



PÄIVI SANERMA

Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla

Toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon
yhdistymisestä



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Esitetään Tampereen yliopiston
kasvatustieteiden tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston
Pinni B:n luentosalissa 1097, Kanslerinrinne 1, Tampere,
lauantaina 21. päivänä marraskuuta 2009 klo 12.

English summary

TAMPEREEN YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto

Kasvatustieteiden laitos

Myynti
Tiedekirjakauppa TAJU
PL 617
33014 Tampereen yliopisto

Puh. (03) 3551 6055
Fax (03) 3551 7685
taju@uta.fi
www.uta.fi/taju
<http://granum.uta.fi>

Kannen suunnittelu
Juha Siro

Acta Universitatis Tamperensis 1458
ISBN 978-951-44-7854-3 (nid.)
ISSN-L 1455-1616
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 891
ISBN 978-951-44-7855-0 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://acta.uta.fi>

Samulille, Sannille ja Santerille

Kiitokseni

Keväällä 2000 käynnistettiin Janakkalan kunnan ja Hämeen ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yhteistyötä Janakkalan kotihoidon yhdistymisen merkeissä. Olin tapahtumissa mukana hoitotyön opettajan roolissani. Kehittämishankkeen suunnittelun alkuvaiheessa en vielä tiennyt, että hanke käynnistäisi myös oman väitöskirjahankkeeni. Kehittämistoimenpiteiden käynnistyttyä kuitenkin melko nopeasti minulle selvisi, että tämä on se hanke ja tutkimusalue, joka kiinnostaa ja innostaa minua aina väitöskirjatutkimukseen asti. Toimintatutkimus tutkimusmenetelmänä tuntui omalta tavalta lähestyä tutkimuskohdetta ja kehittämistyö vei minut mennessään.

Väitöskirjatutkimukseni toteuttamisen mahdollisti sopivan ohjaajan löytyminen. Lämpimät kiitokseni osoitan emeritusprofessori Annikki Järviselle erittäin pitkä-aikaisesta ja intensiivisestä ohjausprosessista. Annikki Järvisen kanssa käydyt keskustelut olivat aina innostavia ja veivät ajatteluani eteenpäin. Ohjaussuhteessa saatu tuki, kannustus ja rakentavat kommentit antoivat minulle voimia viedä tämä tutkimusprosessi loppuun asti.

Kiitän lämpimästi kaikkia kehittämishankkeessa mukana olleita yhteistyökumppaneita, jotka osaltaan mahdollistivat tämän tutkimushankkeen toteutumisen. Lähimpiä yhteistyökumppaneitani olivat kehittämiskumppaninani toiminut Anna-Riitta Mylläriinen HAMK:n sosiaalialan koulutusohjelmasta, vanhustyön johtaja Eija Paappanen sekä kotihoidon ohjaaja Riitta-Liisa Stolt Janakkalan kotihoidosta. Nämä kotihoidon ja kehittämisen asiantuntijat tarjosivat tukensa ja osaamisensa ulottuvilleni kehittämistyön aikana sekä rohkaisivat minua etenemään tutkimustyössäni.

Janakkalan kotihoitona tarjosi erinomaiset puitteet kotihoidon yhdistymisen tutkimukselle. Tutkimus- ja kehittämisprojekti oli koko Janakkalan kotihoidon yhteinen hanke, joka tehtiin yhteistyöllä ja jokaisen henkilön osallisuus oli tärkeää. Yhteistoiminnallinen toimintatutkimus ei olisi voinut toteutua ilman Janakkalan kotihoidon kehittämisyönteistä ja sitoutunutta henkilöstöä, joilla riitti innostusta

olla kiinnostunut tutkimuksesta vielä kehittämishankkeen päättymisen jälkeenkin. Heille erityisen lämpimät ja parhaimmat kiitokset.

Väitöskirjani esitarkastajia tutkimusprofessori THT Marja-Leena Perälää sekä dosentti VTT Tuomo Alasoinia kiitän arvokkaista ja rakentavista työni parannusehdotuksista.

Kiitän perhettäni kaikesta saamastani tuesta. Tutkimuksen toteuttaminen vaati ponnisteluja kotona. Tutkimushankkeen aikana saimme kolme lasta, Samulin, Sannin ja Santerin. He osallistuivat omalla panoksellaan joko varsinaiseen kehittämistyöhön Janakkalassa tai olemalla päivähoidossa, jotta tutkimuksen tekeminen mahdollistui. Heidän panoksestaan kiitollisena omistan tämän tutkimukseni heille. Kaikkina näinä vuosina erityistä joustavuutta ja sinnikyyttä osoitti mieheni Simo mahdolistamalla monessa suhteessa tämän tutkimuksen toteuttamisen. Hän kunnostautui sekä tutkimuksen kriitikkona ja lastenhoitajana, että vastasi esimerkiksi tutkimusraportin kuvien teknisestä toteutuksesta ja kielentarkastuksesta. Simolle rakkaat kiitokseni.

Tutkimukseni tekemisen ovat taloudellisesti mahdolistaneet Työelämän kehittämisojelma, Tampereen yliopiston tukisäätiö, Työsuojarahasto sekä Hämeen ammatillisen korkeakoulutuksen ja tutkimuksen säätiö.

Lempäälässä 14.10.2009

Päivi Sanerma

Tiivistelmä

Päivi Sanerma: Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Toimintatutkimus kotihoitotyön kehittämisestä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyessä kotihoidoksi.

Tampereen yliopisto, Kasvatustieteiden laitos.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata tiimityön kehittymistä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyessä kotihoidoksi. Tutkimuksen tavoitteena on luoda uutta tietoa kotihoitotyön kehittämisestä tiimityön avulla sekä rakenteita kotihoitotyön kehittämiseen. Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, minkälaiseksi tiimityö kotihoidossa kehittyää kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyessä kotihoidoksi.

Tutkimus toteutettiin toimintatutkimuksena kunnallisessa kotihoidossa vuosina 2000–2003. Kuntaorganisaatiossa toteutettiin uudistus, jonka yhteydessä muodostettiin perusturvan tulosyksikkö. Siihen sisältyivät sekä kotipalvelu että kotisairaankoito. Kotihointo yhdistyi vuonna 2000. Henkilöstömäärä oli kotihoidossa tuolloin 38 henkilöä. Kehittämistavoitteena organisaatiossa oli kehittää kotisairaanhoidon ja kotipalvelun toimintatapoja yhteiseksi kotihoidoksi yhteistoiminnallisen kehittämisen keinoin. Kehittämistyön viitekehyskenä oli prosessorientoitunut toimintatutkimus, jossa kehittämисalueet, ongelmat, tavoitteet ja ratkaisut määriteltiin työntekijälähtöisesti.

Empiirinen tutkimusaineisto kerättiin sekä kehittämishankkeen aikana että sen jälkeen. Tutkimusaineiston kerääminen ja analysointi tapahtuivat samanaikaisesti, koska tutkimusaineisto ohjasi kehittämistyön suuntaa. Tutkimusaineisto koostui henkilöstön teemahaastatteluista, kehittämisprojektiin väli- ja loppuarvionneista, arvointidialogeista sekä ohjausryhmän muistioista. Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

Tutkimuksen tuloksena syntyi uusi kotihoidon kehittämismalli. Kotihoidon kehittämismalli jäsentyy kehittämisen prosesseihin, joista perusprosesseja ovat jatkuva yhteinen keskustelufoorumi, johtamisen kehittäminen sekä jatkuva arvointi- ja palauteprosessi. Perusprosesseja tukevia prosesseja ovat jatkuvasti toimiva

ohjaus- ja suunnitteluryhmä, verkostoituminen ja vertaistyöskentely sekä opiskelijoiden oppimisprosessin kehittäminen. Kehittämistyö etenee kehittämisyklin kautta, joka sisältää viisi vaihetta; diagnostointi, suunnittelu, toteutus, arvointi ja oppiminen. Syklin vaiheet voivat toteutua osittain samanaikaisesti. Tiimin kehittyminen ja tiimityön oppiminen etenevät syklisesti kehittämistyön aikana. Kotihoitotiimin oppimisprosessi sisältää työntekijöiden kokemuksen, toiminnan reflektippelin ja yhteisen arvioinnin, toimintaa ohjaavan sisäisen mallin syntymisen sekä toiminnan yhteisen suunnittelun vaiheet. Kotihoitotyön kehittäminen on tavoitesuuntautunutta toimintaa, joka toteutuu kotihoitotyön viitekehysessä.

Avainsanat: Kotihoitotyö, tiimityö, työn uudelleen organisoiminen, kotihoitotyön kehittäminen

Abstract

Päivi Sanerma: Developing home care work by teamwork. Action research on fusion of a home care work organization and a home health care organization.

University of Tampere, Department of Education

Purpose of the study is to describe fusion of a home care work organization and a home health care organization. Together they form Home care organization. Development and learning of team work during the development project is also described. Aim of the study is to produce a model of development of the home care with help of teamwork and in this way to produce new information and tools to developing the home care. In this study it was tried to find out how the home care develops when two different organizations are combined. The main result of this study is a new model for developing the home care work.

The study was done as an action research in a communal home care organization during 2000–2003. The home care work organization and home health care organization were combined in 2000. At that time personnel in the home care was 38. Aim of development in the process was to develop a team organization and a shared model of work via methods of co-operative development. Frame of reference of the development work was participatory action research in which development areas, problems and solutions were defined by the employees.

Empirical research data was collected by theme interviews of the personnel during the development interventions and after the project. Data collection and analysis were performed simultaneously because the data affected planning of interventions. The research data was analyzed with inductive content analysis.

As result of the research new model of home care was developed. Development model of the home care consists of several processes. Basic processes are continuous common discussion forum, improvement of management and continuous evaluation and feedback process. Supporting processes are continuously working steering and planning group, networking and improving of learning process of the students. Development work advances via development cycles, which consist of five

phases; diagnosis, planning, implementation, evaluation and learning. Phases of a cycle may occur simultaneously. Development of a team and learning of teamwork advance during the development work. Learning process of a home care team includes of following phases: employees' experience, reflection and common evaluation of operations, creation of internal model that steers operations, and planning the operations together. Development of home care is target-oriented action, which implements in home care context.

Keywords: teamwork, home care work, professional development, development of work

Sisällysluettelo

1. Johdanto	17
2. Tutkimuksen yhteiskunnallinen tausta.....	23
2.1 Työelämän kehityslinjat	24
2.1.1 Taloudellisten muutosten vaikutukset työelämän kehittymiseen.....	24
2.1.2 Rakenteellisten muutosten vaikutukset työelämän kehittymiseen.....	25
2.1.3 Työelämän muutoksiin liittynyt keskustelu.....	27
2.2 Vanhuspalvelujen muutospaineet.....	30
2.2.1 Palvelurakenteen muutos	30
2.2.2 Palvelujen laatu, saatavuus ja kehittäminen	32
2.3 Työelämän ja sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteiset muutostrendit?	34
Osa I Tutkimuksen teoria.....	39
3. Kotihoitotyö	41
3.1 Kotihoitotyö käsitteenä.....	41
3.2 Kotihoitotyön kehittäminen Suomessa	45
3.2.1 Kotipalvelutyö	46
3.2.2 Kotisairaanhoidotyö.....	50
3.2.3 Kotihoitotyö aikaisemmissa tutkimuksissa.....	54
3.3 Kotihoidon asiakkaan palvelut kotona	62
3.3.1 Kodin määritelmä	62
3.3.2 Kodin merkitys kotihoidon asiakkaalle	64
3.3.3 Kotihoidon asiakas ja hänen palveluntarpeensa	66
3.3.4 Palvelujen yhteensovittaminen ja palveluohjaus	75
3.3.5 Hoito- ja palvelusuunnitelma.....	77
4. Kotihoitotyön kehittäminen	81
4.1 Työn kehittäminen ja kehittämisen käsitteistö	81
4.2 Palvelujen laadun ja saatavuuden kehittäminen	87
4.3 Kotihoidon henkilöstön kehittäminen	89
5. Tiimityö.....	95
5.1 Tiimi	95
5.2 Tiimityö käsitteenä	101

5.3 Moniammatillinen tiimityö	103
5.4 Tiimiorganisaatio	110
6. Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimustehtävät	117
Osa II Tutkimuksen toteutus	119
7. Kotihoitotyön kehittäminen Kohoke-projektissa	121
7.1 Kehittämishanke ja kehittämistoiminnan organisoiminen	121
7.2 Kehittämiskonteksti	123
7.3 Kehittämistyö	123
7.3.1 Kehittämistoiminnan metodologiset perusvalinnat tässä hankkeessa	124
7.3.2 Kehittämistyön tavoitteet	125
7.3.3 Lähtötilanteen määrittely	126
7.3.4 Kehittämisprosessi	126
7.3.5 Suunnittelu	128
7.3.6 Kehittämistyön tavoitteiden toteutuminen	129
8. Tutkimusmenetelmät	135
8.1 Konstruktivinen tutkimusote	135
8.2 Toimintatutkimus	137
8.2.1 Toimintatutkimuksen määritelmiä	137
8.2.2 Toimintatutkimuksen kriiikki	140
8.2.3 Lähestymistavat	142
8.2.4 Toimintatutkimus tutkimusmetodina tässä tutkimuksessa	142
8.2.5 Toimintatutkimuksen vaiheet	144
8.2.3 Tutkijan rooli	147
8.3 Tutkimusaineiston keruu- ja analyysimenetelmät	149
8.3.1 Teemahaastattelu	150
8.3.2 Induktivinen sisällön analyysi	151
8.4 Tutkimuksen toteutus	153
8.4.1 Tutkimusaineistot ja tutkimusaineistojen keruun vaiheet	153
8.4.2 Tutkimusaineiston analysointi ja abstrahointi	159
Osa III Tutkimuksen tulososa	167
9. Kotihoidon elementit	169
9.1 Kotihoidon perustehtävä ja arvot	170
9.2 Kotihoidon asiakkuus ja toimintaympäristö	174
9.3 Kotihoidon organisaatio ja johtaminen	177

9.4 Yhteistyö ja vuorovaikutus.....	180
9.5 Kotihoidon tarjoamat palvelut.....	183
9.6 Työjärjestelyt.....	185
9.7 Kotihoidon henkilöstö	187
9.8 Muutos ja kehittäminen	189
10. Tiimityön kehittyminen kotihoidossa	195
10.1 Tiimitoiminnan kehittymisen vaiheet	195
10.2 Kehittämistä edistäneet ja estäneet tekijät	199
10.2.1 Kehittämistä edistäneet tekijät.....	199
10.2.2 Kehittämistä estäneet tekijät.....	201
10.3 Työn uudelleen organisoiminen	205
10.3.1 Työnjako	206
10.3.2 Vastuunjako	211
10.3.3 Muutokset työkäytännöissä	213
10.4 Tiimin toimintamalli	214
10.4.1 Asiakasprosesi	215
10.4.2 Omahoitajuuden kehittämisprosesi	216
10.4.3 Kotihoitotiimin kehittämisprosesi	217
10.5 Kotihoitotiimin oppimisprosesi.....	217
10.6 Tiimityön tulokset.....	219
10.6.1 Asiakkaan hoidollisiin tarpeisiin vastaamiseen liittyvät tiimityön tulokset	220
10.6.2 Yhteistyöhön liittyvät tiimityön tulokset	222
10.6.3 Jatkuvaan kehittämiseen liittyvät tiimityön tulokset	223
10.7 Tiimityön oppiminen kehittämisprojektin aikana.....	224
10.7.1 Oppimista edistäneet ja estäneet tekijät.....	224
10.7.2 Oppimistulokset.....	228
11. Kotihoidon kehittämistoiminnan mallin kehittäminen.....	233
11.1 Tutkimustulosten validointi	233
11.2 Alustava kotihoidon kehittämismalli	240
11.3 Kehittämismalliin johtaneet prosessit.....	241
11.4 Kotihoidon henkilöstön näkemys kotihoidon kehittämistarpeista tulevaisuudessa	243
11.4.1 Työn sisältö ja työmenetelmät	244
11.4.2 Työssä jaksaminen.....	246
11.4.3 Uudet kehittämismenetelmät	248

11.5 Kotihoidon kehittämismalli	250
12. Yhteenveto ja johtopäätökset tutkimustuloksista.....	261
12.1 Kotihoitoo.....	262
12.2 Tiimityön kehittyminen kotihoidossa.....	265
12.3 Kotihoidon kehittäminen	275
13. Pohdinta	277
13.1 Tutkimuksen luotettavuus	277
13.1.1 Tutkimuksen luotettavuuden lähtökohtia	277
13.1.2 Tutkimuksen suunnittelu ja tutkimusaineiston kerääminen	280
13.1.3 Tutkimuksen luotettavuus kehittämishankkeessa	282
13.1.4 Tutkimusaineiston analysoinnin luotettavuuden tarkastelu	283
13.1.5 Tutkimusraportin luotettavuus	286
13.2 Tutkimuksen eettiset näkökohdat.....	287
13.3 Tutkimuksen merkitys ja jatkotutkimusaiheet	288
13.3.1 Yhteiskunnallinen merkitys.....	289
13.3.2 Tieteellinen merkitys	290
13.3.3 Tutkimuksen yhteistyönäkökulman arvointi	290
13.3.4 Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja siirrettävyys	291
13.3.5 Jatkotutkimusaiheet	292
English Summary.....	293
Lähteet.....	297
Liitteet	317

Tutkimuksessa esiintyvät kuviot, taulukot ja liitteet

Kuviot

Kuvio 1: Kotihoidon tavoitteet, sisältö ja tulokset

Kuvio 2: Tiimin perusasiat

Kuvio 3: Tiimitoiminnan kehittämisen malli

Kuvio 4: Kehittämisprosessin kulku

Kuvio 5: Tutkimusaineiston abstrahointi

Kuvio 6: Kotihoidon elementit

Kuvio 7: Työn uudelleen organisoiminen

Kuvio 8: Kotihoitotiimin toimintamalli

Kuvio 9: Kotihoitotiimin oppimisprosessi

Kuvio 10: Tiimityön tulokset

Kuvio 11: Tiimien oppimistulokset

Kuvio 12: Alustava kotihoidon kehittämismalli

Kuvio 13: Henkilöstön näkemys kotihoidon edelleen kehittämisen tarvealueista

Kuvio 14: Kotihoidon kehittämismalli

Taulukot

Taulukko 1: Tutkimusaineisto

Taulukko 2: Tiimitoiminnan kehittymisen vaiheet

Taulukko 3: Kotihoidon kehittämistä edistäneet ja estäneet tekijät

Taulukko 4: Oppimiskonteksti ja oppimista edistäneet tekijät

Taulukko 5: Oppimiskonteksti ja oppimista estäneet tekijät

Liitteet

Liite 1: Esimerkki tutkimusaineiston keräämisestä

Liite 2: Tiedote loppuhaastatteluista

Liite 3: Loppuhaastattelujen teemarunko

1. Johdanto

Vanhuväestön määrä tulee kasvamaan lähi vuosina voimakkaasti. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman yhtenä painopistealueena on vanhuväestön itsenäisen suoriutumiskyvyn tukeminen. Keskeistä vanhuväestön toimintakyvyn ylläpitämisessä on ehkäisevä, omatoimisuutta edistävä ja kuntouttava työote kaikissa palveluissa ja hoidoissa. Lähtökohtana on, että ikääntyvä ihmistä arvostetaan ja hänen voimavaransa yhteiskunnan jäsenenä otetaan huomioon. Vanhusten kotona asumista tuetaan edistämällä kotona elämisen mahdollisuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999, 4, 10.)

Kotihoitokäsite on Suomen lainsäädännössä uusi (Hallituksen esitys sosiaali-huoltolain ja kansanterveyslain muutoksesta 2004). Kotipalvelujen järjestämisvelvollisuus ja kotipalvelun sisältö on määritelty sosiaalihuoltolaissa ja -asetuksessa. Kotisairaanhoidon järjestämisvelvollisuus on osa kansanterveyslain mukaista terveyden- ja sairaanhoidon järjestämisvelvollisuutta. Tällä hetkellä kotihoidon palvelujen järjestämisen haasteena on onnistua järjestämään toiminnallisia ratkaisuja, jotka edistävät palvelujen yhteensovittamista. (Kansanterveyslaki 1972, Sosiaalihuoltolaki 1984)

Useissa kunnissa osana sosiaali- ja terveysalan yhdistämisprosessia myös kotipalvelu ja kotisairaankoito on yhdistetty yhdeksi kotihoidoksi (Rissanen ym. 1999). Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon integroitu toimintamalli on tällä hetkellä keskeinen vanhospalvelujen kehittämisen kohde (Paljärvi 2003, 88). Huomattava osa vanhuksista asuu mieluiten kotona, jos sinne saadaan järjestettyä asianmukaiset palvelut (Tdre 1993, 137). Tavoitteena vanhusten kotihoidon kehittämisessä on laadukkaiden ja monipuolisten palvelumuotojen kehittäminen yhdessä yksityisten palveluyrittäjien ja järjestöjen kanssa. (Hyttinen & Kangassalo 2002, 190, Tenkanen 2004, 32.) Kotihoitotoiminnan tarpeenmukaista kehittämistä on tarpeellista priorisoida ja kartoittaa edelleen. (Muurinen & Raatikainen 2005, 13).

Kotihoidon järjestämisen käytännöt vaihtelevat eri maissa terveydenhuoltojärjestelmästä riippuen. (Coleman 1995). Myös kansainvälisti on tärkeää ymmärtää miten kotihoitotyö on organisoitu, miten sen rahoitus on toteutettu sekä miten kotihoitotyö käytännössä toteutetaan eri maissa. Kotihoidon tutkiminen tarkentaa aihepiirin käsitteellistä rakennetta sekä tukee ja mahdollistaa siten aiheen sekä kotimaista että kansainvälistä jatkotutkimusta. (Doyle & Timonen 2007, 1–5.)

Vasta viime vuosina on alettu tutkia kotihoitoa uutena ilmiönä. Kotihoitoa koskevia tutkimustuloksia on käytettävissä toistaiseksi erittäin vähän ja siksi kotihoidon tutkiminen on tärkeää Kotihoidon kehittäminen asiakkaiden tarpeita vastaavaksi on lähipuolivälinen suuri valtakunnallinen haaste. Laatututkijat kiinnostuvat kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhteydestä toiminnasta 1990-luvun puolivälissä. Erityisesti vanhusten arjen tasolla liikkuvia tutkimuksia on kuitenkin edelleen liian vähän. (Tenkanen 2003, 29.)

Vanhukseen myönteinen kokemus omasta kodistaan on keskeistä hänen hyvinvointinsa kannalta. Kotihoidon ja laitoshoidon tarkastelussa on tärkeää pohtia, minkälaisen kodin vanhus mieltää omaksi kodikseen. Tutkittavan ilmiön piiriin kuuluvat myös vanhenevien ihmisten kokemukset yksityiskodin laitostumisesta sekä tilanteet, joissa henkilöt jo mielellään muuttaisivat pois yksityiskodistaan. (Vilkko 2000, 213–215.) Tutkimuksellisesti pitäisi selvittää kodin ja laitoksen välimuotoisia palveluja ja niiden tuloksellisuutta suhteessa perinteisiin avo- ja laitospalveluihin. Lisäksi pitäisi selvittää tekijöitä, jotka edistävät tai estävät pitkääikaiseen hoitoon joutumista. Vanhusten toimintakykyä, kuntoutumismahdollisuksia ja mahdollista kotona selviytymistä pitäisi tarkastella yksityiskohtaisemmin kuin nykyisin. Myös kaikkein vanhimpien kotona asuvien ikäryhmien elämänlaatua tulisi selvittää. Kuntien erilaiset ratkaisut palvelujensa järjestämisessä vaikuttavat palveluntarpeeseen ja kustannuksiin. (Vaarama ym. 1998, 21–22.)

Kotihoidon tutkimusalueella olisi tärkeää selvittää kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palveluorganisaatioiden yhdistymisvaikutukset esimiesten, kotipalvelutyöntekijöiden ja kotihoitoa saavien asiakkaiden näkökulmasta. Lisäksi pitäisi arvioida hoitotyöntekijöiden valmiuksia työskennellä kotihoidon muuttuvissa ja vaativissa olosuhteissa. (Sarvi 2004.) Kotihoidon tutkiminen yhteiskuntapoliittisesta näkökulmasta on myös mielenkiintoista ja tärkeää. Julkiset palvelut ovat joutuneet

supistusten, linjausten ja erilaisten rajausten kohteeksi taloudellisten syiden takia. Leikkaukset voivat pahimillaan heikentää kotihoitotyön laatua. Tällaista politiikkaa noudattamalla hyväksytään arkisen hoivatyön väheksyminen. (Tedre 1998, 414–415).

Vanhustyön laadun kannalta riittävä ja motivoitunut henkilöstö on erittäin tärkeä (Vaarama ym. 1998, 22). Syväsen (2003, 277) tutkimustuloksissa vanhuspalvelujen henkilöstö teki työtään kutsumuksesta ja sydämellä, välitti hoitamistaan vanhuksista, halusi vanhusten ja työnantajan parasta, noudatti työssään korkeita eettisiä periaatteita ja noudatti korkeaa työmoraalia. Työn resurssien niukentuessa hyvän työn kriteerien toteutuminen oli vaikeutunut tai tullut mahdottomaksi. Työelämän tutkimuksella voidaan pyrkiä vaikuttamaan käytettävissä olevan työpanoksen määrään, työn sisältöön ja työoloihin, työn tarjoamiin henkilöstön oppimis- ja kehittymismahdollisuksiin sekä työyhteisön toimivuuteen. Näin voidaan parantaa työelämän laatua, työvoiman osaamista ja työkykyisyyttä sekä työssä viihtyvyyttä. Näin tuetaan myös kotihoidon henkilöstön mahdollisuksia ja motivaatiota pysyä työelämässä. (Alasoini ym. 2002, 78.)

Janakkalan kunnan kotihoidossa käynnistettiin kotihoidon tutkimus- ja kehittämisprojekti Kohoke vuosiksi 2000–2003 yhteisen kotihoidon kehittämiseksi. Kohoke-projektin visiona oli kotihoidon kehittäminen ja yhteisen hoitokulttuurin luominen vanhusten hyvän elämän edistämiseksi ja työntekijöiden työkyvyn ylläpitämiseksi. Kehittämistyön viitekehysenä oli toimintatutkimukseen perustuva, työtekijälähtöinen, työssä oppimisen ja yhteistoiminnallisen oppimisen viitekehys. Projektia toteutettiin yhteistyössä Hämeen ammattikorkeakoulun kanssa. (Janakkalan kunta 2001.) Käytännössä tämä tarkoitti tiimiorganisaation kehittämistä kotihooitoon sekä työn kehittämistä moniammatilliseksi tiimityöksi.

Tämän tutkimuksen lähtökohtana toteutettiin toimintatutkimus työn kehittämistavoitteiden saavuttamiseksi. Kohoke-projektin tutkimus- ja kehittämistoiminnan yhtenä osana käynnistettiin tämä tutkimus kuvaamaan ja selvittämään kotihoidon muutokseen liittyviä tekijöitä. Tutkimuksen viitekehysenä toimi prosessiorientoitunut toimintatutkimus ja tutkittavaa aihetta on lähestytty konstruktivisen tutkimusotteen avulla. Tutkimus on kasvatustieteellinen, työn uudelleen organisointia koskeva tutkimus. Se kytkeytyy kasvatustieteelliseen työelämän

tutkimuksen ja kehittämisen tieteelliseen tutkimuskenttään. Työelämän tutkimus on kuitenkin usein monitieteistä, kuten tässäkin tutkimuksessa. Tutkimuksen substanssi on hoitotieteellinen. Sekä tutkimuksen viitekehys, metodiikka että tulkinnat nojautuvat vahvasti hoitotieteelliseen tutkimusmetodiikkaan ja tutkimustuloksiin.

Tutkimuksen tarkoituksesta on kuvata tiimityön kehittymistä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyessä kotihoidoksi sekä kehittää malli kotihoidon kehittämisestä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta tietoa kotihoitotyön kehittämisestä tiimityön avulla sekä luoda rakenteita kotihoitotyön kehittämiseen. Tutkimuksen pääongelmaksi määriteltiin kysymys: Miten kotihoitoa voidaan kehittää tiimityön avulla? Tutkimustehtäväksi muodostuivat kehittämishankkeen aikana kysymykset

- 1) Miten tiimityö kehittyy kotihoidossa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyessä kotihoidoksi?
- 2) Minkälainen kotihoidon kehittämismalli syntyy toimintatutkimuksen tuloksena kehittämishankkeen aikana?

Tutkimusraportin alussa, luvussa kaksi, kuvataan tutkimuksen yhteiskunnallista taustaa. Taustoituksen näkökulmina ovat yleiset työelämän kehityslinjat, vanhuspalvelujen muutospaineet sekä työelämän ja sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteiset muutostrendit.

Luvussa kolme kuvataan kotihoitotyötä. Se jakaantuu alalukuihin kotihoitokäsitteenä, kotihoitotyön kehittymisen Suomessa sekä kotihoidon asiakkaan palvelut kotona. Luvussa neljä käsitellään kotihoitotyön kehittämistä. Se jakaantuu alalukuihin työn kehittäminen ja kehittämisen käsitteistö, palvelujen saatavuuden kehittäminen sekä kotihoidon henkilöstön kehittäminen.

Luvussa viisi käsitellään tiimityötä. Se jakaantuu seuraaviin alalukuihin: tiimi, tiimityö käsitteenä, moniammatillinen tiimityö ja tiimiorganisaatio. Luvussa kuusi kuvataan tutkimuksen tavoitteet, tarkoitus ja tutkimustehtävät. Tutkimustehtävien muotoilu pohjautuu kehittämishankkeen tavoitteisiin.

Luvussa seitsemän kuvataan kehittämiskonteksti, jossa toimintatutkimus on toteutettu. Kehittämiskontekstina toimi kotihito-organisaatio, jossa toteutettiin

kehittämishanke vuosina 2000–2003. Kotihoiton yhdistyi kehittämishankkeen aikana. Luvussa seitsemän on kuvattu työntekijälähtöinen kehittämistyö, kehittämisprosessi sekä kehittämistyön tavoitteiden toteutuminen.

Luvussa kahdeksan käsitellään tutkimusmenetelmiä tässä tutkimuksessa. Luvussa on kuvattu konstruktivistista tutkimusotetta sekä toimintatutkimuksen eri näkökulmia. Lisäksi luvussa on kuvattu tutkimusaineisto, tutkimusaineiston keruu- ja analysointiprosessi sekä tutkimusaineiston abstrahointi.

Luvuissa yhdeksän, kymmenen ja yksitoista on esitetty tutkimuksen tulokset. Tutkimustulosten esittäminen on jäsennetty tutkimustehtävien mukaan.

Ensimmäisessä tutkimustuloksia kuvaavassa luvussa yhdeksän kuvataan kotihoidon elementtejä eli perusasia ja niiden kehittymistä kehittämishankkeen aikana. Luvussa kymmenen kuvataan tiimityön kehittymistä kotihoidossa. Luvussa on esitetty tiimitoiminnan kehittymisen vaiheet, kehittämiseen vaikuttaneet tekijät, työn uudelleen organisoiminen, tiimin toimintamalli, tiimityön tulokset ja tiimityön oppiminen. Kolmannessa tutkimustuloksia kuvaavassa yksitoista kuvataan kotihoidon kehittämismallin kehittäminen. Ensin on kuvattu tutkimusaineiston validointi, sitten malliin johtaneita prosesseja ja kotihoidon henkilöstön näkemyksiä kotihoidon kehittämistarpeista. Lopuksi on kuvattu kotihoidon kehittämismalli.

Luvussa kaksitoista tehdään yhteenveto ja johtopäätökset tutkimuksen tuloksista. Luvussa kolmetoista käsitellään tutkimuksen luotettavuutta, eettisyyttä ja tutkimuksen merkitystä. Lisäksi esitellään jatkotutkimusaiheita.

2. Tutkimuksen yhteiskunnallinen tausta

Suomalainen työelämä, mukaan lukien vanhustenhuollon avopalvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa, elävät 2000-luvulla jatkuvaan muutosta. Työelämän muutoksen avainsanoja ovat kehittämistoiminta, elinikäinen oppiminen, huippusaaminen, verkostoituminen ja innovaatiotoiminta. Muutoksessa on kysymys yhteiskunnallisten rakenteiden muuttumisen lisäksi globalisaatiosta ja Suomen asemasta siinä. (Toikka & Rantanen 2009, 7.) Taloudelliset resurssit ovat tiukentuneet viimeisimmän laman myötä. Tällä hetkellä sekä yksityisellä sektorilla että kuntataloudessa ollaan monin paikoin kireässä taloustilanteessa ja vanhusten palvelujen rahoitus on vaakalaudalla.

Vanhusten avopalveluja kehitettäessä suurimmat haasteet ovat asiakkaiden määrän voimakas lisääntyminen, asiakkaiden huonokuntoisuus, kotihoidon henkilöstön ikääntyminen ja työvoimapula. Vanhusten kotihoitoon liittyen on viime vuosina toteutettu runsaasti erilaisia kehittämishankkeita sekä etsitty mielekkääitä ja resursseja säästäviä toimintamalleja (esim. Stakes.fi).

Kehittämistyössä työtoiminnan ja organisaation kehittämisellä tarkoitetaan tavallisimmin henkilöstön osaamisen lisäämistä, työntekijöiden osallistumismahdollisuuksien parantamista sekä johtajuuden, työtoiminnan ja yhteistyövaikutusten kehittämistä (Simula 2000, 157). Kunnallisessa kehittämisessä sosiaali- ja terveystoimen alueella lähtökohta kehittämiselle on usein taloudellinen, vaikka esimerkiksi palvelujen saatavuus ja laatu olisi myös aiheellista olla kehittämistoiminnan kohteena. (Räsänen 2007, 40–88.)

Yhteiskunnallinen muutos luo paineita palvelujärjestelmien ajamukaistamiselle. Toimintajärjestelmän muutoksella haetaan tuottavuutta, vaikuttavuutta ja tehokkuutta. (Vartiainen 2000, 10–25.) Tämä on virittänyt uudenlaisia kehittämiskalaisuja ja menetelmiä myös sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tässä luvussa

kuvataan työelämän kehityslinjoja, vanhuspalvelujen muutospaineita sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ja työelämän muutoksen yhtymäkohtia. Tämän luvun tarkoituksena on taustoittaa tätä tutkimusta näiden näkökulmien kautta ja osaltaan perustella kotihoidon kehittämisen tarpeellisuutta ajankohtaisena yhteiskunnallisena haasteena.

2.1 Työelämän kehityslinjat

Tässä kappaleessa kuvataan työelämän kehityslinjoja työelämän taloudellisten ja rakenteellisten muutosten kautta. Lisäksi kuvataan näihin muutoksiin liittynyttä keskustelua.

2.1.1 Taloudellisten muutosten vaikutukset työelämän kehittymiseen

Hyvinvointivaltion kritiikki alkoi Suomessa jo 1980-luvun lopun taloudellisesti hyvien vuosien aikana. (Vaarama 1995, 17). Talouden ylikierrokset hiipuivat 1990-luvun alussa. Talous kääntyi jyrkkään laskuun ja työttömyys paheni teollisuusmaiden ennätyslukemiin. Tällöin siirryttiin supistuvien resurssien aikakauteen. Lamaa seurasi melko pitkä nopean kasvun kausi. (Alasoini ym. 2002, 11.) Taloudellisen kasvun kaudella työllisyys kohentui selvästi. Tämän kehityksen taustalta löytyy taloudellisten muutosten lisäksi sekä ideologisia että kulttuurisia yhteiskunnallisia muutoksia. (Vaarama 1995, 17.) Kasvun kausi päätti vuonna 2008 alkaneeseen maailmanlaajuiseen lamaan.

Globalisoituminen on ajankohtainen taloudellinen haaste työelämälle. Globalisoituminen on trendi, jota yksittäinen maa ei voi vastustaa alentamatta oleellisesti elintasoaan ja eritymättä myös poliitisesti. (Aho ym. 2006, 2–3.) Globalisaatio on yhteiskuntapoliittinen prosessi, joka sisältää talouden yhdentymisen lisäksi myös lainsäädännöllisen prosessin. Ylikansallisten toimijoiden, sopimusten ja instituutioiden merkitys ja asema korostuu kansallisessakin päätöksenteossa. Globalisaatio tarkoittaa monikerroksista ja laaja-alaista maailmanlaajuista muutosta. (Kiljunen 2003, 16–17, Koivusalo & Hämäläinen 2009.) Yritystaloudellisesti

globalisaatio merkitsee sitä, että yritys kykenee entistä paremmin kasvattamaan markkinoitaan ja optimoimaan tuotantonsa sijoittumista eri tuotantopaikkojen suhteen. Työvoimaintensiiviset työvaiheet pyrkivät siirtymään halvan kustannustason maihin ja korkeaa osaamista edellyttävät vaiheet korkean koulutustason maihin. Tuotannon on oltava mahdollisimman tehokasta ja vaatimus työmarkkinoiden joustavuudelle kasvaa. Kansantalouden reaalisen kilpailukyvyn parantaminen on pitkällä aikavälillä paras keino vastata globalisaation haasteeseen. Koulutuksen, tutkimuksen ja tuotekehityksen edistämisellä sekä uusien innovatioiden päästämisellä myös kotimaan markkinoille voidaan parantaa kilpailukykyä. Kokonaishyvinvointia kasvattamalla voidaan tukea myös niitä ryhmiä, joille globalisaation vaikutukset ovat negatiivisia. Tukitoimien pitäisi olla kuitenkin niin tehokkaita, että julkisen talouden kustannukset eivät kohoaisi kohtuuttomiksi. (Aho ym. 2006, 2–3.) Globalisaatio aiheuttaa yritysten ja kansalaisten liikkumisen lisääntymistä. Suomessa ollaan tällä hetkellä arvioimassa, miten talouden uusi järjestys vaikuttaa aluepolitiikkaan ja olemassa olevaan kuntarakenteeseen. (Laurila 2007, 44–45.)

2.1.2 Rakenteellisten muutosten vaikutukset työelämän kehittymiseen

Suomalaiseen työllisyyskehitykseen ovat vaikuttaneet kansainväliset muutosvoimat, kuten kilpailun globalisoituminen, markkinoiden säädelyn väheneminen, teknologian nopea kehittyminen sekä Euroopan taloudellinen ja poliittinen yhdentyminen. Kansallisia muutosvoimia ovat olleet esimerkiksi väestön, ammattien ja elinkeinorakenteen muutokset. Väestön ja työvoiman ikääntyminen sekä ammattien tietovaltaistuminen koskevat kaikkia kehittyneitä teollisuusmaita. Suomen väestön kehityksessä yksi erityispiirre on väestön voimakas ikääntyminen. EU-maista ainoastaan Saksassa on seuraavan kolmen vuosikymmenen aikana odotettavissa nopeampi vanhusväestön määrän kasvu kuin Suomessa. (STM 2001b, Alasoini ym. 2002, 11.)

Työmarkkinoilla on haettu keinoja vastata globalisaation ja ikääntymisen haasteisiin esimerkiksi työllistämisen kannustimilla, tuloverotuksen muutoksilla, yritysten sosiaaliturvamaksujen säätelyllä sekä sosiaaliturvaetuksien muutoksilla.

Alhon ym. (2006) tutkimustuloksissa keskeinen keino reagoida globalisaation tuomaan haasteesseen oli nostaa tuottavuutta työvoimaa karsimalla, sitä uudelleen järjestämällä tai esimerkiksi tutkimus- ja kehityspanosta lisäämällä. Työmarkkinoidemme on kyettävä sopeutumaan joustavasti vaadittaviin muutoksiin myös tulevaisuudessa. (Alho ym. 2006, 2, 119.) Globalisaation vaikutukset jokaisella toimialalla ovat erilaiset. Koivusalo ja Hämäläinen (2009) viittaavat erilaisiin vaiktuksiin esimerkiksi lääketeollisuudessa ja terveyspolitiikassa.

Työelämän muutoksesta on keskusteltu monikansallisten elinten, kuten OECD:n ja EU:n viimeaikaisissa strategialinjauskissa. Keskustelupapereissa on käsitelty työelämän ja työorganisaatioiden kehittämiskysymyksiä. Euroopan komissio on julkaissut useita työelämän kehittämiseen liittyviä raportteja. (Alasoini 1999, 1.) Euroopan unionin vihreässä kirjassa "Yhteistyössä työn uudelleenorganisointiin" (1997) nostetaan esille pyrkimys korvata työelämän hierarkiset ja jäykät rakenteet korkeaan ammattitaitoon, luottamukseen ja työntekijöiden sitoutumiseen perustuvilla, innovatiivisemmillä ja joustavammilla rakenteilla. Tulevaisuudessa työelämän kehittämisen tavoitteena on työorganisaatioiden joustavuus ja vuorovaikutuksellisuus, tiimityön yleistyminen, pyrkimys pienentää työvoimaa, tietointensiivisyys sekä johtamistasojen vähentäminen. Tähän tarvitaan hyvin koulutettua ja ammattitaitoista työvoimaa. (Alasoini 1999, 1, STM 2001b, Vehviläinen 2002, 15.) Euroopan unionilla on ollut myönteinen vaikutus erityisesti työelämän tutkimusavusteiseen kehittämiseen. EU-jäsenyyss on lisännyt kansainvälisen yhteistyön ja kokemusten vaihdon mahdollisuksia muiden jäsen maiden kanssa. (Ramstad & Alasoini 2007, 25.)

Uusien toimintatapojen yleistyminen on hidasta. Hitaasta muutoksesta huolimatta on tapahtumassa työn organisoinnin perusteellinen muutos, siirtyminen jäykistä tuotantojärjestelmistä joustavaan, avoimeen organisaation kehitysprosessiin, joka tarjoaa uusia mahdollisuksia oppimiseen, innovaatioon, parannuksiin ja sitä kautta tuottavuuden kasvuun. Joustavassa organisaatiossa toteutettava työ vaatii monipuolisempaa ammattitaitoa, jatkuvaan oppimista, ammattitaidon ja pätevyyden ylläpitämistä ja kehittämistä sekä investointeja ihmilliseen pääomaan. (STM 2001b, Vehviläinen 2002, 15.)

Tämä kehityssuunta on vaikuttanut julkisellakin sektorilla niin, että matalilla ja joustavilla organisaatioilla on pyritty korvaamaan hierarkisia organisaatorakenteita. Näin on pyritty parantamaan organisaatioiden tuottavuutta, tiedonkulkuja, oppimis- edellytyksiä sekä työelämän laatua. (Vehviläinen 2002, 4.)

Julkisella sektorilla globalisaation aiheuttama rakenteellinen muutos on vienyt Suomelta perinteisiä aluepoliittisia säätelykeinoja. Alue- ja maatalouspolitiikka ovat siirtyneet EU:n tasolle ja suomalaiset elinkeinot ja Suomen aluerakenne joutuvat kehittymään yhä markkinaehtoisemmin. Lisäksi alueiden taloudellinen merkitys on kasvanut ja sekä yritykset että kansalaiset reagoivat alueellisiin eroihin. Vaikka työn hajauttaminen toisaalta olisi mahdollista uuden tekniikan ja globaalien markkinoiden myötä, sijaintiedut ovat silti suurissa kaupungeissa, jonne työvoima hakeutuu. Suomen kuntapolitiikkaa haastaa tällä hetkellä aluepolitiikka. Globalisaation kannalta parasta aluepolitiikkaa olisi kuntien väliset aidot markkinatulosuhteet ja autonominen rahoitus. (Laurila 2007, 49, Taavitsainen 2007, 86.)

Julkisen sektorin toimintatavat ulottavat vaikutuksensa koko työelämään. Kunnat ja muut julkisen sektorin organisaatiot ovat ulkoistaneet toimintojaan. Järjestöjen ja pienyrittäjien käyttö on lisääntynyt oman palvelutuotannon rinnalla. Uutta toimintatapaa pyritään hallitsemaan uuden hallintalogiikan avulla. Se sisältää verkostoitumisen lisäksi kehittämishankkeita ja ohjelmia. Näillä sektoreilla kunnilla on opittavaa kansainvälistä yrityksistä. (Julkunen 2008.) Yksityisellä sektorilla yhteistoiminnasta on säädetty lailla (Laki yhteistoiminnasta yrityksissä 1978/725 ja laki yhteistoiminnasta virastoissa ja laitoksissa 1988/651, sekä lakia täydentävät sopimukset). (Hakonen ym. 2005, 6–7, www.finlex.fi).

2.1.3 Työelämän muutoksiin liittynyt keskustelu

Monen kunnan kireässä taloudellisessa tilanteessa on henkilöstön työttömyysuhka arkipäivää. Työntekijöiden turvallisuuden tarpeet ovat uhattuna ja elämän suunnittelun on epävarmaa. Rakennemuutokset työmarkkinoilla, taloudellisten suhdanteiden voimakkaat muutokset sekä korkea työttömyys nostavat esille kysymyksen eri sukupolvien tasa-arvoisuudesta ja mahdollisuudesta osallistua työelämään. Nämä taloudelliset ja yhteiskunnalliset vaikutukset ovat merkinneet

työhön, työkykyyn, oikeudenmukaisuuteen ja ikääntymiseen liittyvien kysymysten tulemista yhä tärkeämmiksi teollistuneiden maiden työelämässä. (Huuhtanen & Ahola 2001, 87.)

Työelämään liittyvä uutisointi vaihtelee teemoittain kansainvälistymisen, verkottuvan ja verkostoituvan, tietoistuvan ja haastavan työelämän teemoista aina työelämän ahdistukseen, uupumukseen, vetäytymiseen ja vastarintaan saakka. Julkisuuteen piirtynyt kuva työelämästä Suomessa on ollut pääosin kielteinen. Kuva ovat leimanneet työttömyys-, työsuheteiden muuttuminen epätyyppillisiksi, työaikojen venyminen, työn epävarmuus, alituinen muutos, kiireen ja työpaineen kasvu, stressi, työuupumus, perheiden pahoinvoindi, mielenterveysongelmat, eläkepako, halu hypätä oravanpyörästä, työn mielekkyyden katoaminen, työyhteisöjen ristiriidat, kiusaaminen, ikäsyriintä sekä huono ja epäoikeudenmukainen johtaminen. (Julkunen 2008).

Keskusteluun työelämän muutoksesta kuuluvat ilmaukset maailman muuttumisesta, haasteista, kilpailukyvystä, innovaatioista, joustavuudesta, osaamisesta ja kannustamisesta. Hallitusohjelmatasolla ensimmäisen kerran nopea ja kaikenkattava muutos leimasivat Lippesen ensimmäisen hallituksen (1995) ohjelmaa. Sama keskustelu on löydettävissä kaikista poliittis-hallinnollisista dokumenteista sekä soveltavasta yhteiskunta- ja käyttäytymistieteellisestä tutkimuksesta. Suomea on kuvattu menestymisen ja kilpailukyvyn kärjessä olevaksi valtioksi. Samalla kuitenkin on uhattuna suomalainen hyvinvointivaltio.

Hyvinvointivaltion saavutukset kuten korkea koulutustaso, hyvät oppimistulokset, puhdas ympäristö, luotettava hallinto, korruptoitumattomat tuomarit ja toimivat terveyspalvelut voidaan Julkusen (2008) mukaan tulkita myös kilpailueduksi. Hyvinvointivaltion instituutioita pyritään muovaamaan siten, että ne palvelisivat entistä enemmän kilpailukyvyn vaatimuksia. Toisaalta Koivusalon ja Häkkisen (2009) näkemyksen mukaan globalisaatio voi myös kuihduttaa hyvinvointivaltiota vaikka pohjoismaat ovat menestyneet hyvin kansainvälisessä kilpailussa ja veropohjaisen rahoitusmallin on arveltu kestävän hyvin. Globalisaation vaikutukset julkisrahoitteiseen palveluntuotantoon riippuvat siitä, missä määrin palvelujen rahoitus rakentuu kansainvälisen rahoitusmarkkinoiden ja

yritysten varaan ja kuinka paljon julkiset palvelut yleensä ovat markkinaehtoisen rahoituksen varassa.

Työelämän yhteisenä piirteenä on ihmisten kokemus työn kasvavista vaatimuksista, tehokkaasta suoriutumisesta, vaatimus entistä paremmasta koulutustasosta ja uusien asioiden oppimisesta, monitaitoisudesta, kansainvälijyvädestä, vastuusta ja joustavuudesta. Jälkiammatillisuudessa ammatti on vaihtunut tietoon, informaatioon, asiantuntemukseen ja osaamiseen. Tehtävä- ja asiakasmonopolit ovat purkautuneet ja ammattinimikkeiden merkitykset ovat muuttuneet epämääräiseksi. Koko elämästä on tullut työtä ja työssä tarvittavien kykyjen, tiedon, informaation, mielialan ja ruumiillisuuden tuottamisen aluetta, johon liittyy sekä syvä tyydytystä että ahdinkoa. Tutkinnot eivät takaa ja määrittele sijoittumista työmarkkinoille vaan työnantajat hakevat oikeaa ja hyvää työntekijää. (Julkunen 2008.)

Kunta-alan työolobarometriassa 2008 todettiin myönteisinä asioina esimiestuen lisääntyminen, positiiviset kokemukset työsuhteen varmuudesta sekä osallisuudesta työpaikan kehittämiseen. Työntekijät kokivat, että heillä on mahdollisuus käyttää kykyjään työssään. Työntekijän hyvinvointiin oli kiinnitetty huomiota ja määrä-aikaisiin työntekijöihin oli suhtauduttu entistä paremmin. Myös palkkausjärjestelmän oltiin tyytyväisiä. Työntekijät kuitenkin kokivat henkilöstömäärän liian vähäiseksi, työnsä henkisesti raskaaksi ja työtahdin kiireiseksi. Lähes puolet henkilöstöstä tekee ylitöitä. Kunta-alan työpaikoilla koettiin olevan sekä väkivallan uhkaa että työpaikkakiusaamista.

Työn mielekkyyden muutossuunta kunta-alalla on ollut negatiivinen. Henkilöstöä vähentäneiden työpaikkojen määrä oli pysynyt ennallaan verrattuna vuoteen 2007, mutta henkilöstömäärää kasvattaneiden työpaikkojen määrä oli vähentynyt. (Kunta-alan työolobarometri 2008.) Vuoden 2007 työolobarometrin mukaan työn rasittavuus vähensi ja sen mielekkyyys paranisi, jos kaikilla työpaikoilla toimittaisiin samoin kuin parhailla työpaikoilla. (Työolobarometri 2007.)

2.2 Vanhuspalvelujen muutospaineet

Tässä kappaleessa käsitellään vanhusten palvelujen muutospaineita viime vuosina palvelurakenteen, laadun ja kehittämisen sekä saatavuuden näkökulmista.

2.2.1 Palvelurakenteen muutos

Vielä 1990-luvun alussa kuntien perusterveydenhuollon asiakkaat olivat laitoksissa, koska heille ei ollut avopalveluita tarjolla. Palvelurakenteen muutoksen myötä perusterveydenhuollon toiminta muuttui voimakkaasti 1990-luvun aikana, kun laitoksista kotiutettiin paljon potilaita. Kotona asui yhä useampia huonokuntoisia vanhuksia. Eriisia palveluasumisen sekä tukipalvelujen muotoja alettiin kehittää. Avohoitot lähti kasvuun 1990-luvun puolivälissä. Palvelurakenteen muutos on merkinnyt avohoidon työntekijöille uusien, vaikeahoitoisten ja heterogenisten asiakasryhmien hoitamista.

Suomen vanhuspalvelujen tarjonta on ajankohtainen ja yhteiskunnallinen asia monessa suhteessa. Suomalaisessa yhteiskuntapolitiikassa ja yhteiskunnallisessa keskustelussa vanhusten hyvä hoito periaatteessa tuodaan esille ja otetaan huomioon tärkeänä asiana. Keskusteluihin suomalaisista vanhuspalveluista ovat kuuluneet teemat palvelujen riittävyydestä ja laadusta, palvelujen saatavuuden tasapuolisudesta sekä asiakkaiden valinnanmahdollisuksista. Myös vanhusten sijoittumisesta oikeaan hoitopaikkaan ja oikeanlaisten palvelujen piiriin on keskusteltu paljon. (Vaarama & Kutto 1999, 7–13, 72–74, www.Stakes.fi.)

Sosiaali- ja terveysministeriö ohjeisti 1990-luvun alussa vanhustenhoidon tavoitteeksi vanhusten kotona asumisen niin kauan kuin mahdollista. Vuodesta 1993 vanhusten julkisia palveluja, erityisesti kotipalvelua, vähennettiin. Lisäksi palvelujen ongelmana on maantieteellinen eriarvoisuus, kohdentuminen eniten apua tarvitseville asiakkaille sekä koulutetun henkilöstön vähäinen määrä. (Vaarama & Kutto 1999, 7–13, 72–74.) Vanhuksille tarjottavien palvelujen määrä väheni voimakkaasti ajanjaksona 1988–1996. Tuona ajanjaksona toteutui huomattava palvelujen rakennemuutos. Palvelut haluttiin siirtää laitoksista avohoitoon. (Vaarama ym, 1998, 8–19.) Keskushallinnon ohjauksen purku antoi kunnille uutta

pääätäntävaltaa toimiinsa samaan aikaan, kun tapahtui suuria muutoksia. Laman aikana keskeiseksi kehittämisen tavoitteeksi asetettiin usein taloudellinen säästö. Säästöjen seurauksena kunnissa tultiin hintatietoisemmiksi palveluja tarjottaessa.. Kuitenkin henkilöstön on yleensä vaikea sitoutua toiminnan muutoksiin, jos kehittämisen tavoitteena on vain taloudellinen säästö. (Sinervo 2001, 5–6.)

Vanhusten laitospainotteisten palvelujen ongelmiksi on nähty viranomaiskeskeinen organisaatiokulttuuri, vanhuksien arvostamattomuus palvelujen käyttäjinä, talouden asettamat reunaehdot, vanhusten huono asumistaso, normien puute sekä vanhuspoliittisen ajattelun puute ja palvelujen heikko kohdentuminen. Vaaraman tutkimuksen (1992, 214–216) jälkeen vanhuksille kotiin annettavat palvelut ovat monipuolistuneet, mutta eivät ole kehittyneet toivotulla tavalla. Avopalveluiden riittämättömyys on kasvava ongelma ja kuntien suhtautuminen järjestämiinsä palveluihin vaihtelee. Asiakkaat ovat yhä huonokuntoisempia ja iäkkäämpiä. Henkilöstön jaksaminen on kovalla koetuksella. Stakesin tietojen mukaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakkaiden keski-ikä vuonna 2005 oli 76,8 vuotta (Jokiranta ym. 2007, 103). Iäkkääät asiakkaat ilmaisevat tarvitsevansa erityisesti kotipalvelua. Perimmältään on kyse julkisten palveluiden rahoituspohjan vakavista ongelmista. Samaan aikaan palvelujärjestelmässä on epätarkoitukseenmukaisia ja tehottomia rakenteita, jotka vaativat uudelleenarviointia. (Vaarama ym, 1998, 8–19.)

Vanhusväestön lukumäärä ja osuus väestöstä on kasvamassa. Esimerkiksi vuoden 2006 lopussa Suomessa oli 75 vuotta täytyneitä noin 395.000 (7,5% väestöstä), vuonna 2035 ennustetaan 75 vuotta täytyneitä olevan noin 800.000 (15% väestöstä). Samalla säännöllistä kotihoitoa saaneiden osuus on pienenemässä. Esimerkiksi vuosina 1995–2005 säännöllistä kotihoitoa saaneiden 75-vuotta täytyneiden osuus laski 13,8 prosentista 11,5 prosenttiin. Nykyisessä laatusuosituksessa 2/2008 esitetään, että säännöllisen kotihoidon kattavuus nostetaan 75 vuotta täytyneiden ryhmässä 14 prosenttiin. Nykyinen kotihoidon kattavuus ei vastaa asiakkaiden avun tarvetta. Vaikka säännöllisen kotihoidon suurin asiakasryhmä on 75–84 -vuotiaat, palveluja kohdennetaan entistä enemmän 85 vuotta täytyneille. Kotihaitto on ikäihmisten palvelurakenteen keskeisin ja mittavin palvelu. Yhä useampi asiakas saa sekä kotiapua että kotisairaanhoidtoa. (Heinola 2007, Stakes 2008.)

2.2.2 Palvelujen laatu, saatavuus ja kehittäminen

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi vuonna 2001 ensimmäisen ikäähmisten hoitoa ja palvelua koskevan laatusuosituksen. Suositus koski kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, mutta painottui erityisesti iäkkäiden kotihoitoon, palveluasumiseen sekä laitoshoitoon. Suosituksen tavoitteena oli edistää asiakkaiden, omaisten ja kuntalaisten osallistumista oman hoitonsa tavoitteiden asettamiseen ja toiminnan arviontiin. Laatusuosituksessa asetettiin vanhusten hoidon tavoitteeksi, että mahdollisimman moni ikääntynyt voisi elää itsenäisesti omassa kodissaan ja tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristössään. Kotona asumista tuetaan nopeasti saatavilla, ammattitaitoisilla sosiaali- ja terveyspalveluilla. Hoidon tulee olla asianmukaista ja asiakasta kunnioittavaa. (STM 2001a, 10.)

Kunnat velvoitettiin laatimaan ajantasainen vanhuspoliittinen strategia, joka sisältää palvelurakenteen kehittämisojelman. Kunnille asetettiin myös toiminnan vuosittainen arviontivelvoite. Palvelurakenteen kehittämisessä kotona asuminen ja kotiin annettavat palvelut asetettiin etusijalle. Kuntia velvoitettiin myös seutukunnalliseen yhteistyöhön palvelujen kehittämiseksi. (STM 2001a, 13.) Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010 tuo esille suomalaisen yhteiskunnan demografisia muutoksia ja niihin liittyviä huomioita. Vanhusten määrän kasvu, eliniän nousu sekä iän myötä kasvava hoivan tarve lisäävät sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta selvimmin vuoden 2020 jälkeen. Vuoteen 2030 mennessä nykyinen 80–84 -vuotiaiden miesten 30 000 hengen joukko lähes kolminkertaistuu. Huolenpidon ja hoivan tarve kasvaa erityisesti yli 85-vuotiaiden ryhmässä. (STM 2001b, 36.)

Kotihoidon hallintokokeilu käynnistyi 1.1.2005, jolloin kokeilua koskevat lait astuivat voimaan. Sosiaalihuoltolain ja kansanterveyslain muutokset (1428/2004, 1429/2004 ja HE 221/2004) ovat voimassa 31.12.2008 saakka. Kokeilussa on mahdollista kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäminen uudeksi tehtäväalueeksi, kotihoidoksi, millä pyritään toiminnan tehostamiseen ja palvelujen parantamiseen. Kotihointo voidaan muodostaa yli kunnan ja kuntayhtymän rajan joko keskittämällä tehtäviä kansanterveystyön kuntayhtymille tai hajauttamalla kuntayhtymän kotihoidon tehtäviä kuntien sosiaalitoimen yhteyteen. Kokeilu on tarkoitettu kunnille, jotka eivät voi yhdistää sosiaalipalveluita ja kansanterveystyön

tehtäviä kokonaisuudessaan yhdelle lautakunnalle. (Kunnat.net, kotihoidon hallintokokeilu.)

Kotihoidon palvelujen laatua ja saatavuutta on pyritty edistämään edelleen STM:n uusimmassa 13.2.2008 julkaisemassa ikäihmisten palvelujen uudessa laatusuosituksessa. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus on uusittu ottamaan huomioon hallitusohjelman linjaukset, ikääntymispolitiikalle asetetut valtakunnalliset tavoitteet, laatusuositusten arviontien tulokset, uusi tutkimustieto sekä toimintaympäristön muutokset, joista erityisesti meneillään olevalla kunta- ja palvelurakenneuudistuksella on mittavat vaikutukset ikääntyneiden palvelujärjestelmään. Suosituksen tavoitteena on lisätä ikäihmisten terveyttä ja hyvinvointia sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Laatusuosituksen sisältö painottuu niihin laadun osatekijöihin, jotka luovat edellytykset prosessien toimivuudelle ja sitä kautta hyville tuloksille. Laatusuositus koskee erityisesti kotihoitoa, omaishoidon tukea, palveluasumista, pitkääikaista hoivaa ja hoitoa tehostetun palveluasumisen yksiköissä ja laitoksissa sekä laajemmin ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistäviä toimia. Laatusuosituksessa korostuu erityisesti vanhuksen mahdollisuus asua omassa kodissa sekä vanhusten terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisevä työ. (STM 2008, 9–10.)

Vanhustenhuollossa on tiedostettu laajasti työn kehittämisen tarve. Vanhuspalveluissa sekä työn kehittämisen tarpeet että työyhteisöjen ongelmat liittyvät tiiviisti toisiinsa. (vrt. Syvänen 2001, 26.) Työntekijälähtöisen kehittämistoiminnan lähtökohtana ovat työyhteisössä tapahtuva vuorovaikutuksen lisääntyminen ja sen laadun paraneminen, avoimuuden lisääntyminen, tasa-arvoisen keskustelun eli demokraattisen dialogin oppiminen sekä työntekijöiden itsearvioinnin ja reflektion käyttäminen osana arkista työyhteisön kehittämistä ja työkyvyn ylläpitämistä. Työntekijät ovat keskeisessä asemassa kehittämistoiminnan kaikissa vaiheissa. (Loppela 2004, 6.) Kotihoitotyön toteutukseen ja kehittämiseen liittyvä merkittävä näkökohta on henkilöstön ikääntyminen. Erityisesti ikääntyneiden työntekijöiden työuupumukseen on kiinnitetty huomiota 1990-luvun alusta lähtien. Työn nopea muutos lisää ikääntyneiden työntekijöiden uupumusta. Työn kehittämisen pitäisi lähteä erityisesti työn sisällöstä käsin. (Launis & Rokkanen 2007, 209.)

Sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisen alkuperäisenä tavoitteena oli parantaa palveluja lisäämällä yhteistyötä ja tiedonkulkua sektoreiden välillä, muuttaa suunnittelua kokonaisvaltaisemmaksi ja vähentää päälekkäisyksiä. Alueellisella toimintamallilla puolestaan pyrittiin hoidon parempaan jatkuvuuteen, parempaan asiakkaiden tuntemukseen ja kokonaisvaltaisempaan palveluun. Työyksikkötasolla oli tarkoitus siirtyä tiimipohjaiseen ja tulosvastuulliseen työhön, parantaa yhteistyötä ja karsia byrokratiaa. Työntekijöille tämän haluttiin tarkoittavan vähemmän johtajavaltaista, joustavaa työyhteisöä ja parempia mahdollisuksia vaikuttaa työn suunnitteluun ja päätöksentekoon. Näin kuormituksen oli tarkoitus vähentyä ja työn motivoivuuden lisääntyä. (Sinervo 2001, 5–6.)

Laajat muutokset ja tiimiorganisaatioon siirtyminen edellyttäävät organisaatiokulttuurin muuttamista ja ajattelumallien uudistamista. Keskeistä on henkilöstön sitoutuminen uuteen toimintamalliin. Esimerkiksi kotihoidossa henkilöstön näkökulmasta voidaan kokea oman hallintokunnan häviäminen ja uuden hallintokunnan tuleminen vallitsevaksi. Tämä on uhka vanhalle organisaatiokulttuurille. (Sinervo 2001, 6.) Pohjosen (2001, 193, 201) tutkimustulosten mukaan keskeinen kotihoitotyön kehittämisen haaste on henkilöstön työkyvyn ylläpitäminen ja ennenaikeisen eläkkeelle jäämisen ehkäiseminen. Työolojen kehittäminen on mahdollista myös kotona tehtävässä työssä. Kotipalvelutyön tiedetään olevan naisten riskiammatti, jossa työkyvyn heikkeneminen on huomattavasti nopeampaa kuin kunta-alan muissa ammateissa.

2.3 Työelämän ja sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteiset muutostrendit?

Tässä kappaleessa tehdään yhteenveto työelämän ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisistä muutostrendeistä, joita ovat globalisaatio, rahoituskysymykset, rakenne- muutos ja toimintojen uudelleen organisoiminen.

Globalisaatio

Globalisaation vaikutukset Suomen sosiaali- ja terveyspolitiikkaan näkyvät viidellä keskeisellä tavalla (Koivusalo & Hämäläinen 2009):

Ensinnäkin julkisen sektorin käytettävissä olevien verovarojen ja resurssien odotetun kokonaismääärän sekä niiden kohdentumisen muutoksesta. *Toiseksi* palveluja säätelevän toimintaympäristön muuttumisena ja palvelujen markkinaehtoisempana järjestämistapana sekä työelämän ja työsuheteiden epävarmuutena. *Kolmanneksi* kansainvälisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajien, työntekijöiden ja asiakkaiden osuuden kasvuna ja toimintaympäristön kansainvälistymisenä. *Neljäs vaikutus* on kansallisen säätelyn lähtökohtien muuttuminen ja vaikeutuminen, esimerkiksi EU:n asettamien velvoitteiden ja vapaauksien tulkinta ja niiden merkityksen vahvistuminen kansallisessa päätöksenteossa. *Viidentenä* vaikutuksesta ilmenee yhteiskunnan arvojen ja toiminnan lähtökohtien muutos, jossa painotetaan yksilön vastuuta ja markkinaehtoisuutta, mikä heijastuu sosiaalisen ja alueellisen eriarvoisuuden kasvuna ja vaikeuttaa sosiaalisen eriarvoisuuden kaventumista. (vrt. Metsämuuronen 1998, 9).

Rakennemuutos ja rahoituskysymykset

Globalisaatio ja sen myötä markkinavetoisuus tuovat mukanaan muutoksia taloudellisiin rakenteisiin, suhteellisiin hintoihin ja kulutusmahdollisuksiin (Koivusalo & Hämäläinen 2009). Nämä vaikuttavat ihmisten työhön, toimeentuloon ja tulotason sekä hyvinvoointiin. Globalisaatiokehys on valikoiva prosessi, joka edistää alueellista eriytymistä ja eriarvoistumista. Kansalaisten palvelujen turvaamiseen vaikuttavat kansalliset kysymykset, kuten elinkeino-, työvoima- ja väestörakenteen muutokset, alueiden eriytyminen sekä eri toimijoiden ja palvelujen tuottaminen. (Pajula & Särkelä 2003, 125.) Globalisaatiokehitys vaikuttaa haastavasti hyvinvointivaltioon. Vaikutukset ulottuvat palvelutuotantoon sosiaali- ja terveydenhuollon sektorille. Globalisaatioon liittyy tuottavuus ja kilpailu, joka ei perinteisesti ole liittynyt hyvinvointivaltion tarjoamiin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Rakennemuutokseen liittyy yksityinen palvelun tuotanto, johon julkisia palveluja helposti verrataan. (Koivusalo & Hämäläinen 2009.)

Julkinen sektori on vastuussa lakisääteisten palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta palvelujen tuottajatahosta riippumatta. Palvelut voidaan järjestää saumattomasti, tuottavasti, hyvälaatuiseksi ja tehokkaasti. (Haverinen & Särkelä 2003, 120–121.) Kuntien sosiaalis-taloudellinen asema on heikentynyt vuoden 1995 jälkeen ja monilla kunnilla on vaikeuksia palvelujen ja tuen tuottamisessa

asukkailleen. Erityisesti näin on Itä-Suomessa. Käytännössä tämä kehitys on merkinnyt eriytyvää palvelurakennetta kansalaisille. Paikallinen ja alueellinen eriytyminen on lisännyt syrjäytymisriskiä sekä heikentänyt väestön toimintakyvyn, arvokkaan ikääntymisen ja itsenäisen suoriutumisen mahdollisuksia. (Pajula & Särkelä 2003, 126.) Globalisaation vaikutukset hyvinvoitivaltion lähtökohtiin riippuvat eläkejärjestelmän ja hyvinvoitipalvelujen riippuvaisuudesta, kansainvälistä rahoitusmarkkinoista ja yritysten toiminnasta (Koivusalo & Hämäläinen 2009). Paikallinen julkistalous on oltava globaalissa markkinataloudessa rahoituksellisesti autonominen, mutta julkistalouden kehityminen ja muutos ovat hitaita prosesseja (Laurila 2007, 49–50).

Toimintojen uudelleen organisoiminen

Jokaisella aikakaudella on oma tapansa organisoida työtä. Tähän vaikuttavat sekä makrotalous että yhteiskunnallisen muutos. Tuomiston (1997, 11) mukaan taloustieteilijät ovat pystyneet ehkä luotettavimmin osoittamaan makrotalouden merkityksen yhteiskunnallisessa muutoksessa sekä pitkistä nousuista ja laskuista koostuvien makrotaloudellisten kehitysjaksojen olemassaolon. Jokaisella kehitysjaksolla on ollut oma muista erottuva työn organisointimallinsa. Julkusen (1987, 251) mukaan työn uusilla organisaatiomuodoilla pyritään ylittämään työn rajoja sekä työvoiman käyttöä jäykistäviä mekanismeja.

Tällä hetkellä työtä uudelleenorganisoidaan purkamalla hierarkkisia organisaatioita, muodostamalla tiimejä sekä asiantuntijoiden ja yritysten verkostoitumisella. Talouden globalisoituminen ja uudet kilpailupaineet ovat lisänneet 1990-luvulla yritysten tarvetta yritysten välisen tuotannollisen yhteistyön kehittämiseen ja yhteistoimintaverkostojen muodostamiseen. Nykyinen tilanne korostaa tuotteiden laatuja, asiakaslähtöistä toimintatapaa, nopeutta ja joustavuutta sekä oppimisen ja jatkuvan kehitystoiminnan merkitystä. Usean samassa arvoketjussa toimivan yrityksen yhteistoiminta parantaa kilpailumahdollisuksia. (Anttila ym. 2002, 6.) Kehityssuunta on sama sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa. Useissa sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa on kehitetty verkostomaista työskentelytapaa. Esimerkiksi kotihoidon toimintaympäristössä verkostotyöskentelyä on kehitetty julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden kesken. (Pieper 2005, 124–125.)

Työn ja työorganisaation tulee vastata henkilöstön työlle asettamiin odotuksiin ja tarpeisiin. Organisaation kehittämistoiminnan tulisi kohdentua työympäristöön, töiden sisältöön, henkilöstön henkiseen toimintakykyyn ja voimavaroihin. Myös ikääntymiseen liittyvät kysymykset olisi aiheellista selvittää. Organisaatioissa voidaan keskustella eri ikäisten työntekijöiden välisestä tarkoituksenmukaisesta työnjaosta sekä vahvistaa sosiaalista tukea ja yhteistä oppimista. (Huuhtanen & Ahola 2001, 91.)

Vanhusten määrään lisääntyminen koskee useita Euroopan maita. Kotihoitoa on pyritty kehittämään yhteisöhoitotyön lähtökohdista myös muualla Euroopassa. Ruotsissa, Tanskassa, Hollannissa ja Englannissa on käynnistetty erilaisia projekteja kotihoidon kehittämiseksi. Tanskaa on pidetty kotihoidon kehittämisen mallimaana. (Stuart & Weinrich 2001, 474–478.) Kehittämistyössä on pyritty parantamaan yksilöllisten palvelujen laatua, vaihtoehtoja, palvelujärjestelmää sekä vaikuttamaan palvelujen hintatasoon sekä yksilö- että kuntatasolla. Kotihoitoon liittyvä päättöksenteko on pyritty siirtämään kuntiin, lähemmäs palvelujen käyttäjiä. Johtamisen kehittämisellä on pyritty vaikuttamaan asiakaslähtöisempien palvelujen kehittämiseen sekä moniammatillisen osaamisen hyödyntämiseen. (Coleman 1995, 455). Islannissa on kehittämisprojektiin avulla pyritty siirtämään hoitovastuuta vanhustenhoidosta omaisille (Björnsdottir 2002). Houden (1998) mukaan myös omaishoidon kehittäminen kotihoidon rinnalla on välttämätöntä. Omaishoidon kehittäminen vaatii sekä taloudellista että osaamiseen että jaksamiseen liittyvää tukea. Ruotsissa on tutkittu omaishoidon ja vapaaehtoisen hoitotyön mahdollisuksia kotihoidon kehittämisessä. Hellströmin ja Hallbergin (2004, 391) tutkimustuloksista kuitenkin ilmeni, että ruotsalaisista apua tarvitsevista vanhuksista iältään 75–99 vuotta, vain hyväkuntoisimmat tulivat toimeen ilman kunnallisen kotihoidon apua. Väestön ikääntyminen ja kotihoidon uusien ratkaisujen löytäminen on ajankohtaista myös Euroopan ulkopuolella, kuten Japanissa (Tamiya et. al. 2002, Asahara K. et. al. 2003.)

Osa I Tutkimuksen teoria

3. Kotihoido

Tässä luvussa kuvataan kotihoitoa sekä asiakkaan saamia palveluja kotona. Luvun ensimmäisessä kappaleessa on määritelty kotihoidon käsitettä eri näkökulmista. Sen jälkeen kuvataan kotihoidon kehittymistä Suomessa sekä kotihoitoon liittyviä aikaisempia tutkimuksia. Lopuksi käsitellään kotihoidon asiakkaan palvelua kotona.

3.1 Kotihoido käsitteenä

Tässä kappaleessa kuvataan kotihoido-käsitteen aikaisempia määritelmiä kotimaisessa kirjallisuudessa ja englanninkielisessä kirjallisuudessa. Lisäksi kappaleessa määritellään kotihoido- ja kotihoitotyö-käsitteet tässä tutkimuksessa.

Kotihoidon kotimaiset määritelmät

Termi *kotihoido* on yleistynyt kuvaamaan yhdistettyä kotipalvelua ja kotisairaanhoidtoa. Käsitettä kotihoido on käytetty kuitenkin hieman eri tavoin eri tutkimuksissa. Paljärvi ym. (2003, 87) tarkoittavat kotihoidolla sellaisia kotiin annettavia sosiaali- ja terveyspalveluja, jotka sisältävät sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon. Nämä palvelut kuuluvat kunnan lakisääteiseen järjestämisvastuuseen, mutta voivat olla joko kunnan organisaatioiden tuottamia tai kunnan yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta ostopalveluinna hankittuja.

Kotihoido-nimitystä käytetään koti- ja sairaanhoitopalvelujen sekä tukipalvelujen kokonaisuudesta (Tenkanen 2003, 13, Niemelä 2006, 19). Kotihoido-käsitettä ei ole tarkasti määritelty (Hallberg ja Kristensson 2004, 113). Vaikka sen määritteleminen on vaikeaa ja siinä on eroavaisuuksia eri maissa, he arvelevat määrittelyn helpottavan kotihoitotyön kehittämistä. Kotihoido-käsitteen sisältö riippuu hoidon antajasta, hoidon sisällöstä sekä hoidon tavoitteista. (Thome et. al. 2003, 865).

Tenkanen käyttää tutkimuksessaan kotihoido-käsitettä kuvaamaan kokonaisuutta, joka muodostuu kotipalveluista tukipalveluineen ja kotisairaanhoidosta vanhusten avohoidossa. Rissanen (1998) on sisällyttänyt kotihoidokäsitteseen sekä kansanterveyslain säätelemän kotisairaanhoidon että sosiaalihuoltolain mukaisen kotipalvelun. Eskola ja Valvanne (2000, 11) tarkoittavat kotihoidolla kotiin tuotavia terveysviraston kotisairaanhoidon palveluja, sosiaaliviraston kopiapua ja tukipalveluja, joilla toimintakyvyltään heikentyneille tai sairaanhoidon tarpeessa oleville pyritään erilaisin terveyden- ja sosiaalihuollon keinoin turvaamaan turvallinen kotona eläminen. Helsingin vanhospalveluohjelman mukaan kotihoidossa pyritään siihen, ettei vanhuksen tarvitse avun tarpeen lisääntyessä muuttaa laitokseen vaihtoehtojen vähyyden vuoksi, vaan kaikilla vanhospalveluilla pyritään vanhuksen kotona asumisen tukemiseen.

Perälä ja Hammar (2003, 8) määrittelevät kotihoidon tarkoittamaan asiakkaille kotona annettavia palveluja ja hoitoja (kotipalvelu, kotisairaankoito, lääkäri, fysio-/toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä, jalkahoitaja ja muut erityisammattiryhmät, jotka tukevat kotihoidon työntekijöiden toimintaa). Laaksonen-Heikkilä ja Lauri (1997, 10) tarkoittavat kotihoidolla kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöiden antamia palveluja, joita pyritään toteuttamaan moniammatillisena yhteistyönä. Tutkimuksessa käytetään kotona hoidettavasta käsitettä potilas. Malin (1996, 151) on määritellyt kotihoidon tarkoittamaan sosiaalikeskusten järjestämää kotipalvelua ja tukipalveluja sekä terveysasemien vanhukselle kotiin järjestämää valvottua kotisairaankoitoa.

Kotihoidon englanninkieliset määritelmät

Kansainvälisti tarkasteltuna kotihoido määrittyy maan terveydenhuolto-järjestelmän ja toimintakäytäntöjen kautta monella eri tavalla (vrt. Coleman 1995). Englanninkielisissä tutkimuksissa kotihoidosta käytetään käsitettä *home care* silloin kun hoitotyö tapahtuu hoitotyon ammattilaisten toimesta. Käsitettä *domiciliary care* käytetään terveydenhoidosta, joka tapahtuu kotona ammattilaisten, perheen tai ystävien toimesta. Käsitteiden sisällöt vaihtelevat eri maiden järjestelmistä riippuen. *Home care* tai *domiciliary care* voidaan jakaa neljään kategoriaan, jotka ovat:

1. *Practical*: sisältää ruuan valmistusta, siivousta tai kaupassa käyntiä
2. *Personal*: sisältää peseytymisessä ja pukeutumisessa auttamista

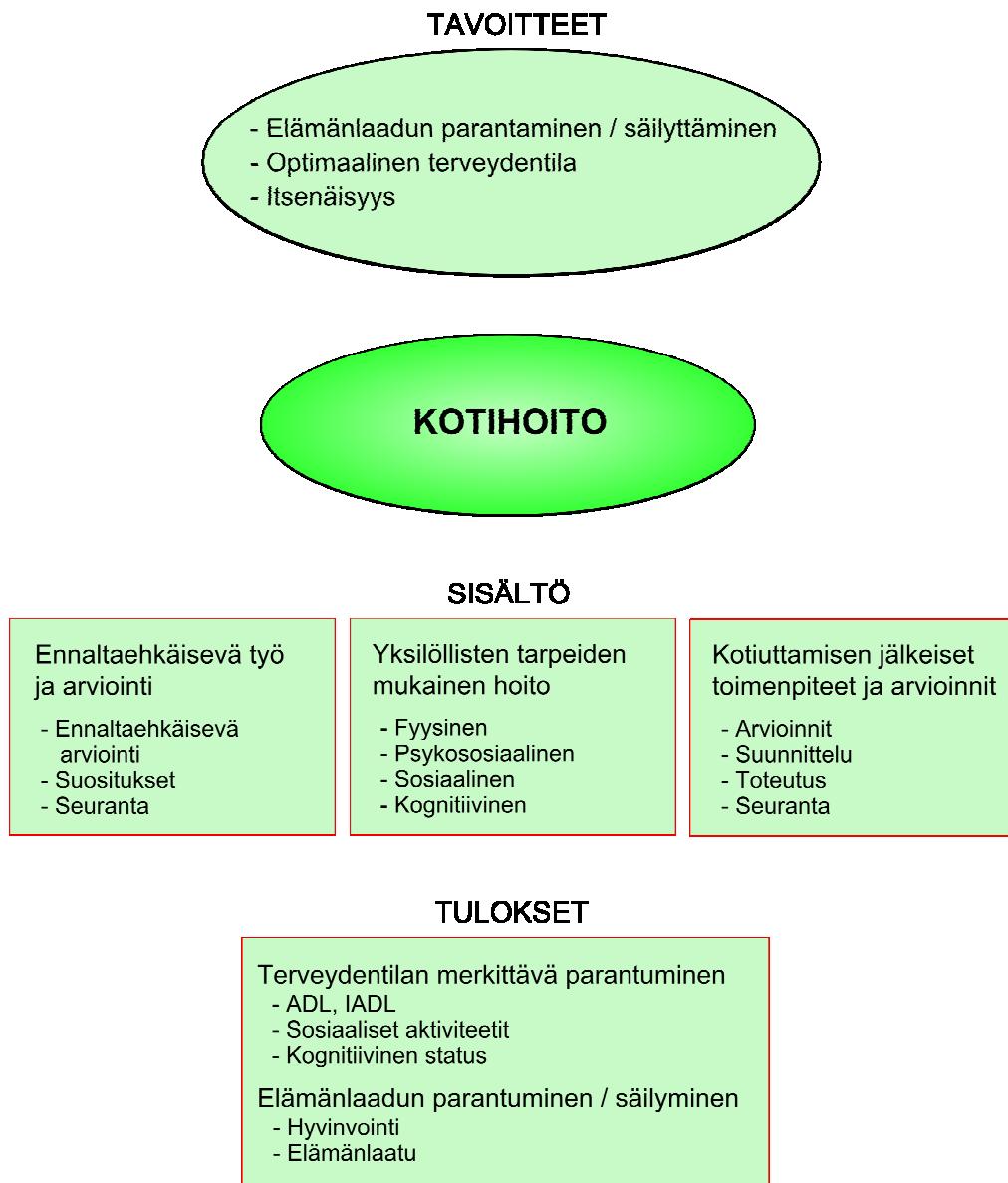
3. *Monitoring/supervision*: sisältää dementoituneen asiakkaan valvontaa
4. *Care/case management*: sisältää asiakkaan palvelujen koordinointia

Asiakkaan hoidon tarpeen selvittämiseksi käytetään usein *activities of daily living* (ADL/IADL) mittaria. Henkilöillä, jotka tarvitsevat domiciliary-tyyppisiä palveluja, on usein ongelmia ADL alueella (*activities of daily living*) kuten peseytymisessä, pukeutumisessa tai syömisessä. Asiakkaalla voi myös olla ongelmia IADL alueella (*instrumental activities of daily living*) kuten ruuan valmistuksessa tai muissa kotitöissä tai lääkärissä asioinnissa.

Ei-ammattilaisista hoitajista käytetään käsitteitä *primary caregiver* tai *voluntary caregiver*. Termiä *home health care* käytetään ammattilaisten antamasta terveydenhoidosta kotona, kun taas *home care* termiä voidaan käyttää myös ei-ammattilaisten toteuttamasta hoitotyöstä. Ei-ammattimainen hoitotyö erotetaan käsitteellä *non-medical care* tai *custodial care*. Yhdysvalloissa käytetään usein käsitteitä *home health care* tai *formal care* tarkoittaessa ammattilaisten toteuttamaa terveyden- tai sairaанhoitoa kotona. Englannissa termi *community care* sisältää kotona tapahtuvan pitkäaikaishoidon. *Informal care* sisältää naapuriapua ja muuta epävirallisesti toteutettua auttamista. *Formal care* tarkoittaa kotihoidon ammattilaisten toimintaa. (Doyle & Timonen 2007, 5–6.)

Kotihoidon tavoitteena on auttaa ihmistä selviytymään kotona riippumatta siitä, onko avun tarve väliaikainen vai pysyvä. Hoidon lähtökohtina ovat potilaan yksilölliset tarpeet ja ongelma-alueet hoidossa ja kotona selviytymisessä. Kotihoidossa keskeinen elementti on yksilöiden, potilaan ja työntekijän välinen vuorovaikus. Kotihoitaa voi saada päivittäin useitakin kertoja päivässä hoidon tarpeesta riippuen. Hoitoon kuuluvat sekä perushoito että sairaanhoito. Hoitotyö on moniammatillista ja monissa maissa sitä on mahdollisuus saada ympäri vuorokauden. Avunsaannin varmistamiseksi työryhmältä edellytetään toimivaa yhteistyötä, johon kuuluu riittävä ja selkeä tiedonkulku. (Doyle & Timonen 2007, 5–6.) Kotihoitaa voi sisältää sisältää ennaltaehkäisevät kotikäynnit ja jatkohoidon, terveyden edistämisen ja akuutin kotona tarvittavan hoidon. Erityisesti vanhustenhoidossa ennalta ehkäisevän hoidon ja terveyttä edistävän hoidon määrittelemisen olisi selkiinnyttävä. (Laaksonen-Heikkilä & Lauri 1997, 331–32, Thone et. al. 2003, 865, Hallberg ja Kristensson 2004, 113) (vrt. Bergen 1998, 30.)

Thome et. al. (2003, 869) ovat kuvanneet kotihoidon kokonaisuutta kirjallisuuskatsauksen perusteella. (kuvio 3). Kotihoitoa on kuvattu sen tavoitteiden, sisällön ja tulosten pohjalta. Malli sisältää ennalta ehkäisevän työn, toimintakyvyn ja elämänhalun säilymisen kotihoidossa sekä sairaalahoidon tarpeen vähenemisen. Kotihoidon toimenpiteiden avulla voidaan tukea asiakkaan itsenäisyyttä asiakkaan omista lähtökohdista sekä mahdollistaa kotona asuminen ja eläminen.



Kuvio 1. Kotihoidon tavoitteet, sisältö ja tulokset (Thomé et. al. 2003, 869 mukaan).

Käsitteet tässä tutkimuksessa

Kotihoito-yksiköllä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistyessä muodostunutta toimintayksikköä, jonka asiakkaita ovat entisen kotisairaanhoidon tai kotipalvelun asiakkaat. Kotihoidon ydinhenkilöstö muodostuu entisen kotisairaanhoidon ja kotipalvelun henkilöstöstä osana perusturvan toimialaa.

Kotihoitotyöllä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa kotihoidon henkilöstön toteuttamaa asiakkaan hoiva- ja hoitotyötä kotihoidon toimintaympäristössä. Kotihoitotyö toteutetaan asiakaslähtöisesti moniammatillisena tiimityönä. Kotihoitotyön tavoitteena on tarjota kotihoidon asiakkaalle mahdollisimman yksilöllistä ja laadukasta kotihoidon palvelua. Kotihoidon asiakkaan saamat kotihoidon palvelut toteutetaan pääosin kotihoitoyksikön toimesta.

Seuraavassa kappaleessa taustoitetaan tätä tutkimusta kotipalvelun ja kotisairaanhoidon historiallisen kehittymisen näkökulmista. Lisäksi esitellään kotihoitoa koskevia aikaisempia tutkimuksia.

3.2 Kotihoitotyön kehittyminen Suomessa

Tässä kappaleessa kuvataan kotihoitoa kotipalvelutyön ja kotisairaankoitotyön kehittymisen näkökulmista sekä kotihoitoa koskevien aikaisempien tutkimusten valossa.

Nykyisen kotihoitotyön problematiikan ymmärtäminen edellyttää siihen sisältyvien työmuotojen historiallista tuntemista. Kotihoitotyön kehittyminen Suomessa on saanut alkunsa jo 1800-luvulla. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun historia on ollut erilaista, vaikka ne ovat kehittyneet rinnakkain tavoitteenaan auttaa apua tarvitsevia ihmisiä ja perheitä. Seuraavissa kappaleissa esitetään lyhyt kuvaus molempien työmuotojen kehittymisen päälinjoista.

3.2.1 Kotipalvelutyö

Sosiaalihuoltolaissa (1984) *kotipalveluilla* tarkoitetaan asumiseen, henkilökohtaiseen hoivan ja huolenpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen sekä muuhun tavanomaiseen ja totuttuun elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Kotipalveluja annetaan alentuneen toimintakyvyn, perhetilanteen, rasittuneisuuden, sairauden, synnytyksen, vamman tai muun vastaanvalaisen syyn perusteella. Kotipalvelutoiminnan tehtäväänä on yhdessä sosiaalihuollon ja muiden yhteiskuntapolitiikkaa toteuttavien toimintasektoreiden kanssa huolehtia yksilöiden ja perheiden sosiaalisesta turvallisuudesta sekä ylläpitää ja edistää heidän toimintakykyään ja hyvinvointiaan. Kotipalvelujen avulla pyritään edistämään ihmisten suoriutumista kotioloissa ja selviytymistä sellaisissa tilanteissa, joissa he tarvitsevat ulkopuolista apua jokapäiväisistä toiminnoistaan suoriutumiseen. Kotipalvelujen kohderyhminä ovat lapsiperheet, vanhukset, vammaiset ja pitkäaikaissairaat. Sosiaalihuoltolaki velvoittaa kunnat järjestämään palvelut alueellisesti niin, että asiakas saa tarvitsemansa palvelut omalta asuinalueeltaan. Asiakkaan tarpeiden mukaisten palveluiden järjestäminen edellyttää eri toimijoiden tiivistä yhteistyötä.

Viitala (1990b, 11–15) on analysoinut kotipalvelutyön kehityshistoriaa. Hän jakaa kotipalvelutyön kehityksen kolmeen vaiheeseen, jotka ovat a) järjestöjen kausi ja julkisen kotihoitotyön 1. kausi, b) ammatillisen, erityyneen kodinhoitotyön kausi ja c) uutta kokonaisvaltaisempaa työtettä etsivän kotipalvelun kausi. Tämä kappale etenee Viitalan (1990b, 11–15) jäsenyksen mukaan alkaen kuitenkin ajasta ennen kunnallisista palveluita.

Aika ennen kunnallisista palveluita

Kotipalvelutyöllä on pitkä historia takanaan. Kodinhoitopalvelujen kehittäminen aloitettiin jo 1800-luvulla. Varhaisimmat järjestätyyneen auttamisen muodot olivat uskonnollisten yhteisöjen, lähinnä kirkon köyhäinhoitotoimintaa. Kunnalliskotien kehittäminen alkoi 1800-luvulla lopulla. Silloin käynnistyi myös yksityinen vanhusten hyväksi tapahtuva toiminta. Suomen vaurastuessa alettiin 1900-luvun alussa kehittää sosialiturvaa. Vuonna 1910 perustettiin köyhäinhoitoliiitto, joka korosti vanhusten avohuollon tärkeyttä. Vuonna 1923 tuli voimaan laki, joka takasi

elatuksen ja hoidon varattomille henkilöille, kuten monille vanhuksille. Laki velvoitti kunnalliskotien perustamiseen. (Mäkinen ym. 1994, 22–25.)

Järjestöjen kausi ja 1. julkisen palvelun kausi

Järjestöjen ja julkisen kodinhoitotyön ensimmäisen kauden Viitala (1990b, 11–15) ajoittaa vuosille 1940–1960. Silloin työnjako ei vielä ollut horisontaalisesti eriytynyt. Kotipalvelutyölle oli ominaista huolenpito- ja vastuurationaalisuus. Vertikaalinen työnjako oli tuolloin vielä kehittymätöntä. Työtä ei vielä tuolloin oltu lainkaan organisoitu johtohierarkian eikä varsinaisen lainsääädännön kautta. Työprosessissa oli käsityölle ominaisia tunnuspiirteitä. Yksi työntekijä hallitsi koko työprosessin ja hän myös toteutti sen noudattaen työn perinteitä sekä hyödyntäen omaa aikaisempaa kokemustaansa.

Kodinhoitajien koulutus käynnistettiin Suomessa vuonna 1939 Mannerheimin lastensuojeluliiton toimesta. Kodinhoitajien kouluttamisen tavoitteena oli parantaa perheiden elinolosuhteita ja hyvinvointia. Samana vuonna aloitettiin myös Valtion Terveydenhoito-opistossa kodinhoitajakoulutus. Väestöliiton kotisisar-koulutus aloitettiin vuonna 1945. Sen tavoitteena oli kouluttaa kotisisaria hoitamaan pääasiassa asutuskeskuksissa olevia perheitä. (Viitala 1990b, 7, Niemelä 2006, 69–70). Vuoden 1950 lopussa Mannerheimin lastensuojeluliiton osastojen palkkaamia kodinhoitajia oli yhteensä 71 ja Väestöliiton kotisisartoimistossa työskenteli yhteensä 47 kotisisarta (Viitala 1990b, 11). Vuonna 1951 tuli voimaan laki kunnallisista kodinhoitajista. Vanhusten hoito painottui laitoshoitoon 1960-luvulle asti. (Paasivaara 2003.)

Ammatillisen, eriytyneen kodinhoitotyön kausi

Ammatillisen, eriytyneen kodinhoitotyön kausi sijoittui ajanjaksoon 1960–1980. Kotiavustajat ja johtavat kodinhoitajat tulivat mukaan kodinhoitotyön organisaatioihin. Työskentely tapahtui normien ja standardien mukaisesti. Asiakkaan luona ryhdyttiin tekemään vain yksittäisiä, usein siivoukseen liittyviä tehtäviä. Tuolta ajalta on peräisin kodinhoitotyön siivousimago. Työnjako toteutettiin siten, että kodinhoitajat auttoivat lapsiperheitä, kotiavustajat vanhuksia ja johtavat kodinhoitajat johtivat toimintaa. Työprosesseja haluttiin näin tehostaa. Kotipalvelun toimintaa ohjasivat lait ja asetukset. Myös erilaiset tukipalvelut saatiaan

mukaan kotipalveluun. Aikaisemmin yksi työntekijä oli hallinnut työssä tarvittavan tiedon kokemukseen ja perinteeseen perustuen. Nyt ryhdyttiin hyödyntämään teoreettista tietoa, jota opiskeltiin erityisesti kodinhoitajan työn tekemistä varten. (Viitala 1990b, 11–15, Niemelä 2006.)

Vuonna 1964 tuli voimaan sairausvakuutuslaki, joka helpotti eläkeläisten terveyspalvelujen käyttöä. (Mäkinen ym. 1994, 22–25, www.stm.fi). Rakennemuutos 1960-luvulla laajensi kotihoidon tarvetta ja käyttöä nopeasti. Vuonna 1966 annettiin laki ja asetus kunnallisesta kodinhoidon avusta (www.stm.fi). Samalla kumottiin laki kunnallisista kodinhoitajista. Uusi laki mahdollisti avun saannin tarpeen eikä varallisuuden perusteella. Kansanterveyslain voimaan tulo 1972 vaikutti laajentavasti myös kotipalvelun toimintaan. (Viitala 1990b, 7–8.)

Laitoshoitoa alettiin voimakkaasti kritisoida 1970-luvun lopulla vanhusten passivoimisesta ja kehittämistyötä alettiin toteuttaa kodinomaisempaan suuntaan (Kosonen 1994, 102). Sosiaalihuoltolaki tuli voimaan 1984. Se velvoitti kuntia mahdolistamaan vanhusten itsenäisen ja omatoimisen asumisen. Sosiaalihuolto-issa on kirjattuna kotipalvelun nykyiset periaatteet. Myös kotiavun käsite on korvattu kotipalvelun käsitteellä. (Sosiaalihallitus 1983, Viitala 1990b, 8, Mäkinen ym. 1994, 26.)

Kokonaisvaltaista työtettä etsivän kodinhoitotyön kausi

Kotipalvelun kehittämisessä 1980-luvun alussa tunnusomaisia piirteitä olivat hallinnon keventäminen ja työnjaon alueellistaminen. Kokonaisvaltaisemman työotteen kehittäminen tuki henkilöstön aloitteellisuutta ja avohuollon toimintaresurssien tehokkaampaa hyödyntämistä moniammatillisten aluetyöryhmien avulla. Työn sisällöllinen kehittäminen jäi vielä tuolloin taka-alalle ja kotipalvelutyö pysyi pirstaleisena tehtäväkeskeisenä toimintana. Kodinhoitotyössä tarvittava tieto muuttui yhä monimutkaisemmaksi ja perinteiset kodin hoitamisen taidot eivät enää riittäneet työn tekemiseen. Maksua kotipalvelusta alettiin periä vuonna 1972. Korvauskuksen suuruus määräytyi käytetyn työajan mukaan. (Viitala 1990b, 15–16, Niemelä 2006.)

Vielä 1980-luvulla kotipalvelua arvioinut työryhmä katsoi, että pääpaino kotipalveluiden järjestämisessä tulee olla työtehtävien suorittamisessa, joskin niissä

tulee korostaa ihmisen omatoimisuuden edistämistä ja yhdessä tekemistä. Kotipalvelut ovat perinteisesti kohdentuneet sinne missä ihmiset ovat tarvinneet konkreettista apua. Näiden tehtävien ohella on asiakkaita autettu sosiaalisten ja psykkisten tarpeiden tyydyttämisessä. (Sariola & Meriläinen 1989, Meriläinen 1989, 15).

Valtava-laki 1982 yhdisti aiemman hajanaisen suunnittelun ja valtionapujärjestelmän sosiaali- ja terveydenhuollossa (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuuksista). Valtionosuuksuudistuksessa 1992 kunnilla oli mahdollisuus käyttää saamansa rahat haluamallaan tavalla. Kunnissa syntyi paineita säästämiseen sekä niukkenevien resurssien ja kunnallisten palvelujen yhteensovittamiseen. (Niemelä 2006, 69–78).

Vuonna 1990 valmistuneessa Sosiaalihallituksen muistiossa ehdotettiin, että julkiset palvelut tulisi organisoida alueellisesti itseohjautuviksi ryhmiksi, jotka ottavat vastuun kotipalvelujen tuottamisesta, kohdentamisesta ja palvelujen yhteensovittamisesta. Kotipalveluhenkilöstön tulisi olla mukana kehittämässä työtapoja, joilla voidaan lisätä alueen asukkaiden turvallisuutta, keskinäistä vuorovaikutusta ja auttamista sekä parantaa työntekijöiden jaksamista ja viihtyvyyttä. Työryhmä ehdotti sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden yhdistämistä kotihoidoksi. Työryhmä suositti yhteistyövälineiksi ja henkilöstöresurssien käytön takaamiseksi hoito- ja palvelusuunnitelmien laatimista. Hoito- ja palvelusuunnitelmissa määriteltäisiin kodinhoitajien ja yhteistyöryhmien asiakkaan luona suorittamat tehtävät. Eri koulutuksen saaneet henkilöt toimisivat yhdessä jakaen työt tarkoituksenmukaisesti. (Metsola 1990, 92–97.) Kodinhoitajien koulutus muutettiin lähihoitajien koulutukseksi 1992. Palvelurakennemuutoksen tavoitteena oli, että suurin osa yli 75-vuotiaista vanhuksista asuisi kotona avopalvelujen turvin. Kodinhoitajan työ on muuttunut 2000-luvulla entistä rationalisoidumaksi itseohjautuvista työryhmistä huolimatta (Niemelä 2006, 69–78).

