



Satu Koskiranta-Heino
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan
ammattikorkeakoulututkinto
Terveystenhoitaja AMK
Opinnäytetyö, 2020

KOKEMUKSIA LEAN -MENETELMÄSTÄ KOTI- HOIDOSSA

TIIVISTELMÄ

Satu Koskiranta-Heino

Kokemuksia Lean -menetelmästä kotihoidossa

56 sivua ja 3 liitettä

Kevät 2020

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveystieteiden ammattikorkeakoulututkinto

Terveydenhoitaja AMK

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kotihoidon henkilöstön kokemuksia Lean -menetelmän käytöstä kotihoitotyössä. Yhteistyökumppanina toimi Helsingin kaupungin kotihoidon Läntisen palvelualueen lähipalvelualue 4, Haagan kotihoidon Lassila -tiimi. Lean -menetelmä oli ollut tiimissä käytössä vuodesta 2017 lähtien. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada henkilökunnalta tietoa, jonka perusteella Lean -menetelmän käyttöä ja työssä jaksamista kotihoidossa voitaisiin parantaa.

Tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen tapaustutkimus ja aineistonkeruumenetelmäksi teemahaastattelu. Haastattelut tehtiin kesällä 2019 kymmenelle sattumanvaraisesti valitulle kotihoidon työntekijälle. Teemoina olivat Lean -menetelmän vaikutukset työhön, Lean -menetelmän vaikutukset työssä jaksamiseen ja työssä jaksaminen yleensä. Lisäksi kysyttiin havaittuja ongelmia ja kehitysehdotuksia. Haastatteluaineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Henkilöstö oli kokenut Lean -menetelmän käytön vaikuttaneen positiivisesti työhön. Työstä oli tullut sujuvampaa ja selkeämpää sekä työn hallinta ja ennakointi olivat parantuneet. Työtä pystyi jakamaan vastuullisemmin ja vastuunoton työtehtävistä koettiin kasvaneen. Lean -menetelmän vaikutuksia itse työssä jaksamiseen oli henkilöstön mielestä vaikea eritellä. Osan mielestä Lean -menetelmän käyttö oli vähentänyt epäselviä tilanteita ja tätä kautta stressin määrää. Osa taas koki stressin lisääntyneen, koska Lean -menetelmän tulon myötä työ oli näkyvämpää ja paremmin mitattavissa. Lean -menetelmän käytössä koettiin myös joitain pulmia, jotka liittyivät lähinnä visuaalisten taulujen päivittämiseen, tietosuojaan sekä iltapäiväpalaveriin sitoutumiseen. Työssä jaksaminen yleensä puhutti haastateltavia paljon. Parannettavaa koettiin olevan erityisesti työvuorosunnittelussa, sijaisten saamisessa, työn määrässä ja oman työn vaikutusmahdollisuuksissa. Arvostus kotihoitotyötä kohtaan koettiin myös heikoksi.

Tutkimuksen tulokset tukivat hyvin aiheesta aiemmin tehtyjen tutkimusten tuloksia ja tämän opinnäytetyön teoreettista viitekehystä. Tulevaisuudessa kotihoidon asiakasmäärät kasvavat väestön ikääntyessä. Kotihoitoon tarvitaan paljon uusia työntekijöitä sekä toimintamalleja, joilla sama työ voidaan tehdä pienemmillä resursseilla. Siksi työssä jaksamiseen ja työn organisointiin tulee kiinnittää erityistä huomiota. Lean -menetelmän kaltaiset toimintamallit voivat osaltaan helpottaa työn sujuvuutta ja henkilöstön jaksamista.

Asiasanat: kotihoito, Lean -ajattelu, työn organisointi, työssä jaksaminen

ABSTRACT

Satu Koskiranta-Heino

Experiences with the Lean method in home care

56 pages, 3 appendices

Spring 2020

Diaconia University of Applied Sciences

Bachelor's Degree Programme in Health Care

Public Health Nurse (UAS)

The purpose of this thesis was to find out the experiences of home care staff who use the Lean method in their work. The partner in this work was the Western Home Care Unit of the City of Helsinki, Haaga 4. The Lean method had been used by the team since 2017. The aim of this thesis was to obtain information from the staff to improve the use of the Lean method and coping at work at home care.

A qualitative case study was chosen as the research method and a theme interview was used as the data collection method. Interviews were made with ten randomly selected home care workers in the summer of 2019. The topics were: the effects of the Lean method on work, the effects of the Lean method on coping at work and coping at work in general. The interviewees were also asked about problems and suggestions for improvement. The interview data was analysed by data-driven content analysis.

The staff had experienced that the use of the Lean method had had a positive impact on the work. The work had become smoother and clearer, and work management and anticipation had improved. It was possible to distribute the work more responsibly and it was experienced that the responsibility for the tasks had increased. The impact of the Lean method on self-coping at work was difficult for the staff to specify. Some thought that the use of the Lean method had reduced unclear situations and thereby reduced stress levels. On the other hand, some experienced increased stress because the Lean method had made work more visible and measurable. There were also some other problems with the Lean method which were mainly related to topics like updating the visual boards, privacy of the customers and commitment to the afternoon meeting. Interviewees talked a lot about the ability to cope at work in general. Improvements were required for shift planning, availability of substitutes, amount of work and opportunities to influence one's own work. The respect of home care workers was also perceived as low.

The results of the study strongly supported the results of previous studies on the topic and the theoretical framework of this thesis. In the future, the number of clients in home care will increase as the population ages. Home care requires a lot of new employees and operating models that help to do the same job with fewer resources. Therefore, special attention should be paid to coping at work and to the organization of work. Operating models such as the Lean method can help facilitate work and employee well-being.

Keywords: home care, Lean method, work organization, coping at work

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 TEORIA JA KESKEISET KÄSITTEET	6
2.1 Vanhusväestö ja ikääntymisen vaikutukset Suomessa	6
2.2 Kotihoito ja sen tulevaisuudennäkymät	8
2.3 Lean -menetelmä.....	9
2.4 Työn organisointi kotihoidossa.....	12
2.5 Työssä jaksaminen kotihoidossa.....	14
3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	16
3.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	16
3.2 Tutkimusympäristö ja kohdejoukko	16
3.3 Tutkimusmenetelmät	19
3.4 Aineiston keruu.....	20
3.5 Tutkimusaineiston analysointi	22
4 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTULOKSET	24
4.1 Lean -menetelmän vaikutukset työhön	24
4.2 Lean -menetelmän vaikutukset työssä jaksamiseen.....	31
4.3 Ongelmat ja kehitysehdotukset Lean -menetelmään liittyen.....	32
4.4 Työssä jaksaminen kotihoidossa.....	36
5 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	40
6 AMMATILLINEN KASVU	43
6.1 Luotettavuus ja eettisyys.....	46
6.2 Jatkotutkimusehdotukset.....	48
LÄHTEET.....	49
LIITE 1. Haastatteluteemat	54
LIITE 2. Suostumusasiakirja.....	55
LIITE 3. Infokirje.....	56

1 JOHDANTO

Suomi on suuren haasteen edessä tulevana vuosikymmeninä, kun väestö ikääntyy, huoltosuhde vääristyy ja kustannuspaineet terveydenhoitoalalla kasvavat. Maassamme on vuonna 2070 arviolta jopa 1,7 miljoonaa yli 65-vuotiasta. (Tilastokeskus. Väestö.) Ikääntyneen väestön ensisijaiseksi hoitomuodoksi suositellaan kotihoitoa (STM 2017; Vanhuspalvelulaki 980/2012). Laitoshoitoon nähden se on edullisempaa ja usein myös vanhuk- sille itselleen mielekkäämpää. Kotihoito kärsii kuitenkin jo nyt liian suuresta työtaakasta ja liian pienistä henkilöstöresursseista. Työikäinen väestö vähenee ja terveydenhoitoala kilpailee jäljelle jäävästä työvoimasta muiden alojen kanssa. (Mäkipää ym. 2012.) Hoi- toalan ajatellaan olevan raskasta, ja erityisesti vanhustenhoidon maine koetaan valmistu- vien hoitajien keskuudessa huonoksi. Vanhustenhoito ei kiinnosta hoitajia, eikä alan tar- joamat työpaikat houkuttele. Hoitoalan vetovoimaa tulisi lisätä, jotta alalle saataisiin py- syvää ja motivoitunutta työvoimaa. (Suhonen ym. 2012.)

Hoitoalan toimintamalleja täytyy muuttaa, koska työvoimaa ei voi lisätä suhteessa van- henevan väestön tarpeisiin. Tarvitsemme uusia toimintamalleja, joilla työtä voidaan or- ganisoida niin, että sama työ tulee tehdyksi pienemmällä määrällä työntekijöitä. Uudet toimintamallit ovatkin yhdessä teknologisten innovaatioiden kanssa tärkein kotihoidon toimintaa ja laadukasta hoitoa kehittävä tekijä. Lisäksi työperäinen maahanmuutto ja syn- tyvyyden saaminen kasvuun ovat keinoja saada lisää työvoimaa ikääntyvään Suomeen. (Schleutker 2013.)

Yhtenä hoitotyön tuottavuutta parantavana toimintamallina voidaan nähdä Lean -mene- telmä. Se on johtamisjärjestelmä, joka on alun perin kehitetty autotehtaiden tarpeisiin. Sitä on kuitenkin enenevässä määrin käytetty myös muilla aloilla, esimerkiksi juuri ter- veydenhuollossa ja sen käytöstä on saatu hyviä kokemuksia. Lean -menetelmässä työvai- heita voidaan vakioda ja kehittää jatkuvasti sekä systemaattisesti. Asiakas on toiminnan lähtökohtana ja hoidon arvo määritellään hänen näkökulmastaan. Toiminnassa koroste- taan tehokkuutta ja sujuvuutta, kaikki turha työ ja odottaminen pyritään minimoimaan. Kaikki työntekijät ovat vastuussa toiminnan laadusta ja voivat ehdottaa kehittämisideoita sekä kokeilla niitä pienellä kynnyksellä. (Perttunen, Korhonen, Jokela & Korte 2018, 5–6.)

Tämän opinnäytetyön yhteistyökumppanina oli Helsingin kaupungin kotihoidon Läntinen palvelualue, Haagan kotihoidon Lassila -tiimi. Lean -menetelmä on ollut käytössä tiimissä vuodesta 2017. Menetelmä on käytössä myös muissa Läntisen kotihoidon tiimeissä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Lassila -tiimin kotihoidon työntekijöiden kokemuksia Lean -menetelmästä. Tavoitteena oli saada tietoa, jolla voidaan edelleen kehittää Lean -menetelmän käyttöä ja parantaa työssä jaksamista tiimissä. Lisäksi tavoitteena oli selvittää, suosittelisiko henkilökunta Lean -menetelmää myös muille kotihoidon tiimeille.

Tutkimuskysymyksinä ovat miten Lean -menetelmän käyttöönoton koetaan vaikuttaneen kotihoidossa tehtävään työhön, miten Lean -menetelmän koetaan vaikuttaneen työssä jaksamiseen kotihoidossa ja mitkä asiat auttaisivat kotihoidon työntekijöitä jaksamaan työssään paremmin. Tutkimus toteutettiin laadullisena tapaustutkimuksena teemahaastattelun avulla kymmenelle kotihoidon työntekijälle.

2 TEORIA JA KESKEISET KÄSITTEET

Tämän työn teoreettiseen viitekehykseen olen valinnut tutkimaani aiheeseen läheisesti liittyvät käsitteet, joita ovat vanhusväestö, kotihoito, Lean -menetelmä sekä työn organisointi ja työssä jaksaminen. Vanhusväestö on kotihoidon suurin kohderyhmä ja väestön ikääntyminen vaikuttaa merkittävästi hoitoalaan ja sen työtehtäviin lähitulevaisuudessa. Tutkimukseni tapahtuu kotihoidon työympäristössä, joten olen selvittänyt kotihoidon toimintaa Suomessa ja sen tulevaisuuden visioita. Selvitän tässä työssä kokemuksia Lean -menetelmän käytöstä kotihoidossa tehtävässä työssä. Lean -järjestelmä sisältää kuitenkin useita kymmeniä eri käsitteitä ja malleja, jotka eivät mielestäni ole tämän työn kannalta oleellisia, enkä siksi käy läpi niitä tässä työssä laajemmin. Olen rajannut Lean -menetelmän käsittelyn teoriaosiossa vain sen peruseräperiaatteisiin. Kotihoidossa hyödynnettävät Lean -menetelmän periaatteet tulevat tarkemmin esiin prosessin kuvauksessa.

Työn organisointi on tärkeä osa tämän opinnäytetyön aihetta, joten käsittelen sitä erityisesti kotihoitotyöhön liittyen. Kolmas selvitettävä asia työssäni on kotihoitohenkilöstön työssä jaksaminen, jota on tutkittu paljon, ja tuonkin tätä tietoa esiin aiempien tutkimusten kautta.

2.1 Vanhusväestö ja ikääntymisen vaikutukset Suomessa

Ikää, jolloin vanhuus alkaa, ei ole virallisesti määritelty, mutta laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (L 980/2012) määrittelee ikääntyneen henkilöksi, joka on oikeutettu vanhuuseläkkeeseen. Vanhuuseläkkeen ikäraja on 65 vuotta. Vuonna 2020 Suomessa on yli 1,2 miljoonaa 65 vuotta täyttänyttä henkilöä. Vanhusväestön määrä kasvaa jatkuvasti ja väestöennusteen mukaan vuonna 2030 noin 25,6 % eli neljännes suomalaisista on vanhuksia. Vuonna 2070 vanhuksia arvioidaan olevan jo noin 1,7 miljoonaa henkilöä. (Terveyskylä; Tilastokeskus.)

Suomen väestöä koettelee rakennemuutos, kun syntyvät ikäluokat ovat huomattavasti vanhempia ikäluokkia pienempiä. Vanhemmat ikäluokat elävät entistä pidempään, koska elinajanodote on noussut. (Schleutker 2013, 425.) Vanhusten hyvää toimintakykyä myös

pyritään edistämään, jotta he pystyvät elämään mahdollisimman pitkään itsenäisesti (STM 2017, 10-13). Eliniän pidentyminen ja toimintakyvyn säilyminen ovat positiivisia asioita, mutta kansantaloudellisesti kestävämpiä. Eläkettä saavien määrä lisääntyy sekä terveydenhuollon palveluiden ja kalliiden laitoshoidon paikkojen kysyntä kasvaa. Samaa aikaan työssäkäyvän väestön osuus pienenee ja tuottavuus laskee, eikä verotuloja tule entiseen malliin. (Groop 2014, 8; Schleutker 2013, 426–430.) Ratkaisuksi Schleutker (2013) ehdottaa syntyvyyden kasvua, työperäistä maahanmuuttoa ja työllisyysasteen korrattamista. Lisäksi eläkeikää pyritään nostamaan ja lisäämään eläkeikäisten työskentelyä. Tämä voi olla kuitenkin haastavaa erityisesti aloilla, jotka ovat raskaita ja joissa on eniten pulaa työntekijöistä, esimerkiksi juuri hoitoalalla.

Ikääntyneiden hyvinvointi koostuu esimerkiksi hyvästä toimintakyvystä ja terveydestä, läheisistä ja osallisuuden tunteesta. Hyvinvointia uhkaavat eriarvoisuus ja syrjäytymisen riski. Moni ikääntynyt on yksinäinen. (THL. Ikääntyminen.) Ikääntyneiden palvelujen tarpeen määrittää toimintakyky, johon vaikuttavat erilaiset sosioekonomiset taustat, kuten koulutus, asuinpaikka ja terveys. Muistisairaudet ovat väestön ikääntymisen takia uusi kansantautimme, joka uhkaa monen iäkkään toimintakykyä. Riski sairastua muistisairauteen kasvaa 80 ikävuoden jälkeen. Tällä hetkellä muistisairaita arvioidaan olevan noin 190 000 ja määrä nousee väestön ikääntyessä jatkuvasti. Mitä vanhemmaksi ihminen elää, sen heikommaksi toimintakyky yleensä menee. Suomessa eli 1970 -luvulla vain noin 3000 yli 90 vuotiasta ihmistä, nyt heitä on noin 50 000 ja määrän arvioidaan kasvavan jopa 190 000:n vuonna 2065. (Terveyskylä. Ikäatalo.)

Yhteiskunnan tulee mukautua yhä enemmän ikääntyvän väestön tarpeisiin. Väestörakenteen muutos alkaa näkyä monissa elämän eri osa-alueissa. Palveluita suunnataan yhä enemmän ikääntyneille ja heistä tulee entistä vaikutusvaltaisempia ja merkittävämpiä yhteiskunnalle. Osa eläkeläisistä on myös pitkään työelämässä ja heidän merkityksensä vapaaehtoistyössä kasvaa. Kaikista aktiivisimmin äänestävät ovat yleensä iäkkäiden ryhmässä, joten tämän ikäryhmän kasvulla saattaa olla merkitystä myös poliittisiin päätöksiin. Kuntien tulee toteuttaa tietoista ikääntymispolitiikkaa sekä sitoutua päätöksentekoon kaikilla osa-alueilla. (Kuntaliitto 2017.) Kuntien päättäjäille on annettu Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Kuntaliiton laatima ”Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019”, jonka avulla kunnan päätöksentekijät

voivat kehittää ja arvioida antamiaankin ikääntyneiden palveluja. Suositusten toteutumista seurataan paikallisesti sekä valtakunnallisesti. (STM 2017.)

