

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma

Krista Saari ja Pauliina Haikonen

**Hoitohenkilökunnan
alueen kotihoidossa**

työhyvinvointi

Lappeenrannan

Opinnäytetyö 2012

Tiivistelmä

Pauliina Haikonen ja Krista Saari

Hoitohenkilökunnan työhyvinvointi Lappeenrannan alueen kotihoidossa, 47 sivua, 5 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2012

Ohjaajat: Lehtori Riitta Kalpio, Saimaan ammattikorkeakoulu

Kotihoidon päällikkö Raili Paajanen, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tiedekunta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kotihoidon hoitohenkilökunnan työhyvinvointia. Tavoitteena oli selvittää, millaiseksi kotihoidon hoitohenkilökunta kokee oman työhyvinvointinsa ja mitä kehitettävää siinä olisi.

Opinnäytetyössä etsittiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin: Millaiseksi kotihoidon hoitohenkilökunta kokee työhyvinvoinnin kotihoidossa? Minkälaisia kehitysehdotuksia kotihoidon henkilökunnalla on työhyvinvoinnin parantamiseksi?

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselyä ja lomake sisälsi sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Kysely lähetettiin sähköisesti Lappeenrannan alueen kotihoitajille (N=200), ja vastausprosentiksi saatiin 25 (n=48). Strukturoidut kysymykset analysoitiin tilastollisin menetelmin ja avoimet kysymykset sisällönanalyysillä.

Kysymyslomakkeessa kysyttiin henkisestä ja fyysisestä työhyvinvoinnista, työyhteisön toimivuudesta, johtajuuden ja työturvallisuuden vaikutuksesta työhyvinvointiin sekä työn imusta. Avoimilla kysymyksillä pyrittiin selvittämään, mitä kehitysehdotuksia hoitohenkilökunnalla oli työhyvinvoinnin edistämiseksi.

Opinnäytetyön tulosten perusteella fyysinen ja henkinen työhyvinvointi koettiin kotihoidossa melko hyväksi. Työyhteisö oli suurimmalta osalta toimiva, ja työkavereilta saatiin tukea. Työpaikan ei koettu mahdollistavan ergonomista työskentelyä, ja näin työturvallisuus kärsi. Esimieheltä saatiin tasa-arvoista kohtelua ja kiitosta. Oma työ koettiin merkitykselliseksi.

Kotihoidon työhyvinvoinnissa oli myös kehitettävää. Yhteisistä pelisäännöistä haluttiin pidettävän kiinni työyhteisön sisällä ja esimiehen toivottiin olevan enemmän läsnä. Työn kiireinen luonne ja huonokuntoiset asiakkaat kuormittivat työntekijöitä, joten hoitohenkilökuntaa kaivattiin lisää. Jatkossa voisi tutkia, kuinka esimiehet näkevät hoitajien työhyvinvoinnin, miten heidän näkemyksensä poikkeavat työntekijöiden näkemyksistä sekä miten esimiehet olisivat valmiita parantamaan alaistensa työhyvinvointia. Myös kotihoidon asiakkaiden mielipidettä hoidon laadusta sekä henkilökunnan riittävydestä ja vaihtelevuudesta olisi mielenkiintoista tutkia.

Asiasanat: Työhyvinvointi, kotihoito, verkkokysely

Abstract

Pauliina Haikonen and Krista Saari

Well-being of health care employees in Lappeenranta's home care services

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services, Lappeenranta

Degree Program in Nursing

Bachelor's Theses 2012

Instructors: Principal Lecturer Riitta Kalpio

Manager of Home Care Raili Paajanen, South Karelia Social and Health Care District (Eksote)

The function of this research was to investigate what is the work well-being of health care employees in Lappeenranta's home care services. The aim of this research was to examine the current state of work well-being and how can it be developed.

In this research the answers to the following questions were sought: How do the employees experience their well-being at work? What kind of developmental ideas do they have? In the research there were issues such as physical and mental well-being, work community, occupational safety, the effects of leadership and work commitment.

Data for this research was gathered from the employees of home care services by questionnaire. The questionnaire was sent using email. The response rate was 25%. The research method was quantitative and the data was analyzed by using data-driven content analysis.

Based on the results of this research, physical and mental well-being was experienced as being good. Work community was largely functional. The work place was not felt to use ergonomics and safety at work was not good enough. The manager also gave equal treatment and thanks to the employees. The employees feel that their work is meaningful.

There are also things to be developed in home care services. The rules must be followed in the work community and the manager should be more present. Work in home care is fast-paced and stressful because of elderly clients that are in bad condition. The number of employees should be increased.

In the future, well-being might be studied further, for example, from the point of view of managers or the elderly clients in home care.

Keywords: well-being, home care services, questionnaire

Sisältö

1. Johdanto	5
2. Työhyvinvointi	6
2.1 Työhyvinvoinnin käsite	6
2.2 Toimiva työyhteisö	7
2.3 Johtaminen	8
2.4 Työssä jaksaminen	9
3. Kotihoito	11
3.1 Kotihoidon käsite	11
3.2 Kotihoidon toiminta ja sen tavoite	12
3.2.1 Kotihoidon historia ja tulevaisuuden näkymät	15
3.2.2 Kotihoitoa tukevat palvelut	17
3.2.3 Kotihoidon haasteet	18
3.3 Hoitotyö kotihoidossa	19
3.3.1 Koti hoitoympäristönä	20
3.3.2 Hoitohenkilökunta	21
3.3.3 Työhyvinvointia edistävät ja haittaavat tekijät kotihoidossa	22
3.4 Lappeenrannan alueen kotihoito	23
4 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista	26
5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	26
6 Opinnäytetyön toteutus	27
6.1 Opinnäytetyön aineiston keruu	27
6.2 Opinnäytetyön aineiston analyysi	28
6.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	29
7 Opinnäytetyön tulokset	30
7.1 Vastaajien taustatiedot	30
7.2 Vastaajien kokemus työhyvinvointi Lappeenrannan alueen kotihoidossa	32
7.3 Vastaajien kehitysehdotukset työhyvinvoinnin parantamiseksi	36
7.4 Yhteenveto	38
8 Pohdinta	38
8.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua	39
8.2 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	40
Kuviot	41
Taulukot	41
Lähteet	42

Liitteet

Liite 1 Lupahakemus

Liite 2 Saatekirje

Liite 3 Kyselylomake

Liite 4 Taulukko Aiempia tutkimuksia työhyvinvoinnista

Liite 5 Taulukko Aiempia tutkimuksia kotihoidosta

1. Johdanto

Suomen julkisen sektorin palveluntuotanto on uusien haasteiden edessä. Väestö ikääntyy ja palveluiden tarve kasvaa, mutta samalla menojen on käännyttävä laskuun, jotta palvelutuotantoa pystytään ylläpitämään. Tarvitaan uudenlaisia toimintamalleja, joilla turvataan työn tuottavuus, henkilöstön jaksaminen ja motivaatio työn tekemiseen. (Työterveyslaitos, 2011a.)

Työhyvinvointi kotihoidossa on ajankohtainen aihe, sillä laitospaikkoja vähennetään, ja tulevaisuudessa yhä huonokuntoisemmat ihmiset asuvat pitkään kotona. Kotihoidon henkilökuntaan kohdistuu paineita tiukkojen henkilöstö- ja aikaresurssien takia. Asiakkaiden luona vietetty aika vähenee ja hoitotyö muuttuu yhä enemmän sairauslähtöisemmäksi. Julkiseen kotihoitoon pääsy vaatii yhä suurempaa hoidon tarvetta. Yksityisten palveluntuottajien tarve kasvaa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata kotihoidon hoitohenkilökunnan työhyvinvointia Lappeenrannan alueella ja näiden tulosten perusteella myös esittää kehitysehdotuksia työhyvinvoinnin parantamiseksi. Opinnäytetyön lähestymistapa on kvantitatiivinen eli määrällinen, ja teimme kyselyn verkkokyselynä Webropol-ohjelmaa apuna käyttäen.

Työhyvinvoinnista on tehty useita tutkimuksia (Liite 4). Itä- Suomen yliopistossa tehdyn tutkimuksen mukaan työhyvinvointiin erityisesti vaikuttavia tekijöitä ovat työn tekemisen ja kehittämisen, työhön liittyvien arvojen ja hoidon laatu. Kun työntekijät voivat hyvin työyhteisössä, työ on tasapainotilassa ja hoitaja jaksaa tehdä työnsä potilaslähtöisesti. (Vaakanainen, 2009.)

Kiinnostuimme aiheesta sekä sen ajankohtaisuuden että omien työkokemustemme perusteella. Kotihoito ja etenkin Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksote) organisaatiomuutokset ovat lisäksi olleet esillä eri ammattilehdissä ja uutisissa. Organisaatiomuutokset vaikuttavat myös hoitohenkilökunnan työhyvinvointiin. Tutkimme työhyvinvointia kotihoidon hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

Opinnäytetyön teoriaosissa määrittelimme työmme keskeisimmät käsitteet sekä perehdymme aiempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen. Kuvaamme raportissa, kuinka olemme keränneet ja analysoineet oman aineistomme sekä esittelemme saamamme tulokset. Lopuksi pohdimme tuloksiin vaikuttaneita syitä sekä opinnäytetyön onnistumista.

2. Työhyvinvointi

2.1 Työhyvinvoinnin käsite

Työterveyslaitos (2011b) määrittelee työhyvinvoinnin tarkoittavan mielekästä ja sujuvaa työtä turvallisessa, terveyttä edistävässä ja työuraa tukevassa työympäristössä ja työyhteisössä. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan työhyvinvointi koostuu monista eri tekijöistä ja perustana kaikelle on yhteistyö. Näitä hyvinvoinnin osatekijöitä ovat työntekijän terveys ja jaksaminen, työpaikan turvallisuus, työn hyvä hallinta sekä työilmapiiri ja johtaminen. Hyvinvoivan työyhteisön työskentely on osaavaa ja tuottavaa, ja työn koetaan olevan mielekästä, palkitsevaa ja elämänhallintaa tukevaa. (Työterveyslaitos 2011b; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a.)

Kivisen (2008, 43–47) tutkimukseen osallistuneet lähihoitajat kokivat työhyvinvoinnin osatekijöiksi henkilöstön perustyytyväisyyden, ilmapiirin, johtamiskulttuurin, työn ja perhe-elämän yhteensovittamisen sekä fyysisen työympäristön. Työhyvinvoinnin johtamiselta toivottiin perustehtävän toteuttamisen mahdollistamista sekä oikeudenmukaista, luottamuksellista ja tasapuolista kohtelua. Tiedottaminen työyhteisön ja esimiesten välillä koettiin tärkeäksi.

Häggin, Rantion, Suikin, Vuoren ja Ivanoff-Lahtelan (2007, 191–192) mukaan työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksilla omaan työhönsä on selvä yhteys heidän kokemaansa työhyvinvointiin. Työn suunnittelu ja oman osaamisen hyödyntäminen kohentavat työhyvinvointia. Muutokset koetaan usein uhkina, vaikka niiden tarkoitus on lisätä työntekijän voimavaroja ja toiminnan laatua. Muutoksissa hyvät vuorovaikutussuhteet, luottamuksellinen ja avoin ilmapiiri sekä työn ja oman ammatin arvostus auttavat työyhteisöä.

Työhyvinvoinnista on tehty useita tutkimuksia (Liite 4), ja sitä voidaankin tarkastella monista eri näkökulmista. Kivinen (2008, 18–22) vertaa omassa tutkimuksessaan aiemmissa tutkimuksissa käytettyjä yleisiä työhyvinvointimalleja. Siegristin ponnistusten ja palkkioiden työhyvinvointimalli perustuu työntekijän antaman työpanoksen ja siitä saamansa palkkion väliseen tasapainoon. Työntekijä odottaa antamilleen uhrauksille vastinetta, ja jos palkkio ei vastaa odotuksia ja ponnistuksia, työhyvinvointi heikkenee. Karasekin malli sen sijaan painottaa työn asettamien vaatimusten ja työn hallinnan tunteen välistä tasapainoa. Työstressi heikentää työhyvinvointia. Melkas puolestaan nostaa

mallissaan esille työn kuormituksen sekä työntekijän ominaisuuksien ja edellytysten välisen tasapainon työhyvinvoinnin mittarina.

Warrin malli vertaa työn piirteitä vitamiineihin. Toiset piirteet, kuten työtehtävien monipuolisuus ja työn itsenäisyys, aiheuttavat alkuun myönteisiä vaikutuksia työhyvinvointiin, mutta tietyn pisteen ylittäessään ne muuttuvat negatiivisiksi. Toiset piirteet, kuten palkka ja esimiehen tuki, taas tietyn rajan ylitettyään menettävät merkityksensä eivätkä vaikuta koettua työhyvinvointia parantavasti eivätkä heikentävästi. (Kivinen 2008, 19–20.)

2.2 Toimiva työyhteisö

Toimiva työyhteisö on joustava ja osaa hyödyntää ammattitaitoaan. Toimivassa työyhteisössä henkilökunta omaa valmiudet kohdata haasteita sekä kyvyn mukautua muutoksiin ja vaihteluihin. Työpaikan ihmissuhteisiin vaikuttavat negatiivisesti muun muassa kiire, työn vaativuus, erilaiset persoonallisuudet, huono työympäristö, puutteellinen työnjohto ja työntekijöiden yksityiselämät. Toimivan työyhteisön kesken asioista voidaan olla eri mieltä sen vaikuttamatta työilmapiiriin tai työyhteisöön. Asioista voidaan puhua avoimesti, ja jokainen työntekijä tuntee itsensä arvostetuksi ja pidetyksi. Työtehtävät ja vastualueet jaetaan tasa-arvoisesti huomioiden jokaisen ammattiosaaminen ja jaksaminen. Työpaikan hyvää ilmapiiriä tukevat yhteisesti sovitut pelisäännöt sekä toisten antama tuki. (Ikonen & Julkunen 2007, 152; Työterveyslaitos 2011c; Työterveyslaitos 2011d.)

Sinisammaleen, Beltin, Aution, Härkösen ja Möttösen (2011) tutkimustuloksissa korostettiin omien oikeuksien ja velvollisuuksien tuntemista, työpaikan arvoin sitoutumista ja sovittujen pelisääntöjen noudattamista. Useasti esille nousseita asioita olivat muun muassa avoin vuorovaikutus, hyvät käytöstavat, hienotunteisuus ja palautteen antaminen. Hyvinvoivalle työyhteisölle tärkeäksi ominaisuudeksi nousi toveruus, millä tarkoitettiin toisista huolehtimista, yhteistyötä ja vastavuoroisuutta. Keskinäinen luottamus ja turvallisuuden tunne olivat niin ikään tärkeitä.

2.3 Johtaminen

Johtaminen voidaan jakaa kahteen osaan: asiajohtamiseen ja ihmisten johtamiseen. Asiajohtamista ohjaavat organisaation toiminta-ajatuksen mukaiset hallinnolliset päätökset, säädökset ja ohjaukset. Ihmisten johtamisessa sen sijaan ensisijalla ovat työilmapiiri, henkilökunnan kannustaminen ja motivoiminen. (Ikonen & Julkunen 2007, 30–31.)

Kivisen (2008, 48–50) mukaan johtamista edistäviä tekijöitä sosiaali- ja terveysalalla ovat moniammatillinen yhteistyö ja vuosityöajan käyttöönotto. Johtamista estäviksi tekijöiksi sen sijaan mainittiin muun muassa asioiden sekavuus organisaatiotasolla, epäselvyys tietyistä vastuuhenkilöistä ja henkilöstön suuri työmäärä resursseihin nähden. Vastuu palvelun hyvästä toteutumisesta kuuluu kuitenkin koko palveluyksikölle eikä vain esimiehelle. (Paasivaara 2007, 82–91.)

Halosen (2008, 30–47) mukaan edellytys toimia voimaannuttavana johtajana vaatii johtajalta omia voimavaroja. Jos johtaja ei saa riittävästi tukea työlleen, ovat hänen omat voimavaransa uhattuina. Tutkimuksessa johdolta toivottiin inhimillistä kohtelua, tukena olemista, ajan antamista, työntekijöiden kuuntelemista ja kannustavaa ilmapiiriä.

Halosen (2008, 44–46) tutkimuksen mukaan osaamista johdetaan henkilöstöhallinnon toimilla: osaamisen kartoittamisella, koulutuksilla, toiminnan arvioimisella päivittäisessä työssä, asiakkaiden toimintakyvyn arvioimisella, pienimuotoisella palkitsemisella ja henkilöstövalinnoilla. Olennaisinta oli mahdollistaa henkilöstölle työn merkityksellisyyden kokeminen, joka on edellytys uuden oppimiselle ja osaamiselle. Koulutuksia tulisi järjestää kunkin työntekijän oman mielenkiinnon mukaan. Paasivaara (2007, 84–85) mainitsee henkilöstön johtamiseen kuuluvan lisäksi muun muassa työn kuvan ja työolojen kehittämisen sekä neuvonnan ja henkilöstön sijoittamisen.

