautuminen työvuorokohtaisesti, ammattiryhmittäin ja työyksikkökohtaisesti (taulukot 4-8 liitteessä 5). Työyksikkökohtaisesti analysoitiin työajan jakautuminen päätoimintoluokkien alaluokkiin.

Työajanseurantaan osallistuneista työyksiköistä kaikki muut, paitsi hoivaosastot, tarjoavat asukkailleen ympärivuorokautista pitkäaikaista tehostettua palveluasumista. Osassa työyksiköistä on myös lyhytaikaista palveluasumista eli vuorohoitopaikkoja. Hoivaosastoilla Ylivieskassa ja Nivalassa on sosiaalihuoltolain mukaisia pitkäaikaisia laitoshoitopaikkoja. Hoiva- ja asumispalveluyksiköt sijaitsevat neljän eri

Peruspalvelukuntayhtymä Kallioon kuuluvien kuntien alueella. Yksiköiden asukasmäärät vaihtelevat pienestä kahdeksan asukkaan yhteisöstä 45 asukkaan palvelukeskukseen. Suurimmissa yksiköissä työskennellään useassa eri tiimissä yksikön sisällä (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Työajanseurantaan osallistuneet hoiva- ja asumispalveluiden yksiköt (suluissa asukasmäärä) ja niistä palautetut seurantalomakkeet

TYÖYKSIKKÖ (asukasmäärä)	VASTAUSLKM	VASTAUSLKM - %
Koivukoti (8)	16	2,0
Käpylä (10)	29	3,5
Kotirinne (11)	17	2,1
Koivula (12)	35	4,3
Hopeakoti (13)	34	4,2
Pajula (18)	54	6,6
Ranta-Sipilä (19)	67	8,2
Suvantokoti (22)	59	7,2
Niittykoti (23)	58	7,1
Kotikartano (24+16yöhoiossa)	45	5,5
Hoiva-Nivala (24)	50	6,1
Kotikeskus (29)	78	9,5
Hoiva-Yka (30)	74	9,1
Sipilä (34)	100	12,0
Omavieska (45)	101	12,4
YHTEENSÄ	817	100

Työntekijöitä on eniten aamuvuoroissa, joten aamuvuoroissa täytettyjä lomakkeita palautui eniten (taulukko 2). Yöhoito järjestetään eri yksiköissä vaihtelevasti. Osassa yksiköistä ei ole varsinaisesti yöhoitaja paikalla, vaan yöajan valvonta suoritetaan kameroiden ja muutaman kerran yössä tapahtuvan tarkistuskäynnin avulla. Asukkailla

on käytettävissä hoitajakutsujärjestelmä, jolla he saavat apua tarvittaessa. Muutaman yksikön, kuten Kotikartanon ja Omavieskan, yöhoitajat huolehtivat myös useamman lähistöllä sijaitsevan kehitysvammaisten asumisyksikön yöhoidosta.

TAULUKKO 2. Työajanseurannassa palautettujen lomakkeiden jakautuminen eri työvuoroissa

TYÖVUORO	LKM	%
Aamu	431	52,8
Iltä	314	38,4
Yö	72	8,8
YHTEENSÄ	817	100,0

Tehostetussa palveluasumisessa ja hoivaosastoilla perus- ja lähihoitajat ovat suurin ammattiryhmä. Heidän palauttamiaan lomakkeita oli noin kaksi kolmasosaa (67,4 %) kaikista palautetuista lomakkeista. Seuraavaksi suurimman ammattiryhmän muodostavat perinteisesti palvelutaloissa työskennelleet kodinhoitajat/sosionomit. Sairaanhoitajia ja varsinaista hoitoalan koulutusta ilman olevia osastoapulaisia/kotiavustajia/hoitoapulaisia on suunnilleen yhtä paljon.

TAULUKKO 3. Työajanseurannassa palautettujen lomakkeiden jakautuminen eri ammattiryhmiin.

AMMATTIRYHMÄ	VASTAUSLKM	VASTAUSLKM - %
Sairaanhoitaja	79	9,7
Perus/lähihoitaja	551	67,4
Kodinhoitaja/sosionomi	109	13,3
Osastoapulainen/kotiavustaja/ hoitoapulainen	78	9,5
YHTEENSÄ	817	100,0

5.1.3 Työajan seurannan tulokset asumispalveluyksiköissä

Keskimäärin välittömään hoitotyöhön käytettiin yli kuusikymmentä prosenttia (61,10 %) työajasta. Välittömästä hoitotyöstä ylivoimaisesti eniten työaika käytettiin perushoittoon ja –hoivaan. Välilliseen hoitotyöhön kului keskimäärin 14 %. Välillisen hoitotyön alaluokista eniten aikaa meni hoitotyön raportointiin ja hoitotyön kirjaamiseen. Osastokohtaiseen työhön kului lähes 16 % käytetystä työajasta. Osastokohtaisessa työssä eniten aikaa käytettiin kodinhoidollisiin töihin ja siivoustyöhön sekä pyykki- ja vaatehuoltoon. Henkilökohtaiset tauot veivät keskimäärin seitsemän prosenttia työajasta. Kohtaan muu käytettiin hieman yli prosentti työaika (1,37 %). Tässä kohdassa selvityksenä olivat yleisemmin koulutusmatka kesken työpäivän, luottamusmiesasiat ja työajan seurantalomakkeen täyttäminen. (Liite 5.) Työajan jakaantuminen eri toimintoluokkiin on yllättävästi samankaltainen kuin Partasen 2002 ja Hakoman 2008 tutkimuksissa, vaikka ne on tehty sairaalaympäristössä.

Eri kuntien välillä on asumispalveluyksiköiden asukasmäärissä suuria eroja. Toiset kunnat ovat jakaneet asumispalvelunsa pienempiin yksiköihin, joilla on oma budjettinsa. Asukasmääriltään isommissa yksiköissä on jakauduttu yksikön sisällä pienempiin tiimeihin. Hoitotyön sisältö on työajan jakautumisen perusteella eri kunnissa suunnilleen samanlainen. Välittömässä ja välillisessä hoitotyössä olevia yksikkökohtaisia eroja selittävät asukkaiden vaatima hoitoisuus sekä meneillään oleva siirtymisvaihe esimerkiksi koneellisessa lääkkeenjaossa. Työajan seurannasta oli selkeästi nähtävissä, missä yksiköissä oltiin jo siirrytty koneelliseen lääkkeen jakeluun. Suurimpia työyksikkökohtaisia eroja on osastokohtaisessa työssä, mikä selittyy eri yksiköiden erilaisella ammattijakaumalla. Osassa yksiköistä, kuten hoivaosastoilla, on oma henkilökunta siivous- ja puhdistustyöhön sekä osin ruuan jakeluun tai ne hoidetaan ostopalveluina. Toisissa yksiköissä taas hoitohenkilökunnan työhön kuuluu myös siivous- ja pyykkihuollon tehtävät. (Liite 5.)

Omavieskassa käytetään kokonaisuudessa hieman enemmän aikaa (64,5 %) välittömään hoitotyöhön kun muissa yksiköissä (61,1 %) ja tästä työajasta huomattavasti enemmän (55,6 %) perushoittoon ja hoivaan kuin muissa yksiköissä (47,1 %). Kuntoutus- ja viriketoiminnan vähyys on tiedostettu ja sen osuus on vähäinen (0,5 %) tämän

työajanseurannankin perusteella. Samoin vähäisestä yhteistyöstä omaisten kanssa on tullut palautetta asiakaspalautekyselyissä. Tämän työajanseurannan perusteella yksikössämme käytetään noin puolet vähemmän aikaa yhteistyöhön omaisten kanssa kuin muissa yksiköissä. Omavieskan saunatilat sijaitsevat talon päädyssä ja asukkaiden kuljettaminen sinne koetaan usein ongelmallisena. Yllättävän vähän työajasta on kuitenkin kirjattu käytettäväksi siirtämiseen ja kuljettamiseen. On mahdollista, että kaikkea siihen käytettyä työaikaa ei ole osattu eritellä omaksi toiminnakseen, koska se liittyy kiinteästi perushoittoon ja -hoivaan.

TAULUKKO 8. Välittömään hoitotyöhön käytetty työaika Omavieskassa ja hoiva- ja asumispalveluyksiköissä keskimäärin

Työyksikkö	VÄLITÖN HOITOTYÖ (%)			
	Perushoito- ja hoiva (%)	Sairaanhoito (%)	Kuntoutus ja viriketoim. (%)	Voinnin seuranta (%)
Omavieska Yksiköiden	55,60	1,42	0,54	5,45
keskiarvo	47,12	1,99	3,03	5,60

Työyksikkö	VÄLITÖN HOITOTYÖ (%)			
	Yhteistyö omaisten kanssa (%)	Siirtäminen ja kuljettam. (%)	Tulo- ja lähtötilanne (%)	Välitön hoito-työ yht. (%)
Omavieska Yksiköiden	0,54	0,82	0,15	64,53
keskiarvo	1,03	2,12	0,21	61,10

Välilliseen hoitotyöhön käytetään Omavieskassa jonkin verran vähemmän aikaa (11,9 %) kuin tehostetun palveluasumisen yksiköissä keskimäärin (14,1 %). Omavieskassa siirryttiin vuoden 2008 lopulla sähköiseen asukastietojen käsittelyyn Effica-ohjelmalla. Kevään 2009 aikana hoitotyön raportointia kehitettiin siihen suuntaan, että työvuorojen vaihdon aikaiset suulliset raportoinnit pyrittiin jättämään vähemmälle. Aamuisin yöhoitaja antaa tarvittaessa lyhyen yhteenvedon kuluneesta yöstä kirjallisena, ja tiimit käyttävät tuokion työvuoron alussa työtehtävien suunnitteluun ja jakamiseen. Illtapäivällä ja illalla työvuorojen vaihtuessa vuoroon tuleva työntekijä hakee itsenäisesti

asukkaista kirjatut tiedot Effica-ohjelmasta. Vaikka kirjaus- ja raportointikäytännöt olivat tuolloin vielä kehittämisen alussa, tämän työajanseurannan perusteella näyttää siltä, että niihin käytettävä työaika on saatu hallintaan (7,7 %). Kirjaamisen ja tiedonvälityksen sisällöllinen kehittäminen jatkuu silti edelleen. Työajanseurannan tekemisen aikana toukokuussa 2009 työyksikköemme oli juuri siirtynyt koneelliseen lääkkeiden jakeluun. Asukkaiden lääkkeet tulivat valmiiksi pusseihin jaettuina, mutta uuden käytännön ja lääkemuutosten tekemisen opettelu olivat vielä käynnissä. Siitä huolimatta lääkkeiden jakoon ja tarkistukseen meni hieman keskimääräistä vähemmän aikaa kuin muissa tehostetun palveluasumisen yksiköissä.

TAULUKKO 9. Välilliseen hoitotyöhön käytetty työaika Omavieskassa ja hoiva- ja asumispalveluyksiköissä keskimäärin

Työyksikkö	VÄLILLINEN HOITOTYÖ (%)		
	Hoitotyön kirjaaminen (%)	Hoitotyön raportointi (%)	Muu kommunikaatio (%)
Omavieska Työyksiköt	3,78	3,91	0,64
keskiarvo	4,62	5,13	0,93

Työyksikkö	VÄLILLINEN HOITOTYÖ (%)		
	Lääkkeen jako ja tarkistus (%)	Odottelu ja etsiminen (%)	Välillinen hoitot. yht. (%)
Omavieska Työyksiköt	2,61	0,93	11,88
keskiarvo	2,99	0,40	14,07

Osastokohtaiseen työhön käytettiin Omavieskassa suunnilleen yhtä paljon työaika kuin muissakin työyksiköissä. Omavieska ostaa puhdistuspalvelut Alavieskan kunnalta ja Omavieskassa työskentelee kaksi laitoshuoltajaa viitenä päivänä viikossa, joten varsinaiseen siivoustyöhön ei hoitohenkilökunnan tarvitse käyttää työaikaansa. Pesulapalveluita ostetaan Pattijoen Pesula Oy:ltä, mutta pyykki vaihdetaan vain kaksi kertaa viikossa. Asukkaiden käytössä olevat vaatteet ja vuodesuojat eivät riitä

pesulakierron ajaksi, joten myös hoitohenkilöstö pesee ja käsittelee pyykkiä. Aikaisempina vuosina Omavieskassa työskenteli, tavallisesti työllistämistuella palkattu, kylvettäjä, joka huolehti myös talon pyykki- ja vaatehuollosta.

TAULUKKO 10. Osastokohtaiseen työhön käytetty työaika Omavieskassa ja hoiva- ja asumispalveluyksiköissä keskimäärin

Työyksikkö	OSASTOKOHTAINEN TYÖ (%)			
	Kodinhold.työt, siivoustyö (%)	Pyykkihuolto, vaatehuolto (%)	Toimistotyö (%)	Osastokommunikaatio (%)
Omavieska Työyksiköiden keskiarvo	1,37 4,95	4,22 4,02	1,29 1,18	0,33 0,62

Työyksikkö	OSASTOKOHTAINEN TYÖ (%)			
	Kokoukset, koulutus, tiedonvälitys (%)	Opiskeliija-ohjaus (%)	Välineet/varastot tarkistus ja täydennys (%)	Osastokoht. työ yht. (%)
Omavieska Työyksiköiden keskiarvo	4,71 2,57	1,80 1,51	0,88 1,13	14,60 15,98

Työajanseurannan toimintoluokissa 'henkilökohtainen aika' ja 'muu' ei ollut alaluokkia, joten niitä ei ole tässä yhteydessä analysoitu.