2.2 Kotihoito ja sen tulevaisuudennäkymät

Kotihoidolla tuetaan kotona selviytymistä. Kotihoidon ja kotipalvelun lainsäädännön valmistelusta, suunnittelusta ja ohjauksesta vastaa Sosiaali- ja terveysministeriö. Kotipalvelu perustuu sosiaalihuoltolakiin (L1301/2014), kun taas kotisairaanhoidon perustuu terveydenhuoltolakiin (L 1326/2010). Kunta voi yhdistää nämä palvelut, jolloin yhdistelmää kutsutaan kotihoidoksi. Kotihoitoa voivat saada vanhukset, vammaiset ja sairaat, sekä henkilöt, joiden toimintakyky on alentunut. Myös lapsiperheet voivat saada kotipalvelua lapsen hyvinvoinnin ollessa uhattuna. Kunta järjestää kotihoidon ja kotipalvelun alueellaan. Palveluja voi saada kotiin yleensä ympäri vuorokauden. Asiakkaalle tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma yhdessä hänen sekä hänen läheistensä kanssa. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa määritellään annettavat palvelut sekä se, onko kyseessä jatkuva vai tilapäinen asiakkuus. Hoito- ja palvelusuunnitelma määrittää myös asiakasmaksut. Hoitotarvikkeet sisältyvät palvelun hintaan sairauden ollessa pitkäaikainen. (Sosiaali- ja terveysministeriö. Kotihoito ja kotipalvelut.)

Säännöllisesti kotihoitoa saavia asiakkaita oli Suomessa marraskuussa 2018 yhteensä 73 563 henkilöä, joista 65 % oli naisia. Yli kolmannekselle asiakkaista tehtiin vähintään 60 käyntiä kuukaudessa. Tämä kertoo asiakasrakenteen muuttuneen haastavampaan suuntaan, koska paljon käyntejä tarvitsevien asiakkaiden määrä on noussut 11,7 %:a vuodesta 2010. Kotihoidossa on tulevaisuudessa enemmän vaativaa hoitoa tarvitsevia asiakkaita, joita ennen hoidettiin sairaalaolosuhteissa. (THL. Tilastot.)

Suomessa kotihoito on pääasiallisesti ollut kunnan tarjoamaa. Vuonna 2018 jopa 88% kotihoidon palveluista oli julkisen sektorin järjestämiä. Kuitenkin tulevaisuudessa yhä useampi saa palveluita yksityisen sektorin toimijoilta tai järjestöiltä. Osa kunnista myös ostaa tai on kokonaan ulkoistanut kotihoidon palvelunsa yksityiselle sektorille. Yksityisten palveluntuottajien määrä tulee kasvamaan, koska kunnilla ei ole tarpeeksi resursseja hoitaa kaikkia vanhuksiaan yksin. (Alastalo, Kehusmaa & Penttinen 2018.)

Etähoidon on tulevaisuudessa ajateltu kattavan osan kasvavasta kotihoidon tarpeesta. Vaikka etähoidosta keskustellaan paljon, sen määrä on vielä pientä. Vuonna 2018 etähoidokäyntejä oli vain 1 % kaikista kotihoidon käynneistä. (THL. Vanhuspalvelujen tila. Toimintayksikkökysely 2018.)

Teknologian kehittyminen tulee kuitenkin olemaan yksi ikääntyneiden hoitoa helpottava tekijä. On arvioitu, että sairaalassa olevien hoitajien työtehtävistä jopa 20 % voisi korvata roboteilla lähivuosien aikana. Myös kotihoidossa on jo käytössä erilaisia teknologisia ratkaisuja muun muassa lääkehoidossa, elintoimintojen seurannassa ja etävalvonnassa sekä -yhteydenpidossa. Kotihoidon avuksi tulevaisuuteen on kehitteillä kotiapurobotteja, jotka voivat valvoa asiakasta, muistuttaa lääkkeitä tai menoista, mitata elintoimintoja ja jopa tehdä pieniä askareita, esimerkiksi noukkia lattialle pudonneita tavaroita tai antaa lasillisen vettä. Toiminnallisuuden lisäksi ne voivat myös seurustella asiakkaan kanssa tekoälyn avulla. (Kangasniemi & Andersson 2016, 37, 44–45.)

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön johtama hallituksen kärkihanke ”Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa (I&O)” on toiminut vuosien 2015–2019 aikana. Hankkeen tavoitteena oli parantaa kotihoidon henkilöstön osaamista ja sen saamaa tukea työssään. Hankkeessa keskityttiin lisäämään asiakkaiden saamaa aikaa ja vähentämään asiakastyön päällekkäisyyksiä sekä kohdentamaan palveluja oikea-aikaisemmin niitä tarvitseville. Hallitus on linjannut, että kotona asumista tukevat palvelut ovat tulevaisuudessa ensisijaisia ja laitoshoidon tarjotaan vain heille, jotka eivät pärjää kotonaan edes suurimmalla mahdollisella tuella. I&O - kärkihankkeessa luotiin toimivan kotihoidon malli, jonka neljä periaatetta ovat palvelun saatavuus joka päivä kellon ympäri, henkilöstön osallistuminen oman työnsä ja kotihoidon kehittämiseen, kuntouttava toimintamalli ja toimiva akuuttitilanteiden hoito. Henkilöstön osallisuus oman työnsä suunnittelussa ja vastuu omasta tekemisestään katsotaan tärkeäksi tekijäksi toimivassa kotihoidossa. (Noro & Karppanen 2019.)

2.3 Lean -menetelmä

Lean -menetelmä on eräänlainen johtamisfilosofia, jossa erilaisten käsitteiden, periaatteiden ja työkalujen avulla tuotetaan suurin mahdollinen lisäarvo mahdollisimman pienillä

resursseilla ja hyödynnetään täysin työntekijöiden osaaminen ja taidot. Työ vakioidaan ja sitä pyritään kehittämään jatkuvasti ja systemaattisesti. Lean -menetelmän toimintatapaa noudattamalla aikaansaadaan Lean -toimintajärjestelmä. Lean tekee toiminnan vakioiduksi, jolloin sitä voidaan mitata, kehittää ja arvioida. Lean on alun perin Toyota -autotehtaan kehittämä malli, jota on käytetty onnistuneesti myös monilla muilla toimialoilla. Terveysthuoltoon Lean -menetelmä on tullut parikymmentä vuotta sitten. Yhdysvalloissa jo sadat sairaalat ja muut terveydenhuollonyksiköt toimivat Lean -menetelmän mukaisesti. Suomessa Lean -menetelmää on kokeiltu onnistuneesti HUS:n eri toimialoilla. Tulokset ovat olleet lupaavia, tehokkuutta on pystytty parantamaan ja kustannussäästöjä on syntynyt. (Mäkijärvi 2013.) Lean -menetelmää suomalaisessa terveydenhuollossa on tutkittu vielä hyvin vähän ja menetelmän hyödyntäminen on Suomessa vasta alussa. (Hihnala ym. 2018, 7; Jorma ym. 2016; Mäkijärvi 2013). Lean -menetelmän katsotaan kuitenkin antavan hyviä mahdollisuuksia suomalaisen terveydenhuollon kehittämiseen, erityisesti johtamisen osa-alueella. (Hihnala 2018, 58).

Kukin terveydenhuoltoyksikkö on erilainen ja sen tarvitsemat Lean -mallin mukaiset työkalut vaihtelevat. Toiminta aloitetaan määrittelemällä kenelle, mitä ja miten palveluita tuotetaan. Asiakas on toiminnan keskipisteessä ja tuotettavan palvelun arvo määritellään asiakkaan näkökulmasta. Mitä asiakas haluaa palvelulta, mitä hän on valmis maksamaan ja mitä hän pitää turhana. Tämän jälkeen yksikössä tehdään asiakkaan hoitopolusta arvovirtakuvaus. Sen avulla nähdään nykyinen toiminta ja kehittämiskohteet. Arvovirrasta tunnistetaan asiakkaalle lisäarvoa tuovat toiminnot sekä arvoa tuottamattomat toiminnot eli hukat, jotka pyritään poistamaan. Leanissa kysyntä on jaettu kahteen eri muotoon; asiakkaasta lähtevään eli ulkoiseen palvelupyyntöön ja sisäiseen, organisaatiosta lähtevään palvelutapahtumaan. Erityisesti turhiin sisäisiin palvelutapahtumiin voi vaikuttaa hyvällä suunnitellulla. Asiakaskysyntä vaihtelee, jolloin toimintaa tasoitetaan ja jaksotetaan järkevämmäksi. Ruuhkahuiput poistetaan ja henkilökunnan koko ammattitaito otetaan käyttöön mahdollisimman laaja-alaisesti. Asiakaskysyntää, jolloin palveluita on tuotettava, kutsutaan Lean -menetelmässä tahtiajaksi. Rytmittämällä kaikki hoitopolun vaiheet, tuotetaan hoitoa, jota asiakas tarvitsee. Hoito on oikea-aikaista ja asiakas saa sitä ilman turhaa odottamista. Hoidon tulee virrata pysähtymättä arvovirrassa. Tämä toteutetaan suunnittelemalla toiminta asiakaskysynnän perusteella sekä luomalla erilaisia hoito- ja palvelupolkuja. Palveluiden tai hoidon tuottamista todellisen tarpeen mukaan kutsutaan

imuohjaukseksi. Terveysthuollossa tämä tarkoittaa jonoutumisen välttämistä ja niistä eroon pääsemistä. (Perttunen, Korhonen, Jokela & Korte 2018.)



KUVIO 1. Lean -talo (mukaillen Perttunen ym. 2018).

Lean -ajattelua kuvataan usein talon avulla. Katon muodostaa asiakas ja keskellä taloa on osaava henkilökunta, joilla on yhteinen näkemys ja pyrkimys täydellisyyteen. Pilarit muodostuvat oikea-aikaisesta toiminnasta ja virheiden estämisestä. Talon perustuksissa on jatkuva parantaminen, yhtenevät toimintatavat ja tasoitettu sekä jaksotettu toiminta.

Kun arvovirtakuvauksessa ilmenneet ongelmakohdat ovat selvillä, luodaan kuva tavoitetilasta, johon pyritään. Aluksi valitaan vastuuhenkilöt, luodaan aikataulut ja priorisoidaan tärkeimmät kehityshankkeet. Sitten henkilökunta luo yhdessä tavoitteet, jotka vastaavat strategian tavoitteita, ja lisäksi päätetään mittarit tavoitteille. Systemaattinen ongelmanratkaisu tehdään päivittäisen johtamisen avulla. Toimintaa johdetaan päivittäin vakioituja työnkulkua ja prosesseja käyttäen. Näitä ovat yleensä palaverit sekä visuaaliset taulut, joita on tyypillisesti kolme; mittaritaulu, resurssitaulu ja kehittämistaulu. Mittaritaulun avulla seurataan päivittäisten tavoitteiden toteutumista. Resurssitaululla näkyvät esimerkiksi henkilökunnan määrä ja nimet, sekä potilaat ja heidän tärkeät tietonsa. Kehittämistaulun avulla seurataan kehittämisideoita ja ongelmanratkaisun etenemistä. Palaverit ovat lyhyitä, yleensä ennen vuoroa ja vuoron vaihtuessa tapahtuvia henkilökunnan kokoontumisia, joissa varmistetaan kunkin päivän työtehtävät ja tavoitteet sekä vuorossa

tapahtuvat mahdolliset poikkeamat. Työtä arvioidaan ja parannetaan mittareiden avulla päivittäin. Vastuu toiminnan kehittamisestä on jokaisella työntekijällä. Ongelmia etsitään ja niiden avulla toiminnan laatua ja tehokkuutta sekä potilas- ja työturvallisuutta voidaan kehittää. Toiminnan parantaminen on jatkuvaa. (Perttunen, Korhonen, Jokela & Korte 2018.)

2.4 Työn organisointi kotihoidossa

Työ on hyvin organisoitua, kun tehtävät on jaettu oikein ja oikeudenmukaisesti, jokainen pystyy kehittymään ja kehittämään työtään ja työ sujuu hyvin. Lisäksi työntekijöiden osaamista hyödynnetään ja omaan työhön saa vaikuttaa. Myös poikkeustilanteet on otettu huomioon esimerkiksi sijaisjärjestelyjen avulla. Kun työ on hyvin organisoitua, työntekijät viihtyvät ja myös pysyvät työssään. (Talentia.)

Kotihoidossa työ jaetaan perinteisesti tasan kaikkien vuorossa olevien hoitajien kesken niin, että jokaisella on aikamääräisesti saman verran asiakastyötä. Palvelu- ja hoitosuunnitelma määrittää kunkin asiakaskäynnin keston, joten hoitajan listassa voi olla käyntien keston mukaan joko hyvin monta lyhyttä käyntiä, muutama pitkä käynti tai näitä vaihtelevasti. Kotihoitotyö on yleensä hyvin aamupainotteista, koska asiakkaiden tarpeet ovat perushoidollisia, eli aamutoimissa avustamista, ravitsemuksesta huolehtimista, lääkkeiden antoa tai tukisidosten laittoa. On kuitenkin paljon käyntejä, joita ei olisi välttämätöntä tehdä heti aamusta. Myös vanhusten vuorokausirytmii vaihtelee, ja monet nukkuisivat mielellään hieman pidempään, jolloin kotihoidon käynti voisi vastaavasti sijoittua myöhemmäksi. (Groop 2014, 28–30.)

Työn organisointia ja työhyvinvointia kotihoidossa tutkineiden Haapakorven ja Haapolan (2008, 92–96) tutkimustuloksista ilmeni, että tuloksellisuus ja tehokkuus kotihoidossa paranee, kun työn organisointi toteutetaan hyvin. Se vaatii työnjaon onnistunutta koordinaatiota, ammattiosaamisen kohdentamista ja laadukasta johtamista. Työhyvinvointia ylläpidetään toimivilla työmenetelmillä sekä työn sopivalla mitoituksella ja vaativuudella. Kotihoidossa työn organisointi on monimutkaista, koska lainsäädäntö, kunta ja sen poliittisessa päätöksenteossa antamat resurssit, kunnan palvelujärjestelmässä oleva asema, kotihoidon sisäinen organisaatio sekä erilaiset työjärjestelyt vaikuttavat kaikki

kotihoidossa tehtävään työhön. Lisäksi rekrytointiongelmat vaikuttavat kotihoidon resursointiin ja sitä kautta työn organisointiin työyhteisötasolla. Erityisesti kotihoidossa henkilöstön resursointi on haastava asia, koska asiakkaiden määrä tai päivittäiset tarpeet eivät yleensä jousta. Vaihtoehdoksi jää työntekijöiden joustaminen. Tässä tiimillä ja sen ryhmädynamiikalla on suuri merkitys. Hyvä tiimityö rakennetaan johtamisella, joka antaa tiimille konkreettisen työjärjestelmän sekä tiimin jäsenten omalla toiminnalla ja vuorovaikutteisilla keskinäisillä väleillä.

Väestörakenteen muuttuessa työvoiman väheneminen luo paineita hoitoalalle, koska muutkin alat tarvitsevat työntekijöitä (STM 2017). Kotihoito on jo nyt valtava työllistäjä ja alalla työskentelee kolmasosa ikääntyneiden palvelujen hoitohenkilökunnasta (Noro 2014). Hoitoalan työpaikoista suurin tarve on juuri vanhustyössä ja erityisesti alati kasvavalla kotihoidon sektorilla. Arviolta 60 000 uutta työpaikkaa on avautumassa alalle vuoteen 2023 mennessä, samalla kun noin 60 % vanhustyöntekijöistä jää eläkkeelle. (STM 2013.) Koska on epätodennäköistä, että kotihoidon työvoimaa voisi kasvattaa kysyntään nähden tarpeeksi, on keksittävä muita ratkaisuja työvoimaa lisäämättä. Johan Groop (2014) on tehnyt väitöstudkimuksen kotihoidon tuottavuutta rajoittavista tekijöistä. Hänen mukaansa kotihoidossa voidaan nähdä kaksi ratkaistavissa olevaa ilmiötä, joista kotihoidon nykyiset haasteet johtuvat. Toinen on palveluntuotannon epätasainen jakautuminen eli ruuhkahuiput ja toinen hoitajien epätasainen jakautuminen alueiden ja tiimien kesken. Ruuhkahuippu on kotihoidossa aamun tunteina, jolloin suurin osa asiakaskäynneistä tapahtuu. Ruuhkahuipussa on kuitenkin sellaisiakin käyntejä, jotka voisi hyvin siirtää esimerkiksi iltapäivään. Tätä Groop kutsuu palvelutuotannon tasaamiseksi. Tasaamalla palveluja pitkin päivää, eli organisoimalla työtä paremmin, tarvitaan vähemmän työntekijöitä. (Groop 2014, 11–21.) Tällaista mallia on jo hyödynnetty esimerkiksi Helsingin kaupungilla, jossa on otettu käyttöön Voima -hanke joissain kotihoidon tiimeissä. Voima -hankkeessa työpäivän pituutta lisättiin 9 tuntiin, jolloin vapaapäiviä tuli yhteen työvuorolistaan enemmän. Töissä oltiin yleensä 3–4 päivää ja vapailla 2–3 päivää ja yhden päivän vapaista luovuttiin kokonaan. Lisäksi työtä tasattiin pitkin päivää, esimerkiksi suihkutukset laitettiin iltapäivään. Kokemukset mallista ovat olleet hyviä. (Kristensen & Peiponen 2016, 23–24.) Toinen Groopin väitöskirjassa esiin tullut dilemma oli hoitajien väärä määrä, väärässä paikassa, väärään aikaan. Kotihoidossa mitataan yleisesti välitöntä työaika, eli asiakkaan luona tapahtuvaa työtä. Sen avulla nähdään, kuinka suuri osa työajasta vietetään asiakkaan luona. Kaikki muu aika lasketaan välilliseksi työajaksi, johon

kuuluu muun muassa siirtymät asiakkaalta toiselle ja erilaiset puhelut sekä paperityöt. Esimerkiksi Helsingissä välittömän työajan osuuden pyritään olevan lähihoitajilla 40–60 % ja sairaan- ja terveydenhoitajilla 20–40 % työajasta (Kristensen & Peiponen 2016, 23). Kuormitus eli välittömän työajan määrä vaihtelee suuresti eri alueiden kesken. Joillain alueilla välitöntä työaikaa on vain 30 % päivästä, silti henkilökunnalta kysyttäessä työ koettiin yhtä raskaaksi, kuin alueilla, joissa välittömän työajan osuus on 60 %. Kun välillistä työtä on tottunut tekemään työvuorosta esimerkiksi kolme tuntia, sen tekeminen nopeammin tuntuu mahdottomalta, vaikka se olisikin mahdollista. Groop (2014) uskoo tämän johtuvan tottumuksesta ja joidenkin alueiden vanhanaikaisista toimintatavoista. Esimerkiksi kirjaamisen pitäisi nykyään tapahtua asiakkaan luona, mutta jotkut työntekijät kirjaavat edelleen toimistolla, jolloin välitön työaika tilastoissa lyhenee ja välillinen kasvaa. Myös asiakkaiden tarve vaihtelee päiväkohtaisesti ja juuri siksi hoitajien mitoitusta tulisi tarkastella kriittisesti ja siirtää hoitajia sinne, missä heitä eniten tarvitaan. Ratkaisuna olisi siirtää hoitajien vakansseja resurssipooliin, josta hoitajia saisi paikkaamaan mahdollista lisätarvetta ruuhkaisiin päiviin. Vakituksille työntekijöille laitettaisiin välitöntä työaikaa ainakin 60 % ja työtä jaettaisiin tasaisemmin pitkin päivää, ei pelkkiin aamun tunteihin. (Groop 2014, 23–38.)

