

KOHTI UUTTA KOTIHOITOA

Kotihoidon toimintamallin muutos

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveystieteiden
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveystieteiden johtaminen ja kehittä-
minen
Opinnäytetyö ylempi AMK
Syksy 2011
Maria Borg

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali – ja terveysalan hallinto ja johtaminen YAMK

MARIA BORG:

Kohti uutta kotihoitoa
Kotihoidon toimintamallin muutos

Suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö 68 sivua, 9 liitesivua

Kevät 2011

TIIVISTELMÄ

Tässä kehittämishankkeessa on toteutettu Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän peruspalvelukeskuksen kotihoidoissa työajanseuranta hoitajille. Seurannasta saatujen tulosten perusteella on esitetty toimenpide-ehdotuksia, joilla mahdollistetaan hoitajien työajan kohdentuminen välittömään asiakastyöhön ja vähennetään välilliseen työhön, kuten toimistolla tapahtuvaan kirjaamiseen kuluvaa työaika. Tässä raportissa esitetyt toimenpide-ehdotukset ovat kolmenlaisia: teknologian hyödyntäminen, päällekkäisen työn vähentäminen ja asiakkaan osallisuuden parantaminen. Aavan kotihoidoissa käytössä olevien tietojärjestelmien kautta saadun tiedon mukaan välittömään asiakastyöhön kuluu hoitajien työajasta noin 30 - 50 % ajasta ammattiryhmästä ja työvuorosta riippuen. Aavan kotihoidossa halutaan, että työajasta kohdentuu uuden toimintamallin käyttöönoton myötä 70 % välittömään asiakastyöhön. Kotihoidon toimintamallin muutokseen velvoittavat valtakunnalliset linjaukset vanhustenhuollosta, kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaiden antama palaute kotihoidon nykytilasta. Kotihoidon työntekijät kertovat työnsä olevan kiireistä ja asiakkaille ei ole riittävästi aikaa, vaan työaika menee niin sanottuun näkymättömään työhön. Asiakkailta satunnaisesti saadun palautteen mukaan kotihoidoissa ei tehdä niitä tehtäviä, joita vanhusasiakas kokee tarvitsevänsä ja työntekijöillä on kiire.

Avainsanat: kotihoito, muutos

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Developing and Management of Social and Health Care

MARIA BORG:

Towards new home care
A change to the standard of activity in
home care

Master's Thesis in Developing and Management of Social and Health Care
pages 68, 9 appendices

Spring 2011

ABSTRACT

In this developing project has been carried out a time inquiry for home care nurses in Social and Health Care Group Unit of Basic Services. Based on the results of the inquiry there has been made operation propositions which will enable to target the nurses working time towards the immediate client work and decrease the time consumed in indirect work such as documentation at the office. There are three types of suggested operation propositions: exploitation of technology, decreasing overlapping work and improving involvement of the client. According to the information gained throughout the information systems used in Aava Home Care 30 - 50 % from the nurses working time is being used in immediate client work depending on the group of profession and work shifts. It is desired in Aava Home Care that 70 % of working time will target to the immediate client work after the new standard of activity has been taken in to use. The context for the change in the standard of activity in home care comes from the national definition of policies concerning geriatric care and from the feedback about the current state of home care given by the employees and their clients. The home care employees told that their work is hectic and there is not enough time for clients as the working time goes to the invisible work. According to the occasional feedback gotten from the clients home care does not provide services which elderly clients feel they need and they also feel that the employees are in a constant hurry.

Key words: home care, change

SISÄLLYS

KOHTI UUTTA KOTIHOITOA	I
1 JOHDANTO	1
2 KEHITTÄMISHANKKEEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	3
3 KEHITTÄMISHANKKEEN TIETOPERUSTA	6
3.1 Kotihoito tänä päivänä	6
3.2 Kotihoito prosessinäkökulmasta	9
3.3 Muutosjohtamisella kohti uutta kotihoitoa	11
4 KOHDEORGANISAATIO	16
5 KOTIHOIDON NYKYTILAN KARTOITUS JA MUUTOSTYÖ	18
5.1 Työajanseurannan toteutus	19
5.2 Tulokset	22
5.2.1 Työajan kohdentuminen työvuoroittain	23
5.2.2 Työajan kohdentumien pääluokittain	27
5.3 Muutostyötä kotihoidoissa	36
6 TOIMENPIDE-EHDOTUKSET	42
6.1 Tieto- ja viestintätekniikan hyödyntäminen	44
6.2 Tarpeettoman ja päällekkäisen työn poistaminen	46
6.3 Asiakkaan osallisuuden lisäämisen keinot	49
7 TOTEUTUNUT VISIO	52
8 POHDINTA	55
LÄHTEET	61

KUVIOLUETTELO

KUVIO 1. Opinnäytetyön aikataulu ja eri vaiheet	19
KUVIO 2. Kotihoidon työntekijöiden työajan kohdentuminen aamuvuorossa	23
KUVIO 3. Sairaanhoitajien työajan kohdentuminen aamuvuorossa	24
KUVIO 4. Hoitajien työajankohdentuminen aamuvuoroissa	24
KUVIO 5. Hoitajien työajankohdentuminen	25
KUVIO 6. Työajan kohdentuminen yövuorossa	26
KUVIO 7. Kotihoidon työntekijöiden käyttämä työaika kodinhoidollisiin tehtäviin aamuvuoroissa	27
KUVIO 8. Kotihoidon työntekijöiden työajan kohdentuminen hoito- ja hoivatyöhön aamuvuoroissa	29
KUVIO 9. Kotihoidon työntekijöiden käyttämä työaika yhteistyöhön liittyviin tehtäviin aamuvuoroissa	30
KUVIO 10. Kotihoidon työntekijöiden käyttämä työaika välillisiin tehtäviin aamuvuoroissa	32
KUVIO 11. Kotihoidon työntekijöiden käyttämä työaika matkoihin aamuvuoroissa	33
KUVIO 12. Kotihoidon työntekijöiden organisointiin käyttämä työaika aamuvuoroissa	35

1 JOHDANTO

Kotihoidon toimintamallin muutokselle on tarve, koska vanhusten määrä kasvaa ja nykyisellä kalliilla laitoshoitopainotteisella mallilla ei kyetä vastaamaan tulevaisuuden haasteisiin. Suomen väestöstä oli 2000-luvun alussa 65 vuotta täyttäneitä 14,9 % ja kymmenen vuotta myöhemmin heitä oli yli 17 %.(Tilvis 2010, 67.) Orimattilaisille vanhuksille tehdyn kyselyn perusteella voidaan todeta, että suurin osa heistä halusi asua omassa kodissaan. Syksyllä 2006 selvitettiin vanhusten turvattomuuden kokemuksia ja turvallisuuden edistämisen keinoja Pro gradu -tutkielmaa varten. Vanhuksille tehdyistä haastatteluista selvisi, että useimmat vanhukset haluavat asua omassa kodissaan huolimatta siitä, että turvattomuuden tunteita voivat aiheuttaa esimerkiksi pelko palvelujen saatavuudesta tai omasta toimeentulosta (Viljakainen 2007, 59).

Vanhuspalveluissa on tarvetta lisätä henkilöstöä tulevina vuosina, koska vanhusten määrä lisääntyy. Jos tuotetaan samat palvelut nykyisin menetelmin, arvion mukaan tarvitaan vuonna 2040 sosiaali- ja terveystoimeen 200 000 työntekijää enemmän. Jotta tähän mahdollomaan yhtälöön ei päädytä, on pohdittava keinoja joilla hillitä ihmistyö voiman tarvetta. Näitä keinoja ovat tarpeettoman päällekkäisen työn vähentäminen, tieto- ja viestintätekniiikan hyödyntäminen sekä ohjaus- ja johtamisjärjestelmien kehittäminen. (Korpela & Mäkitalo 2008, 169 - 170.)

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi helmikuussa 2008 ikäihmisten palvelujen uudet laatusuosituksen. Niissä painotetaan kotona asumisen ensisijaisuutta. Laatusuositusten mukaan omassa kodissa itsenäisesti ja tarkoitusten mukaisten palvelujen turvin tulisi asua yli 75-vuotiaista 91 - 92 % ja säännöllisen kotihoidon turvin 13 - 14 %. Suositusten tarkoituksena on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3). Palvelut eivät ole kuitenkaan kehittyneet edellä esitetyn mukaisesti. Sosiaali- ja terveysministeriön keräämien tilastojen mukaan vuonna 2003 oli säännöllisen kotihoidon piirissä 75 vuotta täyttäneistä 11,4 %. Kotihoidon

palvelujen kattavuus on pysynyt samankaltaisena edelleen, vaikka paikkakuntakohtaiset erot ovat suuret. Valtakunnan tasolla kotihoidon asiakasmäärät ovat vähentyneet, mutta palvelujen piirissä olevat asiakkaat saavat yhä enemmän palveluja. (Tilvis 2010, 65 - 66.)

Päijät – Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän peruspalvelukeskus Aavan koti- ja asumispalvelujen tulosalueella tehtiin vuosien 2007 - 2008 aikana avopalveluselvytys, jonka kunnat tilaajina hyväksyivät. Selvityksen mukaan vanhus-tenhuolto on laitoshoitopainotteista ja kotihoidon palvelujen kattavuus on alhainen. Yksi avopalveluselvytyksessä esitetyistä toimenpiteistä oli kotihoidon toimintamallin muokkaaminen sellaiseksi, että henkilöstön työpanoksesta kohdistuisi jatkossa enemmän välittömään asiakastyöhön, jolla tarkoitetaan esimerkiksi asiakkaan hoitoa tai hänen kanssaan yhdessä ulkoilua. Tämän kehittämishankkeen tavoitteena on laatia toimenpide-ehdotukset, jotka mahdollistavat tulevaisuudessa sellaisen kotihoidon toimintamallin, jossa välittömään asiakastyöhön kohdistuu työntekijän työajasta 70 %.

Kun välittömään asiakastyöhön kohdistunut aika lisääntyy, toiminta on tuottavampaa ja hoitajien työssä jaksaminen parempaa. Tuottavuutta lisätään siten, että asiakkaat kokisivat palvelun laadun parantuneen ja olemassa olevin resurssein voitaisiin tuottaa enemmän tai vaikuttavampia palveluita. Peruspalvelukeskus Aavan kotihoidon työntekijät ovat kertoneet, että tuntevat työnsä kiireiseksi ja henkisesti raskaaksi, koska he eivät voi vastata asiakkaiden toiveisiin. Melkaksen (2009) mukaan hoitohenkilökunta on motivoituneempaa, kun pystyvät työssään vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin (Hennala & Melkas 2010, 234). Nakarin & Sjöblomin (2009, 79) tutkimuksen tulos tukee Hennalan ja Melkaksen tekemiä johtopäätöksiä. He toteavat, että kotihoidon yksiköissä työn kuormituksella on vaikutusta työoloihin. Kuorman ollessa liiallinen, henkilöstö ei voi työskennellä ammattietiikkansa mukaisesti.

Koska sosiaali- ja terveystoimessa henkilöstön palkkakustannukset ovat suuri menoerä, on tehokas henkilöstösuunnittelu keskeinen osa resurssien ja kustannusten hallintaa. Sanonta: ”henkilöstö on kallein ja tärkein voimavara työnantajalle”, pitää

paikkansa myös Aavassa. Tehtävien ja työnjaon uudistuksilla pyritään vaikuttamaan resurssien tehokkaaseen käyttöön. Päijät- Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä on laadittu ohjeistus tulosryhmille tuottavuusohjelman tekemiseksi taloussuunnitelmakaudelle 2010 - 2012. Kotihoidon toimintamallin kehittämiseksi pyritään tehostamaan henkilöstöresurssien käyttöä tuottavuusohjelman tavoitteiden mukaisesti. (Ohjeet tuottavuusohjelman laatimiseksi Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä 2010 – 2012.) Tällä kehittämishankkeella on yhtymäpintaa valtakunnalliseen sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliseen kehittämishankkeeseen. Valtakunnallisen Kaste-hankkeen yksi tavoitteista on turvata henkilöstön saatavuus, riittävyys ja sitoutuminen. Sosiaali- ja terveydenhuollossa yhtenä keinona on ottaa käyttöön uusia toimintatapoja, jotka perustuvat eri ammattiryhmien järkevään työnjakoon ja uuden teknologian käyttöönottoon. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2008.)

Suomessa tehtyjen kotihoidon työajanseurantojen perusteella voidaan todeta, että lisäaikaa kaivataan kaikkialla kotihoidoissa välittömään asiakastyöhön. Samanlaisia haasteita on niin erikseen kotipalveluna ja kotisairaanhoidona toimivissa organisaatioissa kuin yhdennetyissä kotihoidoissa. Välillisen työn lisääntymisen kanssa kamppaillaan niin maalla kuin kaupungeissa. Peruspalvelukeskus Aavan alueella oli tärkeää tehdä oma työajanseuranta, jotta voitiin varmistua onko meillä samanlaisia haasteita kuin muualla. Jos haasteet ovat samanlaisia, niin voidaan ottaa käyttöön tarvittaessa muualla hyväksi havaittuja käytäntöjä kotihoidon kehittämiseksi. Organisaation tilanteen nykytilan tarkempi analyysi vahvisti tulevan muutosprosessin tarpeellisuuden.

2 KEHITTÄMISHANKKEEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena on laatia toimenpide-ehdotukset, joiden avulla on mahdollista luoda peruspalvelukeskus Aavan kotihoidon yksiköihin säännölliseen ja tehostettuun kotihoitoon uusi toimintamalli, jossa hoitajan työajasta kohdentuu välittömään asiakastyöhön 70 %. Tätä varten tehtiin kotihoidon nykyti-

lan kartoitus työajanseurannan avulla ja erilaisin toiminnallisina menetelmin osallistettiin henkilöstöä muutostyöhön. Edellä kerrotun lisäksi haastattelin kotihoidoista vastaavia koordinaattoreita ja Orimattilan seudun kotihoidon tiiminvetäjiä. Pyysin heitä kertomaan millainen prosessi on viikottainen työnjakotilanne, jossa asiakaspaikat sovitaan työntekijöiden kesken.

Kotihoidon työntekijät ovat kertoneet, että heidän työajastaan kuluu runsaasti näkymättömään työhön. Minua kiinnosti, mitä on heidän tarkoittamansa näkymätön työ ja onko se välttämätöntä asiakaspalvelun kannalta. Jos näkymätön työ on tarpeellista, niin sen konkretisoiminen on pakollista, kun perustelemme esimerkiksi tarvetta henkilökunnan määrän lisäämiseen. Kotihoidon työajasta toimistolla tapahtuvan työn osuus on kasvanut viime vuosina. Edellä kerrottu johtuneekin ainakin osittain työn suunnittelutavan ja kirjaamiskäytäntöjen muutoksesta. Aikaisemmin esimies päätti kotikäyntien järjestyksen. Nyt tiimit suunnittelevat työjärjestyksensä itsenäisesti ja joissakin yksiköissä hoitajat vastaavat työvuorosuunnittelusta. Työn suunnittelun tekee vaativammaksi se, että yhdelle asiakkaalle voi olla useita käyntejä päivässä ja ne tulisi aikatauluttaa asiakkaan päivärytmin kannalta mielekkäästi.

Kehittämishankkeessa en ole ottanut kantaa siihen, miten säännöllistä ja tehostettua kotihoitoa tukevat palvelut, kuten vuorohoito, päivätoiminta, palveluseteli ja ennakkoivat kotikäynnit tulisi järjestää. Säännöllisellä kotihoidolla tarkoitan tässä kehittämishankkeessa kotihoitoa, jota annetaan asiakkaalle enemmän kuin kerran viikossa. Tehostetulla kotihoidolla tarkoitan sellaista palvelua, jossa asiakkaan luona käydään vähintään päivittäin. Kirjoittaessani tätä raporttia kevättalvella 2011, sosiaali- ja terveysministeriössä valmisteltiin sosiaalihuollon lainsäädännön uudistusta, jonka yhteydessä on tarkoitus määritellä mitä säännöllisellä kotihoidon asiakkaalla tarkoitetaan (STM ei kannata käyntikattoa kotihoitoon 2010).

Tästä kehittämishankkeesta on rajattu pois sen asiakastyön osuuden kehittäminen, jonka puutteesta nykyistä kotihoidon mallia kritisoidaan. Walkerin (2001, 220) mukaan nykyinen kotihoidon palvelujärjestelmä perustuu rajoittavaan tarveharkintaan ja se ei mahdollista ennaltaehkäisyä. Hän kritisoikin edelleen nykyjärjestelmän uhkana olevan medikalisaation ja asiakkaan syrjäyttämisen. Rajoittavaa tarvehar-

kintaa ovat kotihoidon palvelujen myöntämisen tiukat kriteerit, jotka ohjaavat siihen suuntaan, että asiakaskunnassa on ainoastaan huonokuntoisia asiakkaita. Kriteerit painottavat fyysistä toimintakykyä, eivätkä tue kokonaisvaltaista vanhuskäsitystä, jonka mukaan tulisi huomioida myös psyykkiset ja sosiaaliset toimintakyvyn rajoitteet. Palvelusetelin käyttöönotolla on tavoiteltu asiakkaan valinnanvapauden lisäämistä, mutta setelin käytön tekee haasteelliseksi siihen liittyvät lainsäädännölliset reunaehdot ja vanhusasiakkaan todellinen kyky valita itse (Uotinen, 2009, 15). Samat palvelut, joita tarjotaan palvelusetelillä, tulee pystyä tuottamaan kunnallisena palveluna, toisin sanoen seteli ei voi olla nykylainsäädännön mukaan ainut palvelun järjestämisen vaihtoehto.

Työn rajauksessa lähdin siitä positiivisesta ajatuksesta, että saamme tässä raportissa esittämilläni toimenpide-ehdotuksilla nykyisen kotihoidon palvelujen piirissä olevien, suhteellisten huonokuntoisten, eikä enää varsinaisesti ennaltaehkäisevien toimenpiteiden tarpeessa olevien asiakkaiden, kotihoidon palvelujen toimintaprosessit niin sujuviksi, että välittömään asiakastyöhön kohdentuu 70 % työajasta. Tavoitteen saavuttamisen jälkeen on mahdollisuus pohtia, millaista muuta palvelua kotihoito voisi tuottaa, kuin säännöllistä tai tehostettua kotihoitoa, tai mitä edellä mainitut palvelut pitävät sisällään. Ei ole järkevää luoda uusia tai lisää palveluita entisten kotihoidon palvelujen päälle, ennen kuin tiedetään, millaisin laadullisin ja määrällisin resurssein voidaan tuottaa nykyisin annettava säännöllinen ja tehostettu kotihoito.

Pohdin kehittämishankkeen eri vaiheita Kotterin muutosjohtamisen kahdeksanvaiheisen mallin kautta. Tämä kehittämishanke rajautuu Kotterin mallin neljään ensimmäiseen vaiheeseen. Kotterin mallissa muutos etenee kahdeksan eri vaiheen kautta. Hänen oppiensä mukaan on tärkeää käydä jokainen vaihe läpi, ohittamatta niistä mitään. Muutoksen aikana voi olla useampi eri vaihe yhtä aikaa meneillään. Uudistamisprosessin neljä ensimmäistä vaihetta auttavat nykytilanteen kartoittamisessa ja seuraavassa kolmessa otetaan käyttöön uusia toimintatapoja. Viimeisessä vaiheessa uusi toimintatapa on otettu käyttöön ja sitä kehitetään jatkuvasti. (Kotter 1996, 19 - 20.)

3 KEHITTÄMISHANKKEEN TIETOPERUSTA

Kehittämishankkeen tietoperustana on tämän päivän kotihoito, prosessit ja muutosjohtaminen, koska kotihoidon uuden toimintamallin kehittäminen vaatii näiden kaikkien asioiden ymmärtämistä. Kotihoidossa hoidetaan tänä päivänä huonokuntoisia vanhuksia ja hoitajat kokevat työssään kiirettä. Kotihoidon toiminta pohjautuu erilaisille tuki- ja ydinprosesseille, joiden avulla pyritään tuottamaan mahdollisimman laadukasta palvelua. Uudenlaisen toimintamallin käyttöönotto tulee muuttamaan toimintakulttuuria kotihoitotyössä, joten on luontevaa pohtia tietoperustaosiossa mitä muutos on ja miten sitä johdetaan.

3.1 Kotihoito tänä päivänä

Kotihoitoa voidaan määrittää toiminnan, sisällön tai toimijoiden kautta. Kotihoitoa on määritelty toiminnan näkökulmasta valtakunnallisissa linjauksissa ja kuntien vanhustyön strategioissa. Sisällön näkökulmasta keskeistä on määrittely asiakkaiden avun ja palvelun tarpeesta. Toimijoiden määrittely kotihoitosta on organisaation ja ammattiryhmien näkökulma. (Hammar 2008, 22.)

Usein kotipalvelu ja -sairaanhoito on yhdennetty kotihoidoksi ja vuonna 2006 oli yli puolessa kunnista yhdennetty kotihoito. Kotipalvelun ja -sairaanhoidon yhdistäminen on mahdollista, jos sosiaali- ja terveystoimi on yhdistetty lautakunta- ja organisaatiotasolla kunnassa. Suomen lainsäädännössä ei ole erikseen mainintaa kotihoidosta. Kansanterveyslaissa puhutaan kotisairaanhoidosta ja sosiaalihuoltolaissa kotipalvelusta ja yhä edelleen valtakunnallisiin tilastoihin kootaan tiedot erikseen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon osalta, vaikka toiminta on käytännössä muotoutunut yhdenneyksi kotihoidoksi. Kotipalveluilla tarkoitetaan sosiaalihuoltolain mukaan henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon sekä muuhun tavanomaiseen elämään kuuluvien tehtävien suorittamista. Kotisairaanhoito on kansanterveystoimen mukaan järjestettävää sairaanhoitoa. (Larmi & Tokola & Vätkö 2005, 42.) Kansanterveyslaissa ei määritellä kotisairaanhoidon toiminnan sisältöä tarkemmin.

Maaailman terveysjärjestö WHO:n määritelmän mukaan kotihoito on joukko erilaisia sosiaali- ja terveyspalveluja, joita asiakkaan on mahdollisuus saada omaan kotiinsa. Yhteen sovitettujen palvelujen tarkoitus on ehkäistä, hidastaa tai korvata väliaikaista tai pitkäaikaista laitoshoidoa. (Hammar 2008, 21 - 23.) Tepposen (2009, 31) määritelmä integroidusta hoidosta on samansuuntainen kuin WHO:n määritelmä. Hänen mukaansa yhdennetty hoito koostuu toimivista palveluprosesseista, joiden avulla pystytään vastaamaan vanhuksen moninaisiin tarpeisiin riittävästi, kokonaisvaltaisesti ja kustannustehokkaasti.

Kotihoitoon läheisesti liittyviä palveluita ovat muun muassa vanhuksille kotiin kuljetettavat ateriat, turvapuhelinpalvelut, palvelusetelit ja päivätoiminta. Kunta tai kuntayhtymä voi myöntää kotihoidon tai edellä mainittujen tukipalvelujen tarpeessa olevalle henkilölle palvelusetelin, jolla asiakas voi hankkia itse yksityiseltä tuottajalta palveluita myönnetyn setelin arvosta ja maksaen osan palvelusta itse. Kunta tai kuntayhtymä hyväksyy ne sosiaalihuollon palvelujen tuottajat, joiden palvelujen ostamiseen palveluseteliä voidaan käyttää. Omaishoidon tuella tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon järjestämistä kotona omaisen tai läheisen avustamana. Kunta tai kuntayhtymä tekee hoitajan kanssa toimeksiantosopimuksen, jossa määritellään hoitoon liittyvistä asioista, esimerkiksi hoitajalle kuuluvista vapaapäivistä ja omaishoidon tuen rahallisesta korvauksesta. (Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö 2009.)

Jollei vanhus pärjää enää kotona tehostetun kotihoidon ja siihen liittyvien tukipalvelujen turvin, hänelle voidaan myöntää sosiaalihuoltolain mukainen laitoshoidopaikka tai tehostetun palveluasumisen paikka. Sosiaalihuoltolain mukaisella laitoshoidolla tarkoitetaan kansanomaisesti vanhainkotihoitoa, jossa hoitohenkilökunta työskentelee ympärivuorokautisesti. Asiakas maksaa palveluista asiakasmaksulain mukaista hoitomaksua, joka sisältää lähes kaiken hoivasta ruokaan ja vaatteisiin. Tehostetussa palveluasumisessa asiakas vuokraa itselleen asunnon ja maksaa tarvitsemistaan palveluista erikseen ja hänellä on mahdollisuus hakea Kansaneläkelaitoksen etuuksia, kuten hoitotukea ja asumistukea. Asumistukea ei myönnetä laitoshoidossa olevalle henkilölle. Joskus ääritapauksissa vanhus voidaan joutua sijoittamaan terveysaseman vuodeosastolle. Asiakkaan hoito terveysasemalla tulisi olla

aina tilapäistä ja liittyä sellaiseen sairaanhoidolliseen tarpeeseen, johon ei voida vastata muissa palvelumuodoissa.

