

HELSINGIN KAUPUNGIN KOTIHOITOKOKEILUN LOPPUARVIOINTI

30.3.2009

VerveConsulting 

Hannele Kerosuo, FT
Vaula Haavisto, FT
Marjo Heikkinen, KM

Helsingin kaupungin kotihoitokokeilu

TIIVISTELMÄ

Helsingin kaupungin yhdistetty kotihoito käynnistyi 1.1.2005, jolloin sosiaaliviraston kotipalvelu ja terveyskeskuksen kotisairaanhoidon yhdistettiin kotihoito-osastoksi terveyskeskukseen. Uuden kotihoito-osaston toiminta perustui määrääkiksiin lainmuutoksiin ja sosiaali- ja terveysministeriön lupapäätökseen. Lupapäätöksen mukainen kokeiluaika oli 1.1.2005 – 31.12.2008. Luvan ehtona oli, että kokeilusta tuotetaan väli- ja loppuraportit sosiaali- ja terveysministeriölle. Sosiaali- ja terveysministeriö edellytti, että arvioinnissa kartoitetaan (1) asiakkaan kokemaa palvelujen laatua, (2) ammatillisen työn laatua, (3) johtamisen laatua, (4) sosiaali- ja terveystoimen välistä yhteistyötä, (5) palveluketjujen saumattomuutta (mukaan lukien tietosuojat) sekä (6) toiminnan vaikuttavuutta ja taloudellisuutta.

Muutoksen myötä aiemmin erillisissä organisaatioissa ja eri johdon alaisina toimineet kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät alkoivat toimia yhteisissä kotihoitoyksiköissä ja tuottaa yhdessä kotihoitopalveluita asiakkailleen. Asiakkaan luona käy yksi työntekijä, joka hoitaa asiakkaalle hänen palvelu- ja hoitosuunnitelmansa mukaisen hoidon ja toimenpiteet. Tiimien tehtävänä on organisoida eri ammattiryhmiä edustavien työntekijöiden käynnit kotona asiakkaan hoidon kannalta mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti. Työntekijöille ja esimiehille uusi toimintatapa on merkinnyt suurta oppimishaastetta.

Kotihoito-osastoa johtaa kotihoitoyksikön johtaja. Osasto koostuu viidestä kotihoitoyksikön johtajasta eli palvelualueesta. Palvelualueet puolestaan jakautuvat lähipalvelualueiksi, joita johtavat kotihoitoyksikön johtajat. Kullakin lähipalvelualueella on 2-3 tiimiä. Vuonna 2008 kotihoitoyksikön asiakkaita oli lähes 16 000 ja asiakaskäyntejä tehtiin yli 1,7 miljoonaa. Keskimääräinen käyntikustannus vuonna 2008 oli noin 52 euroa. Työntekijöitä kotihoitoyksikössä oli vuonna 2008 noin 1800. Kotihoito-osastolla on omat lääkärit, jotka hoitavat osan kotihoitoyksikön asiakkaita, muut ovat terveyskeskusten lääkäreiden hoidossa.

Kotihoitokokeilun loppuarvioinnin tarkoituksena on selvittää kotihoitokokeilun tuloksia ja seuraamuksia sekä erilaisten tilastollisten tunnuslukujen että kokemusten ja arvioiden avulla. Erilaiset kotihoitoyksikön toimintaa ja suoritteita kuvaavat tunnusluvut muodostavat keskenään vertailtavissa olevia sarjoja eri vuosien välillä. Asiakkaiden ja omaisten, työntekijöiden, johdon sekä erilaisten yhteistyökumppanien kokemukset ja arviot ovat kuvauksia muutoksesta, sen arvioiduista vaikutuksista ja kokeilulla saavutetun työtavan toimivuudesta. Arviointi tuottaa kuvauksen siitä, miten yhdistetty kotihoito on kyennyt vastaamaan asiakkaiden palvelutarpeisiin ja toimintaympäristön muutoksiin. Arvioinnilla selvitetään myös, miten toteutettu kokeilu on kyennyt tarttumaan meneillään oleviin kehitysuonteisiin ja mitä uusia, kotihoitoyksikön jatkokehittämisen kannalta tärkeitä haasteita kokeilun aikana on syntynyt. Arviointi suoritetaan kiinnittämällä huomiota erityisesti niihin arviointikohteisiin, jotka STM määritteli lupapäätöksessään.

Loppuarvioinnissa käytetyn aineiston muodostavat

1. kotihoidon toimintaa kuvaavat tilastot ja dokumentit vuosilta 2005-2008
2. avainhenkilöiden haastattelut (12 kpl)
3. kotihoidon asiakkaiden ja omaisten haastattelut (25 kpl)
4. kotihoidon työntekijän työpäivän havainnointi (5 kpl)
5. kotihoidon työntekijöille suunnattu Digium-kysely
6. kotihoitopäälliköiden, kotihoidon lääkärien ja palvelualuekohtaisesti toteutetut työntekijöiden arviointipaneelit (7 kpl).

Raportin luvussa 1 esitellään loppuarvioinnissa käytetty aineisto ja tutkimusmenetelmät. Luvuissa 2 ja 3 esitellään arvioinnin tulokset siten, että luku 2 kuvaa kotihoito-osaston toimintaa ja kehitystä tilastoaineiston valossa ja luvussa 3 painottuvat arviointia varten kerätyssä aineistossa esiintuodut arviot. Sekä luvun 2 että kaikkien luvun 3 alalukujen päätteeksi on lyhyt yhteenveto keskeisistä tuloksista. Raportti päättyy arvioinnin esiin nostamien kehittämiskohteiden esittelyyn (luku 4) ja johtopäätöksiin (luku 5).

Keskeiset tulokset

Kotihoidon yhdistäminen on merkinnyt rakenteiden uudistamista ja toimintakäytäntöjen uudelleen määrittelyä kaikilla kotihoito-organisaation tasoilla. Kahdesta erillisestä palvelumuodosta on saatu rakennettua yksi yhtenäinen kotihoito. Kotihoidon toiminta on tehostunut taloudellisesti yhdistetyn kotihoidon aikana: deflaatio yksikkökustannus (€/ käynti) on laskenut noin 6 % vuodesta 2005 vuoteen 2008. Samaan aikaan kun yksikkökustannus on saatu laskemaan, kotihoidon palvelutarjontaa on kyetty laajentamaan ja monipuolistamaan sisällöllisesti ja henkilöstön koulutus- ja osaamistasoa nostamaan.

Kotihoidon asiakaskunta on muuttunut aiempaa vaativammaksi. Kotihoidon käyntimäärät ovat kasvaneet yli 20 %. Palvelujen tuottamisessa keskeisenä haasteena on henkilöstövaje ja vaihtuvuus sekä uusien työntekijöiden ja sijaisten vaikea saatavuus. Henkilöstön työhyvinvoinnissa ja työkykyindeksissä ei työhyvinvointikyselyllä mitattuna ole tapahtunut suuria muutoksia yhdistetyn kotihoidon aikana. Henkilöstön sairauspoissaoloja kotihoidossa on varsin runsaasti, mutta poissaoloissa on nähtävissä hienoista vähenemistä. Kotihoito-osastolla on panostettu voimakkaasti toiminnan kehittämiseen. Hankkeita on toteutettu kaikissa eri yksiköissä ja ne ovat kohdistuneet monipuolisesti kotihoidon eri osa-alueisiin ja strategisesti tärkeisiin asioihin.

Asiakaskyselyjen mukaan asiakkaiden tyytyväisyys on säilynyt kotihoitokokeilun ajanjaksolla samalla tasolla: kaikkina vuosina asiakkaat ovat antaneet kotihoidon palveluille kouluarvosanaksi hyvän (8,2 – 8,3). Asiakkaiden ja omaisten haastattelut osoittavat, että kotihoidon palvelut eivät kuitenkaan kaikilta osin vastaa asiakkaiden tarpeita. Asiakkaiden haastatteluista löytyvät tyytymättömyyden ilmaukset liittyivät mm. työntekijöiden vaihtuvuuteen, tukipalveluihin, hoidon pinnallisuuteen, palvelu- ja hoitosuunnitelmien epäselvyyksiin ja tiedonkulkuun kotihoidon ja omaisten välillä. Kotihoidon toiminnan ja palvelujen kehittämisen kannalta asiakkaiden ilmaisemat tyytymättömyydet ovat keskeistä tietoa.

Kotihoidon ammatillisen työn laatuun ja johtamiseen on panostettu kokeiluajan-jaksolla paljon: kotihoidon työntekijämäärää on lisätty, henkilöstön ammatillista osaamista kasvatettu koulutuksella ja kotihoidon palvelujen sisältöä ja laatua on pyritty kehittämään erilaisilla kehittämishankkeilla. Kotihoidon omat lääkärit ovat olleet onnistunut ratkaisu. Arviointi tuo esille, että käytännön kotihoitotyössä ja sen johtamisessa on silti vielä paljon keskeneräisyyttä ja kehitettävää. Työntekijät toivat arvioinnissa esiin erityistä huolta asiakkaiden saaman palvelun laadusta ja omasta jaksamisestaan.

Sosiaali- ja terveystoimen välisten raja-aitojen madaltuminen on johtanut hedelmälliseen yhteistyöhön kaupungin useilla alueilla, mutta alueellista vaihtelua yhteistyön toteutumisessa on edelleen. Sosiaalityöntekijöiden määrä on myös niin pieni, että kotihoidon on vaikea saada riittävästi heidän palvelujaan. Sosiaalityön osaamiselle on tarvetta myös kotihoidon sisällä.

Sairaalan potilaan hoitoketju toimii aiempaa sujuvammin yhdistetyssä kotihoidossa, mutta yhteistyötä on kehitettävä erityisesti erikoissairaanhoidon kanssa. Lisäksi kotiuttamisessa ja toipilasvaiheessa tarvittaisiin sairaalan ja kotihoidon välistä yhteydenpitoa nykyistä aktiivisemmin. Muistisairaiden, päihde- ja mielenterveyspotilaiden palvelu- ja hoitoketjuissa on vielä kehitettävää. Kotihoidon palveluketjujen olennainen osa ovat erilaiset tukipalvelut. Niiden organisointi ja koordinointi ovat tänä päivänä merkittävä osa kotihoidon työtä. Ongelmallista on, että asiakkaan kotona käyvien tukipalveluja antavien henkilöiden lukumäärä nousee helposti suureksi. Kotihoidon yhdistämisen edellyttämän yhteisen asiakasrekisterin käytössä ei tullut esiin viitteitä asiakkaan tietosuojaa uhkaavista ongelmista. Sen sijaan työnteon sujuvuutta haittaavat sosiaaliviraston ja terveyskeskuksen eri tietojärjestelmät.

Loppuarvioinnin perusteella kotihoidon keskeisimmät kehittämiskohteet tulevaisuudessa liittyvät tiimityöskentelyyn, lähiesimiestyöhön, toimintatapojen yhtenäistämiseen, palvelu- ja hoitosuunnitelmiin toimintaa ohjaavina välineinä, tukipalvelujen kehittämiseen sekä asiakkaiden toimintakyvyn ja toimintamahdollisuuksien ylläpitoon ja edistämiseen.

Loppuarvioinnin perusteella kotihoidon yhdistäminen näyttää onnistuneelta ratkaisulta. Erillään toimineiden sosiaaliviraston kotipalvelun ja terveyskeskuksen kotisairaanhoidon koteihin tuottamien palvelujen päällekkäisyyksistä on päästy eroon ja kotihoidosta on saatu rakennettua yksi ja yhdenmukainen palvelumuoto. Kotihoidon asiakkaiden ollessa yhä huonokuntoisempia, sairaampia ja haastavampia kodeissa annettava palvelu on ammatillisesti yhä vaativampaa ja edellyttää monenlaisen osaamisen ja monenlaisten toimenpiteiden ja palvelujen yhteensovittamista. Myös kotihoidon sijoittaminen hallinnollisesti terveyskeskuksen alaisuuteen on perusteltua.

Sisällysluettelo

1	JOHDANTO: YHDISTETTY KOTIHOITO ARVIOINNIN KOHTEENA	7
1.1	KOTIHOITOKOKEILU JA SEN ARVIOINTI.....	7
1.2	TIEDONHANKINTAMENETELMÄT JA ARVIOINNIN TOTEUTUS	8
2	YHDISTETYN KOTIHOIDON KEHITYS VUOSINA 2005–2008.....	11
2.1	KOTIHOIDON YHDISTÄMISEN TAUSTA.....	11
2.2	YHDISTETYN KOTIHOITO-ORGANISAATION KÄYNNISTÄMINEN JA KOTIHOITO-OSASTON TOIMINNAN KEHITTÄMINEN VUOSINA 2005–2008.....	13
2.3	KOTIHOITO-OSASTON ORGANISAATIO, TOIMINTAPERIAATTEET JA PALVELUT 1.1.2005 ALKAEN	15
2.4	ASIAKASKUNNAN JA ASIAKASKÄYNTIEN KEHITYS 2005–2008	18
2.5	KOTIHOIDON HENKILÖSTÖN JA TOIMINNAN KEHITYS 2005–2008.....	21
2.6	KOULUTUS JA TOIMINNAN KEHITTÄMINEN KOTIHOITO-OSASTOLLA	25
2.7	YHTEENVETO LUVUSTA 2	28
3	KOTIHOITOKOKEILUN ARVIOINTI	30
3.1	ASIAKKAIDEN KOKEMA PALVELUJEN LAATU	30
3.1.1	<i>Kotihoidon asiakastyytyväisyyskyselyn tulokset vuosina 2005–2008.....</i>	<i>30</i>
3.1.2	<i>Asiakkailta tulleet valitukset.....</i>	<i>31</i>
3.1.3	<i>Asiakkaiden haastattelut</i>	<i>32</i>
3.1.4	<i>Yhteenveto asiakkaiden kokemasta palvelujen laadusta</i>	<i>38</i>
3.2	AMMATILLISEN TYÖN LAATU	39
3.2.1	<i>Arviointipaneeleissa esitetyt arviot ammatillisen työn laadusta ja kotihoidon toiminnasta.....</i>	<i>39</i>
3.2.2	<i>Työntekijöiden Digium-kyselyssä esittämät arviot ammatillisen työn laadusta</i>	<i>40</i>
3.2.3	<i>Kotihoidon lääkärin toiminta</i>	<i>44</i>
3.2.4	<i>Yhteenveto ammatillisen työn laadusta</i>	<i>46</i>
3.3	JOHTAMISEN LAATU.....	47
3.3.1	<i>Avainhenkilöhaastatteluissa esitetyt arviot johtamisen laadusta</i>	<i>47</i>
3.3.2	<i>Työntekijöiden arviot johtamisesta</i>	<i>48</i>
3.3.3	<i>Yhteenveto johtamisen laadusta</i>	<i>49</i>
3.4	SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMEN VÄLINEN YHTEISTYÖ.....	50
3.4.1	<i>Sosiaali- ja terveystoimen näkökulmat ja intressit kotihoidon palvelujen toteuttamisessa</i>	<i>50</i>
3.4.2	<i>Avainhenkilöhaastatteluissa esitetyt arviot sosiaali- ja terveystoimen välisestä yhteistyöstä.....</i>	<i>50</i>
3.4.3	<i>Työntekijöiden arviot sosiaali- ja terveystoimen yhteistyöstä</i>	<i>51</i>
3.4.4	<i>Yhteenveto sosiaali- ja terveystoimen välisestä yhteistyöstä.....</i>	<i>52</i>

3.5	PALVELUKETJUN SAUMATTOMUUS, MUKAAN LUKIEN TIETOSUOJA	53
3.5.1	<i>Palvelu- ja hoitoketjujen määrittely Helsingin sosiaali- ja terveystoimessa</i>	53
3.5.2	<i>Avainhenkilöhaastatteluissa esitetyt arviot palveluketjujen saumattomuudesta</i>	54
3.5.3	<i>Työntekijöiden arviot palveluketjujen saumattomuudesta ja tietosuojasta</i>	54
3.5.4	<i>Tietosuojasta esitetyt arviot</i>	55
3.5.5	<i>Yhteenveto palveluketjujen saumattomuudesta ja tietosuojasta</i>	56
3.6	TOIMINNAN TALOUDELLISUUS, TUOTTAVUUS JA KUSTANNUSVAIKUTTAVUUS	57
3.6.1	<i>Kotihoito-osaston kokonaiskustannukset 2005–2008 ja kokonaiskäyntimäärät</i>	57
3.6.2	<i>Oman työn kustannukset ja omat käynnit</i>	59
3.6.3	<i>Ostopalvelun (kotisairaanhoidon palvelut ja kotipalvelut) kustannukset ja käynnit</i>	62
3.6.4	<i>Yhteenveto toiminnan taloudellisuudesta</i>	63
4	KOTIHOIDON KEHITTÄMISKOHTEET	64
4.1	KOTIHOITOTYÖN MUUTOS	64
4.2	ARVIOINNISSA ESIIN TULLEET KEHITTÄMISKOHTEET	66
5	JOHTOPÄÄTÖKSET	71
5.1	YLEISET ARVIOT	71
5.2	KOTIHOIDON YHDISTÄMISELLÄ SAAVUTETUT EDUT SUHTEESSA ORGANISAATIOKOMITEAN ASETTAMIIN TAVOITTEISIIN.....	72

LÄHTEET

LIITTEET

1 JOHDANTO: YHDISTETTY KOTIHOITO ARVIOINNIN KOHTEENA

1.1 Kotihoitokokeilu ja sen arviointi

Helsingin kaupungin yhdistetty kotihoito käynnistyi 1.1.2005. Tuolloin sosiaaliviraston kotipalvelu ja terveyskeskuksen kotisairaanhoido yhdistettiin kotihoito-osastoksi terveyskeskukseen. Uuden kotihoito-osaston toiminta perustui määräaikaisiin lainmuutoksiin ja sosiaali- ja terveysministeriön lupapäätökseen. Väliaikaisella lainmuutoksella muutettiin sosiaalihuoltolakia (710/1982) ja kansanterveyslakia (66/1972) siten, että kunta voi kokeilla vanhusten sosiaalipalvelujen ja vanhuksia koskevan kansanterveystyön tehtävien yhdistämistä joko sosiaalihuollon toimielimen, kansanterveystyöstä vastaavan toimielimen taikka vanhusten sosiaali- ja terveyspalveluja varten perustettavan uuden toimielimen hoidettavaksi. Kokeilun tärkeimpänä tavoitteena olivat pysyvät parannukset kotihoidon palveluissa. Kokeilun tuli myös parantaa vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittamista ja edistää laadultaan hyvien palvelujen järjestämistä (HE 221/2004).

Lupapäätöksen mukainen kokeilu-aika oli 1.1.2005 – 31.12.2008. Luvan ehtona oli, että kokeilusta tuotetaan väli- ja loppuraportit sosiaali- ja terveysministeriölle. Sosiaali- ja terveysministeriö edellytti, että arvioinnissa kartoitetaan (1) asiakkaan kokemaa palvelujen laatua, (2) ammatillisen työn laatua, (3) johtamisen laatua, (4) sosiaali- ja terveystoimen välistä yhteistyötä, (5) palveluketjujen saumattomuutta (mukaan lukien tietosuojat) sekä (6) toiminnan vaikuttavuutta ja taloudellisuutta. Lisäksi arviointiin sisältyy kotihoidon esimiesten ja henkilökunnan kokemusten näkökulma.

Muutoksen myötä aiemmin erillisissä organisaatioissa ja eri johdon alaisina toimineet kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät alkoivat toimia yhteisissä kotihoidon tiimeissä ja tuottaa yhdessä kotihoitopalveluita asiakkailleen. Asiakkaan luona käy yksi työntekijä, joka hoitaa asiakkaalle hänen palvelu- ja hoitosuunnitelmansa mukaisen hoidon ja toimenpiteet. Tiimien tehtävänä on organisoida eri ammattiryhmiä edustavien työntekijöiden käynnit kotona asiakkaan hoidon kannalta mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti. Kotihoidon uuden toimintamallin luominen merkitsi paitsi suurta uuden organisaation rakentamistyötä, myös valtavaa oppimishaastetta sekä työntekijöille että esimiehille. Voidaan sanoa, että kokeilun myötä otettiin käyttöön uusi kotihoidon palvelukonsepti. Uudessa palvelukonseptissa tuotetaan kokonaisvaltaista kotihoitoa toimintatavalla, jossa keskeisiä tuottamista ohjaavia periaatteita ovat 1) vastuuhoidotajajärjestelmä, 2) moniammatilliset tiimit ja 3) hoitosuunnitelmat keskeisinä palvelua ohjaavina välineinä.

Kotihoitokokeilun loppuarvioinnin tarkoituksena on selvittää kotihoitokokeilun tuloksia ja seuraamuksia sekä erilaisten tilastollisten tunnuslukujen että kokemusten ja arvioiden avulla. Erilaiset kotihoidon toimintaa ja suoritteita kuvaavat tunnusluvut muodostavat keskenään vertailtavissa olevia sarjoja eri vuosien välillä. Asiakkaiden ja omaisten, työntekijöiden, johdon sekä erilaisten yhteistyökumppanien kokemukset ja arviot ovat kuvauksia muutoksesta, sen arvioiduista vaikutuksista ja kokeilulla saavutetun työtavan toimivuudesta. Arviointi tuottaa kuvauksen siitä, miten yhdistetty kotihoito on kyennyt vastaamaan asiakkaiden palvelutarpeisiin ja toimintaympäristön muutoksiin. Arvioinnilla selvitetään myös, miten toteutettu kokeilu on kyennyt tarttumaan meneillään oleviin kehitysjuonteisiin ja mitä uusia, kotihoitotoiminnan jatkokehittämisen kannalta tärkeitä haasteita kokeilun aikana on syntynyt.

Kotihoitokokeilun arvioinnissa keskeinen kysymys on, mihin kotihoidon toimintaa verrataan. Vertailevasta tutkimusasetelmasta kotihoidon, kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välillä ei ole kyse, sillä kotipalvelu ja kotisairaanhoido lakkautettiin toimintamuotoina kun uusi kotihoito aloitettiin. Toiminnan erilainen tilastointitapa kotipalvelua tuottaneen sosiaaliviraston ja kotisairaanhoido tuottaneen terveyskeskuksen välillä ei myöskään mahdollista nykyisen toiminnan vertailua vuotta 2005 edeltäneeseen aikaan. Helsingin kotihoidon vertaaminen muihin kaupunkeihin ei myöskään ole tarkoituksenmukaista, koska palvelujen tuottamisen tapa vaihtelee kaupungeittain.

Tässä arvioinnissa tarkastellaan millaisia palveluja kotihoito tarjoaa, miten se palvelut tuottaa ja millaisia arvioita eri toimijat yhdistetystä kotihoidosta esittävät. Toteutunutta toimintaa – sellaisena kuin se tilastotietojen ja eri toimijoiden esittämien arvioiden pohjalta näyttäytyy – verrataan niihin etuihin, joita kaupungin organisaatiokomitea esitti yhdistämisellä olevan. Arviointi suoritetaan kiinnittämällä huomiota erityisesti niihin arviointikohteisiin, jotka STM määritteli lupapäätöksessään.

Kotihoitokokeilun loppuarvioinnin toteuttaa ulkopuolinen arvioitsija. Tällöin arviointi ei puuredu kaikkiin niihin yksityiskohtiin, jotka toimijoilla itsellään on tiedossa eikä se sisällä kaikkea sitä yksityiskohtaista tietoa ja tulkintaa, jota kotihoidon toimijoilla itsellään on hallussa. Ulkopuolisen arvioitsijan keskeinen tehtävä on tuottaa riippumaton ja puolueeton arviointi. Tässä arvioinnissa kotihoito-osaston toimintaa kuvaavien mittareiden lisäksi samanarvoisena aineistona käytetään kyselyssä ja haastatteluissa saatuja arvioita kotihoitokokeilun onnistuneisuudesta ja kotihoitotoiminnan laadusta.

1.2 Tiedonhankintamenetelmät ja arvioinnin toteutus

Kotihoitotoiminnan arvioinnin tutkimusmenetelmä perustuu antropologian piirissä kehitettyihin kenttätutkimusmenetelmiin (Hammersley & Atkinson, 2007). Kotihoitotoiminnasta hankitaan tietoa haastattelujen, havainnoinnin, kartoituksen ja toimintaa kuvaavien dokumenttien ja tilastojen avulla.

Arvioinnissa käytetty aineisto, analyysimenetelmät ja se, mihin arvioinnin kysymykseen aineistolla haetaan vastausta, on kuvattu taulukossa 1. Tarkempi kuvaus kerätystä aineistosta on liitteessä 1.

Loppuarviointia varten kerättiin suhteellisen laaja *avainhenkilöiden haastatteluaineisto*. Johdon ja kotihoidon yhteistyökumppanien edustajia haastateltiin yhteensä 12 kappaletta (lista haastatelluista liitteessä 1). Haastattelut toteutettiin avoimina teemahaastatteluina, joissa haastateltavat tuottivat vapaamuotoisesti tietoa tutkijan etukäteen muodostamista teemoista (Holstein & Gubrium, 1997). Kultakin asiantuntijalta kysyttiin erityisesti hänen asiantuntemusalueestaan suhteessa kotihoitoon. Lisäksi haastateltavat saivat tuoda esiin itse tärkeiksi kokemiinsa teemoja. Suurin osa haastatteluista oli noin tunnin mittaisia, osa kesti kaksikin tuntia. Haastattelut tallennettiin digitaalisella nauhurilla ja kirjoitettiin yhteenvedoiksi analyysia varten. Tiettyyn teemaan liittyvät vastaukset kerättiin yhteen ja koottiin kuva siitä, miten kotihoito nyky muodossaan kykenee vastaamaan asiakkaiden palvelutarpeisiin, millaisia haasteita siinä on ja millaisia vaikutuksia ja seuraamuksia haastateltavat näkevät kotihoitokokeilulla olevan. Analyysissa kiinnitettiin huomioita yleisiin ja tyypillisiin vastauksiin, mutta myös toisista vastauksista poikkeaviin tapoihin tarkastella asiaa. Näin ollen esimerkiksi haastateltavien esittämät täysin vastakkaiset arviot kotihoitokokeilun vaikutuksista on tuotu raportissa

esiin. Koska keskityimme tarkastelemaan *millaisia* erilaisia käsityksiä ja arvioita eri toimijoilla on kotihoidon toiminnasta, erilaisten käsitysten ja arvioiden määrällistä esiintymistä avainhenkilöiden haastatteluissa ei laskettu.

Asiakkaiden haastatteluja tehtiin 25 kappaletta, viisi jokaisessa kotihoitoyksikössä. Asiakkaiden haastattelut tehtiin asiakkaan kotona ja ne kestivät 1-2 tuntia. Osassa haastatteluja oli läsnä myös omainen. Haastateltavien valintakriteerit sekä haastattelujen ja analyysin toteutus kuvataan tarkemmin asiakkaan kokemaa palvelun laatua kuvaavassa luvussa 3.1. Asiakkaiden haastatteluista etsittiin kehittämishaasteiden tunnistamisen kannalta tärkeitä asiakkaiden esittämiä tyytymättömyyden ilmaisuja. Ilmaisut jaoteltiin aineiston pohjalta syntyviin kategorioihin ja laskettiin tyytymättömyyden ilmaisujen frekvenssit.

Käytännön kotihoitotoiminnan toteutumista seurattiin *havainnoimalla* viiden työntekijän toimintaa asiakkaiden luona, kutakin yhden työpäivän ajan. Kyseessä oli ns. toimintaan osallistumaton havainnointi (Atkinson & Hammersley, 1994). Kehittämiskonsultti seurasi havainnoitavaa toimintaa häiritsemättä ja puuttumatta sen kulkuun ja sisältöön. Konsultti kirjasi ylös havaintojaan kenttämuistiinpanoihin. Asiakkaille tarjoutui usein mahdollisuus kommentoida hoitoaan konsultille toimenpiteiden lomassa. Myös keskustelut havainnoinnin kohteena olevan työntekijän kanssa antoivat kehittämiskonsultille tärkeää tietoa kotihoidon työkäytännöistä ja henkilökunnan ajatuksista. Havainnoinnin perusteella saatiin taustoittavaa tietoa kotihoitotoiminnasta, sen haasteista, ongelmista ja häiriötekijöistä sekä hyviksi havaituista käytännöistä.

Henkilöstölle suunnattu kartoitus toteutettiin *digium-kyselynä*. Tarkempi kuvaus kyselyn toteuttamisesta on luvussa 3.2.2. Kyselyyn vastasi noin 30 % kotihoidon työntekijöistä. Digium-ohjelmaan sisältyi tilastollinen analyysi monivalintakysymyksistä. Kyselyyn sisältyneet avoimet vastaukset analysoitiin sisällönanalyysin avulla.

Henkilökunnan ja lähiesimiesten edustajille pidetyt *arviointipaneelit* olivat keskeinen osa arviointiprosessia. Jokaiselle viidelle kotihoitoyksikölle pidettiin oma arviointipaneeli, johon osallistui 15 sellaista työntekijää ja kotihoidon ohjaajaa, joilla oli kokemusta jo kotihoidon yhdistämisestä edeltävästä ajasta. Lisäksi kotihoitopäälliköille ja kotihoidon lääkäreille pidettiin omat arviointipaneelinsa. Arviointipaneelissa käytiin keskustelua kehittämiskonsulttien laatiman aineiston pohjalta. Aineisto sisälsi kuvauksen työntekijän päivästä ja valikoituja otteita asiakkaiden haastatteluista. Yhtäältä arviointipaneelit toimivat ryhmähaastatteluna, jotka tuottivat lisää näkökulmia ja kokemuksia kotihoitokokeilun tuloksista ja uuden toimintatavan toimivuudesta. Toisaalta paneelit johdattivat osallistujat vertailemaan keskenään eri lähialueiden toimintatapoja, pohtimaan, millaisessa palvelujen ja asiakkaiden tarpeiden muuttamisessa parhaillaan toimitaan sekä arvioimaan, miten kotihoitotoimintaa tulisi jatkossa kehittää. Kolmanneksi arviointipaneelit tarjosivat myös arvioitsijalle mahdollisuuden testata omia alustavia tulkintojaan ja varmistaa sitä kautta johtopäätösten ja arviointitulosten luotettavuutta.