3.2.2 Kotisairaanhoidotyö

Valvotulla *kotisairaanhoidolla* tarkoitetaan hoitosuunnitelmaan perustuvaa terveyskeskuksen säännöllisessä valvonnassa tapahtuvaan sairaan asiakkaan kotona tapahtuvaan hoitoa. Lääkäri on päättänyt yhdessä kotisairaanhoidajien kanssa potilaan ottamisesta valvottuun kotisairaanhoidoon. (Mäkinen ym. 1994, 20, Kansanterveyslaki 1972, 14§). Nykyisin ei puhuta enää valvotusta kotisairaanhoidosta erikseen, koska hoito joka tapauksessa perustuu lääkärin valvontaan. Kotisairaanhoidot kohdennetaan kaikkein eniten hoitoa tarvitseville asiakkaille. (Tenkanen 2003, 27.)

Simoila tiivisti vuonna 1994 terveydenhoitajan työn historialliset kehitysvaiheet käsityömäiseen 1924–1967 (terveyssisarlaitsen aika), rationalisoituun 1968– (terveyskeskuksen terveydenhoitajien aika), humanisoituun 1990– (väestövastuisten terveydenhoitajien aika) ja teoreettisesti hallittuun (tulevaisuudessa) työtyyppiin. (Simoila 1994, 64–66.) Seuraavassa kappaleessa esitellään näitä vaiheita kotisairaanhoidotyön näkökulmasta.

Aika ennen kunnallisia palveluja

Suomessa terveydenhuollon kehitys alkoi 1800-luvun lopulla lääketieteellisten keksintöjen kuten tautien löytymisen ja rokotteiden keksimisen myötä. Kansaparantajilla oli tuohon asti vahva jalansija suomalaisten hoitamisessa. Kiertelevien sairaanhoidajien tarve havaittiin 1881. Keskeisiä väestön terveysongelmia vuosisadan vaiheen tienoilla olivat lasten ja aikuisten tuberkuloosi, kulktaudit, infektiosairaudet, ripuli ja väärät ruokailutottumukset. (Punto 1991, 152–153, Snodgrass, 1999, 212–214). Helsingin diakonissalaitos aloitti sairaanhoidajien koulutuksen 1867 ja koesesarista parhaimmat vihittiin diakonisoiksi. Ensimmäinen diakonissa sai vihkimyksensä vuonna 1873. Helsingin Kirurgisessa sairaalassa sairaanhoidajien koulutus aloitettiin 1889. Sophie Mannerheim nimitettiin Kirurgisen sairaalan ylihoitajattareksi 1904. Hän vaikutti merkittävästi sairaanhoidajien koulutuksen kehittämiseen, arvostukseen ja kansainvälisyystymiseen. (Sorvettula 1998.)

Avoterveydenhuollossa ensimmäisiä työn toimintamalleja edustivat kiertelevä sairaanhoidaja, tuberkuloosihoitajatar, huoltosisar ja kouluhoitajatar. Heidän

toimintansa keskittyi väestön huonon terveydentilan parantamiseen. (Simoila 1994, 33–34.) Tuberkuloosihoitajien koulutus aloitettiin 1913 tuberkuloosin vastustamiseksi. Koulutukseen vaadittiin pohjakoulutukseksi joko nuoremman sairaanhoitajan tai diakonissan koulutus. Tuberkuloosihoitajien tehtävänä oli voittaa vaikea kansantauti. Mannerheimin lastensuojeluliiton perustamisen myötä 1920-luvulla aloitettiin myös lastenhoitoon ja kouluterveydenhuoltoon erikoistuneiden huollosisarten kouluttaminen. Tuberkuloosihoitajattarien, huoltosisarien ja koulutajattarien koulutus yhdistettiin terveyssisaren koulutukseksi ja ensimmäiset terveyssisarkurssit alkoivat vuonna 1924. (Simoila 1994, 33–34.)

Käsityömäinen terveyssisarlaikosken aika (1924–1967)

Kotisairaanhoidon historiaa ja terveydenhoitajien työn historiaa ei voida erottaa toisistaan, koska kotisairaanhoidotyö on ollut ja on edelleenkin osa terveydenhoitajien työtä. Sophie Mannerheim oli terveyssisarkoulutuksen pääasiallinen suunnittelija. Hän oli itse Lontoossa opiskellut distric nurse. Lontoon slummeissa kiertäessään hän oppi ymmärtämään terveellisen ympäristön merkityksen ihmiselle. Sairaanhoidojen toteuttama sosiaalinen työ tuli ensi kertaa laajemmin esille vuonna 1909 Lontoon kansainvälisessä kongressissa. Terveyssisaren työn asiakkaaksi asetettiin perhe jo 1930-luvulla. Tilastojen mukaan vuonna 1937 Suomessa työskenteli 289 terveyssisarta, 238 diakonissaa ja 198 kiertelevää sairaanhoitajatarta. (Korkiakoski 1993, 55–59.)

Sota-aikana erilaiset väestön terveysongelmat kärjistyivät. Sodan aikana valmisteltiin lakiidotukset kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista, kunnallisista terveyssisarista ja kunnan kätilöistä. Terveyssisartyön lakisääteistäminen vuonna 1944 aiheutti vastuun kansanterveystyön siirtymisestä kunnille (Laki kunnallisista terveyssisarista 1944, Siivola 1985, Simoila 1994, 53.) Jo lakkia valmisteltaessa huomattiin, että kotisairaanhoidoilla vei koko ajan suuremman osan terveydenhoitajan työajasta. Jo tuolloin Helsingin kaupunki eriytti kotisairaanhoidon omaksi työalueekseen. (Korkiakoski 1993, 67.) 1950-luvulla myös muut suuremmat kaupungit alkoivat palkata terveyssisaria kodinhoitotyöhön. Helsingissä Kivelän sairaalassa perustettiin 1954 ensimmäinen kotihoido-osasto, jossa kotisairaanhoidosta huolehti lääkäri, 2–3 sairaanhoitajaa sekä 3–4 kodinhoitajaa.

Myös esimerkiksi Lahdessa perustettiin uusia terveyssisaren virkoja. Tuolloin Lahdessa oli myös vielä 1–2 kiertelevää sairaanhoitajaa. Kotisairaanhoidoon osallistuneet diakonissat siirtyivät kokonaan seurakunnan palvelukseen vuonna 1948. Vuonna 1949 hyväksyttiin Lahden kaupungin terveyssisaren johtosääntö. Terveyssisaren lähin esimies oli kaupunginlääkäri ja terveyssisaren tehtävänä oli toimia lääkärin apuna kansanterveyden kohottamiseksi ja tautien ehkäisemiseksi. Yleisten velvoitteiden ohella terveyssisaren tehtävänä oli toimia äitiys- ja lastenneuvolatyössä, huolehtia pienesten lasten saamisesta lastenneuvolan valvontaan, tehdä valistustyötä sielunelämän terveydenhoidon edistämiseksi, huolehtia kotisairaanhoidosta sekä huolehtia kodinhoitajien työn järjestämisestä, ohjaamisesta ja valvonnasta. (Forsius 2008.)

Terveyssisaret osallistuivat johtosäännön mukaisesti myös tuberkuloosihuolto-työhön seuraten oman piirinsä tilannetta yhteistyössä tuberkuloositoimiston kanssa sekä antaen ohjeita tuberkuloosia sairastaville ja heidän omaisilleen. Terveyssisaret suorittivat lisäksi rokotuksia, antoivat kulkutautitapauksissa hoito-, eristys- ja puhdistusohjeita, ottivat tartuntatautinäytteitä, antoivat tulirokkoon sairastuneiden perheenjäsenille penisilliiniruiskeet tartunnalta suojaamiseksi sekä seurasivat sukupuolitautien esiintymistä. (Eml.) Terveyssisaret tekivät töitä sairauksien aiheuttamien ongelmien kanssa enemmän kuin nykyiset terveydenhoitajat (Pesso 2004, 167).

Terveyskeskuksen terveydenhoitajien aika

Kansanterveyslain 1972 myötä terveydenhuollon painopiste siirtyi avohoitoon. Lain myötä kaikki kuntien palveluksessa olleet terveyssisaret siirtyivät terveyskeskuksen terveydenhoitajiksi. (Kansanterveyslaki 1972). Kansanterveyslain myötä terveydenhoitajan työssä siirryttiin sektoroituun toimintatapaan. Joissain kunnissa tuolloin kotisairaanhoidon toiminnessa kiinnitettiin huomiota kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteistyöhön. Useimmiten nämä yksiköt kuitenkin työskentelivät melko etäällä toisistaan. Kotisairaanhoido perustui yhteistyölle, mutta toimintamallit perustuivat kotisairaanhoidon henkilöstön yhteistyölle. (vrt. Koponen 1993, 1997, Launis 1994.)

Väestövastuisten terveydenhoitajien aika

Väestövastuinen terveydenhoitotyö kohdistuu eri ikäisiin ja erilaisissa elämäntilanteissa oleviin henkilöihin sekä perheisiin ja yhteisöihin. Väestö/aluevastuisessa työskentelytavassa tavoitteena on alueen asukkaiden terveyden edistäminen ja kansantautien ehkäiseminen vaikuttamalla ihmisten terveyskäyttäytymiseen. Väestövastuisen työn periaatteena on, että tietty väestönosa tai alue tunnettaisiin ja hoidettaisiin alueen koko väestö vauvasta vaariin. Väestövastuisessa työssä korostuvat yhteisöllisyys ja moniammatillinen työ. Myös yhteisöllinen ja yhteiskunnallinen vaikuttaminen on osa väestövastuista terveydenhoitotyötä. Terveydenhoitajan työtä priorisoi alueen väestö, joka on jokaisella terveydenhoitajalla erilainen. Terveydenhoitajan työ on ennaltaehkäisevä työtä. Se on työtä asiakkaiden kanssa, kontakteja ja vastaanottamista. Kotisairaanhoidossa kotikäynti on työn peruspilari. Kotikäynti on etuoikeus mennä ihmisen kotiin. (Pesso 2004, 162–172.)

Teoreettisesti hallittu terveydenhoitotyö

Tällä hetkellä terveyden/sairaankohtaisen työskentelyn kotisairaanhoidossa perustuu pääasiassa tutkittuun hoitotieteelliseen tietoperustaan. Laurin (2007, 100–101) mukaan hoitotyön ydinosaaminen perustuu tietoon ihmisen fysiologisesta, psyykkisestä ja sosialisista perustoiminoista ja niissä esiintyvistä ongelmista sekä taitoon 1) määritellä hoitotyön ongelmat sekä potilaan voimavarat ja mahdollisuudet saavuttaa riippumattomuus ulkopuolisesta avusta, 2) tehdä päätöksiä hoitotyön tavoitteista ja auttamismenetelmistä sekä potilaan mahdollisuksista osallistua hoitoon, 3) suunnitella ja toteuttaa tarvittavia hoitotoimenpiteet yksin tai yhdessä muiden ammattiryhmien ja potilaan kanssa sekä 4) seurata ja arvioida hoidon ja ohjauksen vaikutuksia potilaan terveydentilaan, vointiin ja selviytymiseen.

Hoitotyössä on oleellista osata arvioida ihmisen voimavarajoja ja mahdollisuuksia osallistua omaan hoitoonsa, ylläpitää ja edistää terveyttä sekä ehkäistä sairauksia. Pennasen (1996, 42–52) tutkimuksessa terveydenhoitajien näkemyksen mukaan terveydenhoitajan osaamisen kehittämisen alueet vanhustyön moniammatillisessa työryhmässä ovat terveydenhoitajan tieto- ja taitopohjan kehittäminen potilaan

hoidossa, terveydenhoitajan halu oppia uusia asioita ja ottaa osaa koulutukseen sekä yhteistyön kehittäminen ja siihen sitoutuminen.

Tuomiston (1997) mukaan kotisairaanhoidajan työpäivä koostuu välittömistä ja välillisistä hoitotyön toiminnosta sekä matkoista ja henkilökohtaisista toiminnosta. Välittömiä hoitotyön toimintoja olivat kotikäyntien tekeminen ja vastaanotto-toiminta. Välillisiksi hoitotyön toiminnaksi luokiteltiin käynnit muualla kuin potilaan luona, kirjallinen toiminta, suullinen tiedotus ja konsultointi, puhelut, toiminnan suunnittelu ja järjestely, yhteistyöpalaverit, opiskelijaohjaus, perehdytys, koulutukseen ja tutkimustyöhön osallistuminen sekä muut työt. Välittömään hoitotyöhön käytettiin 35–57% päivittäisestä työajasta. Välillisin hoitotyön toimintoihin käytettiin aikaa 18–49% päivittäisestä työajasta.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008, 20) määrittää ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suuntaviivoja. Ohjauksen ja neuvonnan lisäksi ehkäisevät kotikäynnit on lisättävä kuntien palveluvalikoimaan ja toiminta on kohdennettava niille ikäihmisille, jotka eivät ole sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaina, mutta kuuluvat riskiryhmiin. Henkilöstö velvoitetaan vahvistamaan osaamistaan ikäihmisten ennaltaehkäisevän työn osaamisessa. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on toteutettava tavoitteellisessa yhteistyössä eri toimijoiden kesken.

3.2.3 Kotihoitotyö aikaisemmissa tutkimuksissa

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon integroitua toimintamallia on lähdetty kehittämään useiden kuntien kehittämishankkeissa moniammatillisen tiimityön avulla 1990-luvulta lähtien. Uusi toimintamalli vaatii organisaation kehittämistä, toimintakulttuurin kehittämistä, uusia toimintamalleja sekä laadun kehittämistä asiakaslähtöisessä toiminnassa. Kahden erilaisen organisaation ja työkulttuurin yhdistäminen vaatii organisaatiolta uuden luomista, yhteistä työstämistä ja koulutusta, yhteisen perustehtävän ja toiminta-ajatuksen kirkastamista sekä yhteisen päämäärän asettamista. (Syvänen 2001, 25, Paljärvi 2003, 88, Pöyry & Perälä 2003.) Seuraavassa kuvataan kotihoitoon liittyviä aikaisempia kotimaisia ja ulkomaisia tutkimuksia.

Kotihoitoa uutena ilmiönä ei ole Suomessa tutkittu vielä kovin paljon. Tutkimukset antavat toistaiseksi kuvaan kotihoidosta uudelleen organisoitumisen eri osatekijöiden näkökulmista. Lisäksi tutkimustietoa on jo olemassa uuden kotihoidon sisällöstä ja laadusta sekä palvelujen yhteensovittamisesta asiakkaan hoidon eri rajapinnoilla. Myös kotihoidon henkilöstöä on tutkittu jonkin verran.

Kotimaiset tutkimukset

Seuraavat tutkimukset ovat keskittyneet kotihoidon *organisoitumiseen* ja siihen vaikuttaviin tekijöihin. (Jaakkonen ym. 1999, Rissanen ym. 1999, Heinola ym. 2003, Perälä ym. 2003, Teponnen 2003, Hammar 2008).

Jaakkonen ym. (1999) ovat tutkineet kotipalveluyritysten (postikysely yrityksiin) (n=42) ja kuntien välistä yhteistyötä todeten, että yhteneväinen laatu ja palvelun sisältö eri palveluntuottajilla ovat merkittävä asia asiakkaan näkökulmasta. Rissanen ym. (1999) ovat tutkineet vanhusten kotihoidon laatua Kuopiossa 1994 ja 1997, mutta ovat tutkimuksessaan tuoneet esille myös kotihoidon organisoitumiseen liittyviä asioita. Tutkimuksessa toteutettiin ennen–jälkeen -tutkimusasetelma, jossa tutkimusaineisto kerättiin vanhusasiakkaiden strukturoidulla haastattelulla vuosina 1994 (n=66) ja 1997 (n=67), omaisten kyselyillä vuosina 1994 (n=74) ja 1979 (n=739) ja kotihoidon työntekijöiden kyselyillä vuosina 1994 (n=84) ja 1997 (n=68). Tutkimustulokset eivät osoittaneet työnkuvien muutosta tai rikastumista. Tulosten mukaan organisaatiomuutos ei välttämättä muuta toiminnan sisältöä asiakkaan kotona. Laadun parantamista koettiin olevan erityisesti ajan käytössä.

Heinola ym. (2003) tutkivat ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä viidessä kunnassa ja toivat esille kotihoidon ennalta ehkäisevään toimintaan liittyviä näkökulmia. Perälä ym. (2003) kotihoidon organisaatiorajat ylittäävää toimintaa sekä asiakkaan kotiutukseen liittyviä tekijöitä. Teponnen (2003) tutki yli 75-vuotiaiden kotihoidon palvelujen toteutumista pääkaupunkiseudulla ja Hammar (2008) tutki kotihoidon palvelujen yhteensovittamista, kotiuttamista, asiakkaiden avun tarvetta ja palvelujen käyttöä vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden näkökulmista.

Kotihoidon uudelleen organisoitumista käsittelevissä kotimaisissa tutkimuksissa ilmenee, että uusilla toimintamalleilla voidaan saavuttaa tehokkaampaa voimavarojen käyttöä ja toteuttaa asiakkaan kokonaisvaltaisempaa hoitoa. Tutkimuksien

tuloksista voidaan päätellä, että kotihoidon uudelleen organisoitumisen osalta kehittämistarvetta löytyy ainakin kuntien ja yksityisten palveluntuottajien yhteistyössä, ennalta ehkäisevän toiminnan toteutumisessa osana kotihoidon toimintaa sekä asiakkaan saumattoman palvelukokonaisuuden luomisessa ja kehittämisessä. Moniammatillisen yhteistyön monitasoinen haastavuus tulee myös esille tutkimuksien tuloksissa.

Uudella tavalla organisoituneen *kotihoidon sisältöä* on tutkittu jonkin verran. (Laaksonen-Heikkilä & Lauri 1997, Malin 1997, Taival 1998, Tedre 1999, Itkonen ym. 2001, Kinnunen 2002, Tepponen 2003).

Laaksonen-Heikkilä ja Lauri (1997) tutkivat moniammatillista tiimityötä kotihoidossa ja kuvasivat sisällön teoreettista lähtökohtaa. Malin (1997) tutki kotihoidossa asiakkaan ja hoitajan välistä suhdetta. Hän toteutti postikyselyn yli 75-vuotiaille kotihoidon asiakkaille ($n=1541$) sekä haastattelun ($n=18$). Tutkimuksen tuloksissa luottamuksellisen hoitosuhteen merkitys korostui ja vakituisia hoitajia ja säännöllisiä käyntiaikojen toivottiin. Taival (1998) tutki kotihoidon asiakkaan sopeutumista hoitoonsa strukturoitujen potilashaastattelujen ($n=100$), havainnointien ($n=30$) sekä sairaanhoitajien esseiden perusteella. Tutkimuksen tuloksissa auttaminen kohdistui lähinnä fyysisseen puoleen ja asiakkaat kokivat ongelmia vuorovaikutussuhteissaan vieraampiin auttajiin.

Tdre (1999) analysoi kodinhoitajien ja kotiavustajien työn sisältöä ja sen muutoksia vanhuksille suunnatuissa kunnallisissa kotipalveluissa 1980-luvun lopulla. Tuloksissa ilmenee, että koti voi sekä piilottaa että mahdollistaa kotihoitoon liittyviä seikkoja. Itkonen ym. (2001) toteuttivat kotihoidon asiakaskyselyn ($n=3855$) Helsingissä. Asiakkaat kokivat, että he saivat kotihoidossa riittävästi apua sairauksiensa hoitoon, mutta toiminta koettiin organisaatiolähtöiseksi. Kinnusen (2002) tutkimuksessa selvitettiin kotihoidon vaikuttavuutta kliinisellä kokeella ja todettiin, että tehokkaalla kotihoidolla voidaan siirtää ikäihmisen pitkääikaisen laitoshoidon tarvetta myöhemmäksi. Tepposen (2003) tutkimuksessa tutkittiin kotihoitolpalvelujen tuottamista pääkaupunkiseudulla. Tuloksissa ilmeni, että palvelujen rakennemuutos lisäsi asiakkaiden epätietoisuutta siitä, mistä palveluja voi saada.

Kotihoidon sisältöä koskevista tutkimustuloksista voidaan päätellä, että asiakkaat saavat pääsääntöisesti avun fyysisiin ongelmiainsa ja päivittäisiin toimintoihinsa selviytykseen jokapäiväisestä elämästä. Auttamisessa keskitytään fyysisiin ongeliin ja kodinhoitoa toteutetaan vielä tehtäväkeskeisesti.

Suurelta osin kotihoidoa käsittelevät tutkimukset ovat keskittyneet *kotihoidon laatuun*. (Paljärvi ym. 2003, Tenkanen 2003, Muurinen & Raatikainen 2005, Finne-Soveri ym. 2006).

Paljärvi ym. (2003) tutkivat kotihoidon sisältöä ja laatua vanhusasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimana seurantatutkimuksen avulla Kuopiossa. Kotihoidon muutoksia tulkittiin tutkimuksessa kotihoidon toimintaympäristön taustaa vasten. Tuloksissa kritisoitiin eniten työntekijöiden kiirettä ja vanhuksille annetun ajan riittämättömyyttä. Tenkasen tutkimuksessa (2003) tulkittiin kotihoidon yhteistyömuotojen kehittämistä vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Tutkimuksessa todettiin, että vanhusta osallistava ja tukeva toimintatapa hakee edelleen paikkaansa kotihoidossa. Muurinen ja Raatikainen (2005) tutkivat asiakkaiden avun tarpeen ja auttamisen vastaavuutta kotihoidossa. Päivittäisissä fyysisissä toiminnoissa auttaminen vastasi asiakkaiden avun tarvetta, mutta sosiaalisissa ja hengellisissä osa-alueissa olisi kotihoidossa kehittämisen tarvetta. Tuloksissa todettiin myös, että asiakkaan omatoimisuuden edistäminen ei ollut tyypillistä kotihoidossa. Finne-Soveri ym. (2006) tutkivat kotihoidon asiakaskennetta ja hoidon laatua vertailukehittämisenä. Tutkimuksen tuloksissa asiakkaan kokemat laatuongelmat keskittyivät fyysisiin, kognitiivisten ja palvelujärjestelmään liittyvien ongelmien alueelle.

Tutkimustuloksiin perusteella voidaan todeta, että kehittämistä tarvitaan sekä kotihoidon palvelun tarjonnassa että kotihoido-organisaatioissa asiakkaiden tarpeita vastaavaksi. Erityisesti asiakaslähtöisyys vaatii kotihoidossa kehittämistä.

Ulkomaiset tutkimukset

Myös ulkomaiset tutkimukset ovat osaltaan vaikuttaneet kotihoidon kehittymiseen Suomessa. Kotihoidon organisaatiota, sisältöä, ja laatua ja käsitteen määrittelyä käsittelevissä ulkomaisissa tutkimuksissa tutkimustehtävien painopisteet vaihtelivat riippuen kysymyksessä olevan maan kotihoidon toimintajärjestelmästä

sekä käytettävistä kotihoidon palveluista. Medlinessa julkaistut tutkimukset kohdistuvat enemmän tiettyyn kotihoidon potilasryhmään kun taas Cinahlin artikkelit tarkastelevat useimmin palvelujärjestelmää, palvelujen laatua ja käyttöä. Julkisiin palveluihin liittyviä tutkimuksia ovat tehneet esimerkiksi Edebalk ja Samuelson 1995, Divan et. al. 1997, Herzlitz 1997, Houde 1998, Larsson ja Larsson 1998, Törnvist ja Gardulf 2000, Alexy ja Benjamin-Coleman 2001, Morrow-Howell 2001, Corazzi-Gomez 2002, Thome et. al. 2003, 865–868, Hallberg ja Kristenson 2004, Vass et. al. 2004, sekä Cameron ja Moss 2007.

Edelbalkin ja Samuelsonin (1995) tutkimuksessa selvitettiin, miten iäkkääät kotihoidon asiakkaat arvioivat palvelujensa laatua. Tutkimustuloksissa todettiin, että henkilökunnan pysyyvys oli tärkein laatutekijä yhdessä hoitajan persoonallisen sopivuuden ja asiakassuhteen kanssa. Työntekijän saatavilla olo oli myös tärkeä laatutekijä. Divan et. al. (1997) tutkivat kotihoidopalvelujen sisältöä huonokuntoisilla kotihoidon asiakkaille (n=270). Useimmat asiakkaat tarvitsivat monenlaisia kotihoidon palveluja. Yksin eläminen kasvatti palvelujen tarvetta. Herzlitz (1997) tutki vapaaehtoisen ja kunnallisen vanhustenhoidon jakautumista Ruotsissa. Tuloksissa kunnallisen kotihoidon tarvetta lisäsivät heikko fyysinen toimintakyky, miessukupuoli, yksin asuminen, fyysinen sairaus sekä korkea ikä. Houde (1998) tutki vanhusten ja omaishoitajien kotihoidon palvelujen käyttämisen ennustetta. Hän totesi, että kotihoidon kehittämisen tarvitaan sekä omaishoidon että kotihoidon kehittämistä. Omaishoidon kehittäminen taas vaatii sekä taloudellista että osaamiseen ja jaksamiseen liittyvää tukea. Larsson ja Larsson (1998) tutkivat hoitotyön laatua kotihoidossa sekä hoitajien että asiakkaiden näkökulmista. Tuloksissa todettiin, että kiinteä hoitosuhde tukee hoitajan ja asiakkaan yhteistä näkemystä hoitotööstä. Törnvist ja Gardulf (2000) tutkivat potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon kotona (n=168) ja terveyskeskuksessa (n=264). Myös näissä tuloksissa todettiin, että hoito ei pääosin perustu asiakkaiden toivomuksille. Asiakkaat halusivat osallistua enemmän hoitoon liittyvään päätöksentekoon ja toivoivat tehokkaampaa kivun lievitystä.

Alexy ja Benjamin-Coleman (2001) tutkivat kotihoidon tuloksellisuutta ja haastattelivat kotihoidon asiakkaita (n=160) heti kotiuduttua ja 30 päivän kuluttua kotiutumisesta. He löysivät tilastollisen yhteyden kotisairaanhoidajan käyntien määrän ja sairaalaan takaisin joutumisen väliltä. Sydänsairaat joutuivat useimmin

palaamaan takaisin sairaalaan. Morrow-Howell et. al. (2001) tutkivat Kotihoidon palvelujen riittävyyttä asiakkaan ja hoitajien näkökulmasta. Asiakkaat (n=85) haastateltiin puhelimitse sairaalahoidon jälkeen, (sydämen vajaatoiminta, yli 65 vuotta) ja hoitajan kotikäynnillä puhelun jälkeen. Omaiset osallistuivat myös hoitoon ja haastatteluun. Hoitajien arvioinnit kotikäynnillä palvelun tarpeesta ja asiakkaiden arvioinnit verrattiin tilastollisilla menetelmillä. Tutkimuksen tuloksissa asiakkaat arvioivat selviytyvänsä paremmin kuin mitä hoitajat arvioivat. Lisäksi omaishoitajan terveydentila vaikutti tilastollisesti merkittävästi arvioon hoidon tarpeesta.

Corazzi-Gomez (2002) tutki tutkivat kodinhoitajan (n=355) päätöksenteko-prosessia ja totesivat, että asiakaslähtöinen toimintatapa on tarpeellista kaiken-tyyppisille kotihoidon asiakkaille. Thome et. al. (2003) määritteliöt kotihoidon hoitoprosessia käsitlevän kirjallisuuskatsauksen avulla kotihoidon teoreettista lähtökohtaa. Hallberg ja Kristenson (2004) tutkivat kotihoidon ennaltaehkäiseviä palveluja ja tuloksissaan kaipasivat niiden kokonaismerkitystä kehittämistä. Samantyyppisiä tuloksia löysivät myös Vass et. al. (2004) kotikäyntejä käsitlevää tutkimuksessa. Cameron ja Moss (2007) tutkivat kotihoitoa eurooppalaisissa palvelujärjestelmissä ja kuvasivat sekä palvelujärjestelmien että toimintakulttuurien eroja.

Kotihoitoa käsitlevissä eurooppalaisissa tutkimuksissa tulevat esille samantyyppiset ongelmat kuin kotimaisissakin. Vaikka tutkimuksia on toteutettu erilaisilla tiedonkeruumenetelmillä, esimerkiksi asiakkaille toteutettu postikysely tai puhelin haastattelu, tutkimuksien tulokset ovat yhdensuuntaisia. Tutkimuksien tuloksissa todetaan sekä kotihoidon tärkeä merkitys asiakkaan kotona selviytymisen kannalta että kotihoidon palvelujen kehittämisen tarve erityisesti asiakaslähtöisyyden, palvelujen saatavuuden ja hoidon jatkuvuuden osalta.

Kotihoidon henkilöstö

Kotihoidon henkilöstö on kotihoidon kehittämisen keskeinen voimavara. Kotimaisia kotihoidon henkilöstöä koskevia tutkimuksia ovat tehneet esimerkiksi Kuusi 1994, Hyttinen 1999, Pohjonen 2001, Hyttinen ja Kangassalo 2002, Sarvi 2004 sekä Grönroos ja Perälä 2006. Tutkimuksissa ilmenee kotihoitotyön

rasittavuus ikääntyvälle henkilöstölle sekä työkykyä tukevien interventioiden tarpeellisuus kotihoitotyössä. Kuusi (1994) tutki kotihoidon henkilöstön voimavarajoja kuten myös Sarvi (2004) kotisairaanhoidossa ja yhdistetyssä kotihoidossa. Sarven tutkimus toteutettiin postikyselynä ($n=245$) hoitotyöntekijää, tarkoituksena henkilöstön voimavarojen kuvaaminen. Tutkimuksen tuloksissa ilmeni, että parhaat voimavarat olivat kehittymismahdollisuudet työssä ja heikoin oli sosiaalinen tuki. Voimavarat olivat yhteydessä ikään, siviilisäätyyn, ammatilliseen koulutustaustaan ja työkokemukseen nykyisessä työssä. Vaikutusmahdollisuksissa työhön ilmeni tilastollisesti merkittäviä eroja kotisairaanhoidon ja yhdistetyn kotihoidon välillä.

Hyttinen (1999) tutki gerontologisen hoitotyon tietoperustaa, hoitotyon toimijoiden arviota gerontologisessa hoitotyössä tarpeellisesta tietoperustasta lähitulevaisuudessa. Tutkimus toteutettiin delfi-menetelmällä (haastattelu ja kolme kyselykierrosta, asiantuntijapaneelissa maallikoita ja gerontologisen hoitotyon ammattilaisia). Tutkimustulosten mukaan 10 vuoden kuluttua tarvitaan kaikkea sitä tietoa mitä nytkin sekä lisäksi empiiristä tietoa vanhenemisprosessista, sairausista, sosiaaliturvasta ja vanhustenhuollon kustannuksista.

Pohjonen (2001) tutki toimintamallien kehittämistä kotipalveluhenkilöstön terveyden ja työkyvyn ylläpitämiseksi. Tutkimus toteutettiin liikuntaintervention ja työn kehittämisenintervention vaikuttavuuden arvioinnilla yhden ja viiden vuoden seuranta-aikana. Työkyky suhteessa fyysisiin vaatimuksiin oli merkittävästi huonompi yli 35-vuotiailla kun 19–34 -vuotiaiden ryhmässä. Selvä työkyvyn heikkeneminen todettiin 55 ikävuoden jälkeen. Työkyky oli voimakkaasti yhteydessä koettuun terveydentilaan. Työhön liittyvistä tekijöistä työkykyä selittivät huonot vaikutusmahdollisuudet omaan työhön, puutteellinen työn ergonomia, kiire, johtamisessa koetut epäkohdat sekä vähäiset työn vaatimukset. Liikunnalla voitiin ehkäistä fyysisen toimintakyvyn ja työkyvyn ennenaikaista heikkenemistä. Tulokset osoittivat, että kokonaivaltaisesti toteutettu työkykyä edistävä toiminta on saatava osaksi kotipalvelutyön arkea.

Hyttinen ja Kangassalo (2002) tutkivat vanhustyöntekijöiden näkemyksiä työstä ja sen kehittämisestä (postikyselynä $n=2231$, vastausprosentti 50,2). Vastaajat arvioivat ammattitaitonsa hyväksi ja palvelualttiuensa kiitetäväksi. Koulutus-

halukkuus oli yleistä (95%) mutta pidempään lisäkoulutukseen pääseminen oli kuitenkin harvinaista. Vaikutusmahdollisuksiin oltiin tyytymättömiä ja henkinen uupumus oli yleistä (66%). Ennaltaehkäisevään työhön (95%) ja kuntoutukseen (73%) pitäisi vastaajien mielestä olla enemmän voimavarajoja. Grönroos ja Perälä (2006) tutkivat kotihoidon henkilöstön kokemusta kompetenssistaan. Tutkimustulosten mukaan kotihoidon henkilöstöllä oli hyvät valmiudet kohdata erilaisissa elämäntilanteissa olevia ihmisiä ja tilanteita.

Kotihoidon henkilöstöä koskevissa tutkimuksissa keskeisinä, yhteisinä tuloksina ovat työn rasittavuus sekä fyysisesti että henkisesti. Henkilöstön koulutushalukkuus ja kehittymismyönteisyys tulevat esille tutkimustuloksissa. Yhteistä kotihoitoa koskevissa tutkimustuloksissa kompetenssin kokemus ja vaikutusmahdollisuudet työhön näyttäisivät olevan paremmat erityyneen toimintajärjestelmän organisaatioissa. (vrt. Sarvi 2004, Grönroos & Perälä 2006.)

Kotihoidon tutkimusmenetelmät

Kotihoitoa on tutkittu hyvin erilaisilla tutkimusmenetelmissä ja eri tieteenaloilla. Useissa tutkimuksissa tutkimusaineistoja on kerätty laajoilla postikyselyillä sekä henkilöstöltä että asiakkailta (esim. Malin 1997, Itkonen ym. 2001, Hyttinen & Kangassalo 2002 ja Sarvi 2004). Sekä asiakkaita että henkilöstöä on myös haastateltu (Larsson & Larsson 1998, Edelbalk & Samuelson 1995). Lääketieteelliset tutkimukset on usein toteutettu interventiotutkimuksina (esim. Pohjonen 2001, Kinnunen 2002). Myös seuranta- ja kohorttitutkimuksia on toteutettu. (Rissanen ym. 1999 ennen–jälkeen -tutkimusasetelma, Paljärvi ym. 2003 kolme arvointiajankohtaa). Eriisten tutkimusmenetelmien käyttö on antanut monipuolisia tutkimustuloksia kotihoidosta. Toisaalta kotihoidon moninaisuus uutena ilmiönä edellyttää monipuolisia tutkimusotteiden valintoja. Laadullista tutkimustietoa kotihoidon asiakkaiden, henkilöstön ja yhteistyökumppaneiden näkökulmista ja kokemuksista on vielä olemassa erittäin vähän.

Yhteenvetona kotipalvelun ja kotisairaanhoidon rinnakkaisesta kehittymisestä voidaan todeta, että ensinnäkin sekä kotipalvelutyö että kotisairaanhoidotyö on saanut alkunsa ihmisten ja perheiden auttamisen tarpeesta. Tervydenhuollossa lähtökohtana ovat lääketieteen kehittymiseen ja kansansairauksiin liittyvät seikat.

Sosiaalityössä auttamaan on ryhdytty ihmisten köyhyyden ja muun avuntarpeen lähtökohdista. Molemmilla aloilla kehitys on kulkenut vapaaehtoistyön kautta laitoshoidon kehittämiseen, kunnes 1960-luvulla palveluja alettiin kehittää avohoitopainotteiseen suuntaan. Vaikka kotipalvelutyön kehittymisessä on selkeästi nähtävissä yhtenevä kehityspiirteet teollisen työn kehittymisen kanssa, molemmilla aloilla ammattien kehittyminen on johtanut teoreettisesti hallittuun työskentelymalliin. (Viitala 1990b, Simola 1994, Pesso 2004, Niemelä 2006). Vaikka molemmilla aloilla on oma lainsäädäntönsä, on lainsäädännön vaikutukset kohdistuneet välillisesti molemmille aloille (Sairausvakuutuslaki 1964, Kansanterveyslaki 1972, Sosiaalihuoltolaki 1984). Perheen hyvinvointi on vuosikymmeniä ollut molempien yhteinen työn lähtökohta. Monet työssä esiintyvät ongelmakohdat, esimerkiksi kiire, lisääntyneet käyntimäärit ja monimutkaistuneet ongelmat, ovat sekä kotipalvelulle että kotisairaanhoidolle. Tilanne on vaikeasti hallittavissa, vaikka työtä organisoidaan uudella tavalla. (Tdre 1993, Tuomisto 1997, Niemelä 2006.)

3.3 Kotihoidon asiakkaan palvelut kotona

Kotona tapahtuvan hoitotyön tavoitteena on tukea asiakkaan parasta mahdollista elämänlaatua sekä optimaalista terveyttä ja itsenäisyyttä kotona selviytymisessä (Thome et. al. 2003, 869). Seuraavassa kappaleessa tarkastellaan kotihoidon asiakkaan kotona saamaa palvelua. Kappaleessa on ensimmäiseksi tarkasteltu kodin määritelmiä tavoitteena auttaa ymmärtämään kodin moninaisuutta. Tämän jälkeen on kuvattu kodin merkitystä asiakkaalle, kotihoidon asiakasta ja hänen palvelun tarvettaan, palvelujen yhteensovittamista ja palveluohjausta sekä hoito- ja palvelusuunnitelmaa.

3.3.1 Kodin määritelmiä

Seuraavassa kappaleessa kotia määritellään kolmen näkökulman kautta, jotka ovat kodin käsite, kodin lähikäsite asunto sekä kodin ehdot.

Kodin ja asumisen merkitys vanhan ihmisen selviytymiselle on paljon luultua suurempi (Välikangas 2006, 13). Kodin käsite on ihmisseille tärkeä, koska koti on paikka, joka sisältää paljon tärkeitä asioita ihmisen elämässä. Kodin käsite on monimuotoinen ja siksi vaikeasti määriteltävissä. (Benjamin 1998.) Suomen kielessä sanojen koti ja koto juurena lienee asumusta ilmaiseva kota. Esimerkiksi englannin kielessä ei tehdä eroa elämisen ja asumisen välillä ”to live”, mutta suomen kielessä koti on asunto. Kodin fyysisenä ympäristönä on ollut kotitalo tai kotitalo. Kotona asuu perhe ”family”, jonka välillä vallitsee familiaarisuuden side vieraan vastakohtana. Koti on suoressa vieraan katseilta. Niiniluoto (2001, 12) siteeraa saksalaista filosofi Martin Heideggeria, joka on todennut, että saksan sanasta Heim on johdettu sekä heimisch (kodikas, kotoinen) että heimlich (salainen). Vastaavasti ruotsin kielessä ovat sanat hem (koti) ja hemlighet (salaisuus). Nämäkäytäntö riippuen koti on tuttu ja salainen muulta ihmisiiltä. Kodissa asuvasta perheestä muodostuu toiminnallisesti ruokakunta eli oma kotitalous. Termin talous juurena on suomen kielessä talo. Kreikassa talo on oikos, josta on johdettu ekonomia. Englannissa ja ruotsissa household ja hushåll perustuvat taloa ilmaisevaan kantasanaan. Koti ei ole vain asunto vaan paikka, jossa vanhemmat ja sisarukset rakastavat ja ymmärtävät toisiaan. Kodin romanttista ideologiaa ilmaisevat sanonnan eri kulttuureissa: ”Home sweet home”, Borta bra, hemma båst”, ”kotini on linnani”, ”oma koti kullen kallis”. Vieraassakin ympäristössä turvallisuutta voidaan luoda sillä, että saa ”olla kuin kotonaan”. Koti on säilyttänyt vahvan sijan suomalaisten arvomaailmassa. Suomalaisen koti-ideologian tärkeimpiä muotoilijoita ovat olleet Z. Topelius ja J.V. Snellman. (Niiniluoto 2001, 12–13.)

Kodilla ja asunnolla on eronsa, vaikka kodin ”paikka” on useimmiten samassa paikassa kun sosialis-fysikaalinen ympäristö (Weidemann & Anderson 1985, 153). Dovey (1985, 33) on kuvannut kodin ja asunnon käsitteiden välisiä eroja. Hänen kuvauksessaan asunto on objekti, osa ympäristöä, kun taas koti kuvailee ihmisten välisiä suhteita, naapuruussuhteita sekä suhdetta ympäristön kanssa. Kotiin voidaan katsoa kuuluvaksi myös asunnon lähiympäristö, sekä omat piha-alueet että muut yleisölle avoimet kentät ja puistot, jotka toimivat myös ”siltana” yksityisen ja julkisen kodin välillä. (Taylor ja Sidney 1986, 186–187.)

Hänen mukaansa käsitteet "housing problem" ja "homelessness", kodittomuus ja asunnottomuus, ovat usein yhteydessä toisiinsa. Koti on hänen mukaansa enemmän kokemuksellinen ilmiö kuin asunto. Dovey kuvaa kolmea teemaa koti-käsitteen määrittelemiseen liittyen. Kodilla on kolme asukkaaseen vaikuttavaa tekijää, jotka ovat järjestyksen luoja (home as order), identiteetin rakentaja (home as identity) ja sosiaalisen kiintyneisyyden edustaja (home as connectedness). Sosiaaliselle kiintyneisyydellä Dovey tarkoittaa kiintyneisyyttä ihmisiin, paikkaan, menneeseen aikaan sekä tulevaan aikaan. (Dovey 1985, 33–63.)

Koti on ihmisen ja hänen ympäristönsä välinen suhde. Vilkko (2000, 214–215, 2001, 53–54, 2006, 2) näkee koti-käsitteen tiettyyn paikkaan ja asuntoon liittyvänä, mutta toisaalta koti on mielen koti, johon liittyvät sosiokulttuurinen arvomaailma, yksilölliset kokemukset, tunteet, tuntemukset ja niiden reflektointi. Kodin ehtona ovat tilan haltuun ottaminen ja haltuun otetun tilan kotiin kytkeytyvät merkitykset. Hänen mukaansa paikka muodostuu kodiksi kotiin syntyvän suhteen myötä. Koti on ikä- ja elämänvaihespesifi, osittain myös sukupuolispesifi, muodostelma. Aikuisiässä koti laajenee lapsuuden omasta huoneesta tai nurkkauksesta koko kodin hallintaan supistuakseen vähitellen yhä enemmän makuutilaan ja vuoteen keskeisyyteen. Koti on koko ajan muuttuva ja on osallisena asukkaansa kokemusmaailmassa. Myös Tedre (1993, 404–405) korostaa kotona tapahtuvan toiminnan, kuten kotitöiden, merkitystä kodin rakentumisessa.

Koti liittyy tunnesuhteisiin ja perhe-elämään. Kodin käsitteen sitominen perhe-elämän yhteyteen on ongelmallista, koska yksin asuvallakin on koti. Se on myös sosiaalinen perustarve, oikeus. Kotiin liittyvät ihmisen identiteetti, itseilmaisuus ja tunteet. (Juntto 2001, 22, Korvela 2001, 66, 2003).

3.3.2 Kodin merkitys kotihoidon asiakkaalle

Seuraavassa kappaleessa tarkastellaan kodin merkitystä kotihoidon asiakkaalle. Kappaleessa on kuvattu kodin merkitystä kotihoidon asiakkaalle fyysisenä ympäristönä, mielen ympäristönä sekä kodin tunnun näkökulmasta. Seuraavassa keskitytään kodin merkitykseen kotihoidon asiakkaille, lähinnä vanhuksille, jotka

ovat määrällisesti suuri kotihoidon asiakasryhmä. Kotihoidossa on useita muitakin asiakasryhmiä, kuten vammaisia tai saattohoitopilaita.

Vanhuteen ei siirrytä yhdessä yössä. Vanheneminen on biologiaa, psykologiaa ja sosiaalisia ulottuvuuksia sisältävä prosessi, johon kuuluu uusien identiteettien omaksuminen. Vanhenemiseen kuuluu joistain identiteeteistä luopuminen, sosiaalituminen uusiin rooleihin sekä sopeutuminen muuttuneeseen elämäntilanteeseen. (Silvasti, 2000, 241.) Vanhusten elämässä tärkeää on kodissa koettu elämänprosessi aina kodin hankinnasta ja sinne muuttamisesta nykyhetkeen. Tuttu ympäristö, jossa on asuttu pitkään, tuottaa turvallisuutta. Tutussa ympäristössä vanhus osaa liikkua, vaikka liikuntakyky olisikin rajoittunut. Vanhus tietää alitajuisesti, mistä nurkasta tai seinästä saa tukea liikkuessaan ja montako askelta on mihinkin kohteeseen. Kaikki esineet ja kodin tarvikkeet ovat tutuilla paikoillaan ja helposti löydettävissä. Erityisesti aistivammaisilla tämä merkitys korostuu. (Dovey 1985.)

Elämäntavan, subjektiivisen hyvinvoinnin ja hallinnantunteen säilyminen sekä toimintakyvyn alenemisen huomioiminen asumiseen liittyvissä ratkaisuissa ovat tärkeitä yhdessä ikääntyvän asumisympäristön pysyytyden kanssa. Asumisen kestolla on osoitettu olevan monia positiivisia vaikutuksia ikääntyvien selviytymiseen ja mielialaan. Esimerkiksi asunnon vaihto voi vaikuttaa negatiivisesti ikääntyvän terveyteen. Pysyytys, ennustettavuus ja järjestys ovat asumiseen liittyviä myönteisiä piirteitä. Tällaisessa ympäristössä oman pätevyyden ja kontrollin tunteet voivat säilyä ja kasvaa, koska vuorovaikutus ympäristön kanssa tuottaa ja uusii näitä tunteita. Asuinypäristön jatkuvuus tukee ikääntyvien sosiaalisia kontakteja. (Välikangas 2006, 13.)

Vanhukseen muodostaa elämän kehyksen, jota määrittävät kotiin liittyyvät merkitykset, terveys ja toimintakyky, kotihoidosta saatu apu ja sosiaaliset suhteet. (Tenkanen 2003, 29). Vanhuksille koti merkitsee paikkaa, jossa kokemus omasta itsestä säilyy myönteisenä siitätkin huolimatta, että voimavarat vähenevät. Asuinypäristö ja sosiaaliset suhteet ovat keskeisiä elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä. Esineiston avulla ihmisen mielessä rakentuu eletyn elämän kokonaisuus ja niihin liittyyvät tunnetilat. Palautuminen erityisesti lapsuuden ja nuoruuden tapahtumiin ja fyysiseen ympäristöön korostuu iän myötä. Menneen elämän muistelun avulla hajanaisista muistoista muistelija saa mahdollisesti rakennusaineita

nykyhetken tarpeisiin. (Dovey 1985.) Kun yksilön toimintakyky heikkenee, ympäristön ja esineiden tuttuus pitää jatkuvuutta yllä siinä mielessä, että näihin sitoutuu omaelämänkerrallisuutta ja muistoja. Silloin vanhuksella korostuu eletyn ja koetun varaan rakentuva koti. (Vilkko 2000, 220–222, 2001, 56, 2006, 3.) Avun tarpeen lisääntyessä vanhus joutuu avaamaan kotinsa ovat erilaisille auttajille ja kotihoidon myötä kodista tulee ns. ”avoimien ovien koti”. (Tdre 1993, 139, Vilkko 2001, 56, Kinnunen 2006.)

Kodin tunnun säilyminen liittyy turvallisuuden tunteen säilymiseen. Kodin tunnun ja idean merkitykset pitäisi mahdollistua silloinkin, kun hoivan järjestäminen laitostaa yksityiskotia tai yksityiskoti vaihtuu yhteisöllisempään hoivan saamisen paikkaan. Jyrkkää rajaa laitoshoidon ja yksityiskodin välillä pitäisi loiventaa. Kodin luovuttamisen prosessi voi olla monivaiheinen ja hidaskiinnipitämisen ja irtioton prosessi. Voimakkaat luopumisen kokemukset liittyvät esinemaailmaan, jonka avulla koti pitää eletyn elämän muistot konkreettisina asioina. Luopuessaan itselleen merkityksellisistä tavaroista ihmisen luopuu osasta itseään. Kodin luovuttaminen uhkaa vanhuksen sekä fyysisistä että sosiaalista toimijuutta. Se uhkaa sitä toimijuutta, joka on yksilön arvokkuuden ja itsekunnioituksen perusta. (Vilkko 2000, 220–222, 2001, 56, 2006, 3.)

Tedren (1999, 144) tutkimuksen mukaan kaksijakoinen jaottelu koti- ja laitoshoidosta on ollut vallitseva tapa jäsentää vanhustenhuollon todellisuutta. Työntekijät ajattelevat kotia poikkeavana työympäristönä. Vaikka kodit ovat kotihoitotyötä tekevien fyysisenä työympäristönä, niillä on kodin status. Kotiin meneminen on astumista vanhuksen yksityiselle maaperälle. Sinne mennään vain kutsuttuna ja luvalla. Siellä toimitaan kodin ja asujan tapojen ja normien mukaisesti. Kodin ainutlaatuisuudesta vallitsee Tedren (1999, 150) mukaan kulttuurissamme vankka yksimielisyys. Kodissa on jotain, joka laitoksesta puuttuu, ja jota laitokseen pyritään luomaan kodinomaisuudella.

3.3.3 Kotihoidon asiakas ja hänen palveluntarpeensa

Seuraavassa kappaleessa kuvataan kotihoidon asiakasta hänen toimintakykynsä sekä kotihoidon asiakastyyppien näkökulmista. Asiakkaan palveluntarve jäsentyy

fyysiseen, henkiseen, sosiaaliseen ja hengelliseen avuntarpeeseen, asiakkaan osallisuuteen saamiinsa palveluihin sekä ennaltaehkäisyyn.

Kotihoidon asiakkaan keskeinen toive on saada asua kotona niin kauan, kun se tuntuu oikealta ratkaisulta. Kotihoidolta odotetaan sen mahdollistamista laadukkaasti ja turvallisesti. (Malin 1997, Rissanen 1999, Tenkanen 2003.) Kotihoidon asiakkaat ovat jatkuvasti huonokuntoisempia, monisairaampia ja tarvitsevat kotona selviytyäkseen monenlaisia tukipalveluja (Tenkanen 2004, 32). Vuonna 2008 kotihoidon asiakkaista 73,3% oli yli 75 vuotta täyttäneitä. Lukumäärä vaihteli maakunnittain. (Stakes, kotihoidon laskenta 2008.)

Kotihoidon asiakkaan toimintakyky

Kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn seuraaminen ja arvointi on monesta näkökulmasta tärkeää. Toimintakyvyn arvointia voidaan käyttää hyväksi työvälaineenä asiakkaan palvelujen tarpeen selvittämisessä, osana palvelujen ja hoidon suunnittelua, toteutusta ja arvointia, seurattaessa kuntoutuksen vaikutuksia, seurattaessa annettujen palvelujen vaikutuksia asiakkaaseen, palvelujen ja voimavarojen kohdentumisen tukemisessa sekä asiakkaan lakisääteisen (Sosiaalihuoltolaki 710/1982 40a §) palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Hyvä arvointi syntyy usein moniammatillisessa tiimissä yhteistyössä omaisten ja läheisten kanssa. (Sainio & Voutilainen 2008, 46.)

Kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn mittaamiseen käytetään tällä hetkellä useita erilaisia toimintakykymittareita, joilla selvitetään asiakkaan kognitiivista, psyykkistä ja sosialista toimintakykyä (Pekkarinen ym. 2004, 8–9, Voutilainen & Vaarama 2005, 8). Kotihoidon asiakasrakenteesta tai asiakkaiden tarpeista on fyysisä ja kognitiivista toimintakykyä lukuun ottamatta vain vähän tilastotietoa. Palvelutarpeen arvointi, palveluetusetelien myöntämisperusteet sekä pitkäaikaisten asumispalvelujen piiriin tai hoitoon pääsyn kriteerit vaihtelevat eri kunnissa. Näiden asioiden vuoksi kaivataan yhtenäistä ja luotettavaa menetelmää kehittää sellaisia kotihoidon palveluja, jotka palvelevat sekä asiakasta että kunnan päätöksentekoaa. (Finne-Soveri ym. 2006, 5.)

Finne-Soveri ym. (2006) ovat tutkineet kotihoidon asiakasrakennetta ja hoidon laatuja soveltaen Rai-järjestelmää vertailukehittämisessä. Mittarit kuvasivat

asiakkaan kognitiota, toimintakykyä (ADL ja IADL), mielialaa, kipua, ravitsemusta ja terveydentilan vakautta. Tutkimustuloksissa ilmeni, että yleisin toiminnanvaje oli välinetoiminoissa. Päivittäisissä toiminnoissa eniten avun tarvetta ilmeni kylpemisen ja kodin ulkopuolella tapahtuvan liikkumisen yhteydessä. Yli puolella asiakkaista kognitio oli normaalista poikkeava, mikä osoittaa, että dementiasairauden diagnooseja on vähemmän kuin mitä kognitiomittarin perusteella olisi ollut odotettavissa. Kipuja esiintyi joka toisella ja joka viides koki kivun haittaavan päivittäästä elämää. Mielialaoireilua oli vähintään joka neljännellä asiakkaalla ja joka kymmenes tarvitsi hoitotoimenpiteitä mielialan osalta. Ravitsemuksen osalta joka neljäs kotihoidon asiakas oli punnitsematta.

Voutilainen ja Vaarama (2005, 2, 35) korostavat kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn arvioinnin merkitystä palveluja suunniteltaessa ja kohdennettaessa asiakkaille. Heidän mukaansa nykyisin käytössä olevilla toimintakykymittareilla ei voida tehdä palvelujen saantiin liittyviä päätöksiä. Kattavan toimintakyvyn arvioinnin tulisi olla kiinteä osa ikäihmisen ja palveluntarpeen arvointia. Palvelujen saannin tulisi aina perustua luotettavaan toimintakyvyn arvointiin. Tällä hetkellä toimintakyvyn arvointi on epämääräistä. Arvointi tulisi suorittaa alan ammattilaisen sekä asiakaan läheisten yhteistyönä. Käytettävien mittavälaineiden käytettävyys tulisi arvioida tarkasti ja työntekijät tulisi kouluttaa niiden asianmukaiseen käyttöön. Toimintakyvyn arvioinnista tulisi laatia kirjalliset ohjeet ja mittareiden kehittäminen tulisi tapahtua tutkimus- ja kehittämistyön avulla.

Toimintakyvyn edistäminen on tavoitteena useissa sosiaali- ja terveyspolitiikkaa linjaavissa asiakirjoissa, kuten esimerkiksi pääministeri Vanhasen 2. hallituksen ohjelmassa, Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa, Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisojelmissa 2008–2011 (Kasteessa), Terveys 2015 ohjelmassa, Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiassa 2015 sekä Ikäihmisten palvelujen laatu-suosituksessa. (Sainio & Voutilainen 2008, Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Kotihoidon asiakastyyppit

Lappalainen (2002, 63–64) kuvasi tutkimuksessaan hoitamisen merkitystä ja sisältöä kotona asuvien vanhusten elämässä. Tutkimuksen tuloksissa ilmeni, että omassa kodissa oleminen ja asuminen mahdollisimman kauan oli erityisen tärkeää

vanhukseille. Kotihoidon asiakkaiden näkökulmasta kotihoitona on heille arkista elämänkulua ja siitä selviytymistä. Kotihoidon asiakkaiden suhtautuminen omaan hoitoonsa ja elämäänsä näyttäisi muodostuvan aikaisempien elämäkokemusten vaikutuksesta.

Lappalainen (2002) on etnografisessa tutkimuksessaan määritellyt vanhusten kotona hoitamisen käsitteistöä. Vanhusten kotona hoitamisessa korostuvat vanhusten kokemat kulttuuriset arvot sekä vanhusten kuvaama hoitamisen sisältö. Vanhusten kulttuuriset arvot jäsentyivät Lappalaisen (2002, 32–44) tutkimuksessa sisukkuudeksi, nöyryydeksi, hengellisyydeksi sekä yhteisöllisyydeksi. Tutkimuksen vanhukset arvostivat työtä ja ahkeruutta. He yrityivät tulla toimeen omillaan itsenäisesti ja joskus itsepäisestikin, koska olivat elämässään tottuneet tyytymään vähään. Hengellisyys merkitsi heille luottamusta ja turvallisuutta, joillekin vanhukseille johdatusa. Vanhukset halusivat tuntea kuuluvansa yhteisöön, perheeseen, sukuun ja ystäviin. Lapset ja lapsenlapset olivat tärkein sosiaalinen yhteisö.

Lappalainen (2002, 45–50) on kategorisoinut kotihoidon asiakkaat kolmeen ryhmään; uudistujiin, myötäilijöihin ja luovuttajiit. Uudistujat olivat kriittisiä, ulospäin suuntautuneita vanhukseja, jotka vastasivat itse hoitamisestaan ja selviytyvät verkostojensa avulla. Myötäilijät noudattivat saamiaan ohjeita hoidossaan ja pyrkivät sopeutumaan niihin kyseenalaistamatta ja seuraillen. Luovuttajat olivat alistuneita tai katkeroituneita vanhukseja. He ottivat hoitamisen vastaan purnaten tai laiminlöivät sen kokonaan. Huolenpitoa kuvasivat itsestä ja kodista huolehtiminen ja oman terveyden- ja sairaanhoito. Vanhukset kokivat välittämisenä ihmisarvon osoittamisen, tuen ja rohkaisun. Vanhusten hoitamisen ydinkäsiteiksi muodostuivat turvallisuuden tunne ja pärjääminen.

Myös Backman on tutkinut kotihoidon asiakkaita ja heidän tapojaan huolehtia itsestään. Backman (2001) haastatteli 75 vuotta täyttäneitä vanhukseja. Tutkimuksessa tavoitteena oli kuvailta ja ymmärtää kotisairaanhoidon asiakkaiden erilaisia tapoja huolehtia itsestään. Vanhuksilla itsestä huolenpito kiinnittyi elämänhistoriaan joka antaa ymmärrystä ja selitysperustan ikääntyneiden toimintatavoille. Ikääntyvien omien voimavarojen huomioiminen edellyttää heidän mielipiteidensä selville ottamista ja oman toiminnan perustelemista (Backman 2005, 122).

Kotihoidon asiakkaiden erilaisuuden ymmärtäminen voi antaa pohjan kotihoitotyön interventioiden suunnitelemiseen ja toteuttamiseen. Backman (2001, 68) korostaa tutkimustulosten tulkitsemisessa vanhusten kulttuurihistoriallisen elämän taustan huomioon ottamista. Tutkimuksen yli 75-vuotiaat vanhukset edustavat sodan ja pulan sukupolvea, joille on yhteistä puutteelliset elinolosuhteet, varhainen kotoa lähtö ja työn täyteinen elämä. Myös kodin merkitys on erilainen eri henkilölle.

Kotihoidon asiakkaan avun tarve

Kotihoidon asiakkaan avun tarve jäsentyi fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja hengelliseen avun tarpeeseen. Kotihoidosta saadaan riittävästi apua sairauksien hoitoon ja useimpiin perustoimintoihin (Itkonen ym. 2001). Suurin avun tarve asiakkailla on päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä. (Eranti 1999, 11–14.)

Paljärven ym. (2003, 91) tutkimussa kotihoidon keskeiseksi sisällöksi määrittyi yhdeksän osa-alueutta, jotka ovat asioiminen, liikkuminen, keskustelu, siivous, vaatehuolto, hygienia, ruokailu, hoitotoimenpiteet ja lääkehуolto. Nämä osa-alueet määrittyvät kotihoidon sisällöksi myös muissa vanhusten hoitoa käsittelevissä tutkimuksissa (vrt. Sinervo 2000, 61). Muurisen ja Raatikaisen (2005, 18) tutkimussa hoitotyö kotona jäsentyi fyysisissä toiminnoissa auttamiseen, ja psyykkisissä, hengellisissä ja sosiaalisissa toiminnoissa auttamiseen. Peruste, jonka vuoksi asiakkaat mainitsivat saavansa kotihoidon palveluja oli liki kolmella neljästä kodinhoidolliset tarpeet (70%), yli puolella lääkehoito (56%), alle puolella apu päivittäisissä toiminnoissa (42%) ja yli neljäsosalla sairaanhoidolliset toimenpiteet (28%). Kuntoutuksen vuoksi ei kukaan ollut saanut kotihoidon palveluja.

Fyysinen avun tarve on yleisimmin kotihoidon asiakkaiden palvelun tarpeen lähtökohtana. Finne-Soverin ym. (2006, 90–117) tutkimuksen mukaan asiakkaiden kokemat kotihoidon laatuongelmat keskittyivät yleisimmin fyysisen toiminnan alueelle. Asiakkaista, joilla olisi ollut kuntoutumisen mahdollisuus, 88% ei ollut saanut fysio-, toiminta- tai liikuntaterapiaa ja joka kolmannella liikuntarajoitteisella toimintakyky ei ollut parantunut. Lisäksi joka neljäs liikuntakykyinen oli kaatunut. Toiseksi yleisimmät laatuongelmat liittyivät kognitiivisiin toimintoihin. Yli puolella asiakkaista kognitiivinen vaje tai kommunikaatio-ongelma ei ollut korjaantunut.

Lisäksi joka kolmas koki sosiaalista eristäytymistä. Kolmanneksi yleisimmät laatuongelmat liittyivät palvelujärjestelmään. Kotihoidon asiakkaista 43% oli ollut sairaalahoidossa viimeisen kolmen kuukauden aikana. Influenssarokotusta viimeisen kahden vuoden aikana ei ollut saanut 35% asiakkaista. Neljänneksi yleisimmät laatuongelmat liittyivät pidätyskykyyn. Kolmanneksella asiakkaista virtsanpidätysongelmat eivät olleet parantuneet. Kipuun liittyvät ongelmat olivat viidenneksi yleisimpiä. Joka neljännellä oli päivittäästä kovaa kipua ja joka viidennellä kivun lievitys oli riittämätöntä. Lääkäri ei ollut tarkastanut joka viidennen asiakkaan lääkitystä viimeisen vuoden aikana. Kotihoidon asiakkaiden lääkehoitoon liittyvät erilaiset ongelmat tulevat esille useissa eri tutkimuksessa (vrt esim. Ellenbecker et. al. 2004, 164–170, Ballentine 2008, 40–45).

Vanhusten avun tarvetta selvittäneiden tutkimusten mukaan kotona selviämiseen tarvittavan avun tarve vaihtelee iästä, asumismuodosta, terveydentilasta ja sosiaalisesta tilanteesta riippuen. Avun tarpeen kanssa yhteydessä olevia tekijöitä ovat toimintakyvyn vajaukset, yksinäisyys ja turvattomuuden kokemukset. (Eranti 1999, 11–14, Allgera et. al. 2004, 427.) Divan et. al. (1997) tutkimuksessa ilmeni, että yksin asuminen kasvattaa avun tarvetta. Lisäksi avun tarvetta kasvattavat heikko fyysinen toimintakyky ja fyysinen sairaus sekä korkea ikä. Heikkokuntoiset miehet tarvitsevat yleensä enemmän apua kuin heikkokuntoiset naiset (Hertz 1997). Vain joka neljäs 75-vuotta täyttäneistä ei tarvitse ulkopuolista apua. (Eranti 1999, 11–14.) Algeran et. al. (2004, 417–428) mukaan kotihoidon tarpeeseen vaikuttavia tekijöitä ovat diagnoosi kuten dementia, ADL/IADL eli kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Myös kokemus omasta terveydestä ja hoidon tarpeen luonne vaikutti heidän mukaansa avun tarpeeseen. Tutkimus perustui kirjallisuuskatsaukseen. Törnkvistin ym. (2000) tutkimuksessa hoitajan koettiin lisäävän kotona asumisen turvallisuuden tunnetta. Vanhukset pelkäävät erityisesti kaatumista (Morrow-Howell et. al. 2001).

Kotihoidon asiakkaat ovat riippuvaisia saamistaan palveluista. Mitä huonokuntoisempi asiakas on kysymyksessä, sitä enemmän ja useammin hän tarvitsee kotihoidon apua. Kotihoidon asiakkaat tarvitsevat apua kodinhoidollisissa töissä, ulkoilussa ja raskaissa kotitöissä, ruuanvalmistuksessa ja vaatehuollossa. Hoitajalta odotetaan apua hygieniassa, lääkehoidossa ja muussa hoidossa. Tutkimuksessa sairaanhoitajien tarjoama apu keskittyi hoidon tekniseen laatuun, jos palvelut olivat

eri organisaatiossa ja asiakkaan kokonaishoitoon, jos palvelut olivat samassa organisaatiossa. Hoitomenetelmissä apu painottuu siten asiakkaan puolesta tehtäviin toimintoihin eikä niinkään henkisesti tukevaan ja voimavarjoa vahvistavaan tai ennaltaehkäisevään toimintaan. (Tepponen 2003, 100, Muurinen & Raatikainen 2005, 20.) Ohjaus ja neuvonta näyttävät olevan kotihoidossa harvemmin käytettyjä hoitomenetelmiä, vaikka asiakkaat odottaisivat tietoa erilaisista palveluvaihtoehtoista. (Taipale 1998, 112, Tepponen 2003, 100, Muurinen & Raatikainen 2005, 20.)

Henkisen ja sosiaalisen avun tarve on merkittävä kotihoidon asiakkaille. Asiakastutkimuksissa ilmenneet keskeiset odotukset ja kehittämiskohheet liittyvät hoitajan käytettävissä olevaan aikaan ja hoitosuhteeseen. Tällä hetkellä kotihoidon asiakkaiden näkökulmasta suurin ongelma on henkilöstön ajan puute (Tepponen 2003, 100–101). Kotihoidon asiakkaat kaipaavat henkilökunnan kohtaamista ja läsnäoloa. Asiakkailta jää puuttumaan hoitajan läsnäolokokemus. Suurin osa asiakkaista toivoisi häntä hoitavan aina saman hoitajan. Asiakkaat kaipaavat luotettavaa ja turvallista hoitosuhdetta, läsnäoloa ja keskustelua. (Malin 1996, Hammar-Mikkonen 1997, Luoto 2002, Tepponen 2003). Tepposen (2003) tutkimuksessa parempikuntoiset kotihoidon asiakkaat kärsivät kontaktivajeesta ja tukipalveluiden vähäisyystä. Kotihoidon asiakkaat kaipaavat vuorovaikutuskanavia, omaishoidon ja kotihoidon lisäksi myös muita palveluverkostoja. Kotihoidon asiakkaiden omaiset ja omaishoitajat hoitavat vanhuksiaan intensiivisesti. Heidän tukemisensa ja ohjaamisensa esimerkiksi erilaisten tukimuotojen piiriin olisi tärkeää.

Finne-Soverin ym. (2006, 136–137) tutkimustulosten mukaan kotihoidon asiakkaiden yksin oleminen ja yksinäisyyden kokeminen eivät välittämättä liity suoraan toisiinsa. Heidän tutkimusaineistossaan suurin osa kotihoidon asiakkaista seurusteli vaivattomasta ja halukkaasti muiden kanssa. Joka neljäs oli koko päivän yksin, ja joka kolmas koki itsensä yksinäiseksi. Muurisen ja Raatikaisen (2005, 17–18) tutkimustuloksissa 17 % kotihoidon asiakkaista koki itsensä yksinäiseksi. Kodinhoitajalta saatu henkinen tuki auttoi asiakasta selviytyämään vaikeissakin elämäntilanteissa. Asiakkaille oli myös monenlaisia pelkoja. Lähes kaikki kokivat tarvitsevansa mielen ilahduttamista ja mieltä rauhoittavaa keskustelua, jollaista yli

kolmasosa kertoikin saaneensa. Elämänkokemusten kuuntelua toivoivat lähes kaikki ja puolet vastaajista oli sitä saanutkin.

Auttamissuhde kotihoidossa ja siihen liittyvät toimintatavat liittyvät läheisesti kotiympäristöön. Koti hoitoypäräistönä antaa asioille merkityksiä ja määrittelee sinne liittyviä vuorovaikutussuhteita. Useimille kotihoidon asiakkaille kodin arkiset tehtävät, kuten siivous ja ruuanlaitto, ovat niitä asioita jotka tekevät kodista kodin. Arkirutiinit ovat elämässä kiinni pysymisen kannalta tärkeitä ja luovat arjelle rytmin. Laitoksessa esimerkiksi ruuanlaitto ja pyykinpesu on viety pois asiakkaan näkyviltä ja se rikkoo arjen viitekehyn. Kotona auttaminen edellyttää neuvottelua ja asiakkaan asioille antamien merkitysten huomioimista. Asiakkaan hoitotyössä kotona hoitotyön ulottuvuudet ilmenevat kotiympäristölle ominaisella tavalla. (Tldre 1999,154–156.)

Hengellisen avun tarve kotihoidon asiakkailta tulee esille useissa kotihoidon asiakkaita käsitlevissä tutkimuksissa. Siiran (1998) tutkimuksen mukaan tehtävien lisäksi puhumisen merkitys korostui asiakkaan kotona suoriutumisen tukemisessa. Kotona tapahtuva syvempien elämänkysymysten pohdinta ei kuitenkaan ole riittävää (Taival 1998, 112). Hengellinen ulottuvuus on yhteydessä fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen (Taylor 2008, 369).

Backmanin (2001, 2005, 127) mukaan vanhuudessa elämän merkityksen löytämisen yksi piirre on henkistyminen, joka on siirtymistä hengelliselle ulottuvuudelle. Muurisen ja Raatikaisen tuloksissa vain noin puolet koki tarvitsevansa lohduttamista ja keskustelua hengellisistä asioista, mutta hyvin pieni osan hyvää oloa oli tuettu tällaisin keskusteluin. Hengellisissä asioissa keskustelu jäi asiakkaiden, mutta myös henkilöstön arvion mukaan kauas siitä, miten paljon tästä keskustelua kaivattiin. Asiakkaat kokivat lisäksi tarvitsevansa rohkaisua ihmisten tapaamiseen ja kannustusta harrastuksiin osallistumiseen, yksinäisyyden tunteen ehkäisemiseen ja kotona selviytymisen mahdollisuksien tukemiseen. Henkilöstö arvioi auttavansa asiakkaita näissä asioissa suurempaa määrää asiakkaita, kun mitä asiakkaat kokivat.

Törnkvistin ym. (2000) tutkimuksessa hoitajan koettiin lisäävän kotona asumisen turvallisuuden tunnetta. Kotihoidon asiakkaat kokivat, että hoitaja oli kiinnostunut

myös heidän hengellisistä tarpeistaan. Tyytyväisyyttä lisäsi mahdollisuus osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Huonokuntoiset asiakkaat olivat tyytymättömämpiä saamaansa hoitoon kuin parempikuntoiset asiakkaat. Tulosten mukaan kotihoidon asiakkaat tässä tutkimuksessa olivat erittäin tyytyväisiä samaansa hoitoon. Kotihoidon asiakkaat olivat tyytyväisiä omahoitajuuteen.

Kotihoidon asiakkaan osallisuus hoitoon

Kotihoidon asiakkaiden äänelle ja heidän mielipiteidensä esiiin nostamille kysymyksille on annettava tilaa heidän kotihoidossaan. Kotihoidon asiakkaat eivät mielellään ilmaise mielipiteitäan saamistaan palveluista peläten palvelujen heikentymistä. (Houde 1998, Päivärinta & Maaniittu 2002, 34.) Kotihoidossa hoidettavat vanhukset ovat yhä vanhempia ja monisairaampia. Siksi he usein ovat erittäin paljon apua tarvitsevia. Lisäksi iäkkäiden ja huonokuntoisten vanhusten suuri määrä tulevaisuudessa koettelee palveluresursseja. Tulevaisuudessa vanhukset kuitenkin tulevat olemaan hyväkuntoisempia, terveempiä, osallistuvampia ja omatoimisempia ennen elämänvaihetta, jossa tarvitaan paljon kotihoidon resursseja. Korkea koulutus ja elintaso edistäävät pidempää elinkää sekä pidempää hyväkuntoista elämänvaihetta elämän loppupuolella. (vrt. Hammar 2008, 103). Vanhuksilla on tulevaisuudessa aktiivisempi rooli itsensä hoitamisessa ja päätöksenteossa. Asiakkaat odottavat joustavia ja monipuolisia kotihoidon palveluja. (Hammar-Mikkonen 1997, 141–148.)

Tulevaisuudessa vanhustenhoito perustuu tasavertaiseen dialogiin hoitajien sekä asiakkaiden välillä. Ikääntyvät, joilla on hyvä peruskoulutus, terveys ja taloudellinen tilanne uskoivat vielä 80-vuotiaana selviytyvänsä hyvin päivittäisistä toiminnoistaan ilman ulkopuolista apua. Suuri osa haluaisi asua omassa kodissaan vielä 80-vuotiaana. Ikääntyvät toivoivat apua lähinnä omilta läheisiltään. Sosiaali- ja terveyspalveluita toivottiin apua lähinnä raskaissa kotitöissä sekä kuntoutuspalveluja. Ikääntyvistä 80% toivoi apua itsensä hoitamiseen 80-vuotiaana sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstöltä. Yli puolet halusi osallistua palvelujen suunnitteluun sekä vaikuttaa siihen minkälaisia palvelujen tulisi olla. (Hammar-Mikkonen 1997, 141–148.) Asiakkaat itse arvioivat selviytyvänsä paremmin kotona asumisen vaatimuksista kuin mitä hoitajat arvioivat heidän selviytyvän. (Muurinen & Raatikainen 2005, 18, Hammar 2008, 103.) Larssonin ja Larssonin (1998)

tutkimuksesta ilmeni, että mitä useammin hoitaja hoitaa asiakasta sitä lähempänä heidän näkemyksensä olivat siitä, minkälaisista hoidon pitäisi olla. Omahoitaja voi vaikuttaa positiivisesti asiakkaan osallisuuteen omaan hoitoonsa. Hän on henkilö, jolla on päävastuu asiakkaan hoidosta. Hoitotoiminta perustuu suunnitelmalisuuteen ja hoitosopimuksiin. Omahoitajan toimintatapa on asiakaslähtöinen ja työ on organisoitu asiakkaasta käsin. (Munnekka 2002, 76.)

Ennaltaehkäisevä työ

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008) korostuu ennaltaehkäisevän työn näkökulma vanhusten palvelujen kehittämisessä. Säännöllisten kotikäyntien lisäksi ikäihmisten ennaltaehkäisevät kotikäynnit on Suomen lisäksi otettu valtioiden terveyden edistämishjelmiin myös muualla kuten Englannissa, Tanskassa ja Australiassa (Stuck et. al. 2002, 1022). Ennaltaehkäisevä kotikäynti sisältää asiakkaan elämäntapojen kartoittamista, ohjausta ja neuvontaa (Kerstra et. al. 1991, 631). Ennaltaehkäisevien kotikäyntien vaikutusta asiakkaan terveysteen on vaikea osoittaa tutkimuksellisesti (Clark 2001, 708, Haastregt et. al. 2006, 754) vaikka vaikutukset ovat positiivisia (Thone 2003, 868). Käytettävissä olevat resurssit vanhusten ennaltaehkäisevään työhön ovat usein riittämättömät eikä kyseistä työalueita vielä toistaiseksi ole huomioitu tarpeeksi (Kerstra et. al. 1991, 631).

3.3.4 Palvelujen yhteensovittaminen ja palveluohjaus

Seuraavassa kappaleessa kuvataan palvelujen yhteensovittamisen ja palveluohjaksen perusperiaatteet, jotka ovat asiakaslähtöisyys, asiakkaan yksilöllinen palveluprosessi sekä yksilöllisesti suunnitellut palvelut.

Kotihoidon toimintaympäristö sisältää useita erilaisia palvelumuotoja. Huolellinen palvelujen suunnittelu on onnistuneen kotihoidon lähtökohta. (Perälä & Hammar 2003, 34). Kotihoidon asiakkaan palveluprosessin keskeisiä elementtejä ovat hoidon tarpeen arviointi, hoidon ja palvelujen suunnittelu, palvelujen toteutus ja seuranta. Hoitotyön suunnittelussa ja toteutuksessa tärkeää on joustavuus, koska asiakkaan terveystilanteessa saattaa tapahtua nopeitakin muutoksia. (Laaksonen-

Heikkilä & Lauri 1997, 93–101, Perälä & Pöyry 2003 15–16 Thome et. al. 2003, 869.)

Kotihoidon palvelut sisältävät sekä entisen kotipalvelun että kotisairaanhoidon palvelut. Lisäksi kotihointo voi sisältää erilaisia tukipalveluja. Tyypillisiä kotihoidon asiakkaan käyttämää tukipalveluja ovat sosiaalihuollon palvelut sekä päiväsairaala, kotisairaala, kolmannen sektorin palvelut sekä yökotihointo. (Perälä & Hammar 2003, 43–44.)

Usein kotihoidon asiakas käyttää useita palvelumuotoja vaihdellen tai samanaikaisesti avuntarpeensa mukaisesti. Kotihoidon käyttämät palvelupolut ovat yksilöllisiä. Kotihoidon, erikoissairaanhoidon ja avoterveydenhuollon yhtenä kehittämishaasteena onkin mahdollistaa asiakkaalleen mahdollisimman joustava ja yksilöllinen palvelujen käyttö. Yksi kriittisimmistä kohdista kotihoidon asiakkaan palvelupolussa on kotiutuminen sairaalasta. Hoidon jatkuvuus on avainkäsite asiakkaan siirtyessä palvelumuodosta toiseen. (Perälä & Hammar 2003, 43–44.)

Kotihoidon asiakkaan palvelut pyritään suunnittelemaan mahdollisimman asiakaslähtöisiksi. Asiakaskeskeisen toimintamallin piirteitä ovat tunnistetut arvot toiminnan lähtökohtana, ihmisen näkeminen yksilöllisenä, vastuullisena ja ainutkertaisesti kokevana olentona sekä yhdenvertaisena yhteistyökumppanina. Asiakaslähtöisessä toimintamallissa kotihoidon työntekijä ja/tai palveluohjaaja tarjoaa asiantuntemuksensa asiakkaan käyttöön. Tätä asiantuntemusta asiakas voi käyttää oman elämätilanteensa muuttamiseen. Asiakaslähtöinen toiminta etenee tavoite-tietoisessa asiakkaan kanssa yhteistyössä, vuoropuhelua käyden ja tulevaisuuteen suuntautuen (Kiikkala 1999, 6–10, Evans 2008, 28.)

Care/case management on sosiaali- ja terveydenhuollossa käytetty asiakaslähtöinen toimintamalli, jonka avulla voidaan arvioida ihmisen terveyttä, suunnitella, tuottaa ja jakaa palveluita, koordinoida ja tarkkailla asiakkaiden tarpeisiin vastaamisen vaatimuksia. *Case manager* on potilaan hoitoa koordinoiva henkilö, joka koordinoi virallisen ja epävirallisen avun, julkisen ja yksityisen sektorin tarjoamat palvelut ja ottaa kokonaivastuuun potilaan hoidosta. Toiminnan päämääärät voivat olla joko asiakaslähtöisiä, hallinnollisia tai järjestelmälähtöisiä. *Case management*-toiminta on parantanut asiakkaan hoidon jatkuvuutta, toiminta-

kykyä ja hoidon laatua sekä asiakkaan ja henkilöstön välistä kommunikaatiota ja kustannustehokkuutta. Asiakkaan sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö, sairaalaan joutumiset ja epäonnistuneet kotiutumiset sekä kuolleisuus ovat vähentyneet. Omaisten stressi, masennus ja rasittuneisuus ovat palveluohjauksen avulla vähentyneet. (Dzyacky 1998, 210–211, Perälä & Hammar 2003.)

Yksilökohtaisen palveluohjauksen prosessi etenee asiakkaiden valikoinnin jälkeen asiakkaan palvelutarpeen arvointiin, palvelujen suunnittelun ja järjestämiseen, palvelutavotteiden seurantaan ja hoivatarpeen korjaamiseen sekä palvelukokonaisuuden korjaamiseen. Asiakkaita valittaessa palveluohjaukseen pyritään palvelu keskittämään niille, jotka tarvitsevat sitä eniten. Palveluohjaaja etsii ne asiakkaat, joiden kotona selviytyminen vaatii erityistä tukea ja pyrkii tunnistamaan ja ratkaisemaan erityisen monimutkaiset tilanteet. Asiakkaan palvelutarpeen arvointi suoritetaan joko palveluohjaan toimesta tai moniammatillisessa tiimissä. (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, Dzyacky 1998, 213.) Moniammatillisen tiimin yhteistoiminta ja yhteistyökyky on merkittäviä seikkoja palveluohjauksessa, jotta asiakkaan palvelun tarpeet saadaan oikein kartoitetuksi.

Asiakkaalle kootaan palvelupaketti käytäen menetelminä kotikäyntejä, haastatteluja, kokeiluja ja seurantaa. Asiakasta informoidaan käytettäväissä olevista palveluista. Palvelujen suunnittelu ja järjestämisvaiheessa laaditaan hoitosuunnitelma ja järjestetään palvelut. Päätökset palveluista tehdään mahdollisimman lähellä asiakasta ja niiden tulee tukea asiakkaan toimintakykyä ja normaalialämää. Sama henkilö on vastuussa asiakkaan palveluohjauksesta ja seurannasta koko palveluprosessin ajan, tukee asiakasta ja hoivaajia sekä tarkkailee palvelujen toteutumista ja kehitystä. Tarvittaessa palveluohjaaja panee alulle muutos-suunnitelman ja palvelu päättyy, kun hoidon tarve lakkaa. (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, Dzyacky 1998, 213.)

3.3.5 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Seuraavassa kappaleessa kuvataan hoito- ja palvelusuunnitelman merkitystä kotihoidon työvälineenä. Keskeisiä näkökulmia ovat palvelujen oikea kohdentuminen,

yhteistyö asiakkaan ja perheen sekä moniammatillisen kotihoidon tiimin välillä sekä laadukas palvelujen tarjoaminen asiakkaalle.

Oikeanlaisella hoitosuunnitelmalla kohdennetaan kotihoidon palvelut oikein. Suunnitelman mukaisella valmistelulla ja toteutuksella voidaan ehkäistä sellaista asiakkaan toimintakyvyn ja elämänlaadun heikentymistä, mihin ohjauksella, tuella, palveluilla ja hyvällä hoidolla voidaan vaikuttaa. Onnistunut hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään yhdessä asiakkaan ja häntä hoitavien kanssa. (Päivärinta & Haverinen 2003, 5.) Suunnitelma koostuu asiakkaan kuntoutuksen ja palvelujen tarpeista, hänen kanssaan suunnitelluista tavoitteista ja niiden saavuttamiseksi tehtävistä toimista tai tilanteen ratkaisemiseksi valituista keinoista ja palveluista. Yhteistyö omaisten ja läheisten kanssa on kotihoidossa ensiarvoisen tärkeää, jotta hoidon jatkuvuus pystytään turvaamaan. (Päivärinta & Haverinen 2003, 13.)

Yhteisen hoito- ja palvelusuunnitelman teko on tärkein yhteistyön muoto kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välillä (Kuusi 1994, 41). Hyttisen ja Kangassalon tutkimuksessa (2002, 196–197) ilmeni, että 47% kotihoidon työntekijöistä arveli, että jokaisella hoidettavalla on hoito- ja palvelusuunnitelma. Laatusuositusten (2001, 2008) mukaan hoito- ja palvelusuunnitelma tulee olla jokaisella kotihoidon asiakkaalla. Tutkimustulos on ongelmallinen hoidon laadun kannalta. Yksilöllistä hoito- ja palvelusuunnitelmaa pidetään hoidon laadun perusedellytyksenä edellyttäen, että se on ajan tasalla ja kaikki työntekijät tuntevat sen sisällön. Hyttisen ja Kangassalon (2002) mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa joko ei ole jokaisella tai sitten työntekijät eivät ole siitä tietoisia. Hyttisen ja Kangassalon tutkimuksen vastauksissa oli myös epäjohdonmukaista se, että vaikka vain 47% vastaajista tiesi hoito- ja palvelusuunnitelmien olemassaolon, silti 74% oli sitä mieltä, että heidän työnsä perustuu määriteltyihin tavoitteisiin ja keinoihin ja 65% ilmoitti pitävänsä suunnitelia ajan tasalla. Kotihoidon työntekijöistä 78% ilmoitti suunnittelevansa hoidon ja palvelut yhdessä vanhuksen ja/tai omaisten kanssa. Dokumentointi tulisi ymmärtää työksi samoin kuin muukin toiminta.

Kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelma on asiakirja, joka ohjaa kotihoitotyön käytännön toteuttamista ja turvaa asiakkaan hoitotietojen oikeellisuutta. Siinä ilmenevät asiakkaan luokse tehtävät kotikäynnit sekä niiden vaatimat järjestelyt ja välineistöt. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa ilmenevät myös lääkärin määräykset,

tutkimukset sekä lääkehoidot. Hoito- ja palvelusuunnitelma palvelee myös palvelujen yhteensovittamista ja koordinointista sekä ehkäisee väärinymmärryksiä. Asiakaslähtöisessä ajattelussa asiakas on hoidon ja palvelun saaja, kokija, palautteen antaja, konsultti ja kehittäjä. Hyvän hoito- ja palvelusuunnitelman on turvattava käytännössä, että tämä toteutuu ikäihmisen mahdollisuutena kaikissa vanhustyön eri vaiheissa erilaisissa toimintaympäristöissä. (Päivärinta & Haverinen 2003, 18–35.) Kotihoidon asiakkaat tarvitsevat laaja-alaista hoitotyön suunnittelua ja palvelujen seurantaa (Corazzi-Gomez 2002).

Haapakorvan (2004, 67) tutkimuksessa kotihoidon henkilöstö tarvitsi tietoa asiakkaansa terveydentilasta, lääkityksestä ja voimavarista suoriutua päivittäisestä elämästäään sekä asiakkaan sosiaalisesta verkostosta, kuten läheisistä. Asiakkaaseen liittyvän tiedon ohella esiin nousivat palvelujärjestelmään ja organisaatioon liittyvät tiedontarpeet. Haapakorvan tutkimuksessa ilmeni, että hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan ja käytettävyyteen tulisi panostaa kotihoidossa. Suunnitelman tarkastamisessa ei ollut olemassa yhteisesti sovittuja sääntöjä.

4. Kotihoitotyön kehittäminen

Kotihoitotyön kehittämisen keskeisiä haasteita tällä hetkellä ovat uudet toimintamallit, kuten kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistyminen ja moniammatillinen tiimityö, sekä palvelujen laatu ja riittävä saatavuus. Henkilöstön oppiminen, jaksaminen ja hyvinvointi ovat tiiviisti sidoksissa kehittämistyöhön (vrt. Loppela 2006). Seuraavassa käsitellään kotihoidon kehittämismenetelmiä ja kotihoidon keskeisiä kehittämисalueita, joita ovat kotihoitotyön kehittäminen ja kotihoidon henkilöstön kehittäminen.

4.1 Työn kehittäminen ja kehittämisen käsitteistö

Tässä kappaleessa tarkastellaan työn kehittämistä kehittämisen käsitteen ja kehittämisen käsitteiston näkökulmista. Työtoiminnan ja organisaation kehittämisellä tarkoitetaan henkilöstön osaamisen lisääntymistä, työntekijöiden osallistumismahdollisuksien paranemista sekä johtajuuden, työtoiminnan ja yhteis-työvaikutusten kehittämistä (Simula 2000, 157). Kehittämistoiminnan tavoitteena on luoda hyvää ja tuottavaa työtä. Hyvinvoinnin ja tuottavuuden välillä on selvä yhteys. Organisaatioissa, joissa henkilöstön hyvinvointiin on kiinnitetty riittävästi huomiota, työntekijät jaksavat tehdä motivoituneesti töitä yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Työntekijöiden kestävän motivaation perusta on, se että organisaation perusrakenteet eli toimintaprosessit ja ohjausjärjestelmät on rakennettu ihmisen työkyäyttäytymisen mukaisiksi. (Vehviläinen 2002, 13.) Työntekijät pyrkivät tyydyttävämpään työhön ja oppimismahdollisuksien lisäämiseen. (vrt. Vartiainen 2000, 10–25.)

Toikko ja Rantanen (2009, 14–15) ovat määritelleet kehittämisen konkreettiseksi toiminnaksi, jolla tähdätään jonkin selkeästi määritellyn tavoitteen savuttamiseen. Kehittämiskohteen laajuus, organisointitapa ja lähtökohta voivat vaihdella

huomattavasti. He ovat jäsentäneet kehittämisen kentää sen laajuuden ja koteen mukaan.

- 1) Kehittämisellä voidaan pyrkiä toimintatavan tai toimintarakenteen parantamiseen. Toimintatapa voi suppeammillaan olla yhden työntekijän toiminnan kehittämistä. Toimintarakenteen kehittäminen voi olla esimerkiksi terveydenhuollossa tällä hetkellä oleva toimintarakenteen uudistus, jossa pyritään luomaan palvelurakenteet siten, että yksi ja sama organisaatio vastaa vähintään 20.000 asukkaan palvelujen järjestämisestä.
- 2) Kehittäminen voi määrittyä laajuudeltaan joko yhden yksikön rakenteelliseen ja toiminnalliseen kehittämiseen, esimerkiksi yhteen päiväkotiin tai koko palvelurakenteen kehittämiseen, esimerkiksi alueellistamiseen, joka koskettaa eri organisaatioita ja toimijoita.
- 3) Kehittämisen tavoite voi määrittyä joka ulkoapäin tai toimijoista käsin. Esimerkiksi organisaation kehittämisessä kehittämistavoitteet voivat määrittyä johdosta käsin tai työntekijälähtöisesti.
- 4) Kehittäminen voi toteutua joko hanketoimintana tai jatkuvana kehittämisena. Hanketoiminta on yleensä aikarajallinen. Jatkuva kehittäminen voi olla esimerkiksi organisaation laatutoimintaa.
- 5) Kehittämistoiminta voi olla joka innovatiota tai diffuusiota. Innovaatio tarkoittaa kehittämistoiminnan yhteydessä luotua uutta ideaa kun taas diffuusio tarkoittaa uuden idean ja hyvien käytäntöjen levittämistä.
- 6) Kehittämistoiminta voidaan toteuttaa joko organisaation sisäisenä kehittämisänä tai toimitusprojektina, jolloin ulkopuoliselle tilaajalle toimitetaan esimerkiksi arvointi-, koulutus- ja konsultaatioprojekteja.

Työn kehittäminen kotihoidossa on tässä tutkimuksessa toteutunut työntekijälähtöisesti uusia toimintatapoja luoden. Vanhat perinteiset kotisairaanhoidon ja kotipalvelun organisaatiorajat on ylitetty. Organisaatioiden yhdistyminen tiimiorganisaatioksi on lähtenyt liikkeelle toimintaympäristön muutoksesta sekä asiakkaiden uudenlaisesta palvelun tarpeesta. Toimintatutkimuksen aikana tapahtuu sekä työssä oppimista sekä työn uudelleen organisoitumista. Käsitteet ovat tiiviisti

sidoksissa toisiinsa. Esimerkiksi Tikkamäen (2006, 12, 102–110) tutkimustuloksissa työssäoppimisesta saattohoitokodin kontekstissa ilmeni työssäoppiminen sekä kollektiivisena oppimisena että uuden tiedon avulla toteutuneena työn uudelleen organisoimisena ja kehittämisenä.

Usein organisaatioissa lähdetään kehittämispjektiin joko sisäisten tai ulkoisten syiden takia. Ulkoisia syitä voivat olla asiakastyytyväisyyden puutteet, vanhentunut toimintatapa, kannattavuuden parantaminen ja kilpailutilanne. Sisäiset syyt voivat tulla esille joko johdon tai henkilöstön toimesta. Yleisimpiä sisäisiä syitä ovat aiemmin onnistuneet kehittämishankkeet tai vanhentuneeksi koettu toimintatapa. (Pirskanen 2000, 37–38.) Positiiviset tutkimustulokset organisaatioiden kehittämisestä osaltaan rohkaisevat kehittämistyöhön ja uusien toimintamallien etsimiseen. Vanhusten huollossa on tiedostettu hallinnollisen erityymisen ongelmat, palvelurakenteiden ongelmat sekä hoitoprosessin ja hoidon laadun ongelmat (vrt. Syvänen 2001), jotka motivoivat ja rohkaisevat kehittämistyöhön.

Tutkimusavusteinen kehittäminen

Tutkimuksellinen kehittämistoiminta on uuden tiedonmuodostuksen tapa, jossa tutkimus on avustavassa roolissa (Toikko & Rantanen 2009, 23). Alasoini (2005) on määritellyt käsitteen Työelämän tutkimusavusteisen kehittäminen Suomessa-piirteet seuraavasti: 1) kehittämistoiminnassa hyödynnetään käsitteellisiä malleja, jotka perustuvat aiempaan tutkimus- tai kokemustietoon ja joiden avulla kyötään kuvaamaan kehittämisen lähtötilanteen kannalta relevantteja objekteja ja niiden välisiä suhteita, 2) näiden mallien pohjalta asetetaan tutkimusongelmia ja niihin liittyviä hypoteeseja, joita saatetaan kriittiseen tarkasteluun ("testataan") tietyn muutosprosessin yhteydessä, johon vaikutetaan tutkijan tekemällä kehittämis-interventiolla. Hypoteesit voivat elää ja tarkentua muutosprosessin ja kehittämis-intervention kuluessa, 3) Kriittisen tarkastelun pohjalta tehdään johtopäätöksiä, jotka jalostavat edellä mainittuja käsitteellisiä malleja tai niitä koskevia perusteluja. Tutkimusavusteinen lähestymistapa kehittämistoiminnassa synnyttää parhaimmillaan uutta, yleistettävää ja käyttökelpoista tietoa kehittämistoiminnan tueksi. (Alasoini & Ramstad 2007, 5.) Tätä kehittämistapaa voidaan soveltaa myös kotihoidon kehittämisessä.

Työkonferenssit ja tasavertainen dialogi

Kuntasektorilla kehittämisen teemat, joiden pitäisi olla mahdollisimman läpinäkyviä kautta kuntasektorin, ovat Kasvion ym. (1999, 250–251) mukaan tiimimäinen työ, ihmisten jaksaminen ja työelämän laatu, muuttuva esimiestyö, työpaikan rajat ylittävä kehittäminen, joka sisältää myös moniammatillisen yhteistyön, henkilöstön asiantuntijuus sekä tietotekniikan hyödyntäminen.

Kehittämistytä toteutetaan erilaisilla kehittämisotteilla. Räsäsen (2007, 46) mukaan kehittämisotteen valintaan vaikuttavat kysymykset; kuka kehittää, miten kehitetään, mitä kehitetään sekä miksi kehitetään. Kehittämisote valitaan sen mukaan, mitä kohteessa halutaan kehittää. Kotihoidossa tiimiorganisaation kehittäminen edellyttää yhteistoiminnallisia, työntekijälähtöisiä kehittämisenetelmiä. Työkonferenssimenetelmä ja tasavertainen dialogi kehittämisen-interventioina mahdollistavat organisaatiossa edellä kuvatun kaltaista kehittämistoimintaa. Demokraattisen vuoropuhelun menetelmää toteutettaessa työorganisaatioiden kehittäminen pyritään perustamaan työyhteisön jäsenten mahdollisimman laajaan osallistamiseen ja omakohtaiseen osallistumiseen. (Järvinen ym. 2000, 221–222, Alasoini ym. 2001, 37.) Dialoginen kehittämistapa perustuu toisen hyväksymiseen siten, että hänellä on oikeus osallistua kehittämistoiminnan perustelujen määrittelyyn. Rinnakkaisessa dialogissa kukaan ei omaa etuoikeutettua valtaa ratkaista asioita toisen puolesta. Dialogiin liittyy myös sitoutuminen ja osallistujien kriittinen itsereflektio. Vastavuoroisuus edellyttää keskinäistä tunnioitusta ja luottamusta. (Toikko & Rantanen 2009, 92–93.)

Työkonferensseilla katsotaan voitavan saavuttaa yhteisymmärrystä työpaikan kehittämisen hierarkisen organisaation eri näkökulmista ja organisaatiorajojen yli. Osallistava työkonferenssi opettaa yhteistoimintaa ja dialogia. Toimivassa työyhteisössä osataan keskustella, kuunnella ja ottaa vastaan kritiikkiä. (Alasoini ym. 2001, 38, Leinonen 2007, 230). Työkonferensseissa eri asemissa olevat työyhteisön jäsenet pohtivat mahdollisuksia oman työorganisaationsa, työnsä ja omaa työtään koskevien järjestelyjen kehittämiseen. Jäsenten omat kokemukset ja oma tietämys toimivat vuoropuheluprosessin keskeisenä voimavarana, ja he tuottavat itse työyhteisön kehittämisen ideat ja ratkaisut. Ulkopuolisilla asiantuntijoilla on lähinnä tukihenkilöiden rooli. Vuoropuhelun tavoitteena on, että sen pohjalta voidaan

työpaikalla käynnistää konkreettinen muutosohjelma. (Järvinen ym. 2000, 221–222.)

Uusien toimintatapojen oppiminen

Kotihoitotyön toteuttaminen uudella tavalla edellyttää oppimista. Kotihoitotyön oppiminen on erottamaton osa kehittämисprosessia. Oppiminen on myös edellytys kehittämистyön toteutumiselle (Pittilo & Ross 1998, 285, 293, Bray & Howkins 2006, 223, Sipilä et. al. 2008, 31). Uudet toimintatavat ja työkäytännöt voivat syntyä organisaatioon vain organisaation, tiimin ja yksilön oppimisen tuloksesta. Tiimityön oppimisen tulee olla syväoppimista, jonka vaikutukset ulottuvat organisaatiokulttuuriin asti. (Bacon & Blyton 2000, 1429–1430, Mueller et. al. 2000, 1512, Sipilä et. al. 2008, 37–40.)

Bray ja Howkins (2006) tutkivat tiimin moniammatillista oppimista perusterveydenhuollossa tavoitteenaan kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä ja yhteistä oppimista tutkimusprojektiin avulla diabeteksen ja lastensuojelun alueilla. Tutkimusprojekti etsi vastausta kysymykseen; Mitkä tiedot ja taidot edistävät tehokasta ammattikuntien välistä (*"interprofessional"*) oppimista työpaikalla? Tutkimusprojektiin pituus oli kolme vuotta. Heidän mukaansa moniammatillisen tiimityön oppiminen on enemmän kuin palvelun laadun parantaminen tai hyödyn tuottaminen asiakkaalle. Tutkimuksen metodina oli grounded- teoria ja tutkimusaineisto kerättiin delphi-teknikan avulla sekä sosiaali- että terveydenhuollon asiantuntijoilta. Ensimmäisen asiantuntijakierroksen jälkeen asiantuntijat olivat määritelleet mikä on tärkeää moniammatillisen tiimityön oppimisessa perusterveydenhuollossa; 1) mahdollisuus solmia ihmisiin seikkoja. Niitä ovat 1) tietoisuus itsestä ja oman persoonallisuuden käyttö sisältäen esimerkiksi reflektion ja avoimuuden, 2) erilaisuuden ja konfliktien hyväksymisen sisältäen niiden pitämisen luonnollisina asioina, 3) ryhmäprosessi ja ihmisiin seikkoja, sisältäen joustavuuden, palautteen antamisen ja yhteistyön pitämisen tärkeänä asiana, 4) voimakkaat ryhmäprosessin ulottuvuudet, sisältäen yksilöllisyden, identiteetin sekä tarpeiden ja uskomusten

hyväksymisen, sekä 5) kontekstin, suunnittelun ja alkuperäisyyden, sisältäen työn käytännölliset tekijät, sitoutumisen sekä työpaikan kulttuurin.