2.5 Työssä jaksaminen kotihoidossa

Kotihoidossa oli vuonna 2014 lähes 17 000 vakanssia, joista oli lähi- ja perushoitajia 68 %, sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia 12 % sekä kodinhoitajia ja kotiavustajia noin 10 % (Noro ym. 2015). Näiden ammattiryhmien lisäksi kotihoidossa työskentelee kotihoiton ohjaajia, jotka toimivat hoitohenkilökunnan esimiehinä. Kotihoidossa työskentelee myös lääkäreitä, fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja ja sosiaalityöntekijöitä. (Helsingin kaupunki 2017.)

Kotihoidon henkilöstön työssä jaksaminen on huonontunut. Kunta 10 -tutkimuksen mukaan kotihoidon työntekijät kokevat asiakkaiden hoidon laadun olevan heikompaa ja työn kuormittavampaa kuin palveluasumisen tai laitoshoidon työntekijät. Puolet kotihoidon työntekijöistä kokevat, ettei työtä ehdi tehdä kunnolla. Lisäksi työtä joutuu ottamaan vastaan ilman riittäviä resursseja. Sairauspoissaolojen määrä on kasvanut kotihoidon henkilöstöllä vuodesta 2015 ja he tarvitsisivat erityistä tukea työssä jaksamiseen sekä työkyvyn

ylläpitämiseen. (Kunta 10 tutkimus. Sairauspoissaolot kunnissa.) Henkilökunnan työtyytyväisyydellä on todettu olevan vaikutusta hoidon laatuun (Suhonen, Stolt, Gustafsson, Katajisto & Puro 2012).

Vaikka asiakasmäärä kotihoidossa on kasvanut, henkilöstön määrä on suhteessa vähentynyt. Työn kuormitusta onkin viime vuosina kritisoitu voimakkaasti. Koihoitotyössä positiivisena, työhyvinvointia vahvistavana asiana pidetään työn itsenäisyyttä sekä mahdollisuutta käyttää omia kykyjään monipuolisesti. Kun työntekijä saa itse vaikuttaa työhönsä ja organisoida sitä, työn kuormitusta on helpompi kestää ja stressi sekä rasitusoireet vähenevät. Yksintyöskentelyn käänköpuolena on kuitenkin myös liiallinen vastuu ja tuen puuttuminen. Työssä jaksamiseen sekä työmotivaatioon ja sitä kautta sairauspoissaoloihin sekä työn laatuun vaikuttaa oikeudenmukainen johtaminen. Kotihoidon työntekijät ovat pääosan työajastaan asiakkaiden luona, jolloin johtaminen on haasteellisempaa verrattuna yksiköihin, joissa johtaja ja työntekijät ovat koko ajan läsnä. Myös teknologia on tärkeä osa kotihoidossa tehtävää työtä. Tietotekniikkaan liittyvää rasitusta kotihoidossa koetaan eniten verrattuna muihin yksiköihin. Jos tekniset yhteydet eivät toimi, osoite-, ja potilastietojen lukeminen sekä kirjaaminen mobiililaitteilta estyy, jolloin työtä voi olla mahdotonta tehdä. Tällaisen esteen sattuessa koko päivän aikataulu romuttuu ja se aiheuttaa stressiä. Kotihoidon työprosesseihin sekä henkilöstön hyvinvointiin tulee kiinnittää huomiota, jotta tämä huono kehitys saadaan pysäytettyä. (Vehko, Sinervo & Josefsson 2017.)

Kotihoidon vetovoimaa tulisi lisätä, jotta uusia työntekijöitä saadaan alalle, eivätkä jo siellä olevat lähde pois tai vaihda kokonaan alaa. Ikäihmisten hoito ei houkuta valmistuvia hoitajia. (Suhonen ym. 2012.) Mervi Flinkman (2014) tutki väitöksessään nuorten sairaanhoitajien työtyytyväisyyttä ja tutkimuksessa selvisi, että jopa joka kolmas vastaaja mietti uranvaihtoa. Tämä on huolestuttavaa, koska sairaanhoitajista on jo nyt pulaa niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin. Flinkmanin mukaan erityisesti korkeakoulutettuja hoitajia tarvitaan aiempaa enemmän, koska osa lääkäreiden tehtävistä on siirtynyt hoitajille ja laajentanut työnkuvaa. Sairaanhoitajien uranvaihtohalukkuutta voitaisiin vähentää hyvällä perehdytyksellä, esimiehen tuella ja mielenkiintoisilla urakehitysmahdollisuuksilla. Lisäksi työn kuormituksen vähentämiseen, työssä koettuun uupumiseen ja työn sekä perhe-elämän yhdistämiseen tulisi löytää keinoja.

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

3.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Haagan kotihoidon Lassila -tiimin työntekijöiden kokemuksia Lean -menetelmästä ja sen vaikutuksesta työhön sekä työssä jaksamiseen. Lisäksi selvitettiin, mitkä asiat auttaisivat jaksamaan kotihoitotyössä paremmin. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa, jolla voidaan arvioida ja kehittää Lean -menetelmän käyttöä kotihoidossa sekä tukea tiimin työssä jaksamista. Lisäksi haluttiin tietää, suosittelisivatko haastateltavat Lean -menetelmää muille kotihoidon tiimeille.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten Lean -menetelmän koetaan vaikuttaneen kotihoidossa tehtävään työhön?
2. Miten Lean -menetelmän koetaan vaikuttaneen työssä jaksamiseen kotihoidossa?
3. Mitkä asiat auttavat kotihoidon työntekijöitä jaksamaan työssä paremmin?

3.2 Tutkimusympäristö ja kohdejoukko

Helsingin kotihoito kuuluu Helsingin sosiaali- ja terveystoimialaan, Sairaala-, kuntoutus, ja hoivapalveluiden ryhmään. Helsingin kaupunki tarjoaa kotihoitoa aikuisille, jotka eivät itse selviä päivittäistoimistaan. Kotihoidon asiakkaat voivat saada myös sairaan- ja terveydenhoidollisia palveluita kotiinsa, jos eivät kykene hakeutumaan niihin itse. Kotihoidon asiakkaaksi hakeudutaan Helsingissä Seniori-infon kautta. Sieltä tehdään asiakkaalle arviointikäynti kotiin, jossa kartoitetaan asiakkaan elämäntilannetta ja mietitään yhdessä palveluntarvetta. Jos asiakkaan katsotaan hyötyvän kotihoidon palveluista, hänet ohjataan oman palvelualueensa asiakkaaksi. Kaikille asiakkaille tehdään palvelu- ja hoitosuunnitelma, jossa sovitaan annettavista palveluista ja tätä suunnitelmaa päivitetään aina palvelutarpeen muuttuessa. Asiakkaan kanssa tehdään myös liikkumissopimus, jossa sovitaan

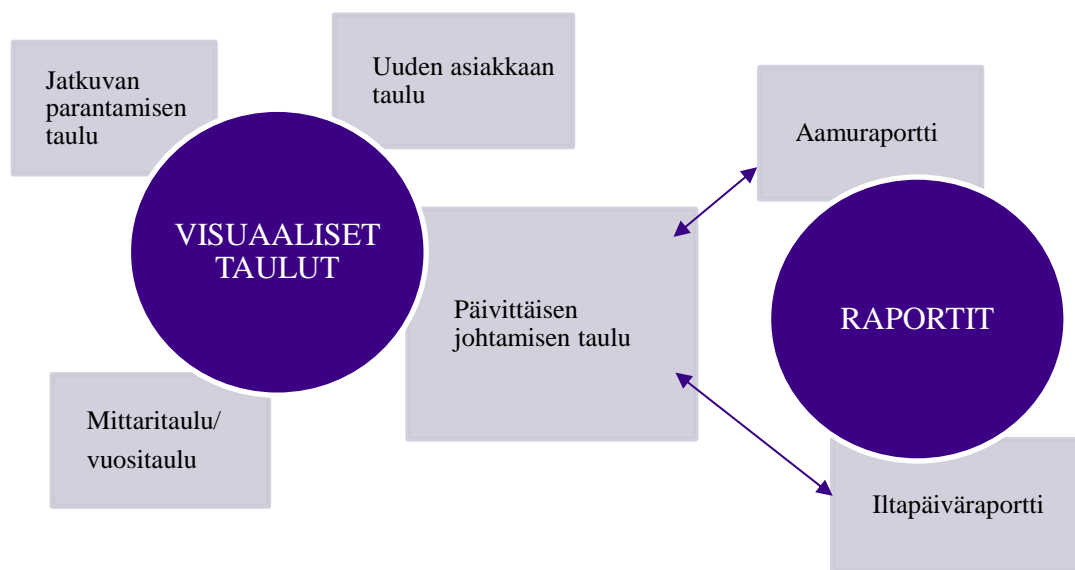
yhteisesti asiakkaan toimintakyvyn ylläpidosta. Lisäksi kotihoidon kautta voi hankkia erilaisia tukipalveluita, kuten ateria- ja kauppapalveluja. (Stadin Seniori-info.)

Helsingin kotihoito on jaettu kahdeksaan eri palvelualueeseen, jotka jakautuvat 70 lähipalvelualueeksi, joissa kussakin on 2-3 tiimiä. Tiimissä on yksi ohjaaja, muutama sairaan- tai terveydenhoitaja sekä useampi lähihoitaja tai kotiavustaja sekä yksi tai kaksi työnjakajaa. Kotihoidossa on myös 39 lääkäriä. (Stadin Seniori-info.) Helsingin kotihoidossa työskentelee yli 1700 henkilöä. Vuosittain asiakkaita on yhteensä noin 20 000, joista melkein 8000 on vakituisia asiakkaita. Kotikäyntejä kertyy vuosittain yli 3 miljoonaa. Helsingin kaupungin kotihoidossa käytetään Pegasos -potilastietojärjestelmää ja kotihoidolle erikseen suunniteltua PegasosMukana -ohjelmaa. PegasosMukana -ohjelma on ladattu hoitajan älypuhelimien, ja sen avulla hoitaja kirjautuu asiakkaan luokse, näkee asiakkaan luona tehtävät työt ja käyntiin mitoitettun ajan. Ohjelmasta näkee myös asiakkaan hoitosuunnitelman, sekä lääkitys- ja riskitiedot. Lisäksi se toimii työajanseurausjärjestelmänä. (Helsingin kaupunki.)

Haaga 4 -kotihoito on yksi seitsemästä lähipalvelualueesta, jotka kuuluvat Läntiseen kotihoitoyksikköön. Haaga 4:ssä työskentelee kotihoidon ohjaaja, 4 sairaan- tai terveydenhoitajaa, sekä parikymmentä lähihoitajaa. Lähipalvelualue on jaettu sairaan- ja terveydenhoitajien alueiden mukaan pienempiin tiimeihin. Tiimien asiakkaille on nimetty oma vastuuhoitaja.

Lean- menetelmän käyttö aloitettiin Haagan kotihoidossa keväällä 2017 työympäristön järjestelmällisellä selkeämmäksi 5S -menetelmän avulla, joka on yksi Leanin työkaluista. Työtä ja vastuita selkeytettiin erilaisten visuaalisten taulujen avulla. Käyttöön tulivat päivittäisen johtamisen taulu, uuden asiakkaan taulu, vuositaulu ja jatkuvan parantamisen taulu. Uuden asiakkaan tullessa, hänet sijoitetaan uuden asiakkaan tauluun, jossa on koko asiakkaaksi tulon prosessi erilaisine arvioineen ja suunnitelmineen. Taulusta on hyvä tarkistaa missä vaiheessa asiakkaaksi tulon prosessi on ja kuka sen sujumisesta on vastuussa. Päivittäisen johtamisen taulun avulla kaikki näkevät kuluvalle viikolle ja päivälle suunnitellut asiat, esim. otettavat laboratoriokokeet, päivätoimintaan menijät, kauppatilaukset, sairaalakäynnit ja kaikki asiakkaiden päivittäiseen toimintaan ja aikataulutukseen vaikuttavat toiminnot. Taulussa ovat näkyvillä myös asiakkaat, jotka ovat sairaalassa tai lyhytaikaisjaksolla jossain toisessa laitoksessa. Taulun avulla toimintoja on helppo delegoida

ja suunnitella. Vuositaulu taas näyttää vuoden tavoitteet ja niitä seuraamaan asetetut mittarit. Jatkuvan parantamisen tauluun voi tuoda kehitysideoita. Tiimin ongelmanratkaisutaitoja pyrittiin lisäämään, jotta se pystyisi tehdä itsenäisemmin ratkaisuja ilman esimiestä. Lean -ajattelussa esimiehen on tarkoitus olla valmentava johtaja ja kannustaa työntekijöitä kehittämään ongelmanratkaisutaitojaan. Lisäksi käyttöön otettiin päivittäiset aamu- ja iltapäiväraportit, joissa apuna käytetään päivittäisen johtamisen taulua. Aamuraportilla jaetaan päivän työt ja iltapäiväraportilla katsotaan, että työt ovat varmasti tulleet tehdyksi. Näin selkeytetään päivän toimintaa ja tehdään se kaikille näkyväksi. (Koski 2018).



KUVIO 1. Lean -menetelmän käyttötavat kotihoidon tiimissä

Lean -menetelmää oli käytetty Haagan kotihoidossa ennen tämän opinnäytetyön tekoa yli kahden vuoden ajan ja Leanin vaikutuksia oli seurattu erilaisilla mittareilla, joiden tulokset näyttivät lupaavilta. Tiimin ohjaaja sekä kotihoidon päällikkö halusivat tietää, miten henkilökunta on kokenut Lean -menetelmän käytön työssään ja miten menetelmän käyttöä voitaisiin vielä parantaa. Asiaa päätettiin selvittää. Tapasin Haagan kotihoidon ohjaajan rekrytointitilaisuudessa tammikuussa 2019 ja kiinnostuin Leanin käytöstä. Kerroin, että voisin tehdä aiheesta opinnäytetyön ja näin tämä opinnäytetyöprosessi sai alkunsa. Samalla sovin tekevänä tiimissä sairaanhoitajan sijaisuuden.

TAULUKKO 1. Haaga 4 kotihoidon Lean -mittareiden tuloksia

Mittari	Muutos 2017-2018
Lyhyet sairauspoissaolot (1-3 pvä)	- 20%
RAI-arviointien tekeminen (tavoite 75 %)	16,8 % -> 74,7 %
Liikkumissopimukset (tavoite 70 %)	29,8 % -> 61,9 %
Asiakkaiden luona vietetty aika (tavoite 60%)	52,2 % (pysynyt ennallaan)
Työvuoron alun aikaviive (tavoite 49 min)	ka 66 min -> ka 51 min

Haagassa oli mitattu Lean -menetelmän vaikutuksia erilaisilla mittareilla ja huomattu monia positiivisia muutoksia. Lyhyet poissaolot olivat vähentyneet viidenneksellä ja RAI -arviointien sekä liikkumissopimusten teko oli lähes tavoitteissa.