5.1.4 Työajanseurannan tulosten reflektointi

Esittelimme yleiset tulokset työajanseurannasta yhdessä palveluesimieskollegani kanssa hoiva- ja asumispalveluiden palveluesimiesten OIVA-palaverissa syyskuulla 2009. Työyksikkökohtaiset tiedot annoimme kunkin yksikön palveluesimiehelle edelleen työstettäväksi omassa työyksikössään. Tulosten esittely herätti keskustelua ja perusteluiden etsintää keskimääräisistä tuloksista poikkeaviin kohtiin. Työajanseurannan tuloksista saatu hyöty on jäänyt muissa työyksiköissä lähinnä

informaation lisääntymisen asteelle. Tulosten reflektointia ja kehittämistyötä työajanseurannan perusteella ei ole tehty muissa yksiköissä. Hoiva- ja asumispalveluiden palvelupäällikkö on käyttänyt saatuja tuloksia eri yksiköiden vertailutietona muun informaation ohessa.

Esittelin oman työyksikköni työajanseurannan tulokset henkilökunnan palaverissa syyskuussa 2009. Suurimpia eroja keskimääräiseen työajan käyttöön oli kohdassa 1.3 kuntoutus ja viriketoiminta. Tämä sama kuntoutuksen ja viriketoiminnan vähäisyys oli tullut esille ja herätellyt työntekijöiden ajatuksia jo aikaisemmin asukkaiden RAI-arviointeja tehtäessä. Samoin vuoden 2009 alkupuolella tehdyssä asiakaspalautekyselyssä omaisille saimme huonoimmat arvioinnit kohdasta 'asukkaille järjestettävä viriketoiminta'. Kuntoutumista tukevasta ja toimintakykyä edistävästä työotteesta on puhuttu ja käyty koulutuksia jo vuosien ajan. Teoreettista tietoa asiasta työyhteisöön on hankittu, mutta sitä ei ole onnistuttu yhdistämään jokapäiväiseen toimintaan. Viriketoiminnan puute on tiedostettu. Omavieskassa työskentelyaikani on lähes vuosittain laadittu viriketoiminnan viikko-ohjelma, jota on jaksettu parhaassakin tapauksessa noudattaa vain muutaman kuukauden ajan. Aikaa kuntoutukseen ja viriketoimintaan ei tunnu löytyvän. Onko syy arvoissa, asenteissa, työprosesseissa vai toiminnan organisoinnissa? Puuttuvatko kuntoutuksen ja viriketoiminnan järjestämisen välineet vai ammattitaito? Miksi toisissa tehostetun palveluasumisen yksiköissä sitä pystytään järjestämään, vaikka asukkaiden hoitoisuus ja työntekijävahvuus ovat likipitään samanlaisia?

5.2 Kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittäminen Omavieskassa tiimityön avulla

5.2.1 Kehittämiskohteen ja kehittämiskeinon valinta

Kypsyttelimme edellä mainittuja asioita työyhteisössä syksyn 2009 aikana. Toimintatutkimuksellisessa kehittämisessä työssä olevat ihmiset eivät ole passiivinen tutkimuskohde, vaan subjekti, jolla on sanottavaa ja kyky kriittisesti reflektoida omaa toimintaansa, kerätä tietoa toiminnasta ja tehdä siinä parantavia kokeiluja (Mäkisalo 2003, 147-148; Juuti & Virtanen 2009, 50). Syksyn kehittämisiltapäivät pidettiin

lokakuun puolella välissä. Tällöin työyhteisön jäsenet päättivät yhteisen keskustelun lopputuloksena, että jakaudutaan neljään pienempään tiimiin aikaisemman kahden tiimin sijasta. Terveysthuoltopuolella on jo pitemmän aikaa toteutettu käytäntöä, jossa sairaalan osasto on jaettu pienempiin tiimeihin tai moduleihin. Samaa organisointimallia on kokeiltu tehostetun palveluasumisen yksiköissä Ppky Kallion alueellakin. Kokemukset näistä käytännöistä ovat olleet myönteisiä. Kun hoidettavien asukkaiden määrä pienenee, asukkaiden asioihin pystyy keskittymään asiakaslähtöisemmin. Omat asukkaansa ja heidän yksilöllisyytensä oppii tuntemaan paremmin, mikä helpottaa jokapäiväisen hoidon suunnittelua. Esimerkiksi saunapäivä ja sen vaatimat resurssit voidaan pienellä asukasmäärällä keskittää tiettyyn päivään viikossa. Tällöin muille päiville jää aikaa muuhun toimintaan asukkaiden kanssa.

5.2.2 Tiimityön muutoksen toteutus

Muutos eli henkilökunnan jako pienempiin tiimeihin toteutettiin heti seuraavaa työvuorolistaa suunniteltaessa marraskuussa 2009. Käytännön kysymyksiä, kuten esimerkiksi työntekijöiden jakoa eri tiimeihin ja asukkaiden hoidon tasapuolista kuormittavuutta, pohdittiin yhdessä henkilökunnan palaverissa. Omavieskan toiminta oli vuoteen 2009 saakka jaettuna vanhainkoti- eli laitoshoitopuoleen ja palvelutalon puoleen. Vanhainkodissa hoidettiin toimintakyvyltään huonokuntoisemmat asukkaat. Vanhainkotihoito muuttuessa tehostetuksi palveluasumiseksi vuoden 2009 alussa mitään asukassirtoja ei suoritettu. Siirtymävaiheessa eniten hoitoa vaativat asukkaat asuivat edelleen toisessa päässä taloa. Aikaisempien vuosien käytännöstä, jossa asukas siirtyi talon sisällä vanhainkodin puolelle toimintakyvyn heiketessä, oli sen sijaan luovuttu. Kehittämistyön tavoitteena oli saada vanhainkodin työntekijöitä siirtymään palvelutalon puolelle ja palvelutalon työntekijöitä vanhainkodin puolelle ja näin yhtenäistää vanhainkodin ja palvelutalon hoitotyössä vallinneita käytäntöjä. Osa työntekijöistä on työskennellyt koko Omavieskassa työssäoloaikansa eli kohta 30 vuotta joko vanhainkodin tai palvelutalon puolella.

Vapaaehtoista työkiertoa ei saatu aikaiseksi, joten päädyttiin arpomaan, mihin tiimiin kukin työntekijä sijoittui. Tiimejä arvottaessa otettiin huomioon työntekijän koulutus ja työntekijän toivomukset työvuoroista. Näin ilman hoitotyön koulutusta olevat eivät

tulleet samaan tiimiin ja jokaiseen tiimiin tuli työntekijä, joka on valmis tekemään useampia yövuoroja työvuorolistan aikana.

Työyhteisössä tunnistettiin muutostarpeet ja muutosta työstettiin yhdessä. Siitä huolimatta uudet tiimit aiheuttivat muutosvastarintaa ja ahdistusta. Aikaisemmat käytännöt tuntuivat välillä paljon toimivammilta. Epäloogista oli, että hoidettavat asukkaat pysyivät samoina, mutta heidän hoitonsa kuormittavuus teki huomattavan nousun ylöspäin ja jakautui hyvin epätasaisesti eri tiimien välille. Viriketoiminnan järjestäminen ja kuntoutumista edistävä työote koettiin turhaksi etenevää muistisairautta sairastavien asukkaiden kanssa. Asukkaiden hoitaminen vuoteeseen on helpompaa ja vaivattomampaa kuin laaja-alaista ammattitaitoa vaativa toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä hoitotyö. Muutoksesta syntynyt ahdistus lisäsi kiireen ja riittämättömyyden tunteita.

Ihmiset pelkäävät muutosten tuomia uusia asioita. Pelot estävät ihmisiä oppimasta muutoksen vaatimia uusia taitoja ja kaventavat näkökulmaa. Salmisen (2006, 154-158) mukaan muutosprosessi etenee portaittain. Informaatio muutoksesta ja muutoksessa tarvittavien taitojen lisääntyminen vahvistavat motivaatiota muutoshanketta kohtaan. Ylin porras muutoksen toteuttamisessa on pelon voittaminen. Muutosprosessin onnistuminen edellyttääkin muutosta kohtaan tunnettujen pelkojen käsittelyä ja niiden voittamista. Pelkkä asioiden rationaalinen hyväksyminen ei muuta ajattelua eikä käyttäytymistä. Ajattelun muutokseen tarvitaan aina myös tunnetason reaktiota, emotionaalista hyväksymistä. Vasta emotionaalisen hyväksymisen jälkeen ihmisen näkemys, asenteet ja lopulta käyttäytyminen muuttuvat. Muutosvastarinta on aina mukana muutosprosesseissa ja siihen tulee suhtautua luonnollisena ilmiönä.

Aikuismainen tunteiden käsittely vaatii sitä, että tunteista puhutaan aidolla ja avoimella tavalla. Kielteisten tunteiden työstämisen ensiaskel ja edellytys on niiden olemassaolon tunnistaminen ja tunnustaminen. Muutoksia kohtaavassa työyhteisössä pitäisi löytyä tilaa omien kokemusten ja tunteiden sanalliseen asuun pukemiseen sekä näin tuotettujen asioiden yhdessä pohtimiseen ja työstämiseen. (Juuti & Virtanen 2009, 119-121.) Mäkisalonen (2003, 93-95) mukaan tiimityöskentelyn ensimmäinen ja ehdoton edellytys on avoin keskustelukulttuuri eli demokraattinen dialogi. Myös Stenvallin ja Virtasen (2007, 62-64) mielestä dialogiseen toimintamalliin perustuva viestintä on

muuostilanteissa ideaalisin. Dialoginen työyhteisöviestintä on kaksisuuntaista, tukee organisaatiota ja sen työntekijöitä tavoitteidensa saavuttamisessa sekä vahvistaa sidosryhmäsuhteita. Dialogia voidaan pitää yhtenä keskeisenä kriittisen reflektiivisyyden edellytyksenä. Dialogiin osallistuminen vaatii toisten kuuntelemista ja pyrkimystä ymmärtää muiden ajatuksia, lähtökohtia ja intressejä. Keskeistä on oppiminen toisten esittämistä näkemyksistä sen sijaan, että pyrittäisiin vain yksiselitteisesti puolustautumaan tai vakuuttamaan toiset oman näkemyksen paremmuudesta.

Johtamisviestintä työyhteisössämme on ollut kuluneina vuosina joskus korostetun rationaalista. Se on toteutunut hierarkisesti ja yksisuuntaisesti ylhäältä alaspäin. Dialogisuuden opettelu työyhteisön palaverissa aloitettiin sillä, että lähiesimies ei enää sanellut ratkaisuja ongelmiin, vaan työyhteisön oli löydettävä ne keskinäisellä keskustelulla ja opettelemalla yhdessä ajattelun taitoa. Tämän uuden taidon ja palaverikulttuurin oppiminen oli aluksi hyvin työlästä ja hidasta. Yhteisen muutosvastarinnan ja kielteisten tunteiden käsittely tapahtui virallisten palaverien ulkopuolella. Tärkeää kuitenkin oli, että tunteita jaettiin ja käsiteltiin, vaikka keskustelu tapahtui kahvipöydässä tai tupakkahuoneessa. Varsinaiseen kehitettävään asiaan eli kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittämiseen ei ensimmäisten kuukausien aikana päästy, vaan toiminta suuntautui muutosta koskevien tunteiden ja uusien tiimien muodostumisen läpikäymiseen.

Mikään tiimi ei synny pelkästään sillä, että asiasta tehdään päätös. Tiimin kehittyminen tapahtuu eri osavaiheiden kautta. Yleisimmin tiimin kehitysvaiheet on jaoteltu muodostumis-, kuuhunta-, normittamis- ja suorittamisvaiheeseen (esim. Heikkilä & Heikkilä 2005, 191; Isoherranen 2008, 109; Kartano 2008, 197-198; Mäkisalo 2003, 109-110). Ruohotie (2002, 241-251) korostaa tiimityön eri vaiheissa olevia erilaisia toimintoja tiimin kehityksessä. Hän erottelee tiimin kehittämisprosessissa tiimin rakentamisen, oman tehtävän määrittämisen, roolin rakentamisen ja kypsän toiminnan vaiheen. Tiimin muotoutumis- ja järjestäytymisvaiheessa esimiehellä on usein keskeinen rooli (Isoherranen 2005, 53; Kartano 2008, 197). Häneltä odotetaan löytyvän ohjeita epäselvän ja ahdistavan tilanteen ratkaisemiseksi. Muutoshankkeet eivät yleensä onnistu ilman johtajuutta. Muutosjohtajan on kyettävä toimimaan tilanteissa, jossa kohdataan tuntematonta ja liikutaan alueilla, joissa ei ole ennen käyty. Menestyminen

muutosjohtamisessa edellyttää henkilöjohtamiseen liittyviä valmiuksia, keskeneräisyyden sietämistä, muutosvastarinnan kohtaamiseen liittyvää rohkeutta ja tavoitteellisuutta. (Stenvall & Virtanen 2007, 149.)

Tutun työyhteisön johtaminen muutoksessa lyhyellä esimieskokemuksella tuntui välillä ylivoimaisen haastavalta tehtävältä. Tämän ahdistuksen lievittämisessä minulla olivat apuna oma, kokenut esimieheni sekä teoretieto organisaatiomuutoksista että tiimityön eri vaiheista (Heikkilä & Heikkilä 2005, Hämäläinen 2005, Mäkisalo 2003, Salminen 2006). Neuvosen ja Uosukaisen (2007, 45-47) mielestä muutos haastaa johtajuuden, mutta onnistunut muutos on mahdollinen, kun siihen annetaan riittävästi aikaa ja henkilöstö kokee johtajan olevan heidän tukena.