Tärkeäksi osaksi henkilöstöhallinnon osa-aluetta Paasivaara (2007, 85–86) nostaa osaamisen johtamisen. Hän jakaa sen vielä neljään osaan: osaamisen suuntaamiseen, oppimista edistävän ilmapiirin luomiseen, oppimisprosessin tukemiseen ja esimerkillä johtamiseen. Myös Ikonen ja Julkunen (2007, 30–31) sekä Halonen (2008, 44–47) painottivat samoja asioita.

Myös kotihoidossa olennaista on suunnittelun johtaminen, mikä on yhteydessä muutosjohtamiseen. Muutosjohtamisen tarkoituksena on saada uudet tiedot ja taidot

organisaatiomallista tai hallinnon päätöksistä käytännön työhön budjetin ja aikataulun mukaisesti. Tätä voidaan auttaa muun muassa ennakoimisella, koordinoimisella, koulutuksilla ja työnohjauksella. Muutokset lähtevät aina tarpeesta. (Ikonen & Julkunen 2007, 30–31; Paasivaara 2007, 86–89.)

Työhyvinvointia työpaikalla voidaan edistää esimiesten ja työntekijöiden yhteistyöllä. Esimiehen vastuulla on kuitenkin organisoida toimivien käytäntöjen rakentaminen työpaikan tarpeisiin ja tukea työntekijöiden työssä onnistumista erilaisten resurssien avulla. Esimiehen tulisi myös innostaa työntekijöitä työskentelemään organisaation tavoitteiden mukaisesti ja osallistua ristiriitatilanteiden ratkaisemiseen. (Sinisammal ym. 2011; Työterveyslaitos 2011d; Työterveyslaitos 2011e.)

Hoitotyön johtajalta saadun palautteen avulla hoitaja vahvistaa omia voimavarojaan ja työhyvinvointiaan. Kotihoidon hoitajat kokevat säännöllisen rakentavan palautteen työhyvinvointia lisäävänä tekijänä. Tärkeänä koetaan palaute siitä, miten omat taidot vastaavat annettuja työtehtäviä ja palaute uusien ideoiden kehittämisestä. (Pirkanen 2003, 66–67.)

2.4 Työssä jaksaminen

Työssäjaksamiseen vaikuttavat työn luonne, työilmapiiri, työntekijän fyysinen ja psyykinen terveydentila, elämäntilanne sekä motivaatio ja työhalukkuus. Työn merkitys vaihtelee psyykkisesti ja sosiaalisesti elämäntilanteiden mukaan. Ihmisen edellytysten ja työn vaatimusten välinen tasapaino auttaa työssä jaksamiseen. Osa työntekijän ominaisuuksista on perittyjä, osa hankitaan koulutuksella ja työkokemuksella. (Kuntola 2005, 37–39; Ikonen & Julkunen 2007, 152.)

Oma kunto ja liikunnan harrastaminen vaikuttavat sekä fyysiseen että psyykkiseen jaksamiseen. Rentoutuminen vapaa-ajalla on tärkeää. Henkilökunnan työkykyä ja työssä jaksamista voidaan tukea muun muassa perehdytyksellä, työnohjauksella, systemaattisella kuntoutuksella ja tyky-toiminnalla. Vastuu jaksamisesta on jokaisella työntekijällä itsellään: työhön täytyy suhtautua realistisesti omat resurssit ja ominaisuudet huomioon ottaen. Riittävä perehdytys, työn suunnittelu ja toimintaohjeet helpottavat työtä ja auttavat ennaltaehkäisemään ongelmia. (Ikonen & Julkunen 2007, 152–154.)

Kuntolan (2005, 37–39) tekemän tutkimuksen mukaan virkistyspäivät koettiin työyhteisön suhteita tukevin ja virkistävinä tukitoimin. Liikuntamuodot, kuten kuntosalit ja uimahallikortit, koettiin niin ikään hyvinä, mutta niitä ei kuitenkaan tutkimuksen mukaan käytetty. Työnohjauksen merkitys jakoi mielipiteitä: osa vastaajista koki työnohjauksen tukeneen omaa työkykyään, osa piti sitä täysin turhana. Tutkimuksen mukaan tukitoimien epäonnistumiseen johti huono sitoutuminen sovittuihin asioihin ja kehittämistoimien unohtuminen muiden töiden vuoksi.

Ilmarisen ja Tuomen (2004, 19–21) kehittämässä työkyvyn talomallissa työntekijän terveys ja toimintakyky ovat perustana koko työkyvylle. Talomallin toisessa kerroksessa on ammatillinen osaaminen ja kolmannessa työntekijän arvot, asenteet ja motivaatio. Nämä kaikki edellä mainitut lukeutuvat myös työntekijän voimavaroihin. Neljänteen kerrokseen kuuluvat työolot, työ sisältö, työyhteisö ja esimiestyö. Näistä muodostuu Ilmarisen ja Tuomen mielestä työkyky, joka pysyy kasassa kerrosten tukiessa toisiaan. Työkyvyn talomallissa on kyse työntekijän voimavarojen ja työn välisestä tasapainosta.

Työssä jaksamista lisäävät hoitajien mahdollisuudet vaikuttaa omien työpäivien suunnitteluun sekä ammattitaitonsa kehittämiseen. Pirskasen (2003, 40) kotihoidosta tekemän tutkimuksen mukaan työvuorot tulisi suunnitella niin, etteivät työpäivät venyisi liian pitkiksi ja että hoitajilla olisi mahdollisuus vaikuttaa työpäivän kulkuun. Samalla hoitajat toivoivat mahdollisuutta oman ammattitaitonsa ylläpitämiseen ja kehittämiseen koulutukseen osallistumisen kautta.

Työssä jaksamiseen vaikuttaa myös työn imu. Työterveyslaitos (2012a) määrittelee työn imussa olevan työntekijän tarmokkaaksi, omistautuneeksi, työhönsä uppoutuneeksi, sinnikkääksi vastoinkäymisten kohdatessa sekä ylpeäksi työstään. Työntekijä on tuolloin motivoitunut ja innokas tekemään työtään. Vastakohtana työn imulle pidetään työuupumusta. Järvinen (2008, 17–27) mainitsee työn imun aiheuttajiksi muun muassa kiinnostavat työtehtävät, työn osaamisen ja hallinnan tunteet, työstä saatavan kiitoksen ja palautteen sekä hyvät tulokset. Työn sujuminen ja mielekkyys vaihtelevat tilanteiden mukaan, mutta siihen vaikuttaa myös työntekijän persoonallisuus.

3. Kotihoito

3.1 Kotihoidon käsite

Kotihoidolla tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuutta, jolla pyritään mahdollistamaan tilapäisesti tai pysyvästi toimintakykynsä menettänyttä ihmistä elämään turvallisesti kotona. Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee kotihoidon tarkoittavan sosiaalihuoltoasetuksessa kuvattuja palveluita sekä kansanterveyslain perusteella järjestettävää kotisairaanhoidoa. Lisäksi kotihoitoon kuuluu myös omaishoitajuus sekä erilaiset tukipalvelut, kuten päivätoiminta, ateriapalvelu, ruokapalvelu ja saunapalvelu. Kunnilla on lain mukaan velvollisuus järjestää kotihoitopalveluita joko kunnan itse tuottamana tai ostopalveluina yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta. (Ikonen & Julkunen 2007, 14–17 & 44–47; Kunnat.net 2011a; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a.)

Tärkeimpiä kotihoidon toimintaa ohjaavia lainsäädäntöjä ovat Sosiaalihuoltolaki (710/1982), Kansanterveyslaki (66/1972), Laki omaishoidon tuesta (973/2005), Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ja Henkilötietolaki (523/1999). Lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriö on esittänyt linjauksensa vanhusten hoidon ja palvelujen perustavoitteista, jotka on tarkoitus saavuttaa vuoteen 2015 mennessä. Tavoitteena on muun muassa vanhusten yhdenvertainen oikeus palveluihin, vanhusten toimintakyvyn paraneminen ja itsenäisen selviytymisen vahvistaminen. Henkilöstön osalta se tarkoittaa työolojen ja -ehtojen parantamista sekä riittäviä ja ammattitaitoisia henkilöstöresursseja. Lisäksi jokaista kotihoidon organisaatiota ohjaavat omat normit, arvot, tiedot ja toimintatavat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012c.)

Tilapäisellä kotihoidolla tarkoitetaan väliaikaista avun tarvetta esimerkiksi tapaturman tai sairaalasta kotiutumisen takia. Kotihoidon palveluiden avulla sairaalassaoloaikaa voidaan lyhentää. Jatkuvalle, säännölliselle kotihoidolle pyritään turvaamaan turvallinen elämä kotona, jos esimerkiksi toiminta- tai liikuntakyky on alentunut eikä asiakas pärjää enää yksin kotona. Kotihoidon lisäksi muita vaihtoehtoja ovat muun muassa omaishoitajuus, palveluasumisyksiköt, vanhainkodit ja muut pitkä- ja lyhytaikaiset laitospaikat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012d.)

Kotihoidon maksut määräytyvät sen mukaan, ovatko kotihoidon henkilökunnan käynnit tilapäisiä vai säännöllisiä. Maksun suuruuteen vaikuttavat palvelun laatu, määrä, saajan

maksukyky ja perheen koko. Näin ollen myös samassa taloudessa asuvan puolison tulot vaikuttavat kuukausimaksuihin. Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee tilapäisen kotihoidon käyntimaksut sekä jatkuvan kotihoidon kuukausimaksurajat vuosittain. Palveluseteleitä voi hyödyntää niin kunnallisella puolella kuin ostamalla palveluita yksityisiltä palveluntuottajilta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011b; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011c.)

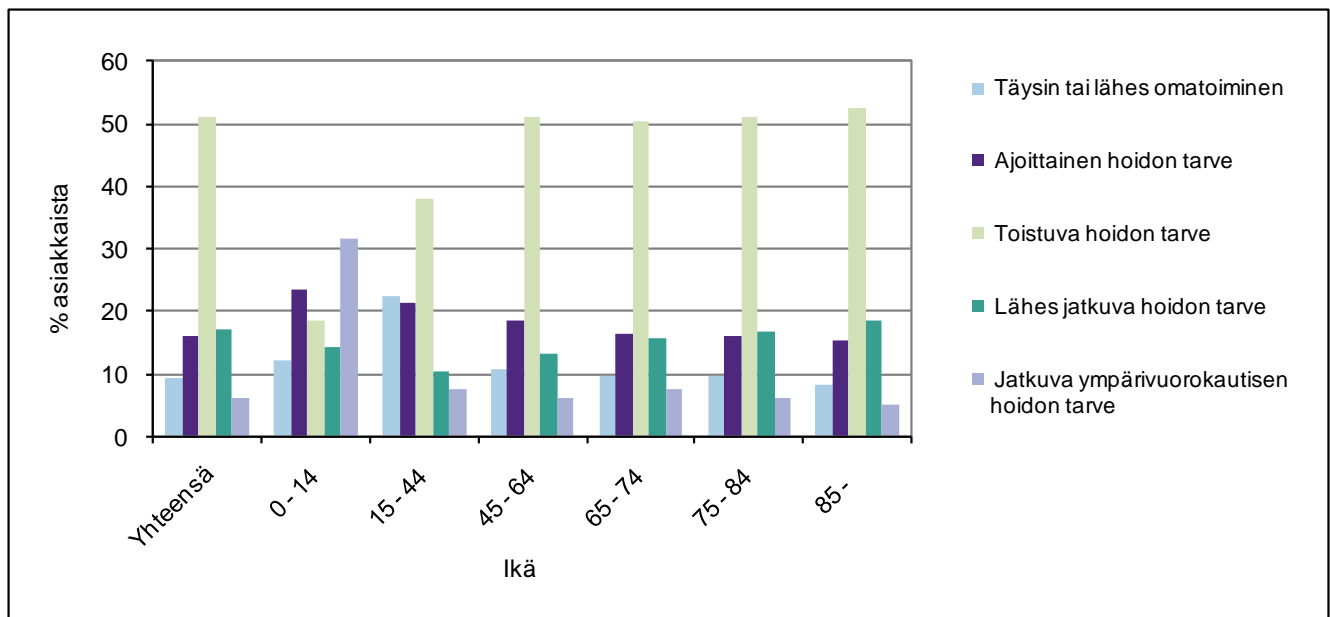
3.2 Kotihoidon toiminta ja sen tavoite

Kotihoidon tavoitteena on antaa asiakkaalle tämän tarvitsemaa apua ja palveluita, jotta kotona tai palveluasunnossa asuminen olisi mahdollista. Kotihoito vähentää laitoshoidon tarvetta niin sairaalasta kotiutuvien potilaiden kuin vanhustenkin kohdalla. Asiakas on velvoitettu saamaan kotihoidon palveluita muun muassa sairauden, vamman tai heikentyneen toimintakyvyn takia. Kotihoidon asiakkaaksi tulevalle tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma yhdessä hoidettavan ja mahdollisesti tämän omaisten kanssa. (Ikonen & Julkunen 2007, 14–16; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a.)

Kotihoidon tavoitteena on edistää ja ylläpitää asiakkaan turvallisuutta ja toimintakykyä sekä tukea omatoimisuutta. Hoidon lähtökohtana ovat asiakkaan tarpeet, ja hoidon tavoitteet luodaan asiakkaan toimintakyvyn mukaan. Asiakkaalla itsellään on ensisijainen vastuu selviytymisestään: kotihoidon tuottamien palveluiden on lähinnä tarkoitus olla asiakkaan selviytymisen tukena. Tärkeä osa kotihoitoa on myös ennaltaehkäistä sairauksia, onnettomuuksia ja toimintakyvyn heikkenemistä neuvonnan, ohjauksen ja tukipalveluiden avulla. (Lappalainen & Turpeinen 1998, 22–34.)

Kotihoito palvelee kaikenikäisiä, mutta suurin osa kotihoidon asiakkaista on vanhuksia. Suurimman asiakasjoukon muodostavat tällä hetkellä 75–84 -vuotiaat, jotka ovat fyysisesti niin huonossa kunnossa, että tarvitsevat ulkopuolista apua pärjätäkseen kotona. Luoman ja Kattaisen (2007, 18) mukaan heidän osuutensa on noin 50 % kaikista kotihoidon asiakkaista. Säännöllisen kotihoidon piirissä on asiakkaana enemmän naisia kuin miehiä. Kuvioon 1 on koottu säännöllisen kotihoidon asiakkaiden hoidon tarve ikäluokittain Suomessa vuonna 2010. Sotainvalidit, joiden sotavamman haitta-aste on yli 20 %, saavat kotihoidon palvelut ilmaiseksi. Maahanmuuttajien määrä kasvaa jatkossa, mutta

toistaiseksi heitä on kotihoidon asiakkaana hyvin vähän, mikä johtunee kulttuurieroista ja tiedon puutteesta.

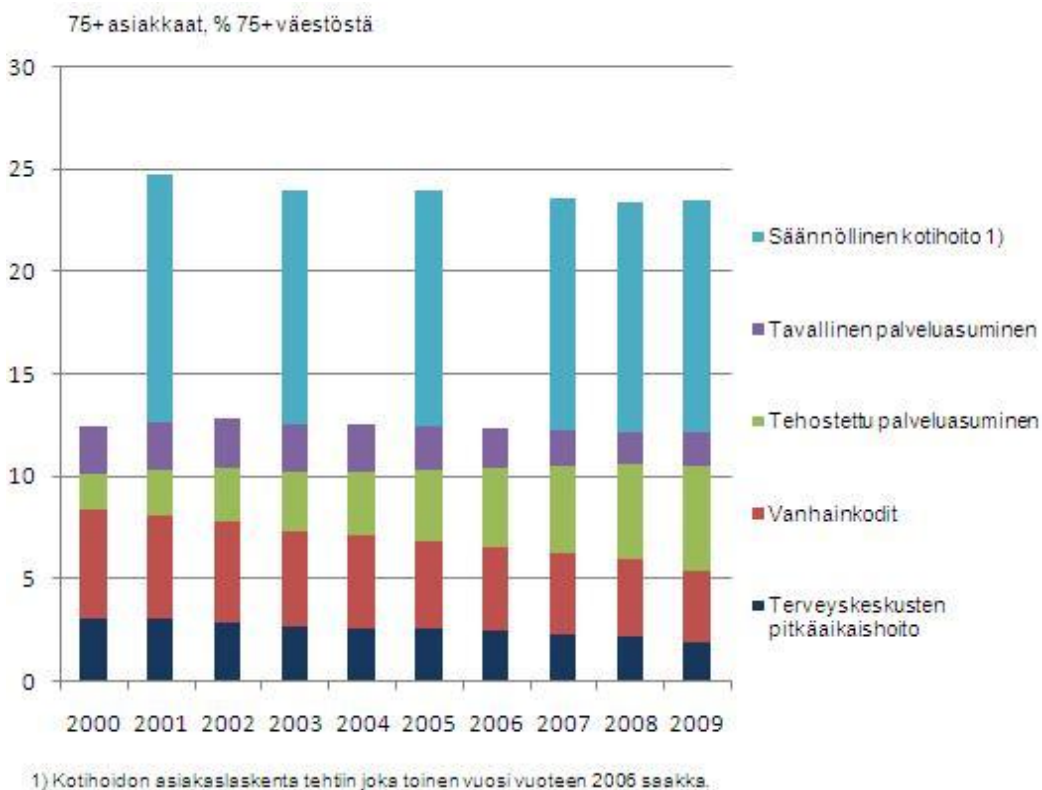


Kuvio 1. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden hoidon tarve ikäryhmittäin Suomessa vuonna 2010 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011b)

Suomessa suurimpia toimintakykyä heikentäviä terveysongelmia tällä hetkellä ovat verenkiertoelinten sairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, mielenterveydenhäiriöt, Alzheimerin tauti, diabetes, hengityselinten sairaudet ja tapaturmat. Tavallisimpia diagnosoituja sairauksia kotihoidon asiakkailla ovat sydämen vajaatoiminta, verenpaine- ja sepelvaltimotauti, rytmihäiriöt, diabetes, dementoivat sairaudet ja osteoporoosi. (Luoma & Kattainen 2007, 19.)