Kotihoidon toimijoiden eli työntekijöiden näkökulmasta työ kotihoidossa on kiireistä. Anna-Liisa Niemelän väitöskirjassa (2006,125 - 126) on tutkittu kotipalvelutyössä ilmenevää kiirettä. Kiireestä puhutaan paljon ja yleisesti, joten sitä on harvoin määritelty esimerkiksi kyselytutkimuksissa. Niemelän tutkimuksessa hoitajat toivat esiin, että työ on tarkkaan aikataulutettu ja sen puitteissa on mahdollista hoitaa vain sovitut työtehtävät. Asiakkaan toiveisiin olisi haluttu vastata, mutta siihen ei ole mahdollisuutta aikataulujen puitteissa. Niemelän (2006, 210) mukaan hoitajien työssä on arkisin ajoittaista kiirettä, mutta erityisen kiireiseksi kotipalvelutyö koettiin viikonloppuisin. Kiire voi olla myös ennakoimatonta. Suunniteltuun työlistaan tulee lisää kotikäyntejä esimerkiksi äkillisestä sairauspoissaolosta johtuen. Tiedossa olevan kiireen voi aiheuttaa koulutus, jolloin työntekijän on kuitenkin ennen koulutukseen menoa hoidettava sama asiakasmäärä kuin normaalinakin työpäivänä. Lillrank, Kujala & Parviainen (2004, 227) määrittelevät yleensä palvelutuotannossa ilmenevää kiirettä samansuuntaisesti kuin Niemelä väitöskirjassaan kotipalvelussa ilmenevää kiirettä. Palvelutuotannolle on tyypillistä kuormituksen epätasaisuus eri viikonpäivinä ja vuorokauden aikoina. Kiireisimpänä aikana henkilökunta on kovilla, ja ihmisillä on taipumus kuvata työtään kiirehuippujen tilanteen mukaan eikä kokonaistilanteen mukaisesti.

Kotihoidon tyypillinen asiakas Suomessa tällä hetkellä on 75 – 85 vuotias nainen, joka on fyysisen toimintakyvyn alenemisesta johtuen tullut kotihoidon asiakkaaksi. Heikentyneen toimintakyvyn vuoksi asiakas tarvitsee apua ennen kaikkea siivouksessa. Hänellä saattaa olla dementoiva sairaus, mutta se on useissa tapauksissa diagnosoimatta. Näistä asiakkaista joka kolmas on yli 85 - vuotias. (Luoma & Kattainen 2007, 20.) Finne-Soverin & Noron (2007,67- 85) tutkimuksen tulokset tarkentavat edelleen kotihoidon tyypillisen asiakkaan kuvausta. Asiakkaista lähes 60 % on alentunut kognitiivinen toimintakyky, mutta vain alle 20 % dementiasairauden diagnoosi. Kotitaloustyöt tuottavat vaikeuksia neljälle asiakkaalle viidestä ja asioimisesta selviytyi vain hieman yli 10 % asiakkaista. Kotihoidon asiakkaista yhdellä viidestä esiintyy masennusta, jota ei hoideta riittävästi tutkijoiden näkemyksen

mukaan. Ravitsemustilassa on usein ongelmia. Kotihoidon asiakkaiden terveydentila on pääsääntöisesti epävakaa ja joka viides kokee kivun haittaavan päivittäistä toimintaa.

Toisaalta voidaan todeta, jos asiakkaan kokemus kotona selviytymisestä on positiivinen, sairaudet eivät heikennä hänen elämänlaatua. Runsaasti apua tarvitsevien asiakkaiden elämänlaatuun kotihoidon palvelut vaikuttavat positiivisesti, vaikka kotihoito ei mahdollista sosiaalisten suhteiden tukemista ja ulkoilua. Asiakasta autetaan arjen askareissa, mutta häntä ei oteta mukaan niihin. Kotihoito ei kiinnitä riittävästi huomioita asiakkaan fyysiseen ympäristöön ja näin ollen asiakkaan kotoa ei osata poistaa esimerkiksi liikkumista haittaavia tekijöitä. Asiakkaiden itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan tiettyyn rajaan saakka, jos asiakkaan ja työntekijän näkemykset hoidosta ovat eriävät, työntekijä suostuttelee asiakasta oman näkemyksensä kannalle. (Tenkanen 2003, 183.)

3.2 Kotihoito prosessinäkökuulmasta

Nyky-suomen etymologisen sanakirjan mukaan prosessi tarkoittaa tapahtumasarjaa, kehityskulkua tai oikeudenkäyntiä. Latinankielinen sana ”processus” merkitsee edistymistä tai eteenpäin astumista. (Virtanen & Wenneberg 2005, 14.) Prosessikuvausten avulla pyritään ymmärtämään kokonaisuuksia, selkeyttämään eri toimijoiden vastuita ja tehostamaan toimintaa. Tämä voi tarkoittaa uudenlaista keskittämistä tai päällekkäisten työvaiheiden poistamista. Prosessien kuvaaminen on osa viranomaistoiminnan julkisuudesta annetun lain hyvän hallinnon toteuttamista. (JHS 160 Paikkatiedon laadunhallinta 2011.) Honkasen (2006, 175) mukaan prosessien kuvaaminen voi auttaa työntekijää näkemään työnsä merkityksen ja lisäämään ymmärrystä siitä isommasta kokonaisuudesta missä työskentelee.

Organisaation ydinprosessit kertovat mitä varten organisaatio on olemassa tai mihin se pyrkii. Tukiproessit mahdollistavat ydinprosessien toteutumisen, joten ne eivät ole vähempiarvoisia kuin ydinprosessit, vaikka yksikään organisaatio ei ole olemassa pelkästään tukitoimintoja varten. Prosessien kuvaamista edeltää niiden

tunnistaminen ja nimeäminen, tässä vaiheessa tulisi huomioida, että prosessikuva-
uksia voidaan halutessa käyttää ulkoisen viestinnän apuvälineenä. Jos näin halu-
taan, tulisi ydinprosessien kuvata miten organisaatio toteuttaa toiminta-ajatustaan.
Prosessijohdetussa organisaatiossa työ ei lopu tunnistamiseen ja kuvaamiseen. Jo-
kaisella prosessilla tulee olla niin sanottu omistaja, joka vastaa jatkuvasta prosessi-
en kehittämisestä niin, että uskaltaudutaan tarvittaessa tekemään muutoksia totut-
tuihin työtappoihin. (Virtanen & Wenneberg 2005, 67, 116 – 118, 150.)

Kotihoidon toiminnassa voidaan erottaa kolmenlaisia tapahtumaketjuja eli toimin-
taprosesseja. Ydinprosessit ovat niitä prosesseja, joita varten kotihoito on perustet-
tu. Asiakkaiden hoitaminen on kotihoidon perustehtävä. Ydinprosessien moitteet-
toman toiminnan mahdollistavat avustavat prosessit, joita ovat esimerkiksi toimis-
topalvelut ja toimitilojen siivous. Johtaminen on kotihoidon toiminnan mahdollista-
va prosessi ja sillä luodaan edellytykset ydin- ja avustaville prosesseille. (Larmi,
Tokola & Vätkö 2005, 125 - 126.) Toimintaprosesseilla tarkoitetaan yksiköiden
toiminnallisia järjestelyitä, joilla työyksiköiden resurssit on järjestelty mahdollisim-
man järkevällä tavalla perustehtävän suorittamista varten. Hoito- ja palveluproses-
seilla tarkoitetaan asiakkaan tai potilaan hoitoon ja palveluun liittyvien tehtävien ja
työnjaon toteuttamista sovitulla tavalla. (Ohjeet tuottavuusohjelman laatimiseksi
Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä 2010 – 2012.)

Prosessikuvaukset voidaan tehdä neljällä eri tasolla. Prosessikartta antaa yleisen
kuvan toimintakokonaisuuksista. Kartassa esitetään tärkeimmän ydin - ja tukipro-
sessit. Toimintamallitasolla kuvataan prosessien jakautuminen osaprosesseiksi ja
niiden välinen vuorovaikutus ja työnohjauksen kulku. Prosessin kulku kuvauksessa
kerrotaan toiminnan työvaiheet, toiminnot ja niistä vastaavat toimijat. Työn kulku
tasolla kuvataan edellisten lisäksi miten tieto eri toimijoiden välillä liikkuu. Esimer-
kiksi uuden työntekijän perehdyttämiseen tarkoitettujen prosessikuvaukset tulee tehdä
yksityiskohtaisesti työn kulku-tasolla. (JHS Paikkatiedon laadunhallinta.2011.)

Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjät odottavat samanlaista laatua julkisissa orga-
nisaatioissa tuotetuilta hoivapalveluilta kuin yksityisten yritysten tuottamilta palve-
luilta. Kaupallisten palvelujen laatua kuvaavat virheettömyys, vaikuttavuus, sopi-

vuus ja palvelun saatavuus ilman turhaa odottelua. 1980-luvulla japanilaisissa yrityksissä käytettiin termiä aikaperusteisesta kilpailusta tai aikaperusteisesta johtamisesta. Tarkoituksena oli vähentää tuottamatonta työtä, parantaa laatua ja asiakaslähtöisyyttä. Enää ei seurattu tehtyjen suoritteiden määrää, vaan asiakkaan kulkua palveluprosessissa. Tyypillisesti prosessia hidastavat jonkin asian valmistumisen odottelu, jonkin tahon hyväksynnän odottelu asialle tai virheiden korjaaminen. Onnistuneella aikatauluttamisella tai resurssien jaolla ei välttämättä saada aikaan lisää määrällisiä tuotoksia, mutta palvelun tuottamisen kustannuksissa voidaan säästää ja asiakastyytyväisyys lisääntyy. (Kujala, Lillrank, Kronström & Peltokorpi 2006, 512 - 515.)

3.3 Muutosjohtamisella kohti uutta kotihoitoa

Työyhteisön muutokset voivat olla yksilöä koskevia, taktisia, strategisia tai toimintakulttuurin muuttavia. Yksilötason muutokset voivat olla jonkin uuden taidon oppimista tai omien arvojen tarkastelua. Taktiset muutokset liittyvät työhön, mutta eivät koske koko organisaatiota, esimerkiksi uuden tietojärjestelmän käyttöönotto osaksi jotakin työprosessia. Strategiset muutokset työyhteisössä edellyttävät muutosta asenteissa. Vaikein ja hitain muutoksen muoto on toimintakulttuurin muuttaminen, josta kerrotaan tässä kappaleessa myöhemmin. Jokaisessa muutoksen tasossa tarvitaan aina yksilötason muutosta. Uusi asia voidaan kokea mahdollisuutena tai uhkana ja voi olla vaikeaa johtaa muutosprosessia työyhteisössä, jossa työskentelee keskimääräistä turvallisuushakuisempia ihmisiä. Muutosta hankaloittaa asenne, jos töissä ollaan vain pakosta tai oppimiskyky on alhainen. Muutosjohtaminen on erityisen haasteellista organisaatioissa, joissa ei ole totuttu muutoksiin. Se on mahdollisuus, jos uusi toimintatapa helpottaa työtä. Muutoksen esteitä voivat olla huono valmistautuminen sen läpivientiin ja se ettei osata viestiä välttämättömydestä. (Erämetsä 2003, 19 – 20, 23 – 24 & 34 – 35.)

Åhmanin (2003, 220 & 224) mukaan onnistunut oma mielen johtaminen vaatii hyvää itsetuntemusta, yksilön kykyä toimia asettamiensa tavoitteiden ja arvojen suuntaisesti sekä hyviä vuorovaikutustaitoja. Oman mielen johtamiseen liittyy taito tie-

dostaa henkilökohtaiset asenteet ja uskomukset ja muuttaa niitä tarvittaessa. Organisaatiossa vallitseva kulttuuri voi edistää tai estää yksilön oman mielen johtamista. Mattila (2006, 187 & 234) toteaa, että yksilön aikaisemmat kokemukset muutoksista ja tulevaisuudenodotukset vaikuttavat siihen millainen suhde hänellä on muutokseen. Organisaatiossa voidaan vähentää muutosvastarintaa toimimalla luottamusta herättävästi. Epäluottamusta edistävät toiminnan ennakoimattomuus ja avoimuuden vähäisyys.

Yksilön muutossuhde voi olla voimaistava, rationalisoiva, etäännyttävä, epäilevä tai jopa torjuva. Yksilö kokee muutoksen voimaistavana kun se tarjoaa mahdollisuuden uuden oppimiseen. Voimaistavassa muutoksessa henkilö kokee saavansa tukea niin työyhteisöltä kuin lähipiiriltäänkin. Rationaalisesti muutoksen suhtautuva yksilö ajattelee, ettei muutakaan vaihtoehtoa ole ja muutos on välttämätön. Etäännyttävä muutossuhde tarkoittaa sitä, että yksilö suuntautuu työn sijaan enemmän yksityisille elämänalueille. Muutokseen epäilevästi suhtautuva kokee voimattomuutta, päämäärättömyyttä ja hänellä ei ole tarpeeksi tietoa tulevasta. Torjuvasti muutokseen suhtautuva näkee maailman toivottomana ja on katkera työnantajalle. (Mattila 2006, 108 - 113.)

Kotterin muutosjohtamisen mallissa muutos etenee vaiheittain. Muutosprosessin ensimmäisessä vaiheessa henkilökunnan tulee saada käsitys muutostarpeen syistä ja miksi muutoshanke pitää saada eteenpäin nopealla aikataululla. Toisessa vaiheessa kootaan muutoshanketta tukemaan vahva ohjaava tiimi. Kotter (1996, 49 - 52) kuvailee toimivaa ohjaavaa tiimiä sitoutuneeksi tiimiksi, jolla on tietoa asiasta, asemaan perustuvaa valtaa, uskottavuutta ja osamista johtaa muutosprosesseja. Usein ohjaavassa tiimissä on 2 - 3 jäsentä. Kolmannessa vaiheessa laaditaan visio ja strategia. Kotterin mallissa vision tärkeyttä painotetaan, koska hyvä visio auttaa suuntaamaan toimenpiteitä oikein, turhat projektit voidaan lakkauttaa ja työskennellä muutostavoitteiden suuntaisesti. Hyvä visio on kuviteltavissa oleva, asiakkaan, toimijan ja rahoittajan näkökulmasta haluttava, toteutettavissa oleva sekä joustava. Siitä pitää pystyä kertomaan viidessä minuutissa ulkopuoliselle. Visiosta pitää kyetä

kertomaan erityisesti se, että miten asiat muuttuvat asiakkaan, toimijan ja rajoittajan näkökulmasta, jos se toteutuu. (Kotter 1996, 61 - 63.)

Neljäs vaihe on muutosviestintä, jossa esimiesten tulee käyttää rikkaita viestimisen muotoja luovasti niin, että viestimällä kirkastetaan yhä enemmän visiota. Muutosviestinnässä tulisi käyttää henkilökuntaa osallistavia viestinnän keinoja. Yhdessä pohtimalla voidaan konkretisoida tulevaa muutosta, miten se vaikuttaa juuri minun työhön ja asiakkaisiimme. (Stenvall & Virtanen 2007, 61 - 63.)

Muutostilanteissa viestinnän tulisi perustua keskinäiseen vuorovaikutukseen johdoin ja henkilökunnan välillä, kuten työpaikkakokouksiin ja kehityskeskusteluihin. Vuorovaikutteisuuden lisäksi tulisi viestinnässä painottaa avoimuutta ja jatkuvuutta. (Juholin 2006, 329 - 330.)

Daft, Lengel ja Trevino (1987) jaottelivat esimiesten viestinnän rikkaisiin ja vähemmän rikkaisiin tapoihin viestiä. Rikkaassa viestintätilanteessa ollaan henkilökohtaisessa kontaktissa. Vähemmän rikas viestintäkanava on vaikkapa joukkosähköposti. Dafin ym. mukaan rikasta viestintätapaa tulee käyttää aina kun käsiteltävä asia on monimutkainen tai halutaan sitouttaa henkilö tai ryhmä asiaan. (Åberg 2006, 158 - 159.)

Viidennessä vaiheessa puretaan muutosta jarruttavia esteitä ja rakenteita sekä valmennetaan henkilöstöä toimimaan uudenaikaisessa toimintaympäristössä. Kotterin mallin kuudennessa vaiheessa varmistetaan, että muutoshankkeelle asetetut lyhyen aikavälin tavoitteet toteutuvat, koska sillä varmistetaan muutoshankkeen jatkuminen. Tässä vaiheessa on hyvä tarkistaa onko asetettu visio ja strategiat oikeansuuntaiset. Seitsemännessä vaiheessa vakiinnutetaan muutokset ja jatketaan kehittämistyötä uusilla hankkeilla. Viimeisessä vaiheessa eli kahdeksannessa vaiheessa uusien toimintamallien tulisi olla osa organisaatiokulttuuria. (Kotter 1996, 18, 106.)

Schein (2009, 141, 145) painottaa valmennuksen merkitystä muutosten yhteydessä. Organisaation on järjestettävä koulutusta, jossa on mahdollisuus oppia uusia asenteita ja taitoja, joita tulevassa uudessa toimintamallissa tarvitaan. Oppimista varten on järjestettävä aikaa ja muita tarvittavia resursseja. Täytyy olla mahdollisuus kokeilla ja tehdä virheitäkin ja sitä kautta oppia. Muutosjohtajalla täytyy olla selkeä

käsitys päämääristä, mutta jokaisella oppijalla on oikeus saavuttaa päämäärä omalla tavallaan ja omilla keinoillaan.

Usein työyhteisöissä ollaan vallitsevaan tilanteeseen tyytyväisiä, koska työyhteisössä ei ole suurta näkyvää kriisiä, suorituskykyä mitataan väärillä mittareilla tai ongelmat kielletään ja halutaan pysytellä mukavuusalueella. Muutoksen ei pidä lähteä vain toimijoiden tarpeista, vaan asiakkailta tulee kysyä, onko muutokselle tarvetta. Näin vältetään sisäinen likinäköisyys. (Kotter 1996, 34 - 35, 42.) Santalaisen (2009, 239) mukaan muutoksen esteitä ovat myös byrokraattinen organisaatio, toimimattomat prosessit, keskinkertaisuuden hyväksyvä toimintakulttuuri ja epäonnistuneet kokemukset aikaisemmista muutoksista. Utin sanoin (2004, 26) organisaation on taivuttava muutoksia myötäillen ja silloin ei ole tilaa kyynisyydelle ja turhalle byrokralialle, vaan tarvitaan innostusta ja iloa.

Muutoksen yhteydessä koetaan oppimisahdistusta, joka on seurausta siitä, että on tunnistettu muutostarve. Muutos tuo mukanaan vanhasta luopumista ja uuden opettelemista. Työntekijät kokevat oppimisahdistusta tilanteissa, joissa on luopunut vanhasta tavasta toimia, mutta ei vielä hallitse uutta toimintamallia. Ryhmän jäsenyyden menetys aiheuttaa oppimisahdistusta. Yhden työntekijän on vaikea innostua kehittämisestä, jos muu ryhmä vastustaa muutosta. Kun työntekijä kokee runsaasti oppimisahdistusta, hän selittelee monin tavoin miksi ei kannata lähetä muutosta tekemään. Ei haluta nähdä, että nykyisessä käytännössä olisi mitään ongelmia tai etsitään syntipukkeja tai ryhdytään varmistamaan, että muutoksesta on varmasti itselle hyötyä. (Schein 2009, 138 -140.)

Kotterin mallin mukaan muutos etenee lineaarisesti vaihe vaiheelta. Tällaista muutosprosessia kohtaan on esitetty kritiikkiä. McNiffin (1998, 2, 33 & 35) mukaan muutosprosessia ei voi ohjata tarkasti ja eritellä sen eri vaiheita, vaan muutos etenee omalla ajallaan ja se voi muuttaa suuntaa kesken prosessin. Hän kuvaa muutosprosessin olevan virtaamista. Liiallinen ohjaaminen tukahduttaa McNiffin mukaan luovuuden. Kotterin ja McNiffin näkemysten välimaastoon asettuu ajatus tekemisen ja olemisen tasapainosta. Reflektiossa yhdistetään aikaisemmin koettua uusiin ilmiöihin. Muutosjohtajan ei tule luottaa pelkästään kokemuksen kautta op-

pimiseen, vaan hakea reflektionsa tueksi tutkittua tietoa. Uusien näkemysten syntyminen vaatii muutakin kuin sitä mitä tehdään tavanomaisesti, on uskaltauduttava pois omalta mukavuusalueelta. (Santalainen 2009, 22 - 23.) Virtanen ja Wenneberg (2005, 98,102) puhuvat realistisen muutoshallinnan mallista, jolla he tarkoittavat muutosjohtajuutta jossa osataan käyttää omaan organisaatioon sopivia muutosmalleja, ja koko henkilöstöllä on mahdollisuus olla muutosta toteuttamassa. Ylisosiaalistetussa muutosprosessissa, jossa muutosta tehdään täysin henkilöstön ehdoilla, kokonaistavoite saattaa unohtua. Toinen ääripää on alisosiaalistettu muutosprosessi, joka etenee lineaarisesti ja suunnitellusti.

Muutokseen liittyy aina muutosvastarinta ja vanhasta poisoppimisen tuska. Ihminen voi oppia muuttamaan näkyvää käytöstä, mutta syvällinen toimintakulttuurin muutos vie aikaa jopa viisitoista vuotta. Vanhan kulttuurin poisoppimisessa ja uuden sisäistämisessä eli transformaalisessa muutoksessa on kolme vaihetta: motivaation luominen, uusien käsitteiden oppiminen ja vanhojen käsitteiden uusien merkitysten oppiminen sekä niiden sisäistäminen. Voidaan kysyä kriittisesti, että onko kaikilla luontainen halu itsensä kehittämiseen vai tarvitaanko kriisin uhka ennen kuin motiivoidutaan tekemään muutoksia. Muutoksen yhteydessä koetaan eloonjäämisahdistusta. Sitä voivat tuottaa esimerkiksi taloudellinen uhka tai sisäinen tyytymättömyys. Työyhteisöissä koetaan eloonjäämisahdistusta myös kun ei voida toimia asetettujen arvojen mukaisesti. (Schein 2009, 131 – 134.)

Muutosjohtajalla tulee olla osaamista sekä ihmisten että asioiden johtamisessa. Ihmisten johtaja kykenee viestittämään tavoitteista ja visiosta niin että, työyhteisön jäsenet ovat innokkaita työskentelemään tavoitteiden suuntaisesti. Ihmisten johtajalla on itsetuntemusta, energiaa ja tarvittavat verkostot ympärillään. Asioiden johtaja tietää muutoksen suunnan ja hänellä on selkeä näkemys visiosta. Asioiden johtaminen vaatii päätöksentekokykyä ja tilannetajua. Muutosta tehtäessä on huomioitava henkilöstövoimavarat, johtaminen ja menetelmät. Yksittäistä asiaa ei kannata kehittää, jos halutaan muutos toimintakulttuurissa. (Utti 2004, 49 – 50 & 53 – 54.)

Onnistunut johtaminen syntyy asioiden ja ihmisten johtamisen tasapainosta ja kyvystä johtaa molempia osa-alueita. Jokainen johtaja ei ole hyvä sekä asioiden joh-

tamisessa että ihmisten johtamisessa. Ihmisten johtamisen taidot korostuvat nykytilanteessa, jossa maailmasta on tullut epävakampi. Esimiesten ihmisten johtamisen osaamisen taidot vahvistuvat yleensä kokemuksen kautta. Onnistumiset ja epäonnistumiset uralla opettavat ymmärtämään miten kovaa työtä muutosjohtaminen on ja samaan aikaan täynnä mahdollisuuksia menestykseen. (Kotter 2001, 4,11.) Scheinin (2009, 136) mukaan muutosjohtajan tulee olla karismaattinen. Karismaattinen johtaja saa henkilökunnan huomion ja hänen sanomaansa luotetaan. Åhmanin (2003, 216) näkemys hyvästä johtajuudesta on toisenlainen. Hänen mukaansa toimintaympäristössä, jossa vaaditaan jatkuvaa uudistumista, menestyy monentyyppinen johtaja. Johtajalle tärkeitä ominaisuuksia ovat hyvä itsetuntemus, positiivinen ihmiskäsitys, rohkeutta kertoa ikävistäkin asioista ja kykenee myös itse muuttamaan toimintatapojaan sekä toimii eettisesti. Mattilan (2006, 84 -85) tutkimuksen mukaan kyvykäs johtaja on ammattimainen ja johtajan inhimillisuus riippuu hänen henkilökohtaisista ominaisuuksista ja arvomaailmasta.