Tiimin oppiminen edellyttää kriittistä reflektiota (Bray & Howkins 2006, 223). Mezirow (1996, 8) tarkoittaa reflektiolla omien uskomusten oikeutuksen tutkimista ennen kaikkea toiminnan suuntaamiseksi ja ongelmanratkaisussa käytettävien strategoiden ja menettelytapojen toimivuuden uudelleen arvioimiseksi. Kriittisellä reflektiolla Mezirow tarkoittaa oppijan omien merkitysperspektiivien taustalla olevien ennakkoonletusten pätevyyden arvointia sekä näiden oletusten lähteiden ja seuraamusten tutkimista.

Järvisen ja Poikelan (2006, 178) mukaan tiimin oppiminen tapahtuu kokemuksellisen oppimisen kautta. Oppimistilanteessa ryhmä kohtaa uuden ongelman tai haasteen. Työntekijät jakavat kokemuksensa tai tietonsa keskenään. Tämän jälkeen he reflektoivat kysymystä mikä ongelma todella on. Yhdessä ryhmä alkaa tuottaa uutta tietoa, malleja ja käsitteitä ymmärtääkseen ilmiön uudella tavalla. Uusi opittu tieto ja tieto, joka on osoittautunut arvokkaaksi, työstetään yhdessä uudeksi käsitteelliseksi malliksi, suunnitelmaksi tai muuksi malliksi. Toimintasuunnitelma, prototyppi, työväline tai muu vastaava kokeillaan käytännössä. Ryhmän jäsenet oppivat käytännössä tekemällä. Kokeiluja voidaan suorittaa uudelleen. Tällä kertaa kokeillen, kuinka uusi metodi tai työväline toimii käytännössä, ja siten oppimisen kehä pyörähtää. Vuorovaikutus on tärkeä osa ryhmän oppimista.

Kehittämistoiminnassa Tiuraniemen (2002) mukaan reflektiivinen näkemys tarkoittaa kehittämisen menetelmiä ja toimintatapoja sekä kehittämisen perustelujen ja organisoinnin jatkuvaan uudelleen arvointia. Käsitys kehittämistoiminnan reflektiivisestä luonteesta on kehittämisen keskeinen metodologinen seikka. Kehittäminen on jatkuvasti muuttuvaa ja se vaatii jatkuvalta ilmiöiden tarkastelemista. (Toikka & Rantanen 2009, 53.)

4.2 Palvelujen laadun ja saatavuuden kehittäminen

Kotihoidon palvelujen saatavuus ja laatu ovat kotihoidon kehittämisen keskeisiä alueita. Kotiin saatavissa palveluissa, lähinnä kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa on tapahtunut merkittäviä muutoksia 1990-luvulla (Tenkanen 2004, 32). Hoivapalvelut ovat vähentyneet 90-luvulla puoleen ja laitoshoidosta on siirrytty kevyempiin ja halvempiin hoitomuotoihin (Hyttinen & Kangassalo 2002, 190). Kotihoidon kattavuus on pudonnut miltei puoleen 75 vuotta täyttäneiden osalta vuosina 1988–2000. Vanhusten palveluasuminen on lisääntynyt samaan aikaan 195 prosenttia. (Tenkanen 2004, 32.) Tenkasen mukaan tämä kertoo siitä, että palveluvaihtoehtoja ei ole riittävästi tarjolla. Myöskään asuntojen muutostöitä ja palvelujen kotiin viemistä ei tueta riittävästi. Uudet toimintamallit, kuten kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäminen sekä moniammatillinen tiimityö, luovat rakenteellisina ratkaisuina edellytyksiä työn kehittämiselle, mutta eivät pelkästään ole riittäviä toimenpiteitä. (Tenkanen 2004, 32.) Stakesin mukaan kotipalveluun tarvittaisiin vähintään 4000 uutta virkaa ja laitoshoitoon ja palveluasumiseen vastaavasti vähintään 3000 virkaa (Hyttinen & Kangassalo 2002, 190).

Kotihoidon laadun määritteleminen on vaikeaa, koska kotihoito on ajan ja paikan mukaan vaihteleva kontekstuaalinen ilmiö. Kotihoitoa on myös tutkittu eri tieteenoilla, kuten sosialitieteissä, lääketieteessä ja hoitotieteessä. (Morrow-Howell et. al. 2001, Paljärvi ym. 2003, 88.) Paljärven ym. (2003, 96) tutkimuksen tulosten mukaan kotihoidon organisoinnin muutos ei ole juurikaan vaikuttanut kotihoidon laatuun, joten se ei ole uhka kotihoidon laadulle. Rissanen ym. (1999, 71–81) tutkimustuloksissa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisen vaikutukset laatuun olivat vähäisiä. Joillakin laadun osa-alueilla yhdistämisaikutukset olivat positiivisia.

Kotihoidon laatua ovat tutkineet esimerkiksi Edebalk ym. 1990, Malin 1997, Larsson ja Larsson 1998, Tenkanen 1998, Jaakkonen ym. 1999, 141, Törnkvist ym. 2000 ja Teponen 2003. Paljärvi ym. (2003, 88) ovat määritelleet kotihoidon laadun keskeisiä ulottuvuuksia. Näitä ovat 1) saatavuus ja saavutettavuus, jota on konkretisoitu asiakkaan saaman avun ja hoidon sekä hänelle annetun ajan riittävyydellä, 2) hoidon ja hoitosuhteen työntekijäkohtainen jatkuvuus eli pitkäkestoiset hoitosuhteet, 3) työntekijöiden ammattitaito ja muut henkilökohtaiset

ominaisuudet,4) asiakas- ja hoitajasuhteen laatu, joka kotihoidossa liittyy sen sisällön ja luonteen vuoksi läheisesti edellisessä kohdassa mainittiin työntekijöiden ammattitaitoon ja henkilökohtaisiin ominaisuuksiin, 5) asiakkaan vaikutusmahdollisuudet kotihoitoon, joka liittyy itsemääräämiseen, autonomiaan ja jota on käytetty laajasti paitsi kotihoidon, myös muun avun ja hoidon, laadun kriteerinä ja 6) avun ja hoidon turvallisuus.

Hoidon saatavuudessa ja saavutettavuudessa konkretisoituvat asiakkaan saama apu ja hänelle annetun ajan riittävyys. Hoidon ja hoitosuhteen jatkuvuuden on todettu lisäävän tuttuutta ja sitä kautta asiakkaan turvallisuuden tunnetta. Työntekijöiden ammattitaito ja osaaminen sekä hoitosuhteen laatu vaikuttavat hoidon laatuun. Asiakkaan vaikuttaminen saamaansa kotihoitoon sekä avun ja hoidon turvallisuus ovat myös merkittäviä laatutekijöitä kotihoidossa. Lisäksi on laatutekijöiksi mainittu hoidon jatkuvuuden turvaaminen erityisesti kotiutumisen yhteydessä, hoidon tasapuolisuuksista sekä laadukkaan hoitotyön kirjaamisen. (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, Ala-Nikkola 2003, Morrow-Howell et. al. 2001, 725, Perälä & Hammar 2003, Pöyry & Perälä 2003.)

Rissanen ym. (1999, 71–81) tarkastelivat kotihoidon laatua kahdella eri kriteerillä. Ensimmäinen niistä käsitti organisaation laatutavoitteet kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyessä. Toisen arvioinnin perusteenvaiheet muodostivat heidän tutkimuksessaan vanhusasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden odotukset. Organisaation laatutavoitteiksi tulkittiin pyrkimys taata palvelujen nykyaineksen taso sekä lisätä kykyä tunnistaa asiakkaiden ongelmia. Kotihoidon laadun muutosten vähäisyys oli ymmärrettävää verrattaessa kotihoidon laatua koskevia tuloksia ja työajan käyttöä. Tehtäväalueiden rajat olivat pysyneet ennallaan. Heidän mukaansa jatkossa tarvittaisiin tutkimus siitä, miten eri toimijoiden tehtäväalueita kotihoidossa voitaisiin rikastaa. Kotihoidon laadun kriittisiksi pisteiksi nousivat työntekijöiden kiireisyyss ja avun ja hoidon riittävyys. Työntekijät vaihtuivat liian usein. Niemelän (2006) tutkimustuloksissa todettiin, että henkilöstön työmäärä on niin suuri, että organisaation kehittämistoiminnallakaan ei pystytä vastaamaan työmäärän aiheuttamaan paineeseen. Gorskin (2008, 308–316) keskeisiä kotihoitotyön kehittämiskohtia ovat suunnittelu ja dokumentointi, tulosten seuranta ja arvointi moniammatillisessa tiimissä ja yhdessä omaisten kanssa. Hoitotyön laatuun

vaikuttavia seikkoja ovat lisäksi johtaminen ja kotihoitotyön etiikka sekä henkilöstön koulutus ja kehittäminen.

4.3 Kotihoidon henkilöstön kehittäminen

Kotihoidossa henkilöstön kehittämisen osa-alueita ovat henkilöstön osaamisen kehittäminen sekä jaksamisen ja hyvinvoinnin tukeminen. Uudet toimintamallit, kuten moniammatillinen tiimityö, nähdään tässä kappaleessa yhtenä henkilöstön jaksamista ja hyvinvointia tukevana keinona.

Henkilöstön osaamisen kehittäminen

Kotihoitotyössä tullaan jatkossa tarvitsemaan henkilöstön ammatillista kehittymistä keskeisillä *hoitotyön* tiedon alueilla. Hyttisen (1999, 137–138) mukaan perinteisten tieteenalojen tiedon lisäksi kotihoidossa tarvitaan *tiimityön* osaamista ja siihen liittyvästä tietoa. *Vanhemiseen* liittyvä tieto ja hoitotyön arvoperusta ovat tärkeitä tiedon alueita. Lisäksi tarvitaan käsitteiden *arvokkuus ja kunnioitus* selventämistä. (Hyttinen 1999, 137–138, Joy et. al. 2000.)

Grönroos ja Perälä (2006) selvittivät kotihoidon henkilöstön kokemuksia omasta kompetenssistaan työhönsä. Parhaimmaksi kompetenssinsa kokivat kotisairaanhoidon toimipisteissä toimivat henkilöt ja heikoimmaksi kotipalvelun toimipisteissä toimivat työntekijät. Kotisairaanhoidon ja yhdistetyn kotihoidon toimipisteissä toimivat tunsviat kompetenssinsa paremmaksi kuin kotipalvelussa toimivat. (Perälä ym. 2006, 18).

Kotihoidon henkilöstöllä on kokemuksensa mukaan hyvät valmiudet kohdata erilaisissa elämäntilanteissa olevia ihmisiä ja he kokevat hallitsevansa erilaiset hoitomenetelmät hyvin. Heillä on myös paljon tietoa ihmisen terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Lisätietoa kaivattiin lääkehoitoon ja hoitotyön kirjaamiseen liittyvissä kysymyksissä sekä hengellisissä kysymyksissä ja tutkimustiedon käyttöön liittyvissä kysymyksissä. (Grönroos & Perälä 2006, Perälä ym. 2006, 18–20.) Lisäksi tietoa kaivattiin haavahoitoihin ja mielenterveys- ja dementiapotilaiden kohtaamiseen. (Kiviharju-Rissanen 2006, 95.)

Henkilöstön jaksaminen ja hyvinvointi

Suonsivun (2003, 230–232) tutkimustuloksissa ilmenee, että hoitotyöntekijöiden väsyminen ja masennus ovat yhteydessä työyhteisö- ja organisaatiotekijöihin enemmän kuin asiakkaiden huonokuntoisuuteen tai työn vaativuuteen. Organisaatiomuutokset ilman muutosvalmennusta ja määritietoista johtamista ovat lisänneet työntekijöiden masennusta. Terveydenhuollon organisaatioista näyttää muodostuvan "mikään ei riitä" -organisaatioita. Riittämättömyyden tunne kohdistuu ylisuuriin työmääriin, ajankäyttöön, tehtävien ja opittavan paljouteen, potilaiden runsaisiin ongelmiin sekä koulutuksen, omien voimavarojen ja työkykyisyyden riittämättömyyteen. Kotihoitotyössä tyypillisiä rasitustekijöitä ovat kiire, ergonomiset ongelmat ja liiallinen vastuullisuus (Sarvi 2004, 13). Myöskaän moniammatillinen tiimityö ei ratkaise terveydenhuoltohenkilöstön ongelmia, jos tiimityö ei ole toimivaa (Fay et. al. 2006, 565).

Kiviharju-Rissasen (2006, 96) tutkimuksessa kotihoitotiimit arvioivat työnsä fyysisistä ja henkistä kuormittavuutta. Kuormittavuuden syitä tiimien kokemuksen mukaan olivat resurssien puute ja henkilökunnan vaihtuvuus, asiakkaiden terveydentilaan liittyvät kysymykset, työn luonne ja vaativuus, muutokset ja epävarmuus oman työn tulevaisuudesta ja työssä selviytymisestä sekä työilmapiiriin ja johtamiseen liittyvät kysymykset. Pekkarisen ym. (2004, 10) mukaan vanhustyön erityisenä kuormittavana tekijänä voidaan pitää asiakkaiden toimintakyvyn heikkenemistä ja kuoleman kohtaamista.

Kotihoitoa ja ammatillista yhteistyötä pitää vielä kehittää. Hyttisen ja Kangassalon tutkimuksessa (2002) vanhustyön tekijöistä Satakunnassa vastaajista 66% koki henkistä uupumusta, 11% ilmoitti olevansa ihan "kuitti" päivittäin ja 10% oli mielestään kestokykynsä äärirajoilla vähintään kerran viikossa. Puolet vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä, ettei tehtävien toteuttaminen vie kaikkea aikaa. Joskus jää aikaa arvioida ja suunnitella hoitoa. Työmotivaation puuttumisella oli yhteyttä uupumiseen. Vastaajien näkemykset kotihoidon kehittämisestä olivat yhteneväiset valtakunnallisten linjausten kanssa. Ennaltaehkäisevään työhön ja kuntoutukseen pitäisi kohdentaa enemmän voimavarojen ja henkilökuntan pitää saada lisää. Vanhusten hoitotyö ei ole tällä hetkellä erityisen vetovoimainen työalue. Kotihoidon henkilöstö ikääntyy ja työskentelee erittäin vaativissa työtehtävissä jatkuvasti

muuttuvissa olosuhteissa. Tämä koettelee työntekijöiden työkykyä. Kotihoidon kehittämisen yhtenä painopistealueena on kehittää työtoimintaa työntekijäystävällisemmäksi ja työntekijän työkykyä tukevaksi. Sarven (2004) tutkimuksessa kotihoidon työntekijöiden voimavarosta ilmeni, että valtaosa hoitotyöntekijöistä koki voimavaratilanteensa melko hyväksi. Parhaimmiksi voimavaroiikseen hoitotyöntekijät arvioivat kehittymismahdollisuutensa työssään ja puutteellisimmiksi lähimmiltä esimiehiltään sekä läheisiltä ihmisseurteiltaan saamansa sosiaalisen tuen. Sarven tutkimustulokset osoittivat, että täydennyskoulutus on erittäin tärkeä hoitajien ammatillisten valmiuksien lisääjä (Sarvi 2004, 56.)

Paras voimavaratilanne oli niillä hoitotyöntekijöillä, jotka toimivat työyhteisössään korkeassa ammattiasemassa ja jotka olivat osallistuneet aktiivisesti täydennyskoulutuksiin. Myös ikä, siviilisäisy, ammatillinen koulutustausta ja työkokemus nykyisessä tehtävässä olivat yhteydessä voimavaroihin. Kotisairaanhoidon ja yhdistetyn kotihoidon palveluyksiköiden välillä ilmeni tilastollisesti merkittäviä eroja hoitotyöntekijöiden vaikutusmahdollisuksissa sekä mahdollisuksissa saada sosiaalista tukea työtovereilta ja esimieheltä. Sama tutkimustulos saatuiin sekä esimiesten että työntekijöiden kohdalla. Hoitotyöntekijät eivät vielä olleet mieltäneet tiimityötä yhdeksi työn tarjoamaksi voimavaraksi. (Sarvi 2004, 56–57, Engström et. al. 2006, 318–328.)

Rintalan ja Elovainion (1997, 73–74) tutkimuksen mukaan sosiaalihuollossa ja avoterveydenhuollossa työskentelevät lähihoitajat kokivat työnsä vaativaksi, merkitykselliseksi ja itsenäiseksi verrattuna laitoksissa työskenteleviin lähihoitajiin. Kotihoidossa työskentelevät lähihoitajat kokivat, että heidän työhönsä kohdistuu useammin mahdottomia odotuksia ja vaatimuksia, kuin päiväkodissa työskenteleviä lähihoitajia useammin.

Kotihoidon työntekijöiden työkykyä käsittelevässä tutkimuksessa yli 35-vuotiaiden ikäryhmässä työkyky oli merkittävästi huonompi kuin 19–34 -vuotiaiden ryhmässä suhteessa työn fyysisiin vaatimuksiin. Työkyky heikkeni selvästi 55 ikävuoden jälkeen. Tällöin joka toisella työntekijällä työkyky voitiin luokitella vain huonoksi tai kohtalaiseksi. Työhön liittyvistä tekijöistä huonot vaikutusmahdollisuudet omaan työhön, puutteellinen työn ergonomia, kiire, johtamisessa koetut epäkohdat sekä työn yksitoikkoisuus ennakoiivat alentuneeksi koettua

työkykyä. Tulokset osoittivat että kokonaisvaltaisesti toteutettu työkykyä edistävä toiminta on saatava osaksi kotipalvelun arkea. (Pohjonen 2001, 62–63.) Havainnoimalla henkilöstöä esimies saa tietoa henkilöstön tarpeista ja voi tukea heitä paremmin. Tällä on myös positiivinen vaikutus hoitotyön laatuun. (Räikkönen ym. 2007, 625.)

Uudet toimintamallit

Moniammatillinen työtapa ja yksilövastainen työ on nähty oikeana toimintatapana vanhustyössä. Kehittämistä edistäviä tekijöitä ovat koulutus, työkokemus, motivoituneisuus, halu kehittää työtään, hoito- ja palvelusuunnitelmat, tiimityöskentely sekä työstä saatava palaute. Atwalin ja Caldwellin (2006, 363–364) tutkimustulosten perusteella on tärkeää, että henkilöstön valmiudet toimia moniammatillisessa tiimityössä ovat jatkuvana osana henkilöstön kehittämistä. Hyttisen ja Kangassalon (2002) tutkimustulosten perusteella työntekijöiden vaikuttamismahdollisuksia tulee lisätä. Voimakas kehittämishalukkuus, joka vastauksista välitti, tulee tutkijoiden mukaan pyrkiä hyödyntämään koordinoidusti esimerkiksi toimintatutkimusta soveltaen. Vanhustyön kehittämisessä on syytä ottaa huomioon myös toimintaympäristö, tarkoituksenmukaiset tilat, kalusteet, apuvälineet ja laitteet, jotka ovat tulosten perusteella tärkeitä kehittämistä edistäviä tekijöitä ja vaikuttavat sekä työntekijöiden että vanhusten hyvinvointiin. Työntekijöiden tulisi osallistua myös yhteistyön kehittämiseen suunnittelemaan ja arvioimalla sitä. (vrt. myös Pohjonen 2001).

Niemelän (2006, 53) tutkimustulokset osoittivat, että kotihoidon työskentelytapoja ei ole helppo muuttaa eikä niitä ole useinkaan vielä muutettu työskentelyn helpottamiseksi. Niemelä (2006) analysoi kotipalvelun kiirettä. Tuloksissa ilmeni, että kodinhoitajat vastasivat kiireeseen kiirehtimällä. Työskentelytapoja ei oltu muutettu. Hänen tutkimusaineistossaan asiakaskäyntejä kuvattiin hyppykäyneinä. Tutkimustulokset osoittivat, että kodinhoitajien työssä on eri tyyppejä kiireitä. Viikonlopputyössä on jatkuva kiire, kun taas arkipäiviin liittyvä kiire liittyi tiettyihin tilanteisiin ja töihin. Vaikka asiakkaat ovat entistä huonokuntoisempia, kodinhoitajien toimintamalli on pysynyt samanlaisena. Vanha toimintamalli ei enää toimi ja siksi työhön on syntynyt ristiriitatalanne toimintamallin ja asiakkaiden tarpeiden välille. Tämä ristiriita ilmenee työntekijöiden kiireenä ja väsymisenä.

Töiden järjestämisellä on erittäin suuri merkitys sekä henkilöstön työssä jaksamiseen että työn laatuun (Corazzini 2003, 1263–1282).

Tulevaisuudessa työn uudelleenorganisoiminen on tarpeen. Metsämuuronen (1998) on kuvannut sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden piirteitä. Niitä ovat esimerkiksi kodinomaisempaan hoitoon siirtyminen, asiakkaiden aktiivisuus palvelujen käyttäjinä sekä yhteistoiminnallisuus. Sosiaali- ja terveysalan työ tulee jatkossa olemaan entistä raskaampaa sekä fyysisesti että psyykkisesti ja työtä tulee olemaan paljon. Koska asiakkaat ovat moniongelmaisempia, monipuolisen osaamisen riittävyyttä asiakkaan hoidossa pyritään varmistamaan moniammatillisella tiimityöllä. Kotihoidon osalta kunnat ovat joko perustaneet yhteisen kotihoidon tai vaihtoehtoisesti tiivistäneet voimakkaasti kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteistyötä. Moniammatillinen tiimityö kotihoidossa on tuottanut hyviä tuloksia monilla paikkakunnilla. Esimerkiksi Espoon kotihoidon tiimityössä on todettu toteutuvan asiakaslähtöisyys, ja työntekijöiden ammatillinen osaaminen on saatu yhtaiseen käyttöön. (Seiskari 1998, 152–153.)

Muuttuvat toimintamallit tarjoavat jatkuvasti uusia oppimishaasteita työntekijöille positiivisessa mielessä. Oppimismahdollisuksilla on nähty olevan positiivinen yhteys henkilöstön hyvinvointiin. Toisaalta työn jatkuva muutos voi olla myös voimavarojen kuluttavaa (Kuokkanen et. al. 2007, 506–507). Kotihoidon työntekijöiden näkökulmasta työn vaativuus lisääntyy jatkuvasti. Moniammatillisen tiimityön tavoitteena on helpottaa henkilöstön työssä jaksamista. Tiimityön ja tiimin tarkoituksena on toimia sekä henkilöstön voimavarana että vastata joustavammin asiakkaan muuttuviin tarpeisiin.

5. Tiimityö

Tässä luvussa käsitellään tiimityön käsitettä ja sen sisältöä. Luvun alussa on kuvattu tiimiä ja tiimityötä. Tämän jälkeen on käsitelty moniammatillista tiimityötä. Luvun lopussa on käsitelty tiimiorganisaatiota sekä tiimityötä tiimin johtamisen ja kehittämisen näkökulmista.

Tiimityön vahvuksina työn organisoimismuodoksi ja lähtökohdaksi on kuvattu työn ja toiminnan joustavuutta, osaamisen parempaa hyödyntämistä ja henkilöstön oppimismahdollisuksia, kustannussäästöjä ja työssä viihtymisen paranemista. Myös monia muita tiimityön hyötyjä on esitetty perusteeksi tiimityön soveltamiselle työelämän kehittämisessä. (Cook et. al. 2001, 141–151, Liz 2005, 18–23). Tiimityötä on esitetty myös yhdeksi mahdollisuudeksi vastata sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmien, kuten vähenevien resurssien haasteseen (Kearney 2008, 48, Sipilä et. al. 2008, 31), kustannussäästöihin, (Cup et. al. 2007, 723–724) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon laadun parantamiseen. (Hyrkäs & Paunonen-Ilmonen 2001, 492). Tiimityön organisoimisen ja toteuttamisen osalta on esitetty tarpeellisia kehittämiskäytäntöjä ja siten tiimityö etsii koko ajan uusia muotojaan työelämän ja organisaatioiden kehittämisessä (Olckers et. al. 2006, 249–257, Bray & Howkins 2006, 223–235).

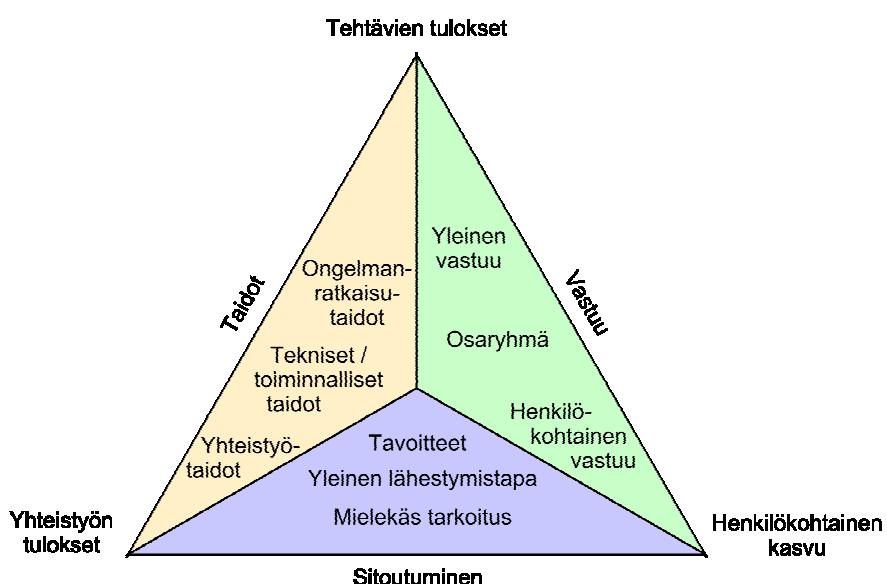
5.1 Tiimi

Tiimi käsitteenä

Tiimillä tarkoitetaan pientä ryhmää ihmisiä, joilla on toisiaan täydentäviä taitoja. Tiimi on ryhmä ihmisiä, jotka itsejohtoisesti, yhteisvastuullisesti ja tiiviissä yhteistyössä suorittavat tiettyä työkokonaisuutta. Tiimin jäsenten erilaisuutta hyödyntäen pyritään yhteeniin *arvopäämääriin* ja *tavoitteisiin* yhteisten pelisääntöjen puitteissa. Tiimin jäsenet ovat sitoutuneet *yhteiseen päämääärään* ja he lähestyvät niitä

yhteisvastuullisesti. Tiimillä on yhteinen, selkeä *toimintamalli*, joka kaikkien tiimin jäsenten on hyväksyttävä. Tiimin määritelmä sisältää jaetun johtajuuden, itse-ohjautuvuuden, yhteisvastuun ja keskustelun lisäksi tiimin kokoon, päämäärään, toimintamalliin sekä tiimissä toimimisen ehtoihin liittyviä rajoja. (Katzenbach & Smithin mukaan 1993, 45, Kasvio ym. 1999, 253, Gorman et. al. 2006, 1312.)

Katzenbach ja Smith (1993, 8–9) ovat kuvanneet tiimin perusasioita kolmio-kuvion avulla (kuvio 2). Kolmion kärjet kuvaavat tiimin suorituksia. Sivut ja sisäosat kuvaavat kurinalaisuuden osatekijöitä, joilla suoritukset saadaan aikaan. Sivuina kolmiossa on esitetty taidot, vastuu ja sitoutuminen. Suoritukset ja henkilökohtainen kasvu edellyttävät sitoutumista tavoitteisiin, yhteiseen toimintamalliin ja mielekkääseen päämäärään sekä vastuun ottamista. Suoritustulokset ja yhteistyön tulokset edellyttävät taitoja, joita ovat ongelmanratkaisutaidot, tekniset ja toiminnalliset taidot sekä yhteistyötaidot. Vastuun ottaminen toteutuu sekä yksilövastuuna, osaryhmävastuuna sekä yhteisvastuuna. Kiinnittämällä huomiota näihin tiimin perusasioihin tiimi voi saada erinomaisia suoritustuloksia aikaan.



Kuva 2. Tiimin perusasiat (Katzenbach & Smith 1993).

Tiimin koko vaihtelee eri lähteissä 3–25 henkilöä. (Katzenbachin ja Smith 993, 45–46, Mueller et. al. 2000, 1399, Heikkilä 2002, 34). Yli kahdeksan hengen tiimeissä tiimien työskentelyn tehokkuus, tiedonkulku, sitoutuminen, keskinäinen

riippuvuus, tiimi-identiteetti ja tiimitaidot heikkenevät. Tiimi voi olla pysyvä tai se voidaan koota jotakin tiettyä tehtävää varten. Sillä voi olla tiimin vetäjä tai koordinaattori. Tiimi voi koostua eri ammattialojen tai eri hierarkiasojojen ihmisistä tai se voi olla täysin homogeeninen. Tiimin jäsenet voivat työskennellä samalla tai eri toimialueella. He voivat liittyä tiimiin vapaaehtoisesti tai tiimin jäsenyyss voi olla osa heidän ammatillista vastuualuettaan. Työskentelyn lähtökohta voi olla joko tarkkaan rajattu tai joustava. Tiimin kokoontuminen voi tapahtua työajalla tai sen ulkopuolella. Tiimin jäsenet voivat saada rahallista korvausta henkilökohtaisen työpanoksensa mukaan. (Mueller et. al. 2000, 1399.)

Onnistunut tiimi muodostuu oikein yhteensovitetuista *tiedoista* ja *taidoista* (Atwal & Caldwell 2006, 363). Tiimin taitovaatimukset voidaan jakaa kolmeen kategoriaan: tekninen ja toiminnallinen asiantuntijuus, ongelmaratkaisu- ja päättöksentekotaidot sekä vuorovaikutustaidot. Tiimi tarvitsee tietyn määrään teknisiä ja toiminnallisia taitoja päästäänkseen alkuun työssään (Atwal & Caldwell 2006, 363.). Jokaisen tiimin jäsenen tulee toimia ja pyrkiä kehittymään yhteisen päämääärän suuntaisesti. Tiimin kehittymisen edellytyksenä onkin analysoida siltä puuttuvia tietoja ja taitoja sekä pyrkiä täydentämään tietotaito-perustaa tarpeen mukaan. Hoitotyössä, kuten muillakin aloilla, tiimin kompetenssi on enemmän kuin vain yhteen tieto- ja taitoperusta; se on hoitotyon elementti, joka auttaa tiimiä toimimaan tehokkaasti. (Procter & Mueller 2000, 11–12, Collins et. al. 2007, 143–144.) Tiimillä on sille ominainen tapa tehdä yhteistyötä, tapa työskennellä, jakaa palkkionsa sekä tiimille ominainen itsenäisyys ja johtajuus. (Walker et. al. 2006, 1346).

Silen-Lipponen ym. (2004, 188–200) tekivät käsiteanalyysin käsitteestä "tiimi" Walker-Avantin (1995) mukaan. Tiimin ominaispiirteitä ovat 1) kaksi henkilöä tai useampi henkilö tekee jotakin yhdessä, 2) yhteistyö on vapaaehtoista päämääärän saavuttamiseksi, 3) yhteistyötä tekevillä on riittävästi sekä samanlaisia että toisiaan täydentäviä taitoja ja kykyjä, jotka he yhdistävät päämäärään suuntautuneesti, 4) yhteistyötä tekevät ovat vastuussa sekä omasta että toistensa toiminnasta ja toiminnan tuloksista ja 5) yhteistyötä tekevien välillä vallitsee tasapaino vallan ja vastuun suhteen ja he keskustelevat rehellisesti ammatillisista eroista huolimatta. Tiimin lähikäsiteiksi he määrittelevät käsitteet työryhmä, jaettu asiantuntijuus ja yhteistoiminnallisuus.

Tiimin ennakkoehdoksi muodostuvat optimaalinen henkilömäärä, yhteinen tavoite ja päämäärä, tarvittava osaaminen ja toisten taitojen arvostaminen, riittävä tieto organisaation periaatteista ja toimintaa koskevista rajoituksista. Tiimin tulee nauttia yhtenäisestä tuesta ja harjoittaa avointa vuorovaikutusta. Tiimin jäsenillä on keskinäinen luottamus ja jaettu vastuu tiimin toiminnasta. Tiimityöstä katsottiin seuraavan taloudellisia säästöjä, parantuneita työn tuloksia, työtyytyväisyyttä ja tietojen jakamista, lisääntynytä halukkuutta avoimeen keskusteluun, kollektiiviseen ongelman ratkaisuun ja toimintatapojen muuttamiseen. Tiimi mahdollistaa erilaisten taitojen käyttämisen, tarjoaa tilaisuuksia oppia uutta, lisää sekä autonomiaa että työhön sitoutumista, antaa mahdollisuuden keskittyä oman osa-alueen tärkeimpiin asioihin ja lisää toisten työn arvostusta. Tiimi parantaa työmoraalia ja varmistaa oikeudenmukaisen päätöksenteon sekä lisää henkilöstön luovuutta ja joustavuutta. (Silen-Lipponen ym. 2004, 188–200.)

Tiimin tarkoitus ja tavoitteet muodostuvat työhön liittyvien seikkojen kautta ja ovat symbioottisessa suhteessa toisiinsa. Vastuullisuus on konkreettinen osoitus tiimin toiminnasta, tarkoituksesta ja päämäärästä. Yksityiskohtaiset suoritus-tavoitteet auttavat tiimiä etenemään ja toimimaan vastuullisesti. Ne antavat tiimin työlle merkityksen ja tunnelatauksen. Tiimin pitkääikainen olemassaolo vaatii päämääriä ja suoritustavoitteita, jotka ovat sekä taloudellisia että sosiaalisia, sekä rationaalisia että emotionaalisia, sekä suorituskeskeisiä että merkityksellisiä. Tiimityön menestyksen avaimet ovat tavoitteen ja päämäärän mielekkäässä yhdistelmässä. (Katzenbach & Smith 1993, 55–56, Heerman 1997, 27, Walker et. al. 2006, 1365.)

Tiimiytymisen vaiheet

Tiimi kehittyy vaiheittain. Jokainen tiimissä saavutettu kehitystaso on ainutkertainen, koska ei ole olemassa kahta samanlaista tiimiä. Heikkilä (2002, 275–276) on kuvannut tiimin neljää kehitysvaihetta tiimin kehityksen etenemisessä. Hänen kuvauksensa perustuu useiden tutkijoiden (Tuckman 1965, Robbins ja Finley 1998, Pokras 1995, Moxon 1995, Hackett ja Martin 1994 ja Fraser ja Neville 1996) tutkimuksiin. Vaiheet ovat 1) muotoutumisvaihe, jossa tiimin jäsenet opettelevat kohtaamaan toisensa, 2) myrskyvaihe, jonka aikana tiimin jäsenet työstävät omia ja yhteisiä stressin aiheita, 3) sopimisvaihe, jossa menettelytapojen sopimisen ja

kehittymisen myötä tiimin henki alkaa muodostua ja 4) suoritusvaihe, johon edettäessä kasvukivut on voitettu. Kaikki tiimit kävät läpi näitä vaiheita, jokainen omassa aikataulussaan.

Katzenbach ja Smith (1993, 90–95) ovat esittäneet tiimin suorituskäyrän, jossa on viisi merkittäväää kehitysvaihetta. Kehitysvaiheet ovat työryhmä, valetiimi, potentiaalinen tiimi, todellinen tiimi ja huipputiimi. *Työryhmän* jäsenet ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja vaihtavat tietoja, näkökantoja ja menettelytapoja sekä tekevät päätöksiä yhdessä. Sillä ei ole merkittäväää kasvun tarvetta tai tavoitetta tulla tiimiksi. Toisena on *valetiimi*, jolla olisi merkittäväää lisäsuorituksen tarvetta, mutta se ei ole käynnistänyt kasvuaan tiimiksi tai todella yritä tulla tiimiksi. Sillä ei ole yhteistä tavoitetta tai päämääräää. Valetiimi voi kuitenkin kutsua itseään tiimiksi. Kolmantena suorituskäyrällä on *potentiaalinen tiimi*, joka todella yrittää kehittyä tiimiksi. Potentiaalisella tiimillä on merkittäväää kasvun tarvetta ja se yrittää selkiyttää tarkoitustaan, tavoitteitaan ja työtuloksiaan sekä kehittää tiimille yhteistä toimintamallia. Neljäntenä on *todellinen tiimi*, joka on pieni ryhmä ihmisiä ja tiimin jäsenillä on toisiaan täydentäviä taitoja. He ovat todella sitoutuneet yhteiseen tarkoitukseen, tavoitteisiin ja toimintamalliin, johon he suhtautuvat yhteisvastuullisesti. Viidentenä on *huipputiimi*, joka täyttää kaikki todellisen tiimin tunnusmerkit. Sen jäsenet ovat syvästi sitoutuneet persoonalliseen kasvuun ja menestykseen. Tämä sitoutuminen kuljettaa tiimiä eteenpäin. Huipputiimin suoritukset ovat parempia kuin muiden tiimien ja se on erinomainen esikuva muille tiimeille. Parhaimmat suoritukset ovat mahdollisia huipputiimille. Jünger et. al. (2007, 351,353.) ovat löytäneet nämä tiimin kehittymisen vaiheet myös terveydenhuollosta, palliatiivisesta moniammatillisesta tiimityöstä.

Arvioitaessa tiimiä voidaan kiinnittää huomiota tiimin kokoon, toisiaan täydentäviin taitoihin, yhteiseen tarkoitukseen ja tavoitteisiin, yhteiseen toimintamalliin sekä yhteisvastuullisuuteen. Näiden perusteella kuitenkin moni tiimi voi olla joko työryhmä, valetiimi, potentiaalinen tiimi tai todellinen tiimi. Arviontaessa suoritettaessa olisi lisäksi kiinnitettävä seuraaviin asioihin: tiimin teemat ja identiteetti, into ja energisyys, yksittäisten tapahtumien vaikutus, henkilökohtainen sitoutuminen sekä suoritustulokset. (Katzenbach & Smith 1993, 105–108.)

Erityisen vaativissa tehtävissä, esimerkiksi lentäjillä, tiimi voi joutua toimimaan, jo ennen kun se ehtii reflektoida tilannetta ja toimintaansa. Juuri tällaisissa tilanteissa sekä tiimin yhteinen toimintamalli että tieto- ja arvoperusta tulevat esille. Adaptiivinen tiimin tietoperusta vaatii jatkuvaan koordinaatiota tiimin jäsenten välillä huomioiden tiimin yhteiset arvot ja päämäärität. Yhdysvaltojen ilmavoimissa tehdynä tutkimuksessa todettiin, että informaation jakaminen on ensiarvoisen tärkeää tiimityössä. Se ei tarkoita, että kaikki käsittelisivät samaa informaatiota yhtä aikaa, vaan että jaetaan juuri oikea informaatio oikean aikaan (ei enempää eikä vähempää) oikealle henkilölle, jotta voidaan toimia oikein. (Gorman et. al. 2006, 1316.) Ruotsalaisia lentäjiä koskeneessa tutkimuksessa viestin selkeys ja puheen nopeus olivat tärkeimpää tekijöitä tiimityössä (Svensson & Andersson 2006, 1226). Myös muussa tiimityössä keskinäisen viestittämisen selkeys voi vaikuttaa työn lopputulokseen.

Lindström ja Kiviranta (1995, 4–5) ovat esittäneet Helkaman pohjalta muokkaamansa mallin ryhmän jäsenten hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä. Mallissa ryhmän lähtötekijöinä on nähty ryhmän koostumus, itse työtehtävään liittyvät asiat sekä ryhmän ympäristö ja kehitysvaihe. Ryhmän sosiaaliseen rakenteeseen ja prosesseihin liittyvät normit ja roolit ovat ryhmän lähtökohtatekijöitä. Vuorovaikutus ja tiedonkulku ryhmän sisällä ja muiden kanssa ovat tärkeitä. Johtajuuteen ja osallistumiseen liittyvät tekijät ovat keskeisiä tiimityötä kuvaavia tekijöitä. Jäsenten välinen kilpailu, luottamus ja ristiriidat kuvaavat vuorovaikutusta tiimissä. Työn tulokset, kuten tuottavuus, toimivuus ja kehittyneisyys sekä jäsenten hyvinvointi kuvaavat tiimin toimintaa. Tiimiksi kasvaminen edellyttää riskien ottamista, jotta tiimisuoritus olisi parempi kuin parhaiden yksilösuoritusten summa.

Tiimityön tehostamiseksi ja oppimiseksi on käytetty erilaisia tekniikoita ja menetelmiä, kuten erilaisia roolipelejä ja simulaatioita (Holtsneider 2007, 57). Kiinnittämällä huomiota tiimin tärkeyden korostamiseen ja suuntaviivojen luomiseen, jäsenten valintaan taitojen perusteella, ensimmäisten tapaamisten ja toimenpiteiden tärkeyteen, käyttäytymissääntöjen määrittämiseen, suoritus-tavoitteisiin tarttumiseen, sääntöjen asettamiseen, ajan viettämiseen yhdessä sekä myönteiseen palautteeseen ja palkitsemiseen, voidaan tukea tiimin kasvua kohtia todellista tiimiä. (Katzenbach & Smith 1993, 119–126.)

5.2 Tiimityö käsitteenä

Tässä kappaleessa on kuvattu tiimityötä tiimityön käsitteen kautta. Tiimityön ajankohtaisuutta perustelivat jo Lindström ja Kiviranta 1990-luvulla (1995, 1) seikoilla, jotka ovat ajankohtaisia edelleen: 1) työn tieto- ja taitovaatimuksien lisääntymisellä, 2) lisääntyneillä työn laatuvaatimuksilla, 3) organisaatioiden madaltamisella ja suoremmalla yhteydellä asiakkaisiin, 4) ihmisten välisen vuorovaikutuksen tärkeydellä, joka mahdollistuu tiimitoiminassa, 5) itsehallinnalla ja joustavuudella, 6) erityisesti muutostilanteissa sosiaalisten suhteiden toimivuudella ja ilmapiirin vaikutuksella stressiin ja viihtyvyyteen. Tiimien avulla voidaan lisätä henkilöstön saamaa sosiaalista tukea ja tiimityö on 7) motivoiva ja oppimista tukeva työskentelytapa.

Marchington (2000) on määritellyt tiimityötä. Hänen määritelmänsä mukaan tiimityö sisältää tiimin toiminta-alueen ja tiimin aseman organisaatiossa. Tiimityötä voidaan tarkastella ja tutkia myös sen ulottuvuuksien kautta. Mueller et. al. (2000, 1404–1412) tiivistäväti tiimityön viiteen ulottuvuuteen, jotka ovat teknologinen, taloudellinen, sosiaalinen, kulttuurinen ja organisatorinen ulottuvuus.

- 1) Tiimityön *teknologiseen ulottuvuuteen* sisältyvät työn fyysinen sijainti ja työn fyysiset puitteet.
- 2) Tiimityön *taloudelliseen ulottuvuuteen* sisältyvät tiimien suoritteet, palkkaus sekä tiimien palkitseminen.
- 3) Tiimityön *sosiaalinen ulottuvuus* on merkittävä puhuttaessa työstä, jota ihmiset tekevät yhdessä, ja jossa ihmisten välinen vuorovaikus ja yhteistyö ovat merkittäviä tekijöitä. Tiimityön sosiaalinen ulottuvuus sisältää työntekijöiden taidot, koulutuksen ja kehittymisen, henkilöiden ja tiimien väliset suhteet sekä tiimien suhteet organisaatioon. Myös kriisit ja ongelmatilanteet sekä niiden hallinta sisältyvät sosiaaliseen ulottuvuuteen.
- 4) Tiimityön *kulttuurinen ulottuvuus* on merkittävä kehitettäessä organisaatiosta tiimiorganisaatiota. Tämä edellyttää ratkaisevaa organisaatiokulttuurin muuttumista. Tiimit voivat toteuttaa jäsentensä kulttuurista kontrollointia. Tiimityön kulttuurinen ulottuvuus sisältää asenteet, kokemukset ja sitoutumisen. Kulttuurinen ulottuvuus sisältää työntekijöiden identifioitumisen tiimiin sekä työntekijöiden ja johdon näkemykset kulttuurista.

5) Tiimityön *organisatorinen* ulottuvuus on merkittävä tekijä tarkasteltaessa johtamisen muuttumista tiimiorganisaatioon siirryttääessä. Tiimityöhön siirtyminen vaikuttaa koko organisaation systeemiin. Koska organisaation rakenne on suhteessa tiimien työskentelyn tehokkuuteen, pitäisi sen tukea tiimityötä parhaalla mahdollisella tavalla. Tiimityön organisatoriseen ulottuvuuteen sisältyvät tiimien rakenne ja roolit, työn suunnittelu ja toimenpiteet sekä ympäristön vaatimukset. Johdon ja esimiehen tuki sekä tiimin vetäjän rooli ovat myös merkittäviä tiimityötä käynnistettäessä.

Xyrichis ja Ream (2008, 232–241) ovat tehneet käsiteanalyysin käsitteestä tiimityö Walker-Avantin mukaan. Käsitteen tarkastelu on tapahtunut hoitotyön kontekstissa. He perustelevat käsitteen määrittelyn tärkeyttä sillä, että kansainvälisti hoitotyötä toteutetaan tällä hetkellä tiimityön avulla. Tiimityön käsitteen määrittelyssä hoitotyössä on havaittu eroavaisuuksia. Heidän mukaansa hoitotyössä tiimityöllä tarkoitetaan dynaamista prosessia, johon osallistuu vähintään kaksi terveyden-huollon ammattilaista. Heillä on toisiaan täydentävät taustat ja taidot, yhteiset tavoitteet sekä kokemusta fyysisen ja henkisen hoidon toteutuksesta, suunnittelusta ja arvioinnista potilaan hoitotyössä. Hoitotyö toteutetaan keskinäisessä yhteistyössä, avoimesti kommunikoiden ja päätöksenteko jakaen huomioiden arvoperustan potilaan, organisaation ja henkilöstön näkökulmista. Käsitteen yhteenen ymmärrys helpottaa ja selkiyttää sekä hoitotyön käytäntöä, hoitotyön tutkimusta ja koulutusta.

Xyrichisin ja Reamin (2008, 235–237) esittämässä tiimityön määritelmissä hoitotyössä korostuvat hoitavien ammattilaisuus, vastuullinen päätöksenteko, yhteinen tietoperusta potilaan hoitamiseksi, yhteiset päämääärät terveyden edistämiseksi sekä riittävät yhteiset taidot potilaan hoitamiseksi. Hoitotiimin jäseneltä odotetaan käytännön taitoja, yhteistyötaitoja ja yhteisen päätöksenteon taitoja. Tiimityö hoitotyössä johtaa työtyytyväisyyteen, työmotivaation kasvuun ja henkiseen hyvinvointiin. Potilaalle tiimityö tarjoaa hoidon laadun paranemista, tiedostetusti arvosidonnaista hoitotyötä ja tyytyväisyyttä palveluihin. Organisaatiotasolla tiimityö mahdollistaa sitoutuneen ja tyytyväisen työyhteisön, kustannuskontrollin ja työvoiman vaihtuvuuden vähentämisen.

Tavoitteet ja yhteenen päämäärä sekä niistä nousevat haasteet antavat tiimin jäsenille luottamusta toisiinsa. Tärkeintä on kuitenkin, että tiimin tarkoitus antaa sille

identiteetin, joka on enemmän kuin yksilöiden summa. Tiimin yhteinen päämäärä asettaa tiimissä toimimiselle yhteiset rajat. (Katzenbach & Smith 1993, 49–53.) Kun tiimin jäsenet ovat päässeet yhteisymmärrykseen yhteisestä päämäärästä, tiimi-identiteetistä, keskinäisestä riippuvuudesta ja sovitusta normeista, he muodostavat tiimisopimuksen, joka liittää yksilöt tiimiin jäseniksi vapaaehtoisesti. (Heikkilä 2002, 22.)

5.3 Moniammatillinen tiimityö

Tässä kappaleessa käsitellään moniammatillista tiimityötä moniammatillisen tiimityön käsitteen, moniammatillisen tiimityön onnistumisen edellytysten sekä moniammatillisen tiimityön kehittämiskohdeiden näkökulmista.

Moniammatillinen tiimityö käsitteenä

Moniammatillinen tiimityö (*multiprofessional teamwork*) sosiaali- ja terveysalalla tarkoittaa erilaisten sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten toteuttamaa yhteistoimintaa. (Malin et. al. 1999, 160). Paynen (2000, 9) mukaan sana "multi" tarkoittaa useiden erilaisten ammattilaisten työskentelyä yhdessä. Tämä ei tarkoita heidän ammatillisten rooliensa, osaamisensa tai tietoperustansa yhteen sulautumista. Keskeistä on heidän keskinäinen yhteistyönsä ja yhteistoiminta omissa rooleissaan ammatillisia rajoja ylittämällä. Sosiaali- ja terveysalalla erilaiset ammattilaiset tarkoittavat tavallisimmin sosiaalialan ja terveysalan ammattilaisia, joilla on erilainen kulttuuritausta, tietoperusta, suhde työnantajaan ja työn kontekstiin (Malin et. al. 1999, 183, Craddock et. al. 2006, 237).

Paynen (2000, 9) mukaan "*multiprofessional, multidisciplinary and multiagency*" toiminta toteutuu palveluorganisaatiossa monenlaisisissa ammatillisissa ryhmissä erilaisen tieto- ja taitoperustan ja ammattilaisten tuottaessa palveluja. "*Disciplinary*" tarkoittaa tietoperustaa ja taitoja, jotka liitetään tiettyyn ammatilliseen rooliin. "*Agency*" tarkoittaa ammatillisessa roolissa toteutettua vastuullista toimintaa palvelujärjestelmän eri alueilla. "*Interprofessional*" ja "*transprofessional*" käsitteet korostavat lähinnä ihmisten välistä tiedonvaihtoa ja tiedonkulkua (Thylefors 2005, 113).

Payne (2000,1) on kuvannut kolme sosiaali- ja terveysalan moniammatilliseen tiimityöhön liittyvää paradokksia, jotka ovat 1) rakennamme tiimejä omista lähtökohdistamme toimiaksemme paremmin yhdessä, 2) tiimityössä joudutaan kohtaamaan monenlaisia paineita organisaation ja esimiehen taholta. Onko tiimityö silloin henkilöstöä tukeva vai ahdistava tekijä?, 3) tiimityössä kiinnitetään helposti paljon huomiota työntekijöiden välisiin suhteisiin, vaikka tiimit on perustettu vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin. Payne (2002, 2) perustelee moniammatillisen tiimityön tarvetta sosiaali- ja terveysalalla moniongelmaisten asiakkaiden avun tarpeella sekä henkilöstön työtyytyväisyyden lisääntymisellä. Moniammatillisen tiimityön ongelmista huolimatta sitä tarvitaan. Payne puhuu avoimesta tiimistä, joka on enemmän kuin vain perinteinen eri alan asiantuntijoiden yhteistyöryhmä, jossa henkilöt ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Avoimessa tiimissä tiimin jäsenet ovat jatkuvassa yhteydessä yhteisöön ja palvelujen käyttäjiin. Payne (2002, 3–4) kuvaa ratkaisevaa modernin tiimityön piirrettä ilmaisulla "*going out and drawing in*". Myös tiimin ryhmäprosessi on tärkeä, koska se kehittää tiimin avoimuutta. Ammattilaisten tulee vaalia hyviä keskinäisiä suhteitaan rakentaen yhteistyötään ja moniammatillista verkostoa sekä vahvistaen osallistavaa palveluverkostoa.

Moniammatillisen tiimityön onnistumisen edellytykset

Ammatilliset rajat ylittävä dialogi on onnistuneen moniammatillisen tiimityön edellytys (Timpka 2000, 558–564, Thylefors et. al. 2005, 102–114, Glasper et. al. 2006, 34–37.) Launis (1997) puhuu rajojen ylittämisestä sosiaali- ja terveysalan moniammatillisessa yhteistyössä. Hänen mukaansa rajojen ylittäminen tässä yhteydessä tarkoittaa avointa keskustelua asiakkaan kokonaishoidosta ylittämällä asiantuntemuksen sisällöllisiä reviirirajoja sekä organisaatioiden hierarkisten rajojen ylittämistä eli avointa keskustelua ammattiryhmien välillä. Toisen asiantuntemuksen liiallinen kunnioittaminen voi vesittää todellisen keskustelun asiakkaan tilanteesta. Tässä yhteydessä yhteisten tavoitteiden, arvojen ja periaatteiden määritteleminen on tärkeää, mutta on tärkeää käsittää koko ajan myös toiminnan konkreettisiaasioita. Asiantuntijuuden eroja ei tulisi kielää, vaan hyväksyä, koska silloin vasta tiimin erityisasiantuntijuus tulee esille. Thylefors et. al. (2005, 102–114) tutkivat tiimityypin (*multiprofessional*, *interprofessional* ja *transprofessional*) ja työtyytyväisyyden välisiä yhteyksiä. Heidän mukaansa erityisen tärkeäksi tekijäksi nousi kuitenkin tiimin ilmapiiri, joka on yhteydessä tiimin johtamiseen. Timpkan 104

(2000, 558–564) kriittisessä tutkimuksessa todettiin, että moniammatillinen tiimi ei voi toimia, jos organisatoriset tekijät ja tiimin sisäinen vuorovaikutus eivät toimi.

Arnkilin ym. (2000, 49) mukaan rajat ylittävä kommunikointi näyttää mahdolliselta moniammatillisessa työssä. He ehdottavat kuitenkin luotavaksi erityisiä rajanylitysvälaineitä, jotka ovat riittävän epäspesifejä (eivät siis kenenkään erikoisalaa), mutta samalla riittävän spesifejä (kiteyttävät toimijoiden yhteistä toimintakenttää). Vaikka eri alojen ammattilaisilla ei ole täsmälleensä yhteistä kieltä, voisivat systeemit kuitenkin kehittyä yhdessä ja saada resonanssia aikaan toisissaan. Arnkilin ym. (2002, 50) mukaan työlämän kehittämisen onkin olennaista saattaa yhteen systeemejä ja alasysteemejä siten, että ne voisivat kehittyä yhdessä. Keskustelun vetäjät ja konsultit voisivat olla positiivisesti vaikuttamassa resonanssin syntymiseen. Tarvitaan erityisiä käsitteitä ja välineitä, joiden avulla voidaan tuottaa pohdintaa ja ajatuskokeita sekä runsaita sisäisiä dialogeja kaikissa osapuolissa. Konsultin johdolla käytyjen keskustelujen tulisi aikaansaada mahdollisimman hedelmällisiä sisäisiä vuoropuheluja ja reaktioita osallistujissa. Arnkil ym. (2002, 50) ovat havainneet, että erityisesti sellaiset välineet, jotka tekevät osapuolle mahdolliseksi asettaa itsensä uudella tavalla kokonaisuuden osaksi, näyttävät edistävän resonanssia yli rajojen.

Yli rajojen toteutuva moniammatillinen keskustelu mahdollistaa asiakkaille entistä parempia asiantuntijapalveluja, joiden tuottamisessa hyödynnetään tiimin jäsenten erityisosamista. (Hearn & Higginson 1998, 330, Sipilä et. al. 2008, 31–44.) Myös eettisen päätöksenteon on todettu tehostuvan tässä asiantuntijatyössä Heikkisen et. al. 2006, 318). Ratkaisevaa tämän toiminnan onnistumisessa on tiimin sisäisen kulttuurin toimivuus. Övretvet (1995, 208) on kuvannut osatekijöitä, jotka vaikuttavat moniammatillisen tiimin sisäiseen toimintatapaan. Toimimaton tiimin sisäinen kulttuuri ja huonot, toimimattomat menettelytavat tekevät tiimin jäsenten välisistä eroista tuhoavia tiimin toiminnan kannalta. Övretvet on kuvannut noidankehää, joka johtaa tiimin tuhoon. Kehä käynnistyy, kun eroja tiimissä ei tunnusteta tai ne kielletään. Näin syntyy epäluottamuksen ja epäilyksen ilmapiiri, jossa tukahdutetaan kiistat ja erimielisydet. Pahimmaan jäsenten eroavaisuuskysymykset pelkistetään persoonallisuuskysymyksiksi (Olckers et. al. 2006, 249–257 sekä Bray & Howkins 2006, 223–235).

Tiimissä on oltava vahva keskinäinen luottamus, joka takaa rohkeuden tunnustaa ja arvostaa erilaisuutta, jotta sitä voitaisiin käyttää luovuuden voimavarana. Joskus toimintamallit löytyvät sattumalta, mutta yleensä tiimin on tietoisesti kehitettävä menetelmiä, joiden avulla erilaiset näkemykset ja ristiriidat voidaan ratkaista. Toimivat päätöksentekomenetelmät edistävät tiimin työtä. Esimerkiksi Taiwanissa puhelinhaastatteluilla kerätyssä tutkimusaineistossa, jossa oli 103 yritystä mukana, positiivisia tiimityön vaikutuksia löydettiin ongelmanratkaisussa, konfliktitilanteiden käsittelymisessä sekä tiimin johtamisessa. Tutkimuksessa todettiin, että tiimin toiminnalliset seikat, kuten koherenssi, ongelmanratkaisumenetelmät ja ongelmanratkaisun johtamisstrategiat, vaikuttivat positiivisesti tiimin yhteisen päämäärän saavuttamiseen. Lisäksi tiimin vetäjän kokeneisuudella oli positiivinen vaikutus tiimityöhön. Tutkimuksen mukaan ylimmän johdon tulisi edistää koulutuksella työntekijöiden ongelmanratkaisutaitoja ja ongelmanratkaisutaitojen johtamista. Tämä tulisi huomioida erityisesti kansainvälisissä tiimeissä. (Chou & Yeh 2007, 1044–1047.) Toimivassa moniammatillisessa tiimissä erot tunnustetaan, ymmärretään ja niitä arvostetaan. Siitä syntyy jäsenten välinen kunnioitus ja luottamus. Toimivassa tiimissä on löydetty luovat ratkaisut sovittujen menetelmien ja luottamuksellisen ilmapiirin ansiosta. Toimivassa tiimissä on myös havaittu ristiriitojen ratkaisemisessa tarvittava kollektiivinen voima. Erot nähdään voimana ja erot aktivoituvat tiimityön hyväksi. Arnkiltin ym. (2000, 51) näkemyksen mukaan eri systeemien yhteinen kehitys kohti toimivaa yhteistoimintaa edellyttää juuri sopivaa erilaisuutta. Mikä on sopivaa erilaisuutta, on vaikea sanoa etukäteen, vaikka siitä voi olla aavistuksia.

Jos tiimityö valitaan toimintatavaksi, työntekijät sitoutuvat konfliktin riskiin, ponnisteluihin ja yhteistyöhön, jota yhteisen päämäärän ja tavoitteiden saavuttaminen vaativat. Fay et. al. (2006, 558) ovat kuvanneet terveydenhuollon tiimin prosessia innovaation etenemisessä. Tiimi tarvitsee vision, yhteiset päämäärät, arvot ja tavoitteet. Innovaatio voi kehittyä tiimissä, jos siihen osallistuminen on riittävän turvallista ja ideointi on mahdollista. Innovaation kehittymiseen vaikuttaa myös vuorovaikutuksen frekvenssi, eli kuinka usein tiimillä on mahdollisuus työskennellä yhdessä päämääränsä saavuttamiseksi.

Kotihoidossa toteutetaan moniammatillista tiimityötä. Perälä ja Hammar (2003, 8) tarkoittavat kotihoidon hoitotiimillä kotihoidossa toimivaa moniammatillista

ryhmää, johon kuuluvat kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät, lääkäri ja muut erityistyöntekijät, kuten fysio- ja toimintaterapeutit, kuntahoitajat, jalkahoitajat sekä avopuolen/vanhustenhuollon sosiaalityöntekijät. Hoitotiimin kokoonpano muodostuu asiakkaan tarpeiden ja palveluiden perusteella. Tarvittaessa hoitotiimiin kuuluu erityistyöntekijöitä. Ilta- ja yökotisairaanhoido kuuluu osana tiimin toimintaan tai on kiinteässä yhteistyössä tiimin kanssa. (Perälä & Hammar 2003, 34)

Tutkimustulokset moniammatillisesta tiimityöstä perusterveydenhuollossa ja sosiaali- ja terveysalalla laajemminkin ovat pääsääntöisesti positiivisia. Tuloksissa korostuvat yleensä asiakkaan saama yksilöllisempi ja asiantuntevampi palvelu sekä henkilöstön työmotivaation paraneminen, onnistuneempi työnjako ja vastuunotto sekä työmotivaation paraneminen. Lisäksi henkilöstön paremmat oppimis- ja kehittymismahdollisuudet korostuvat aikaisemmissa tutkimustuloksissa. (esim. Cook et. al. 2001, 141–151, Liz 2005, 18–23, Bray & Howkins 2006, 223–235, Heikkinen et. al. 2006, 310–319, Sipilä et. al. 2008, 31–44.) Potilasturvallisuus voi parantua tiimityön avulla. Esimerkiksi Racco ja Hornin tutkimuksessa (2009, 51–53) sentraalista katetria teho-osastolla käyttävien potilaiden infektiot saatii vähennemään merkittävästi siirryttäässä tiimityöhön. Tiimityö edisti aseptista ja vastuullista työskentelytapaa ja toimintamallia hoitoysikössä. Infektioiden vähennemisen aiheuttama rahallinen säästö oli huomattava ja potilastyytyväisyys lisääntyi. Merkittävinä tiimityöhön liittyvinä seikkoina infektioiden ehkäisyssä pidettiin tiimipalavereissa saatua uutta tietoa, aseptisempaa työskentelytapaa, infektioiden ehkäisyyn liittyvän havainnoinnin tehostumista sekä käsien alkoholihuuhteen käytön merkittävää lisääntymistä. Henkilöstön työtyytyväisyys lisääntyi positiivisten tulosten seurauksena.

Esimerkiksi Cook et. al. (2001) tutkivat moniammatillisten tiimien toimintaa sekä perusterveydenhuollossa että mielenterveystötä tekevissä tiimeissä. Heidän tutkimustulostensa mukaan moniammatillinen tiimityö vaikutti päätöksentekoon siten, että asiakkaalla oli suuremmat mahdollisuudet osallistua omia palveluitaan koskevaan päätöksentekoon. Moniammatillinen tiimityö vaikutti tehostavasti asiakkaan ja tiimin väliseen tiedon kulkuun. Myös päätöksenteko tiimin sisällä tehostui. (Cook et. al. 2001, 145–149.) Sipilän et. al. (2008, 37–40) tutkimuksessa

ilmenivät samantyyppiset tulokset, mutta lisäksi moniammatillisen tiimityön myötä ennaltaehkäisevän työn mahdollisuudet paranivat.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tehdynässä tiimityötä käsittelevissä tutkimuksissa ilmenee, että moniammatillinen tiimityö mahdollistaa erilaisten spesialistien olemassaolon tiimeissä. Tämä tehostaa tiimin työskentelyä, vastuunjakoa ja työn tuloksia. Tämä on lisännyt asiakkaiden tyytyväisyyttä saamaansa palveluun esimerkiksi kotona hoidettavien syöpäpotilaiden, sydänpotilaiden sekä vaikeasti sairaiden lasten hoitotyössä. (Hearn & Higginson 1998, 323–328, Monterosso et. al. 2007, 693, Pruthi et. al. 2007, 1009, Sipilä et. al. 2008, 37–40.)

Moniammatillisen tiimityön kehittämiskohheet

Hoitoalan toimintaympäristössä toteutetuista tiimityön tutkimuksista löytyy varsin positiivisia tutkimustuloksia. Monista positiivisista tiimityökokeiluista huolimatta tiimityössä on kohdattu myös epäonnistumisia ja tiimityö on saanut osakseen kritiikkiä. Yhteistyö on tiimityön onnistumisen välttämätön edellytys eikä se toimi aina tiimeissä optimaalisesti. Pahimmillaan heikot kommunikaatiotaidot, todellisen yhteistyön puuttuminen, tiedonkulun katkokset ja kommunikaation epäonnistumiset voivat vaarantaa potilasturvallisuuden. Jos tieto ei kulje ja potilas tuntee olonsa turvattomaksi, potilaan tyytyväisyys hoitoon laskee. (Holtsneider 2007, 56.)

Souza ja Suddick (2007) ovat tutkineet henkilöstön kokemuksia tiimityöstä neurologisella osastolla. Tiedonantajina teemahaastattelussa toimivat 10 terapeutti ja fysioterapeutti. Tutkimusteemoja olivat tiimin tehtävä ja luonne, tiimin jäsenet, yhteiset työkäytännöt, kommunikaatio, organisaatorakenne, ympäristö ja potilas- ja perhesuhteet. Tutkimusaineistosta analysoitiin tiimityöhön tehostavasti ja heikentävästi vaikuttavia tekijöitä. Tutkimusasetelmaansa he perustelevat tutkimuksilla, joissa tiimityössä vaadittavat valmiudet, esimerkiksi kommunikaatiotaidot tai ongelmanratkaisutaidot, ovat olleet liian haasteellisia. Tutkimuksen tulokset kuvasivat tiimityöprosessin monimutkaista luonnetta. Kommunikation osoittautui tiimityön onnistumisen kannalta ratkaisevaksi tekijäksi. Kommunikation onnistuminen potilaiden ja heidän perheidensä kanssa on ensiarvoisen tärkeää. Potilaskeskeisten päämäärien suunnittelu on myös tärkeää. Ympäristötekijät

voivat vaikuttaa sekä positiivisesti että negatiivisesti tiimityön onnistumiseen. Myös tiimin jäsenten ominaisuudet voivat vaikuttaa joko positiivisesti tai negatiivisesti. Tutkimuksen tulokset korostivat potilas- ja perhekeskeistä lähestymistapaa, yhteistä tavoitteiden asettelua, tiimin reflektiota kaikkia harjoittelua vaativia tiimityön osa-alueita. Tulokset osoittivat kommunikaation, organisaatorakenteen ja yhteisten työkäytäntöjen merkityksen tiimityössä. Tiimityö vaatii tietynlaisia resursseja, sitoutumista sekä asettaa organisaatiolle haasteita.

Pinelle ja Gutwin (2006, 559) havainnoivat hoitotyön tiimien toimintaa kotihoidossa ja löysivät ongelmakohtia. Tiimityöhön aiheutti ongelmia hajautettu työ, jossa henkilöstö ei ole aina läsnä työpisteessä. Palaverien ja yhteisten tapaamisten järjestäminen oli hankalaa. Myös työnjako ja työmäärien erilaisuus aiheuttivat ongelmia. Erilaiset rajojen ylitykset aiheuttivat roolikonflikteja ja konfliktien selvittely oli hankalaa. Hyvällä työn suunnittelulla ongelmiin voitiin vaikuttaa positiivisesti.

Tiimityöstä löytyy ainakin kahdentyyppistä kirjallisuutta ja kahdentyyppisiä tutkimustuloksia, jotka eivät ole toistensa kanssa ristiriidassa, mutta tarjoavat erilaiset näkökulmat tiimityöhön liittyviin seikkoihin. Toisaalta tiimityön toteuttamisessa ja kehittämisessä korostetaan voimakkaasti parantuvaa tulosta ja tehokkuuspyrkimyksiä. Tiimityöllä pyritään käyttämään olemassa olevat resurssit tehokkaammin hyväksi. Työn lähtökohdat ovat työssä ja yhteinen toimintamalli sekä ja päämäärä ohjaavat toimintaa. Tiimiä arvioidaan kriteereillä: tiimin teemat ja identiteetti, into ja energisyys, yksittäisten tapahtumien vaikutus, henkilökohtainen sitoutuminen sekä suoritustulokset. (Katzenbach & Smith 1993, 105–108). Toisaalta löytyy kirjallisuutta ja tutkimustuloksia, joissa tiimityön onnistumisen edellytyksenä ovat onnistuneet ihmissuhteet ja yli rajojen toteutuva vuorovaikutus. (vrt. Pinelle & Gutwin 2006, 559, Souza & Suddick 2007.) Eritiyisesti hoitotyössä näyttäisi hyvien vuorovaikutussuheteiden ja kommunikoinnin onnistumisen olevan merkittävä tekijä tiimitoiminnan onnistumisen kannalta. (vrt. Övretret 1995, 208, Holtsneider 2007, 56.)

5.4 Tiimiorganisaatio

Tässä kappaleessa kuvataan tiimiorganisaatiota ja tiimityön johtamista. Tiimiorganisaatiota on kuvattu tiimiorganisaation toimintakulttuurin, tiimiorganisaation johtamisen sekä tiimin vetämisen näkökulmista. Tiimiorganisaatiolla tarkoitetaan *madaltunutta organisaatiota*, jossa tiimit ovat verkottuneet keskenään.

Toimintakulttuuri tiimiorganisaatiossa

Tiimityö edellyttää organisaatiossa kulttuurin muutosta, jossa valtaa ja vastuuta siirretään tiimeille. Tiimityöstä ja sen toteutuksesta eri organisaatioissa on monenlaisia variaatioita, jotka määrittyvät organisaation mukaan. Tiimityön taloudelliset, sosiaaliset ja kulttuuriset vaikutukset riippuvat myös organisaation luonteesta. (Bacon & Blyton 2000, 1429–1430, Mueller et. al. 2000, 1512.)

Tiimiorganisaatio mahdollistaa horisontaalisen työnjakomallin. Nopeasti muuttuva toimintaympäristö ja asiakaspalvelu edellyttää organisaatiolta herkkyyttä ja joustavuutta. Muutos edellyttää organisaatioajattelun muutosta. Tiimiorganisaatio tarjoaa mahdollisuuden toimintatavan muutokseen. (Martin & Huq 2002, 533, Chou & Yeh 2007, 1035.)

Pirnes on kuvannut tästä muutosta perustuen Robert Quinnin (1985) esittämiin ajatuksiin erilaisista organisaatorakenteista ja kulttuureista. Organisaatorakenne muuttuu yksilöllisyyttä korostavasta byrokraattis-rationaalisesta organisaatiosta enemmän yhteisöllisyydelle perustuvaksi tiimiorganisaatioksi, verkosto-organisaatioksi tai prosessi- ja projektiorganisaatioksi. Kestävien rakenteiden tulisi perustua kestäville perusolettamuksille ja arvoille. Keskeisiksi kysymyksiksi nousevat tiimitoiminnan ja tiimiperiaatteelle rakentuvan organisaation toimivuuden ja onnistumisen ehdot ja edellytykset. Muutos edellyttää kypsymisprosessia ja rakennemuutos koskee kaikkia henkilöstöryhmiä. Uudet rakenteet toimivat vasta, kun ihmiset ovat hyväksyneet olemassa olevat rakenteet ja toimintatavat, uudet arvot ja roolimuutokset. Tiimiorganisaation toimivuus edellyttää itsejohtoisuutta ja toimivallan vapauttamista organisaatiossa. (Pirnes 1994, 9–10.) Tyytyväisyys tiimityöhön on sitä suurempi mitä suurempi autonomia ja itsenäisyys tiimeillä on. Muutos edellyttää, että henkilöiden on muutettava käytäytymistään, taitojaan ja

arvojaan sekä totuttuja toimintatapojaan. (Katzenbach & Smith 1993, 195, Sprigg et. al. 2000.)

Organisaation johtajilta tiimiorganisaation onnistuminen edellyttää vahvan *suoritusmoraalin* juuruttamista organisaatioon. Johto luo vankan perustan tiimityölle korostamalla tiimisuuritusten merkitystä. Tiimit ovat muodollisia rakenteita ja prosesseja yhdistävä ja lujittava voima. Tiimien ei tarvitse merkitä uhkaa organisaation perusprosesseille. Tiimit sopivat parhaiten yli osastorajojen ulottuvien, poikkiorganisatoristen prosessien yhdistämiseen ja ydinprosessien suunnitteluun ja tehostamiseen. Tiimit eivät ole hierarkian korvike vaan organisaation suoritusten perusyksikkö. Tiimeissä tapahtuu myös oppimista, joka säilyy organisaatiossa. (Katzenbach & Smith 1993, 4–6.)

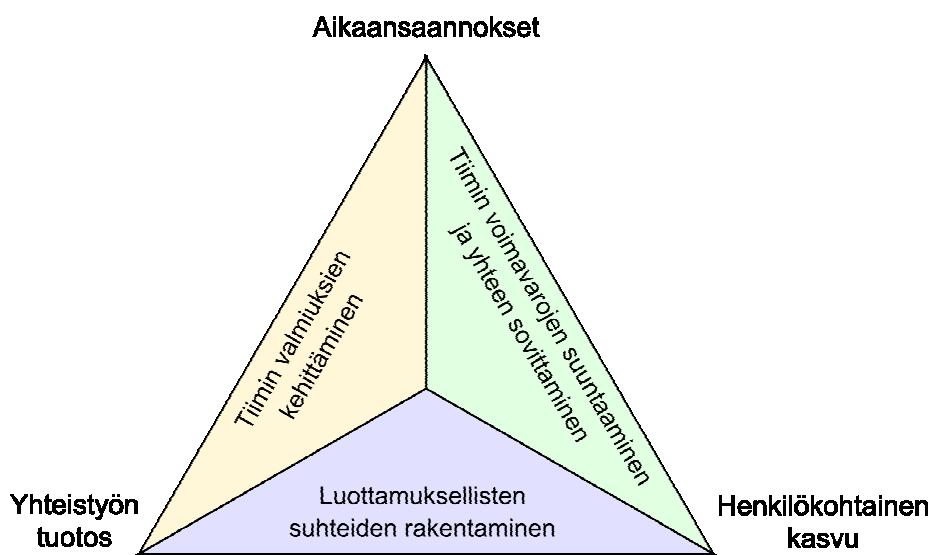
Tiimitoiminnan avulla pyritään tavoitteellisesti muuttamaan *yrityksen rakenteita*. Tiimitoiminnan avulla pyritään yleensä organisaation tehokkuuden ja ihmillisten voimavarojen käytön parantamiseen. Lisäksi sitoutuminen paranee, joustavuus lisääntyy ja ihmiset kokevat työnsä kehittyvän myönteiseen suuntaan. Pirneksen (1994, 118–119) tutkimuksessa tiimiyytymispäätökset perustuvat voittopuolisesti yrityksen tavoitteille. Yleensä tiimiyytymispäätökset tehdään johdon tai omistajien aloitteesta. Yrityksen johtajan ja tiimin vetäjän arvomaailmalla on merkitystä tiimiyytymisessä.

Tiimiorganisaation johtaminen

Haasteellista tiimiorganisaation muodostamisessa on sen suunnittelu ja johtaminen hierarkisesta toimintatavasta enemmän osallistuvaan suuntaan (Procter & Mueller 2000, 18.) Ylimmän johdon tärkein tehtävä on johtaa organisaatiota mahdollisimman hyviin suorituksiin. Ylimpien johtajien on tiimejä harkitessaan otettava huomioon strategia, yksilölliset toimeksiantot, hierarkia ja rakenne, johtamisen perusprosessit ja poikkiorganisatoriset työnkuluprosessit. Yritysjohdon tiimejä koskevan tehtävän ytimenä on huomion, toimintaperiaatteiden ja resurssien kohdistaminen tiimeihin, jotka ovat suoritusten kannalta olennaisimpia. *Tiimisuuritusten korostaminen* ja uusien suoritusmahdolisuksien tarjoaminen kannustavat tiimisuurituksiin. Johdon haasteena on ohjata resurssien käyttöä tiimien suoritusten edistämistarkoitussa. Yritysjohdon on määriteltävä mitkä tiimit

vaikuttavat eniten suorituksiin, autettava tiimejä etenemään sekä tiedettävä, mitkä asiat ovat ominaisia vain johtotiimeille. Yritysjohdolle on hyödyllistä tehdä ero erilaisten tiimien välillä. (Katzenbach & Smith 1993, 241–246.)

Toimintaympäristön muutos ja valmiuksien kehittäminen yhdessä näyttävät luovan otollisen maaperän tiimiyytymiskehitykselle. Kehityksen hitaus tiimeissä on hyvin usein kiinni niiden esimiehistä. Työnjohdon ja keskijohdon tiimiyytyminen edistäävät organisaation tiimiyytymistä. Tiimikulttuuri toteutuu usein sitten, kun kaikki organisaatiotasot ovat valmiita valtuuttavaan, itsejohtoisuutta edistäävään johtamiseen. Johtamispätevyys jakaantuu kolmeen ulottuvuuteen: tiimien valmiuksien kehittämiseen, luottamuksellisten suhteiden rakentamiseen ja tiimien voimavarojen organisointiin. Pirnes (1994, 122–123) on yhdistänyt nämä ulottuvuudet Katzenbachin ja Smithin malliin tiimitoiminnan tulosulottuvuuksista ja saanut siten tiimitoiminnan kehittämisen mallin (kuvio 3).



Kuva 3. Tiimitoiminnan kehittämisen malli (Pirnes 1994).

Mallissa on kolme tiimitoiminnan *tulosulottuvuutta*: 1) aikaansaannokset, 2) yhteistyön tulos ja 3) henkilökohtainen kasvu. Lisäksi mallissa on kolme tiimitoiminnan *kehittämisen ulottuvuutta*: 1) tiimin valmiuksien kehittäminen, 2) luottamuksellisten suhteiden rakentaminen ja 3) tiimin voimavarojen organisointi.

Tiimit ovat käytännöllisiä ja saavuttavat tuloksia (Katzenbach & Smith 1993, 256). Tiimit parantavat yksilöiden, hierarkian sekä johtamisen prosesseja

(Katzenbach & Smith 1993, 255). Organisaatioissa, joissa tiimityötä on lähestytty taloudellisesta näkökulmasta, syntyy taloudellisia säästöjä. Sosiaalisiin ja kulttuurisiin tekijöihin tiimityöllä on myönteisiä vaikutusta, jos niihin on kiinnitettynä huomiota tiimityöhön siirryttääessä. Tiimityön vaikutukset ovat positiivisemmat organisaatioissa, joissa johtamiskäytännöt ovat joustavampia. (Bacon & Blyton 2000, 1425, 1452.)

Organisaatioiden kehittämisesä on yleensä kiinnitetty enemmän huomiota tiimien kehittämiseen kuin yksilöiden osaamisen kehittämiseen. Tiimityö on enemmän kuin johtamisen muoti-ilmiö, mutta vähemmän kuin ratkaisu kaikkiin organisaation ongelmiin. Tiimityötä pitäisikin aina tarkastella sen moniulotteisessa kontekstissa. Usein tiimityön kehittäminen aloitetaan johdosta käsin ja sillä saavutettavat hyödyt yliarvioidaan. Tiimityö sopii hyvin esimerkiksi tutkimukseen, teollisuuteen ja myyntiin. Tiimityön sopivuutta arvioitaessa tulisi huomioida myös informaation jakaminen ja työkulttuurin sopivuus. (Mueller et. al. 2000, 1388–1389.)

Tiimin vetäminen

Tiimin vetäjän rooli on erittäin merkittävä siirryttääessä tiimityöhön. Uudenlaiseen valmentajan rooliin siirtyminen on usein vaikea tehtävä tiimin vetäjälle. On usein vaikea löytää henkilötä, jotka omaavat tarvittavat tekniset ja sosiaaliset taidot ja kompetenssit. Tiimin vetäjä saattaa joutua kestämään myös erittäin kovia henkisiä paineita, jos tiimityöhön siirtymistä vastustetaan voimakkaiden henkilöiden taholta. Uudessa tilanteessa tiimin vetäjällä saattaa olla merkittävä vastuu tiimin johtamisesta, joka linkittyy kuitenkin käytännön työhön. Tiimityö voi lisätä työntekijöiden keskinäistä kontrollia aikaisemman johdon toteuttaman kontrollin sijaan, ja tällä voi olla positiivinen vaikutus työntekijöihin. (Mueller et. al. 2000, 1410.)

Tiimin sisäinen johtajuus on merkittävä tekijä kohti huipputiimiksi kehittymistä. Tiimin sisäinen johtaja on tiimin jäsen, jolla on samat tehtävät, vastuu ja roolit kuin muillakin jäsenillä. Tiimin sisäinen johtajuus voi olla myös eri henkilöillä tilanteesta riippuen. Tiimin vetäjä voi toimia yhteishenkilönä, linkkihenkilönä sekä tiimin edustajana. (Pirnes 1994, 57.)

Yleensä tiimi on itseohjautuva ja sen vetäjyys voi vaihdella. Johtajuus ja vetovastuu ovat tiimissä jaettuja. Ryhmässä tulokset syntyvät yksilöiden ponnistusten tuloksena. Työskentelytapa on projektinomaista. Ryhmässä vastuu työskentelystä on yhdellä vetäjällä ja ryhmässä on yksi johtaja. Tehokas tiimin johtaminen voidaan nähdä ryhmän auttamisena läpi kehitysvaiheiden kypsäksi tiimiksi motivoiden ja tukien, sekä mahdollistaen tehokkaan kommunikaation ja hyvät henkilösuhteet sekä tehokkaat työmenetelmät tiimissä. (Pirnes 1994, 60, Hyrkäs & Appelqvist-Schlechner 2003, 192–197).

Johtajuuden muutos tiimityöhön siirryttäässä sekä tiimin vetäjän roolin muotoutuminen ovat tiimityössä mielenkiintoisia ja haastavia muutoksia. Tiimin vetäjän rooli ei ole kovin näkyvä, koska tiimi toimii itseohjautuvasti. Tiiminvetäjien valinta tiimin jäsenistä saattaa helposti herättää katkeruutta tiimissä. Tässä tilanteessa tiimin vetäjän rooli edellyttää hyvää paineensietokykyä. Tiimin valmentajan roolin kehittäminen on osoittautunut käytännössä vaikeaksi. (Procter & Mueller 2000, 13–14.)

Yhteisvastuullisuus ja käsitys siitä, että vain tiimi voi epäonnistua, lähtee tiimin vetäjästä. Tiimin vetäjät selkiytyvät tiimin tarkoitusta ja tavoitteita, rakentavat sitoutumista ja itseluottamusta tiimissä, vahvistavat tiimin kollektiivisia taitoja ja työskentelyapoja ja poistavat ulkoisia esteitä työskentelymahdollisuksilta. He aktivoivat tiimiä. Tiimin vetäjä tekee kuitenkin todellista työtä kuten muutkin tiimin jäsenet. (Katzenbach & Smith 1993, 130–131, Junger et. al. 2007, 351–352.)

Tiimin vetäjän työn ydin on löytää oikea tasapaino ohjaamisen ja valvonnasta luopumisen välillä. Päättöksentekoon osallistuminen, vetätyminen, ohjaaminen sekä suuntaviivojen antaminen ovat tiiminvetäjän haasteita. (Katzenbach & Smith 1993, 132.)

Pirneksen (1994, 120) tutkimustulokset vahvistivat, että tiimien johtajien ja jäsenten näkemyserot tehtävärooleihin liittyvästä vastuunjaosta kertovat luottamuksen astesta, toisaalta tiimin johtajan luottamuksesta tiimin itsejohtoisuuteen, toisaalta tiimien luottamuksesta omaan kykyynsä toimia itsejohtoisesti. Tutkimus osoitti, että tiimien johtajien on opittava luottamaan ja valtuuttamaan entistä enemmän. Samoin se osoitti, että tiimien johtamispätevyys ei useinkaan vastaa sille

asetettavia vaatimuksia. Johtamistapa voi jopa rajoittaa tiimin kehittymistä, joten johtamispätevyyden kehittäminen on tärkeää. Parhaimmillaan tiimityö tukee tiimin jäsenten hyvinvointia, mutta vain silloin, kun tiimityö on toimivaa. (Fay 2006, 556.)

6. Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimustehtävät

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata tiimityön kehittymistä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyessä kotihoidoksi sekä kehittää malli kotihoidon kehittämisestä.

Tutkimuksen tavoitteena on luoda uutta tietoa kotihoitotyön kehittämisestä tiimityön avulla sekä rakenteita kotihoitotyön kehittämiseen.

Tutkimuksen pääongelma muodostui samansuuntaiseksi kehittämishankkeen tavoitteiden kanssa. Tutkimuksen pääongelmaksi muodostui kysymys, miten kotihoitoa voidaan kehittää tiimityön avulla? Tutkimusongelmaa lähestytiin konstruktivisen tutkimusotteen avulla prosessorientoituneen toimintatutkimuksen keinoin.

Kohoke-projektiin tavoitteiden pohjalta muodostuivat kehittämishankkeen aikana tutkimustehtävät, jotka ovat seuraavat:

1. Miten tiimityö kehittyi kotihoidossa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyessä kotihoidoksi?

2. Minkälainen kotihoidon kehittämistoiminnan malli syntyy toimintatutkimuksen tuloksena kehittämishankkeen aikana?

Osa II Tutkimuksen toteutus

7. Kotihoitotyön kehittäminen Kohoke-projektissa

Seuraavassa luvussa kuvataan kehittämistoiminnan toteuttamista Janakkalan kotihoidon kehittämishankkeessa vuosina 2000–2003. Kehittämishanke toimi tämän tutkimuksen tutkimuskontekstina. Kehittämistoimintaa on kuvattu kehittämiskontekstin ja kehittämistoimenpiteiden näkökulmista.

7.1 Kehittämishanke ja kehittämistoiminnan organisoiminen

Janakkalan kotihoidossa toteutettiin KOHOKE eli kotihoidon tutkimus- ja kehittämishanke vuosina 2000–2003. Kehittämishanke käynnistyi 1.5.2000. Tuolloin Janakkalassa toteutettiin organisaatioudistus, jossa sosiaali- ja terveysosastot yhdistettiin uudeksi perusturvan toimialaksi. Samassa yhteydessä kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdistettiin uudeksi kotihoidoksi. Kotihoidon kehittämisen tueksi käynnistettiin projekti, jonka tavoitteena oli kehittää kotihoidon ja kotipalvelun toimintatapoja uudeksi kotihoidoksi. Toimintatapojen muutosten lisäksi projektin tavoitteena oli ikääntyvien työntekijöiden työkyvyn ylläpitäminen ja tukeminen muutosprosessissa. Tarkoituksena oli yhteisten tavoitteiden ja arvopohjan määrittämisen kautta oppia ja soveltaa tiimimäistä työskentelytapaa käytännön asiakaslähtöisessä kotihoitotyössä.

Projekti oli työntekijälähtöinen kehittämishanke. Menetelmällisesti se perustui toimintatutkimukseen. Kehittämistyöhön osallistuvat työntekijöiden lisäksi Hämeen ammattikorkeakoulun opiskelijoita ja opettajia. Kehittämistyötä arvioitiin Sosiaali-kehitys Oy:n tutkijan toimesta arvointidialogi-menetelmää käyttäen. Kohoke-projekti oli Kansallisen työelämän kehittämisojelman tukema hanke, joka kuului yhteiseen kehittämismoduuliin Tampereen ja Kuopion kotihoidon kehittämis-

hankkeiden kanssa. Kehittämishankkeelle perustettiin ohjausryhmä. Ohjausryhmällä tarkoitetaan foorumia, jossa kehittämistoimintaan liittyvät intressit kohtaavat ja kehittämistoimintaa voidaan jäsentää ja saada toiminnalle hyväksytä (Toikko & Rantanen 2009, 59). Ohjausryhmään valittiin organisaation työntekijöiden ja johdon edustus sekä Hämeen ammattikorkeakoulun opettajaedustus sosiaali- ja terveysalalta.

Tutkija toimi kehittämishankkeessa Hämeen ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opettajana kehittäjän sekä tutkijan roolissa. Tutkija osallistui kehittämisprosessien suunnittelun, ohjaukseen, kehittämistyötä tukevien toimenpiteiden järjestämiseen sekä kehittämisprosessien evaluointiin yhtenä ohjausryhmän jäsenenä. Kehittäjät, joista toinen oli sosiaalialan opettaja, suunnittelivat ja toteuttivat työkonferenssien suunnittelun ja vetämisen. Työkonferenssit toteutettiin toimintatutkimukselle ominaisella tavalla ja toteuttivat kommunikatiivisen toimintatutkimuksen ideaa. (vrt. Kuula 1999, 94–95).

Työkonferensseissa painotti avoin vuoropuhelu sekä osallistujien että sosiaali- ja terveydenhuoltoalan välillä. Tätä vuoropuhelua pyrittiin tukemaan myös kehittäjien edustaessa sekä sosiaalialan että hoitotyön koulutusohjelmaa. Kehittäjien keskeinen tehtävä oli suorittaa yhteenvetoa työkonferensseissa ja viedä kehittämistyötä osaltaan eteenpäin erilaisia kehittämismenetelmiä hyväksi käyttäen. Tutkija keräsi tutkimushankkeen aikana tutkimusaineistoa, analysoi sitä tutkimussuunnitelmansa mukaisesti ja esitti tuloksia sekä suunnitteluryhmälle että kotihoidon henkilöstölle. Analysointien tulokset ja niistä tehdyt johtopäätökset ohjasivat kehittämistyön suuntaa ja kehittämistyöhön liittyvää päätöksentekoa. Tutkija oli läsnä kehittämistyössä koko kehittämishankkeen ajan suunnittelemalla, kommunikoimalla ja osallistumalla kehittämistyöhön liittyvään toimintaan. Tutkijan rooli kehittämistyössä on verrattavissa yleensä toimintatutkimuksessa esitettyyn tutkijan rooliin.

Kehittämistyön tuloksena Janakkalan uudelle kotihoidolle luotiin yhteinen arvoperusta. Tärkeimmiksi toimintaa ohjaaviksi arvoiksi henkilöstö määritteli asiakaslähtöisyyden, tasa-arvon ja yksilöllisyyden. Kolmivuotisen kehittämistyön aikana käynnistettiin kotihoidossa moniammatillinen tiimityö. Toiminnan uudelleenorganisointi edellytti onnistuakseen yhteisten uusien arjen työkäytäntöjen

luomista. Uudella tavalla organisoitu työ sekä uudet toimintamallit muuttuivat arjen toimintakäytännöiksi kolmen vuoden aikana. Hankkeessa saatuiin runsaasti kokemusta kotihoidoito-organisaation ja ammattikorkeakoulun kehittämisyhteistyöstä. Mielenkiintoisen lisänsä kehittämistyöhön antoi kehittämisverkostotyöskentely kotihoidoito-organisaatioiden välillä.

7.2 Kehittämiskonteksti

Janakkalan kunta on kantahämäläinen kunta, joka sijaitsee kolmostien varrella. Vuonna 2008 Janakkalassa on asukkaita noin 16.421. Kunnan väkiluku on kasvava. Väestöstä 1474 henkilöä on 65–74 -vuotiaita ja yli 75-vuotiaita on 1263 henkilöä. Kunnan palvelujen kehittämiseen on vaikuttanut kahden melko suuren taajaman, Turengin ja Tervakosken, sijainti kunnassa. Kunnan palvelut ovat molemmissa taajamissa lähes identtiset, tosin Turengissa ne ovat hieman laajemmat. Janakkalan kotihoidossa toimii viisi hoitotiimiä, joista kaksi Tervakoskella ja kolme Turengissa.

Vuonna 2000 kehittämishankkeen alkaessa Janakkalan yhdistetyssä kotihoidossa työskenteli 38 työntekijää. Kotihoidon työntekijöistä 31,5 työntekijää toimi kotikäyntityössä avohoidossa ja 6,5 työntekijää Tohvelakodissa, joka on asumispalveluyksikkö. Tohvelakoti poistui kotihoidon organisaatiosta hankkeen aikana. Ammatti-rakenteeltaan henkilöstöön kuului tuolloin 4 sairaanhoitajaa, 5 perushoitajaa ja 27 kodinhoitajaa, joista 4 oli käynyt lähihoitajakoulutuksen, sekä kaksi kotiavustajaa. Kotona annettaviin palveluihin kuuluvat asiakkaiden luona annettavat hoito- ja huolenpitopalvelut, ateriapalvelut sekä turvapuhelinpalvelut. Suurin osa palveluista kohdentuu kunnan vanhusväestöön. (Janakkalan kunta 2001.)

7.3 Kehittämistyö

Seuraavassa kappaleessa kuvataan kehittämistoiminnan toteuttamista. Ensimmäiseksi kuvataan kehittämistoiminnan metodologisia perusvalintoja ja arvioidaan kehittämistyön lähtökohtia. Tämän jälkeen on kuvattu kehittämistyön lähtötilanteen määrittely, kehittämistyön suunnittelu, kehittämistyön toteutumisen vaiheet ja lopuksi kehittämistyön tavoitteiden toteutuminen.

7.3.1 Kehittämistoiminnan metodologiset perusvalinnat tässä hankkeessa

Kehittämistoimintaan lähdettäessä joudutaan ottamaan kantaa kehittämistyön perusnäkemyksiin, jotka ohjaavat myös tutkimuksellisen kehittämistoiminnan metodisia valintoja. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan metodologisia kysymyksiä ovat ontologiset, epistemologiset, lähestymistapaa koskevat kysymykset sekä toiminnan luonnetta koskevat kysymykset. Kehittämistyön suhde näihin kehittämistoiminnan metodologisiin perusvalintoihin perustelevat myös tutkimus- ja kehittämismenetelmien metodologisia valintoja. (Toikko & Rantanen 2009, 54–55.)

Ontologiset sitoumukset kuvaavat kehittämistoiminnan todellisuuskäsitystä. Todellisuus nähdään kompleksisena sosiaalisena rakenteena, joka muuttuu koko ajan. Todellisuus sisältää sekä ulkoiset faktat että tulkinnallisen todellisuuden. Työyhteisön toiminta sisältää viralliset tavoitteet, periaatteet ja organisaatio-rakenteet sekä lisäksi toimijoiden tavan hahmottaa työtä, sen tavoitteita ja sitä ohjaavia periaatteita. (Toikko & Rantanen 2009, 54–55.) Tässä kehittämishankkeessa tulkinnallisena lähtökohtana on ollut sekä ymmärtää organisaatio-muutosta, jossa siirryttiin tiimiorganisaatioon, että työntekijälähtöisesti ymmärtää työntekijöiden tulkintaa omasta työstään ja kehittämistoiminnastaan.

Epistemologilla kysymyksillä otetaan kantaa kehittämistoiminnan tietokäsitykseen. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa uuden tiedon ajatellaan syntyyvän sen käyttöyhteyksissä. Uuden tiedon kriteerinä on sen käytännöllisyys, käytökelpoisuus ja siirrettävyys. (Toikko & Rantanen 2009, 54–55.) Tässä kehittämishankkeessa on pyritty tuottamaan käytännöllistä tietoa oman organisaation sisällä ja verkostoyhteistyön avulla sekä lisäksi tuottamaan uudet toimivat työkäytännöt uuden kotihoidon toimintaa varten.

Lähestymistapaa pohtivissa valinnoissa selvitetään kehittämistoimintaa ohjaavat intressit. Kehittämisorientaatiota pohtimalla kehittämistoiminnan tavoitteet ja toimintatavat pyritään tekemään näkyviksi. Kriittisyyss tarkoittaa asioiden monipuolista tarkastelua, jossa kaikki näkökulmat pääsevät mahdollisimman hyvin esille. Näin toimija- ja käyttäjälähtöisyyss korostuvat. (Toikko & Rantanen 2009, 55.) Tässä kehittämishankkeessa kehittämistyön viitekehykseksi valittiin toiminta-

tutkimukseen perustuva, työtekijälähtöinen, työssä oppimisen ja yhteistoiminnalliseen oppimiseen perustuva lähestymistapa. Viitekehykseksi valittiin mahdollisimman työtekijälähtöinen lähestymistapa, koska se mahdollisti työntekijöiden oman työn organisoinnin ja kehittämisen sekä sitoutumisen oman työnsä ja organisaation kehittämiseen. Kehittämисalueet, ongelmat, tavoitteet ja ratkaisut pyrittiin määrittelemään työtekijälähtöisesti.

Kehittämistoiminnan luonteseen liittyvät kannanotot yhdistyvät näkemykseen yhteiskunnallisesta todellisuudesta ja toimintaympäristön kompleksisuudesta. Kompleksisessa toimintaympäristössä kehittäminen ei perustu määriteltyihin tavoitteisiin ja prosesseihin, vaan se etenee prosessimaisesti täydentyen. Kehittäminen edellyttää toimijoilta jatkuvaan toimintatapoja tarkastelua. Kehittäjiltä vaaditaan reflektiivistä asiantuntijuutta. Olennaista on kyettä tekemään ratkaisuja jatkuvasti muuttuvassa ja vaikeasti hahmottuvassa sosiaalisessa todellisuudessa. (Toikko & Rantanen 2009, 55.) Tässä kehittämishankkeessa valittiin noudatettavaksi yhteistoiminnallisen kehittämisen piirteitä ja arvoja, jotka Syvänen (2001) on kuvannut seuraavasti:

1. tavoitteet määrittyvät kehittämiskohteen omista ongelmista ja tarpeista käsin
2. kehittäminen tapahtuu kehittämiskohteen henkilöstön omana työnä
3. kirjatut tavoitteet ja muutostarpeet konkretisoituvat todellisina toiminta-käytäntöjen muutoksina
4. kehittämisessä sitoudutaan yhteistoiminnallisuuteen
5. kehittämisideoiden toteutusvastuu on paikallisilla toimijoilla

7.3.2 Kehittämistyön tavoitteet

Kohoke-projekti oli työssä oppimisen ja yhteistoiminnallisen oppimisen ajatuksiin perustuva kehittämishanke, jonka tavoitteena oli kehittää Janakkalan kotihoidosta tiimiorganisaatio oppivan organisaation perusajatuksia hyväksi käyttäen. Kehittämistyön tavoite muotoutui yhteiskunnallisten, työelämän ja sosiaali- ja terveydenhuoltoalan muutosta koskevia perustelujen pohjalta, joita on

eritylty luvuissa 2–5. Kehittämistyön tavoitteeksi asetettiin yhteisen kotihoidon kehittäminen. Tavoite jäsentyi seuraaviksi kehittämistehtäviksi:

1. Kehittää kotisairaanhoidon ja kotipalvelun toimintatapoja yhteiseksi kotihoidoksi.
2. Ikääntyvien työntekijöiden työkyvyn ylläpitäminen ja tukeminen muutosprosessissa.
3. Tiimimäisen työskentelytavan oppiminen ja soveltaminen käytännön asiakaslähtöiseen työhön.
4. Ammatillisten valmiuksien lisääminen.
5. Vanhusten kotona selviytymisen tukeminen.