Heinola (2007a, 22–23) jakaa kotihoidon asiakkaat neljään eri kategoriaan sen mukaan, kuinka he suhtautuvat itseensä ja sosiaali- ja terveystalouteen. Itsestä huolta pitävät vanhuksat hoitavat terveyttään ja sairauksiaan ja toimivat luontevasti yhteistyössä kotihoidon henkilökunnan kanssa. Ulkoapäin tuleviin ohjeisiin turvautuvat vanhuksat noudattavat kriittikittömästi saamia ohjeita ja hyväksyvät vaivat osana vanhenemista. Omapäiset ikäihmiset tekevät itsenäisiä ratkaisuja ohjeista välittämättä eivätkä välttämättä edes hyväksy ulkopuolista apua, vaikka sitä tarvitsisivatkin. Luovuttajat kokevat elämäntilanteensa masentavana eivätkä huolehdi enää terveydestään tai hoito-ohjeista. Taustalla on monesti vaikea sairaus, suru tai trauma, ja näille asiakkaille kotihoidon tuki ja kannustus on erittäin tärkeää.

Kotihoidon moniammatilliset tiimit toimivat väestö- tai aluepohjaisen toimintamallin perusteella. Yhteydenotot kotihoidon järjestämiseksi tulevat asiakkaalta itseltään, omaiselta, SAS-toimistolta tai sairaalasta. SAS-työryhmä (Selvitä, Arvioi, Sijoita) muodostuu sairaanhoitajasta, sosiaalityöntekijästä, kotiutushoitajasta ja lääkäristä, ja sen tehtävänä on löytää kullekin asiakkaalle tämän kuntoa ja toimintakykyä vastaava hoitopaikka. Palvelukartoitus tehdään yleensä joko asiakkaan kotona tai osastolla, minkä jälkeen asiakkaalle tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma. Kuvioon 2 on koottu yli 75-vuotiaiden ikääntyneiden palveluiden peittävyys. Kuviosta käy ilmi, että noin puolet ikäluokasta asuu vielä kotona kotihoidon säännöllisten käyntien turvin. Asiakkaan toimintakykyä ja avuntarvetta arvioidaan RAVA-mittarilla, joka koostuu 12 kysymyksestä ja valmiista vastausvaihtoehdoista. Vastausten perusteella lasketaan RAVA-indeksi ja –luokka, jotka jakavat asiakkaat kuusiportaisesti satunnaisesti apua tarvitsevista täysin autettaviin. Asiakaslähtöisen toiminnan perustana ovat asiakkaan omat toiveet ja tarpeet, mikä edellyttää asiakkaan ja tämän läheisten ottamista mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. (Ikonen & Julkunen 2007, 68–69 & 90–109; Lappeenrannan Seniori-info 2011a, Kunnat.net 2012a.)



Kuvio 2. Ikääntyneiden palvelujen peittävyys Suomessa vuosina 2000–2009 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011a)

TeHoSa (Tehostetun kotiutumisen sairaanhoitajaryhmä) auttaa määräaikaista akuuttihoitoa tarvitsevia asiakkaita. Asiakas ei tuolloin tarvitse laitospaikkaa, mutta kotihoidon tarjoamat palvelut eivät myöskään ole riittäviä. TeHoSan palvelujen turvin moni voidaan kotiuttaa sairaalasta aikaisempaa nopeammin. Tehostetun kotihoidon palvelutarve voi lähteä potilaan omasta toiveesta, mutta tarvitsee aina lääkärin arvion. (Ikonen & Julkunen 2007, 61–62.)

3.2.1 Kotihoidon historia ja tulevaisuuden näkymät

Keskiajalle asti vanhukset ja sairaat on hoidettu kotona perheen kesken. 1800- ja 1900 – lukujen vaihteessa diakonissat ja sairaanhoitajat kiersivät kodeissa auttamassa. Vielä 1880-luvulle asti kotiapu oli vain varakkaille suunnattua vaivaishuoltoa, mutta sen jälkeen kotiapu muuttui köyhäinhoidoksi auttamaan nimenomaan vähävaraisia. Tuberkuloosia varten koulutettiin omat tuberkuloosihoidajat. Mannerheimin Lastensuojeluliitto (MLL) on tarjonnut lapsiperheille kotiapua jo 1920-luvulta asti. (Ikonen & Julkunen 2007, 32–36.)

Kunnallinen kotihoito alkoi Suomessa 1950-luvulla ja laajeni siitä vanhustenhuollon palveluiksi 1970-luvulla. 1960-luvulla hoito oli vielä laitospainotteista, ja nykyisenlainen kotihoitotoiminta kehitettiin 1972 Kansanterveyslain tultua voimaan. Erityisesti 1990-luvulla alettiin panostaa sosiaali- ja terveyspalvelurakenteen muuttamiseen avohuollossa tapahtuvaan hoitotyöhön laitoshoidon sijasta. Vanhusten hoito Suomessa on eurooppalaisesta näkökulmasta erikoista: monissa muissa maissa vanhukset hoidetaan kotona perheen voimin, mutta Suomessa naiset käyvät töissä miesten tapaan. 1990-luvulla kotihoidon toimenkuva muuttui psykiatristen, kirurgisten ja saattohoitoa tarvitsevien asiakkaiden lisääntyessä hoitotoimenpidepainotteiseksi kodinhoidon sijaan. (Lappalainen & Turpeinen 1998, 11–13; Ikonen & Julkunen 2007, 32–39.)

Heikkilän ja Pikkaraisen (2008, 6-10) mukaan Suomessa työikäisten ikäluokkien väheneminen on nopeinta 2010-luvulla jopa 30 000 työikäisen vähentyessä vuodessa. Työpaikkojen täyttäminen vaikeutuu, sillä suuret ikäluokat eläköityvät, eikä työmarkkinoille ole tulossa tarpeeksi uutta työvoimaa. Potentiaalisina työntekijöinä Heikkilä ja Pikkarainen pitävät ikääntyviä, työttömiä, vajaakuntoisia ja maahanmuuttajia. Heikkilän ja Pikkaraisen tutkimus koskee nimenomaan väestön ja työvoiman kansainvälistymistä Suomessa. He arvioivat yli 65-vuotiaita olevan Suomessa 20 % vuonna 2015 ja 25 % vuonna 2020.

Väestönlisäys perustuneekin lähitulevaisuudessa vain maahanmuuttoon, mikä tuo omat haasteensa myös työmarkkinoille.

Niemelän (2009b, 135–164) mukaan lisääntyvät asiakasmäärät, taloudelliset resurssit ja yleiset tuottavuuden tehostamisvaatimukset vähentävät entisestään asiakkaan luona vietettävää aikaa. Asiakkaiden yksinoloaika näin ollen kasvaa, mikä asettaa uusia haasteita asiakkaan hyvinvoinnin ja turvallisuuden turvaamiselle.

Suomen vahvuuksina pidetään vankkaa kehittämis- ja tutkimistoimintaa, kattavaa koulutusjärjestelmää ja toimivia palvelujärjestelmiä. Tulevaisuuden haasteiksi sosiaali- ja terveysalalla sen sijaan luetellaan tupakan ja päihteiden aiheuttamat terveysongelmat, mielenterveysongelmat, dementian lisääntyminen sekä lisääntyvästä ylipainosta johtuvien sydän- ja verisuonisairauksien ja aivohalvauksien lisääntyminen. (Hägg ym. 2007, 184.)

Kunnan tuottamista palveluista ollaan pikkuhiljaa siirtymässä prosessi- ja asiakaslähtöiseen palvelutuotantomalliin. Tämä tarkoittaa sitä, että palvelut tuotetaan yhtenäisenä palveluketjuna asiakkaan omien tarpeiden mukaan. Järjestöjen merkitys yhteistyötahona vahvistuu, sillä ne pystyvät vastaamaan tarpeisiin, joihin julkisella puolella ei ole mahdollisuuksia. Työn uudelleenorganisoiminen on yksi tärkeimmistä kehittämiskohteista tulevaisuudessa. (Hägg ym. 2007, 184–189.)

Hägg ym. (2007, 184–190) nostavat esille myös kotihoidon asiakkuuden kriteerit ja resurssit tulevaisuudessa. Saadaanko tulevaisuudessa julkiselta puolelta vain sairaanhoidollista apua vai myös apua arkipäivän toimintoihin? Ovatko toimintakyvyn ylläpitäminen ja turvallisuus samanarvoisia kuin sairaanhoidolliset toimenpiteet? Taloudellisesti ajateltuna toimintakyvyn ylläpitäminen ja tapaturmien ennaltaehkäisy lisäävät asiakkaan elämänlaatua ja pienentävät esimerkiksi erikoissairaanhoidon kustannuksia.

Hägg ym. (2007, 188–189) eivät näe ikärakenteen muutosta pelkästään huonona asiana, vaan myös yhteiskunnallisena resurssina, sillä monet ikääntyneet toimivat omaishoitajina tai vapaaehtoisina eri järjestöissä. Ikääntyneillä on paljon tietoa ja vankka taloudellinen asema työllistäjinä, mikä puolestaan vähentää työelämästä syrjäytymisen ja työttömyyden kustannuksia.

3.2.2 Kotihoitoa tukevat palvelut

Kuntia suositellaan tekemään ehkäisevä kotikäynti kaikille 80 vuotta täyttäneille vanhuksille kartoittamaan heidän mahdollisia palvelutarpeitaan ja kotona pärjäämistään sekä antamaan tietoa tarjolla olevista palveluista. (Ikonen & Julkunen 2007, 68–69.)

SAS-toimisto auttaa tarvittaessa kotihoidon asiakkaita ja henkilökuntaa löytämään asiakkaalle asianmukaista palvelua tai hoitopaikan, jos esimerkiksi asiakkaan oma tai omaishoitajan toimintakyky heikkenee niin, etteivät kotihoidon palvelut riitä. SAS-toimiston kautta tulee kotihoitoon niin ikään myös uusia asiakkaita sairaalajaksojen päättyessä. SAS-toimisto järjestää myös lyhytaikais- ja lomapaikkoja esimerkiksi terveyskeskusten vuodeosastoilta niitä tarvitseville. (Lappeenrannan seniori-info 2011a.)

Erilaisia palveluntarjoajia ovat muun muassa vammaishuolto, veteraanikuntoutus ja katkaisuhuolto. Perustarpeista huolehtivat esimerkiksi kauppapalvelu, kylvetyspalvelu, ateriapalvelu ja turvapuhelin. Kauppapalvelun kautta asiakas saa viikoittain kauppatavarat kotiin kuljetettuna ja ateriapalvelu tuo lämpimän ruoan tarpeen mukaan 3-7 kertaa viikossa. Kylvetyspalveluun kuuluvat edestakaiset kuljetukset sekä apu saunatiloissa. Päivätoimintaa järjestetään viikoittain ja ryhmät jaetaan kuntoisuuden mukaan. Päivätoiminnalla yritetään ehkäistä asiakkaiden yksinäisyyttä ja eristäytymistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011d.)

Maksu tukipalveluista perustuu asiakasmaksulakeihin, ja siihen vaikuttavat asiakkaan tulot ja palveluiden määrä. Asiakkaan saamat tukipalvelut kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Terveystuon maksukaton täytyessä asiakas saa avohoidon palvelut pääsääntöisesti maksutta. Tulosidonnaiset maksut, kuten kotihoidon palvelut, eivät kuitenkaan sisälly maksukattoon. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama maksukatto vuonna 2011 oli 633 euroa. Maksukatto koskee vain kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksuja ja nollaantuu kalenterivuoden päättyttyä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011b; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011e.)

Taloudellista tukea ja etuuksia asiakas voi hakea Kansaneläkelaitokselta. Tärkeimmät tuet kotihoidon maksujen kannalta ovat hoitotuki ja toimeentulotuki. Lisäksi asiakas voi saada Kelalta korvausta käyttämistään lääkkeistä. (Kansaneläkelaitos 2012a; Kansaneläkelaitos 2012b; Kansaneläkelaitos 2012c; Kansaneläkelaitos 2012d, Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b.)

Apuvälineitä, kuten rollaattoreita, tukikaiteita ja pyörätuoleja, asiakkaat voivat lainata apuvälinelainaamosta. Haavanhoitotuotteet sekä avanne- ja katetointitarvikkeet asiakkaat saavat kotihoidosta tai terveysasemalta ilmaiseksi. Apuvälineet on tarkoitettu helpottamaan arjessa selviämistä ja ennaltaehkäisemään tapaturmia. Kotiympäristön vaaroja voidaan eliminoida kynnysten ja mattojen vähentämisellä, liukuesteillä, korokkeilla, riittävällä valaistuksella sekä turvapuhelimella. (Ikonen & Julkunen 2007, 78–88.)

3.2.3 Kotihoidon haasteet

Kotihoidon kehityksen haasteita voidaan tarkastella yhteiskunnallisen kehityksen, sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmien, palveluiden tuottajien tai palveluiden käyttäjien näkökulmasta. Hägg ym. (2007,185) listaavat kehitystä vaativiksi ilmiöiksi kulttuurin muutokset, monimuotoisuuden palvelujärjestelmässä, elinkeinoelämän kehittymisen, globalisaation, hoitomenetelmien kehittymisen tekniikan ja informaation kehittymisen myötä, asiakasmaksujen määräytymisen sekä ilmastonmuutoksen ja muut ympäristötekijät.

Kotihoidon tulevaisuuden haasteina ovat muun muassa kasvavat asiakasmäärät ja uudet asiakasryhmät. Suuret ikäluokat alkavat eläköityä lähivuosina ja heidän myötänsä apua tarvitsevien joukko kasvaa. Asiakkaiden hoitoisuus lisääntyy, kun laitoshoidossa oloaika pyritään vähentämään. Lisäksi asiakkaiden odotuksiin kotihoidosta tulisi pyrkiä vastaamaan. (Heinola 2007b, 9-11)

Tutkimus- ja projektitoilla saadaan jatkuvasti uutta tietoa, mistä toivotaan olevan apua myös tulevaisuudessa. Myös tekniikka ja työmenetelmät kehittyvät, ja hoitohenkilökunnan koulutuksen tulisi pysyä tässä kehityksessä mukana. Eri yksiköiden ja ammattiryhmien yhteistyöllä ja verkostoitumisella uusi tieto saadaan nopeasti käytännön työhön (Ikonen & Julkunen 2007, 212–214). Kettusen (2003, 59–83) tekemän tutkimuksen mukaan kotihoidossa tulisi sen sijaan kehittää etenkin kuntouttavaa työtä, kirjaamista, akuuttia hoitotyötä, tiimityötä ja yhteistyötä.

Kivinen (2008, 51–53) luokitteli tulevaisuuden haasteet yksilötasolla, organisaatiotasolla ja yhteiskunnallisella tasolla. Yksilötason haasteita tulevaisuudessa hänen mukaansa ovat nuorten työntekijöiden johtaminen ja sitouttaminen työhön, vaikuttaminen henkilöstön

työssä jaksamiseen, työaikajoustojen lisääminen ja työntekijöiden mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönsä ja päätösten tekoon. Organisaatiotason haasteina hän mainitsi henkilöstön saatavuuden, organisaation imagon kohottamisen rekrytoinnin varmistamiseksi, työntekijöistä ja heidän työkyvystään huolehtimisen, palkkauksen suhteuttamisen tehtävän vaativuuden arviointiin, osaamisen kehittämisen työhyvinvoinnin johtamisessa, työsuhteiden vakinaistamisen sekä työhyvinvoinnin suunnittelun ja toteutuksen sitouttamisen organisaation linjauksiin. Yhteiskunnallisina haasteina hän näki mahdollisuuden vaikuttaa terveydenhuollon koulutuksen sisältöön ja opiskelijoiden laatuun, työaikajoustojen sisällyttämisen ammattiyhdistysten sopimuksiin sekä keskustelun valtakunnallisella tasolla työhyvinvoinnin johtamisesta ja sen merkityksestä.

Luoman ja Kattaisen (2007, 18–20) mukaan kotihoidon tulevaisuuden haasteena on dementoituneiden ihmisten määrän lisääntyminen sekä ikäihmisten psyykkisten ongelmien ja alkoholinkäytön lisääntyminen. Nykyään kotihoidon tarvetta aiheuttavat eniten vanhusten fyysisen toimintakyvyn aleneminen ja erilaiset sairaudet.