3.3 Tutkimusmenetelmät

Tutkimustyypiksi valittiin kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, koska sen katsottiin sopivan parhaiten kokemukseräisen tiedon keräämiseen. Laadullisessa tutkimuksessa henkilöt saavat vapaamuotoisesti kertoa kokemuksistaan ja mielipiteistään (Tilastokeskus. Käsitteet). Tapaustutkimuksessa (case study research) valitaan tietty kohde, esimerkiksi työpaikan tietty ryhmä, jonka kokemuksia tietystä teemasta tutkitaan. Tapaustutkimuksessa tutkitaan rajattua kokonaisuutta, miten ja miksi -kysymysten avulla. Tapaustutkimuksen pohjalta ei voi esittää yleistyksiä, mutta sen tuloksien avulla voidaan kehittää toimintaa tai käyttää tuloksia apuna suunniteltaessa laajempaa tutkimusta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tiedonkeruumenetelmäksi valikoitui haastattelu, koska sen avulla ajateltiin saavan monipuolisemmin tietoa, kuin esimerkiksi kyselylomakkeen avulla. Haastattelu on perinteinen laadullisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tutkimustulokset päätettiin analysoida aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

3.4 Aineiston keruu

Haastattelun etuna on joustavuus sekä suora kontakti haastateltavaan, jolloin tiedonhankintaa voi suunnata paremmin. Haastattelussa teemoja voi kysellä syvemmin ja haastateltavalta voi selventää asioita tarkemmin. (Hirsjärvi & Hurme 2015, 34–35.) Tutkimushaastattelun tekijän tarkoituksena on välittää haastateltavan kokemuksia ja ajatuksia tutkittavasta aiheesta. Tutkimushaastatteluja on eri lajeja ja ne eroavat toisistaan haastattelun kysymysten jäsenyntyneisyyden ja muotoilujen osalta. Puolistrukturoitu eli teemahaastattelu on yksi tutkimushaastattelun laji. Se eroaa muista, yksityiskohtaisemmista haastattelulajeista, teemoittain tapahtuvien kysymyksin. Teemahaastattelu vapauttaa haastattelutilanteen ja tuo tutkittavan äänen paremmin kuuluviin. (Hirsjärvi & Hurme 2015, 41, 43, 47.) Tutkimushaastattelun lajiksi valittiin teemahaastattelu, koska liian yksityiskohtaiset, suljetut kysymykset, olisivat voineet kaventaa tutkimustuloksia ja vähentää haastateltavilta saatavaa tietoa.

Tutkimushaastattelua tehdessä on otettava huomioon eettiset seikat. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK 2019) eettisten periaatteiden mukaan tulee kunnioittaa tutkittavan itsemääräämisoikeutta, välttää vahingoittamista sekä kunnioittaa yksityisyyttä ja tietosuoja. Haastattelujen suunnittelussa, valmistelussa, teossa ja analysoinnissa otettiin jatkuvasti huomioon nämä eettiset periaatteet, jotta haastateltavien yksityisyys säilyi. Tietosuojaan kiinnitettiin erityistä huomiota koko prosessin ajan.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineiston ei tarvitse olla suuri, koska yleensä pyritään ymmärtämään jotain ilmiötä, eikä etsimään tilastollisia yhteyksiä. Tutkimusaineiston määrä riippuu tutkimuksen laajuudesta, opinnäytetyössä määrä ei voi olla yhtä suuri kuin laajemmassa tutkimushankkeessa. Aineiston tulee kuitenkin olla riittävä suhteessa tutkimuksessa esitettyihin käsitteisiin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Haastateltavien määrä päätettiin yhdessä tiimin kotihoidon ohjaajan kanssa. Tutkimukseen päädyttiin valitsemaan kymmenen työntekijää, jotta saataisiin tarpeeksi laaja tutkimusaineisto.

Haastateltavat valittiin kesäkuussa 2019 pidetyssä tiimipalaverissa arpomalla. Työntekijät olivat koulutukseltaan joko lähi-, sairaan- tai terveydenhoitajia. Haastateltavien tuli olla ollut tiimissä töissä jo ennen Lean -menetelmän käyttöönottoa, eli vuotta 2017, jotta he pystyvät vertailemaan kokemustaan työstään ennen Lean -menetelmää. Haastattelut

äänitettiin kännykän äänitallenne -toiminnon avulla ja siirrettiin tutkijan tietokoneelle. Tallenteet hävitettiin litteroinnin jälkeen poistamalla tiedostot kännykästä ja tietokoneelta. Haastattelut tapahtuivat kesän 2019 heinä- elokuun aikana työpäivien lomassa. Tein itse tiimissä sairaanhoitajan sijaisuutta, joten haastatteluja pystyi sopimaan luontevasti työpäivien aikana. En kuitenkaan tuntenut haastateltavia entuudestaan, vaikkakin toki tutustuin sijaisuuden aikana haastateltaviin hieman paremmin. Kotihoitotyö on itsenäistä ja osin yksinäistäkin työtä, joten varsinaisia haastatteluja mahdollisesti haittaavia ystävyys-suhteita ei ehtinyt muodostua, vaan välit haastateltaviin pysyivät ystävällisen muodollisina. Kokemukseni tiimissä työskentelystä oli haastatteluissa hyväksi, koska haastateltavien vastauksia pystyi tulkitsemaan ja ymmärtämään helpommin, kun puhuttiin yhteisestä, molempien tiedossa olevasta asiasta tai toimintatavasta, jota olisi ollut vaikea ymmärtää ulkopuolisena.

Ennen haastatteluja haastateltaville annettiin saatekirje, sopimus ja haastattelurunko (liitteet 1,2 ja 3). Jotkut halusivat lukea haastattelurungon ennen haastattelua ja jotkut halusivat vain suoraan tulla haastateltaviksi.

Aluksi kerroin haastattelun kulusta, haastattelun nauhoituksesta ja luottamuksellisuudesta. Lisäksi varmistin, että haastateltava on lukenut ja ymmärtänyt suostumuksen haastatteluun osallistumisesta ja allekirjoittanut sen. Suostumuksia allekirjoitettiin aina kaksi kappaletta, joista toinen jäi minulle ja toinen haastateltavalle.

Haastattelut alkoivat kertaamalla kolme teemaa, joita haastattelun aikana tultaisiin käsittelemään. Teemat olivat Lean -menetelmän vaikutukset työhön, Lean -menetelmän vaikutukset työssä jaksamiseen sekä ongelmat ja kehitysehdotukset. Haastattelurunko toimi haastattelutilanteissa keskustelun ohjaajana ja eräänlaisena muistilistana. Haastattelut olivat hyvin vapaamuotoisia ja kerronnallisia. Joidenkin kohdalla mentiin täysin haastattelurungon järjestyksen mukaan. Suurin osa haastateltavista kuitenkin kertoi haastattelun aiheista laveasti, jolloin monet teemat tuli jo käsiteltyä, ja haastattelurunko toimi lähinnä keskustelun avaajana. Pidin kuitenkin tutkijana huolen siitä, että kaikki teemat ja niiden osa-alueet tulivat käsiteltyä. Haastatteluiden ilmapiiri oli rento ja haastateltavat kertoivat hyvin avoimesti omista kokemuksistaan, joten tutkijaan tunnuttiin luotettavan. Haastattelut olivat pituudeltaan 20–45 minuuttia. Suurin osa haastatteluista sujui ilman

keskeytyksiä, kaksi haastattelua jouduttiin keskeyttämään hetkeksi puhelun ja muun työasian takia. Tämä ei kuitenkaan vaikuttanut haastateltaviin häiritsevästi.

3.5 Tutkimusaineiston analysointi

Haastattelujen analysointiprosessi aloitetaan yleensä litteroimalla eli kirjoittamalla tekstiksi. Litteroitu tutkimusaineisto ei sisällä tutkittavien tunnistetietoja. Saatu tutkimustieto analysoidaan induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Ensin määritetään analyysiyksikkö, esimerkiksi sana tai lause. Sitten edetään kolmevaiheisen prosessin kautta, jotka ovat aineiston redusointi eli pelkistäminen, klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Käsitteitä yhdistellään sekä analysoidaan ja näin pyritään saamaan vastaus tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajarvi 2018, 91–94.)

Haastattelut pyrin litteroimaan pian niiden tapahduttua. Käytännössä kaikki haastattelut kuitenkin litterointiin syys- lokakuun aikana opiskelukiireitteni takia. Haastattelumateriaalia kertyi \approx 240 minuuttia, ja se litterointiin sanatarkasti käyttäen verkossa toimivaa litterointiohjelmaa. Litteroitua tekstiä kertyi 55 sivua A4 -kokoiselle arkille fontilla 12 ja rivivälillä 1,5. Aineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tutkimuskysymykset ohjasivat analyysia. Litteroitu materiaali tulostettiin ja ensin aineistosta yliviiivattiin kaikki haastattelurungon teemoihin liittyvät kohdat, eli alkuperäisilmaukset, eri värisillä yliviiivaustusseilla. Tämän jälkeen sähköisestä aineistoista siirrettiin nämä kohdat kopiointi -toimintoa käyttäen uuteen tiedostoon, jolle annettiin nimi litteroinnin pääkohdat. Tätä aineistoa lähdettiin pelkistämään ja pelkistetyt ilmaukset jaettiin alaluokkiin eli teemoihin, jotka tulivat usein esiin tutkimusaineistosta.

Alaluokille luotiin kolme niitä kuvaavaa yläluokkaa; työn sisältöön liittyvät tekijät, työyhteisöön liittyvät tekijät ja asiakkaisiin liittyvät tekijät. Näistä voitiin tutkimustuloksia jaotella pääluokkiin, joita yhdisti kategoria Lean kotihoidossa.

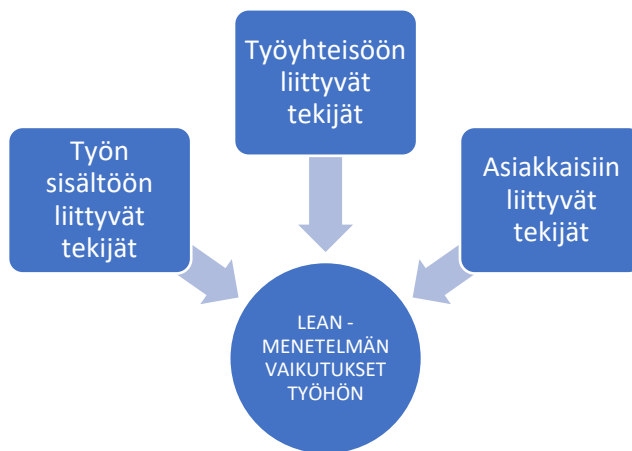
TAULUKKO 2. Esimerkki aineiston luokittelusta

ALKUPERÄISILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ KATEGORIA
"ei ehkä jäänyt tekemättä tiettyjä asioita mitä aiemmin saattoi jäädä"	Asiat tulevat tehdyiksi	Työn hallinta ja ennakointi	Työn sisältöön liittyvät tekijät	Lean- menetelmän vaikutukset työhön	LEAN KOTIHOIDOSSA
"kyllä meidän tiimi tarvii sen persuksillepotkijan ihan selvästi"	Jonkun täytyy toimia auktoriteettina	Johtaminen ja päätöksenteko	Työyhteisöön liittyvät tekijät	Lean -menetelmän vaikutukset työssä jaksamiseen	LEAN KOTIHOIDOSSA
"siinä pitäis olla se varavastuuhoitaja, jos sä oot 4 viikkoa lomalla"	Varavastuuhoitaja asiakkaille	Uuden asiakkaan taulu	Asiakkaisiin liittyvät tekijät	Ongelmat ja kehitysehdotukset	LEAN KOTIHOIDOSSA
"en mä siitä leanista, että mikä hemmetin leani, että lähtenyt jostain autotehtaasta"	Suhtautuminen Leaniin alussa	Sitoutuminen	Työyhteisöön liittyvät tekijät	Ongelmat ja kehitysehdotukset	LEAN KOTIHOIDOSSA
"keskinäinen kanssakäyminen on lisääntynyt, että se on se hyvä puoli"	Kanssakäyminen on lisääntynyt	Tiimityö	Työyhteisöön liittyvät tekijät	Lean -menetelmän vaikutukset työhön	LEAN KOTIHOIDOSSA
"kyllä se on ryhdittänyt sitä runkoa"	Ryhdyttää päivän kulua	Työn selkeys ja sujuvuus	Työn sisältöön liittyvät tekijät	Lean -menetelmän vaikutukset työhön	LEAN KOTIHOIDOSSA

4 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTULOKSET

4.1 Lean -menetelmän vaikutukset työhön

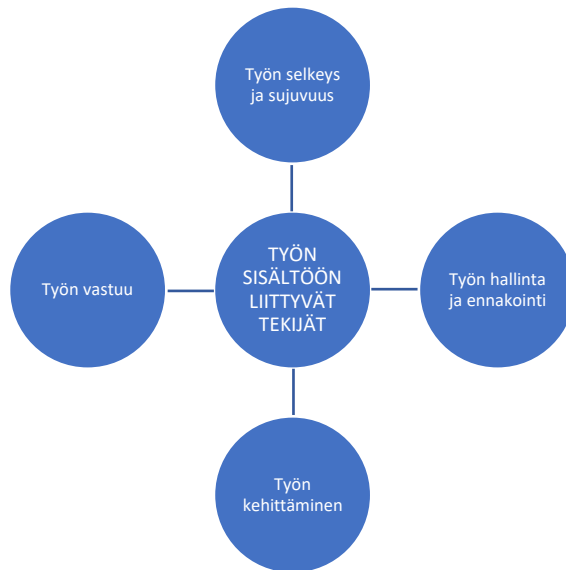
Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli, miten henkilöstö kokee Lean -menetelmän vaikuttaneen kotihoidossa tehtävään työhön. Vastaukset luokiteltiin työn sisältöön, työyhteisöön ja asiakkaisiin liittyviin tekijöihin.



KUVIO 2. Työhön vaikuttavat tekijät

Työn sisältöön liittyvät tekijät

Työn sisältöön liittyvistä tekijöistä muodostettiin haastatteluista esiin tulleiden vastausten perusteella neljä eri alaluokkaa; työn selkeys ja sujuvuus, työn hallinta ja ennakointi, työn vastuu ja työn kehittäminen.



KUVIO 3. Työn sisältöön liittyvät tekijät jaettiin neljään alaluokkaan

Työn selkeys ja sujuvuus

Haastateltavat kokivat työn tulleen selkeämmäksi ja näkyvämmäksi Lean -menetelmän tulon jälkeen. Erityisesti päivän aloittavaa aamuraporttia pidettiin selkeämpänä ja raportilla käytiin läpi vain oleelliset, tärkeät asiat verrattuna aamuraportteihin ennen Lean -menetelmän käyttöönottoa. Haastateltavat kertoivat, että raportilla pysyttiin asiassa, ja turha rönsyily oli jäänyt pois, kun ennen aamuraportista saattoi muodostua pitkään kestävä mielipiteidenvaihto. Raportti oli haastateltavien mielestä napakoitunut ja lyhentyneet, jolloin siihen ei turhaan kulunut arvokasta aamuaikaa, se koettiin hyvänä asiana.

”on se aamurapsa jämäkämpi”

”nyt menee ne aamupalaveritkin jouhevammin kuin aikasemmin, ennen porukka puoliuunessa siellä ja sit alettiin puhua kaikkii muita juttuja”

Kaikki haastateltavat kokivat työn olevan organisoidumpaa kuin ennen. Asioita ei jäänyt enää tekemättä, koska päivän työt käytiin yhdessä läpi aamuraportilla ja tarkastettiin ilta-päivällä. Tätä pidettiin myös asiakkaiden etuna. Koska työ oli näkyvämpää, sovitut asiat tuli tehtyä paremmin määräajassa kuin ennen.

Tiedonkulkua pidettiin paljon parempana, koska kaikki olivat aamuraportilla läsnä. Lean -menetelmän koettiin vähentävän turhaa hiljaista tietoa, nyt muutkin hoitajat tiesivät

useampien asiakkaiden asioista, kuin vain esimerkiksi oma vastuunhoitaja. Leanin koettiin myös ryhdittävän päivän runkoa.

”vasta sitten viikon päästä huomattiinkin, ettei oo otettu jotaki kontrollia”

”vaikka ei oo omia asiakkaita niin ne on tullu kaikki tutummaksi taulun myötä”

”paljon näkyvämpää kun ovat siellä taululla, ettei voi jälkeenpäin sanoa että ei kuullut tai huomannut ku luetaan raporttia”

Työn hallinta ja ennakointi

Työn hallinnan koettiin parantuneen, koska monia asioita ei tarvinnut enää muistaa ulkoa. Työntekijät pystyivät luottamaan, että aamuraportilla kaikki tarpeellinen tieto ja työ jaetaan. Päivittäisen johtamisen taulu ohjasi koko päivän toimintaa. Koska taululla oli koko viikko näkyvillä, työtä pystyi ennakoimaan aiempaa paremmin. Jopa seuraavaan päivään pystyi jo halutessaan varautumaan etukäteen, esimerkiksi aikaiseen päivätoimintaan lähettämiseen. Uuden asiakkaan taulun koettiin helpottavan vastuunhoitajan työtä, koska uuden asiakkaan prosessiin kuuluvat tehtävät ja vaiheet olivat selvästi esillä, eikä niitä tarvinnut enää itse muistaa. Myös aikaa paperitöiden hoitoon koettiin tulleen enemmän, koska työstä oli tullut organisoidumpaa ja ennalta arvattavampaa.