Hedelmällisenä ratkaisuna arviointitutkimuksissa on nähty ns. yhdistelmämetodinen lähestymistapa, jossa tehdään sekä kvantitatiivisia että laadullisia tarkasteluja ja tarkastellaan niitä toisiinsa suhteuttaen (Ikonen-Varila & al. 2009). Tärkeä havainto yhdistelmämetodisissa tutkimuksissa on ollut, että eri tutkimusmenetelmillä saadaan selkeästi erilaista, osin jopa keskenään ristiriitaistakin tietoa. Keskenään ristiriitainen tieto ei näin ollen kerro tutkimuksen virheellisyydestä tai epäonnistumisesta, vaan pikemminkin siitä, että eri tutkimusaineistoilla ja –menetelmillä saavutetaan eri näkökulmia asiaan.

Kotihoitokokeilun loppuarviointi sisältää erityyppisiä aineistoja, joiden luotettavuutta ja yleistettävyyttä voidaan arvioida. Tilastot ja tunnusluvut kuvaavat numeerisesti kotihoidon toimintaa. Niitä voidaan pitää toimintaa kuvaavana faktatietona, mutta niidenkin pohjalla on ihmisten ilmoittavat tiedot ja tulkinnat. Esimerkiksi jo pelkästään se, miten eri työntekijät kirjaavat käyntejään asiakkaiden kotona vaihtelee ja sitä kautta myös erilaiset käyntimääriin pohjaavat taloudelliset tunnusluvut vaihtelevat. Digium-kyselyn osalta vastausprosentti jäi varsin pieneksi, mikä johtaa pohtimaan edustavatko vastaajat jotain tiettyä henkilöstön osaa ja miten tämä voisi vaikuttaa tuloksiin. Kyselyn luotettavuudesta tarkemmin luvussa 3.2.2. Haastattelut asiakkaat valittiin harkinnanvaraisesti edustamaan jo etukäteen tyytyväisiksi tai kriittisiksi oletettuja asiakkaita. Rava-indeksiensä perusteella asiakkaat edustavat hoitoisuudeltaan asiakaskunnan keskiarvoa. Asiakkaiden haastattelujen ja digium-kyselyn avovastausten analysoinnissa aineiston havaittiin kylläntyvän, mikä kertoo siitä, että aineiston määrän kasvattaminen ei enää lisäisi aineiston tuottamaa tietoa. Avainhenkilöiden osalta haastateltavien harkinnanvarainen valinta tähtäsi siihen, että STM:n edellyttämän arvioinnin kannalta olennaisista asioista saataisiin tietoa. Avainhenkilöiden haastatteluilla ei tähdätty minkäänlaiseen yleistettävyyteen, vaan haluttiin kuulla haastateltavien työtehtäviensä ja asiantuntemuksensa perusteella antamia arvioita yhdistetystä kotihoidosta. Loppuarviointi pyrkii tuottamaan paikallista, systemaattista ja kriittistä tietoa Helsingin kaupungin yhdistetystä kotihoidosta, vaikkei tähtääkään tilastollisiin todennäköisyyksiin tai tilastolliseen yleistettävyyteen.

Taulukko 1. Arvioinnin kohde, käytetty aineisto ja analyysimenetelmä.

STM:n edellyttämät arvioinnin kohteet	Käytetty aineisto	Analyysimenetelmä
Asiakkaan kokema palvelun laatu	Tilastoaineisto: asiakaskyselyt 2005-2008 Asiakashaastattelut	Tilastojen tulkinta Sisällönanalyysi: tyytymättömyyskategoriat
Ammatillisen työn laatu	Tilastoaineisto: koulutus ja työn kehittäminen; työntekijöitä ja vakansseja koskevat tunnusluvut Digium-kysely henkilökunnalle Havainnointi Arviointipaneelit	Tilastojen tulkinta Tilastollinen ja laadullinen analyysi Sisällönanalyysi
Johtamisen laatu	Avainhenkilöhaastattelut Digium-kysely: esimiestyötä koskeva kysymys ja avoimet vastaukset Arviointipaneelit	Sisällönanalyysi Sisällönanalyysi Sisällönanalyysi
Sosiaali- ja terveystoimen välinen yhteistyö	Avainhenkilöhaastattelut Digium-kysely: yhteistyötä sosiaaliviraston kanssa koskeva kysymys ja avoimet vastaukset Arviointipaneelit	Sisällönanalyysi Sisällönanalyysi Sisällönanalyysi
Palveluketjujen saumattomuus	Avainhenkilöhaastattelut Arviointipaneelit Digium-kysely: asiakkaan kotiuttamista koskevat kysymys ja avoimet vastaukset	Sisällönanalyysi Sisällönanalyysi Sisällönanalyysi
Toiminnan vaikuttavuus ja taloudellisuus	Taloudelliset tunnusluvut	Taloudellisten tunnuslukujen arviointi
Henkilökunnan ja esimiesten näkökulma	Työhyvinvointikysely Digium-kysely Arviointipaneelit Havainnointi	Tilastojen tulkinta Sisällönanalyysi Sisällönanalyysi

2 YHDISTETYN KOTIHOIDON KEHITYS VUOSINA 2005–2008

2.1 Kotihoidon yhdistämisen tausta

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisen päämotiivina ja tavoitteena oli poistaa päällekkäisen työn tekeminen kotipalvelussa ja -sairaanhoidossa ja sitä kautta lisätä kotihoidon taloudellista ja laadukasta toteuttamista. Kotihoidon lisäämisen tarve liittyi kotihoidon palvelutarpeiden kasvuun väestön ikääntymisen myötä. Yli 75-vuotiaiden osuus väestöstä oli 6,4 % vuonna 2004 ja luvun ennustettiin kasvavan niin, että yli 75-vuotiaiden osuus on 10,7 % väestöstä vuonna 2030 (Kauppinen ja Säkkinen, 2004). Kotihoidon palvelujen lisääntynyt tarve liittyy myös pyrkimykseen vähentää Helsingille tyypillistä yli 75 -vuotiaiden laitostasumista. Helsingin vanhuspalveluohjelmassa vuosille 2004–2005 asetettiin tavoitteeksi vähentää laitostasusta pitkäaikaishoitoa ja samalla tehostaa kotihoitoa. Vuoden 2002 lopussa pitkäaikaisessa laitoshoidossa ja palveluasunnoissa olevien yli 75-vuotiaiden osuus ikäryhmän väestöstä oli Helsingissä selvästi suurempi kuin koko maassa keskimäärin. Palveluntarvetta kotona asuvien osalta lisäävät erilaiset ikään liittyvät toimintakyvyn rajoitteet. Vaikka iäkkäiden toimintakyky on kohentunut viime vuosikymmenien aikana, tarvitaan apua päivittäisissä toiminnoissa kotona asumisen tukemiseksi. Lisäksi aiempaa varhaisempi kotiuttaminen sairaalahoitosta lisäsi kotihoidon palvelutarpeita.

Helsingin vanhuspalvelujen toteuttamiseen kohdistui myös taloudellisen tehostamisen vaatimuksia. Erityisesti kotihoidon yhdistämisen vaiheessa viiden suurimman kaupungin vertailussa havaittiin, että Helsingin kustannukset ovat korkeat verrattuina muihin isoihin kaupunkeihin. Yhdistämisen yhdeksi tavoitteeksi tulikin palvelujen määrän säilyttäminen vähintään vuoden 2004 tasolla, mutta niiden tuottaminen pienemmillä kustannuksilla.

Helsingin kaupungin yhdistetyn kotihoidon kokeilua edelsivät lukuisat selvitykset ja kokeilut. Vuosina 2000–2004 toteutettiin sosiaaliviraston ja terveystieteiden yhteinen, laaja vanhuspalveluprojekti (VAPRO). Kotihoidon kehittämishankkeiden alkukartoituksena tehtiin perusteellinen asiakaskysely (Itkonen, Kiviharju-Rissanen, Tolkki & Valvanne 2002). VAPRO:ssa oli useita hankkeita, joissa kehitettiin mm. kotiutumista sairaalasta kotihoitoon, kotihoidon henkilöstön osaamista, palvelulogistiikkaa ja ehkäiseviä kotikäyntejä. VAPRO valmisteli myös sosiaaliviraston ja terveystieteiden yhteisiä kehittämishankkeita, muun muassa dementiahoidon kehittämishankkeen (Valvanne ja Rautio 2002), omaishoidon tuen kehittämishankkeen (Tolkki ym. 2002), vanhusten päivätoiminnan ja päiväsaaralatoiminnan kehittämishankkeen (Tolkki ym. 2002) sekä laitoshoidon kehittämishankkeen (Valvanne ym. 2002). Lisäksi VAPRO valmisteli Helsingin vanhuspalveluohjelman vuosille 2004–2005.

Koillisen kotihoitokeskuksen (KOHO) kokeilussa kehitettiin yhdistettyä kotihoitoa vuosina 2001–2004. Sosiaali- ja terveystoimiin kuuluvat kotipalvelu ja kotisairaanhoidon toiminnot kehitettiin yhdistettynä organisaationa. Läntisen terveystieteiden keskuksen toteuttamassa Tehostetun kotihoidon projektissa kehitettiin yhdistettyä tehostettua kotihoitoa (TEHKO). Edellisten lisäksi toteutettiin kehittämissuunnitelmat myös muissa suurpiireissä. Kehittämissuunnitelmien suunta-aviivat oli asetettu kotihoidon kehittämisselvityksen (Eskola & Valvanne 2000) pohjalta.

Kehittämistoiminnan tuloksia arvioitaessa todettiin, että samanaikaisesti toteutetuista alueellisista projekteista Koillisen kotihoitokeskuksen projekti (KOHO) pystyi parhaiten toteutta-

maan ne edut, mitkä syntyivät, kun kotipalvelu ja – sairaanhoito yhdistettiin organisatorisesti saman johdon alaisuuteen. Kokeilujen keskeisin johtopäätös oli, että asiakkaan kannalta tehokkain kotihoito toteutuu yhden linjajohdon alaisuudessa. Toiminta on tällöin keskitetysti johdettua, tiimit ovat yhteiset, ja lääkäriyöpanos saadaan kohdennettua oikea-aikaisesti asiakkaille. Projektin arvioitsijat suosittelivat kotihoidon yhdistämistä. Yhdistetyn kotihoidon kokeilu päädyttiin sijoittamaan terveyskeskuksen alaisuuteen. Päätöstä perusteltiin sillä, että Helsingissä hoidetaan entistä sairaampia asiakkaita kotona ja kotihoidosta pitää löytyä aiempaa enemmän ihmisen terveyden ja sairauden asiantuntemusta.

Helsingin kaupunginhallituksen vuonna 2003 asettama organisaatiokomitea valmisteli yhdistetyn kotihoidon kokeilua osana kaupungin kaikkien hallintokuntien organisaatioiden arviointia. Toimikunnan ehdotus yhdistetyn kotihoitokokeilun organisaatioista ja toiminnasta pohjautui suurelta osin Koillisen kotihoitokeskuksen (KOHO) projektin tuloksena syntyneeseen malliin. Organisaatiokomitea piti myös parhaana vaihtoehtona sijoittaa yhdistetty kotihoito terveyskeskuksen alaisuuteen. Organisaatiokomitea kirjasi yhdistymiselle seuraavat edut:

1. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun välisen koordinoinnin oleellinen tehostuminen, mikä näkyisi erityisesti samaan asiakkaaseen kohdistuvien toimenpiteiden ja kotikäyntien parempana yhteensovittamisena.
2. Suuremmasta yksikkökoosta seuraava taloudellisuuden lisääntyminen; tämä näkyisi esimerkiksi työaikajärjestelyissä, sijaisuuksien hoidossa ja henkilöstön hankinnassa.
3. Resurssien joustavampi käyttö; mahdollisuus siirtää resursseja tehokkaasti alueelta toiselle ja reagoida nopeasti muuttuviin tarpeisiin.
4. Yhteisen johdon alaisuudessa kotihoitopalvelujen alueellista toimipisteverkkoa ja sisäistä työnjakoa voitaisiin kehittää toiminnan oman logiikan ja vaatimusten mukaisesti mahdollisimman tehokkaaksi.
5. Kotihoitopalvelut muodostavat sosiaali- ja terveystoimen sisällä oman osaamisen alueensa; tämän ansiosta henkilöstön ja menetelmien kehittämistä voitaisiin tehostaa.
6. Kotihoitopalvelujen oma ja nykyistä itsenäisempi vastuualue olisi myös omiaan vahvistamaan henkilöstön palveluidentiteettiä ja työn arvostusta sekä parantamaan työvoiman saatuutta.

Organisaatiokomitean mietinnön mukaan kotihoidon sijoittumisessa terveysvirastoon olisi seuraavat edut:

1. Kotihoidon kuuluminen samaan virastoon sairaalatoiminnan kanssa vahvistaisi toimintojen välistä koordinointia, mikä edistäisi potilaiden sijoittumista sairaalasta koteihinsa.
2. Vaihtoehto mahdollistaisi lääkärin yhteiskäytön terveyskeskussairaaloissa ja kotihoidossa, mikä myös edistäisi lääkäriyövoiman saantia.
3. Terveysvirastossa toiminta ei olisi osa vanhustenhoito-organisaatiota, jolloin työikäisten, nuorten ja lapsipotilaiden hoito ei aiheuttaisi erityisjärjestelyjä.
4. Sairaus on entistä useammin kotihoidon tarpeen syynä.

2.2 Yhdistetyn kotihoito-organisaation käynnistäminen ja kotihoito-osaston toiminnan kehittäminen vuosina 2005–2008

Kotihoito-osaston toimeenpanoa suunnitteli Helsingissä viisi työryhmää. Työryhmät olivat: 1) toimitilojen suunnittelun työryhmä, 2) henkilöstöressurssien siirtoa suunnitteleva työryhmä, 3) ruotsinkielisten palvelujen työryhmä, 4) yökotihoidon suunnittelun työryhmä sekä 5) asiakastietojärjestelmän (Pegasos) käytön laajentamista suunnitteleva työryhmä. Työryhmissä oli sekä sosiaaliviraston että terveyskeskuksen edustus.

Kotihoito-organisaation kehittäminen merkitsi kotihoito-toiminnan konseptin uudelleen rakentamista niin, että siirryttiin toimenpiteiden suorittamisesta kotihoidossa laaja-alaiseen asiakaspalveluun. Suurimmaksi haasteeksi muodostui kahden erilaisen toimintakulttuurin yhdistäminen ja sen muutoksen johtaminen. Yhdistäminen toteutettiin tilanteessa, jossa sekä sosiaaliviraston että terveyskeskuksen alueellinen organisaatiomalli purettiin. Kotihoito-organisaation kehittäminen sosiaali- ja terveystoimen muutostilanteessa merkitsi panostusta yhteistyörakenteiden ja verkostojen luomiseen keskeisten yhteistyökumppaneiden kanssa. Kotihoidon kehittämisen edetessä lisähaasteeksi muodostui se, että kotihoidon ja kotisairaanhoidon toiminnoissa oli suuria alueellisia eroja.

Kotihoito-osaston toiminta käynnistyi henkilöstön siirroilla kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta ja sen jälkeen osaston johdon valinnoilla. Kotihoito-osaston johtajan virka oli ulkoisessa haussa. Viisi kotihoitopäällikön virkaa ja kotihoidon ohjaajien 59 virkaa täytettiin sisäisen ilmoittautumismenettelyn avulla sosiaaliviraston ja terveyskeskuksen esimiehistä. Esimiestehtävät täytettiin kokeilulain voimassaoloajaksi 31.12.2008 asti. Kotihoito-osaston kehittäminen eteni johtamisrakenteiden ja tukirakenteiden muodostamisella kotihoitotoimintaan vuosina 2005 ja 2006. Vuoden 2006 loppuun mennessä toiminta alkoi vakiintua sekä rakenteiden että käytäntöjen osalta. Johtamisjärjestelmän rakentaminen merkitsi valtavaa haastetta, koska toiminnan johtamisen välineet ja koko toiminnan ohjeistus piti uudistaa käytännön työn tasolle saakka.

Kotihoidossa otettiin käyttöön tiimimäinen organisaatorakenne, koska moniammatillisesti koottu tiimi pystyy parhaiten palvelemaan kotihoidon asiakaskuntaa. Tiimien toiminnan kehittäminen oli haaste sekä lähiesimiestyölle että kotihoitoa toteuttaville työntekijöille. Työterveyshuolto tarjosi kotihoito-osaston esimiehille tukea organisaatiomuutoksen ja erilaisten toimintakulttuurien yhdistämisessä. Toiminnan syvälinen muutos on aikaa vievä prosessi, jossa työkäytännöt etsivät jatkuvasti muotoaan, työnjakoa suunnitellaan uudelleen ja tiedonkulussa esiintyy monenlaisia katkoksia. Kotihoidon tiimeissä yksi uusi tehtävä on tiimin vetäjän rooli. Tiimin vetäjä toimii tiimin yhdyshenkilönä. Asiakastyössä on tiimeissä otettu käyttöön vastuuhoitajan tehtävä. Vastuuhoitaja toimii kotihoidon asiakkaiden hoidon ja palvelujen koordinoijana ja suunnittelijana yhdessä asiakkaiden ja heidän omaistensa kanssa. Hoitosuunnitelma ja palvelu- ja hoitosuunnitelma ovat keskeisiä kotihoidon suunnittelun ja koordinoimisen välineitä.

Kotihoidon uusi organisaatiomalli merkitsi organisaatiotasojen vähentymistä, kun aikaisemmissa, erillään toimineissa organisaatioissa yhdisteltiin kotihoidon johtotehtäviä. Aikaisemmassa organisaatiossa olleet kotipalvelujen toimistopäällikön tehtävät ja kotisairaanhoidon ylihoitajan tehtävät yhdistettiin kotihoitopäällikön tehtäväksi. Aikaisemmassa organisaatiossa olleet kotipalvelun ohjaajan ja kotisairaanhoidon osastonhoitajan tai vastaavan terveydenhoitajan tehtävät yhdistettiin kotihoidon ohjaajan tehtäväksi. Lisäksi erillisinä toimineet kotisai-

raalan ja kotihoidon yökotihoito yhdistettiin 1.4.2005. Kotihoito hoitaa sekä kotisairaalan että omat yökotihoiton asiakkaansa aikaisemmin toimineiden erillisten yöpartioiden sijasta.

Virkojen ja toimien yhdistäminen johti supistuksiin esimiesten ja työntekijöiden määrissä, mutta myös uusia tehtäviä perustettiin. Kotihoitoon palkattiin esimerkiksi kotihoidon ja palvelutalojen asiakkaita hoitavia lääkäreitä. Kotihoidon lääkärit hoitavat osan kotihoidon asiakkaista, mutta valtaosa asiakkaista on edelleen terveysasemien lääkärien hoidossa. Aikaisemmin väestövastuuorganisaatiossa ainoastaan jotkut lääkärit kävivät kotikäynneillä. Muita uusia tehtäviä on mm. iäkkäillä henkilöillä paljon käytetyn Marevan-lääkityksen käyttöön perustetut uudet hoitajan tehtävät. Marevan-hoitajan tuella pystytään aiempaa paremmin hoitamaan Marevan-lääkitystä saavien potilaiden hoitoon liittyvät epästabiilit tilanteet. Henkilökunnan määrästä raportoidaan tarkemmin kohdassa 2.5. kotihoidon henkilöstön kehitys.

Kotihoidon toiminta on laajentunut kokeilun aikana, kun on kehitetty ja otettu käyttöön uusia toimintamuotoja. Kotihoito-osaston perustamisen yhteydessä perustettiin yhteensä neljä ruotsinkielistä tiimiä. Ruotsinkieliset tiimit toimivat eteläisellä ja läntisellä palvelualueella. Muualla ruotsinkielisten asiakkaiden palvelu järjestetään osana suomenkielisten kotihoitotiimien toimintaa. Kotihoito-osaston alkuvaiheessa perustettiin jokaiselle palvelualueelle mielenterveystiimi. Mielenterveystiimien perustehtävänä on motivoida, tukea, ohjata ja kuntouttaa mielenterveysasiakasta selviytymään mahdollisimman omatoimisesti omassa arjessaan sairaudestaan huolimatta. Mielenterveystiimi koostuu viidestä pääasiassa mielenterveys- ja päihdetyöhön erikoistuneesta lähihoitajasta. Heidän lisäksi jokaisessa mielenterveystiimissä on myös joko psykiatrinen sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Mielenterveystiimit toimivat yhteistyössä psykiatriaosaston avokuntoutustyöryhmien kanssa. Muistitoimintojen arviointiin, seurantaan ja hoitoon on kehitetty menetelmiä ja keinoja sekä palkattu erityisiä muistikoordinaattoreita. Muistisairauden arviointi ja muistisairaana asiakkaan seuranta sekä hoidon arviointi sisältää muistisairaana kokonaisvaltaisen hoidon ja kuntoutuksen kotihoidossa. Asiakkaan ja omaisen neuvonta, ohjaus ja tukeminen hoidon kaikissa vaiheissa kuuluvat myös kotihoidon toteuttamaan toimintaan.

Uusi yhdistetty kotihoidon toiminnan muoto ovat myös pohjoisella alueella loppuvuodesta 2007 alkaen kehitetty ikäihmisten päihdepolku. A-klinikalle sijoittuva, päihdetyöhön keskittyvä, arvioiva sairaanhoitaja antaa konsultaatioapua ja palvelun ohjausta kotihoidon hoitajille sekä osallistuu hoitajien päihdeasioita käsitteleviin kokouksiin. Asiakkaat tähän hoitomuotoon ohjautuvat kotihoidosta, asiakasta hoitavan vastuuhoidajan aloitteesta. Toiminnan tukena ovat kotihoidon lääkäri tai asiakasta terveysasemalla hoitava oma lääkäri.

2.3 Kotihoito-osaston organisaatio, toimintaperiaatteet ja palvelut

1.1.2005 alkaen

Kotihoito-osasto vastaa asiakkaidensa tarvitseman kotihoidon ja sitä tukevien palvelujen järjestämisestä. Kotihoito-osasto voi tuottaa ydinpalvelunsa pääasiassa itse, mutta se voi hankkia niitä myös muilta palvelujen tuottajilta siten kuin erikseen päätetään.

Kotihoidon organisaatio on kuvattu liitteessä 2. Kotihoito-osastoa johtaa osastopäällikkö, kotihoidon johtaja. Kotihoidon johtaja osallistuu terveystieteiden strategian, talousarvioehdotuksen ja taloussuunnitelmaehdotuksen valmisteluun ja vastaa toiminnallisten tavoitteiden toteutumisesta sekä talousjohtamisesta. Osasto on jaettu viiteen tulosyksikköön, jotka muodostavat samalla viisi palvelualueita. Tulosyksiköt ovat Eteläinen, Itäinen, Keskinen, Läntinen ja Pohjoinen kotihoitoyksikkö. Tulosyksikön johtajana on kotihoitopäällikkö. Kotihoitopäälliköt vastaavat oman alueensa toiminnan ja tavoitteiden saavuttamisesta. Palvelualueet jakautuvat lähipalvelualueisiin, joita johtaa kotihoidon ohjaaja. Kotihoidon ohjaajan alaisuudessa toimivat moniammatilliset tiimit. Kotihoidon johto tekee läheistä yhteistyötä kotihoidon ylilääkärin ja hänen alaisuudessaan olevien lääkärin kanssa. Kotihoidon johto hyödyntää työssään Helsingin terveystieteiden strategia-, hallinto- ja tukipalveluyksikön palveluja. Lähipalvelualueet ovat yhteneväiset sekä akuuttisairaalan että sosiaaliviraston vanhuspalvelujen vastualueen sosiaali- ja lähityön alueiden kanssa. Ruotsinkielinen kotihoito on Eteläisen kotihoitopäällikön alaisuudessa.

Kotihoito-osaston *johtoryhmään* eli johtotiimiin kuuluvat kotihoidon johtaja, kotihoidon ylilääkäri, kotihoitopäälliköt, henkilöstön edustaja, henkilöstösuunnittelija, koulutussuunnittelija, toiminnansuunnittelija ja sihteerinä hallintosihteerit. Palvelualueilla kotihoitopäällikön johdolla kokoontuvat *esimiestiimit* ovat tulosyksiköiden johtoryhmiä ja niihin kuuluvat kotihoitopäällikön lisäksi kotihoidon lääkäri, henkilökunnan edustaja ja kaikki alueen ohjaajat. *Henkilöstötoimikuntaan* kuuluvat kotihoidon johtaja puheenjohtajana, työnantajan edustajat sekä työntekijäjärjestöjen edustajat.

Näiden lisäksi palvelualueilla kokoontuvat alueelliset *esimieskokoukset* (kotihoitopäällikkö ja ohjaajat). *Lähipalvelualueen kokoukseen* osallistuu 2 – 3 tiimiä ja ohjaajat. *Tiimikokoukset* ovat kerran viikossa. Ruotsinkieliset kotihoidonohjaajat ja päällikkö kokoontuvat noin neljä kertaa vuodessa. Lisäksi jokaisella palvelualueella kokoontuu yksi terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien muodostama kokous, joita kotihoidon ohjaajat vetävät.

Kotihoito-osaston palvelut perustuvat moniammatilliseen tiimityöhön. Tiimin tehtävä on turvata asiakkaiden ympärivuorokautinen selviytyminen kotona mahdollisimman pitkään tiimin yhteistyön avulla.

Kotihoito-osasto on toimintansa aikana kehittänyt yhteistyötä erityisesti sosiaaliviraston, terveystieteiden muiden osastojen, akuuttisairaalan sekä HUS:in sairaaloiden kanssa. Yhteistyön tekeminen on oleellista kotihoito-organisaation kaikilla tasoilla. Yksi yhteistyörakenteiden ja käytäntöjen muoto on osallistuminen lähipalvelualuekohtaiseen SAP –toimintaan.¹

¹ SAP (SAP=selvitys, arviointi, palveluohjaus) -toiminta tarkoittaa moniammatillista ryhmätyöskentelyä. SAP-ryhmän tehtävänä on arvioida asiakkaiden hoidon ja palvelun tarvetta sekä tehdä kokonaisvaltaisia suunnitelmia asiakkaiden hoidosta ja palveluista.

Sosiaali- ja terveystoimen muita yhteistyömuotoja on joustava palveluohjaus, mikä varmistetaan kotihoito-osaston ja sosiaaliviraston yhteistyönä. Palveluasuminen, kuljetuspalvelut ja omaishoidontuki sekä alle 18 -vuotiaiden vammaisten ja kehitysvammaisten sekä lapsiperheiden kotipalvelu järjestetään sosiaalivirastosta. Omaishoidon tukeen liittyvät kotihoitopalvelut tuotetaan kotihoito-osastosta.

Kotihoito-osaston toimintaperiaatteet

Kotihoito-osaston perustehtävä on järjestää vanhusten, toipilaiden, pitkäaikaissairaiden ja yli 18 -vuotiaiden vammaisten hoito ja palvelut niin, että eläminen kotona on turvallisesti mahdollista myös toimintakyvyn heikentyessä. Kotihoidon toimintaperiaatteet on kirjattu kotihoidon visioon ja strategiaan tavoitteisiin.

Kotihoito-osaston vision mukaan kotona annettavan hoidon ja palvelun tavoitteena on asiakkaan hyvä ja turvallinen elämä kotona sairauksista ja toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta. Tavoitteena on tarjota vaihtoehto ympärivuorokautiselle hoidolle laitoksessa tai tehostetussa palveluasumisyksikössä.

Kotihoito-osaston toiminnan perustana ovat Helsingin terveyskeskuksen arvot ja strategiset linjaukset. Helsingin terveyskeskuksen arvot sisältävät asiakaslähtöisyyteen, kestäväan kehitykseen, oikeudenmukaisuuteen, taloudellisuuteen, turvallisuuteen ja yrittäjähenkisyyteen perustuvia tavoitteita. Helsingin terveyskeskuksen strategiset linjaukset kohdistuvat tällä hetkellä seuraaviin asioihin:

1. Helsinkiläisten terveyden edistäminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen.
2. Hoitoon pääsy ja palvelun laadun turvaaminen.
3. Riittävän ja osaavan henkilöstön varmistaminen sekä henkilöstön työhyvinvoinnista huolehtiminen.
4. Kustannustehokkuuden lisääminen ja palelujen rakennemuutoksen jatkaminen.

Kotihoidon strategisena tavoitteena on tarjota asiakkaille joustavaa, osaavaa ja moniammatillisesti toteutettua hoitoa, hoivaa ja huolenpitoa niin, että turvallisen kotona selviytymisen edellytykset täyttyvät. Asiakastyö on laadukasta ja vaikuttavaa, resurssien käyttö on tehokasta ja taloudellista, asiakasprosessit ovat sujuvia ja rakenteet selkeitä myös asiakkaalle. Henkilöstö on osaava ja työyhteisöt hyvinvoivia.

