

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU
Vanhustyön koulutusohjelma

Britta Dölling-Hasu

KOUVOLAN KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÖIDEN NÄKEMYKSIÄ
KOTIPALVELUN JA KOTISAIRAAHOIDON YHDISTYMISESTÄ

Opinnäytetyö 2009

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Vanhustyön koulutusohjelma

Britta Dölling-Hasu	Kouvolan kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä
Opinnäytetyö	38 sivua + 3 liitesivua
Työn ohjaaja	Lehtori Merja Laitoniemi ja Merja Nurmi
Toimeksiantaja	Kouvolan kaupungin kotihoito
Joulukuu 2009	
Avainsanat	kotihoito, moniammatillinen tiimityö, muutosjohtaminen

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä ja mielipiteitä kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistymisestä kotihoidoksi. Tutkimuksen lähtökohtana olivat organisaatiomuutos ja sen johtaminen sekä moniammatillinen tiimityö. Tutkimuksen teoreettisessa osuudessa tarkastellaan kotihoitoa, kotihoidon organisaatiomuutosta, muutosjohtamista ja moniammatillisuutta tiimityössä. Tutkimus on laadultaan kvalitatiivinen.

Tutkimukseen osallistui Kouvolan kotihoidon keskeisen palvelualueen työntekijät. Työntekijöissä on perushoitajia, lähihoitajia, sairaanhoitajia, kodinhoitajia ja kotiavustajia. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella. Lomakkeessa oli kuusi avointa kysymystä, jotka oli jaoteltu teemoiltaan positiivisiin ja negatiivisiin näkemyksiin.

Kyselylomakkeita jaettiin kentälle 90 kappaletta joista palautui 58. Vastausprosentti oli 64. Tutkimuksen luotettavuutta heikensi ylimääräinen välikäsi kyselylomakkeita jaettaessa. Myös käynnissä ollut Kouvolan kaupungin organisaatiomuutos keskeneräisine henkilöstömuutoksineen esimiestasolla on saattanut vaikuttaa tutkimusprosessiin.

Vastauksista ilmeni, että vaikka muutosta toivottiin ja se nähtiin positiivisena mahdollisuutena, olivat vanhat toimintamallit erittäin syvällä ja hankaloittivat uuden omaksumista. Tutkimuksessa nousivat esille myös eri koulutustaustan omaavien työntekijöiden asenteet ja työn arvostus. Moniammatillisen tiimi toiminnan käynnistämisen kannalta oleelliseksi koettiin sopivien tilojen löytyminen ja työnjaon uusiminen. Kotihoito käsitteenä oli hieman vieras. Monet puhuivat vanhasta kotipalvelun organisaatiosta kotihoitona ja sairaanhoito mainittiin yleensä erillisenä kotihoidosta. Työntekijät toivoivat parannusta tiedottamiseen ja tiedon kulkuun.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU
University of Applied Sciences
Elderly Care

DÖLLING-HASU, BRITTA Home Care Workers' Views on Integrated Home
Care

Bachelor`s Thesis 38 pages + 3 appendices

Supervisor Merja Laitoniemi, senior lecturer
Merja Nurmi, senior lecturer

Commissioned by Kouvola kaupunki /kotihoito

December 2009

Keywords home care, multi professional teamwork, manage-
ment of change

The aim of this study was to examine home care employees' views on structurally integrated home care and multi-professional teamwork. The starting point of the study was organizational change and management, as well as multi-professional teamwork. Health and social welfare departments are usually combined. In integrated home care, the employees' units are multi-professional. The study is a qualitative one.

Employees working in home care in Kouvola took part in the study after the reorganization of home care in the area. The employees are practical nurses, general nurses and home aids. 90 questionnaires were sent out, and 58 answers were received. Therefore, the answering percentage is 64. The questionnaire contained six open questions, which were grouped according to themes that included positive and negative experiences.

According to the research results, the multi-professional teamwork was described as a very challenging working method. Expectations for starting multi-professional teamwork were high, and it was seen as a positive opportunity. However, the results show that old working patterns run deep and make it harder to adopt new ways of working. In addition, employees with various training backgrounds have a different kind of approach to and respect for the work they do. According to the survey, starting multi-professional teamwork requires finding suitable premises and renewing work distribution. Home care as a concept was fairly unfamiliar. Several employees considered home care as the old organization of home help service, and nursing was not included in it. Both the employees and the management hoped for better flow of information.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	KOTIHOITO	8
	2.1 Kotihoidon käsite ja sisältö	8
	2.2 Kotihoidon lainsäädäntö	10
	2.3 Kotihoidon rakennemuutos	10
3	MONIAMMATILLINEN TIIMITYÖ KOTIHOIDOSSA	12
	3.1 Tiimityön käsite	12
	3.2 Tiimin tehtävät	13
4	RAKENNEMUUTOS JA MUUTOSJOHTAMINEN	15
	4.1 Rakennemuutos	15
	4.2 Muutosjohtaminen	16
5	KOUVOLAN YHDISTETYN KOTIHOIDON MUUTOSPROSESSI	18
	5.1 Muutoksen lähtökohta ja uusi organisaatio	18
	5.2 Muutoksen tavoitteet	20
6	TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	20
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	21
	7.1 Kohderyhmä ja otanta	21
	7.2 Tutkimusmenetelmä ja kyselylomakkeen laadinta	21
	7.3 Aineiston keruu	22
	7.4 Aineiston analyysi	23
	7.5 Tutkimuksen luotettavuus	25
8	TUTKIMUKSEN TULOKSET	26
	8.1 Kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä yhdistetystä kotihoidosta ja miten se heidän mielestään toteutetaan	26

8.2 Kotihoidon työntekijöiden näkemiä esteitä ja uhkia kotihoidon yhdistämisessä	28
8.3 Kotihoidon työntekijöiden näkemät mahdollisuudet ja hyvät asiat kotihoidon yhdistymisessä	31
9 POHDINTA	33
LÄHTEET	36
LIITTEET	
Liite 1. Saatekirje	
Liite 2. Kyselylomake	

1 JOHDANTO

Vuoden 2006 lopussa oli Suomessa 250 000 85 vuotta täyttäneitä ja ennusteiden mukaan vuonna 2035 on Suomessa 85 vuotta täyttäneitä jo 625 000. Kotihoidon palvelujen tarve kasvaa siis koko ajan. Ikäihmisten palvelurakenteen keskeisin ja mittavin palvelu on kotihoito. Kunta- ja palvelurakennemuutoksessa tulee turvata kotihoidon hyvä laatu. (Heinola 2007, 9-10.)

Vanhustenhuollon valtakunnalliset linjaukset tänä päivänä painottavat ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitämistä, kotona asumisen tukemista ja avopalvelujen ensisijaisuutta. Lisäksi korostetaan riittävien ja oikea-aikaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamista. Ikäihmisten kotona asumisen tueksi tarvitaan monimuotoisia palveluja kevyestä kodinhoidollisesta avusta aina hyvinkin vaativiin sairaanhoidollisiin palveluihin. Kotihoidon tehtävänä on sovittaa yhteen kunnallisten ja yksityisten palveluntuottajien palveluja vastaamaan asiakkaan yksilöllisiä palveluntarpeita. (Heinola 2007, 9.)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen ikäihmisten palvelut julkaisi 8.9.2009 raportin: Ikähorisontti – uudet palvelukonseptit. Raportissa todetaan muun muassa että, uusien palvelukonseptien ja palvelukokonaisuuden luomisen tavoitteena tulisi olla iäkkäitä henkilöiden omissa kodeissaan asumisen tukeminen ja mahdollisimman itsenäisen elämän mahdollistaminen. Tavoitteena on myös, ettei iäkkäiden ihmisten tarvitse toimintakyvyn heiketessä/kohentuessa muuttaa palvelumuodosta ja paikasta toiseen, vaan että palveluita tuotetaan tulevaisuudessa iäkkäiden tarpeiden mukaan sinne, missä he asuvat. (Muurinen, Finne-Soveri, Sinervo, Noro, Andersson, Heinola & Vilkko, 2009.)

Vanhusten avohoito muodostuu sosiaalihuoltolain ja -asetuksen mukaisesta kotipalvelusta ja kansanterveislain mukaisesta kotisairaanhoidosta. Useissa Suomen kunnissa on kotipalvelu ja kotisairaanhoito yhdistetty kotihoidoksi vastaamaan lisääntyvää palveluntarvetta. Hallitus teki vuonna 2004 eduskunnalle esityksen sosiaalihuoltolain ja kansanterveislain väliaikaisesta muuttamisesta. Kokeilulainsäädännön tarkoitus oli mahdollistaa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palvelujen yhdistäminen kotihoidoksi niissä kunnissa joissa oli jo sosiaali- ja terveystoimi lautakuntatasolla yhdistetty. Kokeilun piti alkuaan kestää 1.1.2005 – 31.12.2008 välisen ajan mutta sille annettiin jatkoaikaa 31.12.2010 asti. Tässä työssä kotihoidolla tarkoitetaan edellä kuvattuja sosiaa-

lihuoltolain ja asetuksen mukaista kotipalvelua ja kansanterveyslain mukaista kotisairaanhoidoa. (Kansanterveyslaki 66/1972, Sosiaalihuoltolaki 710/1982, Laki kansanterveyslain väliaikaisesta muuttamisesta 221/2004 ja 188/2008.)

Kansanterveystyön kuntayhtymän, Anjalankosken, Kuusankosken, Kouvolan, Valkealan ja Elimäen kuntien yhdistyessä 1.1.2009 Kouvolan kaupungiksi yhdistyivät myös kotisairaanhoido ja kotipalvelu kotihoidoksi perusturvan vanhuspalveluiden alaisuuteen. Yhdistymisen tavoitteena on palvelujen kattavuuden lisääminen ja palveluiden kehittäminen mahdollistamaan kouvolaisten ikäihmisten kotona asuminen ja selviytyminen mahdollisimman pitkään. Toistaiseksi muutos on edennyt hitaasti ja yhdistyminen on monien vanhojen kuntien alueella vain hallinnollista eikä vielä näy käytännön työssä. (Kouvolan kaupunginhallituksen pöytäkirja § 317 / 29.10.2007.)

Hyvin toimiva kotihoito perustuu osaavaan ja motivoituneeseen henkilöstöön. Tulokellinen toiminta edellyttää, että jokainen henkilöstön jäsen tietää tehtävänsä ja työllään tukee yhteisiä tavoitteita ja strategioita. Muutosvaiheessa korostuu suunnittelun ja osaamisen johtaminen. Suunnittelun kannalta on oleellista tiedostaa, missä määrin nykyistä toimintaa jatketaan ja missä määrin kehitetään uutta. (Heinola 2007,84.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on henkilöstön näkemysten ja mielipiteiden kerääminen uutta toimintamallia kehitettäessä sekä muutosprosessin näkyväksi saattaminen henkilötasolla. Erityisesti halusin saada tietoa siitä, millaisia tunteita tai pelkoja kotihoidon yhdistäminen herättää. Miten nämä mahdolliset tunteet ja pelot käytännössä ilmenevät. Toivon kartoituksen auttavan minua omassa työssäni kehittämään kotihoidon toimintaa sekä antavan valmiutta muutosvaiheen johtamiseen. Toivon myös työntekijöiden henkilökohtaisella tasolla mieltävän ja prosessoivan yhdistymistä ja sen mukanaan tuomaa muutosta mielessään. Tämä ehkä jatkossa auttaa moniammatillisten tiimien muodostumisessa.