Yhtenä haasteena ja uutena ilmiönä Niemelä (2009a, 25–48) mainitsee vanhusten syrjäytymisen. Ilmiö on Niemelän mukaan vasta tulossa eikä siitä ole vielä tehty Suomessa tutkimuksia, mutta EU:ssa asia on jo nostettu esille. Syrjäytyminen voidaan jakaa neljään osaan: syrjäytyminen köyhyytenä, syrjäytyminen yksinäisyytenä, syrjäytyminen toiminta- ja liikuntakyvyn menettämisenä ja syrjäytyminen muistisairautena. Näistä etenkin kaksi viimeisintä koskisi kotihoidon asiakkaita: toiminta- ja liikuntakyvyn menettäminen heikentää yksilön mahdollisuuksia hakeutua kodin ulkopuolelle ja muistisairauden loppuvaiheessa asiakas ei enää tunnista omia läheisiään tai ympäristöään. Uutena toimintamallina vanhusten yksinäisyyden ehkäisemiseksi Niemelä esittelee paremman yhteistyön eri palveluntuottajien välillä. Sen tarkoituksena on puuttua ajoissa yksinäisyyteen ja antaa tietoa saatavilla olevista palveluista, verkostoitua ja tehdä yhteistyötä lähialueen muiden palveluntuottajien kanssa sekä hyödyntää vapaaehtoistoimintaa.

3.3 Hoitotyö kotihoidossa

Itsemääräämisoikeuden, yksilöllisyyden ja ihmisarvon kunnioittaminen ovat sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluiden perusarvoja, joilla pyritään oikeudenmukaisuuteen ja tasa-arvoon asiakkaita hoidettaessa. Luottamuksellinen suhde hoitajan ja asiakkaan välillä

on edellytys hyvän hoitosuhteen luomiseen, mikä vaatii kommunikointia, vaihtoehtoista ja oikeuksista tiedottamista sekä salassapitovelvollisuuden noudattamista. (Lappalainen & Turpeinen 1998, 24–31.)

Kokonaisvaltaiseen kotihoitotyöhön kuuluvat päivittäisistä toiminnoista huolehtiminen, terveyden edistäminen ja sairaanhoito, kuntoutus sekä psykososiaalinen tuki niin asiakkaalle kuin tämän omaisillekin. Henkilökunta huolehtii muun muassa lääkehoidosta, haavahoidosta, saattohoidosta, opastuksesta ja neuvonnasta sekä tukipalvelujen hankkimisesta. Asiakkaan uskonnollisuutta tulee tukea hoitajan omasta vakaumuksesta riippumatta. Lisäksi hoitohenkilökunnan tulee hallita ensiapu- ja elvytystaidot ja tarvittaessa lähettää asiakas sairaalaan. Sosiaalitekniikkaa hyödynnetään kotihoidossakin yhä enemmän esimerkiksi turvallisuuteen, kodin ulkopuolella liikkumiseen ja päivittäistoimintoihin liittyvissä asioissa. (Ikonen & Julkunen, 2007, 14–17, 46–47, 78 & 150–151.)

Hoitotyö kotihoidossa voidaan jakaa neljään osa-alueeseen: tarpeen arviointiin, tavoitteiden asettamiseen ja suunnitelman tekoon, toteutukseen sekä työn arviointiin ja suunnitelman tarkastukseen. Asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan sekä hoidon arviointiin käytetään RAI-järjestelmää (Resident Assessment Instrument). Asiakkaan hoitoon ei kuulu vain kotikäynti, vaan se vaatii myös suunnittelua ja jälkitoimenpiteitä, kuten laboratoriokäyntejä, tarvikkeiden varaamista, kirjaamista ja konsultointeja. Asiakkaiden tietoja päivitetään potilastietoihin, kotihoidon kansioon ja viestivihkoihin, minkä lisäksi kaikki käynnit tilastoidaan. (Ikonen & Julkunen 2007, 104–113; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011c.)

3.3.1 Koti hoitoympäristönä

Koti merkitsee ihmiselle vapautta, päätösvaltaa, itsenäistä elämää ja elämänhallintaa, ja se on yhteydessä asujan identiteettiin, arvoihin ja merkitysmaailmaan. Koti on ihmiselle intiimireviiriä, jossa läheisverkosto, ammatti ja harrastukset ovat läsnä. Toisen koti asettaa työpaikkana rajoituksia, vaatimuksia ja erityispiirteitä esimerkiksi ergonomian suhteen. (Ikonen & Julkunen 2007, 10–13; Lappalainen & Turpeinen 1998, 17–21.)

Asiakkaalla on oikeus päättää kotiaan koskevista muutostöistä, kuten kalustuksesta ja apuvälineistä. Työtehtävien ergonomisella suorittamisella on silti samat vaatimukset kuin laitoksissakin. Olosuhteet ja välineet vaihtelevat suuresti, mutta oikeilla työskentelytavoilla voidaan ehkäistä esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairauksia. Yksin työskennellessä ergonomiaan täytyy kiinnittää erityistä huomiota. Työturvallisuuslakia ja työehtolakia noudattamalla haitalliset työolot ja terveysriskit täytyisi saada eliminoitu. (Larmi, Tokola & Välkkiö 2005, 15–18.)

Hoitohenkilökunnan on kunnioitettava asiakkaan yksityisyyttä ja itsemääräämisoikeutta: asiakas on oman elämänsä asiantuntija ja ratkaisujen tekijä. Ergonomisiin, hygieenisiin ja työturvallisuuteen liittyviin asioihin voi olla vaikea puuttua. Kotona työskennellessä ei ole laitospaisia rutiineja ja esimerkiksi lämpötilat, tilojen puute ja heikko varustetaso voivat hankaloittaa työskentelyä. Hygieniaan ja riittävään suojavaatetukseen täytyy kiinnittää erityistä huomiota. Saadessaan asua kotona asiakas kokee suurempaa autonomiaa, itsemääräämisoikeutta, yksilöllisyyttä ja intymiteettisuojaa laitokseen verrattuna, vaikka kalusteita ei enää juuri olisi. Omaisten osallistuminen hoitotyöhön on tärkeä voimavara, mutta vapaaehtoista: jokaisella on mahdollisuus osallistua omien halujensa ja jaksamisensa mukaan. (Larmi ym. 2005, 15–18.)

3.3.2 Hoitohenkilökunta

Kotihoidon hoitohenkilökunta muodostuu moniammatillisesta tiimistä. Tähän tiimiin kuuluvat muun muassa lääkäri, sairaanhoitajat ja lähihoitajat, kotihoidon ohjaaja, tuki- ja turva-auttajat, sosiaalityöntekijät sekä fysio- ja toimintaterapeutit. Näiden lisäksi tiimiin voi kuulua erityisammattiryhmiä, kuten diabetes- tai jalkahoitaja, yksityisiä palveluntuottajia ja kolmannen sektorin edustajia, kuten seurakunnat ja järjestöt. Tiimissä yhdistyvät ammattitaito, osaaminen ja vuorovaikutus. (Larmi ym. 2005, 12–15.)

Tiimityö vaatii kokonaistilanteen arviointia, resurssien suunnittelua ja vastuualueiden jakamista hoitavien tahojen kesken. Laaja tieto-taito eri sektorien ammattilaisilta takaa toimivan kokonaisuuden. Kotihoidon hoitajille kuuluu laaja-alainen osaaminen. Erityisen tärkeää on ammattietiikan noudattaminen, itsensä kehittäminen ja vuorovaikutustaidot. Lain mukaan hoitajille kuuluu 3-10 koulutuspäivää vuodessa riippuen esimerkiksi

työsuhteen kestosta. (Ikonen & Julkunen 2007, 144–163; Koivukoski & Palomäki 2009, 32–39.)

Tehtäväkeskeisessä työnjaossa hoito ja palvelut ovat irrallisia työtehtäviä, ja jokainen ammatin edustaja hoitaa oman osa-alueensa, kuten haavahoidon tai lääkehoidon. Perusteita mallin käytölle ovat asiantuntemus ja ajankäytön tehokkuus. Vastuuhoitajamallissa jokaisella asiakkaalla on sen sijaan nimetty hoitaja, jolle kuuluu kokonaisvastuu asiakkaan hoidosta. Vastuuhoitaja-malli on hyvä perusta yhteistyölle sekä omaisten että muiden yksiköiden kanssa. (Larmi ym. 2005, 12–15 & 75–79.)

Jokaisessa kotihoidon tiimissä on tiiminvetäjä. Sen ei tarvitse olla esimies, vaan tiiminvetäjänä voi toimia kuka tahansa hoitohenkilökunnasta. Tiiminvetäjän tarkoitus on motivoida ja rohkaista muuta henkilökuntaa työssään sekä olla vastuussa perustehtävien onnistumisesta ja työn kehittämisestä. Tiimin jäsenien osaamista ja erilaisuutta tulisi hyödyntää tiimityössä jakamalla esimerkiksi vastuualueita tiiminjäsenille. (Koivukoski & Palomäki, 2009, 65–76.)

Kotihoidon asiakkaat on jaettu hoitajien kesken ja asiakkaiden luona käydään yksinään. Poikkeuksen tästä muodostavat erityisen raskaat, arvaamattomat tai aggressiiviset potilaat, joiden luokse mennään turvallisuussyistä pareittain. Hoitohenkilökunnalla on yhteiset tavoitteet asiakkaiden auttamisessa ja kotona pärjäämisessä. (Larmi ym. 2005, 15–18.)

3.3.3 Työhyvinvointia edistävät ja haittaavat tekijät kotihoidossa

Työkykyyn vaikuttavat tekijät voivat olla fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia. Työkykyyn vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa työntekijän terveys ja toimintakyky, asenteet, arvot ja motivaatio sekä ammatillinen osaaminen. Työ itsessään vaikuttaa myös työntekijän työkykyyn ja voi sekä edistää että haitata työntekijän työhyvinvointia. (Työterveyslaitos 2012b.)

Salon (2002, 47–60) tekemän tutkimuksen mukaan suurin osa kotisairaanhoidon ja yhdistetyn kotihoidon henkilökunnasta koki oman voimavaroilanteensa melko hyväksi. Eniten voimavaroja henkilökunnalle antoivat kehittymismahdollisuudet työssä ja työtovereilta saatu tuki. Puutteellisin voimavara sen sijaan oli lähimmältä esimieheltä tai

läheisiltä saatu tuki. Valtaosa vastanneista koki ammatilliset valmiutensa hyväksi, mikä oli myös yhteydessä hyväksi koettuun terveydentilaan. Vaikutusmahdollisuudet omaan työhön koettiin kotisairaanhoidossa ja yhdistetyssä kotihoidossa osastotyötä paremmiksi. Tutkimukseen osallistuneet pitivät täydennyskoulutuksia tärkeinä ja toivoivat lisää palautetta esimieheltä sekä kehityskeskusteluja. Työkyvyn tukemiseen esitettyjä kehittämiskeinoja olivat esimerkiksi kuntoutuksen järjestäminen ja hyvien työskentelyolojen luominen.

Kuntolan (2005) tutkimuksen mukaan voimavaroja sen sijaan antoivat yhteinen arvomaailma työyhteisössä, työtoverien tuki, esimiehen läsnäolo ja tuki, terveys ja työkyky sekä henkilökohtaiset voimavarat, kuten perhe, koti, harrastukset ja ystävät. Työkykyä uhkaavina tekijöinä koettiin henkilöstöressurssien ja työmäärän epäsuhta, kiire, ylitöiden kertyminen, huoli suuresta vastuusta ja asiakkaiden pärjäämisestä, erilaiset työkäytännöt koulutuserojen takia, henkilöstön vaihtuvuus ja sijaiset, huono työergonomia ja yhteishenki sekä oman ammattitaidon häviäminen käyttämättömien tietojen ja taitojen unohtuessa. Työkyvyn edistämiseksi ehdotettiin ergonomian parantamista, työyhteisön ilmapiirin parannusta esimerkiksi yhteisillä retkillä, avoimempaa ilmapiiriä, työolojen kehittämistä ja apuvälineitä, selkeämpää vastuunjakoja, omien vahvuuksien hyödyntämistä esimerkiksi vanhusten viriketoiminnassa, lisäämällä henkilöstöä ja järjestämällä työhönohjausta. (Kuntola 2005, 39–45.)

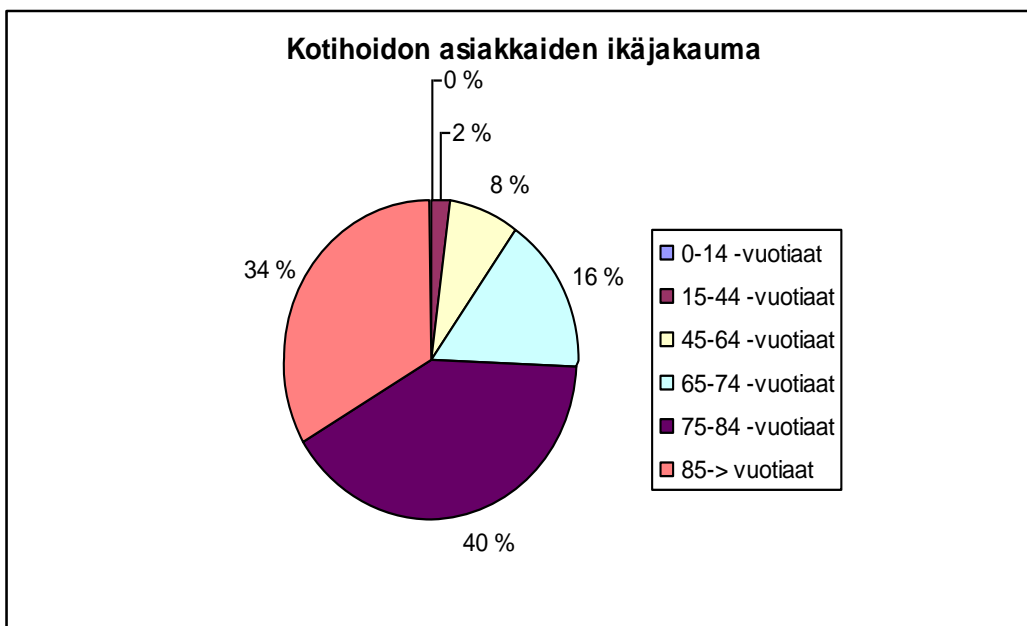
3.4 Lappeenrannan alueen kotihoito

Kotihoito on Lappeenrannan alueella jaettu viiteen piiriin: Keskusta-Eteläiseen, Keskusta-Pohjoiseen, Sammonlahteen, Joutsenoon ja Lauritsalaan. Näiden lisäksi Lappeenrannan alueella toimii kymmeniä yksityisiä palveluntuottajia sekä lyhytaikaista tehostettua kotisairaanhoidoa tarjoava TeHoSa. (Lappeenrannan Seniori-info 2011b.)

Lappeenrannan keskustan alueella työskentelee 105 hoitajaa: 52 pohjoisella alueella ja 53 eteläisellä. Asiakkaita keskustan pohjoisella alueella on 317 ja eteläisellä 268. Keskusta eteläiseen kuuluvat Kiviharjun, Tykin, Kesämäen, Ratakadun ja Ylämaan alueet. Pohjoiseen alueeseen lukeutuvat muu keskusta, Kaukas, Alakylä, Peltola, Pallo, Leiri ja Voisalmi. Sammonlahden kotihoidossa työskentelee 30 hoitajaa, ja asiakkaita on 200. Sammonlahden alue on jaettu kolmeen tiimiin. Joutsenon alueella hoitajia on 36 ja

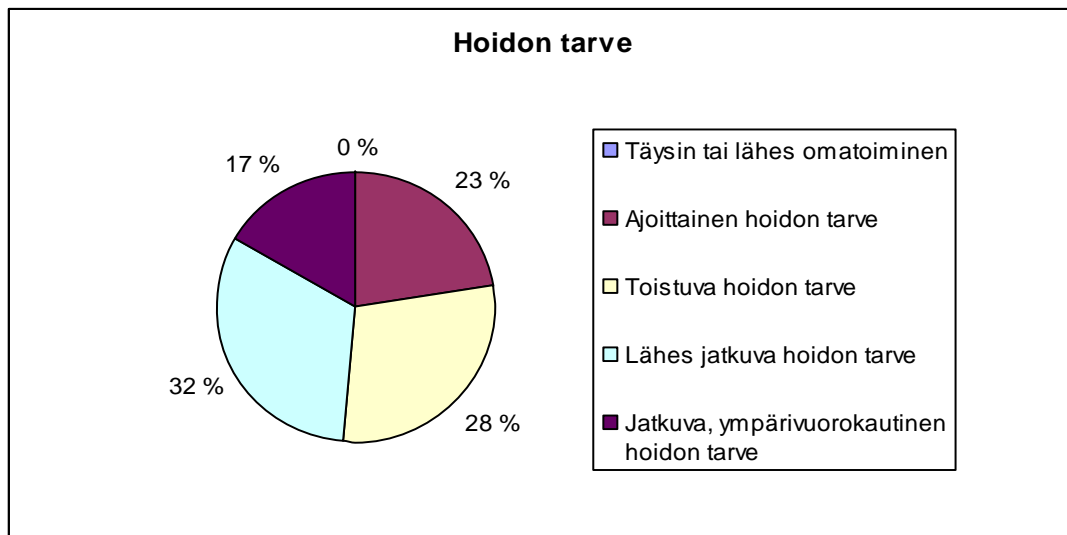
asiakkaita 174. Joutsenon kotihoito jakautuu neljään tiimiin, minkä lisäksi sillä on omat yöhoitajat. Lauritsalassa asiakkaita 223 ja hoitajia 49, jotka niin ikään jakautuvat neljään eri tiimiin. Yhteensä hoitajia koko Lappeenrannan alueella on siis 220 osastonhoitajat ja kotihoidon ohjaajat mukaan lukien, ja asiakkaita 1182. (Paajanen, 2011.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottaman laskennan mukaan Lappeenrannan alueella oli vuonna 2010 1203 kotihoidon asiakasta, mikä on 13,8 % enemmän edellisvuoteen verrattuna. Säännöllisen kotihoidon piirissä oli 888 asiakasta, mikä on 1,8 % enemmän kuin vuonna 2009. Asiakkaiden keski-ikä oli 78,9 vuotta. Kuvioon 3 on jaoteltu Lappeenrannan alueen kotihoidon asiakkaat ikäryhmittäin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011d.)