Toiminnalle asetettujen tavoitteiden toteutumista seurataan ja arvioidaan terveyskeskuksen tasolla laatumittauksien, erilaisten asiakaskyselyiden ja työntekijöille suunnattujen kyselyjen avulla vuosittain. Laatumittaukset perustuvat vuosittain sovittuihin seurannan kohteisiin (strategiset toimintamittarit), joiden avulla seurataan miten terveyskeskus ja sen eri osastot ovat onnistuneet ydintoimintaan liittyvien tavoitteiden saavuttamisessa. Kotihoito-osastolla toiminnalle asetettujen tavoitteiden toteutumista seurataan terveyskeskustoiminnan yleisten mittareiden lisäksi ikääntyneiden terveyttä kuvaavien mittareiden (RAVA ja RAI), kotihoidon saatavuutta ja laatua kuvaavien mittareiden sekä henkilökunnan määrää, saatavuutta, ikää ja työhyvinvointia kuvaavien mittareiden avulla. Kotihoito-osaston kustannustehokkuutta arvioidaan siihen tarkoitukseen kehitettyjen mittareiden avulla.

Kotihoito-osaston tarjoamat palvelut

Kotihoitoa tarjotaan päivittäisissä toiminnoissa (syöminen, peseytyminen, pukeutuminen, sängystä ja tuolista siirtyminen, kävely, WC-käynnit) apua tarvitseville henkilöille. Kotihoidon asiakkaat saavat tarvitsemansa terveyden- ja sairaanhoidon kotiin, mikäli sen järjestäminen muilla tavoin ei ole tarkoituksenmukaista. Kotihoito tarjoaa asiakkaille myös tilapäistä kotiapua tai tilapäistä sairaanhoitoa. Kotihoidosta peritään kuukausimaksu, joka määräytyy palvelujen määrän, asiakkaan talouden bruttotulojen sekä perheen koon mukaan. Tilapäisen kotihoidon maksut ovat käyntiperusteisia.

Kotihoidon asiakkaiden on mahdollista saada lisäksi erilaisia kotona asumisen tukipalveluja. Asiakkaan tarvitsemista tukipalveluista keskustellaan ja sovitaan hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen yhteydessä. Palvelujen järjestämisen lähtökohtana on tukea asiakkaan oman toimintakyvyn säilymistä mahdollisimman pitkään. Tukipalveluina kotihoito järjestää ateria-, kauppaa-, vaatehuolto-, kylvytys, turva-, apteekki-, siivous- ja saattajapalvelua sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja. Tukipalvelujen ulkoistaminen aloitettiin jo ennen kotihoidon yhdistämistä sosiaaliviraston johtamassa kotipalvelussa. Tukipalvelut järjestetään pääsääntöisesti ostopalveluina yksityisiltä palveluntuottajilta. Ateriapalvelun kautta asiakkaan on mahdollista tilata aterioita. Kauppa-asiat hoidetaan kauppapalveluna erillistä toimitusmaksua vastaan. Helsingin kaupunki kilpailuttaa tukipalvelut määräajoin. Kotihoidon työntekijät käyvät lähikaupassa vain poikkeustilanteissa ja useimmiten asiakkaan kanssa. Kaupassa käynti liittyy tällöin asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämiseen. Asiakkaiden on mahdollista saada myös saunotusapua. Kotona asumisen tueksi asiakkaalle voidaan järjestää turvapuhelin, jonka avulla hän saa tarvittaessa apua tarvittaessa ympärivuorokauden. Kotihoidon tukipalveluna turvapuhelinpalvelu on tulosidonnainen.

Vuoden 2007 aikana käynnistettiin osalle asiakkaista lääkkeiden annosjakelu apteekkien toteuttamana tukipalveluna. Periaatteessa lääkkeiden annosjakelu on siirtymässä apteekkeille kaikkien sellaisten kotihoidon asiakkaiden osalta, joilla on vähintään kaksi lääkettä. Annosjakeluun siirtymisen tarkoituksena on vähentää lääkepoikkeamia ja -kustannuksia ja lisätä hoitohenkilökunnan työajan kohdistumista välittömään hoitotyöhön. Asiakas tai hänen valtuuttamansa henkilö tekee apteekin kanssa sopimuksen lääkkeiden annosjakelusta.

Siivouspalvelua järjestetään kotihoidon asiakkaille joko omana toimintana, ostopalveluna tai palvelusetelillä vuosittaisen määrärahan puitteissa. Kotihoito tarkensi 1.3.2008 periaatteita siivouspalvelun tarjoamisen osalta. Kotihoidon asiakkailla on mahdollista saada palveluseteli eli siivousseteli, jota he voivat hyödyntää siivouspalvelujen ostossa yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Siivousetelin suuruus riippuu kotitalouden käytävissä olevista tuloista. Siivousetelillä kunta kattaa osan palveluntuottajan antamasta palvelusta. Palvelusetelin käyttö perustuu lakiin sosiaalihuoltolain muuttamisesta (1310/2039). Omana toimintana tai kunnan kustantamana toimintana kotihoito-osasto järjestää siivouspalvelua sellaisille asiakkaille, joiden toimintakyky on oleellisesti alentunut ja joiden taloudellinen asema täyttää terveyslautakunnan määrittelemät kriteerit. Helsingin alueella toimii useita vapaaehtoisjärjestöjä, joilta voi tiedustella saattamis- ja asiointiapua. Myös seurakunnat tarjoavat apua näissä tilanteissa ja poikkeustilanteissa myös kotihoito.

2.4 Asiakaskunnan ja asiakaskäyntien kehitys 2005–2008

Tässä luvussa kuvataan Helsingin kotihoidon asiakaskunnan ja asiakaskäyntien kehitystä vuosina 2005–2008 Helsingin kaupungin toimittamien tilastotietojen valossa.

Vuonna 2008 kotihoito-osastolla oli yhteensä 15 993 asiakasta, mikä on 4,6 % enemmän kuin edellisenä vuonna. Taulukossa 2 kuvataan kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja yhdistetyn kotihoidon asiakasmäärien muutosta vuodesta 2002 vuoteen 2008. Vuoden 2004 loppuun saakka kotipalvelulla ja kotisairaanhoidolla oli erilliset asiakkaat. Yhdistetyssä kotihoidossa vuodesta 2005 eteenpäin on vain kotihoidon yhteisiä asiakkaita.

Taulukko 2. Kotipalvelun palvelun, kotisairaanhoidon ja kotihoidon asiakkaat vuosina 2003–2008. (Lähde: Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuositilastot, sosiaaliviraston toiminnallinen tilinpäätös²)

Asiakkaat	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Kotipalvelu	11 327	9 724	8 590				
Kotisairaanhoido	13 125	12 897	12 721				
Kotihoito				15 071	15 046	15 289	15 993
<i>yht.</i>	24 452	22 445	21 311	15 071	15 046	15 289	15 993

Vuosien 2002–2004 kotihoidon asiakkaiden määrää selittää, että samoja asiakkaita kirjautui asiakkaiksi sekä kotipalvelussa että kotisairaanhoidossa, jolloin samasta asiakkaasta tuli useita suoritteita. Asiakkaiden määrää vuosina 2002–2004 selittää myös, että kotipalvelun asiakkaiksi laskettiin vuoteen 2004 saakka lapsiperheet, alle 18-vuotiaat vammaiset, omaishoidon tuen piirissä olevat sekä palvelutalojen asiakkaat. Nämä asiakasryhmät kuuluvat edelleen sosiaaliviraston palvelujen piiriin, eivätkä sisälly terveystieteiden tutkimuskeskuksen kotihoidon asiakaskuntaan. Taulukko 2 osoittaa, että asiakkaiden määrä on noussut 6 % vuodesta 2005 vuoteen 2008. Kotihoidon palvelujen piiriin tulleiden uusien asiakkaiden määrä on kuitenkin vielä tätä suurempi, sillä arvioiden mukaan kotihoidon asiakkaista vaihtuu vuosittain lähes viidennes.

Ikäryhmittäin tarkasteltuna säännöllisen kotihoidon asiakkaista eniten oli nousua, noin 10 %, yli 85-vuotiaiden asiakkaiden ryhmässä. Alle 65-vuotiaiden säännöllisen kotihoidon asiakkaiden määrässä on tapahtunut nousua noin 6 %. Tulokset ovat samansuuntaiset kaikilla lähipalvelualueilla. Kotihoidon tukipalveluiden asiakkaita oli vuonna 2007 yhteensä 6 080. Nousua edellisvuodesta on noin 9 %. Kotihoidon tukipalveluiden asiakkaista oli 1 119 pelkkää tukipalvelua saavaa asiakasta, nousua vuodesta 2006 on noin 5 %. Tukipalvelulajeista on eniten noussut ateriapalvelun määrä. (Lähde: Helsingin Terveystieteiden tutkimuskeskus, kotihoito-osasto, vuositilastokatsaus)

Arvioitaessa yhdistetyn kotihoitokokeilun toimintaa on asiakasmäärien ohella tärkeää vertailla kotihoidon asiakaskäyntien kehitystä vuosina 2005–2008. Taulukko 3 osoittaa, että kotihoidon asiakaskäyntien määrä on tasaisesti noussut vuodesta 2005 vuoteen 2008 kokonaiskasvun ollessa 21 %.

² Kotipalvelukäynneissä vuosina 2002–2004 ovat mukana kaikki muut sektorit yhteensä paitsi muut perheiden palvelut.

*Taulukko 3. Kotihoidon asiakaskäyntien määrä vuosina 2005 – 2008.
(Lähde: Helsingin terveystakeskus, kotihoito-osasto, tilinpäätösraportti 2007,
Helsingin terveystakeskus, kotihoito-osasto, toiminnallinen tilinpäätös 2008)*

Asiakaskäynnit	2005	2006	2007	2008
Kotihoito	1 427 720	1 563 528	1 640 065	1 732 014

Kotihoidossa vuodesta 2005 alkaen toimineet kotihoidon lääkärit tekivät lääkärikäyntejä 11 030 kappaletta vuonna 2005 ja 12 986 kappaletta vuonna 2008, joten nousua on 18 % vuodesta 2005 vuoteen 2008. Kotihoidon lääkäreiden asiakkaista noin 30 % asuu palvelutaloissa.

Sosiaali- ja terveystakeskusministeriön ja Suomen Kuntaliiton *Ikäihmistien palvelujen laatusuositus* (2008) asettaa tavoitteeksi, että 75 vuotta täyttäneestä väestöstä 13 -14 % saa säännöllistä kotihoitoa Suomessa vuoteen 2012 mennessä. Helsingissä 75 vuotta täyttäneestä väestöstä 11,5 % sai marraskuussa 2008 säännöllistä kotihoitoa. Verrattuna edelliseen vuoteen peittävyys on pysynyt lähes samana.

Asiakkaiden toimintakyky ja hoitoisuus

Asiakasmäärien ja – käyntien ohella on tarpeellista tarkastella asiakkaiden toimintakyvyn ja hoitoisuuden kehitystä. Asiakkaiden toimintakykyä ja hoitoisuutta voidaan tarkastella RAVA-toimintakykymittarin³ avulla. Taulukko 4 kuvaa asiakkaiden RAVA-indeksien kehitystä yhdistetyn kotihoidon aikana.

Taulukko 4. Keskimääräinen RAVA kotihoidossa joulukuussa vuosina 2005 - 2008

RAVA	2005	2006	2007	2008
Keskiarvo	2,35	2,46	2,17	2,33
Pienin	1,20	1,29	1,29	1,29
Suurin	4,00	4,03	4,03	4,03
Mediaani	2,30	2,44	2,01	2,24

Taulukon 4 mukaan asiakkaiden RAVA-indeksiin perustuva toimintakyky- ja hoitoisuus ovat pysyneet seurantajaksolla varsin samalla tasolla. Kotihoidon johdon ja työntekijöiden kokemukseen perustuva käsitys potilaiden muuttumisesta raskashoitaisemmiksi ei näy RAVA-indeksin keskiarvoja ja mediaanilukuja katsomalla. Rava-indeksejä suoraviivaisesti tulkiten

³ Rajala-Vaissin kehittämä hoidon kohdentamiseen käytettävä hallinnollinen mittari. RAVA-toimintakykymittaria voidaan käyttää yli 65-vuotiaan asiakkaan toimintakyvyn ja päivittäisen avun tarpeen arvioinnin välineenä. Toimintakykyä arvioidaan seuraavien toimintojen avulla: näkö, kuulo, puhe, liikkuminen, rakon toiminta, suolen toiminta, syöminen, lääkitys, pukeutuminen, peseytyminen, muisti, psyyke. Mittarin avulla asiakkaalle lasketaan RAVA -indeksi, jota voidaan käyttää yhtenä kriteerinä esimerkiksi tarkoituksenmukaisen hoitopaikan määrittämiseen³. (<http://www.kunnat.net>). Kaikille kotihoitoon tuleville asiakkaille tehdään RAVA-mittaus, joka RAVA-indeksinä antaa karkean kuvan asiakkaan toimintakyvystä ja hoitoisuudesta. Mitä suurempi RAVA-indeksin arvo on, sitä huonompi on asiakkaan toimintakyky ja sitä enemmän hän tarvitsee hoivaa ja/tai hoitoa.

asiakkaiden hoitoisuus olisi vuonna 2008 jopa pienempi kuin vuonna 2005. Onkin todennäköistä, että RAVA-indeksiä mitatessa ei tavoiteta kaikkia asiakkaan hoitoisuuteen vaikuttavia tekijöitä eikä indeksi siten kuvaa kovin hyvin asiakkaiden hoidon tarpeessa ja hoidon vaativuudessa tapahtuneita muutoksia. Kotihoito-osastolla ollaankin siirtymässä käyttämään RAI-mittaria⁴, jota pidetään RAVA-mittaria pätevämpänä ja luotettavampana. RAI-järjestelmän avulla on saatavana asiakastietoja vasta vuoden 2008 alusta alkaen, joten RAI-mittaria ei tässä yhteydessä voitu vielä käyttää hoitoisuuden arvioinnissa.

Asiakkaaksi tulo –prosessi ja palvelutarpeen arviointi

Kotisairaanhoidon asiakkaaksi hakeudutaan yleensä sairauksien ja kognitiivisen heikkenemisen pohjalta tapahtuneen toimintakyvyn laskun johdosta. Asiakkaaksi tulo tapahtuu useimmiten sairaalan tai terveysaseman lääkärin läheteellä. Yhteys kotihoitoon voi syntyä myös sosiaalityöntekijän, asiakkaan itsensä, omaisen, naapurin tai muun läheisen aloitteesta.

Uuden asiakkaan palvelutarve arvioidaan kotihoidossa monipuolisesti. Kotihoitotiimin terveydenhoitaja tekee yleensä ensikäynnin asiakkaan luo ja arvioi asiakkaan toimintaympäristön, apuvälinetarpeet ja mahdollisten kodin muutostöiden tarpeen. Kotihoidon asiakkaille tehdään yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa sovitaan yhdessä asiakkaan ja hänen omaisensa/läheisensä kanssa kotihoidon antamista palveluista. Siinä selvitetään myös mahdollisuudet yksityisten palvelujen käyttöön sekä omaisten ja läheisten auttamismahdollisuudet. Hoito- ja palvelusuunnitelma arvioidaan säännöllisin väliajoin ja tarpeen mukaan. Jokaiselle asiakkaalle nimetään vastuuhoitaja, joka toimii yhdyshenkilönä asiakkaan hoitoon liittyvissä asioissa.

⁴ RAI =Resident Assesment Instrument (asukkaan arviointiväline)

2.5 Kotihoidon henkilöstön ja toiminnan kehitys 2005–2008

Kotihoito-osastolla työskentelee asiakastyössä sairaanhoitajan, terveydenhoitajan, lähihoitajan, perushoitajan, kodinhoitajan ja kotiavustajan koulutuksen saaneita työntekijöitä. Vuonna 2008 kotihoidossa työskentelevän vakinaisen henkilöstön keski-ikä oli 43,4 vuotta, mikä on lähes kolme vuotta alempi kuin koko terveyskeskuksen vakituisen henkilökunnan keski-ikä (46,28 vuotta). Kotihoidossa työskentelevästä henkilöstöstä 31,9 prosenttia on alle 35-vuotiaita ja 35 – 39-vuotiaiden ikäryhmään sijoittui henkilöstöstä 37,5 prosenttia. Kotihoidon henkilöstöstä oli yli 50-vuotiaita 30,5 prosenttia. Eniten vakinaista henkilöstä oli ikäryhmässä 45 – 49 vuotta.

Tässä kappaleessa käydään läpi kotihoidon henkilöstömäärän ja vakanssien kehitys, henkilöstön rekrytointi ja vaihtuvuus sekä työhyvinvointi ja sairauspoissaolot.

Vakanssien kehitys

Seuraavassa taulukossa 5 nähdään kotihoito-osaston vakanssien kehitys vuosina 2005 – 2008.

Taulukko 5. Vakanssien kehitys kotihoito-osastossa 1.1.2005–30.11.2008.

	1.1.05	31.12.05	31.12.06	31.12.07	30.11.08	30.11.08 (%)
Terveysdenhoitajat	118	124	134	143	144	8,5
Sairaanhoitajat	39	48	50	57	69	4,1
Perushoitajat	208	213	194	178	173	10,2
Lähihoitajat	398	664	871	959	994	58,9
Kodinhoitajat	546	293	201	164	135	3,9
Kotiavustajat	98	80	75	69	66	8,0
Johto ja hallinto	75	75	90	103	108	6,4
<i>Yhteensä</i>	1482	1497	1615	1673	1689	100,0

Taulukosta 5 ilmenee kaupungin strategian mukainen panostaminen kotihoitoon ja vakanssien määrän kasvattaminen siellä: vuoden 2008 lopulla kotihoito-osastolla työskenteli 1689 työntekijää, mikä on 200 työntekijää enemmän kuin kotihoitokokeilun alkaessa 1.1.2005. Eniten muutoksia on tapahtunut lähihoitajien ja kotihoitajien vakansseissa. Lähihoitajan vakanssit ovat lisääntyneet, kun taas kodinhoitajien vakanssit ovat vähentyneet. Perushoitajan, kodinhoitajan ja kotiavustajan avoimia vakansseja on muutettu lähihoitajan vakansseiksi. Terveysdenhoitajien, sairaanhoitajien ja johdon/hallinnon vakanssit ovat myös lisääntyneet hieman, kun taas perushoitajien ja kotiavustajien vakanssit ovat hieman vähentyneet.

Johdon/hallinnon vakanssit vähenivät niin, että aikaisemmassa organisaatiossa olleet viisi ja puoli toimistopäällikön ja neljä ylihoitajan vakanssia muutettiin viideksi kotihoitopäällikön vakanssiksi. Samanaikaisesti 70 kotipalvelun ohjaajan ja 13 kotisairaanhoidon osastonhoitajan tai vastaavan terveydenhoitajan vakanssia muutettiin 59 kotihoidon ohjaajan vakanssiksi. Esimiesten määrä väheni siis 24 vakanssilla vuonna 2005.

Aikaisemmin oli erillisissä organisaatioissa 169 tiimiä ja organisaatiomuutoksen jälkeen vuonna 2005 tiimejä oli 118 eli vähennystä oli 51 tiimiä. Kotihoito-osaston asiakastyöhön siirtyi sosiaalivirastosta yhteensä 984 kodinhoitajan, lähihoitajan ja kotiavustajan vakanssia sekä viisi toimistosihteerin vakanssia. Kotihoitokokeilun alkaessa kotihoito-osastolle siirrettyjen vakanssien joukossa oli paljon tyhjiä vakansseja, mutta tyhjien vakanssien tarkkaa lukumäärää ei ole tiedossa. Terveyskeskuksen kotisairaanhoidosta ja koillisen yhdistetyn kotihoiton kokeilusta siirtyi yhteensä 428 terveydenhoitajan, sairaanhoitajan ja perushoitajan vakanssia sekä kodinhoitajan ja kotiavustajan vakanssia. Kahdeksan sairaanhoitajan ja neljä perushoitajan vakanssia siirtyi yhdistettyyn yökotihoitoon 1.4.2005 kotisairaalaista. Toimintojen uudelleen järjestelyjen seurauksena yökotihoitosta vähennettiin yhteensä neljä perushoitajan vakanssia. Vuosina 2005–2007 siirtyi 39 vakanssia sosiaalivirastosta kotihoitoon, kun kahdeksan sosiaaliviraston palvelutaloa muutettiin vanhusten asuintaloiksi. Vakanssien mukana siirtyi ainoastaan 20 työntekijää eli 19 vakanssia siirtyi tyhjinä.

Kotihoitokokeilun alkaessa kotihoiton lääkäreiden vakansseja oli 17, mukaan lukien ylilääkärin vakanssi. Vakansseja hoiti 20 lääkäriä, joista osa oli osa-aikaisia. Lääkärien vakanssien määrä on lisääntynyt niin, että vuonna 2006 niitä oli 20. Vuonna 2007 kotihoitossa työskenteli 22 lääkäriä mukaan lukien ylilääkäri ja apulaisylilääkäri. Heistä viisi oli geriatreja ja kuusi yleislääketieteen erikoislääkäreitä. Kaikista kotihoiton asiakkaista noin 40 % on kotihoiton lääkäreiden potilaita. Itsenäisesti liikkumaan kykenevät kotihoiton asiakkaat ovat terveysasemien lääkäreiden potilaita.

Taulukossa 6 kuvataan hoitamattomien vakanssien ja sijaisuuksien kokonaisvaje prosentteina vuosina 2005–2008. Kotihoitokokeilun alkaessa vuoden 2005 alussa kokonaisvaje oli peräti 16,9 %. Sen jälkeen vaje on pienentynyt.

Taulukko 6. Henkilöstövaje vuosina 2005–2008. (Lähde: Taske / työvoimatilanne.

** Vuoden 2005 osalta tieto on vain kokonaisvajeesta.)*

	2005*	2006	2007	2008
Eriasteiset sairaanhoitajat %		6,0	11,1	6,1
Muu hoitohenkilöstö %		10,4	7,3	8,7
Muu henkilöstö %		7,7	4,7	7,4
Kokonaisvaje %	16,9	8,1	6,5	8,3

Henkilöstön rekrytointi

Pysyvien palvelussuhteiden osuus kaikista palvelussuhteista on noussut kotihoitossa vuodesta 2005 lähes 7 prosenttiyksikköä. Taulukosta 7 ilmenee pysyvien palvelussuhteiden osuus kotihoiton kaikista palvelusuhteista.

Taulukko 7. Pysyvien palvelussuhteiden osuus (%) kotihoiton kaikista palvelusuhteista.

(Lähde: eHevy)

2005	2006	2007	2008
78,4	83,2	83,0	85,0

Puuttuvaa työvoimaa on korvattu ostopalvelujen avulla ja vuokraamalla työvoimaa. Vuoden 2007 alusta lyhytaikaiset sijaiset kotihoidolle on hankittu pääsääntöisesti Seure:lta⁵. Kotihoidon ohjaajat hankkivat pitkäaikaiset sijaiset sekä vakinaiset työntekijät tehden yhteistyötä terveyskeskuksen oman henkilöstöhankintayksikön kanssa, jossa on kotihoitoa varten omat työhönottajansa.

Henkilöstön vaihtuvuus

Kotihoito-osaston vakinaisen henkilöstön vaihtuvuutta kuvaavia tunnuslukuja esitetään taulukossa 8.

Taulukko 8. Lähtövaihtuvuus ja lähdön syyt (%) kotihoidossa vuosina 2005–2008. (Lähde: Kotihoito-osasto/ seurantatiedot 2008)

Syy	2005	2006	2007	2008
Eläke	0,55	1,11	0,58	0,63
Työkyvyttömyyseläke	0,55	0,49	0,75	0,74
Eronnut kaup. palveluksesta	5,46	6,02	5,79	7,68
Työnantaja irtisanonut / purkanut palvelusuhteen	0,14	0,37	0,35	0,57
Kuolema	0,00	0,00	0,12	0,00
<i>Yhteensä</i>	6,7	8,0	7,6	9,6

Vakituisen henkilökunnan lähtövaihtuvuus on kaikkiaan ollut 6,7 – 9,6 prosenttia vuosina 2005 – 2008. Suurinta vaihtuvuus oli vuonna 2008. Määrällisesti suurin lähdön syy on ollut eroaminen kaupungin palveluksesta ja erityisesti tässä tapahtui kasvua vuonna 2008.

Henkilöstön työhyvinvointi kyselyn mukaan

Helsingin kaupunki järjestää vuosittain työhyvinvointikyselyn kaikille vakinaisessa työsuhteessa oleville työntekijöille. Työhyvinvointikyselyssä kotihoidon henkilöstö arvioi työpaik- kaansa ja työhyvinvointiaan asteikolla 1 – 5. Työhyvinvointia arvioidaan työyhteisön toimivuuden, ammatillisen osaamisen, työolojen ja omien voimavarojen osalta. Taulukossa 9 kuvataan työhyvinvointikyselyjen tulokset vuosina 2005-2008 kotihoidossa työyhteisön toimivuuden, ammatillisen osaamisen, työolojen ja omien voimavarojen osalta.

Taulukko 9. Työhyvinvointikyselyjen tulokset 2005-2008 kotihoidossa. (Lähde: eHevy)

	2005	2006	2007	2008
Työyhteisön toimivuus	3,31	3,34	3,46	3,39
Ammatillinen osaaminen	3,43	3,47	3,60	3,51
Työolot	2,94	2,95	3,06	3,02
Omat voimavarat	3,48	3,54	3,60	3,47

⁵ Seure Henkilöstöpalvelut Oy on Helsingin, Espoon ja Vantaan kaupunkien yhteisesti omistama seudullinen henkilöstöpalveluyhtiö.

Työhyvinvointikyselyä käytetään yhtenä välineenä työntekijöiden jaksamisen arvioinnissa. Kyselyn tulokset käsitellään kotihoito-osaston johtotiimissä, henkilöstötoimikunnassa ja työyksiköittäin esimiesten johdolla koko henkilökunnan kanssa.

Vuosittaisen työhyvinvointikyselyn yhteydessä arvioitu työkykyindeksi ilmaisee henkilökunnan oman arvion omasta työkyvystään. Taulukko 10 osoittaa, että vajaa puolet kotihoito-osaston työntekijöistä on kokenut oman työkykynsä hyväksi vuosina 2005–2008 ja 27,6 – 31,0 % kokee työkykynsä jopa erinomaiseksi. Erinomaiseksi työkykynsä kokevien työntekijöiden määrä on kuitenkin hieman laskenut vuodesta 2005, kun taas hyväksi työkykynsä kokevien määrä on hieman noussut. Noin neljännes kotihoidon työntekijöistä kokee työkykynsä kohtalaiseksi tai huonoksi.

*Taulukko 10. Työkykyindeksi (%) 2005–2008 kotihoidossa.
(Lähde: Kotihoito-osasto/ seurantatiedot 2008)*

	2005	2006	2007	2008
Erinomainen	28,9	31,3	31,0	27,6
Hyvä	45,5	43,6	44,2	48,8
Kohtalainen	20,1	20,1	20,0	19,3
Huono	5,6	5,0	4,8	4,4

Sairauspoissaolot

Sairauspoissaolot ovat yksi työntekijöiden työhyvinvointia kuvaava mittari (taulukko 11). Vuosina 2005 ja 2006 sairauspoissaoloja oli jonkin verran enemmän kuin vuosina 2007 ja 2008. Sairauspoissaoloprosentti osoittaa lievää laskua vuodesta 2005 (8,7 %) vuoteen 2008 (8,4 %). Silti jo prosenttien kymmenystenkin väheneminen merkitsee kotihoidon kokoisessa organisaatiossa merkittävää vähennystä sairauspoissaolopäivien määrässä. Sairauspoissaolosten määrä on kuitenkin edelleen selvästi suurempi kuin terveyskeskuksessa yhteensä.

*Taulukko 11. Kotihoidon ja terveyskeskuksen sairauspoissaolot (%) 2005-2008.
* Lähde Kotihoito/ seurantatiedot 2008*

	2005	2006*	2007*	2008*
Kotihoito	8,7	8,6	8,3	8,4
Terke yhteensä	6,1	6,1	6,2	6,2

2.6 Koulutus ja toiminnan kehittäminen kotihoito-osastolla

Koulutus ja osaamisen kehittäminen

Henkilöstön osaamisen kehittäminen perustuu osaamiskartoille ja niiden perusteella asetettaville osasto-, tiimi- ja henkilökohtaisille kehittämistavoitteille. Syksyllä 2005 kotihoidon johto ja henkilöstön edustajat päivittivät osaamiskartan vastaamaan kotihoidon nykyisiä kehittämistarpeita. Osaamisen kehittämistarpeiden arvioinnissa keskeinen väline on kehityskeskustelu, jossa esimies ja alainen sopivat kehittämisen painopisteistä. Kotihoito-osastolla on oma koulutussuunnittelija, joka johtaa koulutustyöryhmää. Työryhmän tehtävänä on suunnitella ja koordinoita koulutusta kotihoidon strategian toteuttamisen tueksi.

Henkilöstön tarvitsemaa koulutusta ostetaan ja järjestetään sekä kotihoito-osastolla että terveyskeskuksessa. Merkittävä rooli on myös oppisopimuskoulutuksella, jota toteutetaan oman henkilöstön ammattitaidon parantamiseksi sekä uuden työvoiman hankkimiseksi. Oppisopimuskoulutuksella on koulutettu ennen muuta kodinhoitajista ja kotiavustajista lähihoitajia. Vuosittain on myös opiskellut työvoimapoliittisessa koulutuksessa muutamia kymmeniä opiskelijoita. Vuonna 2007 aloitettiin työvoimapoliittisena koulutuksena Kotityöpalvelujen ammattitutkintoon tähtäävä koulutus, jonka tavoitteena on kouluttaa kotihoitotiimeihin avustavaa henkilökuntaa.