2 KOTIHOITO

2.1 Kotihoidon käsite ja sisältö

Valtaosa ikäihmisistä haluaa asua kotonaan niin pitkään kuin se on mahdollista. Koti on osa ihmisen identiteettiä. Ikääntyneen ihmisen kotona asumiseen liittyy rauha ja vapaus tehdä asioita omassa aikataulussa eli hänellä on itsemääräämisoikeus omaan elämäänsä. Ikäihmisten hoito- ja palvelujärjestelmän tarkoitus on tukea tätä kotona asumista ja itsemääräämisoikeutta vielä hyvin huonokuntoistenkin asiakkaiden kohdalla. Kotihoito osana tätä palvelujärjestelmää pyrkii siis turvaamaan ikääntyneille mahdollisimman normaalia ja itsenäistä elämää. (Ronkainen, Ahonen, Backman & Paasivaara 2002,100.)

Niin Suomessa kuin monissa muissakin maissa on kotihoito käsitteenä melko uusi ja heikosti määritelty. Kotihoito käsitteen vakiintumattomuus ja epämääräinen käyttö johtuvat ainakin osittain Suomessa kotihoidon historiasta. Kotipalvelu ja kotisairaanhoido jotka kotihoidon muodostavat, ovat kehittyneet toisistaan erillään ja kuuluneet 1990-luvun alkuun eri hallintokuntiin. Kotipalvelu on perinteisesti kuulunut sosiaalitoimeen ja kotisairaanhoido terveystoimeen. (Tepponen 2009,17.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (2008) mukaan tulisi kunnan strategiaan sisältyä vanhuspoliittinen ohjelma. Kunnissa vanhusten kotihoitoa säätelee valtakunnallisesti asetetut velvoitteet, tavoitteet ja suositukset. Myös monet sosiaali- ja terveydenhuollon lait sekä asetukset ohjaavat kotihoitoa ja koko vanhuspalveluja. Hyvänä esimerkkinä tästä on menossa oleva kunta- ja palvelurakenteen kehittämishanke. (Tepponen 2009,49.)

”Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon integraatio merkitsee hallinnollisia ja organisatorisia muutoksia ja pyrkimystä yhteiseen työkuultuuriin, jonka piirteitä ovat mm työntekijöiden moniammatillinen ja käytännönläheinen yhteistyö ja vastuiden jakaminen. Kotihoidon integroidun toimintamallin tavoitteena on saumattomuus. Se merkitsee asiakkaalle räätälöityä hoito- ja palvelukokonaisuutta, joka rakennetaan kotipalvelusta, kotisairaanhoidosta ja tukipalveluista.” (Andersen, Haverinen & Malin 2004,481.)

Vanhustyön keskusliiton laatuoppaassa (1999) on määritelty laadukkaan Kotihoidon ominaispiirteitä seuraavasti; ”Kotihoidon keskeisin tehtävä on tukea ja palvella ihmis-

tä arkipäivän perustarpeissa. Kotihoidon ytimen muodostavat kotipalvelut ja kotisairaanhoido. Toiminnan lähtökohtana on asiakkaan itsemääräämisoikeus ja omaehtoisuuden tukeminen. Lisääntyvä palvelun tarve edellyttää, että kotihoitopalveluita on kyettävä tarjoamaan joustavasti ja usein monta kertaa vuorokaudessa.”(Helameri, Kukkola, Jokela & Honko 1999,1.)

Sosiaali- ja terveysministeriön antamassa ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa 2008 korostetaan myös, että kotihoidon asiakkaille tulisi olla tarjolla palvelua ympäri vuorokautisesti ilta -ja yöpartio toiminnan turvin. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 27.)

75–84-vuotiaat ovat kotihoidon suurin asiakasryhmä, joita on lähes puolet asiakkaista (Heinola 2007, 18). Kotihoito kohdentuu entistä iäkkäimmille ja toimintakykynsä menettäneille asiakkaille säännöllisen kotihoidon asiakaslaskennan mukaan. Myös kotihoidon sisältö on muuttunut siten, että yhä useampi asiakas saa sekä kotipalvelua että kotisairaanhoidoa. (Heinola 2007, 10.)

Kotihoidon asiakkuuden kriteerit ovat pitkälti samansisältöisiä Suomen kunnissa, vaikka kuntakohtaisia eroavaisuuksia ja painopisteitä löytyykin. Kotihoidon antaman avun sisältö painottuu henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon (esim. ravitseminen, hygienia, toimintakyvyn ylläpitäminen), sekä hoitoon joka sisältää myös asiakkaan kotona tarvitsemat sairaanhoidolliset toimenpiteet kuten haavahoidot, näytteenotot ja lääkehoidon. (Kouvolan kaupungin Senioriopas 2009,10).

Joissain Suomen kunnissa on perustettu erillinen kotisairaala kotihoidon rinnalle vastaamaan erikoissairaanhoidon tarpeisiin kentällä. Näin on tehty esimerkiksi Kotkan kaupungissa. Kouvolan kotihoidossa puolestaan aloitti kokeiluna kotiutustiimi 1.7.2009 joka vastaa sisällöltään pitkälti kotisairaalan toimintaa. (Kotkan kotihoidon yhdistämisen loppuraportti 2003)

Palveluja annetaan erityisesti kotona-asumisen tukemiseksi silloin, kun henkilö ei sairauden tai muuten alentuneen toimintakyvyn takia enää selviydy jokapäiväisistä toiminista itsenäisesti tai omaistensa avulla. Kotihoidon palveluja annetaan kotiin silloin, kun henkilö ei pysty terveydentilansa tai elinolosuhteidensa vuoksi käyttämään avoterveydenhuollon palveluja. Kotihoidon palvelu voi olla joko pitkäaikaista tai elämän-

tilanteeseen liittyvää lyhyempikestoista palvelua. (Kouvolan kaupungin Senioriopas 2009,10.)

Palvelun intensiteetti voi vaihdella paljonkin harvemmin toteutettavista käynneistä useisiin toistuviin päivittäisiin käynteihin. Kotihoidon asiakaskunnan monimuotoisuuden lisääntyessä myös palvelujen monimuotoisuuden tarve lisääntyy (Heinola 2007,10.)

2.2 Kotihoidon lainsäädäntö

Kotipalvelu on sosiaalihuoltolain mukaan asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen sekä muuhun tavanomaiseen elämään kuuluvien toimintojen ja tehtävien suorittamista tai niissä avustamista (710/82, 20§). Kotipalvelu määritellään myös sosiaalihuoltoasetuksessa, jonka mukaan se on kodissa tapahtuvaa yksilön ja perheen työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista sekä tukipalveluja, kuten ateriat-, vaatehuolto-, kylvytys-, siivous-, kuljetus- ja saattajapalveluja sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja (607/83, 9§). Kansanterveyslaki (66/72, 14§, 15§, 17§) määrittää kotisairaanhoidon mutta sisältöä ei ole erikseen määritelty tai tarkennettu.

Kotihoidosta ei ole pysyvää lainsäädäntöä. Sosiaalihuoltolakiin (710/1982) ja kansanterveyslakiin (66/1972) on väliaikaisesti lisätty uusi luku joka on kummassakin laissa 2 a luku ”Eräiden tehtävien järjestämisestä koskeva kokeilu” (muut.1428 – 1429/2004). Tämä on mahdollistanut sen, että kunnat saavat organisoida eräät sosiaalihuollon ja kansanterveystyön tehtävät pysyvistä lainsäädännöstä poiketen. Kokeilu oli aluksi voimassa 1.1.2005 – 31.12.2008 ja se koski sosiaalihuollon kotipalvelun ja terveydenhuollon kotisairaanhoidon yhdistämistä uudeksi tehtäväalueeksi, kotihoidoksi. Kokeilu sai 30.12.2008 jatkoaikaa 31.12.2010 asti. Vuonna 2006 puolessa Suomen kunnista toimi yhdistetty kotipalvelu ja kotisairaanhoido. (Heinola 2007,11.)

2.3 Kotihoidon rakennemuutos

Tarkasteltaessa kotihoitoa on pakko huomioida sen kokema rakennemuutos viimeisten vuosikymmenten aikana. Vanhustenhuollon kehityskulku on Suomessa kulkenut samalla tavalla kuin muissa Pohjoismaissa laitoshoidosta kohti palveluasumista ja kotona asumisen merkitystä on painotettu vanhuspoliittisissa kannanotoissa ja linjauksissa.

Ennen vastuun siirtymistä kunnille ikääntyvästä väestöstä huolehtivat pääasiassa omaiset ja seurakunnat. (Välikangas 2006,11.)

Joissain Euroopan maissa kuten Saksassa ovat lapset edelleen elatusvelvollisia vanhemmistaan (Häkkinen, 1999,14). Myös Yhdysvalloissa, jossa on pitkät perinteet kotisairaanhoidossa, on painopiste siirtynyt viime vuosikymmeninä ikäihmisten palveluihin, joita on suurin osa kotisairaanhoidon asiakkaista. Toisaalta Yhdysvalloissa kotisairaanhoidon kattaa laajemmin koko väestön. Kotisairaanhoidossa on erityisosaamista ja yksiköitä aina äitiysneuvolasta vaativiin saattohoitoihin. Teknologiaa on alettu hyödyntämään Yhdysvalloissa kotisairaanhoidossa jo 1990-luvulla. (Rice 1996.)

Kuitenkin pääsääntöisesti niissä maissa, joiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmiä voi verrata keskenään, on Suomessa ollut yleisempää sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden yhdistäminen integroinnin muotona. (Tepponen 2009, 42).

Suomessa kansanterveyslaki 1972, sosiaalihuoltolaki 1982 sekä samana vuonna säädetty laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta velvoittivat kunnat huolehtimaan sosiaalihuollosta painopisteen siirtyessä avopalveluihin (Välikangas 2006,11). Näillä lainsäädännön muutoksilla oli suora vaikutus siihen, että 1980-luvulla alettiin kunnissa aktiivisesti kehittää ikäihmisten palveluja. Jo vuonna 1988 ilmestyneessä sosiaalihuollon ja lääkintöhallituksen yhteisoppaassa (Kunnan vanhustenhuolto sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä 1988) on korostettu uusien toimintatapojen ja erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon välisten yhteistyömuotojen kehittämistä joustaviksi palvelukokonaisuuksiksi. (Sosiaalihuollon opas 2/1988).

Varsinainen palvelurakennemuutos tehtiin Suomessa 1990-luvulla. Tällöin laitoshoidon purettiin voimakkaasti ja painopiste siirtyi avohoitoon. Tärkeimmäksi vanhuspoliittiseksi kehittämissuunnitelmaksi tuli iäkkäiden tukeminen selviytymään omilla voimilla mahdollisimman pitkään. Tämä linjaus on jatkunut myös 2000-luvulla. (Välikangas 2006, 12.)

Vuonna 1990 esitti sosiaalihuollon kotipalvelun nykytilaa ja kehittämistä selvittänyt työryhmä ensimmäistä kertaa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden yhdistämistä kotihoidoksi. Laissa (L155/2006) esitetään, että kunta- ja palvelurakenteen vahvistamista edesautetaan yhdistämällä kuntia ja liittämällä osia kunnista toisiin kuntiin. Tähän liittyen käynnisti valtioneuvosto kunta- ja palvelurakennemuutoksen (Pa-

ras-hanke) jossa velvoitetaan kaikkia kuntia tekemään suunnitelmat kuntien tehtäviksi määrättyjen palveluiden turvaamiseksi. Paras-hanke vaikuttaa siis osaltaan myös koti-hoidon toimintarakenteisiin, koska siinä korostetaan, että sosiaalitoimi ja perusterveydenhuolto on perusteltua järjestää eheänä toiminnallisena kokonaisuutena vastaisuudessaakin. Perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyö nähdään erityisen tärkeänä ikäihmisten palvelujen turvaamiseksi. (Heinola, 2007,71.)