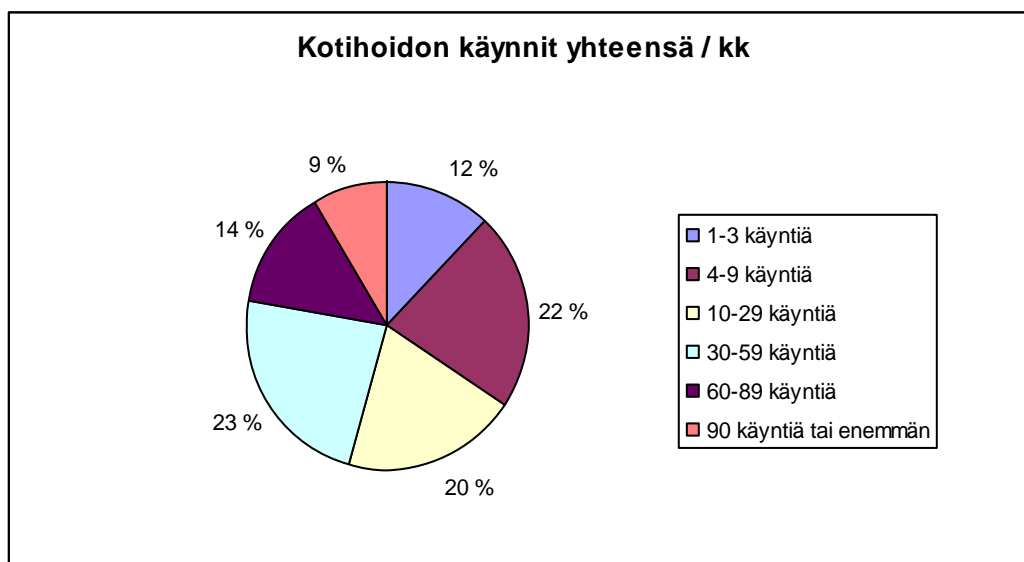
Kuvio 3. Kotihoidon asiakkaiden ikäjakauma Lappeenrannan alueella vuonna 2010 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011d)

Laskennan mukaan yksikään Lappeenrannan alueen säännöllisen kotihoidon piirissä oleva asiakas ei ollut omatoiminen tai lähes omatoiminen. Noin 23 % tarvitsi ajoittaista apua, 28 % toistuvaa apua ja 32 % lähes jatkuvaa apua. Jatkovaa, lähes ympärivuorokautista hoitoa tarvitsi 17 %. Asiakkaiden hoidon tarpeet on koottu vielä kuvioon 4. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011d)



Kuvio 4 Kotihoidon asiakkaiden hoidon tarve Lappeenrannan alueella vuonna 2010 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011d)

Lähes puolella kotihoidon asiakkaista käydään vähintään kerran päivässä. He tarvitsevat apua päivittäisissä toiminnoissa, esimerkiksi hygieniasta huolehtimisessa ja wc-toimissa, ruokailuissa ja lääkkeenotossa avustamisessa. Ajoittaista apua voi olla esimerkiksi sairaanhoitajan käynnit, kuten lääkkeenjako ja verikokeet. Kuvioon 5 on jaoteltu Lappeenrannan kotihoidon asiakkaat henkilökunnan kuukausittaisten käyntimäärien mukaan.



Kuvio 5. Kotikäyntien määrä asiakasta kohden Lappeenrannan alueella vuonna 2010 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011d)

4 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista

Työhyvinvointi kotihoidossa koostuu monista eri tekijöistä, kuten työn mielekkyydestä, työympäristöstä, esimiestyöstä ja työyhteisöstä. Määritelmään vaikuttaa tarkasteltava näkökulma, sillä käsite on monimuotoinen. Henkilöstön työhyvinvoinnin tukemiseksi on kehitetty erilaisia toimia, ja näitä tulisivat hyödyntää työyhteisöissä työhön sitoutumisen ja työhyvinvoinnin ylläpitämiseksi. Tässä opinnäytetyössä tarkastelemme työhyvinvointia sekä yksilön että yhteisön näkökulmasta, ja keskeisimmiksi työhyvinvoinnin osatekijöiksi otimme esille johtajuuden, työssä jaksamisen ja työpaikan ilmapiirin, joihin vaikuttavat monet eri tekijät. Näitä tekijöitä ovat muun muassa työyhteisön väliset ihmissuhteet, työn imu, fyysinen ja psyykinen jaksaminen sekä esimiestyö.

Kotihoidon asiakasmäärät kasvavat suurien ikäluokkien eläköityessä ja osastopaikkojen vähentyessä. Osastoja ajetaan alas ja yhä huonokuntoisemmat asuvat jatkossa kotona, mikä tuo haasteita kotihoidon henkilökunnalle. Hoitajien työhyvinvointi, työssä jaksaminen, työturvallisuus ja –ergonomia täytyy huomioida jo ennaltaehkäisevästi. Hoitajien työnkuva muuttuu ja kriteerit kotihoidon asiakkuuteen kunnallisella puolella nousevat. Kotihoidolla tarkoitamme asiakkaiden koteihin tuotettavia palveluita, joilla mahdollistetaan asiakkaiden kotona pärjääminen ja turvallisuus laitoshoidon sijaan. Näitä palveluita ovat muun muassa sairaanhoidolliset toimenpiteet ja päivittäisissä toimissa avustaminen. Tutkimme työhyvinvointia kotihoidon hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Lappeenrannan kotihoidon hoitohenkilökunnan kokemuksia työhyvinvoinnista. Tavoitteena on näiden tuloksien perusteella nostaa esille kehitysehdotuksia, joilla voitaisiin edistää hoitajien työhyvinvointia. Opinnäytetyössä haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaiseksi kotihoidon hoitohenkilökunta kokee työhyvinvoinnin kotihoidossa?
2. Minkälaisia kehitysehdotuksia kotihoidon hoitohenkilökunnalla on työhyvinvoinnin parantamiseksi?

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Opinnäytetyön aineiston keruu

Tutkimuksemme suunnattiin Lappeenrannan alueen kotihoidossa työskenteleville lähi- ja sairaanhoitajille, joita on yhteensä noin 200. Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella hoitohenkilökunnan työhyvinvointia nimenomaan hoitohenkilökunnan näkökulmasta, minkä takia osastonhoitajat ja ylemmät esimiehet jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle. Teimme opinnäytetyön kvantitatiivisena eli määrällisenä kyselytutkimuksena, koska näin pystyimme tutkimaan helposti suurta joukkoa ja käsittelemään saamamme tiedot tilastollisesti.

Kvantitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä strukturoidut aineiston keruumenetelmät. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään tilastollisia menetelmiä, ja tavoitteena on yleistää tulokset koskemaan perusjoukkoa, testata teorioita ja jäsentää todellisuutta objektiivisesti. Teoreettinen tutkimus perustuu rationaalisesti ja systemaattisesti tehtyyn päättelyyn eli deduktiiviseen päättelyyn. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 19–20; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 135–140.)

Käytimme kyselylomakkeessa (Liite 3) myös avoimia kysymyksiä, jolloin yhdistimme kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia lähestymistapoja. Tutkimusongelmamme oli sama ja aineisto kerättiin siis samanaikaisesti. Ensisijainen lähestymistapamme oli kuitenkin kvantitatiivinen, mutta avoimilla kysymyksillä annoimme vastaajille mahdollisuuden ilmaista asian omin sanoin. Eri tutkimusmenetelmien yhdistelemistä kutsutaan metodologiseksi triangulaatioksi (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 226–227).

Työelämänohjaajamme, ohjaava opettajamme sekä opiskelijakollegat arvioivat kyselylomakkeen ennen kyselyn toteuttamista. Heiltä saamamme palautteen perusteella muokkasimme kyselylomakkeesta opinnäytetyössä käytetyn version. Arvioinnin tarkoituksena oli selvittää, saammeko lomakkeella haluamiimme kysymyksiin vastaukset ja ovatko kysymykset helposti ymmärrettävissä, mikä lisää myös tutkimuksen luotettavuutta.

Kyselylomakkeen etuna on se, että sillä voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto ja saatu aineisto voidaan helposti käsitellä ja analysoida tietokoneen avulla. Toisaalta, saatua aineistoa pidetään monesti pinnallisena ja teoreettisesti vaatimattomana. Hirsjärven ym. (2008, 193–203) mukaan kyselytutkimuksessa ei voida tietää, kuinka vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen, miten onnistuneita vastausvaihtoehdot ovat ja kuinka

hyvin vastaajat ovat perehtyneet asiaan. Avoimien kysymysten käyttöä perustellaan usein sillä, että ne antavat vastaajalleen mahdollisuuden sanoa todellisen mielipiteensä, ilman rajattuja vaihtoehtoja. Monivalintatehtävien suosijat sen sijaan pitävät avoimilla kysymyksillä kerättyä aineistoa kirjavana, luotettavuudeltaan epävarmana ja vaikeana käsitellä. (Hirsjärvi ym. 2008, 193–203)

Verkkokyselyn etuja ovat nopeus, taloudellisuus ja vaivaton laajan tutkimusaineiston tavoittaminen, mutta haasteena on kato vastaajien suhteen. Katoon vaikuttaa eniten se, kuinka tärkeäksi vastaajat kokevat tutkimuksen (Heikkilä, Leino-Kilpi & Hupli 2007). Valitsimme verkkokyselyn postikyselyn sijaan juuri sen nopeuden ja vaivattomuuden takia. Vastaukset tallentuivat suoraan tietokoneelle, jolloin myös virheiden riski pieneni. Stukturoiduissa kysymyksissä käytimme 5-portaista Likertin asteikkoa, jolloin vastaaja valitsee omasta mielestään väittämää parhaiten vastaavan vaihtoehdon.

Toteutimme kyselyn Webropol-ohjelman avulla 9.-24.12.2011. Tutkimusluvan anoinimme Eksoten ohjeiden mukaan ja saimme 21.11.2011. Lähetimme kyselyt sähköpostitse Eksoten alueen kotihoidon päällikön eli työelämän ohjaajamme kautta kotihoidon hoitohenkilökunnalle. Sähköposti sisälsi saatekirjeen (Liite 2) ja linkin kyselyyn. Kyselyyn vastaamiseen oli aikaa kaksi viikkoa.

6.2 Opinnäytetyön aineiston analyysi

Suljetut eli strukturoidut kysymykset analysoimme tilastollisin menetelmin. Käytimme tilastoinnissa ja kuvaamisessa apuna frekvenssejä ja prosentteja. Strukturoiduissa kysymyksissä oli viisi (5) vastausvaihtoehtoa, joista pienen otoksen takia yhdistimme tuloksia kootessamme täysin ja jonkin verran samaa mieltä olevien vastaukset sekä täysin ja jonkin verran eri mieltä olevien vastaukset. Tulokset esitämme sanallisesti, mutta havainnollistamme tuloksia myös kuvioiden avulla. Avoimien kysymysten analysoinnissa käytimme sisällönanalyysiä. Se tarkoittaa, että tiivistimme saamamme vastaukset, ja erittelimme vastauksista yhtäläisyydet ja eroavaisuudet (Heikkilä ym. 2007).

Tulokset esitämme kysymysten mukaisessa järjestyksessä. Strukturoituihin kysymyksiin vastasivat kaikki kyselyyn osallistuneet. Avoimiin kysymyksiin sen sijaan vastattiin vaihtelevasti: vähimmillään saimme 28 vastausta.

6.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Haimme tutkimuslupaa Etelä- Karjalan sosiaali- ja terveystieteiltä ohjeiden mukaisesti (Liite 1). Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista eikä vastaajien henkilöllisyys tullut tietoomme missään vaiheessa. Vastaajien työyksiköt eivät myöskään tulleet tietoomme eikä yksittäisiä vastauksia nostettu esille anonymiteetin säilyttämiseksi. Emme kysyneet esitiedoissa vastaajan sukupuolta, sillä tiesimme jo etukäteen, että valtaosa hoitohenkilökunnasta on naisia ja vastaajien anonymiteetti olisi näin ollen voinut vaarantua. Kyselylomakkeet lähetimme Eksoten alueen kotihoidon päällikön kautta, jotta vastaajat eivät luulleet vastaustensa menevän suoraan osastonhoitajien tietoon, koska sillä olisi voinut olla vaikutusta vastausten määrään ja laatuun. Vastaukset hävitettiin raportoinnin päätyttyä.

Kyselylomake (Liite 3) oli suunnattu etukäteen valitulle joukolla. Taulukosta 1 näkyy, kuinka kyselylomakkeen kysymykset vastaavat tutkimusongelmia. Kysymyslomake lähetettiin kaikille Lappeenrannan alueen kotihoidossa työskenteleville hoitotyötä tekeville hoitajille eli kyseessä on kokonaisotanta. Tutkimustulokset voidaan näin ollen yleistää tavoitteemme mukaisesti Lappeenrantaan koskeväksi, mutta ei esimerkiksi muita Eksoten alueen kuntia tai koko Suomea koskeväksi. Koska vastausprosentti oli pieni (25 %, n=48), on yleistyksissä kuitenkin oltava varovainen. Vastaajien sähköpostiosoitteet eivät tulleet tietoomme, sillä lähetimme saatekirjeen ja linkin kyselylomakkeeseen kotihoidon päällikkö Raili Paajaselle, joka laittoi ne eteenpäin. Vastaukset tulivat nimettöminä Webropol-ohjelmaan. Anonymiteetistä kerroimme myös saatekirjeessä.

Etukäteen valittu joukko lisää tutkimuksen luotettavuutta. Kun tietyn alueen vastaajille ei aseteta rajoituksia, on kyseessä kokonaisotanta. Vastaukset voidaan tuolloin yleistää sitä aluetta koskeviksi. Pieni vastausprosentti rajoittaa yleistysten tekemistä ja kyselyn anonymiteetistä on kerrottava etukäteen. (Kuula 2006, 99–107; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 206–213; Heikkilä 2007; Hirsjärvi ym. 2008, 182–193.)

Tutkimuksen laatua tarkasteltaessa puhutaan validiteetista ja reliabiliteetista. Validiteetilla viitataan siihen, miten hyvin tutkimus tai mittaus kuvaa tarkasteltavaa ilmiötä. Reliabiliteetilla taas tarkoitetaan tutkimuksen tai mittauksen luotettavuutta, eli sitä, kuinka johdonmukaisesti ja tarkasti mittari toimii. (Ronkainen ym. 2011, 129-131).

Kysymysten sisältö	Numero
Taustakysymykset	1-3
Vastaajien kokema työhyvinvointi	4-9
Kehittämisehdotukset	10–13

Taulukko 1. Mittarin kattavuus

Vastausprosentti jäi melko alhaiseksi (25 %), mutta olimme kuitenkin tyytyväisiä vastausten määrään ja etenkin avoimista kysymyksistä saamiimme vastauksiin. Alhainen vastausprosentti vaikuttaa kuitenkin tutkimuksen luotettavuuteen. Kyselylomake lähetettiin juuri ennen joulua, mikä saattoi vaikuttaa vastaajien määrään. Kyselyn tulosten perusteella työntekijöillä on paljon tietokoneella tehtävää työtä ja aikaa rajoitetusti. Tämä saattoi vaikuttaa siihen, että he eivät ehtineet tai jaksaneet työn ohella vastata tekemäämme Internet-kyselyyn. Työelämäohjaajamme mukaan vastaavanlainen työhyvinvointi-kysely oli Eksoten alueella toteutettu lähiaikoina.

7 Opinnäytetyön tulokset

7.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselymme vastasi 48 kotihoidon hoitajaa Lappeenrannan alueelta. Vastaajista 14 oli sairaanhoitajia ja 34 lähihoitajia tai kodinhoitajia.

Vastaajien koulutus	%	f
Ammattikoulu/ -opisto	71%	34
Ammattikorkeakoulu	27%	13

Muu, mikä?	2%	1
------------	----	---

Taulukko 2. Vastaajien koulutustausta (% ,f, n=48)

Vastaajista 21 % oli 18–29 -vuotiaita ja saman verran (21 %) 30–39 -vuotiaita. Kolmannes vastaajista (33 %) oli 40–49 -vuotiaita, ja neljäsosa (25 %) oli yli 50-vuotiaita.