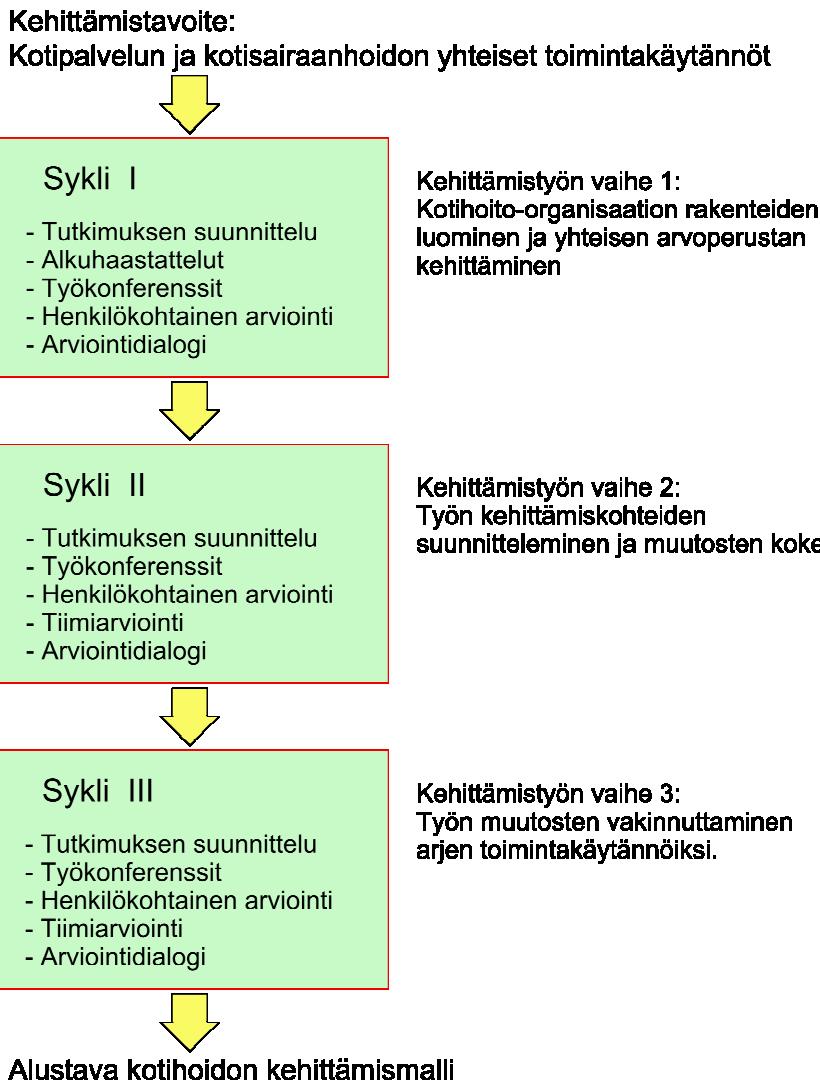
7.3.3 Lähtötilanteen määrittely

Lähtötilanteen kartoituksessa teemahaastateltiin keväällä 2000 koko kotihoidon henkilöstö sekä haastatteluun halukkaat kotihoidossa toimivat lääkärit. Haastattelun teemat olivat työssä jaksaminen, kotihoido sekä asiakaslähtöisyys. Haastattelussa kartoitettiin myös henkilöstön koulutustarpeita sekä muita toiveita. Haastattelut suorittiivat Hämeen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat sekä yksi heidän opettajistaan. Opettaja ja opiskelijat analysoivat haastatteluaineiston. Keskeisenä tuloksena saatiin henkilöstön kehittämisyönteisyyys, koulutushalukkuus ja koulutuksen tarve sekä muutostilanteessa tuen tarve työssä jaksamisen suhteen. Koulutuksen tarvetta ilmeni sekä uuden toimintatavan että hoitotyön ammatillisen osaamisen suhteen. Tämän aineiston perusteella käynnistettiin kehittämistoimenpiteiden suunnittelu projektin ohjausryhmässä. Ohjausryhmään kuuluivat aluksi vanhustyön johtaja, kotihoidon ohjaaja, kolme työntekijöiden edustajaa sekä neljä kouluttajaa. Syksyllä 2001 ohjausryhmää laajennettiin niin, että siihen kuului edustaja jokaisesta viidestä kotihoidon tiimistä.

7.3.4 Kehittämisprosessi

Kehittämisprosessin malliksi valittiin spiraalimalli (kuvio 4), koska se tukee pitkäjänteistä kehittämisprosessia. Kehittämistoiminta toteutetaan jatkuvana prosessina, jossa kehittämistoiminnan tulokset asetetaan yhä uudelleen ja uudelleen

arvioitavaksi. Arvioinnin tuloksena hankkeen perusteluja täsmennetään, kuten myös organisointia ja toteutusta. Koska kotihoidon uudesta muodosta ja työprosesseista ei voitu explikoida tarkkaa kuvaaa kehittämistyön tavoitteeksi, syklisesti etenevä kehittämistoiminta oli sopiva malli kehittämisprosessille. Spiraalimalli sopi hyvin kehittämistyön rakenteeksi, koska haluttiin toteuttaa kehittämistoimintaa, joka täsmentyy kehittämisprosessien aikana. Toimintatutkimuksellisessa spiraalissa korostuu konkreettisen toiminnan (havainnointi ja toteutus) ja sitä käsittelevän diskurssin (suunnittelu ja reflektio) välinen vuorovaikutus. Lisäksi spiraaliin sisältyvät Carrin ja Kemmisin (1986) mukaan konstruktivistiset tehtävät (suunnittelu ja toteutus) ja rekonstruktivistiset tehtävät (havainnointi ja reflektointi), jotka vaihtuvat prosessin edetessä. (Toikka & Rantanen 2009, 66.) Koska tässä kehittämishankkeessa haluttiin korostaa yhteistoiminnallisuutta ja yhteistä reflektiivistä oppimista, spiraalimalli oli hyvin perusteltu toimintarakenne. Näistä lähtökohdista oli myös selkeää lähestyä tutkimustehtävää konstruktivisella tutkimusotteetta toimintatutkimuksen keinoin (luku 8).



Kuvio 4. Kehittämisprosessin kulku.

7.3.5 Suunnittelu

Alkuvaiheen suunnittelun toteuttivat vanhustyön johtaja, kotihoidon ohjaaja, kunnan kehittämispäällikkö ja Hämeen ammattikorkeakoulun opettajat. Projektisuunnitelma aikatauluineen esiteltiin kotihoidon henkilöstölle maaliskuussa 2000, jolloin käytettiin keskustelua tulevasta kehittämistoiminnasta. Jokaisen työntekijän panos kehittämistyölle koettiin tärkeäksi, minkä vuoksi jokainen henkilö sai mahdollisuuden osallistua teemahaastatteluun. Yhteisesti haettiin keinoja suunnitella mahdollisimman toimiva hanke, jossa todellinen osallistuminen on kaikkien oikeus ja velvollisuus. Projektiin toteuttamista varten laadittiin aikataulu sekä suunnitelma hankkeen sisällöstä ja toteutuksesta. Kaikille hankkeeseen

osallistuville tarjottiin mahdollisuus kommentoida suunnitelmaa ja osallistua sen tekemiseen.

Kehittämishankkeessa korostui prosessin jatkuva arvointi ja sen mukainen koulutussuunnittelun. Työntekijät arvioivat syksyn 2000 koulutusta ja kehittämisprosessin etenemistä vastaamalla kyselyyn, joka oli kevään 2001 koulutussuunnittelun pohjana. Suunnittelussa korostui työntekijöiden mahdollisuus ja vastuu ilmaista, mitä koulutusta he tarvitsevat kotihoidon tavoitteiden saavuttamiseksi.

Vuoden 2000 – kevät 2001 ja syksyn 2001 – kevät 2002 välisiä prosesseja arvioitiin dialogimenetelmällä. Arvointidialogin tulokset olivat pohjana kehittämistyön etenemiselle. Kehittämisen edettiin kolmessa syklissä. Jokainen sykli oli noin vuoden mittainen ja sisälsi diagnostiikan, suunnittelun, toteutuksen, arvioinnin ja oppimisen vaiheet. Kehittämisprojektin aikana käytettiin sekä määrällisiä että laadullisia tutkimusmenetelmiä kehittämistyön etenemisen arvioimiseksi.

Kohoke-projektissa kehittäjien (toisena kehittäjänä tutkija) rooli oli osallistua kehittämisprosessien suunnittelun, ohjaukseen, kehittämistyötä tukevien toimenpiteiden järjestämiseen sekä kehittämisprosessien evaluointiin. Suunnitteluryhmänä työssä toimi projektin ohjausryhmä. Keskeisenä työmenetelmänä käytettiin työkonferenssin tyypisiä koulutus- ja kehittämistilaisuuksia. Tilaisuuksien tavoitteena oli sekä tiimikohtainen keskustelu ja kehittämistehtävien työstäminen että yhteinen suunnittelun ja kehittämistyön tuotosten yhteenjakaminen ja arvointi. Lisäksi kehittämismenetelminä toimivat kirjalliset kyselyt ja palautteet, ryhmähaastattelu, opiskelijoiden toteuttamat asiakas- ja työntekijähaastattelut sekä työntekijöiden tiimipalaverit. (kuva 4)

7.3.6 Kehittämistyön tavoitteiden toteutuminen

Seuraavissa kappaleissa kuvataan Kohoke-projektin kehittämistavoitteiden toteutumista. Keskeisenä lähteenä on käytetty projektin loppuraporttia.

*Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun toimintatapojen kehittäminen yhteiseksi
kotihoidoksi*

Kohoke-projektiin loppuraporttiin (Paappanen & Sanerma 2003) mukaan kotihoidon toimintatavoissa saatiin aikaan merkittäviä vakiintuneita muutoksia. Käytännön toiminnan muutokset perustuivat toiminnan perustehtävän ja arvo-perustan määrittelylle. Henkilöstö määritteli kotihoidon yhteiseksi arvoperustaksi asiakaslähtöisyyden, tasa-arvon ja yksilöllisyyden. Arvoista keskusteltiin koko hankkeen ajan ja pyrittiin saamaan ne näkyviin käytännön työssä. Kotihoidossa asiakaslähtöisyyys koettiin ensisijaiseksi työtä ohjaavaksi arvoksi. Arvokeskustelu auttoi luomaan yhteistä kulttuuria kotihoidolle. Arvokeskustelussa oli selkeästi nähtäväissä näkemyseroja terveydenhuollon ja sosiaalihuollon ammattilaisten käsityksissä esimerkiksi siitä, mitä ovat hyvä elämä ja hyvä hoito vanhusten kotihoidossa.

Asiakaslähtöisyyden ja tasa-arvon toteuttamiseksi määriteltiin kotihoidon kuukausiasiakkuus. Yhteisten perusarvojen määrittelemisen jälkeen määriteltiin tiimikohtaiset työn tavoitteet ja pelisäännöt. Kotihoidolle sovittiin yhteinen puhelin-aika jokaiselle tiimille klo 12.00–12.30. Jokainen tiimi vastaa oman alueensa väestöstä. (Paappanen & Sanerma 2003.)

Vuoden 2001 alusta lähtien asiakkaat ohjautuivat yhä enemmän suoraan tiimien työntekijöille ilman kotihoidon ohjaajan välitystä. Kotihoidon ohjaajan kotikäynnit sekä palvelutarpeen arvioinnit vähenivät. Varsinkin yhteistyökumppanit (sairaala, vanhainkoti, päivätoiminta) oppivat nopeasti ottamaan suoraan yhteyttä kyseisen alueen kotihoidon työntekijöihin. Koettiin helpottavana, että yhdellä yhteydenotolla pystyttiin järjestämään koko asiakkaan tarvitsema palvelukokonaisuus, jonka kotihoito sitten järjesti asiakkaalle. (Paappanen & Sanerma 2003.)

Kotihoidossa otettiin käyttöön asiakaspalaverikäytäntö. Sen myötä asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat päivitettiin ajantasalle ja tarvittava tieto asiakkaan hoidosta välitti myös kodinhoitajien tietoon. Omahoitaja esittelee asiakkaan asioita. Tiimin hoidossa olevien asiakkaiden tunteminen lisääntyi. Nyt uuden asiakkaan palvelusta käydään yhteinen keskustelu tiimin kanssa. Keskustelun yhteydessä nimetään hänelle omahoitaja tai omahoitajapari ja järjestetään asiakkaan

palvelukokonaisuus. Asiakaspalaverissa asiakkaiden käyntimäärit tarkistetaan ja tehdään mahdollisia muutoksia asiakkaan tarpeiden mukaan. Moniammatillinen osaaminen tulee paremmin asiakkaan käyttöön, kun asiakkaan asioita pohditaan monesta eri näkökulmasta. Jokaiselta asiakkaalta kysytään lupa hänen asioidensa käsitteilyyn. Hoitoneuvottelukäytäntö oli jo ennestään melko vakiintunut toimintatapa asiakkaan sairaalasta ja vanhainkodista kotiutumisen yhteydessä, mutta neuvottelukäytäntöä tehostettiin edelleen. Jokaisen kotiutuksen yhteydessä pyritään pitämään hoitoneuvottelu, jos kotiuttamisessa kotihoidon palvelun tarve asiakkaalle selkeästi muuttuu tai lisääntyy. (Paappanen & Sanerma 2003.)

Työn ja työvuorojen suunnittelu siirtyi osittain tiimeille. Kaksi työntekijää Tervakoskella ja kaksi työntekijää Turengissa tekevät työvuorosuunnitelman koko Tervakosken ja Turengin alueille kuudeksi viikoksi kerrallaan. Kotihoidon ohjaajat vastaavat silti esimiehinä työvuorojen toteutuksen oikeellisuudesta. Työn ja työvuorojen suunnittelu on kuitenkin työn joustavuuden kannalta hyvä olla mahdollisimman lähellä perustyötä. (Paappanen & Sanerma 2003.)

Työn päivittäisessä sujuvuudessa ja organisoinnissa oli aluksi ongelmia. Osa tiimeistä otti käyttöön aamupalaverin, jossa joka arkiaamu käydään läpi tiimin asiakas- ja työntekijätilan. Jos muutoksia on tapahtunut, pyritään jakamaan asiakaskäynnit mahdollisimman joustavasti eri työntekijöiden kesken. Iltatyön sisältö selkiytettiin koko kotihoidossa. Iltatyötä pyrittiin tehostamaan niin, että jokainen iltahoitaja tekee asiakkaan luona vain välittämättömän hoidon, koska pääsääntöisesti iltakäynnin omaavan asiakkaan luona käydään myös useita kertoja päivällä. (Paappanen & Sanerma 2003.)

Kolmivuotisen kehittämисprojektin aikana todettiin, että kotihoitto on tuonut mukanaan paljon erilaisia palavereja ja keskustelutarvetta. Kotihoidossa on aamupalaverit, viikkopalaverit, tiimien yhteiset palaverit, hoitoneuvottelut ja sairaanhoidon omat palaverit. Kotihoidon palaverikäytäntöjen kehittäminen jatkuu organisaatiossa edelleen. (Paappanen & Sanerma 2003.)

Ikääntyvien työntekijöiden työkyvyn ylläpitäminen ja tukeminen

Kehittämishankkeeseen liittynyt toiminnan uudelleen organisointi, toimipisteiden muutokset sekä kaikki muu lisätyö koettiin hankkeen aikana voimia vaativaksi ja

usein ylimääräiseksi työksi. Työn uudelleenorganisoinnin edut ovat tulleet esille vasta hankkeen jälkeen, kun uudet toimintakäytännöt ovat hioutuneet. Hankkeen aikana henkilöstön sairauslomat lisääntyivät. Sairauslomien lisääntymisen näkyi sijaistarpeen lisääntymisenä. Vuonna 2002 ongelaksi muodostui selkeästi sijais-työvoiman puute. Työntekijät joutuivat jatkuvasti uudelleen organisoimaan ja järjesteleämään työtään, koska sijaisia ei ollut saatavilla lyhyisiin sairaslomiin. Lisäksi työntekijöiden jatkuva vaihtuminen hidasti ja vaikeutti kehittämistyötä. Vuoden 2003 alusta tilannetta pyrittiin helpottamaan sillä, että vuoden alusta perustettiin yhden sairaanhoitajan ja yhden lähihoitajan vakanssit varahenkilöiksi. (Paappanen & Sanerma 2003.)

Tiiminäisen työtavan oppiminen ja soveltaminen käytännön työssä

Moniammatilliset tiimit perustettiin heti kehittämisprojektin alussa, elokuussa 2000. Tiimit toimivat aluevastuisesti. Turengissa on kolme tiimiä; Tapaila, Paturi ja Taimisto. Tervakoskella on kaksi tiimiä; Hovila ja Lepola. Tiimien ammattirakenne ja koko vaihtelevat. Pienimmässä tiimissä on viisi jäsentä, suurimmassa seitsemän. Kolmessa tiimissä oli alussa sairaanhoitaja. Kehittämisprosessin lopussa, vuonna 2003, perustettiin sairaanhoitajan vakanssi, jolloin yhteen tiimin saatiin sairaanhoitajalisäys. (Paappanen & Sanerma 2003.)

Yhteiset työtilat ovat edistaneet tiimin jäsenten välistä yhteistyötä ja joustavaa yhteydenpitoa. Asiakkaiden tilanteiden nopeat muutokset saadaan keskusteltua akuutisti saman päivän aikana. Toisaalta tämä on koettu myös kuormittavana. Varsinkin terveydenhuollon ammattilaiset ovat joutuneet kantamaan suurempaa vastuuta asiakkaista kuin aikaisemmin. Asiakkaiden asioihin joutuu ottamaan nopeammin kantaa ja oma osaaminen tulee käyttöön aivan erilaisella tavalla kuin aikaisemmin. (Paappanen & Sanerma 2003.)

Tiimit pyrkivät aluksi pitämään tiimipalaverin joka viikko. Jokaisessa tiimissä on nimetty tiimin vastaava. Tiimin vastaavan tehtäviin kuuluu huolehtia tiimipalaverien kokoon kutsumisesta, postin selvityksestä ja ilmoitustaulun ajan tasalla pitämisestä. Lisäksi tiimin vastaava osallistuu tiimien vastuuhenkilöiden kokouksiin. Vuoden 2001 syksystä lähtien vastuuhenkilö edusti tiimiään Kohoke-projektiin ohjausryhmässä. Tiimin vastuuhenkilöiden tehtäviin kuuluu myös tiimien välisen

yhteistöön kehittäminen. Iltatyön organisointi kuuluu osittain tiimin vastuuhenkilölle. (Paappanen & Sanerma 2003.)

Muutosprosessissa korostuvat lähiesimiehen rooli ja kehittämistyön tukeminen. Tiimit tarvitsevat ja myös toivovat esimiehen oloa lähellä perustehtävää, koska muutoksessa on aina hyvin paljon selkiytymättömiäasioita. Kunnon molemmissa kotihoitopisteissä Turengissa ja Tervakoskella on oma lähiesimiehensä. Kehittämistyössä perustettiin lähiesimiesten tueksi Essu-tiimi, jossa tulosalueen johtaja oli mukana muutosprosessin kuluessa. Tiimi kokoontui noin kerran kuussa käsittelemään yhteisiä kotihoidonasioita. (Paappanen & Sanerma 2003.)

Ammatillisten valmiuksien lisääminen

Kotihoidossa työskenteli alussa neljä kodinhoitajaa, joilla oli lähihoitajan koulutus. Kehittämistyön aikana he työskentelivät sairaalan vuodeosastolla noin kuukauden ajan. Tämän jälkeen, lokakuussa 2001, lähihoitajakoulutuksen saanut terveydenhuollon ammattilainen sai virallisen ylilääkärin luvan osallistua asiakkaiden lääkehoidoon. Kehittämisprojektin aikana viisi muuta kodinhoitajaa valmistui lähihoitajaksi. Tiimistä riippuen lähihoitajien tehtäväkenttä on laajentunut niin, että heillä on selkeästi sekä omia kodinhoidollisia että sairaanhoidollisia asiakkaita, joista he itsenäisesti vastaavat. Projektin aikana terveydenhuollon ammattilaisten määrä lisääntyi yhdeksällä lähihoitajalla. He saivat toimivaltuudet toimia terveydenhuollon ammattilaisinä kotihoidossa. Lisäksi kotihoitoon perustettiin uusia vakansseja, yksi perushoitaja, yksi lähihoitaja ja kaksi varahenkilön vakanssia. (Paappanen & Sanerma 2003.)

Projektin aikana kotihoidossa kehitettiin omahoitajajärjestelmää. Kehittäminen oli erityisesti yhden tiimin kehittämistehtävänä. Samalla tiimi kehitti uutta paremmin palvelevaa hoito- ja palvelusuunnitelmaavaketta. HoPaSu-kaavake oli koekäytössä tässä tiimissä, minkä jälkeen se otettiin käyttöön koko kotihoidossa uusien asiakkaiden kohdalla. Omahoitajajärjestelmää vahvistettiin sisäisillä koulutustilaisuuksilla, joissa kätyiin läpi yksilövastuisen hoitotyön periaatteita ja omahoitajan tehtäviä. Omahoitajajärjestelmän käyttöönnotossa oli tiimikohtaisia eroja. Jotkut tiimit ovat valinneet toimintatavakseen omahoitajaparityöskentelyn. (Paappanen & Sanerma 2003.)

Vanhusstent kotona selviytymisen tukeminen

Kolmen vuoden kehittämisprojektiin aikana kotihoidon yli 75-vuotiaiden asiakkaiden määrä lisääntyi, vaikkakin käyntisuoritteet alussa vähenivät. Työntekijät kokevat, että kotona hoidetaan entistä huononkuntoisempia asiakkaita.

Opiskelijoiden vuonna 2001 toteuttaman selvityksen mukaan kotihoidon asiakkaat ovat tyytyväisiä samaansa palveluun. Tämä kertoo siitä, että arjen työ asiakkaiden parissa sujuu hyvin. Saattaja-apu ja seuran tarve asiakkailta vaativat yhteistyön kehittämistä kolmannen sektorin palvelujen kanssa. Vuoden 2002 syksyllä kaikki työntekijät keräsivät palautetta sekä omilta asiakkailtaan että yhteistyökumppaneilta kuukauden ajan. Paljon kiitosta tuli asiakkailta hyvästä ammatillisesta osaamisesta, omahoitajuudesta ja hoidon jatkuvuudesta sekä ystävällisyydestä ja mahdollisuudesta saada olla kotona. Asiakkaat kokivat negatiivisena hoitajien kiireen ja jotkut myös hoitajien runsaan vaihtumisen. (Paappanen & Sanerma 2003.)

Kevällä 2003 opiskelijat tekivät sisäisen asiakkuuskyselyn, joka kohdistettiin kotihoidon yhteistyökumppaneille. Kyselyn mukaan kotihoidon työ tunnettiin hyvin, yhteistyö sujui pääsääntöisesti hyvin. Lähimmät yhteistyökumppanit kuten sairaala ja vanhainkoti kokivat, että kotihoidoito on helpottanut asiakkaan kotiuttamista, koska kotihoidon palveluista sopiminen järjestyi yhdellä puhelinsoitolla. Asiakkaan hoidon jatkuvuus koettiin hyvänä, vaikka kiire vaikeuttikin yhteistyötä. (Paappanen & Sanerma 2003.)

Kehittämishankkeen aikana toteutuivat myös toimintatutkimuksen tutkimukselliset prosessit ja samalla tutkimustehtävät tarkentuivat. Sekä tiimityön kehittymistä että kotihoidon kehittämismallin syntymistä tarkasteltiin konstruktivisen tutkimusotteen avulla, mikä mahdollisti tutkimustulosten rakentumisen kehittämistyön edetessä.

8. Tutkimusmenetelmät

Seuraavassa luvussa käsitellään tämän tutkimuksen tieteellisiä tutkimusmenetelmiä. Luvun alussa on käsitelty konstruktivista tutkimusotetta ja toimintatutkimusta tutkimusmenetelmänä. Sen jälkeen on kuvattu tutkimusaineiston keruuja analyysimenetelmiä. Luvun lopuksi kuvataan tämän tutkimuksen tutkimusaineistot, niiden keruun vaiheet sekä tutkimusaineistojen analyysi.

8.1 Konstruktivinen tutkimusote

Tässä tutkimuksessa tutkimuksen tehtävää on lähestytty konstruktivisella tutkimusotteella. Konstruktiviselle tutkimukselle on luonteenomaista uuden todellisuuden rakentaminen olemassa olevan tutkimustiedon pohjalta (Järvinen & Järvinen 2000, 102). Tässä tutkimuksessa konstruktiviseen tutkimusotteeseen päädyttiin, koska se on luonteenomaisen lähestymistapa tutkimuksellisen kehittämisen otteena sosiaalisessa ilmiössä, josta on aikaisempaa tietoa. Tutkimusotteessa haluttiin mahdollistaa sivuspiraalien kehittäminen ja kehittämistyön mahdollisimman luova ote. (Toikko & Rantanen 2009, 66.) Sivuspiraalina tässä tutkimuksessa toteutui esimerkiksi omahoitajuuden kehittäminen. Toimintatutkimuksen spiraalin lähtökohtana on ollut lähinnä Susmanin ja Everedin (1978, 588) esittämä toimintatutkimusellinen spiraali, joka sisältää viisi vaihetta; diagnosti, suunnittelu, toteutus, arvointi ja oppiminen.

Kalleberg (1995, 12) on esittänyt neljä tieteellistä toimintaa luonnehtivaa peruselementtiä, jotka ovat ensinnäkin kiinnostavien, olennaisten ja relevanttiin kokemukseen perustuvien kysymysten asettaminen, toiseksi aineiston hankinta, kolmanneksi tiedon hankintaa, tulkintaa ja analysointia palvelevien konseptien täsmäntäminen ja kehittäminen sekä neljänneksi vastausten etsiminen esitettyihin kysymyksiin. Tutkimusotteen valinnassa tutkimuksellisten kysymysten asettelu on

avainasemassa määrittelemässä tiedonhankinta- ja tiedonmuodostusprosessin yleistä suuntaa. Näiden kautta syntyy tutkimusasetelma (research design).

Kallebergin (1995) mukaan kolme kysymyksen asettelutyyppiä muodostavat perustan tutkimusasetelmille yhteiskunnallisten ilmiöiden selvittämisessä; 1) konstatiivinen eli toteava tutkimusasetelma, jolla pyritään selvyyteen siitä, mikä tutkittava ilmiö on, mistä se on syntynyt ja kehittynyt, mikä on nykytila ja todennäköinen tulevaisuus; 2) kriittinen tutkimusasetelma, joka luonnehtii pyrkimystä arvioda tai kritisoida tutkittavaa ilmiötä joidenkin, eksplisiittisten tai implisiittisten standardien ja mittapuiden pohjalta, sekä 3) konstruktioinen tutkimusasetelma jossa tutkimus kohdentuu sosiaaliseen todellisuuteen. Kysymyksen asettelu kohdistuu olemassa olevien mahdollisten vaihtoehtojen tutkimiseen. (Kalleberg 1995, 13, Koivisto 1997, 52–53.) Tässä tutkimuksessa on todentunut Kallebergin vaihtoehdoista konstruktioinen tutkimusasetelma. Tutkimuksen kohteena on sosiaalisen todellisuuden ilmiö, kotihoido, joka on erittäin monimutkainen sosiaalinen rakennelma. Kehittämismalli ovat syntyneet kehittämishankkeen etenemisen myötä kehittämispiraalien edetessä ja tutkimusaineiston ja -tulosten lisääntyessä.

Koiviston (1997) mukaan konstruktioisen tutkimustehtävän avulla pyritään muuttamaan olemassa olevia rakenteita, kulttuureita tai prosesseja paremmiksi ja kehittyneemmiksi. Konstruktioiselle tutkimusotteelle tyypillisiä ovat kysymykset, jotka johtavat tarkasteltavana olevan järjestelmän, prosessin tai asiantilan korjaamiseen, parantamiseen tai kehittämiseen. Tutkimusotteella haetaan erilaisia näkökulmia muutoksen mahdollisuuteen, parempiin tai tehokkaampiin toimintatapoihin tai järjestelmien parantamiseen. Kiinnostavia ovat myös kysymykset siitä, miten asioiden pitäisi olla ja miten toimijat voisivat ja miten heidän pitäisi muuttaa asioiden tilaa. Onko toimijoiden mahdollista päästä vallitsevasta tilanteesta toivottuun tilanteeseen ja ovatko muutosprosessin aiheuttamat kustannukset vaivan arvoisia? (Kalleberg 1995, 14, Koivisto, 1997, 55).

Kallebergin (1995, 15) mukaan konstruktioisiin kysymyksiin asetteluihin voidaan vastata kolmen toisiaan täydentävän tutkimusasetelman perusteella, jotka ovat 1) vertaileva tutkimus ja tarkastelu, 2) vaihtoehtoisten kehitysnäköalojen ja skenaarioiden tuottaminen sekä 3) interventio, jonka tarkoituksena on parantaa tai

muuttaa jotakin asiantilaan ja samalla tutkia sitä. Kysymys on pohjimmiltaan tekemällä oppimisesta (learning by doing). Kallebergin mukaan konstruktioviisiin tutkimusotteisiin kohdistuu riittävän luovuuden, riittävän realistisuuden ja riittävän normatiivisen argumentaation vaatimus (Kalleberg 1995, 15).

Koiviston (1997) mukaan konstruktivis-empirisessä tutkimuksessa analyyttisten intressien kohteena ovat vaihtoehtoisten mahdollisuksien tunnistaminen ja kehittäminen. Kysymys on Kallebergin mukaan siitä "mitä toimijat voivat ja mitä heidän tulisi tehdä parantaakseen tarkastelun kohteena olevaa asiantilaan". Konstruktivis-empirinen kysymyksen asettelu ja sitä palveleva tiedonhankinta vaativat mahdollisimman suoraa ja kokonaisvaltaista kuvaaa ja kokemusaineistoa tutkittavasta järjestelmästä ja tutkittavana olevista prosesseista. Tutkijan osallistuminen aktuaalisiin muutos- tai kehittämisperusteisiin on perusteltua, kun pyritään toimivien muutosstrategioiden täsmentämiseen. Intervento mahdollistaa tutkijan osallistumisen uusien kulttuurien, rakenteiden ja jakojen tuottamiseen. Tällöin tutkija saa realistisen kontaktin muutosprosessin mahdollisuksiin ja vaikeuksiin. Tutkimuksellinen interventio voidaan toteuttaa erilaisiin interventiostrategioihin tukeutuen. Perinteinen interventiostrategia on toimintatutkimus (action research). (Kalleberg 1995, 23–25, Koivisto 1997, 56–57.)

8.2 Toimintatutkimus

Toimintatutkimus on terveystieteissä jatkuvan kiinnostuksen kohteena (Walsh et. al. 2007, 1). Seuraavassa kappaleessa kuvataan toimintatutkimusta tutkimusmenetelmänä. Toimintatutkimusta on tarkasteltu sen erilaisten määritelmien ja lähestymistapojen, toimintatutkimuksen vaiheiden ja tutkijan roolin kautta.

8.2.1 Toimintatutkimuksen määritelmä

Järvinen ja Järvinen (2000, 129) ovat tiivistäneet toimintatutkimuksen kuvauksen seuraavasti: "Toimintatutkimus on tutkijan toimimista yhtäältä käytännön ongelman ratkaisemiseksi ja toisaalta samalla sellaisen tiedon hankkimiseksi, jolla on tieteellistä mielenkiintoa". Toimintatutkimus voidaan määritellä lähestymistavaksi,

jossa tutkija osallistumalla tutkittavan yhteisön toimintaan pyrkii ratkaisemaan jonkin tietyn ongelman yhdessä yhteisön jäsenten kanssa (Eskola & Suoranta 1996, 97, Lauri 1997, 114, Stringer 1999, 17).

Määritelmänsä mukaan toimintatutkimus on tilanteeseen sidottua (situational), yleensä yhteistyötä vaativaa (collaborative), osallistavaa (participatory) ja itseään tarkkailevaa (self-evaluative) (Metsämuuronen 2006, 102). Kivipellon (2005) mukaan toimintatutkimuksesta voidaan käyttää termejä osallistava tutkimus (participatory research), toimijalähtöinen toimintatutkimus (practitioner-generated action research), osallistava toimintatutkimus (participatory action research) tai yhteistoiminnallinen tutkimus (collaborative research). (Toikko & Rantanen 2009, 96.) Kuula (1999) on tarkastellut toimintatutkimusta kasvatustieteen kriittisen toimintatutkimuksen ja kommunikatiivisen toimintatutkimuksen näkökulmista.

Yleensä toimintatutkimuksessa on kysymyksessä koko työyhteisön tai organisaation muutosprosessi, jolloin tarvitaan kaikkien toimijaosapuolien sitoutuminen projektiin. (Metsämuuronen 2006, 102). Stringerin (1999, 10) mukaan toimintatutkimusta luonnehtivat seuraavat piirteet: se on demokraattista, joten kaikki osallistujat ovat tasavertaisia, se on oikeudenmukaista, eli kaikki osallistujat ovat samanarvoisia, se on vapauttavaa, eli ketään ei painosteta, ja se on elämää lisäävä, eli pyrkii laajentamaan ihmisten potentiaalia.

Toimintatutkimuksen tieteellinen perusta nousee kriittisestä yhteiskuntatieteestä, joka syntyi Saksassa 1920-luvulla. Tuolloin tavoitteena oli rohkaista ihmisiä tarkastelemaan yhteiskuntaa kriittisesti sekä tiedostamaan muutoksen tarpeet ja toimimaan muutoksen aikaansaamiseksi. Metodologisesti kriittinen teoria sijoittuu positivistisen ja fenomenologisen tieteenfilosofisen suuntaukseen väliin ja yhdistää joustavasti näiden molempien käytämiä tutkimusstrategioita ja -menetelmiä. (Lauri 1997, 114.)

Toimintatutkimus voidaan toteuttaa monilla eri tavoilla. Keskeistä siinä on se, että hankkeessa mukana olevat ihmiset ovat sekä tutkimuksen kohteita että tutkimuksen toimijoita. Tutkija pyrkii yhdessä heidän kanssaan asetettua päämäärää kohti. Yhdessä määritellään käytännöllinen ongelma, valitaan käytettävät metodit, ideoidaan muutos sekä arvioidaan tutkimuksen tulokset. Tutkittavan yhteisön ja

tutkijan kanssakäyminen on pitkääikaista ja pysyvää. Kaikkien osallistujien on tärkeätä sitoutua yhteiseen tavoitteisiin. Tutkija on aktiivinen osallistuja, joka toimii yhdessä tutkittavien kanssa. (Senge 1994, 481–484, Eskola & Suoranta 1996, 97, Lauri 1997, 114, Parahoo 2006, 201, Polit & Beck 2008, 240.)

Osallistava toimintatutkimus, "participatory action research, PAR", on yksi toimintatutkimuksen monista lähestymistavoista. Sen esitti ensimmäisen kerran sosiaalipsykologi Kurt Lewin 1940-luvulla. (Susman & Evered 1978, 586, Kemmis 1990, 29, Argyris 1999, 432–433, Walsh et. al. 2007, 1, Polit & Beck 2008, 240.) Lewin pyrki auttamaan sosiaalityöntekijöitä ratkaisemaan työhönsä liittyviä käytännön ongelmia ja huomasi, että työn muutokset edellyttävät yhteistoimintaa, ryhmäpäätöksiä sekä teorian ja käytännön välistä dialogia. (Lewin 1990, 47, Lauri 1997, 115, Argyris 1999, 432–433). Lewinin tarkoitus alusta asti oli tuottaa uutta teoriaa toimintatutkimuksen keinoin (Lewin 1990, 41–46). Lewinin mukaan toimintatutkimusprosessin vaiheet ovat "analysis, fact-finding, conceptualisation, planning, execution, more fact-finding or evalution; and then a repetition of this whole circle of activities; indeed a spiral of such circles" (Kemmis 1990, 29). Osallistava toimintatutkimus korostaa osallistujien tärkeää itsearvollista merkitystä (Toikko & Rantanen 2009, 90).

Kasvatustieteen kriittisessä toimintatutkimuksessa tiede, käytännöt, tutkimus ja muutospyrkimys yhdistyvät kriittiseen tiedonintressiin. Lähestymistapa nojautuu sosiaalitieteen kriittiseen teoriaan. (Kuula 1999, 61.) Toimintatutkimuksen erityispiirteiden perusteella sitä voidaan pitää arkielämään liittyyväänä tieteellisenä toimintana ja ammatillisena tutkimusprosessina (Syrjälä ym 1995, 31). Kiviniemen (1999, 64) mukaan ammatillinen kehittyminen vaatii käyttöteorian reflektointia, joka nivoutuu arkipäivän työkäytäntöjen kehittämiseen. Ammatillisen asiantuntemuksen käsittelylistämisessä ja laajentamisessa on kysymys käyttöteorian laajentamisesta.

Kuulan (1999, 90) mukaan *kommunikatiivinen toimintatutkimus* perustuu ajatukselle kommunikaatiosta eli vuorovaikutuksesta ja sen kehittymisestä edellytyksenä työorganisaatioiden muutoksille ja laajemmin työelämän innovaatioille. Gustavsen on kirjoittanut eniten kommunikatiivisesta toimintatutkimuksesta. Kommunikatiivisessa toimintatutkimuksessa keskeistä on

demokraattinen dialogi. Moniääninen dialogi on itsessään sekä prosessi että ratkaisu, joka onnistuessaan tuottaa vastaukset yhteisiin kysymyksiin (Toikko & Rantanen 2009, 166).

Kasvatuksen ja koulutuksen viitekehysessä Kemmis ja McTaggart (1990, 5) ovat määritelleet toimintatutkimuksen kollektiiviseksi itsereflektiiviseksi toiminnaksi, *collaborative research*, jossa toimijat voivat tarkastella omia käytäntöjään ja niihin liittyviä tilanteita. Ryhmään voivat osallistua kaikki opetuksen ja oppimisen kanssa tekemisissä olevat. Olennaista toimintatutkimuksessa on sen yhteistoiminnallisuus parempien koulutuskäytäntöjen löytämiseksi.

Stringerin (1999, 1415) mukaan yhteisöön perustuvaa toimintatutkimusta "community-based action research" on käytetty menestyksellisesti koulutuksen, terveyspalvelujen, sosiaalityön ja organisaatioiden kehittämisen suunnittelussa sekä taloudellisten kehittämisprojektien suunnittelussa. Rapoportin (1970, 499–501, Järvinen & Järvinen 2000, 129) mukaan toimintatutkimusta on käytetty apuna toisen maailmansodan kokeneiden sotilaiden mielenterveysongelmien hoidossa, operaatiotutkimuksessa, ryhmädynamikan kehittämisessä sekä antropologisessa tutkimuksessa.

Toimintatutkimuksen tavoitteena on tukea toimijan omakohtaisen käytöteorian kehittymistä, mutta myös laajemmin työyhteisön toimintakulttuurin tiedostamista. Terveystieteissä toimintatutkimusta on käytetty esimerkiksi kehitettäessä hoito-yhteisöjen toimintakäytäntöjä, arvioitaessa kliinisiä hoitokäytäntöjä akuuttihoito-työssä sekä lasten sairaanhoidossa. (Parahoo 2006, 202.) Lisäksi toimintatutkimusta on käytetty kehitettäessä dementiapotilaiden ja mielenterveyspotilaiden palveluja. Toimintatutkimuksen avulla on tutkittu myös vanhusten itsehoitoa, kivunhallintaa, kliinistä johtajuutta sekä kätilöön kehittämistä. (Walsh et. al. 2007, 4.)

8.2.2 Toimintatutkimuksen kriitikki

Toimintatutkimusta on kritisoitu "teoriattomuudesta" ja "praktisuudesta" (Kalleberg 1995, 24, Kuula 1999, 182). Wadsworthin (1998) mukaan toimintatutkimus ei eroa muusta tieteen tekemisestä. Hänen mukaansa toimintatutkimus ei

ole uusi tapa tehdä tiedettä, vaan tapa ymmärtää laajemmin sosiaalitieteiden kuvaamia ilmiöitä. Järvinen (2007, 51) on verrannut toimintatutkimusta ja suunnittelutiedettä. Hän löytänyt niistä useita yhtäläisyyskäsiä esimerkiksi arvo-maailman, tiedon tuottamisen ja ongelmaratkaisun osalta. Lisäksi molemmissa pyritään luomaan uusia ratkaisumalleja ja käytäntöjä uutta evaluoiden ja hyödyntäen.

Toimintatutkimuksen akateeminen status on aiheuttanut keskustelua. Tämä "tieteen ulkopuolisuuus" tulee esille esimerkiksi Kuulan (1999) tutkimusaineistossa. Hän kuvaa useita tutkijoiden tuottamia esimerkkejä, joissa tutkija on kokenut tekevänsä "epätieteellistä" tutkimusta tiedeyhteisöltä saamansa kritiikan takia. Toulmin (1996, 203–225) on tuonut esille kysymyksiä, jotka ovat kyseenalaistaneet toimintatutkimuksen tieteellisyyttä; 1) perinteisen tieteen vaatimukset universaalista teoriasta, teorian ja käytännön suhde toisiinsa, 2) vastakohtaisuus yleisten fysiikan lakienvaiheiden ja ajallisen, paikallisen ilmiön välillä, 3) objektiivisuuden ja arvovapauden vaatimus erilaisilla tutkimuskentillä sekä 4) tutkimuskohteiden osallistuminen tutkimukseen, käytännön kehittäminen ja 5) teorian laiminlyöminen. Myös Kuula viittaa Toulminin (1996) väittämiin (vrt. Kalleberg 1995, 24, Kuula 1999, 184–185).

Kuulan mukaan Toulminin (1996) kuvalemat väittämät on julkaistu toimintatutkimukseen keskittyneen aikakausilehti Concepts and Transformation ensimmäisessä numerossa otsikolla "Onko toimintatutkimus todella tutkimusta?". Artikkeli koostuu väitteistä ja niiden vastaväitteistä. Väitteiden takana on "metodologisten kriitikkojen" ryhmä, joita Toulmin ei nimeä. Toulmin käy artikkeliissaan toimintatutkimuksen "oikeudenkäynnin", joka päättyy johtopäätökseen, jossa "*toimintatutkimuksen syntejä tai rikkomuksia ei kielletä, mutta vapautus perustellaan muiden yhtä syyllisten oppiaineiden tai lähestymistapojen tunnustetulla vapaudella tai olemassaolon oikeudella*". Kuulan mukaan myös toimintatutkimuksen puolelta on esitetty vasta-argumentteja. (Kuula 1999, 184–194.)

8.2.3 Lähestymistavat

Toimintatutkimusta on kuvattu kolmella erilaisella lähestymistavalla, jotka liittyvät Habermasin tiedon intresseihin: tekninen, praktinen ja emansipatorinen lähestymistapa. Näistä lähestymistavoista valitaan toimintatutkimukseen se, joka parhaiten palvelee tutkimuksen tavoitteita. (Syrjälä ym. 1995, 32–33, Lauri 1997, 118–119.)

Teknisessä lähestymistavassa tutkimuksen tarkoitus on testata jotakin teoreettista mallia tai ottaa käytäntöön jokin uusi toimintatapa työyhteisössä. Tämä voi olla esimerkiksi uusi hoitokäytäntö tai uusi asiakaslähtöinen toimintamalli. Tutkijan on saatava kohdeyhteisö vakuuttuneeksi toimintamallin käyttökelpoisudesta kyseisessä työssä. Kokeilevien ja tutkivien työntekijöiden toimintaa tuetaan konsultoinnin ja koulutuksen avulla. Kyseessä voi samalla olla työyhteisön täydennyskoulutushanke. (Eml.)

Praktinen lähestymistapa tukee osallistujia oman tietoisuutensa ja teorioidensa tiedostamisessa, muotoutumisessa ja uudelleen suuntaamisessa. Näin luotetaan toimijoiden kykyyn tehdä päätöksiä ja kehittää omaa toimintaansa. (Eml.)

Emansipatorinen lähestyminen tavoittelee käytännössä todetun ongelman ja sitä koskevan teoreettisen tiedon lähentämistä. Kohdeyhteisön jäsenet arvioivat kriittisesti omaa toimintaansa ja sen taustalla olevia arvoja ja olettamuksia vertaamalla sitä tutkijan välittämään teoreettiseen ja tutkimustietoon. (Syrjälä ym. 1995, 32–33, Lauri 1997, 118–119.)

Toimintatutkimus työyhteisön kehittämistapana edellyttää yhteisöltä muutosvalmiutta sekä edellytyksiä oman toimintansa kriittiseen tarkasteluun. Se edellyttää prosessin ymmärtämistä myös yhteisön yhteisenä oppimisprosessina. (Kiviniemi 1999, 65.)

8.2.4 Toimintatutkimus tutkimusmetodina tässä tutkimuksessa

Tämän toimintatutkimuksen lähestymistapana voidaan pitää *praktista lähestymistapaa*, koska toimijat itse ovat olleet määrittelemässä tavoiteltavaa

käytännön toiminnan muutosta sekä kehittämistyön suuntaa. Kehittämistyön tavoitteena on ollut yhteiseen tiimin ja organisaation oppimiseen tukeutuvan uuden kotihoidon kehittäminen työntekijälähtöisesti. Organisaatiossa on oltu valmiit muutokseen sekä osoitettu halukkuutta ja innostusta oppimiseen. Carrin ja Kemmisin pohjalta Kuulan kuvalemaa kasvatustieteen kriittistä toimintatutkimusta emansipatorisine lähestymistapoineen tämä tutkimus ei vastaa. Tässä tutkimuksessa ei keskeistä ole ollut totuuden löytyminen (Kuula 1999, 86), vaan pikemminkin kehittämiskohteen praktinen parantaminen. Keskeisenä kehittämistyön kriteerinä on ollut tutkittavien ja tutkijan kommunikaation laatu joka lopulta voi johtaa kehittämistyön toivottuihin tuloksiin (vrt. Kuula 1999, 100).

Tiedon tuottamisen näkökulmasta tämän tutkimuksen toimintatutkimusmetodista löytyy sekä osallistavan toimintatutkimuksen että yhteistoiminnallisen toimintatutkimuksen piirteitä. Toikko ja Rantanen (2009) ovat eritelleet tiedon tuottamista eri lähteiden avulla osallistavassa ja yhteistoiminnallisessa toimintatutkimuksessa. Heidän mukaansa *osallistavassa* toimintatutkimuksessa korostetaan toimijoiden osallistumista yhteisesti jaettuun tiedon tuotannon prosessiin. *Yhteistoiminnallisessa* tutkimuksessa toimijat tuottavat tietoa yhdessä, mutta käyttävät sitä omien tavoitteidensa suuntaisesti kun taas tutkijat tavoittelevat tieteellisen tiedon muodostusta. Tässä tutkimuksessa tiedon tuotanto vastaa osallistavan toimintatutkimuksen piirteitä, koska tutkimuksen toimijat ovat osallistuneet koko kehittämishankkeen ajan uuden tiedon tuottamiseen uudesta tutkittavasta ja kehitettävästä ilmiöstä (kotihoidosta). Toisaalta tässä kehittämishankkeessa on koteen tutkimusavusteinen kehittäminen ja tieteellinen tutkimustyö koko ajan kulkenut rinnakkain. Tieteellisen tutkimustyön tavoitteena on ollut tieteellisen tiedon muodostaminen. Tästä näkökulmasta käytetty tutkimus- ja kehittämismenetelmä on ollut yhteistoiminnallinen. Tutkimus edustaa myös toimintatutkimuksellista lähestymistapaa, jossa *kommuникаatio ja tasavertainen dialogi* ovat olleet keskeisiä.

Yhteisöllinen oppimisprosessi ja työyhteisön kehittäminen syklistä kehittämistapaa noudattaen ovat myös olleet keskeisiä tekijöitä tämän tutkimuksen lähestymistavassa. Kehittäminen on suurelta osin sosiaalinen prosessi, jonka eteneminen on katkonainen ja muuntuva prosessi. Kehittämisprosessi määrittyy tilannekohtaisesti ja se voidaan nähdä *reflektiivisenä prosessina*. Toikko ja

Rantanen (2009, 117, 165) käyttää reflektiivisestä lähestymistavasta nimitystä reflektiivinen herättely. Tässä lähestymistavassa tutkimuksellisten asetelmien tehtävään on palvella kehittämisperusprosessia. Reflektiivinen kehä toteutuu heidän mukaansa, kuten myös tässä tutkimusasettelmassa, tutkimusaineiston keräämisestä ja sen säännöllisestä esittelystä ohjausryhmässä, yhteisestä kriittisestä keskustelusta (reflektio) sekä siihen perustuvan kehittämistoiminnan uudelleen suuntaamisesta (suunnittelu). Edellä kuvatuilla perusteilla tätä tutkimusta nimitetään *prosessiorientoituneeksi toimintatutkimukseksi*. Sillä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa organisaatiossa tapahtuva kehittämistyötä, joka on toteutettu syklisesti ja prosessinomaisesti konstruktivistista lähestymistapaa käytäen.

8.2.5 Toimintatutkimuksen vaiheet

Toimintatutkimuksen vaiheita on kuvattu syklisenä prosessina Seuraavassa muutamia esimerkkejä toimintatutkimuksen jäsentämistavoista eri lähteistä.

Lauri (1997, 115) on kuvannut toimintatutkimuksen vaiheita seuraavasti:

- 1) Kartoitusvaihe eli kohdeyhteisössä vallitsevan tilanteen ja esiintyvien ongelmien selvittäminen, 2) prosessointivaihe eli esiin tulleiden ongelmien käsittely, tiedostaminen ja muutoshalukkuuden selvittäminen, 3) sitoutumisvaihe eli toiminnan uudelleensuuntaaminen ja tavoitteiden asettaminen, 4) suunnitteluvaihe eli muutokseen tähtäävän toiminnan konkreettinen suunnittelu, 5) toteuttamisvaihe eli toiminnan toteutus ja seuranta, 6) arvointivaihe eli muutosprosessin ja tulosten arvointi ja prosessointi ja 7) hyväksymisvaihe eli muutoksen vakiintuminen pysyväksi toimintamalliksi.

Stringer (1999, 18–20) kuvaa toimintatutkimusta vuorovaikuttisena spiraalinana. Toimintatutkimuksen perusvaiheet hän kuvaa käsitteillä ”look, think, act”. ”Look” sisältää kaiken tarpeellisen tiedon keräämisen sekä kuvan rakentamisen olemassa olevasta tilanteesta. Tilanne määritellään ja kuvataan. ”Think” sisältää tutkimisen ja analysoinnin vaiheet sekä tilanteen selittämisen ja teoreetisoinnin vaiheet. Tässä vaiheessa etsitään vastauksia kysymyksiin: mitä täällä tapahtuu ja miksi asiat ovat niin kuin ne ovat. ”Act”-vaiheessa toimenpiteet suunnitellaan, toteutetaan suunnitelma, raportoidaan ja arvioidaan. Nämä vaiheet toistuvat

toimintatutkimuksessa peräkkäin yhä uudestaan. Tutkimuksen osallistujat ovat koko syklin ajan mukana jokaisessa vaiheessa. Heidän tehtävänsä on laajentaa oman toimintansa arvointia joka syklissä. Tämä jatkuva prosessi sisältää toiminnan havainnointia, reflektointia ja toimintaa. Jokaisessa toimintansa vaiheessa he arvioivat toimintaansa (look again), reflektoivat sitä (reanalyze) sekä toimivat uudella tavalla (modify their actions). Toimintatutkimus ei kuitenkaan ole yksinkertainen prosessi, jossa osallistujat etenivät prosessissa selkeästi askel askeleelta. Prosessin aikana ihmiset tarkastelevat omia toimintaprosessejaan ja rutiineitaan useita kertoja ja joskus he tekevät jopa radikaaleja toimintatapojen muutoksia. Toimintatutkimus on käytännössä monimutkainen prosessi. Siinä ilmenevät kaikki ihmisen toiminnan sosiaaliset, kulttuuriset, vuorovaikutuselliset ja emotionaaliset tekijät.

Susman ja Evered (1978, 558) ovat kuvanneet toimintatutkimusta viiden vaiheen kautta, jotka ovat diagnosti, suunnittelu, toteutus, arvointi ja oppiminen (Susman & Evered 1978, 588, Järvinen & Järvinen 2000, 130). Diagnosti sisältää ongelman tunnistamisen ja määrittämisen, suunnitteluvaihe sisältää vaihtoehtojen tarkastelun ongelman ratkaisemiseksi, toteutusvaihe sisältää yhden vaihtoehdon valinnan ja toimeenpanon, arvointivaihe sisältää edellä mainittujen toimenpiteiden seurausten tutkimisen ja oppiminen sisältää yleisten löydösten tunnistamisen. Tämä lähestymistapa on valittu lähtökohdaksi tähän tutkimus- ja kehittämishankkeeseen sen selkeyden takia.

Waldsworthin (1998) mukaan olemassa olevaa toimintaa ja käytäntöjä problematisoitaessa toimintatutkimusprosessissa on tietoisempi ote kuin perinteisessä tutkimusprosessissa. Tutkimusongelman määrittelyvaiheessa ollaan tietoisempia siitä kuka problematisoinnin tekee ja miksi olemassa olevaa käytäntöä on tarve kehittää. Toimintatutkimuksessa ollaan tarkempia nimettäessä tutkimusongelmia ja etsittäessä kysymyksiä sekä suunnattaessa voimavarajoja kysymyksiin vastaamiseen. Toimintatutkimuksessa suunnitellaan tutkimusprosessi erittäin tarkasti ja systemaattisesti sekä nähdään enemmän vaivaa vastausten saamiseksi tutkimusongelmiin. Dokumentointi ja toiminnan havainnointi suoritetaan erittäin huolellisesti huomioiden osallistujien mielipiteet asiasta. Tutkimusprosessi on intensiivisempi, laajempi ja monipuolisempi kuin perinteisessä tutkimusprosessissa. Osallistavassa toimintatutkimuksessa käytetään enemmän aikaa tutkimustulosten

pohdintaan ja käsitellyyn ennen johtopäätösten tekemistä. Tutkijat yrittävät tarkastella omaa toimintaansa erittäin itsekriittisesti, pyrkivät syvällisesti ymmärtämään tutkittavia ilmiöitä sekä kehittämään käyttökelpoisempaa ja vaikuttavampaa teoriaa. Utta tietoa tuotetaan kehitettävään toimintaan tai käytäntöön. Toiminnan muuttaminen on keskeinen osa tutkimusprosessia.

Toimintatutkimuksessa tutkimusongelma täsmentyy tutkimuksen kuluessa. Tutkimusprosessin alkuvaiheessa tutkimusongelma saattaa olla epämääräinen ja hypoteesinomainen. Tutkimusongelma täsmentyy toimintasyklien myötä. Tutkimusongelman tulee olla kehittämistyön kanssa samansuuntainen ja muodostettu yhteisymmärryksessä kehittämishankkeeseen osallistuvien kanssa. (Kiviniemi 1999, 69–70.)

Toimintatutkimus on tutkimusprosessin aikana tapahtuvaa ydinkäsitteiden käsittäjälistämistä. Toimintatutkimuksen logiikka on induktiivinen. Toimintatutkimuksessa lähestymistapa on aineistolähtöinen, koska lähtökohtana on tutkittavaan ilmiöön liittyvien näkökulmien käsittäjälistäminen ja sitä kautta työkäytäntöjen kehittäminen. Toimintatutkimuksen tarkoituksena on tutkittavan yhteisön luonnollisen ajattelutavan ja käsittäjän esille tuominen ja tiedostaminen. Tämä lisää yhteisöllistä ymmärrystä ja tietoisuuden kehittymistä. (Kiviniemi 1999, 70–73.)

Tutkimusprosessin aikana täsmentyy miten ja minkälaisista aineistoja kerätään ja miten. Toimintatutkimuksessa valitaan kohdeorganisaation kanssa aineistonkeruumenetelmä, aineiston analyysimenetelmät sekä tulosten julkaisemistapa. Tutkijan tehtävään on edistää uuden tiedon luomisprosessia ja käyttöä. Toimintatutkimuksessa käytetään sekä määrellisiä että laadullisia tutkimusmenetelmiä. Osallistavalla toimintatutkimuksella halutaan lisätä organisaation osallistumisprosesseja ja keskustelua sekä osallistuvien itsetuntemusta ja sosiaalista yhteisöllisyyttä. Menetelminä voidaan perinteisten haastattelujen ja havainnoinnin lisäksi käyttää myös tarinan kerrontaa, draamaa, piirtämistä ja maalaamista, pelejä ja leikkejä sekä muita aktiviteetteja, jotka rohkaisevat ihmisiä suhtautumaan luovasti ja avoimesta heidän elämänsä ilmiöihin ja itseensä. (Polit & Beck 2008, 240.)

Tutkimusaineiston käsittelyä tehdään koko tutkimusprosessin ajan, koska se antaa suuntaviivoja kehittämistyölle. Aineiston koodausrunko ja teema-alueiden erittely vaativat useita analysointikertoja. Analysoinnin synteesinä tulee löytää temaatinen kokonaisrakenne, joka kantaa koko aineistoa. Tutkijan tehtävään on löytää aineistosta rakenne ja mielekkääät ydinteemat. Sen perusteella voidaan karsia pois tarpeetonta tutkimusaineistoa. Mielekäs temaatinen rakenne kantaa tutkimusraporttia, joka on lopulta tutkijan konstruktio ja tulkinta ilmiöstä. Tutkimustulosten luotettavuuden kannalta on mielekästä, että kehittämistyöhön osallistuneet osallistuvat myös tutkimustulosten tarkasteluun. (Kiviniemi 1999, 76–83.)

8.2.3 Tutkijan rooli

Tutkijan rooli toimintatutkimuksessa on mielenkiintoinen. Kuulan (1999, 116) mukaan muutoksen toteuttamisen keskeisin ristiriita on se, missä määrin tutkijan pitää tai hän saa aktiivisesti vaikuttaa prosessin kuluun. Kuulan mukaan sekä kriittistä teoriaa että kommunikatiivista teoriaa yhdistävät muutosorientaatio ja visio tutkijan aktiivisesta roolista. Sorensen (1992) on jakanut Eldenin (1979) tutkimukseen nojaten toimintatutkijan roolit neljään vaiheeseen.

Ensimmäisessä vaiheessa tutkija toimi tieteelliseen asiantuntemukseensa nojautuen muutoskokeiluja ohjaavana, organisaatioteorioita soveltavana ja testaavana tieteellisenä asiantuntijana. Hän ei itse osallistunut aktiivisesti muutosprosesseihin.

Toisessa vaiheessa tutkija toimi konsulttin roolissa. Hän oli tieteelliset menetelmät hallitseva auktoriteetti, joka pystyi neuvomaan organisaatioita siinä, miten ja millaisten muutosten kautta organisaatio voi päästää tavoitteisiinsa.

Kolmantena polvena olivat osallistavaa toimintatutkimusta toteuttavat tutkijat, jotka ottivat tutkittavat aktiivisiksi osallisiksi muutos- ja tutkimusprosessiin. Tutkijan tehtävään oli organisoida organisaation jäsenet itse pohtimaan ratkaisut ongelmiinsa. Tutkijan asiantuntemus perustui erilaisten kehittämismenetelmien hallintaan.

Sorensen on lisännyt luokitukseen vielä *neljännen* tutkijaroolin, jossa tutkijan tehtävään oli välittää osallistujille moraaliseettiset osallistumisen ja vuorovaikutuksen periaatteet. Uudenlaisia toimintakäytäntöjä muodostettiin organisaatiossa demokraattisen dialogin keinoin. (Argyris & Schön 1996, 43–46, Kuula 1999, 116–117.)

Toiminnan ja tutkimuksen erottaminen toimintatutkimuksessa on vaikeaa, koska kaikki toiminta ei ole tutkimusta. Tutkija on muutoksen katalysaattori. Vastuu muutokseen johtavasta toiminnasta on tutkittavalla ryhmällä, ei tutkijalla. Tutkija on sittemkin vain vierailija, joka parhaassakin tapauksessa pystyy ainoastaan esittämään rakentavia kysymyksiä ja puhaltamaan organisaation toiminnan hiipuvaan hileen uutta hehkua. Hänen tehtävänsä on innostaa ihmisiä. (Eskola & Suoranta 1996, 98–99, Stringer 1999, 25.)

Koska toimintatutkimus on yhteisöllinen tutkimusmenetelmä, tutkijan ja tutkimuksessa mukana olevien toiminnalliset roolit kietoutuvat prosessissa tiiviisti yhteen (Kiviniemi 1999, 65). Tutkimuskohteen toimijoiden oma analyysi ratkaistavasta tilanteesta on tärkeä (Stringer 1999, 25). Vaikka toimintatutkimus vaatii aikaa ja tutkijaresursseja enemmän kuin monet muut tutkimustyyppit, sen avulla voidaan saada tuloksia, joita muilla menetelmillä olisi vaikea saada esille (Järvinen & Järvinen 2000, 136–137).

Stringer (1999, 42) on tiivistänyt toimintatutkimuksessa työskentelyn tärkeimmät huomioon otettavat seikat. Hän nostaa tärkeimpinä seikkoina esille ihmisuhteiden laadun, kommunikaation tehokkuuden, osallistamisen tehokkuuden sekä toimintatutkimuksen relevantin sisällön. Työkonferenssitilanteissa on tärkeää korostaa ihmisten tasavertaisuutta sekä edistää ihmisten välistä harmoniaa. Konflikteja olisi hyvä välttää, jos se vain on mahdollista. Jos konflikteja kuitenkin syntyy, niitä olisi hyvä käsitellä jo niiden ilmenemisvaiheessa avoimesti ja dialogisesti. Ihmiset hyväksytään sellaisina kun he ovat, ei sellaisina kun heidän pitäisi olla. Osallistujien rohkaiseminen on tärkeää, samoin kuin heidän tunteidensa aistiminen herkästi.

Tehokkaassa kommunikaatiossa toimintatutkijan on tärkeää kuunnella ihmisiä huolellisesti sekä hyväksyä ja toimia heidän toivomustensa mukaan. Tutkijan pitäisi pyrkiä ymmärtämään jokaista, olla luotettava, rehellinen ja kohtelias sekä

tasapuolisesti tiedottaa kaikille mitä ollaan tekemässä tai mitä on tapahtumassa. Osallistuminen on tehokkainta, kun voidaan osallistua kehittämisen kannalta merkittävällä tasolla ja asetetut tavoitteet ovat todellisuudessa merkittäviä. Ihmisiä rohkaistaan oppimaan omasta toiminnastaan sekä rohkaistaan heitä suunnitelmissa ja toiminnoissa, jotka he itse voivat viedä päätökseen. Tutkijan on hyvä sopiaasioita mahdollisimman paljon osallistujien itsensä kanssa mieluummin kuin heidän edustajiensa kanssa. Tutkimusprojektissa on mielekästä hyödyntää mahdollisimman paljon kohdeorganisaatioiden potentiaalisia yksilöitä ja ryhmiä sekä tehdä yhteistyötä mahdollisimman laajasti. Tutkijan kannattaa hyödyntää kaikki kehittämistyötä edistävät näkökulmat. (Stringer 1999, 42.)

Tutkija/kehittäjä tässä tutkimuksessa

Toimintatutkimuksessa tutkija/kehittäjän rooli on haasteellinen. Kehittämishankkeessa kehittäjän rooli voi perustua kehittäjän asiantuntemukseen, kehittämisosallisuuteen omassa työyhteisössään tai muutosprosessin asiantuntijuuteen, jonka tehtävänä on innostaa ja kannustaa toimijoita muutostyöhön ja jonka asiantuntemusta yhteisön jäsenet voivat käyttää hyväkseen. (Toikko & Rantanen 209, 91.) Tässä tutkimus- ja kehittämishankkeessa tutkijan/kehittäjän rooli vastasi lähinnä kolmatta vaihtoehtoa. Tutkijan rooli oli tuoda oma asiantuntemuksensa hankkeeseen, olla käytettävissä, kerätä ja analysoida tietoa sekä tuoda tietoa hankeen toimijoille sekä osallistua suunnittelun kehittämistyön eteenpäin viemiseksi. Lisäksi tutkija toimi toisen kehittäjän kanssa työkonferensseissa yhtenä dialogiosapuolen sekä tarvittaessa tilanteiden vetäjänä ja alustajana. Verrattuna Eldenin (1979) esittämiin toimintatutkijan rooleihin tässä tutkimus- ja kehittämistyössä tutkijan rooli vastasi lähinnä kolmatta ja neljättä roolia eli tutkija oli aktiivisesti osallinen muutos- ja kehittämisprosessissa sekä oli aktiivinen osapuoli demokraattisissa dialogeissa, joita käytettiin hankkeen eri vaiheissa.

8.3 Tutkimusaineiston keruu- ja analyysimenetelmät

Tutkimusaineiston keruun suunnitteleminen on erittäin tärkeä tutkimusprosessin vaihe (Polit & Beck 2008, 367). Tässä tutkimuksessa päädyttiin teema-

haastattelemaan henkilöstöä henkilökohtaisesti, koska kotihoidon muutoksessa on kysymys aihepiiristä, johon liittyviä ajatuksia työntekijät eivät vältämättä olisi tuoneet muilla tavoin esille (vrt. Hirsjärvi 2001). Muu tutkimusaineisto on kerätty systemaattisesti koko kehittämishankkeen ajalta, jotta se antaisi mahdollisimman kokonaisvaltaisen kuvan hankkeen aikana tapahtuneista muutoksista. Koska kyseessä on pieni organisaatio, eri kuntakeskusten henkilöstön tuottamaa aineistoa ei ole eroteltu eikä niitä ole vertailtu tutkimuksen tuloksissa. Myöskään tiimejä ei ole varsinaisesti vertailtu keskenään niiden vähäisen lukumäärän (5 työntekijätiimiä ja esimiestiimi) takia. Osa tutkimusaineistosta on kuitenkin kerätty tiimeittäin tai tiimin tunnuksella varustettuna, jotta on voitu seurata eri tiimien kehittymistä.

8.3.1 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu on lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun välimuoto. Teemahaastattelussa haastattelun aihepiirit eli teemat ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkkaa muotoa ja järjestystä ei ole etukäteen lyöty lukkoon. Haastattelu on systemaattisen tiedonkeruun muoto, jota ohjaan haastattelija. Tutkijan on ratkaistava minkälainen haastattelutapa antaa hänen tutkimukseensa parhaan lopputuloksen. Teemahaastattelu on luonteva aineistonkeruumenetelmä aroissa tutkimusaiheissa, joista tiedonantajat eivät ehkä kirjoitaisi paperille. Tästä tutkijat tosin ovat eri mieltä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 35, Hirsjärvi ym. 2008, 202–205.) Kun tutkija haluaa tietää mitä ihmiset ajattelevat, tuntevat tai mihiin uskovat, varmin tapa saada luotettavaa tietoa on kysyä sitä heiltä itseltään. Lähestymistavasta käytetään nimitystä self-report. Ihmisten tunteet, arvot tai mielipiteet eivät aina ole yhteneväisiä heidän käyttäytymisensä kanssa. (Polit & Beck 2008, 368–369). Tutkimushaastattelussa haastateltavan ja haastattelijan välinen vuorovaikutus on merkittävä seikka tutkimuksen luotettavuuden kannalta. Teemahaastattelussa voidaan keskustella asioista melko laajasti (Parahoo 2006, 318) sekä vaihtaa käsitteltävien teemojen järjestystä luontevasti (Hirsjärvi 2000, 36).

8.3.2 Induktivinen sisällön analyysi

Usein kvalitatiivinen tutkimusaineisto sisältää haastatteluja, kertomuksia, keskusteluja tai havainnointiaineistoa. Sisällön analyysi on tapa järjestellä, kuvalla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Sisällön analyysissä tarkoituksesta on luoda sellaisia malleja, jotka esittävät tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa ja joiden avulla tutkittavaa ilmiötä voidaan käsitteellistää. (Kyngäs 1998, 4, Polit & Beck 2008, 507.) Tarkoituksesta on eritellä tutkimustehtävän kannalta merkityksellisiä teemoja tutkimusaineistosta. (Polit & Beck 2008, 517–518.) Sisällön analyysi vaatii tutkijalta luovuutta, käsitteellistä herkkyyttä sekä kovaa työtä. Kvalitatiivisen aineiston analysointi on haasteellista, koska siihen ei ole yksityiskohtaisia ohjeita. Tutkimusaineisto on usein erittäin laaja, joten sen käsitteily on työlästä. Lisäksi tutkimustulosten raportointi on haasteellista tutkimustulosten moninaisuuden ja käytettävien sitaattien takia. (Polit & Beck 2008, 517–518.) Kyngäs ja Vanhanen (1999, 4–11) ovat esittäneet induktivisen sisällön analyysiprosessin kuvaukseen. Induktivinen sisällön analyysi on heidän mukaansa aineistosta lähtevä analyysiprosessi, joka sisältää aineiston pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin vaiheet. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Hirsjärvi ja Hurme (2001, 143) korostavat aineistoon tutustumisen merkitystä analyysin alkuvaiheessa. Vaikka tutkimusaineisto on jo tuttu haastattelujen ja litteroimisen jälkeen, sitä tulisi vielä lukea senkin useaan kertaan, muodostaa siitä kokonaiskuva sekä esittää aineistolle kysymyksiä.

Sisällön analyysi on sekä aineiston analyysiä että synteesiä. Analyysissä eritellään ja luokitellaan aineistoa. Synteesissä pyritään luomaan kokonaiskuvaa ja esittämään tutkittava ilmiö uudessa perspektiivissä. Analyysissä edetään aineiston kokonaisuudesta osiin, aineiston luokitteluun sekä luokkien yhdistelyyn. Tämän jälkeen edetään synteesistä takaisin kokonaisuuteen, tulkintaan sekä ilmiön teoreettiseen hahmottamiseen. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 143.)

Tutkimusaineiston analysointiprosessi aloitetaan tutkimusaineiston pelkistämällä, ryhmittelemällä ja abstrahoinnilta. Tutkimusaineistoa pelkistetään kysymällä aineistolta tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Pelkistetyt ilmaisut kirjataan mahdollisimman tarkasti samoilla termeillä kuin mitä teksti on aineistossa.

Tämä on kategoroiden muodostamisen ensimmäinen vaihe. Analyysin seuraava vaihe on ryhmittely. Ryhmittelyssä on kysymys pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksien ja yhtäläisyyskseen etsimisestä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja annetaan kategorialle sen sisältöä hyvin kuvaava nimi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–6, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 29.)

Tutkimusaineiston luokittelun luo pohjan tai kehyksen, jonka varassa haastatteluaineistoa voidaan myöhemmin tulkita sekä yksinkertaistaa ja tiivistää. Hirsjärven ja Hurmeen (2001, 148) mukaan luokittelussa voidaan käyttää apuna tutkimusongelmaa ja alaongelmia, tutkimusvälinettä tai menetelmää, käsitteitä tai luokitteluja, teorioita ja malleja, aineistoa itse tai tutkijan mielikuvitusta.

Luokittelun ja aineiston koodaaminen muodostettuihin luokkiin eivät ole analyysin lopullisia tavoitteita, vaan ne ovat välivaiheita analyysin rakentamisessa. Luokkien tulee olla jossain suhteessa toisiinsa. Tutkija tarkastelee luokiteltua aineistoa omasta ajatusmaailmastaan käsin. Hänen tavoitteensa on päästä onnistuneisiin tulkintoihin. Luokkia voidaan tulkita erilaisista näkökulmista. On tärkeää tulkita ne suhteessa olemassa olevaan tutkimuskontekstiin. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tulkintaa tehdään koko tutkimusprosessin ajan. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 148–152)

Abstrahoinnin eli käsitteellistämisen vaiheessa muodostetaan yläkategorioita yhdistämällä samansisältöisiä kategorioita. Yläkategoria nimetään alakategoroiden sisällön mukaan. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 29.) Usein laadullisessa sisällön analyysissä tutkimusaineiston keruu ja analysointi tapahtuvat ainakin osittain samanaikaisesti. Tutkimusaineiston analysointi ja synteesi yhdistyvät tutkimusaineiston analysoinnissa. (Metsämuuronen 2006, 124–127.)

Metsämuurosen (2006) mukaan sisällön analyysi etenee vaiheittain:

1. Tutkijan herkistyminen aineistolle.
2. Tutkimusaineiston sisäistäminen ja teoretisointi.
3. Aineiston karkea luokittelun keskeisimpiin luokkiin ja teemoihin.
4. Tutkimustehtävän täsmennyminen, käsitteiden täsmennys.
5. Ilmiöiden esiintymistihyyden toteaminen, poikkeusten toteaminen, uusi luokittelu

6. Ristiinvalidointi. Saatujen luokkien puoltaminen ja horjuttaminen aineiston avulla
7. Johtopäätökset ja tulkinta. Analyysi siirretään laajempaan tarkastelukehikkoon.

Induktivisessa sisällön analyysissä analyysi tapahtuu aineiston ehdoilla. Muodostettuja luokkia testataan ja muutetaan tarvittaessa. Analyysin tuloksena pyritään löytämään ydinkategorioita, jotka kokoaisivat alempien luokkien indikaattorit yhtiseksi luokaksi. (Metsämuuronen 2006, 124–127.)

8.4 Tutkimuksen toteutus

Seuraavassa kappaleessa kuvataan tutkimuksen toteutusta. Tutkimuksen toteutusta on tarkasteltu tutkimusaineistojen ja niiden keruun vaiheiden, kehittämisyklien ja tutkimusaineiston analysoinnin näkökulmista.

8.4.1 Tutkimusaineistot ja tutkimusaineistojen keruun vaiheet

Tutkimusaineistot, niiden sisällöt ja n-määrität, keruu- ja analysointimenetelmät sekä niistä käytetyt lyhenteet on kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Tutkimusaineisto.

Tutkimusaineisto	Tiedonkeruumenetelmä	Lyhenne	Vuosi	Sykli
1. Kehittämisprojektin alkuaastattelut	Teemahaastattelu	AH	2000	1
2. Henkilökohtaiset väliarvioinnit	Teemoitettu kirjallinen kysely	HV1	2000	1
3. Henkilökohtaiset väliarvioinnit	Teemoitettu kirjallinen kysely	HV2	2001	2
4. Henkilökohtaiset väliarvioinnit	Numeerinen arvointi kouluarvosanoin 4–10	HV3	2001	2
5. Tiimien ja esimiesten väliarvioinnit	Teemoitettu kirjallinen kysely	TEV	2002	3
6. Henkilökohtaiset väliarvioinnit	Numeerinen arvointi kouluarvosanoin 4–10	HV4	2002	3
7. Tiimien loppuarvioinnit	Avoin kysely	TL	2003	3
8. Arvointidialogi 1	Arvointidialogi	AD1	2001	2
9. Arvointidialogi 2	Arvointidialogi	AD2	2002	3
10. Ohjausryhmän muistiot	Kirjalliset pöytäkirjat	OM	2000–2003	1–3
11. Henkilöstön henkilökohtaiset loppuhaastattelut	Teemahaastattelu	LH	2003	–

Kohderyhmä	Sisältö	n-määrä	Analysointi
Sairaankohtajat, perushoitojat, kodinhoitojat	Teemat: kotihoido, työssäjaksaminen, asiakaslähtöisyys	n=18	Sisällön analyysi haastatteluteemoittain
Kotihoidon henkilöstö	Tiimin tilanne, kehittämistyön eteneminen	n=24	Induktivinen sisällön analyysi
Kotihoidon henkilöstö	Tiimin tilanne, kehittämistyön eteneminen	n=8	Induktivinen sisällön analyysi
Kotihoidon henkilöstö	Kehittämistyöhön liittyvät väittämät	n=28	Keskiarvo, keskijohonta
Kotihoidon tiimit ja esimiehet	Tiimin tilanne, kehittämistyön eteneminen	n=8	Induktivinen sisällön analyysi
Kotihoidon henkilöstö	Kehittämistyöhön liittyvät väittämät	n=32	Keskiarvo, keskijohonta
Kotihoidon tiimit	Yhteenveto kehittämistyöstä	n=5	Induktivinen sisällön analyysi
Kotihoidon henkilöstö	Projektin arvointi	n=1	Induktivinen sisällön analyysi
Kotihoidon henkilöstö	Projektin arvointi	n=1	Induktivinen sisällön analyysi
Ohjausryhmä	Kehittämistyön suunnittelu ja eteneminen	n=21	Induktivinen sisällön analyysi
Kotihoidon henkilöstö	Kotihoidon kehittäminen	n=30	Induktivinen sisällön analyysi

Tutkimusaineiston järjestämisen jälkeen varsinaiseksi analysoitavaksi tutkimusaineistoksi valittiin seuraava tutkimusprosessin aikana kerätty tutkimusmateriaali:

1. Kehittämisprojektiin alkuperäisestä haastattelusta joista analysoitavaksi valittiin tutkijan itsensä tekemät haastattelut luotettavuussyyistä. Haastatteluja on yhteensä 18 kpl ja rivinvälillä 1,5 auki litteroituna 141 sivua.
2. Kehittämisprojektiin välis- ja loppuarvioinnit:
 - henkilökohtaiset väliarvioinnit joulukuussa 2000 (24 kpl),
 - väliarvioinnit joulukuussa 2001 (8kpl), numeerinen arvointi (28 kpl),
 - tiimien ja esimiesten väliarvioinnit joulukuussa 2002 (8kpl), numeerinen arvointi (32 kpl)
 - kaikkien tiimien loppuarvioinnit toukokuussa 2003 (5kpl)
3. Arvointidialogit kehittämissykylistä 2000–2001 ja 2001–2002, 2 kpl, yhteensä 15 sivua.
4. Ohjausryhmän muistiot 21 kpl.
5. Henkilöstön henkilökohtaiset loppuhaastattelut yhteensä 30 kpl, rivinvälillä 2 auki litteroituna 428 sivua

Kehittämissyklit

Toimintatutkimusta voidaan tarkastella viiden vaiheen kautta, jotka ovat diagnosti, suunnittelu, toteutus, arvointi ja oppiminen. Tutkimusprosessin aikana voi esiintyä useampia syklejä, jotka sisältävät nämä vaiheet. (Susman ja Evered 1978, 582–600, Järvinen & Järvinen 2000, 130.) Tässä tutkimuksessa oli kolme kehittämissyklia, joissa toistuvat edellä mainitut vaiheet.

1) Ensimmäinen kehittämissykli alkoi keväällä 2000, jolloin suoritettiin projektin alkukartoitus. Syksyllä 2000 tehtiin diagnosti tilanteesta, kirjoitettiin kehittämis- ja koulutussuunnitelma sekä aloitettiin koulutuksen toteuttaminen. Vuoden-vaiheessa kerättiin henkilöstöltä väliarvointi. Keväällä 2001 jatkettiin koulutuksen toteuttamista ja syklin lopussa tehtiin arvointi arvointidialogin avulla. Tutkimusaineistoksi ensimmäiseltä sykliltä muodostuivat alkuperäiset haastattelut, kirjalliset palautteet sekä arvointidialogin tulokset. (liite 1).

2) Toinen kehittämissykli alkoi syksyllä 2001, jolloin diagnostoitiin ja arvioitiin kehittämistyön vaihetta. Tiimit lähtivät suunnittelemaan omia kehittämistehtäviään. Näitä suunnitelmia arvioitiin yhteisesti koko kotihoidon kehittämisen näkökulmasta. Kirjallinen väliarvointi kerättiin henkilöstöltä vuoden vaihteessa. Kehittämistehtäväät etenivät käytännön työn toimintasuunnitelmiksi sekä osittain toimiviksi työkäytännöiksi. Keväällä 2002 tuotettiin käytännön toimintasuunnitelmia. Niitä arvioitiin sekä yksittäisen tiimin toiminnan että koko kotihoidon toimivuuden näkökulmista. Kehittämissykliä arvioitiin arvointidialogin avulla toukokuussa 2002. Arvointia tapahtui lisäksi kevään kehittämismoduulin seminaarissa. Tutkimusaineistoksi toiselta sykliltä muodostuivat henkilöstön väliarvioinnit ja arvointidialogin tulokset.

3) Kolmas kehittämissykli alkoi syksyllä 2002. Sen haasteena oli kehittämistyön toimintasuunnitelmien vakiinnuttaminen arjen työkäytännöiksi sekä yksittäisissä tiimeissä että koko kotihoidossa. Vuoden vaihteessa kerättiin tiimikohtainen väliarvointi kuluvasta kehittämissyklistä. Keväällä 2003 suoritettiin loppuarviointi, tiimikohtaiset itsearvioinnit ja ohjausryhmän itsearviointi. Tutkimusaineistoksi kolmannelta sykliltä jäivät väliarvioinnit ja loppuarvioinnit. Syksyn 2003 aikana suoritettiin kotihoidon henkilökohtaiset teemahaastattelut.

Tutkimusaineisto kerättiin kehittämisprojektiin eri vaiheissa, tutkimustehtävien pohjalta, tutkimusteemoittain toukokuun 2000 ja syyskuun 2003 välisenä aikana.

Tutkimusprosessin tukimateriaalina on käytetty työkonferensseissa syntynytä materiaalia, moduuliseminaarien aineistoa, tutkimuksen väli- ja loppuraportteja sekä prosessin aikana syntyneitä tutkijan henkilökohtaista havaintoja, aineistoa ja muistiinpanoja.

Tutkimusprosessin aikana kehittämistyö ja sen reflektointi, aineiston keruu ja projektin jatkuva arvointi tapahtuivat samanaikaisesti. Tutkimusaineiston analysointi ja siitä saadut tulokset ohjasivat kehittämistyötä sekä kehittämistavoitteiden että kehittämismenetelmien osalta. Tutkimusaineiston varsinainen analysointi induktiivisesti tutkimustehtävittäin aloitettiin kehittämisprojektiin päättyttyä.

1. Kehittämisprojektin alkohaastattelut

Kehittämisprojektin alussa haastateltiin koko kotihoidon henkilökunta. Haastattelun teemat olivat työssä jaksaminen, kotihoitto ja asiakaslähtöisyys. Nämä toimittiin, koska haluttiin saada mahdollisimman kokonaisvaltainen kuva ja monipuolista tietoa sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon henkilöstön ajatuksia ja tuntemuksia, jotka koskevat yhteistä kotihoittoa. Henkilökohtaisissa haastatteluissa jokainen työntekijä tuli kuulluksi ja sai sanoa mielipiteensä ja näkemyksensä asiasta. Haastattelut suoritettiin Turengin ja Tervakosken terveysasemien tiloissa. Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista, mutta kaikki työntekijät halusivat tulla haastatelluksi. Haastattelut suoritettiin Hämeen ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden sekä tutkijan toimesta. Tässä tutkimuksessa on käytetty tutkimusaineiston vain tutkijan suorittamia haastatteluja. Kaikki haastattelut nauhoitettiin. Opiskelijat litteroivat auki itse tekemänsä haastattelut. Tutkijan suorittamat haastattelut litteroitiin auki Janakkalan terveyskeskuksen valitseman vaitiolovelvollisen toimistohenkilön toimesta. Haastattelut toteutettiin touko-kesäkuussa 2000. Haastattelujen keskimääräinen kesto oli 45 minuuttia.

2. Kehittämisprojektin väli- ja loppuarvioinnit

Kehittämisprojektin väliarvioinnit kerättiin vuosittain joulukuussa, kunkin kehittämissyklin puolivälissä. Ensimmäiseen väliarvointiin vuonna 2000 henkilöstö vastasi henkilökohtaisesti, mutta vuosina 2001, 2002 ja 2003 vastaaminen toteutettiin sekä tiimeittäin että henkilökohtaisesti. Vastaukset laadittiin valmiiksi teemoitettuun lomakkeeseen, joka palautettiin postitse. Työntekijät laativat vastauksensa tiimipalavereissa. Vuonna 2001 tutkija laati saatujen tulosten perusteella mittarin, johon henkilöstö arvioi avoimissa vastauksissa esiin tulleet teemat kouluarvosanoin. Arviointi toistettiin vuonna 2002. Numeeriset arvointilomakkeet täytettiin henkilökohtaisesti työkonferenssien alussa.

3. Arvointidialogit

Arvointidialogilla tarkoitetaan tasavertaista dialogia, johon osallistuvat sekä henkilöstön edustajat että kehittäjät (Arnkil ym. 2000). Gustavsen korostaa, että tasavertaisen dialogin tulee kohdistua tarkasti muutoksen aikaansaamiseen, tutkimuksen menetelmiin tai muuhun erityiseen tarkoitukseen, palveluen toimintatutkimuksen tavoitteita (Beinum et. al. (1996, 194). Arvointidialogit

suoritettiin ensimmäisen ja toisen kehittämissyklin päätteeksi toukokuussa 2001 ja toukokuussa 2002. Arvointi suoritettiin osana seutukunnallista kehittämistä ja laatutyötä, jonka puitteissa arvioitiin hyviä seudullisia hankkeita. Arvointi suoritettiin Sosiaalikehitys Oy:n toimesta.

4. Ohjausryhmän muistiot

Kohoke-projektiin ohjausryhmä kokoontui säännöllisesti kuukausittain koko kehittämishankkeen ajan. Ohjausryhmän puheenjohtajuus oli määrääikäinen ja ryhmän jäsenten välillä kiertävä, tosin työntekijät eivät koskaan toimineet puheenjohtajana, vaikka näin oli projektin alussa suunniteltu. Ohjausryhmä kokoontui yhteensä 25 kertaa. Ohjausryhmä toimi sekä suunnitteluryhmänä että koulutuksen tukiryhmänä. Ohjausryhmään kuuluivat aluksi kotihoidon johdon ja työnjohdon edustus, työntekijöiden edustus, Janakkalan kunnan kehittämispäällikkö sekä Hämeen ammattikorkeakoulun opettajaedustus. Toisen kehittämissyklin alkaessa työntekijöiden edustuksen määrää lisättiin niin, että jokaisesta tiimistä oli edustaja ohjausryhmässä. Opettajaedustus vähennettiin kahteen henkilöön. Ohjausryhmässä käsiteltiin konkreettisia kotihoidon muutoksia sekä työn sujumista ja siihen liittyviä ongelmia. Ohjausryhmän sihteerinä toimi vanhustyön johtaja.

5. Henkilöstön henkilökohtaiset loppuhaastattelut

Henkilöstön loppuhaastattelut suoritettiin 9.9.–5.12.2003 Turengissa ja Tervakoskella kotihoidon tiloissa. Haastatteluteemoina olivat kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyminen kotihoidoksi, työkulttuuri, tiimityö, tiimityön oppiminen ja kotihoitotyön kehittäminen (liite 4). Jokainen haastattelu kesti vähintään 1,5 tuntia. Loppuhaastatteluun osallistuivat myös lähiesimiehet, vanhustyön johtaja sekä lääkäri. Kaikki haastattelut nauhoitettiin. Tutkija on itse litteroinut kaikki haastattelunauhat. Teknisten ongelmien takia yksi haastattelu ei ollut nauhalla.

8.4.2 Tutkimusaineiston analysointi ja abstrahointi

Tutkimusaineistoa on analysoitu tutkimustehtävittäin induktiivista sisällön analyysiä hyväksi käyttäen. Tutkimusaineiston analyysiä on tehty koko tutkimus-

projektiin ajan. Tutkimuksen luotettavuuden parantamiseksi tutkimuksen tuloksia on tarkasteltu yhdessä henkilöstön kanssa.

Analyysiprosessin suunnittelussa on hyödynnetty Stringerin (1999, 88) mallia tutkimusaineiston käsitteystä toimintatutkimuksessa:

1. Määritellään kehittämisprosessin tarkoitus yhdessä osallistujien kanssa. Pyritään yhdessä ymmärtämään mitä ollaan tekemässä sekä selventämään yksityiskohtaista kuvaa tilanteesta. Rakennetaan toiminnan päämäärä yhdessä.
2. Kerätään informaatiota haastattelemalla, havainnoimalla sekä keräämällä muuta informatiivista materiaalia tutkimuksen aikana.
3. Tallennetaan tutkimusaineistoa nauhoittamalla haastatteluja, keskusteluja, videoimalla jne.
4. Analysoidaan informaatio tunnistamalla merkitykselliset avainelementit. Muodostetaan tutkimusaineistosta kategorioita ja teemoja.
5. Rakennetaan tutkimusraportti käyttämällä otsikoina teemoja ja alaotsikoina kuvauskategorioita. Raportin sisältö muodostuu avainelementtien sisällöstä.
6. Kommunikoidaan osallistujien kanssa tutkimuksen tuloksista sekä raportoinnin etenemisestä suullisesti että kirjallisesti.

Sisällön analyysissä on hyödynnetty Colaizzin (1978) sisällön analyysimetodia (Åstedt-Kurki & Nieminen 1997, 157, Polit & Beck 2008, 520).

Colaizzin (1978) kuvaaman analyysin vaiheet ovat:

1. Tutkittavien kuvauksiin perehtyminen ja kokonaiskäsityksen muodostaminen aineistosta.
2. Tutkittavaa aihetta kuvaavien tärkeiden ilmaisujen erottaminen.
3. Ilmaisuista esiin tulevien merkitysten muotoileminen (jokaisen yksittäisen tutkittavan kuvauksista).
4. Muotoiltujen merkitysten kokoaminen ja järjestäminen teema-alueiksi.
5. Alustavien tuloksien yhdistäminen tutkittavaa ilmiötä kuvaaviksi kokonaisuksiksi.
6. Ilmiön kuvauskien muotoileminen tyhjentävästi.
7. Tulosten validointi palauttamalla ja peilaamalla alkuperäisaineistoon.

Tässä tutkimuksessa tutkija on hyödyntänyt edellä kuvattua analyysimenetelmää tutkimusaineiston analysoinnissa. Sisällön analyysi eteni tässä tutkimuksessa seuraavasti.

Tutkimusaineiston analysointiprosessi aloitettiin perehtymällä tutkimusaineistoon. Haastatteluaineiston osalta alkohaastatteluissa käytettiin valmiiksi litteroituja tutkijan tekemiä haastatteluja. Tutkija kuunteli loppuhaastatteluja niitä useita kertoja. Tämän jälkeen tutkimusaineisto järjestettiin huomioiden tutkimuksen päätöksen mukaan.

1. Tutkimusaineisto analysoitiin tutkimustehtävittäin. Tutkija kuunteli ja luki tutkimusaineistoa useita kertoja. Koko tutkimusaineisto käsiteltiin jokaisen tutkimustehtävän osalta, kuitenkin tarkoituksena mukaisesti siten, että alkohaastatteluja käytettiin ainoastaan prosessin alkuvaihetta koskevien kysymysten ratkaisemiseen. Kyngäksen ja Vanhasen (1999) mukaan pelkistämisen lähtökohtana on sitä, että aineistosta koodataan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään. Analyysi aloitettiin etsimällä alkohaastatteluista haastateltujen henkilöiden merkityksellisiä ilmaisuja uudesta kotihoidosta. Alkuhaastattelut oli analysoitu kesällä 2000, mutta ne analysoitiin nyt uudestaan. Aineistosta etsittiin haastateltujen kuvaukset uudesta kotihoidosta. Tutkija luki haastatteluja läpi useaan kertaan. Kaikki tutkimusaineistot analysoitiin tutkimuksen kuluessa useita kertoja, koska ne ohjasivat kehittämistyön etenemistä. Osasta tutkimusaineistoa tehtiin tulkintoja myös kvantitatiivisin keinoin. Loppuhaastattelut, jotka suoritettiin toimintatutkimuksen loppumisen jälkeen, analysoitiin lopuksi.
2. Tutkimusaineistosta etsittiin aihepiiriä kuvaavia tärkeitä ilmaisuja. Ilmaisut olivat monessa tapauksessa ajatuskokonaisuuksia. Ilmaisut merkittiin eri värisillä värikynillä litteroitun haastattelumateriaaliin sekä kirjalliseen materiaaliin. Lisäksi sähköisestä materiaalista kopioitiin ilmaisuja toiseen tiedostoon.

Esimerkki johtajien kehittämishankkeen aikaisista johtamiskokemuksista loppuhaastatteluaineistossa:

Lausuma 1: "minusta näitä kehittämismenetelmiä täytyis miettiä että mitä ne oikeesti on"

Lausuma 2: "olen omasta mielestäni panostanut hirvittävän paljon kotihoidon kehittämisprojektiin"

Lausuma 3: "selkee kehittämissuunnitelma pitäis olla"

Lausuma 4: "mun mielestä meillä on aika hyvä se vuorovaikutus että on opeteltu puhumaan ja opittu puhumaan että kyllä niihin asioihin tartutaan ja kyllä se jollakin tavalla aina mulle tulee viestinä jos siellä joku asia kuohuu mutta sitten puhutaan niitä pois"

Lausuma 5: "arki imasee ja puhumiset jää niin liian vähälle ja asiat jää kesken"

Lausuma 6: "koko ajan olen ollut tämän asian takana mutta missään vaiheessa ei uskonni ole horjunut, me ollaan tällä seutukunnalla oikeesti kehitetty tästä työtä ja oikeesti ollaan pisimmällä"

3. Tämän jälkeen muotoiltiin merkitykset, jotka ilmaisuista tulivat esille. Tässä analyysissä ajatuskokonaisuudet muotoiltiin pelkistettyyn muotoon.

Esimerkiksi:

Pelkistetty lausuma 1: Kehittämismenetelmien tarkentaminen ja määritteleminen

Pelkistetty lausuma 2: Oma panostus kehittämistyöhön

Pelkistetty lausuma 3: Kehittämissuunnitelman laatinen

Pelkistetty lausuma 4: Vuorovaikutuksen oppiminen

Pelkistetty lausuma 5: Kommunikaation tehostaminen

Pelkistetty lausuma 6: Usko omaan työhön ja työn tuloksien näkeminen

4. Muotoillut merkitykset koottiin ja järjestettiin teema-alueittain. Näin muodostuivat alustavat kuvauskategoriat, jotka kuvaavat uutta kotihoitoa. Näitä kuvauskategorioita hyväksi käyttäen lähdettiin lukemaan muuta tutkimusaineistoa. Kategoriat tarkentuivat analyysiprosessin edetessä. Kategoroiden sisältö muodostui

koko tutkimusaineiston perusteella. Lopuksi tutkija konstruoi kuvauskategorioita analyysin tuloksen.

Esimerkiksi:

Koodattu ilmaisu	Alustava kategoria
Ilmaisu 1: Kehittämismenetelmien tarkentaminen ja määritteleminen	Kehittämismenetelmien kehittäminen
Ilmaisu 2: Kehittämissuunnitelman laatiminen	
Ilmaisu 3: Oma panostus kehittämistyöhön	Sitoutuminen kehittämiseen
Ilmaisu 4: Usko omaan työhön ja työn tuloksiens näkeminen	
Ilmaisu 5: Vuorovaikutuksen oppiminen	Yhteistyön kehittäminen
Ilmaisu 6: Kommunikaation tehostaminen	

5. Tämän jälkeen kuvauskategoriat yhdistettiin yläkategorioiksi.

Esimerkiksi:

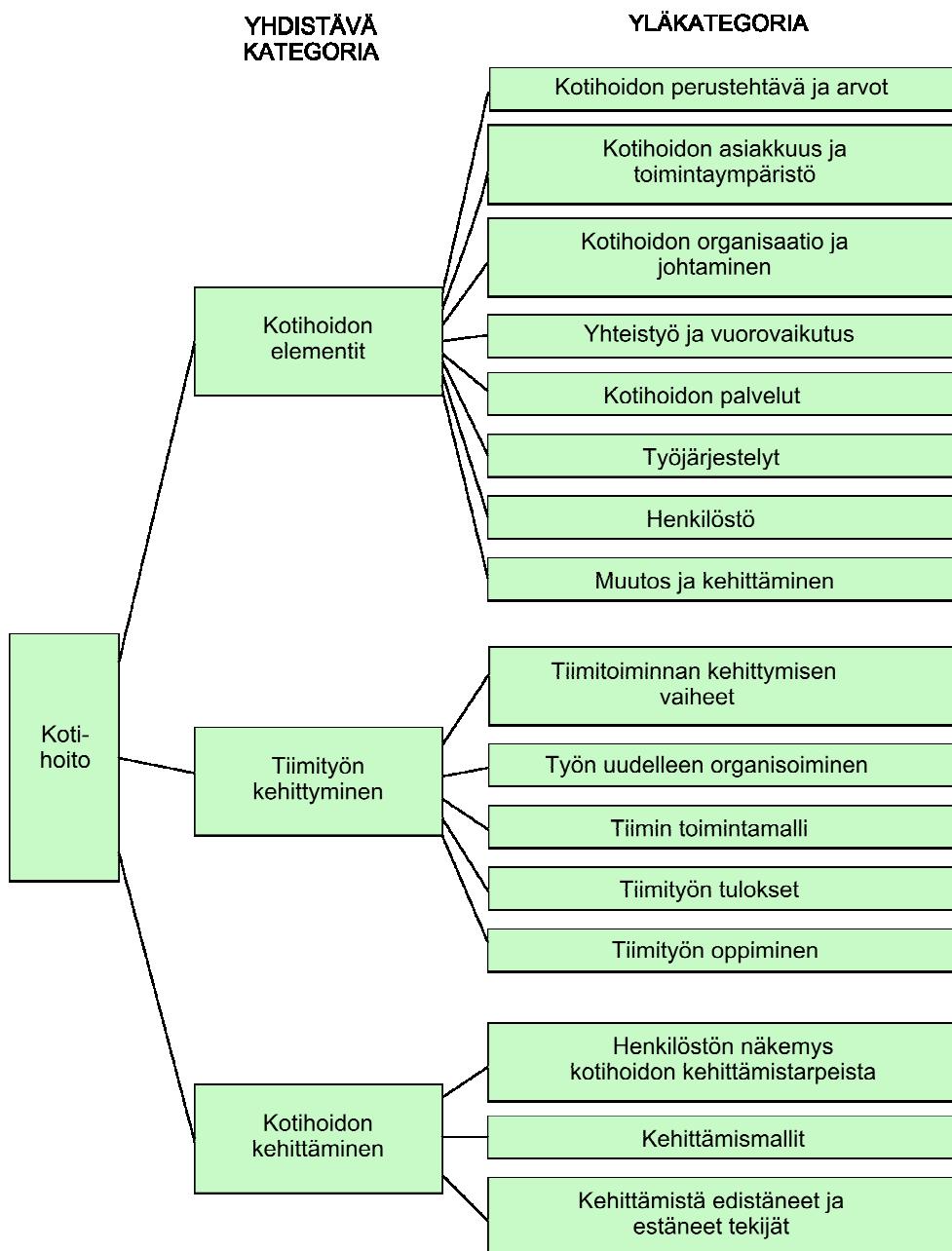
Alustava kategoria	Kuvauskategoria
Kehittämismenetelmien kehittäminen	Menetelmäjohtajuus
Sitoutuminen kehittämiseen	Työntekijälähtöinen johtajuus
Yhteistyön kehittäminen	

6. Tässä vaiheessa tutkija käytti hyväkseen kaikkea muuta olemassa olevaa tutkimusaineistoa kuvaukseen muotoilemiseksi tyhjentävästi.