Tiimien muodostumis- ja kuohuntavaiheissa varsinainen kehittämiskohde eli kuntoutumista edistävä hoitotyö oli taka-alalla. Työyhteisön kehittämisenergia keskittyi isomman organisaatiomuutoksen läpikäymiseen ja tiimityön kehittämisen alkuvaiheen prosessien työstämiseen. Muutosprosessi vaatii aikaa sekä uusien asioiden sisäistämiseen että muutosvastarinnan käsittelyyn. Myös eri ihmisten muutoshalukkuus ja muutosnopeus eroavat huomattavasti toisistaan. (Salminen 2006, 151-152.) Kun jännitykset on tiedostettu ja käsitelty, tiimin ilmapiiri alkaa selkiytyä. Samoin työyhteisön tavoitteet, normisto ja roolit tulevat vähitellen tutuiksi ja toiminta alkaa suuntautua tavoitteisiin. Kuntoutumista edistävää hoitotyötä pohjustettiin RAI-arviointeja tekemällä ja käyttämällä niitä hyväksi asukkaiden hoitosuunnitelmien laadinnassa ja päivittämisessä.

5.2.3 Tiimityön reflektointi ja edelleen kehittäminen

Ruohotie (2002, 214-216) määrittelee reflektion mentaaliseksi toiminnoksi, joka muodostuu tiedon muokkaamisesta ja jäsentämisestä kokemusten kautta. Hän nostaa perinteisen tehtäväsuuntautuneen rationaalisen reflektion rinnalle käsitteen reaaliaikainen reflektio. Reaaliaikaisen reflektion perustana on organisaation tajuaminen kokonaisuutena ja tapahtumien kontekstien tuntemus. Sen kohteena voivat olla ihmisten väliset suhteet, työtä ja sen tekemistä estävien ja edistävien asioiden havainnointi, omat tuntemukset tai tekniset tehtävät. Konkreettinen reflektoitava kohde voi olla esimerkiksi

reagoiminen muutokseen ja tiimin jäsenenä toimiminen. Reaaliaikaisessa reflektioissa pelkkä itsereflektio ei riitä, vaan tavoitteena on saada selkeä kuva myös muiden tarpeista.

Oman toiminnan reflektointitaitoa pidetään nykyisin yhtenä asiantuntijan keskeisenä taitona. Kun tiimi reflektoi omaa toimintaansa, sen sisällä muodostuu yhteinen ymmärrys tilanteesta ja tarvittava muutos on silloin helpompi toteuttaa. Ryhmän ja tiimin oppimisessa samoin kuin yksilön oppimisessa käytetään käsitettä oppimisen kaksitasoisuus. Tiimin yhdessä oppimisen kehä alkaa yhteisestä suunnitelmasta. Sitä seuraa ryhmän koordinoitu toiminta, yhteinen reflektio ryhmässä ja edelleen jaettu, yhteinen oivallus, josta seuraa uusi yhteinen suunnitelma (vrt. toimintatutkimuksen syklisyys). Tämä oppimissykli ei ole suljettu, vaan ulkopuolelta tuleva uusi tieto ja saatu palaute edistävät uusien ideoiden löytämistä ja soveltamista omaan työhön. (Isoherranen 2008, 162-163.)

Kevään kehittämispäivinä helmikuun alussa 2010 yhtenä keskeisenä aiheena toimintasuunnitelman lisäksi oli tiimityön kehittäminen. Melkein kaikki työntekijät osallistuivat kehittämispäivään. Toisena päivänä mukana olivat I- ja II-tiimit, jotka tekevät keskenään tiivimpää yhteistyötä ja toisena päivänä III- ja IV-tiimit. Edes yksittäisiä mielipiteitä siitä, että siirrytään takaisin entisiin tiimeihin, ei enää esitetty. Kävimme ryhmätöinä läpi tiimityön vaiheita valitsemieni eri lähteiden (Kartano 2008; Koivukoski & Palomäki 2009; Manka 2008) perusteella ja refleктоimme oman työyhteisömme tiimityön toteutumista aikaisemmassa organisaatiossa sekä nykyistä tiimityön vaihetta. Tarkoituksemme oli löytää asioita, joita aikaisemmista kokemuksista ja teoritiedosta voidaan hyödyntää nykyisessä tilanteessa.

Hoiva- ja asumispalveluiden toimintasuunnitelmassa vuodelle 2010 painopistealueena on edelleen toimintakykyä ylläpitävä ja kuntoutumista edistävä toimintamalli. Tätä toimintamallia on pyritty tuomaan esille kaikkien kriittisten menetystekijöiden kohdalla. Esimerkiksi asiakastarpeiden tunnistamisen kohdalla arviointikriteerinä on, että kaikilla asukkailla on toimintakyvyn arviointiin perustuva voimavaralähtöinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Asukkaiden toimintakyvyn muutoksia seurataan RAI-mittarin avulla. Tavoitetasoksi vuodelle 2010 on asetettu, että vain 30 %:lla asukkaista on toimintakyvyn laskua ja asukkaiden sosiaalisen osallistumisen määrä RAI SES-

mittarilla mitattuna lisääntyy. Omahoitajan ja tiimien tehtäväkuvaukset on päivitettävä niin, että ne tukevat kuntoutumista edistävää työtettä. Kuntouttavan työtteen juurruttaminen työyksikössä -koulutus aloitetaan kevään 2010 aikana. Oman työyksikkömme Omavieskan ensisijaiseksi kehittämiskohteeksi kuntoutumista edistävässä hoitotyössä nousi hoiva- ja palvelusuunnitelmien päivittäminen voimavara- ja lähtökohtaisiksi ja kuntoutumista tukeviksi. Puolivuositain tehtävien RAI-arviointien avulla on mahdollista konkreettisesti seurata, miten asukkaiden kuntoutumista edistävä hoitotyö etenee yksikössä.

Kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittäminen ja tiimityön kehittäminen tukevat toinen toisiaan. Tiimityön kehittämisessä luodaan yhteiset ja selkeät pelisäännöt, joiden avulla hoitotyötä voidaan suunnata asukkaan kuntoutumista edistävään suuntaan. Tiimityöskentelyssä yhteisöllinen oppiminen ja tuki laajentavat omahoitajan näkökulmaa asiakkaansa hoidossa. (Mäkisalo 2003, 114-115.) Vähäkankaan (2010, 90) mukaan kuntoutumista edistävissä toimintamallissa hoitajan osaamisessa korostuvat terveyslähtöisyys (toimintakyvyn arviointi), tavoitteellisuus (hoitosuunnitelma) ja moniammatillisuus sekä sitoutuminen kuntoutumista edistävään toimintaan. Kuntoutumista edistää toimiva työyhteisö, johon kuuluvat kuntoutumista edistävä toimintakulttuuri, innostunut ilmapiiri, yhteinen päämäärä ja selkeät tavoitteet. Kaikkiin näihin asioihin on mahdollista vaikuttaa tiimityötä kehittämällä.

Tiimityön kehittäminen on systemaattista ja pitkäkestoista toimintatapojen eteenpäin viemistä. Se vaatii kehittämiseen vahvasti uskovia ja sitä toteuttavia ammattilaisia. Tiimityön kehittämisessä on hyvä lähteä liikkeelle määrittämällä nykyinen tilanne ja se, mitä lähdetään tavoittelemaan. Tavoitteena on aluksi rakentaa yhtenäinen arvopohja, jonka pohjalta perustehtävän toteuttamista kehitetään. (Koivukoski & Palomäki 2009, 23-24.) Sanerma (2009, 276) tutki väitöskirjassaan kotihoitotyön kehittämistä tiimityön avulla toimintatutkimus-menetelmällä. Myös hänen mukaansa yhteisen arvoperustan kehittäminen on välttämätön kehittämistyön lähtökohta ja onnistumisen edellytys toimivan tiimityön kehittymiseksi.

Pelisäännöt ovat yhdessä sovittuja tiimin toimintatapoja ja periaatteita. Niiden on oltava linjassa organisaation strategian, arvojen ja toimintasuunnitelman kanssa. Pelisäännöissä määritellään tiimin perustehtävä ja se, miten sitä toteutetaan. Käytännön

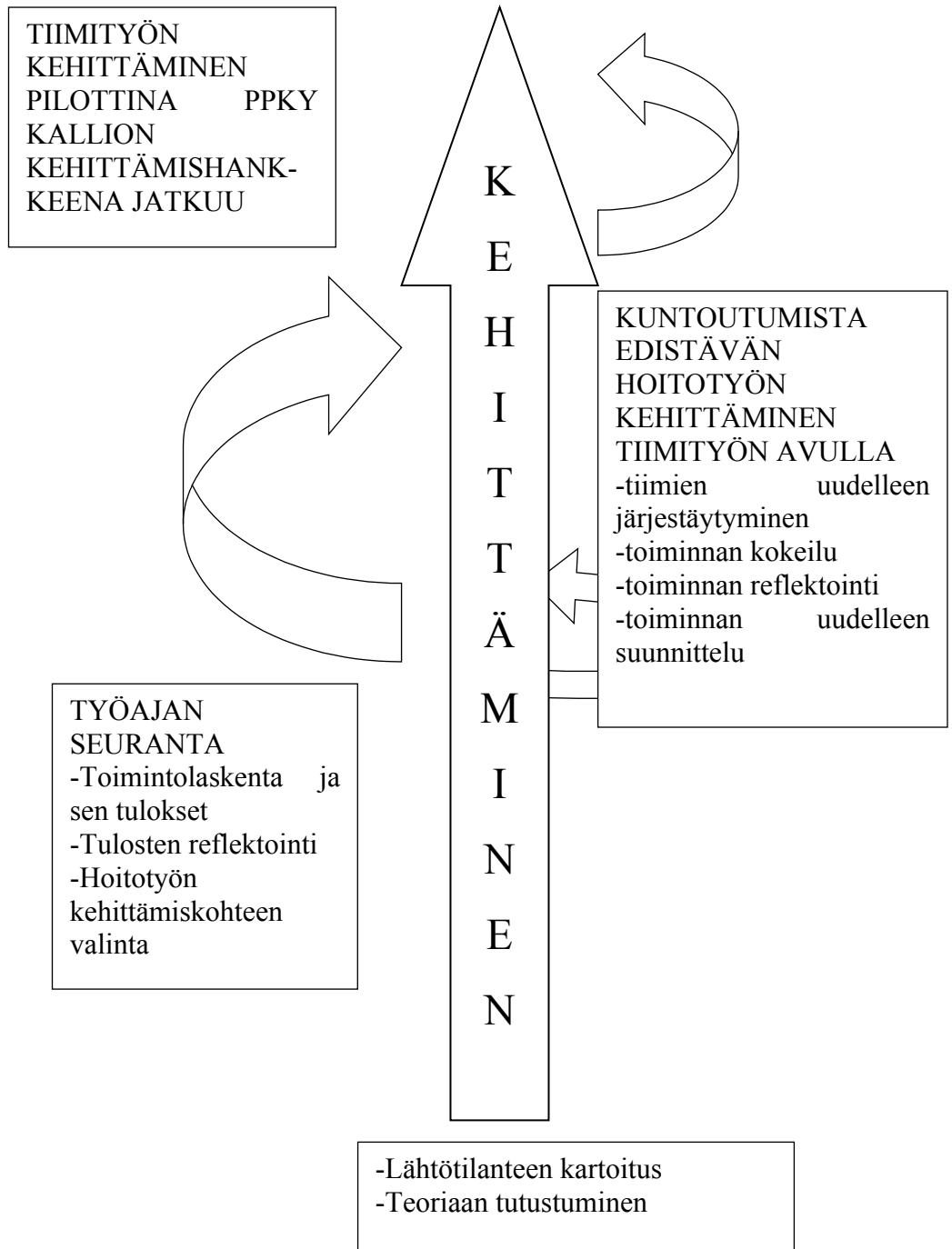
asioita, joista pelisäännöissä sovitaan, ovat esimerkiksi yhteisten kokoontumisten aikataulut, tiedonkulku ja työntekijöiden vastualueet (Koivukoski & Palomäki 2009, 48-53). Aloitimme yhteisten pelisääntöjen luomisen arvokeskustelulla. Tiimityössä usein esiintyviä arvoja ovat avoimuus ja luottamus, suora viestintä sekä erilaisuus. Nämä arvot ovat linjassa Ppky Kallion strategiassa esitettyjen arvojen (luottamus, oikeudenmukaisuus, osaaminen ja vastuullisuus) kanssa. Tavoitteeksi tuli luoda kevään aikana Omavieskan tehostetun palveluasumisen tiimeille pelisäännöt, vaikka tiimeihin oli tulossa vielä kesän kynnyksellä rakenteellisia muutoksia Sipilän asukkaiden päästessä omaan yksikkönsä ja Omavieskan rivitalon asukkaiden siirtyessä kotihoidon asiakkaisiksi. Tiimityön kehittämistä aloitettaessa eräänä tavoitteena oli toiminnan yhtenäistäminen, joten tavoitteena oli saada aikaiseksi toimivat pelisäännöt, joihin kaikki tiimit voivat sitoutua.