4 KOHDEORGANISAATIO

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä aloitti toimintansa 1.1.2007. Tuolloin kahdeksan kuntaa (Artjärvi, Hartola, Iitti, Myrskylä, Nastola, Pukkila, Orimattila ja Sysmä) siirsivät yhtymän peruspalvelukeskus Aavan tulosalueen hoidettavaksi koko sosiaali - ja perusterveydenhuollon. Orimattila ja Artjärvi yhdistyivät vuoden 2011 alussa kuntaliitoksen myötä. Peruspalvelukeskus Aava toimii maantieteellisesti laajalla alueella. Eteläisimmästä kunnasta Myrskylästä matkaa pohjoisimpaan Hartolaan kertyy yli sata kilometriä. Väestöä on alueella noin 50 000.(Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2011.) Päijäthämäläiset ovat hieman vanhempia kuin suomalaiset keskimäärin. Aavan kunnista ikääntynein on Sysmä ja nuorekkain Nastola. Vuoden 2006 lopussa yli 75-vuotiaiden prosenttiosuus koko väestöstä oli 7,7 % ja Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän alueella se oli 8,2 %. (Olkkonen - Nikula 2008, 5 - 6.) Yli 75 vuotta täyttäneistä enemmistö on naisia. Sysmäläisistä tulee vuonna 2015

arvion mukaan olemaan yli 75-vuotiaita 16 %. (Karisto, Nummela, Konttinen, Haapola, Valve, Uutela & Heikkilä 2003, 14,18.)

Peruspalvelukeskus Aava jakautuu neljään tulosalueeseen, jotka ovat koti- ja asumispalvelut, hyvinvoinnin - ja terveyden edistäminen, sosiaalipalvelut ja vastaanot-topalvelut. Henkilöstömäärältään suurin on koti- ja asumispalvelut, missä työskentelee suurin osa Aavan henkilöstöstä, yli 600 työntekijää. Liitteenä on koti- ja asumispalvelujen tulosalueen organisaatiokaavio. (Liite 1.) Aavan toiminta-ajatuksena on olla dynaaminen sosiaali- ja terveystalouden osaaja, joka tuottaa palvelut linkittyen tarpeen mukaisesti muihin toimijoihin. Palvelut tuotetaan lainsäädännön ja tilaajien, eli kuntien, kanssa tehtyjen sopimusten mukaisesti. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2011.)

Koti- ja asumispalvelujen tulosalueella tuotetaan vanhustenhuollon palvelut ja terveysasemien vuodeosastopalvelut. Tämä kehittämishanke, Kohti uutta kotihoitoa, toteutetaan koti- ja asumispalvelujen tulosalueen kotihoidon yksiköissä. Peruspalvelukeskuksen vanhustenhuollon palvelut tuotetaan kuntapareittain: Iitti - Nastola ja Sysmä - Hartola, ja kuntaryppäänä Orimattilan seudulla (Myrskylä, Orimattila ja Pukkila). Toimin itse viranhaltijana koti- ja asumispalvelujen tulosalueella ja vastualueeseeni kuuluu Orimattilan seudun vanhuspalvelut lukuun ottamatta terveysaseman vuodeosastopalveluita ja muistihoidajien vastaanottoa.

Peruspalvelukeskus Aavan kunnissa toimii yhdenmukainen kotihoito, jossa sama työtiimi tekee sekä hoiva- että sairaanhoitotyötä. Tiiminvetäjinä toimivat pääsääntöisesti sairaanhoitajat. Muut tiimin jäsenet ovat nimikkeeltään joko lähihoitajia tai kotiavustajia. Kotihoidon esimiehinä toimivat kotihoidon koordinaattorit, joilla on sosiaali- tai terveystalouden tutkinto. Aavan kotihoidoissa työskentelee noin 140 vakituista työntekijää. Kotihoitoon on Nastola - Iitti alueella palkattu keväällä ja Orimattilan seudulle kesällä 2010 alkaen kotihoidon ohjaaja. Kotihoidon ohjaajan toimenkuvan määrittelyssä on ollut tavoitteena saada tiiminvetäjille enemmän työaika välittömään asiakastyöhön ja koordinaattoreille aikaa esimiestyöhön. Kotihoidon ohjaajan viran avulla on ollut tarkoitus selkeyttää kotihoidossa tapahtuvaa palveluohjausta ja töiden organisointia. Ohjaaja tekee uusille asiakkaille palvelutarpeen arviointikäyn-

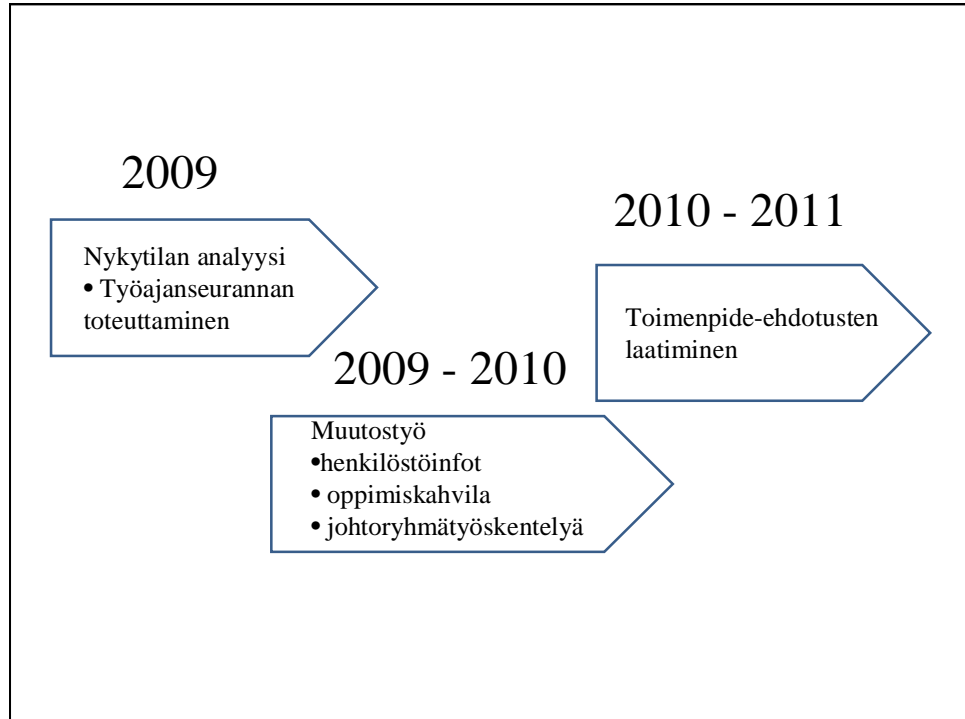
nit Iitissä, Nastolassa ja Orimattilassa. Uusina toimijoina kotihoidossa ovat kotiutushoitajat, joiden toimenkuvan määrittely on osin vielä kesken. Hammarin (2008, 18) mukaan toimiva palvelukokonaisuus syntyy kotihoidossa työntekijöiden kyvyttä hahmottaa oman työn osuus koko palveluprosessissa. Asiakkaiden ja läheisten näkökulmasta hyvää kotihoidon laatua on onnistunut palveluohjaus.

5 KOTIHOIDON NYKYTILAN KARTOITUS JA MUUTOSTYÖ

Tämä kehittämishanke eteni kolmessa vaiheessa, joista ensimmäinen oli kotihoidon nykytilan analyysi. Sitä varten päädyttiin toteuttamaan Aavan kotihoidoissa työajanseuranta. Kotihoidon työajanseuranta varten koti- ja asumispalvelujen johtoryhmä määritteli välillisen ja välittömän asiakastyön. Tässä kehittämishankkeessa välittömällä asiakastyöllä tarkoitetaan kotihoidossa asiakkaan avustamista, sairaanhoidollisia ja kodinhoidollisia tehtäviä, ohjausta ja neuvontaa sekä keskustelua. Välillisen asiakastyön tulisi tukea välittömän asiakastyön toteutumista kotihoidossa. Välillisiä asiakastyön tehtäviä ovat muun muassa kaupassa käynti ilman asiakasta, kotihoidon toimistolla tapahtuva lääkkeiden jako tai vaatehuolto asiakkaan kodin ulkopuolella, matka-ajat, hoitotyön kirjaaminen ja suunnittelu sekä asiakasneuvottelut ilman asiakasta.

Hankkeen toisessa vaiheessa tein muutostyötä yhdessä henkilökunnan kanssa erilaisin osallistavin menetelmin. Pohdimme kotihoidon nykytilannetta ja muutostarpeita yhdessä laajalla kokoonpanolla henkilöstöinfoissa ja työstimme asiaa edelleen pienemmällä kokoonpanolla oppimiskahvilassa. Koti- ja asumispalvelujen johtoryhmä käsitteli säännöllisesti kehittämishankkeen etenemistä kokouksissaan. Kehittämishankkeen viimeisessä vaiheessa laadin toimenpide-ehdotukset, joiden käyttöönotto mahdollistaa välittömän asiakastyön lisääntymisen kotihoidoissa. Seuraavan sivun kuviossa 1. on esitetty kehittämishankkeen aikataulu ja sen eri vaiheet. Johtoryhmän lisäksi kehittämishankkeen aikana kokoontui myös ohjausryhmä, johon kuuluivat peruspalvelukeskuksen johtaja, talous- ja hallintopäällikkö, koti- ja

asumispalvelujen johtaja, vuodeosastopäällikkö ja alueelliset koti- ja asumispalvelupäälliköt.



KUVIO 1. Kehittämishankkeen eteneminen

5.1 Työajanseurannan toteutus

Työajanseurannassa oli mukana 21 ositetulla otannalla valittua kotihoidon työntekijää, jotka tekevät joko aamu- tai iltavuoroja. Valittujen työntekijöiden määrä on suhteutettu eri alueiden työntekijöiden määrään. (JHS 152 Prosessien kuvaaminen 2011.) Iitti - Nastola alueella ja Orimattilan seudulla työntekijöitä oli seurannan toteuttamisen ajankohtana 50 ja Sysmä - Hartola alueella 36 työntekijää. Näin ollen sekä Iitti - Nastola alueelta että Orimattilan seudulta työajanseurantaan osallistui kahdeksan henkilöä ja Sysmä - Hartola alueelta viisi henkilöä. Edellä mainittujen lisäksi työajanseurantaan otettiin mukaan tiedonkeruuviikolla kaikki yötyötä tekevät hoitajat. Työajanseurannan avulla haluttiin selvittää millaisiin tehtäviin kotihoidon yötyö kohdentuu, koska tietojärjestelmistä saatavilla olleen tiedon mukaan yövuorossa välittömän asiakastyön osuus on vielä vähäisempi kuin muissa vuorois-

sa. Yötyötä tehdään neljän kunnan alueella; Orimattilassa, Myrskylässä, Nastolassa ja Iitissä. Työajanseurantaan ei tässä hankkeessa otettu mukaan tehostetun tai teutun palveluasumisen yksiköitä, joissa on oma henkilökunta.

Saatekirje (liite 2.) ja tiedonkeruulomakkeet (liitteet 3-4.) laitettiin jakeluun työajan seurantaan osallistuville alueille maaliskuussa 2009 viikolla 13. Alueilla materiaalin edelleen jakelusta ja henkilökunnan ohjeistamisesta vastasivat kotihoidon koordinaattorit. Työajanseuranta tehtiin viikolla 14. Lomakkeet palautettiin kotihoidon koordinaattoreille ja lomakkeiden tiedot tallennettiin SPSS -ohjelmaan ja käsiteltiin huhti - kesäkuussa 2009. Ohjausryhmässä päätettiin, että työaika koskevat analyysit luokitellaan ammattiryhmittäin, työvuoroittain sekä ala- ja pääluokittain.

Työajanseurantalomakkeen pääluokat olivat:

- kodinhoito,
- hoito ja hoiva,
- yhteistyö,
- välillinen työ,
- matkat,
- ja organisointi.

Kodinhoitotyö jakautui imurointiin, muuhun siistimiseen, pyykkihuoltoon, ruoan valmistukseen ja muuhun kodinhoitoon. Muulla siistimisellä tarkoitettiin astioiden tiskausta, vuodevaatteiden vaihtoa, wc:n pesua yms. Muu kodinhoito-kohta sisälsi aamu- ja iltapalojen sekä välipalojen valmistamisen. Ruuan laittamisella työajanseurantalomakkeessa tarkoitettiin mahdollista lämpimän ruuan valmistamista. Tänä päivänä kotihoidossa ei juurikaan valmisteta asiakkaille lämpimiä aterioita, vaan ne kuljetetaan kotiin valmiina astioissa.

Hoito- ja hoiva -pääluokka oli jaettu alaluokkiin seuraavasti: perushoito-, terveyden- ja sairaanhoito, lääkkeiden jako kotona, kuntoutus, asiakkaan kanssa ulkoilu, kylvetys, keskustelu, neuvonta ja ohjaus, tarkistuskäynti, muu käynti. Kuntoutuk-

sella asiakkaan kotona tarkoitetaan tässä esimerkiksi kotijumppaa tai Guralnikin testin tekemistä. Guralnikin testi on kotioloihin soveltuva helppo testi, jolla voidaan mitata asiakkaan fyysistä toimintakykyä. Muu käynti asiakkaan luokse voi olla tilannetta kartoittava käynti mahdollisen tulevan kotihoidon asiakkaan luokse tai hoitoneuvottelu, jossa tarkistetaan asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelmaa. Hoitoneuvottelu voi tapahtua asiakkaan kotona tai muussa hoitopaikassa, esimerkiksi asiakkaan kotiutumisen yhteydessä terveysasemalla.

Yhteistyö-pääloukka sisälsi asioinnin, yhteydenpidon omaisiin ja ammatillisen yhteistyön. Hoitaja voi hoitaa asiakkaan kauppa-asioita siten, että asiakas ei ole mukana. Kotihoidossa on monenlaisia tilanteita, jolloin ollaan omaisiin yhteydessä varsinaisten hoitoneuvottelujenkin välillä. Ammatilliseksi yhteistyöksi voidaan luokitella esimerkiksi hoitajien ja lääkärin yhteistyöpalaveri, jossa kotihoidon hoitajilla on mahdollisuus konsultoida lääkäriä. Tällöin asiakas itse ei ole paikalla.

Välillinen työ piti sisällään kotikäyntien valmisteluun liittyviä asioita, lääkehuoltoa, kuten asiakkaiden reseptien uusimista tai lääkkeiden jakoa kotihoidon toimitiloissa, asiakastietojen kirjaamista tietojärjestelmiin, työntekijöiden tauot ja mahdollisen muun välillisen työn. Tauot erotettiin erikseen välillisestä työstä. Matkat - pääloukka jaoteltiin asiakkaan luokse tehtäviin matkoihin, aterian kuljetukseen liittyviin matkoihin ja muihin matkoihin, joita voivat olla auton huoltoon vienti, tankkaus tai muu liikkumiseen liittyvä asia. Matkat asiakkaan luokse oli jaoteltu kolmeen luokkaan seuraavasti: alle 14 minuuttia kestävät matkat, 15 - 30 minuuttia kestävät matkat ja 60 - 90 minuuttia kestävät matkat asiakkaan luokse.

Organisointi-pääloukka sisälsi työn suunnittelun ja töiden jakamisen, suullisen raportoinnin, koulutuksen, kehittämistehtävät, yksikön työpaikkakokoukset, uuden työntekijän perehdyttämisen ja opiskelijan arviointikeskustelun. Työn organisointi, yhteistyö, välillinen työ, matka-ajat ovat kaikki sellaisia työtehtäviä, joissa ei olla suorassa asiakaskontaktissa.

Kesällä 2009 työajanseurannan tulokset analysoitiin SPSS -ohjelman avulla ammattiryhmittäin. Marraskuussa 2009 pidetyssä koti- ja asumispalvelujen johtoryhmässä

päädyttiin kuitenkin siihen, että lähihoitajien ja kotiavustajien työajanseurannat yhdistetään. Yhdistämisen syynä oli kotiavustajien vähäisestä määrästä johtuva tunnistamisen välttäminen. Joten tässä kehittämishankkeessa hoitajilla tarkoitetaan sekä lähihoitajia että kotiavustajia. Sairaanhoitajien ryhmää käsitellään erikseen työajanseurannassa. Alueellisia tuloksia ei myöskään voitu selvittää edellä mainitusta syystä. Työajan kohdentuminen on selvitetty työvuoroittain ja ammattiryhmittäin, kuitenkin siten, että lähihoitajien ja kotiavustajien työajan kohdentumista on tarkasteltu yhtenä hoitajien ryhmänä. Työajan kohdentumisessa on huomioitu myös hoitajien ja sairaanhoitajien yhteinen toteuma, jolloin käytetään termiä työntekijät.

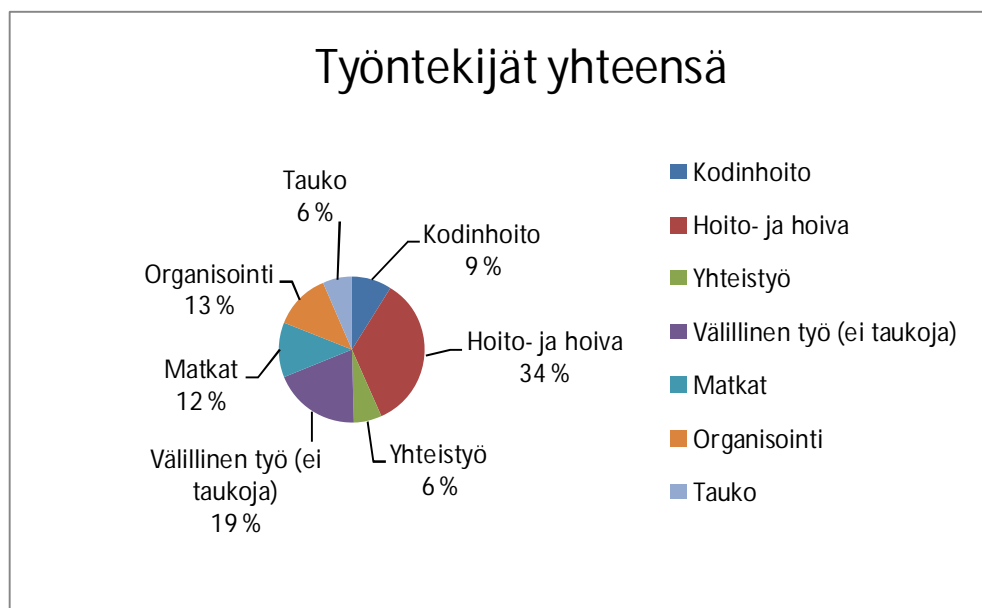
5.2 Tulokset

Työajan kohdentuminen esitetään työvuoroittain ja pääluokittain. Työajanseurantaan osallistuneet henkilöt tekivät seurantaviikolla useampia työvuoroja, joten yhdeltä seurantaan osallistuneelta työntekijältä palautui useammasta tehdystä työvuorosta tiedonkeruulomake. Taulukoissa, joissa työajan kohdentumista on kuvattu pääluokittain, kuvataan aina kulloisenkin pääluokan jakautumista eri alaluokkiin. Kohta ”muu työ” tarkoittaa kuinka paljon esimerkiksi organisointi-pääluokan tehtävien jälkeen jää työaika käytettäväksi muihin eri pääluokkien tehtäviin.

5.2.1 Työajan kohdentuminen työvuoroittain

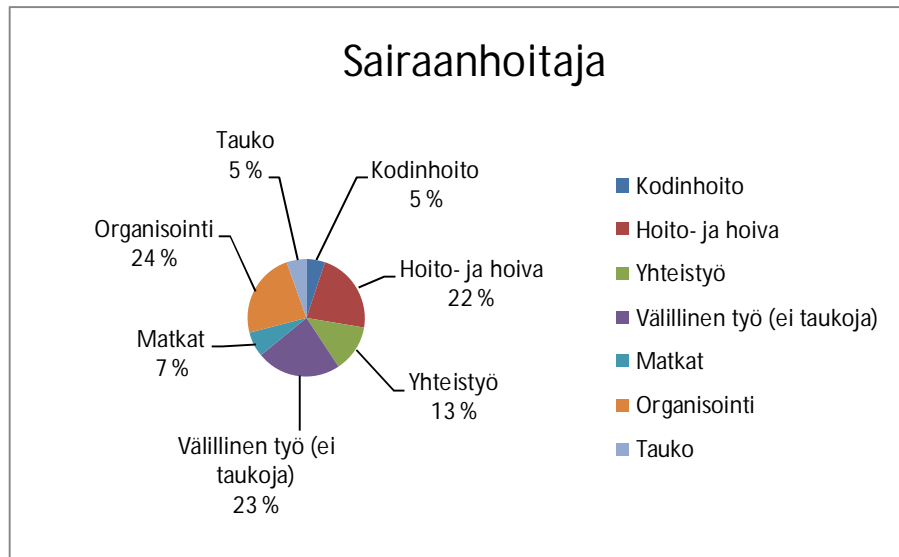
Aamuvuoro

Kuviosta 2. ilmenee, että kotihoidossa käytettiin työajasta liki puolet välittömään asiakastyöhön. Aamuvuoroissa matkoihin käytettiin enemmän työaikaa kuin muissa vuoroissa.



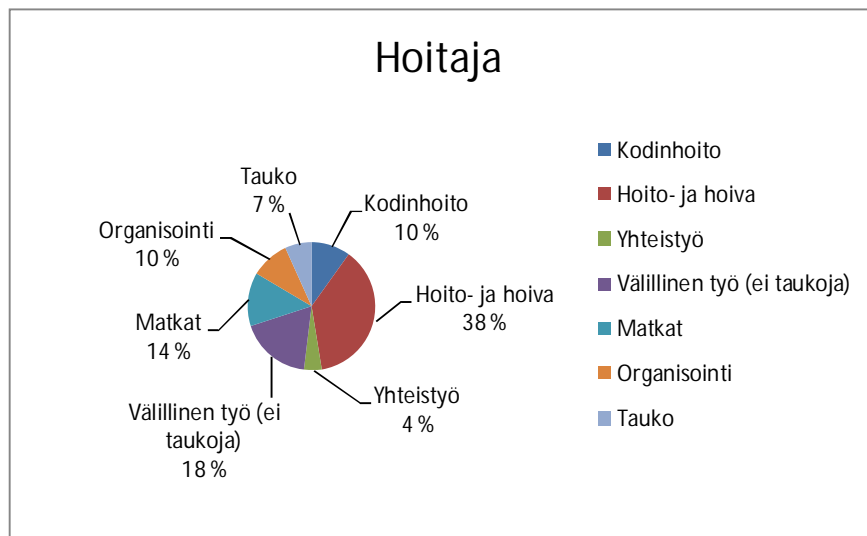
KUVIO 2. Hoitajien ja sairaanhoitajien työajan kohdentuminen aamuvuorossa (N = 76)

Seuraavan sivun kuvion 3. mukaan sairaanhoitajien työajasta kohdistui hoito- ja hoivatyöhön sekä kodinhoidollisiin tehtäviin ainoastaan alle kolmannes. Välilliseen työhön, matkoihin, yhteistyöhön ja organisointiin kuluu työvuorosta reilusti yli puolet ajasta. Sairanhoitajat tekivät hoiva- ja hoitotyötä keskimäärin reilut kaksi tuntia työvuorossaan.



KUVIO 3. Sairaanhoitajien työajan kohdentuminen aamuvuorossa (N= 13)

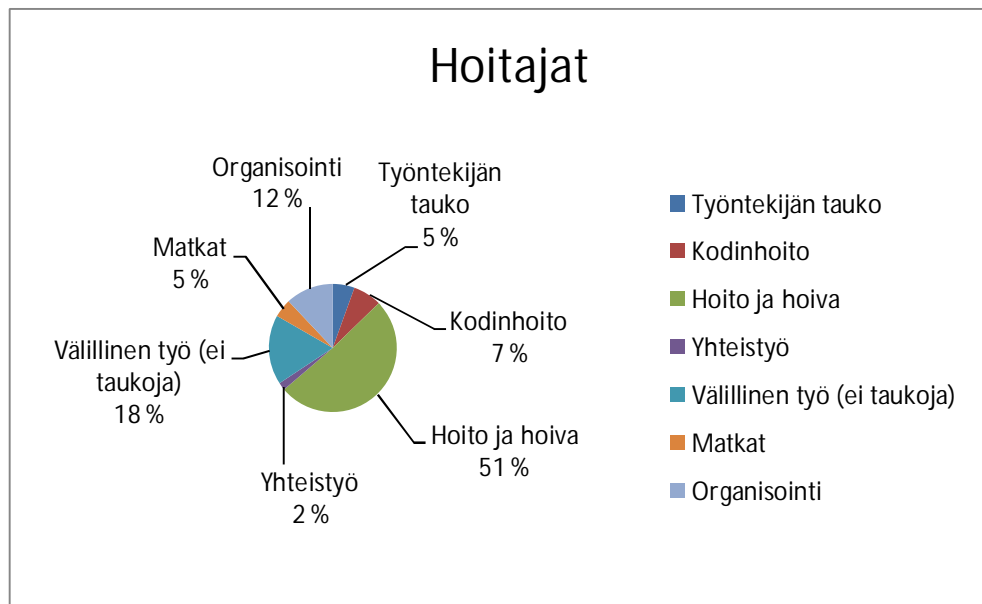
Sairaanhoitajien vähäinen hoito- ja hoivatyön osuus työajasta aamuvuorossa oli yllättävä tulos. Kotihoidon työntekijät kertovat asiakkaiden tarvitseman runsaasti apua, joten arvelin etukäteen, että sairaanhoitajien osaamista tarvitaan enemmän konkreettisessa hoitotyössä. Ovatko kotihoidon sairaanhoitajat enemmän konsultin roolissa kotihoidossa? Kuvion 4. mukaan vähemmän koulutetut ammattiryhmät tekivät enemmän hoito- ja hoivatyötä aamuvuorossa kuin sairaanhoitajat.