3 MONIAMMATILLINEN TIIMITYÖ KOTIHOIDOSSA

3.1 Tiimityön käsite

Työyhteisön henkilökunnasta muodostunutta tai muodostettua työryhmää jolla on yhteinen tavoite ja näkemys asiakkaan hoidosta kutsutaan tiimiksi. Yhdessä laaditut pelisäännöt ja sovitut toimintatavat ohjaavat tiimin jäsenten toimintaa. Tiimi on ennen kaikkea työväline, jonka avulla perustehtävää toteutetaan. (Koivukoski & Palomäki 2009,15.)

Tiimi on yhdessä työskentelevä monipuolisesti ammattitaitoisten ihmisten joukko. Tiimillä on valtuudet suunnitella ja suorittaa työn kokonaisuus itsenäisesti kunhan se toimii yrityksen suuntaviivojen mukaisesti. Tiimin tulee myös seurata itse työnsä tuloksia ja vastata niistä. Tiimi pyrkii koko ajan johonkin uuteen, parempaan tai tehokkaampaan käyttämällä ja huomioimalla jäsentensä kaikki kyvyt. (Vakkuri 1995,15.)

Moniammatillinen tiimi muodostuu eri koulutuksen saaneista työntekijöistä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa työn sisällön muuttuminen ja teknologian kehittyminen edellyttävät moniammatillista osaamista. Pelkkä yksilötason suorittaminen ei enää nykypäivänä riitä. Kaikissa terveydenhuollon tiimeissä kuten myös kotihoidossa tehtävien lisääntyminen ja työn monimuotoisuus edellyttävät eri ammattilaisten töiden priorisointia sekä yhteensovittamista. Tästä johtuen myös kotihoidon tiimeissä tarvitaan koulustaustaltaan erilaisia työntekijöitä jakamaan tehtäviä. Nämä eri ammattilaiset muodostavat moniammatillisen tiimin jossa vastuu ja työtehtävät tulee olla kuvattuna selkeästi. (Koivukoski & Palomäki 2009,10,12.)

Työntekijöiden kokemuksista yhdistetystä kotihoidosta löytyy esimerkiksi haastattelututkimus, joka on tehty Ala-Malmin kotihoidon työntekijöille. Työntekijät kokivat tutkimuksessa kotihoidon sisällön pääasiallisesti hyvin myönteisenä ja kotihoitomalli

nähtiin sekä työntekijän että asiakkaan näkökulmasta paremmaksi ja toimivammaksi kuin eriytetty kotipalvelu ja kotisairaanhoido. (Hannila 2004,58.)

Kotihoidon yhteistyötä parantavaksi toimintamalliksi on todettu moniammatillinen tiimi. Tiimin jäsenillä on toisiaan täydentäviä taitoja, ja he ovat sitoutuneet yhteiseen päämäärään, yhteisiin suoritustavoitteisiin ja yhteiseen toimintamalliin ja he pitävät itseään yhteisvastuussa suorituksistaan. Työnjakoon liittyvät ongelmat, ammatteihin liittyvät työnkuvat ja käytännöt ja myös salassapito sekä ennakkoluulot ja asenteet ja omien etujen puolustaminen on todettu esteiksi moniammatillisen yhteistyön käytännön toteuttamiseen. Verkostot ja moniammatillinen tiimityö ovat kuitenkin osa päivittäistä työtä. Tästä johtuen erityisesti työntekijöiden verkostoitumis- ja vuorovaikutustaitojen osaaminen korostuu. (Heinola 2007,67.)

Stakesin raportissa: Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi vuodelta 2006, todetaan, että ” kotihoidon onnistumiseen vaikuttavat henkilöstön ammatillinen osaaminen, sosiaali- – ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyöpalaverissa käsitellyn kommunikaation ja tiedon määrä sekä laatu. Myös kokemus kaikkien hoitoon osallistuvien tasa-arvoisesta kuulluksi tulemisesta edistää yhteistyön sujuvuutta ja asiakkaan hoidon ja palveluiden sujuvuutta.” Samassa tutkimuksessa todettiin myös ammatillisen kouluttautumisen tarpeen sekä ammatti-identiteetin vahvistamisen tarpeen olevan suurinta kotipalvelun henkilöstölle. (Perälä, Grönroos & Sarvi 2006,37.)

3.2 Tiimin tehtävät

Tiimityöllä on selkeät periaatteet, jotka erottavat sen linjaorganisaatiossa työskentelystä ja myös esimerkiksi ryhmätyöstä. Tiimien tavoitteena on pyrkimys uuteen ajattelutapaan ja hierarkkisen organisaation murtaminen sekä työntekoa koskevan vastuun siirtäminen sinne mihin se kuuluu, eli työn suorittajalle. (Vakkuri 1995, 96.)

Tiimissä työskennellessä on tärkeää tunnistaa yksilövastuu, mutta tiimillä on myös yhteisvastuu toiminnan sujumisesta, sillä jokainen työntekijä on ammatillisesti vastuussa omasta toiminnastaan, ja tiiminä vastuuta kannetaan yhteisen perustehtävän toteuttamisesta. Tiimin tehtävä voidaan määritellä siis kaksiuotteiseksi. Tiimi toteuttaa ensisijaisesti työtehtävän määrittelemää perustehtävää, mutta se toimii myös yhdessä tiiminä sen tavoitteiden saavuttamiseksi. (Koivukoski & Palomäki 2009, 15.)

Tiimityö on yhteistyötä, ja siihen eivät kuulu yksilösuorittaminen tai muiden aliarviointi. Tiimiorganisaation toiminnan kannalta on erityisen tärkeää, että työntekijä aina sitoutuu organisaation periaatteisiin. Mikäli tiimin jäsenet saavat toimia itseohjautuvasti ja keskinäisten sopimusten pohjalta heidän käsityksensä vastuusta muuttuu. Vastuullisuuden näkökulmasta katsottuna tiimin jäsenet kantavat huolta toiminnan sujumisesta sovittujen arvojen ja strategian mukaisesti. Näin syntyy laadukas prosessi, joka takaa asiakkaiden hyvän hoidon ja huolenpidon. (Koivukoski & Palomäki 2009,16.)

Henkilön kuuluminen tiimeihin voi olla kokoaikaista tai osa-aikaista. Sama työntekijä voi olla jäsenenä yhtä aikaa useassa eri tiimissä erilaisissa rooleissa. Yhteistyömenetelmät ja käytännöt tiimeissä kuitenkin vaihtelevat tilanteen mukaisesti. Kotihoidon työntekijät voivat olla oman perustiiminsä lisäksi jäsenenä erilaisissa moniammatillisissa tiimeissä tai työryhmissä kuten esimerkiksi SAS-työryhmä tai alueelliset mielen-terveyskuntoutujien palvelun – ja hoidonjärjestämiseen liittyvät työryhmät.(Heinola 2008, 67.)

Valtakunnallisen kotipalvelu ja kotihoito osana kuntien palvelujärjestelmää – hankkeessa (Kotosa- hanke 2004 – 2007) on määritelty myös hyvän alueellisen kotihoidon tiimityön tunnuspiirteet. Hyvässä tiimissä on yhteinen vanhuskäsitys sekä selkeä missio ja tavoitteet: alueen kotihoitoasiakkaiden elämänlaadun parantaminen ja asiakkaiden tarpeisiin vastaaminen kaikkia voimassa olevia resursseja hyödyntäen. Tiimissä ollaan tietoisia siitä, miten oma työ liittyy ja vaikuttaa koko kunnan/seudun vanhuspolitiikan toteutumiseen. Tiimin rakenne on selkeä ja tiimillä on tieto siitä, miten oman tiimin toiminta liittyy muiden tiimien toimintaan. Tiimillä tulee olla selkeät pelisäännöt, toimintamallit ja työnjako (kuka tekee, miten pysytään aikataulussa, mitä taitoja on tarve kehittää, miten päätökset tehdään, yhteiset arvot ja työskentelytavat). Jokaisen tiiminjäsenen täytyy sisäistää oma vastuu tiimin toiminnasta. Hyvässä tiimissä kokoonnutaan säännöllisesti ja sen jokainen jäsen on sitoutunut sovittuihin aikatauluihin. Tiedonkulku on riittävää ja kahdensuuntaista tiimin jäsenten, eri tiimien ja kotihoidon johdon välillä. Mahdolliset ristiriidat käsitellään heti niiden ilmaannuttua. Hyvässä tiimissä siedetään erilaisuutta ja arvostetaan toisia ammattilaisia ja moniammatillisuutta sekä luotetaan työtovereihin ja yhteistyökumppaneihin. Tiimissä on avoin ja aloitteellisuutta arvostava ilmapiiri ja siellä annetaan tukea sekä kiitosta työtovereille päivittäisissä toiminnoissa. (Heinola 2008, 67–68.)

4 RAKENNEMUUTOS JA MUUTOSJOHTAMINEN

4.1 Rakennemuutos

Kun organisaatorakennetta muutetaan kirjaimellisesti, puhutaan rakennemuutoksesta. Rakennemuutoksessa on yleensä kyse usean organisaation yhdistämisestä jolloin siihen liittyy muodonmuutoksen lisäksi paljon kulttuurimuutosta. Rakennemuutos sana antaa vaikutelman helposta ja mekaanisesta suorituksesta. Rakennemuutoksen vaikein ja tärkein osa on kuitenkin ihmisten johtaminen sillä rakennemuutoksen onnistumisen ratkaisevat ihmiset. (Kvist & Kilpilä 2006,49.)

Organisaation menestys riippuu sen kyvystä sopeuttaa toimintansa muutosten edellyttämien vaatimusten mukaisiksi. Organisaation muutos on hyvin monivaiheinen prosessi. Haasteellista on että organisaatio muodostuu yksiköistä ja jokainen muutos koetaan subjektiivisesti. Vasta kun tarvittavat tiedot, taidot ja asenteet ovat muuttuneet, muuttuu yksilön käyttäytyminen. Yksilöiden käyttäytymisen muutos puolestaan muuttaa ryhmän käyttäytymistä ja yrityksen toiminnan muuttuminen edellyttää kaikkien organisaation tasojen käyttäytymisen muutosta. Muutosjohtaminen on organisaation keino hallita tätä monimutkaista prosessia. (Kvist & Kilpilä 2006,15 - 16.)

Muutoksista rankimpia sekä johdolle että työntekijöille ovat kuntien toimintaan liittyvät laajat uudelleen järjestelyt. Näihin järjestelyihin lietty paljon uhkakuvia ja pelkoja organisaation kaikilla tasoilla. Avoimella, rehellisellä ja ymmärrettävällä sekä selkeällä viestinnällä voidaan työntekijöitä ja työyhteisöä tukea muutoksessa jo varhaisesta vaiheesta alkaen. Luottamusta rakentava viestintä sekä yksilöllinen ja yhteisöllinen tuki toimivat vastavoimina suuressa muutoksessa kun erilaiset huhut ja epävarmuus rasittavat. (Tammi.)

Fuusiotilanteessa pyritään yhdistämään toimintoja siten, että organisaation taloudelliset tavoitteet toteutuvat ja ammatillinen tietotaito uudistuu yhteistoiminnan avulla. Fuusioiden katsotaan olevan erittäin vaativia kehityksen vaiheita yhteisöllisesti, sillä ne vaativat paljon aikaa yhteisen perustehtävän pohdintaan sekä työtapojen ja toimintakulttuurien yhteensovittamista. Perustehtävän muokkaamisen tulee tapahtua fuusioituvien yhteisöjen konkreettisena yhteistyönä jo heti alusta alkaen. (Tammi.)