5.3 Tiimityön kehittäminen Omavieskassa työhyvinvoinnin pilottihankkeena

Keväällä 2010 Omavieskan työyhteisölle tarjoutui tilaisuus jatkaa tiimityön kehittämistä osana Ppky Kallion työhyvinvoinnin kehittämishanketta. Ppky Kalliolla on meneillään 'Työhyvinvointia Kallioperustalle' -kehittämishanke, jonka tavoitteena on työhyvinvointijärjestelmän luominen uuteen peruspalvelukuntayhtymään. Hankkeen toteutusvaihe on vuosina 2009-2011. Kehittämishankkeen tarkoituksena on rakentaa Ppky Kallion työhyvinvointijärjestelmä sellaiseksi, että sen avulla luodaan, ylläpidetään ja edelleen parannetaan henkilöstön työhyvinvointia kaikilla sen osa-alueilla. Hanke on jaettu seitsemäksi osahankkeeksi, joita ovat mm. 'Menettelytapaohjeet sekä turvallisuusmääräykset ja -ohjeet', 'Ennakoivan työhyvinvointitoiminnan järjestelmät', 'Korjaavan työhyvinvointitoiminnan järjestelmät' ja 'Välillisen työhyvinvointitoiminnan järjestelmät'. Työyhteisömme osallistuu 'Lähityöyhteisöjen ja työn kehittäminen' -osahankkeeseen. Tätä osahanketta toteutetaan kymmenen pilottityöyhteisön avulla. (Ppky Kallio 2008, Työhyvinvointia Kallioperustalle Kehittämishankkeen toteutussuunnitelma.)

Pilottityöyhteisöt on valittu tasapuolisesti kuntayhtymän eri toiminta-alueilta, viisi työyksikköä kuuluu terveyspalveluihin ja viisi hyvinvointipalveluihin. Kukin työyksikkö valitsee omalle työyhteisölleen ajankohtaisen kehittämiskohteen. Näitä kehittämiskohteita ovat esimerkiksi perehdyttäminen (fysioterapian työyksikkö), työvälineenä oma persoona (terapiakeskus), jälkipuinti/väkivalta ja hankalat omaiset (terveyskeskus os. 3) ja kasvatuskumppanuus (varhaiskasvatuspalvelut). Kevään 2010 aikana työyksiköissä laadittiin kehittämissuunnitelma, joka toteutetaan kuluvan vuoden aikana (liite 6). Vuoden 2011 alussa pilottityöyhteisöt esittelevät tuloksensa koko organisaatiolle yhteisissä koulutuspäivissä. Hankkeen yhteistyökumppani on työterveyslaitos, joka vastaa aiheeseen liittyvien koulutusten järjestämisestä. Koulutusta on työhyvinvointiin liittyen sekä koko Kallion organisaatiolle että erityisesti pilottihankkeeseen osallistuville. (Huurre Työhyvinvointia Kallioperustalle 2010.)

Työyhteisössämme valittiin tiimityötä kehittämistä vetämään työryhmä, johon kuuluvat kolme oppisopimuskoulutuksessa lähihoitajiksi opiskelevaa työntekijää, johtamisen erikoisammattitutkintoa suorittava sairaanhoitaja, pilotin vastuuhenkilöksi valittu sairaanhoitaja sekä lähiesimies. Lähihoitajiksi valmistuvat työntekijät suorittavat tiimityön kehittämishanketta opinnäytetyönään. Hanke sopii hyvin jatkamaan työyhteisössä jo alkanutta tiimityön kehittämistä. Työterveyslaitoksen asiantuntijoiden tietotaito tiimityön kehittämisessä tuo varmasti uusia näkökulmia asiaan ja auttaa saavuttamaan asetettuja tavoitteita.



KUVIO 2. Ikäihmisten hoitotyön kehittäminen toimintatutkimus -menetelmällä Omavieskassa

6 KEHITTÄMISTYÖN POHDINTA

6.1 Kehittämistyön keskeiset päätelmät

Kunta- ja palvelurakennemuutoksen tavoitteena on löytää uusia palvelujen tuottamis- ja järjestämistapoja sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan suunnitteluun, rahoitukseen ja johtamiseen. Sosiaali- ja terveystalouksia tuottavat organisaatiot muuttuvat, samoin myös työyhteisöt organisaatioiden sisällä. Juutin & Virtasen (2009, 30) mukaan muutoksella organisaatiossa voidaan tarkoitaa laajasti erilaisia asioita. Sillä voidaan viitata esimerkiksi organisaatiofuusioon, työtapojen muutoksiin työyhteisöissä, organisaatiokulttuurissa tapahtuviin muutoksiin, yksittäisen työntekijän ajattelutavan muutokseen tai yksilölliseen oppimiskokemukseen. He tarkastelevat organisaatiomuutosta suhteessa ympäristöön muun muassa sosiaalisen konstruktivismiin näkökulmasta. Tästä näkökulmasta katsoen henkilöstön osallistuminen muutokseen on ensiarvoista, koska organisaation jäsenet ovat se kontekstiin sovellettu asiantuntijajoukko, jonka luovuudesta ja yhteistyön halusta muutoksen onnistuminen riippuu. Onnistuneen muutoksen toteuttaminen on yhtä monimuotoista kuin itse muutosten kirjo.

Ppky Kallion perustaminen ja toiminnan käynnistyminen ovat tuoneet laajoja sekä rakenteellisia että kulttuurisia muutoksia alueen asukkaiden peruspalveluihin ja kuntayhtymän työntekijöiden työhön. Tämä opinäytetyö on osa meneillään olevaa Ppky Kallion hoiva- ja asumispalveluiden kehittämis- ja yhtenäistämisprosessia. Ikääntyvien hoitotyö pyritään toteuttamaan eri yksiköissä mahdollisimman yhtenäisesti ja laadukkaasti valtakunnallisia suosituksia noudattaen ja tilaaja-tuottaja -sopimusten puitteissa. Työajanseurannan tulosten pohjalta voidaan pohtia eri yksiköiden välisiä eroja työajankäytössä, mitä syitä eroihin on ja miten toimintaa voidaan ajanmukaistaa ja yhtenäistää. Kehittämis- ja yhtenäistämistyö jatkuu eri hoitotyön osa-alueilla toimivien kehittämissiimien avulla. Näissä kehittämissiimeissä on työntekijöitä kaikista hoiva- ja asumispalveluyksiköistä.

Omassa työyksikössäni Omavieskassa valittiin kehittämiskohteeksi kuntoutumista edistävä hoitotyö tiimityön avulla ja suoritettiin konkreettisia muutoksia tiimijaossa. Mielestäni tiimityön kehittämisellä ja RAI-arviointijärjestelmän käyttöönotolla pystytään edistämään kuntoutumista tukevaa hoitotyötä. Jo lyhyellä aikavälillä on saatu aikaan mitattavia muutoksia hoitotyössä. Esimerkiksi RAI-palauteraporttien (2009, 2010) mukaan Omavieskassa on asukkaiden toimintakyvyn lasku puolen vuoden aikana vähentynyt selvästi (50 %:sta 25 %:iin). Samoin aktivoivan hoitotyön määrä liikuntarajoitteisilla on kasvanut huomattavasti. Toimivien käytäntöjen kehittäminen sekä uusien asioiden oppiminen ja sisäistäminen vaatii kuitenkin aikaa ja pitkäjänteisyyttä. Samankaltaisia kokemuksia ikäihmisten hoitoyhteisöistä on esimerkiksi Koukkuniemen vanhainkodista, jossa kehitettiin asiakaslähtöistä hoitotyötä RAI-arviointijärjestelmän avulla toimintatutkimusmenetelmällä (Mäkinen, Sipola-Mäkinen & Lipponen 2008, 20-23).

Tiimityön kehittäminen jatkuu edelleen tiimin pelisääntöjen kirjoittamisella. Tiimityön kehittämisessä korostuu seuraavaksi työhyvinvointi -näkökulma, koska kehittämistä jatketaan yhteistyössä työhyvinvointi-hankkeen kanssa. Esimerkiksi Noormarkun kunnan palveluasuntoyksikössä on parannettu työhyvinvointia tiimityötä kehittämällä. Työhyvinvoinnin parantamisen koettiin heijastuvan työntekoon ja edelleen asukkaisiin parempana hoitotyönä (Virta, Koivunen & Klimoff 2008, 24-26). Tämän tapaisia heijastumia on toivottavasti myös Omavieskan asukkaiden hoitotyössä tulevana vuosina.

Kokonaisuudessa tämä kehittämistyön prosessi eteni toimintatutkimuksena suunnitelman mukaan (KUVIO 1., KUVIO 2.). Kehittämistyön aikana käytiin läpi kaksi kehittämisycliä, joiden pohjalta päästiin aloittamaan kolmatta kehittämistyön vaihetta. Toimintatutkimuksen keskeiset periaatteet, kuten jatkuvuus, spiraalimaisuus ja oman työn reflektointi toteutuivat työyhteisön käytännön toiminnassa. Työyhteisön valmiudet kyseenalaistaa toimintatapoja, kokeilla ja arvioida uusia toimintamalleja eli kehittää omaa käytännön työtään lisääntyivät. Samoin työyhteisön kyky kohdata muutoksia on parantunut. Esimerkiksi Omavieskan keittiön muuttuessa jakelukeittiöksi osa ruokahuollon tehtävistä siirtyi hoitohenkilökunnalle. Tähän uuteen työnjakoon etsittiin työyhteisössä yhdessä keskustellen ratkaisuja, kokeiltiin ja arvioitiin, mikä toimii käytännössä parhaiten. Myös pienet muutokset, kuten siirtyminen

työskentelemään päiväksi toiseen tiimiin kuin työvuorolistassa on suunniteltu, sujuvat aikaisempaa joustavammin.

Stenvall ja Virtanen (2007, 12-16) esittävät organisaatioiden muutosjohtamiseen liittyen kolme mielestään keskeisintä asiaa. Ensinnäkin onnistunut muutosprosessin toteutus perustuu aina kriittiseen reflektioon. Reflektio on oman ja organisaation toiminnan kriittistä tarkastelua, entisen toiminnan kyseenalaistamista ja oppimiskokemuksiin pyrkimistä. Toiseksi muutoksen tekeminen ei onnistu ilman avointa kommunikaatiota ja luottamusta. Ne ovat työhyvinvoinnin edellytyksiä ja työhyvinvointi puolestaan muutoksen toteutumisen tärkeimpiä tekijöitä. Kolmanneksi tieto mahdollistaa muutoksen. Muutoksen johtaminen on helpompaa, jos se perustuu luotettavaan tietoon ja näyttöön muutoksen tarpeesta, toteutuksesta ja onnistuneen toteutuksen myönteisistä vaikutuksista.

Tässä kehittämistyössä on pyritty vastaamaan edellä mainittuihin muutoshaasteisiin. Kehittämistyön aluksi selvitettiin konkreettisesti, mitä hoitotyön tekijät tekevät työaikanaan eri hoiva- ja asumispalveluyksiköissä työajanseurannan avulla. Työyhteisö reflektoi itse omaa toimintaansa ja valitsi siitä kehitettävän kohteen. Avoimuutta ja luottamusta on pyritty edistämään pitämällä säännöllisesti työyhteisöpalavereja, joissa kaikilla on ollut mahdollisuus ilmaista mielipiteensä.

Ponteva (2009, 189-190,197) on tutkinut väitöskirjassaan työntekijän samaistumista organisaatioon ja vieraantumista työstä organisaatiomuutoksessa. Hän muodosti teorian pohjalta neljä perusasennetta, ”identiteettiväittämää”, jotka kuvaavat työntekijän suhtautumista organisaatioon muutostilanteessa. Nämä ovat innostus, kuuliaisuus, kyynisyys/välinpitämättömyys ja omapäisyys/kapinallisuus. Hänen mukaansa muutostilanteessa kannattaa erityisesti pitää huolta siitä, että työntekijät saavat tarpeeksi tietoa muutosprosessin etenemisestä ja pääsevät mahdollisuuksien mukaan osallistumaan siihen. On myös tärkeää tietyn ajan päästä arvioida muutosta. Kaikki edellä mainitut suhtautumistavat muutosvaiheeseen ovat olleet tunnistettavissa omassa työyhteisössäni. Jokainen työntekijä on yksilö ja muutos vaatii sekä oppimista että kehittymistä ja kasvua. Yksilön käyttäytyminen muuttuu, kun tarvittavat tiedot, taidot ja asenteet ovat muuttuneet ja tunnetaso on asiassa mukana (Sydänmaanlakka 2007, 70-72).

Työyhteisön reflektointi-, arvioimis- ja kehittämiskykyä on herätelty ja uusi ajattelumalli työyhteisön itsensä tekemästä tuloksellisesta ja pitkäjänteisestä kehittämistyöstä on alkanut muodostua. Tässä ”työntekijä oman työnsä tutkijana ja kehittäjänä” –ideologiassa keskeistä on oman työn ”haltuun otto” ja sen näkyväksi tekeminen (Mäkisalo 2003, 148). Työyhteisön reflektointi- ja kehittämiskyky ovat tärkeimpiä tekijöitä myös työyhteisön voimaantumisosuudessa. Voimaantumisen alkuun päässyt työyhteisö uskaltaa kohdata muutoksia ja suhtautua tulevaisuuden haasteisiin luottavaisesti.