KUVIO 4. Hoitajien työajankohdentuminen aamuvuoroissa (N =63)

Iltavuoro

Tällä hetkellä pääsääntöisesti lähihoitajat ja kotiavustajat tekevät kotihoidossa iltavuorot, näin oli myös työajanseurantaviikolla. Sairaanhoitajat eivät olleet tehneet yhtään iltavuoroa. Seuraavan sivun kuvio 5. kertoo, että iltavuorossa tehdään enemmän välitöntä asiakastyötä kuin aamuvuoroissa. Työajasta yli puolet työskennellään asiakkaan kotona. Hoitajat käyttävät iltavuorossa hieman enemmän aikaa organisointiin kuin aamuvuoroissa.



KUVIO 5. Hoitajien työajan kohdentuminen (N = 16)

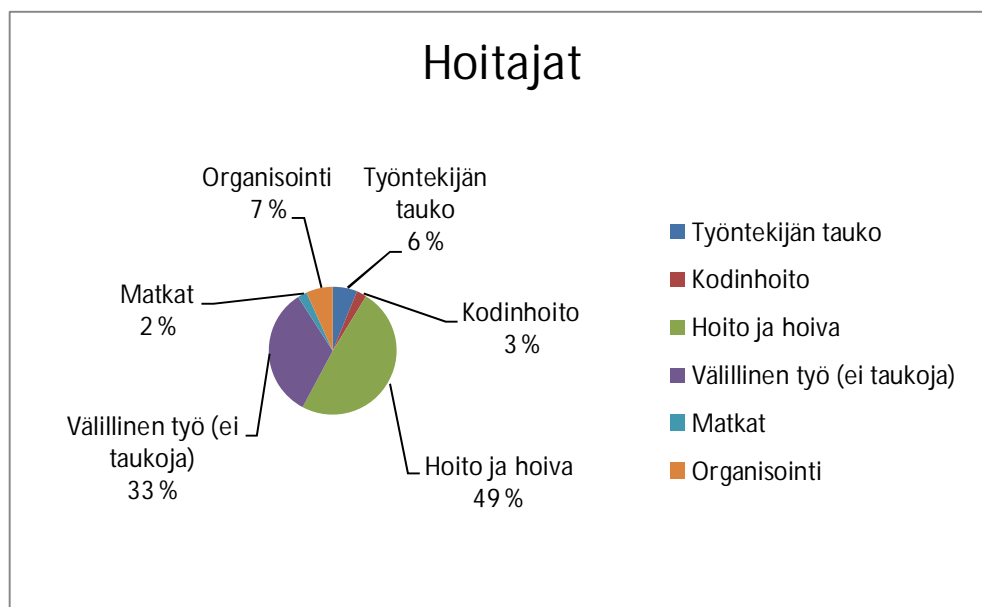
Yövuoro

Peruspalvelukeskus Aavan alueella Iitissä ja Nastolassa sekä Orimattilassa ja Myrskylässä tehdään yövuoroja kotihoidossa. Sairaanhoitajat eivät tee yövuoroja kuin satunnaisesti. Kotiavustajat eivät voi tehdä yövuoroja, koska aluehallintoviranomaisten antaman ohjeistuksen mukaan yksin työvuorossa olevan tulee olla sosiaali- ja terveydenhuollon tutkinnon suorittanut henkilö. Työajanseurantaviikolla sairaanhoitaja oli poikkeuksellisesti tehnyt kaksi yövuoroa. Tällainen tilanne voi olla, jos ei ole saatu sairastuneen hoitajan tilalle yövuoroon tekijää. Koti- ja asumispal-

velujen johtoryhmä päätti, että jätetään sairaanhoitajan tekemien yövuorojen analyysit pois, vaikka tiedon käyttämiseen raportissa oli kysytty lupa kyseiseltä sairaanhoitajalta. Johtoryhmässä todettiin, että sairaanhoitaja oli poikkeuksellisesti tehnyt kaksi yövuoroa, joten sen perusteella ei voi tehdä yleisempiä johtopäätöksiä.

Yövuorossa kotihoidon työntekijä käy palvelutaloissa ja vanhainkodeissa niissä työskentelevän yöhoitajan apuna. Tässä työajanseurannassa nämä käynnit on merkitty pääluokkaan hoito ja hoiva, joten kaikki kotihoidon tekemästä yötyöstä ei kohdistu kotona asuvien asiakkaiden hoitamiseen.

Kuviossa 6. on esitetty hoitajien työajan kohdentuminen eri tehtäviin yövuorossa. Niissä matkaan käytetty aika oli, samoin kuin iltavuoroissa, vähäisempi kuin aamu- vuoroissa. Yövuorossa oli välilliseen työhön, organisointiin ja matkoihin mennyt aikaa lähes puolet työajasta. Yövuoron aikana oli tehty kodinhoidollisiakin tehtäviä hoito- ja hoivatyön lisäksi. Välittömään asiakastyöhön oli käytetty yli puolet työajasta.

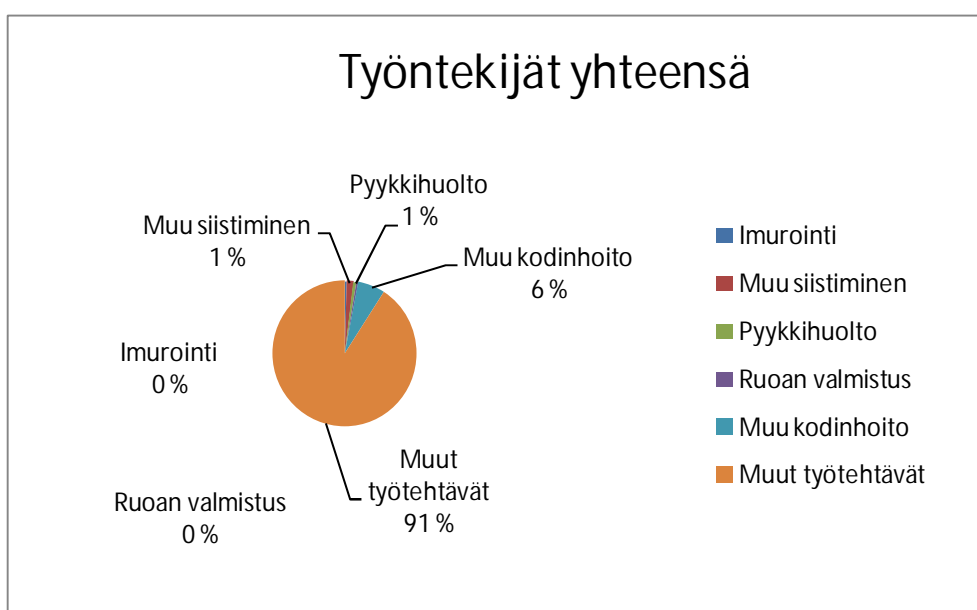


KUVIO 6. Työajan kohdentuminen yövuorossa (N= 27)

5.2.2 Työajan kohdentumien pääluokittain

Kodinhoidolliset tehtävät

Kodinhoidolliset tehtävät oli jaoteltu imuroimiseen, muuhun siistimiseen (tiskaamiseen, vuodevaatteiden vaihtamiseen, wc:n pesuun), pyykkihuoltoon, ruoan valmistukseen ja muuhun kodinhoitoon (aamupalan laittamiseen, leipien tekemiseen, puuron keittämiseen ym.). Kuviossa 7. esitetään kuinka paljon työajasta käytettiin kodinhoidollisiin tehtäviin. Jokaisessa työvuorossa ja kaikissa ammattiryhmissä oli tehty kodinhoidollisia tehtäviä kuitenkin niin, että eniten kodinhoidollisia tehtäviä hoidetaan aamuvuoroissa. Jopa yövuorossa oli hoidettu pyykkihuoltoon liittyviä tehtäviä. Työajanseurannan tulos tukee käytännön kautta saatua tietoa aterioiden valmistuksesta ja siivouksista. Kotihoidon asiakkaiden luona ei valmisteta aterioita lukuun ottamatta aamu- ja iltapaloja. Asiakkaan kotona ei tehdä varsinaisia kuukausi- ja viikkosiivouksia. Kotihoidon henkilökunnan tehtäviin kuuluvat pienimmät siistimiseen liittyvät tehtävät kuten tiskaaminen, imuroiminen ja vuodenvaatteiden vaihtaminen. Koti- ja asumispalvelujen kriteereitä ja asiakasmaksuja koskevan ohjeistuksen mukaan siivouspalveluita ei järjestetä kuin yli 20 % sotainvalideille ostopalveluna.



KUVIO 7. Työajan kohdentuminen kodinhoidollisiin tehtäviin

Hoito ja hoiva

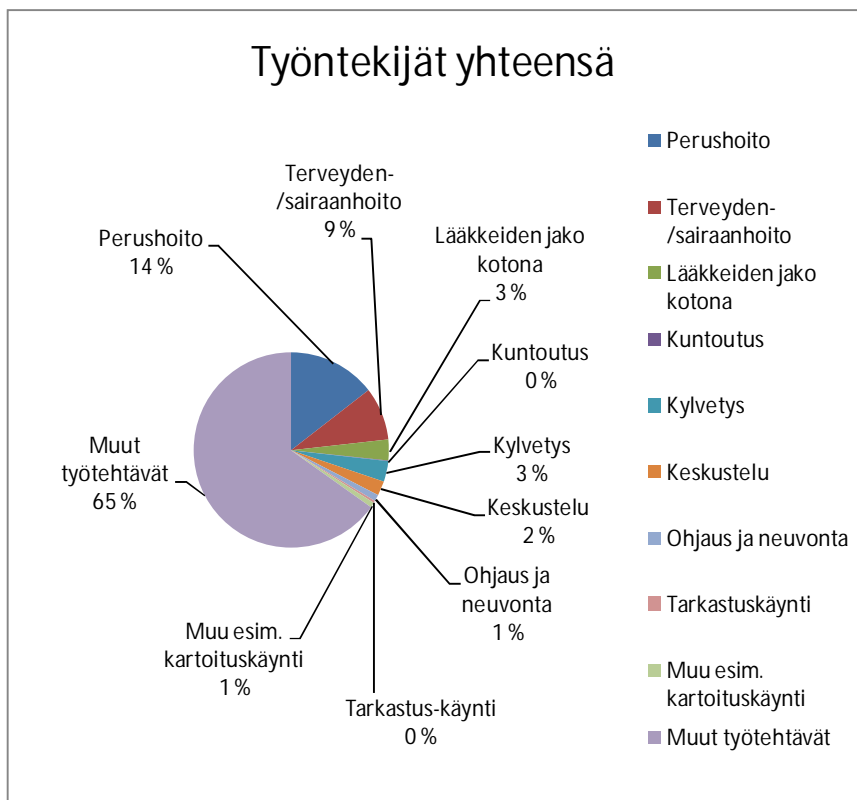
Hoito ja hoiva oli jaoteltu perushoitoon, terveyden- ja sairaanhoitoon, lääkkeiden jakoon kotona, kuntoutukseen (asiakkaan kotijumppa ym.), asiakkaan kanssa ulkoiluun, keskusteluun, ohjaukseen ja neuvontaan, tarkistuskäynteihin ja muihin käynteihin.

Kotihoidon työntekijöillä kului työajasta hoito- ja hoivatyöhön 16 - 51 % työajasta ammattiryhmästä ja työvuorosta riippuen.

Seuraavan sivun kuviossa 8. on esitetty miten hoito ja hoivatyöhön käytetty aika jakautui eri alaluokkiin. Hoito- ja hoivatyötä oli tasaisemmin eri työvuoroissa verrattuna esimerkiksi kodinhoitoa.

Sairaanhoitajat tekivät eniten sairaan- ja terveydenhoitoon liittyviä tehtäviä. Hoitajilla hoito- ja hoivatyö oli suurimmaksi osaksi perushoitoa. Asiakkaan kotona jaettiin lääkkeitä hyvin vähän ja lääkkeiden jakoa hoitivat sairaanhoitajat enemmän kuin hoitajat. Merkille pantavaa oli, ettei kotihoidon asiakkaiden kanssa ulkoiltu lainkaan työajanseurantaviikolla ja vain yksi työntekijä oli merkinnyt viidentoista minuutin verran aikaa asiakkaan kuntouttamiseen.

Ohjaukseen ja neuvontaan käytetty aika oli minimaalinen. Kotihoitotyössä asiakkaan kanssa keskustellaan useimmiten työn lomassa ja näin ollen ensisijaiseksi tehtäväksi lienee merkitty jokin konkreettinen tehtävä, esimerkiksi perushoito.



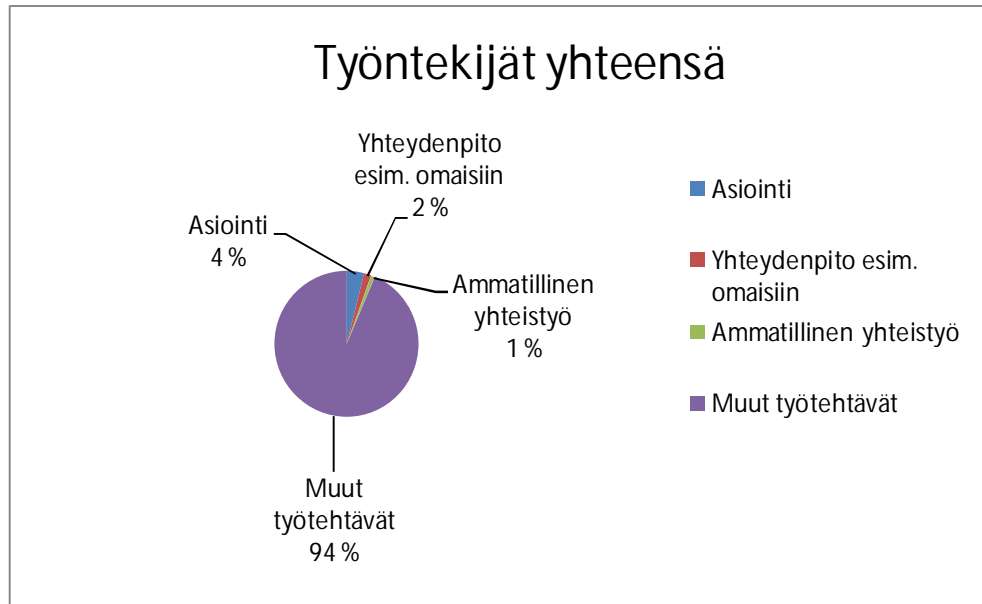
KUVIO 8. Kotihoidon työntekijöiden työajan kohdentuminen hoito- ja hoivatyöhön aamuvuoroissa (N= 76)

Ilt- ja yövuoroissa hoitajilla oli perushoidon tehtäviä vielä enemmän kuin aamuvuoroissa, niihin kului työajasta liki 40 %. Iltavuoron aikana asiakkaiden luokse tehtävät käynnit ovat pääsääntöisesti lyhytkestoisia. Asiakkaalle valmistetaan iltapala, annetaan tarvittavat lääkkeet ja avustetaan iltatoimissa. Iltavuorot alkavat klo 13 - 15 välillä ja vuoron alkuun ajoittuu usein asiakkaan kylvetyksiä. Hoitajat olivat yövuoroissaan käyttäneet työajasta 3 % muuhun työhön kuten palvelutaloissa ja vanhainkodeissa tapahtuvaan työskentelyyn.

Yhteistyö

Seuraavan sivun kuviossa 9. kuvataan työntekijöiden yhteistyöhön käyttämää aikaa. Yhteistyöhön käytettiin kokonaistyöajasta alle kymmenen prosenttia, josta suurin osa meni asiointiin. Kotihoidon henkilökunta on aikaisemmin todennut, että

omaiset ovat yhä aktiivisempia ja haluavat tietoa läheisensä hoitoon liittyvistä asioista. Yhteydenpitoon kului vähemmän aikaa kuin etukäteen arvioin.



KUVIO 9. Kotihoidon työntekijöiden käyttämä työaika yhteistyöhön liittyviin tehtäviin aamuvuoroissa (N=76)

Välillinen työ

Välillinen työ jakaantui käyntien valmisteluun, toimistolla tapahtuvaan asiakkaan lääkehoitoon liittyvien asioiden hoitoon, kirjaamiseen, työntekijöiden taukoihin ja kohtaan muu. Taukoihin käytetty aika on laskettu erikseen välillisestä työstä.

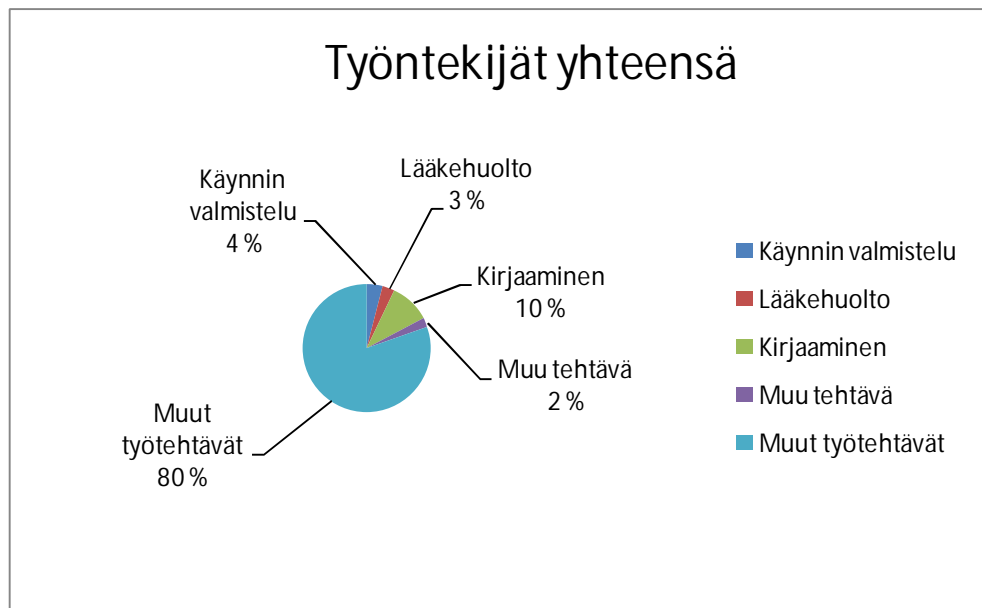
Sivun 32 kuviossa 10. kuvataan kotihoidon työntekijöiden käyttämää aikaa välilliseen työhön. Eniten aikaa käytettiin kirjaamiseen. Orimattilan seudun kotihoidon henkilöstöltä saamani palautteen mukaan asiakastyön kirjaamiseen menee runsaasti työaika ja toisaalta yhteistyökumppaneilta, kuten lääkäreiltä ja terveysasemien vuodeosaston henkilökunnalta, saatujen palautteiden mukaan kirjaaminen ei ole laadukasta, siihen käytetystä työajasta huolimatta.

Saadun palautteen mukaan kirjaaminen ei täytä hyvän kirjaamisen kriteereitä, koska asiakirjoista ei löydy keskeisiä asioita asiakkaan toimintakyvystä ja esimerkiksi kotiolo-suhteista.

Asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelmassa määritellään sovitut tehtävät ja kotihoi-don käyntien ajankohta. Ainostaan palvelu- ja hoitosuunnitelmasta poikkeavat toi-menpiteet tulisi kirjata ja aika ajoin tehtävä kooste asiakkaan tilanteesta. Työtehtä-viini liittyvän valmistelutyön yhteydessä olen tutustunut asiakaskirjauksiin. Sen perusteella olen huomannut, että hoitajat kirjaavat palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaisia asioita lähes jokaiselta käynniltä, muun muassa: ” puuro keitetty, asiakas puettu”. Teksteistä on hyvin vaikea löytää esimerkiksi tietoa asiakkaan toimintaky-vyn mahdollisista muutoksista. Toisaalta oleellista tietoa puuttui, kuten että asiak-kaalle on laitettu hakemus palveluasumiseen vireille.

Tietojärjestelmien yleistymisen ja kansalaisten oikeusturvan lisääntymisen myötä kirjaamiseen menee enemmän aikaa. Nykyisin kirjataan enemmän ja yksityiskohtai-semmin asiakkaan hoitoon liittyviä asioita tietojärjestelmiin. Aikaisemmin kirjattiin lyhyesti keskeisimpiä asioita niin sanottuihin viestivihkoihin, jotka olivat asiakkaan luona. Kun tietojärjestelmiä on otettu käyttöön, ei ole luovuttu samaan aikaan van-hoista tavoista kirjata asiakastietoja. Edelleen saattaa olla käytössä erilaisia epävi-rallisia paperiversioita virallisen asiakastietojärjestelmän lisäksi. Työntekijöiden heikko tietotekninen osaaminen saattaa osaltaan lisätä kirjaamiseen kuluva-aikaa.

Työajanseurannan mukaan lääkkeiden jakamiseen toimistolla ja asiakkaiden resep-teihin liittyvien asioiden hoitamiseen kuluu aikaa 1 - 5 % työajasta ammattiryhmäs-tä ja työvuorosta riippuen. Yövuoroissa on hoidettu myös edellä mainittuja tehtä-viä. Käyntien valmisteluun kuluu runsaasti aikaa, koska organisointi-pääluokassa on erikseen kohta työnsuunnittelu ja -jako.



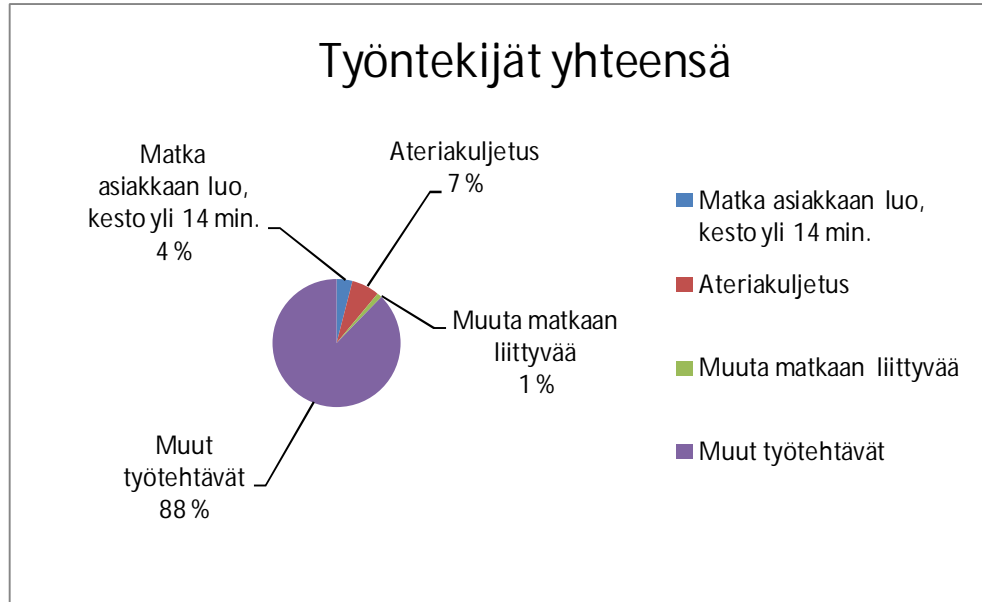
KUVIO 10. Kotihoidon työntekijöiden käyttämä työaika välillisiin tehtäviin aamu-
vuoroissa (N=76)

Matkat ja tauot

Työehtosopimuksen mukaisesti kotihoidon työntekijöiden työaikamuoto on jakso-työ, mikä tarkoittaa sitä, ettei heillä ole varsinaista erillistä ruokataukoa, vaan ruokailu tapahtuu joutuisasti työn lomassa. Ruokailuun käytetty aika sisältyy työaikaan. Lisäksi työpäivään kuuluu yksi kymmenen minuutin kahvitauko. Taukojen pituudet olivat vaihdelleet 15 minuutista yhteen tuntiin.

Matkat jakautuivat asiakkaan luokse tehtäviin matkoihin, joista kirjattiin vain yli 14 minuuttia kestävät matkat sekä ateriankuljetuksiin liittyviin matkoihin ja muihin matkoihin, joita voivat olla muun muassa auton huoltoon vienti ja tankkaus. Seuraavan sivun kuviossa 11. on eritelty työntekijöiden käyttämät matka-ajat aamu-
vuoroissa. Matkoihin kului aamuvuoroissa eniten aikaa, 7 - 17 % työajasta. Ilta- ja yövuoroissa matkoihin meni työajasta 2 - 7 % ammattiryhmästä riippuen. Aamuvuoroissa kotiaavustajilla ja lähihoitajilla kului eniten aikaa ateriankuljetukseen liittyviin matkoihin. Aterian kuljetukset on järjestetty Orimattilan seudulla ja Iitti - Nastola alueella pääosin ostopalveluna. Sysmä - Hartola alueella kotihoidon henki-

lökunta kuljettaa ateriat, joten alueellisesti on eroja aterioiden kuljetukseen käytettävässä ajassa. Matkoihin käytettyä aikaa ei selvitetty alueellisesti.