”pysyy jotenkin paremmin hallussa se päivittäinen työ”

”tossa tavallaan se koko viikko on näkyvillä, että voidaan aina palata, että oliko näin tai onko jotain tulossa”

”niin siitä (uuden asiakkaan taulu) näkee mitä pitää tehdä seuraavaksi niin ei tarvii niin miettii”

”kyllä siinä tietyt hyvät puolet on kun siinä käydään just läpi nää kauppatilaukset ja päivätoimintalaitot... niin muuten ei välttämättä siitä työvuo- rolistasta huomaa että jollekin on aikainen lähtö että älyis lähteä, ennen joskus kävi niin että menit kun oli jo suurinpiirtein kuljettaja paikalla tai oli jo käynyt ja sit asiakas joutui jäämään kotiin”

Työn vastuu

Sekä oman että toisten vastuunoton koettiin kasvaneen Leanin tulon myötä. Vastuuta pystyi nyt kohdentamaan paremmin ja vastuuta oli myös pakko ottaa. Vastuu oli nyt näkyvää ja vastuunottaja pystyttiin tarkastamaan. Aamuraportit koettiin hyviksi myös sijaisten vastuunoton kannalta. Ennen ei aina tiedetty kenen vastuulla jokin tehtävä tai asiakas on ja se aiheutti sekavia tilanteita. Nyt vastuutehtävät jaettiin aamuraportilla ja annetun tehtävän teko varmistettiin iltapäiväraportilla. Enää työntekijä ei voinut sanoa, ettei tiennyt jostain asiasta, koska tehtävä oli selkeästi annettu. Tämän koettiin aiheuttavan hyvää sosiaalista painetta hoitaa tehtävät. Vastuu työstä koettiin selkeämmäksi. Myös asiakkaiden vastuuhoidajat olivat aiempaa paremmin tiedossa. Haastateltavat kokivat tekevänsä vastuullista työtä ja pitivät erityisesti vastuunoton paranemista yhtenä parhaista Lean -menetelmän vaikutuksista.

” se myös vastuuttaa selkeämmin kun siinä käydään ne asiat ja joku joutuu aina sanomaan tekeekö sen vai eikö tee”

” että se on selkeämmin näkyvässä kuka nyt on kenenkin hoitaja, että musta tuntuu että aikaisemmin ne roikkui ilmassa ne asiat”

” että jollakin lailla nyt tulee reagoitua, että vastuuhoidaja jos ei ole kiire tai sitten se joka tuntee tai tietää jolla on käyntiä sinä päivänä niin ottaa siitä kopin”

Työn kehittäminen

Työtä kehitettiin koko ajan Lean -tauluja muuttamalla aina tarpeen tullen. Taulut olivat kokeneet monta muodonmuutosta. Kaikilla tiimeillä taulut ovat erilaiset ja juuri oman tiimin tarpeisiin mukautuneet. Yritys-erehdys -periaatteen katsottiin olevan hyvä kehitysperiaate. Tehtyjä töitä seurattiin mielellään ja poikkeamiin pyrittiin reagoimaan heti. Tämä toi hallinnan tunnetta työhön.

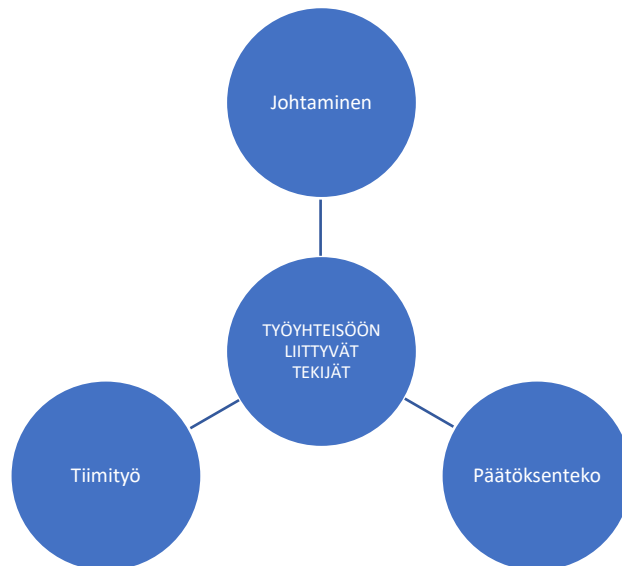
”sitä sitten muokataan tarpeen mukaan ja just niinku tässä talossakin eri alueille on erilaiset taulut, ihan erilaiset”

” ne kehittämis ehdotukset tonne, joo niitä tulee ei niin hirveästi että enemmänkin vois tulla, mutta kyllä niitä on tullut ja uusia käytäntöjä otettu myös sitä myötä käyttöön”

” aluksi sitä mallia haettiin ja moneen kertaan sijoittelua vaihdettiin että tää nykyinen malli tuli sitten pikkuhiljaa”

Työyhteisöön liittyvät tekijät

Työyhteisöön liittyvistä tekijöistä esille nousivat päätöksenteko ja johtaminen sekä tiimityö.



KUVIO 4. Työyhteisöön liittyvien tekijöiden teemat

Päätöksenteko ja johtaminen

Leanin vaikutuksesta päätöksentekoon oltiin monta mieltä. Yleisesti koettiin, että päätöksenteossa oli oltu hyvin itsenäisiä jo ennen Leanin tuloa, eikä se oikeastaan ollut vaikuttanut mihinkään. Kaikki olivat kuitenkin samaa mieltä siitä, että Lean oli tuonut työhön selkeyttä, joten esimiestä koettiin tarvittavan hieman vähemmän. Tiimit tekivät itsenäisiä ratkaisuja keskustelemalla pienemmissä ryhmissä oman tiimin sisällä.

Vastuuhoitajalle ja tiimin sairaan- tai terveydenhoitajalle annettiin paljon valtaa asiakasta koskevassa päivittäisessä päätöksenteossa.

”meillä on aika itsenäisiä oltu tähänkin asti kaikki, osataan tehdä itse päätöksiä, Lean ei ole vaikuttanut siihen”

”kyllä se varmasti vähentää pomon tarvetta, kyllä me aikaisemminkin aika itsenäisiä ollaan oltu ja siinä itse ratkotaan niitä ongelmia sitten tai tiimin kesken”

Esimestä eli kotihoidon ohjaajaa koettiin tarvittavan vain erikoistilanteissa, joissa oltiin epävarmoja omista valtuuksista. Esimiehelle haluttiin kertoa myös erikoisen hankalista asiakkaista, koska esimies saattoi vastaanottaa asiaa koskevia puheluita.

”ei me pomolta kysytä mun mielestä mitään, kyllä se pyörii ilman häntäkin, että päivän tapahtumat ja näin”

”jotkut hoitajat niin on enempi tapa mennä suoraan esimiehelle niitä asioita tuoda, mutta pääsääntöisesti varmaan kun se on näkyvämpää nykyään niin ei ole sellaista tarvetta, että mun mielestä on kyllä siinä kehitystä tapahtunut”

”sitten on joitain asioita, joissa täytyy varmistaa se oma selusta ja miettiä että miten tää nyt menee”

Suurin osa koki tarvitsevansa esimestä kuitenkin valvomaan tiimin toimintaa, pelkän tiimin itsenäisen päätöksenteon ei koettu toimivan, koska auktoriteettia tarvitaan ristiriitojen ratkaisemiseksi. Esimiehestä uskottiin olevan myös apua asioiden eteenpäin saattamisessa, koska esimiehen läsnäolo esim. uuden asiakkaan taulun luona aiheutti paineita tehdä työtä. Haastateltavien kesken oli hajontaa esimiehen tarvittavuudessa.

”kyllä meidän tiimi tarvii sen persuksillepotkijan ihan selvästi”

”ei me voida lähteä silleen että otetaan vielä itsenäisempi tiimi että hommat hoituu, ei, jonkun pitää olla johdolla mun mielestä”

Tiimityö

Tiimityön ajateltiin olevan Leanin tulon jälkeen sujuvampaa ja keskinäisen kanssakäymisen lisääntyneen. Se koettiin positiivisena asiana. Sujuvan yhteistyön koettiin olevan yksi tärkeimmistä asioista työssä. Nyt koettiin tietävän paremmin myös muiden kuin vain oman tiimin asioista ja asiakkaista. Vaikka työ koettiin selkeäksi tiimien osalta, lähihoitajan ja sairaan- tai terveydenhoitajan vastuualueet koettiin epäselviksi.

Varsinaisesta kerran viikossa järjestettävästä tiimipalaverista ei koettu olevan hyötyä asiakasasioiden hoidossa ja monet toivoivat pikkutiimien välisiä viikkopalavereja takaisin.

”meidän keskinäinen ja kanssakäyminen on lisääntynyt, että se on se hyvä puoli”

”mikä on tärkeintä, on se yhteistyö”

Asiakkaisiin liittyvät tekijät

Leanin koettiin olevan asiakkaan puolella ja asiakasta pidettiin toiminnan keskipisteenä. Leanin koettiin nopeuttaneen uusien asiakkaiden asioiden hoitamista verrattuna entiseen. Asiakkaat koettiin haavoittuvaisiksi ja Lean oli auttanut vähentämään asiakasasioiden, lääkkeiden ja mittauksien unohtelua. Tätä pidettiin tärkeänä ja järjestelmän koettiin palvelevan asiakkaita hyvin sekä tasavertaisesti. Yhteiset aamuraportit olivat tehneet asiakkaat kaikille tutummiksi, riippumatta tiimistä, mutta tiedon koettiin kuitenkin olevan pinnallista. Silti koettiin hyvänä, että nyt kaikki tietävät, kenelle esim. pitää viedä toimistolta lääkkeet tai kuka on sairaalassa.

”asiakastahan tässä on ensisijaisesti ajateltava, että ne hoituu ajoissa eteenpäin”

”nopeasti siinä pitää tehdä se päätös, että kyllä se sitä asiakasta palvelee”

”ne asiakkaat ehkä vaikka ei ole omia vastuusasiakkaita niin on silti tullut tutummaksi sen taulun myötä”

”pysytään paremmin ajan tasalla meidän asiakkaista että kaikki on, että hänellä on lääkkeitä , hосу ja kaikki”

4.2 Lean -menetelmän vaikutukset työssä jaksamiseen

Toiseen tutkimuskysymykseen ”Miten Lean -menetelmä on vaikuttanut työssä jaksamiseen?” oli vaikea saada tietoa, koska työssä jaksamiseen vaikutti moni asia, ja se onko vaikutus juuri Lean -menetelmän ansiota ei ollut täysin todennettavissa. Asiaa oli vaikea eritellä haastateltavien mielestä. Kuitenkin suurin osa koki Leanin tulon edesauttaneen työssä jaksamista, kuin vähentäneen sitä. Lean -menetelmän koettiin vähentäneen turhautumista, koska asiat hoituivat sujuvammin. Kuormitukseen koettiin pystyvän puuttumaan paremmin, koska työ oli tullut selkeämmäksi. Lean -menetelmän koettiin ennen kaikkea vähentäneen ”sotkuja”, jolloin työnteko tuntui mielekkäämmältä. Se taas edesauttoi työssä jaksamista. Tiedonkulun koettiin parantuneen ja se rauhoitti esimerkiksi vastuuhoitajan mieltä, koska luotettiin, että oman asiakkaan asiat olivat hoidossa ja ajan tasalla, vaikka itse olisi poissa. Leanin koettiin myös helpottaneen omaa työtä, ryhdittävän päivän kulkua sekä sen suunnittelua, jolloin työssä jaksaminen oli entistä parempaa.

”en mä tavallaan haluis enää pois siitä leanista, että just sen takia, että olen tavallaan enemmän kartalla”

”ennen me huudeltiin aina, että mitä tää on, en mä oo kuullukaan, että kuka toi on, joku uusi asiakas tai näin, että nyt ne tulee tässä”

Tilastojen mukaan lyhyet poissaolot olivat vähentyneet Lean -menetelmän käyttöönoton jälkeen tiimissä 20 %:lla. Haastateltavista kuitenkin vain muutama oli huomannut tämän käytännössä. Suurin osa ei osannut sanoa, oliko Leanilla ollut vaikutusta poissaoloihin.

Leanista aiheutuvasta stressistä oltiin montaa mieltä, yleisesti sen koettiin vähentäneen stressiä, koska asiat olivat paremmin järjestyksessä ja hallittavissa. Muutama haastateltava kuitenkin koki sen aiheuttavan enemmän stressiä, koska kaikki työ oli nyt näkyvillä ja mitattavissa. Tekemättömät työt olivat koko ajan esillä ja töiden etenemistä seurattiin tarkemmin kuin ennen.

”ei se vähennä sitä työmäärää, että pikemminkin se luo stressiä, että siellä ne on ne tehtävät esillä ne tekemättömät työt”

4.3 Ongelmat ja kehitysehdotukset Lean -menetelmään liittyen

Työn sisältöön liittyvät tekijät	Työyhteisöön liittyvät tekijät	Asiakkaisiin ja ympäristöön liittyvät tekijät
<ul style="list-style-type: none"> • Päällekkäinen kirjaus • Uuden asiakkaan taulu • Lean -taulut • Taulujen päivitys ja ulkonäkö 	<ul style="list-style-type: none"> • Iltapäiväpalaveri • Vastuunotto • Sitoutuminen • Palaute • Päätöksentekoon osallistuminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Toimitilat, työvälineet • Tietosuoja

KUVIO 5. Ongelmien ja kehitysehdotusten sisällöt jaettuna teemoittain

Työn sisältöön liittyvät ongelmat ja kehitysehdotukset

Leanin päivittäisen johtamisen taulua pidettiin pääosin hyvänä ja sitä ajateltiin kehitettävän koko ajan. Tauluun toivottiin lisää selkeyttä, siistimmällä käsialalla kirjoittamista ja turhaa tekstiä pois. Haastateltavat toivoivat, ettei kalenteriin kirjoitettaisi pitkiä sepustuksia, vaan kaikki pidempää selvitystä vaativat tekstit kirjoitettaisiin potilastietojärjestelmään ja kalenteriin laitettaisiin asiasta lyhyt merkintä. Myös kokonaan sähköistä, nopeammin päivitettävää taulua ehdotettiin.

”että lyhyesti katso Pegasos ja sieltä Pegasoksesta löytyy ne, että kaikkien meidän pitäis muistaa se eikä kirjottaa mitään stooreja”

Kalenterin käytön ajateltiin vähentyvän Leanin tulon myötä, mutta niin ei käynyt. Kalenteria käytettiin edelleen paljon, syiksi ajateltiin vanhaa tottumusta tai epävarmuutta taululle suoraan kirjoittamisesta. Kalenteriin kirjoitettiin pitkiä sepustuksia, usein epäselvällä käsialalla, joka turhautti haastateltavia. Turhaa varmistelua esiintyi paljon, vaikka oltiin sovittu, että koneelle kirjataan perusasiat ja asiakkaan voinnit yms. ja vain akuutit asiat, esim. laboratoriokokeet, normaalista poikkeavat menot, kirjoitetaan lyhyesti

kalenteriin. Toisaalta varmistelu oli ymmärrettävää, koska asioiden haluttiin olevan varmasti hallinnassa. Yleisesti kalenteriin kirjaamista ja siitä päivittäisen johtamisen taululle siirtämistä pidettiin turhana ja päällekkäisenä työnä, kun suoraan taulullekin olisi voinut akuutin asian laittaa.

”moneen paikkaan pitää just kirjata, että kalenteriin ja työnsuunnittelijalle ja taululle”

Uuden asiakkaan taulu koettiin yleisesti hyvänä, koska se auttoi hallitsemaan uuden asiakkaan prosessia ja ohjasi vastuuta. Kuitenkin taulusta ja sen käyttämisestä löydettiin ongelmia ja kehitysehdotuksia. Jotkut kokivat olonsa nöyryyttäväksi, jos vastuuhuoltajana ei ollut ehtinyt hoitaa kaikkia uuden asiakkaan asioita.

”yksi joutuu kiemurtelemaan, jos ei oo jotain tehny ja kaikki kattoo”

”sitten tulee vähän sellaista selittelyn makua siinä, että olen ollut lomilla tai vapaalla”

Taulun läpikäymistä useammin kuin kerran viikossa ehdotettiin, koska vuorotyössä ei aina ole mahdollista olla paikalla oikeaan aikaan. Erityisesti toivottiin varavastuuhuoltaja-järjestelmää uuden asiakkaan tauluun. Näin asiat tulisivat varmemmin hoidetuiksi, jos varsinainen vastuuhuoltaja on estynyt hoitamaan juuri sillä hetkellä hänelle osoitetun uuden asiakkaan asioita. Monet myös kokivat, ettei neljän viikon aika ole riittävä kaikkien asioiden hoitoon, juuri vuorotyön asettamien aikataulujen takia, sekä toimistoajan vähäisyyden vuoksi.

Osa haastateltavista sai vasta haastattelujen aikana selville, että Lean -menetelmään kuuluu muitakin tauluja kuin Päivittäisen johtamisen- ja Uuden asiakkaan taulut. Osa tiesi muista tauluista, mutta niitä oli käyty läpi niin harvoin, että niihin ei kiinnitetty sen enempää huomiota. Jotkut olivat laittaneet ideoitaan taululle, mutta kokeneet, ettei niitä käsitelty tai ongelmiin ei puututtu.

”aika epäselviä kun niitä käydään niin harvoin ja jos et ole just itse silloin, niin menee monta viikkoa, että oot kuullu tai nähny mitään niihin liittyvää, että jää vähän hatariksi noi taulut”

Monet kokivat epävarmuutta erityisesti Päivittäisen johtamisen taulun informaation ajantasaisuudesta ja paikkansapitävyydestä. Ei oltu varmoja, onko taulun tieto viime – vai tämän viikkoista. Lah- ja sairaalajaksolaisten tiedot koettiin usein paikkansapitämättömiksi, joten tauluihin ei pystynyt täysin luottamaan.

”ongelmakohtat on just ne että kuka sitä päivittää ja onko se sillai luotettava”

Työyhteisöön liittyvät ongelmat ja kehitysehdotukset

Iltapäiväpalaveri koettiin yleisesti ongelmalliseksi, vaikka sen tarkoitus ymmärrettiin. Siihen ei oltu kuitenkaan kovin sitoutuneita osallistumaan. Yleensä iltapäiväpalaverissa oli liian vähän osallistujia, jolloin asiat piti katsoa koneelta. Tämä koettiin turhauttavaksi. Konetta ei usein haluttu tai jaksettu avata, eikä palaveriin keskittyä. Jotkut kokivat palaverin turhana ja häiritsevänä. Jotkut saattoivat olla palaverin aikaan vielä asiakaskäynnillä, jolloin kritisointi poissaolosta koettiin loukkaavana.