Opiskelu ja samanaikaisesti työskenteleminen lähiesimiehenä muutosvaiheessa olevassa organisaatiossa on ollut haastavaa. Olen käynyt muutosprosessissa läpi samoja tunteita ja kokemuksia kuin työyhteisökin. Ammattikorkeakouluopinnoissa korostuu mielestäni voimakkaasti itsenäinen, konstrukttiivinen oppiminen. Omassa oppimisprosessissa olisin kaivannut joissakin vaiheissa tiiviimpää ja yksilöllisempää ohjausta. Mielestäni ylempää ammattikorkeakoulututkintoa voisi kehittää entistä enemmän yhteistyössä käytännön työelämän kanssa. Esimerkiksi opinnäytetyön aloitusvaiheessa opiskelija, ohjaavat opettajat ja työpaikan edustajat voisivat pitää yhteisen palaverin, jossa tarkennettaisiin kehittämisaihetta, sen tavoitteita ja keinoja sekä siihen käytettävissä olevia resursseja. Toisaalta lähiesimiehen työssä oman työyhteisön kehittäminen, teoreettisen tiedon jalkauttaminen käytännön toiminnaksi ja hoitotyön laadun edistäminen ovat keskeisiä tehtäviä. Niiden toteuttaminen vaatii sekä itsenäistä työtettä että yhteistyötaitoja ja moniammatillisuuden hyödyntämistä. Opiskelu johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelmassa on teoretiedon lisäksi kartuttanut juuri näitä taitoja. Opintojeni loppuvaiheeseen päästyäni jaan työyhteisöni kanssa orastavan voimaantumisen tunteen ja odotan mielenkiinnolla tulevaisuuden haasteita.

6.2 Toimintatutkimuksen luotettavuus

Toimintatutkimukselle ei sen luonteesta johtuen löydy yksinkertaista ja yksiselitteistä arviointimenetelmää. Toimintatutkimusten sisällysluetteloista ei löydy otsikkoa ”Tutkimuksen arviointimenetelmä”. Tutkijat arvioivat yleensä tutkimustaan raportin pohdintaosassa tarkastellen tutkimuksen luotettavuutta, tuloksia, johtopäätöksiä ja

eettisiä kysymyksiä. Näin ovat arvioineet toimintatutkimusmenetelmällä tekemäänsä väitöskirjaa esimerkiksi Loppela (2004), Löfman (2006) ja Veijola (2004). Toisaalta tutkimusta arvioidaan koko raportoinnin ajan perustelemalla ja pohtimalla tehtyjä valintoja. Tuomen ja Sarajärven (2002, 135-138) mukaan laadullista tutkimusta on arvioitava kokonaisuutena, jolloin sen sisäinen johdonmukaisuus painottuu. Vaikka tutkimuksen yksittäiset osat olisivat erinomaisia, niiden pitää olla sitä myös suhteessa toisiinsa.

6.2.1 Toimintatutkimuksen arviointi validoinnilla

Toimintatutkimus on saanut 2000-lukua lähestyttäessä vahvoja vaikutteita postmodernismista. Postmodernistinen lähestymistapa arvioi tutkimuksia kokonaisvaltaisesti, myös tunteet ja esteettiset vaikutelmat ovat siinä läsnä. Tutkijan subjektiivisuus tunnustetaan ja tunnustetaan. Totuuden ongelmallisuutta tarkastellaan laaja-alaisesti. Toimintatutkimuksen luotettavuuden arviointiin perinteiset reliabiliteetti ja validiteetti soveltuvat huonosti. Heikkinen ja Syrjälä (2007, 149-161) esittelevät Kvalen ajatuksiin perustuen toimintatutkimuksen arviointiin validoinnin periaatteita. Validoinnilla tarkoitetaan prosessia, jossa ymmärrys maailmasta kehkeytyy vähitellen. Tämän taustalla on filosofia, jonka mukaan inhimillinen tieto maailmasta perustuu kielen välityksellä tapahtuvaan tulkintaan. Jokainen tulkinta on sidoksissa aikaan, paikkaan ja kieleen; lopullista tulkintaa ei ole. Totuus on jatkuvaa neuvottelua, keskustelua ja dialogia.

Heikkinen ja Syrjälä (2007, 149-161) ehdottavat edelleen Kvaleen perustuen viisi validointi- eli arviointiperiaatetta toimintatutkimuksen arvioimiseksi. Nämä ovat historiallinen jatkuvuus, reflektiivisyys, dialektisuus, toimivuus ja havahduttavuus. Kokonaisuus on enemmän ja toisenlainen kuin osiensa summa. Anttilan (2007, 148) esittämät kehittämishankkeen luotettavuuden arvioinnin keskeiset teemat ovat samankaltaisia. Hän käyttää niistä otsikoita uskottavuus, vilpittömyys, osaaminen, hyödynnettävyys ja vaikuttavuus. Arvioin omaa opinnäytetyötäni näiden toimintatutkimuksen arviointiperiaatteiden mukaan.

Historiallinen jatkuvuus

Toimintatutkimusprosessi sijoittuu tiettyyn historialliseen, poliittiseen ja ideologiseen yhteyteen; toiminta ei ala tyhjästä eikä pääty koskaan. Toiminnan kehittymistä voidaan tarkastella sekä makrotasolla laajana yhteiskunnallisena ilmiönä että mikrotasolla sosiaalisen yhteisön toiminnan historiana esimerkiksi työyksikkötasolla. Toinen tärkeä historiallisen jatkumon tekijä on toiminnan juonellistaminen. Tutkimusraportissa tapahtumat esitetään usein ajallisesti etenevänä sarjana ja lukijan on mahdollista seurata tapahtumien syy-seurausketjuja. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 149-151; vrt. Anttila 2007, 147 uskottavuus)

Pyrin omassa opinnäytetyöni raportissa tuomaan tehostetun palveluasumisen kehittämisen esille sekä yhteiskunnallisena ilmiönä että työpaikkakohtaisena asiana. Ikäihmisten hoito ja sen palvelurakenteen kehittäminen ja resurssit ovat olleet paljon esillä yhteiskunnallisessa keskustelussa ja myös tutkimuksen aiheina. Liitän oman työni tähän jatkumoon sekä seudullisesti että valtakunnallisesti. Omalla työpaikallani olen aikaisemmissa opinnoissani kartoittanut työyhteisön historiaa kehittävän työntutkimuksen avulla. Tässä opinnäytetyössä kartoitettiin työyhteisön nykytilannetta ja yritettiin yhdessä löytää keinoja, joilla vastataan tulevaisuuden haasteisiin. Olen pyrkinyt kirjoittamaan loogisen ja johdonmukaisen raportin kehittämistyöni kulusta.

Reflektiivisyys

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan tärkein työväline on hän itse. Siksi tutkijan on tärkeä reflektoida omaa rooliaan ja oman identiteetin rakentumisen prosessia tutkimusprosessin rinnalla. Reflektiivinen tutkija pyrkii tiedostamaan oman tietämisensä mahdollisuuksia ja rajoituksia. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija tulkitsee sosiaalista todellisuutta, joten hänen on tarkasteltava omaa suhdettaan tutkimuskohteeseensa. Tutkijan kykyä ymmärtää tutkimuskohdetta aikaisemman elämäkokemuksen avulla voidaan kutsua tutkijan subjektiiviseksi adekvaattisuudeksi. Lisäksi tutkijan on hyvä pohtia omaa tiedonprosessiaan ja sitä, miten hän kirjoittamalla tuottaa todellisuutta. Reflektiivisyys on toimintatutkimuksen syklin peruskäsitteitä. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 152-154; vrt. Anttila 2007, 148.)

Toimintatutkimuksen arvioinnissa tutkijan roolin tunnistaminen on tärkeää paitsi tutkimuksen luotettavuuden myös tutkimusetiikan kannalta. Tutkija joutuu punnitsemaan osallisuutensa, roolinsa ja tutkimukselliset valintansa tavanomaista tarkemmin monien odotusten ristipaineessa ja kantaessaan vastuuta tutkimuksen riippumattomuudesta. (Pohjola 2007, 17-24.)

Pitkä työkokemukseni ikäihmisten parissa Omavieskassa sekä viimeisimpien vuosien kokemus työyhteisöni lähiesimiehenä isommassa Ppky Kallion organisaatiossa tarjoavat minulle laajan näkökulman työyhteisöni. Mielestäni näkökulma on niin laaja, että sitä voidaan kutsua tutkijan subjektiiviseksi adekvaattisuudeksi. Olen selvittänyt oman viitekehitykseni opiskelijana, työntekijänä ja kehittämistyön vetäjänä raportissa mahdollisimman selkeästi.

Dialektisuus

Sosiaalinen todellisuus rakentuu keskustelussa dialektisena prosessina. Dialektisuus tarkoittaa totuuden rakentumista väitteiden ja vastaväitteiden tuloksena siten, että lopputuloksena on synteesi, joka sisältää molemmat näkökulmat. Toimintatutkimuksessa tutkija ei rakenna itseään monologiksi, vaan sisällyttää siihen erilaisia tulkintoja ja ääniä, ristiriitaisiakin. Raportissa hän antaa tilaa erilaisille äänten ja ajatusten polyfonialle. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 154-155; vrt. Anttila 2007, 148 vilpittömyys.)

Moninaisten, kriittisten ja ristiriitaisienkin näkökulmien esittäminen tutkimusprosessin eri vaiheissa ja niiden pohtiminen ja esittäminen raportissa parantaa tutkimuksen laatua ja lisää sen luotettavuutta. Tätä kehittämistyötä tehdessä kohtasin työyhteisön muutosvastarintaa, ahdistusta ja eriäviä mielipiteitä. Uskon eri näkökulmien kirjaamisen myös lisääneen tutkimuksen luotettavuutta tehden siitä mielenkiintoisemman ja värikkäämmän.

Toimivuus

Toimivuusperiaatteen näkökulmasta toimintatutkimusta arvioidaan sen käytännönvaikutusten, esimerkiksi hyödyn tai osallistujien voimaantumisen, kannalta.

Toimivuusperiaatteen juuret ovat pragmatismissa. Pragmatistille totta on se, mikä toimii. Tutkimus saattaa kuitenkin osoittaa kokeillun käytännön toimimattomaksi. Toimintatutkimusta ei voidakaan arvioida suoraviivaisesti hyödyn näkökulmasta. Epäonnistuminenkin voi tuottaa arvokasta tietoa. Toimivuusperiaatteen mukaan hyviä tutkimuksia eivät ole vain ”onnistuneet” tutkimukset, koska epäonnistuneenkin toiminnan rehellinen raportointi voi auttaa tutkijaa tai tutkimuksen lukijaa toimimaan entistä paremmin, kiertämään epäonnistumisen ”sudenkuopat”. (Heikkinen & Syrjälä 2007 155-157; vrt. Anttila 2007, 148.)

Tutkimuksen toimivuutta voidaan tarkastella myös sen kannalta, miten se tuo esille vallan mekanismeja. Kriittinen toimintatutkija ei käytä käsitteitä pohtimatta niiden taustalla olevaa vallan käyttöä tai itsestään selvinä pidettyjä ajatusjärjestelmiä. Toimivuusperiaatteeseen liittyy myös voimaantumisen käsite. Onnistunut tutkimus saa osallistujat uskomaan omiin kykyihinsä ja taitoihinsa. Parhaimmillaan se voimaannuttaa ja saa ihmiset parantamaan omia elinolojaan sekä luottamaan omaan järkeensä ja itsemääräämisoikeuteensa. Toimivuusperiaate syvenee, kun pohditaan tutkimuksen käytännöllisiä seurauksia eettisestä näkökulmasta. Eettisesti kestävää toimintaa on pohtia, miten tutkimus vaikuttaa tutkittaviin, tutkijoihin, tiedeyhteisöön ja laajemmin yhteiskuntaan. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 157-158.)

Pidän tätä validointiperiaatetta omaa kehittämistyötäni arvioidessa keskeisenä periaatteena. Tarkoitukseni oli kehittää tehostettua palveluasumista siten, että siinä tapahtuu toiminnallisia muutoksia. Vaikka osa muutoksista osoittautuisi käytännössä epäonnistuneiksi, koen, että niiden toteuttaminen ja uusien toimintamallien kokeileminen sinänsä edistää työyhteisön toimintaa. Kehittämisen jatkumiselle on tärkeää raportoida luotettavasti myös epäonnistuneet kokeilut. Työyhteisön itsereflektiivisen prosessin ja kulttuurin aloittaminen ja työyhteisön suuntaaminen kohti oppivaa, älykästä organisaatiota olivat eräs kehittämistyöni tavoitteita. Tähän prosessiin voidaan liittää myös käsite voimaantuminen, joka puolestaan on hyvin tärkeä työhyvinvointia lisäävä tekijä (Heikkilä & Heikkilä 2005).

Havahduttavuus

Hyvä tutkimus havahduttaa ajattelemaan ja tuntemaan asioita uudella tavalla. Todentuntuinen kertomus tuo elävästi mieleen jotain lukijan itse kokemaa. Kun kertomuksen maailma on lukijalle uskottava, hän eläytyy tarinan henkilöiden maailmaan ja ymmärtää heitä. Tämä ei ole kuitenkaan pelkästään omien kokemusten uudelleen elämistä, vaan se saattaa avata uuden näkökulman asiaan. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 160.)

Tieteellisen tutkimuksen kirjoittaminen edellä kuvatulla tavalla lisää tutkimusten lukemista ja teorian tiedon viemistä käytännön työhön. Tavoitteenani oli tuottaa raportti, joka on selkeä ja ymmärrettävä. Olen yrittänyt välttää vierasperäisten, outojen sanojen käyttöä ja selvittää myös teoreettisia perusteita mahdollisimman käytännönläheisesti.