KUVIO 11. Kotihoidon työntekijöiden käyttämä työaika matkoihin aamuvuoroissa (N=76)

Työajanseurannan tulosten perusteella voidaan todeta, ettei peruspalvelukeskus Aavan alueella matkoihin asiakkaan luokse kulu runsaasti aikaa, vaikka alue on maaseutumaista. Avopalveluselvityksessä ilmeni, että kotihoidon asiakkaista 75 % asuu alle viiden kilometrin päässä kotihoitoyksiköstä. Tällä hetkellä kotihoidon palveluita ei voida tuottaa sivukylille useita kertoja vuorokaudessa.

Forssan seudulla toteutetussa työajanseurannassa todettiin myös, ettei matkoihin kulu niin paljoa aikaa kuin on oletettu. Forssan seudun kotihoidoissa (Forssa, Humppila, Jokioinen, Tammela ja Ypäjä) matkoihin käytettiin 14 % työajasta. (Ypäjän kotihoidon palvelujen tuotteistaminen 2007.) Helsingissä työntekijöillä kului työajasta matkoihin lähes 3 % työajasta. (Enemmän aikaa asiakkaille? Työajan käyttö kotihoidossa Helsingissä 2001.)

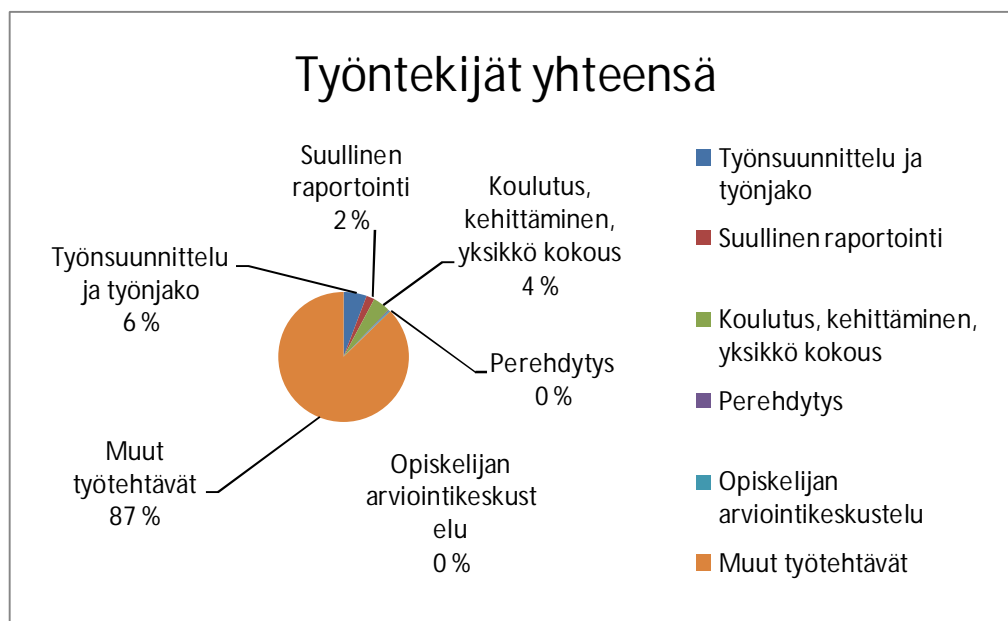
Organisointi

Organisointi jaoteltiin työnsuunnitteluun ja työnjakamiseen, suulliseen raportointiin, koulutukseen, kehittämiseen ja yksikkökokouksiin, perehdytykseen sekä opiskelijan arviointikeskusteluihin. Organisointiin liittyvät tehtävät ovat välillisiä, jolloin ei olla asiakkaan kotona tekemässä työtä. Organisointiin käytettiin aikaa ammattiryhmästä ja työvuorosta riippuen 6 - 24 %. Eniten työaikaa organisointiin kului aamuvuoroja tehneillä sairaanhoitajilla.

Seuraavan sivun kuviossa 12. kuvataan kotihoidon työntekijöiden organisointiin käyttämä aika. Työnsuunnitteluun ja työnjakoon kului sairaanhoitajilla 8 % työajasta. He toimivat pääsääntöisesti tiiminvetäjinä alueillaan ja heidän toimenkuvaansa kuuluu töiden uudelleenjärjestely, jos joku tiimin jäsenistä sairastuu. Kotihoidoissa on työntekijämäärältään erikokoisia tiimejä, joilla on vastattavanaan tietty maantieteellinen alue. Nastola - Iitti alueella ja Orimattilan seudulla kotihoidon tiimeillä on sairaanhoitaja koulutuksen saanut henkilö tiiminvetäjänä. Sysmä - Hartola alueella tiiminvastaavan tehtäviä hoitavat myös lähihoitajat, koska alueella oli työajanseurannan toteuttamisen ajankohtana ainoastaan kaksi sairaanhoitajan tointa.

Koska organisointiin käytettiin tehdyn työajanseurannan mukaan runsaasti työntekijöiden aikaa, olen avannut tähän esimerkin avulla mitä sillä tarkoitetaan. Olen selvittänyt kotihoidoissa tapahtuvaa viikkotyönjakotilannetta. Haastattelin sitä varten kotihoidon koordinaattoreita ja Orimattilan seudun kotihoidon tiiminvetäjiä. Aavan kotihoidoissa on erilaisia työnjaon malleja ja useimmilla alueilla siihen osallistuu useampi työntekijä. Osa tiiminvetäjistä vastasi viikkotyölistan laadinnasta, koska kokivat näin pystyvänsä hahmottamaan oman alueensa kokonaistilanteen paremmin. Osassa tiimeistä lähihoitajat vastasivat työnjaosta. Tiimeistä osa teki kerralla viikottaisen työlistan ja tarkisti sitä tarpeen mukaan. Yhdessä tiimissä työt suunniteltiin vain osaksi viikkoa kerrallaan. Töitä oli suunnittelemassa aina kaksi työntekijää tunnin verran. Tässä tiimissä käytetään työnjakoon aikaa vähintään neljä tuntia viikossa. Asiakasmäärä kyseisellä alueella on alle kolmekymmentä. Yksi kotihoidon tiimeistä laati viikottaista työlistaa kolmen hoitajan voimin kaksi tuntia

kerrallaan ja työnjakoon käytettiin aikaa vähintään kuusi tuntia viikossa. Yhdellä alueella kaikki tiimit ja niiden jäsenet kokoontuivat kerran viikossa puoleksi tunniksi jakamaan töitä. Näin ollen koko alueen henkilökunnasta oli paikalla kaksikymmentä, joten työaika työnjakoon käytettiin silloin kymmenen tuntia viikossa. Kaikilla tavoilla töiden jakamiseen kului paljon aikaa. Viikottaisen työnjaon lisäksi vielä jokaisen työvuoron alussa työaika kului yksittäisellä työntekijällä päivittäisen työnsä suunnitteluun ennen kuin hoitaja pääsi lähtemään toimistolta asiakkaan luokse. Yleisesti ottaen koordinaattorien mukaan työnjakoon kuluu aikaa paljon, koska sairauspoissaolot muuttavat suunniteltuja työlistoja. Koordinaattorien mukaan työnjaon lisäksi ylimääräistä aikaa organisointiin kuluu asiakkaiden epäonnistuneiden sairaalasta kotiuttamisten vuoksi.



KUVIO 12. Kotihoidon työntekijöiden organisointiin käyttämä työaika aamuvuoroissa (N =76)

Kotihoidon työajan seurantoja on toteutettu muuallakin Suomessa ja tulokset ovat samansuuntaisia kuin Aavassa. Kotihoidon kokoluokasta riippumatta voidaan todeta, että välilliseen työhön kuluu liaksi työaika. Kotihoidon työajan jakautumista välittömään ja välilliseen työhön on aikaisemmin selvitetty esimerkiksi Helsingissä,

Joensuussa, Lappeenrannassa, Varkaudessa sekä Tampereen ja Forssan seudulla. Helsingissä asetettiin 1999 toteutetun työajanseurannan jälkeen tavoitteeksi, että henkilöstön työajasta kohdentuu 60 % välittömään asiakastyöhön. Vuonna 2001 uudelleen toteutetussa seurannassa jouduttiin Helsingissä toteamaan, että välittömän asiakastyön osuus oli vähentynyt verrattuna edelliseen mittaukseen. (Enemmän aikaa asiakkaille? Työajan käyttö kotihoidossa Helsingissä 2001.)

Joensuussa työajanseurantaan osallistui koko henkilökunta kahden työpäivän ajan. Joensuussa on yhdistetty kotihoito. Aamuvuoroissa käytettiin työnorganisointiin noin 19 - 32 % työajasta. (Joensuun kotihoidon hoitohenkilöstön työajankäyttö syksyllä 2003.) Tampereen seudun työajanseurannan perusteella voi todeta, että niissä kunnissa, joissa toimii erikseen kotipalvelu ja kotisairaanhoido, kotipalvelussa tehdään enemmän välitöntä asiakastyötä. Kotihoidon tuntihinta oli korkeampi niissä kunnissa, joissa välilliseen työhön kului enemmän aikaa. (Vanhusten kotihoidon tuotteistus Tampereen kaupunkiseudulla 2006.) Lappeenrannassa toimii yhdistetty kotihoito ja Varkaudessa toimivat erikseen kotipalvelu ja kotisairaanhoido. Näiden kotihoitojen työajan seurannan mukaan yhdistetyssä kotihoidossa Lappeenrannassa käytettiin 20 minuuttia päivässä enemmän aikaa asiakkaan kanssa keskusteluun kuin Varkaudessa, jossa työaikaa kului enemmän hoidollisiin toimenpiteisiin, vaikka tutkimuksen mukaan Lappeenrannassa oli kotihoidon piirissä huonompikuntoisia asiakkaita kuin Varkaudessa. (Tepponen 2009, 150 - 151.)

5.3 Muutostyötä kotihoidoissa

Työajanseurannan tulos osoittaa sen, että muutokselle on tarve. Tulos tukee työntekijöiltä saatua palautetta siitä, että heillä ei ole tarpeeksi aikaa asiakkaille ja se on myös satunnaisesti saatua asiakaspalautetta tukeva. Saamissani asiakaspalautteissa on kerrottu, että hoitajat piipahtavat vain ovella ja heidän toimenkuvansa on suppea. Saadun tuloksen kautta on helpompi ymmärtää muutoksen välttämättömyys. Kotterin (1996, 34) mukaan päätöksiä muutosprosessiin lähtemisestä on mahdotonta tehdä, jollei ongelmista puhuta niiden oikeilla nimillä.

Esittelin alustavia työajanseurannasta saatuja tuloksia laajennetulle koti- ja asumispalvelujen johtoryhmälle marraskuussa 2009, johon osallistuivat varsinaisen johtoryhmän lisäksi neljä kotihoidosta vastaavaa koordinaattoria. Tuolloin sovittiin, että hankkeen tiedottamisesta päätetään erikseen 10.11.2009 olevassa ohjausryhmässä. Ohjausryhmä hyväksyi tiedottamissuunnitelman kokouksessaan. Lehdistötiedote ja artikkeli yhtymän henkilökuntalehteen tehdään vasta kun käytettävissämme on valmis raportti. Edelleen sovittiin, että esittelen työajanseurannan tulokset alueittain kotihoidon henkilökunnalle henkilöstöinfoissa. Niissä pyrin keskittämään keskustelun tavoitteisiin selittelyn sijasta sekä keskusteluun niistä asioista, joihin voidaan vaikuttaa toimintamallia muuttamalla.

Pidin kotihoidon henkilöstölle suunnatut info- ja keskustelutilaisuudet työajan seurannan tuloksista Orimattilan seudulla 8.12.2009, Nastola - Iitti alueella 14.12.2009 ja Sysmä - Hartola alueella 15.12.2009. Orimattilan seudulla tilaisuuteen osallistui 38 henkilöä, Nastola - Iitti alueella 24 henkilöä ja Sysmä - Hartola alueella 16 henkilöä. Jokaisessa tilaisuudessa oli mukana ammattijärjestöjen edustajia. Kotihoidon henkilöstölle järjestettävät alueelliset tilaisuudet olivat kestoltaan noin neljä tuntia.

Kerroin henkilöstöinfoissa, miksi Aavan kotihoidoissa haluttiin toteuttaa työajanseuranta. Keskeisiä perusteluita olivat henkilöstöltä saatu palaute kotihoidon nykytilasta, kuntien hyväksymä avopalveluselvitys, kuntayhtymän tuottavuushanke ja sosiaali- ja terveysministeriön antamat ikäihmisten palvelujen laatusuositukset. Kaikki kehittämistyö ja muu tekeminen tulee olla perustehtävän suuntaista, joten kertosimme tilaisuuksissa vielä koti- ja asumispalvelujen mission ja arvot. Kotihoidon perustehtävä on tuottaa asiakkailleen laadukkaat kotihoidon ja palveluasumisen sekä laitoshoidon palvelut taloudellisesti ja tehokkaasti. Toimintaamme ohjaavat arvot ovat asiakaslähtöisyys, luotettavuus, taloudellisuus, ammatillisuus ja tasa-arvoisuus.

Näiden lyhyiden alustusten jälkeen jokainen pohti seuraavia kysymyksiä ensin itse noin 15 minuuttia ja sen jälkeen työskenneltiin tunnin ajan 4 - 5 hengen ryhmissä.

Ryhmät jaettiin laskemalla neljään, joten työskentely ei tapahtunut itselle tutussa omassa tiimissä. Pohdittavat kysymykset olivat seuraavat:

- Pohdi onko koti- ja asumispalvelujen nykyinen määrittely perustehtävästä sopiva?
- Muuttaisitko perustehtävän määritelmää? Jos muuttaisit, niin miten?
- Onko koti- ja asumispalvelujen tulosalueen arvot toimintaa oikeansuuntaisesti ohjaavia?
- Määrittele kolme kotihoidon tärkeintä tehtävää ja kolme sellaista tehtävää, joita voisit ajatella siirrettävän toisin hoidettavaksi tai jopa lopetettavan

Jokainen ryhmä esitteli tuotoksensa kaikille osallistujille. Tämän jälkeen ryhmän jäsenet asettivat tarralaput seinälle ja ryhmittelivät samanlaiset asiat yhteen. Ryhmän tuli vielä numeroida kotihoidon tärkeimmät tehtävät ja vähemmän tärkeät asiat järjestykseen.

Ryhmät näkivät pääsääntöisesti kotihoidon perustehtävän ja arvot oikeanlaisina. Keskustelua herätti kuitenkin laadun ja tehokkuuden mahdollinen ristiriita. Joissakin ryhmissä miellettiin tehokas toiminta laaduttomaksi. Ryhmät esittivät kysymyksen, että miten laatua arvioidaan ja kenen näkökulmasta. Kotihoidon tärkeimpinä tehtävinä pidettiin yleisesti sairaanhoidollisia tehtäviä ja tukipalveluita vähemmän tärkeinä tehtävinä, joita oltiin valmiita siirtämään yksityisen sektorin hoidettavaksi. Edellä kerrotun lisäksi vahvasti nousi esille, että kotihoidon tärkeä tehtävä on kokonaisvaltainen asiakkaan hoitaminen. Kuntouttavaa työtettä pidettiin useissa puheenvuoroissa tärkeänä.

Kotihoidon työntekijät nostivat esille palveluohjauksen. Sitä pidettiin tärkeänä, mutta se nähtiin myös sellaisena tehtävänä, joka voitaisiin hoitaa toisin kuin nykytilanteessa. Palveluohjausta tekevät kaikki koti- ja asumispalvelujen työntekijät oman työnsä ohella. Koti- ja asumispalvelujen avopalveluselityksessä yksi toimenpideehdotus on palveluohjauksen kehittäminen ja sen keskittäminen. Hammar (2008, 29) sanoo palveluohjauksen tarkoittavan asiakkaan kokonaistilanteen selvittämistä

ja oikeanlainen palvelupaketin suunnittelemista asiakkaalle. Palveluohjaaja työskentelee asiakkaan ja järjestelmän välimaastossa ja hänellä tulee olla tuntemusta palvelujärjestelmästä.

Merkillepantavaa oli myös se, että yhteistyötä pidettiin tärkeänä tehtävänä, mutta vain omaisten ja viranomaisten välillä. Kolmatta sektoria ja yksityisiä palveluntuottajia ei mainittu yhteistyökumppaneina. Yhteistyön merkitystä eri osapuolten kanssa ei voi väheksyä, koska nykyisin yhdennetyssä kotihoidossa työskentelee useampia ammattiryhmiä ja yhteistyötä tehdään useiden ammattiryhmien kanssa. Kotihoito toimii yhä enemmän 24 tuntia vuorokaudessa, eikä ainoastaan virka-aikaan. Tehtävät ovat yhä enemmän sairaanhoidollisia ja tukipalveluita hankitaan ostopalveluina. Läheiset haluavat osallistua aktiivisemmin hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen.

Käytin henkilöstöinfoista ryhmätöiden kautta saadun aineiston työstämisessä vapaasti soveltaen Bikva -menetelmää, jonka tavoitteena on saada käyttöön asiakkaiden tieto toimintaa kehitettäessä. Menetelmän tarkoituksena on ottaa asiakkaat mukaan arviointiin (Hänninen, Julkunen, Hirsikoski, Högnabba, Paananen, Romo & Thomasen 2007, 12.) Mallin avulla pyritään kyseenalaistamaan olemassa olevat toimintatavat ja käynnistämään oppimisprosessi organisaatiossa (Krogstrup 2004). Bikva -mallissa tiedon keruu aloitetaan asiakkaista, mutta tässä kehittämishankkeessa tulkitsin asiakkaiksi kotihoidon työntekijät. Henkilöstöinfon tehtävänannot olivat etukäteen valmisteltuja tehtäviä, joiden kautta pyrin saamaan vastauksia siihen mitä asioita kotihoidon työntekijät pitävät tärkeänä työssään ja millaisia asioita tulisi kehittää. Bikva -mallin mukaan tieto tulisi viedä yhtymän ylimmälle johdolle ja poliittisille päättäjille sekä käydä heidän kanssa ryhmäkeskustelu, jossa pohditaan konkreettisia ehdotuksia, miten kotihoidon toimintamallia halutaan muuttaa (Hänninen 2007, 14).

Seuraavana vaiheena oli oppimiskahvilatyöskentely, johon toin Bikva -mallin mukaisesti henkilöstöinfojen materiaalin kotihoidon lähiesimiesten ja tiiminvetäjien käsiteltäväksi. Henkilöstöinfoissa työntekijät pitivät tärkeinä asioina asiakkaiden kokonaisvaltaista hoitamista ja toimintakyvyn ylläpitoa. Näiden henkilöstön esille

nostamien näkökulmien pohjalta kaksikymmentäkaksi tiiminvetäjää tai lähiesimiestä keskusteli oppimiskahvilassa seuraavista asioista:

- Mistä kotihoidon asiakkaat ja tilaajat (kunnat) näkevät, että toimintamme on laadukasta?
- Kotihoito Aavassa – voiko olla alueellisia eroja toimintamalleissa? Jos voi olla, niin millaisin perustein?
- Mitä mahdollinen palvelujen ulkoistaminen merkitsisi kotihoidon asiakkaalle ja työntekijälle?
- Millainen kotihoito on kymmenen vuoden päästä? Asiakkaat? Työntekijät?
- Millaiseen työnjakoon tulisi pyrkiä hoitajien, tiiminvetäjien, mahdollisen kotihoidon ohjaajan ja koordinaattorin välillä, että päällekkäinen työ vähenisi ja asiakastyöhön saataisiin lisää aikaa?

Oppimiskahvilan tarkoituksena on luoda ja siirtää tietoa. Käynnistin työskentelyn esittelemällä muissa kunnissa tehtyjä työajanseurannan tuloksia ja kuntayhtymän tuottavuushanketta sekä lukuja muun muassa huoltosuhteessa tapahtuvia muutoksia. Lopuksi kertosin, että mikä on kotihoidon toimintamallin muutoksessa tarkoitus.

Jokaista keskustelutehtävää varten on pöydässä emäntä, joka toimii myös kirjurina ja hän ei vaihda pöytää. Muut ryhmän jäsenet kiertävät kaikki oppimiskahvilan pöydät keskustelutehtävineen läpi. Emäntä kertoo ryhmän vaihtuessa uudelle ryhmälle millaisia asioista puhuttiin edellisessä ryhmässä ja sen pohjalta uusi ryhmä jatkaa keskustelua. Oppimiskahvilassa ryhmät keskustelivat yhdestä aiheesta 20 minuuttia kerrallaan. Koordinaattorit eivät kiertäneet ryhmissä, neljä kotihoidon lähiesimiestä työskenteli koko ajan omana ryhmänään ja keskustelivat kaikista teemoista. Tähän päädyttiin, koska ei haluttu, että esimiehet johtaisivat asemansa perusteella keskustelua. Ryhmätyöt purettiin niin, että jokainen emäntä esitteli vetämänsä keskusteluaiheesta esiin tuodut asiat ja emännän esittelyn jälkeen koordinaattorit esittelivät oman tuotoksensa kustakin teemasta. Oppimiskahvila menetelmän vahvuuksia on se, että uusi ryhmä voi hyödyntää edellisen ryhmän tuotoksia

ja liikkuminen pöydästä toiseen pitänee ajatukset paremmin liikkeellä (Erlaisia oppimismenetelmiä 2011).

Oppimiskahvilan ryhmätöiden perusteella voidaan todeta, että palvelujen ulkoistamisen ajateltiin olevan osittaista. Osa asiakaista ja tehtävistä siirrettäisiin ostopalveluin hoidettavaksi, kuten muut asiakasryhmät kuin vanhukset ja tehtävistä tukipalvelut. Näin kotihoidolle jäisi aikaa vanhusasiakkaisiin, jotka tarvitsevat sairaanhoitoa. Palvelujen ulkoistamisen yhteydessä joudutaan pohtimaan kuka hoitaa haasteelliset, ei niin miellyttävät asiakasryhmät kuten päihde- ja mielenterveysongelmaiset. Asiakkaan hyvinvoinnin muut osa-alueet sairaanhoidollisia tehtäviä lukuun ottamatta oltiin valmiita ulkoistamaan. Tämä oli ristiriitaista, koska useammassakin kohdassa tuotiin esille kotihoidon asiakkaan kokonaisvaltainen hoito. Teija Hammar pohtii väitöskirjassaan voidaanko toimintakyvyn eri osa-alueita erottaa toisistaan, jos halutaan hoitaa ihmistä kokonaisvaltaisesti (Hammar 2008, 95).

Työnjakoon liittyvät kysymykset ovat juuri niitä asioita, joihin voimme vaikuttaa välittömästi itse niin, että tarkistamme tekevätkö oikeat henkilöt oikeita asioita oikeaan aikaan. Esille tuli, että osalla kotihoidon henkilöstöstä on osaamisvajetta tietyissä asioissa ja osaavammat paikkaavat vajetta, vaikka ei kuuluisi toimenkuvaan. Esimerkkinä tiiminvetäjä, joka kirjaa lähihoitajan kotikäynnin tapahtumat asiakaskertomukseen ja merkitsee tarvittavat suoritemerkinnät käynneistä tietojärjestelmään.

6 TOIMENPIDE-EHDOTUKSET

Tekemissäni toimenpide-ehdotuksissa ei ole kyse uusista palveluinnovaatioista. Kyseessä on asioiden uudelleen yhdistämistä, muuntamista ja sovittamista eri tahojen esittämiin tarpeisiin (Hennala ym 2010, 232). Aavan kotihoidoissa ja muualla Suomessa tehdyt kotihoidon työajanseurannan tulokset kertovat tarpeesta parantaa kotihoidon toimintaa siten, että asiakkaan kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista huolehtimiseen jää mahdollisimman paljon aikaa. Esittämäni toimenpide-ehdotukset perustuvat työssäni henkilöstöltä, asiakkailta ja kuntalaisilta saamaani palautteeseen, tämän kehittämishankkeen aikana työajanseurannan tuloksista ja henkilöstöinfoista, oppimiskahvilatyöskentelystä saatuun materiaaliin sekä erilaisiin aiheeseen liittyviin tutkimuksiin.

Kotihoidon henkilöstöä tapaan työni puolesta virallisimmissa ja epävirallisimmissa merkeissä. Työpaikkakokouksissa keskustellaan usein kiireestä ja kuitenkin niin, että emme ole juurikaan pystyneet kehittelemään keinoja sen taltuttamiseksi. Toisaalta esimiehenä olen aika ajoin miettinyt, että mikä on todellista kiirettä ja mikä on muodikasta puhetta kiireestä. Asiakkailta tai heidän omaisiltaan saan työni puolesta satunnaisesti, mutta säännöllisesti palautetta. He kertovat, että kotihoidon henkilökunnalla ei ole tarpeeksi aikaa asiakkaalle tai kotihoidon palvelut eivät ole sellaisia, joita asiakas tarvitsee. Vanhusneuvoston kokouksissa saan neuvoston jäseniltä välillisesti palautetta ikäihmisten näkemyksistä palvelujemme nykytilasta.