Valitettavan usein mahdollisuus luoda uutta kariutuu kilpailuasetelmaan: kumman yksikön todellisuus jää vallitsevaksi ja kumpi häviää? Kilpailuasetelma saa työntekijät kaivautumaan omiin taisteluasetelmiinsa. Edellä mainitusta johtuen olisi todella tärkeää toimia johdonmukaisesti uutta yksikköä luodessa. Mikäli yksiköt, joita yhdistetään, sijaitsevat eri paikkakunnilla, vaikeutuu yhteisön muodostuminen oleellisesti. Yksiköt saattavat kyllä toimia näennäisesti yhteistä perustehtävää ja toimintatapaa noudattaen, mutta kulttuurit jäävät etäisiksi. (Tammi.)

4.2 Muutosjohtaminen

Muutosjohtaminen on yhteisnimitys muutosprosessin suunnittelulle, hallinnalle sekä toteuttamiselle. Jokaisen esimiehen ja johtajan tulee hallita muutosjohtaminen osana ammattitaitoaan. Muutoksen onnistumiseen vaikuttavat kuitenkin useat eri tekijät. Oleellisia asioita muutoksen onnistumisen kannalta ovat mm. henkilöstön kehittäminen, johtaminen vision avulla, valtuuttaminen, riittävän tuen antaminen sekä tehokas viestintä. Lopputulokseen vaikuttavat myös johdon sitoutuminen, henkilöstön kuuntelu, henkilöstön motivaatio ja sitoutuminen, systemaattisuus toiminnassa sekä riittävät resurssit. Kaikkein tärkeintä muutoksen onnistumisen kannalta on kuitenkin määritellä, mikä on muutos, joka halutaan toteuttaa. (Kvist & Kilpilä 2006, 17.)

Muutosjohtaminen on noussut kunta- ja palvelurakenne uudistuksissa vaativimmaksi johtamistehtäväksi, koska muutos merkitsee yleensä rakenteiden, järjestelmien, toimintatapojen ja voimavarojen uudelleen suuntaamista. Muutosjohtamisen onnistumisen kannalta olisi päätöksentekoon osallistuvien ja toimintaa toteuttavien omat tavoitteet, toiveet ja tarpeet sovitettava yhteen. Muutosjohtaminen on ennen kaikkea asioiden ohjaamista ihmisten kautta sekä heidän avullaan. Organisaatiomuutoksen läpiviennissä on työntekijöiden työpanos tärkein voimavara. Ilman työntekijöiden motivoitumista toimimaan uudistuvan organisaation hyväksi ei muutos onnistu. (kuntaliiton verkkojulkaisu muutosjohtamisesta.)

Muutoksen johtamisessa ei ole kysymys yhdenlaisen vaan monen eritasoisen muutoksen aikaansaamisesta ja tukemisesta. Visionäärisyys ja oppimisen korostaminen ovat tärkeitä muutosjohtamisen onnistumisen edellytyksiä. Muutosjohtamiseen kuuluu sekä strateginen johtaminen että strategian käyttöönottoprosessi. Muutos pyritään aikaansaamaan yleensä erilaisilla kehittämishankkeilla, joille on asetettu tarkat aikarajat. Näillä kehittämishankkeilla kuvataan organisaation nykytila ja tulevaisuuden tahtoti-

lan sekä näiden väliin jäävien asioiden kehittämistarpeet. Kehittämishankkeiden tuloksellisuus on suoraan suhteessa henkilöstön ja johtajien sitoutumiseen asian hyväksi. Osallistuminen kehittämistyöhön on kaksisuuntaista sillä henkilöstön osallistuminen (alhaalta ylös) ja johtajien kantama vastuu (ylhäältä alas) muutoksesta ovat perusedellytyksiä onnistumiselle. Edellä mainitusta johtuen korostuu tiedonkulun ja vuorovaikutuksen merkitys muutokseen sitoutumisessa. (Kunnallisen henkilöstöjohtamisen käsikirja 2002.)

Tärkeintä muutokseen lähdetessä on huolehtia, että kaikki ovat tietoisia siitä, miksi muutosta tarvitaan ja mitä ollaan muuttamassa. Tiimin jäsenet sisäistävät muutoksen hyödyt sekä itsensä että työryhmän kannalta paremmin, mikäli he itse ovat rakentamassa yhteisiä tavoitteita. Myös muutokseen sitoutuminen on yhteisten tavoitteiden kautta helpompaa. Muutoksessa ei ole kysymys kenenkään henkilökohtaisesta valinnasta, vaan se edellyttää aina kaikkien osallistumista toteutuakseen. (Koivukoski & Palomäki 2009,35.)

Muutosprosessissa tulisi käytäntöjen muuttamisen lisäksi saada aikaan myös ajattelumallien muutos. Henkilöstön osallistuminen muutokseen ja etenkin tiedon luomiseen nousee tässä tärkeäksi tekijäksi. Henkilöstö tulee saada tarkastelemaan työtään uusista näkökulmista, heidän osaamistaan hyödynnetään ja heitä motivoidaan työskentelemään ryhmän ja organisaation edun mukaisesti. Tiimin ja organisaation visioiden ja tehtävien tiedostamista ei saa unohtaa. Muutoksen johtamisessa onkin pitkälti kysymys organisaatiokulttuurin muutoksesta. (Kunnallisen henkilöstöjohtamisen käsikirja 2002.)

Kuten edellä on jo todettu, osoittautuu henkilöstön motivointi ja sitoutuminen usein haasteelliseksi tehtäväksi muutostilanteissa. Yleisesti puhutaan työntekijöiden muutosvastarinnasta. Pohdittavaksi jää, onko kyse varsinaisesta muutoksen vastustamisesta vai onko kyse ennemminkin inhimillisistä ja ihmisille luonteenomaisista reaktioista uudessa tilanteessa? Muutosvastarinta terminä ei ole paras mahdollinen, sillä se ohjaa mielikuvan taisteluun ja puolustautumiseen ja antaa ehkä harhaanjohtavan kuvan siitä, että toiminnan takana olisi tietoisia valintoja ja jopa jonkinlaisia toimintastrategioita. Muutosvastarinta sanana myös ruokkii epätarkoituksenmukaista vastakkainasettelua johdon ja muun henkilöstön välillä. Aina tulee muistaa, että muutos ei ole työnantajan hyökkäys työntekijää kohtaan, eivätkä työntekijöiden ajattelussa ja toiminnassa

tapahtuvat muutokset ole kosto työnantajan toimia kohtaan. Sekä työntekijöitä että johtoa ohjaa sama motiivi – *halu säilyä hengissä ja turvata oma tulevaisuus*. Tämän asian hyväksyminen ja ymmärtäminen parantaa muutostilanteen lähtöasetelmia puolin ja toisin. (Sundvik 2006, 119.)

Henkilöstön hyvinvoinnin, motivaation ja toiminnan tuloksellisuuden kannalta oleellisia tekijöitä ovat vaikutus- ja osallistumismahdollisuudet, osaamisen kehittämis- ja käyttömahdollisuudet, tavoitteiden selkeys ja palautteen saanti sekä työn ja elämän hallinta. Myös päätöksenteon oikeudenmukaisuus ja esimiehen antama tuki koetaan hyvin tärkeäksi. Erityisesti lähiesimiehen toiminta on edellä mainituissa asioissa todettu todella tärkeäksi. (Kunnallisen henkilöstöjohtamisen käsikirja 2002.)

5 KOUVOLAN YHDISTETYN KOTIHOIDON MUUTOSPROSESSI

5.1 Muutoksen lähtökohta ja uusi organisaatio

12.11.2007 tehtiin päätös viiden kunnan Anjalankoski, Kuusankoski, Valkeala, Kouvola ja Jaala yhdistymisestä. Elimäki liittyi joukkoon viimeisenä 10.12.2007. Edellä mainituista kunnista toimi yhdistymisvaiheessa 1.1.2008 yhdistetty kotihoito ainoastaan Elimäellä. Anjalankoskella oli toiminut yhdistetty kotihoito vuosina 1999 -2005. Anjalankosken liittyessä Kouvolan seudun kansanterveystyön kuntayhtymään 1.1.2006 oli yhdistetty kotihoito purettu niin, että kotisairaanhoidon siirtyi kuntayhtymän alaisuuteen ja kotipalvelu jäi kaupungin perusturvan alaisuuteen. Muissa kuntaliitoksen kunnissa oli hyvin perinteinen kotihoidon malli. Kotisairaanhoidon toimi terveystyön alaisuudessa kansanterveystyön kuntayhtymässä ja kotipalvelu kuntien sosiaalitoimen alaisuudessa. Näissä kunnissa myös työnjako ja työnkuva olivat hyvin perinteiset kotisairaanhoidon ja kotipalvelun välillä. Yhteistyö oli satunnaista. Lähtökohta yhdistymiselle oli siis hyvin haastava erilaisten totuttujen toimintamallien takia. (Kouvolan kaupunginhallituksen pöytäkirja § 317 / 29.10.2007.)

Kun päätös kuuden kunnan yhdistymisestä oli tehty, perustettiin perusturvassa yhdistymistyöryhmiä pohjustamaan uuden Kouvolan yhteistä toimintamallia. Kotihoito kuului kotisairaanhoidon ala/alatyöryhmään. Kouvola 2009 perusturva kotisairaanhoidon alatyöryhmä kokoontui keväällä 2008 useita kertoja pohtimaan kotihoidon nykytilaa, kokonaisuutta sekä hoidon tarvetta yhdistyvissä kunnissa. Työryhmän rooli oli epävirallinen Kouvola 2009 perusturvan organisaatiossa mutta sen pohdinnan tulokse-

na esitettiin väliraportti 30.4.2008. Raportissa esitettiin kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistämistä kotihoidoksi. Työryhmässä ei kuitenkaan päästy yhteisymmärrykseen kotihoidon sijoittumisesta organisaatiomallissa. Kotihoitoa esitettiin sijoitettavaksi sekä terveystoimen että kotihoidon- ja vanhuspalveluiden alaisuuteen (Kotisairaanhoidon alatyöryhmän väliraportti 30.4.2008.)

Järjestelytoimikunta päätti, että yhdistetty kotihoito kuuluu kotihoito- ja vanhuspalveluiden kokonaisuuteen. Tämä vastaa kuntaliiton suositusta jossa korostetaan ns. elämäntapa- ja palveluorganisaation mukaista palvelujen organisointia, jossa vanhusten palvelut muodostavat yhden palvelukokonaisuuden. Myös Kouvolassa on vanhuspalveluiden alle sijoitettu kaikki ikäihmisten palvelut ennaltaehkäisevistä hyvinvointipalveluista raskaimpiin palveluasumis- ja vanhainkotipalveluihin. Kotihoidon sisäistä organisaatiota alettiin suunnitella jo syksyllä 2008 mutta tehtävä oli haasteellinen sillä kaikkia johto- ja esimiestason toimia ei ollut vielä täytetty. Epävarmuus organisaation mallista ja sen sisältämistä tehtävistä aiheutti suurta stressiä myös työntekijöissä. (Kouvolan kaupungin yhdistämistyöryhmän esitys 14.5.2008.)