Esimerkiksi:

Kuvauskategoria	Teema-alue
Menetelmäjohtajuus	Johtajuuden erilaiset ilmenemismuodot
Työntekijälähtöinen johtajuus	johtajien näkökulmasta

7. Tutkimustulosten validointi, palauttaminen ja peilaaminen alkuperäiseen dataan tapahtui tässä analyysissä vertaamalla tuloksia haastatteluaineistoihin ja muihin materiaaleihin sekä käymällä tulokset läpi tutkimustehtävittäin kolmessa eri tapaamisessa tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden kanssa. Tutkimusaineistossa tutkijan omat muistiinpanot ja materiaalit olivat tukiaineistoja, joita käytettiin hyväksi kokonaiskuvan luomisessa.



Kuvio 5. Tutkimusaineiston abstrahointi.

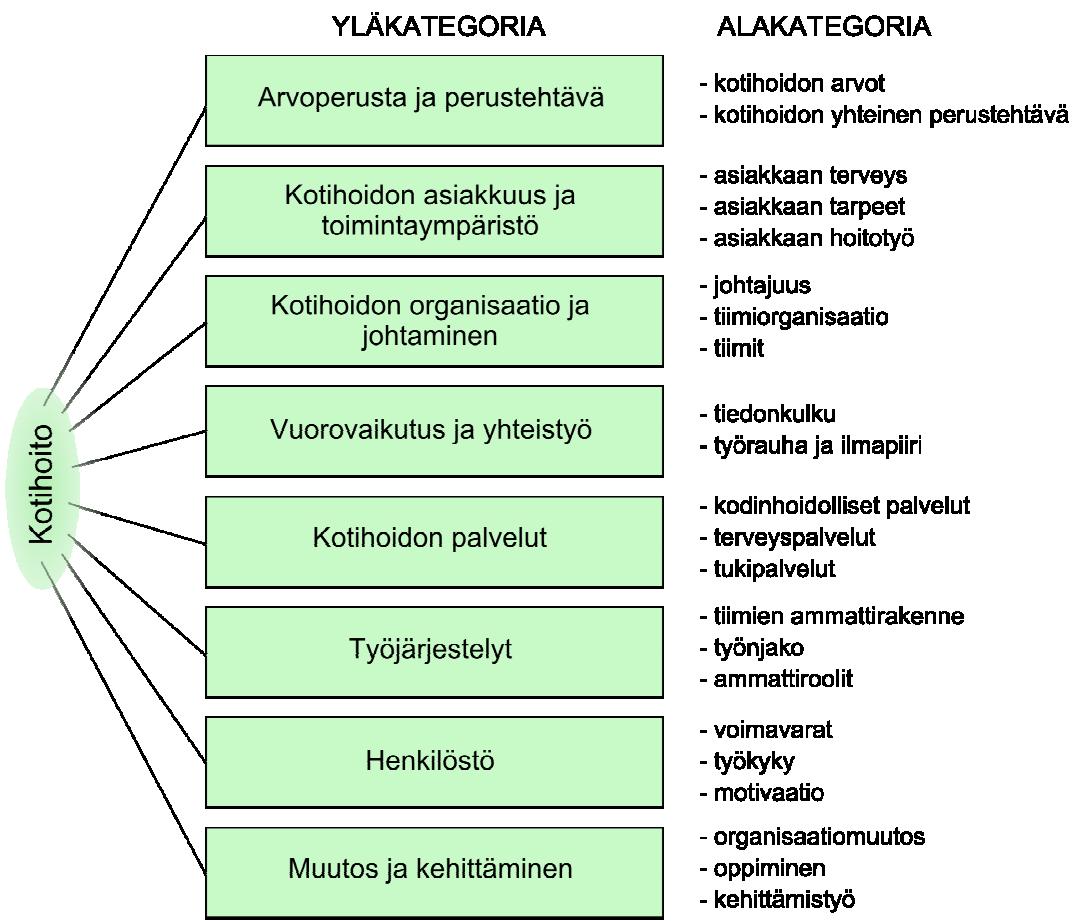
Koko tutkimusaineiston abstrahointi on esitetty kuviossa 5. Tutkimuksen tehtävänä oli etsiä vastausta kysymykseen; Miten kotihoitoa voidaan kehittää tiimityön avulla? Koska tutkimusaineistoa on lähestytty tutkimustehtävittäin, on yhdistävät kategoriat nimetty tutkimuskysymyksissä käytettyjen käsitteiden suuntaisesti. Tutkimusaineiston analysoinnilla on tuotettu kuvaus uudesta kotihoidosta tämän tutkimuksen viitekehysessä. Tutkimuksen tulososassa on kuvattu kyseistä lukua koskeva yläkategoria sekä alakategoriat ja niiden sisällöt.

Osa III Tutkimuksen tulososa

9. Kotihoidon elementit

Tässä ja seuraavissa luvuissa esitellään tutkimuksen tuloksia. Tulokset on jäsennetty tutkimustehtävien mukaan. Ensimmäisessä tutkimustulosten luvussa kuvataan kotihoidon elementtejä, jotka analysoitiin tutkimuskohteeseen ja uuden ilmiön jäsentämiseksi ja ymmärtämiseksi. Elementeillä tarkoitetaan Suomen kielessä perusosaa, (perus)ainesta tai perustekijää (Kielitoimiston sanakirja 2006, 120). Tässä yhteydessä elementeillä tarkoitetaan *kotihoidon perustekijöitä*, joiden kautta uusi kotihoido rakentuu. Tässä tutkimuksessa käytetään jatkossa käsittää kotihoidon elementti. Luvussa 10 kuvataan tiimityön kehittymistä kotihoidossa. Luku sisältää tiimityön kehittymisen vaiheet, työn uudelleen organisoimisen, uudet toimintamallit ja tiimityön tulokset sekä tiimityön oppimisen. Luvussa 11 kuvataan tutkimustulosten validointi, kotihoidon malliin johtaneet prosessit, henkilöstön ja johdon näkemykset kotihoidon kehittämistarpeista sekä kotihoidon kehittämistoiminnan malli.

Yhdistetyn kotihoidon syntyminen on aikaa vievä prosessi, joka ei voi toteutua täydellisesti kolmevuotisen kehittämishankkeen aikana. Tutkimusaineistosta lähdettiin etsimään henkilöstön tuottamia merkittäviä ilmauksia kotihoidon kuvaamiseksi. Ilmauksista rakentuivat kuvauskategoriat, jotka kuvaavat yhdistetyn kotihoidon elementtejä. Kuvauskategorioiksi muodostuivat kotihoidon perustehtävä ja arvot, kotihoidon asiakkuus ja toimintaympäristö, kotihoidon organisaatio ja johtaminen, vuorovaikutus ja yhteistyö, kotihoidon tarjoamat palvelut, kotihoidon työjärjestelyt, kotihoidon henkilöstö sekä kotihoidon muutos ja kehittäminen. Kuvauskategoriat pyrkivät kuvaamaan kotihoidon prosessinomaista kehittymistä. (Kuvio 6).



Kuvio 6. Kotihoidon elementit eli perustekijät.

9.1 Kotihoidon perustehtävä ja arvot

Kotihoidon arvoperusta ja perustehtävä on kuvauskategoria, joka jäsentyi kotihoidon arvojen määrittelyn, kotihoidon perustehtävän määrittelyn sekä yhteisen arvoperustan määrittelyn alakategorioihin.

Kotihoidon arvojen määrittely

Kehittämishankkeen tavoitteena oli kotihoidon yhteisen toimintakulttuurin luominen. Yhteisen perustehtävän tunnistaminen nähtiin tärkeäksi toimintaa yhtenäistäväksi tekijäksi yhteisen kotihoidon luomisessa. Kotihoidon perustehtävä nähtiin hyvin yhtenäisesti heti alkuaastatteluista lähtien. Perustehtävänä pidettiin vanhuksen kotona selviytymisen tukemista ja mahdolistamista aina kotona tapahtuvaan hyvään kuolemaan saakka. Kotihoidon perustehtävän määrittelyssä

korostettiin luottamuksellista asiakassuhdetta ja vanhuksen onnellisen ja turvallisen elämän mahdollistamista.

Kodinhoitaja (AH, kh 3) kertoi: "*Jospa se yhteistyö alkaisikin hyvin sujumaan. Pyritään mahdollisimman paljon kotona hoitamaan asiakasta ja niin pitkään kun mahdollista ja tuetaan ja autetaan sitten heitä selviytymään kotona olemisesta ja asumisesta. Huolehditaan kodista ja tietenkin terveydestäkin että voimme tehdä niitä huomioita jos asiakkaalla on niinkun terveydellisiä ongelmia niin ajoissa niitä huomioida. Ehkä asiakkaan henkistäkin olotilaan helpottaa ja omaisiin pidetään yhteyttä*".

Kotihoidon perustehtävän nähtiin määrittelevän yhteisen arvoperustan pohjalta, mutta yhteisten arvojen olemassaoloa kuitenkin epäiltiin sosiaali- ja terveysalan erilaisten kulttuuritauosten ja työskentelytapojen takia. Alkuhaastatteluissa arvoperustaa ei lähdetty tarkemmin erittelemään. Arveltiin, että yhteisen arvoperustan luominen vaاتisi keskustelua ja yhteistyötä toisen näkemyksiin tutustumiseksi. Myös aikaisempien yhteistyöongelmien katsottiin johtuneen erilaisesta toimintakulttuurista.

Sairaankohtaja (AH, sh2) : "*Kun meistä ruvetaan puhumaan kotihoitona, niin et meillä olis kaikilla sama arvoperusta työssämme*".

Sairaankohtaja (AH sh2) : "*Kyllähän mä tunnen noita kodinhoitajia en mä sitä niinkun pelkää, mut meil on erilainen työmoraali, erilainen ei moraali vaan kulttuuri tehdä tätä työtä on aivan eri lähtökohta*".

Kotihoiton määritteli yhteiset arvonsa syksyn 2000 aikana työkonferensseissa. Ensimmäisen kehittämissyksyn jälkeen suoritetussa väliarvioinnissa vuoden 2000 lopussa työntekijät halusivat ensisijaisesti kehittää kotihoidon yhteistä toimintaideologiaa ja hoitokulttuuria. Ensisijaiseksi arvoksi määriteltiin asiakaslähtöisyys, seuraavaksi tasa-arvo ja yksilöllisyys. Lisäksi jokainen tiimi saattoi määrittää itselleen omia arvoja tarpeensa mukaan.

Vuoden kuluttua, väliarvioinnissa jouluna 2001, tuotiin esille vallitsevien käytäntöjen ja määriteltyjen arvojen ristiriitaisuus.

Tiimin jäsen (HV2, 3): "*Tiimissä odotukset ja arvot törmäävät. Asioista ei puhuta oikeilla nimillä. Varmasti itse kullakin olisi paljon sanottavaa. Kyrällään ja hyrällään ja koetetaan pitää itsehillintää aisoissa sivistyneesti. Toista tällaista vuotta en jaksa*".

Toinen kehittämissyksy 2001 koettiin kaikilta osin vaikeana aikana. Kehittämisyväsymystä oli paljon ja uusi tilanne oli muuttunut todellisuudeksi. Myös asiakastyötä oli tuolloin erittäin paljon ja uuden organisaation työjärjestelyt olivat vielä hioutumattomat. Yksi yhteinen iltapäiväkin jouduttiin peruuttamaan asiakastyön paljouden takia. Sairaslomat lisäsivät työtaakkaa sijaisten puuttumisen ja perehdyttämisen takia. Tasa-arvon toteutuminen oli koetuksella. Tiimeissä jouduttiin selvittelemään henkilöiden välistä selkauksia, mihin edellä mainittu tiimin jäsenen kommenttikin viitanee.

Arvointidialogissa keväällä 2001 keskusteltiin ohjausryhmän määrittelemästä visiosta ja toiminta-ajatuksesta. Visio oli kotihoidon kehittäminen ja yhteen hoitokulttuurin luominen vanhusten hyvän elämän edistämiseksi ja työntekijöiden työkyvyn ylläpitämiseksi. Toiminta-ajatuksena oli tiimimäinen tutkiva ja arvioiva työte pohjautuen yhtiseen arvopohjaan, selkeisiin tavoitteisiin ja asiakaslähtöisyyteen. Keskustelussa todettiin, että vaikeuksista huolimatta kotihoido-organisaation kehitys oli etenemässä hyvä vauhtia asetetun vision suuntaisesti.

Yhteisen perustehtävän määrittely

Kehittämishankkeen aikana oltiin huolestuneita perustehtävän hoitamisesta. Epäiltiin jopa, että perustehtävän hoitaminen on jäänyt kehittämistyön jalkoihin, eikä aika riitä asiakkaille. Väliarvioinnissa jouluna 2002 todettiin, että perustehtävän hoitaminen on vielä sekavaa, mutta tullut helpommaksi. Vielä väliarvioinnissakin jouluna 2003 arvioitiin asiakaslähtöisyyden lisääntyneen, mutta perustehtävän tehokkuuden kärsineen ajankäytöllisistä syistä. Perustehtävän hoitaminen oli vaikeutunut, koska aika oli hukkunut jonnekin. Asiakkaan koettiin jääneen taka-alalle. Asiakkaan hoitoajan arvioitiin lyhentyneen (tarkoittanee kotikäyntiaikaa). Todettiin, että tiukan paikan tullen asiakaslähtöisyyys ei toteudu. Töitä jouduttiin viemään kotiin ajanpuutteen vuoksi ja silti koettiin, ettei ehditä tehdä asioita

tarpeeksi. Tiimien väliarvioinneissa vuonna 2002 tuli esille kasvanut arvostus toisen työntekijän työtä kohtaan.

Perustehtävä oli selkeänä henkilöstön mielessä koko hankkeen ajan. Kevään 2002 moduuliseminaarin materiaalissa todetaan kotihoidon työn perustehtävästä:

"Kaikki tietävät työmme päämääärän, joka on hoitaa alueen asiakkaita niin, että potilaan hoitoketju toimii, eli asiakas pääsee joustavasti kotihoitoon. Työntekijöiden perustehtävä on asiakkaiden tukeminen ja kannustaminen omatoimisuuteen kotona. Ammatillisesti pitää myös osata arvioida, milloin asiakas tarvitsee hoitoketjun seuraavaa tahoaa". (Moduuliseminaari 2002).

Yhteisen arvoperustan määrittely

Arvointidialogissa keväällä 2002 ei käyty suoranaista keskustelua kotihoidon perustehtävästä tai arvoista. Hankkeen loppuarvioinnissa keväällä 2003 koettiin asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon onnistuneen hyvin. Asiakkaiden määrän kasvu ja perustehtävään käytettävän ajan vähys huolestuttivat henkilöstöä edelleen. Kotihoidon arvoperustan nähtiin jo kehittyneen yhtiseksi. Kuitenkin tiimeissä haluttiin pitää kiinni myös tiimien omista arvoista.

Ohjausryhmä pohti kotihoidon perustehtävää ja arvoja koko hankkeen ajan. Ohjausryhmän muistioissa todettiin heti projektin alussa, että kotihoidon työote perustuu yhtiseen arvoperustaan. Kummakin osapuolen kulttuurista olisi tärkeää käydä keskustelua. Joulukuussa 2000 kuitenkin ohjausryhmässä todettiin, että arvokeskusteluun on jäänyt liian vähän aikaa. (Ohjausryhmän muistio nro 4).

"Arvot pitäisi aukaista jotta ne käytännössä voisivat toteutua. Perusarvothan toteutuvat parhaimmillaan tavallisissa työkäytännöissä ja ohjaavat arkipäivän ratkaisuja ja valintoja". (Ohjausryhmän muistio nro 4).

Arvokeskustelua käytettiin ohjausryhmän mielestä liian vähän. Kesäkuussa 2001 ohjausryhmässä todettiin, että kotihoidon arvojen käsitteily on edelleen kesken. Todettiin jälleen, miten tärkeää on, että koko kotihoidolla on perustehtävässään samat perusarvot. Arvokeskustelua ei oltu käyty myöskään tiimipalavereissa, koska niitä ei oltu ehditty pitää. (Ohjausryhmän muistio nro 7).

Keväällä 2002 moduuliseminaarin ryhmäkeskustelussa pohdittiin, miten asiakaslähtöisyys näkyy käytännössä. Asiakaslähtöisyyden kanssa ristiriidassa voi olla esimerkiksi se, että hankalia asiakkaita kartetaan. Joissakin tilanteissa henkilöstön tasavertaisuus voi ajaa asiakastarpeiden yli. Ohjausryhmän muistiossa arvokeskustelu mainitaan seuraavan kerran marraskuussa 2002. Arvoperustan työstämisen todettiin jääneen tiimeissä hyvin vähälle työkiireiden sekä monien samanaikaisten kyselyjen vuoksi.

Arvot, etenkin asiakaslähtöisyys käsitleenä, haluttiin selkiyttää yhdessä käsiteltävän tapauselosten avulla. Näin saataisiin yhteinen näkemys siitä, mitä asiakaslähtöisyys kotihoidon asiakkaan hoidossa todellisuudessa on. Joulukuulta 2002 olevassa ohjausryhmän muistiossa todettiin arvokeskustelusta, että tapauselostuksen (kotihoidon asiakas herra Virtanen) ja arvojen kautta asian käsittely koettiin hyvänä.

9.2 Kotihoidon asiakkuus ja toimintaympäristö

Toinen tutkimusaineistosta muodostunut kuvauskategoria on kotihoidon asiakkuus ja toimintaympäristö. Kategoria jäsentyi asiakkaan terveyteen, asiakkaan hoidon tarpeisiin sekä asiakkaan hoitotyöhön liittyviin alakategorioihin.

Asiakkaan terveys

Alkuhaastatteluissa kotihoidon asiakkaaksi ajateltiin entiset kotipalvelun sekä kotisairaanhoidon asiakkaat. Yhteinen käsitys koko henkilöstöllä oli siitä, että asiakkaat olivat jatkuvasti huonokuntoisempia ja enemmän hoitoressa tarvitsevia. Asiakkaiden huonokuntoisuus liitettiin usein työssä jaksamisen kysymyksiin. Asiakkaat tulivat huonokuntoisemaksi koko hankkeen ajan ja kotihoitoon tuli uusia huonokuntoisempia asiakkaita kolmen vuoden aikana. Asiakkaiden huonokuntoisuus näytti olevan teema, joka oli koko hankkeen ajan esillä. Erityisesti se nousi keskustelun aiheeksi toukokuussa 2002, jolloin koko kehittämistyö oli käännekohdassa. Silloin asiakkaiden huonokuntoisuutta ja lisääntyvä työmäärää käsiteltiin arvointidialogissa.

Asiakkaan hoidon tarpeet

Kehittämishankkeen alusta lähtien mietittiin millä keinoina asiakkaiden lisääntyviin hoidon tarpeisiin voitaisiin vastata. Asiakkaiden hoitaminen vaatisi sekä enemmän aikaa että monipuolista osaamista. Asiakkaiden määärän nähtiin myös lisääntyvän huomattavasti lähivuosina. Sekä kotipalvelu että kotisairaankoito korostivat voimakkaasti asiakaslähtöisyyttä uuden kotihoidon lähtökohtana. Asiakaslähtöisyys määriteltiin siten, että kotihoidon tarjoamat palvelut määritellään asiakkaan tarpeista lähtien huomioiden resurssien asettamat rajoitukset. Uusien asiakkaiden asioiden hoitoa haluttiin saada jatkossa toimivammaksi.

Asiakkaan hoitotyö

Väliarvioinnissa jouluna 2000 pohdittiin, millä keinoina asiakkaan hoitotyötä voitaisiin kehittää laadukkaammaksi ja asiakaslähtöisemmäksi. Erityisesti mainittiin kehittämistarpeina kotihoidon tavoitteita koskevien suunnitelmien laatinen sekä selkeät hoito- ja palvelusuunnitelmat, jotka turvaisivat yhtenäisen tavoitteellisen työskentelyn. Omahoitajuutta ja asiakkaan kokonaisvaltaista hoitamista sekä työhön sitoutumista haluttiin myös kehittää. Toisaalta esitettiin kiertäviä työlistoja työssä jaksamisen helpottamiseksi. Yksilövastuista hoitotyötä haluttiin kehittää edelleen. Asiakaspalautejärjestelmä sekä kuntouttava työte haluttiin osaksi asiakaslähtöistä kotihoitoa.

Syksyllä 2002 kotihoidon työntekijät keräsivät palautetta omilta asiakkailtaan heidän saamistaan palveluista. Omahoitajuus miellytti asiakkaita ja hoito koettiin turvalliseksi. Ongelmana asiakkaat näkivät hoitajien vaihtuvuuden, kiireen ja vaivojen vähättelemisen. Hyväksi koettiin asioiden hoituminen yhdellä kertaa, yhteistyön sujuvuus, ammatillinen osaaminen ja se, että kotona sai olla huonokuntoisenakin.

Projektiin loppupuolella, jouluna 2002, vastuun asiakkaista koettiin kasvaneen. Tämän oli aiheuttanut sekä omahoitajuus että tiimityö. Asiakkaat koettiin uudella tavalla tiimin omina asiakkaina. Asia koettiin positiivisena oman työn kannalta. Asiakkaan välittömässä hoitotyössä kuntouttavan työtteen toteuttaminen oli tuntunut helpommalta tutun asiakkaan kanssa, joka on oman tiimin asiakas. Asiakkaan tilannetta oli alettu havainnoida kokonaisvaltaisemmin. Toisaalta

asiakkaan koettiin jääneen kehittämisen jalkoihin. Kaivattiin aikaa ja mahdollisuutta olla läsnä asiakkaan luona, koska hoitolanteiden keston koettiin lyhentyneen. Asiakkaiden yksinäisyys huolestutti ja kolmas sektori haluttiin tiiviimmin mukaan vanhusten kotihoidon kumppaniksi. Myös ennalta ehkäisevä näkökulma kotihoidossa tuotiin esille kehittämисalueena.

Tiimi (TEV, t 2): *"Kotihoidossa tarvitaan sitä kodinhoidollista osaamista ja asiakkaan luona läsnäoloa, ettei hoitaminen ole pelkkiä "hoitotehtävien" suorittamista. Asiakkaat tulevat liian myöhään apujen piiriin ja ovat liian huonokuntoisia, useat jo laitospaikan tarpeessa. Palvelujärjestelmän tulisi aikaisemmin tavoittaa ne ihmiset, jotka tarvitsevat apua vähän ja tukea heidän selviytymistään".*

Kevällä 2003 tiimit kirjoittivat loppuarvointinsa projektista. Asiakuuteen liittyen asiakkaan kokonaisvaltainen hoito oli onnistunut hyvin. Tiimissä jokainen tuntee kaikkien muiden asiakkaat ja myös asiakkaat tuntevat tiimin työntekijät. Tiimin yhteisten pelisääntöjen katsottiin määrittyvän asiakaslähtöisen työn kautta. Tiimeissä tiedettiin asiakkaiden tuntevan nämä pelisäännöt. Omahoitajuuden katsottiin vahvistuneen ja helpottaneen asiakkaan asioiden hoitoa. Projektin aikana henkilöstölle syntyi yhteinen näkemys asiakaslähtöisyydestä. Asiakasmäärät ja kotihoidon peittävyys lisääntyivät hankkeen aikana. Sairaalasta kotihoitoon jonottaneita oli todella vähän.

Tiimi (TL, t 2): *"Jos asiakas haluaa olla kotona viimeiseen asti, hänen toiveensa on toteutettu. Asiakkaat ovat fyysisesti ja psykkisesti toimintakyvyltään niin huonokuntoisia, että tarvitsevat päivittäin kotona selviytymisen tukea, jopa tunneittain."*

Ohjausryhmässä projektin visiota ja toiminta-ajatusta mietittiin asiakastyön kannalta. Kohoke-projektiin seuranta ja arvointisuunnitelman yhdeksi alueeksi määriteltiin arvointi asiakkaan näkökulmasta. Kotihoidon muutoksesta tiedottamisen käytännöistä sovittiin ohjausryhmässä. Syksyn 2001 suunnittelussa päättiin, että terveydenhoitajaopiskelijat haastattelevat 13 kotihoidon asiakasta asiakasnäkökulman tavoittamiseksi. Tammikuussa 2002 ohjausryhmä käsitteli asiakkaiden haastattelun tuloksia. Tuloksissa asiakkaat kokivat saavansa turvallista

hoitoa sekä tarvitsemansa palvelut. Ongelmaksi koettiin hoitajien kiire. Lisäksi kaivattiin sellaisiakin palveluja, joita kotihoidolla ei ole mahdollisuutta tarjota, esimerkiksi ikkunanpesua. (Ohjausryhmän muistio 13).

9.3 Kotihoidon organisaatio ja johtaminen

Kotihoidon organisaatio ja johtaminen- kuvauskategoria jäsentyi alakategorioiksi johtajuus, organisaatiorakenne ja tiimit.

Johtajuus

Hankkeen alussa kotisairaanhoidon henkilöstö piti välttämättömänä, että kotihoitaa johtaa terveydenhuollon asiantuntija. Perusteluksi näkemykselle esitettiin johdosta saatava ammatillinen tuki. Lisäksi ajateltiin terveydenhuollon ammattilaisen hallitsevan terveydenhuollon lainsääädännön. Pätevin kotihoidon ohjaus syntyi terveydenhuollon asiantuntijan ja sosiaalialan asiantuntijan yhteistyönä.

Lähiesimestyö nousi esille ensimmäisessä arvointidialogissa keväällä 2001. Vaikeassa muutostilanteessa lähiesimieheltä saatava tuki koettiin merkittäväksi. Tuolloin koettiin, että asiat eivät olleet kenenkään hallinnassa ja henkilöstö katsoi tavanneensa esimiehiään todella vähän. Työntekijät kokivat turvattomuutta ja koettiin, että isoja asioita on vielä ratkaisematta. Esimiesten näkökulmasta työtä oli aivan valtavasti. Lähiesimiehet työskentelivät todella vaativassa tilanteessa.

"Esimiestyön ongelmien koettiin liittyvän vastuuksymisten ja työnjaon osittaiseen selkiytymättömyyteen. Työnjaon selkiytyminen on ollut odotettua hitaampaa. Vaikeus syntyyne siitä, että omista tutuista töistä täytyy luopua ja oppia uutta". (AD2)

Henkilöstö koki, että erityisesti lähiesimestyö on merkittävää toimintaa hoitotyön arjen ja työprosessien sujuvuuden ja tehokkuuden kannalta. Lähiesimiehen toivottiin olevan läsnä ja tukevan tiimejä arjen toiminnassa. Lähiesimiehen odotettiin auttavan ristiriitojen ja ongelmatilanteiden käsitellyssä sekä tuntevan kotihoidon arjen työn. Lähiesimieheltä odotettiin kotihoidon työn

asiantuntemusta ja osaamista. Lähiesimies koettiin toimivaksi vaikutuskanavaksi, jos haluttiin vaikuttaa kotihoidon päätöksentekoon tai viestittää henkilöstön näkemyksiä ylempien päätöksentekoelimiin. Lähiesimiehen asemaa ja tehtävänkuvaan haluttiin kehitettäväksi jatkossakin. Ylemmän tason johtamisen vaikutuksia ei nähty arjen työtoiminnassa.

Kehittämishankkeen aikana kotihoidon esimiehet muodostivat oman tiiminsä, Essu-tiimin. Essu-tiimin jäseniä olivat vanhustyön johtaja sekä lähiesimiehet. Sen tehtävään oli johtaa kotihoidon toimintaa. Essu-tiimi todettiin toimivaksi ratkaisuksi esimiestyön kehittämisessä. Essu-tiimillä oli oma kehittämistehtävänsä, joka oli kuukausiasiakkuuden määrittäminen. Kyseisen määritelmän saaminen käyttöön helpotti henkilöstön arjen työtä. Essu-tiimi teki myös muuta kehittämistytä hankkeen aikana.

Vaikka tutkimusaineistosta ei raportoitu johtajien tuottamaa aineistoa erikseen henkilömäärän vähäisyyden takia (3 henkilöä), johtamiskokemuksia analysoitiin kuitenkin erikseen. Johtajuuden osalta tutkimusaineistosta ilmeni erilaisia johtajuuden ilmenemismuotoja sekä johtajilla itsellään että henkilöstöllä. Johtajat edellyttivät itseltään sekä menetelmällistä että työntekijälähtöistä johtajuutta. Menetelmällisessä johtajuudessa kotihoidon johtaja hallitsee laajasti erilaisia kehittämisen menetelmiä sekä pystyy soveltamaan niitä kotihoidon työkäytäntöjen sekä organisaation kehittämisessä. Työntekijälähtöisessä johtajuudessa kotihoidon johtaja kykenee toteuttamaan johtajuuttaan työntekijöiden näkemyksistä käsin ja siten edistämään organisaation "empowermentin" lisääntymistä. Tiimiorganisaation kehittäminen edellyttää kotihoidon johtajien mielestä molempien johtamistapojen hallintaa.

Organisaatorakenne

Ensimmäisen kehittämissyksyn jälkeen väliarvioinnissa, jouluna 2000, ilmeni epävarmuutta liittyen organisaatiomuutokseen muutoksen ja tuleviin tapahtumiin. Yhteistä kotihoittoa ei vielä koettu olevan. Joidenkin työntekijöiden työssä ei ollut tapahtunut vielä minkäänlaista muutosta. Ensimmäisen kehittämisen jälkeen, kevään 2001 arvointidialogissa, todettiin, että organisaatiomuutos oli innostava ja luonnollinen tapa käynnistää projektin. Kotihoidon organisaatioon oli tehty

muutoksia liittämällä asumis-palveluyksikkö, päiväsairaala ja päivätoiminta kotihooitoon. Sijaispula oli uuden kotihoidon suuri ongelma. Kotihoidon yhteistyö muiden vanhustenhuollon toimintojen kanssa oli käynnistynyt. Sidosryhmien informointia uusista toiminnoista pidettiin edelleen tärkeänä ja sitä haluttiin tehostaa. Kotipalvelu koki, että heille muutos oli helpompi kuin kotisairaanhoidolle.

Tiimi (TEV, 1): *"Yhdistäminen on ollut hyvä asia ja asiaa on työstetty monta vuotta ennen Kohoketta ja entisen kotipalvelun puolella muutosprosessi on ollut helpompi, jos nyt niin voidaan edes sanoa. Entisen kotisairaanhoidon väki joutui jättämään terveyskeskuksen".*

Toisena kehittämisvuonna arvointidialogissa 2002 todettiin, että yhteistyösuhheet vanhustenhuollon muihin toimijoihin olivat kehittyneet. Myös omiin "tiimikavereihin" tutustuminen oli vaatinut paljon aikaa. Kotihooitoon suuntautuneet yhteydenotot tulivat nyt kotihoidon tiimeihin, kun yhteiskumppanit alkoivat tuntea uuden organisaation. Päivätoiminta ja muu vanhustenhuolto haluttiin saada kehittämistoiminnan piiriin. Tiimeillä oli vielä erilaisia yhteistyökuuvioita esimerkiksi suhteessa lääkäriin. Esimiestyön koettiin edelleen olevan etäällä.

Tiimit

Tulevaisuuden tavoitteeksi asetettiin se, että tiimien vastuuhenkilöiden ja esimiesten tehtävät selkiintyvät, mikä jämäköittää tiimien toimintaa. Toive pysyvän ohjausryhmän perustamisesta koko vanhustenhuoltoon nousi esille. Organisaatio-muutos nähtiin hyvänä asiana. Tiedon koettiin kulkevan paremmin ja asioiden hoitamisen koettiin olevan helpompaa. Työntekijöiden vaihtuvuus nähtiin ongelmaksi, koska aikaa perehdyttämiseen ei ollut.

Väliarvioinnissa jouluna 2002 esimiesten muodostama Essu-tiimi todettiin uudeksi tavaksi työskennellä. Essu-tiimin laajentaminen nähtiin tärkeäksi jatkuvan muutoksen takia. Esimiestiimin työskentelyssä nähtiin tärkeänä säännöllisyys, dokumentointi ja pelisäännöt. Myös mitattavien tavoitteiden ja arvointimenetelmien tärkeys tuli esille.

Henkilöstö oli tehnyt huomioita johtamisen muutospaineista ja toi esille, että jokainen henkilöstöön kuuluva käy läpi omaa prosessiaan. Lähiesimiesten yhteistyö

oli tiivistynyt, vanhustyön johtaja siirtynyt kauemmaksi. Vuonna 2002 tiimien väliarvioinneissa ilmeni, että kehittämistoiminnan koettiin tulevan johdon taholta ja tiimien omien ajatusten ei annettu ohjata kehittämistoimintaa. Samassa väliarvioinnissa todettiin myös, että kaikille henkilöille ei ollut vielä löytynyt omaa paikkaa organisaatiossa. Tämä kuitenkin tarkoittaa, että henkilöt eivät kokeneet vielä löytäneensä omaa paikkaansa.

Loppuarvioinnit keväällä 2003 kertoivat, että organisaatiomuutos oli koettu positiiviseksi asiaksi. Kotihoido-nimike koettiin omaksi ja koko sosiaali- ja terveysalan organisaatio alkoi hyväksyä kotihoidon. Myös yhteistyökumppanit olivat hyväksyneet kotihoidon hyvin. Tiimeille oli siirrytty lisää päättäntävaltaa, ja ne voivat neuvotella asiakkaan palveluista itsenäisesti.

Organisaatiomuutoksen alkuvaiheessa ohjausryhmän muistioissa ilmenee runsaasti käytännön järjestelyihin liittyviä toimenpide-ehdotuksia aina työtiloista ja atk-laitteista autojen pysäköintiin ja muihin käytännön asioihin. Vanhustyön johto oli käytännön järjestelyissä organisaattorin roolissa. Kesäkuussa 2001 todettiin arvointidialogin pohjalta, että esimiestytä on selkiytettävä. Syksyn koulutuksen suunnittelussa pyrittiin huomioimaan myös esimiesten tukeminen. Keväällä 2002 todettiin, että tiimien vastuuhenkilöiden ja esimiesten välinen työnjako ei ole selvä. Keväällä 2003 todettiin, että esimiehillä on liikaa työtä johtuen monista toimintatapoja muutoksista. (Ohjausryhmän muistiot 8, 14, 21).

9.4 Yhteistyö ja vuorovaikutus

Kuvauskategoria yhteistyö ja vuorovaikutus jäsentyi alakategorioihin tiedonkulku sekä työrauha ja ilmapiiri.

Tiedonkulku

Uuden kotihoidon nähtiin muodostuvan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon henkilöstön keskinäisen yhteistyön pohjalta. Alkuhaastatteluissa koettiin yhteistyön kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välillä toimineen tyydyttävästi ennen organisaatio-

muutosta. Yhteistyön ajateltiin perustuvan keskinäiseen molemminpuoliseen arvostukseen. Yhteistyön ongelmana oli ollut oikean työntekijän riittävän nopea tavoitettavuus sekä välittömän konsultoinnin vaikeus. Kotisairaanhoidon katsoi vaitiovelvollisuuden vaikuttaneen työhön, koska oli tarkoin mietittää, minkälaisista tietoa voidaan yhteistyökumppaneille antaa valvotun kotisairaanhoidon asiakasta.

Sairaahoitaja (AH, sh3): *"Tiedotusasioissa varmaan sitten täytyy jotenkin niinkun olla avoimempi, avoimempi että kun nythän meitä laki sanelee että terveydenhuoltohenkilöstö saa ilmoitella ja minkälaisia lappuja sinne kotia jättää muitten luettavaksi ja muuta että siitä täytyy tulla selvät sitten selvät asiat mitä me saadaan vasteideskin kertoo ja muuta että meidän on tiukkana tarvinnut näissä määrätyissä asioissa olla, asiakkaat ei kuitenkaan halua, että kaikki jotka heitä auttaa, tietää kaikki heidän asiansa."*

Uudelta kotihoidolta odotettiin parempaa tiedonkulkuja ja yhteydenottojen helpottumista eri asiantuntijoiden välillä. Yhteistyö nähtiin positiivisena ja tarpeellisena asiana, jota oltiin valmiita tiivistämään sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon henkilöstön puolelta. Erityisesti entisen kotipalvelun henkilöstö odotti saavansa entistä parempien yhteyden kotisairaahoitajaan. Näin asiakkaiden asioiden hoitamisen odotettiin tulevan entistä nopeammaksi ja joustavammaksi. Keskinäisen yhteistyön arveltiin lisäävän luottamusta eri henkilöstöryhmien välillä.

Kodinhoitaja (AH, kh6): *"Mä toivon että se yhteistyö niin että se parantais tät vanhusten palvelua ja sitä että se kävis niinkun joustavammin ja että mulla on niinkun ihan myönteistä, mä en oo koskaan mitenkään niinkun ennakkoluuloinen mitään kohtaan, sehän voi mennä ihan pieleenkin kyllä."*

Kotihoidon tärkeimmiksi yhteistyökumppaneiksi määriteltiin omaiset ja lääkäri. Myös sosiaalityöntekijät nähtiin tärkeänä yhteistyökumppanina. Väliarvioinnissa jouluna 2000 keskinäinen yhteistyö koettiin vaikeaksi sekä henkilöiden että tiimien välillä. Toivottiin itseltä lisää rohkeutta puuttua asioihin sekä toisen erilaisuuden sietämistä ja hyväksymistä. Keskinäistä arvostusta ja avoimuutta kaivattiin asioiden hoitoon. Tiedonkulun oli koettu parantuneen.

Kodinhoitaja (HV1, kh3): *"Ilmassa olen aistinut jonkinlaista kilpailua paremmuudesta. Aikaisemminkin on ollut tiimien välillä "mätää", kilpailua,*

kyttäämistä, toisten ratkaisujen aliarvioimista ja arvostelua. Ei ole ymmärretty että samaa kotihoitoa olemme."

Arvointidialogissa keväällä 2001 todetaan, että työyhteisön laajentumisesta on seurannut työyhteisön luoman turvan lisääntymistä. Yhteenen työtila on mahdollistanut välittömän konsultaation ja helpottanut yhteydenottoja ja asioiden hoitoa. Vuoropuhelussa tuli esille yhteistyö muun vanhustenhuollon kanssa, missä koettiin olevan kehittämistarvetta. Projektin seurauksena kotihoidon kehittämisen todettiin laajenevan sopivalla tavalla ja käsittelevän yhteyökysymyksiä.

Työrauha ja ilmapiiri

Väliarvioinnissa 2001 yhteistyöhön ja vuorovaikutukseen liittyviä näkökohtia tuli esille runsaasti. Turha puhe vaikeutti työhön keskittymistä. Työrauha puuttui. Tilannetta kuvattiin yleisenä käymistilana. Koettiin, ettäasioista ei puhuta ääneen. Yhteistyölle katsottiin olevan liian vähän aikaa. Työnohjauksella arveltiin voitavan parantaa tilannetta.

Kodinhoitaja (HV2, kh3): "*Kyräillään ja hyräillään ja koetetaan pitää itsehillintä aisoissa sivistyneesti*".

Keväällä 2002 arvointidialogissa todettiin, että verrattuna edelliseen arvointidialogiin, yhteistyö oli parantunut sekä eri ammattiryhmien välillä että tiimien välillä. Tämä näkyi viihtymisen ja humorin lisääntymisenä. Keskusteltiin tiimien erilaisiksi muotoutuneista toimintatavoista. Niitä on syntynyt, koska tiimien asiakkaat ovat erilaisia, ammattijakaumat ovat erilaisia, toimintakulttuuri on erilainen sekä tiimit olivat oman kehityksensä eri vaiheissa. Tiimien yhteistyössä koettiin kuitenkin samoja ongelmia joka tiimissä. Yhteistyökäytäntönä asiakaspalaverit olivat tarpeellisia. Asiakkaiden antamassa palautteessa syksyllä 2002 kiitettiin henkilöstön yhteistyön toimivuutta. Asiakkaat kokivat, että asiat hoituvat yhdellä kertaa.

Väliarvioinnissa 2002 todettiin, että yhteenkuuluvaisuuden tunne oli lisääntynyt tiimien sisällä ja tiimien välillä. Kasvotusten neuvotteleminen koettiin miellyttävämmäksi kuin keskustelu puhelimen välityksellä. Yhteistyön koettiin kaiken kaikkiaan parantuneen, samoin vuorovaikutustaitojen.

Tiimi (TEV, t3): *"Yhdistyminen koettiin aluksi rankaksi, mutta ajan kuluessa yhteistyö on alkanut sujua tiimiyytymisen myötä. Etuja on etä nähdään useammin, saa puhua asiat heti, saa tietoa sairaanhoidollisista asioita, tiedonkulku on parantunut. Haitat on, että työrauha on huono, työtila liian pieni, työväliset puutteelliset (tietokone, puhelimet)."*

Loppuarvioinnissa keväällä 2003 todettiin, että yhteistyökumppanit olivat oppineet tuntemaan kotihoidon melko hyvin ja yhteydenotot tulevat oikeisiin paikkoihin. Asiakkaat kotiutetaan suoraan tiimeille. Intervallijaksot toimivat hyvin. Kotihoidon henkilöstön oma aktiviteetti oli vilkastunut ja yhteistyösuhdeita oli helppo hoitaa. Rohkeus yhteistyöhön oli kasvanut. Todettiin me-hengen lisääntyneen sekä koko kotihoidossa että tiimeissä. Yhteistyö asiakkaiden kanssa oli helpottunut, koska asiakkaat tunsivat tiimin työntekijät. Henkilöstön vaihtuvuus oli haitannut yhteistyötä. Työtilan melun nähtiin edelleen haittaavan työskentelyä, erityisesti kirjaamista.

Ensimmäisen syksyn aikana todettiin, että yhteisissä iltapäivissä tarvittaisiin enemmän aikaa yhteiselle keskustelulle. Keväällä 2001 päättiin kerätä omaisilta tietoa kotihoidon muutoksen vaikuttavuudesta. Terveydenhoitajaopiskelijat toteuttaisivat kirjallisen kyselyn. Tiimien sisällä oli koettu, että kotihoidon henkilöstön tulisi tuntea toisensa. Päättiin aloittaa syksy 2001 kokemuksellisella ja elämyksellisellä yhteisellä tapaamisella, joka koettiin jälleenpäin hyväksi. Marraskuussa 2002 keskusteltiin ohjausryhmässä yhteistyökykyksistä. Koettiin, että lääkärin saaminen tiimiin ja yhteistyön kehittäminen koko vanhustenhuollossa ovat vielä saavuttamattomia tavoitteita. Ohjausryhmän loppuarvioinnissa todettiin, että kotihoitoon on syntynyt keskusteleva, vuorovaikutuksellinen kulttuuri. (Ohjausryhmän muistio 6, 9).

9.5 Kotihoidon tarjoamat palvelut

Kotihoidon tarjoamat palvelut jäsentyivät seuraaviksi alakategorioiksi: kodinhoidolliset palvelut ja terveyspalvelut sekä tukipalvelut. Alkuhaastatteluissa kotihoidon tarjoamiksi palveluiksi määriteltiin perushoito, puhtaus, siivous ja ruoka, terveydenhoito, muut kodinhoidolliset palvelut sekä tukipalvelut.

Kodinhoidolliset palvelut ja terveyspalvelut

Sairaanhoidaja (AH, sh 1): "*Kyllä se tarjoo sen kaiken avun, mitä ihmisen jokapäiväisessä elämässään sinne kotiin tarvii hoivasta hoitoon asiakkaan tarpeista lähtien, että peruspalvelut pitää olla, hygienia ja ravitsemus, ne taata ja sitten siihen rinnalle tarpeen mukaan sitä sairaanhoidollista mitä se sitten onkin kenenkin kohdalla*".

Lääkäreiden kotikäyntejä toivottiin lisää ja saattohoitopilaiden hoito-mahdollisuksia haluttiin kehittää. Palvelujen pitäisi voida taata asiakkaan turvallisuus ja turvallisuuden tunne kotona. Henkilöstön mielestä palvelujen pitäisi lähteä asiakkaan tarpeista käsin ja palvelujen tarpeen arviontia pitäisi tehdä säännöllisesti. Hoito- ja palvelusuunnitelma nähtiin hoidon tarpeen arvioinnin välineeksi. Asiakkaiden yksinäisyys nähtiin suurena ongelmana, johon haluttiin kehittää uusia palveluja myös yhteistyökumppaneiden toimesta.

Tukipalvelut

Kotihoidon henkilöstön rooli nähtiin palvelujen koordinoidjana ja järjestäjänä. Kotihoidon henkilöstö näki tehtäväkseen muiden asiantuntijoiden konsultoinnin tarvittaessa, jotta asiakkaalle saadaan järjestettyä palveluja. Näin koettiin esimerkiksi hengellisten palvelujen osalta.

Kotihoidon palvelujen kehittämisen yhtenä kulmakivenä nähtiin riittävä henkilöstön määrä, jotta asiakkaille voitaisiin antaa aikaa. Ateriapalvelun kehittämistä pidettiin tärkeänä. Hyvää ruokaa perusteltiin ravitsemuksellisten tekijöiden lisäksi myös tärkeänä mielenterveystekijänä. Esimiestiimin yhtenä kehittämistehtävänä oli määritellä kotihoidon kuukausiasiakkuus. Siinä määriteltiin tarkasti asiakuuteen sisältyvät palvelut.

Loppuarvioinnissa 2003 todetaan asiakkaan saamista palveluista:

Tiimi (TL, t1): "*Kotihoidon kodinhoidollisesta tehtäväkentästä on liikaa karsittu asiakkaille tärkeitä toimintoja, kuten siivous kauppa ym. Vanhoilla asiakkaille on säilytetty siivouspalvelu, mutta uusille sitä ei ole luvattu. Tämä lisää mielestämme epätasa-arvoa. Hinta palveluista on kuitenkin samaa luokkaa molemmille.*"

9.6 Työjärjestelyt

Työjärjestelyjä kuvaava kategoria jäsentyi tiimien ammattirakennetta kuvaavaan, työjakoa kuvaavaan ja ammattiroleja kuvaavaan alakategorian.

Ammattirakenne

Alkuhaastatteluissa kotipalvelun ajatus tiimityöstä nousi henkilöstön aikaisemasta ryhmätyökoulutuksesta. Ajatus moniammatillisesta tiimistä tuntui tutulta ja hyväksyttäväältä. Ajateltiin, että työn tekeminen olisi turvallisempaa ja helpompaa, kun sairaanhoitaja työskentelisi samassa tiimissä. Kotisairaanhoidossa tiimityö tuntui vieraammalta. Tiimi nähtiin terveydenhuollon ammattilaisten, kuten lääkärin ja hoitajan, tiiminä.

Työnjako

Tiimityöhön liitettiin työnjaolliset kysymykset. Usein tiimityö ja moniammatillisuus nähtiin työnjakomallina, jossa kaikki tekevät kaikkea. Tämä ajatus esiintyi sekä kotisairaanhoidon että kotipalvelun työntekijöiden ajattelussa. Ajatus siitä, että ei saisi tehdä omaa koulutusta ja osaamista vastaavaa työtä, tuntui vaikealta ja aiheutti vastustusta. Sairaanhoitajilla tuli erityisen voimakkaasti esille tämä pelko. Toisaalta arveltiin kotisairaanhoidon hajautuvan fyysisesti eri paikkoihin, ajateltiin sen tuovan mukanaan hallinnollisia tehtäviä ja toisaalta vähentävän tukea omilta kollegoilta.

Kodinhoitaja (AH, kh 5): "*Kyllä me edelleen ne puurot keitetään ja lääkkeet annetaan dosetista ja tota siivotaan ettei niihin kotisairaankoito mitenkään kyllä niihin hommiin vielä mutta onhan niitä puhuttu että yhtyväät sitten.*"

Väliarvioinnissa 2000 tuotiin esille työnjakoon liittyviä ongelmia. Työn tasapuolisessa jakamisessa oli ongelmia ja siihen kaivattiin selkeitä pelisääntöjä ja sopimuksia. Työajan käyttö ja sen rajaaminen ajatteluttivat; tehdäänkö työajan ulkopuolella kotikäyntejä. Työntekijät eivät vielä kovin hyvin tunneet toisiaan ja se vaikeutti osaltaan työn jakamista. Väliarvioinnissa 2000 työn jakaminen mainittiin kaikkein useimmin työn kehittämiskohdeena.

Arvointidialogissa keväällä 2001 tuli esille työnjaosta:

"Työnlkuvat ja roolit ovat selkiytyneet tai selkiytymässä, mikä on poistanut epävarmuutta, joka liittyy muutosprosessiin. Työnjako selkiytyy ja kehittyy, viikonlopputyöt järjestetty, ateriapalvelun ongelmat purettu, Hopasu kehittyy. Lääkärit ovat mukana tiimeissä ja tekevät enemmän kotikäyntejä." (AD1)

Arvointidialogissa herättettiin kysymys ammatillisesta osaamisesta, "osaako sairaanhoitaja hoitaa kotia".

Väliarvioinnissa 2001 toivottiin, että työntekoa saataisiin selkiinnytettävä. Työtä oli paljon ja "homma oli hajallaan." Työnjaon koettiin olevan selkiytymätön. Tiimityön kehittäminen koettiin vaikeaksi, koska tiimin kehittämiselle ja yhteisten asioiden käsittelylle oli niin vähän aikaa. Työrauhan koettiin puuttuvan ja työn koettiin olevan sekavaa. Toisaalta tiedonkulun koettiin nopeutuneen ja työnjaon oman tiimin ja tiimien välillä koettiin helpottuneen.

Arvointidialogissa 2002 työnjaollisista kysymyksistä pinnalle oli noussut lähihoitajien toimenkuva. Koettiin, että eri tiimeissä lähihoitajien toimenkuva on erilainen. Dialogissa keskusteltiin lähihoitajien mahdollisuudesta tehdä hoidollisia tehtäviä. Lähihoitajat kokivat, että koulutus menee hukkaan, jos kliinisiä, koulutusta vastaavia tehtäviä, ei saa tehdä tarpeksi. Tämä herätti kysymyksen siitä, kuka tekee kodinhoidolliset tehtävät asiakkaalle. Todettiin myös, että uusi työnjako edellyttää omista töistä luopumista ja uuden oppimista. Tämä vaatii toisten työn tuntemusta ja luottamusta.

Ammattirolit

Väliarvioinnissa jouluna 2002 työnlkuvat näyttivät selkiytyneemmiltä. Mainintoja siitä, että parempaan päin ollaan menossa, oli runsaasti. Lähihoitajilla työnlkuvien laajeneminen koulutusta vastaavaksi tuotti tyytyväisyyttä. Työn koettiin monipuolistuneen. Kuitenkin edelleen koettiin tilanteen olevan sekava ja selkiytymätön, esimerkiksi aamujen työnjako oli edelleen sekava. Tiimien välisten työnjaon paranemisesta huolimatta työn organisointi katsottiin edelleen tärkeäksi kehittämисalueeksi. Kodinhoitajan roolin nähtiin muuttuneen. Kodinhoitajalle oli tullut uusi havainnoijan rooli, joka edellyttää uudenlaista asiakkaan kokonaistilanteen ja terveysmuutosten seuraamista.

Tiimi (TEV, t 4): "*Kodinhoitajalle on tullut uusi rooli, havainnoija ja hänellä on vastuu myös havainnoinnista, joten ammatillinen arvostus on kasvanut.*"

Loppuarvioinnissa keväällä 2003 korostettiin kaikkien tasapuolista työpanosta, koska työtä on niin paljon. Päälekkäisten käyntien todettiin vähentyneen, mutta ammattirakennetta pitäisi vielä korjata. Työnjakoon ja siihen liittyvään tiedonkulkuun oltiin tässä vaiheessa jo tyytyväisiä.

Ohjausryhmän muistioissa syksyllä 2000 korostettiin yhteisten pelisääntöjen luomista tiimeihin, jotta työn kehittäminen voisi käynnistyä. Kehittämistehtävien tavoitteena pidettiin työtehtävien selkiinnyttämistä. Vuonna 2002 päättiin selkiyttää esimiesten ja tiimien vastuuhenkilöiden välistä työnjakoa. Syksyllä 2002 todettiin, että kotihoidon ohjaajan roolin selkiinnyttäminen on tärkeää. Myös tiimien kehittämistehtävien arvointi koko kotihoidon toimintakäytäntöjä koskevaksi tapahtui 2002. (Ohjausryhmän muistio nro 3, 18).

9.7 Kotihoidon henkilöstö

Kotihoidon henkilöstöä kuvaava kuvauskategoria jäsentyi voimavaroihin, työkykyyn ja työmotivaatioon.

Voimavarat

Alkuhaastatteluissa pohdittiin mistä saadaan työhön voimavaroja. Voimavarojen lähteitä olivat yksityiselämän asiat, kuten perhe, harrastukset ja ystävät. Myös hyvä työyhteisö ja rakentava vuorovaikutus olivat tukemassa ja antamassa voimia työhön. Omaa työkykyä tukevina tekijöinä nähtiin sekä kotipalvelussa että kotisairaanhoidossa toimiva työyhteisö ja työkavereiden tuki. Asiakassuhteissa ja työssä onnistumista pidettiin parhaana voimien antajana työssä. Yleisesti omaa työtä arvostettiin ja siitä pidettiin. Henkilökohtaisessa elämässä työkykyä tukevinaasioina mainittiin perhe ja harrastukset.

Kodinhoitaja (AH, kh 4): "*No onhan se vähän sillälailla toisaalta henkisesti raskasta ja niinkun ruumiillisestikin, että niin sitten kun on vähän sillai kiire ja sitten kun ittensä vähän tuntee riittämättömäks, niin ja sitten kun on aika*

huonokuntosia niin ei niitä sillälailla voi jättää tai ne on pakko jättää, mutta ei siis niitä vois jättää sinne kotiin yksinään. Niin välillä ne työt tulee ihan uniin, kotiin ja sillä lailla että. Sitten että, onhan se nyt just että kun on tavallaan semmonen hajallaan oleva semmonen olo, että mitä-mitä niin on sekin raskasta."

Työkyky

Väliarvioinnissa 2000 ilmeni, että tilanne koetteli työkykyä, koska sijaisia oli paljon, mutta olisi toivottu enemmän lisätyöntekijöitä muutostilanteeseen. Sairaslomia oli ollut paljon. Työyhteisössä mainittiin olevan työpaikkakiusaamista ja henkistä väkivaltaa. Tilannetta kuvattiin sekä rasittavaksi että henkisiä voimavarajoja kuluttavaksi. Yhdeksi kehittämisen alueeksi toivottiin työyhteisön hyvinvointia. Myös seuraavan kevään arvointidialogissa työkykyyn liittyvät tekijät tulivat vahvasti esille. Muutoksen ja kehittämisen kova vauhti verottivat työntekijöiden työkykyä. Työntekijöitä väsytti työhön liittyvien muutosten lisäksi asiakastyön määrä ja sijaisten perehdyttäminen, koska sijaiset vaihtuivat usein.

Motivaatio

Toinen kehittämiskyli oli henkilöstölle raskas. Väliarvioinnissa 2001 työkyky oli esillä työuupumuksen muodossa. Epävarmuus tiimien pysyyvyydestä kulutti voimia ja se vaikutti myös työmotivaatioon. Työnohjausta esitettiin keinoksi selviytyä henkilöiden välisistä ristiriidoista, jotka näyttivät kärjistyneen. Myös työtilan levottomuus, meteli ja ahtaat tilat kävivät voimille.

Kodinhoitaja (HV2, kh 4): "*Henkilökemian ongelmia on niistä puhuttaessa asiat otetaan henkilökohtaisena loukkausena eikä normaalina työn kehittämisenä.*"

Lähihoitaja (HV2, lh 2): "*Rankka vuosi takana. Hoidettavat eivät rasita, mutta ilmapiiri työyhteisössä.*"

Arvointidialogissa 2002 toivottiin työskentelyilmapiirin kehittyvän sellaiseksi, että voitaisiin avoimesti keskustella kaikenlaisista asioista. Sairaslomatilanne oli huolestuttava ja sijaisten välittämätön tarve tuotiin esille. Omaehointinen itsestä huolen pitäminen nähtiin hyvänä keinona selvitä rankasta työtilanteesta. Toivottiin myös, että tiimien ja lähiesimiesten välinen yhteistyö saisi pysyviä muotoja jaksamisen

helpottamiseksi. Oma jaksaminen koettiin kuitenkin paremmaksi kuin edellisenä vuonna.

Väliarvointi jouluna 2002, kolmannen kehittämissyklin aikana, toi edelleen esille henkilöstön väsymisen. Henkilöstön arviot omasta fyysisestä työkyvystään vaihtelivat. Osa ei kokenut fyysisessä työkyvyssään tapahtuneen mitään muutosta ja toiset taas kokivat sen huonontuneen. Myös henkisen työkyvyn osalta kokemus jakautui. Osa koki työn tulleen mielekkäämmäksi jaksamisen parantuneen ja työmotivaation nousseen. Osa taas koki stressin lisääntyneen työn muuttumisen myötä ja jaksamisen sitä kautta huonontuneen. Henkilöstön mielessä oli edelleen epävarmuutta tiimirakenteiden pysyvyydestä, mikä laski työmotivaatiota. Työtilan rauhattomuus koettiin pahana ongelmana. Myös kiire koettiin stressaavana tekijänä. Ne työntekijät, joilla oli ollut mahdollisuus osallistua työnohjaukseen, kokivat sen auttaneen jaksamisessa. Tyky-toiminnan todettiin olleen antoisa ja moduuliseminaari kasvatti yhteishenkeä.

Työkyky oli esillä ohjausryhmän pöytäkirjoissa koko kehittämishankkeen ajan. Erityistä huolta työkyvystä kannettiin vuonna 2001, toisen kehittämissyklin aikana, jolloin henkilöstö oli todella väsynytä ja työvire oli matalalla. (Ohjausryhmän muistio nro 11).

9.8 Muutos ja kehittäminen

Muutoksen ja kehittämisen kategoria jäsentyi organisaatiomuutoksen, oppimisen ja kehittämistyön alakategorioihin.

Organisaatiomuutos

Alkuhaastatteluissa muutosprosessista arveltiin tulevan vaikea ja voimia kuluttava. Kotihoidon muutoksen ajateltiin toteutuvan hitaasti, jos koskaan. Ajateltiin esimerkiksi, että kahden vuoden kuluttua tuskin on tapahtunut kotihoidossa vielä mitään merkittävää muutosta. Molemmat osapuolet arvelivat toisella osapuolella olevan suuria pelkoja kotihoitoa kohtaan. Haastatteluhetkellä työn nähtiin olevan raskasta ja uuvuttavaa. Odotukset työn helpottumisesta perustuivat kotipalvelun ja kotisairaanhoidon päällekkäisen työn poistumiseen tai

vähennemiseen. Kehittämistyö nähtiin tarpeelliseksi asiakasmäärän kasvaessa tulevaisuudessa. Oman työn kehittämisestä oltiin kiinnostuneita sekä kotipalvelussa että kotisairaanhoidossa. Suuria muutoksia ei omaan työhön kuitenkaan haluttu.

Kotihoiton nimeen liittyi erilaisia näkemyksiä. Kotisairaanhoidon henkilöstöllä siihen liittyi pelkoa siitä, että kotisairaanhointo hukkuisi pois kokonaan tai ei tulisi riittävästi esille. Kotisairaanhoidajat myös arvelivat kotisairaanhoidotyön arvostuksen laskevan kotihoiton-nimen myötä. Uuteen kotihoitoon liitettiin kuitenkin toiveita työn kehittymisestä.

Sairaanhoidaja (AH sh 3): *"Sitä ei täysin arvosteta sitä hommaa siellä kotona, se on vaan pelkkä kotihointo. Jotenkin tulee semmonen, se on varmaan mun asenteissa vaan."*

Oppiminen

Uudessa tilanteessa koettiin koulutuksen tarvetta tiimityöstä, atk-taidoista, vuorovaikutustaidoista, erilaisista hoitotyön ja lääketieteen osa-alueista sekä lääkehoidosta.

Kotipalvelun työntekijät olivat halukkaita uusien yhteistyötapojen kehittämiseen. Myös kotisairaanhoidajat olivat halukkaita uuden oppimiseen. Heitä kuitenkin askarruttivat muutoksessa erilaiset organisaation muutokseen ja työjärjestelyihin liittyvät kysymykset, jotka vaikeuttivat uudenlaisen yhteistyön hyväksymistä. Sairaanhoidajat pelkäsivät oman ammattitaidon taantumista.

Väliarvioinnissa jouluna 2000 muutosprosessi oli jo käynnistynyt ja muutosprosessin vaikutukset olivat jo tulleet esille. Tiimit oli määritelty ja maantieteelliset vastuualueet oli jaettu. Muutosprosessi oli koettu rankaksi, koska työntekijöitä oli muutenkin vähän ja muutos aiheutti paljon lisätyötä. Työn ennakoitiin monipuolistuvan lähiaikoina ja lisää koulutusta toivottiin. Omaa asiantuntijuutta haluttiin kehittää.

Esimies (TEV, em1): *"Olen todennut meidän kaikkien olevan positiivisesti innostuneita aloittamaan työskentelyn ja uskon sen auttavan meidät hyvään alkuun eikä pienet vastoinkäymiset tule kaatamaan hyvää alkua kun on tahtoa yrittää."*

Kehittäminen

Arvointidialogissa keväällä 2001 kotihoidon muutoksesta oli tullut todellisuutta. Muutosprosessin aikana kehittämishankkeen visio oli kirkastunut seuraavaksi; "kotihoidon kehittäminen ja yhteisen hoitokulttuurin luominen vanhusten hyvän elämän edistämiseksi ja työntekijöiden työkyvyn ylläpitämiseksi". Toimintajatuksena oli tiimimäinen tutkiva ja arvioiva työote pohjautuen yhtaiseen arvo-pohjaan, selkeisiin tavoitteisiin ja asiakaslähtöisyyteen. Kotihoidon kehittämiseen oli myös vahva seutukunnallinen panostus.

Kehittämisprojektin todettiin nopeuttaneen prosessia ja vähentäneen pelkoja sekä muutokseen liittyviä ristiriitoja. Useiden työntekijöiden mukaan prosessi on ollut sekä innostava että raskas. Sitoutuminen projektin todettiin voimakkaaksi. Muutos koettiin yleisesti positiivisena asiana. Todettiin, että kotihoidossa on saatu aikaan konkreettisia muutoksia, esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmia on kehitetty. Kehittämisessä todettiin olevan enimmäkseen hyvä henki. Ilmapiiri on avoin ja eriavät mielipiteet otetaan huomioon. Tässä vaiheessa koettiin näkökulman työhön laajentuneen ja kokonaisvaltaistuneen, vaikka osa työntekijöistä koki työnsä pysyneen ennallaan. Muutosprosessiin liittyvä epävarmuus oli vähentynyt. Todettiin, että työroolien selkiytäminen on tärkeää epävarmuuden poistamiseksi.

Tiimityön kehittämisen todettiin olevan hyvässä vauhdissa. Tiimit olivat kuitenkin kehityksessään hyvin eri vaiheessa. Työnjaon todettiin selkiytyneen. Joidenkin työntekijöiden mieltä painoivat muuttuneet työtehtävät, koska muutos ei aina ollut positiivinen. Osalla työntekijöistä muutosta työssä ei ollut tapahtunut lainkaan. Yleisesti näkökulma työhön oli laajentunut ja kokonaisvaltaistunut. Työkuvat ja roolit olivat selkiytyneet.

Väliarvointi 2001 kuvasi muutosprosessin ja kehittämistyön rankkuutta ja vaikeutta. Perustehtävän hoito ja kehittämistyö tuntuivat olevan hajallaan. Kehittämistyöhön oltiin tyytymättömiä ja asiakastyön paljous vei resurssit täysin. Yhteiset tapaamiset tuntuivat vaikeilta ja ajan hukkaamiselta. Energiaa kului henkilöstön välien selvittelyyn. Seuraavana keväänä arvointidialogi kertoil tilanteen helpottuneen jonkin verran. Kehittämistyöhön oli tullut realismia, edettiin pienin

askelin. Omia mahdollisuksia oli jouduttu punnitsemaan. Yhteiset tapaamiset sekä kehittämisprojektiin tarjoamat tukirakennelmat nähtiin nyt hyvinä ja hyödyllisinä.

Väliarvioinnissa joulukuussa 2002 todetaan, että muutosvastarintaa on vielä jonkin verran olemassa. Suuri osa henkilöstöstä oli kuitenkin tyytyväinen kotihoidon muutokseen. Työn kehittämiselle katsottiin olleen liian vähän aikaa ja työntekijöiden vaihtuvuus on haitannut kehittämistytä. Tiimien erilaiset kehitysvaiheet nähtiin ongelmaksi, koska koettiin, että kaikille tiimeille on asetettu samat vaateet kehittämistulosten osalta. Oman työn koettiin kehittämisen seurauksena monipuolistuneen ja laajentuneen. Kehittämisen tukitoimien jatkuvuudesta oltiin huolissaan. Tiimien välisen työnjaon kehittämiseen haluttiin panostaa jatkossa. Kehittämisaika koettiin liian lyhyeksi ja opiskelijoiden panoksen olisi pitänyt olla laajempi. Tiimihenkilö oli kuitenkin syntynyt.

Tiimi (TEV, t2): *"Me olemme me eikä minä".*

Tiimi: (TEV, t1) *"Asiakas saa kokonaivaltaisempaa hoitoa ja tiimiytyminen onnistunut mielestämme hyvin."*

Loppuarvioinnissa keväällä 2003 todetaan, että kotihoidoilla on koettu yksimielisesti positiiviseksi asiaksi. Kotihoido-nimike on tullut tutuksi ja kotikäyntien päälekkäisyydet ovat minimissä. Moduuliseminaarin koettiin kasvattaneen yhteishenkilöä. Kehittämistehtävät pakottivat keskustelemaan asioista ja nostamaan esille vaikeatkin asiat. Kehittämisprojektiin nähtiin tukeneen jaksamista kotihoidon muutoksessa.

Tiimi (TL, t2): *"Kohoke on antanut tienviittoja. Kokemus ja sisäinen ja yksilöllinen kasvu ihmisenä ratkaisee ammatillisen kehittymisen."*

Ohjausryhmän muistioissa ilmenee, että ohjausryhmä otti tehtäväkseen ohjata ja suunnitella projektin kulkua ja samalla seurata sen etenemistä. Jokaisessa ohjausryhmän kokouksessa käsiteltiin kotihoidon käytännöissä tapahtuvia muutoksia sekä arvioitiin projektin etenemistä. Ohjausryhmä osallistui ja seurasi kansallisen työelämän kehittämishallituksen projektiverkostoitumista. Lisäksi ohjausryhmä laati projektin arvointisuunnitelman ja suunnitteli opiskelijoiden liittymisen projektin. (Ohjausryhmän muistio nro 11, 13).

Projektiin alkuvaiheessa ohjausryhmän käsittelemät asiat keskittyivät koulutussuunnitteluun ja tiimien fyysiseen muodostumiseen, johon liittyi hyvin paljon erilaisia asioita. Myös arvointidialogi ja erilaiset hankkeeseen liittyvät selvitykset käsiteltiin ohjausryhmässä. Arvointidialogin tulokset käsiteltiin myös kehittämisyklin lopuksi ja niiden pohjalta käynnistettiin seuraavan syklin suunnittelu. Esiin nousseita teemoja olivat moniammatillisuus, koulutus, ohjausryhmän näkymättömyys sekä esimiesten tukeminen.

10. Tiimityön kehittyminen kotihoidossa

Tässä luvussa kuvataan tiimityön kehittymistä kotihoidossa. Tutkimusprojekti sai alkunsa Janakkalan kunnassa suunnitteilla olevasta organisaatiomuutoksesta ja siihen liittyvästä kotipalvelua ja kotisairaanhoidtoa koskevasta muutoksesta. Silloin kotihoidon johdon taholta päättiin lähteä kehittämään kotihoido-organisaatiosta tiimiorganisaatiota. Organisaatiomuutos astui virallisesti voimaan 1.5.2000, mutta organisaation kehittyminen toimivaksi tiimiorganisaatioksi eteni useiden vaiheiden kautta. Seuraavassa esitetään tutkijan näkemys tiimitoiminnan kehittymisen vaiheista tutkimusaineiston perusteella.

10.1 Tiimitoiminnan kehittymisen vaiheet

Tiimitoimintaan johtanut ensimmäinen kehittymisen vaihe käynnistyi, kun henkilöstö sai tietää suunnitellusta muutoksesta ja siihen liittyvistä käytännön asioista. Kotipalvelussa oli jo aikaisemmin ollut toimintamallina ryhmätyöskentely ja he olivat saaneet siihen koulutusta. Moniammatillista tiimityötä oli jo osattu odottaa, mutta varsinainen muutoksen odottaminen alkoi, kun saatiin virallinen tieto organisaatiomuutoksesta. Tästä alkoi tiimitoimintaan liittyvä *odotuksen vaihe*. Muutosta odotettiin hyvin erilaisin tuntein sekä kotipalvelussa että kotisairaanhoidossa. Alkuhaastatteluissa keväällä 2000 henkilöstöllä oli mahdollisuus kertoa ajatuksistaan ja tuntemuksistaan uutta kotihoidoa kohtaan. Haastatteluissa ilmeni kotihoidon uudistusta kohtaan paljon myönteisiä tunteita ja odotuksia sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon taholta.

Kodinhoitaja (AH, kh4): "*No ehkä tavallaan vähän sellaisia toiveikkaita, toiveikkaita ajatuksia, että jospa se yhteistyö alkaiskin hyvin sujumaan.*"

Projektiin alkuvaiheessa nähtiin olevan monenlaisia kotihoidon kehittämistarpeita. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon toimintojen päällekkäisyksien purkaminen ja olemassa olevien resurssien tarkoituksenmukainen käyttö nähtiin tärkeäksi kehittämiskohteeksi, johon odotettiin saatavan muutos tiimitoiminnan myötä. Kotipalvelulla ja kotisairaanhoidolla oli ollut paljon peräkkäisiä käyntejä yhteisten asiakkaiden luona ja olemassaolevia resursseja hukkui suhteettoman paljon. Voimavarojen riittävyydestä tulevaisuudessa oltiin huolissaan. Toiminnan uudelleen organisoiminen nähtiin välittämättömänä asiana. Asiakkaan mahdollisimman kokonaisvaltaneni hoito yhden hoitajan toimesta arvioitiin tärkeäksi keinoksi toiminnan kehittämiseksi.

Kotihoidon uudistamiseen liittyi paljon huolta. Monenlaiset pelot ja uhkakuvat tulevaisuudesta liittyivät odotuksen vaiheeseen. Omaan osaamiseen, kehittymiseen ja työtehtäviin liittyvät uhkakuvat vaivasivat monien työntekijöiden mieltä. Eriyisesti kotisairaanhoidon henkilöstöä vaivasi pelko oman toimenkuvan muuttumisesta enemmän kodinhoidollisten tehtävien suuntaan. Tätä ei haluttu tapahtuvan.

Tiimin vetäjän rooliin ja tiimityöhön liittyviin uusiin vastuualueisiin suhtauduttiin tässä vaiheessa hieman epävarmuudella.

Sairaankohtaja (AH sh4): *"Jos se olis semmonen juttu että siellä yksin olis, niin siinähän joutuis sitten kaikennäkösiä tämmösiä hallinnollisia tavallaan, ei ne nyt hallinnollisia tehtäväikäään ooo, mut kumminkin tämmösiä vuorolistojen tekija ja järjestelyjä ja kaikki olis sitten niin sijaisten hommaamiset kaikki olis niinkun sen ihmisen vastuulla, joka siitä vastaa ja sitten se vastaa toisiaan siitä, että niitten asiakkaitten hoito suoritetaan oikein."*

Tässä odotuksen vaiheessa valmistauduttiin tulevaan muutokseen sekä henkisesti, että konkreettisilla toimenpiteillä, esimerkiksi tutustumalla kotihoitoon muualla. Odotuksen vaiheeseen sisältyi myös tiimikoulutuksen käynnistäminen ja ensimmäiset yhteiset tapaamiset koko henkilöstön kesken syksyllä 2000.

Sekasorron vaiheeksi nimetty vaihe käynnistyi vuoden 2001 alkuvaiheessa, kun ensimmäiset tiimit muuttivat yhteeniin uusiin tiloihin. Toimitila ei ollut kummankaan osapuolen entinen toimitila, vaan se oli hankittu kotihoidon tiimejä

varten. Yhteisiä työkäytäntöjä ei ollut. Myöskään henkilöstö ei juuri tuntenut toisiaan. Aluejako oli suoritettu maantieteellisesti. Tiimien jäsenyys oli ratkaistu ainakin osittain arpomalla. Tilanteen sekavuudesta huolimatta asiakkaat oli hoidettu hyvin. Koettiin epätietoisuutta siitä, mihin kuulutaan ja miten työtä pitäisi järjestää. Useilla työntekijöillä kaipaus entiseen hyvin toimineeksi koettuun järjestelmään oli tuossa tilanteessa päällimmäisenä tunteena. Työmotivaatio oli monella työntekijällä erittäin matalalla ja asioiden toivottiin tulevan pian parempaan järjestykseen.

Tilanne oli työntekijöiden voimavarojen kuluttava. Olisi toivottu, että lähiesimies olisi ollut konkreettisesti läsnä järjestämässä asioita. Olisi myös toivottu, että lähiesimies olisi ollut tietoinen tiimeissä tapahtuvasta toiminnasta ja tilanteesta. Koettiin, että ollaan aivan omillaan järjestämässä tiimien toimintaa alusta lähtien. Toisaalta esimiehet kokivat olevansa erittäin sitoutuneita kehittämistyöhön ja kokivat olevansa erittäin työllistettyjä. Alkuvaiheen positiivisen odotuksen vaihe oli muuttunut sekavaksi vaiheeksi, jossa jokaisella oli huomattava määrä työtä tehtäväänä. Työntekijät kokivat olevansa väsyneitä sekavassa tilanteessa ja myös esimiesten tuen koettiin puuttuvan.

Järjestäytymisen vaiheen katsottiin käynnistyneen vuoden 2002 alussa, toisen kehittämissyklin kuluessa, jolloin ryhdyttiin systemaattisemmin työstämään tiimien omia kehittämistehtäviä. Kehittämistehtävät olivat tiimien itse valitsemaa kehittämисalueita, joiden parantamisen he katsoivat välttämättömäksi tiimin toiminnan sujumisen kannalta. Lisäksi kotihoidolla käynnistyi muita kehittämistoimia, kuten hoitosuunnitelmien ja kirjaamisen kehittämistoiminta. Kevään 2002 moduuliseminaari oli yksi keskeinen motivaation lähde systemaattiselle kehittämistehtävien työstämiselle. Tiimien omat toimintakäytännöt ja palaverikäytännöt alkoivat muotoutua ja niitä kokeiltiin käytännössä.

Toiseen kehittämissykliin saakka kotihoitona oli ollut henkisesti yksi yksikkö. Tässä vaiheessa alkoi tapahtua tiimien erkaantuminen toisistaan. Kaikkia asioita ei enää jaettu toisten tiimien kanssa. Ei välttämättä enää tunnettu kaikkia tiimien asiakkaita, vaan ainoastaan ne, jotka olivat ilta- tai viikonloppupalvelujen piirissä. Asioita opeteltiin jakamaan oman tiimin sisällä. Myös vastuuhoitajuus alkoi kehittyä toimivaksi työskentelytavaksi.

Väliarvointia tiimitoiminnan kehittymisestä tehtiin säännöllisin väliajoin. Tiimit kirjasivat moniammatillisen tiimityön tuomia etuja ja haittoja kolmannen kehittämissyklin alussa, syksyllä 2002.

Tiimi (TEV, t4) *"Kaikkia osapuolia hyödyttävä, asiakas voi puhua kaikki asiansa samalle hoitajalle, omahoitajuus koettu hyvänä, tilanne vielä sekava, selkiytymätön, työmäärä epätasapainossa, asiakkaat enemmän yhteisiä, vastuu kasvanut, organisointikykyä tarvitaan, puolinainen olo työssä, tilanteet muuttuvat nopeasti, ulkopuolelta tulee tiimiin asioita, jotka sotkevat suunnitelmia."*

Tiimi (TEV, t4): arvioi myös oman tiimityönsä kehittymistä: *"Tiimipalaverit säännöllisempiä, omahoitajuus aluillaan, kokonaisvaltaisempaa hoitoa, tiimiyytyminen onnistunut mielestämme hyvin."*

Jäsentyneen työskentelyn vaiheen katsottiin alkaneen vuoden 2003 alkuvaiheessa. Uudet työkäytännöt olivat vakiinnuttaneet paikkansa. Tiimien työskentelyssä keskityttiin oman tiimin toimintaan. Asiakkaiden hoitamisessa keskityttiin omiin asiakkaisiin. Tiimeille oli muodostuneet vakiintuneet palaverikäytännöt. Tiimit pitivät tiimipalaverin viikoittain sekä asiakaspalavereja säännöllisesti. Lisäksi pidettiin säännöllisesti tehtäväkohtaisia palavereja kuten tiimin vetäjien palavereja. Tiimien toimintakäytännöt olivat vakiintuneet. Tämä ilmeni esimerkiksi sujuvampana työnjakona aamulla ennen käynneille lähtöä. Tiimien sisällä lähenyttiin ja alettiin jakaa myös henkilökohtaisia asioita. Tiimit arvioivat tiimimäisen työskentelytavan oppimista ja soveltamista omaan työhönsä keväällä 2003. Koettiin, että tiimipalaverien merkitystä oli alettu ymmärtää paremmin. Tiimeissä oli syntynyt me-henki ja tiimin toimintatavat tukivat asiakaslähtöistä työskentelyä. Koettiin että kaikkiin asioihin ei enää tarvinnut kysyä esimiehen lupaa. Myös asiakkaat olivat tietoisia tiimin toimintatavoista ja tunisivat sen työntekijät. Kehittämistyön katsottiin edistäneen keskinäistä keskustelua asioista.

Kehittämishankkeen lopussa, keväällä 2003, tiimit olivat edelleen kehittymisessään hyvin eri vaiheissa. Omahoitajuus oli vakiintuneena toimintakäytäntönä lähes kaikilla tiimeillä. Tiimitoiminnan jäsentyneen työskentelyn vaiheeseen, jossa tiimin jäsenten roolit, asiakkaat sekä perustoimintakäytännöt ovat olemassa, päästiin projektin aikana kaikissa tiimeissä.

Henkilöstö on kuvannut tiimitoiminnan muotoja ja vaiheita haastatteluissa ja muussa tutkimusaineistossa. Ilmauksia ja kuvausia tiimitoiminnasta on jäsennetty suhteessa kehittämistyön vaiheeseen ja kontekstiin taulukossa 2.

Taulukko 2. Tiimitoiminnan kehittymisen vaiheet

Odotus	Sekasorto	Järjestäytyminen	Jäsentynyt työskentely
Arvojärjestykset. Pelko eri kulttuureista, kielestä. Ei tästä tule mitään.	Ei tiedetty mihin tiimiin kuulutaan.	Palaverikäytännöt. Tiimien omat käytännöt.	Tiimien vakiintuneet kokoonpanot.
Toive parantuvasta yhteistyöstä, kokonaisvaltaisesta hoidosta, tiedonkulusta.	Hyvin toimivasta lähdettiin epävarmuuteen. Uudet tilat järkyttivät.	Tiimien tiivistymisen omaksi yksiköikseen. Tiimin muotoutuminen määrätynlaiseksi.	Tiimien vakiintuneet toimintakäytännöt. Tiimin jäsenten henkilökohtainen lähentyminen.
Vastustus.			Tiimit tiiviitää toimintayksiköitä. Vakiintuneet palaverikäytännöt.

10.2 Kehittämistä edistäneet ja estäneet tekijät

Seuraavassa kuvataan tiimityön kehittämistä edistäneitä ja estäneitä tekijöitä. Tiimityön kehittämistä edistäneet ja estäneet tekijät on kuvattu seuraavassa kappaleessa kehittämiskykleittääin.

10.2.1 Kehittämistä edistäneet tekijät

Alkuhaastatteluissa kehittämistyötä edistävänä tekijänä tuli selvästi esille tarve muutokseen ja työn kehittämiseen. Työn nähtiin olevan muuttumassa vaativammaksi ja haasteellisemmaksi, koska asiakaskunta oli yhä vaikeammin hoidettavaa eikä lisäresursseja ollut luvassa. Henkilöstön kiinnostus omaa työtänsä kohtaan ja asiakkaista välittäminen loivat kehittämisyönteisen ilmapiirin. Uudessa

tilanteessa kouluttautumiseen oli halukkuutta sekä tutkintoon johtavan että muun täydennyskoulutuksen osalta. Huomattavalla osalla henkilöstöstä oli myönteinen asenne muutosta kohtaan.

Kodinhoitaja (AH, kh5): *"Kun se muutos tulee niin miten se niinkun käytännössä niinkun toimii, mutta tota noin sillai ajattelen että esimerkiksi kotisairaankoito että se kotisairaankoito tulis sinne meidän ryhmään, et me niinkun päästäis niinkun paikkaan tavallaan yhdessä, niin tota oltas lähempänä toisiame.....lyötäis viisaat päämme yhteen."*

Sairaankoito (AH, sh3): *"Varmaan niin, tätä yhteistyötä varmaan lisätä toisiaan on entistä huonokuntoisempaa kotona niin ei se yksistään riitä se, että kodinhoitajat käy siellä vaan tarvitaan monennäköistä muutakin apua."*

Ensimmäisen kehittämissyksyn jälkeen jouluna 2000 oli kehittämistyössä toisaalta innostunut ja toisaalta odottava mieli. Toisessa taajamassa tiedettiin, että yhteisiin työtiloihin siirryttäisiin tammikuussa 2001, mitä odotettiin innostuneesti. Jo toteutuneeseen yhteistyöhön oli latautunut paljon positiivisia odotuksia moniammatillisesta yhteistyöstä. Uusien tiimien muotoutuminen koettiin mielenkiintoiseksi ja mieliala oli korkealla.

Arvointidialogissa keväällä 2001 kehittämistä edistävinä tekijöinä tulivat esille voimakas sitoutuminen kehittämiseen sekä innostunut, rohkea ja avoin ilmapiiri. Lisäksi esille tulivat henkilöstön oppimishalukkuus, koulutusprosessin antama tuki ja näkökulman laajeneminen omaan työhön. Arvointitaitojen koettiin kehittyneen ja tiimien toimivuuden ja itsenäisyyden koettiin lisääntyneen. Aikaansaadut muutokset olivat antaneet lisää kehittämисinta. Nyt uskallettiin keskustella rohkeammin ja hyväksyttiin paremmin erilaisia mielipiteitä. Toisen työn arvostus oli lisääntynyt. Positiivisena koettiin myös esimiesten sitoutuminen kehittämiseen sekä yhteiset työtilat. Toisen kehittämissyksyn jälkeen, väliarvioinnissa 2001, tulivat esille kehittämistä edistäneinä tekijöinä tiimin yhtenäisyys ja työkavereihin tutustuminen.

Arvointidialogissa 2002 toi esille tiimien kehittymisen edistymisen. Työilmapiiri oli parantunut ja sitä kuvattiin hyväksi ja avoimeksi. Eri ammatti-ryhmien välinen yhteistyö ja viihtyyys oli parantunut. Tiimien uudet työnjaot koettiin mielekkäiksi. Lisäresursseja oli saatu ja yhteistyökuviot kotihoidosta

ulospäin olivat selkiytyneet. Tiimien fyysinen läheisyys helpotti yhteistyötä. Kehittämistyöhön oli tullut realismia. Yhteistyökumppaneilta oli saatu myönteistä palautetta ja työnkuvat olivat selkiytyneet.

Väliarvointi 2002 toi esille myönteisen kokemuksen yhdistymisestä, tuttuuden ja luottamuksen lisääntymisen sekä lisääntyneen toisen työn arvostamisen. Keskinäinen yhteistyö on tiivistynyt. Tiimityön käytäntöjen selkiytyminen, työn mielekkyyden lisääntyminen sekä työmotivaation kasvu olivat edistäneet kehittämistyötä. Työ oli monipuolistunut ja tiedonkulku oli parantunut. Työnohjaus oli edistänyt kehittämistyötä niissä tiimeissä, joilla on ollut mahdollisuus sen käyttöön. Ammatillinen arvostus oli kasvanut ja vastuuta oli saatu lisää. Asioiden hoitaminen oli helpottunut.

Loppuarvioinnissa 2003 kotihoidosta oli saatu myönteinen kokemus. Oli saatu onnistumisen kokemus asiakkaan kokonaisvaltaisesta hoidosta sekä positiivinen kokemus tiimityöstä. Moduuliseminaari oli ollut myönteinen kokemus kehittämistyön kannalta. Tiimityö oli saatu toimimaan ja yhteishenkä oli syntynyt. Yhteistyön toimivuus tuki kehittämistyötä edelleen. Omahoitajuus, yhteenen työtila, koulutuksen tukirakenteet, yhteiset sopimukset, esimiesten tuki, työntekijälähtöisyyss ja vastuun saaminen koettiin kehittämistyötä edistäväksi tekijöiksi. Entisen kotipalvelun ja entisen kotisairaanhoidon koettiin lähentyneen toisiaan. Myös tykytoiminnan katsottiin onnistuneesti edistäneen kehittämistyötä.

10.2.2 Kehittämistä estäneet tekijät

Kehittämistyön lähtötilanteessa kehittämistyötä estäneistä tekijöistä huomattavin asia oli uuden ja muutoksen pelko. Alkuhaastatteluissa kuvattiin paljon hyviä työkäytäntöjä, joista haluttiin pitää ehdottomasti kiinni. Organisaation muuttumiseen liittyvät pelot kulminoituivat erityisesti esimiehen koulutustaustaan sekä hänen kauttaan käytettävissä olevaan ammatilliseen tukeen. Koulutusmäärärahojen pelättiin vähenevän suuremmassa työyhteisössä. Kotisairaanhoidossa oman roolin ja työnkuvan menettämisen pelkoa kuvattiin suureksi huolen aiheeksi. Kotisairaanhoidossa ei haluttu siirtyä kauas lääkäristä eikä pois terveysaseman tiloista. Kotisairaanhoidossa pelättiin kliinisen työn kehittämisen hiipumista. Kotipalvelussa

pelättiin oman työn muuttuvan sairaanhoidolliseksi ja vaikeaksi. Kehittämistyön koettiin lähteneen johdosta käsin, mikä herätti vastustusta. Ensimmäinen tieto muutoksesta olisi haluttu saada jostain muualta kuin sanomalehdestä.

Kodinhoitaja (AH, kh4): *"Kun kaikki ollaan niinkun yhtä ymmällään kun se tuli tavallaan niin äkkiä ja sitten että sen toteuttamisessa on kauhee kiire, et me ei olla valmiita eikä me tiedetä että mihin ollaan valmiita tai mihin pitäis olla valmiita niin sitten tota kyllähän se semmosta hajontaa ja semmosta ainakin meidän ryhmässä."*

Väliarvionneissa jouluna 2000 kehittämisen esteiksi koettiin ennen kaikkea kiire. Sijaisia oli paljon ja aikaa kehittämiseen ei ollut. Yhteisten työtilojen puuttuessa oma tiimi koettiin vielä hajanaiseksi. Epätietoisuus ja epävarmuus haittasivat kehittämistyön eteenpäin viemistä. Uusiin työtapoihin ja työnjakoon liittyvät ongelmat haittasivat työn sujuvuutta. Lisäksi ihmisseuranteiden kiristyminen uudessa ja paineisessa tilanteessa vaikeuttivat asiaa. Sijaisia ei ollut riittävästi ja henkilöstö oli huolissaan asiakkaiden hoidon laadun säilymisestä.

Arvointidialogissa 2001 tuli esille runsaasti kehittämistyötä estäviä tekijöitä. Tiimien erilaiset kehitysvaiheet koettiin ongelmallisiksi. Kehittämisen vauhti koettiin liian kovaksi, koska kenttätyöhön ei ollut aikaa. Kehittäminen koettiin vaikeassa tilanteessa liian raskaaksi. Sijaisten puute ja epätyydyttävät muutokset työssä laskivat motivaatiota. Työn muuttumattomuus joidenkin työntekijöiden kohdalla (ulkopuolisuden tunne), muutosprosessin liittyvä epävarmuus ja rauhattomuus sekä epäselvät ammattirollit koettiin epämiellyttävinä asioina. Toisena kehittämismuonna sijaisten puuttuminen haittasi edelleen kehittämistyötä ja työjärjestelyjen epäselvyys oli uuvuttavaa. Suuri asiakastyön määrä uuvutti ja siitä seurasivat työmotivaation lasku ja väsymys. Sairaslomat ja henkilöiden ja tiimien väliset ristiriidat lisääntyivät. Epävarmuus rakenteiden ja tiimien pysyvyydestä vaivasivat henkilöstöä. Jokapäiväisessä työssä koettiin arvojen ja käytäntöjen välisiä ristiriitoja. Työtilan rauhattomuus ja työrauhan puuttuminen estivät kehittämistyötä. Kehittämistyö koettiin raskaaksi, koulutus vaikeaksi ja esimiehet etäisiksi.

Arvointidialogissa 2002 kehittämistyötä haittaavina tekijöinä tulivat esille tiimien erilaisen kehitysvaiheet, sijaispula sekä lähihoitajien epäselvä toimenkuva. Henkilöstö koki epävarmuutta tiimiorganisaation pysyvyydestä. Henkilöstöä

vaivasivat sekä sairaslomat että projektiväsymys. Myös ammatillinen täydennyskoulutus koettiin vähäiseksi. Väliarvioinnissa 2002 tulivat edelleenkin esille sairaslomat, stressi ja henkilökunnan vähyys. Työympäristö koettiin rauhottomaksi. Työmäärä oli lisääntynyt. Toiminta koettiin edelleen sekavaksi ja huominen epävarmaksi. Myös työväliteet koettiin joiltain osin puutteellisiksi. Huoli projektin loppumisesta oli myös alkanut kolmannen kehittämissyklin puolessa välissä. Epäselvyyttä oli koulutuksen ja muiden kehittämisen tukitoimien jatkuvuudesta. Työntekijöiden vaihtuvuus huolestutti henkilöstöä.

Loppuarvioinnissa keväällä 2003 kehittämistyötä haittaavia tekijöitä oli vähemmän. Kuitenkin edelleen esille tulivat sijaispula, koulutuksessa käsiteltävät vaikeat asiat, kodinhoitajien arvostamattomuus, työn paljous sekä levottomuus työtilassa. Lisäksi projektin lopussa aineistosta esille tulivat huonokuntoiset asiakkaat kehittämistyötä estäneinä tekijöinä.

Kotihoidon kehittämistä estäävät ja edistävät tekijät on esitetty kehittämisykleittäin taulukossa 3. Tekijät ovat aakkosjärjestyksessä ylhäältä alas. Koko projektin ajan kehittämistyötä näyttävät edistäneen tiimin kehittymiseen liittyvät myönteiset tekijät ja kehittämistoiminnan tukirakenteet. Myös omaan oppimiseen liittyvät tekijät ja eri tahoilta saatu myönteinen palaute näyttäisi edistäneen kehittämistyötä. Kehittämistä estäneistä tekijöistä erilaiset epävarmuuteen liittyvät seikat, niukat henkilöstöresurssit, työntekijöiden vaihtuvuus ja hankalat työolosuhteet näyttäisivät vaikeuttaneen ja estäneen kehittämistyötä.

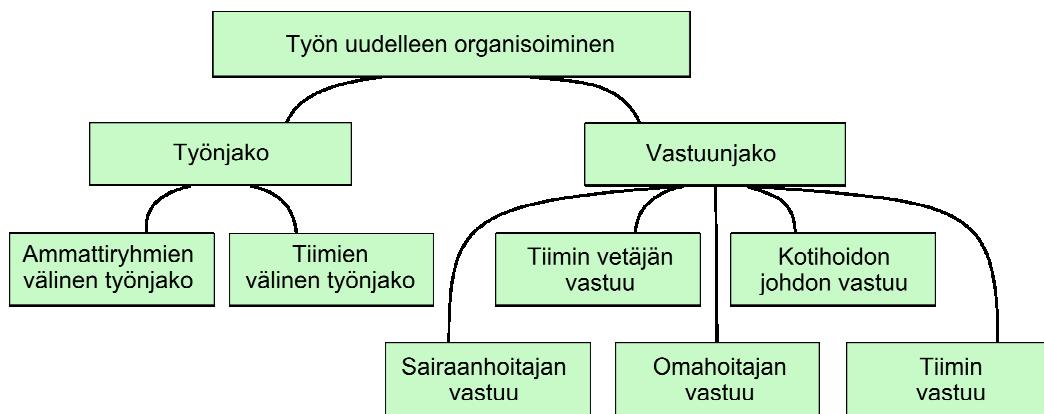
Taulukko 3. Kotihoidon kehittämistä edistäneet ja estäneet tekijät

	Kehittämissykli 1	Kehittämissykli 2	Kehittämissykli 3
Kehittämistä edistäneet tekijät	Avoin ilmapiiri Esimiesten sitoutuminen Kehittämistyön tukirakenteet Kehittämistyön tulosten näkeminen Kiinnostus omaa työtä kohtaan Koettu kehittämistarve Koettu muutostarve Kouluttautumishalukkuus Myönteinen asenne muutokseen Sitoutuminen kehittämiseen Toisen työn arvostuksen lisääntyminen Yhteiset työtilat	Avoin ilmapiiri Lisäresurssit Tiimin yhtenäisyys Työkavereihin tutustuminen Uudet mielekkääät työnjaot Viihtyvyyden parantuminen Yhteistyökumppaneilta saatu myönteinen palaute	Fyysisen läheisyyss Kehittämiseen tullut realismi Kotihoido-kuvan selkiytyminen ulospäin Lisääntynyt vastuu Myönteinen kokemus kotihoidon syntymisestä Tiimityön myönteisten tulosten havaitseminen Toimiva tiimityö Tyky-toiminta Työnohjaus Uudet mielekkääät työnlukuat Yhteishenkki
Kehittämistä estäneet tekijät	Epätietoisuus ja epävarmuus Kiire Menettämisen pelko Omaan rooliin ja työnlukuun muuttumiseen liittyvät pelot Sijaispula Tiimien kehittymisen eritahtisuus	Ammatillisen täydennyskoulutuksen vähäisyys Arvojen ja käytäntöjen väliset ristiriidat Epävarmuus olemassa olevista rakenteista Esimiesten etäisyys Koulutuksessa käsitellyt vaikeat asiat	Eri ammattien erilainen arvostus Koulutuksessa käsitellyt vaikeat asiat Sijaispula Suuri asiakastyön määrä/ huonokuntoiset asiakkaat Työtilan levottomuus

Työn muuttumattomuus / Sijaispula	
epätyydyttävät muutokset	Suuri asiakastyön määrä
Työrauhan puuttuminen	Työmotivaation lasku,
Työtapoihin ja työnjakoon väsyymys	
liittyvät ongelmat, epäselvät ammattirolit	Työntekijöiden vaihtuvuus
Uuden ja muutoksen pelko	Työtilan rauhattomuus

10.3 Työn uudelleen organisoiminen

Tiimitoiminnan käynnistymisen edellytti kotihoidossa perusteellista työn uudelleen organisointia. Työn uudelleen organisoiminen jäsentyi aineistossa kahteen kuvauskategoriaan, jotka olivat työnjako ja vastuunjako (kuvaio 7). Työnjako jäsentyi seuraaviksi alakategorioiksi: ammattiryhmien välinen työnjako ja tiimien välinen työnjako. Vastuunjakoon muodostuivat seuraavat alakategoriat: sairaanhoitajan vastuu, tiimin vetäjän vastuu, omahoitajan vastuu, kotihoidon johdon vastuu ja tiimin vastuu.



Kuvaio 7. Työn uudelleen organisoiminen.

10.3.1 Työnjako

Työnjako jäsentyi aineistossa kahteen alakategoriaan, jotka ovat ammattiryhmien välinen työnjako ja tiimien välinen työnjako. Ammattiryhmien välinen työnjako koostuu lähinnä tiimien sisäisestä työnjaosta.

Ammattiryhmien välinen työnjako

Työn uudelleen organisoimisen yhtenä keskeisenä tavoitteena oli päälekkäisyyskien purkaminen työssä. Eri ammattilaiset eivät enää käy peräkkäin asiakkaan luona, vaan käynnin aikana yksi henkilö hoitaa laajemmin asiakkaan hoitotyötä ammatillisen koulutuksensa sallimissa rajoissa. Tämä koettiin onnistumiseksi kehittämistyössä.

Lähihoitaja kotihoidossa

Lähihoitajat ovat tulleet uutena ammattiryhmänä kotihoitoon. Kokonaan uuden ammattiryhmän tuleminen kotihoitoon on vaikuttanut sekä sairaanhoitajien että kodinhoitajien työnkuvaan. Tämä on vaikuttanut myös laajemmin koko kotihoidon rakenteeseen ja toimintatapaan. Kotihoidossa pyrittiin omahoitajuuteen ja asiakkaan kokonaishoitoon sekä työjaollisista että filosofisista lähtökohdista.

Lähihoitaja (LH, lh3): *"On paljon positiivista ja edelleen ajattelen että tää on hyvä juttu mutta tota noin tuntuu että kukaan ei oo miettiny sitä että mikä mun toimenkuvani on kun mä en oo se kodinhoitaja enkä mä oo sairaanhoitaja niin se mun toimenkuvani on hirveen selkiintymätön ja kun meillä on ollu yhteisiä palavereita niin niissä nyt on ollu että sitä täytyis jotenki kartottaa että me lähihoitajat ollaan väliinputooja."*

Tutkimushetkellä lähihoitajat olivat vielä vakiinnuttamassa asemassa kotihoidossa. Kaivattiin suunnitelmallista lähestymistä lähihoitajien tilanteen selkiytämiseksi. Epäselvän tilanteen arveltiin vaikuttavan sekä työyhteisön henkilösuhdeisiin että asiakassuhdeisiin. Lähihoitajien aseman ja toimenkuvien selvittämiseksi kaivattiin nopeaa toimintaa.

Sairaanhoitajat olivat delegoineet töitään lähihoitajille. Lähihoitajat olivat halukkaita tekemään hoidollisia töitä, koska he olivat saaneet niihin valmiudet

koulutuksessa. Kaikki olivat yksimielisiä siitä, että lähihoitajan pitää saada tehdä hoidollisia töitä, koska hän on saanut siihen koulutuksen. Tämä edellyttää kuitenkin onnistunutta työnjakoa myös muiden ammattiryhmien näkökulmasta. Oikean tasapainon löytäminen työnjakoon on vaatinut sekä aikaa että kokeiluja.