Vastaajien ikä	%	f
18-29 -vuotias	21%	10
30-39 -vuotias	21%	10
40-49 –vuotias	33%	18
Yli 50-vuotias	25%	12

Taulukko 3. Vastaajien ikäjakauma (% , f, n=48)

Vastaajista puolella (50 %) oli työkokemusta yli kymmenen vuotta. 31 % oli työskennellyt alle 5 vuotta ja 19 % 5-10 vuotta. Tyypillinen vastaaja oli siis 40–49 -vuotias lähihoitaja, jolla oli työkokemusta yli 10 vuotta. Taulukoihin 2-4 on koottu tietoja kyselyyn vastanneiden taustoista.

Vastaajien työkokemus	%	f
Alle 5 vuotta	31%	15
5-10 vuotta	19%	9
Yli 10 vuotta	50%	24

Taulukko 4. Vastaajien työkokemus (% ,f, n=48)

7.2 Vastaajien kokema työhyvinvointi Lappeenrannan alueen kotihoidossa

Vastaajista lähes kaikki (96 %) olivat jonkin verran tai täysin samaa mieltä siitä, että työ kotihoidossa edellyttää hyvää fyysistä kuntoa, ja he kokivat, että heillä on työn tekoon tarvittava fyysinen kunto (98 %). Vastaajista reilusti yli puolet (77 %) koki kotihoidossa tehtävän työn fyysisesti kuormittavaksi.

Työskentelyssä hyödynnettävien apuvälineiden käytöstä kysyttäessä vastaukset jakautuivat: 46 % vastaajista oli sitä mieltä, että he pystyvät hyödyntämään apuvälineitä työssään, kun taas vastaavasti jopa 44 % vastaajista oli jokseenkin eri mieltä asiasta. Lähes puolet vastaajista (46 %) oli sitä mieltä, että päivän aikana on riittävästi taukoja, ja lähes sama määrä vastaajista (48 %) oli tyytyväisiä työpaikallaan järjestettyyn työtoimintaan ja työntekijöiden hyvinvointiin panostamiseen. Eniten vastaukset jakaantuivat kysyttäessä työpaikan kannustuksesta oman fyysisen kunnon ylläpitämiseen. Lähes viidennes vastaajista (19 %) ei osannut sanoa mielipidettään, 42 % koki saavansa kannustusta ja 40 % ei pitänyt kannustusta riittävänä.

Henkinen työhyvinvointi käsittää kyselylomakkeessa työntekijöiden työn haasteet ja sen kuormittavuuden henkisesti sekä työn vaikutuksen kokonaisvaltaiseen elämänhallintaan. Näihin väittämiin kukaan vastaajista ei ollut vastannut olevansa täysin eri mieltä. Kaikki vastaajat (100 %) pitivät työstään. Lähes kaikki vastaajat kokivat työnsä henkisesti kuormittavaksi (90 %), mutta samalla myös palkitsevaksi (90 %). Useimmat myös kokivat saavansa tarpeeksi haasteita (90 %) ja onnistumisen tunteita työssään (98 %). Yhteistyö asiakkaiden ja omaisten kanssa koettiin toimivaksi (65 %). Taulukkoon 5 on koottu vastauksia henkistä työhyvinvointia koskevista väittämistä.

Henkisen työhyvinvoinnin väittämät	Samaa mieltä		Ei osaa sanoa		Eri mieltä	
	%	f	%	f	%	f
Pidän työstäni.	100 %	48	-		-	
Kohtaan tarpeeksi haasteita työssäni.	90 %	43	2 %	1	8 %	4
Työni vastaa ammatillista osaamistani.	98 %	47	-		2 %	1
Koen työni henkisesti kuormittavaksi.	90 %	43	-		10 %	5
Koen työni palkitsevaksi.	90 %	43	4 %	2	6 %	3
Koen, että työtäni arvostetaan.	80 %	38	10 %	5	10 %	5

Taulukko 5. Vastauksia hoitohenkilökunnan henkisestä työhyvinvoinnista (%, f, n=48)

Lähes kaikki vastaajat kokivat saavansa tukea työtovereiltaan (96 %). Työpaikalla kiusaamisesta kysyttäessä yli puolet vastaajista (67 %) ei ollut kohdannut kiusaamista työpaikallaan, mutta kolmasosa vastaajista (27 %) oli. Työpaikan ilmapiiri oli useimpien vastaajien mielestä hyvä (79 %) ja yhteistyö muiden työntekijöiden kesken toimivaa (85 %). Työntekijöistä puolet (54 %) ei kokenut saaneensa tarpeeksi työnohjausta, mutta sen sijaan työhön perehdytykseen oltiin jokseenkin tyytyväisiä (63 %). Kolmasosa vastaajista (29 %) kaipasi kuitenkin lisää perehdytystä ja työhön opastusta. Lähes kaikki (91 %) vastaajat kokivat yhteistyön esimiehen kanssa toimivaksi. Taulukkoon 6 on koottu vastauksia työyhteisöä koskevista väittämistä.

Työyhteisöä koskevat väittämät	Samaa mieltä		Ei osaa sanoa		Eri mieltä	
	%	f	%	f	%	f
Kohtaan työpaikallani kiusaamista.	27 %	13	6 %	3	67 %	32
Työpaikallani vallitsee hyvä ilmapiiri.	79 %	38	4 %	2	17 %	8
Yhteistyö muiden työntekijöiden kanssa on toimivaa.	85 %	41	4 %	2	11 %	5
Yhteistyö esimiehen kanssa on toimivaa.	92 %	44	-		8 %	4
Saan työnohjausta.	40 %	19	6 %	3	54 %	26
Saan riittävästi perehdytystä/ohjausta.	63 %	30	8 %	4	29 %	14

Taulukko 6. Hoitohenkilökunnan vastauksia työyhteisöstä (%, f, n=48)

Johtajuudesta kysyttäessä työntekijät vastasivat saaneensa esimieheltä tukea (83 %), tasa-arvoista kohtelua (88 %) ja kiitosta (81 %). Lisäksi suurin osa koki esimiehen kannustavan työntekijöitään itsensä kehittämiseen (83 %). Vastajat kokivat myös itse voivansa vaikuttaa oman työnsä kehittämiseen (85 %). Eniten vastaukset jakaantuivat yhteisiin arvoihin ja pelisääntöihin sitoutumisesta kysyttäessä. Vastajista yli puolet (66 %) oli sitä mieltä, että yhteisistä pelisäännöistä pidetään kiinni, kun taas viidesosa vastajista (21 %) oli eri mieltä. 92 % koki saavansa esimieheltään oikeudenmukaista kohtelua. Taulukkoon 7 on koottu vastauksia johtajuutta koskevista väittämistä.

Johtajuutta koskevat väittämät	Samaa mieltä		Ei osaa sanoa		Eri mieltä	
	%	f	%	f	%	f
Koen saavani esimieheltäni tukea työtä koskevissa asioissa.	83 %	40	4 %	2	13 %	6
Koen saavani esimieheltäni tasa-arvoista kohtelua.	88 %	42	2 %	1	10 %	5
Koen saavani esimieheltäni oikeudenmukaista kohtelua.	92 %	44	2 %	1	6 %	3
Koen saavani työstäni kiitosta.	81 %	39	6 %	3	13 %	6
Saan työstäni riittävästi palautetta.	63 %	30	8 %	4	29 %	14
Esimieheni kannustaa itseni kehittämiseen (esim. työkierto, koulutukset).	83 %	40	2 %	1	15 %	7
Voin vaikuttaa päätösten tekoon.	75 %	36	10 %	5	15 %	7
Työpaikallani sitoudutaan yhteisiin arvoihin ja normeihin.	66 %	32	15 %	7	19 %	9
Työpaikallani noudatetaan yhteisiä pelisääntöjä.	66 %	32	13 %	6	21 %	10

Taulukko 7. Hoitohenkilökunnan vastauksia johtajuudesta (%, f, n=48)

Työturvallisuus käsittää kyselylomakkeessa ergonomisen työskentelyn, työterveyshuollon ja työn suunnittelun. Suurin osa vastaajista (77 %) koki, että työpaikka ei mahdollista ergonomista työskentelyä eivätkä olosuhteet ole turvallisia (65 %). Työterveyshuollon koettiin kuitenkin olevan melko hyvin järjestetty (67 %) ja työn suunnitelmallisuuden kunnossa (58 %). Loput vastaajista olivat jokseenkin eri mieltä. Taulukkoon 8 on koottu vastauksia työturvallisuutta koskevista väittämistä.

Työturvallisuutta koskevat väittämät	Samaa mieltä		Ei osaa sanoa		Eri mieltä	
	%	f	%	f	%	f
Työpaikkani mahdollistaa ergonomisen työskentelyn.	23 %	11	-		77 %	37
Työskentelyolosuhteet ovat turvalliset.	31 %	15	4 %	2	65 %	31
Työterveyshuolto on hyvin järjestetty.	67 %	32	2 %	1	31 %	15
Työ on suunniteltu huolellisesti etukäteen.	58 %	28	2 %	1	40 %	19

Taulukko 8. Hoitohenkilökunnan vastauksia työturvallisuudesta (% , f, n=48)

Vastaajista 96 % koki olevansa työlleen omistautuneita, ja kaikki vastaajat (100%) olivat ylpeitä työstään. Suurin osa vastaajista (96 %) koki olevansa tarmokkaita työssään ja 94 % vastaajista oli sinnikkäitä vastoinkäymisten edessä. Kaikki vastaajat (100 %) kokivat työnsä merkitykselliseksi, ja 98 % haasteelliseksi. Lisäksi 90 % vastaajista koki uppoutuvansa työhönsä ja 87 % koki työnsä inspiroivaksi. Vajaa kymmenesosa vastaajista (8 %) ei osannut sanoa mielipidettään asiasta.

7.3 Vastaajien kehitysehdotukset työhyvinvoinnin parantamiseksi

Moni (22/36) vastaajista mainitsi kuntoilun, ulkoilun ja harrastukset tärkeäksi oman työhyvinvointinsa kannalta. Lisäksi riittävä uni, lepo ja tauot auttoivat vastaajia jaksamaan työssään. Vastaajat kokivat voivansa vaikuttaa työyhteisön hyvinvointiin kiittämällä ja huomioimalla työkavereita sekä olemalla työtovereille kannustavana esimerkkinä. Selän takana puhumista pidettiin huonona asiana. Muutama (6/36) vastaaja piti tärkeänä, että osaa erottaa työn ja vapaa-ajan toisistaan, mutta samalla myönnettiin yksityisasioiden kuitenkin vaikuttavan työasioihin. Työhyvinvoinnin kannalta tärkeää oli myös työn organisointi ja suunnittelu etukäteen. Omaan jaksamiseen koettiin vaikuttavan myös oman rajallisuuden tunnistaminen ylikuormittumisen ja uupumisen ehkäisemiseksi.

Kiireen koettiin verottavan voimia, mikä johtui suuremmaksi osaksi siitä, että sijaisia on liian vähän. Vastaajat myös kokivat olevansa kotihoidossa muutospaineen alla ja kertoivat koko ajan tulevan niin paljon uutta asiaa, etteivät jaksaneet ottaa enää kaikkea vastaan.

Esimieheltä toivottiin säännöllistä kiittämistä, kannustamista ja kuulumisten kyselyä työntekijöiltään. Palkitseminen koettiin tärkeänä; vastaajat toivoivat esimerkiksi erityisosaamisen ja täydennyskoulutuksen huomioimista henkilökohtaisina palkanlisinä. Vastaajat toivoivat myös työnantajalta kannustusta liikkumiseen ja fyysisen kunnon ylläpitämiseen esimerkiksi liikuntasetelein. Esimiehen toivottiin järjestävän enemmän tyky-toimintaa, työpaikkaohjausta sekä työyhteisön yhteistä toimintaa. Vastaajat toivoivat voivansa osallistua itseään kiinnostaviin koulutuksiin ja sitä kautta kehittää omaa työtään ja osaamistaan. Esimiehen läsnäoloa kaivattiin lisää, jotta esimies tiedostaisi, mitä käytännön hoitotyössä tapahtuu ja mitä kehitettävää vielä olisi. Työvuorolistojen tekijältä toivottiin tasa-arvoista kohtelua, jotta kaikilla olisi esimerkiksi sama määrä viikonloppu- ja iltatöitä. Näiden lisäksi henkilöstömäärän tulisi olla riittävä jokaisessa työvuorossa.

Esimiesten koettiin olevan osittain myös hidastamassa työn kehittämistä. Koettiin, että jotkut esimiehet eivät ole ajan tasalla käytännön työssä eivätkä kuuntele työntekijöidensä kehitysehdotuksia.

Vastaajista vain neljä (4/28) näki Lappeenrannan kaupungilta Eksoteen siirtymisessä jotakin positiivista. Positiivisina asioina mainittiin työntekijöiden parempi huomioiminen esimerkiksi jouluateriaalla ja työn muuttuminen mielenkiintoisemmaksi organisaatiomuutoksen myötä.

Kolmasosa (10/28) kysymykseen vastanneista ei kokenut organisaation muutoksen vaikuttaneen työhyvinvointiinsa mitenkään. Eksoten muutosten myötä paineiden oli koettu lisääntyneen tietokoneella tehtävien töiden ja työnkuvan muutoksen takia. Lisääntyneet tietokonetyöt koettiin raskaita. Uusien työtehtävien koettiin olevan vaativia ja niihin toivottiin lisää koulutusta. Vastaajat kokivat, että heillä on paine kehittyä, ja oma jaksaminen askarrutti heitä.

Avoimien kysymysten vastauksista kävi ilmi, että henkilöstömäärä on vastaajien mielestä liian pieni ja sijaisia kaivataan lisää. Tämän lisäksi vakituisia työpaikkoja toivottiin lisää. Vastaajien mukaan kotihoidon asiakkaat ovat entistä huonokuntoisempia, eivätkä henkilöstöresurssit ole siihen nähden riittävät. Toisena suurena haasteena vastauksissa nousi esille työyhteisön suuri koko ja ilmapiiri. Työyhteisöt ja tiimit olivat kasvaneet, eikä esimiehellä koettu olevan aikaa panostaa työntekijöihinsä kuten aiemmin. Tiimien sisällä toivottiin hoitajien keskinäisen yhteistyön ja ilmapiirin paranevan. Vastauksissa mainittiin

erityisesti erilaisuuden suvaitseminen, toisen arvostaminen ja huomioiminen sekä keskinäisen kilpailun välttäminen.

7.4 Yhteenveto

Kyselymme vastasi 48 hoitajaa lappeenrannan alueen kotihoidosta. Vastaajista 14 oli sairaanhoitajia ja 34 lähihoitajia tai kodinhoitajia. Vastaajista puolella oli yli kymmenen vuoden työkokemus, ja suurin osa vastaajista oli yli 30-vuotiaita. Vastaajien mukaan työhyvinvointi koostui toimivasta työyhteisöstä, läsnä olevasta ja tukevasta esimiehestä, työntekijöiden palkitsemisesta, miellyttävästä ja haastavasta työstä sekä työntekijöihin panostamisesta.

Strukturoiduissa kysymyksissä fyysinen ja henkinen hyvinvointi koettiin hyväksi. Työyhteisö oli suurimmaksi osaksi toimiva, mutta vastaajat toivoivat lisää perehdytystä ja työnohjausta. Vastauksista ilmeni myös työpaikkakiusaamista.

Esimiehen toivottiin olevan enemmän läsnä sekä antavan palautetta ja kannustusta esimerkiksi työntekijän kehittämiseen. Työnkuvan koettiin vastaavan omaa osaamista ja ammattitaitoa. Työyhteisön yhteisten pelisääntöjen noudattamiseen toivottiin koko tiimiltä enemmän panostusta.

Kolmasosa (15/48) vastaajista ei pitänyt työterveyshuoltoa riittävänä. Työskentelyolosuhteissa ja ergonomiassa oli myös kehittämisen varaa. Työn imu koettiin kuitenkin todella hyväksi.

Avoimien kysymysten vastaukset olivat ristiriidassa strukturoiduista kysymyksistä saatujen vastausten kanssa. Strukturoitujen kysymysten vastaukset olivat avoimien kysymysten vastauksia positiivisempia. Avoimista vastauksista esille nousi etenkin jatkuva kiire ja henkilöstöresurssien puute. Työnkuvan koettiin muuttuneen raskaammaksi asiakkaiden lisääntyneen huonokuntoisuuden takia. Lähes kaikkien vastaajien mukaan kotihoidon henkilöstöön suunnatut rahat eivät ole riittäviä. Vastaajat toivoivat lisää työntekijöitä, palkanlisiä ja virkistysseteleitä. Avoimien vastausten perusteella hoitohenkilökunnan työhyvinvoinnissa on paljon kehittämisen varaa.

8 Pohdinta

8.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua

Saimme vastauksista melko paljon tietoa kotihoidon tämänhetkisestä työhyvinvoinnista, ja koimme, että vastaukset olivat monipuolisia. Kyselylomake oli melko lyhyt, minkä ajattelimme houkuttelevan vastaamaan. Lähes neljännes kyselyyn vastanneista jätti vastaamatta avoimiin kysymyksiin. Pohdimme, olivatko kysymykset liian laajoja tai epäselviä.