Iltapäiväpalaverin ongelmien ratkaisuksi ehdotettiin, että kaikki käyvät itse merkkäämassa tauluun tekemänsä työt, jos eivät pääse iltapäiväpalaveriin paikalle. Taulusta vastaava toimistolla oleva sairaanhoitaja/terveydenhoitaja katsoisi sitten loput kuittaamattomat asiat. Tauluun tulisi myös merkata heti, kun tietää asiakkaan joutuneen sairaalaan. Lisäksi tiedon vastaanottajan pitäisi laittaa itse asiakas keskeytykseen, eikä odottaa, että joku muu tekee sen.

Suurimmalla osalla haastateltavista oli aluksi ollut kovat ennakkoluulot ja huono asenne Lean -menetelmää kohtaan. Melkein kaikki kokivat sen tulleen yllättäen, eikä siihen ollut valmistauduttu kunnolla. Oltiin jopa huvittuneita autotehtaan mallin tulosta ja ajateltiin sen johtavan liukuhihnamaiseen toimintatapaan.

”en mä siitä leanista, että mikä hemmetin leani, että lähtenyt jostain autotehtaasta”

”mä ajattelin, että joku autoteollisuusjuttu siihen käyttöön, että ei oo todellista, että kaikkia kotkotuksia”

”kyllähän se nyt huvitti alkuun koko juttu, että piti vähän asennetta muuttaa itseltään, että kaikenlaista kissanristiäistä taas”

Alussa Lean -menetelmän koettiin tuoneen lisätöitä, eikä siihen oltu valmiita sitoutumaan. Nyt Lean koettiin hyvänä ja suurin osa työntekijöistä oli sitoutuneita mallin mukaiseen toimintaan, ainoastaan iltapäiväpalaveri koetaan ongelmallisena.

Tiimeille, johon Lean on tulossa, haastateltavat ehdottivat kunnollista infopakettia, jotta ei jäisi epäselväksi mikä Lean on. Ehdotettiin että henkilö, jonka tiimissä se on jo käytössä, menisi kertomaan sen käytöstä muille. Hyvän infon katsottiin vaikuttavan positiivisesti sekä tiimin ilmapiiriin että Leania kohtaan oleviin ennakoasenteisiin.

”jäi hyvin ylimalkaiseksi, että mitä tää on ja mitä se tarkoittaa”

Asiakkaisiin ja ympäristöön liittyvät ongelmat ja kehitysehdotukset

Kotihoidon toimitilaa pidettiin huonona, eikä sen katsottu suosivan Leanissa tarvittavia isoja valkotauluja. Taulun takia oli menetetty tietokonepaikka ja uuden asiakkaan taulu oli eteisessä tietosuojaan ollessa näin olematon. Tästä osa oli huolissaan. Mittaritaulu oli kapealla käytävällä ja ideataulu neuvotteluhuoneen perällä.

Lisäksi kritisoitiin toimitilan laitteiden toimivuutta. Turvatulostus oli juuri haastattelujen aikana tullut ja sen koettiin hankaloittavan päivittäistä työtä. Kukaan ei tuntunut tietävän asiasta ja sen selvittelyyn meni turhaan aikaa.

”vaikka se on ihan 30 sekunnin juttu, mutta sä et pysty tekemään sitä kun tunnin selvität sitä eri ihmisten kanssa”

Faksin toiminta oli myös arveluttavaa ja sen toimimattomuus turhautti. Myöskään kaikki tietokoneet eivät olleet aina toiminnassa ja niitä oli liian vähän työntekijämäärään nähden. Kritiikkiä tuli myös huonoista, jopa rikkinäisistä työtuoleista.

Lean -menetelmän suosittelu

Kaikilta haastateltavilta kysyttiin ”Suositteletko Lean -menetelmää muille kotihoidon tiimeille?” Kaikki vastasivat myöntävästi. Vaikka suurimmalla osalla työntekijöistä oli ollut suuriakin ennakkoluuloja Lean -menetelmää kohtaan, olivat ne muuttuneet myönteiseksi ajatteluksi. Leanista koettiin olevan enemmän hyötyä kuin haittaa ja alkuajan haasteista oli päästy yli.

”joo kyllä ehdottomasti”

” mä kyllä suosittelisin lämpimästi nyten, jos olisit kysynyt muutama kuukausi sitten mä olisin sanonu että ei, mutta mä suosittelen lämpimästi nyten, selkeämpi, johtavampi ja me pysytään kärryillä kaikki sitten”

”kyllä se mun mielestä toimii, se on parannus siihen mitä ennen oli, sitä voi markkinoida lännen mallilla”

”on se ihan hyvä, kyllä se helpottaa kuitenkin, kyllä voin suositella”

”kyllä, varmaan se pesee minkä tahansa muun systeemin mitä ne käyttää muualla, mutta ei se mikään täydellinen ole”

”en lähtis enää kyllä pois siitä, että suosittelisin sitä kyllä muille kotihoidon tiimeille”

”kyllähän se lean on meidän tiimissä toiminut, suosittelen”

4.4 Työssä jaksaminen kotihoidossa

Työn sisältöön liittyvät tekijät	Työyhteisöön liittyvät tekijät	Asiakkaisiin ja ympäristöön liittyvät tekijät
<ul style="list-style-type: none"> •Turhista projekteista luopuminen •Käyntiajat ja -määrät 	<ul style="list-style-type: none"> •Työvuorosunnittelu •Tasa-arvo •Sijaisten saatavuus •Ruokatauot •Työhön vaikuttaminen 	<ul style="list-style-type: none"> •Vastuasiakkaiden vaihtaminen •Työn arvostus

KUVIO 6. Työssä jaksamiseen vaikuttavien tekijöiden sisällöt

Työssä jaksaminen puhutti haastateltavia ja toi esille runsaasti kehitysehdotuksia. Tutkimustulosten pohjalta luotiin kolmas tutkimuskysymys haastatteluiden jälkeen. Esille nousseet asiat luokiteltiin työn sisältöön, työyhteisöön ja asiakkaisiin sekä ympäristöön liittyviin tekijöihin.

Työn sisältöön liittyvät tekijät

Työn sisältöön liittyvistä tekijöistä nousi esille käyntiajat ja -määrät, sekä moniin eri projekteihin osallistumisen määrä. Osa haastateltavista ajatteli työssä jaksamista parantavan, jos käynnit olisivat riittävän pituisia ja asiakkaiden kanssa olisi aikaa keskustella. Osa toivoi vähennettävän lyhyitä käyntejä, koska ne koettiin kuormittavaksi. Toisaalta kerrottiin, että jotkut hoitajat pitivät myös lyhyistä käynneistä. Pitkät välimatkat koettiin hankaliksi, varsinkin, jos listalla oli monta lyhyttä käyntiä. Uutta toiminnanohjausjärjestelmää odotettiin, koska sen ajateltiin järkiperaistävän käyntejä ja niiden välimatkoja. Osa hoitajista toivoi pääsevänsä enemmän vaikuttamaan aluejakoihin.

Osa haastateltavista koki, että työhön kuuluu liikaa tehtäviä, jotka eivät liity hoitotyöhön. Jotkut kokivat, että käynnissä on jatkuvasti erilaisia projekteja, jotka sekoittavat perustyötä ja lisäävät työssä koettua taakkaa. Osa ehdotti ylimääräisten tehtävien karsimista, ja toivoi vähemmän kunnianhimoista suhtautumista eri projekteihin ja niiden tavoitteisiin.

”näitä muutoksia tulee, vaikka ne olisikin pieniä sellaisia, mutta kun niitä tulee tarpeeksi usein, niin sitten oot ihan ettei pysy perässä”

Jotkut haastateltavista kokivat, että tiimillä on liikaa projekteja ja muutoksia jatkuvasti päällä. Vaikka muutokset ovat pieniä, niitä tuntui olevan liikaa, ja hallinnan tunne kärsi. Asiat tuntuivat monimutkaisilta ja Leanin nähtiin olevan yksi projekti lisää toisten kanssa. Sen vaikutus sekoittui muihin. Joistain haastateltavista tuntui, että he hoitavat nykyään enemmän järjestelmää, kuin asiakkaita. Toiminnan virtaviivaistuttua, eräästä haastateltavasta tuntui, että hän oli nyt helpommin korvattavissa.

”joskus kauheella höyryllä aloitetaan juttuja ja sitten niistä ei tiedä milloin ne alkaa ja milloin ne loppuu”

”niitä pitäis saada vähän mutustella etukäteen, kun kaikki tulee yhtäkkiä ja sitten tulee tunne ettei jaksa”

Työyhteisöön liittyvät tekijät

Työyhteisöön liittyvistä tekijöistä tärkeimmäksi suurin osa vastaajista koki hyvän työvuorosuunnittelun, kysyttäessä mikä auttaisi jaksamaan työssä paremmin. Se koettiin ehdottomasti kaikista tärkeimmäksi asiaksi työssä jaksamisessa. Hyväksi työvuorosuunnitteluksi koettiin se, että tietyt vapaapäivät viikossa toteutuisi, vapaita olisi listassa aina kaksi peräkkäin, anotut vapaat saisi pitää, listalla ei olisi pitkiä työputkia, työvuorot olisi suunniteltu ergonomisesti sekä työvuorolistat saataisiin ajoissa, ei vasta viikkoa ennen työjakson alkamista. Hyvän työvuorosuunnittelun katsottiin vähentävän poissaoloja, työn kuormittavuutta ja työvoiman katoa. Lisäksi sillä katsottiin olevan merkitystä työpaikan ilmapiiriin.

Työhyvinvoinnin koettiin lisääntyvän, jos ehti syödä lounaan rauhassa toimistolla, eikä kadulla asiakkaan luokse kävellen. Myös pieniä, huumoripitoisia juttutuokioita työkave-
reiden kesken arvostettiin ja niiden koettiin olevan tärkeitä työn lomassa.

Sijaisia toivottiin olevan helpommin ja enemmän saatavilla. Pooliin toivottiin enemmän varahenkilöitä. Poolilaisiin oltiin tyytyväisiä, koska he olivat tulleet tutuiksi ja tunsivat asiakkaat. Työssä jaksamista vähensi jatkuva pitkien päivien, eli aamuvuorosta iltavuoroon jääminen sijaisten puuttuessa.

Monet haastateltavista toivoivat, että pääsisivät aiempaa enemmän mukaan päätöksente-
koon ja suunnitteluun heitä ja heidän työtään koskevissa asioissa. Vaikuttaminen paran-
taisi haastateltavien mielestä työssä jaksamista ja motivaatiota työhön.

”me saadaan vasta viimekädessä tietää, vaikka meitä se koskettaa eniten eikä me voida osallistua suunnitteluun”

”meiltä kysytään mutta sit kuitenkin ei niitä meidän mielipiteitä oteta huomioon, sivuutetaan vaan, näinpä se on aina ollut ja varmaan tulee olemaan”

”jotenkin tota kadunjakoa, siinä pitäis kuunnella meitä, se vähentäis sitä stressiä”

Jotkut kokivat epätasa-arvoisuutta eri lähipalvelualueiden kesken. Se näkyi haastateltavien mielestä muun muassa työvuorosuunnittelussa, toimitiloissa ja kalusteissa sekä hoitotarvikkeiden saatavuudella.

”kaikilla pitäis olla samat säännöt”

”tää työvuorojuttu kun jotkut ei tee niin muut sitten väsy, että kyllä sitä pitäis miettiä, ennenku kaikki lähtee pois”

”jossain muualla ei mitään väliä vaikka tarvikkeita on niin että lampaat söis ja meillä on hienoa, jos edes yhden laastarin saa”

Asiakkaisiin ja ympäristöön liittyvät tekijät

Asiakkaiden osalta työhyvinvointia lisäsi tunne asiakkaiden tyytyväisyydestä ja turvallisuudesta. Jos hoitajalla oli vastuuasikkaina erittäin raskashoitoisia, paljon aikaa vieviä asiakkaita, toivottiin vastuuhoidattajaa välillä vaihdettavan. Tämän koettiin vähentävän työstä aiheutuvaa kuormitusta.

Jotkut haastateltavat toivoivat enemmän arvostusta työlleen. He itse kokivat olevansa ammattilaisia, ja ylpeitä tekemästään työstä, mutta saaneet monesti kokea työtään ja asiantuntemustaan väheksyttävän. Esimerkiksi ambulanssihenkilökunta tai sairaala eivät usein arvostaneet heidän mielipidettään asiakkaan kunnosta, vaan laittoivat asiakkaan takaisin kotiin tai eivät suostuneet kyyditsemään sairaalaan. Tällaisen arvostuksen puutteen koettiin vaikuttavan negatiivisesti työssä jaksamiseen.

”on katottu täällä, että se tarvii sitä (sairaalahoito), ja laitetaan sinne ja sitten vaan palautetaan takas himaan, niin se on vähän kun vetäis mattoa alta, että ähäkutti”

5 JOHTOPÄÄTÖKSET

Haastateltavat olivat monista asioista yllättävän yksimielisiä, hajontaa tuli vain johtamiseen liittyvässä keskustelussa sekä kysyttäessä, aiheuttaako Lean -menetelmän käyttö haastateltavien mielestä stressiä vai vähentääkö se sitä. Henkilöstö oli yhtä mieltä siitä, että Lean -menetelmä oli vaikuttanut työhön positiivisesti. Henkilöstö oli kokenut työn tulleen sujuvammaksi ja selkeämmäksi. Erityisesti aamupalaveriin ja siitä saatavaan hyötyyn oltiin tyytyväisiä. Työstä oli tullut näkyvämpää ja vastuuta otettiin sekä annettiin eri tavalla kuin aiemmin. Lean -menetelmän katsottiin hyödyttäneen asiakasta ja parantaneen asiakkaan asioiden hoitoa sekä vähentäneen erilaisia unohduksia ja epäselvyyksiä. Tiedonkulun koettiin parantuneen ja lisääntyneen, koska kaikki tiesivät enemmän myös muiden, kuin oman vastuutiiminsä asiakkaista. Koska päivittäisen johtamisen taululla näkyivät koko viikon työt, oli omaa työtä helpompi hallita ja suunnitella etukäteen. Ennakoinnin koettiin helpottavan työtä ja muistettavaakin oli aiempaa vähemmän. Uuden asiakkaan taululla näkyi kaikki suoritettavat tehtävät, joten niiden tekeminen oli myös selkeämpää. Osalle tosin erityisesti uuden asiakkaan taulu aiheutti stressiä, koska tekemättömät työt olivat esillä.

Lean -ajattelun yksi tehtävä on kannustaa oman työn suunnitteluun ja itsenäisempään päätöksentekoon. Kuitenkin monet haastateltavista kokivat, etteivät haluaisi yhtään enempää johtaa itseään, vaan tarvitsevat selkeän auktoriteetin, eli kotihoidon ohjaajan työnsä tueksi. Jotkut taas kokivat, etteivät paljoa olleet ennenkään kyselleet tai tarvinneet johtajaa, vaan tekivät työnsä itsenäisesti oman mielen mukaan. Oikeudenmukainen ja hyvä johtaminen on kuitenkin tutkimusten mukaan tärkeä tekijä työssä jaksamisessa sekä työmotivaation ylläpitämisessä ja vaikuttaa myös työn laatuun (Vehko, Sinervo & Josefsson 2017).

Työssä jaksaminen puhutti haastateltavia paljon. Työtyytyväisyydellä on tutkitusti suuri merkitys juuri työntekijöiden lähtemiseen ja vaihtuvuuteen sekä sairauspoissaoloihin (Suhonen ym. 2012; Flinkman 2014). Erityisesti hyvä työvuorosuunnittelu nousi esiin tärkeimpänä tekijänä. Henkilöstölle oli tarjottu tilaisuutta ottaa käyttöön Voima -mallin mukainen työaika, mutta he eivät olleet halunneet lähteä siihen mukaan. Henkilöstön kehittämisehdotukset työssä jaksamisen parantamiseksi yllättivät konkreettisuudellaan. Kehittämisehdotukset liittyivät erityisesti asiakaskäyntien määrään ja niiden pituuteen sekä

aluejakoihin. Panagiotogloun ym. (2017) mukaan juuri töiden jakaminen mahdollisimman lyhyisiin välimatkoihin ja käyntien aikataulutus niin, että niiden väleihin jää taukoja, on yksi keskeisin tekijä työhyvinvoinnissa. Myös Suhosen ym. (2012) mukaan hoitajat kykenisivät antamaan parempaa hoitoa, jos heillä olisi enemmän aikaa asiakkaille.

Monet haastateltavat kokivat arvostuksen puutteen omaa työtään kohtaan haittaavan hyvinvointia. Arvostuksen puute näyttäytyi toisten organisaatioiden taholta ammattitaidon aliarvioimisena sekä kokemuksena siitä, ettei omaan työhön voi vaikuttaa, vaan kaikki päätökset tulevat ”ylhäältä päin”. Tähän toivottiin muutosta, vaikutusmahdollisuuksia ja aitoa kuuntelemista omaan työhön ja sen tekemiseen liittyen kaivattiin. Suhosen ym. (2012) tutkimuksessa myös suurin osa hoitajista kertoi, ettei pysy osallistumaan päätöksentekoon. Henkilökunnan mielipiteitä tulisi kuunnella, palautetta pitäisi ottaa vastaan ja siihen tulisi myös vastata.