Sairaankohtaja (LH, sh4): "*mä niinkun luovutin töitä heille että he sanokin että anna meille enempi niin huomattiin se että heiltä jäakin sitten tekemättä heidän omia töitä eli kuukausisiivouksia ja näitä että jäi rästiin että ne alko sitten ruveta rasittamaan sitä kodinhoitajaa liikaa...*"

Lähihoitajan tehtäväankuvan rajaaminen siten, että tarvittava työmäärä oli mahdollista saada hoidetuksi, ajateltiin toteuttaa vähentämällä kodinhoidollisia tehtäviä sairaanhoidollisen työn lisääntyessä.

Sairaankohtaja (LH, sh4): "*kyl se heillä nyt niinkun selviää ja on varmaan selvinnytkin että myös entiset kodinhoidolliset tehtävät kuuluu siihen sitten että sit täytyy vaan jostain pään ruveta karsimaan niitä ja kodinhoidollisista töistä ne karsiutuu. Nää ikkunanpesut nää kuukausittain suursiivoukset täntyyppiset niin nää niinkun alkaa karsiutuun.*"

Vaikka kaikki lähihoitajat eivät ole mielestäään saaneet riittävästi tehdä hoidollista työtä, he ovat silti tyytyväisiä muutokseen. He ovat mielestäään saaneet mahdollisuuden tehdä haluamaansa työtä ja saaneet siihen edellytyksiä. Lähihoitajat näkevät oman perustehtävänsä asiakaslähtöisesti. He näkivät oman toimintansa asiakalähtöisesti asiakkaan ja hänen kotinsa hoitamisesta käsin. Myös töiden priorisointi ja järjestäminen tuotiin esille tapana selviytyä asiakkaan kokonaishoidon tuomasta työmääristä.

Lähihoitajien suhtautuminen oman työnkuvansa järjestämiseen vaihteli jonkin verran henkilöstä riippuen. Lähihoitajien näkemykset erosivat erityisesti kodinhoidollisen työn järjestämistä koskevassa kysymyksessä. Osan mielestä kodinhoidolliset työt pystytään hoitamaan asiakkaan kokonaishoidon osana, kun taas toisten mielestä kodinhoidollisia töitä pitäisi karsia. Lähihoitajien mahdollisuutta omaksua uusi roolinsa pidettiin haasteellisena tehtävänä nykyisessä työtilanteessa.

Lähihoitaja (LH, lh2): *"kun mä aloin vetämään täysipainoisesti lähihoitajan roolia niin liian vähän aikaa oli kirjallisiin töihin ja opetteluun kun tietokonekaan ja kirjaaminen ei ollut mitään yksinkertaisia ja helppoja ja minäkin olen niissä vähän hidas oppimaan niin mä koin että toa mulla oli samanlaiset listat kun kodinhoitajilla ja jossakin vaiheessa oli rankempikin ja mulla oli kuitenkin apteekkiasioita ja kirjaamista ja niitä sellasia niin mä koin sillon alkuvuodesta että mulle annettiin liian vähän aikaa toteutella siihen lähihoitajan rooliin..."*

Kodinhoitajien näkökulma tähän työnjaon ongelmalliseen kysymykseen on yhtenäinen. He haluaisivat oman työmääränsä pysyvän siinä määrin kohtuullisena, että voivat hoitaa asiakkaansa hyvin. Kodinhoitajien näkökulmasta asiakkaan kodin hoitamiseen liittyvä työmäärä oli siirtymässä vain heidän vastuulleen.

Sairaankoitaaja kotihoidossa

Sairaankoitaajan työntkuva on muuttunut uuden kotihoidon myötä. Tiimin työn sujuvuuden kannalta sairaankoitaajan katsottiin olevan avainhenkilö. Sairaankoitaajalla on myös erityistä päättäntävaltaa ja vaikuttamismahdollisuutta tiimissä. Katsottiin, että päätöksentekoon liittyvissä tilanteissa arvovaltakysymykset nousevat esille. Koettiin, että kotihoitoon on tullut terveyspuolen hierarkiaa.

Sairaankoitaajat ovat delegoineet lähihoitajille sairaanhoidollisia tehtäviä. Luottamus lähihoitajiin on lisääntynyt yhteistyön kuluessa. Tämä on edellyttänyt sairaankoitaajilta uudenlaista työnsä arvointia. Sairaankoitaajat osallistuvat enemmän suunnittelutehtäviin sekä ohjaavat ja tukevat lähihoitajien työskentelyä. Sairaankoitaajat osallistuvat myös varsinaiseen asiakastyöhön. Sairaankoitaaja konsultoidaan sairaanhoidollisissa kysymyksissä ja sairaankoitaajat voivat tarpeen mukaan konsultoida toisiaan, lääkäriä tai muita asiantuntijoita. Lähihoitajien ohjaaminen on uusi ja vaativa työalue sairaankoitaajan työssä. Mentorin rooli voi olla erityisen vaativa, jos ohjattavana on pitkään työssä ollut työtoveri.

Sairaankoitaajan rooli kotihoidossa on epäselvä. Haastatteluaineistossa esitettiin kysymys siitä, tarvitaanko sairaankoitaajia enää jatkossa kotihoidossa lainkaan, kun lähihoitajat hoitavat asiakkaiden sairaanhoidolliset tarpeet. Sairaankoitaajan rooli sairaanhoidon osaajana ja toteuttajana on hyväksytty tiimeissä. Projektin alussa ollut kuvitelma ja pelko siitä, että kaikki tulevat tekemään kaikkea, on hävinnyt

työnjaollisten kysymysten selkiinnyttyä. Myös odotukset siitä, että sairaanhoitajat osallistuisivat laajasti kodinhoidollisiin töihin, selkiytyi ja katosi kehittämisprojektiin edetessä. Kodinhoitajat kokivat, että useat sairaanhoitajat olivat jo ennen kotihoitoa osallistuneet useisiin kodinhoidollisiin töihin. He eivät kokeneet mitenkään ongelmalliseksi sairaanhoitajan roolia kotihoidossa.

Kodinhoitaja kotihoidossa

Kodinhoitajat kritisovat oman työnsä muuttumista. Jotkut kokivat työnkuvansa kaventuneen esimerkiksi apteekkiasioiden ja haavahoitojen poisjäämisestä takia. Asiakkaan voinnin seuraaminen ja terveydentilan muutosten raportoiminen sairaanhoitajalle oli tullut kodinhoitajan tehtäväksi. Erityistä huolta kannettiin kotikäyntiin käytettävän ajan pituudesta, asiakkaan kanssa olemisesta ja hänen elämäänsä osallistumisesta. Kotikäyntiin käytettävissä oleva aika koettiin liian lyhyeksi. Koska asiakkaiden terveydentila oli huonontunut huomattavasti, sairauksiin liittyvien asioiden hoitaminen vaati kodinhoitajaltakin enemmän aikaa. Kodinhoitajat kokivat, että asiakkaan hoitotyö oli muuttunut sairauskeskeisemmäksi. Toisaalta se ymmärrettiin, koska asiakkaat ovat huonokuntoisia, mutta asiakkaan arkielämän hoitamisesta oltiin huolissaan, koska ”pelkillä pillereillä” ei asiakas tule toimeen.

Kodinhoitaja (LH, kh5): ”pitäis olla aikaa olla siellä ja elää siellä että niitä vanhuksia varten pitäis olla sitä aikaa ja antaa aikaa siihen että ymmärtää missä menee ja ymmärtää sen niitten elämisen ja olemisen ja sitten se ei oo menny hyvään suuntaan se kodinhoitajien työ että se on menny sellaseks toimittamiseks.”

Työnjaollinen ongelma on olemassa niin sairaanhoitajien, kodinhoitajien kuin lähihoitajien mielestä. Eri henkilöiden ja eri ammattiryhmien näkemykset näyttävät eroavan siitä, miten ongelma tulisi ratkaista. Yksityisten kodinhoidollisten palvelujen käyttö kotihoidon vaihtoehtona tai rinnalla on asia, jonka työntekijät näkivät eri tavalla. Kaikki eivät kokeneet yksityisiä palveluja rinnasteiseksi kunnallisen kotihoidon kanssa. Työnjaon ongelmiin ehdotettiin lisää avoimuutta, jotta päätöksiä voitaisiin tehdä entistä tarkoituksemukaisemmin.

Ammattiryhmien välisen työnjaon osalta lähihoitajan, sairaanhoitajan ja kodinhoitajan roolit muuttuivat merkittävästi kehittämishankkeen aikana.

Perushoitajan rooli poistui kotihoidosta. Kotihoidon uudenlainen toimintatapa edellytti kaikilta työntekijöiltä muutosvalmiutta ja joustavuutta uusien tehtävien ja haasteiden edessä. Työntekijät olivat muutokseen valtaosin tyytyväisiä.

Tiimien välinen työnjako

Alkukaaoksen jälkeen tiimit järjestäytyivät omiksi ryhmikseen omiin työtiloihinsa. Tiimien asiakaskunnat jaettiin maantieteellisin perustein. Omalääkäripiirit eivät ole yhtenäiset tiimien aluejaon kanssa, vaan yksi tiimi asioi useamman lääkärin kanssa. Kun tiimin sisäinen toiminta saatiin järjestettyä siten, että asiakkaiden hoidot voitiin turvata, nousi ongelmaksi tiimien välisen työnjaon järjestäminen. Ryhdyttiin vertaamaan toisten tiimien oletettua työmäärää omaan. Kehittämishankkeen kuluessa tiimien käyntimääriä verrattiin myös yhteisesti käyntitilastojen valossa. Toisen tiimin auttamisesta keskusteltiin paljon ja auttaminen tuli voimakkaasti esille loppuhaastatteluissa, vaikka siitä ei välttämättä kysytty mitään. Tiimien väliseen yhteistyöhön kuului myös ilta- ja viikonlopputyön asiakkaiden hoitotyön järjestäminen. Haastatteluissa otettiin kantaa toisten tiimien auttamisen tarpeellisuuteen, avun saamisen välttämättömyyteen sekä perusteltiin miksi ei aina itse lähdetä auttamaan. Työnjaon todettiin olevan erityisen hankalaan, jos aamulla työpaikalta puuttuu työntekijötä. Kovin helposti ei oteta sijaista, vaan apua lähdetään ensisijaisesti kysymään toisesta tiimistä.

Kodinhoitaja (LH, kh6): *"se on joku sellainen turvallisuuden hakeminen siinä ja johtuu siitä että ei olis liian monta ihmistä vaan olis selkeesti se oma työ mitä tehdään se oma alue jota haetaan tai tässä en mä sitä pahanakaan näe että kun aattelee meiänkin tiimiä niin me pystytään tekemään se työ siinä ja otetaan se vastuu tavallaan niinkun siitä ja ei meillä ole mitenkään mahdollistakaan paljon laajentaa."*

Ilta- ja viikonlopputyön järjestäminen on työalue, johon tulee asiakkaita kaikista tiimeistä. Sen toteutuksen tiimit järjestävät yhdessä. Näin tunnetaan jonkin verran myös muiden tiimien asiakkaita. Kuitenkin illalla ja viikonloppuisin mielellään valitaan hoidettavaksi oman tiimin asiakkaita, jos se on mahdollista. Tätä selittiin käytettävissä olevan työajan vähyydellä. Omahoitajuuden arveltiin vaikuttaneen

siihen, että halutaan rajoittua omalle alueelle. Varahenkilöiden katsottiin edistäneen tiimien välistä kommunikaatiota.

Näkemykset tiimien välisistä yhteistyövaikeuksista vaihtelivat eri henkilöiden välillä. Arveltiin, että henkilösuhheet vaikuttaisivat myös tiimien väliseen yhteistyöhön. Vanhojen selvittämättömien ristiriitojen katsottiin haittaavan koko työyhteisön sisäistä yhteistyötä ja jarruttavan kehitystä. Vanhojen rakenteiden ja käytäntöjen arveltiin vaikuttavan työnjakoon ja yhteistyöhön tiimien välillä. Esimerkkejä tällaisista rakenteista ja käytännöistä ovat eri ammattiryhmien osallistuminen työkertoon tai ilt- ja viikonlopputöiden järjestämiseen. Tiimien välinen vuorovaikus nähtiin ongelmalliseksi. Omahaitajuuden myötä omaan asiakkaaseen sitouduttiin tiiviisti ja halukkuus oudompien asiakkaiden hoitamiseen väheni. Myös tiimiyleen sitouduttiin vahvasti, joten näkemyksien yhteensovittaminen toisten tiimien kanssa koettiin ongelmalliseksi.

10.3.2 Vastuunjako

Vastuunjaon muuttuminen on yksi keskeinen muutos työn uudelleen organisoinnissa. Tiimeille on siirrynyt vastuuta osasta esimiehen työtehtävistä, joita aikaisemmin hoiti lähiesimies, esimerkiksi vastuu uusien asiakkaiden vastaanottamisesta. Tiimi vastaa asiakkaiden saamasta kotihoidosta omalla maantieteellisellä alueellaan ja vastaa omasta toiminnastaan. Tiimi hoitaa myös asiakkaiden hoitotyöhön liittyviä yhteistyösuhaita yhteistyökumppaneiden kanssa sekä ottaa kantaa omaan työvoimantarpeeseensa. Yleisesti ottaen vastuun ja pääätäntävällan saaminen tiimeille nähtiin positiivisena asiana. Kaikki henkilöt eivät kuitenkaan ole yhtä valmiita ottamaan uudenlaista vastuuta kannettavakseen. Koettiin, että vastuun otto laajemmin asiakkaasta vaatii paljon uutta tiedon omaksumista, mihin ei oltu valmiita. Erityisesti kodinhoitajat kokivat näin.

Henkilöstö oli voimakkaasti sitä mieltä, että sairaanhoitaja vastaa tiimissä hoitotyöhön liittyvistä kysymyksistä. Jokainen asiakasta hoitava hoitaja kantaa vastuun omasta työstään, mutta sairaanhoitajalla katsottiin olevan vastuu hoitotyön toteutumisen kokonaisuudesta. Sairaanhoitaja vastaa henkilöstön mielestä myös siitä, että kaikki asiakkaat tulevat hoidettua ja työt jaettua oikein.

Tiimin vetäjän tehtävät on erikseen sovittu. Hänen roolinsa on lähinnä vastata tiimin juoksevista asioista. Tiimin vetäjää vaihdetaan ajoittain. Tiiminvetäjän vastuu näyttäisi hieman vaihtelevan eri tiimeissä. Näyttäisi osittain olevan henkilökysymys, kuinka paljon tiimin vetäjä ottaa vastuuta tiimin toiminnasta. Kaikki henkilöt eivät halunneet tiimin vetäjiksi ja kaikkien ei myöskään katsottu olevan sopivia siihen tehtävään. Ketään ei pakotettu tiimin vetäjäksi.

Sairaahoitaja (LH sh1): *"tiimin vetäjän vastuu on ollu enemmänkin sitten asioitten järjestelemistä ja pitää huolehtia siitä että meiän tiimpalaverit tulee ja sitten meiän tiimin vetäjä pitää kirjaaki ja tiimin vetäjä osallistuu tiiminvetäjien palavereihin."*

Joissain tiimeissä vastuu jakautui asiakaskohtaisesti. Omahoitaja oli vastuussa omasta asiakkaastaan ja hänen asioidensa hoitamisesta. Työntekijät kokivat vastuunoton myönteisenä. Asiakkailta ja asiakkaiden omaisilta tuli myönteistä palautetta omahoitajuudesta. Omahoitajuuteen liittyvä ja siinä mahdollistuva itsenäisyys tuotti tyydytystä joillekin henkilöille. Vastuun jakautuminen vaihteli tiimeittäin. Joillakin vastuun jakautuminen määrittyi asiakkaasta lähtien, siitä mitä asiakas tarvitsee. Jos asiakkaalla on paljon sairaanhoidollisia asioita, vastuu hoidosta on sairaahoitajalla. Joillakin tiimeillä vastuu oli alkanut määrittyä omahoitajuuden myötä. Näin vastuun koettiin jakautuneen tasaisemmin.

Kotihoidon johto vastaa viime käessä siitä, että kotihoitoto tarjoaa asiakkailleen vaadittavat ja tarvittavat palvelut. Johto on vastannut myös siitä, että henkilöstö on saanut kasvattaa valmiuksiaan uudenlaiseen vastuunottoon ja tehtäviin. Osa henkilöstöstä on kokenut, että johto on liian kaukana ja antanut liikaa vastuuta liian nopeasti. Esimies on koettu kiireiseksi ja henkilöstö on kokenut jääneensä yksin. Voimakkaiden työntekijöiden koettiin ottaneen osittain johdon käsiinsä. Johtajuutta ja päättöksentekorakenteita haluttiin selkeämaksi. Vastuun jakautumista ei oltu sovittu kaikkien asioiden osalta. Tiimityö toi uudenlaisia asioita hoidettavaksi ja tehtäväjako niiden osalta on aiheuttanut epäselvyyksiä. Epäselvä työnjako aiheutti ahdistusta ja tunnontuskia mahdollisesti tekemättömistä töistä, koska työntekijät eivät olleet varmoja, mitä heiltä odotettiin.

10.3.3 Muutokset työkäytännöissä

Fyysisen toimintaympäristön vaihtuminen entisen kotipalvelun tiloista ja terveyskeskuksen tiloista yhteisiin kotihoidon toimitiloihin aiheutti jo sinällään toimintatapojen muutoksia. Tiimit muuttivat työskentelemään omiin huoneisiinsa. Janakkalassa tämä tarkoitti kolmea tiimiä samoissa tiloissa ja Turengissa kahta. Tiloja pidettiin ahtaina ja meluisina. Keskittyminen koettiin vaikeaksi. Toimintaympäristöön liittyvä henkinen muutos oli todella suuri. Uudessa tilanteessa alkukaaoksen jälkeen lähdettiin etsimään sopivia toimintatapoja. Aamuinen työnjakotilanne oli aluksi huomattava ongelmakohta. Etsittiin keinoja, jolla varmistetaan, että kaikki asiakkaat tulevat varmasti hoidetuiksi. Aluksi oli epäselvää kenen vastuulla työnjako on ja miten menetellään, jos henkilöstö ei riitä esimerkiksi sairastapausten sattuessa. Yksi tiimeistä otti ongelman kehittämistehtävään. Ratkaisuja lähdettiin etsimään työn arvoperustasta sekä uudenlaisista palaverikäytännöistä.

Palaverit

Työkäytännöt olivat olleet muuttuneet paljon hyvin erilaiset entisessä kotipalvelussa kuin kotisairaanhoidossa. Nyt uudessa tilanteessa jouduttiin pohtimaan vanhojen hyvien käytäntöjen säilyttämistä, niiden yhteensovittamista keskenään ja toisaalta mahdollisuksia luoda uusia työkäytäntöjä. Kehittämishankkeen alussa tiimit lähtivät pohtimaan toimintaansa yhdessä määriteltyjen arvojen pohjalta. Tiimit määritteliivät omat pelisääntönsä, jotka ohjasivat myös työkäytäntöjen muotoutumista. Kehittämistehtävien pohtimisesta alkoi keskustelu saman pöydän ääressä.

Kaksi tiimiä valitsi kehittämistehtävänsä palaverikäytännön uudistamisen alueelta. Ne lähtivät kehittämään tiimipalavereja ja asiakaspalavereja. Aluksi tiimeillä oli vaikeuksia järjestää aikaa tiimipalaverien ja asiakaspalaverien pitämiseen. Kun palaverien merkitys työn onnistumisen kannalta tuli selkeämäksi, aikaakin löytyi paremmin. Käsitteellisistä epäselvyysistä selvittiin ajan kuluessa. Eri tiimit lähtivät säännölliseen palaverikäytäntöön eri tahdissa. Loppuhaastatteluissa tiimipalavereita pidettiin tärkeänä uutena toimintakäytäntönä.

Työntekijät näkivät tiimipalaverit omana vaikuttamiskanavanaan asiakkaan asioihin. Tiimipalavereissa he pääsevät osallistumaan päätöksentekoon.

Sairaankohtaja (LH, sh 5): *"aluks oli etta hyvä kun osattiin puhua toistemme kanssa ja paljon tuli siis tämmösiä käsitteellisiä väärinkäsityksiä etta mitä mä tarkotin ja voimakkaan ilmasun ihmisenä en osannu löytää oikeata asua sille ilmasullen niin tota siihen reagoitiin yli tai alitte ja jotaan tämmöstä etta kyllä siinä ainakin pari vuotta tää viimenen vuosi meni etta nyt on ruvennu löytymään semmosia pieniä väyliä..."*

Tiimipalaverit ja asiakaspalaverit ovat mahdollistaneet uudenlaisen tavan lähestyä tiimin kehittämistä, ristiriitoja ja uusia ideoita. Kokouksien hallinta oli yksi asia monien opittavien asioiden joukossa. Toisen kuuntelun tehostaminen koettiin tärkeäksi. Näitä aihepiirejä työstettiin tiimipalavereissa. Yhteinen keskustelu asiakkaista ja työstä ei kuitenkaan ollut kaikille työntekijöille ainoastaan myönteinen asia, vaan nämä saatettiin ottaa hyvinkin henkilökohtaisesti. Myöskään kaikista asioista ei uskallettu puhua ääneen.

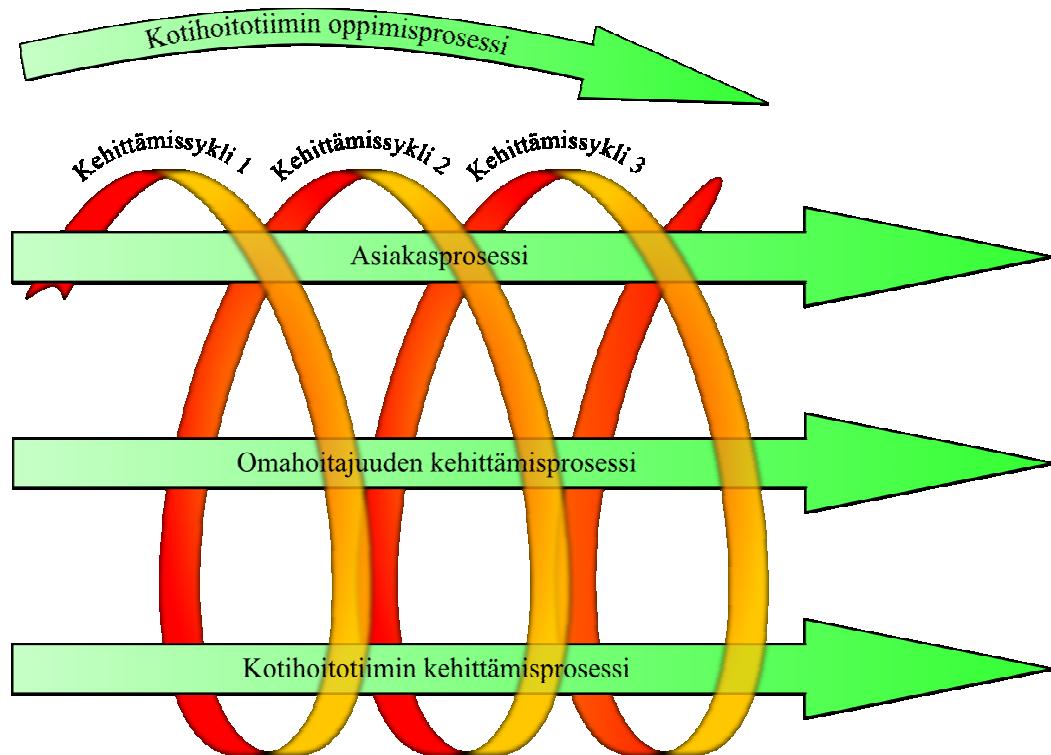
Sähköinen kirjaaminen

Kirjaamisen muutokset sekä hoito- ja palvelusuunnitelman käytön uudistaminen ovat olleet suuria muutoksia arjen käytännöissä. Sähköiseen kirjaamiseen oltiin kouluttautumassa loppuhaastattelujen ajankohtaan vuonna 2003. Kirjaaminen kokonaisuudessaan oli kodinhoitajille suuri muutos, koska aiemmin he olivat kirjanneet käyntinsä vain määrällisesti. Lähihoitajille ja sairaankohtajille manuaalinen kirjaaminen on arkikäytäntöä. Sähköisen kirjaamisen tuleminen herätti kodinhoitajissa sekä mielenkiintoa että kauhua. Kirjaamisen hyvien puolien avulla haluttiin kerätä rohkeutta kohdata sähköisen kirjaamisen haasteet. Kodinhoitajat kuitenkin suhtautuivat haasteeseen pääosin myönteisesti.

10.4 Tiimin toimintamalli

Tiimin toimintamalli jäsentyi tutkimusaineiston perusteella kolmeen tiimin toiminnan perusprosessiin, jotka ovat asiakasprosessi, omahoitajuuden toimintaprosessi sekä kotihoitotiimin kehittämisprosessi. Nämä kotihoitotiimin

perusprosessit toteutuvat ja kehittyvät kotihoitotiimin päivittäisessä toiminnassa. Henkilöstön oppimiskokemuksiin perustuva oppimisprosessi eteni tiimin kehittyessä. Kehittämissykli jäsentää tiimin toiminnan aktiivista kehittämistä sisältäen diagnostiikan, suunnittelun, toteutuksen, arvioinnin ja oppimisen (Kuvio 8).



Kuvio 8. Kotihoitotiimin toimintamalli.

10.4.1 Asiakasprosesi

Asiakasprosesi on tiimin toiminnan keskeinen perusprosessi. Asiakasprosessi sisältää asiakkaaksi tulon, asiakkaana olemisen sekä asiakkaan siirtymisen pois kotihoidosta (vrt. esim. Larmi 2005). Asiakasprosessin toteutumisessa merkittäväksi uudessa kotihoidossa muodostui asiakkaaksi tulemiseen, olemiseen ja pois siirtymiseen liittyvä päättöksenteko. Kehittämishankkeen aikana kotihoidossa pyrittiin kehittämään asiakasprosessin eri vaiheita. Tutkimusaineistosta ilmeni erityisiä onnistumisia asiakkaan laitoksesta kotiutumisessa sekä asiakkaan asioihin liittyvän päättöksenteon kehittämisessä.

Ennen kotihoidon ensimmäistä kontaktia asiakkaaseen, hoitotyötä ja kotikäyntiä aletaan suunnitella kartoittamalla asiakkaan palveluntarvetta etukäteistietojen perusteella. Tämän jälkeen neuvotellaan asiakkaan ja omaisten kanssa. Neuvotteluissa huomioidaan asiakkaan ja omaisten odotukset kotihoidon palvelujen suhteen Tämän jälkeen katsotaan, miten näihin palveluntarpeisiin voidaan lähteä vastaamaan. Ennen asiakkaan palveluihin liittyviä päätöksiä, tutustutaan asiakkaaseen ja hänen tilanteeseensa jonkin aikaa. Hoitosuhteen käynnistyessä asiakkaan ja hoitajan välisen vuorovaikutussuhteen rakentuminen on erittäin tärkeää. Onnistunut vuorovaikutussuhteen rakentuminen auttaa seuraamaan ja kartoittamaan asiakkaan palveluntarvetta. Asiakkaaksi tulemiseen, asiakkaana olemiseen ja asiakkaan poistumiseen liittyvien päätöksentekokäytäntöjen selkiytäminen on tarpeellinen ja toimintaa helpottava asia. Aiheesta keskusteltiin usein työkonferensseissa koko kehittämishankkeen ajan.

Sairaankohtaja (LH, sh3): *"ei oo tarvinnu käydä kun viikko niin kaulaan kapsahtaa ja itku pääsee kun häntä nyt hoidetaan."*

10.4.2 Omahoitajuuden kehittämisprosessi

Omahoitajuutta alettiin kehittää kehittämishankkeen aikana tiimien valitsemien varsinaisten kehittämistehtävien ulkopuolella. Omahoitajuus valittiin tiimeihin sekä hoitotyön filosofiseksi lähtökohdaksi että työnjakomalliksi. Omahoitajuuteen päätyminen perustui kotihoidon yhteiseen arvoperustaan. Omahoitajuudella haluttiin lisätä asiakkaan saaman palvelun joustavuutta. Omahoitaja hoitaa asiakastaan aina kun se on mahdollista ja turvaa kirjaamisella asiakkaan hoitotyön silloin kun itse ei ole sitä toteuttamassa. Asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä omahoitajuuteen. Se on asettanut henkilöstölle oppimishaasteita ja lisännyt omahoitajan vastuuta asiakkaasta.

Kotihoidossa tehtiin paljon työtä omahoitajuuden kehittämiseksi. Se nousi yllättäväkin vahvasti esille tutkimusaineistossa. Pääsääntöisesti omahoitajuuteen oltiin tyytyväisiä. Kodinhoitajat kokivat, että he olivat oppineet sairaanhoitajilta paljon omahoitajuudesta. Sairaankohtajat kokivat, että omahoitajuuden kehittämislaitos oli ensisijaisesti heillä, koska heillä oli aikaisempaa kokemusta

omahoitajuudesta kotisairaanhoidossa. Lähihoitajat pohtivat koulussa oppimiaan asioita omahoitajuudesta suhteessa toteutuneeseen toimintamalliin. Kehittämistyön alussa omahoitajuuteen suhtauduttiin arkailleen, peläten sen sitovuutta ja vastuullisuutta. Kuitenkin kehittämistyön edetessä henkiset esteet omahoitajuuden osalta voitettiin ja asiakkaiden tyytyväisyys toimintaan antoi kehittämistyöhön lisää motivaatiota.

10.4.3 Kotihoitotiimin kehittämиспроцесс

Tiimin työn kehittäminen oli tiimeille suuri haaste koko kehittämishankkeen ajan. Tiimit olivat ottaneet kehittämisen vastuulleen ja toimineet siinä sitoutuneesti. Tiimpalaverit ovat olleet keskeinen kehittämistyön väline. Tiimit veivät eteenpäin omia kehittämistehtäviään ensin oman tiimin tasolla ja sitten koko kotihoidon tasolle sovellettuna. Vastuu kehittämistyöstä pyrittiin jakamaan tasaisesti tiimissä, mutta sairaanhoitajan toimintaa tässä yhteydessä pidettiin avainasiiana.

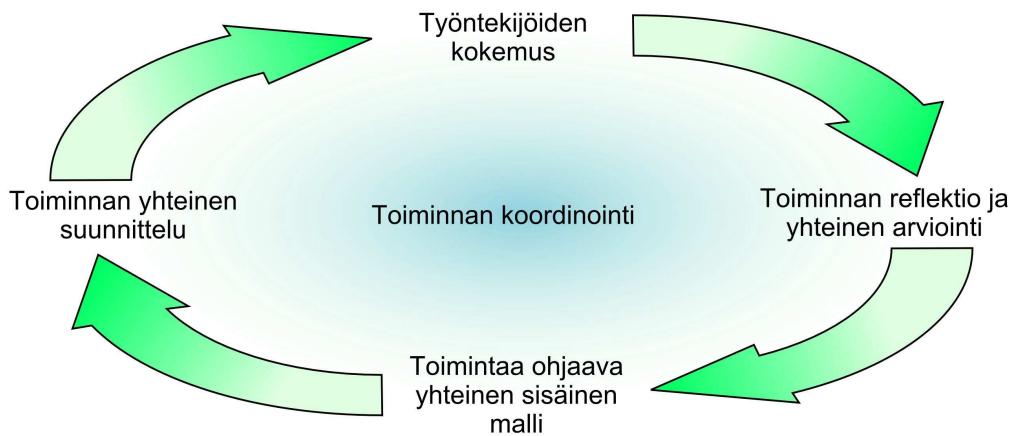
Sairaanhoitaja (LH, sh3): *"sitten on tää työn kehittäminen oman tiimin niin sekin on ollu silleen paljon että sillä tapaa että olen yritynyt viedä sitä eteenpäin koska sitten monta kertaa tiimpalavereissa niin on sitä kun mä en sitten vaan joudu että sitä täytyy niinkun ruoskii sitä porukkaa että juttelee silleen että mitä mieltä sä oot ja sä oot tästä asiasta että sellasia teknisiä konstejakin yrittää käyttää..."*

Tiimin johtamisen koettiin olevan kadoksissa. Lähiesimies koettiin etäiseksi tiimistä ja sen asioista. Tiimin vetäjän roolia ei katsottu johtajan rooliksi, koska hän ei ole esimiesasemassa. Tiimin vetäjän rooli vaikutti enemmänkin asioiden hoitajan tai sihteerin roolilta. Sairaanhoitajalla katsottiin olevan enemmän vastuuta myös tiimin toiminnasta, koska hän on koulutetuin ja saa eniten palkkaa. Kukaan ei tuntunut olevan kokonaismuodostuksessa tiimin toiminnasta.

10.5 Kotihoitotiimin oppimisprosessi

Kotihoitotiimin oppimisprosessi pohjautuu työntekijöiden sekä omakohtaiseen että kollektiiviseen kokemukseen työssä. Oppiminen etenee syklisesti toiminnan

reflektion ja yhteisen arvioinnin kautta kohti toimintaa ohjaavaa yhteistä sisäistä mallia, toiminnan yhteistä suunnittelua ja sitä kautta kohti uusia kokemuksia työssä. (vrt. Järvinen & Poikela 2006, 178).



Kuvio 9. Kotihoitotiimin oppimisprosessi

Tiimin oppimisprosessi lähtee likkeelle työntekijöiden omakohtaisista ja kollektiivisista kokemuksista. Monien työntekijöiden työkuva muuttui melkoisesti kehittämishankkeen aikana. Lisäksi työtä tehtiin usein uudenlaisessa roolissa uusien työkavereiden kanssa. Työ antoi runsaasti uudenlaisia kokemuksia.

Seuraava oppimisprosessin vaihe on toiminnan reflektio ja yhteinen arvointi. Kotihoidossa tämä tapahtunut tiimipalavereissa ja asiakaspalavereissa. Kehittämistyön eri vaiheissa tiimien tuottamissa arvioinneissa ilmeni, että yksi tiimityöstä koetuista merkittävästä hyödyistä oli mahdollisuus puhua omista kokemuksista ja jakaa kokemuksia ja tietoa sekä käsitellä asioita yhdessä. Fyysinen läheisyys on helpottanut tämän toteutumista.

Toimintaa ohjaava tiimin yhteinen sisäinen malli alkoi muodostua kehittämishankkeen aikana. Se tuli tutkimusaineistossa esille erilaisia työkäytäntöjä kuvaavissa ilmauksissa sekä asennoitumisessa tiimityöhön ja asiakkaaseen.

Toiminnan yhteinen suunnittelu alkoi kehittyä työkonferensseissä ja tiimipalavereissa kehittämishankkeen aikana. Suunnittelun käynnistyminen näyttää

vaativan jonkin verran aikaa ja erityisesti sen tiedostamisen, että ollaan todella saatu mahdollisuus ja valtuudet suunnitella yhdessä omaa toimintaa.

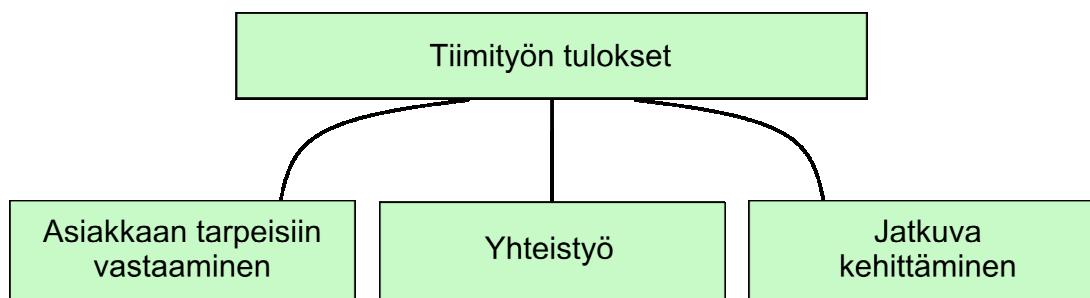
Toiminnan koordinointi näyttää liittyvän tiimin vetäjän ja lähiesimiehen toimintaan. Tiimin vetäjä huolehtii siitä, että tiimipalaverit ja asiakaspalaverit pidetään. Silloin tiimi kokoontuu käsittelemään asioita ja yhteinen oppiminen mahdolistuu. Lähiesimies koordinoi tiimien toimintaa koko organisaatiossa. Hän myös osaltaan mahdolistaa tiimin työskentelyn puitteet.

Kehittämissykli

Tiimin toimintamallissa kehittämissykli sisältää samat vaiheet kuin kotihoitorganisaation kehittämismallissa (vrt. Susman & Evered 1978). Tiimin toimintamallissa kehittämissyklin merkitys on viedä kotihoidon tiimin perusprosesseja eteenpäin. Jatkuvassa kotihoidon kehittämistyössä kehittämissyklit rytmittää kehittämistyötä. Kehittämistyö etenee edellisen syklin loppumisen päättäneestä arvioinnista uuden syklin aloittavaan diagnostoinnin vaiheeseen. Tiimin toiminnassa kehittämissyklin toteutuminen edellyttää säännöllisiä palaverikäytäntöjä sekä tiimin kehittämistyön kytkeytymistä koko kotihoitorganisaation kehittämistyöhön.

10.6 Tiimityön tulokset

Tiimityön tulokset jakautuvat kolmeen alakategoriaan, jotka ovat asiakkaan hoidon tarpeisiin vastaanmisseen liittyvät tulokset, yhteistyöhön liittyvät tulokset ja jatkuvaan kehittämiseen liittyvät tulokset.



Kuvio 10. Tiimityön tulokset.

10.6.1 Asiakkaan hoidollisiin tarpeisiin vastaanmisseen liittyvät tiimityön tulokset

Tiimityöhön siirtymisen tuloksista merkittävimpia ovat asiakkaan hoidon tarpeisiin vastaanmisseen liittyvät tulokset. Kotihoidon henkilöstö määritteli tärkeimmäksi arvokseen asiakaslähtöisyyden. He ovat kehittäneet kotihoitoa ja omaa työtään sen suuntaisesti. Käytännön työssä asiakaslähtöisyyss merkitsee työn suunnittelua, toteutusta ja arviontia asiakkaan tarpeista lähtien. Työntekijät pyrkivät rakentamaan työsunnitelmansa sen mukaan minkälaisista apua kukin asiakas tarvitsee ja toivoo.

Lähihoitaja (LH, lh3): *"sehän lähtee asiakaslähtöisyyys jo siitä että miten pyrit menemään sinne että asiakas ei saa yhdeltätoista aamupalaa jos vaan suinkin pystytään järjestämään, se alkaa siitä että sä menet sinne ja se saa sellasen aamupalan mistä se tykkää ja että sen lääkehoito on järjestysessä ja että sitä asiakasta kuunnellaan ja jutellaan ja joka aamu kun se sanoo ne samat asiat niin sanotaan että voi hyvänen aika että niinkö se on ja ollaan kiinnostuneita vaikka tietää ihan tasapainotonta seuraavan repliikin ja että asiakas pidetään puhtaana ja sillä on siistit vaatteet jos se sitä arvostaa..."*

Asiakkaan kohtaamista pidettiin tärkeänä asiakaslähtöisyyden elementtinä. Asiakkaalle pyritään varaamaan riittävästi aikaa, jotta ehditään vaihtaa kuulumisia ja keskustelemaan asioista muutenkin kuin työn lomassa. Tiimi pyrkii suunnittelemaan työjärjestelyt sen mukaisesti, että aikaa jää riittävästi kaikille asiakkaille. Läsnäoloa asiakkaan luona ja kuuntelemista pidettiin tärkeänä ajankäytöllisenä asiana.

Koko henkilöstö ei ollut yksimielinen siitä, että ainoastaan asiakaslähtöisyyys ohjaisi kotihoidon toimintaa. Käytettävissä olevan henkilöstömääärän arveltiin vaikuttavan siihen, miten töitä voidaan suunnitella ja toteuttaa. Rahaa pidettiin ratkaisevana tekijänä myös kotihoidossa. Jotkut työntekijät näkivät palvelujen rajaamisen asiakaslähtöisyyden vastakohtana.

Henkilöstön voimavarojen pidettiin tärkeänä tekijänä asiakaslähtöisyyden toteutumiselle. Iloinen ja reipas kotihoidon työntekijä on voimavara asiakkaalleen. Omasta jaksamisesta ja työmotivaatiosta huolehtimista pidettiin erittäin tärkeänä

asiana. Myös ammatillista asiakkaan lähestymisen taitoa erilaisissa tilanteissa korostettiin.

Tiedonkulun nopeutta ja käytettävyyttä pidettiin merkittäväänä tekijänä asiakkaan hoidon tarpeeseen vastaanmisessa. Kodinhoitajat olivat tyytyväisiä tiedonsaantiin, koska nyt heillä oli käytettävissään kaikki tieto, mitä he tarvitsivat asiakkaan hoitamiseksi. He saattoivat konsultoida nopeasti sairaanhoitajaa ja lähihoitajaa asiakkaan muuttuneen terveydentilan takia. Asiakkaan terveysongelmia saatettiin hoitaa nopeammin eteenpäin, koska sairaanhoitaja saa nopeasti tiedon muuttuneesta tilanteesta. Kotihoidon toiminnassa nopeus ja joustavuus on lisääntynyt. Tätä odotettiin jo alkuhaastatteluissa, kun kotihoitoa alettiin suunnitella. Tämä seikka näyttäisi myös toteutuneen parhaiten käytännössä. Asiakkaiden turvallisuus näyttäisi lisääntyneen ja asiakkaat ovat tyytyväisempiä saamaansa palveluun. Tämä tuli esille opiskelijoiden tekemässä 11 asiakkaan haastattelussa kehittämishankkeen aikana.

Lähihoitaja (LH lh5) ”*asiakas on kyllä hyötynyt.....ennen minä kodinhoitajana tein ruokaa ja siivosin ja nyt mä pystyn jakamaan lääkkeet ja sairaanhoitajan ei tarvii mennä sinne ja insuliinit antamaan ja kotisairaanhoitajalle jää enemmän aikaa ja miten se asiakasta palvelee niin siinä hänen saa samalla kodinhoitoa ja ruokaa ja lääkehoidotoo kuin siellä kävis vaan kotisairaanhoitaja joka teki vaan tämän lääkehoidollisen niin hänhän saa isomman paketin sitten vaikka en tee ihan niitä töitä kun kotisairaanhoitaja.”*

Nopean ja joustavan reagoinnin asiakkaan tilanteeseen katsottiin tukevan ennaltaehkäisevää työtä ja työn näkökulmaa. Ennaltaehkäisevä työ ei juurikaan tullut tutkimusaineistossa esille varsinaisenä työmuotona. Tärkeänä kuitenkin pidettiin asiakkaan ongeliin puuttumista ajoissa.

Lähihoitaja (LH, kh3): ”*tota pystytään tarttumaan ajoissa niihin asioihin että se on vähän niinkun sellasta ennaltaehkäisevää että tota huomataan se että nyt alkaa joku juttu mennä alas päin niin siihen tartutaan jo hyvissä ajoin ettei aina tarvii mennä sinne hirveen huonoon tilaan.”*

Asiakkaat olivat tyytyväisiä omahoitajuuteen, koska hoitosuhde oman hoitajan kanssa on pitkäjännitteinen. Omahoitajuus on lisännyt asiakkaiden turvallisuuden tunnetta. Omahoitajan mahdollisuudet toimia asiakaslähtöisesti ovat hyvät, koska

hän tuntee parhaiten asiakkaansa sekä tämän perheen. Asiakkaan ei aina tarvitse selvittää uudelle ihmiselle asioita alusta alkaen.

10.6.2 Yhteistyöhön liittyvät tiimityön tulokset

Organisaatiomuutoksen johdosta tapahtunut kotihoidon siirtyminen uusiin tiloihin aiheutti paljon kritiikkiä työntekijöissä. Suurimpina ongelmina olivat toimitilojen ahtaus ja meluisuus. Kuitenkin työntekijöillä oli hyvin yhtenäinen näkemys siitä, että fyysisesti samoissa tiloissa työskentely on helpottanut yhteistyötä ja mahdollistanut moniammatillisen toimintatavan.

Tiimityö on mahdollistanut uusien ideoiden uudenlaisen käsittelytavan. Ideoihin suhtautuminen vaihteli eri tiimeissä. Pääsääntöisesti ideoihin suhtaudutaan myönteisesti ja ollaan halukkaita kokeilemaan niitä. Esimiehet mahdollistavat uusien ideoiden kokelemisen, kunhan kokeilu on riittävän hyvin perusteltu. Aikaisemmassa työtavassa uudet ideat kokeiltiin yksin tai kaverin kanssa, nyt ne voidaan käsitellä yhdessä tiimin kanssa. Yhteisen ymmärryksen hakeminen uusille yhteisille asioille on lisänyt tarvetta keskustella asioista ja kehittää neuvottelutaitoja. Uudenlaiset neuvottelukäytännöt, kuten tiimipalaverit ja tiimin vetäjien palaverit, ovat avanneet uudenlaiset mahdollisuudet yhteisten asioiden käsittelylle. Konfliktitilanteissa selvittelykäytäntöjen hakeminen on vaihdellut eri tiimeissä. Kaikki haastateltavat eivät kertoneet, miten konfliktit ratkaistaan tiimissä. Rohkeus ja avoimuus nostaa vaikeat asiat yhteen käsitteilyyn näyttäväät vaihtelevan tiimikohtaisesti.

Tiimien sisäinen luottamus näyttäisi vahvistuneen kolmen kehittämisyvuden aikana. Henkilöstö kertoi kuvauskiaan uusiin työkavereihin tutustumisesta ja luottamuksen kehittymisestä tutustumisen ja yhteisen työn tekemisen myötä. Henkilöiden välisiä luottamuksen menetyksiä oli myös ehtinyt tapahtua erilaisten konfliktitilanteiden yhteydessä.

Yhteistyö kotihoidon yhteistyökumppaneiden kanssa oli vilkastunut. Tämän kokivat erityisesti kodinhoitajat, koska aikaisemmin kotipalvelussa yhteistyö kuului lähinnä kotipalveluohjaajan toimenkuvaan. Kontaktirohkeus ja valmius oli

lisääntynyt. Henkilöt olivat luoneet ja vahvistaneet omia verkostojaan kunnan palvelujärjestelmässä.

10.6.3 Jatkuvaan kehittämiseen liittyvät tiimityön tulokset

Hyvän kotihoidon kehittämisen suurimmaksi esteeksi nähtiin resurssipula. Asiakkaille ei ole tarpeeksi aikaa, eikä työtä voida tehdä niin hyvin kun haluttaisiin. Asiakkaan kuunteleminen ja tilanteeseen paneutuminen nähtiin ongelmaksi, joka tulee esille kiireen takia. Kehittämistyön on kuitenkin nähty etenevän kehittämisprojektiin aikana ja siihen on myös sitouduttu. Kehittämistuloksia ei ole saavutettu niin nopeasti kuin olisi haluttu, mutta työssä on menty eteenpäin.

Sairaankohtaja (LH, sh4): *"välillä on menty niinku harppaus eteenpäin ja sitten on tullu seinä vastaan ja sitten on vähän pyöritty sen seinän edessä ja sitten taas keksitty miten siitä seinästä mennään ylitte ja alitte ja taas on tullu seinä vastaan ja nyt me ollaan ainakin meiän tiimissä niinkun opittu läheen siitä että me ollaan tiimi ja me ei voida tätä koko organisaatioo muuttaa vaan me lähdetään niinkun ittestämme..."*

Työn sisällön nähtiin muuttuneen kehittämistyön tuloksen ja tiimityöhön siirtymisen jälkeen. Työn sisältö oli laajentunut lähes kaikilla työntekijöillä ja siihen oltiin tyytyväisiä. Omahoitajuuteen siirtyminen oli omalta osaltaan vaikuttanut työntkuvaan laajentavasti. Kodinhoitajien työn nähtiin muuttuneen *"kodin hoitamisesta ihmisen hoitamiseksi"*. Kodinhoitajien työpanoksen merkitys oli kasvanut asiakkaan terveydentilan havainnoijana. Lähihoitajat olivat päässeet käyttämään koko osaamistaan ja keskittyneet asiakkaan kokonaishoitoon. Vielä ei kaikilta osilta oltu tyytyväisiä työn sisältöön, mutta kehityssuunta oli hyvä. Sairaankohtajan työn sisältöön oli tullut mukaan enemmän konsulttin, ohjaajan ja opastajan rooliin liittyviä tehtäviä. Sairaankohtajan merkitys tiimin toiminnan kannalta nähtiin olevan avainasemassa.

Lähihoitaja (LH, kh2) *"se muuttu kokonaisvaltaisemmaksi se työ ja kun sitä osaamista oli vähän laajemmalti niin sitä kanssa pysty sitten käyttämään."*

Motivoituminen omaan työhön tuli esille suurimmalla osalla henkilöstöstä työn sisällön muutoksen kautta. Työ oli tullut mielekkäämmäksi ja omaan työhön vaikuttaminen näytti olevan mahdollista myös jatkossa.

Kodinhoitaja (LH, kh2): "*on niitäkin ihmisiä jotka on heränny siihen että hei oikeesti ollaan näitä ihmisiä varten täällä että ne mitkä on meiän keskinäisiä riitoja niin unohda ne tää tehdään tälle asiakkaalle mikä on tosi tärkeetä ja se että varmaan ollaan saatu myös sellasta ajateltavaa sillälailla että me tehdään vähän eri tavalla sitä työtä.*"

Kotihoidon tehostumisen positiivisten vaikutusten lisäksi nähtiin myös negatiivisia seurauksia. Asiakkaille pitäisi tarjota mahdollisuus muuttaa pois kodista johonkin muuhun asumismuotoon, kun he eivät enää selviä kotihoidon turvin.

10.7 Tiimityön oppiminen kehittämisprojektin aikana

Uusien toimintamallien oppiminen tiimissä sekä oman työn kehittämisen oppiminen ovat tiimityön kehittämisen onnistumisen edellytyksenä. Siten tiimiptyminen ja oppimisprosessi toteutuvat samanaikaisesti tiimiptymisprosessissa. Seuraavassa kappaleessa on kuvattu tiimityön oppimista ja siihen vaikuttaneita tekijöitä kehittämishankkeen aikana.

10.7.1 Oppimista edistäneet ja estäneet tekijät

Oppimista edistäviä ja estäviä tekijöitä etsittiin koko tutkimusaineistosta. Alkuhaastatteluissa tuli esille jonkin verran oppimiseen vaikuttavia tekijöitä. Henkilöstö arvioi erityisesti oppimista syksyllä 2002 tekemässään väliarvioinnissa sekä keväällä 2003 tiimeittäin tehdynä projekti loppuarvioinnissa.

Oppimista edistäneet tekijät

Oppimista edistäneet tekijät vaihtelivat projektin kehittämistyon edetessä kehittämiskykleittäin. Kehittämiskylistä toiseen edettäessä oppimiseen myönteisesti

vaikuttavat tekijät muuttuvat jäsentyneemmiksi toimintatavoiksi. Oppimista edistäneitä tekijöitä on esitetty kehittämissykleittäin taulukossa 4.

Taulukko 4. Oppimiskonteksti ja oppimista edistäneet tekijät.

Kehittämissykli 1	Kehittämissykli 2	Kehittämissykli 3
Kehittämistyö	Asioiden keskinäinen jakaminen	Henkilökohtaisen verkoston syntyminen
Kollegojen läheisyys		
Oppimismyönteinen asenkoituminen	Kehittämistyö	Kehittämistyö
Toisiin tutustuminen	Keskinäinen tuki	Kirjaaminen
Yhteinen tekeminen	Koulutautuminen	Koulutautuminen
Yhteiset arvot	Tiedonkulun parantuminen	Omahoitajuus
	Toisiin tutustuminen	Palaverikäytäntöjen syntyminen
		Tiedonkulun parantuminen
		Toisiin tutustuminen

Ensimmäisen kehittämissyklin aikana oppimista edistäneet tekijät liittyivät uusiin työtovereihin tutustumiseen, uuteen työympäristöön sopeutumiseen ja toimintakäytäntöjen löytämiseen. Uudessa tilanteessa jouduttiin toiminnan kautta oppimaan uusia toimintatapoja ja etsimään ratkaisuja. Päälekkäisyyksien purkaminen kotikäynneissä oli yksi keskeinen tavoite toiminnan kehittämisenä ja siihen tartuttiin heti kotihoitotoiminnan alussa. Muutos vaikutti erityisesti kodinhoitajien ja lähihoitajien työn sisältöön.

Toisen kehittämissyklin aikana kuvattussa oppimisessa tulee jo esille keskinäiseen vuorovaikutukseen liittyvät elementit. Asioiden yhteinen jakaminen ja alkavat palaverikäytännöt olivat tarjonneet myönteisiä ja merkittäviksi koettuja oppimiskokemuksia. Entisen kotipalvelun henkilöstö toi voimakkaasti esille sairaанhoitajien vaikutuksen omaan oppimiseensa. Omaa ammattiosaamista uskallettiin käyttää laajemmin, kun sairaанhoitaja oli saatavilla tiimissä. Yhteisissä keskusteluissa ja asiakaspalavereissa, joissa käsiteltiin asiakkaan tilannetta, oli koettu merkittävästi oppimista. Toisen kehittämissyklin aikana alkoivat tulla esille tiimityön vaikutukset, kuten tiedonkulun paraneminen.

Kodinhoitaja (LH, kh6)"no kyllä se varmaan tää koulutus on sitä tukena ja tuota ja sitten nää sellaset nä tiimien palaverit että ne ne tekijät on ja kyllä ainakin minä koen sen että se on ennen kaikkea tehtävä se työ tuolla omassa itsessä että se on niinkun tajuttava että sieltä se kehitys läheee että mä mietin ite mikä se juttu on ja niinkun ymmärrän mikä se mun työyhteisö on ja missä mä tarviin sitä työyhteisöö että kyllä se kaikki tärkein asia on se oma henkinen työ siinä."

Toisen kehittämissyklin aikana useat kodinhoitajat olivat lähihoitaja-koulutuksessa. Kouluttautumisen antama tuki koettiin tärkeäksi oman oppimisen kannalta sekä omalla työpaikalla toteutuvan prosessin ymmärtämisessä.

Kolmannen kehittämissyklin aikana oppimiseen vaikuttaneet myönteiset tekijät olivat sidoksissa uusiin toimintakäytäntöihin. Työtä katsottiin jo laajemman kehittämisen näkökulmasta eikä ainoastaan omiin tai tiimin työtehtäviin liittyen.

Erityisesti loppuhaastatteluissa kehittämisprojektiin merkitys oppimista edistävänä tekijänä tulee vahvasti esille. Yhteisen koulutuksen ja kehittämistyön merkitys nähtiin vasta sitten, kun saatiin hieman etäisyyttä kehittämisprojektiin.

Lähihoitajilla tuli esille aivan erityiset oppimiseen vaikuttavat tekijät. He toivat erityisesti esille kliiniseen oppimiseen liittyviä haasteita ja epävarmuustekijöitä. Sairaankohtajan tuki ja tieto sekä sairaankohtajan läheisyys tiimissä näytti olevan erityisen tärkeitä heidän oppimisensa kannalta. Useat toivoivat, että saisivat jatkossa mahdollisuuden oppia kliinistä hoitotyötä entistä laajemmin. Lähihoitajat etsivät itse aktiivisesti mahdollisuuksia löytää oppimistilanteita niissä puitteissa, kun se sillä hetkellä oli mahdollista.

Oppimista estäneet tekijät

Oppimista estäneitä tekijöitä on etsitty koko tutkimusaineistosta. Niitä tuli esille koko kehittämishankkeen ajan. Muutamat oppimista estäneistä tekijöistä, kuten ajan puute ja ihmissuhdeongelmat, tulivat esille kaikissa kehittämissykleissä. Lisäksi tuli esille kehittämisvaiheeseen liittyviä oppimista estäneitä tekijöitä. Oppimista estäneet tekijät on esitetty kehittämissykleittäin taulukossa 5.

Taulukko 5. Oppimiskonteksti ja oppimista estäneet tekijät

Kehittämissykli 1	Kehittämissykli 2	Kehittämissykli 3
Ajan puute	Ajan puute	Ajan puute
Ennakkoluulot	Epävarmuus	Henkilöstön vaihtuvuus
Epävarmuus	Erilaiset työkäytännöt	Ihmissuhdeongelmat
Erilaiset ymmärrykset	Henkilöstön vaihtuvuus	Sairastamiset
Ihmissuhdeongelmat	Ihmissuhdeongelmat	Suurien palaverien puuttuminen
Pelko	Sairastamiset	
Tuen vähys	Tiimien erkaantuminen toisistaan	Työtilojen levottomuus
Yleiset epäselvydet		Työtilojen levottomuus

Ensimmäisen kehittämissyklin oppimista varjostivat pelko uudessa tilanteessa sekä monenlaiset ennakkoluulot. Lisäksi tilanteen epäselvyys ja epävarmuus koettiin oppimista jarruttaviksi asioiksi. Nämä ongelmat vaikuttivat kaikkien ammatti-ryhmien oppimiseen. Esimiestukea ja esimiehen läheisyyttä olisi toivottu enemmän tilanteen rauhoittamiseksi ja selkiyttämiseksi. Ensimmäisen kehittämissyklin aikana koettiin, että asiakkaiden uudenlaisen hoitamisen opetteluun ei ollut tarpeeksi aikaa. Lisäksi kaoottisessa tilanteessa ihmissuhdeongelmat helposti kärjistivät.

Sairaankohtaja (LH, sh5): *"esimiestuki ois saannu olla jämäkämpää ja sitä ois saannu olla paljon enemmän käytännön kentälle ja esimiesten aika on hukkaantunu johonkin muuhun, varmaan ihan tarpeellisiin ja välttämättömiin asioihin."*

Toisen kehittämissyklin aikana sekaannus, sairastaminen, henkilöstön vaihtuvuus ja yleinen epävarmuus olivat työyhteisössä oppimista vaikeuttavina tekijöinä. Työtilojen levottomuus haittasi myös oppimista. Jatkuva ajanpuute ei henkilöstön kokemuksen mukaan mahdollistanut parhaalla mahdollisella tavalla uusien työkäytäntöjen luomista ja omaksumista. Syksyllä 2001 lähihoitaja on kirjoittanut työkykynsä arvioinnin yhteydessä seuraavasti:

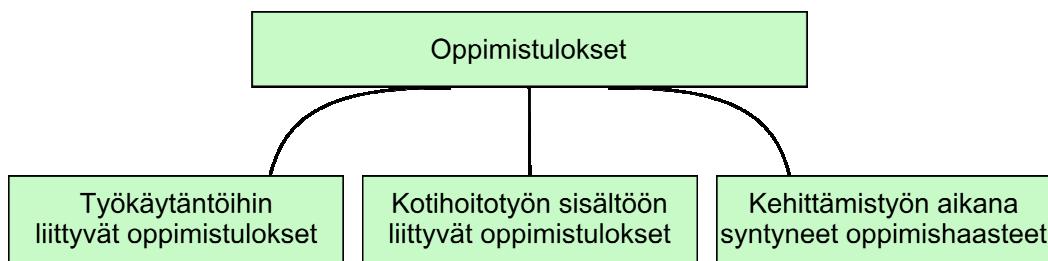
Lähihoitaja (HV2, lh3): *"työni monipuolistunut, työn määrä lisääntynyt, kiire, ei mahdollisuutta tehdä työtään niinkun sen haluaisi, ristiriita, motivaation lasku, sekavaa, epäjohdonmukaista, ei pitkäjänteisyyttä, ei työrauhaa, jatkuvaan muutosta ja epävarmuutta, ei selvää visiota huomisesta."*

Kolmannen kehittämissyklin aikana oppimista estäviä tekijöitä olivat työtilojen levottomuus, ajan puute sekä yhteisten palaverien ja tapaamisten vähäisyys. Lisäksi henkilöstön vaihtuvuus ja ihmissehuongelmat haittasivat oppimista. Oppimista estäviä tekijöitä oli kuitenkin vähemmän kun aikaisemmissa kehittämiskykleissä ja ne näyttivät olevan tekijöitä, jotka olivat olemassa läpi koko kehittämисprojektiin.

Lähihoitajilla oli myös kolmannessa kehittämiskyklissä omia erityisiä oppimista estäviä tekijöitä. Suurimpana niistä tuli esille pelko, joka varjosti oppimisprosessia. Pelko kohdistui oman osaamisen riittämättömyyteen ja mahdolliseen omaa osaamisesta koskevaan arvosteluun ja nolatuksi tulemiseen. Lähihoitajat kokivat itsensä kuitenkin keskimääräistä oppimishaluisemmiksi ja olivat valmiita voittamaan oppimiseen liittyvät vaikeudet.

10.7.2 Oppimistulokset

Kehittämishankkeen aikana syntyneet oppimistulokset jäsentyivät kolmeen kategoriaan jotka ovat työkäytäntöihin liittyvät oppimistulokset, hoitotyon sisältöön liittyvät oppimistulokset sekä kehittämistyön aikana syntyneet oppimishaasteet. Kategoriat on kuvattu kuviossa 11.



Kuvio 11. Tiimien oppimistulokset.

Työkäytäntöihin liittyvät oppimistulokset

Työntekijät olivat tyytyväisiä saavuttamiinsa oppimistuloksiin sekä tiimien loppuarvioinneissa että loppuhaastatteluissa. Tiimi kirjoittaa loppuarvioinnissa keväällä 2003 seuraavaa omien valmiuksiensa lisääntymisestä:

Tiimi (TL, t2): *"Tiimipalaverien merkityksen ymmärtäminen, kaikki tuntevat kaikkien asiakkaat, asiakkaat tuntevat tiimin työntekijät, tiimin yhteiset säännöt tukevat asiakaslähtöistä työtä. Pääsääntöisesti myös asiakkaat tuntevat ne. Sosiaali- ja terveyspuoli lähentyneet toisiaan. Se pyritään näkemään yhtenä kokonaisuutena. Valmiudet toimia kokonaisvaltaisesti omahoitajana. Vastuullisuus lisääntynyt. Oma vapaus suunnitella ja hoitaa asiakkaita. ATK:n käyttö kasvaa koko ajan. Helpompi ottaa yhteyttä eri yhteistyötahoihin."*

Hoitotyön kirjaamiseen liittyvä oppiminen on vaikuttanut koko hoitotyön sujuvuuteen sekä lisännyt asiakasturvallisuutta. Hoitotyön kirjaaminen on kuitenkin vielä alue, joka haastaa oppimaan ja kehittämään kirjaamiskäytäntöjä myös jatkossa.

Vuorovaikutukseen liittyvät työkäytännöt ovat lisänneet kokousten tehokkuutta sekä parantaneet tiedonkulkua. Kontakteihin liittyvä varmuus on lisääntynyt erityisesti kodinhoitajilla, joille yhteistyö ulospäin on uusi asia. Keskinäiseen tiedonkulkuun ja moniammatilliseen oppimiseen liittyvät oppimistulokset näkyvät työskentelyn vahvistumisena ja itseluottamuksen kasvuna sekä kykynä tarttua asioihin. Moniammatillisen yhteistyön pohjalle kehittyneet työkäytännöt ovat auttaneet hyödyntämään tiimin koko osaamista. Hoidettavista asioita on tullut yhteisempää, mikä on helpottanut vastuun jakamista tiimin sisällä. Eri ammattilaisten ja henkilöiden erilaiset näkökulmat ovat päässeet esille. Tosin henkilösuhheet vaikuttivat yhteistyön toteutumiseen.

Kotihoitotyön sisältöön liittyvät oppimistulokset

Oman työn muuttumiseen liittyvä oppiminen on merkittävä oppimistulos kaikilla ammattiryhmillä. Oman työn sisällöstä riippuen työn nähtiin laajentuneen ja monipuolistuneen ja sitä oli opittu tekemään uudella, entistä paremalla tavalla. Oppimista liittyi sekä asiakkaan välittömään hoitotyön että asiakkaan hoitoprosessiin

hallintaan. Kodinhoitajat kokivat kuvan ihmisestä laajentuneen ja käsityksensä ihmisten luona tehtävästä työstä monipuolistuneen.

Lähihoitaja (LH, lh4): *"lähinnä mulle henkilökohtaista mitä oon oppinu ja se mitä pitää koko ajan opetella on se hyvinvoinnin arvointi ja muutokset mitkä asiakkaan voinnissa tapahtuu niin sellanen havainnointi niinkun on kasvanut ja toivottavasti kasvaa..."*

Työn priorisointiin liittyvä oppiminen tuli esille erityisesti kodinhoitajilla. Myös hoidollisen osaamisen oppiminen oli osoittautunut kodinhoitajille välittämättömäksi ja mielenkiintoiseksi.

Kodinhoitaja (LH, kh3): *"mä niinkun otan enemmän sitä asiakasta ja niinkun keskityn siihen asiakkaaseen enkä vaikka että nyt olis tärkeetä pyyhkii pölyt ja imuroida niin katon sitä asiakasta otan asiakkaan siinä ensisijaisesti ja mä oon sitä ainakin yrittänyt sitä hirveesti oppia. En tiedä miten mä oon onnistunut, mutta mä toivon että oon onnistunut ainakin jollakin lailla menossa parempaan suuntaan."*

Kehittämistyön aikana syntyneet kehittymishaasteet

Oppimisprosessin aikana syntyi monenlaisia kehittymistarpeita ja haasteita. Sairaankohtajat katsoivat kehittymishaastetta sekä kotihoidon kokonaisuuden kannalta että henkilökohtaisena oppimishaasteena. Olennaisena tekijänä yhteisön oppimisen kannalta nähtiin tilanteen rauhoittaminen ja henkilöstön pysyvyys, jotta yhteinen oppiminen mahdollistuu. Henkilökohtaisena haasteena nähtiin oman uuden roolin löytäminen ja oppiminen kotihoitotyössä.

Lähihoitajien oppimishaasteet liittyivät kliiniseen oppimiseen ja vastuunottoon. Halu oppia hoitotyötä on lähihoitajilla huomattavan suuri. Myös oman paikan löytäminen kotihoidossa otettiin vastaan oppimistehtävänä.

Kodinhoitajien rooli kotihoidossa muuttui huomattavasti kehittämishankkeen aikana. Suureen muutokseen liittyy myös ammatillisen ja henkisen kasvun välittämättömyys.

Sähköinen kirjaaminen nähtiin koko kotihoidon henkilöstön suureksi oppimishaasteeksi lähitulevaisuudessa. Tähän suhtauduttiin sekä myönteisellä odotuksella että jännityksellä.

11. Kotihoidon kehittämistoiminnan mallin kehittäminen

11.1 Tutkimustulosten validointi

Tutkimustulosten validointia suoritettiin yhteistyössä kotihoidon henkilöstön ja johdon kanssa. Tutkija esitti henkilöstölle omia tulkintojaan tutkimusaineistosta tutkimustehtävittäin. Tämän jälkeen henkilöstö esitti tutkijalle kysymyksiä, kommentteja ja kyseenalaistamisia, joista keskusteltiin yhteisesti. Seuraavassa kappaleessa on kuvattu noiden keskustelun pääpiirteet.

1. Tapaaminen ja tutkimustulosten tarkastelu

Kotihoidon henkilöstön ja tutkijan tapaaminen tutkimusaineiston tulkinnan käsittelemiseksi toteutettiin vuonna 2005. Tässä tarkoitetaan kotihoidon henkilöstöllä kotihoidon työntekijöitä, lähiesimiehiä ja vanhustyön johtajaa. Tilaisuuden tavoitteena oli käsitellä tutkijan tulkintaa ensimmäisen tutkimusaineiston ryhmittelyn pohjalta. Erittäin laajan tutkimusaineiston ryhmittelyyn ja karsimiseen tiimityön kehittymisen tutkimista varten oli alustavaksi kysymykseksi nostettu kysymys "miten uusi kotihaito syntyy?" Tutkimusprosessin aikana syntyi myös kuvaus kotihoidon elementeistä ja niiden kehittymisestä kotihoidon kehittämiprosessin aikana, mutta kuvaus jäi tämän tutkimuksen tutkimustehtävien ulkopuolelle. Janakkalan kotihaitoon oli lähetetty tutkimustulokset hyvissä ajoin ennen tapaamista. Tilaisuudessa selvitettiin henkilöstölle heidän näkemyksiensä merkittävyys tutkimustulosten tarkastelussa.

Paikalla oli keskustelemassa 12 henkilöä. Esimiehistä paikalla oli vanhustyön johtaja sekä molemmat kotihoidon ohjaajat.

Kotihoidon arvojen ja perustehtävän osalta henkilöstön käsitys perustehtävästä oli selkeä ja käsitys oli pysynyt muuttumattomana koko kehittämishankkeen ajan.

Kotihoidon yhteisen arvoperustan kehittäminen ja määritteleminen nähtiin ensiarvoisen tärkeäksi yhteisen kotihoidon syntymisessä. Aktiivinen arvokeskustelu käyi kehittämishankkeessa sekä ensimmäisen kehittämissyklin aikana että kolmannen kehittämissyklin aikana, jolloin yhteinen arvoperusta saatui konkretisoitua.

Kotihoidon asiakkuus ja toimintaympäristö -kategoriassa, tutkijan tulkinnan mukaan, entinen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakas muuttui yhteiseksi kotihoitotiimin asiakkaaksi kolmannen kehittämissyklin aikana. Tähän näkemykseen yhtyi myös kotihoidon henkilöstö. Henkilöstön käsitys asiakkaan terveydestä pysyi muuttumattomana koko kehittämishankkeen ajan. Omahoitajuuden kehittäminen nähtiin tutkijan tulkinnan mukaan erittäin tärkeänä jo kehittämishankkeen ensimmäisen kehittämissyklin aikana. Tutkittavat olivat samaa mieltä ja he ovat kehittäneet omahoitajuutta edelleen. Tilaisuudessa keskusteltiin kotihoitiasiakkaan hoitotyon syvemmästä sisällöstä ja hoitotyon käsittelyistä kotihoitotyössä. Tutkittavat ottivat esille kotihoidon asiakkaan perheen merkityksen ja osuuden asiakkuudessa. Heidän mielestään tutkijan tulkinta asiakkuudesta korosti liiaksi yksilöasiakkuutta ja perhe jää taka-alalle. Myös omaisten odotukset ja tarpeet ovat henkilöstön mielestä merkittävä osa kotihoidon asiakkuutta.

Kotihoidon organisaation ja johtajuuden osalta tutkija tulkitsi, että henkilöstö suhtautui myönteisesti tiimiorganisaatioon. Johtamisen osalta henkilöstön huomio kiinnittyi alussa siihen, kuka johtaa. Myöhemmin kiinnitettiin enemmän huomiota johtamisen sisällöllisiin asioihin. Sijaispula koko hankkeen ajan sekä jatkuva sijaisten perehdyttäminen olivat kuormittavia tekijöitä kehittämishankkeessa. Esimiestyöstä tutkija tulkitsi, että esimiestiimi muotoutui toimivaksi tiimiksi hankkeen loppupuolella ja että esimiehet kuormittuivat huomattavasti hankkeen aikana. Tämä tulkinta vastasi esimiesten käsitystä omasta työstään ja oman tiiminsä kehittymisestä.

Vuorovaikutuksen ja yhteistyön kehittymisen osalta tutkijan kuvaus vastasi työntekijöiden käsitystä. Ensimmäisen kehittämissyklin aikana vuorovaikutuksessa oli ongelmia. Toisessa vaiheessa vuorovaikutus selkiintyi ja kehittämismoduuli-seminaari kasvatti yhteishenkää. Kolmannen kehittämissyklin aikana yhteistyö

selkiintyi sekä yhteistyökumppaneiden kanssa että tiimien sisällä. Henkilöstö kommentoi selkiintynytä vuorovaikusta keskinäisen luottamuksen syntymiseksi.

Kotihoidon palvelujen osalta henkilöstön käsitys vastasi tutkijan tulkintaa. Palvelujen yhdeksi tärkeäksi kehittymisen esteeksi nähtiin henkilöstöpula.

Työjärjestelyiden osalta työnjako oli yksi keskeinen kehittämishankkeen ongelma. Lähihoitajan epäselvä tehtävänkuva oli yksi syy työnjaon vaikeudelle. Henkilöstö yhtyi tähän tulkintaan ja totesi, että tämä ongelma on olemassa jollakin tavalla edelleenkin. Tutkijan tulkinnan mukaan työnjako ja yhteistyö selkiintyivät toisen kehittämissyklin aikana. Henkilöstön mielestä näin tapahtui vain joiltakin osin.

Kotihoidon henkilöstön hyvinvoinnin osalta henkilöstö oli valmis hyväksymään tutkijan näkemyksen, jossa henkilöstöllä oli paljon fyysisiä ongelmia. Nämä olivat syntyneet työvuosien kuluessa, eivät varsinaisesti kehittämishankkeen aikana. Toinen kehittämissykli oli kuitenkin koettu erittäin raskaaksi ja kotihoidon yhdistyminen oli vaatinut henkilöstön voimavarojia. Edelleen toista kehittämissykliä muisteltiin hyvin työlänä aikana, koska työ muuttui paljon käytännön toiminnan tasolla. Työvire oli silloin matala ja jakso oli henkisesti kuluttava. Tutkijan käsityksen mukaan kolmannen kehittämissyklin aikana tiimistä muodostui voimavara jäsenilleen. Tästä henkilöstö oli samaa mieltä.

Muutos ja kehittäminen saivat aikaan vilkasta keskustelua tilaisuudessa. Tutkijan tulkinta muutosprosessin kulusta oli henkilöstön mielestä todennäköinen. Projektin alkuvaiheessa kehittämiseen ja yhdistymiseen liittyi paljon odotuksia, pelkoja ja toiveita. Oltiin odottavalla kannalla tulevaisuuden suhteen. Toisen kehittämissyklin aikana tilanne oli henkilöstölle raskas, koska kaikki tuntui hajoavan ja selkeyden saaminen toimintaan vaati suunnattomasti ponnisteluja. Kehittämistehtävien avulla yrittiin jäsentää työn todellisuutta. Kolmannessa vaiheessa todelliset työn muutokset alkoivat tulla esille ja ne antoivat uutta intoa työn tekemiselle.

Tilaisuudessa mietittiin mistä muutoksen työläys oikein johtui. Yhdeksi syyksi arveltiin sitä, että yrittiin tehdä työtä vanhalla tavalla ja pitää kiinni vanhoista käytännöistä. Samalla kehitettiin uusia käytäntöjä ja uusia työtapoja, ikään kuin lisätehtävänä todellisen työn ohella (vrt. Niemelä 2006). Vanhalla tavalla tekemisen

ja siitä luopumisen sekä uusien työtapojen ja uuden luomisen prosessi oli myös henkisesti kuluttava.

Kehittämistä edistäneitä ja estäneitä tekijöitä tarkasteltiin tilaisuudessa. Tutkija kysyi henkilöstältä vastasivatko nämä tekijät ja niiden ajoittuminen heidän kokemustaan kehittämисprojektin aikana. Henkilöstön mielestä vastasi. Heidän näkemyksensä mukaan ensimmäisen kehittämисylin aikana esiintyneet sekä kehittämistä estävät että edistävät tekijät kuvasivat sitä valtavaa odotusta, jolla kehittämishanketta odotettiin. Toisaalta koettiin huomattavia muutostarpeita, mutta toisaalta pelättiin kaikkea sitä, mitä ei tunneta ja mikä voi mennä omassa työssä huonommaksi. Toinen kehittämисyli kuvasi henkilöstön mielestä erityisesti niitä pettymyksiä, joita koettiin, kun muutoksen todellisuus tuli ajankohtaiseksi ja tuli tunne kaikkien rakenteiden hajoamisesta. Tämä siitäkin huolimatta, että muutokseen liittyviä onnistumisia ja positiiviisiakin asioita ilmeni. Kolmas kehittämисyli kuvasi tutkittavien mielestä syntyneen kotihoidon todellisuutta. Huomiota kiinnitettiin myös kehittämistä estävien tekijöiden vähentymiseen kehittämисylistä toiseen mentäessä. Erityisesti toisen kehittämисylin aikana koettiin, että asiakas oli jäänyt vähälle huomiolle. Kun kolmannen kehittämисylin aikana työn rakenteet alkoivat selkiytyä, tutkimusaineistossa tulee asiakkaaseen ja hänen terveyteensä liittyviä kommentteja esille.

Tutkimusaineiston ja kehittämistöön perusteella syntynytä alustavaa kehittämismallia tarkasteltiin myös yhteisesti. Kehittämismallia pidettiin pääosiltaan todennäköisenä, mutta esitettiin myös kommentteja sen parantamiseksi. Kehittämismallin rakenteet hyväksyttiin ja niiden todettiin toteutuneen kehittämistössä. Sen sijaan tiimiyytyminen ja arjen kehittämistö tiimeissä ei tullut henkilöstön mielestä tarpeeksi esille. Lisäksi mallista sai vaikutelman, että kaikki kehittämisen ydinprosessit olisivat olleet painoarvoltaan samanlaisia. Henkilöstö ehdottikin muutoksia siten, että ylimmäksi nuoleksi tulisi tiimiyytyminen ja työkonferenssit, joka olisi paksuin ja tärkein nuoli. Seuraavaksi tärkein olisi reflektio ja jatkuva arvointi sitten ohjausryhmän työskentely, opiskelijoiden toiminta ja verkosto-työskentely. Muutokset toteutettiin malliin.

2. Tapaaminen ja tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimustulosten yhteistä tarkastelua varten järjestettiin Janakalassa keskustelutilaisuus vuonna 2006. Paikalle saapui 10 henkilöstön edustajaa sekä vanhustyön johtaja. Tilaisuudessa läpikäytettiin tiimityön kehittymiseen liittyviä tutkimustuloksia. Jo aikaisemmassa tapaamisessa oli sivuttu tiimityön kehittymisen vaiheita, mutta nyt käytiin läpi jokaisen vaiheen tutkimusaineistosta ilmennyt sisältö. Ne paikalla olivat, jotka olivat olleet mukana koko kehittämishankkeen ajan, tunnistivat kuvatut vaiheet omaa kokemustansa vastaaviksi. Keskustelussa tuli ilmi, että kuvatut vaiheet ovat toistuneet uudelleen kehittämishankkeen jälkeenkin. Kotihoitotyön kehittämiseen näyttäisi liittyvän jatkuva muutos, joka tuntuisi etenevän samojen vaiheiden kautta aina uudestaan.

Työn uudelleen organisoimiseen liittyviä tuloksia käsiteltiin tarkastelemalla työnjako-kategorian sekä vastuunjako-kategorian alakategorioita ja sisältöjä. Työnjako-kategoria muodostuu ammattiryhmien välisestä työnjaosta sekä tiimien välisestä työnjaosta. Työnjako -kategoriassa aikaa käytettiin eniten keskusteluun eri ammattiryhmien rooleista työnjaossa, erityisesti lähihoitajan roolista kotihoidossa. Keskustelussa todettiin, että lähihoitajat ovat olleet kovimmassa paineessa kotihoidon muodostamis- ja kehittämisprosessissa. Lähihoitajat ovat tulleet kotihoitoon täysin uutena ammattiryhmänä ja he ovat joutuneet luomaan oman paikkansa ja työnkuvansa organisaatiossa.

Keskustelussa verrattiin lähihoitajan nykyistä roolia tutkimusaineiston perusteella kuvattuun rooliin. Koska viimeisin haastatteluaineisto on kerätty syksyllä vuonna 2003, on lähihoitajan rooli kotihoidossa muuttunut jonkin verran vuonna 2006 käytyyn keskusteluun mennessä. Tutkimusaineistoa kerättäessä lähihoitajat eivät asioineet lääkärin kanssa. He halusivat oppia tämän tehtävän, mutta tehtävää kohtaan tunnettiin myös suurta epävarmuutta. Epäiltiin lääkäreiden halukkuutta asioida lähihoitajien kanssa ja pelättiin noloon tilanteeseen joutumista mahdollisten vaikeiden kysymysten tai kyseenalaistamisten kautta. Tällä hetkellä tilanne on muuttunut. Lähihoitajat asioivat lääkäreiden kanssa omien asiakkaidensa osalta ja vastaavat myös asiakkaansa hoidosta sairaanhoidollisissaasioissa.

Tutkimusaineistossa tuli esille sairaanhoitajan vastuu koko kotihoitotiimin asiakkaiden sairaanhoidollisesta hoitotyöstä. Tällä hetkellä sairaanhoitaja ei enää vastaa kaikkien sairaanhoidollisten asioiden hoitamisesta, koska lähihoitajat vastaavat omien asiakkaidensa hoidosta. Sairaanhoitajalla todettiin olevan oma erityinen roolinsa. Sairaanhoitajalle ei enää oteta erityisiä sijaisia, vaan asiakkaat hoidetaan työjärjestelyin ja tiimin omin voimin. Omahoitajan vastuu näytti syventyneen asiakkaan hoitotyössä verrattuna tutkimusaineistosta ilmeneviin tuloksiin. Omahoitajuuden kehittäminen on edelleen käynnissä ja omahoitajuuteen liittyvä toimintamallia pyritään syventämään tämän hetken tarpeita vastaavaksi.

Tutkimusaineistossa kuvattiin terveydenhuollon hierarkian saapuneen kotihoitoon terveydenhuollon ammattilaisten myötä. Aineistossa kuvattiin esimerkiksi työtilanteita, joissa terveydenhuollon ammattilaiset ja muut tiimin jäsenet istuivat eri pöydissä eikä keskusteluja kätyt yhteisesti niistäkään asioista, joissa keskustelu olisi ollut tarpeellista. Tutkimusaineistossa tuli kodinhoitajien taholta esille tarve avoimempaan yhtiseen keskusteluun asiakkaiden hoitamiseen liittyvissä asioissa.

Keskustelutilaisuuteen mennessä tilanne oli muuttunut. Ainakaan läsnäolijoiden kokemuksen mukaan terveydenhuollon hierarkiaa ei koettu olevan kotihoidossa, vaan henkilöstö työskentelee samanarvoisena. Kaikki istuivat saman pöydän ääressä ja keskustelut asiakkaiden hoitotyöstä käydään yhteisesti. Keskustelutilaisuudessa henkilöstö kertoi olevansa erittäin tyytyväinen tiimityöhön ja he toivoivat, että sisivat jatkaa samalla rakenteella työnsä hoitamista.

Tiimin toimintamallin perusprosesseiksi todettiin asiakasprosessi, omahoitajuus sekä kotihoidon tiimin kehittäminen. Näiden prosessien toteutuminen edellyttää henkilöstöltä jatkuvaan uuden oppimista sekä opitun ja koetun reflektiota. Keskustelussa heräsi kysymys reflektion merkityksestä kotihoitotyön oppimisessa ja siitä käytäin keskustelua kokemuksellisen oppimisen viitekehysessä. Todettiin, että jatkuva kehittämistyö edellyttää koettujen ja kehitettyjen käytäntöjen kriittistä läpikäyntiä ja arvointia. Tilaisuudessa käytäin aktiivista keskustelua ja siihen varattu aika loppui kesken. Varattiin uusi keskusteluaika, jotta kaikki tällä hetkellä olemassa olevat tutkimustulokset saadaan käytyä läpi ja arvioitua.

3. Tapaaminen ja tutkimustulosten tarkastelu

Kolmas tapaaminen toteutettiin vuonna 2008. Tapaamisessa olivat paikalla vanhustyön johtaja, yksi kotihoidon ohjaaja sekä kolme tiimien edustajaa, jotka osallistuivat kehittämishankkeeseen koko kolmen vuoden ajan.

Tutkimustuloksista tarkasteltiin tiimityön oppimiseen liittyneitä haasteita. Henkilöstö tunnisti oppimishaasteet omikseen. Uusia oppimistarpeita oli myös tullut lisää hankkeen jälkeen. Lisäksi hankkeen aikaisia oppimistarpeita on edelleen olemassa. Asiakkaiden hoidon tarpeisiin vastaamiseen liittyvistä oppimistarpeista todettiin, että asiakkaiden hoitoisuuteen liittyvät osaamistarpeet ovat edelleen koventuneet. Asiakkaat ovat yhä huonokuntoisempia ja apua tarvitsevampia. Yhden asiakkaan luona vietetty aika pitenee jatkuvasti. Asiakkaat tarvitsevat yhä monimutkaisempia hoitoja ja kotiutuvat sairaalasta aikaisemmin. Asiakkaat tarvitsevat tällä hetkellä myös kotisairaalityyppisiä palveluja kuten suonensisäisiä antibioottihoitoja kotona. Janakkalassa on käynnistetty kotiutushoitajatoiminta, jonka avulla on tehostettu asiakkaan hoidon tarpeen arviontia kotiutustilanteessa.

Tutkimustuloksissa ilmeni kodinhoitajan muuttuva rooli kotihoidossa sekä siihen liittyvät oppimistarpeet. Tuloksissa keskeisenä oppimistehtävänä oli asiakkaan terveysmuutosten havainnoiminen ja raportoininen, sekä niihin liittyvä kirjaaminen. Kodinhoitajat ovat olleet hankkeen jälkeenkin oppimistehtävien edessä. Kodinhoitajan muuttunut rooli asiakkaan hoidon tarpeen arvioijana on synnyttänyt uuden tiedon tarvetta asiakkaan terveystilanteen arvioinnissa. Kodinhoitajan työn hoidollisen puolen korostuminen tuotiin keskustelussa esille.

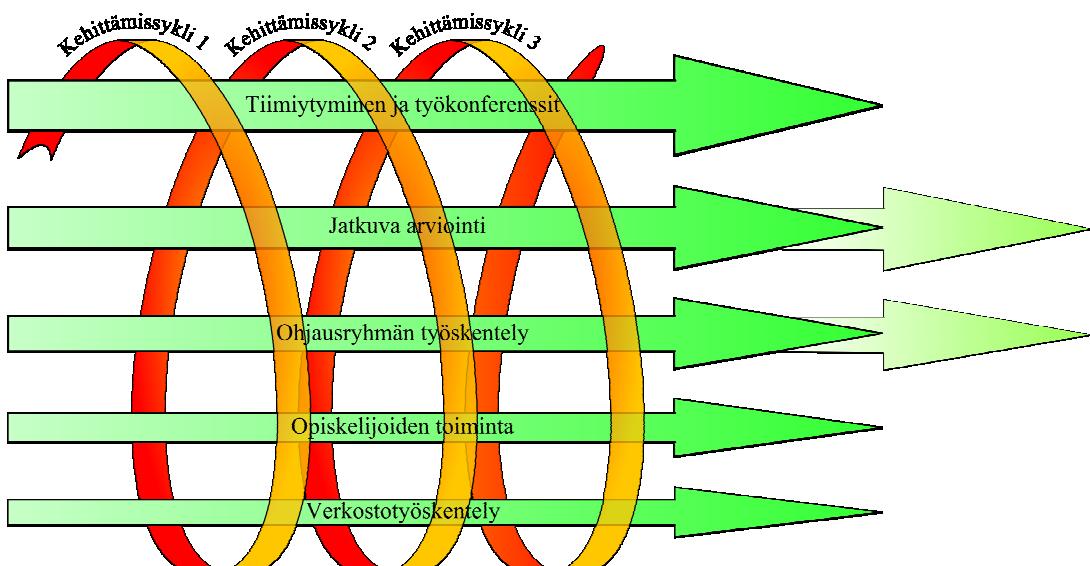
Myös sairaanhoitajat ovat oppimistehtävien edessä. Tutkimusaineistossa tuli esille, että sairaanhoitajan uusi rooli kotihoidossa on merkittävä haaste erityisesti heille itselleen. Sairaanhoitajien määrä tulee kotihoidossa lisääntymään, kuten loppuhaastatteluissa ennustettiin. Tutkimusaineistossa esille tullut tiimin vetäjyys oli tiimissä kiertävä tehtävä. Tiimin vetäjällä oli lähinnä tiimin käytännön asioiden hoitamiseen liittyvä rooli. Nyt tiimin vetäjyyttä on kehitetty siten, että sairaanhoitaja toimii tiimin vetäjänä. Tiimin vetäjyys on pysyvä tehtävä. Tiimin vetäjän roolia on kehitetty asiakaslähtöisen työn lähtökohdista ja tiimin vetäjyys on keskitetty asiakkaan hoitoon. Asiakkaat tulevat nyt suoraan tiimeille. Tutkimusaineistossa

asiakkaan tulo suoraan tiimeille oli kehittymässä oleva toimintamalli, jota toteutettiin hankkeen aikana jo jonkin verran.

Keskustelussa tarkasteltiin tutkimustulosten pohjalta myös alustavaa kehittämismallia. Toivottiin, että toteutuneessa kehittämismallissa esimiesten kehittämistyölle antama tuki tulisi selvemmin esille. Kehittämistyön arvointi ja reflektio jatkuivat ja ovat jatkuneet kotihoidon kehittämisen osalta myös hankkeen jälkeen. Kohoke-hankkeen jälkeen kehittämistyötä on jatkettu laatuvalossa. Kehittämishankkeen jälkeen oppiminen on jatkunut organisaatiossa.

11.2 Alustava kotihoidon kehittämismalli

Vuosina 2000–2003 syntyi alustava kotihoidon kehittämismalli, joka kuvaa kehittämistoimintaa kehittämishankkeen aikana. Sen keskeiset rakenteet muodostuvat kolmesta kehittämissyklistä ja kehittämistyön perusrakenteista: tiimikoulutus ja työkonferenssit, jatkuva arvointi, ohjaus- ja suunnitteluryhmän toiminta, opiskelijoiden toiminta sekä verkostotyöskentely moduuliseminaarin osana,. Alustava kotihoidon kehittämismalli oli lähtökohtana tämän tutkimuksen lopputuloksesta syntyneelle kotihoidon kehittämismallille.



Kuvio 12. Alustava kotihoidon kehittämismalli.

11.3 Kehittämismallia johtaneet prosessit

Alustava kotihoidon kehittämismalli on esitetty kuviossa 12. Tämä kehittämismalli syntyi kehittämishankkeen aikana kehittämiskylien edetessä. Kehittämismallin rakenteeseen ovat vaikuttaneet Kohoke-projektiin kehittämistavoitteet ja kehittämis- ja arviontinen menetelmät, hankkeen aikana tuotettu tutkimus- ja kehittämismateriaali sekä tiimien ja ohjausryhmän toteuttama kehittämistyö. Kehittämismallin rakenne noudattaa työelämän tutkimusavusteisen kehittämisen metodiikkaa sekä toimintatutkimuksen rakennetta. Lisäksi rakenteeseen vaikuttivat työelämän kehittämishojelman moduulityöskentelyn antamat reunaehdot. (Vrt. esim. Alasoini 2001, 37, Alasoini & Ramstad 2007, 5, Leinonen 2007, 230.)

Toteutuneessa kehittämismallissa merkittävin prosessi on tiimiyytyminen ja työkonferenssit. Tällä halutaan korostaa tiimeissä tehdyt tiimiyytymis- ja kehittämistyön tärkeää merkitystä työn kehittymiselle. Työkonferensseissa tapahtunut keskinäinen tutustuminen, yhteinen keskustelu ja kehittämistehtävien työstäminen ovat olleet tärkeimmät kehittämistä eteenpäin vieneet asiat. (Räsänen 2007, 46)

Ohjausryhmän työskentely oli keskeinen kehittämiskerkeen koko kehittämistyön ajan. Ohjausryhmä toimi kehittämistyön suunnittelija- ja arvointiryhmänä. Lisäksi ohjausryhmä oli yhteinen foorumi sekä tiimien edustukselle että esimiesten ja kehittäjien keskustelulle. Ohjausryhmä kokoontui kuukausittain. Ohjausryhmän kokoonpano mahdollisti kehittämistyön läpinäkyvyyden koko organisaatiossa sekä mahdollisti laajasti henkilöstön osallistumisen kehittämistyön etenemiseen vaikuttamisen (Vrt. Kasvio 1999, 250–251).

Verkostotyöskentely toteutui kehittämismoduulityöskentelynä kolmen muun kotihoidon kehittämishankkeen kanssa. Kansallisen työelämän kehittämishojelman organisoimaan moduulityöskentelyyn osallistuivat Janakkalan kotihoidon lisäksi Kuopion Riistavesi-Leväsen alueen sekä Tampereen kotihoidon kehittämishankkeet. Lisäksi vuonna 2001 moduuliin liittyi vielä Kuopion Pujon kotihoidon kehittämishanke. Kehittämismoduulin yhteisiä seminaareja pidettiin yhteensä kolme kertaa. Parhaiden käytäntöjen jakamisen prosessi kehittämismoduulityöskentelyn avulla on toimiva tapa kehittää myös terveyden- ja sosiaalihuollon sektorilla (Perälä 2008).

Moduulityöskentelyn parasta antia omalle kehittämistyölle oli vuorovaikutus muiden hankkeiden edustajien kanssa. Toisiin hankkeisiin tutustuminen antoi arviontipohjaa omalle työskentelylle sekä tarjosi mahdollisuuden jakaa kehittämisen liittyviä sekä iloja että suruja. Kehittämistulosten ja tuotosten jakaminen antoi konkreettista hyötyä ja innostusta kehittää kotihoitotyötä edelleen yhdessä. (Paapanen & Sanerma 2003, 37.)

Jatkuva arviontia toteutettiin sekä tiimeissä, ohjausryhmässä että yhteisissä työkonferensseissa. Arvointimenetelminä käytettiin kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia arvointimenetelmiä. Arvointidialogi toteutettiin hankkeessa ensimmäisen ja toisen kehittämissyklin jälkeen Sosiaalikehitys Oy:n toimesta. Lisäksi henkilöstö, tiimit ja ohjausryhmä toteuttivat itsearviontia. Kehittämistyön eri vaiheissa arvioitiin arvointiaineistosta nostettuja teemoja kvantitatiivisesti kouluasteikolla 4–10 kvalitatiivisesta sekä laskettiin niistä numeerisia tunnuslukuja. Arvointituloksia käsiteltiin aina yhteisesti työkonferensseissa ja edettiin kehittämistyössä niiden viitoittamalla tavalla (Vrt. Arnkil ym. 2000).

Opiskelijoiden toiminta kehittämishankkeessa ilmeni lähinnä seminaari- ja opinnäytetöinä, joita he tekivät ja esittelivät henkilöstölle. Lisäksi he osallistuivat ja järjestivät kokemuksellisin menetelmin toteutettuja kehittämispäiviä sekä osallistuivat tyky-toimintaan. Opiskelijat selvittivät myös asiakkaiden näkemystä kehittämistyöstä. Hankkeeseen osallistui sekä sosiaalialan että hoitotyön koulutusohjelmien opiskelijoita.

Kehittämissykli toteutui kehittämishankkeessa kolme kertaa. Kehittämissyklin vaiheet toteutuivat järjestelmällisesti, mutta diagnosointia, arviontia, suunnittelua ja oppimista tapahtui kaikissa kehittämissyklin vaiheissa. (Susman & Evered 1978, Stringer 1999).

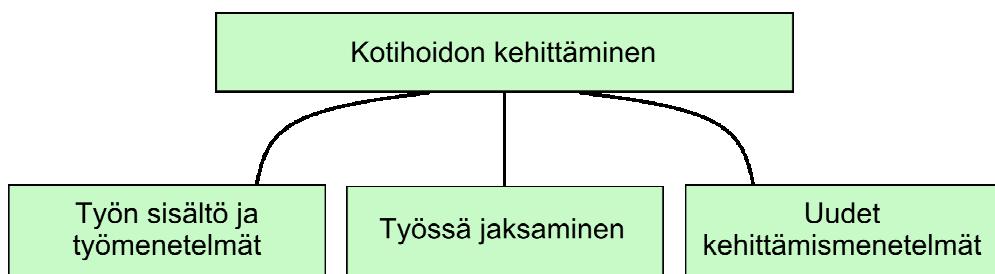
Alustava kotihoidon kehittämismalli syntyi kehittämisprosessin tuotoksena toimintatutkimuksen keinoin, kehittämishankkeen kuluessa työntekijälähtöisesti, kiinteässä yhteistyössä kaikkien hankkeeseen osallistuvien kanssa. Noin puoli vuotta kehittämishankkeen jälkeen haastateltiin kaikki halukkaat hankkeeseen osallistuneet kotihoidon työntekijät ja esimiehet. Sekä heidän hankekokemustensa perusteella että alustavan kehittämismallin lähtökohdista on tuottettu kotihoidon uusi kehittämismalli.

Seuraavissa kappaleissa kuvataan kotihoidon henkilöstön näkemys siitä, miten heidän mielestään kotihoitaa pitäisi edelleen kehittää (kuvio 13). Tutkimusaineistona ovat toimineet loppuhaastattelut, eli näkemykset on kerrottu kehittämishankkeen jälkeen. Analyysin jälkeen kuvataan kotihoidon kehittämismalli (kuvio 14).

11.4 Kotihoidon henkilöstön näkemys kotihoidon kehittämistarpeista tulevaisuudessa

Kotihoidon kehittämishankkeen aikana vuoropuhelu kehittämistyön etenemisestä käytiin työkonferensseissa. Siellä käytiin keskustelua yhteisesti ja tiimeittäin. Lisäksi tiimit kävivät keskustelua kehittämistyöstä työpaikoillaan erityisesti omien kehittämistehtäviensä osalta. Näissä keskusteluissa kehittämistarpeet ja -menetelmät tulivat esille. Varsinaisen kehittämistyön etenemisen suunnittelu ja ohjaaminen tapahtui ohjausryhmässä, jossa tiimit oli edustettuna lähes koko hankkeen ajan.

Loppuhaastattelussa kysyttiin henkilöltölä miten he ovat kokeneet kotihoidon kehittämisen ja miten he haluaisivat kehittää kotihoitaa jatkossa. Henkilöstön kuvaukset tutkimusaineistossa jäsentivät kolmeen kuvauskategoriaan, jotka ovat työn sisällön ja työmenetelmien kehittäminen, työilmapiirin ja työssä jaksamisen kehittäminen sekä uusien kehittämismenetelmien kehittäminen (kuvio 13).



Kuvaio 13. Henkilöstön näkemys kotihoidon edelleen kehittämisen tarvealueista.

11.4.1 Työn sisältö ja työmenetelmät

Työn sisällön ja työmenetelmien kehittämistä kuvaava kuvauskategoria rakentui työnjaon kehittämisestä, kotihoidon palvelujen kehittämisestä sekä työprosessien ja niiden johtamisen kehittämisestä.