6.2.2 Toimintatutkimuksen arviointi pragmatistisesta näkökulmasta

Käytännön työntekijänä minua kiinnostaa edellä mainitun validointimenetelmän lisäksi myös pragmatistinen näkökulma tutkimuksen arviointiin. Onnistunut toimintatutkimus tuottaa uuden toimivan käytännön. Edellä toimivuusperiaatteessa kuvattiin, että asia ei ole näin yksinkertainen. Epäonnistuminenkin voi kehittää työyhteisöä. Toimiva käytäntö voi olla paitsi konkreettista toimintaa, myös esimerkiksi uusi demokraattinen keskustelukulttuuri, joka perustuu osallistujien avoimuuteen, vastavuoroisuuteen ja reflektiivisyyteen. (Huttunen, Kakkori & Heikkinen 1999, 126.)

Haluan kehittämistehtäväni loppuvaiheessa kartoittaa työyhteisön työntekijöiltä kehittämistehtävän onnistumista tästä näkökulmasta keskustelemalla asiasta koko henkilökunnan palaverissa sekä syksyn 2010 kehityskeskusteluissa. Ppky Kallion esimiehen ja työntekijän välisissä kehityskeskusteluissa käytetään runkona lomaketta, jossa kartoitetaan muun muassa työntekijän käsityksiä työyksikön käytännön toimivuudesta ja näkemystä työyhteisön ilmapiiristä ja siinä tapahtuneista työntekoon vaikuttavista muutoksista (Ppky Kallio, Esimiehen ja työntekijän välinen kahdenkeskinen kehityskeskustelu -lomake). Koen itselleni tärkeäksi nimenomaan sen,

onko työyhteisö kokenut hyötyvänsä kehittämistoiminnasta ja missä vaiheessa muutosta ollaan menossa.

6.3 Toimintatutkimuksen eettisyys

Eettisyys on tutkimuksessa kaikkea läpäisevä periaate, joka on läsnä tutkijan jokaisessa valinnassa. Tutkimuksen eettisyyttä on tarkasteltava monista eri näkökulmista. Lähtökohta tarkastelulle on tiedon intressin etiikka, johon sisältyvät tutkimusaiheen valinta, sen teoreettinen perustelu, tutkimuksen rajaus ja tutkimuskysymysten asettelu. Seuraavaksi on tarkasteltava tiedon hankkimisen etiikkaa, joka kattaa tutkijan suhteen tutkimuskohteeseen ja aineiston hankinnan eri vaiheineen. Tiedon tulkitsemisen etiikkaan liittyvät aineiston analysointi, tulosten tulkinta ja niiden esittäminen. Lisäksi on tärkeä pohtia myös tutkimusprosessin seurauksena syntyviä eettisiä haasteita, kuten tiedon julkistamisen etiikkaa, saadun tiedon käyttämisen etiikkaa ja erityisesti yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa sosiaalisen vastuun etiikkaa. Tutkimukseen kuuluu myös kollegiaalinen etiikka, joka käsittää toisten tutkijoiden työn huomioimisen ja kunnioittamisen. Epärehellisyyttä on vältettävä kaikissa tutkimustyön osavaiheissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 25-28; Pohjola 2007, 11-12.)

Ikäihmisten hoitotyön kehittäminen tuntui luontevalta valinnalta tutkimusaiheekseni, koska se on osa työtehtäviäni. Pysin hyödyntämään opiskeluani ammattikorkeakoulussa käytännön työhöni. Kehittämisaiheeni on mielestäni ajankohtainen ja perusteltu sekä valtakunnallisten haasteiden että paikallistasolla tapahtuneiden sosiaali- ja terveystieteiden muutosten vuoksi.

Toimintatutkimuksessa tutkija asettuu osaksi tutkimaansa prosessia, mikä herättää monia eettisiä kysymyksiä. Miten tutkia kriittisesti ja luotettavasti prosessia, jossa on itse vahvasti osallisena? Toimintatutkimuksessa tutkija joutuukin punnitsemaan tavanomaista eritellymmän osallisuutensa, roolinsa ja tutkimukselliset valintansa. Tutkijan on selkiytettävä myös omat lähtökohtansa, arvonsa ja asenteensa. (Pohjola 2007, 22-24.)

Toimintatutkimuksen avulla pyrin saamaan työyhteisön reflektoimaan ja kehittämään omaa toimintaansa pitkäjänteisesti. Ulkoapäin johdetut kehittämisprojektit ovat yleensä tuottaneet vain lyhytaikaisia muutoksia toimintaan. Projektin loputtua työyhteisö on huokaissut ja palannut vanhoihin käytäntöihin. Omaa rooliani tutkijana ja lähiesimiehenä olen pyrkinyt selkeyttämään kertomalla työyhteisölle avoimesti opiskelustani ja siihen liittyvästä kehittämistehtävästä. Opinnäytetyön raporttiin olen kirjoittanut työyhteisössä tapahtuneista asioista ja muutoksista totuudenmukaisesti.

Kehittämistyön aikana on käytetty erilaisia tiedon hankintamenetelmiä. Työajanseuranta suoritettiin kaikissa Ppky Kallion tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Asiasta informoitiin yksiköiden palveluesimiehiä palaverissa ja he puolestaan tiedottivat asiasta yksiköissään. Työajanseurantalomakkeiden mukana oli asiaa selventävä saatekirjelmä. Täytettyjä lomakkeita käsiteltiin luottamuksellisesti eikä niistä voinut päätellä, kuka lomakkeen on täyttänyt. Omavieskan henkilökunnan kehittämispalaverit on pyritty järjestämään niin, että mahdollisimman moni työntekijä on kyennyt osallistumaan. Päätökset on tehty demokraattisesti.

Työajanseurannan tulokset analysoitiin SPSS-tietojenkäsittelyohjelmalla. Yksikkökohtaiset tulokset ammattiryhmittäin jätettiin tekemättä, koska joissakin yksiköissä on vain yksi ammattiryhmän edustaja, esimerkiksi vain yksi sairaanhoitaja tai yksi kotiaivustaja. Jos tulokset olisi analysoitu yksikkökohtaisesti ammattiryhmittäin yksittäisen työntekijän työajankayttö olisi tullut esille. Kaikille palveluesimiehille tiedotettiin yleiset työajanseurannan tulokset. Yksikkökohtaiset tiedot työajanseurannasta annettiin hoiva- ja asumispalveluiden palvelupäällikölle sekä jokaisen työyksikön palveluesimiehelle oman yksikkönsä tulokset. He voivat hyödyntää niitä oman harkintansa mukaan. Tämän kehittämistyön myötä Omavieskan toimintaan on tullut muutoksia, joihin kaikki työyhteisön jäsenet ovat osallisia. Oman työn reflektointiin, muutosten arviointiin ja edelleen kehittämiseen olen yrittänyt saada jokaisen työntekijän mukaan. Kaikki työyhteisön jäsenet voivat mielestäni vaikuttaa asioihin yhtäläisesti.

Tutkimuksen eettisyyttä pohdittaessa on mietittävä myös tutkimusta vallankäyttäjänä ja tutkimuksen hyötyä. Tutkimukset tuottavat uusia näkökulmia, jäsenystapoja ja paljastavat ilmiöiden välisiä yhteyksiä. Tutkimus saa aikaan seurauksia, muuttaa

käsityksiä ja vaikuttaa. Uuden tiedon avulla pyritään tekemään parempia päätöksiä ja toiminnallisia ratkaisuja. Näihin tutkimuksen valtaan liittyvien kysymysten pohdintaan on lisättävä pohtiminen siitä, keitä tutkimuksella palvellaan ja keitä sen tulokset hyödyttävät. (Pohjola 2007, 24-29.)

Ikääntyvien hoitotyön kehittäminen tutkimusaiheena on mielestäni ajankohtainen ja tärkeä. Lisäksi tämän kehittämistyön tavoitteena on ohjata työyhteisöä itsereflektointiin ja voimaantumiseen, jotka edistävät työhyvinvointia ja parantavat työntekijöiden työssäjaksamista. Hyvinvoiva työyhteisö tekee laadukkaampaa hoiva- ja hoitotyötä, joten hyödynsaaja on viime kädessä tehostetun palveluasumisen asukas.

6.4 Jatkokehittämishaasteet

Peruspalvelukuntayhtymä Kallion hoiva- ja asumispalveluiden kehittäminen ja toimintojen yhtenäistäminen jatkuvat työntekijöiden muodostamissa kehittämistyöryhmissä. Omavieskassa tiimityön kehittäminen jatkuu työhyvinvointihankkeessa vuoden 2011 aikana. Kuntoutumista tukevan työotteen juurruttaminen käytännön hoitotyöhön on tällä hetkellä ajankohtaisin haaste sekä työntekijöille että lähityönjohdolle.

Työajanseuranta toteutettiin keväällä 2009 kaikissa hoiva- ja asumispalvelun yksiköissä. Toimintojen kehittämistä ja yhtenäistämistä on tapahtunut ja tapahtuu jatkuvasti. Jatkokehittämishaasteena olisi mielenkiintoista toteuttaa työajanseuranta uudelleen esimerkiksi kolmen vuoden välein ja tarkastella sen tulosten perusteella, miten hoitotyö on muuttunut.

LÄHTEET

- Alanen, H-M. 2007. Antipsychotic Use among Older Persons in Long-Term Institutional and Home Care. Acta Universitatis Tamperensis 1275. Väitöstutkimus.
- Andersson, S. 2007. Palveluasuntoja ikäihmisille Palveluasumisen nykytilanne ja tuleva tarve. Stakes-raportteja 14/2007.
- Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Tampere: AKATIIMI Oy.
- Hart, E. & Bond, M 1996. Action research for health and social care A guide to practice. Buckinham: Open University Press.
- Hakoma, M. 2008. Hoitotyön henkilöstön työajankäyttö ja hoitotyön laatu pitkäaikaissairaanhoidon vuodeosastolla. Pro gradu tutkielma. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Hallituksen linjaukset ja uudistuksen eteneminen 2009. <http://www.vm.fi/vm/fi05/hankkeet/025/paras/index.jsp>. Tuloste 20.4.2009.
- Heikkilä, J. & Heikkilä, K. 2005. Voimaantuminen työyhteisön haasteena. Helsinki: WSOY.
- Heikkinen, H. 2007. Toimintatutkimus - toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Juva: PS-kustannus.
- Heikkinen, H. 2007. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Dark Oy.

Heikkinen, H., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2007. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Dark Oy.

Heikkinen, H. & Syrjälä, L. 2007. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Dark Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Huttunen, R., Kakkori, L. & Heikkinen, H. 1999. Toiminta, tutkimus ja totuus. Teoksessa Heikkinen, H., Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Juva: Atena kustannus.

Huurre, M. 2010. Työhyvinvointia Kallioperustalle Pilottien vetäjien 1. valmennuspäivä. Työterveyslaitos. Moniste.

Isoherranen, K. 2008. Moniammatillinen toiminta ryhmäilmionä. Teoksessa Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. Enemmän yhdessä -moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

Itkonen, T., Lindman, K., Corin, H. & Noro, A. (toim.) 2007. Kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä ja RAI-tietojärjestelmästä. Stakes, Työpapereita 8/2007.

Juuti, P. & Virtanen, P. 2009. Organisaatiomuutos. Keuruu: Otava.

Kartano, M-L 2008. Työryhmän ryhmädynamiikan tukeminen. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.). Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu Opas laatuun. Stakes Oppaita 49.

Kiviniemi, K. 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa Heikkinen, H., Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä - toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena Kustannus.

Koivukoski, S. & Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tiimikirja. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry.

Kokko, S., Heinämäki, L., Tynkkynen, L-K., Haverinen, R., Kaskisaari, M., Muuri, A., Pekurinen, M. & Tammelin, M. 2009. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveystalouden järjestämisen ja tuottamisen ratkaisusta 2009-2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 36/2009. pdf-julkaisu.

Kunta- ja palvelurakennemuutos Puitelain keskeinen sisältö 2006. http://www.kunnat.net/k_perussivu. Tuloste 19.4.2009.

Loppela, K. 2004. Ihminen ja työ - keskustellen työkuuntoon. Työyhteisön kehittäminen työkykyä ylläpitävän toiminnan viitekehyksessä. Acta Universitatis Tamperensis 1003. Tampere. Väitöstutkimus.

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi Hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita.

Löfman, P. 2006. Itsemääräämisen edistäminen. Osallistavan toimintamallin kehittäminen reumapotilaiden hoitotyöhön. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöstutkimus.

Manka, M-L. 2008. Tiikerinloikka työniloon ja menestykseen. Helsinki: Talentum.

Mäkinen, S., Sipola-Mäkinen, J. & Lipponen, V. 2008. RAI-arviointien avulla hoitotyö näkyväksi vanhainkodissa. Sairaanhoidaja-lehti 12, 20-23.

Mäkisalo, M. 2003. Yhdessä onnistumme Opas työyhteisön kehittämiseen ja hyvinvointiin. Tampere: Tammi.

Neuvonen, T. & Uosukainen, L. 2007. Muutos haastaa johtajuuden. Sairaanhoitaja-lehti 6-7, 45-47.

Niemi, M. 2007. Kokemuksia vertailukehittämisestä ja RAI-tietojärjestelmän käyttöönotosta Folkhälsanilla. Teoksessa Itkonen, T., Lindman, K., Corin, H. & Noro, A. (toim.) Kokemuksia vertailukehittämisestä ja RAI-tietojärjestelmän käyttöönotosta. Stakes, Työpapereita 8/2007.

Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. (toim.) 2005. Ikääntyneiden pitkäaikaisen laitoshoidon laatu ja tuottavuus - RAI -järjestelmä vertailukehittämisessä -raportti. Vaajakoski: Stakes.

Opetushallitus 2010. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja 2010 (Vanhustyön koulutusohjelma). <http://www.osaan.fi/index.php>.