Tutkimustuloksissa yllätti, kuinka ennakkoluuloisia työntekijät olivat uusia asioita tai projekteja kohtaan. Ehkä tämä kertoo siitä, että sellaisia projekteja on ollut liikaa, joista ei ole ollut konkreettista hyötyä ainakaan työntekijän tai asiakkaan näkökulmasta. Lean -menetelmä oli aluksi aiheuttanut haastateltavien mukaan suurta vastustusta, mutta nyt menetelmä oli kuitenkin kaikkien haastateltavien mielestä onnistunut ratkaisu, eikä siitä oltu enää valmiita lähtemään pois. Kaikki haastateltavat suosittelivat Lean -menetelmää myös muille kotihoidon tiimeille.

Tulevaisuudessa kotihoito tarvitsee juuri tällaisia uusia toimintatapoja, joilla työntekijöitä lisäämättä voidaan tehdä laadukasta hoitotyötä. Uusi teknologia ja toiminnanohjausjärjestelmät pystyvät aiempaa paremmin laskemaan hoitajien tarpeen, joten turhia käyntejä ei tule tai luppoaikaa jää. Hoitajat tulevat jatkossa liikkumaan aiempaa enemmän sinne, missä heitä eniten tarvitaan. Resurssipoolien työntekijöiden käyttö tulee lisääntymään työn liikkuvuuden lisääntyessä.

Tutkimustuloksista nousi usein esiin työntekijöiden aito välittäminen asiakkaista. Oli yllättävää, ettei kukaan maininnut työhyvinvointia lisäävänä tekijänä esimerkiksi parempaa palkkaa, vaan parannusehdotukset liittyivät lähinnä asiakasasioihin ja sitä kautta henkilöstön kokemaan hyvinvointiin. Kaikki haastateltavat olivat huolissaan asiakkaiden asioiden hoidosta ja peilasivat monia ongelmia asiakkaiden voinnin eikä vain oman

jaksamisensa kautta. Asiakas on Lean -menetelmän keskiössä, joten voidaan ajatella, että Lean sopii kotihoitotyöhön hyvin ja Haagan kotihoito on hienosti onnistunut käyttämään menetelmää työn organisoinnin ja työssä jaksamisen parantamisen apuna.

6 AMMATILLINEN KASVU

Käyn läpi tämän opinnäytetyöprosessin aikana kokemaani ammatillista kasvua sairaanhoitajan kompetenssien eli osaamisalueiden kautta (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015). Asiakslähtöisyys on yksi sairaanhoitajan osaamisalueista. Hoitotyö liittyy aina kokonaisvaltaisesti asiakkaaseen ja hänen hyvinvointiinsa. Kotihoitotyössä asiakslähtöisyys ja asiakkaan yksilöllinen huomioiminen korostuu, koska hoito tapahtuu asiakkaan omassa kodissa. Tämä vaatii hoitajalta erityistä hienovaraisuutta sekä välillä myös luovuutta, jotta hoito pystytään järjestämään parhaalla mahdollisella tavalla, ilman sairaalatasoisia toimitiloja tai laitteita. Juuri tämä tekee mielestäni kotihoitotyöstä erilaista ja mielenkiintoista verrattuna sairaalamaailmaan. Kotihoitotyössä suhde asiakkaaseen on yleensä tasavertaisempi työympäristön eli asiakkaan kodin takia. Hoitaja on ikään kuin vieraana asiakkaan luona. Hoitajan sekä asiakkaan välille voi syntyä ystävyysuhde, koska asiakassuhde on usein pitkä. Tämä saattaa tuoda haasteita työhön, koska joskus asiakassuhteen ja ystävyysuhteen raja alkaa hämärtyä. Parhaimmillaan kotihoitotyössä toteutuu ajatus asiakkaasta oman elämänsä asiantuntijana, joka yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa toteuttaa hoitoa palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaisesti.

Työni eettisyyttä pohdin tarkemmin omassa kappaleessaan. Hoitajan ammatti-identiteetini on kasvanut tämän prosessin aikana. Olen ennen tehnyt lähihoitajan työtä kotihoidossa, ja nyt tein sairaanhoitajan sijaisuutta, joka oli työnä osin erilaista. Sairanhoitaja tai terveydenhoitaja on kotihoidossa tiimin sairaanhoidon asiantuntija ja sairaanhoitajan työssä on suurempi kokonaisvastuu. Minulta kysyttiin esimerkiksi neuvoa lääkityksiin tai haavanhoitoihin, ja minä olin se, jonka piti nämä asiat tietää tai selvittää. Onneksi sain hyvin tukea kollegoilta. Opin, että kaikkea ei tarvitse tietää, eikä tietämättömyys tarkoita, että olisin huono työssäni. Oppiminen on prosessi, joka jatkuu valmistumisen jälkeenkin. Tärkeintä on olla avoin ja ottaa aktiivisesti selvää uusista asioista. Myös yhteistyö ja taito ylläpitää yhteistyötä ja hyvää yhteishenkeä omalla käyttäytymisellä ja kohtaamisella on tärkeää. Hoitajan työtä on hyvä tehdä omalla persoonalla. Aluksi persoonallisuus saattaa jäädä kaiken uuden opettelun taakse, mutta pikkuhiljaa se tulee yhä enemmän näkyviin ja yhdessä kliinisten taitojen kanssa muodostaa oman tyylin toimia hoitajana.

Sairaanhoitaja kotihoidossa ei ole lähihoitajien johtaja, mutta osaltaan pitää yllä tiimin toimintaa ja kontrolloi sitä. Kaikki työpäivät sijaisuuteni aikana alkoivat Lean -menetelmän mukaisesti sairaan- tai terveydenhoitajan vetämällä aamupalaverilla. Tällä hoitajalla, joka veti aamu- sekä iltapäiväpalaverin ja oli puhelimesta toimistolla, oli vastuullaan se, että päivän toiminnat tulivat tehdyiksi. Sain sijaisuuden aikana monesti olla toimistohoitajana ja vetää palaverit. Tämä oli hyvää harjoitusta johtamiseen sekä organisointiin ja vastuunottoon. Opinnäytetyötä tehdessäni sain monia oivalluksia ja aloin ymmärtää kotihoitotyön rakennetta paremmin. Sijaisuuteni tiimissä tuki erinomaisesti opinnäytetyöprosessia. Kotihoitotyö on itsenäistä, joten kaikilla työntekijöillä täytyy olla valmiuksia johtaa itseään ja suunnitella päivän kulkua sekä aikataulutusta. Lean ajattelu sopii siksikin hyvin juuri kotihoidossa tehtävään työhön. Tulevaisuudessa yhä useampi hoitoalan työntekijä saattaa olla yrittäjä. Olen itse toiminut yrittäjänä, vaikkakin toisella alalla, joten aihe on minulle tuttu ja tärkeä. Voisin toimia yrittäjänä myös hoitoalalla. Erityisesti kotihoitotyö voi tulevaisuudessa tarjota paljon mahdollisuuksia yrittäjille, koska alan kysyntä on kasvusuunnassa. Yksityisen kotihoidon osuus kasvaa, koska kunnat eivät enää pysty hoitamaan omilla resursseillaan kaikkia apua tarvitsevia vanhuksia. Tämä tuo taas uusia haasteita kotihoidossa tehtävälle yhteistyölle. Myös palveluiden ostaminen omalla rahalla saattaa olla usean tulevaisuuden vanhuksen kohtalona, jos kuntien kotihoitoa pystytään tarjoamaan vain heikommassa asemassa oleville vanhuksille. Kaikkiin näihin asioihin voidaan vielä halutessaan vaikuttaa valtion taholta ja sote-uudistuksen yhteydessä. Uskon, että oikein priorisoimalla myös vanhustenhoitoon löytyisi rahaa, kyse on lähinnä tahtotilasta.

Opinnäytetyöni aiheena oli kotihoito, ja sen pääasiallisena asiakasryhmänä ovat vanhuksset. Syvensin opinnäytetyöprosessin aikana tietämystäni erityisesti ikääntyneiden hoidosta ja palvelujärjestelmistä. Opinnäytetyötä tehdessä olen ymmärtänyt alan rakenteellisen ongelman ja ongelman syvyyden. Vanhusten lukumäärä kasvaa hurjasti tulevina vuosikymmeninä ja kotihoitoon ei tule riittämään motivoituneita, koulutettuja työntekijöitä, jos työhyvinvointia ei paranneta eikä henkilökuntaa oteta paremmin mukaan päätöksentekoon. Vanhustenhoidon ongelmiin pitäisi puuttua välittömästi, ennen kuin on todella liian myöhäistä. Asia koskettaa meitä kaikkia, koska kaikki me vanhenemme ja mitä kauempana vanhuusikämme on, sitä synkemmältä väestöpyramidi näyttää. Kuka meitä hoitaa vuonna 2070? Kotihoitotyö koetaan raskaaksi ja alentunut työssä jaksaminen on totta ja todennettu jo monella tutkimuksella. Silti asiaan ei vielä ole otettu

esimerkiksi valtionhallinnon tasolta varsinaista konkreettista kantaa, saati tehty toimenpiteitä, vaikka hallitus on linjannut kotihoidon olevan vanhustenhoidon suuntaus. Hoitajamitoituksen kasvu laitoshoidon tosin toteutui, mutta kotihoitoa ei otettu siihen mukaan. Vanhustenhoito on harvan hoitajaksi valmistuvan ensimmäinen valinta ja viimeistään median luoma kuva kauheasta, raskaasta kotihoitotyöstä saa jo opiskeluaikana välttelemään ja jopa väheksymään alaa. Kuitenkin suurin osa tulevien hoitajien työpaikoista tulee avautumaan juuri vanhustenhoidossa, koska heitä on enemmistö asiakkaista. Miksi emme arvosta vanhuutta ja vanhusten parissa tehtävää työtä?

Eniten aikaa tämän opinnäytetyön teossa käytin tutkimusperäisen tiedon etsimiseen, koska ajatellaan, että tiedon on hyvä perustua näyttöön. Opin etsimään tutkimuksia erilaisista tietokannoista. Pyrin löytämään luotettavia lähteitä ja arvioimaan niitä. Sain ensin apua koulun kirjaston informaatikolta, jonka jälkeen osasin paremmin etsiä itse lähteitä. Luin monia mielenkiintoisia tutkimuksia ja hankekuvauksia. Suurin osa tutkimustuloksista tuki toisiaan. Erityisen mielenkiintoisena koin Johan Groopin tutkimuksen kotihoidon tuottavuutta rajoittavista tekijöistä. Kotihoidossa, niin kuin monella muullakin alalla, usein tehdään niin, kuin on aina ennenkin tehty. Tämänkaltaisen ajattelun on muututtava, jotta uusia, parempia toimintamalleja saadaan aikaan. Jälkikäteen mietittynä olisin voinut vielä ottaa haastattelutulosten analysoinnin tueksi jonkinlaisen lomakemuotoisen kyselyn, jolla olisi saanut tarkempaa kvantitatiivista tietoa haastateltavilta. Näin tuloksia olisi voinut laittaa taulukkomuotoon, jolloin tulokset olisivat tulleet vielä selkeämmin ja lukumääräisesti esille. Alun perin opinnäytetyössäni oli kaksi tutkimuskysymystä, mutta kolmannen lisäksi työssä jaksamisesta yleensä, koska se puhutti haastateltavia paljon. Haastateltavien mielestä Leanin merkitystä työssä jaksamiseen oli vaikeaa arvioida, joten uuden tutkimuskysymyksen alle oli helpompi analysoida saatua materiaalia työssä jaksamisesta. Yleisesti olen tyytyväinen haastatteluihin ja koen, että työntekijöiltä saatiin hyvää ja tarkoituksenmukaista, tutkimuskysymyksiin vastaavaa tietoa. Haastatteluista saatuja kokemuksia voidaan hyödyntää Lean -menetelmän käytössä sekä kotihoidon henkilöstön työhyvinvoinnin parantamisessa.

Opiskelen terveydenhoitajaksi, joten terveyden ja toimintakyvyn edistäminen on yksi tärkeimpiä ammatillisen osaamiseni osa-alueita. Myös kotihoidossa pyritään edistämään asiakkaiden terveyttä ja ylläpitämään hyvää toimintakykyä ikääntymisestä huolimatta. Kotihoidossa myös korostuu turvallisen ympäristön järjestäminen ikääntyneille.

Kotiympäristössä on paljon vaaratekijöitä, jotka ovat tärkeitä eliminoida. Terveyden edistäminen vähentää hoidon kustannuksia, koska hyvinvoiva ikäihminen pärjää pienemmillä avuilla kotona.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöstä erityisesti kotihoidon kenttä tuli tätä työtä tehdessäni tutuksi. Toimintaa ohjaavat monet lait ja asetukset, joten ammattilaisena minun on tärkeää tiedostaa ne. Jokaisen päätöksen tai teon tulee perustua johonkin, kotihoidossa esimerkiksi palvelu- ja hoitosuunnitelmaan. Resurssien ollessa vähäisiä asiakkaiden hoito ei aina mene niin, kuin pitäisi. Tämä vaarantaa asiakkaiden turvallisuuden ja laadukkaan hoidon sekä asettaa työntekijät jatkuvan riittämättömyyden tunteen alle. Taistelemme monessa asiassa harmaalla alueella, esimerkiksi hoidon saatavuus tai hoidon tarpeen arviointi eivät toteudu nykyään lain määrittelemissä ajoissa. Tämä tuo lisää paineita hoitajille, jotka yrittävät parhaansa, mutta ovat ensimmäisenä saamassa haukut asiakkailta tai omaisilta, kun hoito ei toteudukaan niin, kuin pitäisi. Hoitoalalla työskentely vaatii paljon, ja on tärkeää erottaa oma henkilökohtainen itsensä ja osaamisensa järjestelmästä johtuvista ongelmista. Alan luonteen vuoksi työssä jaksamisen turvaaminen on ensisijaisen tärkeää, jotta hoitajia riittää jatkossakin.

6.1 Luotettavuus ja eettisyys

Tein opinnäytetyöprosessia Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK 2019) periaatteiden ja Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisten suositusten (Arene ry 2019) mukaisesti. Olen noudattanut rehellisyyttä ja pyrkinyt olemaan mahdollisimman tarkka sekä toiminut läpinäkyvästi koko prosessin ajan. Hankin asianmukaisen luvan Helsingin kaupungilta ennen työn aloittamista ja pyrin viemään prosessin läpi lupaamassani aikataulussa. Haastattelujen aikana pyrin välttämään keskustelun johdattelua ja pitämään omat mielipiteeni asiasta piilossa. Tämän koin välillä haasteelliseksi ja litteroidessani aineistoa huomasin välillä esimerkiksi vahvistaneeni jonkun haastateltavan käsitystä asiasta, josta olin samaa mieltä. En usko tämän kuitenkaan vaikuttaneen varsinaisesti tuloksiin. Haastateltavat saivat ennen haastattelua allekirjoitettaviksi kirjallisen suostumuksen (liite 2), josta kävi ilmi haastatteluiden vapaaehtoisuus. Kerroin myös, että haastattelun voi halutessaan keskeyttää milloin vain. Kerroin myös haastateltaville olevani ainoa henkilö, joka kuulee haastattelut ja näkee litteroidun materiaalin. Kerroin myös tuhoavani nauhoitetut

haastattelut heti litteroinnin jälkeen ja niin tein. Haastateltavat olivat satunnaisesti arpomalla valittu joukko tiimin työntekijöitä. Haastateltavat pysyvät anonyymeinä. Pysin raporttia tehdessäni välttämään kaikkea sellaista tietoa, joista haastateltavat olisi voitu tunnistaa esimerkiksi suorissa lainauksissa. Alun perinkin oli tarkoitus tehdä tutkimus Haaga 4 -kotihoiton nimellä, mutta opinnäytetyötä ohjaavat opettajat sekä minä itse mietimme, olisiko kuitenkin parempi puhua vain ”eräästä kotihoiton yksiköstä”. Lähetin tutkimuksen tulokset kotihoiton ohjaajalle eli työn tilaajalle ja hän oli sitä mieltä, että voimme pysyä alkuperäisessä suunnitelmassa ja julkaista tutkimuksen Haaga 4:n nimeä käyttäen. Tutkimustulokset eivät olleet kovin henkilökohtaisia, vaan liittyivät lähinnä Lean -menetelmän käyttöön työssä. Työssä jaksamisen tulokset noudattivat samanlaista linjaa kuin aiemmatkin tutkimustulokset aiheesta, joten voidaan katsoa, että nekin ovat aika yleispäteviä. Näin ollen koen, että tutkimuksen julkaiseminen Haaga 4:n nimissä on eettisesti perusteltua, eikä vahingoita tiimiä tai sen yksilöitä.

Tutkimustulokset kulkivat hyvin linjassa aiemmin samasta aiheesta tehtyjen tutkimusten kanssa. Siksi voidaan ajatella tulosten olevan luotettavia. Tutkittava joukko kattoi kymmenen eri työntekijän mielipiteet, jotka joitain teemoja lukuun ottamatta olivat hyvin samansuuntaisia. Pysin käsittelemään tutkimustuloksia mahdollisimman objektiivisesti ja rehellisesti, ja nostin esiin asioita, jotka toistuivat monen haastateltavan vastauksissa. Tiedän ettei täyteen objektiivisuuteen tutkimustuloksia tarkasteltaessa voi päästä, koska omat kokemukseni ja mielipiteeni varmasti osin ohjasivat tietämättäni tulosten käsittelyä ja niiden tärkeysjärjestystä.