Uuden Kouvolan valtuusto vahvisti kaupungin uuden organisaation 17.11.2008. Kotihoidon organisaatio uudessa Kouvolassa päätettiin jakaa kolmeen alueeseen. Eteläiseen kotihoidon palvelualueeseen kuuluu entinen Anjalankosken ja Elimäen alue. Keskiseen kotihoidon palvelualueeseen kuuluu vanha Kouvolan alue ja pohjoiseen kotihoidon palvelualueeseen kuuluu entisen Kuusankosken, Valkealan ja Jaalan alueet. Jako tehtiin henkilöstömäärien perusteella. Eteläisellä ja Pohjoisella alueella työskentelee hieman alle sata työntekijää ja keskisellä hieman yli sata työntekijää. Kaikkiaan Kouvolan kotihoidossa työskentelee n. 300 työntekijää 37 tiimissä. Tiimien lähiesimiehinä työskentelevät kotihoidon ohjaajat, joilla on esimiestehtävien lisäksi myös asiakastehtäviä (kartoituskäyntejä ja asiakasmaksupäätösten tekeminen). Ohjaajia on kaikkiaan 9 ja jokaisella on 3 - 4 tiimiä alaisuudessaan. Alueista vastaavat kotihoidon aluejohtajat, jotka toimivat ohjaajien sekä kotihoidon aluesihteerien esimiehenä. Aluejohtajien tärkein tehtävä on koordinoita ja kehittää kotihoidon toimintaa yhdessä alueen kanssa. Kotihoidon päällikkö vastaa toiminnasta ja toimii esimiehenä aluejohtajille sekä kotihoitoon kuuluville tukipalveluohjaajille ja omaishoidontuen ohjaajille (Kouvolan kaupungin hallintosäännön 3§:n 2 momentin mukainen päätösvallan delegointi / 1.1.2009.)

5.2 Muutoksen tavoitteet

Kotihoidon organisaatiomuutoksen tarkoituksena on saada joustava, asiakaslähtöinen ja moniammatillinen kotihoito, jossa resurssienhallinta olisi tehokkaampaa ja jossa jokaisen työntekijän osaaminen ja kokemus tulisi koko tiimin käytettävissä entistä huonokuntoisempien asiakkaiden hyväksi. (Tepponen 2009,92.)

Syksyllä 2008 alettiin pohjustaa kuuden kunnan kotihoidon organisaatiomuutosta ja sisällön yhdistämistä Kouvolan kotihoidoksi. Kotisairaanhoidon oli kuulunut Elimäkeä lukuun ottamatta Kouvolan seudun kansanterveystyön kuntayhtymän alaisuuteen, joten sen sisältö oli joka kunnassa melko samanlainen. Kotipalvelun osalta kotihoidon ydinprosessit oli kuvattu seudullisesti yhteen Stakesin KOTOSA-projektin yhteydessä Anjalankosken, Kuusankosken, Kouvolan ja Valkealan sekä Jaalan osalta ja tällöin oli alustavasti osittain sovittu yhteisistä kotipalvelun linjauksista. Kotihoidon ydinprosesseissa oli kuvattu asiakkaan näkökulmasta asiakkaan siirtyminen kotihoidon asiakkaaksi, kotihoidon asiakkaan hoiva- ja huolenpidon käynti sekä asiakkuuden päätyminen. Prosessien tarkoituksena oli kuvata yksityiskohtaisesti, mitä missäkin vaiheessa tapahtuu, kuka tekee ja mitä työ sisältää. Tärkeää oli myös eri toimijoiden rajapintojen löytyminen prosesseissa vastuiden määrittämisen takia sekä asiakaslähtöisyyden näkökulma. (Lankinen (toim.)2006,12.)

Uusi Kouvolan kotihoidon organisaatio vastaa pitkälti valtakunnallisia suuntauksia joiden mukaan seudullisissa malleissa kotihoito voidaan organisoida suuremmissa alueellisissa yksiköissä, mutta tuotetaan edelleen lähipalveluna. Yhteinen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon strateginen suunnittelu, koordinointi ja operatiivinen työjohto sekä tuotosten, tulosten ja talouden seuranta voidaan keskitetysti toteuttaa osana seudullista vanhustenhuollon kokonaisuutta. (Heinola 2007,72.)

6 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää Kouvolan kotihoidon keskisen palvelualueen työntekijöiden ajatuksia ja näkemyksiä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä kotihoidoksi. Yksityiskohtaiset tutkimusongelmat ovat:

- 1) Mitä yhdistetty kotihoito työntekijöiden mielestä ja millä konkreettisilla keinoilla se voidaan saavuttaa?

- 2) Mitä esteitä ja uhkia yhdistymisessä voi olla?
- 3) Mitä hyviä asioita ja mahdollisuuksia yhdistymisessä voi olla?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Kohderyhmä ja otanta

Kohderyhmänä oli Kouvolan kotihoidon keskeisen palvelualueen kentällä työskentelevä henkilöstö eli 120 työntekijää. Henkilöstö muodostuu lähihoitajista, perushoitajista, kodinhoitajista, kotiavustajista sekä sairaanhoitajista. Koulutustaustaa en kuitenkaan kyselyssä kartoittanut, sillä toiset ammattinimikkeet kuten perushoitaja ja kotiavustaja ovat kentällä vähemmistönä ja olisivat saattaneet olla tunnistettavissa. Päädyin tekemään kyselyn koko keskeisen alueen henkilöstölle, koska koin tärkeäksi saada jokaisen työntekijän näkemyksen kotihoidon yhdistymisestä esille. Toivoin myös kysymysten herättävän vastaajia pohtimaan kotihoidon yhdistymistä syvemmin ja antavan esimiehille tietoa yhdistymisen herättämistä tunteista ja mielipiteistä.

7.2 Tutkimusmenetelmä ja kyselylomakkeen laadinta

Nancy Burns ja Susan K. Grove toteavat kirjassaan *The Practice of Nursing Research*, että laadullinen tutkimus on systemaattinen, interaktiivinen ja subjektiivinen lähestymistapa kuvata elämän kokemuksia ja antaa niille tarkoitus. Laadullisen tutkimus ohjaa kuvaamaan ja edistämään inhimillisten kokemusten ymmärtämistä kuten esimerkiksi kivun, hoivan ja hyvän olon. Inhimillisiä tunteita on vaikea kuvata numeraalisina faktoina, siksi laadullinen tutkimus näyttää olevan tehokkaampi metodi kuin kvantitatiivinen tutkittaessa ihmisten tunnereaktioita. (Burns & Grove 2001, 26.)

Tutkimuskirjallisuudessa tyypillinen perusjako tutkimustyyppihin on teoreettinen ja empiirinen tutkimus. Tyypittely voidaan ymmärtää väärin – esimerkiksi niin, että empiirisestä tutkimuksesta puuttuu teoria tai että teoreettisessa tutkimuksessa teoria on korostuneessa asemassa. Yleisellä tasolla kaiken tutkimuksen pitäisi kuitenkin sisältää ihmisjärjen suorittamaa henkistä tarkastelua, joka on luonteeltaan teoreettista. (Tuomi & Sarajärvi 2009,19.)

Koska tässä tutkimuksessa halusin kartoittaa työntekijöiden mielipiteitä ja tuntemuksia yhdistetystä kotihoidosta valitsin tutkimusmenetelmäksi laadullisen tutkimuksen. Laadin kyselylomakkeen jossa oli kuusi avointa kysymystä saadakseni vastaukset tutkimusongelmiin.

Ensimmäisellä kahdella kysymyksellä halusin kartoittaa työntekijän mielipidettä yhdistetystä kotihoidosta, mitä se hänen mielestään on sekä millä konkreettisilla keinoilla se saavutetaan. Halusin myös nähdä kuinka selvä kotihoito käsitteenä kentällä on. Seuraavilla kahdella kysymyksellä halusin kartoittaa työntekijän näkemät esteet yhdistymiselle sekä yhdistymisen mahdollisesti herättämät pelot ja uhat. Viimeisillä kahdella kysymyksellä ajatuksena oli saada näkyviin työntekijän mielipide yhdistymistä mahdollisesti puoltavista asioista ja yhdistetyn kotihoidon mahdollisuuksista. Kysymyksissä korostettiin ja pyydettiin nimeämään konkreettisia yhdistymistä estäviä ja puoltavia asioita. Kyselylomake oli siis jaettu positiivisia ja negatiivisia mielipiteitä kartoittaviin kysymyksiin.

7.3 Aineiston keruu

Marraskuussa 2008 päätin toteuttaa kyselyn tulevalle Kouvolan kotihoidon keskisen palvelualueen työntekijöille. Luvan anoin tulevalta esimiehelläni kotihoidon palvelupäälliköltä. Kyselyn ajankohdaksi sovittiin tammikuu 2009 kun uusi organisaatio olisi hallinnollisesti yhdistynyt. Kävin joulukuussa 2008 tutustumassa tiimien taukotiloihin ja samalla kerroin työntekijöille kyselystäni. Koska yhdistyminen moniammatillisiin tiimeihin ei ole tapahtunut sopivien tilojen puutteen vuoksi, työskentelevät vanhan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tiimit edelleen samoissa erillisissä tiloissa samojen työtovereiden kanssa. Näihin tiimin taukotiloihin kunkin tiimin lähiesimies (kotihoidon ohjaaja) toimitti kyselylomakkeet ja vastauskuoret tammikuun toisella viikolla normaalien tiimipalaverien yhteydessä. Alkujaan olin kopioinut saatekirjeitä, kyselylomakkeita sekä vastauskuoria kaikkiaan 120 kpl, koska tämä henkilöstömäärä minulla oli tiedossa. Minulle palautui 30 jakamatonta lomaketta ja kirjekuorta ohjaajien kautta takaisin, koska osa työntekijöistä ei erinäisistä syistä ollut kyseisenä ajankohtana työssä tai ei ollut halunnut vastata kyselyyn. Tiimien suuren määrän takia (16 tiimiä) minun ei ollut mahdollista päästä jakamaan lomakkeita suoraan itse. Tuntui helpommalta ja joustavammalta, että lähiesimiehet (kotihoidon ohjaajat) vievät lomakkeet omiin tiimeihinsä (kullakin neljällä ohjaajalla on alaisuudessaan 3 - 4 tiimiä).

Vastausaikaa oli tammikuun 2009 loppuun asti eli kaikkiaan noin 3 viikkoa. Vastauskuoret palautuivat minulle ohjaajien kautta, jotka keräsivät suljetut kirjekuoret tiimeistä. Jaetusta 90 lomakkeesta minulle palautui 58, joten vastausprosentti on 64.

7.4 Aineiston analyysi

Perusanalyysimenetelmä laadullisessa tutkimuksessa on sisällönanalyysi jota myös tässä opinnäytetyössä on käytetty. Sisällönanalyysi tarkoittaa kerätyn tietoa-aineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan esille selkeästi. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23.)

Tieteellinen tutkimus on merkkien tulkitsemista sekä johtolankojen aktiivista tuottamista. Näiden johtolankojen sekä vihjeiden pohjalta yritetään päätellä havainnoista jotain sellaista mitä ”paljaalla silmällä” ei voi nähdä. Empiirisessä tutkimuksessa havaintoja ei koskaan itsessään pidetä ”tuloksina” vaan johtolankoina joita tulkitsemalla pyritään pääsemään asioiden ”taakse”. (Alasuutari 2007,77–78.)

Empiirisessä analyysissä korostetaan aineiston keräämis- ja analyysimetodeja. Empiirinen tutkimus jossa ei ole selostettu aineiston keräämis- ja analyysimenetelmää ei ole uskottava. Empiirisessä analyysissä tiedonantajia eli lähdeaineistoa tuottavien henkilöiden tunnistettavuus yksilöinä pyritään häivyttämään. Tutkijan tulee aina eettisistä syistä pitää huolta siitä, että yksilöä ei tunnisteta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 21–22.)