Paasivaara, L. 2002. Tavoitteet ja tosiasiallinen toiminta. Suomalaisen vanhusten hoitotyön muotoutuminen monitasotarkastelussa 1930-luvulta 2000-luvulle. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulu. Väitöstutkimus.

Partanen, P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteet 99. Väitöstutkimus.

Pekurinen, M., Räikkönen, O. & Leinonen, T. (toim.) 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Helsinki: Stakes.

Pohjola, A. 2007. Eettisyyden haaste tutkimuksessa. Teoksessa Viinamäki, L. & Saari, E. (toim.) Polkuja soveltavaan yhteiskunnalliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Ponteva, K. 2009. Työntekijän samaistuminen organisaatioon ja vieraantuminen työstä organisaatiomuutoksessa Narratiivinen analyysi kilpailuun valmistautuvasta kaupunkiorganisaatiosta. Tampereen yliopisto, Kauppa- ja hallintotieteet. Väitöstutkimus.

Ppky Kallio Esimiehen ja työntekijän välinen kahdenkeskinen kehityskeskustelu – lomake 2009. Moniste.

Ppky Kallio Toimintakertomus 2009/Henkilöstötilinpäätös. Moniste.

Ppky Kallio Palvelukuvaus 2009 Hoito- ja hoivapalvelut. Moniste.

Ppky Kallio Perussopimuksen tarkistus 1.1.2009. Moniste.

Ppky Kallio Strategia 2008. Moniste.

Ppky Kallio Toiminta- ja taloussuunnitelma 2009. Moniste.

Ppky Kallio Työhyvinvointia Kallioperustalle Kehittämishankkeen toteutussuunnitelma. 7.12.2009. Moniste.

RAI -Laitoshoidon palauteraportti/Palautetietokanta. II/2009 ja I/2010. Tuloste 15.5.2010.

RAIsoft-koulutus, A-osio Käyttöönottovalmennus. 29.1.2009.

RAIsoft-koulutus, B-osio MDS-arviointi ja atk-koulutus. 11.2.2009 ja 8.4.2009.

RAIsoft -koulutus, C-osio Perusteet RAI:n käytöstä hoidon suunnittelussa. 14.1.2010.

www.finrai.org; <http://info.thl.fi/finrai>.

Ripsaluoma, J. 2007. Kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä ja RAI-tietojärjestelmästä Koukkuniemen vanhainkodissa. Teoksessa Itkonen, T., Lindman, K., Corin, H. & Noro, A. (toim.). Kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä ja RAI-tietojärjestelmästä. Stakes, Työpapereita 8/2007.

Ristolainen, M. 2007. Kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä ja RAI-tietojärjestelmästä Myllypuron sairaalassa. Teoksessa Itkonen, T., Lindman, K., Corin, H. & Noro, A. (toim.). Kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä ja RAI-tietojärjestelmästä. Stakes, Työpapereita 8/2007.

Routasalo, P. & Lauri, S. 2001. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli. *Gerontologia* 3, 207-216.

Routasalo, P., Arve, S., Aarnio, M. & Saarinen, T. 2003. Sairaanhoidtajien ja perushoitajien hoitotyö iäkkään potilaan kuntoutumisen edistämiseksi. *Tutkiva hoitotyö* 1, 24-30.

Ruohotie, P. 2002. *Oppiminen ja ammatillinen kasvu*. Juva: WSOY.

Saari, E. 2007. Mitä - pitääkö tutkijan olla myös käytännön toimija? Teoksessa Viinamäki, L. & Saari, E. (toim.) *Polkuja soveltavaan yhteiskunnalliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Saarnio, R. 2009. *Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa*. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöstutkimus.

Salminen, J. 2006. *Uuden esimiehen kirja*. Helsinki: Talentum.

Sanerma, P. 2009. *Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla*. Toimintatutkimus kotihoitotyön kehittämisestä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyessä kotihoidoksi. Tampereen yliopisto, Kasvatustieteiden laitos. Väitöstutkimus.

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.

Sosiaali- ja terveysministeriö Asetus 1241/2002, liite.

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2007. *Muutosta johtamassa*. Helsinki: Edita.

Stenvall, J., Vakkala, H., Syväjärvi, A., Leinonen, J., Juntunen, P., Oulasvirta, L. & Tiilikainen, A. 2009. *Parasta nyt - Kunta- ja palvelurakennemuutoksen suunnitteluvaiheen loppuarviointi*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Stakes Tilastot aiheittain 2009.

<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Sosiaalipalvelut/laitosjaasumispalvelut.htm>.
[Tuloste 19.4.2009](#)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. STM:n selvityksiä 2007:8.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. STM:n julkaisuja. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma(Kaste).

http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Gerontologisen hoitotyön asiantuntijatyöryhmä 2010.

https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/jasenetti/asiantuntijuuden_kehittaminen.

Tuloste 13.10.2010.

Sydänmaanlakka, P. 2007. Älykäs organisaatio. Helsinki: Talentum Media Oy.

Taitotoimisto Hanhinen 2009. <http://www.taitotoimisto.fi/cq> developer.html.

Tapanainen, M. & Komi, M. 2009. Hoitotyön suulliset raportointikäytännöt keuhkosairauksien sekä yleiskirurgian ja traumatologian vuodeosastoilla Seinäjoen keskussairaalassa. Vaasan Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2010. <http://uusi.sotkanet.fi>.

Tiikkainen, P. & Teeri, S. 2009. Gerontologisen hoitotyön osaaminen. Sairaanhoitajalehti 9, 12-15.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Työ- ja elinkeinotoimisto 2010. Lähihoitaja, vanhustyö.

<http://www.ammattinetti.fi/ammatti/>

Vaarama, M., Luomahaara, J., Peiponen, A. & Voutilainen, P. 2001. Koko kunta ikääntyneiden asialle. Saarijärvi: Stakes.

Valtioneuvoston selonteko kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 2009. <http://www.vn.fi>. Tuloste 26.3.2010.

Veijola, A. 2004. Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön – lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla. Acta Universitatis Ouluensis, D 794. Oulu. Väitöstutkimus.

Virta, S., Koivunen, M. & Klimoff, J. 2008. Vastuullinen työtapa parantaa työhyvinvointia. Sairaanhoitaja-lehti 2, 24-26.

Voutilainen, P., Raassina, A-M & Nyfors, H. 2008. Ikääntyneiden palveluiden uudet konseptit. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:47.

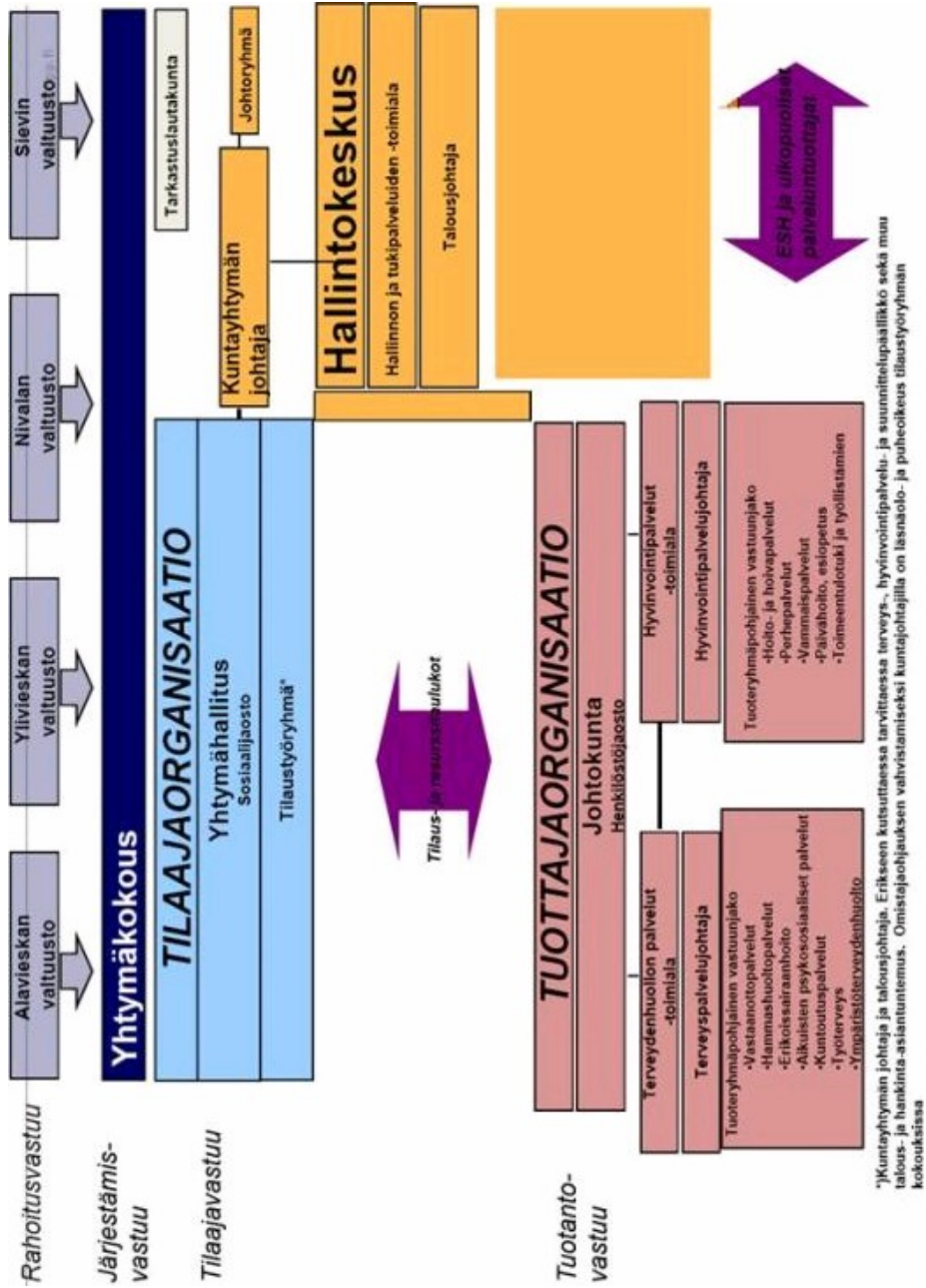
Voutilainen, P., Routasalo, P., Isola, A. & Tiikkainen, P. 2008. Gerontologisen hoitotyön tieto- ja eettinen perusta. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Voutilainen, P. 2009. Gerontologinen hoitotyö – momentum on nyt! Sairaanhoitaja-lehti 9, 10-11.

Vähäkangas, P. 2009. Toimintakykyä edistävä hoitotyö. Teoksessa Vuotilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Vähäkangas, P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöstutkimus.

LIITE 1. Peruspalvelukuntayhtymä Kallion organisaatorakenne



LIITE 2. Työajanseurantalomake



TYÖAJANSEURANTALOMAKE

Päivämäärä: ____/____ 2009 aamu / ilta / Työvuoro: yö Klo: _____

Ammatti: sh / ph- lh / kh / oa / ka / ha / sos

1 VÄLITÖN HOITOTYÖ	YHT: min
1.1 perushoito ja -hoiva	
1.2 sairaanhoito	
1.3 kuntoutus ja viriketoiminta	
1.4 voinnin tarkkailu	
1.5 yhteistyö omaisten kanssa	
1.6 siirtäminen ja kuljettaminen	
1.7 tulo- ja lähtötilanne	

2 VÄLILLINEN HOITOTYÖ	YHT: min
2.1 hoitotyön kirjaaminen	
2.2 hoitotyön raportointi	
2.3 muu kommunikaatio	
2.4 lääkkeen jako ja tarkistus	
2.5 odottelu ja etsiminen	

3 OSASTOKOHTAINEN TYÖ	YHT: min
3.1 kodinhoidolliset työt, siivoustyö	
3.2 pyykkihuolto, vaatehuolto	
3.3 toimistotyö	
3.4 osastokommunikaatio	
3.5 kokoukset, koulutus / tiedonv.	
3.6 opiskelijaohjaus	
3.7 välineet, varastot tark. / täydennys	

4 HENKILÖKOHTAINEN AIKA	YHT: min
4.1 henkilökohtaiset asiat, tauot	

5 MUU	YHT: min

Arvioi käyttämäsi aika 15 min jaksoissa merkitsemällä rasti sen toiminnan kohdalle, jota olet ensisijaisesti tehnyt 15 min ajan. Tarkista, että rasteja on juuri se määrä kuin työaikasi on (4 rastia/ h).
Esim. 7-15:00 = 32 rastia, 13:30- 21:00 = 30 rastia, 21:00-7:00 = 40 rastia
Täytä kaavaketta useita kertoja työvuoron aikana, jotta työaikamittauksen luotettavuus säilyy.

® Nieminen & Taka-Eilola

TYÖAIKASEURANNAN TOIMINTOLUOKAT

1 VÄLITÖN HOITOTYÖ = Hoitotyön toiminnot, jotka tehdään asukkaan ja / tai omaisen läsnä ollessa.

1.1 Perushoito- ja hoiva:

Asukkaan luona tapahtuva jokapäiväisistä toiminnoista huolehtiminen kuten pukeutumiset, wc-käynnit, hygienia- ja pesutoimet. Asentohoito esim. kääntäminen, nostaminen, siirroissa auttaminen. Kävelyssä auttaminen, hengitysharjoitukset, yskittäminen. Saunotus / suihkutus. Ruokailu ja siihen liittyvät toimenpiteet, kuten ruokailuun valmistaminen, kuljetukset, ruuan jakaminen, asukkaan syöttäminen ja siinä avustaminen. Lääkkeiden antaminen eri muodoissa. Asukashälytyksiin vastaaminen. Vainajan laitto.