Tein tutkimuksen samassa paikassa, jossa itse tein sairaanhoitajan kesäsjaisuuden. Tämä arvelutti eettisesti hieman. En tuntenut ketään haastateltavista etukäteen ja pyrin tietoisesti välttämään liian tuttavallisia suhteita ennen haastatteluja, jotta ne olisivat mahdollisimman neutraaleja. Tämä onnistui mielestäni hyvin. Haastateltavat olivat hieman jo tutustuneet minuun, joten he pystyivät paremmin rentoutumaan haastattelun aikana, mutta he eivät kuitenkaan olleet liian tuttuja, jolloin haastattelut pysyivät asiallisina. Pidin ehdottoman tärkeänä salassapitovelvollisuuttani kaikesta siitä tiedosta, jota kuulin haastattelujen aikana, enkä käyttänyt sitä kuin tutkimuksen teossa. Näen tiimissä työskentelyn etuna tutkimuksen kannalta, koska pystyin eri tavalla ymmärtämään tutkimaani aiheita, kuin silloin, jos olisin vain tehnyt tutkimuksen ilman kokemusta tiimistä tai Lean -menetelmästä.

Tämä on ensimmäinen tekemäni tutkimus, joten sen voidaan ajatella heikentävän tämän tutkimuksen luotettavuutta. Jos nyt tekisin uudelleen tutkimushaastattelun, valitsisin teemoja ehkä eri lailla, ja mieltäisin tarkentavia kysymyksiä enemmän. Lisäksi tekisin lomakkeen tutkimustulosten tueksi. Olisin voinut saada vielä enemmän ja parempaa tietoa tai erilaisia näkemyksiä haastateltavilta paremmin valituilla kysymyksillä. Haastattelutilanteet olivat kaikki erilaisia, ja menivät eri kaavan mukaan, vaikka kaikki teemat tuli käsiteltyä. Nyt kuitenkin osaisin rohkeammin tehdä tarkentavia kysymyksiä ja rajata paremmin haastatteluhetkeä, jos se uhkaisi lähteä väärään suuntaan. Pyrin kuitenkin toimimaan osaamiseni ja parhaan harkintani mukaan tässä prosessissa. Tämän opinnäytetyön tekemisen aikana huomasin pitäväni tutkimuksen teosta. Tutkimuksen tekeminen tuntui aluksi isolta vuorelta, mutta osa kerrallaan se tuli valloitettua. Näin jälkeempäin tarkasteltuna tutkimuksen osa-alueet tuntuvat loogisilta, mutta aluksi kaikki oli sekavaa. Tämän opinnäytetyön tekeminen on opettanut paljon. Erityisesti olen oppinut luotettavan tiedon hankintaa, ymmärtänyt tutkimustyön perusteita, pohtinut eettisyyttä monelta kantilta ja lisäksi oppinut organisoimaan isomman työn aikataulutusta.

6.2 Jatkotutkimusehdotukset

Lean -menetelmää suomalaisessa terveydenhuollossa ei ole vielä tutkittu kovinkaan paljon, ja Lean -menetelmää erityisesti kotihoidossa sitäkin vähemmän. Tämä selvitys keräsi kotihoitohenkilökunnan kokemuksia Lean -menetelmästä. Olisi myös mielenkiintoista tietää laajemmin lukuina, eli määrällisen tutkimuksen keinoin, miten Lean -menetelmä on toiminut ja minkälainen merkitys sillä on ollut työhön. Lisäksi voitaisiin selvittää, miten henkilöstö voisi vaikuttaa omaan työhönsä ja millaisia vaikutuksia sillä olisi, jos henkilöstö saisi olla päätöksenteossa enemmän mukana. Myös tutkimusta kotihoitotyön brändistä ja houkuttelevuudesta tarvittaisiin, jotta sitä voitaisiin kehittää paremmaksi. Selvitys erilaisten toiminnanohjausjärjestelmien ja -menetelmien vertailusta olisi hyväksi, koska alalle tarvitaan toimivia järjestelmiä, kun lisää työvoimaa ei saada. Kaiken kaikkiaan kotihoito on kiinnostava tutkimuskohde ja siinä on vielä paljon kehitettävää, mutta onneksi myös paljon mahdollisuuksia.

LÄHTEET

- Alastalo, H., Kehusmaa, S. & Penttinen, L. (2018). *Harva ikäihminen saa kotihoitoa yksityiseltä yritykseltä – ympärivuorokautisessa hoidossa yksityisen sektorin osuus ennallaan*. THL. Tutkimuksesta tiiviisti 33. Saatavilla http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137167/URN_ISBN_978-952-343-213-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Arene ry. (2019). Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Saatavilla <http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULU-JEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>
- Eriksson E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. (2015). *Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hanke*. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Saatavilla <https://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Flinkman M. (2014). *Young registered nurses' intent to leave to profession in Finland- a mixed method study*. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos. Turun yliopiston julkaisuja, sarja 1107. Saatavilla <https://www.utupub.fi/handle/10024/95711>
- Groop, J. (2014). *Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään? Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus* projektin julkaisu nro 1. Kuntaliitto. Saatavilla https://shop.kuntaliitto.fi/download.php?filename=uploads/kotihoito_groop_ebook.pdf
- Haapakorpi, A. & Haapola, I. (2008). *Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla: esimerkkinä vanhusten kotihoito*. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys, 35/2008. Edita Publishing Oy: Helsinki.
- Helsingin kaupunki. Uutiset. (15.2.2019.) *Helsinki jatkaa pitkäjänteistä kotihoidon kehittämistä*. Sosiaali- ja terveysvirasto. Saatavilla 29.4.2019 <https://www.hel.fi/uutiset/fi/sosiaali-ja-terveysvirasto/helsinki-kehittaa-kotihoitoa>

- Hihnala, S., Kettunen, L. Suhonen, M. & Tiirinki, H. (2018). The Finnish healthcare services lean management: Health services managers' experiences in a special health care unit. *Leadership in health services* 31(1), 17–32. Saatavilla <https://www.emerald.com/insight/publication/issn/1751-1879/vol/31/iss/1>
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2015). Tutkimushaastattelu. Saatavilla 9.3.2019 <https://www-ellibslibrary-com.anna.diak.fi/book/9789524958868>
- Jorma, T., Tiirinki, H., Bloigu, R. & Turkki, L. (2016). LEAN thinking in Finnish healthcare. *Leadership in Health Services* 29(1), 9–36. Saatavilla <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/LHS-08-2015-0021/full/html>
- Kangasniemi, M & Andersson, C. (2016). Enemmän inhimillistä hoivaa. Teoksessa Andersson C, Haavisto I, Kangasniemi M, Kauhanen A, Tikka T, Tähtinen L, Törmänen A. *Robotit töihin: Koneet tulivat – mitä tapahtuu työpaikoilla?* EVA Raportti, 2/2016. 34–54. Saatavilla <https://www.eva.fi/wp-content/uploads/2016/09/Robotit-t%C3%B6ihin.pdf>
- Koski, J. (11.5.2018). *Ruoho on vihreämpää siellä, missä toimintaa ohjaa lean*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Artikkel. Saatavilla 29.4.2019 https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/ruoho-on-vihreampaa-siella-missa-toimintaa-ohjaa-lean
- Kristensen, M. & Peiponen, A. (2016). VOIMA. Asiakkaiden ja asukkaiden aktiivista arkea sekä henkilökunnan työhyvinvointia tukeva työvuorosuunnittelu. Helsingin kaupunki sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla https://www.hel.fi/static/sote/julkaisut/voima_raportt.pdf
- Kunta 10 tutkimus. Sairauspoissaolot kunnissa. Saatavilla <https://www.ttl.fi/tutkimus-hanke/kunta10-tutkimus/sairauspoissaolot-kunnissa/>
- Kuntaliitto. (2017). Iäkkäiden palvelut. Saatavilla 23.2. 2020 <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaalihuolto/iakkaiden-palvelut>
- L 1326/2010. Terveystieteiden lakia. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- L 980/2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

- L1301/2014. Sosiaalihuoltolaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>
- Mäkijärvi, M. (2013). Lean-menetelmä suomalaisessa terveydenhuollossa – kokemuksia ja haasteita HUS:ssa. Saatavilla 29.4. 2019 https://www.hus.fi/hus-tieto/materiaalipankki/esitysmateriaalit/Yleinen%20piilokirjasto%20yksittisille%20tiedostoille/Lean-menetelma_suomalaisessa_terveydenhuollossa.pdf
- Mäkipää S, Laaksonen K, Saarinen J & Miettinen M. (2012). Miten terveydenhuoltoalan vetovoimaisuutta voidaan lisätä? *Suomen lääkirilehti* 67(13), 1060-1063. Saatavilla <https://www-laakarilehti-fi.anna.diak.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/miten-terveydenhuoltoalan-vetovoimaisuutta-voidaan-lisata/>
- Noro A, Alastalo H, Finne-Soveri H & Mäkelä M. 2015. Kotihoidon toimintamallit ja henkilöstö vuonna 2014 – Vanhuspalvelulain toimeenpanon seurantalutkimus. Saatavilla <http://www.julkari.fi/handle/10024/125601>
- Noro, A. & Karppanen, S. (2019.) Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016-2018. Tuloksia ja toimintamalleja. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki. Saatavilla http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161532/29_2019_Ikaihmissen%20koti-hoidon%20ja%20kaikenikaisten%20omaishoidon%20uudistus%2020162018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Panagiotoglou, D., Fancey, P., Keefe, J. & Martin-Matthews, A. (2017). Job satisfaction: Insights from home support care workers in three Canadian jurisdictions. *Canadian Journal on Aging* 36(1), 1-14. Saatavilla <https://search-proquest-com.anna.diak.fi/docview/1864714382>
- Perttunen, J., Korhonen, E., Jokela, R. & Korte, H. (2018). *Lean sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS): Helsinki.
- Petersson, P., Olsson, B., Lundström, T., Johansson, O., Broman, M., Blucher, D. Alsterman, H. (2018). *Työntekijän opas menestykseen – kehitä Leanin avulla*. Part Media; Bromma, Ruotsi.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. Tapaustutkimus. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Saatavilla 25.4.2019 https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L5_5.html

- Schleutker, E. (2013). Väestön ikääntyminen ja hyvinvointivaltio. Mitä vaihtoehtoja meillä on? *Yhteiskuntapolitiikka* 78(4), 425–430. Saatavilla <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110779/schleutker.pdf?sequence=1>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Kotihoito ja kotipalvelut. Saatavilla 29.4.2019 <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>
- Stadin Seniori-info. <https://www.hel.fi/seniorit/fi/apua/kotihoito/>
- STM. (2013). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>
- STM. (2017). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Saatavilla https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf
- Suhonen, R., Stolt, M., Gustafsson, M., Katajisto, J. & Puro, M. (2012). Ikääntyneiden ihmisten hoitotyössä työskentelevien hoitajien työtyytyväisyys. *Hoitotiede*;24(1), 27–37. Saatavilla <https://search-proquest-com.anna diak.fi/publication/406341>
- TENK. (2019). Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Eettinen ennakoarviointi ihmistieteissä. Saatavilla 29.9.2019 https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf
- THL. Ikääntyminen. Saatavilla 24.2.2020 <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen>
- THL. Tilastot. Saatavilla 24.2.2020 <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneet/kotihoidon-asiakkaat>
- THL. Vanhuspalvelujen tila. Toimintayksikkökysely 2018. Kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon asiakasmäärät, henkilöstö ja johtaminen. Saatavilla <https://www.slideshare.net/THLfi/kotihoidon-ja-ymprivuorokautisen-hoidon-asiakasmrt-henkilst-ja-johtaminen-2018>
- Tilastokeskus. Käsitteet. Saatavilla 27.4.2019 https://www.stat.fi/meta/kas/kvalit_tutkimus.html
- Tilastokeskus. Väestö. Saatavilla 16.3.2020 https://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tau_001_fi.html
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi: Helsinki. Saatavilla <https://www.ellibslibrary.com/fi/book/9789520400118>

- Vehko, T., Josefsson, K., Lehtoaro, S. & Sinervo T. (2018). *Vanhuspalveluiden henkilöstö ja työn tuloksellisuus rakennemuutoksessa*. Raportti/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki. Saatavilla http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137499/URN_ISBN_978-952-343-241-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Vehko, T., Sinervo T. & Josefsson, K. (2017). *Henkilöstön hyvinvointi vanhuspalveluissa – kotihoidon kehitys huolestuttava*. Tutkimuksesta tiiviisti 11, kesäkuu 2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki. Saatavilla <http://www.julkari.fi/handle/10024/134678>

LIITE 1. Haastatteluteemat

Haastattelussa on kolme teema, joiden alla on teemaan liittyviä osia.

Teema 1 Lean -menetelmän vaikutukset työhön

- toiminnan muutos
- työn organisointi
- työn- ja vastuunjako
- itsenäinen päätöksenteko
- tiimityö

- Miten Lean -menetelmä on muuttanut toimintaa verrattuna aikaan ennen sitä?
- Onko työ organisoidumpaa kuin ennen?
- Tuntuuko työ ja vastuut selkeämmiltä?
- Onko päätöksenteko itsenäisempää nyt?
- Mitä tiimityössä on muuttunut?

Teema 2 Työssä jaksaminen

- työssä jaksaminen
- sairauspoissaolot
- stressin tunne
- tiimin ryhmädynamiikka
- johtaminen

- Miten Lean -menetelmä on vaikuttanut työssä jaksamiseen?
- Mikä auttaisi jaksamaan työssä paremmin?

Teema 3 Ongelmat ja kehitysehdotukset

- ongelmat
- sitoutuminen
- kehitysideat
- Lean suosittelu
- muuta?

- Onko Lean -menetelmän käytössä ollut ongelmia, jos niin minkälaisia?
- Onko menetelmään ollut helppo sitoutua?
- Mitä kehitettävää menetelmän käytössä on?
- Suosittelisitko Lean -menetelmän käyttöönottoa muille kotihoidon tiimeille?

Onko teillä muuta sanottavaa Lean -menetelmän käyttöönotosta tiimissänne?

LIITE 2. Suostumusasiakirja

SUOSTUMUSASIAKIRJA

Haastateltavan nimi: _____

Suostun vapaaehtoisesti haastateltavaksi opinnäytetyöhön työnimeltä *Lean -menetelmä kotihoidossa –henkilöstön kokemuksia*. Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia Helsingin kaupungin kotihoidon Lassila -tiimin työntekijöiden kokemuksia Lean -menetelmästä. Tutkimus toteutetaan teemahaastattelulla. Haastattelu on vapaaehtoinen ja minun on mahdollista keskeyttää tai kieltäytyä haastattelusta milloin vain, ilmoittamalla siitä tutkijalle. Annan luvan käyttää äänitallennusta haastattelun aikana sekä haastattelussa esiin tulleita tietoja opinnäytetyötä varten. Aineisto käsitellään luottamuksellisesti. Haastateltavat pysyvät anonyymeinä koko tutkimusprosessin ajan ja heille tehdään omat tunnisteet. Nimet ja tunnistetiedot tallennetaan erikseen, jotta tietoja ei voida yhdistää. Tunnistetiedot hävitetään analyysin valmistuessa. Kun haastatteluaineisto on litteroitu, nauhoitettu materiaali hävitetään. Litteroitu materiaali jää tutkijan käyttöön analyysin ajaksi, eikä sitä luovuteta muille. Opinnäytetyö julkaistaan vuodenvaihteessa 2019/2020 ja se toimitetaan Diakonia-ammattikorkeakoululle sekä Helsingin kaupungille. Työ on nähtävissä myös Theseus -julkaisutietokannassa. Suostumusasiakirjoja tehdään kaksi kappaletta, toinen haastateltavalle ja toinen haastattelijalle.

Helsingissä ____ . ____ . 2019

Haastateltavan allekirjoitus _____

Nimenselvennys _____

Haastattelijan allekirjoitus _____

Nimenselvennys _____

LIITE 3. Infokirje

Hyvä Haagan kotihoidon Lassila -tiimin työntekijä

Olen Diakonia-ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelija ja teen opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on tutkia tiiminne kokemuksia Lean -menetelmän käytöstä työ-
sänne. Tutkimuskysymykset painottuvat erityisesti Lean -menetelmän vaikutuksiin työn
organisoinnissa sekä työssä jaksamisessa.

Tutkimus toteutetaan teemahaastattelun avulla. Haastattelussa keskustellaan vapaamu-
toisesti aiheeseen liittyvistä teemoista, ohessa teemahaastattelurunko. Haastattelut nau-
hoitetaan kännykän äänitallennetoiminnolla. Nauhoitetut haastattelut litteroidaan pian
haastattelujen jälkeen, ja nauhoitusaineisto tuhoetaan. Haastattelut toteutetaan anonyy-
misti, eikä haastateltavien henkilöllisyys tule ilmi missään vaiheessa tutkimusta. Tutki-
musaineistoa säilytetään tutkijan tietokoneella salasanan takana. Tutkimustulokset ra-
portoidaan valmiissa opinnäytetyössä, joka toimitetaan Helsingin kaupungille ja Diako-
nia-ammattikorkeakoululle. Opinnäytetyö on myös julkaisun jälkeen vapaasti nähtävillä
Theseus-portaalissa.

Teen haastatteluja 1.7.-31.8.2019 välisellä ajalla kotihoidon toimistolla. Tarkoituksena
on haastatella kymmentä Lassila -tiimin työntekijää, jotka ovat olleet tiimissä jo ennen
Lean -menetelmän käyttöönottoa, eli vuodesta 2017. Toivoisin sinun osallistuvan tutki-
mukseen. Osallistuminen ja kysymyksiin vastaaminen on vapaaehtoista.

Tutkimusta varten on saatu tutkimuslupa Helsingin kaupungilta.

Mikäli sinulla on tutkimuksesta kysyttävää, otathan minuun yhteyttä!

Ystävällisin terveisin

Satu Koskiranta-Heino

terveydenhoitajaopiskelija

Diakonia-ammattikorkeakoulu