Kotihoito-osasto on kotihoitokokeilun aikana panostanut henkilökunnan osaamisen kehittämiseen. Vuosittaisten erilaisten maksullisten koulutuspäivien määrä sekä koulutuspäivien määrä suhteessa henkilöstön määrään vuosina 2006–2008 käyvät ilmi taulukosta 12. Koulutuspäivien määrä on ollut suurimmillaan vuonna 2006, jolloin myös osaamisen kehittämisen tarpeet olivat suurimmillaan uuden organisaation edellyttämän uudenlaisen työnjaon vuoksi.

Taulukko 12: Koulutuspäivien määrä vuosina 2006–2008. (Lähde: eHijat)

	Koulutuspäivät			Koulutuspäivät/henkilö		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Eriasteiset sairaanhoitajat	875	841	643	4,1	3,5	2,7
Muut hoitohenkilöt	2 594	2 474	2 226	2,3	2,0	1,8
Muu henkilökunta	1 162	880	978	2,7	2,5	2,9
<i>yhteensä</i>	4 631	4 195	3 847	2,6	2,3	2,1

Yhdistetyssä kotihoidossa on tärkeää taata työntekijöiden mahdollisimman laaja osaaminen. Kotihoidossa työskentelevillä perushoitajilla, lähihoitajilla, kodinhoitajilla ja kotiavustajilla on ollut halutessaan mahdollisuus antaa sairaanhoidollisissa toimenpiteissä näyttöjä, joiden perusteella heille myönnetään oikeus tehdä tiettyjä erityistehtäviä kotihoidossa. Työntekijä antaa 3-5 hyväksyttyä näyttöä alueensa vastaavalle terveydenhoitajalle tai sairaanhoitajalle ja luvat hyväksyy kotihoidon lääkäri. Luvan edellyttämän ammattitaidon ja osaamisen säilymistä valvotaan määrärajoin.

Toiminnan kehittäminen kotihoito-osastolla

Kotihoito-osastolla on koko sen toiminta-ajan ollut käynnissä aktiivinen ja mittava kehittämistyö. Jo päättyneitä tai käynnissä olevia hankkeita on kaikkiaan yli neljäkymmentä. Kehittämishankkeista monet ovat palvelleet suoraan kotihoidon strategian mukaista kehittämistyötä. Monet kehittämishankkeista ja kokeiluista ovat johtaneet pysyviin ja laajoihin toimintatapamuutoksiin. Kotihoidon päättyneet ja käynnissä olevat hankkeet näkyvät taulukosta 13 eriteltyinä sen mukaan mitkä hankkeista ovat terveyskeskuksen yksin toteuttamia ja mitkä yhteistyössä sosiaaliviraston kanssa.

Vuoden 2008 lopulla kotihoidossa oli käynnissä kaikkiaan 22 kehittämishanketta. Näistä valtaosa, 15 hanketta, oli yhdessä ulkopuolisen toimijan kanssa tehtäviä yhteishankkeita. Lähes puolet käynnissä olevista hankkeista keskittyi kotihoidon kannalta strategisesti tärkeään asiaan, hoitoon pääsyn ja palvelujen laadun parantamiseen.

*Taulukko 13: Kotihoito-osaston päättyneet ja käynnissä olevat hankkeet.
(Lähde: Kotihoitokokeilun väliraportti 2007; Kotihoitohankkeet 2009 seurantatiedot).*

PÄÄTTYNEET HANKKEET

Terveyskeskuksen toteuttamat hankkeet

- Marevan-hoitaja -hanke
- Psykiatrisen kuntoutuksen hanke
- RAI-kokeilu
- Lääkelogistiikka-hanke
- Mobiili-hoitaja -hanke
- Kotihoidon joustavat työntekijät -hanke
- Arvioiva sairaanhoitaja / terveydenhoitaja -hanke
- Polyfarmasia-hanke
- MUST asiakkaiden ravitsemuksen seurantamenetelmä -hanke
- Teknologia-avusteisia asumissovelluksia senioreille -hanke
- Varmuutta ikääntyvän ja vanhuksen tasapainoon ja liikkumiseen -hanke
- Tiimityön tukemiseen ja toimintakulttuurin kehittämiseen tähtäävät hankkeet Läntisellä, Keskisellä ja Itäisellä palvelualueella

Terveyskeskuksen ja sosiaaliviraston yhdessä toteuttamat hankkeet

- Muistipalvelukeskus dementoituneen kotihoidon tueksi -hanke
- Palvelusetelihanke
- Omaishoitajien tuuruskokeilu
- Kotihoidon tukityö- hanke (jatkuu osana Lupaava-hanketta)
- PERCENTAGE-hanke
- Senioreiden terveysliikuntaverkoston kehittämishanke
- Interaktiivinen TV-hanke (jatkuu osana Lupaava-hanketta)

(taulukko 13 jatkuu seur. sivulla)

VUODEN 2008 LOPULLA KÄYNNISSÄ OLLEET HANKKEET

Terveyskeskuksen toteuttamat

Terveyskeskuksen ja sosiaaliviraston yhdessä toteuttamat hankkeet

-
- Vanhusten syrjäytymisen ehkäisy Helsingin kotihoidossa – lupaavien käytäntöjen jalostamishanke (Lupaava -hanke) 20.10.2006 – 30.9.2009.

Lupaavan osahankkeet ovat numerot 1 – 9

1. Peruspalvelujen rikastaminen (Kotihoidon tukityöhanke / Iloa kotiin -toimintamalli) (2006 -2009)
2. Kotihoidon asiakkaiden yksinäisyys (2006 - 2009)
3. Toiminta- ja liikkumiskyky (2006 - 2009)
4. Kirjaaminen, raportointi ja tiedonhallinta (2006 - 2009)
5. Muistihäiriöt ja ikääntyminen (2006 - 2009)
6. Lääkehoito kotihoidossa (2006 - 2009)
7. Interaktiiviset turvateknologiat. (2006 – 2009)
8. Kotiutusprosessi moniammatillisena yhteistyönä (2006 – 2009)
9. Suun terveydenhuolto (2006 – 2009)

- Menuumat (ruoka-automaatti) -kokeilu (2008 – 2009)
- Kotihoidon Mobiilihoitaja II-kehittämishanke 1.1.2008 – 28.2.2009
- Tuotteistus –hanke, Stakes/THL:n kanssa (11/2007-3/2009)
- OTE eli toimintatyöryhmä 2007 – 2009
- Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hanke (2008 – 2010)
- Työhyvinvointihanke ”Valtaistuminen” (2007 – 2009)
- Kotihoidon sairauspoissaolojen vähentämishanke

- Sosiaaliporras-hanke
- Aapinen teknologiahanke TKK:n automaatiotekniikan laboratorion kanssa (2006-2009)
- Ikäihmisten päihdepolku -hanke päihettä väärin käyttävien vanhusten auttamiseksi (2008 – 2010)
- Muutos alkaa itää -päihdehanke yhdessä sosiaaliviraston kanssa (2008 – 2009)
- Monipuolinen vanhustenkeskus Riistavuori (2006 – 2010)
- AKU-hanke (veteraanikuntoutusta kotiin) sosiaaliviraston ja Kaunialan kuntoutussairaalan kanssa

Käynnissä olevat kehittämishankkeet vuoden 2008 lopulla

Käynnissä olevista kehittämishankkeista erityisen merkittävä kotihoidon toiminnan yhtenäistämisen ja laadun kehittämisen kannalta on ns. Lupaava hanke: Vanhusten syrjäytymisen ehkäisy Helsingin kotihoidossa – lupaavien käytäntöjen jalostamishanke. Hankkeen tarkoituksena on jalostaa aiempien hankkeiden pohjalta syntyneitä hyviä käytäntöjä, arvioida niitä uudelleen ja ottaa laajasti käyttöön kotihoidossa vanhusten kotona asumisen tueksi (20.10.2006 – 30.9.2009). Hanke sisältää kaikkiaan yhdeksän kehittämisaluetta (ks. taulukko) Hanke on myös tuottanut esitteen, Helsingin kotihoidon palvelupaletti, jossa esitellään sekä kotihoidon antamat palvelut että muiden palvelutuottajien tarjoamia palveluja. Lisäksi hanke on tuottanut muistipotilaan hoitopolun ja toimintamallin kotihoidon asiakkaan toiminta- ja liikuntakyvyn ylläpitämiseen.

Hankkeista merkittävä osa on toteutettu yhteistyössä sosiaaliviraston kanssa. Esimerkiksi Riistavuoren vanhustenkeskuksessa on meneillään Monipuolinen vanhustenkeskus -hanke, jossa tutkitaan ja kokeillaan palvelujen asiakaskohtaista räätälöintiä ja pyritään sitä kautta estämään asiakkaan liian aikainen siirtyminen pitkäaikaisen laitoshoidon tai palveluasumisen piiriin. Kokeilu on terveyskeskuksen ja sosiaaliviraston yhteishanke ja siinä pilotoidaan kokonaan uudenlaista konseptia vanhustenpalvelujen tuottamisessa.

2.7 Yhteenveto luvusta 2

Luvun 2 pohjalta voidaan todeta yhteenvetona, että kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäminen mahdollisesti modernin, uudenlaisen kotihoidon kehittämisen. Kotihoidon yhdistäminen on merkinnyt johtamis- ja yhteistyörakenteiden uudistamista sekä toimintakäytäntöjen uudelleen määrittelyjä kaikilla kotihoito-organisaation tasoilla. Yhdistämisen kuluessa on pystytty laajentamaan kotihoidon palveluvalikoimaa..

Kotihoidon asiakaskunta on muuttunut aiempaa vaativammaksi. Kotihoidon asiakasmäärät ovat kasvaneet 6% vuosina 2005–2008, mutta samanaikaisesti kotihoidon toteuttamat käyntimäärät asiakkaiden luona ovat lisääntyneet 20 %. Käyntimäärien lisääntyminen selittyy mahdollisesti sillä, että asiakkaat ovat muuttuneet vaikeahoitoisemmiksi ja heidän palvelutarpeensa moninaisemmiksi, vaikka hoitoisuutta mittaavalla RAVA-indeksillä tätä ei voikaan suoranaisesti osoittaa indeksin epätarkkuudesta johtuen.

Kotihoito-osasto on henkilöstömäärältään suuri osasto, jossa vaihtuvuus ja henkilöstövaje tuottavat ongelmia. Henkilöstön saatavuus on riippuvaista sosiaali –ja terveydenhuollon työvoiman yleisestä saatavuudesta, joka on jatkuvasti huonontunut kokeiluajanjakson aikana. Henkilöstön sairauspoissaolot ovat kotihoidossa merkittävästi suuremmat kuin terveyskeskuksessa keskimäärin, mutta niissä on nähtävissä hienoista vähenemistä. Yhdistetyn kotihoidon aikana henkilöstön vakanssirakenne on muuttunut niin, että lähihoitajien vakanssit ovat merkittävästi lisääntyneet. Vakanssien täyttö pätevillä lähihoitajilla on merkinnyt koulutustason nousua kotihoidossa. Muutos vakanssirakenteessa vastaa asiakkaiden palvelujen tarpeeseen, koska aiempaa useammalla asiakkaalla on terveydenhuollon ammattitaitoa vaativia ongelmia. Henkilöstön työhyvinvoinnissa ja työkykyindeksissä ei ole työhyvinvointikyselyllä mitattuna tapahtunut suuria muutoksia yhdistetyn kotihoidon aikana.

Kotihoito-osastolla on panostettu voimakkaasti toiminnan kehittämiseen. Hankkeita on toteutettu kaikissa eri yksiköissä ja ne ovat kohdistuneet monipuolisesti kotihoidon eri osa-alueisiin ja strategisesti tärkeisiin asioihin. Monet hankkeet ovat alkaneet paikallisina kokeiluina ja laajentuneet sitten käsittämään koko kotihoitotoiminnan. Lupaava-hankkeella on pyritty hyödyntämään täysimittaisesti jo tehtyä kehittämistyötä, jatkojalostamaan luotuja toimintatapoja sekä levittämään ja vakiinnuttamaan niitä koko kotihoidon yhteisiksi toimintatavoiksi.

3 KOTIHOITOKOKEILUN ARVIOINTI

3.1 Asiakkaiden kokema palvelujen laatu

Asiakkaiden kokemaa palvelujen laatua on arvioitu seuraavien aineistojen pohjalta: 1) kotihoidon asiakastyytyväisyyskyselyn tulokset vuosina 2005 - 2008, 2) potilasasiamiehelle tulleet valitukset vuosina 2005 – 2008 sekä 3) asiakkaiden haastattelut syksyllä 2008.

3.1.1 Kotihoidon asiakastyytyväisyyskyselyn tulokset vuosina 2005–2008

Kotihoito-osasto on tilannut ulkopuoliselta tuottajalta kokeilujakson aikana vuosittain lokamarraskuussa asiakastyytyväisyyskyselyn. Kysely on lähetetty kaikille kotihoidon kuukausimaksuasiakkaille (asiakaskäynti vähintään kerran viikossa). Tutkimuksessa on kartoitettu, mitä apua kotihoidon asiakkaat tarvitsevat kotiin, mitä apua he saavat kotiin, minkälaisia ovat heidän kokemuksensa kotihoidosta ja mitkä tekijät ovat yhteydessä asiakkaiden tyytyväisyyteen. Vastausprosentti on vuosittain vaihdellut 61 ja 75 % välillä.

Vuosina 2005 ja 2006 vastaajat antoivat kotihoidon yleisarvosanaksi kouluasteikon arvosanan 8,2. Vuosina 2007 ja 2008 arvosana oli 8,3.

Kaikkina tutkimusvuosina asiakkaat ovat ilmoittaneet tarvitsevansa lisääpua eniten raskaisiin taloustöihin ja ulkoiluun. Noin 10 % vastaajista kaipaa apua myös hoitotoimenpiteisiin, asiointiin ja asioiden hoitoon sekä peseytymiseen.

Omasta toimintakyvystään riippumatta vastaajien enemmistö haluaa asua mieluiten kotona. On kuitenkin huomattava, että noin joka kymmenes vastaaja asuisi mieluummin palvelutalossa, vanhainkodissa tai muualla. Näiden vastaajien osuus on pysynyt seuranta-aikana suunnilleen samana (11, 13, 12 ja 11 %).

Asiakkailta on kysytty avoimella kysymyksellä missä kotihoidossa on onnistuttu hyvin ja missä olisi kehittämisen varaa. Onnistumisia on mainittu jokaisena seurantavuonna noin 3500 kappaletta. Eniten onnistumisia nähtiin kotihoidon työntekijöiden ystävällisyydessä ja asiakaslähtöisyydessä, lääkkeiden jaossa ja pesutilanteisiin liittyvissä asioissa.

Kehittämisen kohteita on eri vuosina ilmoitettu selvästi vähemmän, alle 2000 kappaletta. Useimmin kehittämisen tarvetta on nähty ajan käytössä, ts. kotihoidon työntekijöiltä toivotaan enemmän aikaa asiakkaan luona. Seuraavaksi eniten on toivottu parannusta kodinhoitoon ja siivoukseen sekä siihen, että käynnit tapahtuvat sovitun aikataulun mukaisesti. Uutena kehittämistarpeena nousi vuonna 2007 tyytymättömyys työntekijän huolellisuuteen, siisteyteen ja käytökseen. Vuonna 2008 asiakkaat toivoivat myös, että sama hoitaja kävisi heidän luonaan useammin.

Kotihoidon asiakkailta kysyttiin myös, oliko kotihoidon antama palvelu muuttunut verrattain sitä edellisellä vuonna saatuun palveluun (taulukko 14). Vuosi 2005 oli kotihoitotoiminnan ensimmäinen toimintavuosi ja silloin huonontuneeksi hoidon kokeneiden määrä oli noin vii-

dennes. Tämän jälkeen palvelun huonontuneeksi kokeneiden osuus on vakiintunut vajaan 10 prosenttiin ja parantuneeksi kokeneiden osuus hiukan suuremmaksi, 13 prosenttiin.

Taulukko 14. Miten asiakas kokee palvelun muuttuneen edelliseen vuoteen verrattuna (%)

	2005	2006	2007	2008
Parantunut	13	13	12	13
Huonontunut	18	11	9	9
Ei muutosta	48	57	60	61
Ei saanut palvelua ed. vuonna	20	19	19	18
Kaikki	100	100	100	100
N	3090	2951	2635	(2678)

3.1.2 Asiakkailta tulleet valitukset

Asiakkaiden esittämiä kotihoitoa koskevia kanteluita ja muistutuksia tulee mm. kotihoidon johtajalle, muulle virkamiesjohdolle ja potilasasiamiehelle. Ne kirjataan ja niihin annetaan virallinen vastaus. Asiakaspalautteen käsittelystä on olemassa terveyskeskuksen pysyväisohje. Pysyväisohje on myös potilaan muistutusten, kanteluiden, selvityspyyntöjen ja potilasvahinkoasioiden käsittelystä.

Taulukko 15. Kotihoidon toimintaa koskevat kantelut, valitukset ja selvityspyynnöt.

Vuosi	Kanteluita / muistutuksia/ selvityspyyntöjä	Potilasasiamiehelle tulleet kantelut	<i>Yhteensä</i>
2005	78	65	143
2006	83	128	211
2007	86	53	139
2008	114	85	199

Taulukon 15 mukaan kotihoidon johtajalle tehdyt kantelut, muistutukset ja selvitykset lisääntyivät vuodesta 2005 vuoteen 2006 vain vähän. Potilasasiamiehelle tulleiden kantelujen määrän sijaan kaksinkertaistui vuodesta 2005 vuoteen 2006. Vuonna 2007 potilasasiamiehelle tulleet kantelut laskivat aiemmalle tasolle ja myös kotihoidon johtajalle tehdyt valitukset säilyivät suunnilleen edellisen vuoden tasolla. Vuonna 2008 kotihoidon johtajalle tehdyt valitukset lisääntyivät edellisestä vuodesta vajaalla kolmanneksella, potilasasiamiehelle tulleet yli puolella. Erilaisten kanteluiden määrässä on voimakkaista vuosittaisia heilahteluja. Vuoden 2006 suuri kasvu voi osin selittyä uuden organisaation mukanaan tuomilla epäselvyyksillä palveluissa. Sen sijaan vuodesta 2007 vuoteen 2008 tapahtuneen suuren kasvun syyt eivät ole tiedossa.

Eri vuosina potilasasiamiehelle tulleista kanteluista suurin ryhmä on ollut tyytymättömyys hoitoon, toiseksi suurin tyytymättömyys hoitohenkilökuntaan / työntekijän käytökseen. Muita yleisiä kantelun syitä ovat olleet hoitomaksut ja hoitoon pääsy.

Spontaania asiakaspalautetta, positiivista ja negatiivista, tulee kotihoidon ohjaajille ja kotihoitopäälliköille sekä kirjallisena että puhelimitse. Vuonna 2006 kerättiin ajalta 1.1.2006–8.9.2006 asiakaspalautetta ns. johdon vuosittaiseen katselmukseen. Positiivista palautetta (1168) asiakkailta oli lähes nelinkertainen määrä verrattuna negatiiviseen palautteeseen (348). Eniten negatiivista palautetta (74) saatiin kauppapalvelusta, jossa uudella toimittajalla oli kilpailutuksen jälkeen käytännön ongelmia palvelun järjestämisessä. Hoitotoimenpiteiden kohdalla ”nopeista käynneistä” tuli yhteensä 66 valitusta. Hoitotoimenpiteisiin liittyviä tyytyväisyyden ilmauksia oli yhteensä 390. Henkilökunnan käytöksestä (306), hoidosta (390) ja henkilökunnan ammattitaidosta (248) saatiin runsaasti positiivista palautetta. Kotihoitopäälliköt antoivat johdon katselmuksessa kirjalliset selvitykset toimenpiteistä, joilla saatuun negatiiviseen palautteeseen vastattiin.

Vuoden 2006 jälkeen spontaania asiakaspalautetta ei ole tilastoitu. Eri kautta tullutta spontaania palautetta ei kirjata ylös, koska usein on vaikea määrittellä onko esimerkiksi tullut puhelu palautetta vai keskustelua ja lisätiedon hankintaa yleensä. Joillain palvelualueilla ohjaajat keskustelevat usein saamastaan palautteesta, mutta kaikilla alueilla ei näin menetellä.

3.1.3 Asiakkaiden haastattelut

Asiakashaastattelujen toteutus ja analysointi

Arviointitutkimuksen osana tutkijat haastattelivat kaikkiaan 25 asiakasta tai heidän omaistaan – viisi asiakasta kustakin kotihoitoyksiköstä. Haastateltavien ikä, sukupuoli, ja RAVA-indeksi käyvät ilmi liitteessä 3 olevasta taulukosta.

Haastateltavat valittiin siten, että jokaista kotihoitoyksikköä pyydettiin valitsemaan kaksi myönteisesti kotihoidon palveluihin suhtautuvaa asiakasta, kaksi kriittisesti suhtautuvaa tai tyytymättömältä vaikuttavaa asiakasta sekä yhden neutraalisti suhtautuvan. Esitimme kullekin yksikölle myös toiveen, että vähintään yhdessä tai kahdessa haastattelussa olisi mukana asiakkaan omainen.

Haastattelut kestivät lyhimmillään 40 minuuttia ja pisimmillään kaksi tuntia. Haastattelut toteutettiin asiakkaiden kotona, lukuun ottamatta kahta haastattelua, jossa oli paikalla vain asiakkaan omainen. Haastattelujen aikana paikalla ei ollut kotihoidon työntekijöitä yhtä haastattelua lukuun ottamatta, jossa hoitaja oli paikalla osan aikaa. Haastattelurunko on liitteessä 4.

Asiakastyytyväisyyden arvioimiseksi tehtävien tutkimusten vaikeutena on perinteisesti ollut ns. tyytyväisyyden paradoksi. Tutkittaessa asiakkaiden tyytyväisyyttä mihin hyvänsä terveyspalvelujen muotoon yli 80 % vastaajista ilmoittaa olevansa tyytyväisiä palveluun. Tutkijat ovat kuitenkin suhtautuneet epäilevästi julkilausuttuun tyytyväisyyteen. Esimerkiksi Edwards & al. (2004) ovat todenneet, että potilaiden riippuvaisuus terveydenhoitojärjestelmästä ja heidän tarpeensa säilyttää hyvää yhteistyösuhde hoitajien kanssa tekevät negatiivisen palautteen antamisesta ja tyytymättömyyden ilmaisemisesta lähes mahdotonta.

Arviointitutkimuksessamme haasteena oli saada asiakkaat kertomaan saamastaan palvelusta riittävän konkreettisesti ja välttämään yleisluontoiset arvostelut. Toisaalta vaarana oli, että pitäytyminen lähellä palvelutapahtumaa tuottaa vain pääosin myönteisiä ja tyytyväisyyttä ilmaisevia kannanottoja. Koetimme ratkaista asiaa siten, että pyysimme asiakkaita kertomaan mahdollisimman konkreettisesti mitä kotihoidon työntekijät heidän luonaan tekevät, millaisia asioita heidän saamaansa palveluun kuuluu, ja millaisia puutteita tai hankaluuksia toiminnassa voi ilmetä.

Haastatteluissa asiakkaat ilmaisivat usein tyytyväisyyttä kotihoidon toimintaan. Ennako-oletusten mukaisesti tyytyväisyys ilmaistiin yleensä hyvin yleisellä tasolla. Asiakkaat kiittelivät henkilökuntaa ystävällisyydestä ja ylipäättään siitä, että tulevat ja pitävät huolta. Asiakkaat tunsivat myös sympatiaa kodista toiseen rientäviä, raskaita reppuja kantavia työntekijöitä kohtaan. Myös kokeneiden hoitajien varmoja otteita ja osaamista kodinhoidollisissa asioissa kiitettiin usein.

Asiakkaiden kertomista tarinoista ja kuvauksista poimimme esiin kaiken avoimesti ilmaistun kritiikin sekä ns. piilotyytymättömyydet. Piilotyytymättömyyksillä tarkoitamme kuvauksia, joissa asiakas ei suoranaisesti ilmoita olevansa tyytymätön, mutta esittää kuitenkin kannanottoja, kuvauksia ja kertomuksia, joiden sisältö ja sävy ilmaisevat asiakkaan olevan epätietoinen, harmissaan tai pettynyt johonkin palvelutapahtumaan. Tällaiset tyytymättömyyden ilmaukset eivät kuitenkaan ole yleisluontoista palvelujen arvostelua, vaan konkreettisia arvioita ja havaintoja asiakkaiden omista hoito- ja palvelukokemuksista. Niiden tarkastelu tuottaa tärkeää tietoa asiakkaiden kokemuksista ja palvelutarpeista.

Haastateltu asiakasmäärä, 25 asiakasta ja / tai heidän omaistaan, muodostaa häviävän pienen osan kotihoidon koko asiakaskunnasta. Tutkimuksella ei pyritty tilastolliseen edustavuuteen, vaan valitsemaan harkinnanvaraisesti erilaisia asiakkaita, joilta voisi saada mahdollisimman monipuolista ja rikasta tietoa siitä, miten asiakkaat kokevat kotihoidon toiminnan ja arvioivat sitä. 25 haastattelua tuntui riittävältä määrältä, mitä osoittaa ns. aineiston kylläntyminen: viimeisimmät asiakashaastattelut eivät enää tuoneet uutta tietoa asiakkaiden kokemuksista.

Asiakashaastattelujen tulokset

Asiakkaiden tyytymättömyyden ilmauksien perusteella muodostimme 10 erilaista tyytymättömyyskategoriaa.

1. Työntekijöiden vaihtuvuus
2. Tukipalveluihin liittyvät ongelmat
3. Palvelun pinnallisuus ja kiireisyys
4. Palvelu- ja hoitosuunnitelmaan liittyvät epäselvyydet
5. Epäily palvelun laatua, asiakkaan kohtelua tai työntekijöiden osaamista kohtaan
6. Tiedonkulun ongelmat kotihoidon ja omaisten välillä tai kotihoidon sisällä
7. Vastuuhoitajan roolin epäselvyys
8. Käyntiaikoihin liittyvät ongelmat
9. Lääkäripalvelujen saatavuuden ongelmat
10. Palvelun sisältöön liittyvät ongelmat

Asiakashaastattelujen analyysi tehtiin haastatteluista kirjoitettujen yhteenvedojen pohjalta. Haastatteluissa esiin tulleet tyytymättömyydet luokiteltiin aineiston pohjalta muodostettuihin kategorioihin ja laskettiin ilmausten frekvenssit kussakin kategoriassa. Kustakin haastattelusta tehtiin vain yksi merkintä yhteen kategoriaan, ts. vaikka potilas olisi ottanut tietyn tyytymättömyyden aiheen esiin useampaankin kertaan, se kirjattiin vain yhdeksi tyytymättömyyden ilmaukseksi kyseisessä kategoriassa.

Tarkastelemme seuraavaksi lyhyesti kutakin tyytymättömyyskategoriaa. Esimerkkejä kategorioihin sijoitetuista asiakkaiden haastatteluista kerätyistä tyytymättömyyden ilmauksista on liitteessä 5.

1. Työntekijöiden vaihtuvuus

Työntekijöiden vaihtuvuudesta johtuvia ongelmia tuli esiin joka toisessa haastattelussa. Työntekijöiden vaihtuvuudessa on kyse ensinnäkin siitä, että yhden asiakkaan luona käy useita tiimin työntekijöitä kun työtä tehdään kahdessa vuorossa seitsemänä päivänä viikossa. Asiakkaan kotona voi käydä myös erikseen yökotihoito. Kotona käyvien työntekijöiden määrää lisää se, että vakituisten työntekijöiden lomien ja sairauspoissaolojen aikana tarvitaan myös sijaisia, joista monet työskentelevät kotihoitossa vain lyhyen aikaa. Asiakas joutuu siis varsin usein tilanteeseen, jossa kotiin tulee entuudestaan tuntematon työntekijä. Tämä ongelma korostuu erityisesti kesäaikaan.

Yksi vaihtuvuudesta seuraava ongelma on, että kotihoidon asiakas joutuu uuden työntekijän perehdyttäjän rooliin. Kun tämä toistuu usein, asiakas alkaa kokea sen raskaana. Toinen vaihtuvuuden ongelma oli, että työntekijöiden vaihtuessa asiakkaan on vaikea ennakoita kuka tulee ja tämän asiakkaat saattoivat kokea raskaana tai turvattomuutta tuottavana.

Kun kotona käy useita työntekijöitä, asiakas näkee myös yksilöllisiä eroja hoitajien työtavoissa. Asiakkaat havainnoivat myös tilanteita, joissa eri hoitajat toteuttavat palvelu- ja hoitosuunnitelmaa eri tavoin.

2. Tukipalveluihin liittyvät ongelmat

Haastatteluissaan asiakkaat raportoivat erilaisista tukipalveluihin liittyvistä ongelmista. Yleisimmät asiakkaiden käytössä olevat tukipalvelut olivat ateriapalvelut, kauppapalvelut, apteekin annosjakelu ja kuljetuspalvelut. Osa asiakkaista osti myös siivouspalvelua yksityisiltä palveluntuottajilta joko omilla varoillaan tai kaupungin myöntämällä palvelusetelillä.