1.2 Sairaanhoido:

Erilaiset tutkimukset ja toimenpiteet kuten pistokset, haavahoidot, katettrin laitot ja vaihdot. Näytteenotot esim. veri-, virtsa-, uloste-, yskösnäytteiden ottaminen ja merkitseminen. Happihoito. Iv- hoidon aloitus/ lopetus, infuusiopussin vaihto, nopeuden säätö. Verenpaineen, pulssin ja lämmön mittaaminen ja ylösmerkitseminen. Mittaustulosten kertominen asukkaalle ja ohjaus. Erilaisten toimintakykymittareiden teko esim. MMSE, GDS, RAI- liikelaajuus testit ym. Asukkaan hoidontarpeen ja hoidon vaikuttavuuden arviointi ja hoitoon lähettäminen muualle. Lääkäripalvelu, kuten lääkärin kierrot ja siihen liittyvät asiat.

1.3 Kuntoutus ja viriketoiminta:

Apuvälineiden hankkiminen, ohjaus ja neuvonta. Kuntoutuksen suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi. Aktiivinen ja passiivinen liikehoito. Kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi. Erilaiset asukkaiden virkistämiseksi tarkoitetut tapahtumat, retket, pelit, musiikkituokiot, lukeminen, ulkoilu, seurustelu, hartaudet ym.

1.4 Voinnin tarkkailu:

Rutiinitarkkailut ja valvontakierrot esim. yöllä, myös valvontakameroiden kautta. Oireiden seuranta esim. ahdistus, pelko, tajunta / orientaatio, kipu, verenkierto, hikoilu, sidosten kunto.

1.5 Yhteistyö omaisten/ läheisten kanssa:

Asukkaan ja omaisen haastattelu, keskustelu omaisen/ läheisen kanssa, omaisen ohjaaminen ja tukeminen, hoitoneuvottelut, joissa mukana asukas, omainen ja eri yhteistyötahot.

1.6 Siirtäminen ja kuljettaminen:

Asukkaan saattaminen toiselle osastolle tai samalla osastolla toiseen paikkaan esim. hartautstilaisuuteen tai päivätoimintaan vieminen. Siirrot kävellen, pyörätuolilla tai sängyllä.

1.7 Tulo- ja lähtötilanne:

Tulohaastattelu ja kaavakkeiden täyttö. Osastoon orientoituminen.

2 VÄLILLINEN HOITOTYÖ = Toiminnot, jotka tehdään asukkaiden välittömän hoitotyön valmistelua tai loppuunsaattamista varten.

2.1 Hoitotyön kirjaaminen:

Päivittäisen hoidon ja siihen liittyvien erilaisten tietojen kirjaaminen. Hoitotyön suunnitelmat, myös hoitotyön suunnitelmiin liittyvät lääkärinmääräykset. Tutkimusten tilaaminen ja vastausten tarkistaminen atk:n kautta. Hoitoisuusluokitusten tekeminen. Asukkaan kotiutumiseen, osastolta siirtymiseen liittyvä kirjaaminen.

2.2 Hoitotyön raportointi:

Työvuoron vaihtuessa annettava raportointi tai muulloin tapahtuva suullinen tai pelkästään asukaspapereiden kautta tapahtuva raportointi hoitajien kesken.

2.3 Muu kommunikaatio:

Asukkaan hoitoihin / tutkimuksiin liittyvä kommunikaatio lääkäreiden ja muiden jäsenten kesken esim. paperikierrot kun asukas ei läsnä. Puhelimessa tapahtuva asukkaan tilanteeseen liittyvä kommunikaatio eri tahojen kanssa (omaiset, muut hoitopaikat, parturi, jalkahoitaja ym). Asukaspuheluiden välittäminen tai asukkaan hakeminen puhelimeen.

2.4 Lääkkeen jako ja tarkistus:

Lääkehoidon suunnittelu, lääkemääräysten vastaanottaminen, lääkitysten tarkistaminen. Lääkkeiden tilaus, vastaanotto ja jakaminen. Annospussien tarkistus. Lääkehoidon seuranta ja arviointi.

2.5 Odottelu ja etsiminen:

Toiminnan, puhelun, informaation odottaminen esim. toisen työntekijän, ohjauksen odottaminen ja työntekijän etsiminen.

3 OSASTOKOHTAINEN TYÖ = Osaston toiminnan ylläpitämiseen liittyvät toiminnot ja tehtävät.

3.1 Kodinhoidolliset työt, siivoustyö:

Asukashuoneiden ja yhteisten tilojen siistiminen ja järjestely. Roska-astioiden tyhjennys, kukkahuolto. Perussiivoustyö.

3.2 Pyykkihuolto, vaatehuolto:

Likaisten pyykkien kerääminen, puhtaiden jakaminen, vuodevaatteiden vaihto. Vaatteiden pesu, kuivumaan laitto, silytys, mankelointi, kaappiin laitto yms. Vaatteiden valmiiksi etsiminen esim. pyhää tai juhlia varten.

3.3 Toimistotyö:

Muistioiden ja raporttien laatiminen sekä muu tiedottaminen. Jokin muu hallinnollisiin toimintoihin liittyvä, jota ei edellisissä kohdissa ole huomioitu esim. postinkäsittely, materiaalihallinto yms. Työvuorosuunnittelu, sijaisten hankkiminen.

3.4 Osastokommunikaatio:

Työhön liittyvä kommunikaatio, joka ei liity asukkaisiin. Työhön liittyvät puhelinkeskustelut, sopimiset, tilaukset, lainaamiset. Eri tahojen (asukkaat, omaiset, muut tahot) tiedusteluihin vastaaminen, jotka koskevat ei- sisällä olevia asukkaita (vuorohoidossa / jonossa olevat asiakkaat)

3.5 Kokoukset, koulutus / tiedonvaihto:

Yleinen osastoon liittyvä tiedonvaihto ja neuvottelut. Työhön liittyvät kokoontumiset, tiimipalaverit. Tiedotteisiin / muuhun työhön liittyvään materiaaliin tutustuminen. Toisen työntekijän ohjaus. Ulkopuolinen tai sisäinen koulutus tai koulutuspäivä.

3.6 Opiskelijaohjaus:

Opiskelijoiden ohjaus osaston toimintaan liittyen. Opiskelija-arvioinnit ja keskustelut opettajien kanssa.

3.7 Välineet, varastojen tarkistus / täydennys:

Osastolla olevien varastojen tarkistaminen, tilaaminen ja täyttö. Varasto-, väline- ja hoitotarviketilaukset. Erilaisten hoitovälineiden toimintavalmiuden tarkistaminen, kalibrointi.

4 HENKILÖKOHTAINEN AIKA = Henkilökohtaiset toiminnot, jotka eivät liity asukkaaseen tai osastokohtaiseen työhön.

4.1 Henkilökohtaiset asiat, tautot:

Ruoka- ja kahvitauot. Wc-käynnit, osaston ulkopuolella käynnit ilman työtehtäviä. Työhön liittymättömät keskustelut työtovereiden kanssa. Henkilökohtaisten asioiden hoitaminen, puhelut.

5 MUU = Toiminnot, joita ei osaa sijoittaa mihinkään edellä mainittuun. Kuvaa lyhyesti toiminta. Muista merkitä onko asukas läsnä, liittyykö osastolla hoidettaviin asukkaisiin vai onko yleisluonteista / osastokohtaista toimintaa.

LIITE 4. Ohje työajanseurannan suorittamisesta

SAATTEEKSI

Peruspalvelukuntayhtymä Kallion hoiva- ja hoitopalveluiden asumispalveluyksiköissä, tehostetussa palveluasumisessa ja hoivaosastoilla, suoritetaan **työajanseuranta toukokuun toisella viikolla** 11.-17.5. 2009. Seuranta suoritetaan **jokaisessa työvuorossa** työntekijöiden itsensä tekemänä itseraportointina. **Itseraportointi** suoritetaan jokaisessa työvuorossa työajanseurantalomakkeelle, jota täytetään työvuoron aikana ja palautetaan sen päätyttyä. Kunkin hoiva- ja asumispalveluyksikön palveluesimies yksikössään tiedottaa seurannasta, ohjaa sitä ja neuvoo tarvittaessa.

Työajanseuranta toimintolaskentamenetelmällä on osa hoiva- ja asumispalveluiden kehittämis- ja toimintojen yhtenäistämisprosessia. **Sen tarkoituksena on kartoittaa hoiva- ja hoitotyöhön käytettävä työaika eri yksiköissä tällä hetkellä.** Toimintolaskentamenetelmää käytetään yleisesti selvittämään sitä, kuinka henkilöstö käyttää työaikansa. Tieto tästä on olennaisen tärkeä, kun arvioidaan henkilöstöryhmien välistä tehtäväjakoja ja sen tarkoituksenmukaisuutta, kun halutaan suunnitella toimintotapoja uudella tavalla tai parantaa työn tehokkuutta ja tuottavuutta. Tavallisimmin hoitotyö on jaoteltu neljään toimintoalueeseen: välitön ja välillinen hoitotyö, osastokohtaiset toiminnot ja henkilökohtainen ajankäyttö.

Työajanseurantalomakkeen ovat laatineet palveluesimiehet Minna Nieminen ja Aino Taka-Eilola. Opiskelemme ylempää amk-tutkintoa sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa. Aihe liittyy molempien opinnäytetyöhön tehostetun palveluasumisen kehittämiseen. Analysoimme saadun aineiston yhdessä ja hyödynnämme materiaa opinnäytetöissämme.

Yhteistyöterveisin Minna (044- 4196 780) ja Aino (044-4196 381)

LIITE 5. Taulukot työajan jakautumisesta päätoimintoluokittain Ppky Kallion asumispalveluyksiköissä, kuntakohtainen yksikköjako

TAULUKKO 4. Työajan jakautuminen päätoimintoluokittain Alavieskan asumispalveluyksiköissä

TYÖYKSIKÖT	VÄLIT.	VÄLILL.	OS.KOHT.	HENK.KOHT.	MUU
ALAVIESKA	HOITOT.	HOITOT.	TYÖ	ASIAT,	
(asukasmäärä)	(%)	(%)	(%)	TAUOT (%)	(%)
Omavieska (45)	64,53	11,88	14,60	8,32	0,68
Koivukoti (8)	60,04	11,72	23,29	4,95	0
Kaikkien yks.					
keskiarvo	61,10	14,07	15,98	7,48	1,37

TAULUKKO 5. Työajan jakautuminen päätoimintoluokittain Ylivieskan asumispalveluyksiköissä

TYÖYKSIKÖ	VÄLIT.	VÄLILL.	OS.KOHT.	H.KOHT.	MUU
YLIVIESKA	HOITOT.	HOITOT.	TYÖ	ASIAT,	
(asukasmäärä)	(%)	(%)	(%)	TAUOT (%)	(%)
Sipilä (34)	63,16	12,16	14,91	9,14	0,64
Ranta-Sipilä (19)	62,47	11,16	19,04	6,66	0,67
Kotikartano (24	54,94	16,98	14,16	8,83	5,09
+ 16 yöhoito)					
Kaikkien yks.					
keskiarvo	61,10	14,07	15,98	7,48	1,37

TAULUKKO 6. Työajan jakautuminen päätoimintoluokittain Sievin asumispalveluyksiköissä

TYÖYKSIKKÖ	VÄLIT.	VÄLILL.	OS.KOHT.	H.KOHT.	MUU
SIEVI	HOITOT.	HOITOT.	TYÖ	ASIAT,	
(asukasmäärä)	(%)	(%)	(%)	TAUOT (%)	(%)
Käpylä (10)	64,49	12,90	16,25	6,36	0
Koivula (12)	51,02	16,40	25,32	7,25	0
Kotirinne (11)	48,28	15,74	29,88	4,00	2,10
Pajula (18)	70,71	10,70	11,27	7,02	0,30
Kaikki yks.					
keskiarvo	61,10	14,07	15,98	7,48	1,37

TAULUKKO 7. Työajan jakautuminen päätoimintoluokittain Nivalan asumispalveluyksiköissä

TYÖYKSIKKÖ	VÄLIT.	VÄLILL.	OS.KOHT.	H.KOHT.	MUU
NIVALA	HOITOT.	HOITOT.	TYÖ	ASIAT,	
(asukasmäärä)	(%)	(%)	(%)	TAUOT (%)	(%)
Niittykoti (23)	62,43	12,72	18,23	6,51	0,11
Suvantokoti (22)	58,43	14,02	18,02	8,23	1,30
Hopeakoti (13)	58,03	13,59	19,95	6,10	2,03
Kotikeskus (29)	65,72	12,00	14,16	6,61	1,49
Kaikki yks.					
keskiarvo	61,10	14,07	15,98	7,48	1,37

TAULUKKO 8. Työajan jakautuminen päätoimintoluokittain hoivaosastoilla

TYÖYKSIKKÖ HOIVAOS. (asukasmäärä)	VÄLIT. HOITOT. (%)	VÄLILL. HOITOT. (%)	OS.KOHT. TYÖ (%)	H.KOHT. ASIAT, TAUOT (%)	MUU (%)
Hoiva-Nivala (24)	51,22	22,71	15,29	8,84	1,94
Hoiva-Yka (30) Kaikki yks.	60,10	20,10	8,96	7,04	3,80
keskiarvo	61,60	14,07	15,98	7,48	1,37

LIITE 6. Tiimityön kehittämissuunnitelma