Vastauksia läpi käydessämme ihmettelimme strukturoitujen ja avoimien vastausten välistä ristiriitaa. Strukturoitujen kysymysten perusteella työhyvinvointi oli melko hyvä. Avoimissa kysymyksissä taas esiin nousi paljon negatiivisia asioita. Pohdimme, johdattelivatko strukturoidut kysymykset vastaajaa niin, että niihin oli helpompi vastata positiivisesti. Avoimissa kysymyksissä kysyimme epäkohdista ja kehittämisehdotuksista, mistä johtuen vastaukset saattoivat olla negatiivisempia.

Saamamme vastaukset olivat hyvin samansuuntaisia aiempien työhyvinvointia koskevien tutkimusten kanssa. Kangasmäki (2007) ja Kivilahti (2011) painottivat riittävien henkilöressurssien olevan tärkeä osa työhyvinvointia ja työssäjaksamista. Kivilahti (2011) nosti esille yhteisten toimintatapojen vaikutuksen, josta myös Sinisammal ym. (2011) olivat samaa mieltä. Kivisen (2008), Kettusen (2003) ja Halosen (2008) tutkimuksissa esimiestaidot alaistensa kohtelussa nousivat tärkeiksi. Myös meidän saamissamme vastauksissa esimieheltä toivottiin kannustusta, työntekijöiden kuuntelemista sekä oikeudenmukaista ja tasa-arvoista kohtelua. Sinisammaleen ym. (2011) tutkimuksessa esimiehen toivottiin toimivan esimerkkinä työntekijöilleen sekä antavan heille palautetta. Pirskasen (2003) tutkimuksessa sen sijaan nousivat esille työaikojen inhimillisuus ja koulutusten tarve, jotka myös saamissamme avoimissa vastauksissa mainittiin. Häggin ym. (2007) tutkimuksessa muutokset koettiin uhkina, kuten meidänkin saamistamme vastauksista voitiin osittain päätellä.

Saamissamme vastauksissa oli myös muutamia eroja löytämiimme työhyvinvointia koskeviin tutkimuksiin verrattuna. Kangasmäen (2007) tekemän tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat oman osaamisensa ja työnsä arvostuksen melko huonoksi. Saamamme tulokset olivat päin vastaisia: kotihoidon hoitajat kokivat, että heidän työtään arvostetaan. Anttilan (2010) tutkimuksessa sen sijaan paljastui, että yhteistyö omaisten kanssa koettiin

enimmäkseen negatiivisena asiana. Lappeenrannan kotihoidossa yhteistyö omaisten kanssa koettiin toimivana.

Saimme vastaukset asettamiimme tutkimusongelmiin. Käyttäessämme kvantitatiivista tutkimustapaa saimme lähetettyä kyselyn isommalle joukolle kuin kvalitatiivisella tutkimuksella, ja näin ollen tulokset kuvaavat paremmin hoitohenkilökunnan työhyvinvointia kotihoidossa. Haastattelututkimuksella tutkittava joukko olisi ollut pienempi.

8.2 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Tämän opinnäytetyön avulla saadaan näkemys siitä, millaista työhyvinvointi Lappeenrannan alueen kotihoidossa on. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että henkilöstöön tulee jatkossa panostaa niin uusien työntekijöiden hankkimisella kuin vanhojen kannustamisella, palkitsemisella ja kuuntelemisellakin. Työvuoroista ja –ajoista tuli niin ikään kehittämisehdotuksia, joilla voisi olla vaikutusta työhyvinvointiin tulevaisuudessa.

Lähetämme valmiin opinnäytetyön kotihoidon päällikkö Raili Paajaselle, ja pyydämme, että hän toimittaa sen luettavaksi myös kotihoidon esimiehille ja työntekijöille. Toivomme, että kotihoidon esimiehet ja työntekijät hyötyvät tutkimuksestamme ja pystyvät käyttämään työtämme apuna kotihoidon työhyvinvoinnin kehittämisessä.

Jatkotutkimuksina voisi selvittää, kuinka esimiehet näkevät hoitajien työhyvinvoinnin, miten heidän näkemyksensä poikkeavat työntekijöiden näkemyksistä sekä miten esimiehet olisivat valmiita parantamaan alaistensa työhyvinvointia. Esimiesten mielipidettä voisi tutkia haastattelututkimuksella, koska esimiehiä on huomattavasti vähemmän kuin hoitohenkilökuntaa. Myös kotihoidon asiakkaiden mielipidettä hoidon laadusta sekä henkilökunnan riittävydestä ja vaihtelevuudesta olisi mielenkiintoista tutkia esimerkiksi haastattelututkimuksella.

Kuviot

Kuvio 1. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden hoidon tarve ikäryhmittäin Suomessa vuonna 2010. s.13

Kuvio 2. Ikääntyneiden palvelujen peittävyys Suomessa vuosina 2000–2009. s.14

Kuvio 3. Kotihoidon asiakkaiden ikäjakauma Lappeenrannan alueella vuonna 2010. s.24

Kuvio 4. Kotihoidon asiakkaiden hoidon tarve Lappeenrannan alueella vuonna 2010. s.25

Kuvio 5. Kotikäyntien määrä asiakasta kohden Lappeenrannan alueella vuonna 2010. s.25

Taulukot

Taulukko 1. Mittarin kattavuus. s.30

Taulukko 2. Vastaajien koulutustausta s.30

Taulukko 3. Vastaajien ikäjakauma s.31

Taulukko 4. Vastaajien työkokemus s.31

Taulukko 5. Vastauksia hoitohenkilökunnan henkisestä työhyvinvoinnista. s.33

Taulukko 6. Hoitohenkilökunnan vastauksia työyhteisöstä. s. 34

Taulukko 7. Hoitohenkilökunnan vastauksia johtajuudesta. s.35

Taulukko 8. Hoitohenkilökunnan vastauksia työturvallisuudesta. s.36

Taulukko 9. Aiempia tutkimuksia työhyvinvoinnista. LIITE 4

Taulukko 10. Aiempia tutkimuksia kotihoidosta. LIITE 5

Lähteet

Anttila, T. 2010. Kotihoidon asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen, sitä edistävät ja estävät tekijät hoitajien kuvaamana. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Halonen, K. 2008. Hoitotyön johtaja hoitotyöntekijän ja työyhteisön voimavarojen vahvistajana. Kysely Itä-Suomen läänin avoterveydenhuollon hoitotyön johtajille. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Heikkilä, A., Leino-Kilpi, H. & Hupli, M. 2008. Verkkokysely tutkimusaineiston keruumenetelmänä. Hoitotiede 20(2), 101-110.

Heikkilä, E. & Pikkarainen, M. 2008. Väestön ja työvoiman kansainvälistyminen nyt ja tulevaisuudessa. Raisio: Newprint.

Heinola, R. 2007a. Kotihoidon asiakkaat. Teoksessa Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun., Helsinki : Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 18-35.

Heinola, R. 2007b. Johdanto - Kotihoito muutoksessa. Teoksessa Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki : Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus , 9-11.

Henkilötietolaki 523/1999.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Ikonen, E. & Julkunen S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita Prima.

Ilmarinen, J., Tuomi, K. 2004. Past, Present and Future of Work Ability. Teoksessa Ilmarinen, J., Lehtinen, S. (toim.) Proceedings of the 1st International Symposium on Work Ability. Finnish Institute of Occupational Health. Helsinki, 19-21.

Järvinen, P. 2008. Menestyvän työyhteisön pelisäännöt. Helsinki: WSOY.

Kangasmäki, E. 2007. Eettisen johtajuuden toteutuminen ja sen merkitys henkisen hyvinvoinnin tukemisessa - sairaanhoitajien kokemuksia sairaalan osaston työyhteisössä. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu –tutkielma.

Kansaneläkelaitos 2012a. Sairausajan tuet.

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/080801115933EH?OpenDocument> (Luettu 21.3.2012)

Kansaneläkelaitos 2012b. Eläkeläisten tuet.

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/200801125818EH?OpenDocument> (Luettu 21.3.2012)

Kansaneläkelaitos 2012c. Lääkekorvaukset.

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/020402123907EH?OpenDocument> (Luettu 21.3.2012)

Kansaneläkelaitos 2012d. Eläkettä saavan hoitotuki.

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/020608105829HN?OpenDocument> (Luettu 21.3.2012)

Kansanterveyslaki 66/1972.

Kettunen, M-L. 2003. Kotihoidon osaaminen ja osaamisen johtaminen. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja –talouden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Kivilahti, E. 2011. Suomalaisten ja norjalaisten sairaanhoitajien kokema työhyvinvointi Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa. Lapin yliopisto. Hallintotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Kivinen, L. 2008. Työhyvinvoinnin johtaminen lähihoitajan näkökulmasta. ”Antaa henkilöstön loistaa”. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja –talouden laitos. Pro gradu –tutkielma.

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

Kunnat.net 2011a. Kotihoito.

<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/kotihoito/Sivut/default.aspx> (Luettu 26.9.2011)

Kunnat.net 2012a. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville.

<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/hoito-palvelusuunnitelma/Documents/Ikaihmisten%20hoito-%20ja%20palvelusuunnitelma.pdf> (

Luettu 19.4.2012)

Kuntola, M. 2005. Työkyvyn voimavarat kotihoidossa. Etelä-Karjalan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö YAMK.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Laki omaishoidon tuesta 973/2005.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Lappalainen, T. & Turpeinen, A. 1998. Auttamistyö kotona. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Lappeenrannan Seniori-Info 2011a. SAS-toimisto.

<http://194.251.35.222/Kiinteasivu.asp?KiinteasivuID=16802&NakymaID=423> (Luettu 18.11.2011)

Lappeenrannan Seniori-Info 2011b. Kotihoitokeskus.

<http://194.251.35.222/Kiinteasivu.asp?KiinteasivuID=10230&NakymaID=423> (Luettu 25.10.2011)

Larmi, A., Tokola, E. & Välkkiö, H. 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Helsinki: Tammi.

Luoma, M-L. & Kattainen, E. 2007. Kotihoidon asiakkaat. Teoksessa Heinola, R. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun Helsinki : Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 18-21.

Niemelä, A-L. 2009a. Ketkä ovat syrjäytyneitä? Teoksessa Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J., Nyman, J. (toim.) Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Juva: WS Bookwell Oy, 25-48.

Niemelä, A-L. 2009b. Yksinäisiä omassa kodissaan. Teoksessa Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J., Nyman, J. (toim.) Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Juva: WS Bookwell Oy, 135-164.

Paajanen, R. 2011 . Kotihoidon päällikkö, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Tilastotiedot vuoden 2010 ja 2011 Lappeenrannan kotihoidon asiakkaista ja henkilökunnasta. Sähköpostin liitteet.

Paasivaara, L. 2007. Kotihoidon johtaminen. Teoksessa Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 82-93.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-4.painos. Helsinki: WSOY.

Pirkanen, S. 2003. Hoitohenkilöstön työtyytyväisyys ja hoitotyön johtajan voimavaroja vahvistava johtamistyyli – kyselytutkimus kotihoidon työntekijöille. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom- Yläne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WSOYpro Oy.

Salo, A-M. 2002. Hoitotyöntekijän voimavarat kotisairaanhoidossa ja yhdistetyssä kotihoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Sinisammal, J., Belt, P., Autio, T., Härkönen, J. & Möttönen, M. 2011. Tilanneherkkä työhyvinvoinnin johtamismalli. Premissi 4/2011, 28-35.

Sosiaalihuoltolaki 710/1982.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a. Kotihoito.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut (Luettu 26.9.2011)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011b. Kotipalvelu- ja kotisairaanhoidomaksut.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/asiakasmaksut/kotipalvelut (Luettu 10.12.2011)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011c. Palvelusetelin arvo kotihoidossa.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/asiakasmaksut/palvelusetelin_arvo (Luettu 10.12.2011)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011d. Tukipalvelut kotipalvelulle.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut/tukipalvelut

(Luettu 19.11.2011)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011e. Terveystuon maksukatto.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/asiakasmaksut/terveydenhuollon_maksukatto

(Luettu 19.11.2011)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a. Työhyvinvointi perustuu yhteistyöhön.

<http://www.stm.fi/tyosuojelu/tyohyvinvointi> (Luettu 6.3.2012)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b. Toimeentulotuki on tarveharkintaista.

http://www.stm.fi/toimeentulo/tuet_ja_etuudet/toimeentulotuki (Luettu 21.3.2012)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012c. Terveys 2015 –kansanterveysohjelma.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6215.pdf

(Luettu 19.4.2012)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012d. Palvelut ja etuudet ikääntyneille.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelut_ja_etuudet (Luettu

2.5.2012)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011a. Ikääntyneet.

<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/ikaantyneet/index.htm> (Luettu 29.9.2011)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011b. Kotihoidon laskenta 30.11.2010

http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr22_11.pdf (Luettu 20.11.2011)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011c. Kotikäyntien seuranta ja arviointi.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/kotikaynnit/seuranta (Luettu

15.12.2011)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011d. Säännöllinen kotihoito. Liitetaulukot.

http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/liitetaulukot/Tr22_11_liitetaulukot.pdf

(Luettu 11.12.2011)

Työterveyslaitos 2011a. Johtamisella innovaatioita ja hyvinvointia julkiselle sektorille

(Inno-Vointi).

http://www.ttl.fi/fi/tutkimus/hankkeet/tyoyhteiso_ja_esimiestyo/innovointi_hanke/sivut/default.aspx (Luettu 5.10.2011)

Työterveyslaitos 2011b. Työhyvinvointi. <http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/Sivut/default.aspx> (Luettu 18.11.2011)

Työterveyslaitos, 2011c. Työyhteisö ja esimiestyö.
http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ja_esimiestyo/Sivut/default.aspx (Luettu 18.11.2011)

Työterveyslaitos 2011d. Työyhteisön kehittäminen.
http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ja_esimiestyo/tyoyhteison_kehittaminen/Sivut/default.aspx
(Luettu 18.11.2011)

Työterveyslaitos 2011e. Johtaminen ja esimiestyö.
http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ja_esimiestyo/johtaminen_ja_esimiestyo/Sivut/default.aspx
(Luettu 18.11.2011)

Työterveyslaitos 2012a. Työn imu.
http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/tyon_imu/Sivut/default.aspx (Luettu 5.2.2012)

Työterveyslaitos 2012b. Mitä on työkyky?
http://www.ttl.fi/fi/terveys_ja_tyokyky/tykytoiminta/mita_on_tyokyky/sivut/default.aspx
(Luettu 12.3.2012)

Vaakanainen, S. 2009. Perusterveydenhuollon vuodeosastolla työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia työhyvinvoinnista. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Pauliina Haikonen ja Krista Saari

Skinnarilankatu 36

53850 Lappeenranta

pauliina.haikonen@student.saimia.fi

Taru Juvakka

Koulutuspäällikkö

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden
piiri

Valto Käkelän katu 14 A

53130 Lappeenranta

Tutkimusluvan anominen

Haemme tutkimuslupaa tutkimuksellemme Hoitohenkilökunnan työhyvinvointi Lappeenrannan alueen kotihoidossa. Tämän lupa-anomuksen mukana on toimitettu tutkimussuunnitelma liitteineen. Tutkimussuunnitelmasta selviää tarkemmin muun muassa tutkimustarkoituksemme ja aikataulumme. Opinnäytetyön ohjaajanamme toimii Saimaan ammattikorkeakoulun lehtori Riitta Kalpio ja työelämän ohjaajanamme Eksoten alueen kotihoidon päällikkö Raili Paajanen.

Ystävällisin terveisin,

Lappeenrannassa 14.11.2011

Pauliina Haikonen

Krista Saari

Sosiaali- ja terveysala

SAATE

Hyvä kotihoidon työntekijä,

Opiskelemme sairaanhoitajiksi Saimaan ammattikorkeakoulussa ja teemme opinnäytetyötä aiheesta ” Hoitohenkilökunnan työhyvinvointi Lappeenrannan alueen kotihoidossa”. Työelämän ohjaajanamme toimii kotihoidon päällikkö Raili Paajanen.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata, millaisena Lappeenrannan alueen kotihoidon hoitajat kokevat oman työhyvinvointinsa, mitkä asiat siihen vaikuttavat ja mitä ehdotuksia hoitajilla on työhyvinvoinnin kehittämiseksi. Tavoitteenamme on näiden tulosten perusteella koota kehitysehdotuksia työhyvinvoinnin edistämiseksi. Valmiin opinnäytetyöraportin lähetämme kotihoidon yksikköihin.

Toivomme, että osallistut kyselyyn täyttämällä oheisen sähköisen kyselylomakkeen. Vastausaika on kaksi viikkoa. Lomakkeen täyttäminen vie aikaa enintään 10 minuuttia ja kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Kyselyyn vastataan nimettömästi eikä siihen vastaaminen vaadi Sinulta jatkossa mitään. Henkilöllisyytesi ei tule meidän tietoomme ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.

Mikäli haluat lisätietoja kyselylomakkeeseen tai tutkimukseen liittyen, vastaamme mielellämme kysymyksiisi.

KIITOS!