Keskeinen viesti palautteissa on ollut henkilöstön kokema liiallinen kiire työssään, ja asiakkaiden kokemus siitä etteivät saa tarvitsemaansa palvelua. Saamani palaute on herättänyt kysymyksen, tarjoammeko niitä palveluita, joita asiakkaat tarvitsevat vai tuotammeko suoritteita. Suoritetaloudessa mitataan asioita määrällisesti. Hyvinvointipalveluita on vaikea mitata määrällisesti, koska hyvinvointia tuotetaan useiden eri toimijoiden kautta (Neuvonen & Mokka 2006, 37). Yritysmaailmassa muutokset tehdään asiakkailta saadun palautteen perusteella, mutta julkisella sektorilla huomioon on otettava useampia sidosryhmiä (Lillrank ym.2004, 24).

Esittämiäni toimenpide-ehdotusten taustalla on kuntayhtymän tuottavuusohjelma, jonka mukaan asioita tulee tehdä samalla resurssimäärällä vaikuttavammin. Tuottavuuden, tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden mittaamisessa on paljon haasteita sosi- aali- ja terveystaloudessa. Tuottavuutta laajempi käsite on tuloksellisuus. Sitä kehi- tettäessä huomioidaan laatu, pohditaan vaikuttavuutta ja henkilöstövoimavarojen käyttöä. Huono laatu vähentää tuottavuutta, esimerkiksi negatiivisten asiakaspa- lautteiden käsittely vie aikaa ja tuo siten lisäkustannuksia. Jos tuottavuuden nousu mahdollistaa palvelujen lisäämisen, se näkyy usein vaikuttavuuden paranemisena. Haasteena on kohdentaa mahdolliset lisä- tai uudenlaiset palvelut oikealle asiakas- ryhmälle. (Lumijärvi 2009, 6 - 7, 9.) Meklinin (2009, 7 - 9) mukaan vaikuttavuutta voidaan arvioida sen mukaan onko tilanteessa eroa, jos tehdään jotain tai jätetään tekemättä. Lopputuloksena voi olla muutoksen aikaansaaminen, sen estäminen tai tilanteen ennallaan pysyminen. Kahdella toimenpiteellä voi olla samanlaisen vaikut- tavuus, mutta erilaiset kustannukset.

Toimenpide-ehdotukset ovat Kotterin mallin mukaisesti sellaisia, joilla voidaan poistaa muutosvisiota heikentäviä rakenteita ja toimintamalleja. Henkilöstö tulee valmentaa uuteen toimintatapaan. Pelkästään teknisten taitojen osaaminen ei riitä, vaan valmennukseen tulee kuulua myös sosiaalisten taitojen kehittäminen. (Kotter, 1996,92.) Tässä esitetyt toimenpide-ehdotukset tarkoittavat toimintakulttuurin muutosta, joka vie aikaa vähintään 3 - 5 vuotta. Virtasen ja Wennebergin (2005, 58 - 59) mukaan muutokset näkyvät ensin toimintatavoissa ja myöhemmin organisaatiokulttuurissa ja tämä voi viedä jopa kymmenen vuotta. Henkilöstö tulee ottaa mukaan tekemään muutosta ja samalla tulee arvioida johtamiskäytäntöjä. Jos hen- kilöstö kokee muutoksen mahdollisuutena, se voimaantuu. Voimaantunut henkilö- kunta on sitoutunut, kykenevää itsenäiseen työskentelyyn, tyytyväisiä työhönsä ja halukkaita kehittämään itseään. (Heikkilä & Heikkilä 2005,4.)

Esitän toimenpide-ehdotuksissa hyvin eritasoisia toimenpiteitä. Vaikka olen luoki- tellut ehdotukset kolmeen eri luokkaan, niin useat niistä vaativat työskentelyä jokai- sen toimenpide-ehdotusluokituksen sisällä.

Luokittelen esittämäni toimenpide-ehdotukset seuraaviin luokkiin:

- tieto- ja viestintätekniikan hyödyntäminen
- tarpeettoman ja päällekkäisen työn poistaminen sekä
- asiakkaiden osallisuuden lisääminen

Toimenpide-ehdotukset, niiden aikataulu ja vastuutahot on esitetty liitteessä 5. yksityiskohtaisesti.

6.1 Tieto- ja viestintätekniikan hyödyntäminen

Kotisairaanhoidossa on hoitotyön kirjaamisella pidempi historia kuin sosiaalipalveluihin kuuluvassa kotipalvelussa. Kirjaamisessa on siirrytty papereista sähköiseen kirjaamiseen. Haasteena on löytää sosiaali- ja terveystalvveluja edustavalle kotihoi-
dolle yhteinen tapa kirjata siten, että siitä ilmenee asiakkaan kokonaistilanne eikä kirjaaminen ole pelkästään tehtäväluetteloita. Laadukas asiakastietojen kirjaaminen antaa kokonaiskuvan asiakkaan tilanteesta. Kirjallinen suunnitelma kertoo selkeästi mistä asioista hoitajan tulee huolehtia kulloisellakin kotihoodon käynnillä. Näin ol-
len sijaisinkin on helppo toimia vieraan vanhuksen kodissa. Palvelu- ja hoitosuun-
nitelman toteutumista arvioidaan yhdessä asiakkaan kanssa asetettuihin tavoittei-
siin. Onnistunut suunnitelma mahdollistaa asiakkaan yksilöllisen hoidon. Kirjaami-
sessa käytetyn kielen tulee olla selkeää ja sen kautta välittyy asiakkaan arvostus.
(Parviainen 2002, 100 – 101.)

Mobiililaitteiden käyttöönotto on yksi esitetyistä toimenpide-ehdotuksista. Laittei-
den avulla tavoitteena on vähentää kirjaamiseen käytettyä aikaa ja lisätä asiakkaan
osallistumista omaan hoitoonsa. Teknologian käyttöönoton lisäksi tarvitaan Aavan
kotihoodossa selkeämpää ohjeistusta kirjaamiselle. Sen vuoksi yhtenä toimenpide-
ehdotuksena esitetään, että kirjaamistyöryhmä kokoontuu jatkossakin säännöllises-
ti. Aavan koti- ja asumispalveluissa on eri yksiköissä työskentelevistä henkilöistä
asetettu työryhmä syksyllä 2010 kehittämään hoitotyön kirjaamista. Mobiililaitteet
tai muut mahdolliset teknologiset sovellutukset eivät vähennä nykyisen henkilö-

kunnan tarvetta, mutta mahdollistavat välittömään asiakastyöhön käyttävän ajan lisääntymisen. Tämän kehittämishankeen yhteydessä toteutetun työajanseurannan mukaan kotihoidon työntekijöillä kului pelkästään aamuvuorossa kirjaamiseen 10 % työajasta. Näin ollen kirjaamiseen käytettiin seitsemän tunnin työvuorossa 42 minuuttia.

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä kokeiltiin kotihoidossa mobiililaitteita vuonna 2007. Savossa mobiililaitteiden käyttöönotolla tavoiteltiin muun muassa välittömän asiakastyöhön käytetyn ajan lisääntymistä, viestintämenetelmien muutosta ja tilavuokrien vähenemistä. Lyhyessä vajaan puolen vuoden mittaisessa kokeilussa saavutettiin jo asetettuja tavoitteita, mutta kovin tarkkaa kustannusanalyysia ei Savossa kyetty tekemään, koska siellä ei vielä tiedetty tarkasti laite- ja tietoliikennekustannuksia. Seuraavien tavoitteiden voitiin todeta toteutuneen Itä-Savon sairaanhoitopiirissä kokeilun aikana: suoraan asiakkaaseen kohdistunut työajan käyttö lisääntyi, koska kirjaukset tehtiin asiakkaan luona. Hoitoturvallisuus lisääntyi, koska käytettävissä oli ajan tasalla oleva tieto. Lääkemuutokset ja laboratoriotulokset olivat käytettävissä kotikäynneillä. Iäkäs asiakas pysyy usein keskustelemaan paremmin kasvotusten kuin puhelimitse, joten väärinymmärrykset vähenevät. Mobiililaitteiden ansiosta kirjaaminen on ajantasaista ja kaksoiskirjaaminen vähenee, koska ei tarvitse tehdä seuraavan käynnin valmistelemaa kirjausta toimistolla. (Hautsalo, Kemppanen, Nikkanen & Pätsi 2008.) Mobiililaitteiden yhteyteen on mahdollista saada erilaisia teknisiä sovellutuksia, jotka helpottavat työnjakoa, johon Aavan kotihoidoissa käytettiin runsaasti työaika.

6.2 Tarpeettoman ja päällekkäisen työn poistaminen

Hoitoalalla vedotaan usein siihen, ettei tuottavuus voi kehittyä samalla tavalla kuin teollisuudessa. Lillrank ym.(2004, 21) muistuttavat kuitenkin, että yksittäisten tehtävien tuottavuuden lisääminen voi olla mahdotonta, mutta se ei estä palvelujärjestelmän kokonaisuuden kehittämistä. Onko työvoimankäyttö maksimaalisen tehokasta? Ovatko oikeat ihmiset oikeissa paikoissa? Onko toimintamme vaikuttavaa? Toimenpide-ehdotukset sisältävät toimenpiteitä, joilla vähennetään tarpeetonta ja päällekkäistä työtä. Sellaisia toimenpiteitä ovat kotihoidon erilaisten toimintaprosessien kuvaaminen, henkilökunnan työnkierto kotihoidon ja vuodeosastojen välillä, lääkkeiden annosjakeluun siirtyminen sekä näiden toimenpiteiden toteuttamisen jälkeen henkilöstörakenteen ja -määrän arviointi.

Kaikkien tehtyjen toimenpiteiden tulee tuottaa lisäarvoa asiakkaalle. Kirjallisesti kuvatut prosessit auttavat hahmottamaan teemmekö oikeita asioita oikea-aikaisesti. Työajanseurannan tulos organisointiin käytetystä ajasta antaa aiheen pohtia missä teemme päällekkäistä ja turhaa työtä. Prosessityötä tulee tehdä niin hoitohenkilökunnan kuin esimiesten toimesta. Henkilökunta tuntee parhaiten käytännön työn, mutta henkilöstö voi kokea muutosvastarintaa, koska työnkuvassa voi tapahtua muutoksia prosessien uudistamisen myötä. Esimiesten tehtävänä on pohtia mistä resursseja vapautetaan ja mihin niitä kohdennetaan uudelleen. (Halinen & Korhonen 2008, 98.)

Heinolan & Paasivaaran (2007, 54) mukaan kotihoidossa kuvattavia prosesseja ovat muun muassa asiakkaaksi tulo, kotihoidossa tapahtuva lääkehuolto- ja hoito, erilaiset tukipalveluprosessit, kirjaaminen ja arviointi. Kaikki edellä mainitut prosessit tulee kuvata Aavan kotihoidoissa ja niiden lisäksi esitän, että kuvaamme kotihoidon työnjaon tukiprosessin, koska siihen kuluu huomattavasti aikaa.

Koska lääkkeiden jakoon kuluu aikaa ja siihen liittyy lääkehoidon turvallisuus sekä mahdollisuus alentaa asiakkaan lääkekuluja, kerron siitä hieman tarkemmin.

Kotihoidon työntekijöillä kului asiakkaiden lääkkeiden jakoon toimistolla 3 % työstä ja asiakkaan kotona käytettiin lääkkeiden jakoon saman verran aikaa. Vähi-ten lääkkeiden jakoon käyttivät aikaa sairaanhoitajat. Barkerin ym.(2002) tutkimuksen mukaan Pohjois-Amerikassa sairaaloissa sairaanhoitajien käsin jakamissa lääkkeissä oli 19 % annoksista jokin virhe (Nyman 2009,238). Tästä voi päätellä, että organisaatioissa käytetään työaika lääkkeen jakelusta johtuvien virheiden selvittämiseen itse lääkkeen jakeluun kuluvan ajan lisäksi. Saikkosen (2003, 8) mukaan enintään neljässä annosjakelupussissa 10 000 pussia kohden on jakelukoneen tekemä virhe. Koneellisen jakelun jälkeen pussit vielä tarkistetaan. Asiakas voi saada lääkehoitokuluissa säästöjä kun hänen ei tarvitse ottaa kerralla kolmen kuukauden lääkitystä, vaan hän ottaa lääkkeet annospusseissa kahdeksi viikoksi kerrallaan. Näin ollen lääkkeitä ei mene niin paljon hukkaan, mikäli lääkityksessä tapahtuu muutoksia. Lääkehoidon turvallisuus paranee, koska lääkkeiden kokonaisvaikutuksia arvioidaan systemaattisesti apteekin toimesta. Organisaation kannalta säästyy hoitajien aikaa, jota on kulunut lääkkeiden jakoon ja mahdollisten virheiden selvittämiseen.

Kun kotihoidon prosesseja uudistetaan, kuten mahdollisesti lääkkeen jakoa, niin tulee johdon seurata, että vapautunut aika kohdistuu välittömään asiakastyöhön. Helsingin kotihoidossa ei saavutettu toivottua tulosta, vaan asiakastyöhön käytetty aika väheni lähes puolella tunnilla per työvuoro ja välilliseen työhön käytetty aika lisääntyi. Helsingissä oli kuitenkin alueellisia eroja siinä miten onnistuttiin siirtämään lääkkeiden jakamisesta vapautunut aika välittömään asiakastyöhön (Nyman 2009, 243.) Annosjakelun kilpailuttamista varten on kuvattava nykyinen kotihoidon lääkehoidon prosessi.

Aavan eri alueilla on kuvattu työyksiköt ylittävä kotiuttamisprosessi, mutta saadusta palautteesta päätellen sitä ei noudateta systemaattisesti. Edellä esittämäni prosessit, joita tulisi kuvata, ovat kotihoidon yksikön toimintaketjuja. Asiakkaan kotiuttamisessa mukana ovat vähintäänkin kotihoito ja terveysaseman vuodeosasto. Yksikkörajat ylittävät hoito - ja palveluprosessit ovat haasteellisempia kuin vain omaa yksikköä koskevat. Toimimaton yhteistyö lisää kustannuksia, huonontaa laatua ja henkilöstön suoriutumista tehtävistään (Engeström, Engeström & Kerosuo

2006, 11). Kotiuttamisprosessin toimivuuden varmistamiseksi esitän työnkiertoa kotihoidon ja vuodeosastojen henkilökunnan välillä. Sillä mahdollistetaan osaamisen ja ymmärryksen lisääntyminen niistä syistä, joiden vuoksi jokin prosessin vaihe on tärkeä toisen työn näkökulmasta ja ennen kaikkea mitä se tarkoittaa asiakkaan kannalta, jos ei toimita kuvatus prosessin mukaisesti. Prosessien kehittäminen ja niiden toimivuuden varmistaminen on ennen kaikkea ihmisten välistä vuorovaikutusta ja mahdollisuus oppia yhdessä. Toisen tehtäviin tutustuminen mahdollistaa hiljaisen tiedon välittymisen, lisää ymmärrystä omasta osaamisesta ja lisää sosiaalista pääomaa sekä yhteisöllisyyttä. (Utti 2004, 71, 130).

Kotihoidon toiminnan mahdollistavat henkilöstöprosessit tulee tarkistaa. Aavassa tehdyn työajanseurannan tulos herättää kysymyksen teemmekö osan asioista monen henkilön voimin kun taas osa hoidettavista asioista saa liian vähän huomiota. Kotihoidon ohjaajien tekemissä käyntimäärissä on merkittäviä eroja, vaikka heidät on palkattu samaan tarpeeseen, niin Nastola – Iitti alueella kuin Orimattilan seudulla. Kotihoidon koordinaattoreilla on suuri määrä suoria alaisia johdettavanaan. Honkasen (2006, 135) mukaan organisaatiomuutosten yhteydessä on haluttu säästää henkilöstökustannuksissa ja esimiesten määrää on vähennetty liaksi. Organisaatiotiede ei ole pystynyt määrittelemään tarkasti millainen määrä alaisia olisi ihanteellinen. Sopivaan määrää johdettavia vaikuttavat muun muassa käytävien kehityskustelujen määrä ja taso sekä alaisten suorittaman työn monimuotoisuus.

Nastola – Iitti alueen kotihoidon koordinaattorilla on viisikymmentäyksi suoraa alaista ja Orimattilan seudulla helmikuun 2011 jälkeen kuusikymmentä suoraa alaista johdettavana. Orimattilan seudulla kotihoidon ohjaaja ottaa yhden kotihoidon alueen henkilöstöhallinnon hoidettavakseen. Hartolassa koordinaattorilla on seitsemäntoista ja Sysmässä kaksikymmentäseitsemän suoraa alaista johdettavanaan. Sysmässä ja Hartolassa kotihoidon koordinaattorit vastaavat omaishoidon tuesta ja tukipalveluista. Nastola – Iitti alueella ja Orimattilan seudulla on erikseen tukipalveluista vastaavat henkilöt. Edellä esitettyjen prosessien kuntoon saattamisen jälkeen on syytä arvioida kotihoidon suorittavan tason henkilökuntamäärä ja -rakenne sekä esimiesjärjestelyt.

6.3 Asiakkaan osallisuuden lisäämisen keinot

Sosiaali- ja terveystoimen henkilökunta kohtaa työssään vain pienen osan vanhuksesta, sillä noin 70 % yli 75 vuotta täyttäneistä ei käytä vanhuspalveluita. Tästä johtuu, että vanhustenhuollon työntekijöillä saattaa olla suppea käsitys ikäihmisten elämästä. Laajemman vanhuskäsityksen saamiseksi vanhustenhuollon ammattilaisilla tulisi olla laajempaa yhteiskunnallista näkemystä. (Sonkin, Petäkoski - Hult, Rönkä & Södergård, 1999, 11.) Walkerin (2001, 220) mukaan ammattilaiset ajattelevat vanhuuden tarkoittavan riippuvuutta ja uraa vanhuspalveluissa. Palveluilla lisäämme vain riippuvuutta ja niissä vallitsee lääketieteellinen malli. Ammattilaiset tekevät päätökset ja ensisijaisesti arvioidaan fyysistä toimintakykyä. Väitän, että ammattilaisten puhe kokonaisvaltaisesta vanhuskuvasta on valitettavasti turhan usein merkityksetöntä puhetta. Vanhustyötä tekevän henkilöstön vanhuskuvan tulisi olla Tepposen (2009, 26) määritelmän mukaisesti sellainen, joka ohjaa ammattilaiset näkemään vanhuksen hoitoa tarvitsevana, mutta samalla ainutkertaisena yksilönä.

Käyttäjien mukaan ottaminen palveluiden kehittämiseen ja niiden kohdentamiseen takaa paremmin asiakaslähtöiset palvelut. Taloustieteilijä Adam Smith puhui käyttäjälähtöisistä palveluista jo vuonna 1776. Hänen mukaansa työntekijät kehittivät tehdastavaroita, koska halusivat työnsä olevan yhä vaivattomampaa. Palveluiden käyttäjät voivat olla mukana palveluinnovaatioiden luomisessa kahdella tavalla. Palveluntuottaja voi tarkkailla käyttäjiä ja tehdä saamansa palautteen kautta muutoksia tuotteeseen. Toisessa mallissa asiakas osallistuu tuotteen kehittelyyn (User-Driven Innovation. When the user makes the difference 2007.) Käyttäjälähtöisten palveluiden kehittäminen ei ole yksiselitteistä, koska osa kotihoidon asiakkaista ei ole heikentyneen kognitiivisen toimintakykynsä vuoksi kykeneviä antamaan palautetta. Työajanseurannan perusteella voidaan todeta, että kotihoidossa käytettiin omaisten kanssa tehtävään yhteistyöhön vähän aikaa. Omaiset edustavat kotihoidon palvelujen käyttäjiä ja heidän rooli korostuu erityisesti niissä tilanteissa, joissa asiakkaan kognitiivinen toimintakyky on alentunut.

Nakarín & Sjöblomin (2009, 45) mukaan vanhuspalveluiden asiakkaat olivat itse tyytyväisempiä saamiinsa palveluihin kuin muut kansalaiset. Tepponen (2009, 193) on päätenyt samansuuntaiseen tulokseen. Hän toteaa, että omaiset korostavat koti-hoidon asiakkaita enemmän itsemääräämisoikeutta ja osallistumisen mahdollisuutta. Tepponen varoittaa liiallisesta vanhusten näkemysten korostamisesta, koska kaikil-la ei ole mahdollisuutta tuoda mielipidettään esille ja näin ollen voi syntyä turhan rajattu käsitys tilanteesta. Neuvonen & Mokka (2006, 7) toteavat, että suurille asiakasmäärille ja tietyin perustein myönnettävien palveluiden kehittäminen vas-taamaan yksilöllisiin asiakastarpeisiin on vaativaa. Vanhustenhuollon palveluita tuotetaan isoja määriä ja tarkoin myöntämisperustein.

Pirkkalan kunnassa on kehitetty erilaisia foorumeita, joissa kansalaisen on mahdol-lisuus kertoa näkemyksistään päätäjille. Käsittelyyn tuotujen asioiden ei tarvitse olla isoja, oleellista on se, että viranhaltija kuuntelee aidosti ja on valmis muutta-maan omia ajatuksiaan. Tilaisuuksissa ei kysytä, että mitä kaikkea vanhukset ha-luavat, vaan niissä pyritään kohdentamaan toiveita. Foorumit eivät ole syrjäyttäneet vanhus- ja vammaisneuvostoja Pirkkalassa. (Ojala 2010, 27.) Esitän yhtenä toi-menpide-ehdotuksena Aavan vanhuspalveluissa, mukaan lukien kotihoito, kunta-laisten kuulemisen parantamista. Keinona siihen on yhteistyön tiivistäminen eläke-läisjärjestöjen ja vanhusneuvostojen kanssa.

Asiakaslähtöisen työmallin kehittäminen, asiakaspalautteen kerääminen ja käsittely sekä yhteistyön lisääminen vanhusneuvostojen kanssa ovat keinoja parantaa asia-kaslähtöisyyttä. Luopuminen asiantuntijavallasta ja asiakkaan äänen esille saaminen vaativat isoa muutosta nykyisessä ajattelutavassa. Neuvosen & Moka (2006, 89) mukaan tällä hetkellä asiakkaan kuuntelemisen ajatellaan vievän aikaa ja vähentä-vän tehokkuutta. Neuvonen ja Mokka peräävät, ettei keskustelua tarvitse erikseen järjestää, vaan dialogia voi käydä olemalla läsnä jokaisessa tilanteessa joissa kohda-taan asiakkaita. Asiakkaan mukaan ottaminen yhdeksi toimijaksi edellyttää laadullisesti toisenlaista vuorovaikutusta kuin tällä hetkellä. Asiakkaan tai hänen edusta-jansa tulisi olla hoitoneuvottelun aktiivinen osapuoli. (Engeström ym.2006, 19.)

Asiakaskohtaaminen saattaa epäonnistua, jos ei asiakkaan tarpeita ymmärretä. Välitöntä asiakastyötä tekevien tulee ymmärtää kohtaamisten merkitys ja heidän tehtävänä on tuoda johdolle tiedoksi, jos kohtaaminen epäonnistuu. Asiakastilanteet, joissa kohtaaminen on epäonnistunut tunnetasolla, ovat haasteellisimpia. Tunnetta ei voi käsitellä samalla tavalla kuin tietoa ja tekemistä. Haasteellisen tai vaikean asiakkaan, aivan kuten halutaan sanoa, rooli voi olla tärkeä organisaation toiminnan kehittämisen kannalta. Nämä kohtaamiset voivat auttaa tarkastelemaan kriittisesti omaa toimintaa. (Storbacka & Lehtinen 1997, 108, 111.) Yhtenä toimenpide-ehdotuksena on esitetty, että palvelu- ja hoitosuunnitelmaa voisi käyttää asiakaspalautteen keräämisen keinona. Arjen työssä joudutaan pohtimaan, millainen painoarvo on yksittäisellä negatiivisella asiakaspalautteella. Lähdetäänkö sen perusteella muuttamaan palvelujärjestelmää tai toimivuuden seurantaan tarkoitettuja mittareita.

Henriksonin & Tuomisen (2008, 629 - 631) mukaan kotihoidoissa töitä jaetaan tiimityölähtöisesti tehtävien, ammatin ja osaamisen sekä asiakaslähtöisyyden perusteella. Kotihoidossa on harvoin vain yksi tapa jakaa töitä, vaan käytössä on usein kaikki edellä kuvatut työnjaon perusteet. Tiimissä työskentelevät samat hoitajat, jotka keskenään suunnittelevat työtään. Tavoitteena on suunnitella työt niin, ettei asiakkaan luokse tehdä päällekkäisiä käyntejä. Osa tehtävistä jaetaan ammatillisen pätevyyden perusteella tai tietyn erityisosaamisen perusteella. Voidaan ajatella, että se tekee, kuka parhaiten taitaa. Asiakaslähtöisessä mallissa työt järjestellään asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Kotihoidossa tulisi suunnitella työvuorot ja niihin sopivat henkilöstöresurssit niin, että ne palvelevat asiakasta. Osassa kotihoidoista työvuorot ovat edelleen enemmän työntekijä kuin asiakaslähtöisiä. Kotihoidossa on tarvetta suunnitella töitä niin, että asiakkaalla on mahdollisuus pääsääntöisesti herätä ja mennä nukkumaan silloin kun hän haluaa.