Asiakkaan näkökulmasta yksi keskeinen tukipalveluihin liittyvä kysymys on niiden maksullisuus. Moni kotihoidon asiakas on tilanteessa, jossa hän kokee, ettei hänellä ei ole varaa maksaa erikseen kaikista tukipalveluista.

Asiakkailla oli myös huonoja kokemuksia tukipalveluiden laatuun liittyen. Ateriapalvelun ruoan laatua ei pidetty hyvänä tai sitä pidettiin kalliina. Samoin kauppapalvelun toiminnassa ja laskutustavassa nähtiin puutteita.

Yksi keskeinen tukipalveluihin liittyvä ongelma oli myös, että asiakkaalla tai omaisella ei ollut tietoa erilaisista tukipalveluista ja niiden saantimahdollisuuksista.

3. Palvelujen pinnallisuus ja kiireisyys

Tämän kategorian vastauksissa asiakkaat kiinnittivät huomiota luonaan käyvien kotihoidon työntekijöiden kiireisyyteen tai saamansa palvelun pinnallisuuteen. Kiire hermostuttaa asiakasta ja harmittaa, koska se estää rauhallisen seurustelun.

4. Palvelu- ja hoitosuunnitelmaan liittyvät epäselvyydet

Jokaiselle asiakkaalle on kotihoidossa tehty palvelu- ja hoitosuunnitelma, sekä hoidollinen hoitosuunnitelma, jotka asiakas ja kotihoidon ohjaaja allekirjoittavat. Palvelu – ja hoitosuunnitelmassa määritellään ne toimet, joita asiakkaan luona tehdään ja milloin ne toteutetaan. Suunnitelman mukaan määräytyy myös palvelun hinta. Haastattelujen perusteella kävi kuitenkin ilmi, että monilla asiakkailla oli epätietoisuutta suunnitelman suhteen. Joko asiakas tai hänen omaisensa ei tiennyt onko suunnitelma tehty vai ei, tai sitten asiakkaalla ei ollut tarkkaa tietoa sen sisällöstä. Kun kotihoidon tuottaman palvelun sisältö ei ollut selvä, asiakas oli usein epävarma siitä, mitä palveluun kuuluu ja millaisia asioita hän voi pyytää kotihoidon työntekijöitä tekemään.

5. Epäily palvelun laatua, asiakkaan kohtelua tai henkilökunnan osaamista kohtaan

Pääsääntöisesti kotihoidon palvelua pidettiin osaavana ja ystävällisenä. Monilla omaisilla oli kuitenkin käsitys, että kotihoidon työntekijät eivät juuri ehdi seurustella asiakkaiden kanssa, vaikka kohtelu sinänsä olisikin asiallista. Omaisten keskeinen toive oli, että asiakkaan kanssa oltaisiin enemmän vuorovaikutuksessa.

Jonkin verran asiakkaat kritisoivat henkilökunnan osaamista erityisesti kodinhoidollisissa tehtävissä. Aina omaiset eivät myöskään uskaltaneet luottaa, että joku sovittu asia on tehty tai että se on tehty riittävällä huolellisuudella.

6. Tiedonkulun ongelmat kotihoidon ja omaisten välillä tai kotihoidon sisällä

Kotihoidossa työntekijät kirjaavat potilaan vointiin ja hoitoon liittyviä asioita kodissa säilytettyyn hoitokansioon, eli ns. vihreään kansioon. Aiemmin oli tapana, että jokaisesta käynnistä tehtiin kirjaus, mutta uuden ohjeistuksen mukaan hoitokansioon kirjataan vain jos käynnillä ilmenee jotain erityistä. Kirjaamiskäytännön muutoksesta on jaettu tiedote myös omaisille. Vaikka hoitokansioon ei kirjattaisi mitään, jokaisesta käynnistä tulee kuitenkin kirjaus kotihoidon Pegasos-tietojärjestelmään.

Vihreä kansio on ennen muuta asiakasta hoitavien tahojen tiedonsiirron väline, mutta haastatteluissa tuli esiin, että kansion tehtyjen merkintöjen seuraaminen oli tärkeä tiedonhankinnan kanava myös monille omaisille. Asiakkaasta riippuen vihreä kansio saattaa olla ainoa keino selvittää onko asiakkaan luona käyty.

Omaisille saattoi myös olla epäselvää miten ja kenen aloitteesta yhteydenpito kotihoidon ja omaisten välillä tapahtuu. Omainen saattoi toivoa, että yhteydenpito omaisiin olisi jollain tapaa säädelty tai määritelty palveluun kuuluvaksi.

Tiedonkulkuun liittyivät myös omaisten havainnot siitä, että kotihoidon palveluja haettaessa oli aluksi epäselvää, mihin hallinnonalaan kotihoito kuuluu. Eräs omainen toivoi myös aluksi

kattavampaa informaatiota siitä, millaisia palveluja, apuvälineitä tai oppaita kotihoidon asiakkaille on tarjolla.

Asiakkaat saattoivat kiinnittää huomiota myös tiedonkulun ongelmiin kotihoidon sisällä. Joskus heidän kohdalleen osui tilanteita, joissa kävi ilmi, ettei tieto ollut kulkenut kotihoidon sisällä työntekijältä toiselle.

7. Vastuuhoitajan roolin epäselvyys

Kotihoidossa on käytäntö, jonka mukaan jokaiselle asiakkaalle nimetään oma vastuuhoitaja. Usein myös vastuuhoitajalle nimetään varahenkilö. Kaikki haastattelemamme asiakkaat tai heidän omaisensa osasivat nimetä kuka vastuuhoitaja on. Sen sijaan monille heistä oli jäänyt epäselväksi, mikä vastuuhoitajan rooli on ja miksi vastuuhoitaja on nimetty.

Kotihoidossa vastuuhoitajajärjestelmää määrittää kaksi keskeistä tavoitetta. Vastuuhoitajan tulee toimia hänelle nimettyjen asiakkaiden asioita koordinoivana ja eteenpäin vievänä työntekijänä. Vastuuhoitajajärjestelmään liittyy myös tavoite, että vastuuhoitaja kävisi asiakkaansa luona mahdollisimman usein, toisin sanoen asiakas tapaisi tiimin hoitajista useimmin omaa vastuuhoitajaansa. Näiden tavoitteiden toteuttaminen muodostaa suuren haasteen tiimeille, kun otetaan huomioon, että työtä tehdään kahdessa vuorossa kaikkina viikonpäivinä ja että henkilökunta on osan aikaa myös vuosi- ym. lomilla.

Asiakkaiden haastattelujen perusteella nämä tavoitteet toteutuvat eri alueilla ja eri tiimeissä hyvin eri tavoin. Useimmiten toteutuu se, että vastuuhoitaja toimii yhdyshenkilönä. Sen sijaan asiakkaan näkökulmasta tilanne on usein se, ettei hän tapaa vastuuhoitajaansa sen useammin kuin muita hoitajia.

Monille asiakkaille ja omaisille vastuuhoitajan rooli ja tehtävät olivat epäselviä. Sen seurauksena vastuuhoitajan tehtävä palvelua koordinoivana henkilönä voi vaikeutua, jos omaiset eivät ole selvillä heidän tehtävästään.

8. Käyntiaikoihin liittyvät ongelmat

Käyntiaikoja koskevat ongelmat liittyivät lähinnä siihen, että työntekijät eivät tule sovittuna aikana tai eivät ilmoita myöhästymisestään. Ongelmia saattoi olla myös siinä, miten käynnit saadaan ajoitettua asiakkaan tai omaisten elämänrytmiin ja aikatauluihin tai miten käyntiaikoihin saadaan tehtyä muutoksia. Esimerkiksi asiakkaan päivä- ja iltakäynti saattoivat sijoittua kovin lähelle toisiaan, tai asiakas jouduttiin laittamaan yöpuulle kovin aikaisin iltäkäynnin varhaisuuden vuoksi.

9. Lääkäripalvelujen saatavuuden ongelmat

Helsingin kotihoidossa työskentelee tällä hetkellä lähes 30 lääkäriä. Lääkärit tekevät kotikäyntejä niiden potilaiden luokse, joiden terveydentila ei mahdollista terveysasemalla käyntiä. Lääkärien työnä on myös konsultoida kotihoidon henkilökuntaa potilaiden hoidossa. Lääkäri tekee kotikäynnin yleensä kotihoidon henkilökunnan aloitteesta.

Kotihoidon lääkäripalvelua pidettiin yleisesti ottaen hyvänä, mutta joidenkin asiakkaiden mielestä lääkärin saaminen kestää liian kauan. Asiakkailta saattoi myös virheellisiä käsityksiä siitä, miten lääkäreiden palvelut ovat saatavilla tai onko niitä jotenkin rajoitettu. Kotihoidon

omien lääkärin palvelujen saatavuuden lisäksi haastatteluissa tuotiin esiin ylipäättään ongelmia siinä, miten asiakas pääsee lääkäriin tai sairaalaan hoitamaan ongelmaansa.

10. Palvelun sisältöön liittyvät ongelmat

Tähän kategoriaan kuuluvissa kuvauksissa asiakkaat tuovat esiin kritiikkiä kotihoidon antaman palvelun sisällön suhteen. Ensisijaisesti kuvauksissa on kyse siitä, että palvelun sisältö ei vastaa asiakkaan tarpeita tai että asiakkaan ongelmiin ei saada ratkaisua kotihoidon käynnellä. Palvelun sisältöön liittyvät ongelmat ovat lähellä palvelu- ja hoitosuunnitelmiin liittyviä ongelmia (kategoria 4), mutta tässä on painotettu enemmän palvelun sisällön vastaavuutta asiakkaan tarpeisiin. Kategoriassa 4 puolestaan korostuvat ongelmat, jotka liittyvät palvelu- ja hoitosuunnitelmaan tekoon tai siihen että asiakas ei tiedä hänelle sovitun palvelun sisältöä.

Asiakkaat kuvailivat erilaisia tarpeita, joita heidän päivittäiseen elämäänsä ja kotona selviytymiseen liittyi, mutta joihin heidän mielestään kotihoito ei tuottanut vastausta. Asiakkaalla saattoi myös olla kokemus, että kotihoito ei ehdi paneutua ja hoitaa hänen elämäänsä liittyviä ”pikkuasioita”.

Asiakkaat kiinnittivät jonkin verran huomiota myös siihen, millaisia tehtäviä kotihoidon eri ammattiryhmät tekevät kotona. Tässä yhteydessä osa toi esiin toiveen, että kodin siisteyteen kiinnitettäisiin enemmän huomiota tai he saattoivat toivoa esimerkiksi verenpaineen tarkempaa kontrollointia. Jonkin verran tuli myös esiin asiakkaiden pohdinnat siitä mikä on kotihoitopalvelun sisältö suhteessa siihen mitä he siitä maksavat.

Asiakkaiden ilmaisemat tyytymättömyydet jakautuivat eri kategorioihin taulukon 16 osoittamalla tavalla.

Taulukko 16. Asiakkaiden ilmaisemat tyytymättömyydet kategorioittain.

Tyytymättömyyskategoria	frekvenssi
1. Työntekijöiden vaihtuvuus	12
2. Tukipalveluihin liittyvät ongelmat	11
3. Palvelun pinnallisuus ja kiireisyys	10
4. Palvelu- ja hoitosuunnitelmaan liittyvät epäselvyydet	9
5. Epäily palvelun laatua, asiakkaan kohtelua tai työntekijöiden osuudesta kohtaan	8
6. Tiedonkulun ongelmat kotihoidon ja omaisten välillä tai kotihoidon sisällä	7
7. Vastuuhoidajan roolin epäselvyys	6
8. Käyntiaikoihin liittyvät ongelmat	6
9. Lääkäripalvelujen saatavuuden ongelmat	5
10. Palvelun sisältöön liittyvät ongelmat	4
<i>Yhteensä</i>	78

Kaikkiaan asiakkaat ilmaisivat haastatteluissaan 78 erilaista tyytymättömyyden aihetta. Keskimäärin kukin asiakas toi esiin 3,12 tyytymättömyyden ilmaisua. Yhden asiakkaan haastattelussa ei ollut yhtään tyytymättömyyden ilmaisua.

3.1.4 Yhteenveto asiakkaiden kokemasta palvelujen laadusta

Asiakaskyselyjen mukaan asiakkaiden tyytyväisyys on säilynyt kotihoitokokeilun ajanjaksolla hyvin samalla tasolla: kaikkina vuosina asiakkaat ovat antaneet kotihoidon palveluille kouluarvosanaksi hyvän (8,2 – 8,3). Kotihoidon asiakaskyselyt vuosilta 2005-2008 muodostavat varsin yhdenmukaisen tuloksen, jossa vuosittainen vaihtelu on hyvin pientä. Tulos viittaa siihen, että kotihoidon palvelun laatu on kotihoitokokeilun aikana pysynyt varsin vakaana ja tasaisena. Asiakaskyselyn tuloksilla on ollut merkitystä siinä, miten kotihoito on suunnannut kehittämisvoimavarojaan. Esimerkiksi kotisiivouksen järjestämiseksi on otettu käyttöön palveluseteli ja lisätty siihen käytettävissä olevaa määrärahaa.

Asiakasvalitusten määrässä ja siinä mihin ne osoitetaan on ollut vuosittaista vaihtelua, jonka yhteys palvelun laatuun tai mahdollisiin laadunvaihteluihin on kuitenkin epäselvä. Vuonna 2006 asiakkaat syystä tai toisesta suuntasivat valituksensa potilasasiamiehelle ja valitusten kokonaismäärä myös kasvoi, mikä voi selittyä uuden organisaation mukanaan tuomilla epäselvyyksillä palveluissa. Myös vuodesta 2007 vuoteen 2008 tapahtui merkittävä kasvu kante- luiden määrässä.

Loppuarviointia varten tehdyt asiakashaastattelut tuovat lisää tietoa siitä, mihin asiakkaat ovat kotihoidossa tyytymättömiä. Työntekijöiden vaihtuvuus on yleisin tyytymättömyyden aihe, mikä on tullut esiin jo asiakaskyselyissäkin. Haastattelut tuovat lisätietoa siihen, mikä vaihtu- vuudessa harmittaa: Vaihtuvuus tuo ennakoimattomuutta ja turvattomuuden tunnetta sekä pakottaa asiakkaan uuden työntekijän perehdyttäjän rooliin. Yleisiä olivat myös tukipalvelui- hin liittyvät tyytymättömyyden ilmaisut. Ne kohdistuivat pääasiassa joko tukipalvelun laatuun tai siihen, että asiakkailla tai omaisilla ei ollut riittävästi tietoa saatavilla olevista tukipalve- luista tai heidän oikeuksistaan niiden käyttöön. Niinikään hoidon kiireisyyttä ja pinnallisuutta kritisoitiin.

Kotihoidon kehittämisen kannalta merkittävän tyytymättömyyden aiheen muodostavat palve- lun sisältöön liittyvät ongelmat sekä palvelu- ja hoitosuunnitelmaan liittyvät epäselvyydet yhdessä. Monilla asiakkailla on kokemuksia, ettei palvelun sisältö vastaa täysin niitä tarpeita mitä heillä on jokapäiväisestä elämästä selviytymisessä. Monille oli myös epäselvää, mitä oikeastaan heille sovittuun palveluun kuuluu ja millaisia asioita he voivat pyytää ja toivoa kotihoidolta. Kotihoidon palvelujen vaikuttavuuden kannalta nämä ovat keskeisiä kysymyksiä.

3.2 Ammatillisen työn laatu

Kotihoidon toimintaa ja ammatillisen työn laatua arvioidessamme käytämme aineistona kotihoidon toiminnan havainnointia, arviointipaneeleissa käytyä keskustelua havainnointiaineistostamme sekä henkilökunnan digium-kyselyssä esittämiä arvioita. Näin saatua arviointitietoa suhteutamme luvussa 2 esitettyihin tietoihin kotihoito-osaston toiminnasta.

3.2.1 Arviointipaneeleissa esitetyt arviot ammatillisen työn laadusta ja kotihoidon toiminnasta

Liitteessä 6 on havainnointipäivän pohjalta laadittu kuvaus työntekijän työpäivästä. Työntekijä kävi kaikkiaan viiden asiakkaan luona, yhden luona kahteen otteeseen verenpaineen seuraamiseksi. Toimistolle työntekijä ehti takaisin klo 13 jälkeen, jolloin hän vei kirjaukset Pe-gasokseen ja neuvotteli terveydenhoitajan kanssa potilaan sairauden hoidosta. Työntekijän päivä sisälsi mm. verenpaineen mittausta, muistitestin tekoa, kystofixin putsausta, lääkkeiden jakoa, opastusta ja neuvomista, suihkutusta ja imurointia. Ammattinimikkeeltään työntekijä on lähihoitaja.

Arviointihankkeen osana järjestetyissä arviointipaneeleissa kuvaus hoitajan työpäivästä esiteltiin paneeliin osallistuneille työntekijöille. Kuvausta käytettiin virikkeenä keskustelulle kotihoidon toiminnasta. Havainnoinnin kohteena ollut työntekijä kommentoi havainnointipäivän päätteeksi, että päivä oli poikkeuksellisen selkeä ja jäsentynyt ja siinä oli vain vähän yllättäviä käänteitä tai häiriöitä. Myös paneeliin osallistuvat kommentoivat työpäivää siten, että se vaikuttaa tavalliselta työpäivältä, tosin hoidettavien asiakkaiden määrä oli suhteellisen pieni ja päivän rakenne tavanomaista selkeämpi ja toimistolle ehditään takaisin varsin aikaisin.

Arviointipaneeleissa käydyissä keskusteluissa työntekijät ja esimiehet toivat esiin seuraavia näkemyksiä kotihoidon tämänhetkisestä toiminnasta ja yhdistämisen myötä tapahtuneista muutoksista:

- turha päällekkäisyys kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välillä on poistunut: enää ei tarvita kahta henkilöä tekemään peräkkäin sen, minkä yksi ihminen voi hoitaa kerralla; toiminnan järkipäristyminen
- monille työntekijöille yhdistäminen merkitsi toimenkuvan monipuolistumista ja mielekkäämpiä työtehtäviä: nyt saa ottaa kokonaisvaltaista vastuuta asiakkaan hoidosta.
- esimerkkipäivän asiakkaat varsin helppoja; mielenterveysongelmaisten, muistisairaiden ja alkoholi-ongelmaisten kanssa käynnit ovat vaikeampia
- päivä sujuu varsin pitkälti suunnitelmien mukaan; usein ”ylläreitä” tulee paljon enemmän ja tulee uusia, ennakoimattomia juttuja suunniteltujen käyntien väliin.
- asiakkaan palvelu koostuu nykyään useimmiten pikaisista käynneistä, joissa tehdään monia toimenpiteitä lyhyessä ajassa. Jonkinlaista asiakkaista lähtevää kokonaisvaltaisempaa hoitoa kaivattiin.
- esimerkkipäivästä nousevat hyvin esiin kaikki tukipalvelut, joiden varassa kotihoitoa nyt pyöritetään: ateriapalvelut, kauppapalvelut, siivouspalvelut jne. Osallistujien mielestä palvelujen ulkoistaminen on toisaalta ollut hyvä asia, mutta siinä nähtiin myös heikkouksia ja monen mielestä kukaan ei tällä hetkellä ole oikein tyytyväinen tilanteeseen – eivät asiakkaat eivätkä työntekijät. Tukipalvelujen pyörittäminen vie työntekijöiltä paljon aikaa ja jää usein harmaaksi työajaksi. Asiakkaille muutos on merkinnyt

sitä, että nyt kodissa käy moninkertainen määrä ihmisiä, vaikka etukäteen oletettiin toista. Työntekijöiden käsityksen mukaan osapalveluista muodostuva kokonaisuus käy myös niin kalliiksi, että monen vanhuksen rahat eivät riitä kaikkiin tarvittaviin palveluihin.

- osallistujat kommentoivat, että esimerkkipäivässä on varsin vähän sairaanhoidollisia toimenpiteitä. Toisaalta tuotiin esiin yleisenä mielipiteenä, että työ on nyt pitkälti keskittynyt potilaan hoitoon ja kodit ovat jääneet huonommalle hoidolle.
- osallistujien mielestä kaikilla työntekijöillä työmäärät ja työpaineet ovat kasvaneet valtavasti viime vuosina. Työntekijät kritisoivat johtamisen epäjohtonmukaisuutta, mikä näkyy työntekijöiden saamassa ohjeistuksessa: ohjeet tulevat kentälle usein keskeneräisinä ja keskenään ristiriitaisina, mikä lisää moneen kertaan tehtyä työtä.
- työntekijät kuvailivat rasittavana myös sen, että jatkuvasti tulee uusia hankkeita ja uudistuksia, vaikka ruohonjuuritason työtä ei ole saatu vielä organisoitua täysin sujuvaksi.
- työntekijät olivat huolissaan omasta ja työkavereidensa jaksamisesta. Heidän käsityksensä mukaan nyt on vaarana, että ammattitaitoista hoitohenkilökuntaa lähtee pois ja uutta on erittäin vaikea saada kotihoitoon

3.2.2 Työntekijöiden Digium-kyselyssä esittämät arviot ammatillisen työn laadusta

Kotihoidon henkilökunnalle – työntekijöille, kotihoidon ohjaajille ja lääkäreille - toteutettiin Digium-kysely (liite 7) joulukuussa 2008. Kysely toteutettiin yksinomaan verkossa. Kotihoidon intranetin pääsivulla avattiin kysely, johon yli 6 kuukautta töissä olleita työntekijöitä pyydettiin vastaamaan. Myös kotihoidon ohjaajia muistutettiin asiasta ja pyydettiin heitä informoimaan työntekijöitä kyselystä.

Kyselyyn saatiin vastauksia varsin hitaasti ja vastaamisaikaa jatkettiin useaan kertaan. Työntekijöille lähetettiin myös muistutusviestejä. Kaikkiaan vastauksia saatiin 484 kappaletta. Kotihoidon työntekijöitä oli tuohon aikaan 1689, joten vastausprosentti oli 29. Kaikki työntekijät eivät tosin ole kyselyyn pyydettyjä yli 6 kk työskennelleitä.

Kyselyyn vastanneista 90 % oli vakituisia ja 10 % määräaikaisia. Vastaajista 65 % oli työskennellyt Helsingin kaupungin kotihoidossa (aikaisemmin kotipalvelussa tai kotisairaanhoidossa) yli viisi vuotta. Kyselyyn vastanneista suurin osa, 46 %, oli lähihoitajia. Kotihoidon ohjaajia vastaajista oli 10 % ja lääkäreitä 3 %. Kun verrataan kyselyyn osallistuneiden eri ammattiryhmien osuutta kotihoidossa työskenteleviin, havaitaan, että aliedustettuina kyselyssä olivat kotiavustajat ja kodinhoitajat ja jossain määrin myös lähihoitajat. Silti lähihoitajia oli lähes puolet kyselyyn vastanneista, koska heidän suhteellinen osuus kotihoidon työntekijöistä on 60 %. Vastaavasti näyttää siltä, että suhteellista osuuttaan aktiivisemmin kyselyyn vastasivat kotihoidon ohjaajat, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja perushoitajat.

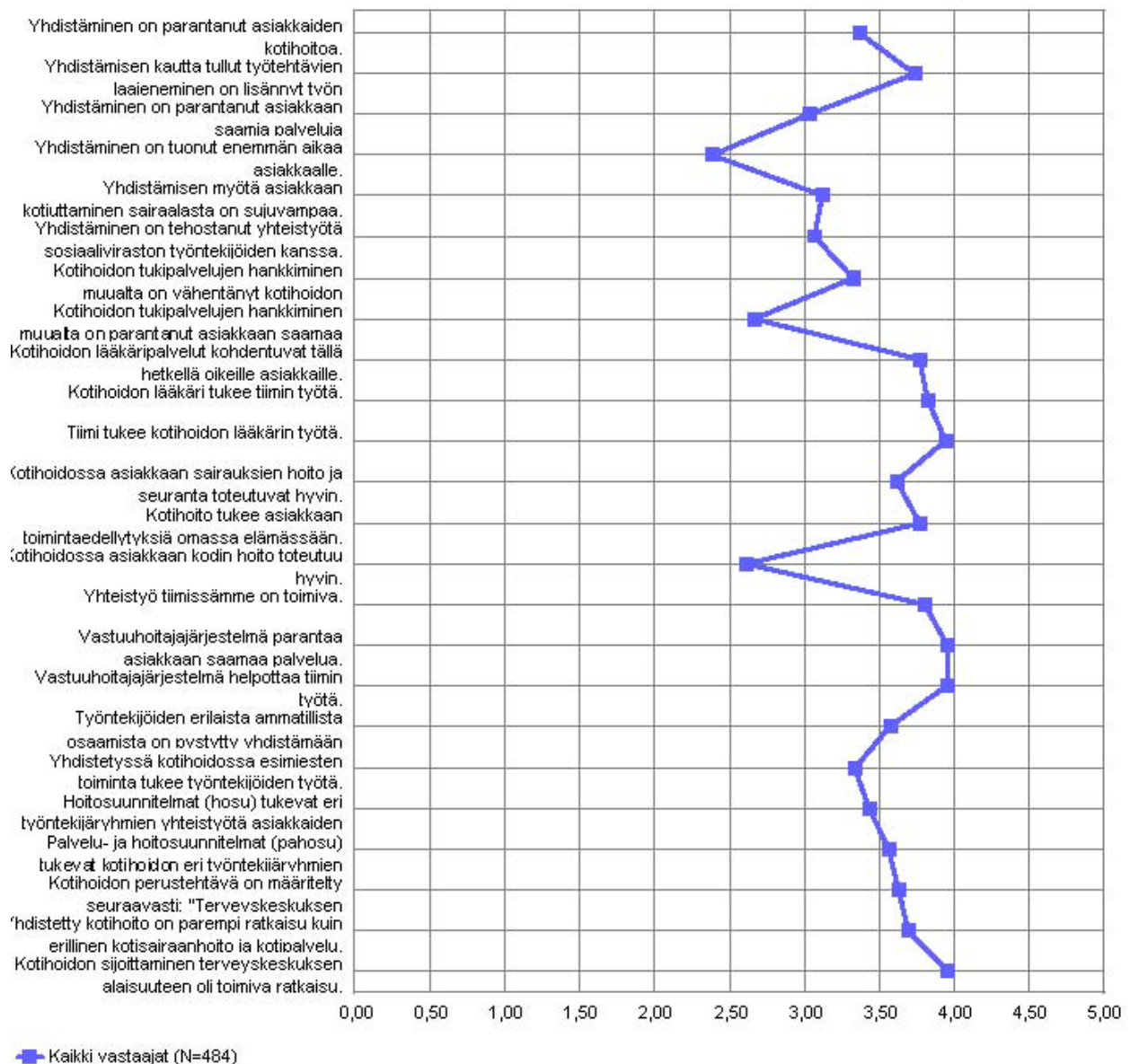
Vastausprosentin jääminen alhaiseksi saattoi johtua kyselyn sijoittumisesta joulun alle. Tuohon ajankohtaan sattui myös paljon sairauspoissaoloja. Voi myös olla, että osa alle neljä vuotta työskennelleistä jätti vastaamatta kyselyyn, koska heillä ei ollut tietoa yhdistämistä edeltävästä ajasta. Jälkikäteen voi myös miettiä, onko tietokoneiden ja intranetin käyttö kotihoidossa jo niin vakiintunutta, että kysely voidaan toteuttaa vain internetissä vai olisiko paperiversioiden käyttö ollut vielä tarkoituksenmukaista. Voi myös pohtia, olisiko tarkoituksenmukaista kohdistaa kysely koko henkilökunnalle vai olisiko ollut parempi valita vain satunnainen otos, jolloin vastausprosentti olisi saattanut nousta korkeammaksi. Arvioinnissa haluttiin kuitenkin

antaa mahdollisuus mielipiteen lausumiseen kaikille työntekijöille ja siksi pidettiin tärkeänä, että vastausmahdollisuus oli kaikilla halukkailla. Pyrkimys tilaisuuden tarjoamiseen heijastui kuitenkin kyselyn tilastollisen merkitsevyyden heikkenemisenä.

Vaikka kyselyyn vastanneiden osuus kotihoidon työntekijöistä jäi suhteellisen pieneksi, erityisesti kyselyyn sisältyneiden avoimien vastauksien perusteella tuli kuitenkin ilmi tärkeää tietoa henkilökunnan kotihoitoa koskevista arvioista. Avoimiin kysymyksiin tuli erittäin runsaasti vastauksia ja palautetta. Vaikutti siltä, että monet vastaajat halusivat tuoda esiin kotihoidon keskeisiä ongelmia ja vastaavasti myös sitä, mikä toiminnassa on onnistunutta.

Digium-kyselyn tulokset käyvät ilmi kuviosta 1. Yksittäisten väittämien vastausten keskiarvot liikkuvat 2,39 ja 3,96 välillä. Pienimmät keskiarvot saivat asiakkaan saamaa palvelua koskevat väittämät ”yhdistäminen on tuonut enemmän aikaa asiakkaalle” (keskiarvo 2,39), ”kotihoitossa asiakkaan kodin hoito toteutuu hyvin” (ka 2,61) sekä ”kotihoiton tukipalvelujen hankkiminen muualta on parantanut asiakkaan saamaa palvelua” (ka 2,67). Suurimmat keskiarvot puolestaan saivat väittämät: ”Tiimi tukee kotihoidon lääkärin työtä” (ka 3,95), ”vastuuhoitajajärjestelmä parantaa asiakkaan saamaa palvelua” (ka 3,96), ”vastuuhoitajajärjestelmä helpottaa tiimin työtä” (ka 3,96) ja ”kotihoiton sijoittaminen terveystieteiden alaisuuteen oli toimiva ratkaisu” (ka 3,95).