Pauliina Haikonen

pauliina.haikonen@student.saimia.fi

Krista Saari

krista.saari@student.saimia.fi

Työhyvinvointi-kysely



Opiskelemme Saimaan Ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi ja teemme opinnäytetyön aiheesta Hoitohenkilökunnan työhyvinvointi Lappeenrannan alueen kotihoivossa. Tutkimuksemme tarkoituksena on kuvata työntekijöiden hyvinvointia ja esittää tulosten perusteella myös kehitysehdotuksia työhyvinvoinnin parantamiseksi. Valmis raportti tuloksineen löytyy Theseus-tietokannasta.

Taustakysymykset

1) Ikä

- 18-29 -vuotias
 30-39 -vuotias
 40-49 -vuotias
 >50 -vuotias

2) Koulutus

- Ammattikoulu/-opisto
 Ammattikorkeakoulu
 Muu, mikä?

3) Työkokemus

- Alle 5 vuotta
 5-10 vuotta
 Yli 10 vuotta

Fyysinen työhyvinvointi

4) Valitse allaolevista sopivin vaihtoehto.

	1= Täysin samaa mieltä	2= Jonkin verran samaa mieltä	3= En osaa sanoa	4= Jonkin verran eri mieltä	5= Täysin eri mieltä
Työni edellyttää hyvää fyysistä kuntoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen olevani työni edellyttämässä fyysisessä kunnossa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen työni fyysisesti kuormittavaksi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työpaikallani kannustetaan oman fyysisen kunnon ylläpitämiseen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voin hyödyntää työssäni apuvälineitä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työpäivän aikana on riittävästi taukoja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työpaikkani panostaa työ- toimintaan ja työntekijöiden hyvinvointiin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Henkinen työhyvinvointi

5) Valitse allaolevista sopivin vaihtoehto.

	1=Täysin samaa mieltä	2=Jonkin verran samaa mieltä	3=En osaa sanoa	4=Jonkin verran eri mieltä	5=Täysin eri mieltä
Pidän työstäni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen onnistumisen tunteita työssäni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kohtaan tarpeeksi haasteita työssäni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työni vastaa ammatillista osaamistani.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen työni henkisesti kuormittavaksi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen työni palkitsevaksi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen työni tuottavaksi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työ tukee elämänhallintaani.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen, että työtäni arvostetaan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhteistyö asiakkaiden kanssa on toimivaa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhteistyö omaisten kanssa on toimivaa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Työyhteisö

6) Valitse allaolevista sopivin vaihtoehto.

	1=Täysin samaa mieltä	2=Jonkin verran samaa mieltä	3=En osaa sanoa	4=Jonkin verran eri mieltä	5=Täysin eri mieltä
Saan tukea työtovereiltani.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kohtaan työpaikallani kiusaamista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työpaikallani vallitsee hyvä ilmapiiri.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhteistyö muiden työntekijöiden kanssa on toimivaa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhteistyö esimiehen kanssa on toimivaa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saan työnohjausta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saan riittävästi perehdytystä/työhön opastusta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Johtajuus

7) Valitse allaolevista sopivin vaihtoehto.

	1=Täysin samaa mieltä	2=Jonkin verran samaa mieltä	3=En osaa sanoa	4=Jonkin verran eri mieltä	5=Täysin eri mieltä
Koen saavani esimieheltäni tukea työtä koskeissa asioissa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen saavani esimieheltäni tasa-arvoista kohtelua.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen saavani esimieheltäni oikeudenmukaista kohtelua.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen saavani työstäni kiitosta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saan työstäni riittävästi palautetta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esimieheni kannustaa itseni kehittämiseen (esim.työkierto, koulutukset).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voin vaikuttaa päätösten tekoon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voin vaikuttaa työni kehittämiseen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnen oikeuteni ja velvollisuuteni työssäni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedostan oman roolini työyhteisön jäsenenä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pystyn toteuttamaan itseäni työssäni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työlle asetetut tavoitteet ovat tasapainossa ammatillisen osaamiseni kanssa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työpaikallani sitoudutaan yhteisiin arvoihin ja normeihin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työpaikallani noudatetaan yhteisiä pelisääntöjä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Työturvallisuus

8) Valitse allaolevista sopivin vaihtoehto.

	1=Täysin samaa mieltä	2=Jonkin verran samaa mieltä	3=En osaa sanoa	4=Jonkin verran eri mieltä	5=Täysin eri mieltä
Työpaikkani mahdollistaa ergonomisen työskentelyn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työskentelyolosuhteet ovat turvalliset.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työterveyshuolto on hyvin järjestetty.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työ on suunniteltu huolellisesti etukäteen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Työn imu

9) Valitse allaolevista sopivin vaihtoehto.

	1=Täysin samaa mieltä	2=Jonkin verran samaa mieltä	3=En osaa sanoa	4=Jonkin verran eri mieltä	5=Täysin eri mieltä
Olen työssäni tarmokas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen työlleni omistautunut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uppoudun työhöni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen sinnikäs vastoinkäymisissä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen ylpeä työstäni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen työni merkitykselliseksi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen työni haasteelliseksi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen työni olevan inspiroivaa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avoimet kysymykset

10) Miten voit itse vaikuttaa työhyvinvointiisi?

11) Miten esimies voi mielestäsi kehittää työntekijöiden työhyvinvointia?

12) Miten organisaation muutos vaikuttaa/on vaikuttanut työhyvinvointiisi?

13) Mikä on mielestäsi suurin haaste työhyvinvoinnin parantamisessa kotihoidossa?

Taulukko 9. Aiempia tutkimuksia työhyvinvoinnista.

Tutkimus	Tekijä ja vuosi	Julkaisu	Tutkimusongelmat/ -tehtävät	Keskeisimmät tulokset
Työhyvinvoinnin johtaminen lähihoitajan näkökulmasta	Kivinen Lea, 2008	Pro gradu, Kuopion yliopisto	<p>1. Mitä lähihoitajat ymmärtävät työhyvinvoinnilla ja miten he johtavat sitä?</p> <p>2. Mitkä ovat johtamista edistäviä ja estäviä tekijöitä?</p> <p>3. Millaisia ovat tulevaisuuden haasteet ja näkymät työhyvinvoinnin johtamisessa?</p>	<p>- Työhyvinvoinnin osatekijöitä ovat perustyytyväisyys, ilmapiiri, johtamiskulttuuri, työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen ja fyysinen työympäristö</p> <p>- Työhyvinvointia johdetaan mahdollistamalla perustehtävän toteutuminen, tiedottamalla ja antamalla oikeudenmukaista, tasapuolista ja luottamuksellista kohtelua</p> <p>- Johtamista edistää tiivis yhteistyö lähihoitajien ja esimiesten välillä</p> <p>- Johtamista estää yleinen sekavuus ja epäselvyys, kuulemisen puute ja suuri työmäärä</p> <p>- Haasteena on mm. henkilöstön vaikutusmahdollisuudet työssä ja nuorten työntekijöiden johtaminen</p>

<p>Hoitotyön johtaja hoitotyöntekijän ja työyhteisön voimavarojen vahvistajana</p>	<p>Halonen Kaisa, 2008</p>	<p>Pro gradu, Kuopion yliopisto</p>	<p>1. Millä menetelmillä avoterveydenhuollon hoitotyön johtaja vahvistaa hoitotyöntekijän yksilöllisiä voimavaroja ja työyhteisön voimavaroja?</p> <p>2. Millaiseksi avoterveydenhuollon hoitotyön johtaja arvioi oman toimintansa tai työyhteisön toiminnan hoitotyöntekijän ja työyhteisön voimavarojen vahvistamisessa?</p> <p>3. Mitkä ovat työyhteisön ja sen toiminnan kehittämisen painopistealueet hoitotyön johtajien kuvaamina?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Johtajan omat voimavarat ovat edellytys toimia voimaannuttavana johtajana - Tulevaisuuden haasteena myös johtajiston ikääntyminen, uuden johtajasukupolven löytyminen ja hiljaisen tiedon siirtyminen sukupolvelta toiselle - Työpaineesta, säästöpainesta, ja jatkuvista muutoksista huolimatta suunnitteilla useita työn ja työyhteisön kehittämishankkeita - Hoitotyön johtajat eivät ole unohtaneet työnsä keskeistä elementtiä: hoitotyön kehittämistä, työhyvinvoinnin edistämistä ja hoitotyön palveluiden laadun parantamista
<p>Hoidon laatu ja hoitohenkilökunnan työhyvinvointi tehostetun palveluasumisen yksiköissä</p>	<p>Monthan Mervi, 2011</p>	<p>Pro gradu, Jyväskylän yliopisto</p>	<p>1. Millaista on hoidon laatu ja asiakastyytyväisyys tehostetun palveluasumisen yksiköissä?</p> <p>2. Millaista on työhyvinvointi tehostetun palveluasumisen yksiköissä?</p> <p>3. Onko vanhusten tehostetun palveluasumisen yksiköiden hoidon laadun ja hoitohenkilökunnan työhyvinvoinnin välillä yhteyttä?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hoidon laatu koettiin hyvänä, vaikka kiireen takia hoitajia on liian vähän - Asiakkaiden mielestä hoitajat osaavat työnsä hyvin, kuuntelevat ja kohtelevat ystävällisesti - Hoitajat olivat myös itse tyytyväisiä työpanokseensa - Hoidon laadun ja työhyvinvoinnin välillä löydettiin jonkinlainen yhteys, mutta sen arvioitiin olevan todellisuudessa paljon

				vahvempi
Suomalaisten ja norjalaisten sairaanhoitajien kokema työhyvinvointi Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa	Kivilahti Eevaliisa, 2011	Pro gradu, Lapin yliopisto	<p>1. Miten sairaanhoitajan työ eroaa Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa?</p> <p>2. Miten hoitotyön johtaminen eroaa Suomen ja Norjan organisaatioissa?</p> <p>3. Miten työhyvinvoinnin edistäminen eroaa Suomen ja Norjan organisaatioissa?</p>	<p>- Erilainen työnjako ja työtavat näkyivät eroina potilaiden tyytyväisyydessä ja hoitajien saamassa palautteessa ja arvostuksessa</p> <p>- Sekä työn sisällöllä että lähijohtamisella oli yhteys hoitajien työhyvinvointiin</p> <p>- Osaamisesta ja työkokemuksesta saadulla palkalla oli niin ikään yhteys ammattitaidon arvostukseen ja hoitajien työhyvinvointiin</p> <p>- Tärkeimpiä työhyvinvoinnin tukikeinoja olivat hyvä lähijohtaminen, tasapuolinen työnjako, riittävä henkilömäärä ja yhteisölliset toimintatavat</p>
Eettisen johtajuuden toteutuminen ja sen merkitys henkisen hyvinvoinnin tukemisessa -sairaanhoitajien kokemuksia sairaalan osaston työyhteisössä	Kangasmäki Elisa, 2007	Pro gradu, Jyväskylän yliopisto	<p>1. Miten eettinen johtajuus toteutuu sairaalan osaston työyhteisössä sairaanhoitajien arvion mukaan?</p> <p>2. Miten johtajuus sairaalan osaston työyhteisössä tukee henkistä työhyvinvointia sairaanhoitajien arvion mukaan?</p> <p>3. Millaista on hyvä johtaminen sairaalan osaston työyhteisössä</p>	<p>- Huonoa eettistä johtamista on epäoikeudenmukaisuus ja epätasa-arvoisuus</p> <p>- Hoitajat kokivat omat vaikutusmahdollisuutensa melko huonoiksi, kuten myös työn ja osaamisensa arvostuksen</p> <p>- Hoitajien hyvinvointiin ja jaksamiseen ei paneuduta tarpeeksi, ja he kokevat myös</p>

			<p>sairaanhoitajien arvion mukaan?</p> <p>4. Miten sairaalaorganisaation hallinnollista johtamista ja toimintaa pitäisi kehittää sairaanhoitajien arvion mukaan?</p>	<p>hoidon laadun huonontuneen</p> <ul style="list-style-type: none">- Henkilöstöresursseihin tulisi kiinnittää lisää huomiota ja johtamistaitoja tulisi kehittää, sillä ne koettiin riittämättöminä- Huono eettinen johtaminen oli yhteydessä huonoon työhyvinvointiin ja työssäjaksamiseen
--	--	--	--	--

Taulukko 10. Aiempia tutkimuksia kotihoidosta.

Tutkimus	Tekijä ja vuosi	Julkaisu	Tutkimusongelmat/ -tehtävät	Keskeisimmät tulokset
Työkyvyn voimavarat kotihoidossa	Kuntola Maarit, 2005	Opinnäytetyö YAMK, Etelä-Karjalan ammattikorkeakoulu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mitä keinoja työpaikalla on aiemmin käytetty työkykyä tukemaan? 2. Miten käytetyt keinot ovat vaikuttaneet työntekijöiden työkykyyn? 3. Mitä seikkoja kotihoidon työntekijät määrittelevät työkykynsä vahvuudeksi tai voimavaroiksi? 4. Millaisia uhkia työntekijät kokevat olevan työkyvylleen? 5. Millaisia toiveita tai ratkaisuja työntekijöillä on työkyvyn edistämiseksi? 	<ul style="list-style-type: none"> - Kokemukset työkyvyn tukikeinoista ja niiden merkityksestä ovat vaihtelevia - Suurimpia voimavaroja ovat koti, perhe, ystävät, harrastukset ja työtoverien/esimiehen tuki - Työkyvyn suurimpia uhkia ovat resurssit ja kiire sekä työn vastuullisuus - Työntekijöiden toiveina oli suunnitelmallisuus ja säännöllisyys tukitoimien suhteen ja oma työntekijäryhmä tukitoimien varten
Hoitotyöntekijän voimavarat kotisairaanhoidossa ja yhdistetyssä kotihoidossa	Salo Anu-Maarit, 2002	Pro gradu, Kuopion yliopisto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Millaisiksi hoitotyöntekijät arvioivat ammatilliset valmiutensa? 2. Millaisiksi hoitotyöntekijät arvioivat mahdollisuutensa saada sosiaalista tukea työyhteisöltään ja lähimmiltä ihmissuhteiltaan? 3. Millaisiksi hoitotyöntekijät arvioivat vaikutus- ja 	<ul style="list-style-type: none"> - Valtaosa koki ammatillisen valmiustasonsa hyväksi ja voimavaratilanteensa melko hyväksi - Hyväksi koettu ammatillinen valmiustaso oli yhteydessä hyväksi koettuun terveyteen - Vastaaajilla oli myönteinen käsitys omasta osaamisestaan ja vaikutusmahdollisuudet koettiin osastotyötä paremmiksi

			kehittymismahdollisuutensa työssä?	- Vastaajat toivoivat lisää palautetta esimieheltä, kehityskeskusteluja, täydennyskoulutuksia, tyky-toimintaa ja ihmissuhteisiin panostamista
Kotihoitotyön osaaminen ja osaamisen johtaminen	Kettunen Marja-Leena, 2003	Pro gradu, Kuopion yliopisto	1. Selvittää kotihoidon henkilöstön ja johdon näkemyksiä kotihoidossa tarvittavasta osaamisesta. 2. Kuvata, miten kotihoidon osaamista johdetaan.	- Kotihoidon kehittämiskohteita olisivat kuntouttava työ, kirjaaminen, akuutti hoitotyö, tiimityö ja yhteistyö - Osaamisen kehittämiskeinoiksi ehdotettiin mm. koulutuksia, vastuualueiden jakoja ja tiimipalaverien hyödyntämistä - Osaamisen kehittämiskeinoja johdon puolelta olisi inhimillinen kohtelu, tukena oleminen, ajan antaminen, työntekijöiden kuunteleminen ja kannustava ilmapiiri
Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla – esimerkkinä vanhusten kotihoito	Haapakorpi Arja, Haapola Ilkka, 2008	Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja	1. Tuottaa tietoa vanhusten kotihoidon organisoinnista ja hoitohenkilökunnan työhyvinvoinnista. 2. Tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää vanhusten kotihoidon työn organisoinnin kehittämisessä.	- Vastaajat kokivat ammatillisen osaamisensa hyvänä - Työ koettiin palkitsevana ja tyydyttävänä, mutta myös henkisesti ja fyysisesti kuormittavana - Johtaminen, esimiestyö ja tiimityö koettiin merkityksellisinä - Uusien työntekijöiden saaminen koettiin ongelmallisena, sillä tutkimuksen mukaan vanhustyö ei houkuttele nuoria - Vanhoille työntekijöille toivottiin lisäkoulutuksia
Kotihoidon asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen, sitä	Anttila Tiina, 2010	Pro gradu, Turun yliopisto	1. Mitä asiakkaan itsemääräämisoikeus on hoitajan kuvaamana?	-Itsemääräämis-oikeus oli hoitoon ja päätöksentekoon osallistumista, suostumista ja oikeus myös kieltäytyä

edistävät ja estävät tekijät hoitajien kuvaamana			2. Mitkä asiat edistävät tai estävät asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumista?	<ul style="list-style-type: none">- Kokonaisuutena se ei juurikaan toteutunut- Edistäviä tekijöitä oli mm. hoitajan asenne, arvot ja ammatillisuus sekä asiakkaan arvostaminen- Estäviä tekijöitä oli hoitajien kiire ja siitä johtuva tehtävien priorisointi ja lääkärin auktoriteetti- Yhteistyö omaisten kanssa koettiin useimmiten negatiivisena
--	--	--	--	---