Organisaation tavoitteiden ja rakenteiden on oltava sellaisia, että niiden avulla pystytään vastaamaan tämän päivän haasteisiin, mutta ennen kaikkea tuleviin vaativimpiin tilanteisiin. Halisen & Korhosen (2008, 94) mukaan tarvitaan strategista osaamista. Sillä tarkoitetaan toimintaympäristön muutoksista ymmärtämistä ja tarvittavien toimenpiteiden hahmottamista, jotta selvitetään muutoksista. Organisaation tu-

lee olla tulevaisuuteen orientoitunut ja valmis tekemään strategisia valintoja. Strategian toteutumista ei mahdollista yksittäiset toimenpiteet, vaan tulevaisuutta kohti tulee mennä siten, että organisaatio kehittää itseään, lisää tuloksellisuutta ja uudistaa prosesseja.

7 TOTEUTUNUT VISIO

Tässä kappaleessa elän jo tulevaisuudessa, jossa olemme onnistuneet saavuttamaan korkealle asetetun tavoitteen, jonka mukaan kotihoidossa työajasta kohdentuu 70 % välittömään asiakastyöhön. Pohdin seuraavassa lyhyesti, mihin lisääntynyt ajallinen resurssi tulee kohdentaa. Resurssien mahdollinen uudelleen kohdentaminen on poliittinen päätös ja asiasta sovitaan kuntien kanssa käytävissä palvelusopimusneuvotteluissa.

Kotihoidon hoitajan viikottainen työaika on 38,15 tuntia ja tällä hetkellä siitä kohdistuu keskimäärin 40 % välittömään asiakastyöhön, mikä tarkoittaa hieman yli viittätoista tuntia työntekijää kohden. Toteutunut tavoite, 70 % työajasta kohdentuu välittömään asiakastyöhön, mahdollistaa lisääntynyttä kymmenen tuntia viikossa välittömään asiakastyöhön työntekijää kohden. Kun lasketaan, mitä tämä lisäys tarkoittaisi sadalla työntekijällä, niin päästään Aavan kotihoidoissa 1 000 tunnin lisäykseen välittömässä asiakastyössä per viikko. Tämä tarkoittaa, että vuositasolla olisi käytettävissä lähes kolmenkymmenen työntekijän lisätyöpanos Aavan kotihoidoissa. Aavan kotihoidoissa työskentelee noin 140 työntekijää. Jos vapautunut aika käytetään kotihoidon käyntien lisäämiseen, niin myös matkoihin käytetty aika lisääntyy. Toinen vaihtoehto on kohdentaa vapautunut aika nykyisen asiakaskunnan palvelun laadun parantamiseen.

Esitän, että lisääntyneellä aikaresurssilla parannetaan kotihoidon laatua asiakkaan näkökulmasta. Laadukas kotihoito mahdollistaa kotona asumisen pitkään ja näin ollen asiakas ei joudu tarpeettomasti kalliimmalle hoitopaikalle. Näin toteutuu myös rahoittajan eli kuntien toive kustannustehokkaasta palvelusta. Vanhusten

kotona selviytymisen riskitekijöitä ovat leskeksi jääminen, yksinäisyys ja turvattomuus (Hyvinvointi 2015 –ohjelma .Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita 2007,41). Kun arvioidaan laatua asiakkaan näkökulmasta, keskitytään hänen kokemuksiinsa, odotuksiinsa ja tarpeisiinsa, eikä ammattilaisten kehittämiin kriteereihin. Vaarama (2006 ja 2008) esittelee kansainvälisen Care Key- tutkimusprojektin tuloksia laadusta asiakkaan näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan hyvää kotihoitoa on sellainen, jossa huomioidaan asiakkaan toiveet ja asiakas itse on siisti sekä pukeutunut tavalla, joka miellyttää häntä. Kodin siisteys lisäsi asiakkaan elämänlaatua. Asiakasta aktivoidaan toimimaan kotona tai kodin ulkopuolella. Laadukas kotihoito on kokonaisvaltaista, eikä tehtäväsuuntautunutta perushoitoa. (Tepponen 2009, 34.)

Työajanseurannassa ilmeni, ettei kotihoidon asiakkaita kuntoutettu juurikaan. Giltin ym (2006) mukaan huonokuntoisten kotihoidon asiakkaiden toimintakykyä on voitu parantaa toiminnalla, johon on sisältynyt kuntouttavaa toimintaa. Edelleen Vaissin ja kumppaneiden (2005) tutkimuksissa tuli ilmi, että työntekijöiden kouluttaminen kuntoutusasioissa ja toimintakyvyn ylläpitämiseen liittyvissä asioissa paransi iäkkäiden asiakkaiden toimintakykyä. (Hammar 2008, 95.)

Yksinkertaistettuna uudessa kotihoidon toimintamallissa ei palvelutarpeen kartoituksessa lähdettäisikään ensisijaisesti kartoittamaan fyysistä toimintakykyä ja sen antamien ”raihnaisuuspisteiden” perusteella todettaisi, mitä sovittujen kriteerien mukaisia palveluita voidaan antaa. Kartoitus lähtisi asiakkaalle suunnatusta kysymyksestä, jossa kysytään asiakkaalta itseltään, mitä Sinä haluat ja tarvitset. Toiselle asiakkaalle kampaajalla käyminen voi olla tärkeämpää ja toinen arvostaa kodin siisteyttä enemmän. En tarkoita tällä, että kotihoito alkaisi tehdä taas isompia siivouksia, kuten kotipalvelu vielä 90 - luvullakin teki, vaan keskittyisi toimintakykyä ylläpitäviin tehtäviin. Toki se voi tarkoittaa asiakkaan kanssa yhdessä kaappien siivousta. Siivouksen tekeminen on sellainen asia, jonka tekeminen hankaloituu varhaisessa vaiheessa toimintakyvyn alentuessa. Näin ollen on tarpeen pohtia, miten turvata vanhuksen elämänlaatua kohentava kodin siisteys, jos hänellä on pienet eläkkeet ja vähäinen varallisuus. Kotitaloustyön verovähennysjärjestelmä ei palvele pienituloista vanhusta. He maksavat hoiva- ja siivoustyöstä enemmän kuin suurem-

paa eläkettä saavat. Valtakunnan tasolla on tarvetta yhteen sovittaa kotitaloustyön verovähennysjärjestelmää, julkisin varoin tuotettuja kotipalveluita ja palveluseteliä. (Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita 2007, 43.)

Kotihoitotyön kiirehuippuina, aamuisin ja iltaisin, kotihoito toimisi lähes entiseen malliin keskittyen perushoitoon. Välillisistä töistä vapautunut aika, kuten iltapäivällä toimistolla kirjaaminen ja usean työntekijän voimin tehtävä työnsuunnittelu, kohdennettaisiin arkisiin asiakkaiden elämänlaadun parantamiseen yksilöllisen suunnitelman mukaan, jossa mukana olisi aina kuitenkin toimintakykyä tukeva näkökulma. Storbackan ja Lehtisen (1997, 155) sanoin kotihoidon työntekijät voisivat käyttää välillisistä tehtävistä vapautuneen ajan uudelleen kohdentamisessa relevanttia luovuutta. Se tarkoittaa toimimista arkisissa asiakaskohtaamisissa niin, että toiminnot tuottavat lisäarvoa asiakkaalle.

On pohdittava keinot omaisen ja asiakkaan mukaan ottamiseksi palvelu- ja hoitosuunnitelman laadinnassa. Kotihoidon asiakkaille ja heidän omaisilleen tulee järjestää valmennusta uudesta toimintamallista ja sen tavoitteista. Tavoitteena on yhdessä tekeminen niin, että asiakkaan toimintakyky ei alene. Avun antamisen ja oma-toimisuuden tukemisen välillä on jännite. Työntekijöitä saatetaan syyttää liiallisesta asiakkaan puolesta tekemisestä ja asiakkaista osa ajattelee olevansa oikeutettuja saamaan palvelua ja toimintakyvyn ylläpitämisen korostamista ei pidetä niin tarpeellisena. (Tenkanen 2003, 186.) Palvelut ovat vaikuttavampia, jos asiakas sitoutuu niihin. Sitoutuminen mahdollistuu, jos asiakas on mukana palvelun suunnittelussa ja toteuttamisessa. (Mokka & Neuvonen 2006, 7- 8.)

Tämän hankkeen aikana minulta on kysytty tarkoittaako muutos sitä, että työntekijät eivät enää näe työkavereitaan ja onko enää aikaa keskusteluihin. Vapautunutta aikaa tulee käyttää myös oman työn kehittämiseen. Toimistolla ollessa pidetään tarvittavat kokoukset, jossa puhutaan perustehtävästä sekä saadaan ja annetaan kollegiaalista tukea. Murrin (2005, 33 & 35 – 36) mukaan kehittämisen lähtökohdaksi on työyhteisön arkipäivän tutkiminen ja tutkijoina ovat työntekijät itse. Tutkimusmetodina ovat työpaikkakokoukset, joissa keskustellaan kaikista työhön ja

työyhteisöön liittyvistä asioista. Työyhteisöt eivät ole terapiayhteisöjä, mutta toivottavasti kuitenkin yhteisöjä, jotka tukevat sen jäsenten itsetuntoa.

8 POHDINTA

Tässä kehittämishankkeessa oli tavoitteena luoda sellaiset toimenpide-ehdotukset kotihoitoon, joilla mahdollistetaan välittömän asiakastyön lisääntyminen kotihoitossa. Kotihoidon nykytilaa arvioitiin toteutetun työajanseurannan kautta. Kehittämishankkeelle asetetut tavoitteet saavutettiin sovituissa aikataulussa.

Jouduin toistuvasti tämän raportin kirjoitustyön aikana miettimään työn rajausta. Pelkästään kotihoitoon liittyvistä prosesseista olisi saanut oman opinnäytetyön. Olen määritellyt raportissa johtamisen olevan yksi kotihoidon toimintaa mahdollistava prosessi, mutta pohtiessani muutosjohtamisen luonnetta, en ole enää lainkaan varma onko kyseessä tuki- vai ydinprosessi. Havahduin tämän hankkeen aikana arvioimaan tuki- ja ydinprosessien määrittelyn haasteellisuutta. En käsitellyt tässä työssä kotihoidon henkilökunnan esille nostamia lääkäripalveluita ja kotihoidon tehtävien osittaista siirtämistä ostopalveluin hoidettavaksi, koska edellä mainituista asioista päättäminen ei kuulu työni vastuualueeseen. Lillrankin ym. (2004, 94) mukaan prosessien määrittelyyn vaikuttavat erilaiset arvostukset ja niiden määrittelyyn liittyy vallankäyttöä. Kommentoin kuitenkin molempia asioita lyhyesti tässä pohdintaosuudessa.

Vanhustenhuollon näkökulmasta hoivaproessi on ydinprosessi ja lääkäripalvelut tukiproessi, mutta lääkärikunta käsittää asian olevan päinvastoin. Kotihoidon henkilökunnalta tulleen palautteen mukaan puutteelliset lääkäripalvelut teettävät lisätyötä. Kotihoidossa ei ole omia lääkäreitä, vaan henkilökunta asioi useamman lääkärin kanssa hoitaessaan asiakkaiden asioita. Orimattilan seudulla työaika kuluu kun hoitajat soittelevat Päijät-Neuvon kautta asiakkaille aikoja. Päijät-Neuvon kautta varataan puhelimitse ajat lääkärin tai sairaanhoitajan vastaanotolle. Kotihoidon sairaanhoitajille ei ole omaa viranomaislinjaa käytettävissä.

Lääkäripalveluiden lisäksi henkilöstöinfoissa ja oppimiskahvilassa keskusteltiin kotihoidon tiettyjen palveluiden siirtämisestä ostopalveluin tuotetuksi. Toimenpide-ehdotuksissa en kuitenkaan esitä mitään palveluiden ulkoistamiseen liittyvää, koska se edellyttäisi kuntapoliittista päätöksentekoa. Esitän tässä toisenlaisen näkemyksen ostopalveluiden käyttämisestä kuin henkilöstön esille tuoma näkemys oli. Aavan kotihoidon tehtävistä osa on jo kilpailutettu tai on yritetty kilpailuttaa, kuten esimerkiksi turvapalveluja. Kilpailutus epäonnistui, koska tarjouksen tekijöitä oli niukasti ja sitä myöten turvapalvelujen hinta olisi ollut todella korkea. Jos palveluita halutaan tuottaa ostopalveluina, voisi olla järkevämpää kilpailuttaa tietyltä alueelta kaikki kotihoidon palvelut. Turvapalveluiden kilpailutus osoitti, että Aavan kaltaisen maaseutumaiselle laajalle alueelle on vaikea saada yksityisiä yrittäjiä tuottamaan kohtuullisella hinnalla jotain tiettyä osaa palvelukokonaisuudesta. Tampereella toimii osa kotihoidosta kaupungin omana ja osassa aluetta palvelut tuottaa kilpailutuksen kautta valittu yrittäjä.

Asiakkaat toivovat, että heidän luonaan ei kävisi kovin moni eri työntekijä ja työntekijät peräivät hoidon kokonaisvaltaisuutta. Nämä seikat oman palvelutuotannon testaamisen lisäksi puoltaisivat koko kotihoidon kilpailuttamista tietyllä alueella, eikä ainoastaan tiettyjen kotihoidon osien kilpailuttamista. Tuloksellisuutta voi lisätä toimiminen kilpailullisessa ympäristössä. Julkisella sektorilla ei ole ollut tarvetta kilpailla asiakkaista. Oman toiminnan kilpailukykyä voi testata ja saada mahdollisesti aikaan uusia innovaatioita kilpailuttamalla osan toiminnasta. (Korpela & Mäkitalo 2008 13, 133).

Esittämiäni toimenpide-ehdotusten heikkoutena voidaan ajatella olevan kehittämissyön rajaaminen vain säännölliseen ja tehostettuun kotihoitoon. Kun kehitetään vain tiettyjä osia palveluista, niin vaarana on osaoptimointi. Jokin osa palvelujärjestelmästä toimii moitteettomasti, mutta kokonaisuus ei välttämättä ole asiakasta parhaiten palveleva. Mobiililaitteiden käyttöönotto on yksi esitetyistä toimenpiteistä. Koska tässä opinnäytetyössä ei pohdita uuden teknologian käyttöön ottamista kovin syvällisesti, voi ajatella, että esitän liian kevein perustein teknologian hyödyntämistä kotihoidoissa. Teknologian käyttöönotolla ei välttämättä saavuteta toivottua tulosta, jos ei samanaikaisesti uudisteta palveluprosesseja (Halinen & Korhonen

2008, 31). Teknologian avulla pyritään lisäämään tuottavuutta ja toivottava tulos olisi asioiden hoitamisen sujuvuuden lisääntyminen sekä kiireen väheneminen, mutta teknologiaan liittyvillä uudistuksilla on taipumus lyhyellä aikavälillä vähentää tuottavuutta, koska joudutaan tekemään investointeja. (Lumijärvi 2009, 7 – 8.)

Jos esitetyt toimenpide-ehdotukset toteutetaan, olisi suotavaa, että saisimme eri alojen opiskelijoita tekemään niistä edelleen työelämälähtöisiä kehittämishankkeita. Tässä tutkimuksessa haluttiin selvittää kotihoidon työntekijöiden ajankäyttöä myös yövuoroissa ja saimme tehdyn työajanseurannan avulla vahvistuksen arkiajatuk-siimme, että yöaikaan välitöntä asiakastyötä tehdään hyvin vähän. Sosionomin tutkintoa suorittava opiskelija on lupautunut tekemään organisaatioomme kohdistuvan toiminnallisen opinnäytetyön arvioimalla yötyön vaikuttavuutta kotihoidossa.

Laaksovirta (1998, 103) toteaa, että ” tutkimushanke on monen pienen päätöksen summa”. Kehittämishankkeen luotettavuutta olen pyrkinyt lisäämään kuvaamalla tarkasti hankkeen eri vaiheet ja perustelemalla matkan varrella tekemiäni valintoja esimerkiksi rajausten suhteen. Tämän raportin toisessa luvussa on kerrottu miksi tämä tutkimus oli tarpeellista tehdä, ja viidennessä luvussa on kuvattu miten työajanseurannasta tiedotettiin henkilöstölle ja miten tiedotus toteutettiin. Työajanseurannan tuloksia ei esitetä kotihoitoalueittain, koska muuten työajanseurantaan osallistuneen henkilön olisi voinut tunnistaa. Raportissa kerrotut esimerkit tiimien työnjaosta on kirjoitettu niin, ettei ulkopuolinen lukija voi tietää, minkä kunnan alueesta on kyse. Joissakin työajanseurantalomakkeissa oli laitettu rasti kahteen eri kohtaan samalle ajanjaksolle tai rastia ei ole laitettu lainkaan saatekirjeen ohjeistuksesta huolimatta.

Työajanseurantaviikolla oli jokaisen alueen kotihoidossa normaalia enemmän sairauspoissaoloja, eikä sijaisia saatu korvaamaan jokaista poissaoloa. Työajanseurantaviikolla oli siis normaalia pienempi henkilöstömitoitus. Yhdellä alueella oli vakituisesta henkilökunnasta poissa työstä 40 %. Työajanseurantaan osallistui kuitenkin suunniteltu määrä henkilöitä. Millainen olisi ollut työajanseurannan tulos, jos sairauspoissaoloja ei olisi ollut näin paljon tai kotihoidossa olisi ollut normaali henkilöstömäärä työskentelemässä? Olisiko työaika käytetty enemmän välittömään vai

välilliseen työhön? Taukojen näkyminen tuloksissa kertoo omalta osaltaan aineiston luotettavuudesta. Tutkimuksen luotettavuudesta kertoo myös se, että samanlainen työajanseuranta voidaan toteuttaa uudelleen Aavan kotihoidoissa. Koska tavoitteena on muutos, ei ole suotavaa, että saavuttaisimme uudelleen saman tuloksen (Heikkinen & Syrjälä 2006, 148).

Minulla on ollut haasteellinen rooli virkani puolesta tässä hankkeessa. Olen osalle Aavan kotihoitojen henkilökunnasta ulkopuolisempi ja taas Orimattilan seudulla tutumpi, koska toimin sen alueen päällikkönä. Olen joutunut jatkuvasti muistuttamaan itseäni, että tässä hankkeessa kehitetään koko Aavan kotihoitoa, eikä ainoastaan minulle tutua Orimattilan seutua. Työskentelyä on helpottanut se, että hankkeelle on tarve ja tavoite. Kotihoidon toimintakentän tunteminen tekee minusta luotettavamman tutkijan hankkeessa, kuin henkilöstä, jolla ei ole pitkää työkokemusta erilaisista kotihoidon tehtävistä. Toisaalta tästä roolista käsin en ole objektiivinen tutkija. Kotihoidon ja osan henkilökunnan tuntemisen vuoksi riskinä on liiallisen ymmärtämisen vaara.

Åhmanin (2003, 12) mukaan tieteellisenkin tutkimuksen tavoitteena on käytännöllisyys ja käyttökelpoisuus. Tästä kehittämishankkeesta välittyy enemmän kehittäjän arkikokemus kuin tutkijan tieteellisyys. En nimitä tätä toimintatutkimukseksi, mutta tutkijan roolissani ja kielenkäytössäni on toimintatutkimuksen ominaisuuksia. En koe olleeni perinteisessä mielessä tutkija, mutta voin todeta olleeni toimija-tutkijan ominaisuudessa. Raivion ja Huovisen (2006, 94 -95) mukaan toimintatutkimusta voi tehdä kahdella tavalla; ryhtymällä kehittämään omaa työtään tutkivalla otteella (toimija-tutkija) tai etsimällä itselleen ulkopuolisen tutkimuskohteen (tutkija-toimija). Toimija-tutkijalla on usein käytännön kokemusta tutkimuskohteesta. Toimintatutkimuksessa tutkijan kielenkäyttö voi olla erilaista kuin perinteisessä tutkimuksessa. Raportissa kertojana voivat olla minä tai me. (Heikkinen 2006, 21 - 22.) Tällä kehittämishankkeella on samanlaisia pyrkimyksiä kuin toimintatutkimuksella. Juutin & Lindströmin (1995,61) mukaan toimintatutkimuksen avulla työyhteisössä opitaan näkemään asioita uudella tavalla, uskaltaudutaan tekemään muutosta ja sitä kautta kehittymään.

Toimin henkilöstöinfoissa ja oppimiskahvilassa vetäjänä ja tiedonvälittäjänä, mutta myös tutkijan roolissa. Tiedonvälittäjän tehtävänä on toimia tilaisuuksissa puheenjohtajana, huolehtia ryhmäprosessista, johtaa ryhmää tuomatta kuitenkaan liikaa itseään esille. Tiedonvälittäjän on oltava empaattinen ja kuunneltava kaikkien mielipiteitä. Hän ei saa tyrkyttää osallistujille omia mielipiteitään. Hyvän kuuntelutaidon lisäksi häneltä odotetaan kyvykkyyttä suullisessa ilmaisussa. Kaiken lisäksi arvioijan odotetaan olevan huumorintajuinen ja joustava sekä hallitsevan ryhmätekniikoita. Välittäjän eli tutkijan rooliin kuuluvia tehtäviä ovat tilaisuuksista saadun materiaalien systematisoiminen ja tulkitseminen. Välittäjällä on oltava kyky käsitellä saatua tietoa ja arvioida tiedon käyttökelpoisuutta sekä pohtia mikä tieto julkaistaan ja mikä jätetään julkaisematta. Sen jälkeen hänen tulee pystyä kertomaan tulokset luotettavasti ja asiallisesti. Välittäjän tulisi kyetä käynnistämään muutosprosessi (Hänninen 2007, 17.)

Henkilöstöinfot ja oppimiskahvila ovat olleet minulle tilaisuuksia opetella muutosviestintää. Visiosta viestitään usein erikseen järjestetyissä tilaisuuksissa, kuten minäkin tein henkilöstöinfoissa ja oppimiskahvilassa. Visiosta tulisi viestiä kuitenkin useamman kanavan kautta, jotta se olisi tehokasta ja jäisi ihmisten mieleen. Esimiesten tulisi kytkeä visio kaikkiin keskusteluihin, joita käy alaistensa kanssa ja toimia itse vision mukaisesti. (Kotter 1996, 79 - 81.)

Tutkijana pohdin rohkenenko yleensä tehdä tämän raportin, koska siinä käsitellään asioita, jotka herättävät tunteita. Sosiaali- ja terveysalalla on suotuisampaa puhua kiireestä ja resurssien puutteesta, kuin toimintakulttuurin muutoksesta. Michael Quinn Pattonin mukaan hyvä tutkimus muuttaa ajatusmaailmaa (Heikkinen 2006, 159). Jos tutkimus havahduttaa ajattelemaan uudella tavalla, joudumme pohtimaan millaisia vaikutuksia tutkimuksella on kotihoidon työntekijöihin ja asiakkaisiin. Toivottavasti olen kyennyt välittämään lukijalle viestin, ettei tässä hankkeessa ole kyseessä vain määrällinen tehostaminen, vaan ennen kaikkea kotihoidon asiakkaan elämänlaadun parantaminen ja työhyvinvoinnin kohentaminen, joiden kautta tuloksellisuuskin lisääntyy.

Käytännössä toimenpiteitä ryhdytään tekemään vuonna 2012 ja niihin varaudutaan talousarviota laadittaessa. Raportin on valmistuttava keväällä 2011, jotta tarvittavat määrärahavaraukset voidaan tehdä talousarviovalmistelun yhteydessä kesällä 2011. Osa toimenpiteistä on mahdollista käynnistää jo vuoden 2011 puolella, koska osa esitetyistä toimenpide-ehdotuksista ei vaadi lisäresursseja vaan ajattelutavan muutosta. Toimenpide-ehdotukset on esitelty maaliskuussa 2011 kuntayhtymän ja peruspalvelukeskuksen johtajille ja heidän kanssaan on sovittu, miten kehittämissuunnitelman kassa edetään. Toukokuussa 2011 kehittämishankkeen tulokset ja toimenpide-ehdotukset esitellään ammattijärjestöille, kotihoidon henkilökunnalle ja kuntayhtymän yhteistyötoimikunnalle. Toivon, että tämä raportti on mahdollista muutoksen käynnistämisen kotihoidoissamme ja ainakin aikaan saa keskustelua. Kriittisen keskustelun kautta syntyy uusia ja edelleen jalostetumpia kehittämisideoita.

LÄHTEET

Kirjalliset:

Engeström, R., Engeström, Y. & Kerosuo, H. 2006. Neuvotteleva työtapa monisairaiden asiakkaiden hoidossa. Helsinki: Yliopistopaino.