Kysely kotihoidon työntekijöille, kotihoidon ohjaajille ja lääkäreille (N=484)



Kuvio 1. Digium-kyselyn tulokset.

Avoimilla kysymyksillä selvitettiin työntekijöiden arvioita yhdistetyn kotihoidon hyvistä puolia sekä kehittämistä edellyttävistä asioista. Kotihoidon *hyviä puolia* koskevat maininnat painottuivat erityisesti tiimityöhön ja yhteistyöhön. Tiimityön ansiosta eri ammattiryhmien osaamista kyetään yhdistämään monipuolisesti ja tiedonjakaminen ja työnjako on helppoa. Yksittäisen työntekijän näkökulmasta työ on nyt vaihtelevaa, monipuolista ja toimenkuvat laajoja. Myös ammattitaidon kehittämisen nähtiin olevan nyt mahdollista. Hyvänä puolena vastaajat näkivät myös sen, että palvelujen päällekkäisyys on poistunut ja että yhdessä virastossa kokonaisuus hahmottuu paremmin.

Kotihoidon hyviä puolia koskevissa maininnoissa näkyi erityisesti myös asiakkaan näkökulma. Vastaajien mielestä on hyvä, että asiakas saa nyt palvelun yhdestä paikasta ja että yksi

hoitaja hoitaa koko käynnin. Yhdistetyssä kotihoidossa asiakas on helpompi nähdä kokonaisuutena. Kotihoidon nähtiin myös tarjoavan tasa-arvoisesti palveluja eri puolella kaupunkia. Kotihoidon lääkäripalvelut mainittiin hyvänä palvelumuotona, jossa lääkärin tavoittaminen on helppoa. Myös vastuuhoidajajärjestelmän nähtiin parantavan asiakkaiden kokonaisvaltaista hoitoa ja asioiden hoitamista. Vastuuhoidajajärjestelmän etuna mainittiin myös, että asiakkaat luottavat vastuuhoidajaan ja järjestely selkiyttää vastuunjakoa tiimissä.

Seuraavat vastaukset ovat tyypillisiä esimerkkejä avoimiin kysymyksiin annetuista vastauksista:

”Ei päällekkäisiä käyntejä; työ tullut monipuolisemmaksi; asiakas tulee huomioiduksi kokonaisvaltaisesti; vastuuhoidajuuutta pystytään toteuttamaan paremmin.”

”Lääkäripalvelut ovat parantuneet; laajempi tietotaito käytettävissä; yhteistyö sujuvaa.”

”Asiakaslähtöinen kokonaisuhoito toteutuu; ei turhia kahden hengen peräkkäisiä käyntejä; hoito ei pirstaloitu; yhteistyö joka suuntaan helpompaa tällä hetkellä; tiimeissä monenlaista osaamista ja viestiminen helppoa.”

Kotihoidossa vielä *kehittämistä vaativia asioita* mainittiin runsaammin kuin hyviä puolia. Avoimien vastausten perusteella monilla työntekijöillä on vakava huoli kotihoidon palvelujen laadun säilymisestä ja työntekijöiden jaksamisesta.

Asiakkaan näkökulmasta katsoen hoidon kokonaisvaltaisuutta tulisi vastaajien mielestä edelleen kehittää ja asiakkaan luona vietettävää aikaa lisätä. Monen vastaajan mielestä asiakkaalle jää liian vähän aikaa ja palvelun laatu on alkanut kärsiä. Jo ennen kotihoidon yhdistämistä alkaneen tukipalvelujen ulkoistamisen myötä hoidosta on tullut ”sillisalaatti” ja monilla vastaajilla oli huoli siitä, riittävätkö asiakkaiden varat kaikkiin heidän tarvitsemiinsa palveluihin.

Tiimityötä ja yhteistyötä haluttiin kehittää edelleen. ”Kaikki tekee kaikkea” –periaate ei vastaajien mielestä toimi, vaan sen sijaan on lähdettävä siitä, että eri ammattiryhmät tuovat eri osaamista tiimin käyttöön ja tätä osaamista on sovittava yhteen. Tehtäviä ja vastuunjakoa haluttiin selkiyttää tiimin sisällä ja rajata eri toimenkuvia selkeämmin. Tiimipalaverit ja tiedonkulku mainittiin usein kehittämiskohteina. Myös yhteistyötä tiimin ja erikoistimien sekä tiimin ja sosiaalityön välillä haluttiin kehittää. Kirjaamiseen toivottiin lisää yhtenäisyyttä.

Vastuuhoidajuuutta haluttiin vahvistaa ja selkiyttää vastuuhoidajan roolia suhteessa sairaanhoitajan / terveydenhoitajan tehtäviin erityisesti lääkärin kanssa tehtävän yhteistyön osalta. Vaihtuvuus ja lyhytaikaiset sijaisuudet nähtiin uhkana vastuuhoidajajärjestelmän toteutumiselle.

Kotihoidon lääkärin määrää toivottiin lisättävän. Samoin kotihoitoon toivottiin uusia ammattiryhmiä, kuten jalkojenhoitajia, fysioterapeutteja ja toimintaterapeutteja. Kotihoidolla voisi olla myös oma vapaaehtoisten ystäväpalvelu.

Johtamisen osalta kehittämistarpeet kohdistuivat ennen muuta lähiesimiestyön kehittämiseen. Kehittämistä pidettiin sinänsä hyvänä asiana, mutta tuotiin esiin, että uudistukset pitäisi myös ehtiä saattaa käytäntöön.

Seuraavat esimerkit ovat poimintoja tyypillisistä vastauksista kotihoidon kehittämistarpeita koskevaan kysymykseen:

”Ulkoistetut toiminnot aiheuttavat sekasotkun tuntua; työntekijöiden toimenkuvat sekalaiset: sairaanhoitajat suihkuttavat, toisaalta kotiavustajilta odotetaan enemmän osaamista kuin mihin taidot riittävät; miehitysvaje niin suuri, että töitä ei voi jakaa siten kuin osaamisen kannalta olisi järkevää; asiakkaan luona ehditään tehdä vain pakollinen.”

”Painotetaan lääkehoitoa ja muut tarpeet kuin sivuseikka; annosjakelu tuottanut kamalasti työtä hoitohenkilöstöllä; kehittäminen hyvä asia, mutta liian nopeat ja monet uudistukset uuvuttavat; työnjaon selkiyttäminen.”

”Nyt ollaan menty taas hajauttamaan työtä= kauppakassi tulee jostain, siivoajat jostain, kotihoito tekee omat työnsä, ateriat tulee jostain, lääkkeet tulee jostain. Ihmiset vaihtuu koko ajan, tämä tuo turvattomuutta. Jatkuvasti pitää muistaa ilmoittaa kaikki muutokset todella moneen paikkaan, kun asiakas esim. joutuu sairaalaan (kenelle kaikille ilmoitan kenenkin kohdalla) ja aika kuluu kun yrittää saada eri tahoja langan päähän.”

”Tehtäväkuvat aivan liian laajat, kukaan ei voi vastuuhoidajana ottaa vastuulleen esim. seitsemän ihmisen koko elämää. Pakolliset käynnit tehdään, ei muuta. Keikkalaisten pyörittys vie paljon aikaa. Pahosut, rait täysin hunningolla.”

”Kuntoutus! Asiakkaiden ulkoiluttaminen ja liikunta retuperällä, nyt asiakkaat vuosikausia sisätiloissa.”

3.2.3 Kotihoidon lääkärien toiminta

Yhdistettyä kotihoitoa perustettaessa tehtiin merkittävä periaatteellinen ratkaisu, kun kotihoidon asiakkaiden hoitoa varten perustettiin omat lääkärivakanssit. Helsingin kaupungille tyypillistä vanhustenhoidon laitosvaltaisuutta haluttiin purkaa kotona tapahtuvaa avohoitoa lisäämällä, minkä johdosta oli selvää, että jatkossa kotona hoidettaisiin yhä sairaampia potilaita. Tarkoitus olikin, että kotihoidon lääkärit hoitavat nimenomaan niitä kotihoidon potilaita, jotka eivät kykene käyttämään omalääkärin palvelua terveysasemalla - valtaosa asiakkaista on edelleen omalääkärin hoidossa terveysasemalla. Lääkärien keskeinen tehtävä on myös konsultoida hoitotiimejä asiakkaiden hoidossa.

Kotihoidon lääkäreitä johtaa kotihoidon ylilääkäri, jolla on tukenaan kaksi apulaisylilääkäreitä. Hallinnollisesti lääkärit toimivat akuuttisairaalan alaisuudessa. Tämän ratkaisun etuna on, että lääkäreillä säilyy kontaktit sairaaloihin ja he voivat osallistua akuuttisairaalan tarjoamaan koulutukseen ja sairaalalääkärien tapaamiseen sekä konsultoida helposti sairaalalääkäreitä. Kotihoidon ylilääkäri osallistuu akuuttisairaalan johtoryhmään. Ratkaisun heikkoutena on, että lääkärit eivät ole yhtä kiinteästi osa kotihoidon organisaatiota.

Yhdellä lääkärillä on vastuullaan keskimäärin 7,6 tiimiä mukaan lukien palvelutalojen sisällä toimivat tiimit. Laskuissa ovat mukana myös osa-aikaiset lääkärit. Yhtä lääkäreitä kohden olevien tiimien määrä vaihtelee 4-12 välillä siten, että tyypillisimmin lääkärillä on vastuullaan 7-10 tiimiä. Useimmilla lääkäreillä on 3-4 työpistettä, joista käsin he hoitavan työtään. Yhtenä päivänä useimmat lääkärit hoitavat kahta tiimiä Aamupäivälle ajoittuvat kotikäynnit, iltapäi-

visin lääkäri konsultoi tiimejä ja hoitaa paperitöitä. Ylilääkärin ”suositus” on että yhtenä aamupäivänä hoidettaisiin kolme kotikäyntiä. Silloin käynnit voivat olla suhteellisen laajoja arvioivia käyntejä, jolloin lääkäri ehtii myös opastaa mukana olevaa hoitajaa siitä, miten potilaan vointia seurataan. Näiden käyntien lisäksi lääkärit tekevät myös akuuttikäyntejä.

Lääkärien vastuulla on myös noin 50 palvelutaloa ja heidän tekemistä kotikäynneistä meneekin 42 % palvelutalojen asukkaiden hoitamiseen.

Kotihoitoon on saatu rekrytoitua jatkuvasti hyvin lääkäreitä ja kotihoidossa onkin tällä hetkellä poikkeuksellisen hyvin koulutettu ja ammattitaitoinen lääkärikunta. Lääkäreistä merkittävä osa on geriatreja tai yleislääketieteen erikoislääkäreitä. Erään haastateltavan mukaan kaupungin paras geriatrinen osaaminen on tällä hetkellä kotisairaanhoidossa.

Kotihoidon omien lääkärien nimeäminen on lisännyt merkittävästi lääkärien tekemien kotikäyntien määrää kotihoidon yhdistämistä edeltävistä ajoista. Järjestelmä on jäməköittänyt ja jäsentänyt kotihoitoa suuresti ja varsin sairaitakin potilaita kyetään nyt hoitamaan kotona. Tosin jälkikäteen on todettu, että kukaan ei osannut kuvitella, miten sairaita kotihoidon potilaat ovat. Lääkärit toteavatkin, että vanhaan järjestelmään ei ole paluuta: nykyistä asiakasjoukkoa ei saataisi hoidettua vanhan kotisairaanhoidon järjestelmällä. Nyt kotona tehdään asioita joita ennen tehtiin sairaalassa.

Lääkärien mielestä heidän työpanoksensa kohdistuu tällä hetkellä pitkälti oikeisiin potilaisiin. Kotihoidon käynnistämisen jälkeen monia piilossa olleita potilaita tai potilasryhmiä on saatu hoidon piiriin. Lääkärit kokevat työnsä myös hyvin palkitsevana ja yhteiskunnallisesti hyödyllisenä. Kotihoito on myös tehokas ja säästää todennäköisesti suuren määrän päivystyskäyntejä.

Asiantuntijahaastattelujen ja kotihoidon lääkärien ryhmähaastattelun perusteella lääkärien työssä näkyi tällä hetkellä seuraavia haasteita ja pulmakohtia:

- kotihoidossa toimivien hoitajien sijaisten suuri määrä hankaloittaa olennaisesti lääkärien työtä ja ostopalveluna hankittu hoitajatyövoima on erittäin ongelmallinen lääkärien kannalta. Lääkärin tekemä työ perustuu pitkälti hoitajien tekemiin havaintoihin ja systemaattiseen, ammattitaitoiseen potilaan voinnin seurantaan. Hoidon onnistuneisuuden arvioimisessa ja tarvittavien muutosten tekemisessä hoitajien tekemä seuranta on ensiarvoisen tärkeää. Tämä työ vaikeutuu silloin kun hoitotyöstä sijaisten ja vuokratyövoiman myötä puuttuu jatkuvuus.

- palvelutalojen asiakkaista koitua työmäärä on niin suuri, että lääkärit kokevat sen keskeisenä uupumuksen lähteenä. Ensisijaisesti he toivoisivat saavansa keskittyä kotona asuvien potilaiden hoitamiseen. Palvelutaloissa käytössä olevat erilaiset tietojärjestelmät lisäävät vielä työn hankaluutta. Lääkärien mielestä olisi valtakunnallisestikin tärkeää saada yhtenäinen tietojärjestelmä kotihoidon ja palvelutalojen asiakkaiden hoitamisessa.

- tiimien määrä lääkäriä kohden on tällä hetkellä liian suuri. Tämä vaikeuttaa lääkäarin mahdollisuuksia toimia tiimiensä tukena ja opastajana. Jos potilasmäärä lääkäriä kohden olisi kohtuullisempi, lääkärit pystyisivät opastamaan ja kouluttamaan tiimien henkilökuntaa esimerkiksi yleisimpien sairauksien hoitoon liittyen.

- lääkärien käsityksen mukaan tällä hetkellä ei saada laitoshoidon kaikkia niitä asiakkaita jotka sitä tarvitsisivat.

- tällä hetkellä lääkärit kohtaavat työssään kaksi ristikkäistä trendiä: asiakkaiden hoitoisuus on kasvussa ja samaan aikaan kuitenkin sairaanhoidollista osaamista ei ole riittävästi tiimeissä. Sairaanhoitajien määrä on monissa tiimeissä hyvin pieni ja sairaanhoitajat ovat ahtaalla töidensä kanssa.

- viime aikaisista uudistuksista lääkkeiden annosjakelu on merkinnyt lääkäreille suurta lisätyötä ja voimanponnistusta. Lääkärien mielestä olisi vielä tarpeen miettiä saavutetaanko annosjakelulla selvää lisäarvoa vai onko siitä vain lisää työtä hoitoprosessin eri toimijoille.

- kotihoidon oma lääkärijärjestelmä merkitsee uudenlaista organisoinnin tapaa potilaiden hoidossa: potilaat hoidetaan avohoidossa, mutta kuitenkin varsin laitospäisesti. Lääkärien toimintatapa muistuttaa enemmän sairaalan tapaa kuin terveystieteiden. Laki ei kuitenkaan anna kotihoitoon samoja helpotuksia kuin esimerkiksi vanhainkodeille. Kotihoidon lääkärit joutuvat kirjoittamaan reseptejä eikä lääkkeitä voi tilata sairaala-apteekista kuten esimerkiksi vanhainkodeissa.

- kotihoidon kehittäminen tapahtuu paljolti ilman lääkäreitä. Kotihoidon ylilääkäriin osallistuu kyllä kotihoidon johtoryhmään, mutta silti lääkäreiden panos – ja sitä kautta oman näkökulman esiin saaminen - toiminnan kehittämiseen on varsin pieni.

3.2.4 Yhteenveto ammatillisen työn laadusta

Ammatillisen työn laatua koskeva arviointi kohdistuu pitkälti kotihoito-osaston toimintaan kokonaisuudessaan. Arvioinnin kohteena on silloin, miten kotihoito-osasto tuottaa palvelunsa ja millaisia arvioita toiminnasta esitetään: miltä osin kotihoidossa tehtyyn työhön ollaan tyytyväisiä ja mitä parannettavaa siinä nähdään.

Kotihoitoon on panostettu kokeiluajanjaksolla paljon: kotihoidon työntekijämäärää on lisätty, henkilöstön ammatillista osaamista kasvatettu koulutuksella ja kotihoidon palvelujen sisältöä ja laatua on pyritty kehittämään erilaisilla kehittämishankkeilla. Moniammatillisille tiimeille ja vastuuhoidajajärjestelmälle perustuva toiminta pyrkii takaamaan asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon.

Loppuarviointia varten keräämämme kysely- ja haastatteluaineisto tuo esiin, että vaikka kotihoitolle on rakenteiden ja strategian tasolla luotu toimivat järjestelmät, käytännön kotihoitotyössä on vielä paljon keskeneräisiä, ratkaisemattomia kysymyksiä ja kehitettävää. Työntekijät toivat arvioinnissa esiin erityistä huolta asiakkaiden saaman palvelun laadusta ja omasta jaksamisestaan.

Moniammatilliset tiimit, vastuuhoidajajärjestelmä ja kotihoidon omat lääkärit ovat kaikki rakenteita, joiden voidaan nähdä kehittäneen kotihoidon laatua. Ammatillisen työn laadun kehittämiseksi on kyse siitä, miten yhdistetyn kotihoidon konseptin mukaisesti eri ammattiryhmien ja tiimin jäsenten osaaminen orkestroidaan yhteen asiakkaalle tuotettavan palvelun kannalta mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti.

3.3 Johtamisen laatu

Kotihoidon yhdistäminen merkitsi uudenlaisen johtamisrakenteen ja käytännön luomista kotihoitoon. Johtamisessa tavoiteltiin matalaa organisaatiota ja sitä tukemaan luotiin tiimiorganisaatio. Johtamisen laatua arvioidaan kokeilun aikana luotujen johtamisen rakenteiden ja niiden toimivuuden kannalta yhdistetyssä kotihoidossa. Arviointi perustuu seuraaviin aineistoihin: 1) tutkijoiden tekemissä avainhenkilöhaastatteluissa esitetyt arviot johtamisen laadusta syksyllä 2008, 2) henkilöstölle tehdyssä Digium- kyselyssä esitetyt arviot johtamisen laadusta loppuvuodesta 2008 ja 3) työntekijöiden arviointipaneeleissa esittämät arviot johtamisen laadusta loppuvuodesta 2008 ja tammikuussa 2009.

3.3.1 Avainhenkilöhaastatteluissa esitetyt arviot johtamisen laadusta

- Johtamisjärjestelmä on selkeä ja toimiva. Käytännön johtaminen edellyttää tiukkaa ja määrätietoista otetta, koska johtamisen kohde on heterogeeninen ja muuttuva. Johtaminen merkitsee selkeiden toimintalinjauksien luomista ja niissä pysymistä. Kotihoito-osaston johtaminen arvioitiin määrätietoiseksi ja kyvykkääksi.
- Kaikilla toiminnan tasoilla on nähtävissä edelleen sosiaali- ja terveystoimen erillisistä toimintakulttuureista johtuva ero. Kulttuuristen rajapintojen yhdistäminen toiminnalliseksi kokonaisuudeksi edellyttää hyvää yhteistyötä ja siinä tarvittavia valmiuksia. Kahden erilaisen toimintakulttuurin yhdistämisen arvioitiin edenneen hyvin. Haasteena on edelleen, miten yhdistää kahdesta eri toimintakulttuurista tulevien työntekijöiden asiantuntemus ja toimintatavat käytännön työn tasolla.
- Johtamisen kokonaisvaltainen kehittäminen, kokonaisuuksien ja prosessien johtaminen kaikilla esimiestasoilla on tärkeää. Vaikka raja-aita kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välillä on poistunut, haasteena on edelleen palvelujen tarjoaminen kokonaisuuksina. Esimerkiksi, miten terveyskeskuksen akuuttisairaalan alaisuudessa toimivien kotihoidon lääkärin, sosiaaliviraston lähisosiaalityöntekijöiden ja kotihoidon työntekijöiden toiminta yhdistyy palvelujen kannalta tarkoituksenmukaiseksi kokonaisuudeksi ja miten yhteistyö sairaaloiden ja kotihoidon välillä saadaan sujumaan saumattomasti.
- Joissakin arvioissa lähiesimiesten työtehtävää pidetään kohtuuttomana, kun taas toisissa arvioissa todetaan, että lähiesimiestyössä ei ole vielä pystytty huomiomaan kaikkia palvelujen toteuttamisen kannalta tarpeellisia asioita. Esimerkiksi henkilökunnan tukemiseen pitäisi kiinnittää enemmän huomiota.
- Lähiesimiesten työn sisältöä pitää muuttaa niin, että puhtaasti hallinnollisia rutiineja esimerkiksi ajopäiväkirjojen tarkistuksia on vähemmän

3.3.2 Työntekijöiden arviot johtamisesta

Työntekijöille järjestetyssä Digium-kyselyssä pyydettiin arvioimaan esimiesten toimintaa siltä osin, miten se tukee työntekijöiden työtä. Kotihoidon työntekijöiden arviot esimiesten toiminnasta yhdistetyssä kotihoidossa ovat suhteellisen myönteiset. Kyselyyn osallistuneista työntekijöistä 15 % oli täysin samaa mieltä ja 37 % jokseenkin saamaa mieltä, että yhdistetyssä kotihoidossa esimiesten toiminta tukee työntekijöiden työtä. Kyselyyn vastanneista 23 % ei ollut samaa eikä eri mieltä, kun taas 18 % vastanneista oli asiasta jokseenkin eri mieltä ja 7 % täysin eri mieltä.

Digium-kyselyn avoimissa kysymyksissä esiin tuodut johtamisen myönteiset puolet liittyivät niihin etuihin, jotka saavutetaan toimittaessa yhden johdon ja yhden esimiehen alaisuudessa. Hyviksi puoliksi arvioitiin seuraavat asiat:

- Esimiesten on mahdollista muodostaa kokonaisvaltainen kuva asiakkaan tilanteesta, kun asiakkaan hoito on yksissä käsissä.
- Hallinto ja johtaminen ovat yhtenäistä, tehokasta ja joustavaa yhden johdon alaisuudessa.
- Tiedonkulku on parantunut kaikilla tasoilla.

Kehitettävät asiat luokiteltiin sisällöllisesti kolmeen eri luokkaan: (1) johtaminen ja johtamiskäytännöt, (2) lähiesimiestyö ja (3) tiiminvetäjäyys. Työntekijät toivat esiin seuraavia asioita:

1) Johtaminen ja johtamiskäytännöt

- Johtamistapa on hierarkkinen ja byrokraattinen, jopa vanhanaikainen. Johtamista pitää kehittää nykyistä tasa-arvoisemman työyhteisökulttuurin suuntaan poistamalla turhaa byrokraatia ja hierarkkisuuutta. Työntekijöiden pitäisi päästä vaikuttamaan päätöksentekoon riittävän aikaisessa vaiheessa. Henkilökunnan kuuleminen on tärkeää heitä koskevissa asioissa.
- Johdon toimintaympäristön tuntemus arkityön tasolla on tärkeää. Tämä ei aina toteudu, eivätkä päätöksiä tekevät ihmiset usein tunne käytäntöä, vaikka se olisi tarpeellista.
- Kotihoidon yhdistäminen oli huonosti valmisteltu. Esimerkkinä huonosta valmistelusta ovat epäselvät toimintaohjeet. Ohjeiden puutteellisuus johtaa turhiin kokeiluihin ja päätöksiin. Ei tiedetä miten perushoitotyötä tehdään kotihoidossa.
- Kotihoidon tehtävien rajoja pitää selkiyttää. Selkiytystä tarvitaan sen suhteen, mitkä entisen kotipalvelupuolen tehtävät kuuluvat kotihoidolle ja mitkä eivät.

2) Lähiesimiestyö

- Esimiestyötä pitäisi kehittää niin, että kotihoidon toiminnan sisältöä ja vastuun jakoa organisoitaisiin paremmin lähipalvelualueella. Terveystoimijoille voisi delegoida enemmän virallista vastuuta, koska kotihoidon ohjaajaan on käytännössä mahdoton vastata kaikesta mahdollisesta. Henkilöstöhallinnon, asiakastyöhön liittyvän hallinnon ja rutiinien jakaminen olisi tarpeellista.
- Henkilöstön kohtelua ja johtamisen menetelmiä pitää kehittää. Työntekijät kaipaavat yhdenmukaista ja oikeudenmukaista johtamista. Esimiehet tulkitsevat ohjeita, määräyksiä eri tavalla alueiden välillä ja jopa niiden sisällä.
- Kotihoidon ohjaajilla pitäisi olla enemmän aikaa ohjaukseen ja säännöllisiin kotikäynteihin asiakkaiden luona. Nykyinen kotihoito määrittäyty liian joustamattomasti palvelu- ja hoitosuunnitelman perusteella sen sijaan, että reagoitaisiin herkemmin asiakkaan tarpeiden muutoksiin.

- Ohjaajat eivät ota enää kantaa asioihin/vastuuta niin kuin osastonhoitajat ennen, tämä asia on mennyt huonompaan suuntaan
 - Lähiesimiehet tarvitsevat koulutusta, perehdytystä ja osaamisen kehittämistä. Lähiesimiehellä olisi hyvä olla terveydenhuollon koulutus.
 - Lähiesimiehiltä puuttuu johdon tuki.
 - Lähiesimiesten sijaistamiseen tarvitaan parannusta.
- 3) Tiiminvetäjä
- Tiiminvetäjälle pitäisi saada selkeämpi asema ja työnohjausta.
 - Tiiminvetäjän rooli kaipaa virallistamista ja huomioimista myös palkkauksessa.

Tutkijoiden järjestämissä arviointipaneeleissa johtaminen nousi keskustelun aiheeksi erityisesti kahdessa arviointityöpajassa. Arviointipaneeleissa työntekijät ja lähiesimiehet esittivät seuraavia arvioita:

- Lähiesimiehen tehtävä sisältää monenlaisia rooleja. Niitä ovat mm. esimies, koordinaattori, kuuntelija, ”kaupunki”, tiedonkuljettaja, ”puun ja kuoren välissä olija”.
- Esimiehen tehtävä on aiempaa hallinnollisempi ja kaukana tiimin työstä.
- Kotihoidon ohjaajan on tärkeää toimia samassa tilassa tiimiensä kanssa. On tärkeää, että esimies on lähellä työntekijöitä, kynnys kertoa asioita ja keskustella esimiehen kanssa on tällöin matalampi.
- Kotihoidonohjaajalle on tärkeää saada tukea kollegaltaan. Tavoite sijoittaa kaksi kotihoidon ohjaajaa samaan tilaan on hyvä systeemi.
- Ohjeiden antaminen on haasteellista kotihoidon johtamisessa. Ohjeita tulee valtavasti ylhäältä, mutta niitä ei ehditä edes oppia ja omaksua, kun tulee jo uusia ohjeita.
- Lähiesimiehistä tuntuu, että he eivät tunne omia työntekijöitään, eivätkä ehdi katsoa, että asiat etenevät loppuun saakka. Asiakkaisiin ei ehditä tutustua riittävästi. Aiemmin esimiehen vastuulla oli yksi iso tiimi ja toiminta sujui hyvin. Tällä hetkellä on vaikeuksia ehtiä hoitaa hyvin kaikkia 2-3 tiimiä.

3.3.3 Yhteenveto johtamisen laadusta

Johtamisen ja johtamiskäytäntöjen arviointi on näkökulmasidonnaista. Johdon ja asiantuntijoiden edustajien arviot johtamisen laadusta kohdistuvat johtamisjärjestelmään ja sen toteuttamiseen, kun taas työntekijät arvioivat johtamisen laatua arkityön ja työkäytäntöjen näkökulmista. Johdon ja asiantuntijoiden edustajat arvioivat johtamisjärjestelmän selkeäksi ja, johdon toiminnan määrätietoiseksi ja kyvykkääksi, kun taas työntekijöiden näkökulmasta johtamisessa ja sen käytännöissä, lähiesimiestyössä ja tiiminvetäjyydessä on vielä kehitettävää. Toisaalta työntekijät näkivät myös yhden johdon alaisuudessa toimimisen edut ja johto sekä asiantuntijat tunnustivat lähijohtamiseen ja käytännön toiminnan tukemiseen liittyvät kehittämishaasteet.

Johtamisen rakenteet ovat kotihoidossa kunnossa, mutta lähiesimiesten työpanosta tarvittaisiin enemmän tiimin käytännön työn tukemiseen, asiakkaiden tarpeiden kartoittamiseen ja joustavan palvelutuotannon ohjaamiseen. Myös erilaisten sääntöjen ja ohjeiden tulkintaan kaivataan yhdenmukaisuutta alueiden välillä.

3.4 Sosiaali- ja terveystoimen välinen yhteistyö

Sosiaali- ja terveystoimen välistä yhteistyötä arvioidaan kokeilun aikana luotujen yhteistyörakenteiden, -välineiden ja -menetelmien osalta. Arvioinnin lähtökohtana luonnehditaan sosiaali- ja terveystoimen toimintakulttuurien eroa. Arviointi perustuu seuraaviin aineistoihin: 1) tutkijoiden tekemissä avainhenkilöhaastatteluissa esitetyt arviot sosiaali- ja terveystoimen välisestä yhteistyöstä syksyllä 2008 ja 2) henkilöstölle tehdyssä Digium- kyselyssä esitetyt arviot sosiaali- ja terveystoimen välisestä yhteistyöstä loppuvuodesta 2008.