Laadullinen tutkimus voidaan melko pitkälle samaistaa sisällönanalyysiin. Sisällönanalyysia käytetään usein inhimillisen vuorovaikutuksen tutkimiseen tai ihmisen kokemusten kuvaamiseen fenomenologisessa tutkimuksessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009,14.)

Fenomenologisessa tutkimuksessa kohteena on elämismailma ja ihmisen suhde omaan elämistodellisuuteensa. Fenomenologinen tutkimus voidaan tarkentaa kokemuksen tulkitsemiseen yksilöllisen merkityksen mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009,34.)

Useimmat eri nimillä kulkevat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat tavalla tai toisella sisällönanalyysiin, mikäli sisällönanalyysillä tarkoitetaan kirjoitettua

jen, kuultujen tai nähtyjen sisältöjen analyysiä väljänä teoreettisena kehyksenä. (Tuomi & Sarajärvi 2009,91.)

Perusanalyysimenetelmä laadullisessa tutkimuksessa on siis sisällönanalyysi. Sisällönanalyysi tarkoittaa kerätyn tietoaaineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan esille selkeästi. Olennaista on, että tutkimusaineistosta saadaan esille samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23.)

Analyysin tehtävänä on aineiston tiivistäminen, järjestäminen ja jäsentäminen sellaisella tavalla, että mitään olennaista ei jää pois, vaan aineiston informaatioarvo kasvaa. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi on tehtävä tematisointia ja tyyppittelyä. Laadullisessa aineistossa pyritään yleensä tuomaan esille aineiston mielenkiintoisimpia kohtia. Aineiston pohjalta kirjoitetaan auki omat tulkinnat siitä, mitä aineistossa on. (Tuomi & Sarajärvi 2009,108.)

Aineiston analyysiä helpotti kyselylomakkeen avointen kysymysten jäsentely teemoillaan positiivisiin ja negatiivisiin näkemyksiin ja kokemuksiin. Analyysin aloitin lukiemalla tutkimusaineiston kertaalleen läpi. Jo tässä vaiheessa kirjasin itselleni eniten vastauksista nousseita asioita ylös.

Varsinainen kysymysten analysointi vei paljon aikaa. Keräsin kaikkien vastaajien vastaukset jokaisen tutkimusongelman alle jotta minulle hahmottui samankaltaisten vastausten määrä. Tutkimusongelmien kannalta pyrin tuomaan aineistosta esille keskeisiä tuloksia eli jaottelin jokaisen kysymyksen vastaukset niiden sisällön mukaan eri kategorioihin. Esimerkiksi vastauksista kysymykseen ”Mitä yhdistetty kotihoito mielestäsi on?” erittelin eri kategorioihin vastaukset, joissa puhuttiin moniammatillisuudesta, yhteistyöstä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kesken ja asiakasnäkökulmasta yhdistymisessä. Tämän aineiston ryhmittelyn jälkeen etsin ilmaisujen yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia ja yhdistelin niitä. Tulokset olivat samankaltaisista kysymyksistä johtuen hyvin samanlaisia eri tutkimusongelmien kohdalla. Tämä näkyy tuloksissa liiallisena toistona, ja tästä johtuen jouduin vielä myöhemmässä vaiheessa kertaalleen tiivistämään aineistoa ja yhdistelemään tuloksia. Eri vastausten kohdalla näkyvä samankaltaisuus sekä toisto olivat myös syynä siihen, ettei tulosten esittäminen määrällisinä tuntunut mielekkäältä. Avoimet kysymykset antoivat vastaajille mahdollisuuden tuoda yhden kysymyksen alle monia eri näkökulmia. Tämä puolestaan vaikeutti oleellisesti

vastausten tulkintaa ja osoitti sen, että strukturoitu lomake olisi ollut tutkimuksen kannalta helpompi mutta toisaalta ei välttämättä olisi palvellut vastaajia samoin.

Analyysivaiheessa nousi aineistosta esille muutamia uusia teema-alueita, joita voisi jatkotutkimuksissa hyödyntää kuten esimerkiksi entisen kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöiden keskinäinen arvostus ja toisten työnkuvan tuntemus.

Lomakkeissa käytetty kieli oli ymmärrettävää ja käsiala helposti luettavaa mikä auttoi aineiston tulkinnassa. Vain muutaman vastauksen suhteen oli hieman epäselvyyttä siitä, mitä vastaaja oli tarkoittanut.

7.5 Tutkimuksen luotettavuus

Yleisesti katsottuna sisällönanalyysin luotettavuuden haasteena on, miten tutkija pystyy pelkistämään aineistonsa niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Luokittelun luotettavuus on olennainen kysymys, jotta tekstistä voidaan tehdä valideja päätelmiä. (Janhonen & Nikkonen, 2003, 37.)

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää muistaa, että ei ole olemassa objektiivisiä ”puhtaita” havaintoja. Käytetyt käsitteet, tutkimusasetelma ja menetelmät ovat aina tutkijan asettamia ja vaikuttavat tuloksiin. Pystyykö tutkija kontrolloimaan, että analyysi tapahtuu aineiston tiedonantajien ehdoilla eikä tutkijan ennakkoluulojen saattelemana. Ongelman vakavuus myönnetään myös fenomeologis-hermeneuttisessa perinteessä, jossa tutkijan tulee kirjoittaa auki omat ennakkokäsityksensä ilmiöstä ja tiedostaa ne analyysin aikana. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96.)

Koska oma työhistoriani on pitkälti yhdistetystä kotihoidosta, oli minulla alusta alkaen tietty ennakkokäsitys mitä tuloksissa voisi tulla ilmi. Lisäksi olen vuosien varrella osallistunut erilaisiin kotihoidon projekteihin, joissa kotihoidon yhdistymistä on pohdittu eri näkökulmista. Valtakunnallisissa projekteissa sekä yhteistyössä muiden kuntien kanssa olen huomannut, että kotihoidon yhdistymiseen liittyy pitkälti samanlaisia ajatuksia ja tuntemuksia kaikkialla. Tämä on voinut vaikuttaa tiedostamattani kysymysten asetteluun sekä lähdemateriaalin valintaan. Erityisesti muutosvastarintaa on ilmennyt vanhan kotisairaanhoidon organisaatioissa. Alemmuuden tunteita ja epävarmuutta riittävästä ammattitaidosta koettiin puolestaan vanhan kotipalvelun organisaatioissa. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin aiemmissa kotihoidosta tehdyissä tutki-

muksissa, joissa kotihoidon yhdistämisen myönteisinä vaikutuksina on todettu palvelujen parempi koordinointi ja kielteisinä vaikutuksina työyhteisöjen ristiriidat sekä ammattien välinen kilpailu. (Heinola 2007,65.)

Jälkikäteen ohjaajien minulle takaisin antamista lomakkeista ja vastauskuorista huomasin, että kentälle olikin toimitettu ainoastaan 90 lomaketta vastauskuorineen. Vaikka olin joulukuussa tiimejä kiertäessäni kertonut kyselyn toteuttamista jää arvailun varaan lähiesimiesten vaikutus ja motivointi kysymysten vastaamiseen. Myös ns. ylimääräinen välikäsi lomakkeiden toimittamisessa oli riski, koska kyselylomakkeiden oikea-aikainen perille toimittaminen ja motivointi jäivät täysin ohjaajan varaan. Tämä heikentää tutkimuksen luotettavuutta oleellisesti, sillä vastauskuoret myös palautuivat ohjaajien välityksellä. Organisaatiomuutos aiheutti sen, että ohjaajat olivat ylityöllistettyjä tammikuussa ja yksi ohjaaja oli valitsematta toimeen, joten käytännössä ohjaajatkin toimivat vajaamiehityksellä. Mikä oli kiireen vaikutus kyselylomakkeiden perille ja takaisin toimittamiseen sekä motivointiin?

Tulosten tulkintaan vaikuttaa oman työkokemukseni sekä asenteeni lisäksi aineiston analyysi-prosessin vaikeus tässä tutkimuksessa. Otanta oli iso ja avointen kysymysten osalta aineiston analyysi ja tiivistäminen jäi pitkälti oman tulkintani varaan. Vastauksissa oli kuitenkin niin paljon toistoa, että tutkimuksen keskeisimpiä tuloksia voidaan pitää luotettavina.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

8.1 Kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä yhdistetystä kotihoidosta ja miten se heidän mielestään toteutetaan

Yhdistetyn kotihoidon nähtiin useimmissa vastauksissa olevan yhteistyötä entisen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kesken sekä moniammatillista tai moniammatillisen tiimin tuottamaa palvelua kuten eräs vastaajista totesi:

”Yhdistetty kotihoito on tiimi, jossa sairaanhoitajat ja lähihoitajat toimivat yhdessä, kukin oman ammattitaitonsa mukaan”.

Yhteistyöstä toivottiin yhdistymisen myötä nykyistä tiiviimpää, joustavampaa sekä saumattomampaa ja sen uskottiin helpottavan päivittäistä työskentelyä ja mahdollista-

van asiakkaan selviytymisen kotona mahdollisimman pitkään. Yhteistyötä toivottiin enemmän esimiesten, omaisten ja muiden yhteistyötahojen kanssa.

Vastauksissa nousi esille asiakasnäkökulma. Yhteistyön eri ammattiryhmien kesken katsottiin olevan asiakkaan parhaaksi sekä edistävän asiakkaan kotona selviytymistä. Moniammatillisuuden näkökulmasta nähtiin erityisesti asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon mahdollistuvan yhdistymisen myötä. Vastauksissa todetaan, että asiakkaista tulee yhteisiä ja palvelut voi jatkossa tuottaa yksi hoitaja samalla käynnillä tai yksi hoitava tiimi. Eräässä vastauksessakin todetaan yhdistetyn kotihoidon eduista seuraavaa:

”Hyvää ja turvallista hoitoa asiakkaille. Turhan peräkkäisen juoksun poistumista (kotisairaanhoido ja kotipalvelu), mikä ainakaan keskisellä alueella ei ole poistunut”.

Tiedon kulun toivotaan paranevan kotihoidon yhdistyttyä. Useissa tiedon kulkuun liittyneissä vastauksissa parempi tiedon kulku yhdistettiin päällekkäisten käyntien vähenemiseen. Eli yhdistetyssä kotihoidossa toivotaan tiedon kulkevan paremmin, jotta päällekkäiset asiakaskäynnit vähenisivät. Osaan vastauksista liittyi myös yhteinen työnjako. Mahdollinen tehtävänkuvan muutos nousi vastauksissa esille. Lähinnä vastauksissa toivottiin vastuuta ja vaativampia hoidollisia töitä lähihoitajille esimerkiksi:

”Lähihoitajat voisivat tehdä enemmän jotta sairaanhoitajat voisivat paneutua omiin erityistehtäviinsä”.

Yhdistetty kotihoito saavutetaan vastaajien mielestä ennen kaikkea laittamalla entisen kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijät samaan tiimiin tai samoihin työtiloihin. Moniammatillisen tiimin etuina nähtiin edellä mainittujen päällekkäisten käyntien vähenemisen lisäksi tiimin ammattitaito ja joustavuus, joka katsottiin asiakkaan eduksi. Erään vastaajan toiveena oli että:

”Arvostetaan toisten ammattitaitoa ja myös omaa. Toimitaan samassa tiimissä. Ei päällekkäisiä toimintoja. Kokonaisvaltainen työote. Positiivisella asenteella uuteen muutokseen”.