Työnjaon kehittäminen

Työntekijöiden näkemyksen mukaan kotihoidon kehittämisessä keskeinen seikka on työn jakoon liittyvät kysymykset. Työn joustava jakaminen siten, että kaikkien työntekijöiden ja ammattiryhmien osaaminen saataisiin hyödynnettyä tehokkaasti, vaاتisi kehittämistä. Erityisesti lähihoitajat haluaisivat käyttää osaamistaan hyväksi työssään. Lähihoitajat pelkäsivät kliinisten taitojensa katoavan, koska eivät mielestään saaneet tehdä tarpeeksi hoitotoimenpiteitä. He kokivat, että heihin luotettiin viikonloppuna, kun sairaanhoitaja ei ollut työssä. Arkena he eivät sitten saaneetkaan tehdä vastaavia töitä. Osa sairaanhoitajista pohti, tarvitaanko sairaanhoitajia jatkossa kotihoidossa. Myös sairaanhoitajan rooli kotihoidossa vaاتisi kehittämistä niin, että se olisi riittävän haastavaa houkutellakseen sairaanhoitajia töihin myös jatkossa.

Tiimien välisessä yhteistyössä haluttiin kehittää työmäärän arviontia. Aika ajoin tiimeissä oli epäilty, että omalla tiimillä on enemmän töitä kuin toisilla. Työkonferenssissa arvioitiin yhteisesti tilastollisia käyntimääriä ja asiasta keskusteltiin.

Tiimien kokoonpanoa haluttiin kehittää. Kotihoidon tiimiksi ehdotettiin esimerkiksi tiimiä, jossa työskentelisi sairaanhoitaja, lähihoitaja ja kodinhoitaja. Tämän "triangelin" yhteistyö kehitettiäsiin niin saumattomaksi, että työssä ei tulisi päälekkäisyyksiä. Tulevaisuudessa, kun asiakkaat ovat entistä huonokuntoisempia, kodinhoitajat ja lähihoitajat arvelivat sairaanhoitajien tarpeen kotihoidossa arveltiin lisääntyvästä.

Kotihoidon palvelujen kehittäminen

Kotihoidon palveluja haluttaisiin kehittää enemmän asiakkaiden tarpeita vastaan. Asiakkaiden peruspalveluja, kuten ruokahuoltoa haluttiin kehittää tarkoituksenmukaisempaan suuntaan siten, että ruoka-ajat tukisivat asiakkaiden normaalialäemänrytmää. Myös työaikoja haluttiin kehittää samansuuntaisesti

erityisesti iltavuorossa, jossa työaikakysymysten takia asiakkaita jouduttiin auttamaan nukkumaan ja antamaan iltalääkkeitä jo alkuillasta. Pyykkipalvelu haluttiin pitää osana kotihoitoa ja sillä toivottiin tarkoituksenmukaisia tiloja ja laitteita. Kotihoidon palveluja haluttiin kehittää yhteistyössä muiden vanhustenhuollon toimijoiden ja omaisten kanssa. Kotihoidon henkilöstö halusi osallistua palvelujen kehittämiseen.

Henkilöstön tavoitettavuutta haluttiin lisätä. Henkilöstön keskuudessa arveltiin, että lähihoitajia tai kodinhoitajia lisäämällä saataisiin henkilöstön tavoitettavuutta ja saavutettavuutta parannettua. Tämä lisäisi myös asiakkaiden turvallisuuden tunnetta. Arveltiin, että vähemmän koulutetulla henkilöstöllä olisi parempi motivaatio vastata asiakkaan ”ihmisen” tarpeeseen. Myös erilaista palveluasumista haluttiin kehittää kotihoidon rinnalle. Asumismuoto, jossa olisi jatkuvasti saatavilla kontakti kotihoidon henkilöön, olisi paras vaihtoehto. Palveluasumisen arveltiin olevan yksi ratkaisu vanhusten yksinäisyyden ongelmaan, jota pidettiin jopa kaikkein pahimpana ongelmana asiakkailta.

Tulevaisuudessa kotihoidon palvelujen kehittämiseen liittyvän päätöksenteon toivottiin lähtevän tiimeistä, joiden jäsenet näkevät palvelujen kehittämisen tarpeen jokapäiväisessä työssään. Tiimien vaikutusmahdollisuksia palvelujen kehittämiseen haluttaisiin lisätä.

Työprosessit ja niiden johtaminen

Kotihoidon työprosesseja haluttaisiin kehittää edelleen asiakaslähtöiseen suuntaan. Omahoitajuuden kehittäminen oli aineistonkeruun aikana käynnissä eri vaiheissa eri tiimeissä. Omahoitajuuden uskottiin vahvistavan asiakaslähtöistä työskentelytapaa sekä mahdolistavan kaikille ammattiryhmille monipuolisen ja haastavan työnkuvan. Hoitamisen prosessia haluttiin kehittää siihen suuntaan, että asiakas saisi palvelunsa vaivattomasti ja sujuvasti samoilta henkilöitä. Tämän takia oli suunnitteilla kodinhoitaja-lähihoitajatyöparit. Tulevaisuudessa, kun kodinhoitajia ei enää työskentelisi kotihoidossa, nähtiin kaikilla olevan lähihoitajan koulutus. Tavoite, jossa yksi henkilö hoitaisi asiakasta, ei vielä onnistu sellaisten kodinhoitajien asiakkaiden kohdalla, joilla on lääkehoitoja. Näissä tapauksissa sairaanhoitaja hoitaa asiakkaan lääkityksen. Tulevaisuudessa, kun asiakkaille on entistä

enemmän sairauksia ja he ovat huonokuntoisempia, katsottiin tarvittavan lisää sairaanhoitajia omahoitajiksi, jotta yhden hoitajan (omahoitajan) tavoite voisi toteutua. Sairaanhoitajan katsottiin olevan avainhenkilö omahoitajuuden kehittämisenä. Parityöskentelymallia pidettiin myös toimivana ratkaisuna.

Esimiehen tukea tarvittiin arkisten ongelmatilanteiden ratkemisessa, mutta häntä haluttiin myös henkisesti lähemmäs tiimejä. Pidettiin tärkeänä, että esimies tietää, mitä tiimit tekevät. Lähiesimiehen roolia tiimin tukihenkilönä haluttiin vahvistaa ja kehittää. Toiminnan ajateltiin tehostuvan, jos esimies on lähellä. Tulevaisuudessa, kun toiminta perustuu omahoitajuuteen, lähesimies olisi henkilö, joka tukisi tiimejä tässä toiminnassa. Lähiesimiehen läsnäoloa arjen työssä pidettiin erittäin tärkeänä.

Työn priorisoinnista tulevaisuudessa henkilöstön näkemykset vaihtelivat jonkin verran. Työmäärän tiedettiin lisääntyväksi eikä nykyisillä resursseilla pystytäisi hoitamaan asiakkaita entisessä laajuudessa. Pidettiin kuitenkin huonona ratkaisuna, että kaikkein raskaimmat työt siirretäisiin pois kotihoidolta. Raskaimmat työt ovat niitä töitä, joihin asiakas ensimmäisenä tarvitsee apua, kun hänen toimintakykynsä heikkenee. Silloin hän joutuisi ostamaan palvelut yksityiseltä. Kaikki eivät kuitenkaan pitäneet palvelujen ostamista yksityisiltä asiakkaan kokonaishoidon kannalta hyvänä ajatuksena, vaan he haluaisivat pitää koko asiakkaan hoidon kunnallisella kotihoidolla.

11.4.2 Työssä jaksaminen

Työssä jaksaminen jäsentyi kahteen alakategoriaan, jotka ovat työilmapiiri ja työntekijöiden voimavarat.

Työilmapiiri

Työilmapiiri oli ollut ajoittain huono kehittämishankkeen aikana. Ennen kehittämishanketta vallinnutta työilmapiiriä kuvattiin joissakin tiimeissä "lintukodoksi". Kaikissa työryhmässä työilmapiiri ei kuitenkaan ollut yhtä hyvä. Työyhteisössä vallinneet kireät henkilösuhheet oli koettu ahdistaviksi. Keskinäisten selvittämättömien ristiriitojen koettiin haittaavan työntekoa. Toivottiin positiivista työilmapiiriä, joka tukisi koko henkilöstön jaksamista. Työhön liittyvistä asioista,

kuten työmääristä, toivottiin käytävän avoimempaa keskustelua. Yhteinen työtila oli koettu työilmapiirin näkökulmasta ahdistavaksi. Arveltiin, että kaikki työntekijät eivät uskalla tuoda näkemyksiään esille yhteisessä työtilassa. Toisaalta rauhallisempaan aikana tilassa saattaa kohdata toisen työntekijän sattumalta ja vaihtaa kokemuksia ja ajatuksia hedelmällisestikin. Myöskään tiimipalavereissa ei koetti olevan riittävän avoin ilmapiiri rehelliselle ajatusten vaihdolle.

Ennen kehittämishanketta syntyneiden selvittämättömien ristiriitojen koettiin edelleen vaikeuttavan työntekoa ja tiimien välistä yhteistyötä. Loppuhaastatteluaineiston keräämisen aikoihin ristiriidat oli tapana lakaista maton alle. Osa työntekijöistä koki, että riiteleminen oli jatkuva. Tämä koettiin kyllästyttäväksi. Konfliktien selvittämismekanismeja haluttiin kehittää ja riiteleminen haluttiin lopettaa. Uuden työtavan opettelun ja moniammatillisen tiimityön sisäistämisen arveltiin kärsineen, koska ristiriitojen käsittelyyn ja ylläpitoon oli kohdistunut niin paljon huomiota ja energiaa.

Työntekijöiden voimavarat

Osalla työntekijöistä oli tunne, että kotihoidossa täytyy aina jaksaa. Kotihoitoon täytyi aina mahtua uusia asiakkaita, eikä koskaan voinut sanoa "ei" hoitoa tarvitsevalle asiakkaalle. Henkilöstön rajallisten voimavarojen huomioiminen haluttiin nostaa kehitettävien asioiden listalle siten, että yksittäisen työntekijän työmääri pysyy kohtuullisena ja että kenenkään ei tarvitse uupua työmääränsä alle. Työnjaollisia kysymyksiä haluttiin kehittää myös voimavarojen ja henkilöiden työmäärien takia. Sairaankoita pidettiin eniten työllistettyinä.

Ne, jotka olivat saaneet työnohjausta, kokivat sen hyväksi ja toivoivat saavansa sitä jatkossakin. Osa työntekijöistä toivoi henkilökohtaista työnohjausta, mutta siihen ei ollut mahdollisuutta. Ryhmätyönohjausta pidettiin hyvänä vaihtoehtona. Työnohjaus oli nostanut pintaan asioita, jotka olisi haluttu lakaista maton alle. Työnohjausta arveltiin keinoksi, jonka avulla voitaisiin selvittää tiimien välisiä ongelmia.

Työrauhaa haluttiin kehittää. Työrauhalla tarkoitettiin sekä työtilojen äännettömyyttä että henkistä työrauhaa. Kehittämisesä haluttiin jarruttaa vauhtia ja saada aikaa syventyä rauhassa meneillään oleviin asioihin. Yhteiset työtilat koettiin

liian meluisiksi ja pieniksi. Työtiloja haluttiin kehittää suuremmiksi ja paremmin työntekoa palveleviksi. Sairaankoitaajat kokivat vertaisryhmän puuttumisen työtä köyhdyttävänä asiana. Työrauhan puutteen katsottiin liittyvän erityisesti työtilojen ahtauteen.

11.4.3 Uudet kehittämismenetelmät

Kotihoitoon haluttiin löytää uusia ja mielekkäitä kehittämismenetelmiä. Uusia kehittämismenetelmiä kuvaava kategoria muodostui arvointimenetelmistä, suunnittelu- ja ideointimenetelmistä, seurantamenetelmistä sekä palaute- ja palkitsemismenetelmistä.

Arvointimenetelmät

Omaan työhön ja sen tuloksiin liittyvä jatkuva arvointia haluttiin kehittää. Oman työn tuloksen kerrottiin näkyvän välittömästi asiakkaan voinnissa ja tyytyväisyysdessä hoitoon. Haluttiin kuitenkin tarkempaa tietoa oman työn tuloksista. Kotihoitotyötä mitattiin käyntien määrän ja asiakaskontaktien keston perusteella.

Laadunhallintaan oli vasta perehdytty ja sen arveltiin olevan hyödyllistä. Kotihoitotoiminta oli tuolloin juuri lähtenyt mukaan laadunhallintaprojektiin. Varsinaisesti laadun käsittelyä tuotiin esille asioita hyvin vähän, koska ilmeisesti käsitteen sisältö oli vielä tuolloin outo. Oman työn laatuun liittyviä kehittämiskohtia tuotiin esille. Erityisesti asiakkaan luona vietetty aika koettiin liian lyhyeksi.

Suunnittelu- ja ideointimenetelmät

Asiakastyön suunnittelun ja siihen liittyvän ideoinnin nähtiin tapahtuvan tiimeissä ja tiimipalavereissa. Uusien ideoiden eteenpäin viemistä haluttiin tehostaa ja yhteiseen ideointiin kaivattiin lisää kannustusta ja rohkeutta. Ideoinnissa oli pelkona, että uudet ideat helposti tyrmättäisiin tiimissä. Myös pitkäjänteisempää suunnittelua haluttiin kehittää ja olla tietoisia kotihoidon suunnittelun liittyvistä näkökohdista.

Seurantamenetelmät

Kotihoidon kehittämiseen haluttiin jatkuvutta ja selkeyttä. Kaivattiin selviä suuntaviivoja ja linjauksia siitä, minkälaiseksi kotihoitoa haluttiin kehittää. Omia mahdollisuksia osallistua kehittämislinjaohin liittyvään päätöksentekoon pidettiin vähäisinä mutta mahdollisina, jos on itse aktiivinen. Toisaalta koettiin, että kehittämiseen ei ole mahdollisuutta vaikuttaa mitenkään. Kehittämisen seuranta ja jatkuvus haluttiin turvata ja selkiyttää myös jatkossa. Osalle henkilöstöä oli syntynyt mielikuva, että kehittämishankeen loppuessa myös kehittämistyö loppuu. Tästä oltiin huolissaan ja asiaan haluttiin lisäselvitystä.

Palaute- ja palkitsemismenetelmät

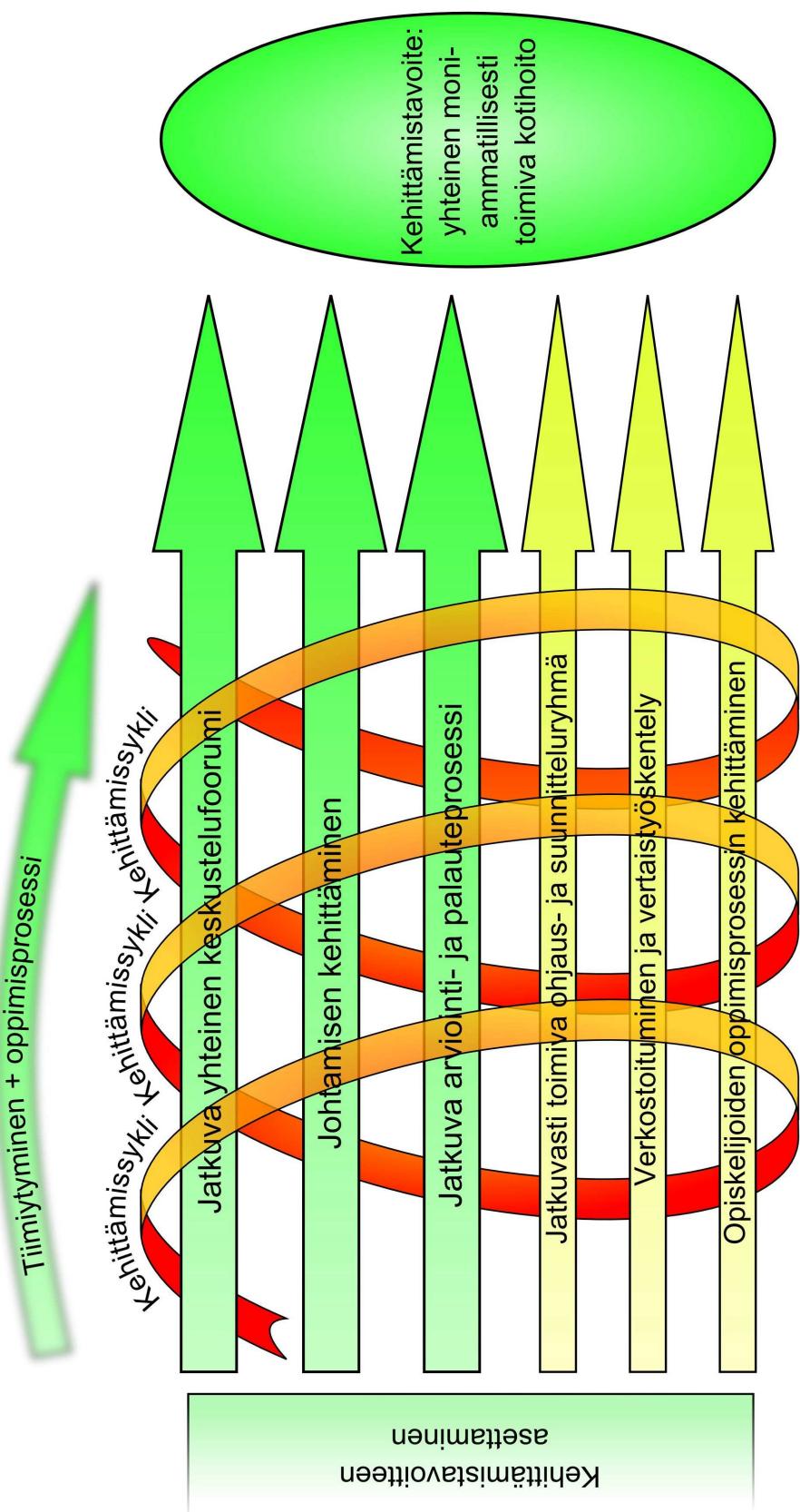
Omasta työstä haluttiin saada enemmän palautetta. Henkilöstö koki, että he saavat hyvin suoran palautteen työstään suoraan asiakkaalta ja näkevät asiakkaan voinnissa ja tyytyväisyydessä oman työnsä tuloksen. Palautetta haluttiin kuitenkin saada myös esimieheltä ja tiimiltä. Palautetta pidettiin tärkeänä sekä motivaation että ammatillisen kehittymisen näkökulmista. Hyvästä työstä toivottiin myös jonkinlaisia palkkioita. Esimerkkejä otettiin yksityisten työnantajien toimintatavoista, joissa henkilöstöä palkittiin useammin kuin kunnallisella alalla. Tähän toivottiin muutosta. Positiivista ja kannustavaa palautetta haluttiin saada enemmän. Nyt koettiin, että positiivinen palaute tulee lähinnä ainoastaan asiakkailta ja omaisilta. Jos esimies ottaa yhteyttä tai pyytää yhteydenottoa, arveltiin usein tiedossa olevan jotain negatiivista.

Oman työn arviointia haluttiin saada systemaattisemmaksi ja objektiivisemmaksi kuin mitä nykyinen arviointijärjestelmä tarjoaa. Oman kehittämistyön pohjaksi haluttiin luoda asiakaspalautejärjestelmä. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella näyttäisi siltä, että erityisesti organisaation muutosprosessissa olisi tärkeää, että henkilöstö saisi hyvinkin henkilökohtaista palautetta työstään muitakin kuin asiakkailta ja heidän perheiltään. Muutostilanteessa tunnetaan henkilöstön keskuudessa paljon epävarmuutta omasta osaamisesta. Epätietoisuus omasta onnistumisesta kehittämistyön osana lisää epävarmuutta esimerkiksi kirjaamiskäytäntöjen muuttuessa ja omahoitajuuteen siirryttäessä. Positiivisen palautteen saaminen koettiin erittäin tärkeäksi.

11.5 Kotihoidon kehittämismalli

Kotihoidon kehittämismalli (kuvio 14) on Kohoke-projektissa syntyneen kotihoidon kehittämismallin pohjalta syntynyt uusi konstruktio tutkimustuloksista. Kohoke-projektissa syntyneeseen alustavaan malliin on tehty muutoksia kotihoidon henkilöstön kehittämiskokemuksien ja kehittämisodeiden sekä tutkimuksen tuloksista tehtyjen johtopäätösten pohjalta konstruktivisen tutkimusotteen mukaisesti. Tieteellinen malli muodostuu yleensä käsitteistä ja niiden välisistä yhteyksistä (Kyngäs 1997, 108). Kotihoidon kehittämismalli muodostuu prosesseista ja niiden välisistä yhteyksistä. Prosessien välinen yhteys kotihoitotyön kehittämisessä syntyy kehittämissyklien kautta, koska kehittämissyklissä etenee koko kehittämistyö. Tämän tutkimuksen mukaan sama yhteys kehittämissyklien kautta toteutuu myös tiimin toimintamallissa. (Kuvio 8). Kehittämismallin perusrakenne on yhteneväinen toimintatutkimuksen tutkimusprosessin kanssa (vrt. esim. Susman & Evered 1978, Stringer 1999). Prosessien sisältö määrittyy mallissa kotihoidon kontekstista käsin, tämän tutkimuksen tuloksiin perustuen. Tulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien kotihoidosta tehtyjen tutkimusten tulosten kanssa. (vrt. esim. Rissanen 1999, Tenkanen 2003, Tepponen 2003, 2007).

Tätä mallia voidaan soveltaa viitekehysenä kotihoitotyön ja kotihoidon kehittämisessä ottaen huomioon jokaisen kotihaitto-organisaation erityispiirteet ja erikoislaatuisuus sekä yleensä laadullisella tutkimuksella saadun tiedon käytön mahdollisuudet ja kriteerit (vrt esim. Silverman 1994, Parahoo 2008). Uudessa kotihoidon kehittämismallissa kehittämistyölle välttämättömiä perusprosesseja ovat yhteisellä foorumilla käytävä jatkuva keskustelu, kotihoidon johtamisen kehittämiprosessi sekä jatkuva arvointi- ja palauteprosessi. Perusprosesseja tukevia työskentelyapoja ovat jatkuvasti toimiva ohjaus- ja suunnitteluryhmä, verkostoituminen ja vertaistyöskentely sekä opiskelijoiden oppimisprosessin kehittäminen. Kotihoidon kehittämistyön tavoite ja päämäärä on tärkeää määritellä yhtesisesti heti kehittämistyön suunnitteluvaiheessa.



Kuvio 14. Kotihoidon kehittämismalli.

Kehittämishankkeen aikana kotihoidossa syntyivät tietyt kehittämiskohdeet. Kotihoidon kehittäminen, jossa toteutuu todellinen työprosessien muuttuminen, edellyttää selkeitä kehittämiskohdeita. Kotihoidon kehittämisen perusprosessit (kuva 14) ovat syntyneet tämän tutkimuksen tulosten perusteella analysoiden henkilöstön näkemykset ja kokemukset kotihoidon kehittämisestä. Uusi kotihoidon kehittämismalli perustuu kotihoidon tiimien jatkuvaan kotihoidotyön oppimiseen ja työn kehittämiseen. Mallin lähtökohtana ovat olleet tutkimustehtävät.

Tutkimusaineistoa järjesteltiin ja ryhmiteltiin kysymyksen "miten uusi kotihoido synty?" perusteella. Tämän tutkimusprosessin aikana on todettu, että uusien rakenteiden, toimintamallien ja yhteisen toimintakulttuurin syntyminen on kotihoido-organisaatiossa hidaskoska prosessi. Se osoittautui tässä tutkimuksessa vielä hitaammaksi kuin mitä osattiin odottaa. Uusien rakenteiden ja toimintamallien muodostuminen on syklinen prosessi, joka vaatii jatkuvaan diagnostointia, suunnittelua ja toteuttamista, reflektiota, arvointia ja oppimista. Kaikkien osallistujien keskinäinen vuoropuhelu on tärkeää, jotta uusia kehittymiskerroksia voi muodostua. Yhteinen dialogi ja sen mahdollistava foorumi osoittautuivat kehittämistyössä välittämättömiksi. Myös kehittämiskyliin liittyvä keskustelu oman organisaation ulkopuolisten vertaisryhmien kanssa osoittautui sekä innostavaksi että uutta tietoa antavaksi ja tuottavaksi. Tutkimuksen tuloksissa esiintulleita kehittämistä edistäviä tekijöitä pyritään tukemaan uudessa kehittämismallissa.

Ensimmäisessä varsinaisessa tutkimustehtävässä kuvattiin miten tiimityö on kehittynyt uudessa kotihoidossa. Tämän tutkimuksen tuloksissa on kuvattu tiimitoiminnan kehittymisen vaiheita, työn uudelleen organisointia, tiimin toimintamallia sekä tiimityön tuloksia. Lisäksi on kuvattu tiimityön oppimiseen liittyviä tuloksia. Tiimitoiminnan kehittyminen eteni vaiheittain, mikä tukee syklistä kehittämiskohdetta. Työn uudelleen organisoituminen jäsentyi työnjaon ja vastuunjaon kuvauskategorioihin. Tiimin toimintamallissa perusprosessit (asiakasprosessi, omahoitajuuden prosessi ja kotihoidon tiimin kehittämisprosessi) etenevät tiimin oppimisprosessin syklien kautta. Tiimityön tulokset jäsentivät asiakkaan tarpeisiin vastaamisen, yhteistyön ja jatkuvan kehittämisen kuvauskategorioihin. Tulokset kuvaavat tiimityön toimivuutta työn organisointimenetelmänä kotihoidossa. Tiimityön oppimisen osalta kuvattiin oppimista edistäneitä ja estäneitä tekijöitä. Oppimista edistäneitä tekijöitä on pyritty tukemaan uudessa kehittämismallissa.

Oppimistulokset jäsentyivät työkäytäntöihin liittyviin oppimistuloksiin ja kotihoitoön sisältöön liittyviin oppimistuloksiin. Lisäksi kuvattiin oppimisen tuloksena syntyneitä kehittymishaasteita. Seuraavassa kuvataan uuden kotihoidon kehittämismallin perusprosessit.

1) Kehittämistavoitteiden asettaminen ja kehittämistavoite

Kehittämistyö on tavoitesuuntautunutta toimintaa. Kehittämistavoitteena kotihoidon yhdistymistilanteessa on yhteisen moniammatillisesti toimivan kotihoidon luominen, joka toteutuu toimivan tiimiorganisaation avulla. Organisaatiolla ja siinä toimivilla tiimeillä tulisi olla yhteen arvoperusta, toiminnan tavoite sekä toimintamalli. Tiimien on tärkeää sitoutua yhteiseen toimintamalliin, jotta kehittämistavoite voi toteutua. Kehittämistavoite sisältää osatavoitteita. Kehittämistavoitteiden kuvaus on tärkeää tuoda selvästi esille heti hankkeen alussa, jotta kaikki voivat helpommin sitoutua siihen ja toimia sen suuntaisesti.

2) Yhteisellä foorumilla käytävä jatkuva keskustelu

Jatkuvalla yhteisellä keskustelufoorumilla tarkoitetaan tässä mallissa työyhteisön työkonferenssia tai yhteistä kehittämislähetystä. Toiminta on kehittämistyön kannalta tavoitesuuntautunutta sekä suunnitelmallisesti ja säädöllisesti toteutuvaa. Työkonferenssi rakentuu kehittämisiäiden käsittelystä, keskusteluista, yhteenvedoista ja arvioinneista. Keskusteluja käydään tiimeissä ja tiimien välillä sekä johdon ja henkilöstön välillä. Työkonferenssissa keskustelua voi vetää ulkopuolineen kehittäjä tai asiantuntija, tutkija tai konsultti. Työkonferenssin onnistuminen edellyttää kaikkien osallistujien sitoutumista kehittämistavoitteisiin ja kehittämistoimintaan. (vrt. Atwal & Caldwell 2006, 364, Jünger et. al. 2007, 353.) Henkilöstön tulee myös kehittyä kompetenteiksi toimimaan moniammatillisissa tiimeissä (Atwal & Caldwell 2006, 364 Soukop et. al. 2007, 149–150).

Kotihoidon kehittämishankkeessa säädöllisesti kokoontuva keskustelufoorumi mahdollistaa yhteisen keskustelun ja se on työntekijälähtöisen kehittämisen lähtökohta. Kehittämisfooruminä voivat toimia koko kotihoidon tai kotihoidon alueen yhteiset kehittämislähetystä ja työkonferenssit. Työkonferenssit antavat aikaa ja tilaa yhteiselle keskustelulle ja näkökulmien esille tuomiselle. Kehittämistyössä

keskusteluilmapiiri, jossa uskaltaan käydä todellista keskustelua, on työntekijälähtöisen kehittämisen yksi edellytys. Yhteinen aika antaa työntekijöille mahdollisuuden tutustua toisiinsa sekä pohtia yhteisiä kysymyksiä. Kotihoidon johdon sitoutuminen, aktiivinen läsnäolo ja osallistuminen tukevat tiimiytymistä, motivoivat henkilöstöä kehittämistyöhön sekä tukevat kotihoidon syntymistä. Johdon läsnäolo mahdollistaa monien vastauksien saamisen avoimiin kysymyksiin välittömästi. (vrt. Mularkey et. al. 2001, 205–211, Bray & Howkins 2006, 223–235.) Organisaation ja työn muuttuminen on vakavasti otettava asia, joka voi aiheuttaa henkilöstössä epävarmuutta ja joka edellyttää avointa keskustelua (vrt. Kuokkanen et. al. 2007, 507.).

Yhteisen kotihoidon kehittämisen yhtenä tavoitteena on yhteisen toimintakulttuurin ja arvopohjan luominen. Tämän tavoitteen toteutuminen vaatii keskinäistä keskustelua ja ajatuksen vaihtoa sekä yhteisten tavoitteiden ja kehittämistehtävien työstämistä. Pysyvät kehittämiskäytävät mahdollistavat sitoutumisen sekä jatkuvan kehittämisen. (vrt. Fay et. al. 2006, 558, Jünger et. al. 2007, 353.)

Yhteisen arvoperustan ja organisaatiokulttuurin luominen ja ylläpitäminen vaatii jatkuvaa yhteistyötä ja keskustelua. Yhdistyminen vaatii myös yhdessä tekemistä ja toisen työn tuntemista. Yhdessä tekemistä voidaan tukea esimerkiksi kehittämishankkeilla, joihin osallistuu henkilötä koko kotihoidon alueelta tai työkierrolla, jossa tutustutaan toisen työhön. Henkilökohtaisten ja kollektiivisten työkokemusten reflektointi ja abstrahointi voi tapahtua työkonferenssissa sekä tiimeittäin että yhteisesti. Uusien työkäytäntöjen suunnittelua, kokeilupäätöksiä ja arvointia tehdään yhteisten kehittämistilanteiden lisäksi myös tiimipalavereissa. Työtehtävien ja henkilöstöresurssien suunnittelu kehittämistyön näkökulmasta on tärkeää, jotta mahdollisimman monella työntekijällä olisi mahdollisuus osallistua yhteisiin tilanteisiin. (vrt. Beinum et. al. 1996, Järvinen ym. 2000, 221–222, Alasoini ym. 2001, 37.)

3) Kotihoidon johtamisen kehittämисprosessи

Tässä mallissa johtamisen kehittämисprosessilla tarkoitetaan kotihoidon johtamisen tietoista kehittämistä kotihoido-organisaation kokonaisuuden kehittämisen yhtenä osana. Tiimiorganisaatioon siirtyminen edellyttää johtamisen

kehittämistä (vrt. Atwal & Caldwell 2006, 359–365). Johtamisprosessin kehittäminen kotihoido-organisaatiossa sisältää johtamiskulttuurin kehittämisen, johtamisprosessien kehittämisen, työnjaollisen ja vastuiden jakamisen kehittämisen sekä johtoimien kehittämisen ja selkiytämisen. (vrt. Mullarkey 2001 et. al. 209.)

Johtamiskulttuurin ja johtamiskäytäntöjen muutos on edellytys tiimi-organisaatioon siirtymiselle. Kotihoidossa johtamiskulttuurin muutos tapahtuu koko organisaation kehittymisen myötä. Käytännössä tämä tarkoittaa matalampaata ja verkostoitunutta organisaatorakennetta. Johtajan osaaminen edellyttää sekä työntekijälähtöistä johtamistapaa että tiimiorganisaation kehittämismenetelmien hallintaa. Organisaation ja tiimien kehittyessä tiimien vastuulle siirtyy työkokonaisuksia, joista aikaisemmin on vastannut kotihoidon ohjaaja, kotipalveluohjaaja tai osastonhoitaja. Erityisesti lähiesimiehen rooli muuttuu yhä enemmän tukihenkilön ja valmentajan rooliksi. (vrt. Cook et. al. 2001, 145–149.)

Erityisesti lähiesimestyö on uudessa kotihoidossa merkittävää toimintaa hoitotyön arjen ja työprosessien sujuvuuden ja tehokkuuden kannalta. Lähiesimiehen tulee olla läsnä ja tukea tiimejä arjen toiminnassa. Hän auttaa ristiriitojen ja ongelmatilanteiden käsitellyssä. Lähiesimiehellä pitäisi olla kotihoidon työn asian-tuntemusta ja osaamista. Hän on henkilöstön vaikutuskanava ylempien päätöksen-tekoelimiin. Lähiesimiehen asemaa ja tehtävänkuvaa on tärkeää kehittää kotihoidon kehittymisen kanssa samanaikaisesti. Tavoitteeksi asetettu johtamistylyli oli pääosin leadership-tyyppistä johtamista. Esimiestiimin kehittäminen osana kotihoidon kehittämistä on tärkeää. Esimiestiimin kehittämisesä noudatetaan tiimin kehittämiseen liittyviä näkökohtia. Tämän mallin kuvaama lähestyminen moniammatillisen tiimin johtamiseen tukee aikaisempien sosiaali- ja terveyden-huollossa tehtyjen tiimin johtamista käsitlevien tutkimusten tuloksia. Hyrkkään ja Appelqvist-Schmidlechnerin (2003, 188, 192) tutkimustuloksissa tiimin johtamisessa sairaalaympäristössä korostuivat erityisesti yhteisöllisyyden, kommunikaation, tiimin jäsenten välisten suhteiden ja työmetodien ja työmotivaation tukemisen huomioiminen ja mahdollistaminen.

4) Jatkuva arvointi- ja palauteprosessi

Tässä mallissa tarkoitetaan jatkuvalla arvointi- ja palauteprosessilla kehittämistyön jatkuvaa arvointia. Kehittämistyön arvioinnin osa-alueita ovat työprosessien ja resurssien kokonaisvaltainen arvointi, henkilöstön osaamisen ja kehittymisen arvointi sekä asiakkaan ja hänen perheensä näkökulmasta tapahtuva arvointi. Kotihoidon vaikuttavuuden ja taloudellisuuden arvointi kuuluvat tähän arvointiin.

Kotihoidossa arvointimenetelminä voivat toimia henkilöstön ja tiimien itse-arvioinnit, erilaiset palautejärjestelmät, auditoinnit ja arvointidialogit. Arvioinnin ja palautteen toteuttamisen tulee olla suunnitelmallista. (vrt. Katzenbach & Smith 1993, 119–126.)

Kotihoidon henkilöstö tarvitsee työstään palautetta, joka on positiivista ja kannustavaa. Oman työskentelyn systemaattisen arvioinnin kehittäminen edellyttää uusia kehittämismenetelmiä ja toimintatapoja tiimeissä. Henkilöstön kehittämiskeskustelut ovat tärkeä osa tätä prosessia.

Asiakaspalautejärjestelmän luominen on tärkeä osa kotihoidon laadunhallintaa. Henkilöstö saa työstään suoraa palautetta asiakkailta ja heidän perheiltään, mutta oppimisen ja motivoimisen tueksi tarvitaan myös tiimin ja esimiehen antamaa palautetta. Erityisesti organisaation muutosprosessissa olisi tärkeää, että henkilöstö saisi hyvinkin henkilökohtaista palautetta työstään multakin kuin asiakkailta ja heidän perheiltään. Muutostilanteessa tunnetaan henkilöstön keskuudessa paljon epävarmuutta omasta osaamisesta. Epätietoisuus omasta onnistumisesta kehittämistyön osana lisää epävarmuutta. Työstä saatava suora positiivinen palaute tukee työntekijän selviytymistä muutostilanteessa. Tiimien systemaattisesti tehdyt itsearvioinnit sisältyvät tähän arvointiprosessiin.

5) Jatkuvasti toimiva ohjaus- ja suunnitteluryhmä

Tässä mallissa ohjausryhmällä tarkoitetaan aktiivisesti toimivaa moniammatillista ryhmää, joka toimii suunnitteluryhmänä. Pienessä organisaatiossa ohjausryhmässä voi olla edustettuina kaikkien tiimien jäsenet. Siellä kehittämistyöhön liittyvä tieto kohtaa välillisesti kaikki kehittämistyöhön osallistuvat.

Ohjausryhmän on hyvä olla pysyvä kehittämistrakene, koska se on hyvä keskusteluforumiksi ja asioiden välittämisryhmäksi. (vrt. esim. Kiviharju-Rissanen 2006, 87–102.)

Jatkuvasti toimiva suunnittelija ohjausryhmä antaa valmiuden viedä kehittämistä eteenpäin. Työntekijöillä on hyvä mahdollisuus kehittää kotihoitaa ohjausryhmässä. Työntekijöiden mukanaolo mahdolistaa kehittämistyön nopeat suunnanmuutokset. Ohjausryhmä on tiimien tukena ja omalla tavallaan antaa vastuuta tiimeille. Avoin ja luottamuksellinen keskustelu ryhmässä on tärkeää. Kaksi erilaista työkulttuuria kohtaavat ryhmässä luontevasti. Ohjausryhmällä on mahdollisuus toteuttaa koko prosessin jatkuva arviontia. Työntekijöiden mukanaolo on ryhmän vahvuus. Ohjausryhmän selkeästä roolista ja ryhmän luonteesta on tärkeää sopia ja keskustella heti työskentelyn alussa. Ryhmän jäsenten pysyyvyyss ja mahdollisuuksien mukaan kiertävä puheenjohtajuus vahvistavat työskentelyä. Myös muista tiimityöhön vaikuttavista asioista kotihoidossa on tärkeää keskustella avoimesti heti kehittämistyön alussa. (vrt. esim. Kiviharju-Rissanen 2006, 87–102.)

6) Verkostoituminen ja vertaistyöskentely

Verkostoitumisella ja vertaistyöskentelyllä tarkoitetaan tässä mallissa kotihoitorganisaation yhteistyötä muiden kotihoit-organisaatioiden kanssa. Tässä mallissa yhteistyöllä tarkoitetaan sekä johdon että työntekijöiden toteuttamaa yhteistyötä. Yhteinen työskentely ja tapaamiset toisten kotihoitoyksiköiden työntekijöiden kanssa innostavat henkilöstöä. Tapaamiset antavat uusia kehittämisenäkökulmia sekä työkaluja omaan kehittämistyöhön. Kotihoidon kehittämisesä erilaiset benchmarking-käytännöt ovat tärkeitä oppimisen ja parhaiden käytäntöjen jakamisen kannalta. Benchmarking toiminta vertaa hoidon laatua ja vaikuttavuutta toisiin vastaaviin palvelun tuottajiin sekä strateginen benchmarking analysoi jatkuvasti käytössä olevia strategioita tavoitteena luoda omaan organisaatioon parhaiten soveltuvia palvelujen tuottamistapoja. (Perälä 2006.) Verkostoituminen muiden kotihoitoyksiköiden kanssa mahdolistaa pitkäjänteisen vertaistyöskentelyn ja kokemuksien vaihdon. (vrt. Kulmala. 1999, Perälä 2006, 2008) mutta myös haastaa henkilöstöä saavuttamaan uusia tavoitteita ja päämääriä (Perry-Ewald 2008, 341). Benchmarking kotihoidossa voi mahdolistaa toimintayksikölle parempaa itsetuntemusta omien toimintojensa laadun, vahvuksien ja heikkouksien osalta.

Näin toimintayksikkö voi tehokkaasti parantaa omaa suoritustasoaan ja toiminnan laatua. (Fagerström & Rauhala 2002, 131–132, Perälä 2008, 98.)

7) Opiskelijoiden oppimisprosessin kehittäminen

Tässä mallissa opiskelijoiden oppimisprosessin kehittämisen tarkoitetaan erityisesti sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulupoiskelijoiden oppimisprosessia. Kehittämistyöhön voivat kotihoidossa osallistua myös muiden oppilaitosten opiskelijat. Opiskelijoiden pitkääikainen sitouttaminen kotihoidon kehittämishankkeeseen antaa opiskelijoille mahdollisuuden tutustua ja osallistua työelämän todelliseen kehittämistyöhön. Opiskelijoiden tuoma uudenlainen tieto ja taito on hyödyllistä uusien toimintamallien kehittämisessä. Kentällä tapahtuva kehittämistyö mahdollistaa opiskelijoille pitkäjänteisemmän kontaktin käytännön työhön. Parsell et. al. (1998, 304–311) tutkimustuloksissa moniammatillisen tiimin toimintaan osallistuneet opiskelijat oppivat ymmärtämään muita alan ammattilaisia, kehittämään omaa positiivista asennettaan sekä ymmärtämään moniammatillisen työn tärkeyden ja kommunikaation merkityksen työssä. Lisäksi moniammatillisen toiminnan olemassaolo opetussuunnitelmassa lisäsi opiskelijoiden realistista käsitystä moniammatillisesta työstä (Tse et. al. 2006, 331–344).

Opettajalla on kehittämisprojektiin yhteydessä mahdollisuus etsiä uusia työskentelymenetelmiä omaan työhönsä. Koulutuksen haasteena on luona niin joustavia oppimisympäristöjä, että opiskelijoiden sitoutuminen hankkeeseen on mahdollista. Kotihoidon kehittämisen kenttä tarvitsee opinnäytetötä ja harjoitustöitä omaa tiedonsaantiaan varten. Opiskelijat voivat tuoda kehittämistyöhön uudenlaisen näkökulman, jos se resurssien ja rakenteiden puolesta on mahdollista. Kotihoidon kenttä kärsii työvoimapulasta ja erityisesti ammattitaitoisen henkilöstön saaminen kotihooitoon on paikoin vaikeaa. Kotihoidon kehittämiseen osallistuminen motivoi henkilöstöä jo opiskeluvaheessa suuntautumaan kotihooitoon. (vrt. Parsell et. al. 1998, Olckers et. al. 2006.)

8) Kehittämissykli ja tiimin oppimisprosessi

Tässä mallissa kehittämissyklien vaiheet ovat diagnosointi, suunnittelu, toteutus, arvointi ja oppiminen (Susman & Evered 1978). Kehittämissyklin vaiheet voivat

toteutua osittain samanaikaisesti. Tiimin oppimisprosessi on edellytys koko kehittämistyön toteutumiselle ja etenemiselle. Tiimin oppimisprosessi on kuvattu alaluvussa 9.2.

12. Yhteenvetö ja johtopäätökset tutkimustuloksista

Tämän tutkimuksen tehtävänä oli etsiä vastaus kysymykseen "Miten kotihoitoa voidaan kehittää tiimityön avulla?"

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tiimityön kehittymistä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyessä kotihoidoksi sekä kehittää malli kotihoidon kehittämisestä. Tutkimuksen tavoitteena on luoda uutta tietoa kotihoitotyön kehittämisestä tiimityön avulla sekä rakenteita kotihoitotyön kehittämiseen.. Tutkimus toteutettiin Janakkalan Kohoke-kotihoitotyön kehittämisprojektiin yhteydessä. Tutkimuksen tavoite ja tutkimustehtävä määriteltiin samansuuntaisiksi kehittämisprojektiin kanssa. Kohoke-projektiin keskeinen tavoite oli kehittää kotipalvelun ja kotisairaanhoidon toimintatavat yhteisen kotihoidon toimintatavoiksi. Ikääntyvien työntekijöiden työkyvyn ylläpitäminen ja tukeminen muutosprosessissa oli toinen tärkeä hankkeen tavoite. Muutokseen pyrittiin kolmannen tavoitteen avulla eli oppimalla tiimimäistä työskentelytapaa ja soveltamalla sitä käytännön asiakaslähtöiseen työhön. Kohoke-projektilla pyrittiin lisäämään henkilöstön ammatillisia valmiuksia sekä tukemaan vanhusten kotona selviytymistä.

Tutkimuksen tutkimustehtäviksi valittiin seuraavat kysymykset: 1. Miten tiimityö kehittyy kotihoidossa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyessä kotihoidoksi, 2. Minkälainen kehittämistoiminnan malli syntyy kehittämishankkeen aikana?. Luvussa 8 kuvatut tutkimusaineiston sekä deduktivisen (yhdistävät kategoriat) että induktiivisen sisällön analyysin lopputulosena syntyi tutkijan tuottama käsiteellinen konstruktio kotihoidon kehittämistä kuvaavista pääkategorioista kotihoidon yhdistymisvaiheen aikana (kuvio 5).

12.1 Kotihoiton

Tutkimusaineiston ryhmittelyn vaiheessa tutkija analysoi aineistosta ne elementit eli kotihoidon perusosat, joista uusi kotihointo muodostuu. Työvaihe tehtiin uuden tutkittavan ilmiön määrittelemistä varten. Uusi kotihointo koostuu tämän tutkimuksen tulosten mukaan elementeistä, joista on kuvattu kuvauskategorioilla arvoperusta ja perustehtävä, kotihoidon asiakkuus ja toimintaympäristö, kotihoidon organisaatio ja johtaminen, vuorovaikutus ja yhteistyö, kotihoidon tarjoamat palvelut, työjärjestelyt, kotihoidon henkilöstö sekä muutos ja kehittäminen. Kotihointoa kuvaavat kategoriat ovat yhdensuuntaisia yhdistyneitä kotihointoa kuvaavien aikaisempien tutkimusten kanssa. (Paasivaara 2004, 29–34, Schoot et. al. 2006, 239–251)

Yläkategoria *arvoperusta ja perustehtävä* muodostuu kotihoidon arvojen, kotihoidon yhteisen perustehtävän ja yhteisen arvoperustan kehittämisen alakategorioista. Kotihoidon yhteistä arvoperustaa pidettiin yhteisen kotihoidon edellytyksenä ja yhtenä kehittämistavoitteena. Alussa yhteisen arvoperustan kehittämisestä oltiin erittäin kiinnostuneita ja arvoperustan lähtökohdat saatiin käsiteltyä ensimmäisen kehittämissyklin aikana. Kehittämistöön vaiheessa toisen kehittämissyklin aikana arvokeskustelu jäi taka-alalle työn organisointiongelmien vuoksi ja silloin koettiin myös arvoristiriitoja. Hankkeen lopussa arvot haluttiin konkretisoida yhteisesti uudelleen, jonka jälkeen yhteen arvoperusta näytti löytyneen. Yhteisiksi kotihointoa ohjaavaksi arvoiksi määriteltiin *asiakaslähtöisyys, tasa-arvo ja yksilöllisyys*. Yhteen arvoperusta ohjaa koko kotihoidon toimintaa. Sen todellinen löytyminen vaati tässä hankkeessa arvoristiriitojen läpikäymisen ennen kun yhteen arvoperusta todella pystyttiin löytämään käytännön työn tasolla. (vrt. Tiuraniemi 2004.)

Yläkategoria kotihoidon *asiakkuus ja toimintaympäristö* muodostui alakategorioista asiakkaan *terveys, asiakkaan tarpeet sekä asiakkaan hoitotyö*. Entinen kotipalvelun tai kotisairaanhoidon asiakas muuttui henkilöstön puheessa yhteiseksi kotihoidon asiakkaaksi kolmannen kehittämissyklin aikana. Asiakaslähtöisyys määriteltiin ensimmäiseksi arvoksi kotihoidossa, mutta erityisesti kehittämistöön vaiheessa vaiheessa kehittämistä oli vaikea tarkastella asiakkaan saaman hyödyn näkökulmasta. Käsitys asiakkaiden terveydentilasta pysyi muuttumattomana koko kehittämistöön ajan. Asiakkaita pidettiin huonokuntoisina ja heidän tarvitsemiensa

palvelujen määrää kasvavana. Asiakkaan kotona tapahtuvan hoitotyön kehittämistä pidettiin tärkeänä koko kehittämishankkeen ajan. Omahaitajuus nähtiin kiinteänä osana kotihoidon toimintaa ja se saatui toimivaksi kehittämishankkeen aikana.

Yläkategoria kotihoidon *organisaatio ja johtaminen* rakentui alakategorioista *johtajuus, tiimiorganisaatio ja tiimityö*. Kotihoidon organisaatiomalliksi valittu tiimiorganisaatio nähtiin henkilöstön näkökulmasta oikeaksi vaihtoehdoksi heti alusta alkaen. Koska kysymyksessä oli suuri rakennemuutos, se aiheutti epävarmuutta ja ahdistusta. Johtajuudesta haettiin turvaa ja erityisesti hankkeen alussa pidettiin tärkeänä sitä, kuka johtaa hanketta ja organisaatiota. Hankkeen aikana johtajuuden katsottiin siirtyneen kauemmaksi käytännön kentästä Tukea työn uudelleen organisointiin olisi haluttu enemmän ja lähempää. Hankkeen lopussa tiimien saama lisävastuu ja vapaus koettiin positiivisena asiana.

Yläkategoria *vuorovaikutus ja yhteistyö* rakentui alakategorioista *keskinäinen arvostus, tiedonkulku ja tiedottaminen sekä työrauha ja toimintakulttuuri*. Kotihoidolle asetetut odotukset yhteistyön ja tiedonkulun paranemiseksi näyttivät toteutuneen uuden kotihoidon myötä. Myös kotihoidon yhteistyö ulkopuolisten yhteistyökumppaneiden kanssa selkiintyi ja paransi yhteistyötä hankeen aikana. Muutos teki asiakkaan asioiden hoitamisen joustavammaksi ja tiedonkulun nopeammaksi. Sen sijaan työrauha ei näytänyt merkittävästi parantuneen kehittämishankkeen aikana. Ahtaat työtilat ja melu tiimien työtilassa hankaloittivat työn tekemistä koko hankkeen ajan. Kotihoidon yhteinen toimintakulttuuri alkoi kuitenkin kehittyä kolmen vuoden aikana. Uuden yhteisen kulttuurin syntyminen vaati kuitenkin niin paljon aikaa, että kolmessa vuodessa kehitys ehti käynnistää.

Yläkategoria *kotihoidon asiakkaan palvelut* rakentui alakategorioista *kodinhoidolliset palvelut, terveyspalvelut ja tukipalvelut*. Asiakkaan palveluiden koettiin kehittyneen hankkeen aikana toivottuun suuntaan. Suurimmaksi ongelmaksi osoittautui resurssien riittämättömyys suhteessa asiakkaan tarpeisiin.

Yläkategoria *työjärjestelyt* muodostui alakategorioista *tiimien ammattirakenne, työnjako sekä ammattirootit*. Työn uudelleen organisoiminen osoittautui erittäin työlääksi ja hitaaksi prosessiksi. Työnjako sekä epäselvät roolit ja rooliodotukset vaikeuttivat uutta toimintatapaa. Myös tiimien välinen työnjako osoittautui

ongelmalliseksi. Tiimien välillä keskustelua aiheuttivat eri tiimien työmäärä sekä toisten tiimien auttamiseen liittyvät asiat. Työnjako näytti selkiytyneen kolmannen kehittämissyklin aikana.

Yläkategoria *kotihoidon henkilöstö* muodostui alakategorioista *voimavarat ja työkyky, työhyvinvointi ja työmotivaatio sekä henkilöstöresurssit*. Kotihoidon henkilöstön näkökulmasta näin perusteellinen organisaatiomuutos on raskas ja voimavarajoja kuluttava. Erityisesti toinen kehittämissykli näytti olevan erittäin raskas. Toisen kehittämissyklin jälkeen henkilöstö havaitse edessä olevan organisointityön laajuuden ja edessä olevan suuren työmäärään. Silloin tilannetta kuvattiin kaoottiseksi. Henkilöstön työmotivaatio oli tuolloin koetuksella. Lisäksi henkilöstöpula vaikeutti työjärjestelyjä ja tilanteet kärjistivät paikoin henkilöristiriidoiksi. Vasta kolmannen kehittämissyklin aikana tiimistä alkoi muodostua voimavaratekijä jäsenilleen.

Yläkategoria *muutos ja kehittäminen* muodostui alakategorioista *organisaatiomuutos, oppiminen, pelko ja epävarmuus, kehittämistyö sekä työnäkökulman muutos*. Kehittämishankkeen alussa muutosprosessin arveltiin olevan hidas ja se osoittautuikin hitaaksi. Erilaisten vaikeiden vaiheiden jälkeen uudet kehitetyt toimintatavat vakiintuivat tiimien ja koko kotihoidon toimintakäytännöiksi vasta kolmannen kehittämissyklin aikana. Tulosten perusteella näyttää siltä, että erilaisia uusia käytäntöjä kokeiltiin ja toteutettiin toisen kehittämissyklin loppupuolella, mutta kaikki *vakiintuneet työtapojen muutokset tapahtuivat kolmannen kehittämissyklin* aikana. Tämän tyypin prosessi näyttäisi näiden tulosten perusteella vaativan kolme kehittämissykliä, jolloin muutoksen sisäistämiselle jäisi riittävästi aikaa. Toikon ja Rantosen (2009, 67) mukaan kehittämistoiminnan perusteluja, organisointia, toteutusta ja arviontia koetellaan ja samoja asioita tarkastellaan seuraavien kehien aikana. He viittaavat Carrin ja Kemmisin (1986) tutkimustuloksiin, jotka väittävät, että kehittämisen tuloksellisuus on usein kiinni siitä, kuinka monta kehää tai silmukkaa kehittämisprosessin aikana ehditään toteuttaa. Tämän tutkimuksen tulos tukee tuota väittämää ja siten Carrin ja Kemmisin (1986) tutkimustulosta.

Vertaistuki ja kehittämistyön kuuluminen laajempaan kokonaisuuteen näyttävät tukevan kehittämistyötä. Vaikutelma, että muutkin tekevät samaa kehittämistyötä ja

kohtaavat samoja ongelmia, auttaa jaksamaan. Myös eri kotihoidoito-organisaatioiden henkilöstön vaihtama tieto hyvistä käytännöistä auttoi henkilöstöä kehittämistyössä. Kehittämistyön eteneminen kaikkine vaiheineen sekä siihen sisältyneet näkökulmat löytyvät myös aikaisemmista kotihoidon yhdistymistä käsitelleistä tutkimuksista. (Atwal & Caldwell 2006, 359–365.)

Johtopäätös

Yhteisen arvoperustan kehittäminen uudessa kotihoidossa on välttämätön kehittämistyön lähtökohta ja kehittämistyön onnistumisen edellytys. Kotihoidon muutos tiimiorganisaatioksi on niin suuri ja moniulotteinen muutos organisaatiossa, että uusien käytäntöjen muodostuminen arjen toimiviksi työkäytännöiksi edellyttää useita kehittämissyklejä. Tutkimuksen tuloksen mukaan omahoitajuus sekä kotihoidon työnjakomallina että hoitotyön filosofisena lähtökohtana palvelee asiakkaan hoitotyötä kotihoidossa. Vaikka kotihoidon työ ei toteudu perinteisenä tiimityönä, koska työntekijä työskentelee yleensä yksin asiakkaan kodissa, siitä huolimatta tiimiorganisaatio näyttää olevan toimiva organisaatiomalli kotihoidossa.

12.2 Tiimityön kehittyminen kotihoidossa

Tiimityön kehittyminen kotihoidossa sisältää tiimityön kehittymisen vaiheet, työn uudelleen organisoinnin, tiimin toimintamallin sekä tiimityön tulokset.

Tiimitoiminnan kehittymisen vaiheet

Tiimitoiminnan kehittymisen vaiheet jäsentyvät tässä tutkimuksessa odotuksen, sekasorron, järjestäytymisen sekä jäsentyneen työskentelyn vaiheisiin. Tiimitoiminnan kehittyminen eteni vaiheittain kehittämissyklien mukaan. Tiimien kehittymistä koskevissa aikaisemmissa tutkimuksissa tiimien kehittyminen etenee vaiheesta toiseen samantyyppisesti. Esimerkiksi Heikkilä (2002, 290) on nimittänyt tiimin kehittymisen vaiheet muotoutumisvaiheksi, myrskyvaiheksi, sopimuksen mukaiseksi toiminnaksi sekä suoritusvaiheksi. Katzenbach ja Smith (1998, 107) ovat nimittäneet tiimin kehittymisvaiheet työryhmäksi, valetiimiksi, potentiaaliseksi tiimiksi, todelliseksi tiimiksi sekä huipputiimiksi. Yhteistä näille kehittymisvaiheille eri tutkimuksissa on se, että ihmisten luottamus ja suhtautuminen toisiinsa sekä

todellinen halukkuus sitoutua tiimin yhtesiin päämäärin ovat avaintekijöitä tiimin siirtyessä kehitysvaiheesta toiseen.

Heikkilän (2002, 291) mukaan tiimin kehittymisen ensimmäisessä vaiheessa eteenpäin siirtymiseen vaikuttaa uskallus ottaa riskejä sekä kyky jakaa vaikeita tunnetiloja. Seuraavassa vaiheessa ihmisten tulisi huomata olevansa myös väärässä ja myöntää muiden esittämien ideoiden paremmuus. Kolmannessa siirtymisvaiheessa edellytetään todellista avointa ja kunnioittavaa luottamusta tiimin jäsenten kesken. Tämä korostuu myös Katzenbachin ja Smithin (1998, 107) kuvaussa huipputiimistä. Tässä tutkimuksessa tiimien kyky siirtyä kehitysvaiheissa eteenpäin oli hyvin erilainen. Tiimien kehittymisen vaiheet tukevat siten aikaisempien tutkimusten tuloksia.

Heikkilän (2002, 295) esittelemät Eales-Whiten (1996) tiimin kehitysvaiheet alkutilanteesta tehokkaaseen suoritusvaiheeseen mukailee erittäin hyvin tämän tutkimuksen tiimien kehitysvaiheita. Heikkilä on jakanut tiimien kehittymisen hämmennykseen (confusion), ristiriitaan (conflict), yhteistyöhön (co-operation) ja sitoutumiseen (commitment). Näiden toisiaan seuraavien vaiheiden kautta ryhmä kykenee vähitellen kontrolloimaan toimintaansa ja olemaan päätöksissään yksimielinen. Luottamus, pätevyys ja kypsyys ovat tiimin kehityksen alussa vähäisiä, mutta lisääntyvä jokaisen kehitysvaiheen myötä. (Heikkilä 2002, 296, vrt. Payne 2000, 70–74). Tässä tutkimuksessa vastaava vaihe voisi olla hämmennynksen vaihe, koska henkilöstö oli hyvin epäselvässä tilanteessa saatuaan tiedon tulevista muutoksista, eikä oikein tiedetty mitä on odotettavissa. Ristiriidan vaihetta voitaisiin verrata sekasorron vaiheeseen. Erityisesti Heikkilän kuvaamat ominaispiirteet tälle vaiheelle olivat "ei luoteta rooleihin", "ei ymmärretä tiimin tarkoitusta eikä etenemissuuntaa" sekä "koetaan eristyneisyyden ja syrjäytyneisyyden tunteita". Nämä tulivat tässä tutkimuksessa voimakkaasti esille. Heikkilän esittelemä yhteistyön vaihe kuvaaa hyvin tämän tutkimuksen järjestäytymisen vaihetta. Sitoutumisen vaihe on nimetty tässä tutkimuksessa tutkimusaineiston perusteella jäsentyneen työskentelyn vaiheksi. Tiimit eivät päässeet tässä tutkimuksessa kehityksessään esimerkiksi Katzenbachin ja Smithin kuvaamalle huipputiimin sitoutumisasteelle, mutta osa tiimeistä eteni kuitenkin jopa Heikkilän kuvaamaan sitoutumisen vaiheeseen. Tässä tutkimuksessa esimerkiksi tiimien

päättöksentekomekanismit muotoutuivat ja uusia työkäytäntöjä saatiin toteutumaan arjen toiminnassa.

Johtopäätös

Kotihoidon tiimien kehittyminen etenee yksilöllisesti. Tiimit kehittyvät eri tahdissa vaiheesta toiseen. Kehittämistyössä pitää huomioida tiimien eritahtisuus muutostyön suunnittelussa. Erityisesti kaoottisessa sekasorron vaiheessa asiakkaiden hyvä ja turvallinen hoitotyö pitää turvata riittävillä henkilöstöresursseilla. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan jokaisen työntekijän oma henkinen työskentely, oppiminen ja muutokseen sopeutuminen ovat tärkeitä kehittämistyön onnistumiselle. Työntekijän tunteille ja henkilökohtaiselle prosessille annettu tila edistää positiivisella tavalla tiimityön kehittymistä.

Kehittämistä edistäneet ja estäneet tekijät

Kotihoidon kehittämistä edistävät ja estävät tekijät vaihtelivat kehittämishankkeen aikana. Ensimmäisen kehittämissyklin aikana kehittämistä edistävät tekijät näyttäisivät liittyvän erityisesti koettuun muutostarpeeseen sekä kiinnostukseen uutta asiaa ja oman työn kehittämistä kohtaan. Toisen kehittämisyklin aikana kehittämistyötä näyttivät edistävän tiimitoimintaan liittyvät tekijät, jolloin ensimmäisiä tiimityön myönteisiä tuloksia alkoi tulla esille. Yhteistyökumppaneilta saatu myönteinen palaute kannusti myös jatkamaan. Kolmannen kehittämissyklin aikana kehittämisintoa antoivat saavutetut työn tulokset, erityisesti se, että oli onnistuttu luomaan uusi toimiva kotihoito. Onnistumisen kokemukset antoivat myös uusia voimavarajoja kehittämistyön loppupuolelle.

Kehittämistöön esteinä ensimmäisen kehittämissyklin aikana koettiin olevan uuden tuntemattoman ja muutoksen pelko. Omaan työhön ja siihen liittyviin asioihin kytkeytyvät epävarmuustekijät ja epätietoisuus vaikeuttivat kehittämistoimintaa. Toisen kehittämissyklin aikana kehittämistyön ja muutoksen rankkuus, pettymykset joidenkin toiveiden osalta sekä resurssien vähys rankassa tilanteessa vaikeutti kehittämistoimintaa ja laskivat motivaatiota. Kolmannen kehittämissyklin aikana kehittämistä estävinä tekijöinä tulivat esille kehittämisolosuhteisiin liittyvät tekijät. Kehittämistä estäviä tekijöitä oli vähemmän kuin aikaisemmissa kehittämisykleissä. Edelleen työtilan rauhattomuus oli ongelma, joka oli jatkunut koko uuden

järjestelyn ajan. Koulutus koettiin edelleen vaikeaksi, ilmeisesti siksi, että siellä käsiteltävistä asioista koettiin vaikeaksi puhua tiimeissä. Työn arvostukseen ja asiakastyön paljouteen liittyvät kehittämisesteet olivat olemassa myös kolmannen kehittämissyklin aikana.

Asikaisen (1999, 121) tutkimustulosten mukaan sosiaali- ja terveyhestoimen hallinnollisia ja organisatorisia rakenteita on kehitettävä sellaisiksi, että työntekijöiden itseohjautuvuus, moniammatillinen yhteistyö, verkostotyö ja yhteisössä toimiminen mahdollistuvat. Hänen mukaansa pitäisi perustaa alueellisia dynaamisia toimintaverkostoja, joissa eri ammattiryhmät toimivat moniammatillisina tiimeinä ja verkostoina. Myös tietoverkkojen hyödyntämistä asiakaspalvelussa tulisi kehittää. Tämän tutkimuksen tulosten valossa näyttäisi siltä, että esimerkkikunnassa on lähdetty toteuttamaan Asikaisen ehdottamaa kehittämisen suuntaa kotihoidon organisaation ja työkäytäntöjen osalta. Työntekijät olivat tyytyväisiä organisaation muutokseen kehittämishankkeen lopussa.

Tutkimuksen tulokset näyttävät olevan yhdensuuntaisia aikaisempien kotihoitotyötä käsitlevien tutkimustulosten kanssa. Uuden kotihoidon elementtien kuvaus kuvailee kotihoidon sisältötekijöitä ja laatutekijöitä (vrt. Morrow-Howell 2001 et. al., Paljärvi 2003) että kotihoidon kehittämiseen liittyviä tekijöitä (vrt. Backman 2001, Taival 1998, Tenkanen 2003, Muurinen & Raatikainen 2005). Henkilöstön jaksamiseen ja hyvinvointiin muutosprosessissa liittyvät tutkimukset ovat tuoneet esiin, että henkilöstö on kokenut muutosprosessin voimavarojen kuluttavana ja hitaan prosessina (vrt. Sarvi 2004, Sinervo 2000, 2004). Oman työn kehittämistä edistävät tekijät ovat osittain samoja kun esimerkiksi Hyttisen ja Kangassalon (2002) tutkimuksessa.

Johtopäätös

Tässä tutkimuksessa kehittämistyötä edistävät ja estävät tekijät tukevat aikaisempien tiimityöhön siirtymistä selvittäneiden tutkimusten tuloksia. Erityispiirteet kotihoidon kehittämisessä tulevat esille erityisesti työn erikoislaadun kautta. Kotihoitotyö on erittäin vaativaa pääosin asiakkaan kotona tapahtuavaa hoito- ja hoivatyötä. Yksin tehtävä ja laajaa osaamista vaativaa työ kotona edellyttää

tiimin ja organisaation kehittämiseltä erityisesti työn substanssin kautta tulevaa ajan tasalla olevaa ammatillista osaamista.

Työn uudelleen organisoiminen

Työn uudelleen organisoiminen jäsentyi haastatteluaineistossa kahteen pääkategoriaan, jotka olivat työnjako ja vastuunjako.

Työnjako jäsentyi teemoiksi ammattiryhmien välinen työnjako ja tiimien välinen työnjako. Ammattiryhmien välistä työnjakoa voidaan tarkastella osittain Heikkilän (2002, 62) kuvaaman työroolin määritelmän kautta. Hänen mukaansa työroolilla tarkoitetaan varsinaisesti työn edellyttämiä vaatimuksia, jotka koostuvat niistä tiedoista ja taidoista, joita työn tekemisessä tarvitaan. Kyseessä on oman alansa koulutettu ammattilainen, jonka tekniset tiedot ja taidot muodostavat perustan sille, millaiseen työrooliin hän tiimin jäsenenä soveltuu. Koska kotihoidon työrooleja säätelää lainsääädäntö, esimerkiksi laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, ovat kotihoidon työroolit hyvin pitkälle ulkoaa säänneltyjä. Merkittävä seikka tässä tutkimuksessa oli lähihoitajan aivan uuden työroolin syntyminen kotihoitoon. Tämä muutos vaikutti osaltaan myös sairaanhoitajan ja kodinhoitajan työrooleihin.

Tiimien välinen työnjako toteutettiin maantieteellisin perustein aluevastuisesti. Ongelmaksi koettiin kuitenkin työmäärä, jonka epäiltiin omalla tiimillä olevan suurempi kuin muilla tiimeillä. Lisäksi voimavarojen käyttäminen toisen tiimin asiakkaiden hoitamiseen koettiin raskaassa työtilanteessa hankalaksi. Ilta- ja viikonlopputyöt saatiin järjestelyä yhteisesti tiimien kesken, vaikkakin myös ilta- ja viikonlopputyövuoroissa hoidettiin mielellään oman tiimin asiakkaita. Payne (2000, 8–12) on myös pohtinut tiimien väisen yhteistyön ongelmaa ja toiminnan kehittämiseksi käyttää käsitteitä "open teamwork" ja "network" tiimien väisen yhteistyön vahvistamiseksi. Hän näkee moniammatillisen tiimityön kehittämisen sillaksi eri ryhmien välille, lähinnä eri ammattikuntien välille mutta myös eri tiimien välille.

Vastuunjakoon muodostuivat teemat kuvaamaan sairaanhoitajan vastuuta, tiimin vetäjän vastuuta, omahoitajan vastuuta, kotihoidon johdon vastuuta sekä tiimin vastuuta. Terveydenhuollon ammattitoiminta on lailla säädettyä toimintaa ja kotihoidon tiimissä terveydenhuollon lainsääädäntö ohjaa lähihoitajan, perushoitajan

ja sairaanhoitajan vastuuta. Larmin ym. (2005) näkemysten mukaan tiimityön kehittyneisyyden mittarina voidaan pitää yhteisvastuullisuuden toteutumista yksilö-vastuun rinnalla. Yksilövastuuta tarvitaan yhteisvastuun rinnalle varmistamaan, että tiimin jäsenet pysyvät perustehtävässään ja työn suunnassa. (Larmi ym. 2005, 104–106)

Tässä tutkimuksessa kotihoidon tiimissä moniammatillisessa työssä vastuu kytkeytyi myös tiimirooleihin. Esimerkiksi tiimin vetäjän vastuu ilmeni sovitusta tehtävistä huolehtimisena. Larmi ym. (2005, 106) esittävät hoitotiimin vastuuhenkilön tehtäväenkuvan, jota voi hoitaa kotisairaanhoidaja, kotipalveluohjaaja tai molemmat yhdessä. Myös tämän tutkimuksen kotihoidossa on tällä hetkellä siirrytty tiimirakenteeseen, jossa sairaanhoitaja on tiimin vastuuhenkilö. Omahoitajan ammattiosaamisen sopivuus asiakkaalle arvioitiin tässä tutkimuksessa asiakkaan vaativuustason mukaisesti, kuten myös Larmi ym. (2005) esittävät.

Johtopäätös

Työnjako uudessa tilanteessa on tiimityön kehittämisen haasteellisempia asioita. Tässä tutkimuksessa lähihoitajat tulivat uutena ammattiryhmänä kotihoitoon, mikä vielä osaltaan vaikutti työnjakoon. Lisäksi kodinhoitajien työntkuva muuttui voimakkaasti hoidolliseen suuntaan. Tämän tutkimuksen tuloksissa ilmeni, että työnjaossa on tärkeää se, että jokainen ammattiryhmä voi tuntea olevansa tarpeellinen ja arvokas, sekä tuntee saavansa mahdollisuuden oppia uutta. Toisaalta liian suuri muutos työntkuvassa liian nopeasti aiheuttaa epävarmuutta ja ahdistusta, joka hidastaa kehittämistyötä. Turhien pelkojen minimoiminen edistää positiivista kehitystä. Työtehtävien uudelleen jakamiselle on annettava aikaa.

Vastuunjako sosiaali- ja terveydenhuollossa ohjautuu pitkälle lainsäädännön kautta. Tiimityöhön siirryttääessä tämän tutkimuksen perusteella on tärkeää, että jokainen työntekijä on tietoinen omasta vastuustaan. Jokainen kotihoidon työntekijä tietää oman henkilökohtaisen vastuunsa omasta asiakastyöstään asiakkaan kotona, mutta vastuu tiimin tasolla olevista asioista tulisi sopia heti tiimityön alussa. Esimerkiksi kuka on vastuussa siitä, että kaikki päivän asiakaskäynnit tulee hoidettua, tai että kaikkiin puhelimitse tulleisiin yhteydenottoihin on reagoitu.

Tiimin toimintamalli

Tässä tutkimuksessa tiimin toimintamalli jäsentyi kolmeen perusprosessiin, joiksi muodostuivat asiakasprosessi, omahoitajuuden kehittämisprosessi sekä kotihoitotiimin kehittämisprosessi. Larmi ym. (2005) ovat määritelleet kotihoidon asiakasprosessin koostuvan asiakastyön aloitusvaiheesta, asiakastyön toteutusvaiheesta sekä asiakastyön lopetusvaiheesta. Tämä toimintaprosessi ilmenee myös tämän tutkimuksen aineistosta. Tämän tutkimuksen omahoitajuuden kehittämisprosessi tuloksissa rakentui yksilövastuisen hoitotyön kehittämisestä sekä työnjakomallina että hoitotyön filosofisena lähtökohtana. Tässä tutkimuksessa omahoitajajärjestelmä saatiin luotua tutkimuksen aikana sille tasolle, että se saatettiin käynnistää. Hoidon tai hoitosuhteen työntekijäkohtainen jatkuvuus eli sama hoitaja, tulee esille kotihoidon yhtenä laatutekijänä. (esim. Edelbalk et. al. 1995, Grönfors ym. 2001, 231, Paljärvi ym. 2003, 88) tutkimuksessa sekä potilaiden että hoitajien tyytyväisyyttä selittävänä tekijänä. Kotihoitotiimin kehittämisprosessi tässä tutkimuksessa sisälsi tiimin työprosessien kehittämisen, tiimin johtamisen kehittämisen sekä muiden yhteisten tiimitason työkäytäntöjen kehittämisen. Heikkilän (2002, 243–244) kuvaamat menetelmälliset, rakenteelliset, käyttäytymiseen liittyvät ja sosiaaliset prosessit sisältävät samoja elementtejä kuin tässä tutkimuksessa esille tulleet kehittämisprosessin osa-alueet kotihoidon kontekstissa. Tiimin oppimisprosessissa korostuu työssä saatujen kokemusten jakaminen ja reflektointi, uuden tiedon keskinäinen jakaminen sekä tekemällä oppiminen (vrt. Järvinen & Poikela 2006, 178.)

Johtopäätös

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan kehittyvä kotihoitotiimi voi toteutua, jos siinä toteutuvat kotihoitotiimin kolme perusprosessia siten, että niitä kehitetään tietoisesti. Kehittyvä kotihoitotiimi edellyttää henkilöstön jatkuvan oppimisprosessin mahdollistumista ja toteutumista.

Tiimityön tulokset

Tiimityön tulokset jakautuivat kolmeen alakategoriaan, jotka olivat asiakkaan hoidon tarpeisiin vastaaminen, yhteistyö ja jatkuva kehittäminen. Asiakkaan hoidon tarpeeseen vastaamisessa tiedonkulun nopeutta ja käytettävyyttä pidettiin

merkittävänen tekijänä siinä, miten asiakkaiden tarpeisiin voidaan vastata ja muuttuneeseen terveydentilaan voidaan reagoida. Tämä tulos ilmenee myös muissa kotihoitotoimistoissa käsittelevissä tutkimuksissa. (vrt. esim. Rissanen ym. 1999, Paljärvi ym. 2003.)

Nopean ja joustavan asiakkaan tilanteeseen reagoinnin katsottiin tukevan ennaltaehkäisevää työtä ja ennaltaehkäisevää näkökulmaa. Tämä näkökulma ei korostu aikaisemmissa kotihoitotoimistoissa käsittelevissä tutkimuksissa mutta sen tärkeys on tiedostettu aikaisemminkin (esim. Thome et. al. 2003, Hallberg & Kristensson 2004). Sen sijaan asiakkaiden tyytyväisyys omahoitajuuteen, koska hoitosuhde oman hoitajan kanssa on pitkäjännitteisempi, tulee selkeästi ilmi kotihoitotoimiston tutkimuksissa (vrt. esim. Tedre 1993.)

Tiimityö on mahdollistanut uusien ideoiden uudenlaisen käsittelytavan. Yhteisen ymmärryksen hakeminen uusille yhteisille asioille lisäsi tarvetta keskustella asioista sekä kehittää neuvottelutaitoja. Uudenlaiset neuvottelukäytännöt, kuten tiimipalaverit ja tiimin vetäjien palaverit avasivat uudenlaiset mahdollisuudet yhteisten asioiden käsittelylle. Aikaisemmissa tutkimuksissa tulevat esille moniammatillisen tiimityön positiiviset vaikutukset esimerkiksi päätöksentekoon ja eettisyyteen, työn organisointiin ja oppimiseen, spesialistien käytön mahdollisuuteen ja palvelun asiantuntevuuteen, palvelujen taloudellisuuteen sekä henkilöstön työtyytyväisyyteen ja motivaatioon. (Esim. Hearn & Higginson 1998, Cook et. al. 2001, Heikkilä et. al. 2006, Olckers et. al. 2006, Sipilä et. al. 2008). Tiimien sisäinen luottamus vahvistui kolmen kehittämisen vuoden aikana. Yhteistyö ulkoisten yhteistyökumppaneiden kanssa vilkastui. Nämä tiimityön tulokset tulevat esille myös muissa tiimityötä käsittelevissä tutkimuksissa. (vrt. esim. Alasoini ym. 2001, Kettunen 2003.) Tiimityön ulottuvuuksiin kohdistuvaa kriitikkiä löytyy moniammatillisen tiimityön sosiaali- ja terveydenhuollossa tutkimuksista varsin vähän (esim. Timpka 2000). Kritiikki kohdistuu lähinnä toimintajärjestelmien ja organisaatioiden resursseihin mahdollistaa moniammatillista tiimityötä.

Johtopäätös

Tämän tutkimuksen perusteella tiimityöllä voidaan kotihoidossa saada aikaan joustavuutta ja tehokkuutta asiakkaan hoidollisiin tarpeisiin vastaamisessa. Tiimityö voi mahdollistaa myös ennalta ehkäisevän työn kehittämisen kotihoidossa, mikä olisi tällä hetkellä tärkeää kehittämisenalue kotihoidossa.

Uudenlainen työskentelytapa voi parhaimmillaan vapauttaa uusia resursseja kotihoitotyöhön. Se antaa myös työntekijälle uudenlaista tilaa ja itsenäisyyttä omaan työhönsä. Jos tiimin kehityksessä edetään onnistuneesti, voi henkilöstö kokea tiimin voimavarakseen. Parhaimmillaan tämä tukee henkilöstön jaksamista, oppimista ja työn mielekkyyttä ja voi siten olla yksi ratkaisu kotihoidon ongelmakohdissa. Tiimien erilainen kehittyminen tässä asiassa ilmeni selkeästi tässä tutkimuksessa.

Tiimityön oppiminen

Oppimiseen myönteisesti vaikuttavia tekijöitä olivat yhteiset arvot, toisiin tutustuminen ja yhdessä tekeminen. Nämä oppimiseen vaikuttavat tekijät muuttuivat jäsentyneemmiksi oppimistoimintoiksi kehittämissyklistä toiseen siirryttääessä. Oppimista estävät tekijät, kuten ajan puute ja ihmissehdeongelmat tulivat esille kaikissa kehittämissykleissä. Lisäksi tuli esille kehittämisaankohtaan liittyviä oppimista estäviä tekijöitä, esimerkiksi projektin alkuun liittyvät epävarmuudet ja pelot. Oppimista estävät ja edistävät tekijät olivat yhdensuuntaisia aikaisempien työn oppimista käsittelevien tutkimusten kanssa.

Kehittämishankkeen aikana syntyneet oppimistulokset jäsentivät kolmeen alakategoriaan, jotka ovat työkäytäntöihin liittyvät oppimistulokset, hoitotyon sisältöön liittyvät oppimistulokset sekä oppimisen kautta syntyneet kehittymis- haasteet.

Työkäytäntöihin liittyvät oppimistulokset olivat erityisesti vuorovaikutukseen ja tiedonkulkuun liittyviä tuloksia. Moniammatillinen työskentelytapa edellytti aivan uudenlaista kommunikointijärjestelmää. Myös hoitotyon kirjaaminen oli edellyttänyt paljon uuden oppimista.

Oman työn muuttumiseen liittyvä oppiminen on merkittävä oppimistulos kaikilla ammattiryhmillä. Oman työn sisällöstä riippuen työn nähtiin laajentuneen ja monipuolistuneen ja sitä oli opittu tekemään uudella, entistä paremmalla, tavalla. Oppimista liittyi sekä asiakkaan välittömään hoitotyöhön että asiakkaan hoitoprosessin hallintaan.

Koko kehittämishankkeen ajan tuli esille kotihoidon henkilöstön oppimismyönteisyys. Oppimisprosessin aikana syntyi monenlaisia kehittymistarpeita ja haasteita. Sairaanhoidajat katsoivat kehittymishaastetta sekä kotihoidon kokonaisuuden kannalta että henkilökohtaisena oppimishaasteena. Olennaisena tekijänä yhteisön oppimisen kannalta nähtiin tilanteen rauhoittaminen ja henkilöstön pysyvyys, jotta yhteinen oppiminen mahdollistuisi. Henkilökohtaisena haasteena nähtiin oman uuden roolin löytäminen ja oppiminen kotihoitotyössä. Lähihoitajien oppimishaasteet liittyivät kliinisen oppimiseen ja vastuunottoon. Halu oppia hoitotyötä oli lähihoitajilla huomattavan suuri. Myös oman paikan löytäminen kotihoidossa otettiin vastaan oppimistehtävänä. Kodinhoitajien rooli kotihoidossa muuttui huomattavasti kehittämishankkeen aikana. Kodinhoitajien haaste oli kasvaa kodinhoitotyöstä kokonaivaltaisempaan ihmisen hoitamiseen. Suureen muutokseen liittyi ammatillisen ja henkisen kasvun välittämättömyys. Samansuuntaisia tuloksia tulee esille esimerkiksi Kettusen (2003) ja Bray ja Howkinsin (2006) tutkimustuloksissa.

Johtopäätös

Kotihoidon muutos on kokonaisuudessaan laaja organisaation oppimisprosessi. Kotihoido-organisaation, tiimin ja yksittäisen työntekijän oppiminen on välittämätöntä, jotta kehittämistyö voi toteutua. Sekä kotihoidon henkilöstöllä että johdolla näyttää olevan vahva oppimismyönteisyys ja sitoutuminen työn kehittämiseen. Tulosten perusteella se edistää kehittämistyötä. Uusi kotihoidon toimintamalli näyttää mahdollistavan uuden oppimista monilla eri tavoilla.

12.3 Kotihoidon kehittäminen

Uusi kotihoidon kehittämismalli on syntynyt Janakkalan kotihoidossa toteutetun toimintatutkimuksen pohjalta. Uudessa kotihoidon kehittämismallissa perusprosesseja ovat yhteisellä foorumilla käytävä jatkuva keskustelu, jatkuva arvointija palauteprosessi sekä kotihoidon johtamisen kehittämisprosessi. Perusprosesseja tukevia työskentelytapoja ovat jatkuvasti toimiva ohjaus- ja suunnitteluryhmä, verkostoituminen ja vertaistyöskentely sekä opiskelijoiden oppimisprosessin kehittäminen. Kotihoidon kehittämisprosessit ovat työelämän tutkimusavusteiselle kehittämiselle ominaisia (Alasoini 1999, Alasoini 2001, Ramstad E. & Alasoini T. 2007. 16–39).

Kotihoidon kehittäminen, jossa toteutuu todellinen työprosessien muuttuminen, edellyttää olemassa olevia kehittämiskeskusyksiköitä. Kehittämisprosessien sisältöä määrittää kotihoidon konteksti. Kotihoidon kehittämisen perusprosessit (kappale 8.5) ovat syntyneet tämän tutkimuksen tulosten perusteella analysoiden henkilöstön näkemyksiä ja kokemuksia kotihoidon kehittämisestä toimintatutkimuksen aikana (vrt. Tenkanen 2003). Tutkimus toteutettiin noudattaen toimintatutkimusmetodia ja se on rakenteeltaan aikaisempien toimintatutkimusta kuvaavien tutkimusten mukainen. (Argyris & Schön 1996, 43–46, Kuula 1999, 116–117.) Uusi kotihoidon kehittämismalli perustuu kotihoidon tiimien jatkuvaan oppimiseen ja työn kehittämiseen (Bray & Howkins 2006, 223–235).

Johtopäätös

Kotihoidon muutos- ja kehittämisprosessissa onnistunut kehittämistyö edellyttää hyvin suunniteltuja kehittämisen perusrakenteita. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan työntekijälähtöisessä kehittämistyössä keskeisiä kehittämisprosesseja ovat yhteisellä foorumilla käytävä keskusteluprosessi, kotihoidon johtamisen kehittämisprosessi sekä jatkuva arvointi- ja palauteprosessi. Perusprosesseja tukevia työskentelytapoja ovat jatkuvasti toimiva ohjaus- ja suunnitteluryhmä, verkostoituminen ja vertaistyöskentely sekä opiskelijoiden oppimisprosessin kehittäminen. Kehittämistyön tavoitteena tulisi olla yhteinen, toimiva kotihoitotoiminta, jossa toteutuvat sekä asiakaslähtöinen kotihoitotyö että henkilöstön jaksaminen ja hyvinvointi.

Yhteenveton johtopäätöksistä tässä tutkimuksessa

1. Tiimiorganisaatio näyttää olevan toimiva organisaatiomalli kotihoitoon. Tiimiorganisaatio edellyttää yhteistä arvoperustaa ja uudenlaista työnjakomallia, esimerkiksi omahoitajuutta. Tiimiorganisaation kehittymisen toimivaksi edellyttää kotihoidon kehittämisessä useita kehittämissyklejä.
2. Kotihoidon tiimien kehittyminen etenee yksilöllisesti. Tiimien erilaisuus tulee huomioida kehittämistyössä. Yksittäisen työntekijän tunteille ja henkilökohtaiselle prosessille annettu tila edistää tiimityön kehittymistä.
3. Kotihoidon kehittäminen edellyttää henkilöstöltä ajan tasalla olevaa ammatillista osaamista.
4. Tiimityöhön siirtymisen vaikeimpia haasteita on työnjako. Työnkuvan muutos pitäisi olla sopiva. Liian suuret tai pienet muutokset eivät motivoi kehittämistyössä. Jokaisen työntekijän oppiminen pitää mahdollistaa ja työtehtävien uudelleen jakamiseen on annettava aikaa. Vastuunjako tiimin sisällä olisi hyvä selvittää työn uudelleen organisoimisen yhteydessä.
5. Tiimin työprosessien, tiimin johtamisen, kehittämisen sekä tiimin työkäytäntöjen suunnitelmallinen kehittäminen on välttämätöntä kotihoitotiimin kehittymiseksi. Kotihoitotiimin kehittyminen edellyttää henkilöstön oppimista.
6. Tiimityöllä voidaan saada joustavuutta ja tehokkuutta asiakkaan hoitoon. Lisäksi tiimityö voi mahdolistaa ennaltaehkäisevää toimintaa ja vapauttaa uusia resursseja kotihoitotyöhön.
7. Kotihoidon toiminta tiimiorganisaationa voi mahdolistaa henkilöstön ja tiimin oppimista uudella tavalla.
8. Kotihoidon muutos- ja kehittämisperusprosessei edellyttää hyvin suunniteltuja kehittämisen perusrakenteita ja tukirakenteita. Kehittämistavoitteiden ja vision tulee olla selkeä ja kaikkien tiedossa heti kehittämistoiminnan alusta alkaen.

13. Pohdinta

Seuraavassa kappaleessa pohditaan tutkimuksen luotettavuuteen, eettisyyteen sekä tutkimuksen yhteiskunnalliseen ja tieteelliseen merkitykseen liittyviä näkökulmia. Luvun lopuksi tuodaan esille tutkimusprosessin aikana esiin tulleita jatkotutkimusaiheita.

13.1 Tutkimuksen luotettavuus

Seuraavassa kappaleessa käsitellään tutkimuksen luotettavuutta. Luvun aluksi on esitetty tutkimuksen yleiseen luotettavuuteen liittyviä lähtökohtia ja tarkasteltu niitä tämän tutkimuksen näkökulmasta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida aineiston keräämisen, aineiston analysoinnin ja tutkimuksen raportoinnin kautta (Nieminen 1997, 216–220). Seuraavaksi kappaleessa on käsitelty tutkimuksen luotettavuutta näistä näkökulmista tämän tutkimuksen kannalta.

13.1.1 Tutkimuksen luotettavuuden lähtökohtia

Hyvä tieteellinen käytäntö sisältää tutkijan rehellisyyden, huolellisuuden ja tarkkuuden tutkimuksen eri vaiheissa. Aineiston hankinnan, tutkimusmenetelmien ja arviontien tulee perustua tieteellisiin kriteereihin ja niiden tulee tapahtua eettisesti kestävällä tavalla. Lisäksi tutkijan on kunnioitettava muiden tutkijoiden työtä ja tutkimustuloksia. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, Vehviläinen-Julkunen 2007.) Tärkein luotettavuuskriteeri laadullisessa tutkimuksessa on kuitenkin tutkija itse. Laadullisen tutkimuksen arvioinnissa arvointi kohdistuu koko tutkimusprosesseen. Arvointi kohdistuu tutkimuksen uskottavuuteen, varmuuteen, vahvistuvuuteen sekä tutkimuksen tekemisen luotettavuuteen. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, onko tutkijan käsitteellistäminen yhdenmukaista tutkittavien käsitysten kanssa. Varmuus tarkoittaa ennustamattomien ennakkoehtojen

huomioimista. Vahvistuvuus tarkoittaa sitä, miten tehdyt tulkinnat saavat toisistaan tukea aikaisemmista tutkimuksista. Tutkimuksen tekemisen luotettavuudella tarkoitetaan tutkijan omaa pohdintaa tekemisiensä luotettavuudesta. (Silverman 1993, 144, Eskola & Suoranta 1996, 165–167.)

Tässä tutkimuksessa tutkimuksen *uskottavuutta* on pyritty varmistamaan kiinteällä yhteistyöllä organisaation kanssa, jossa tutkimus toteutettiin. Tutkimuksen etenemisestä käyiin säännöllisesti keskustelua ohjausryhmässä, jossa olivat osallisena kaikki hankkeen keskeiset toimijaryhmät. Kehittämishankkeen lopputua tutkija tapasi kotihoidon johtoa ja henkilöstöä tutkimusaineiston validointia varten järjestetyissä tilaisuuksissa vuosina 2005, 2006 ja 2008. Lisäksi tutkimukseen liittyviä keskusteluja on käyty eri tilanteissa kotihoidon esimiesten kanssa sekä kehittämishankeen aikana että sen jälkeen. Tutkija on kiinnittänyt näissä tilanteissa erityisesti huomiota kotihoitoon liittyvien näkökohtien yhteseen ymmärrykseen. Tutkija on pohtinut ja peilannut omia tutkimustuloksiaan ja omia kokemuksiaan myös kotihoidon moduuliseminaareissa, joihin tutkija osallistui hankkeen aikana Kuopiossa ja Tampereella. Näissä tilanteissa eri kotihaitto-organisaatioiden henkilöstön työstämät kotihoidon kehittämiseen liittyvät tehtävät ja toimintamallit ovat antaneet tutkijalle mahdollisuuden tarkastella omien tulkintojensa uskottavuutta monista eri näkökulmista.

Tässä tutkimuksessa tutkimuksen *varmuuden* turvaaminen oli haasteellista, koska kotihoidon työtilanteet ovat vaihtelevia ja ennustamattomia. Työtilanteet vaikuttivat tutkimushankkeen etenemiseen koko kehittämistyön ajan. Yksi kotihoidon kannalta haasteellisimmista seikoista oli henkilöstön mahdollisuus osallistua työkonferensseihin. Mahdollisuutta turvattiin työvuoro- ja henkilöstöjärjestelyillä. Siitä huolimatta hankkeen aikana oli tilanteita, joissa monet työntekijät joutuivat olemaan kotikäynneillä työkonferenssin aikana. Työskentelyn etenemistä turvattiin siten, että aina paikalla oli edustajia jokaisesta tiimistä. Nämä tiedonkulku varmistui ja tiimin yhteen työskentely jatkui tiimipalavereissa. Tutkimusaineiston keräämisen osalta varmistamistoimenpiteitä tehtiin keräämällä ensin avoin tutkimusaineisto ja saadun tuloksen perusteella tehtiin teemoitettu numeerinen arvointi (tutkimusaineistot HV2 – HV3 ja TEV – HV4).

Tutkimuksen *vahvistuvuus* aikaisempien tutkimusten avulla haastoi tutkijaa tässä tutkimuksessa, koska kotihoitoa uutena ilmiönä suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa on vielä tutkittu vähän. Kansainväisen kirjallisuuden käytön osalta ongelmaksi muodostui kotihoidon rakenteiden ja toiminnan vahva sitoutuminen kunkin maan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintajärjestelmiin. Esimerkiksi kolmannen sektorin ja omaishoidon roolit vaihtelevat paljon kunkin maan toimintakulttuurien ja järjestelmien mukaan. Tästä syystä tässä tutkimuksessa ulkomaisen kirjallisuuden käyttö on pääosin rajoitettu eurooppalaiseen kirjallisuuteen. Pääosin kotimaisia ja ruotsalaisia tutkimuksia on hyödynnetty tutkimustulosten vahvistuvuuden arvioimiseksi. Kotimaisten, eri tieteenaloilla tehtyjen kotihoitoa, vanhusten hoitotyötä tai suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää koskevien tutkimuksien tulokset tukevat tämän tutkimuksen tuloksia. Tutkimustuloksissa ei löytynyt mitään merkittäviä ristiriitaisuuksia aikaisempiin tutkimustuloksiin verrattuna.

Tutkimuksen tekemisen luotettavuus toimintatutkimussa perustuu tutkijan toiminnalle ja sen arvioinnille. Kuula on tuonut esille näkökulmia tutkijan roolista toimintatutkimussa. Tutkijan on välttäävä perinteistä tutkijan tehtävää luoda jokin looginen tulkinta ja tulos kehittämisprosessin aikana. Sen sijaan tutkijan pitää pystyä säilyttämään kehittämisprosessin aikana tasavertaisen vuorovaikutuksen kartat ja ehdotukset. Kartta metaforana ja terminä tuottaa mielikuvan monista valittavista reiteistä. Lisäksi hän viittaa tutkijan oppimiskykyyn yhteisessä oppimisprosessissa sekä haluun tehdä yhteistyötä. Tutkijan on kyettäävää ottamaan etäisyyttä ja reflektimaan kriittisesti itsensä ja toisen välsiä suhteita. Hänellä pitää myös olla halu saada aikaiseksi muutos yhdessä tutkittavien kanssa. Kyky ja halu arvostaa tutkittavien subjektiivista luonnetta on toimintatutkimuksen mahdollistumisen edellytys. (Kuula 1999, 96–99.)

Keskeistä tämän tutkimuksen toteuttamisessa oli tutkijan ja kohdeorganisaation toimijoiden yhteistyö. Toinen avainkysymys tutkimuksen kannalta oli tutkijan ja muiden kehittämistyössä mukana olleiden, erityisesti sosiaalialaa edustaneen kehittäjäkollegan, kesken toteutunut yhteistyö. Näiden molempien tutkijan keskeisten yhteistyösuhteiden onnistuminen vahvisti osaltaan tämän tutkimuksen toteutumista ja luotettavuutta. Koko kehittämistyön aikana hankkeessa mukana olleiden kokeneiden asiantuntijoiden tuomat näkökulmat vahvistivat työn etenemistä

ja mahdollistivat sen toteutumisen. Lisäksi onnistunut yhteistyö Kotihoidon kehittämismoduulin toimijoiden kanssa kehittämishankkeen aikana tuki tutkimuksen toteutumista. Yhteistyösuhheet toivat tutkimukseen ja kehittämistyöhön merkittävän määräin osaamista. Tutkijan aikaisempi kokemus tutkittavasta aihepiiristä kotihoidon osalta perustui työkokemukseen vanhusten hoitotyöstä, terveydenhoitotyöstä kotisairaanhoidossa ja aikuisneuvonnassa sekä kokemukseen hoitotyön opettajana toimimisesta. Tutkija on osallistunut myös muihin työelämän kehittämishankkeisiin.

Tutkija on sitoutunut kotihoidon kehittämiseen ja tutkimus on toteutettu työntekijälähtöisesti yhteistyönä kaikkien mukana olleiden toimijoiden kanssa. Tutkimusprosessin eri vaiheet tutkija on pyrkinyt toteuttamaan mahdollisimman huolellisesti. Kehittämishanke aloitettiin vuonna 2000 ja tutkimusraportti valmistui vuonna 2009. Tutkimuksen tekemiseen on käytetty runsaasti aikaa, joka osaltaan on tukenut ilmiön luotettavaa tarkastelua.

13.1.2 Tutkimuksen suunnittelu ja tutkimusaineiston kerääminen

Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa tutkija perehtyy aiheeseen, suunnittelee tutkimusprosessia, tutkimusaineiston hankintaa ja sen analysointia. Tutkimusaineisto tulee kerätä sieltä, missä tutkittava ilmiö esiintyy. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineisto kuvailee vain sitä tutkimuskohdetta, josta aineisto on kerätty, eikä tutkimustulos ole yleistettäväissä. Toimintatutkimuksessa tutkimusaineistoa kerätään koko tutkimusprosessin ajan. Kehittämistyön edetessä tutkimusaineiston kerääminen ja analysointi tapahtuvat samanaikaisesti, koska analyysien tulokset antavat suuntaviivat kehittämistyön etenemiselle. Tutkimusaineistoja voidaan pitää riittävinä ja tarkoituksenmukaisina, koska niiden tuottamat tulokset olivat samansuuntaisia. Haastatteluaineistojen kohdalla myös saturatiopiste eli aineiston kylläantyminen oli havaittavissa.

Tässä tutkimuksessa tutkimusaineistoa kerättiin sekä teemahaastattelun avulla että kirjallisesti tutkimusprosessin eri vaiheissa. Lisäksi tutkijan omat kokemukset ja havainnointi olivat jäsentämässä tutkittavaa ilmiötä. Tutkimuksen huolellinen suunnitteleminen tapahtui kehittämisprosessin kuluessa. Suunnittelusta huomattava

osa tapahtui hankkeen ohjausryhmässä. Suunnittelun sisälsi tutkimusaineiston hankinnan suunnittelun, analysoinnin suunnittelun sekä tulosten hyödyntämisen.

Teemahaastattelut hankkeen alussa ja lopussa muodostivat merkittävän osan hankkeen tutkimusaineistosta. Haastattelu sopii aineistonkeruumenetelmäksi, jos tutkittavilla on vaikeuksia lomakkeen täyttämisessä tai motivaatio-ongelmia tutkimukseen osallistumisessa. Haastattelussa voidaan myös edetä joustavammin kuin lomaketutkimuksessa, koska teemojen käsitteilyjärjestystä voidaan vaihdella. Haastattelu sallii täsmennyksiä lomaketutkimusta paremmin. Haastattelu sopii intiimien tutkimusaiheiden aineistonkeruu menetelmäksi. (Hirsjärvi 2000, 36.) Tässä tutkimuksessa haastattelu sopi erityisen hyvin aineistonkeruumenetelmäksi, koska se tarjosi henkilöstölle mahdollisuuden tulla henkilökohtaisesti kuulluksi kehittämishankkeen alussa ja lopussa. Tutkimushankkeen alussa toteutetuissa alkuaastatteluissa tunnelma oli usein kiihkeä. Henkilöstö ei tiennyt mitä organisaatiossa tulee tapahtumaan. Tutkija teki alkuaastatteluista sen osan, joka on hyödynnetty tässä tutkimuksessa ja opiskelijat tekivät osan haastatteluista. Henkilöstön kannalta olisi kuitenkin saattanut olla parempi, että tutkija olisi tehnyt kaikki haastattelut. Myös loppuhaastattelut toimivat henkilöstön tilaisuutena kertoa perusteellisesti tuntemuksistaan ja kokemuksistaan kehittämistyöstä. Tutkija teki kaikki loppuhaastattelut. Loppuhaastattelut kestivät noin 1,5–2 tuntia kunkin työntekijän kohdalla. Haastattelujen, kuten myös kirjallisesti kerätyn tutkimusaineiston, luotettavuutta varmistettiin tutkijan havainnoinnilla työkonferensseissa ja havainnoimalla kotihoidon käytännön työtä työntekijöiden mukana.