3.4.1 Sosiaali- ja terveystoimen näkökulmat ja intressit kotihoidon palvelujen toteuttamisessa

Sosiaalihuolto ja kansanterveystyö edustavat kahta erilaista historiallisesti kehittyntä toimintakonseptia suhteessa kotihoidon palveluihin. Toimintakonseptilla kuvataan toiminnan tarkoitus ja kohde sekä idea siitä, miten toiminnan olennaiset osat muodostavat johdonmukaisen kokonaisuuden. Toimintakonseptit muuttuvat, kun asiakkaat tai asiakkaiden tarpeet muuttuvat, palvelujen tarve lisääntyy, toiminnan taloudellinen perusta muuttuu sekä tulee uusia tuotannon tai palvelun keinoja. Toimintakonseptit näyttävät kotihoidossa toiminnan eri tasoilla erilaisina kulttuurisina eroina, intresseinä, näkökulmina, ja raja-aitoina, vaikkakin yhdistetyssä kotihoidossa nämä raja-aidat ovat madaltuneet.

Kotihoidon kehittäminen yhdistetyksi kotihoidoksi on merkinnyt terveyskeskukselle siirtymää aiempaa laaja-alaisempien kotihoidon palvelujen tarjoamiseen. Laaja-alaisuus on tullut mahdolliseksi, kun kotihoidon toimintaan on integroitu aiemmin perinteiseen sosiaalihuoltotyöhön sisältyneitä toimintatapoja. Vaikka kansanterveystyön ja sosiaalihuollon väliset raja-aidat ovat hedelmällisellä tavalla liudentuneet yhdistetyssä kotihoidossa Helsingissä, näyttävät erilaiset intressit ja näkökulmat sosiaali- ja terveystoimen käytännön yhteistyössä.

Kotihoidon toiminta muodostaa perustan monille sosiaali- ja terveystoimille. Esimerkiksi kotihoito on yhteydessä Helsingissä sosiaaliviraston vastuulla olevan, kustannuksiltaan kotihoitoa kalliimman ympärivuorokautisen hoivan toteutumiseen. Hyvin toimiva kotihoito sekä sosiaali- ja terveystoimen sujuva yhteistyö vähentävät ympärivuorokautisessa hoivassa tarvittavia resursseja. Sosiaali- ja terveystoimen välistä yhteistyötä on tarpeellista hahmottaa kotihoidossa niiden organisaatorakenteet ylittävänä kokonaisuutena.

3.4.2 Avainhenkilöhaastatteluissa esitetyt arviot sosiaali- ja terveystoimen välisestä yhteistyöstä

- Sosiaaliviraston ja terveyskeskuksen yhteistyö on hyvää ja toimivaa, mutta silti syntyy rajankäyntejä siitä, kumpi virasto jonkin tietyn palvelun tuottaa. Esimerkiksi kotihoidon tarjoamat lääkäripalvelut ovat tarpeellisia sosiaaliviraston näkökulmasta niiden vastuulla olevissa palvelutaloissa, mutta kotihoidon näkökulmasta kotihoidon lääkärien työajasta kuluu liian suuri osa (yli 40 % tehdyistä kotikäynneistä) palvelutalojen asiakkaiden hoitoon kotona asuvien potilaiden hoidon kustannuksella. Jos taas palvelutalojen lääkäripalveluista ei kyetä huolehtimaan, potilaita lähetetään liian helposti sairaaloihin.

- Sekä sosiaalivirastossa että terveyskeskuksessa on tunnistettu tarve hahmottaa nykyistä enemmän asiakkaiden palveluprosesseja yhtenä kokonaisuutena. Käytännössä ollaan arvioiden mukaan kuitenkin kaukana tällaisesta prosessiajattelusta.
- Alueellinen vaihtelu on suuri haaste sosiaali- ja terveystoimen yhteistyössä toteutettujen palvelujen toteutuksessa. Alueellisen vaihtelun arvioidaan vähentyneen vuodesta 2005. Alueellinen vaihtelu juontaa juurensa vuonna 2004 terveydenhuollossa ja 2005 sosiaalitoimessa puretusta alueorganisaatiosta. Alueorganisaatioissa kehittyi aluekohtaisia, käytäntöön juurtuneita toimintatapoja, joita on yhdenmukaistettu yhdistetyssä kotihoidossa.
- Kotihoidon palvelujen piiriin olisi tarpeen sisällyttää uusia asiakasryhmiä, joiden palvelu edellyttää sosiaali- että terveystoimen entistä tiiviimpää yhteistyötä. Esimerkiksi asunnon saaneet asunnottomat, päihdeongelmaiset sekä psykiatrista hoitoa tarvitsevat asiakkaat tarvitsevat palveluja, jotka kotihoito voisi tarjota. Kotihoidolta puuttuu kuitenkin arvioiden mukaan sekä resursseja että sosiaalitoimen asiantuntemusta tarjota näille ryhmille heidän tarvitsemiaan palveluja.
- Sosiaalityöntekijöiden määrä ei ole riittävä tarpeisiin nähden. Esimerkiksi asiakkailta jää tästä syystä etuuksia hakematta. Yksi mahdollisuus olisi sijoittaa sosiaalityöntekijöitä tai sosiaaliohjaajia kotihoitoon, jotka moniammatillisen tiimin jäseninä osallistuisivat asiakkaiden laaja-alaisten palvelujen toteutukseen. He voisivat esimerkiksi suunnitella asiakkaiden toimintaan ja virkistykseen liittyviä mahdollisuuksia, tukea kotihoidon työntekijöitä asiakkaiden yksinäisyyden lieventämisessä sekä asiakkaan toimintamahdollisuuksien ja toimintakyvyn ylläpitämisessä. He voisivat myös nykyistä enemmän tukea kotihoidon asiakkaiden keskinäistä verkostoitumista ja erilaisen teknologian hyödyntämistä kotihoidon asiakkaiden arkielämässä. Lisäksi etsivälle sosiaalityöllä on nykyistä enemmän tarvetta kotihoidossa.

3.4.3 Työntekijöiden arviot sosiaali- ja terveystoimen yhteistyöstä

Työntekijöille järjestetyssä Digium-kyselyssä heitä pyydettiin arvioimaan sosiaali- ja terveystoimen yhteistyötä siltä osin, miten yhdistäminen on tehostanut yhteistyötä sosiaaliviraston työntekijöiden kanssa. Arviointiin osallistuneista kotihoidon työntekijöistä 8 % oli täysin samaa mieltä ja 32 % jokseenkin samaa mieltä siitä, että yhdistäminen on tehostanut yhteistyötä sosiaaliviraston työntekijöiden kanssa. Arviointiin osallistuneista kotihoidon työntekijöistä 29 % ei ollut samaa eikä eri mieltä väittämän kanssa. 21 % vastanneista oli asiasta jokseenkin eri mieltä ja 10 % täysin eri mieltä.

Digium-kyselyn avoimissa kysymyksissä kotihoidon työntekijät arvioivat yhteistyön parantuneen yleisesti ottaen, mutta yhteistyötä ei lähdetty tarkemmin erittelemään sisällöllisesti. Arvioinneissa tuotiin esille myös kotihoidon tiimien ja sosiaalityöntekijöiden välisiä yhteistyön haasteita seuraavasti:

- Sosiaalityön toiminta on organisoitu asiantuntijuuden perusteella. Vanhustyöllä ja toimeentuloasioita käsittelevällä aikuissosiaalityöllä on eri työntekijät. Tästä johtuen kotihoidon työntekijät joutuvat ottamaan yhteyttä eri henkilöihin sosiaalivirastossa hoitaessaan saman asiakkaan asioita.
- Kotihoitoa yhdistettäessä tavoitteena oli että sosiaalityöntekijöiden työpanos olisi paremmin tiimien käytössä. Tiimejä varten ei ole kuitenkaan nimetty sosiaalityöntekijää

tai lähisosaalityöntekijää. Sosiaalityöntekijät eivät aina ehdi osallistua asiakasasioiden käsittelyyn tiimeissä kaikilla alueilla.

- Toimintaterapeuttien ja kuntoutusohjaajien osaamista tarvitaan myös lisää kotihoidon toiminnassa.

3.4.4 Yhteenveto sosiaali- ja terveystoimen välisestä yhteistyöstä

Sosiaali- ja terveystoimen väliset raja-aidat ovat madaltuneet yhdistetyn kotihoidon aikana. Madaltuminen on johtanut hedelmälliseen yhteistyöhön kaupungin useilla alueilla, mutta alueellista vaihtelua yhteistyön toteutumisessa on edelleen. Sosiaalityöntekijöiden määrä on myös niin pieni, että kotihoidon on vaikea saada riittävästi heidän palvelujaan. Sekä työntekijöiden että haastateltujen asiantuntijoiden arviot viittaavat siihen, että sosiaalitoimen osaamista tulisi olla enemmän kotihoidon käytössä ja sitä tarvittaisiin lisää myös kotihoidon sisällä. Vaikka sosiaali- ja terveystoimen yhteistyö on tuottanut luvussa 2.2 kuvattuja uusia palvelumuotoja, tuli arvioinneissa esiin tarpeita syventää yhteistyötä uusien asiakasryhmien palvelujen kehittämiseksi.

3.5 Palveluketjujen saumattomuus, mukaan lukien tietosuojaja

Palveluketjujen saumattomuutta arvioidaan palveluketjujen rakenteen ja toiminnan kannalta yhdistetyssä kotihoidossa. Arvioinnin lähtökohtana kuvataan, miten palvelu- ja hoitoketjuja määritellään Helsingin sosiaali- ja terveystoimessa. Arviointi perustuu seuraaviin aineistoihin: 1) tutkijoiden tekemissä avainhenkilöhaastatteluissa esitetyt arviot palveluketjujen saumattomuudesta ja tietosuojasta, 2) henkilöstölle tehdyssä Digium- kyselyssä esitetyt arviot palveluketjujen saumattomuudesta ja tietosuojasta loppuvuodesta 2008 ja 3) työntekijöiden arviointipaneeleissa esittämät arviot palveluketjujen saumattomuudesta ja tietosuojasta.

3.5.1 Palvelu- ja hoitoketjujen määrittely Helsingin sosiaali- ja terveystoimessa

Palvelu- ja hoitoketjujen määrittely ei ole yksiselitteistä Helsingin kotihoidossa ja siihen liittyvissä sosiaali- ja terveystoimen toiminnoissa. Palvelu- ja hoitoketjun käsitettä ja sen sisältämiä osakäsitteitä käytetään eri merkityksissä sosiaali- ja terveystoimessa ja niiden eri osastoilla.

Hoitoketjuilla tarkoitetaan yleensä terveydenhuollon asiakkaan diagnoosikohtaista hoidon suunnitelmaa tai sopimusta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisestä hoitovastuun jakautumisesta (Nuutinen, 2000). Helsingin kotihoitoon kytkeytyvissä sosiaali- ja terveyspalveluissa hoitoketju ymmärretään laajemmin. Hoitoketju viittaa diagnoosikohtaista sairauksien hoitoa laajempaan *sairaalan potilaan hoitoketjuun*. Sen avulla kuvataan, miten sairaiden ihmisten hoito on järjestetty ja miten ”potilasvirtaus” ohjautuu sairauden hoidon kannalta tarkoituksenmukaisesti erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon palvelujen piiriin. Tarkoituksenmukaisuus merkitsee erityisesti sitä, että sairaiden potilaiden hoidossa ei synny epätaroituksenmukaisia hoitopäiviä sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä. Yksittäisen sairaalan potilaan hoitoketju voidaan kuvata ”polkuna” sairaalasta jälkihoitoon, kuntoutuspalveluihin tai avohuoltoon.

Kotihoito on yksi osa sairaalan potilaan hoitoketjua. Osa potilaista kotiutetaan sairaaloista heidän koteihinsa. SAS-toiminnan avulla akuuttisairaalan hoitoketjuosaaminen, sosiaaliviraston osaaminen ja kotihoidon geriatrinen osaaminen on mahdollista yhdistää tarkoituksenmukaisesti kotiuttamisen toteuttamiseksi. Hoitoketjujen sijaan on usein tarkoituksenmukaista puhua palveluketjuista tai palvelu- ja hoitoketjuista, jotka ovat osa laajempaa kotihoidon palvelukokonaisuutta. Palveluketju on ”saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuva suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutettava palveluprosessien kokonaisuus” (Nylander ja Nenonen, 2000; 186). Palvelu- ja hoitoketjut sisältävät kotihoidossa kaupungin itse tuottamien palvelujen ohella muiden toimijoiden toteuttamat tukipalvelut.

Palvelu- ja hoitoketjujen saumattomuudella kuvataan hoidon eri osien sujuvaa niveltymistä toisiinsa organisaatioiden rajapinnat ylittävässä toiminnassa. Sairaalan potilaan hoitoketjun saumattomuuteen on kiinnitetty erityisesti huomiota Helsingissä esimerkiksi erilaisissa kehittämishankkeissa. Yksi keskeinen hanke saumattomuuden toteuttamisessa on ollut ns. hoitoketjuprojekti, jonka toteuttamiseen on osallistunut sekä sosiaali- että terveystoimen asiantuntijoita. Hankkeen tuloksena erikoissairaanhoidosta pystytään kotiuttamaan aiempaa enemmän potilaita aiempaa varhaisemmassa vaiheessa.

3.5.2 Avainhenkilöhaastatteluissa esitetyt arviot palveluketjujen saumattomuudesta

- Helsingin kotihoito toimii arvioiden mukaan joustavasti sairaan potilaan hoitoketjussa. Pääsääntöisesti kotiuttaminen on arvioiden mukaan sujuvaa ja asiakas kotiutetaan heti, kun sairaala toteaa hänet valmiiksi kotiutumaan. Kotihoidon työntekijät asennoituvat yleensä myönteisesti potilaiden kotiutukseen sairaalasta, vaikka jonkin verran on alueellisia eroja kotiutuksen sujumisessa: joillain alueilla joustaa enemmän kotihoito, joillain sairaala. Kotiuttaminen edellyttää yhteistä neuvottelua ja sujuvaa tiedonkulkua sairaalan ja kotihoidon välillä. Yhdistämisen jälkeen on tehty paljon yhteistyötä sairaaloiden sisätautiosastojen kanssa ja hoitoketjujen arvioidaan toimivan paremmin päivä päivältä, mutta toisaalta toipilasvaiheessa tarvittaisiin sairaalan ja kotihoidon osaamisen yhdistämistä nykyistä aktiivisemmin.
- Erityisesti muistisairaiden, päihde- ja mielenterveyspotilaiden palvelu- ja hoitoketjuissa on vielä kehitettävää. Muistisairaana potilaan hoitoketjua on jo kehitetty kotihoidossa, mutta muistihäiriön tunnistamiseen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa pitää kiinnittää nykyistä enemmän huomiota kotihoidossa. Lisäksi terveysasemien työntekijöiden, kotihoidon lääkärin, sosiaaliohjaajien ja kotihoidon muistihoitajien työnjakoa pitää myös arvioida. Päihde- ja mielenterveysongelmaisten osalta on selvitettävä, miten palveluja tarvitsevat kiinnittyvät palvelu- ja hoitoketjuihin ja ovatko resurssit riittävät
- Ennen kotihoidon yhdistämistä käynnistynyt tukipalvelujen ulkoistaminen on sekä vähentänyt että lisännyt kotihoidon työmäärää. Tukipalvelujen organisointi, koordinointi, laadun tarkkailu ja reklamointi ovat uusia ja aikaa vieviä tehtäviä kotihoidossa. Tukipalvelujen ulkoistamiseen liittyy riski, että asiakkaiden kotona käyvien palveluntuottajien määrä kasvaa liian suureksi eikä palvelujen kokonaisuus pysy kenenkään hallinnassa.
- Palvelu- ja hoitoketjujen johtaminen on uudenlainen osaamishaaste sosiaali- ja terveyspalvelujen johtamiselle. Pahimmillaan se voi olla osaoptimointia ja ”omalta kantilta” johtamista. Säästetään työntämällä kustannukset ketjun muille osapuolille, pois itseltä. Käytännössä johtaminen on usein palvelu- ja hoitoketjujen sujuvuuden arviointia sekä ratkaisujen etsimistä havaittuihin ongelmiin.

3.5.3 Työntekijöiden arviot palveluketjujen saumattomuudesta ja tietosuojasta

Kotihoidon työntekijät arvioivat asiakkaan kotiuttamista sairaalasta kotihoitoon sen yhdistämisen jälkeen *digium-kyselyssä*. Kyselyyn vastanneista 9 % oli täysin samaa mieltä ja 32 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että yhdistämisen myötä asiakkaan kotiutuminen sairaalasta on aiempaa sujuvampaa. Kyselyyn vastanneista 28 % ei ollut samaa eikä eri mieltä kotiuttamisen sujuvuudesta. Kyselyyn vastanneista 23 % oli jokseenkin eri mieltä ja 8 % oli täysin eri mieltä.

Digium-kyselyn avoimissa vastauksissa arvioitiin, että kotihoidon yhdistämisen myötä tiedonkulu on tullut joustavammaksi sairaan potilaan hoitoketjussa. Toisaalta vastauksissa arvioitiin, että yhteistyön sujuvuutta pitää edelleen kehittää erikoissairaanhoidon kanssa. Erityisesti kirurgisten potilaiden kotiutusta tulee kehittää. Kaikilla sairaaloilla ei ole myös riittävästi tietoa kotihoidon palveluista, kun he kotiuttavat potilaita.

Digium-kyselyssä kotihoidon työntekijät arvioivat kotihoidon tukipalvelujen hankkimista muualta suhteessa kotihoidon työtaakkaan. Kyselyyn vastanneista 18 % oli täysin samaa mieltä ja 35 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että kotihoidon tukipalvelujen hankkiminen muualta on vähentänyt kotihoidon työtaakkaa. Kyselyyn vastanneista 20 % ei ollut samaa eikä eri mieltä asian suhteen. Jokseenkin eri mieltä väitteen kanssa oli 17 % ja täysin erimieltä 10 % vastaajista.

Digium-kyselyn avoimissa kysymyksissä työntekijät vastaukset jakautuivat myös puolesta ja vastaan tukipalvelujen suhteen. Jotkut vastaajat arvioivat, että tukipalvelut ovat helpottaneet työntekijöiden työtä. Erityisesti siivouksen siirtäminen tukipalvelujen tehtäväksi on ollut ”suuri edistysaskel”. Toisaalta joidenkin mielestä tukipalvelut eivät ole aina riittävän laadukkaita. Lisäksi tukipalvelut pirstovat palvelujen kokonaisuuden ja niiden toteuttaminen on asiakkaan kannalta turvatonta, kun vaihtuvat ihmiset toteuttavat monia eri palveluja. Etenkin apteekki-, kauppa- ja siivouspalveluissa on kehitettävä.

Tutkijoiden järjestämissä arviointipaneeleissa työntekijät arvioivat hoitoketjuihin ja erityisesti sairaan potilaan kotiuttamiseen liittyviä ongelmia. Kotihoidon työntekijät kutsuvat kotihoitoa ”hoitoketjun hännäksi”. Kotihoidon työntekijöiden mielestä osa potilaista kotiutetaan liian huonokuntoisina. Erityisesti erikoissairaanhoidosta kotiutettavien asiakkaiden kanssa on ongelmia.

Kotihoidon lääkärin arviointipaneelissa korostettiin, että sairaalasta perusterveydenhuoltoon toteutuvan kotiuttamisen ohella pitää kiinnittää huomiota siihen, miten nopeasti kotihoidosta pääsee sairaalahoitoon tai ympärivuorokautiseen pitkäaikaishoitoon. Niinkään kotihoidon työntekijöiden kykyä havaita asiakkaan kunnon huonontuminen pitää kehittää. Lääkärin mielestä kotihoidon työntekijät tottuvat helposti vanhusten ”raihnaistumiseen” ja pitävät niitä ikään kuuluvina asioina, vaikka kunnon heikkeneminen voi olla merkki sairaudesta. Työntekijöiden vaihtuvuus ja lyhytaikaisten sijaisten suuri määrä vaikeuttaa lääkärin mahdollisuuksia saada hoitajilta systemaattista, pitkäjänteiseen havainnointiin perustuvaa tietoa asiakkaan tilasta.

3.5.4 Tietosuojasta esitetyt arviot

Kotihoidon yhdistäminen edellytti kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhteisen asiakasrekisterin luomista. Yhteisen asiakasrekisterin luominen vaati lainsäädännöllisiä muutoksia. Kotihoidossa on käytössä Pegasos-potilastietojärjestelmä. Rekisterin pitäjänä on terveyskeskus. Sosiaaliviraston ATJ-ohjelma oli rinnalla käytössä vuoteen 2006.

Kotihoidossa syntyneet asiakas-/potilastiedot ovat kotihoitoa toteuttavien työntekijöiden käytössä. Käyttöä voidaan rajata yksikkökohtaisesti, lomakekohtaisesti ja toiminto- tai tehtäväkohtaisesti. Käyttöoikeudet on määritelty ammattiryhmille tyypillisten työtehtävien mukaisesti. Kotihoidon työntekijöillä on käytössä terveyskeskuksen tietojärjestelmään tallennetut yhteiskäyttöiset tiedot, kuten potilaan riski- ja lääkitystiedot sekä laboratorio- ja röntgentutkimusten tulokset. Terveyskeskuksen muut hoitoyksiköt saavat kotihoidon asiakkaan/potilaan tiedoista käyttöönsä potilaan hoitamisessa tarvittavat tiedot. Tietojen luovuttamiseen ei tarvita asiakkaan suostumusta, koska kyse on saman rekisterinpitäjän, terveyskeskuksen, tiedoista. Tiedonkulku toisen toimintayksikön, kuten HUS-erikoissairaanhoidon tai Helsingin kaupungin sosiaaliviraston ja kotihoidon välillä on tietojen luovutusta ja tapahtuu asiayhteydestä

riippuen joko potilaan suullisella tai kirjallisella suostumuksella. Kaikki potilasrekisterin tiedot ovat salassa pidettäviä ja tietoja käsitteleviä henkilöitä koskee vaitiolovelvollisuus, joka jatkuu palvelusuhteen päättymisen jälkeen.

Loppuarvioinnissa ei tullut esiin viitteitä asiakkaan tietosuojaa uhkaavista ongelmista. Pikemminkin näytti siltä, että asiakkaan tietosuojasta on pidetty huolta, jopa työnteon sujuvuuden kustannuksella. Erityisesti kotihoidon lääkärien työtä haittaa ja hidastaa huomattavasti kaksi rinnakkaista tietojärjestelmää. Kotihoidossa (ja myös kotihoidon lääkäreillä) on käytössä Pegasos, sosiaaliviraston johtamissa palvelutaloissa käytetään puolestaan Efficaa. Ongelmaa on hiukan helpottanut palvelutalojen sairaanhoitajille myönnetty oikeus lukea Pegasosta, mutta järjestely on edelleen arkityön kannalta keinotekoinen. Yksityisissä palvelutaloissa lääkärit hoitavat noin tuhat potilasta ilman yhteistä tietojärjestelmää hoitohenkilökunnan kanssa.

3.5.5 Yhteenveto palveluketjujen saumattomuudesta ja tietosuojasta

Sairaalan potilaan hoitoketju toimii aiempaa joustavammin ja sujuvammin yhdistetyssä kotihoidossa. Työntekijöiden arvioiden mukaan yhteistyön sujuvuutta pitää edelleen kehittää erikoissairaanhoidon kanssa. Erityisesti kirurgisten potilaiden kotiutusta tulee kehittää ja osa potilaista kotiutetaan liian huonokuntoisina. Lisäksi toipilasvaiheessa tarvittaisiin sairaalan ja kotihoidon välistä yhteydenpitoa nykyistä aktiivisemmin.

Muistisairaiden, päihde- ja mielenterveyspotilaiden palvelu- ja hoitoketjuissa on vielä kehitettävää. Kehittämiskohteet liittyvät muistisairauden mahdollisimman varhaiseen tunnistamiseen sekä päihde- ja mielenterveyspotilaiden palvelu- ja hoitoketjujen sujuvuuteen.

Useat työntekijät ovat sitä mieltä, että tukipalvelut helpottavat työntekijöiden työtaakkaa, mutta toisaalta tukipalvelujen organisointi ja koordinointi vaativat uudenlaista osaamista työntekijöiltä. Samoin tukipalvelujen laadussa on edelleen kehitettävää. Asiakkaan kotona käyvien tukipalveluja antavien henkilöiden lukumäärä nousee helposti suureksi.

Kotihoidon yhdistämisen edellyttämän yhteisen asiakasrekisterin käytössä ei tullut esiin viitteitä asiakkaan tietosuojaa uhkaavista ongelmista. Työntekijöiden työn sujuvuutta haittaa sosiaaliviraston ja terveystieteiden eri tietojärjestelmät.

3.6 Toiminnan taloudellisuus, tuottavuus ja kustannusvaikuttavuus

Tässä kappaleessa esitetään arviointi kotihoito-osaston toiminnan taloudellisuudesta. Arviointia tehdään vertaamalla kustannusten, käyntimäärien ja työntekijöiden määrän kehittymistä yhdistetyn kotihoidon aikana vuosina 2005–2008. Vertailua on tehty sekä nimellisillä että ns. deflatoiduilla arvoilla. Korjausindeksinä (taulukko 17) on käytetty Tilastokeskuksen julkisten menojen hintaindeksiä sosiaali- ja terveystoimen alalla (JMHI / kuntatalous / sosiaali- ja terveystoimi; <http://tilastokeskus.fi/til/jmhi/>).

Taulukko 17. Julkisten menojen hintaindeksi sosiaali- ja terveystoimen alalla.

Kuntatalous	
12 Sosiaali- ja terveystoimi	
Pisteluku	
2000	100,0
2001	103,1
2002	105,8
2003	108,9
2004	112,5
2005	116,1
2006	120,1
2007	124,1
2008*	130,7

* Ennakkotieto

3.6.1 Kotihoito-osaston kokonaiskustannukset 2005–2008 ja kokonaiskäyntimäärät

Taulukossa 18 (luvut miljoona euroa) ovat kotihoidon toimintaraportissa esitetyt kokonaiskustannukset nimellisinä ja julkisten menojen hankintaindeksillä vuoden 2008 tasoon korjattuina. Kustannuksiksi on tässä valittu toimintaraportin tiedot, koska ne sisältävät myös ostopalvelujen kustannukset. Näin ollen ne muodostavat eheimmän pohjan arvioitaessa kokonaiskäyntikustannuksia ja myöhemmin myös tehokkuutta. Edempänä tarkastellaan kuitenkin vielä erikseen omien käyntien ja ostopalvelujen kustannusten sekä näiden yksikkökustannusten kehittymistä.

Taulukko 18. Kotihoidon kokonaiskustannukset vuosina 2005-2008.

Kokonais- kustannukset *	Nimelliset	Vuosi- muutos- %	Deflatoitu	Vuosi- muutos- %
2005	70,0		78,8	
2006	79,9	14,2 %	87,0	10,4 %
2007	83,5	4,5 %	88,0	1,1 %
2008	91,3	9,3 %	91,3	3,7 %

* Toimintaraportti

Koska vuosina 2006 ja 2007 julkisten menojen hankintaindeksin nousu oli 3,5 % ja vuonna 2008 5,3 %, voidaan kotihoidon kustannusten todeta nousseen indeksiä enemmän. Tämä näkyy hyvin deflatoidusta lukusarjasta, jossa nousu on ollut voimakkainta vuonna 2006 (10,4 %) ja vuonna 2008 (3,7 %). Kotihoidon kustannusten nousu on suoraa seurausta Helsingin kaupungin strategiasta vähentää laitoshoidoa ja kasvattaa kotihoitoa.

Pelkkään kustannusten muutokseen pohjautuva arviointi ei kuitenkaan anna tietoa toiminnan tuottavuudesta tai tehokkuudesta. Samanaikaisesti kun kustannukset ovat nousseet, ovat myös suoritteiden määrät kasvaneet. Samoin tuotettujen palvelujen sisällössä on tapahtunut muutoksia, joita kuvataan tarkemmin kappaleen lopulla.

Taulukossa 19 on esitettyä kotihoidon itse toteuttamat käynnit, ostopalveluina hankitut käynnit sekä kotihoidon oman henkilöstön määrä. Käyntimääristä on eri dokumenteissa esitetty useita erilaisia tietoja. Tässä on käytetty kotihoito-osaston 24.3.2009 tarkentamia lukuja. Eri lähteissä on esitetty epäilyjä erityisesti vuoden 2005 käyntimäärien todenmukaisuudesta ja on mahdollista, että yhdistetyn kotihoidon aloitusvuonna käyntien kirjaamistapa ei ole täysin johdonmukainen myöhempien vuosien kanssa.

Taulukko 19. Kotihoidon käyntimäärät, ostopalvelukäynnit ja henkilöstön määrä.

Kokonais- käynnit	Omat	Vuosi- muutos-%	Osto- palvelu	Vuosi- muutos-%	Yhteensä	Vuosi- muutos-%	Henkilöstö- määrä	Vuosi- muutos-%
2005	1 399 487		30000		1 429 487		1706	
2006	1 514 257	8,2 %	50000	66,7 %	1 564 257	9,4 %	1755	2,9 %
2007	1 682 485	11,1 %	18137	-63,7 %	1 700 622	8,7 %	1855	5,7 %
2008	1 732 014	2,9 %	27198	50,0 %	1 759 212	3,4 %	1800	-3,0 %

Käyntien kokonaismäärä on noussut voimakkaasti. Vuoden 2008 kokonaiskäyntimäärä oli lähes neljänneksen, 23 %, suurempi kuin vuoden 2005 käyntimäärä. Oman henkilöstön määrä on kääntynyt laskuun vuosien 2006 ja 2007 nousun jälkeen., mikä johtuu lähinnä työvoiman saatavuuden vaikeuksista. Oman henkilöstön tuottavuuden nousua arvioidaan jäljempänä.