Erämetsä, T. 2003. Myönteinen muutos. Helsinki: Tammi.

Finne-Soveri, H. & Noro, A. 2007. Kotihoidon asiakasrakenne. Teoksessa Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. & Noro, A. (toim.) Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Helsinki. STAKES, 61 – 85.

Halinen, I. & Korhonen, S. 2008. Parasta tuottavuutta. Helsinki. Suomen Kuntaliitto.

Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa. Kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Stakesin tutkimuksia nro 179. Vaajakoski.

Hautsalo, A., Kemppanen, K., Nikkanen, S. & Pätsi, A. 2008. Loppuraportti. Mobiiliteknologian hyödyntäminen kotihoidossa ja erikoissairaanhoidon takapäivystyksessä, pilotin toteutuminen. Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Heikkilä, J. & Heikkilä, K. 2005. Voimaantuminen työyhteisön haasteena. Turku. WSOY.

Heikkinen, H.L.T. 2006. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H.L.T, Rovio, E & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 16 – 21.

Heikkinen, H.T.L. & Syrjälä, L. 2006. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa Heikkinen, H.L.T, Rovio, E & Syrjälä, L.(toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 144 – 162.

Heinola, R & Paasivaara, L. 2007. Kotihoidon prosessit. Teoksessa Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus oppaita 70. Helsinki.STAKES, 52 – 60.

Hennala, L & Melkas, H.2010. Surffailua, taiji -voimistelua ja karjalanpiirakoita – Ikääntyvien monitahoinen ääni hyvinvointipalvelujen innovaatiotoiminnan voimavarana. Gerontologia 3/2010, 231 - 248.

Henrikson, L & Suominen, T. 2008. Työnjako vanhusten kotihoidossa. Yhteiskuntapolitiikka 6/2008, 625 – 639.

Honkanen, H.2006. Muutoksen agentit. Helsinki. Edita.

Huovinen, T & Roivio, E. 2006. Toimintatutkija kentällä. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 94 – 114.

Hyvinvointi 2015 – ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita.2007. Sosiaali – ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3. Helsinki.

Hänninen, K., Julkunen, I., Hirsikoski, R., Högnabba, S., Paananen, I., Romo, H & Thomasen, T.2007. Asiakkaat oppimisen käynnistäjinä Raportti Bikva -arviointimenetelmien oppimisen kehistä. Helsinki:Stakes.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008). Sosiaali - ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3. Helsinki.

Juholin, E.2006. Viestintä strategiasta käytäntöön. Helsinki: Inforviestintä Oy.

Juuti, P. & Lindström, K. 1995. Postmoderni ajattelu ja organisaation syvälinen muutos. JTO- tutkimuksia Sarja 9. Helsinki. Työterveyslaitos.

Karisto, A, Nummela, O., Konttinen, R., Haapola, I., Valve, R., Uutela, A. & Heikkilä, K. 2003. Ikääntyvä Päijät-Häme. Kuntien hyvinvointiraportti. Lahti. Helsingin yliopiston Tutkimus – ja koulutuskeskus Palmenia.

Korpela, J. & Mäkitalo, R. 2008. Julkishallinto muutoksessa, rohkeutta ja vauhtia muutokseen. Helsinki. Edita Prima Oy.

Kotter, J.P. 1996. Muutos vaatii johtajuutta. Helsinki. Rastor.

Kotter, J.P. 2001. What Leaders Really Do. Harvard Business Review 12/2001, 3 - 11.

Kujala, J. , Lillrank, P., Kronström, V. & Peltokorpi, A. 2006. Time – based management of patient processes. Journal of Health Organization and Management 6/ 2006, 512 – 524.

Laaksovirta, T. 1998. Tutkimuksen lukeminen ja tekeminen Helsinki. Hakapaino Oy.

Larmi, A., Tokkola, E., Vätkkiö H. 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Helsinki. Tammi

Lehtinen, P., Koski, S., Natunen, K. 2006. Vanhusten kotihoidon tuotteistus Tampereen kaupunkiseudulla 05/2005 - 11/ 2006. Tampereen kaupunkiseudun aluekeskusohjelma. Loppuraportti.

Lillrank, P., Kujala, J & Parviainen, P. 2004. Keskeneräinen potilas. Terveystuotannon tuotannonohjaus. Jyväskylä. Talentum Media Oy.

Lumijärvi, I. 2009. Tuottavuuden kehittämisen monia johtamiskeinoja. Premissi 4/2009, 6 - 9.

Luoma, M-L & Kattainen, E.2007. Kotihoidon asiakkaat. Teoksessa Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus oppaita 70. Helsinki.STAKES, 18 – 21.

Mattila, P.2006.Toiminta, valta ja kokemus organisaation muutoksessa – tutkimus kolmesta suuryrityksestä. Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen tutkimuksia nro 248. Helsingin yliopisto.

McNiff, S.1998. Trust the process. An artist` s guide to letting go.London. Shambhala.

Meklin, P. 2009. Vaikuttavuudella on monta näkökulmaa. Premissi 3/2009, 6 - 9.

Mokka, R & Neuvonen, A. 2006. Yksilön ääni. Hyvinvointivaltio yhteisöjen ajalla. Sitran raportteja 69. Helsinki. Edita Prima Oy.

Murto, K. 2005. Prosessin johtaminen. Kohti prosessikeskeistä työyhteisön kehittämistä. Jyväskylä. Koulutuskeskus Oy.

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

Niemelä, A-L 2006. Kiire ja työn muutos. Tapaustutkimus kotipalvelutyöstä. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 206. Helsinki. Yliopistopaino.

Nyman, J.2009. Apteekin annosjakelu kotihoidossa. Teoksessa Engeström, Y, Niemelä, A-L, Nummijoki, J & Nyman, J.(toim.) Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä. PS-kustannus, 235 -269.

- Ojala, M. 2010. Pirkkalassa yllytetään kehittäjiksi käyttäjiäkin eikä vain päättäjiä. Kuntalehti - Kunta 15/2010, 26- 29.
- Olkkonen-Nikula, A.2008. Selvitys kotihoidon sekä asumis- ja laitoshoidon palveluista. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Sisäinen sarja 36.
- Parviainen, T.2002. Hoito - ja palvelusuunnitelma tavoitteellisen vanhustyönäpuna. Teoksessa Molander, G & Multanen, L. (toim.) Muutoskaipuusta tulevaisuuden luomiseen. Tavoitteena onnistunut vanhustyö. Helsinki. Työterveyslaitos, 95 – 111.
- Saikkonen, E-L. 2003. Koneellisen annosjakelun vaikutukset lääkekustannuksiin. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 29/2003. Helsinki.Kela.
- Santalainen, T.2009. Strateginen ajattelu & toiminta. Hämeenlinna. Talentum.
- Schein, E.H. 2009. Yrityskulttuuri- selviytymisopas. Tietoa ja luuloja kulttuuri- muutoksesta. Espoo: Laatukeskus.
- Sisso, M. & Sivonen, P. 2004. Joensuun kotihoidon hoitohenkilöstön työajankäyttö syksyllä 2003. Euroopan yhteisö rakennerahastot. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Raportti.
- Sonkin, L., Petäkoski – Hult, T., Rönkä, K. & Södergård, H. 1999. Seniori 2000. Ikääntyvä Suomi uudelle vuosituuhannelle. Helsinki. Suomen itsenäisyyden juhlarahasto.
- Sosiaali - ja terveydenhuollon lainsäädäntö 2009. Helsinki. Gummerus Oy.
- Stenvall, J & Virtanen, P. 2007. Muutosta johtamassa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Storbacka, K. & Lehtinen, J.R. 1997.Asiakkuuden ehdoilla vai asiakkaiden armoilla. Helsinki.WSOY.

- Tenkanen, R. 2003. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Acta Universitatis Lapponiensis 62. Rovaniemi: Lapin Yliopistopaino
- Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopiston julkaisuja yhteiskuntatieteet 171. Kuopio.
- Tilvis, R. 2010. Vanhukset sosiaali – ja terveydenhuollossa. Teoksessa Tilvis, R, Pitkälä, K, Strandberg, T, Sulkava, R & Viitanen, M.(toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecium, 63 – 71.
- Tiilikkala, L. 2007. Ypäjän kotihoidon palvelujen tuotteistaminen. Loppuraportti.
- Tolkki, P & Valvanne, J. 2002. Enemmän aikaa asiakkaille? Työajan käyttö kotihoidossa Helsingissä 2001. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Selvityksiä 2002:8. Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskus 2002:4.
- Uotinen, S. 2009. Palveluseteli. Helsinki. CC Lakimiesliiton kustannus.
- Utti, J. 2004. Kiihdytyksiä omenapuutarhassa. Luottamusta, luovuutta ja johtajuutta Imatralla. Helsinki. Sun Innovations.
- Viljakainen, M. 2007. Iäkkäiden yksin asuvien turvattomuuden kokemukset ja turvallisuuden edistämisen keinot. Pro gradu- tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto, Sosiaalipolitiikan ja sosiaalipsykologian laitos.
- Walker, A. 2001. Ikääntyminen ja ikäihmisten sosiaalipalvelut Euroopassa. Gerontologia 3/2001, 217 -228.
- Virtanen, P & Wenneberg, M. 2005. Prosessijohtaminen julkishallinnossa. Helsinki. Edita.

Åberg, L. 2006. Johtamisviestintää! Esimiehen ja asiantuntijan viestintäkirja. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Åhman, H. 2003. Oman mielen johtaminen. Näkemyksiä ja kokemuksia menestymisestä postmodernissa organisaatiossa. HUT Industrial Management and Work and Organisational Psychology. Dissertation Series No 12. Espoo.

Elektroniset lähteet:

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2009 [viitattu 8.7.2009].
Saataavissa: <http://www.phsotey.fi/sivut/?vy=9987&ryhma=253>

Erilaisia oppimismenetelmiä 2011 [viitattu 1.6.2011]. Saataavissa:
<http://opetuki2.tkk.fi/p/yoop/2006/documents/opetusmenetelmia-v2.rtf>

Granhelm Farstad, J., Ryste, N., Gjaerde, A., Jahren, E., Johnsen, A., Mohseni, R., Richardsen, O., Rucpaul, A. & Torget, M. 2007. User- Driven Innovation. When the user makes the difference. Nordic Innovation Centre [viitattu 10.1.2011] Saataavissa <http://www.nordicinnovation.net/prosjekt.cfm?Id=1-4415-274>

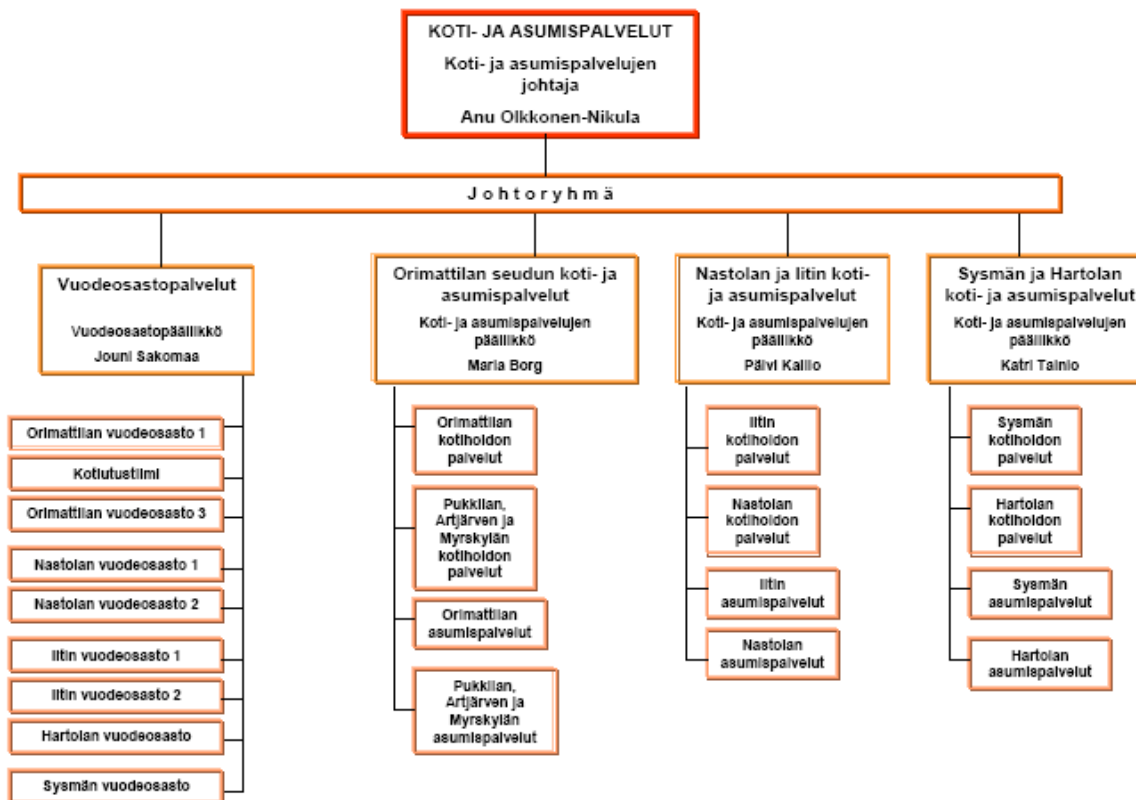
JHS 152 Prosessien kuvaaminen 2011 [viitattu 28.2.2011]. Saataavissa:
<http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.pdf>

JHS 160 Paikkatiedon laadunhallinta 2011 [viitattu 1.3.2011]. Saataavissa:
http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS160_liite3/JHS160_liite3.pdf

Krogstrup, H-K. 2004. Asiakaslähtöinen arviointi Bikva-malli. Stakes.[viitattu 3.3.2011]. Saataavissa: <http://www.sosiaaliportti.fi/File/8579b014-b4a9-4ddd-8f14-1a40136f2b2f/bikva.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö.2010. STM ei kannata käyntikattoa kotihoitoon

[viitattu 3.3.2011]. Saatavissa: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1547058>.





PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON KUNTAYHTYMÄ

TIEDOTE/OHJE

M. Borg/MB

19.3.2009

TYÖAJANSEURANTA KOTIHOIDOSSA VIIKOLLA 14

Peruspalvelukeskuksen kotihoidossa suoritetaan kotihoidon henkilöstön työajan seuranta viikolla 14. Seurantaan osallistuvat valitaan eri kotihoitoyksiköistä satunnaisotannalla, joka on suhteutettu kunkin kotihoitoyksikön henkilöstömäärään. Satunnaisotannalla valittujen osallistujien lisäksi kaikki kyseisellä viikolla yötyötä kotihoidossa tekevät hoitajat täyttävät työajanseurantalomakkeen.

Kotihoidon työaikaseurannan tarkoituksena on selvittää, miten työaika jakautuu kotihoidossa; paljonko kotihoidon työntekijä työajasta kuluu asiakkaan kotona (välitön työ), kuinka paljon aikaa kuluu muuhun kuin varsinaiseen asiakkaan kanssa tapahtuvaan työhön (välillinen työ) ja mikä on työtehtävien sisältö. Tavoitteena on, että kotihoidon työntekijät voivat käyttää jatkossa enemmän aikaa välittömään asiakastyöhön.

Päivä/ iltavuoroon on oma lomakkeensa ja yötyöhön erillinen lomake (työajanseuranta lomakkeet liitteenä).

Lomakkeeseen tulee merkitä ammattiryhmän lisäksi työntekijän nimi, koska tällä seurannalla saatua tietoa verrataan esimerkiksi Titania – työvuorosuunnitteluohjelmasta saatavaan tietoon.

Asiakasnumerointi on juokseva (voit käydä asiakkaalla numero 1. heti aamulla ja tehdä saman asiakkaan luokse useampia käyntejä päivässä). Asiakkaiden nimiä ei laiteta seurantalomakkeeseen. Esimerkiksi yöhoitaja käy eri yksiköissä, joissa

saattaa hoitaa useampaa asiakasta ja viipyä yksikössä pidempää. Yksiköstä käytetään myös juoksevaa asiakasnumerointia ja rasti laitetaan kohtaan: hoito & hoiva, muu, kun työ tehdään yksikössä. Jos yksikössä ollessa kirjataan, niin se merkitään erikseen työajanseurantalomakkeelle.

Voit laittaa vain yhden rastin kerrallaan ts. voit joutua valitsemaan mikä suorittamastasi tehtävästä on kunakin hetkenä keskeisin. (Kylvetät asiakasta ja samalla kerrot Kelan etuuksista asiakkaalle – merkitset rastin kohtaan kylvetys, etkä kohtaan ohjaus/ neuvonta.) Työajanseuranta tehdään 15 minuutin tarkkuudella.

Matka-aika merkataan lomakkeeseen kohtaan – matkat, jos matkustamiseen on käytetty aikaa 14 minuuttia tai yli. Jos matka-aikaan eri asiakaspaikkojen välillä menee alle 14 minuuttia, kootaan työpäivän aikana kertyneet matkat työajanseuranta lomakkeessa olevaan erilliseen taulukkoon, johon ilmoitetaan näiden lyhyempien matkojen yhteismäärä työpäivän aikana.

Työajanseuranta lomakkeessa kohta- ruoan valmistus tarkoittaa todellista ruoan valmistusta ja kohtaan ”muu kodinhoito” merkitään esim. aamupalan valmistus ja leipien tekeminen.

Lisätietoja työaikaseurannasta saat oman alueesi kotihoidon koordinaattorilta.

Lomakkeet tulee palauttaa tiedonkeruuviikon jälkeen oman alueen kotihoidon koordinaattorille.

Ystävällisin terveisin: Maria Borg
koti- ja asumispalvelujen päällikkö

JAKELU Työajanseurantaa osallistuvat kotihoidon työntekijät
Kotihoidon koordinaattorit
Koti- ja asumispalvelujen päälliköt
Tulosalueen johtaja
Ohjausryhmä

HUOM! YHDELLE RIVILLE VAIN YKSI RUKSI MERKINTÄ

Kotihoito:

		KODINHOITO	HOITO & HOIVA	YHTEISTYÖ	VÄLILLINEN TYÖ	MATKAT	ORGANISOINTI
SH-YTH	<input type="checkbox"/>						
LHR-Y hoitaja	<input type="checkbox"/>						
sijainen	<input type="checkbox"/>						
NIMI:							
	ASIAKAS	ilmoitus	terveysohje/ sairaanhoito	asiointi			
		muu siistiminen *)	laakereiden jako kotona	yhteydenpito esim omaisiin			
		pyykinhuolto	kuntoutus (Guralnik, kotijuntppa ym.)	ammattilainen yhteistyö (mm. hoitoneuvottelu)			
		ruoan valmistus	uikoulu	käynnin valmistelu			
		muu kodinhoito**)	kyvetus	laakeruoto; reseptit, jako tsto			
		perushoito	ohjaus ja neuvonta	kirjaaminen			
		terveydeny sairaanhoito	taikistuskäynti	työntekijän tauko			
		laakereiden jako kotona	muu esim.känt.käynti ***)	muu			
		kuntoutus (Guralnik, kotijuntppa ym.)	asiointi	matka asiakkaan luo kesto yli 14 minuuttia			
		uikoulu	yhteydenpito esim omaisiin	aterikallutus			
		kyvetus	ammattilainen yhteistyö (mm. hoitoneuvottelu)	muu ****)			
		ohjaus ja neuvonta	käynnin valmistelu	työsuunnittelu ja työnjako			
		taikistuskäynti	laakeruoto; reseptit, jako tsto	suullinen raportointi			
		muu esim.känt.käynti ***)	kirjaaminen	koulutus, kehittäminen, yksikkö kokous			
		asiointi	työntekijän tauko	perheäylys			
		yhteydenpito esim omaisiin	muu	opiskelijan avioititkeskustelu			
		ammattilainen yhteistyö (mm. hoitoneuvottelu)	matka asiakkaan luo kesto yli 14 minuuttia				
		käynnin valmistelu	aterikallutus				
		laakeruoto; reseptit, jako tsto	muu ****)				
		kirjaaminen	työsuunnittelu ja työnjako				
		työntekijän tauko	suullinen raportointi				
		muu	koulutus, kehittäminen, yksikkö kokous				
		matka asiakkaan luo kesto yli 14 minuuttia	perheäylys				
		aterikallutus	opiskelijan avioititkeskustelu				
		muu ****)					
		työsuunnittelu ja työnjako					
		suullinen raportointi					
		koulutus, kehittäminen, yksikkö kokous					
		perheäylys					
		opiskelijan avioititkeskustelu					

Muu siistiminen *) = tiskaus, vuodevaatteiden vaihto, wc-pesu ym.
 Muu kodinhoito**) = ruoan valmistus: aamupala, puuron keitto, leipien teko ym.
 muu ***)esim. kartoituskäynti, hoitoneuvottelu joko asiakkaan luona tai muussa hoitopaikassa
 muu****) esim. auton huoltoon vienti, tankkaus tai muu liikkumiseen liittyvä asia

MATKA AIKA 15-30 minuuttia 30-60 minuuttia 60-90 minuuttia

Vuosi	Kehitettävä asia	Tarvittavat toimenpiteet	Vastuutaho
alkaen kevät 2011	Muutosviestinnän parantaminen	Huolehditaan tiedottamisesta ja tarvittavasta keskustelusta ennen kuin toimenpide-ehdotuksia toteutetaan (asiakkaat/läheiset, henkilöstö, tilaajat eli kunnat, ammattijärjestöt)	Tulosalueen johtaja ja Orimattilan seudun koti- ja asumispalvelujen päällikkö
2011 - 2014	Uuden toimintamallin pysyvyyden varmistamien kotihoidoissa	Henkilöstön valmennus	Koti- ja asumispalvelujen jory
2012 - 2014	Tietotekniikan hyödyntäminen kotihoidoissa kirjaamisessa ja työnorganisoinnissa	Mobiililaitteiden hankinta	Tietojärjestelmäpäällikkö, koti- ja asumispalvelujen jory sekä tilaajat
2012	Lääkehoidon kehittäminen kotihoidoissa - lääketurvallisuus, kustannukset (asiakkaan ja organisaation)	Annosjakelun kilpailutus ja pussijakelun käyttöön otto niillä Aavan alueilla, missä se on mahdollista	Koti- ja asumispalvelujen johtoryhmä sekä tilaajat

2011, syksy alkaen	Organisoinnin tehostaminen	Kotihoidon keskeisempien prosessien kuvaaminen ja nykyisten tarkistaminen alueittain	Kotihoidon koordinaattorit ja työntekijöiden edustus
2011 - 2013	Kotiuttamisprosessin toiminnan varmistaminen	Kotihoidon ja terveysasemien vuodeosaston henkilökuntien välinen työnkierto Toisen työn tunteminen lisää prosessiin sitoutumista	Koti- ja asumispalvelujen päälliköt, vuodeosastopäällikkö, osastonhoitajat ja kotihoidon koordinaattorit sekä koko kotihoidon ja vuodeosastojen henkilökunta
2011 alkaen	Kirjaamisen laadun parantaminen ja siihen käytettävän ajan vähentäminen	Kotihoidon henkilökunnan ja kotiutushoitajien toimenkuvien tarkistaminen	Kirjaamistyöryhmä ja yksiköiden esimiehet sekä kotihoidon tiiminvetäjät
2011 - 2012	Tarkempi selvitys yötyön tarpeesta ja kohdentumisesta kotihoidossa	Yötyön sisäinen arviointi	Koti- ja asumispalvelujen jory

2011	Asiakaslähtöisen työnjakomallin kehittäminen	Kotihoidon työvuorosuunnittelu kehittäminen nykyisin resurssein siten, että resursseja kohdennetaan tasaisemmin eri työvuoroihin	Kotihoidon koordinaattorit
1.6.2012 alkaen	Välittömään asiakastyöhön lisääntynyt työaika kohdennetaan uudelleen asiakkaan tarpeita paremmin palvelevaksi	Kotihoidon kriteerien tarkistaminen ja kattavampi asiakkaan toimintakyvyn arviointi käyttöön	Koti- ja asumispalvelujen jory
syksy 2011	Palvelu- ja hoitosuunnitelman hyödyntäminen laajemmin	Palvelu- ja hoitosuunnitelman tar- kastuksen yhteydes- sä kerätään asiakas- palautetta kotihoidon toiminnasta	Päälliköt, koordinaattorit ja kotihoidon henkilökunta
2012	Asiakaspalautteen hyödyntäminen toiminnan kehittämises- sä	Luodaan malli saadun asiakaspalautteen käsittelyyn	Koti- ja asumispalvelujen jory
2012	Kuntalaisen kuulemi- sen keinojen paran- taminen	Vanhusneuvostojen toiminnan kehittä- minen yhdessä kun- tien kanssa	Eläkeläisjärjestöt, tilaaja- johtajat, koti- ja asumis- palvelujen jory
2013	Riittävä ja oikean- laista osaamista omaava henkilökunta kotihoidossa	Henkilöstömäärän ja rakenteen tarkis- tamien kotihoidois- sa	Koti- ja asumispalvelujen jory