Haastattelun sisällön suunnittelun on tärkeää osa aineistokeruuprosessia. Haastattelun sisällön suunnittelussa tutkija ottaa kannan siihen, minkälaisen tutkimusaineiston hän aikoo kerätä. Teemahaastattelun sisältö koostuu teema-alueista. Tutkimuksen luotettavuuden varmistamiseksi alkuaastatteluista käytettiin varsinaisesti tässä tutkimuksessa ainoastaan tutkijan itsensä tekemät haastattelut. Alkuhaastattelut litteroi kohdeorganisaation toimistotyöntekijä. Alkuhaastattelujen teema-alueet (työssä jaksaminen, kotihoito ja asiakaslähtöisyys) kuvaavat eniten sitä, mitä kehittämishankkeen suunnitteluryhmä pitää tärkeänä ja minkäläista tietoa tarvittiin hankkeen aloitukseissa. Myös yhteisten tapaamisten teemat suunniteltiin alkuaastatteluissa saadun tiedon pohjalta. Loppuhaastattelujen teemat nousivat kehittämishankkeen tavoitteista, loppuarvioinnin tuloksista sekä tutkimustehävästä.

Tutkijan käsitys loppuhaastatteluista oli se, että henkilöstö puhui tilanteissa avoimesti ja keskinäisen luottamus kehittämistyön aikana oli syntynyt. Kirjallisen materiaalin, kuten väliarvointien ja arvointidialogien teemat nousivat sekä kehittämishankkeen tavoitteista että kehittämistyössä nousseista ajankohtaisista kysymyksistä.

13.1.3 Tutkimuksen luotettavuus kehittämishankkeessa

Tiuraniemen (2002) mukaan kehittämishankkeessa toteutetun tutkimuksen luotettavuuteen liittyy omia erityispiirteitä. Kehittämisprosessi nähdään prosessimaisena ja reflektiivisenä, joka muuttuu tilannekohtaisesti ja jossa myös erilaisia lähestymistapoja käytetään tarpeen mukaan. Koska ihmisten tulkinnat ilmiöistä ovat erilaisia, he voivat myös nähdä kehittämisen tavoitteet ja tarpeet eri tavoilla. Uutta tietoa tuotetaan prosessinomaisesti ja monitahoisesti, joten myös sen luotettavuuden tarkastelu edellyttää kriittistä reflektiota. Ihmiset pyrkivät ymmärtämään todellisuutta ja erilaisia konstruktioita sekä yksin että yhdessä. Eriiset tulkinnat liittyvät sekä todellisuuden, kehittämisen että erilaisten intressien olemassaoloon. (Toikka & Rantanen 2009, 163–165.)

Tässä tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuutta on pohdittu koko tutkimusprosessin ajan. Kehittämishankkeessa se on välittämätöntä, koska saadut tutkimustulokset ohjaavat kehittämistyön suuntaa. Tutkimustulosten ja käytännön kehitettävän työn pitää kulkea samansuuntaisesti. Jos näin ei tapahdu, on pysähdyttävä miettimään miksi? Tässä hankkeessa keskusteluja käytettiin erityisesti suunnitteluryhmässä ja mietittiin, mikä on käytännön toiminnan kannalta kestävää ja relevanttia kehittämistä. Tutkimuksessa on pyritty demokraattiseen dialogiin työkonferensseissa, ohjausryhmässä sekä muissa kehittämistyöhön liittyvissä keskusteluissa. Lisäksi arvointidialogit toteutettiin ulkopuolisen arvioijan toimesta ensimmäisen ja toisen kehittämissyklin jälkeen. Kehittämistyö on pyrkinut reagoimaan aina kulloiseenkin tutkimustulokseen ja käytännön konkreettisia toimenpiteitä on suunniteltu niiden pohjalta. Kehittämistyössä on ollut osallisena erilaisia intressiryhmiä. Keskeiset ryhmät ovat olleet asiakkaat ja heidän omaisensa. Heiltä kerättiin arvioivaa tietoa hankkeeseen liittyen yhden kerran, mutta kehittämistyön sivuspiraaleina tiimit kartoittivat asiakkaiden kokemuksia

kehittämisestä. Kotihoidon henkilöstön ja johdon sitoutuminen kehittämistyöhön edisti hankkeen johdonmukaisuutta ja systemaattista etenemistä. Kaikkien intressiryhmien tavoitteet olivat hankkeessa samansuuntaiset eikä mitään eturistiriitoja ollut havaittavissa.

13.1.4 Tutkimusaineiston analysoinnin luotettavuuden tarkastelu

Mäkelän mukaan (1990, 47–48) laadullisen tutkimusaineiston analysoinnissa on välttämättä kiinnitettävä huomiota ainakin aineiston merkittävyyteen ja yhteiskunnalliseen tai kulttuuriseen paikkaan, tutkimusaineiston riittävyyteen, analyysin kattavuuteen sekä analyysin arvioitavuuteen ja toistettavuuteen. Tämän tutkimuksen analyysiä tarkastellaan seuraavassa näistä näkökulmista.

Kyngäksen (1999, 10) mukaan sisällön analyysin luotettavuutta voidaan tarkastella face-validiteettiä tai yksimielisyyskerrointa käyttämällä. Tässä tutkimuksessa käytettiin face-validiteettia siten, että tutkijan tulkinnat käytiin henkilöstön kanssa läpi keskustellen jokaisen tutkimustehtävän osalta.

Tutkimusaineiston merkittävyys ja yhteiskunnallinen sekä kulttuurinen paikka

Aineiston merkittävyyteen sisältyy Mäkelän (1990, 48–52) mukaan perustelut sille, miksi kyseinen tutkimusaineisto on kannattanut kerätä ja miksi se on analysoimisen arvoinen. Hänen mukaansa on kiinnitettävä huomiota aineiston autenttisuuteen ja edustavuuteen sekä puhujien yhteiskunnalliseen tilanteeseen. Myös tutkijan osuutta tutkimushaastattelussa on aiheellista pohtia.

Tässä tutkimuksessa tutkittavien joukon valitseminen oli yksikertaista, koska pienessä organisaatiossa oli mahdollisuus valita koko henkilöstö tutkittaviksi. Heidän voimakas sitoutumisensa kehittämistyöhön näkyi siinä, että kaikki halusivat osallistua tutkimukseen. Myös johto oli erittäin sitoutunutta, mikä mahdollisti työajan käytämisen haastatteluihin sekä johdon oman osallistumisen haastateltaviksi.

Kotihoidon yhdistymistä tutkittaessa oli tarpeellista valita kohdeorganisaatio, jossa muutettiin koko organisaatorakenne ja muodostettiin perusturvan toimiala. Organisaatiossa muutos oli todellinen ja toiminnan rakenteet uudistettiin

perusteellisesti. Näin voidaan arvioida tutkimusaineiston todella kuvaavan kotihoidon yhdistymiseen ja muutokseen liittyviä seikkoja. Tutkijan osuus oli erilainen alkuaastatteluissa kuin loppuaastatteluissa. Alkuhaastatteluissa tutkija oli vieraas opettaja ammattikorkeakoulusta ja oltiin kokonaisuudessaan uudessa ja epäselvässä tilanteessa. Tästä huolimatta alkuaastatteluissakin on päästy melko hyvin keskustelemaan käsiteltävistä teemoista. Loppuaastatteluissa takana oli kolmevuotinen henkilöstön ja tutkijan yhteistyö. Keskinäinen luottamus oli syntynyt yhteisten kokemusten ja tekemisten kautta kehittämistyön aikana. Loppuaastattelut olivat syvälliä ja niissä käsiteltiin arkojakin aiheita. Yksi tutkittavista vertasi loppuaastatteluun työnohjauskeskusteluun. Näistä haastatteluista saatua tutkimusaineistoa voidaan pitää hyvin organisaation ja henkilöstön tunteita sekä tilannetta kuvaavana.

Yhteiskunnallisesta ja kulttuurisesta näkökulmasta vanhusten palvelujen kehittäminen on tällä hetkellä merkittävä ja ajankohtainen asia. Vanhuspalvelut painottuvat avohoitopalveluihin. Ongelmaksi on kuitenkin muodostunut palvelujen määrän riittämättömyys ja paikoin heikkokin saatavuus. Erelaisissa muutos- ja ylikuormitustilanteissa huomio kiinnitetyy myös avohoidon ja vanhusten palvelujen laatuun ja niiden kehittämiseen. Näiden haasteiden lisäksi kotihoidon ikääntyvän henkilöstön jaksaminen ja selviytyminen monista uuden oppimisen vaatimuksista lisää tarvetta suunnata mielenkiintoa ja tutkimusresursseja kotihoidon kehittämiseen.

Aineiston riittävyys ja analyysin kattavuus

Aineiston riittävyys ja analyysin kattavuus ei Mäkelän (1990, 52) mukaan ole yksiselitteinen kysymys laadullisessa tutkimuksessa. Laadullisessa tutkimuksessa puhutaan aineiston kyllääntymisestä, kun aineistosta ei nouse enää esille uusia näkökohtia. Tässä tutkimuksessa haastatteluaineiston kyllääntyminen oli todettavissa, mutta tutkimusaineisto analysoitiin silti kokonaisuudessaan. Laajassa tutkimusaineistossa Mäkelä suosittelee ensin huolellista pienehkön aineiston analyointia, jonka jälkeen työstetään suurta aineistoa.

Tässä tutkimuksessa tutkija analysoi itsensä suorittamat alkuaastattelut kokonaisuudessaan haastatteluteemoittain, jotka olivat merkittäviä kehittämistyön

suunnittelun alussa. Analyysi esitettiin kokonaisuudessaan henkilöstölle työkonferenssissa. Hankkeen aikana kerätyt tutkimusaineistot analysoitiin kokonaisuudessaan heti niiden keräämisen jälkeen. Loppuhaastatteluista tutkija analysoi ensin 16 haastattelua. Tulokset esitettiin henkilöstölle. Tämän jälkeen tutkija siirtyi analysoimaan koko aineistoa. Tällä varmistettiin, että tutkimustulokset suuresta tutkimusaineistosta eivät perustu satunnaisiin poimintoihin. (vrt. Burla et.al. 2008.) Kyngäksen (1999, 11) mukaan sisällön analyyseissä näkyy usein analyysin keskeneräisyys tai ryhmittelyn puutteellisuus. Usein aineistoa ei ole abstrahoitu. Tämän tutkimuksen aineiston abstrahointi on esitetty luvussa 8.

Analyysin arvioitavuus

Analyysin arvioitavuus tarkoittaa sitä, että lukija kykenee seuraamaan tutkijan päätelyä ja että hänelle annetaan edellytykset hyväksyä tutkijan tulkinnot tai riittauttaa ne. Analyysin toistettavuus tarkoittaa, että luokittelu- ja tulkintasäännöt on esitetty niin yksinkertaisesti, että toinen tutkija niitä soveltamalla päättyy samoihin tuloksiin. Tässä tutkimusraportissa on jokaisessa tulosalan luvussa kuvattu tutkijan päätelypolku sen varmistamiseksi, että lukija pystyy ymmärtämään tutkijan tekemän päätelyn etenemisen ja arvioimaan päätelyn oikeellisuutta. (Mäkelä 1990 52.)

Analyysin tuoreus, uusien puolien esiin nostaminen tutkittavasta ilmiöstä ja analyysin taloudellisuus, joka tarkoittaa kattavaa kuvausta mahdollisimman harvojen käsitteiden avulla, ovat laadullisen tutkimuksen arvointikriteerejä. (Nieminen 1997, 220.) Tämän tutkimuksen luotettavuuden paras mittaustulos saattaisi olla tutkimuksen tuloksena syntyneen uuden kotihoidon kehittämismallin soveltaminen kotihoidon kehittämistyössä. Mallia voidaan käyttää teoreettisena viitekehysenä kotihoidon kehittämistyössä suunniteltaessa kotihoidon kehittämistyön rakenteita. Lisäksi uuden kotihoidon mallin pohjalta on mahdollista rakentaa mittari, jolla kotihoidon kehittämiskonsepteihin liittyviä muuttujia voidaan mitata kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä käytäen. (vrt. Kyngäs 1997.)

13.1.5 Tutkimusraportin luotettavuus

Hyvä laadullinen tutkimusraportti on kirjoitettu selkeästi ja se tuo esille asiasta uusia näkökulmia. Stringerin (1999, 185) mukaan toimintatutkimuksen raportti voi rakenteellisesti olla vaihteleva, mutta hän ehdottaa että se sisältäisi joka tapauksessa tarkan kuvaukseen tutkimuskohteesta, tavoitteista ja tutkimukseen osallistujista. Lisäksi kirjallisuuskatsaus ja tutkimuksen tulokset ovat olennainen osa tutkimusraporttia. Tutkimustulosten kontekstualisoinnissa tulisi käsitellä ainakin tutkimustulosten ja aikaisempien tulosten eroja ja yhtäläisyyksiä. Lisäksi käytetyt tutkimusmetodit ja tutkimusprosessi pitäisi tutkimusraportissa kuvata niin tarkasti, että lukijalla on mahdollisuus seurata tutkimuksen kulkua ja arvioida sen luotettavuutta.

Tämän tutkimusraportin alkuosassa on kuvattu aikaisemmat tutkimukset, tämän tutkimuksen keskeiset käsitteet ja lähtökohdat sekä tutkimuskonteksti. Tutkimuksen metodologia ja tutkimustulokset muodostavat tutkimusraportin loppuosan. Tutkimustulokset on esitetty tutkimustehtävittäin niin, että kehittämistyön kronologia on pyritty säilyttämään mahdollisimman hyvin raportin lukemisen helpottamiseksi. Raportoinnissa on pyritty mahdollisimman selkeään ilmiön kokonaisvaltaiseen kuvaamiseen. Raportoinnin suurimpana haasteena on ollut tutkittavan ilmiön moninaisuus ja asioiden kytkeytyminen toisiinsa. Näin toistoa ja päällekkäisyksiä on ollut vaikea välittää. Esimerkiksi oppiminen ja kehittäminen ovat niin vahvasti sidoksissa toisiinsa, että niiden eritteleminen on todella vaikeaa. Kolme vuotta kestänyt tapahtumarikas kotihoidon kehittämисprojekti sisältää niin paljon värikästä aineistoa, että tutkimusraportti vaikuttaa helposti kylmältä ja värittömältä todellisten tapahtumien kuvaajana.

Tutkimus- ja kehittämistoimintaa käsittelevien tutkimusraporttien ongelmana on usein yksipuolisesti positiivisten tulosten esittäminen kehittämistoiminnan tavoitteiden suuntaisesti. Erityisesti kehittäjän ja kehittämistoiminnan suhde rahoittajaan tai muihin tahoihin voi vaikuttaa raportointiin. Arvo- ja näkökulma-valintojen perustelu on olennaista tutkimusraportissa. Kehittämistoimintaa raportoitaessa on analysoitava myös epävarmuustekijöitä ja ristiriitoja. Tärkeää on kuvata kenen intresseistä työkäytännöt on rakennettu ja mitä on siirretty syrjään ja millä perusteella.

Tässä tutkimus- ja kehittämishankkeessa on pyritty kuvaamaan kehittämistyön tapahtumia mahdollisimman todennäköisesti. Tutkijan suhde tutkimuskohteeseen on neutraali, joten se ei ole merkittävästi vaikuttanut tutkimusraportin sisältöön. Tutkija liittyi hankkeeseen heti sen alusta alkaen omien työtehtäviensä puitteissa hoitotyön opettajana. Tutkimushankkeen käynnistyttyä tutkija jäi opintovapaalle ja työskenteli vain tässä tutkimushankkeessa. Tavoitteena oli mahdollisimman laadukas kehittämistyö ja positiiviset kehittämistulokset. Tutkimuksen rahoittajina ovat toimineet Työelämän kehittämisojelma, Tampereen yliopisto ja Työsuojuerahasto. Tutkimuksen näkökulma on työntekijälähtöinen siksi, että työntekijän näkökulma on tutkittu vähän. Se tuntui luontevalta ja tarpeelliselta vaihtoehdolta, jotta työntekijöiden kokemuksia kehittämistyöstä saadaan tuotua esille. Kehittämistyöhön liittyviä ongelmia sekä oppimista ja kehittämistä estäneitä tekijöitä on pyritty kuvaamaan raportissa mahdollisimman perusteellisesti.

Työkäytäntöjen kehittäminen on pyritty toteuttamaan mahdollisimman työntekijälähtöisesti. Työkäytäntöjen kehittämiseen liittyviä vaikeuksia, kuten vaikeutta käynnistää tiimipalavereja, on kuvattu raportissa useissa kohdissa. Sen sijaan pois jääneitä, karsittuja käytäntöjä ei juurikaan tule esille. Tämä selittyy sillä, että tutkimusaineistossa nämä käytännöt eivät juurikaan tulleet esille. Loppuhaastatteluissa niistä ei mainita, eikä myöskään kirjallisissa arvioinneissa tai työkonferenssien keskusteluissa. Tämä selittyy sillä, että yhteisissä tilanteissa on keskitytty työstämään merkitykselliseksi koettuja työkäytäntöjä ja karsiminen on tapahtunut tiimipalavereissa eikä niitä ole tuotu yhteisesti esille.

13.2 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet ovat yleisesti hyväksyttyjä ja niistä vallitsee laaja yksimielisyys (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002). Tutkimusaiheen valinta, tutkimuksessa mukana olevien ihmisten kohtelu sekä tutkimustyön rehellisyys ovat keskeisiä tutkimuseettisiä kysymyksiä. (Hirsjärvi ym. 1997, 27–29.)

Tässä tutkimuksessa tutkimusaiheen ja tutkimusmenetelmän valinnat nousivat esille Janakkalan kunnan organisaatiouudistuksen ja kotihoidon yhdistymisen

yhteydessä. Tutkijan oma valinta oli kuitenkin lähestyä muutosprosessia työntekijän näkökulmasta. Yhdeksi keskeiseksi tarkastelualueeksi valittiin tiimityö uusien työkäytäntöjen mahdollistajana sekä tiimi työntekijän arjen voimavarana. Näkökulma tuntui tutkijasta tärkeältä, koska siinä voitaisiin saada nostettua esille kehittämistyön näkökulmia, joilla voidaan lisätä työntekijöiden hyvinvointia ja samalla parantaa kotihoidon asiakkaiden saamaa hoitoa ja palvelua. Tutkija sitoutui omalta osaltaan toteuttamaan mahdollisimman laadukasta kehittäjän työtä yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa.

Organisaation henkilöstön kohtelu tässä tutkimuksessa oli erittäin merkittävä asia, koska tutkimuskohteena oli suhteellisen pieni työyhteisö. Erityisen tärkeää oli, että tutkittavien anonymiteetti säilyy. Anonymiteettiin liittyy eri tiimejä koskevan tiedon luottamuksellisuus. Tutkittavien oli tärkeää koko ajan olla selvillä siitä, miten tutkimus etenee. (Stringer 1999, 177.) Kehittämishankkeessa joudutaan tasapainoilemaan kohdehenkilöiden anonymiteetin ja kehittämisprosessin avoimuuden välillä (Toikka & Rantanen 2009, 129). Henkilöstöä on informoitu säännöllisesti sekä suullisesti että kirjallisesti tutkimuksen etenemisestä. Tutkittavilla täytyy olla mahdollisuus niin halutessaan myös irrottautua tutkimuksesta. Tutkittavilla olisi ollut mahdollisuus jäädä pois haastatteluista ja tutkimusaineiston tuottamisesta. Tiimin ja organisaation kehittämisestä ja työssä vaadittavan uuden oppimisen omaksumisesta olisi yksittäisen työntekijän kuitenkin ollut varsin vaikea irrottautua. Tässä tutkimuksessa henkilöstö oli erittäin sitoutunutta tutkimukseen, eikä kukaan halunnut jäädä sen ulkopuolelle. Tutkija oli mukana kotihoidon asiakaskäynneillä. Saamansa tiedon osalta tutkijalla on vaitiovelvollisuus.

13.3 Tutkimuksen merkitys ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen merkitys koostuu sekä yhteiskunnallisesta että tutkimuksen tieteellisestä merkityksestä. Lisäksi kehittämishankkeessa toteutettua tutkimusta voidaan arvioida prosessinäkökulmasta ja tutkimustulosten näkökulmasta. Seuraavassa kappaleessa tarkastellaan tästä tutkimusta näistä näkökulmista.

13.3.1 Yhteiskunnallinen merkitys

Yhteiskunnallisessa mielessä tutkimusaihe on tällä hetkellä tärkeä ja ajankohtainen. Vanhusten hoito erityisesti avohoidossa on muutoksen ja kehittämisen kohteena. Tässä tutkimuksessa tulee esille kotihoitoa käsittelevien tutkimusten tapaan tutkimustulosten ja työkäytäntöjen välinen ristiriita. Useissa tutkimuksissa ilmenee (vrt. esim. Tedre 1993, Niemelä 2006), että kodinhoitajan asiakkaan luona viettämän ajan pitäisi olla pidempi sekä asiakkaiden että hoitajien mielestä. Tämä tulos vahvistuu myös tässä tutkimuksessa. Tällä hetkellä työkäytännöt ovat kuitenkin sellaiset, että asiakkaan luona saatetaan käydä useita kertoja päivässä, mutta käynti on kestoltaan hyvin lyhyt. Kotihoidon tutkimus avaa näkökulmia kotihoidon kehittämiseen asiakaslähtöiseen suuntaan.

Useissa kunnissa ja kuntayhtymissä on jo muodostettu yhteinen kotihaito, mutta suuressa osassa kuntia kotihoidon muutos on vuonna 2009 ajankohtainen asia. Hallitus esitti v. 2004 sosiaalihuoltolain ja kansanterveyslain väliaikaista muuttamista siten, että kunta voisi kokeilla vanhusten sosiaalipalvelujen ja vanhuksia koskevien kansanterveystyön tehtävien yhdistämistä sosiaalihuollossa vastaavan kunnan monijäsenisen toimielimen, kansanterveystyöstä vastaavan toimielimen tai vanhusten sosiaali- ja terveyspalveluja varten perustettavan uuden toimielimen hoidettavaksi. Kokeilu voitiin rajata vain osaan vanhusten palveluista. Toisaalta kokeiluun voitiin liittää myös muiden asiakasryhmien vastaavia palveluja. Kotipalveluja ja kotisairaanhoidon tehtäviä voitiin yhdistää uudeksi tehtäväksi eli kotihoidoksi. Kokeiluun osallistuvat kunnat ja kuntayhtymät hyväksytiin hakemusten perusteella. Kokeilu on tullut voimaan 1.1.2005 ja sen oli tarkoitus kestää vuoden 2008 loppuun. Kokeilukuntien kehittämishankkeiden tulosten perusteella lakimuutos on voimassa 31.12.2010 asti. (Laki sosiaalihuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta annetun lain voimaantulosäännöksen muuttamisesta, laki kansanterveyslain väliaikaisesta muuttamisesta annetun lain voimaantulo-säännöksen muuttamisesta.)

Sosiaali- ja terveysvaliokunta totesi, että on välttämätöntä etsiä tarkoitukseen-mukaisempia ja taloudellisempia tapoja organisoida kunnallisia palveluita. Hallinnolliset muutokset eivät kuitenkaan takaa riittävää hoitojen ja palvelujen yhteensovittamista, vaan tarvitaan myös toiminnallisia palveluja yhteen- sovittavia

ratkaisumalleja. Tällöin tarvitaan työtapojen, työkulttuurien ja johtamiskäytäntöjen kehittämistä. (Laki sosiaalihuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta annetun lain voimaantulosäännöksen muuttamisesta, laki kansanterveyslain väliaikaisesta muuttamisesta annetun lain voimaantulosäännöksen muuttamisesta.)

13.3.2 Tieteellinen merkitys

Tämä tutkimus pyrkii osallistumaan kotihoidon kehittämistä koskevaan tieteelliseen keskusteluun tuottamallaan kehittämismallilla, joka tutkimuksen tulosten mukaan kuvaaa kotihoidon kehittämisen keskeisiä kehittämiskäytänteitä sekä muutostilanteessa että organisaatiomuotoksen jälkeisessä kotihoidon jatkokehittämisessä. Tutkimuksessa on tullut laajasti esille kotihoidon henkilöstön työn muutokseen ja uudelleen organisointiin sekä työhyvinvoiointiin liittyviä seikkoja. Nämä seikat on tärkeää huomioida kotihoidoilla ja organisaatioilla kehitettäessä. Kotihoidon kehittäminen vaikuttaa merkittävästi asiakkaan saamiin palveluihin sekä välillisesti asiakkaan kokemukseen saamastaan hoidosta. Asiakkaan hyvinvoiointi on kotihoidon kehittämistyön ja kotihoitotoiminnan tärkein lähtökohta.

Tutkimuksen tieteellinen merkitys ilmenee uudessa kotihoidon kehittämismallissa. Toimintatutkimus sopii hyvin kotihoidon organisaation muutostilanteessa toteutettavan kehittämistyön ja tutkimuksen viitekehykseksi. Tutkimusmenetelmä mahdollisti kehittämistyössä tarvittavan tiedon luomisen, jäsentämisen ja ongelmanratkaisun (vrt. Stringer 1999). Tutkimusavusteisessa kotihoidon kehittämistoiminnassa voidaan hyödyntää tässä tutkimuksessa syntynytä uutta kotihoidon kehittämismallia. (vrt. Ramstad & Alasoini 2007, 5–6.)

13.3.3 Tutkimuksen yhteistyönäkökulman arvointi

Tutkimusprosessi oli monimuotoinen, koska tutkittava ilmiö on kompleksinen ja tutkimusaineistoa syntyi paljon. Lisäksi kehittämishankkeeseen osallistui useita toimijoita, jotka vaikuttivat tutkimusprosessinkin etenemiseen. Kehittämissyklit etenivät loogisesti ja suunnitellusti, mikä vaikutti positiivisesti tutkimusprosessin etenemiseen. Osallistujien sitoutuminen mahdollisti myös tutkimusprosessin loogisen etenemisen. Tässä tutkimuksessa saatettiin kokemuksia työelämän ja

ammattikorkeakoulun välisestä yhteisestä kehittämistyöstä. Kehittämistyön ohessa syntyi ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä sekä seminaaritöitä. Lisäksi mielenkiintoisen lisänsä kehittämistyöhön toi Työelämän kehittämishojelman organisoima moduulityöskentely, joka toi kokemuksia kotihoido-organisaatoiden välisestä verkostotyöskentelystä ja yhteistoiminnasta kotihoidon kehittämisessä. Tutkimusprosessi tuotti tietoa kotihoido-organisaation ja ammattikorkeakoulun yhteisen kehittämistoiminnan mielekkyydestä ja tuloksellisuudesta. Onnistunut kehittämistoiminta edellyttää siihen osallistuvilta vahvaa sitoutumista, mikä toteutui tässä tutkimusprosessissa.

13.3.4 Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja siirrettävyys

Kehittämistoiminnassa tulosten hyödynnettävyyttä voidaan arvioida yksittäisen organisaation kannalta sekä laajemmin tulosten käytökelpoisuutta muissa organisaatioissa. Tulosten siirrettävyyttä arvioitaessa on kiinnitettävä huomiota erityisesti organisaatoiden ainutkertaisuuteen ja kontekstisidonnaisuuteen. (Toikko & Rantanen 2009, 125–126.) Tässä tutkimuksessa tutkimuksen keskeisin tulos on kotihoidon kehittämismalli, joka kuvaaa kotihoidon kehittämiskeskenteita. Tämän tutkimuksen kohdeorganisaatiossa kyseisiä rakenteita voidaan soveltaa suoraan myös organisaation jatkokehittämistyössä. Laajemmin kotihoido-organisaatioissa, joissa joko kotihoido on yhdistetty tai koko sosiaali- ja terveystoimi on yhdistetty, rakenteita voidaan soveltaa sellaisenaan huomioiden organisaatoiden mahdolliset erityispiirteet. Kotihoido-organisaatioissa, joissa kotipalvelu ja kotisairaankoito ovat edelleen eri organisaatioissa, on tarpeellista miettiä miten kehittämiskeskenteiden eri prosessit voivat toteutua. Myös tutkijan kokemukset kotihoidon kehittämisestä erillisissä organisaatoratkaisuissa tukevat tätä ajatusta. Kehittämiskeskenteita voidaan soveltaa ja hyödyntää myös kotihoido-organisaation jatkokehittämisessä eri organisaatoiden erilaisuuden huomioon ottaen.

Tutkimuksessa saatuiin runsaasti tietoa tiimityön kehittämisestä sekä uusien toimintamallien oppimiseen liittyvistä tekijöistä kotihoidon kontekstissa. Näitä tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kotihoidon kehittämisessä myös muissa kotihoido-organisaatioissa. Kehittämishankkeeseen ja kotihoidon kehittämiseen liittyviä kotihoidon henkilöstön näkemyksiä voidaan hyödyntää asetettaessa

kotihoidon kehittämiselle tavoitteita sekä yleensä kotihoidon kehittämishankkeita suunniteltaessa. Tutkijan näkemyksen mukaan kehittämiskäytäntöiden soveltaminen kotihoidoilla-organisaatioiden kehittämisen yhteydessä antaisi jälleen uutta ja entistä syvempää tietoa kehittämisprosessien merkityksestä sekä niistä syntyvistä sivuspiraaleista.

13.3.5 Jatkotutkimusaiheet

Tutkimusprosessin aikana on ilmennyt monia tutkimusaiheita, jotka olisivat merkittäviä kotihoidon kehittämisen kannalta. Asiakkaan koti työ- ja hoitoalueen ympäristönä on melko vähän tutkittu alue. Asiakkaan kotona tapahtuvaa työskentelyä olisi tärkeää tutkia sekä asiakkaan saamien palvelujen että hoitavan työntekijän näkökulmasta. Palvelujen organisoinnin osalta tärkeä tutkimusalue olisi kodin ja muiden asumismuotojen välisten rajapintojen selvittäminen ja hoidon jatkuvuuden kehittäminen ja turvaaminen. Asiakkaan kotona hoitotyöhön osallistuvien, kuten omaisten ja kolmannen sektorin osuutta olisi edelleen tärkeää tutkia ja kehittää. Kotihoidotyön ja moniammatillisen toimintatavan vaikuttavuus vaatisi sekä arvointikriteereitä että jatkotutkimusta. Kotihoidon henkilöstön näkemys kotihoidon jatkokehittämisen tarpeesta on huomion arvoinen arvioitaessa kotihoidon kehittämishankkeiden suuntaa.

Kotihoidotyön kehittäminen on pitkäjänteistä työtä. Muutokset tapahtuvat hitaasti suurissa organisaatioissa ja vaativat henkilöstöltä työtä ja sitoutumista. Kolmevuotinen kehittämishanke on vain yksi pieni osa tässä kokonaisuudessa. Kehittämistyö on kuitenkin sekä kotihoidon asiakkaan että henkilöstön hyvinvoinnin kannalta tärkeää. Kotihoidon henkilöstö näyttää olevan motivoitunut oppimiseen ja kehittymiseen. Kehittämistyön tulosten näkeminen antaa voimia jaksaa.

Lähihoitaja (LH, lh6): "*nyt olen nähtyn häivähdyksen siitä, minkälaisista se voisi parhaimmillaan olla.*"

English Summary

Päivi Sanerma: Developing home care work by teamwork. Action research on fusion of a home care work organization and a home health care organization.

University of Tampere, Department of Education

Purpose of the study is to describe fusion of a home care work organization and a home health care organization. Together they form a Home care organization. Development and learning of team work during the project is also described. Aim of the study is to produce a model of development of the home care with help of teamwork and in this way to produce new information and tools to developing the home care. In this study it was tried to find out how the home care develops when two different organizations are combined. The main result of this study is a new model for developing the home care work.

The study was done as an action research in a communal home care organization during 2000-2003. The home care work organization and home health care organization were combined in 2000. At that time personnel in the home care was 38. Aim of the process was to develop a team organization and a shared model of work via methods of co-operation. Frame of reference of the development work was participatory action research in which development areas, problems and solutions were defined by the employees.

Empirical research data was collected by theme interviews of the personnel during the development interventions and after the project. Data collection and analysis were performed simultaneously because the data affected planning of interventions. The research data was analyzed with inductive content analysis.

The New home care organization is constructed from elements which are typical for a service organization such as services, management, clients and operational environment. Operational environment of the home care gives special content to

these elements. In the new organization the content of the elements was still shaping.

Phases of the development of the teamwork were defined as phases of waiting, chaos, organization and organized working. Starting of teamwork required re-organizing the work in the home care organization. Re-organization of the work was divided into description categories of work distribution and liability distribution. During the development work there were significant changes in the work distribution between different occupational groups. Furthermore, practical nurses joined the home care organization as a new occupational group. The biggest change in the liability distribution was transferring of responsibilities from the foremen to the teams. The teams committed to a common operating model and everyday working practices were re-organized thoroughly. As a result of teamwork the possibilities to respond to customers' needs of caring became better. Dedicated nurses became closer to customers. Customer orientated working methods improved relationship between a customer and a nurse. The services improved to be faster and more adaptable.

The new way of working of home care expects learning from the personnel. Common values, getting familiar with others and working together were favourable factors, which enhanced learning of teamwork. The personnel felt that lack of time, problems in human relationships, insecurities and fear prevented learning. Learning results were organized into three categories which were learning results that relate to working methods, learning results that relate to nursing and development challenges that originate from the learning.

Personnel's opinions about development needs of the home care were categorized as improvement of contents of work and working methods (including improvements in work distribution, home care services, work processes and their management), improvement of working endurance and creation of new development methods. In case of working endurance improvement was needed in working atmosphere and employee's resources. According to personnel's view new development methods consisted of evaluation methods, planning and idea generation methods, follow-up and continuous development, and feedback and rewarding methods.

As result of the research new model of home care was developed. Development model of the home care consists of several processes. Basic processes are continuous common discussion forum, improvement of management and continuous evaluation and feedback process. Supporting processes are continuously working steering and planning group, networking and improving of learning process of the students. Development work advances via development cycles, which consist of five phases; diagnosis, planning, implementation, evaluation and learning. Phases of the cycle may occur simultaneously. Development of a team and learning of teamwork advance during the development work. Learning process of a home care team includes following phases: employees' experience, reflection and common evaluation of operations, creation of internal model that steers operations, and planning the operations together. Development of home care is target-oriented action, which is implemented in home care context.

From the results of the research it can be concluded that development of home care work is a drawn-out process which is based on development of common basic values. Dedicated nursing is an important operating model in the home care. Home care work requires extensive know-how and learning from the personnel. In order to be successful the development of a team must be a continuous process.

Each team advances in its individual pace. It is also important to give enough space and time to the personal mental process of each employee.

In a successful work distribution model, responsibilities of all occupational groups have significant changes. If the responsibilities are defined immediately at the beginning of the development work, the home care work will be more flexible and effective. Teamwork can give possibilities to preventive health promotion work, which is important. It also gives independence and freedom to employees.

Organization change in home care is a learning process of organization, team and individual. It requires commitment to development and planned development structures. The development model produced by this research can be used for systematic development of the home care.

Keywords: teamwork, home care work, professional development, development of work

Lähteet

- Ala-Nikkola M. & Valokivi H. 1997. Yksilökohtainen palveluohjaus käytäntönä. Stakes raportteja 215. Helsinki: Gummerus kirjapaino Oy.
- Ala-Nikkola M. 2003. Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhusten huollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta. Tampereen yliopisto.
- Alasoini T. 1999. Eturintamassa? Kansallinen työelämän kehittämisohjelma ja Norjan Yrityskehitys 2000-ohjelma keinona uudistaa työelämää. Työpapereita 9. Kansallinen työelämän kehittämisohjelma. Helsinki.
- Alasoini T., Lifländer T. & Rahikainen O. 2001. Ylivoimaa yhteistyöllä. Kokemuksia teollisuuden tiimiprojekteista. Tykes raportteja 14. Työelämän Kehittämisohjelma. Helsinki.
- Alasoini T., Lifländer T., Rouhiainen N. & Salmenperä M. 2002. Innovaatioiden lähteillä. Miksi ja miten suomalaista työelämää kannattaa kehittää? Työelämän kehittämisohjelma. Työministeriö.
- Algara M., France AL., Kersta A. & van der Zee J. 2004. Home care needs of patients with long-term conditions; literature review. Journal of Advanced Nursing 46(4), 417-429.
- Alexy B., Coleman-Benjamin R. & Brown S. 2001. Home Healthcare and Client Outcomes. Home Healthcare Nurse. Vol. 19 (4). 233–239.
- Alho K., Kaitila V. & Kotilainen M. 2006. Työllisyys ja tuottavuus, analyysi talous ja työllisyyspoliittisten toimien vaikutuksista. Työpoliittinen tutkimus 317. Työministeriö. Helsinki.
- Anttila J-P., Heiska K., Julkunen P., Koivisto T., Kulmala H., Lappalainen I., Lehtinen H., Mikkola M. & Paranko J. 2002. Vahvuutta verkostosta. Työelämän kehittämisohjelma. Raportteja 21. Helsinki.
- Arnkil T., Eriksson E. & Arnkil R. 2000. Kunnallisten palvelujen dialoginen kehittäminen, ylisektoriin lastensuojelu, vanhustenhuolto ja kaupunkipoliitikka. Palmuke-projekti. Kansallinen työelämän kehittämisohjelma. Työpapereita 11. Helsinki.
- Argyris C. 1999. On Organizational Learning. Second Edition. Blackwell Publishing. Australia.
- Argyris C & Schön D. 1996. Organizational Learning 2. Theory, Method and Practice, Addison-Wesley Publishing Company. New York.
- Asahara K., Momose Y. & Murashima S. 2003. Long-Term Care Insurance in Japan, Its Frameworks, Issues and Roles. Disease Management & Health Outcomes. Vol. 11. Issue 12. 769–777.

- Atwal A. & Caldwell K. 2006. Nurses' Perceptions of Multidisciplinary Team Work in Acute Healthcare. International Journal of Nursing Practice. Vol 12(6), 359-365.
- Backman K. 2001. Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito. Acta Universitatis Ouluensis. D624. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Backman K. 2005. Ikääntyneiden itsestä huolenpitoa vahvistavat, horjuttavat ja murtavat tekijät. Hoitotiede Vol. 17. No. 3/05. 120–144.
- Bacon N. & Blyton P. 2000. High Road and Low Road Teamworking: Perception of Management Rationales and Organizational and Human Resource Outcomes. Human Relations 2000, Vol. 53:11, 1425–1459.
- Ballentine N. 2008. Polypharmacy in the Elderly: Maximizing Benefit, Minimizing Harm. Critical Care Nursing Quarterly. 31 (1).pp. 40-45.
- Benjamin D. 1998. The Home: Words, Interpretations, Meanings and Environments. England: Ashgate Publishing Limited.
- Beinum H., Faucheu C. & Vlist R. 1996. Reflections on the Epigenetic Significance of Action Research. Teoksessa Toulmin S. & Gustavsen B. (edit.) Beyond Theory. Changing Organizations through Participation. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Bergen A. 1998. Case Management. Teoksessa Twinn S., Roberts B. & Andrews S. (edit.) Community Health Care Nursing, Principles for Practise. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Björnsdottir K. 2001. From the state to the Family: Reconfiguring the Responsibility for Long-term Nursing Care at Home. Nursing Inquiry 9 (1). 3–11.
- Bray J. & Howkins E. 2006. Facilitating Interprofessional Learning in the Workplace: a Research Project Using the Delphi Technique. Work Based Learning in Primary Care. Vol 4 (3), pp 223-235.
- Burla L., Knierim B., Barth J., Liewald K. Duetz M. & Abet T. 2008. From Text to Coding: Intercoder Reliability Assessment in Qualitative Content Analysis. Nursing Research. Vol 57(2).pp 113-117.
- Byckling L. & Tenkanen R. 1994. Työn ja elämän sisällöt, ajatuksia vanhainkotityön kehittämisestä. Stakes raportteja 144.
- Cameron C. & Moss P. 2007. Care Work in Europe, Current Understandings and Future Directions. London: Routledge, Taylor and Francis Group.
- Chou H. & Yeh Y. 2007. Conflict, Conflict Management, and Performance in ERP Teams. Social Behavior and Personality Vol 35 (8). pp 1035-1048.
- Clark J. 2001. Preventive Home Visits to Elderly People. BMJ Vol 323. 708.
- Coleman B. 1995. European Models of Long-Term Care in the Home and Community. International Journal of Health Services. Vol. 25 (3). 455–474.
- Collins A., Sutton R., Handley M., Oliver D., Patterson L., Tew N., Cumbest H. & Boone M. 2007. An Exemplar of Team Competence. Critical Care Nurse. Vol 27(2). Ppl141-144.

- Cook G., Gerrish K. & Glarke C. 2001. Decision-Making in Teams: Issues Arising from two UK Evaluations. *Journal of Interprofessional Care*. Vol 15(2). pp1 41-151.
- Corazzi-Gomez K. 2002. The Relative Effects of Home Care Client Characteristics on the Resource Allocation Process: Do Personality and Demeanor Matter? *The Gerontologist* 42. 740-750.
- Corazzini K. 2003. How State-Funded Home Care Programs Respond to Changes in Medicare Home Health Care: Resource Allocation Decisions on the Front Line. *Health Services Research*. 38(5). pp 1263-1282.
- Craddock D., Halloran C. & Borthwick A. & Pherson K. 2006. Interprofessional Education in Health and Social Care: Fashion or Informed Practice? *Learning in Health & Social care*. Vol 5(4).pp220-242.
- Cup E., Pieterse A., Knijntj S., Hendricks H., van Engelen B., Oostendorp R. & van der Wilt G-J. Referral of patients with neuromuscular disease to occupational therapy, physical therapy and speech therapy: Usual practice versus multidisciplinary advice. *Disability & Rehabilitation*. Vol 29(9). Pp 717-726.
- Divan S., Berger C. & Manns K. 1997. Composition of the Home Care Service Package: Predictors of Type, Volume, and Mix of Service Provided to Poor and Frail Older People. *The Gerontologist*. Vol. 37. No. 2. 169-181.
- Dovey K. 1986. Home and Homelessness. Teoksessa Altman I. & Werner C. (edit.) *Home Environments*. pp 33-64. University of Utah.
- Doyle M. & Timonen V. 2007. Home Care for Ageing Population, A Comparative Analysis of Domiciliary Care in Denmark, United States and Germany. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing.
- Dzyacky S. 1998, An Acute Care Case Management Model for Nurses and Social Workers, *Nursing Case Management*. Vol 3 (5). pp208-215.
- Edelback P., Samuelsson G. & Ingvar B. 1995. How Elderly People Rank Order the Quality Characteristics of Home Services. *Ageing and Society* 15. 83-102.
- Ellenbecker C., Frazier S. & Verney S. 2004. Nurses' Observations and Experiences of Problems and Adverse Effects of Medication Management in Home Care. *Geriatric Nursing* 25(3). pp 164-170.
- Engström M., Ljunggren B., Lindqvist R. & Carlsson M. 2006. Staff satisfaction with work, perceived quality of care and stress in elderly care: psychometric assessment and association. *Journal of Nursing Management*. 14(4). pp 318-328.
- Eranti E. 1999. Helsingin kotihoidojärjestelmä. Sosiaaliviraston julkaisusarja A3/1999. Helsingin kaupunki. Sosiaalivirasto.
- Eskola J. & Suoranta J. 1996. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Lapin yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja C 13. Lapin yliopisto.
- Eskola I & Valvanne J. 2000. Kotihoidon kehittäminen Helsingissä. Sosiaaliviraston julkaisusarja A7/2000. Helsingin kaupunki. Sosiaalivirasto.
- Evans S. 2008. Providing Rehabilitation for People with Dementia through Intermediate Care, *Nursing Older People*. Vol 20(2). pp26-28.

Finne-Soveri H., Björkgren M., Vähäkangas P. & Noro A. (toim.) 2006. Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu-Rai-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Fay D., Borrell C., Amir Z., Haward R. & West M. 2006. Getting the Most Out of Multidisciplinary teams: A Multi-Sample Study of TEAM Innovation in Health Care. Journal of Occupational & Organizational Psychology. Vol 79 (4). Pp 553-567.

Fradd L. 2005. Nursing's Losses and Gains. Nursing Management. Vol 12 (5). Pp 18-23.

Gasper E., Holmes C., Brown K.L. & Newton J. 2006. Shared Records: Toward Collaborative Working with Families. Pediatric Nursing. Vol 18(1). pp 34-37.

Gorman J., Cooke N., & Winner J. 2006. Measuring team Situation Awareness in Decentralized Command and Control Environments. Ergonomics. Vol 49 Nos. 12-13, 10-22. pp1312-1325.

Grönfors S., Sinervo T. & Elovainio M. 2001. Työtyytyväisyys, työ- ja organisaatiotekijät sekä hoidon laatu. Hoitoliede Vol. 13. No. 4/01. 227–236.

Grönroos E., Haapanen M., Heinonen T., Joki L., Nuutinen L: & Vilkamaa-Viitala M. 2006. Kielitoimiston sanakirja 1. osa, A-K. Kotimaisten kielten tutkimuskeskus. Helsinki.

Grönroos E. & Perälä M-L. 2006. Kotihoidon henkilöstön kompetenssin kokemusta selittävät tekijät. Yhteiskuntapolitiikka 71 (5). 484–489.

Haapakorva M. 2004. Kotihoidon tiedonhallinta, tapaustutkimus Siilinjärven ja Maaningen kotihoidosta. Kuopion yliopisto. Terveyshallinnon ja -talouden laitos.

Haastregt J., Diederiks J., Rossum E., Witte L. & Crebolder H. 2000. Effects of Preventive Home Visits to Elderly People Living in the Community: Systematic Review. BMJ Vol. 320. 754–758.

Hakonen A., Salimäki A. & Hulkko K. 2005. Palkitsemisen tila ja muutos Suomessa 2004. Yhteistoiminnallinen kehittäminen, yhteensopivuus ja toimivuus. Työpoliittinen tutkimus 280. Työministeriö. Helsinki.

Hallberg I. & Kristensson J. 2004. Preventive Home Care of Frail Older People: a Review of Recent Case management Studies. International Journal of Older people Nursing in Assosiation with Journal of Clinical Nursing 13 6b. 112–120.

Hammar T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiuttamisessa-kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Stakes. Tutkimuksia 179.

Hammar-Mikkonen T. 1997. Vanhusten odotukset ja palvelujen yhteisöllinen organisointi. Teoksessa Parviainen T. & Pelkonen M. (toim.) Yhteisöllisyys – avain parempaan terveyteen, työvälineitä hoitotyöhön. Stakes. raportteja 217. 141–148.

Haverinen R. & Särkelä R. 2003. Sosiaalipalvelujen tuottamisen mallit kilpailutaloudessa. Teoksessa Horttanainen E. & Salo R. (toim.) 2003. Kunnat ja globalisaatio. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

- Hearn J. Higginson I.J. 1998. Do Specialist Palliative Care Teams Improve Outcomes for Cancer Patients? A Systematic Literature Review. *Palliative Medicine*. Vol 12(5). Pp 317-332.
- Heerman B. 1997. Building Team Spirit, Activities for Inspiring and Energizing Teams. New York: The McGraw-Hill Companies.
- Heikkilä K. 2002. Tiimit – avain uuden luomiseen. Kauppakaari. Helsinki.
- Heikkinen A., Lemonidou C., Petsios K., Sala R., Barazzetti G., Radaelli S. & Leino-Kilpi H. 2006. Ethical Codes in Nursing Practise: the Viewpoint of Finnish, Greek and Italian Nurses. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 55(3). pp 310-319.
- Heinola R. (toim.).2007. Asiakaslähtöinen Kotihoido. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes. Oppaita.70
- Heinola R., Voutilainen P.& Vaarama M. 2003. Apua ja iloa pienellä vaivalla, Ehkäisevät kotikäynnit viidessä kunnassa, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki.
- Hellström Y. & Hallberg I. 2004. Determinants and Characteristics of help Provision for Elderly People living at Home and in Relation to Quality of life. *Scandinavian Journal of Caring Science* 18. pp 387–395.
- Herlitz C. 1997. Distribution of Informal and Formal Home Help for Elderly People in Sweden. *The Gerontologist*. Vol. 37. No. 1. 117–124.
- Hirsjärvi S., Remes P. Sajavaara P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä oy,
- Hirsjärvi S. 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi S. & Hurme H. 2001. Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi S., Remes P. & Sajajärvi P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holtschneider M. 2007. Better Communication, Better Care through High-fidelity Simulation. *Nursing Management* Vol 38(5).ppt 55-57.
- Houde S. 1998. Predictors of Elders' and Family Caregivers' Use of Formal Home Services. *Research in Nursing & Health* 21. pp 533–543.
- Huuhtanen P. & Ahola K. 2001. Eri-ikäisten yhteistoiminnan kehittäminen. Teoksessa Ikääntyvä arvoonsa, ikääntyvien työntekijöiden terveyden, työkyvyn ja hyvinvoinnin edistämishjelma 1990-1996. Tutkimusraportti 17. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Hyrkäs K. & Appelqvist-Schmidlechner K. 2003. Team Supervision in Multiprofessional Teams: Team Members' Descriptions of the Effects as Highlighted by Group Interviews, *Journal of Clinical Nursing* 12. pp 188-197.
- Hyrkäs K. & Paunonen-Ilmonen M. 2001. The Effects of Clinical Supervision on the Quality of Care: Examining the Results of Team Supervision. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 33 (4). pp 492-503.

Hyttinen H. 1999. Gerontologisen hoitotyön tietoperusta, hoitotyön toimijoiden arvio gerontologisessa hoitotyössä tarpeellisesta tietoperustasta lähitulevaisuudessa. *Acta Universitatis Ouluensis*. D 531. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Hyttinen H. & Kangassalo R. 2002. Vanhustyöntekijät - näkemyksiä vanhustyöstä ja sen kehittämisestä. *Gerontologia* 4/2002. 190–197.

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Itkonen T., Kiviharju-Rissanen U., Tolki P. & Valvanne J. 2001. Kodin hoitoa vai hoitoa kotona. Kotihoidon asiakaskysely vuonna 2001. Helsingin kaupungin tietokeskus. Helsinki.

Jaakkonen K., Laamanen R. & Brommels M. 1996. Kotisairaanhoidotyysten toiminta ja yhteistyö kuntien kanssa. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 2/99. 131–143.

Jokiranta V., Pekurinen M., Hujanen T., Teräväinen R. & Wiili-Peltola E. 2007. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntien palvelutarveanalyysi, kehittämисselvityksiä. Stakes, Alue- ja kuntapalvelut 32/2007.

Julkunen R. 1987. Työprosessi ja pitkät aallot, työn uusien organisaatiomuotojen synty ja yleistyminen. *Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia* 47. Tampere: Vastapaino.

Julkunen R. 2008. Työ – talouden ja minän välissä. Teoksessa Eteläpelto A., Collin K. & Saarinen J. *Työ, identiteetti ja oppiminen*. WSOY.

Juntto A. 2001. Asunto vai koti? Teoksessa Jarva V. & Korvela P. (toim.) *Koti tieteiden risteysessä*, 110 vuotta kotitalousopettajien koulutusta. Helsingin yliopiston Kotitalous- ja käsityötieteiden laitoksen julkaisuja 9. 21–34.

Jürger S., Pestinger M., Elsner F., Krumm N. & Radbruch L. 2007. Criteria for Successful Multiprofessional Cooperation in Palliative Care Teams. *Palliative Medicine*. Vol 21(4). pp 347-354.

Joy J., Carter D. & Smith L. 2000. The Evolving Educational Needs of Nurses Caring for the Older Adult: a Literature Review. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (5). pp 1039–1045.

Järvensivu A. 2006. Oppiminen työnä ja työpaikkapelinä. *Acta Universitatis Tamperensis* 1199. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta.

Järvinen A., Koivisto T. & Poikela E. 2000. Oppiminen työssä ja työyhteisössä. Juva: WSOY.

Järvinen A. & Poikela E. 2006. The Learning Process in the Work Organization: From Theory to Design. Teoksessa Antonacopoulou E., Jarvis P., Andersen V., Elkjaer B. & Höyrup S. (edit.), *Learning, Working and Living, Mapping the Terrain of Working Life Learning*. New York: Palgrave MacMillan.

Järvinen P. 2007. Action Research in Similar to Design Science. *Quality & Quantity*, Vol. 41, No. 1. pp 37–54.

- Järvinen P. & Järvinen A. 2000. Tutkimustyön metodeista. Tampere: Opinpajan kirja.
- Kasvio A., Lahtonen M., Varis M. & Airaksinen J. 1999. Kehittäminen arjen voimavaraksi. Tutkimus toimintatapojen kehittämisestä Helsingin kaupungin työpaikoilla vuosina 1995-1998. Tampereen yliopisto.
- Katzenbach J. & Smith D. 1993. *The Wisdom of Teams, Creating the High-Performance Organization*. Boston: Harvard Business School Press.
- Katzenbach J. 1998. *Teams at the Top, Unleashing the Potential of Both teams and Individual Leaders*. Boston: Harvad Business School Press.
- Kearney G. 2008. Sharing the Load in Primary Care. *Australian Nursing Journal*. Vol 15 (10). Pp 48-48.
- Kemmис S. 1990. Action Research in Retrospect and Prospect. Teoksessa Kemmis & McTaggart (edit.) *The Action Research Reader*, 47–56. Victoria: Deakin University Press.
- Kemmис S. & McTaggart R. 1990. *The Action Research Planner*. Victoria: Deakin University Press.
- Kettunen M-L. Kotihoitotyön osaaminen ja osaamisen johtaminen. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveyshallintotiede.
- Kerstra A., Castelein E. & Philipsen H. 1991. Preventive Home Visits to Elderly people by Community Nurses in the Netherlands. *Journal of Advanced Nursing* 16. pp 631–637.
- Kiikkala I. 1999. Asiakaskeskeisyys on ajankohtainen asia. Mitä se oikein on? *Sairaanhoidaja* 3/99. 6–10.
- Kiljunen K. 2003. Globalisaatio-mitä se on?. Teoksessa Rönnberg L. & Simpura J. 2003 (toim.). *Sosiaalipoliikan globaalit ulottuvuudet, Sosiaali- ja terveydsturvan keskusliitto*. 16-30.
- Kinnunen K. 2002. Postroning of Institutional Long-Term Care in the Patients at High Risk of Institutionalisation. *Lääketieteen väitöskirja*. Helsingin yliopisto.
- Kinnunen M. 2006. Yksityisyys kotisairaanhoidossa – asiakkaan näkökulma yksityisyyttä edistävistä ja estävistä tekijöistä. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitolaitteen laitos.
- Kiviharju-Rissanen U. 2006. Kotihoidon kehittäminen. Oppiva ja jaksava kotihoitotiimi. *Hoito* 2006. 87–102.
- Kiviniemi K. 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa Siinä tutkija missä tekijä, toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloj. 63–83. Juva: Atena kustannus.
- Koivisto T. 1997. Uudistuva metallialan tuotantolaitos. *Acta Universitatis Tamperensis* 558. Tampereen yliopisto. Terveystieteentieteen laitos.
- Koponen P. 1993. Monimerkityksinen väestöväistuu. Tutkimus terveydenhoitajien muuttossuunnista väestöväistuisen perusterveydenhuollon kokeilujen aikana. Lisensiaatin tutkimus. Tampereen yliopisto. Hoitolaitteen laitos.

- Koponen P. 1997. Public Health Nursing in Primary Health Care Based on the Population Responsibility Principle. *Acta Universitatis Tamperensis* 581. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Korvela P. 2001. Koti toiminnassa. Teoksessa Jarva V. & Korvela P. (toim.) *Koti tieteiden risteyksessä, 110 vuotta kotitalousopettajien koulutusta*. Helsingin yliopisto. Kotitalous- ja käsityötieteiden laitoksen julkaisuja 9. 65–85.
- Korvela P. 2003. Yhdessä ja erikseen, perheenjäsenten kotona olemisen ja tekemisen dynamiikka. *Stakes tutkimuksia* 130. Helsingin yliopisto. Kotitalous ja käsityötieteiden laitos.
- Korkiakoski L. 1993. *Kotisairaanhoidon*. Helsinki: Otava.
- Kosonen R. 1994. Vanhainkodin työkulttuuri. Diskurssianalyysi vanhainkodin henkilöstön kahden työpalaverin puheesta. *Pro gradu -tutkielma*. Tampereen yliopisto. Sosialipoliikan laitos.
- Kulmala J. 1999. Benchmarking ammatillisen aikuiskoulutuksen kehittämisen välineenä, *Acta Universitatis Tamperensis* 663, Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos.
- Kuokkanen L. & Suominen T. & Rankinen S. & Kukkurainen M-L., Savikko N. & Doran D. 2007. Organizational Change and Work-related empowerment. Vol 15(5), pp500-507.
- Kuula A. 1999. *Toimintatutkimus, Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä*. Tampere: Vastapaino.
- Kuusi U. 1994. *Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöiden käsitykset ja kokemukset työstään vanhusten kotihoidossa*. Stakes aiheita 27/1994.
- Kyngäs H. 1997. Hoitolieteellisen teorian kehittäminen; esimerkkinä teoreettisen mallin rakentaminen. *Hoitoliede*. Vol. 9. No. 3/97.
- Kyngäs H. & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitoliede* Vol.11, No. 1/99.
- Laaksonen-Heikkilä R. & Lauri S. 1997. Moniammatillinen yhteistyö kotihoidossa. Turun yliopisto. Hoitoliteen laitos.
- Lappalainen M. 2002. *Etnografia kuopiolaisten kotona hoitamisesta*. Lisensiaatintutkimus. Kuopion yliopisto. Hoitoliteen laitos.
- Larmi A., Tokola E. & Välkiö H. 2005. *Kotihoidon työkäytäntöjä*. Helsinki: Tammi.
- Larsson G. & Larsson B. (1998): Quality of care: Relationship between the Perceptions of Elderly Home Care Users and their Caregivers. *Scandinavian Journal of Social Welfare*. Vol. 7 (3), 252–257.
- Latvala E. & Vanhanen-Nuutinen L. 2003. Laadullisen hoitolieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S. & Nikkonen M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitoliteessä. 21–43. Helsinki: WSOY.
- Launis K. 1994. *Asiantuntijoiden yhteistyö perusterveydenhuollossa, käsityksiä ja arkikäytäntöjä*. Stakes tutkimuksia 50. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

- Launis K. 1997. Moniammatillisus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa Kirjonen J., Remes P. & Eteläpelto A. (toim.) Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimuslaitos.
- Launis K. & Rokkanen T. 2007. Työhyvinvointipajassa työterveyshuolto kohtaa työorganisaation kehittämisen haasteet. Teoksessa Ramstad E. & Alasoini T. (toim.) Työelämän tutkimusavusteinen kehittäminen Suomessa. Lähestymistapoja, menetelmiä, kokemuksia, tulevaisuuden haasteita. Työelämän kehittämishohjelma. raportteja 53. 209–229. Helsinki.
- Lauri S. 1997. Toimintatutkimus. Teoksessa Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka 1997. 114–135.
- Lauri S. 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY.
- Laurila H. 2007. Globalisaatio ja paikallinen julkistalous. Teoksessa Horttanen E. & Salo R. (toim.) 2007. Kunnat ja globalisaatio. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Lehtonen A., Kurra L. & Viinikainen K. 1991. Kotipalvelun menestystarina. Sosiaali- ja terveyshallitus. raportteja 27/1991.
- Leinonen M. 2007. Työkonferenssimenetelmä suokupuolisensitiivisessä tarkastelussa. Teoksessa Ramstad E. & Alasoini T. (toim.) Työelämän tutkimusavusteinen kehittäminen Suomessa, lähestymistapoja, menetelmiä, kokemuksia, tulevaisuuden haasteita. Tykes raportteja 53. Helsinki.
- Lewin K. 1990. Action Research and Minority Problems. Teoksessa Kemmis & McTaggart (edit.) The Action Research Reader, 41–46. Victoria: Deakin University Press.
- Lewin K. 1990. Group Decision and Social Change. Teoksessa Kemmis & McTaggart (edit.) The Action Research Reader, 47–56. Victoria: Deakin University Press.
- Lindström K. & Kiviranta J. 1995. Työryhmät ja tiimit. Ryhmän toimivuus ja jäsenten hyvinvointi. Työ ja ihmisen tutkimusraportti 6. Työministeriö. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Lohiniva V. 1999. Terveydenhoitajan työ ja kvalifikaatiot pohjoisessa toiminta-ympäristössä. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 509. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Loppela K. 2006. Ihminen ja työ – keskustellen työkuntaan. Työyhteisön kehittäminen työkykyä ylläpitävän toiminnan viitekehysessä. Acta Universitatis Tamperensis 1003.
- Luoto L. 2002. Kotihoidon laatutekijöiden toteutuminen – asiakkaiden ja heidän läheistensä näkökulma. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Malin M. 1996. "He ovat minulle kuin enkeleitä", hyvä suhde työtekijään ja luottamus avunsaantiin laatua vanhusasiakkaalle kotihoidossa. Sosiaalinen aikakauslehti 1997 (34). 150–163.
- Malin N., Manthorpe J., Race D. & Wilmot S. 1999. Community Care for Nurses and the Caring Professions. Buckingham: Open University Press.
- Martin T. & Huq Z. 2002. A Hospital Case Study Supporting Workforce Culture Re-engineering. Total Quality Management. Vol. 13. No. 4. 2002. 523–536.

- Metsola A. 1990. Kotipalvelun mahdollisuudet ja rajat. Kotipalvelun nykytilaa ja kehittämistä selvittävän työryhmän muistio. Sosiaalihallituksen julkaisuja 10/1990.
- Metsämuuronen J. 1998. Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala. ESR-julkaisut. Työministeriö.
- Metsämuuronen J. 2006. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Teoksessa Laadullisen tutkimuksen käsikirja, 81–145. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Meriläinen S. 1989. Kotipalvelu Joensuun vanhustenhuollossa. Keskustelualoitteita nro 10. Joensuun yliopisto. Yhteiskuntapolitiikka ja sosiologia.
- Mezirow J. 1996. Uudistava oppiminen, kriittinen reflektio aikuiskoulutuksessa. Helsinki: Painotalo Miktol.
- Monterossa L., Kristjanson L., Aoun S. & Phillips M. 2007. Supportive and Palliative Care Needs of Families of Children with Lifethreatening Illnesses in Western Australia: Evidence to Guide the Development of a Palliative Care Service. *Palliative Medicine*, Vol 21 (8). pp 689-696.
- Morrow-Howell N., Proctor E. & Rozario P. 2001. How Much Is Enough? Perspectives of Care Recipients and Professionals on the Sufficiency in In-Home Care. *The Gerontologist* 41, 723–732.
- Mueller F., Procter S. & Buchanan D. 2000. Teamworking in its Context(s): Antecedents, Nature and Dimensions. *Human Relations* 2000. Vol. 53:11. 1387–1424.
- Mullarkey K., Keeley P. & Playne J.F. 2001. Multiprofessional Clinical Supervision: Challenger for Mental Health Nurses. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. Vol 8(3). pp 205-211.
- Munnukka T. 2002. Omahoitajuuden arki-hoitajien esseitä. Teoksessa Munnukka T. & Aalto P. (toim.) Minun hoitajani, näkökulmia omahoitajuuteen. 73–81. Helsinki: Tammi.
- Muurinen S. & Raatikainen R. 2005. Asiakkaiden avun tarpeen ja auttamisen vastaavuus kotihoidossa. *Gerontologia* 1/2005. 13–22.
- Mäkelä K. 1990. Kvalitatiivisen analyysin arvointiperusteet. Teoksessa Mäkelä K. (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. 42–61. Helsinki: Gaudeamus.
- Mäkinen E., Niinistö L., Salminen P. & Karjalainen P. (toim.) 1994. Kotihoitot. SHKS. Keuruu: Otava.
- Niemelä A-L. 2006. Kiire ja työn muutos, tapaustutkimus kotipalvelutyöstä. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 206. Helsingin yliopisto.
- Nieminen H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 215–221. Juva: WSOY.
- Niiniluoto I. 2001. Kodin merkityksestä – filosofin puheenvuoro. Teoksessa Jarva V. & Korvela P. (toim.) Koti tieteiden risteyksessä, 110 vuotta kotitalousopettajien koulutusta. Helsingin yliopiston Kotitalous- ja käsityötieteiden laitoksen julkaisuja 9. 11–15.
- Olkers L., Gibbs T., Meyers P., Alperstein M. & Duncan M. 2006. Education for Primary Care. Vol 17(3). pp 249-257.

Paasivaara L. 2004. Kotihoidon hoitotieteellisten opinnäytetöiden perusteella. Tutkiva hoitotyö 2(1). pp 29-34.

Paasivaara L. Tavoitteet ja tosiasiallinen toiminta. Suomalaisen vanhusten hoitotyön muotoutuminen monitasotarkastelussa 1930-luvulta 2000-luvulle. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. Oulun yliopistollinen sairaala.

Pajula E. & Särkelä R. 2003. Kansalaisten hyvinvoinnin tukiverkostot paikallistason vastauksena globalisaation hallintaan. Teoksessa Teoksessa Rönnberg L. & Simpura J. 2003 (toim). Sosiaalipoliikan globaalit ulottuvuudet, Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto. 125-137..

Paljärvi S., Rissanen S. & Sinkkonen S. 2003. Kotihoidon sisältö ja laatu vanhus-asiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimina – seurantatutkimus Kuopion kotihoidosta. Gerontologia 2/2003. 85–97.

Parahoo K. 2006. Nursing Research, Principles, Process and Issues. New York: Palgrave Macmillan.

Payne M. 2002. Teamwork in Multiprofessional care. London: Macmillan Press LTD.

Pekkarinen L., Sinervo T., Elovaario M., Noro A., Finne-Soveri H. & Laine J. 2004. Asiakkaiden toimintakyky, työn organisointi ja henkilöstön hyvinvointi vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Stakes aiheita 11/2004.

Pennanen E. 1996. Terveydenhoitaja asiantuntijana vanhustyön moniammatillisessa työryhmässä. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Perry-Ewald J. 2008. How Many Quality Professionals Does It Take to Support a Hospital? It Depends. Quality Management in Health care. Vol 17(4). pp 341-348.

Perälä M-L. 2008. Benchmarking-toimintaan hoitotyössä, teoksessa Vetovoimainen hoitotyö, Hoitotyön vuosikirja 2008. 89-100.

Perälä M-L. & Hammar T. 2003. PALKOmalli – Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoido organisaatiorajat ylittävästi yhteistyönä. Stakes aiheita 29/2003.

Perälä M-L., Grönroos E. & Sarvi A. 2006. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Stakes raportteja 8/2006.

Pesso K. 2004. Terveydenhoitotyön viitekehys tutkimuskohteena. Acta Universitatis Tamperensis 1005. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Pieper R. 2005. Strategies for Organizational and Network Integration. Teoksessa Vaarama M. & Pieper R. (edit.) Managing Integrated Care for Older Persons, European Perspectives and Good Practices. Stakes and European Health Management Association (EHMA). Saarijärvi. Finland: Gummerus.

Pinelle D. & Gutwin C. 2006. Loose Coupling and Healthcare Organizations: Deployment Strategies for Groupware. Computer Supported Cooperative Work. 15:537-572.

Pittilo R.M. & Ross F.M. 1998. Policies for Interprofessional Education: Current Trends in the UK: Education for Health: Change in Learning & Practice. Vol 11 (3). pp 285-296.

Pirnes U. 1994. Kehittyvä tiimit. Organisaatioiden rakennemuutokseen liittyvä tiimien ja tiimien johtamisen kehittymisprosessi. JTO tutkimuksia sarja 8. Tampere: Aavaranta Oy.

- Pirskanen S. 2000. Tiimiprojektien vaikutukset toiminnan tuloksellisuuteen ja työelämän laatuun. Teoksessa Vartiainen M., Pirskanen S., Palva A. & Simula T. (toim.) Tiimiprojektien vaikutukset ja onnistuminen. Kansallinen työelämän kehittämishjelma, Raportteja 10. 36–64.
- Pohjonen T. 2001. Työkykyä ylläpitävä toiminta kotipalvelussa. Teoksessa Ilmarinen J. & Louhevaara V. (toim.) Ikääntyvä arvoonsa – ikääntyvien työntekijöiden terveyden, työkyvyn ja hyvinvoinnin edistämishjelma 1990-1996. Työ ja ihminen, tutkimusraportti 17. 193–204. Työterveyslaitos.
- Polit D. & Beck D. 2008. Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. eighth edition. Lippincott Williams & Wilkins. a Wolters Kluwer business.
- Procter S. & Mueller F. 2000. Teamworking: Strategy, Structure, Systems and Culture. Teoksessa S. Procter and F. Muellers (edit.) Teamworking, 3–24. Macmillan Press LTD.
- Pruthi S., Brandt K., Degnim A., Goetz M., Perez E., Reynolds C. Schomberg P. Dy G. & Ingle J. 2007. A Multidisciplinary Approach to the Management of Breast Cancer, Part 1: Prevention and Diagnosis. Mayo Clinic Proceedings. Vol 82(8). pp 999-1012.
- Punto A. 1991. Terveyssisarkoulutuksen ja terveyssisarten neuvontatoiminnan kehitys Suomessa vuosina 1912–1944. Kasvatustieteen väitöskirja. Helsingin yliopisto. SHKS. Vaasa.
- Päivärinta E. & Haverinen R. 2003. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma, opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Stakes oppaita 52.
- Päivärinta E. & Maaniittu M. 2002. Asiakaslähtöistä vai asiakasta lähtevää? Sosiaali- ja terveydenhuollon kulttuurisen muutoksen alkumetreillä. Gerontologia 1/2002. 32–34.
- Pöyry P. & Perälä M-L. 2003. Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palvelujen saumakohdissa. Stakes aiheita 18/2003.
- Racco M. & Horn K. Central Cather Infections. Use of a Multidisciplinary Team to Find Simple Solutions. Critical Care Nurse, Supplement. ppt 51-53
- Ramstad E. & Alasoini T. 2007. Työelämän tutkimusavusteinen kehittäminen Suomessa. Tykes raportteja 53. Helsinki.
- Ramstad E. & Alasoini T. 2007. Tutkimus- ja kehittämisyksiköt osana työelämän innovaatiojärjestelmää. Teoksessa Ramstad E. & Alasoini T. (toim) Työelämän tutkimusavusteinen kehittäminen Suomessa, lähestymistapoja, menetelmiä, kokemuksia, tulevaisuuden haasteita. Työelämän kehittämishjelma. rapporteja 53. 16–39. Helsinki.
- Rintala T. & Elovinio M. 1997. Lähihoitajien työ, ammatti-identiteetti ja hyvinvointi. Stakes, tutkimuksia 86. Saarijärvi: Gummerus.
- Rissanen S., Laitinen-Junkkari P., Hirvonen R. & Sinkkonen S. 1999. Vanhusten kotihoidon laatu Kuopiassa 1994 ja 1997. Gerontologia 13 (2). 71–81.
- Rapoport R. 1970. Three Dilemmas in Action Research. Human Relations, Vol. 23. No. 6. pp 499–513.
- Räsänen K. 2007. Kehittämisotteet: tutkimusavusteinen kehittämistyö "käytännöllisenä toimintana". Teoksessa Alasoini & Ramstad (toim.) Työelämän tutkimusavusteinen

kehittäminen Suomessa, lähestymistapoja, menetelmiä, kokemuksia, tulevaisuuden haasteita. Tykes raportteja 53. 40–88. Helsinki.

Sainio P. & Voutilainen P. (2008): Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioimisen kehittäminen. Sairaanhoidaja 10/2008. 46.

Sariola J.P. & Meriläinen S. 1989. Vanhusten avopalvelutyön muutospaineet. Keskustelualoitteita nro 8. Joensuuun yliopisto. Yhteiskuntapolitiikka ja sosiologia.

Sarvi A. 2004. Hoitotyöntekijöiden voimavarat kotisairaanhoidossa ja yhdistetyssä kotihoidossa. Stakes aiheita 9/2004.

Schoot.t, Proot I, Legius M, ter Meulen ja de Witte L (2006): Client-Centred Home Care: Balancing between Competing Responsibilities. Clinical Nursing Research 15. pp 231-254.

Seiskari R. 1998. Hoitotyö yhdistyneen sosiaali- ja terveystoimen kotihoidossa. Teoksessa Parviainen T. & Pelkonen M. (toim.) Yhteisöllisyys – avain parempaan terveyteen, työvälineitä hoitotyöhön. Stakes raportteja 217. 149–160.

Senge P. 1994. The Fifth Discipline Fieldbook: The Art and Practice of the Learning Organization, Doubleday. New York.

Siivola U. 1985. Terveyssisar kansanterveystyössä. SHKS. Porvoo: WSOY.

Silen-Lipponen M., Tossavainen K. & Turunen H. 2004. Käsiteanalyysi tiimistä – sovelluksena leikkaushoitotyön tiimi. Hoitotiede 2004. 16(4). 188–200.

Silvasti T. 2000. Kotitalo, kotitalo ja luopuminen. Janus, Vol. 8 (3) 2000. 231–248.

Silverman D. 1993. Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction. Sage Publication Ltd. London.

Simoila R. 1994. Tervetystyön kehitys, ristiriidat ja työorientaatiot. Stakesin tutkimuksia 48. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Simula T. 2000. Innovatiivisten hankkeiden toimintakäytännöt. Teoksessa Vartiainen M., Pirskanen S., Palva A. & Simula T. (toim.) Tiimiprojektien vaikutukset ja onnistuminen. Kansallinen työelämän kehittämishanke. Raportteja 10. 107–160.

Sinervo T. 2000. Work in Care for the Elderly. Combining Theories of Job Design, Stress, Information Processing and Organizational Cultures. Stakes. Research Report 109.

Sinervo T. 2001. Takana muutosten ja laman aika, edessä uudet haasteet. Teoksessa Aaltio A., Lifländer T. & Rouhiainen N. (toim.) Edessä uudet haasteet – kokemuksia sosiaali- ja terveysalan kehittämishankkeista. Työelämän kehittämishanke. Raportteja 17. 5–10.

Sinervo T. 2004. Henkilöstön hyvinvointi, muutoksen toteutuminen ja hoidon laatu. Teoksessa Hoitotyön vuosikirja 2004. 97–103. Helsinki: Tammi.

Sipilä R., Ketola E., Tala T.& Kumpusalo E. 2008. Facilitating as a Guidelines Implementation Tool to Target Resources for High Risk Patients. Journal of Interprofessional Care. Vol 22(1). pp 31-44.

Snodgrass M. 1999. Historical Encyclopedis of Nursing, ABC-Clio. Oxford. England.

- Stringer E. 1999. Action Research, 2nd ed. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Sorvettula M. 1998. Johdatus suomalaisen hoitotyön historiaan. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Jyväskylä. Gummeruksen kirjapaino Oy.
- Sosiaalihallitus 1983: Kotipalvelut ja niiden kehittäminen. Työryhmäraportti. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003. Julkaisuja 1999.16.
- Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010 – kohti sosiaalisesti kestävää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001.3.
- Soukop M., Robinson A., Soukop D., Ingmar-Clark C.L. & Kelly M.J. 2007. Results of a Survey of the Role of Multidisciplinary Team Coordinators for Colorectal Cancer in England and Wales. *Colorectal Disease*. Vol 9(2). Pp 146-150.
- Sprigg C., Jackson P. & Parker S. 2000. Production teamwork: The importance of interdependence and autonomy for employee strain and satisfaction. *Human Relations* 2000, Vol. 53(11). pp 1519–1543.
- Stuart M. & Weinrich M. 2001. Home- and Community-Based Long-Term Care, Lessons From Denmark. *Gerontologist* 41. pp 474–480.
- Stuck A., Egger M., Hammer A., Minder C. & Beck J. 2002. Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People. Systematic Review and Meta-regression Analysis. *JAMA*. 2/27. Vol 287 (8). pp 1022–1028.
- Suonsivu K. 2003. Kun mikään ei riitä. *Acta Universitatis Tamperensis* 926, Tampereen yliopisto. Hallintotieteiden laitos.
- Suddick K. & De Souza L. 2007. Therapists' Experiences and Perceptions of Teamwork in Neurological Rehabilitation: Critical happening in Effective and Ineffective teamwork. *Journal of Interprofessional Care*. Vol 21 (6) pp 669-686.
- Susman G.I & Evered R.D. 1978. An Assessment of the Scientific Merits of Action Research. *Administrative Science Quarterly* 23. pp 582–603.
- Syrjälä L., Ahonen S., Syrjäläinen E. & Saari. 1995. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Syvänen S. 2001. Vanhus- ja kehitysvammaisten palvelujen uudelleen organisointi ja kehittäminen Kestilän kunnassa. Teoksessa Aaltio A., Lifländer T. & Rouhiainen N. (toim.) Edessä uudet haasteet – kokemuksia sosiaali- ja terveysalan kehittämishankkeista. *Työelämän kehittämishojelma*. Raportteja 17. 25–39.
- Syvänen S. 2003. Työn paineet ja puuttumattomuuden kustannukset. *Acta Universitatis Tamperensis* 942. Tampereen yliopisto.
- Taavitsainen H. 2007. Globalisaatio ravistlee kuntarakenteita ja muovaa alueita metropoleiksi. Teoksessa Horttanainen E. & Salo R. (toim) 2007. *Kunnat ja globalisaatio*. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Taival A. 1998. The Older Person's Adaptation and the Promotion of Adaptation in Home Nursing Care. *Acta Universitatis Tamperensis* 589. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

- Tamiya N., Yamaoka K. & Yano E. 2002. Use of Home Health Services Covered by New Public Long-term Care Insurance in Japan: impact of the Presence and Kinship of Family Caregivers.
- Taylor R. & Sidneyr S. 1986. Home and Near-Home Territories. Teoksessa Altman I. & Werner C. (edit.) Home Environments. pp 183–212. University of Utah.
- Tedre S. 1993. Ammatillinen huolenpito vanhusten kotipalvelussa. Kahden naisen kohtaaminen yksityisen ja julkisen haaraalla rajalla, keskustelualoitteita. Joensuun yliopisto, Yhteiskuntapolitiikka ja sosiologia.
- Tedre S. 1998. Kodin ja julkisen avun muunnelmia. Janus, Sosiaalipoliikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti. 4/1999. pp 404–418.
- Tedre S. 1999. Hoivan sanattomat sopimukset. Tutkimus vanhusten kotipalvelun työntekijöiden työstä. Akateeminen väitöskirja. Joensuun yliopisto.
- Tenkanen R. 2003. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Acta universitatis Lapponiensis 62. Lapin yliopisto.
- Tenkanen R. 2004. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Gerontologia 1/2004. 32–34.
- Tepponen P. 2003. Yli 75-vuotiaiden kotihoitotilojen palvelujen toteutuminen päärakennuskokouksissa. Tutkimus Espoon, Helsingin ja Vantaan kaupungeissa. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto.
- Thylefors I, Persson O. & Hellström D. 2005. Team types, Perceived Efficiency and Team Climate in Swedish Cross-professional Teamwork. Journal of Interprofessional Care. Vol 19 (2). pp 102-114.
- Thome B., Dykes A-K., & Hallberg I. 2003. Home Care with Regard to Definition, Care Recipients, Content and Outcome: Systematic Literature Review. Journal of Clinical Nursing. Vol 12. pp 860-872.
- Tikkamäki K. 2006. Työn ja organisaation muutoksessa oppiminen. Etnografinen löytöretki työssä oppimiseen. Acta Electronica Universitatis Tanperensis; 534, Tampereen Yliopisto, Kasvatustieteiden laitos.
- Timpka T. 2000. The Patient and the Primary Care Team: a Small-Scale Critical Theory. Journal of Advanced Nursing. Vol 31 (3). Pp 558-564.
- Tiuraniemi J. 2004. Esimiestyö ja sosioemotionaaliset ongelmat työyhteisössä. Hallinnon tutkimus 23(3). 61-69.
- Toikko T. & Rantanen T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisperseSSIin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere University Press.
- Toulmin S. 1996. Concluding Metodological Reflections, Elitism and Democracy among the Sciences. Teoksessa Toulmin S. & Gustavsen B. 1996. (edit.) Beyond Theory, Changing Organizations through Participation. pp 203–225. Amsterdam. John Benjamins Publishing Company.
- Tse A., Iwaishi L., King C. & Harrigan R. 2006. A Collaborative Approach to Developing a Validated Competencebased Curriculum for Health Professional Students. Education for Health: Change in Learning & Practice. Vol 19 (3). pp 331-344.

- Tuomisto J. 1997. Työelämän uudet oppimisvaatimukset – lähtökohdat, haasteet ja ongelmat. Teoksessa Sallila P. & Tuomisto J. (toim.) Työn muutos ja oppiminen – Aikuiskasvatuksen 38. vuosikirja. Kansanvalistusseura ja Aikuiskasvatuksen Tutkimusseura. Jyväskylä.
- Tuomisto R. 1997. Kotisairaanhoidossa työskentelevän hoitajan työn sisältö ja työajan käyttö. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Törnvist L., Gardulf A. & Strender L-E. 2000. Patients' Satisfaction with the Care Given by District Nurses at Home and at Primary Health Care Centres. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 09/29/2000. Vol 14. (2).
- Vaarama M. 1992. Vanhusten palvelujen tavoitteet ja todellisuus. Katsaus vanhusväestön elinoloihin, palveluntarpeisiin ja sosiaali- ja terveyspalveluihin. Stakes. Raportteja 48.
- Vaarama M. 1995. Vanhusten hoivapalvelujen tuloksellisuus hyvinvoinnin tuotantomäkökulmasta. Yhteiskuntatieteen väitöskirja. Stakes, tutkimuksia 55/1995.
- Vaarama M., Arajarvi E., Kokko S., Kotilainen H., Noro A., Päivärinta E., Sinervo T. & Topo P. 1998. Katsaus vanhusten hoidon tilaan Suomessa. Stakes aiheita. 15/1998.
- Vaarama M. & Kutto M. 1999. Social Protection for the Elderly in Finland. Stakes.
- Valvanne J. 2003. Kotihoitaa voi tehostaa. Gerontologia 2/2003. 108–109.
- Vass M., Avlund K., Kvist K., Hendriksen C., Andersen C. & Keiding N. 2004. Structured Home Visits to Older people. Are they only of Benefit for Women? A Randomised Controlled Trial. Scandinavian Journal of Health Care. 22. pp 106–111.
- Vartiainen M. 2000. Ryhmä- ja tiimityö organisaatioinnovaatioiden muotoina. Teoksessa Vartiainen M., Pirskanen S., Palva A. & Simula T. (toim.) Tiimiprojektienvaikutukset ja onnistuminen. Kansallinen työelämän kehittämishallitus. Raportteja 10. 8–35.
- Vehviläinen M-R. 2002. Yksin vai yhdessä – miten tiimeissä jaksetaan? Kunta-alan ammattiliitto KTV. Työelämän kehittämisosaston tutkimuksia A1/2002.
- Vehviläinen-Julkunen K. 2007. Tieteen etiikka – kestävä ja uudistuvaa. Hoitotiede 2007/6. Vol. 19. pääkirjoitus.
- Walker G., Gibson H., Stanton N., Baber C., Salmon P. & Green D. 2006. Event Analysis of Systematic Teamwork (EAST): A Novel Integration of Ergonomics Methods to Analyse C4i Activity. Ergonomics. Vol 49 (12-13).pp1345-1369.
- Weidemann S. & Anderson J. 1986. A Conceptual Framework for Residential Satisfaction. Teoksessa Altman I. & Werner C. (edit.) Home Environments. 153–182. University of Utah.
- Viitala K. 1990A. Kohti tavoitteellista kotipalvelua. Kotipalvelutyön sisällön kehittämisprojektiin raportti 1. Sosiaalihallituksen julkaisuja 14/1990.
- Viitala K. 1990B. Kotipalvelu – työtä ihmisten kesken. Kotipalvelutyön sisällön kehittämisprojektiin raportti 2. Sosiaalihallituksen julkaisuja 18/1990.
- Vilkko A. 2000. Riittävästi koti. Janus, Sosiaalipoliikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti. 3/2000. 213–229.

- Vilkko A. 2001. Koti mielessä. Teoksessa Jarva V. & Korvela P. (toim.) Koti tieteiden risteyksessä, 110 vuotta kotitalousopettajien koulutusta. Helsingin yliopiston Kotitalous- ja käsityötieteiden laitoksen julkaisuja 9. 53–63.
- Vilkko A. 2006. Koti ja palveluasuminen lähemmäs toisiaan. Vanhustenhuollon uudet tuulet 3/2006.
- Voutilainen P. & Vaarama M. 2005. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Stakes raportteja 7/2005.
- Välikangas K. 2006. Kuntien toiminta ikääntyneiden kotona asumisen ja palvelujen kehittämisessä. Suomen ympäristö 21/2006. Ympäristöministeriö.
- Xyrichis A. & Ream E. 2007. Teamwork: a Concept Analysis. Journal of Advanced Nursing. Vol 61 (2). pp232-241.
- Åstedt-Kurki P. & Nieminen P. 1997. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Hoitotieteen tutkimusmetodiikka (1997). 152–163. Juva: WSOY.
- Övretveit J. 1995. Moniammatillisen yhteistyön opas. SHKS. Helsinki.

Internet-lähteet

- Fageström L. & Rauhala A. 2002. Finnhoitoisuus-hoitotyön benchmarking, Projektin loppuraportti, 2000-2002. www.Stakes.fi/info. Luettu 15.1.2009.
- Forsius A. Lahden avoterveydenhuollon vaiheita 1906-1988. www.saunalahti.fi/arnol_des/lah_avo2.html. Luettu 3.11.2008.
- Koivusalo M. & Hämäläinen R-M. 2009. Globalisaatio ja sosiaali- ja terveyspolitiikka. Nro 1. Tervyden ja Hyvinvoinnin laitos. <http://gaspp.stakes.fi> luettu 8.8.09.
- Kotihoidon hallintokokeilu 11.1.2006. Kunnat.net. kuntatiedon keskus. www.stakes.fi/tilastot
- Kunta-alan työolobarometri 2008. Työturvallisuuskeskus, kuntaryhmä 27.2.2009. <http://www.tyoturva.fi/files/700/Kuntabaro2008.pdf>.
- Janakkalan kunta 2001. www.Janakkala.fi, luettu 15.9.2005.
- Perälä M-L. 2006. Hoitotyön benchmarking. Terveyskeskusten johtavien hoitajien neuvottelupäivä Sosiaali- ja terveysministeriö, Kuntaliitto, Helsinki 10.10.2006. Luettu 23.1.2009.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. www.stakes.fi. Luettu 27.4 2005.
- Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestävää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://info.stakes.fi-strategia2015.pdf>. Luettu 1.9.2009.
- Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö 42/2004 vp. <http://www.eduskunta.fi>. luettu 16.7.2006.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsittelemisen. <http://www.tenk.fi/Julkaisut ja Ohjeet/htkfi.pdf>. Luettu 12.8.09.

Työolobarometri 2007. www.tem.fi. Luettu 15.8.2008.

Walsh M., Grant G. & Coleman Z. 2007. Action Research – a Necessary Complement to Traditional Health Science. An International Journal of Health care Philosophy and Policy, 11. 10. 2007. <http://helios.uta.fi:2071/content/nt53984111762025/fulltext.html>. luettu 15.5.2008

Wadsworth Y. 1998. What is Participatory Action research? Action research international, 11/1998. <http://www.scu.edu.au/schools/gcm/ar/ari/p-ywadsworth98.html> luettu 15.5.2008.

Julkaisemattomat lähteet

Kalleberg R. 1995. Action research as science and profession in the discipline of sociology, Painamaton konferenssiartikkeli.

Paappanen E. & Sanerma P. (2003): Kohoke-projekti, loppuraportti

Lait ja asetukset

L 66/Kansanterveyslaki 1972. www.finlex.fi. Luettu 15.5.2005.

L 220/ Laki kunnallisista terveyssisarista 1944. www.finlex.fi/fi/laki/smur/1944/?-end. Luettu 3.3.2008

L 270/Laki kotihoidoavusta 1966,
<http://www.stm.fi/resousce.phx/organs/stmhistoria.htx>luettu 3.3.2008

A 675/ Asetus kotihoidoavasta 1966,
<http://www.stm.fi/resousce.phx/organs/stmhistoria.htx>luettu 3.3.2008

L 651/ Laki yhteistoiminnasta virastoissa ja laitoksissa 1988.www.finlex.fi.luettu 15.5.2008

L 559/ Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä .1994.luettu 15.5.2008

L 677/Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta.1982.
<http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/vex3000>.luettu 3.3.2008.

L 710/ Sosiaalihuoltolaki 1983. www.finlex.fi. Luettu 15.5.2005.

L 725 Laki yhteistoiminnasta yrityksissä 1978.www.finlex.fi luettu 15.5.2005

HE 221/2004, 1428/2004, 142972004, Hallituksen esitys sosiaalihuoltolain ja kansanterveyslain muutoksesta

Sairausvakuutuslaki 1964. [http:// www.stm.fi/resource.phx/organs/stmhistoria.htx](http://www.stm.fi/resource.phx/organs/stmhistoria.htx). luettu 3.3.2008.

L (1428/2004) Laki sosiaalihuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta annetun lain voimaantulosäänöksen muuttamisesta. Luettu 25.1.2009.

L (1429/2004) Laki kansanterveyslain väliaikaisesta muuttamisesta annetun lain voimaantulosäädöksen muuttamisesta. Luettu 25.1.2009.

Liitteet

Liite 1

Väliarvointi joulukuussa 2000:

Hyvä kotihoidon työntekijä!

Kotihoidon kehittämiskoulutus jatkuu keväällä 2001. Voit vaikuttaa koulutuksen sisällön suunnittelun vastaanolla alla olevaan kahteen kysymykseen vapaamuotoisesti. Kaikki tiedämme, että arjen työ on usein kiireistä, mutta kouluttajille riittää vain muutamakin keskeisen asian kirjaaminen. Jokainen voi palauttaa vastauksensa henkilökohtaisesti suoraan kouluttajille osoitteella: Hämeen ammattikorkeakoulu, Anna-Riitta Mylläriinen, Lahdensivuntie 5, 13100 Hämeenlinna.

Palauta vastauslomake viimeistään 10.1.2002. Vastauksesi käsitellään luottamuksellisesti.

1. Mitä tiimillesi tänään kuuluu?

2. Mainitse kolme tärkeimmäksi kokemaasi kehittämiskohdetta kotihoidossamme.

Tarvittaessa käytä toistakin puolta, kiitos vastauksestasi!

Väliarvointi joulukuussa 2001

Hyvä kotihoidon työntekijä!

Kotihoidon kehittämisprosessi on kestänyt nyt puolitoista vuotta. Syksy 2001 on ollut monella tapaa poikkeuksellinen ja viimeinen koulutuskerta jouduttiin peruttamaan runsaiden poissaolojen ja työmääärän vuoksi. Usein on noussut esiin kotihoidon työntekijöiden jaksaminen ja kehittämistyön vaativuus. Kevään 2002 koulutussuunnittelua varten on hyvä saada tietoa jokaiselta työntekijältä henkilökohtaisesti, missä vaiheessa itse arvioi itsensä ja koko tiiminsä olevan kehittämistyössä. Jokainen voi palauttaa vastauksensa henkilökohtaisesti suoraan kouluttajalle: Hämeen ammattikorkeakoulu, Päivi Palmu, lahdensivuntie 5, 13100 Hämeenlinna.

Palauta vastauslomakkeesi viimeistään 8.1.2002 mennessä. vastauksesi käsitellään luottamuksellisesti. Tarvittaessa jatka vastaustasi paperin käänköpuolelle.

1. Mitä itsellesi ja tiimillesi tänään kuuluu?
 2. Mitä odotuksia sinulla on kevään koulutuksen sisällön suhteen?

Väliarvointi syksyllä 2002

Kohoke-projektiin arvointi syksyllä 2002

Tämän kyselyn tarkoituksesta on selvittää kokemuksia Kohoke-projektista tähän mennessä. Miettikää näitä kysymyksiä yhdessä tiimipalaverissanne. Vastauksenne ovat luottamuksellisia. Voitte palauttaa kyselyn postitse viimeistään lokakuun loppuun mennessä osoitteella:

Päivi Sanerma (ent. Palmu)
Iisakinkuja 3 as 1 , 37560 Lempäälä

Työkulttuuri

Yksi kohokkeen keskeisistä haasteista on ollut entisen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyminen uudeksi kotihoidoksi. Tämän kysymyksen tarkoitus on selvittää kokemuksianne tästä yhdistymisestä.

Miten olette kokeneet kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisen?
Mitä etuja ja mitä haittoja siinä on ollut?

Tiimityön kehittäminen

Tämän kysymyksen tarkoitus on selvittää kokemuksianne tiimityöstä.

Miten olette kehittäneet oman tiiminne toimintaa tähän mennessä?
Mitä teette työssänne eri tavalla kuin ennen? kertokaa käytännön esimerkkejä
Mitä muuta haluatte sanoa tiimityön kehittämisestä?

Tiimityön oppiminen

Tämän kysymyksen tarkoitus on selvittää kokemuksianne tiimityön oppimisesta

Mitä olette oppineet kehittämistyön aikana yhteistyöstä tiimissä? asiakkaista ja heidän hoitamisestaan?, oman työnne kehittämisestä, mitä muuta olette oppineet?

Työkyky

Tämän kysymyksen tarkoitus on selvittää, miten tiiminne työkyky on muuttunut projektin aikana.

Miten fyysisen/ henkinen työkykynne on muuttunut projektin aikana?

Tähän voit kirjoittaa oman työkykysi muuttumisesta projektin aikana

Miten työn muuttuminen viimeisen kahden vuoden aikana on vaikuttanut henkilökohtaisen työkykysti?

Mitä muuta haluat sanoa kehittämistyöstä tai siihen liittyvästä?

Kohoke-projektiin loppuarvionti keväällä 2005

Loppuarvointi tavoitteittain:

1. Kehittää kotisairaanhoidon ja kotipalvelun toimintatapoja yhteiseksi kotihoidoksi
2. Ikääntyvien työntekijöiden työkyvyn ylläpitäminen ja tukeminen
3. Tiimimäisen työskentelytavan oppiminen ja soveltaminen käytännön
asiakaslähtöiseen työhön
4. Ammatillisten valmiuksien lisääminen
5. Vanhusten kotona selviytymisen tukeminen

Liite 2

Tiedote tutkimuksesta

8.9.2003

Hyvä kotihoidon työntekijä. Kohoke-projektiin liittyvät loppuhaastattelut alkavat torstaina 18.9. Haastattelen kaikki Kohoke-projektissa mukana olleet työntekijät. Haastattelut alkavat koko kolme vuotta mukana olleista työntekijöistä Turengissa. Tämän jälkeen haastatellaan Tervakosken koko ajan mukana olleet työntekijät myöhemmin lähetettävän aikataulun mukaisesti. Lopuksi haastatellaan osan aikaa projektissa mukana olleet sekä projektin avainhenkilöt.

Haastattelujen tarkoituksesta on tarjota jokaiselle työntekijälle mahdollisuus henkilökohtaisesti ja luottamuksellisesti kertoa kokemuksiaan ja ajatuksiaan kehittämistyöhön liittyvistä asioita.

Tulen esittelemään haastattelujen tuloksia koko henkilöstölle ennen joulua erikseen sovittava ajankohtana. Silloin on mahdollisuus yhteiseen keskusteluun saaduista tuloksista. Tämän jälkeen voitte käyttää haastattelujen tuloksia kotihoidon kehittämistyöhön.

Haastattelujen tulokset raportoidaan myös kirjallisesti. Raportista ei voida tunnistaa ketään haastateltavaa eikä kenenkään yksittäisen henkilön mielipiteitä. Raportissa nostetaan esille haastateltavien esille tuomat keskeiset kehittämistyöhön liittyvät asiat.

Haastattelut liittyvät tutkimusaineiston tutkimushankkeeseen, jossa etsitään vastausta kysymykseen, miten kotihoitotyötä voidaan kehittää tiimityön avulla.

Syysterveisin Päivi Sanerma
puh. 050-5770540
E-mail: Sanerma@vip.fi

Liite 3

Teemahaastattelu

Taustatiedot

Ammatti, koulutus, aikaisempi työkokemus, kokemus kotihoidosta

1. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyminen kotihoidoksi

- yhdistyminen, muistele
- kokemuksesi yhdistymisestä, muutoksesta?
- miten odotukset/ pelot ovat toteutuneet?
- mitä aikaisemmasta kaipaat?
- mitkä tekijät ovat edistäneet yhdistymistä?
- mitkä tekijät ovat estäneet yhdistymistä?

2. Kulttuuri

- minkälainen on hyvä kotihoidon työntekijä sinun mielestäsi?
- miten koet johtamisen?
- miten koet päätöksenteon?
- miten koet omat vaikutusmahdollisuutesi?
- tiimien välinen vuorovaikutus?
- yhteistyökumppanit ja yhteistyö?

3. Tiimityö

- tiimin tavoitteet, päämääärät, pelisäännöt?
- työkäytäntöjen sujuvuus, työnjako?,
- ammattirootit?,
- vuorovaikutus, yhteenkuuluvuus?
- uudet ideat?
- yhteinen suunnittelu ja arvointi?
- konfliktien ratkaiseminen?
- hyvinvointi, ilmapiiri, terveys?

4. Tiimityön oppiminen

- asiakkaan hoitaminen?
- tieto ja osaamisalueet?
- yhteistyö hoitamisessa?
- moniammatillisuus, oma oppiminen ja kehittyminen ?
- mikä on edistänyt, mikä estääntytiimin oppimista?
- miten oppimistulokset näkyvät asiakkaan hoitamisessa?
- mitä koko kotihoidossa on opittu, arvioi projektin vaikutusta?

5. Kotihoitotyön kehittäminen

- kehittämistavoitteet, minkälainen on hyvä kotihoitotyö?
- onko tuloksiin päästy?
- minkälaiseksi haluaisit kotihoitota kehittää?
- kehittämiskäytännöt, mitä mieltä olet nykyisestä kehittämistoiminnasta?
- mitä muuta haluaisit sanoa?