Vastauksissa ilmeni, että käsitteitä kotipalvelu, kotisairaanhoito ja kotihoito käytetään kentällä hyvin erilalla. Keinoina yhdistetyn kotihoidon saavuttamiseksi nähtiin yhteistyö, yhteiset keskustelut, palaverit, työnjako, tavoitteet ja pelisäännöt sekä yhteiset asiakaskäynnit. Ehdotuksena oli muun muassa eräällä vastaajista:

”Yhteiset pelisäännöt. Yhteinen halu tarjota laadukasta kotihoitoa. Tuntemme toisemme, teemme yhteistyötä. Yhteinen keskustelu”.

Yhteisen koulutuksen katsottiin edesauttavan yhdistymistä. Työntekijöiden sekä asiakkaiden riittävää informointia toisaalta kaivattiin, mutta samalla toivottiin, ettei turhia infoja tai koulutuksia järjestettäisi.

Toisten ammattitaidon arvostaminen nousi vastauksissa eräänä konkreettisena keinona yhdistämisen saavuttamiseksi. Erityisesti sairaanhoitajilta toivottiin asennemuutosta lähihoitajia kohtaan kuten seuraavassa esimerkki vastauksessa:

”Arvostamalla toinen toistamme. Entisen kotisairaanhoidon täytyy päästä pois esimerkiksi kirjaamisissa ja asiakkaiden palvelussa ”avustaja” nimikkeestä. Entisen kotisairaanhoidon täytyy oppia arvostamaan lähihoitajan koulutusta, tietotaitoa yms.”.

Konkreettisina keinoina yhdistymiselle nähtiin positiivinen asenteiden muutos, halu muutokseen, työntekijöiden lisääminen, riittävät apuvälineet ja asianmukainen johtaminen.

8.2 Kotihoidon työntekijöiden näkemiä esteitä ja uhkia kotihoidon yhdistämisessä

Konkreettisimmiksi esteiksi koettiin muutosvastarinta, ennakkoluulot, asenteet sekä haluttomuus yhteistyöhön kuten seuraavissa vastauksissa ilmenee:

”Toisen ammatillista työtä arvostamatta. Työtehtävien eriarvoisuus ja ylimielinen asenne ovat suurimpia esteitä”.

”Arvostus, lähihoitajia ei arvosteta niin paljon kuin sairaanhoitajia. Miten kotisairaanhoitajat kokevat siirtymisen sosiaalipuolelle?”.

”Ihmisten asenteet. Kotisairaanhoidajat katsovat olevansa ylempänä kuin kotipalvelu”.

”Tämä ikivanha hierarkia. Entisessä kotisairaanhoidossa paljon perushoitajia, ainakin viime vuosiin saakka, jotka eivät hyväksyneet lähihoitajien koulutusta. Nyt uusien nuorten sairaanhoitajien kanssa on ilo työskennellä yhteistyössä”.

Tilakysymys koettiin oleelliseksi esteeksi. Yhteisten riittävän isojen tilojen löytäminen sekä tilojen toimivuutta ja käytännöllisyyttä pohdittiin vastauksissa:

”Sopivat tilat, läheskään kaikissa nykyisissä kotihoidon tiimeissä ei ole riittäviä tiloja.”

”Tilat! Mistä löytyy sopivat tilat johon mahtuu koko kotihoitotiimi?”

Työnkuvan muodostuminen eri ammattiryhmien kesken ja työtehtävien jako koettiin ongelmalliseksi ja sitä pohdittiin vastauksissa:

”Suostuuko sairaanhoito tekemään ns. ”arkisempia askareita” ja taas onko kotihoidolla tarpeellinen tieto taito kaikkeen tarvittavaan?”

”Kotipalvelussa on kouluttamatonta henkilökuntaa, jolla ei ole oikeuksia tehdä kaikkea kotisairaanhoidon töitä (pääsevät helpommalla).”

Konkreettiseksi esteeksi kotihoidon yhdistymiselle koettiin tiedon kulku sekä esimiesten, että eri ammattiryhmien kesken. Osa vastaajista ei kuitenkaan nähnyt suuria esteitä tai tuntenut pelkoa yhdistymisen takia vaan toi esille positiivisen asenteen:

”Olen työskennellyt hyvin toimivassa kotihoidossa enkä näe esteitä kotihoidon yhdistymiselle (Ehkä toimitilojen puute?)”

”Kaikki asiat voidaan ratkaista. Esteitä ei ole.”

”Ei. Luotan että hyvällä johtamisella ja työntekijän sitoutumisella yhdistyminen sujuu hyvin.”

”Ei minulla ollenkaan. Parempaan ollaan menossa.”

”Mielestäni ei, se tuo meille paljon uutta tietoa ja vastuuta. Jos se saadaan toimimaan hyvin, tosi hieno juttu.”

”Mielestäni ei liity. Odotan mielenkiinnolla miten asiat tulevat etenevään.”

Pelkoa koettiin ennemminkin yhdistymisen mahdollisesti mukanaan tuomasta ammatillisesta eriarvoisuudesta, oman työn mahdollisesta arvostuksen puutteesta sekä epävarmuutta muuttuvasta työnkuvasta kuten seuraavissa vastauksissa ilmenee:

”Minua itseäni ei pelota, mutta uskon monia pelottavan hieman. Miten omaa työtä arvostetaan. Muutos pelottaa usein vaikka se voi olla uuden hyvän alku”.

”Kyllä. Millaista työtä ja missä sitä joutuu tekemään”.

”Kodinhoitajat ja sairaanhoitajat voivat tuntea olevansa eriarvoisissa asemissa. Tämä voi tuoda erimielisyyttä tiimeihin”.

Eriarvoisuuteen liittyi oleellisesti vastaajien pelko oman ammattitaidon riittävydestä mahdollisen uusien työtehtävien myötä:

”Jos sairaanhoidollisia tehtäviä tulee enemmän niin koulutuksen tarve. On monta vuotta esim. insuliinin pistämisestä”.

”Osa kotipalvelun hoitajista pelkää lisävastuun tulemistä esimerkiksi haava- ja lääkehoidossa. Kotisairaanhoido ei halua tehdä perushoidollisia töitä, eli heitä pelottaa kai vastuun menetys.”

Kotihoidon yhdistymisen konkreettisena esteenä mainittiin lisäksi palkkaus, koulutetun henkilökunnan riittävyys ja uuden organisaation suuruus sekä samanlaisten toimintamallien löytymisen vaikeus.

8.3 Kotihoidon työntekijöiden näkemät mahdollisuudet ja hyvät asiat kotihoidon yhdistymisessä

Ennen kaikkea yhdistymisen odotettiin tuovan mukanaan asiantuntemuksen ja osaamisen lisääntymistä ja palveluiden muuttumista joustavammiksi ja laadukkaammiksi moniammatillisissa tiimissä. Joissain vastauksista arveltiin myös kotihoidon arvostuksen nousevan moniammatillisissa tiimeissä, joissa olisi paljon erikoisosaamista. Asiakasnäkökulmasta tuotiin esille asiakkaiden lisääntyvä hoidollinen avuntarve, jonka nähtiin yhdistymistä puoltavana seikkana. Vastauksissa esitettiin muun muassa seuraavia näkökulmia:

”Kotisairaanhoidaja olisi lähellä, ammattitaito asiakkaan lähellä. Kotipalvelun henkilökunta vapautuu muihin tehtäviin. Perustehtävään. Lääkehoito osaavissa käsissä. Haavahoito, syöpä, saattohoito samoin. Yhteys lääkäriin toivottavasti lähenee.”

”Mahdollisuus jakaa työtehtäviä. Tutut työntekijät asiakkailla (pieni vaihtuvuus). Tietojen ja taitojen jakaminen (aina voi oppia jotain uutta). Kokemus omasta osaamisesta nousee.”

”Kotona asuu aina huonompikuntoisia niin sairaanhoidollinen työ lisääntyy. Sairanhoidollinen tietämys olisi heti. Kotihoidon arvostus nousisi. Asiakkaat tuntisivat olon turvalliseksi.”

”Toiminnot yhtenäistyisivät. Ainakin saisi neuvoja sairaanhoidollisiin asioihin helpommin kuin nyt.”

Yhdistymisen toivotaan tuovan joustavuutta ja lisää aikaa päällekkäisten käyntien vähentymisen tai poistumisen myötä ja tiedon kulun parantuessa kuten seuraavissa vastauksissa todetaan:

”Päällekkäiset käynnit poistuvat. Asiakaskeskeisyys paranee ettei niin ”sirpaleista” asiakkaalle.”

”Asiakkaalla kävisi yksi hoitaja, joka voisi tehdä samalla käynnillä kaikki tarvittavat työtehtävät ja hoitotoimenpiteet.”

”Päällekkäiset käynnit vähenevät. Asiakkaat saisivat kokonaisvaltaisempaa hoitoa (laatua).”

”Taloudellisuuden ja tehokkuuden lisääntyminen. Turhien peräkkäisten käyntien poistuminen. Lähihoitajien tieto/taidon tehokkaampi käyttö! ”

”Tieto heti saatavilla puolin ja toisin.”

”Tiedonkulku. Toiminnan ja hoidon asianmukaisuus ja oikea-aikaisuus. Toimintojen päällekkäisyys vähenee. Opitaan toinen toisiltamme. Ajattelun erot ovat vahvuus – yhdessä hyvä.”

Hyvänä asiana nähtiin yhteistyön paraneminen entisen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välillä. Asiakkaan näkökulmasta pidettiin oleellisena asiakkaan selviytymistä kotonaan mahdollisimman pitkään hoidon parantuessa moniammatillisissa tiimeissä. Asiakasnäkökulma mainittiin seuraavissa vastauksissa:

”Asiakkaan hoidon laatu paranee. Pystytään hoitamaan huonokuntoisempiakin kotona – ennaltaehkäisy.”

”Asiakkaita voidaan hoitaa kokonaisvaltaisemmin. Hoidot nopeutuvat.”

Työn monipuolistuminen ja uuden oppiminen nähtiin mahdollisuutena kuten tiedonkulun paraneminenkin. Työn arvostuksen ja palkan mahdollinen nousu koettiin yhdistymisen hyväksi asiaksi. Työnkierron mahdollistuminen nähtiin positiivisena seikkana ja todettiin esimerkiksi, että:

”Yhdistetty kotihoito tarjoaa haasteita ja antaa myös lähihoitajalle mahdollisuuden päästä toteuttamaan koulutuksessa saamiaan valmiuksia. Kotipalvelussa työskennellessä ”käden taidot” esim. haavahoidossa ruostuvat täysin. Yhdistetty kotihoito parantaisi asiakkaiden palvelua. Uskon yhdistetyn kotihoidon helpottavan myös sairaanhoitajien ”työtaakkaa” kun asiakkaalla käyvä lähihoitaja voi tehdä esim. haavahoidon. Uskon myös, että sijaisia saa helpommin yhdistettyyn kotihoitoon. Tällaisenaan kotipalvelutyössä helposti turhautuu.”

”Mahdollisuudet vaihtaa tiimiä on suurempi – ei ole sidottuna (vanhaan) Kouvolaan. Palkka nousee tulevaisuudessa. Töitä riittää varmasti tulevaisuudessakin – ei pelkoa työttömyydestä. Koulutusta saadaan lisää. Tiimeihin uusia ihmisiä ehkä – uutta verta ja tieto-taitoa saadaan. Sitten kun saadaan oma sairaanhoitaja tiimiin niin helpottuu esim. lääkelistojen muuttamisessa ja saadaan uutta tietoa sairaanhoidosta (haavahoito yms.).”

Yhdistyminen koettiin yleisesti positiivisena asiana mutta toisaalta pettymystä asian hitaaseen etenemiseen oli luettavissa seuraavista vastauksista:

”Vielä en näe mitään. Tulevaisuudessa toivottavasti näen vain hyvää. Minusta tämä on paras juttu kotipalvelun historiassa.”

”Odotukset olivat suuret, mutta keskisessä Kouvolaassa yhdistyminen ei ole näkynyt mitenkään, joten ei ole mitään hyviä asioita. Mahdollisuuksia olisi lähihoitajien töiden vastuun lisääminen.”

9 POHDINTA

Taustatekijöitä kuten vastaajan ikä, työikä ja koulutus olisi näin jälkikäteen ajateltuna voinut kartoittaa enemmän. Toisaalta ikääntyneiden työntekijöiden ja vähemmistö ammattiryhmien kuten sairaanhoitajien tai perushoitajien vastaukset olisi saattanut tunnistaa joukosta.

Kysymykset liittyivät ehkä liikaa toisiinsa, sillä vastaukset olivat joka kysymykseen melko samanlaisia. Lähes jokaisessa vastauksessa mainittiin tiedonkulku ja päällekkäiset asiakaskäynnit, ja tämä näkyy tutkimustulosten kohdalla toistona. Toisaalta samat vastaukset lisäävät tulosten luotettavuutta.

”Kotihoito” käsitteenä oli selkeästi hieman sekava. Useat vastaajista puhuivat kotihoidosta, kun tarkoittivat vanhaa kotipalvelun tiimiä. Kotisairaanhoidon tiimejä yksin ei mielletty kotihoidoksi tai pidetty yksin kotihoitona. Osa vastaajista kuitenkin koki kotihoiton nimenomaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistetyksi moniammatilliseksi tiimiksi. Esimiestasolla tulisi kiinnittää huomiota keskeisten käsitteiden selkiyttämiseksi esimerkiksi tiimipalaverien yhteydessä.

Vastauksista nousi esille vanhojen organisaatioiden hierarkia, arvot ja asenteet. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työn eriarvoisuus ja eri ammattiryhmien eriarvoisuus mietitytti ja tuntui aiheuttavan eniten pelkoa. Ehkä tästä johtuen tulevaan muutokseen suhtauduttiin positiivisesti, koska sen uskotaan tuovan lisää ammattitaitoa ja arvostusta nimenomaan entisen kotipalvelun työntekijöiden työhön. Kuilu vanhojen organisaatioiden ja henkilöstön välillä tuntuu vastausten perusteella olevan suuri. Uskon kuitenkin, että kun henkilöstö pääsee samoihin tiloihin, niin kuilu kapenee. Oleellista on, että vanhojen organisaatioiden henkilöstö oppii tuntemaan toisensa sekä toistensa työnkuvat. Tässäkin asiassa esimiehet pystyvät edesauttamaan asian etenemistä ottamalla asian yleiseen keskusteluun työntekijöiden kanssa.

Asiakasnäkökulma nousi voimakkaasti useissa vastauksissa esille. Asiakkaan uskotaan saavan joustavampaa ja kokonaisvaltaisempaa sekä ammattitaitoisempaa palvelua tulevaisuudessa. Tähän liittyi erityisesti päällekkäisten käyntien vähentyminen / poistuminen, jota pidettiin tärkeänä sekä asiakasnäkökulmasta että työn organisoinnin ja ajansäästön näkökulmasta. Edellä mainittujen asioiden edistämiseksi on jatkossa moniammatillisissa tiimeissä panostettava tasapuoliseen ja järkevään työnjakoon.

Tuloksissa ei ilmennyt mitään yllättävää tai aiemmista samantyyppisistä tutkimuksista poikkeavaa. Tulokset vastaavat pitkälti Stakesin raportissa ”Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi (2006)” sekä KOTOSA- projektissa esille nousseita haasteita. Esi- miestyön kannalta on kuitenkin tärkeää tiedostaa työntekijöiden näkemykset, jotta muutosvaihetta pystyy paremmin johtamaan ja tukemaan työntekijöitä heidän muutosprosessissaan. Uskon tämän tutkimuksen antavan eväitä Kouvolan kotihoidon ohjaajille jotka toimivat lähiesimiehinä kotihoidon henkilöstölle. Työhyvinvoinnin kannalta on myös todella tärkeää, että henkilöstön mielipidettä kuunnellaan, kartoitetaan ja hyödynnetään työyhteisöä kehitettäessä.

Tutkimuksen aihe oli minulle ajankohtainen ja tuki omaa ammatillista kasvua etenkin muutosjohtamisen näkökulmasta. Teoriaosuudesta muutosjohtamisen lisäksi tiimityön teoriaan perehtyminen antoi minulle paljon uutta tietoa. Mielestäni teoriaosuus oli tutkimuksen kannalta riittävä ja nosti esille oleellimmat ydinasiat suhteessa tuloksiin. Kotihoidon tuntemus tutkimustyötä tehdessä oli sekä positiivinen että negatiivinen asia. Tietoni ja aiemmat kokemukseni aiheesta helpottivat sisällön työstöä. Toisaalta juuri edellä mainitut syyt ovat voineet tiedostamatta myös ohjata lähdemateriaa-

lin valintaa ja vastausten tulkintaa. Tuloksia tulen hyödyntämään omassa työssäni ennen kaikkea henkilöstön työhyvinvoinnin edistämistä sekä tiimikoulutuksia suunniteltaessa. Prosessina tutkimuksen tekeminen on ollut rankka kokemus, sillä olen itsekin elänyt koko tutkimuksen ajan samassa muutosprosessissa kuin kotihoidon henkilöstö.

Kotihoidon henkilöstön muutosprosessi jatkuu vielä Kouvolassa yhdistymiseen liittyen. Moniammatillisiin tiimeihin siirtymiseen liittyen on tulossa jatkotutkimus keskeisen kotihoidon palvelualueen henkilöstölle kevään 2010 aikana.

LÄHTEET

Alasuutari, P.2007. Laadullinen tutkimus. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Andersson, S., Haverinen, R. & Malin, M. 2004. Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Vanhukset, työntekijät ja johto integroinnin ja asiakaskeskeisyyden arvioijina. Yhteiskuntapolitiikka- lehti 69 /2004, s. 481–494.

Burns, N. & Grove, S. 2001. The Practice of Nursing Research: conduct, critique & utilization. Philadelphia, Pennsylvania. W.B. Saunders Company.

Hannola, S.-M. 2004. Työntekijöiden kokemuksia kotihoidosta. Opinnäytetyö Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsingin yksikkö.

Heinola, R. (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. STAKES. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Helameri, T., Kukkola, H., Jokela, K. & Honko, K. 1999. Laadukkaan kotihoidon palveluprosessin ominaispiirteet. Vanhustyön keskusliiton laatuprojekti 1996-1998.

Häkkinen, H. 1999. Vanhusten sosiaaliturva Tanskassa ja Saksassa. Esimerkkeinä Kuopion Mikkelin ja Vantaan ystävyyskunnat. Helsinki: Suomen kuntaliiton painatuskeskus.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008. Sosiaali –ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Yliopistopaino.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.

Kansanterveyslaki 66/1972

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

Kouvolan kaupunginhallituksen ja valtuuston pöytäkirjat. Saatavissa:

<http://kouvola2009intra.fi/tiedotteet>. [viitattu 3.7.2009]

Kouvolan kaupungin senioriopas. Saatavissa: <http://kouvola.fi/vanhuspalvelut/opaat> .

Kotkan kotihoidon yhdistämisen loppuraportti. 2003. Kotkan kaupunki. Sosiaali- ja terveysviraston julkaisuja.

Kunnallisen henkilöstöjohtamisen käsikirja 2002. Saatavissa: <http://kuntaliitto.fi> [viitattu 20.4.2009]

Kunnan vanhustenhuolto sosiaali –ja terveydenhuollon yhteistyönä. Sosiaalihuollon opas 2/1988. Lääkintöhallituksen opassarja nro.3. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Kvist, H. & Kilpiä, T.2006. Muutosaskeleita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Lankinen, N. (toim.). Vanhuspalvelujen seutuhanke 2004–2006 Anjalankoski, Jaala, Kouvola, Kuusankoski, Valkeala ja Kouvolan seudun kansanterveystyön kuntayhtymä loppuraportti 31.10.2006.

Muurinen, S., Finne-Soveri, H., Sinervo, T., Noro, A., Andersson, S., Heinola, R., Vilkkö, A. 2009. Ikähorisontti – uudet palvelukonseptit. THL:n Ikäihmisten palvelut julkaisu. Versio 8.9.2009. THL. Verkkosivut : <http://thl.fi> [viitattu 15.9.2009]

Muutosjohtaminen. Kuntaliiton verkkojulkaisu:

http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;348;84961;85395 [viitattu 15.5.2009]

Perälä. Grönroos & Sarvi. 2006. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. STAKE-SIN raportti 8/2006. Helsinki.

Rice, R. 2001.Home Care Nursing Practice: Concepts & Application. Mosby, Inc.St. Louis. Missouri. USA.

Sosiaalihuoltolaki 710/1982

Sundvik, L. (toim.) 2006. Toimiva työyhteisö – esimiehen haasteet ja ratkaisut. EDI-TA yritysjulkaisu. Helsinki: Edita Prima Oy.

Tammi, O. Kuntatyö kunnossa -yksikkö. Esimies tukee muutoksessa – opas. Kuntien eläkevakuutus. Verkkojulkaisu:

http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;348;84961;85381 [viitattu 15.5.2009]

Tepponen, Merja. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vakkuri, A. 1995. Tiimityö. Käytännön opas. Espoo: Lukutoukka Oy.

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. STAKES. Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Välikangas, K. 2006. Kuntien toiminta ikääntyneiden kotona asumisen ja palvelujen kehittämisessä. Suomen ympäristö 21/2006. Ympäristöministeriö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kouvola 2009

Kymijoen kaupunki

Hyvä Kouvolan keskisen alueen kotihoidon työntekijä.

Oheisen kyselyn tarkoituksena on kartoittaa työntekijöiden mielipiteitä ja ajatuksia kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistyessä.

Toivon että vastaat anonymisti oheiseen kyselylomakkeeseen. Täytetyn lomakkeen voit postittaa sisäisessä postissa oheisessa kirjekuoressa 31.1.2009 mennessä.

Henkilöllisyytesi ei tule selviämään kartoituksen missään vaiheessa. Vastauksesi tullaan hyödyntämään kotihoidon kehittämisessä. Vastauslomakkeita tulen myös käyttämään opinnäytetyössäni jonka aiheena on kotihoitomme muutos kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistymisen näkökulmasta.

Juuri sinun kokemuksesi ja näkemyksesi on tärkeä kun alamme kehittämään toimintaamme joten älä jätä vastaamatta.

Yhteistyö terveisin

Britta Dölling-Hasu

Kouvolan kotihoidon aluejohtaja

Kouvola 2009

Kymijoen kaupunki

1. a) Mitä yhdistetty kotihoito mielestäsi on ?

b) Millä konkreettisilla keinoilla se mielestäsi saavutetaan ?

2. a) Mitkä konkreettiset asiat voivat mielestäsi olla esteenä kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistymiselle?

b) Liittykö yhdistymiseen mielestäsi pelkoja ja uhkia (jos niin millaisia)?

3. a) Mikä konkreettiset asiat puoltavat kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistämistä?

b) Mitä mahdollisuuksia tai hyviä asioita näet tilanteessa?

KIITOS VASTAUKSISTASI !