Verrattaessa taulukon 18 kokonaiskustannuksia toteutuneisiin käyntimääriin, voidaan huomata deflatoitujen yksikkökustannusten muodostavan laskevan trendin seuranta-ajanjaksolla (taulukko 20).

Taulukko 20. Yksikkökustannus.

Yksikkö- kustannus*	Nimelliset	Vuosi- muutos-%	Deflatoitu	Vuosi- muutos-%
2005	49,0		55,1	
2006	51,1	4,3 %	55,6	0,9 %
2007	49,1	-3,9 %	51,7	-7,0 %
2008	51,9	5,6 %	51,9	0,3 %

* kokonaiskustannukset jaettuna kokonaiskäynneillä

Vaikka aiemmin mainitut kokonaiskustannukset ovatkin nousseet voimakkaammin kuin julkisten menojen hankintaindeksi, on tuotettujen kotipalvelukäyntien määrä noussut niitkin enemmän. Deflatoitu kotikäynnin yksikkökustannus nousi vajaan prosentin verran vuodesta 2005 vuoteen 2006, mutta laski erityisen voimakkaasti (7 %) vuodesta 2006 vuoteen 2007. Vuonna 2008 yksikkökustannus pysyi käytännöllisesti katsoen edellisen vuoden tasolla. Vuonna 2008 yksikkökustannus oli 5,9 % alemmalla tasolla kuin vuonna 2005. Tämä muutos on *tuottavuuden noususta johtuvaa*.

Tuottavuutta voidaan arvioida myös tuotos/panos -suhteella, ts. kuinka paljon kotikäyntejä saadaan tietyllä euromäärällä. Silloin kokonaiskäyntien määrä jaetaan kokonaiskustannuksilla. Taulukossa 21 on esitetty näin lasketut tuottavuusluvut sekä nimellisinä että deflatoituina. Tuottavuuden kasvu oli erityisen ripeää vuonna 2007. Vuosina 2006 ja 2008 tuottavuus pysyi lähestulkoon edellisen vuoden tasolla.

Taulukko 21. Tuottavuus.

Tuottavuus*	Nimelliset	Vuosi- muutos-%	Deflatoitu	Vuosi- muutos-%
2005	20,0		18,1	
2006	18,9	-5,2 %	18,0	-0,8 %
2007	20,1	6,3 %	19,3	7,5 %
2008	19,0	-5,8 %	19,3	-0,3 %

* kokonaiskäynnit jaettuna kokonaiskustannuksilla (käyntiä / 1000€)

Työn tuottavuutta arvioitaessa on myös huomioitava, että tarkastelujaksolla kotihoitopalvelujen sisällössä on tapahtunut jatkuvaa laajenemista, ts. pienentyneellä yksikkökustannuksella on pysytty tuottamaan palveluiltaan jatkuvasti monipuolisempaa kotihoitoa. Seuranta-ajanjaksolla palvelussa tapahtuneita laajennuksia ovat esimerkiksi mielenterveystiimien palvelut, muistisairaanhoitajan palvelut, palvelusetelit siivouspalvelujen järjestämiseksi ja kotisairaalan yösairaanhoidon tuottaminen kotihoidon palveluna.

3.6.2 Oman työn kustannukset ja omat käynnit

Toimintaraportilta kerätyt oman työvoiman kustannukset (palkat, sivukulut ja työvoiman vuokraus) ovat kehittyneet alla olevan taulukon 22 mukaisesti. Kustannuksiin on otettu mukaan ne henkilöstökustannuserät, joilla on suoraan tuotettu käyntitilaston omat käynnit. Kustannuksiin ei ole otettu oman toiminnan epäsuoria kustannuksia kuten tukipalveluita, jotta niiden määrässä tai niiden yksikkökustannuksissa tapahtuneet muutokset eivät vaikuttaisi oman toiminnan käyntien yksikköhinnan arviointiin.

JMHI indeksillä korjatut oman työn kustannukset ovat nousseet vuodesta 2005 vuoteen 2008 14,1 %. Samaan aikaan oman henkilöstön määrä on noussut 5,5 %. Tämä selittyy osin sillä, että henkilökunnan hankalan saatavuuden vuoksi on jouduttu käyttämään vuokratyövoimaa. Myös henkilökunnan vakanssirakenteessa on tapahtunut henkilökuluja lisääviä muutoksia, kuten esimerkiksi sairaanhoitajien tai hallinnollista työtä tekevien määrän lisääminen. Työnte-

kijää kohden laskettu palkkasumma (palkat ja sivukulut) on deflatoituna noussut 33,2 tuhannesta eurosta 36,0 tuhanteen euroon.

Taulukko 22. Oman työn kustannukset.

Oman työn- kustannukset *	Nimelliset	Vuosi- muutos-%	Deflatoitu	Vuosi- muutos-%
2005	53,0		59,7	
2006	56,8	7,2 %	61,9	3,6 %
2007	62,4	9,9 %	65,8	6,3 %
2008	68,1	9,1 %	68,1	3,6 %

* Toimintaraportti; palkat, sivukulut ja työvoimanvuokraus

Kuitenkin verrattaessa oman työn kustannuksia aikaansaatuihin omiin käynteihin on kehitys ollut selkeän myönteistä (taulukko 23). Deflatoitu oman työn yksikkökustannus laski vuosina 2006 ja 2007, ja nousi hieman vuonna 2008. Oman työn yksikkökustannuksen lasku vuodesta 2005 vuoteen 2008 oli 7,8 %.

Taulukko 23. Oman työn yksikkökustannus.

Oman työn yksikkö- kustannus*	Nimelliset	Vuosi- muutos-%	Deflatoitu	Vuosi- muutos-%
2005	37,9		42,7	
2006	37,5	-1,0 %	40,8	-4,3 %
2007	37,1	-1,1 %	39,1	-4,3 %
2008	39,3	6,0 %	39,3	0,7 %

* omantöön kustannukset jaettuna omilla käynneillä

Kuten kokonaiskustannuksissa, tässäkin voidaan tarkastella tuottavuuden nousua omien käyntien ja omien kustannusten suhteena (taulukko 24). Oman työ tuottavuus koheni erityisesti vuosina 2006 ja 2007 ja pysyi vuonna 2008 lähes edellisen vuoden tasolla.

Taulukko 24. Oman työn tuottavuus.

Oman työn tuottavuus*	Nimelliset	Vuosi- muutos-%	Deflatoitu	Vuosi- muutos-%
2005	26,4		23,4	
2006	26,6	1,0 %	24,5	4,5 %
2007	26,9	1,1 %	25,6	4,5 %
2008	25,4	-5,7 %	25,4	-0,6 %

* omat käynnit jaettuna palkat, sivukulut ja työvoimanvuokraus (käynnit / 1000€)

Oman työn tehokkuutta voidaan vielä arvioida suhteuttamalla omat käynnit henkilöstömäärään (taulukko 25). Kehitys on samansuuntaista kuin edellistenkin mittareiden kertoma kehitys, mutta tehokkuuden kasvu vielä tasaisempaa pysyen 5-6 % vuosittaisessa kasvuvauhdissa koko seurantajakson ajan. Kun vuonna 2005 yksi työntekijä teki vuodessa 820 kotikäyntiä, vuonna 2008 kotikäyntejä tehtiin vuodessa 962 eli käynti / henkilö kasvoi 17,3 %. Näin suuri tehokkuuden kasvu herättää kysymyksiä, joihin tilastoista ei saa suoraa vastausta. Onko työssä tapahtunut merkittävää tehostumista vuosien myötä eli käytetäänkö suurempi osa kokonais-työajasta asiakkaan luona vai käytetäänkö yhtä kotikäyntiä kohden vähemmän aikaa? Kyse voi olla pitkälti myös siitä, että käynti- tai henkilömäärät eivät ole vuosien välillä vertailukelpoisia. Näin voi olla, jos henkilöstömäärä ei kuvaa kokoaikaisten työntekijöiden määrää (ts. henkilötyövuosia), vaan mukana on eri vuosina vaihteleva määrä osa-aikaisia työntekijöitä.

Taulukko 25. Oman työn tehokkuus.

Oman työn tehokkuus*	Teho	Vuosi- muutos-%
2005	820	
2006	863	5,2 %
2007	907	5,1 %
2008	962	6,1 %

* omat käynnit jaettuna henkilöstömäärällä

Edellisessä arvioinnissa yksi virhelähde on vuokratyövoimalla aikaansaadut omat käynnit, koska ne ovat mukana käynneissä, mutta eivät henkilöstömäärässä. Jos oletetaan, että vuokratyön vuotuinen henkilötyökustannus vastaa vuotuista oman henkilöstön palkan ja sivukulujen summaa, on vuokratyövoimaa käytetty vuosityömääräksi muutettuna 91 työvuotta vuonna 2005, 48 työvuotta vuonna 2006, 85 työvuotta vuonna 2007 ja 95 työvuotta vuonna 2008.

Kun edellisillä luvuilla korjataan henkilöstömäärää, päädytään seuraaviin tehokkuutta kuvaaviin lukuihin (taulukko 26):

Taulukko 26. Oman työn tehokkuus vuokratyön henkilötyövuosilla korjattuna.

Oman työn tehokkuus*	Kokonais-henkilö-työvuodet	Teho	Vuosi- muutos-%
2005	1797	779	
2006	1803	840	7,8 %
2007	1940	867	3,3 %
2008	1895	914	5,4 %

* omat käynnit jaettuna henkilöstömäärällä + vuokratyön henkilötyövuosilla

Myöskään näin laskettuna tehokkuuden vuosimuutokset eivät tule yksiselitteisiksi ja edelleen jää epäselväksi varsin suuret tehokkuuden muutokset seurantajakson ajalla.

3.6.3 Ostopalvelun (kotisairaanhoidon palvelut ja kotipalvelut) kustannukset ja käynnit

Toimintaraportista eriteltyt ostopalvelun kustannukset on esitetty taulukossa 27 sekä nimellisinä että deflatoituina. Kustannusten voimakkaat heilahtelut vuosien välillä kuvastavat toiminnassa tapahtuneita muutoksia. Deflatoiduissa kustannuksissa on tultu vuosina 2007 ja 2008 noin puoleen vuosien 2005 ja 2006 tasosta. Vuoden 2007 voimakas 66 %:n lasku ostopalvelujen kustannuksissa selittyy tuona vuonna annettuna ostopalvelujen käyttökiellolla.

Taulukko 27. Ostopalvelun kustannukset (miljoonia euroja).

Ostopalvelun kustannukset	Nimelliset	Vuosi- muutos- %	Deflatoitu	Vuosi- muutos-%
2005	3,6		4,1	
2006	4,6	27,4 %	5,1	23,1 %
2007	1,6	-64,9 %	1,7	-66,0 %
2008	2,4	45,1 %	2,4	37,7 %

Myös ostopalvelujen yksikköhinta voidaan laskea käyttäen em. kustannuksia ja ostopalvelukäyntejä. Nämä luvut on esitetty taulukossa 28. Vuoden 2008 deflatoitu ostopalvelun yksikkökustannus oli 36,4 prosenttia alemmalla tasolla kuin vuonna 2005.

Taulukko 28. Ostopalvelujen yksikkökustannus.

Ostopalvelun työn yksikkö- kustannus*	Nimelliset	Vuosi-muutos-		Vuosi- muutos-%
		%	Deflatoitu	
2005	121,6		136,9	
2006	93,0	-23,6 %	101,2	-26,1 %
2007	90,0	-3,1 %	94,8	-6,2 %
2008	87,1	-3,3 %	87,1	-8,1 %

* ostopalvelun kustannukset jaettuna ostopalvelun käynneillä

Ostopalvelujen kustannusten ja yksikkökustannuksen kehityksestä yllä olevat taulukot antavat vain karkeaa tietoa. Ostopalvelujen kirjaamiskäytäntö on muuttunut vuonna 2006, mutta muutos on huomioitu vuosien 2005 ja 2006 luvuissa. Ostopalvelutilille on kuitenkin edelleen kirjautunut kustannuksia, jotka eivät sinne kuulu ja mm. osa vuokratyövoiman kustannuksista on kirjattu ostopalveluihin. Ostopalvelujen ja vuokratyövoiman välinen ero on hämärtynyt. Samoin ostopalveluilla tuotettujen käyntien määrät ovat vuosilta 2005-2007 joko kokonaan tai osittain arvioita ja vasta vuonna 2008 ne perustuvat suoraan järjestelmästä saatuun tietoon. Koska ostopalvelujen kustannukset ovat kirjautuneet epäsystemaattisesti ja koska käyntimäärät ovat osin arvioita, ostopalvelun yksikkökustannus on vain viitteellinen eikä siinä tapahtuneita muutoksia voi luotettavasti selittää.

Tämä kirjaamiskäytäntöjen vaihtelu heijastunee myös oman työn tehokkuutta kuvaaviin lukuuihin, joissa vuokratyövoimalla tuotetut käynnit ovat mukana. Näin ollen oman työn tehokkuudesta ja ostopalvelujen yksikkökustannuksista ei voi vetää pitkälle meneviä johtopäätöksiä.

3.6.4 Yhteenveto toiminnan taloudellisuudesta

Kotihoidon toiminta on tehostunut taloudellisesti yhdistetyn kotihoidon aikana: työn tehokkuus on noussut seuranta-ajanjaksolla siten, että suurin toiminnan tehostuminen tapahtui vuonna 2007. Verrattaessa kustannuksia aikaansaatuihin käynteihin on kehitys ollut selkeän myönteistä. Deflatoitu työn yksikkökustannus on laskenut kokonaismuutoksen ollessa 5,9 % vuodesta 2005 vuoteen 2008.

Samaan aikaan kun yksikkökustannus on saatu laskemaan, kotihoidon palvelutarjontaa on kyetty laajentamaan ja monipuolistamaan sisällöllisesti. Kotihoidon palveluja on myös yhdenmukaistettu ja eri puolella Helsinkiä asuvat asiakkaat ovat aiempaa tasapuolisemmassa asemassa.

Yhdistetyssä kotihoidossa saavutettiin jo kolmantena toimintavuonna merkittävää tehokkuuden nousua, mitä voidaan pitää hyvänä taloudellisen ohjauksen saavutuksena.

4 KOTIHOIDON KEHITTÄMISKOHTEET

4.1 Kotihoitotyön muutos

Arvioinnin perusteella yhdistetty kotihoito on muutoksen vakiinnuttamisen vaiheessa. Uusi organisaatio on rakennettu ja uuden toimintatavan perusteet on luotu. Nyt ollaan jatkojalostamisen ja toimintakäytäntöjen edelleen kehittämisen vaiheessa. Muutoksen vakiinnuttamisen vaiheelle on ominaista keskeneräisyys, joka näkyy ennen muuta käytännön työn tasolla. Täähän lukuun olemme keränneet arvioinnin aikana kertynyttä tietoa kotihoidon kannalta tärkeitä työn kehittämiskohteista. Kehityksellisesti tärkeiden muutostarpeiden tunnistamiseksi tarkastelemme ensin kotihoitotyössä tapahtunutta muutosta ja erilaisia lähikehityksen vaihtoehtoja.

Kuviossa 2 on hahmoteltu kotihoidon toiminnassa tapahtumassa olevaa muutosta.



Kuvio 3: Kotihoidon toiminnan muutos

Kuvion vaaka-akseli ilmentää kotihoitajan työn laajentumista ja vaativoitumista sisällöltään ja tarkoitukseltaan. Asiakkaiden päivittäisen, kotona selviytymistä tavoittelevan hoidon rinnalla kotihoidon tärkeäksi tehtäväksi muodostuu asiakkaan toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Tällainen asiakkaan terveyttä ja toimintakykyä ylläpitävä toiminta on aina väistämättä pitkäjänteistä ja suunnitelmallista.

Kuvion pystyakseli kuvaa kotihoitotyön sosiaalisen verkoston laajenemista. Perinteisesti hoitajat ovat toimineet pitkälti yksin käydessään asiakkaan kotona, joskin hoitajalla on aina ollut taustatukenaan oma tiiminsä tai yksikkönsä. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon aikana palvelua tuottivat sosiaalialan ja terveydenhuollon ammattilaiset tahoillaan. Tänä päivänä kotihoito itsessään on jo moniammatillinen työyhteisö ja sen piirissä toimii entistä useampia erikoisammattilaisia. Myös kotihoidon rajapinnoilla ja sen kanssa läheisessä yhteistyössä toimii lukuisia työyhteisöjä ja ammattilaisia, jotka tahoillaan osallistuvat palvelujen tuottamiseen kotihoidon asiakkaille.

Kahden kehityskulun samanaikaisesta etenemisestä muodostuva malli pelkistää työn muutoksen neljäksi näkökulmaksi kotihoidon työhön. Perinteisesti kotihoidon tehtäväksi ja työn ydintarkoitukseksi on mielletty kotona asumisen mahdollistaminen. Tällöin hoitajan työn voi nähdä muodostuvan erilaisista hoitajan tekemistä yksittäisistä toimenpiteistä, joilla kotona selviytyminen voidaan turvata. Työtä määrittää ajatus, että hoitaja tekee asiakkaan puolesta ne toimet, joihin hän ei itse kykene (kuvion lounaiskenttä). Kun toiminnan tarkoitukseksi muodostuu asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen, puhutaan asiakkaan aktivoimisesta tai kuntouttavasta työotteesta, jolloin kodissa käyvä hoitaja varoo tekemästä asioita asiakkaan puolesta ja pyrkii ennemminkin tukemaan asiakkaan omaa toimijuutta. Tällainen työn kohteen laajeneminen voi tapahtua vielä ilman sosiaalista verkottumista: yksittäinen hoitaja voi toteuttaa omilla kotikäynneillään asiakkaan aktivointia (kuvion kaakkoiskenttä).

Asiakkaan hoidon ja selviytymisen turvaamisen rinnalla kotihoitotyössä on jo alun perin ollut tarvetta työnjakoon: yksi hoitaja ei koskaan ole voinut täysin vastata yhden asiakkaan hoidosta. Yhteiset arjen järjestelyt, esimerkiksi työvuorot, tehtävien jaot ja sijaisuudet edustavat työnjaollisia yhteistyörakenteita hoitajien kesken (kuvion luoteiskenttä). Asiakkaan hoitoon osallistuvien henkilöiden määrän kasvaessa ja ammatillisen osaamisen eriytyessä yhteisiin arjen järjestelyihin kuluva aika kasvaa.

Kotihoidon työntekijöiden työn haastavin muutos näkyy siellä, missä työn sisällön ja tarkoituksen vaativoituminen yhdistyy monipuolistuvaan yhteistoimintaan oman alueen ja kunnan muiden ammattilaisten kanssa. Kuvion 2 ”koilliskentässä” tämä haaste kiteytetään yhteisvastuuksi asiakkaiden hoidosta ja toimintaympäristöstä huolehtimisesta. Käytännössä se merkitsee, että hoitajien on hallittava sellaisia työtapoja, yhteistyömuotoja ja välineitä, joilla vastataan asiakkaiden ja heidän omaistensa tarpeiden erilaistumiseen ja vaikeutumiseen sekä kunkin asiakkaan terveyden ja toimintakyvyn tukemiseen pitkäjänteisesti kotihoidon tavoitteisiin ja yksilöllisiin hoitosuunnitelmiin kirjattujen periaatteiden suunnassa. Hoitajalta edellytetään kykyä arjen tilanteiden ja kutakin asiakasta koskevien havaintojen tulkintaan pitkäjänteisessä ja syvemässä viitekehysessä, hoitosuunnitelman käyttöä päätelmien tekemiseen, hoidon pitkäjänteiseen toteuttamiseen ja seurantaan, sekä valmiuksia hoitoon ja palveluihin liittyvien asioiden käsittelyyn paitsi omaisten, myös muiden asiakkaan kanssa toimivien hoitajien ja asiantuntijoiden kanssa.

Koilliskenttää luonnehtiva kotihoidon työn vaativoituminen on myös itsessään ristiriitainen kehityskulku. Yhtäältä on nähtävissä, että huonokuntoisemmaksi ja vaikeahoitoisemmaksi

käyvä asiakaskunta edellyttää työntekijöiltä ennen muuta *sairaanhoidollista* osaamista. Toisaalta samaan aikaan on nähtävissä, että kotihoito ei voi rajoittua vain sairaanhoidollisten toimenpiteiden suorittamiseen kotona, vaan asiakkaiden toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpito edellyttää hyvin laaja-alaista vastuuta asiakkaan *toimintatoimintaympäristöstä ja toimintaedellytyksistä huolehtimisesta*.

4.2 Arvioinnissa esiin tulleet kehittämiskohteet

Kotihoidon vakiinnuttamisen vaiheessa tärkeinä työn kehittämisen kohteina näyttäytyvät seuraavat:

1. Johtaminen ja lähiesimiehisyyys

- Johtamisen ja lähiesimiehisyyden kehittäminen työkäytäntöjen tasolla on keskeistä kotihoidon vakiinnuttamisen vaiheessa. Jatkuvan henkilöstövajeen tilanteessa kotihoidon lähiesimiehet, kotihoidon ohjaajat, ovat päivittäin suurien työnjohdollisten haasteiden edessä. Kotihoidon ohjaajien aika kuluu pitkälti erilaisten hallinnollisten asioiden pyörittämiseen, joista periaatteessa voisi vastata myös toimistos sihteeri. Varsinaiseen tiimin ohjaamiseen ja johtamiseen heillä jää hyvin vähän aikaa. Ohjaajat toimivat varsin etäällä sekä omista tiimeistään että asiakkaista. Johtamisen ja lähiesimiehisyyden kehittäminen edellyttää myös uusien kotihoidon työkäytäntöjä palvelevien johtamisvälineiden edelleen kehittämistä.

Lähiesimiesten toimenkuvassa ja tiimien johtamisessa on myös nähtävillä kotihoidon aikaisempiin kehitysvaiheisiin liittyviä piirteitä. Kotihoidon yhdistämisen kiireinen ensimmäinen käyttöönotto vuosi johti siihen, että esimiesten aika ei riittänyt tiimien tukemiseen ja sen seurauksena tiimit jäivät varsin yksin. Osalla esimiehistä saattoi myös olla epärealistinen käsitys tiimien itseohjautuvuudesta. Kotihoidossa oli ”itsenäisiä, mutta yksinäisiä tiimejä”. Kokeilun alusta tilanne on jo paljon kehittynyt, mutta edelleen esimerkiksi arvioinnin osana tehdyssä digium-kyselyssä työntekijät ja esimiehet raportoivat runsaasti juuri tiimityön ja tiimin johtamisen ongelmista.

2. Tiimityö ja kotihoidon työkäytännöt

- Tiimityön kehittämiskohteeksi nousee tiimien työrooleihin, toimintaperiaatteisiin ja työtapoihin liittyvä kehittäminen. Tiimien toimintaperiaatteet ja työtavat kaipaavat tarkentamisesta esimerkiksi tiimin vetäjän roolin, sijaistamisen, tiimin jäsenten osaamisen kehittämisen, tiimipalaverien sekä tiimien ja erikoistiimein yhteistyön kehittämisen osalta. Erityisesti vastuuhoidajajärjestelmä on vaativa: se vaatii paljon osaamista vastuuhoidajana toimivalta työntekijältä, mutta myös koko tiimiltä, jotta tiimin ja vastuuhoidajan työ saadaan orkestroitua yhteen. Edelleenkin joidenkin tiimien haasteena on saada nimettyä kunkin asiakkaan hoidon kannalta osaavimmat vastuuhoidajat ja ylipäätään tarjota oma vastuuhoidtaja jokaiselle asiakkaalle.

- Kotihoidon työntekijöiden työajasta kuluu noin 50 % asiakaskäynneillä. Suurena haasteena onkin lisätä asiakkaan kanssa vietetyn työajan määrää. Merkittävä osa työntekijän työajasta kuluu väistämättä asiakkaan luokse tehtäviin matkoihin, kirjaamisiin, puheluihin, erilaisiin neuvotteluihin ja asiakkaiden asioiden hoitoon ja selvittämiseen. Silti ajankäyttöä pohtimalla, työpäivän rakennetta uudistamalla ja tiimin sisäistä työnjakoa muuttamalla voisi olla mahdollista lisätä asiakkaiden kanssa käytettävää aikaa. Esimerkiksi pidemmät ja rauhallisemmat käynnit alkuiltapäivällä niille asiakkaille, joille sellaiset olisivat tarpeen, voisivat olla yksi esimerkki. Samoin voisi miettiä, olisiko mahdollista organisoida töitä niin, että vastuuhoidajat saisivat säännöllisin väliajoin yhden pidemmän käynnin asiakkaansa kanssa, jolloin he voisivat paremmassa rauhassa käydä läpi asiakkaan elämäntilannetta ja päivittää samalla hoitotyön suunnitelmaa vastaamaan asiakkaan kunnossa tapahtuneita muutoksia.
 - Kotihoidon lääkärin työtä ja hoitotulosten saavuttamista vaikeuttaa merkittävästi vakituisen ammattitaitoisen hoitohenkilökunnan puute. Kun merkittävä osa hoitohenkilökunnasta on lyhytaikaisia sijaisia, hoidon edellyttämä pitkäjänteinen, systemaattinen jälkiseuranta vaikeutuu.
3. Palveluohjaus, palveluista sopiminen sekä asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitäminen ja tukeminen
- Asiakkailla tai heidän omaisillaan ei aina ollut tietoa siitä, millaisiin verovähennyksiin tai tukiin he ovat oikeutettuja tai millaisia palveluja kaupungilla on kotihoidon lisäksi tarjolla. Moni asiakas jää helposti vain kotihoidon palvelun varaan, vaikka kaupungilla olisi tarjolla monenlaista toimintaa ja palvelua kotihoidon tueksi. Palveluohjausta on jo kehitetty Lupaava-hankkeen osana. Palveluohjauksen vakiinnuttaminen kaikilla lähipalvelualueilla vaikuttaa tärkeältä.
 - Hoitotyön suunnitelmat ja palvelu- ja hoitosuunnitelmat ovat tärkeä väline asiakkaan hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja seurannassa. Asiakkaiden ja omaisten haastattelut osoittivat, että asiakkaat hyvin heikosti tunnistavat näiden dokumenttien olemassaoloa, mistä seuraa usein epäselvyyksiä siitä, mitä heidän palveluunsa kuuluu. Epäselvyys palvelun sovitusta sisällöstä ruokkii myös helposti asiakkaan tyytymättömyyttä. Samoin työntekijät kokevat helposti asiakkaan pyynnöt ja toiveet raskaina, koska he eivät voi suunnitelman ylittäviä pyyntöjä toteuttaa. Suunnitelmien teosta näyttää myös ajoittain muodostuvan työntekijöille ”pakkopulla” eivätkä suunnitelmat välttämättä juurikaan ohjaa arjen kotikäyntejä ja toimintaa kodeissa.
 - Kotihoidon nykyisessä resurssitilanteessa työntekijöiden aika riittää harvoin siihen, että pysähdyttäisiin miettimään millainen toiminta kuntouttaisi tai pitäisi asiakkaan toimintakykyä yllä. Toimintakyvyn ennakoiva arviointi on harvinaista. Kotihoidossa ei myöskään tällä hetkellä työskentele ammattiryhmiä, joiden erikoisosaamista tällainen ohjaus olisi.

Kun kotihoidon asiakkaat ovat yhä sairaampia, saattaa unohtua, että asiakas ei ole vain fyysinen tai psyykinen olento, vaan ihminen toimintaympäristössään. Monen asiakkaan hoito kutistuu helposti yksittäisiksi, erillisiksi hoitotoimenpiteiksi. Asiakkaan tarpeisiin vastaaminen ja kotihoidon työ pilkkoutuu helposti toimenpiteiksi, joita tehdessä asiakas ja hänen toimijuutensa omassa kodissaan unohtuu. Kuten eräs asiakas

sanoi, hän ei tarvitse vain hoitoa vaan myös huolehtimista. Huolehtimisella hän viittasi kaikkeen siihen, mikä mahdollistaa hänen elämisensä kodissa: että hän näkee puhelin-näppäimet, että hän saa pidettyä tavarat järjestyksessä pöydällä, että hänen pyyk-kinsä pestään, että hän saa uusia vaatteita tarvittaessa, tai että vuotava suihkun letku saadaan korjattua. Tämän hetken tehtäväsuuntautunut työtapa ei tue tämänkaltaista asiakkaan koko elämäntilannetta ja toimijuutta tarkkailevaa ja tukevaa työtapaa. Koti-hoidon henkilökunnan tämän hetkinen koulutustausta ja osaaminen eivät myös välttä-mättä tue täysin tällaisiin asioihin tarttumista. Samaan aikaan kun kotihoidossa on tär-keää kehittää työntekijöiden kliinistä sairaanhoidollista osaamista, on yhtä välttämä-töntä irtautua kapeasta hoitokäsityksestä ja panostaa työtapaan, jossa ei vain hoideta, vaan myös huolehditaan.

- Kotihoidossa on paljon suhteellisen toimintakykyisiä asiakkaita, jotka pystyvät tyyty-väisinä jatkamaan elämäänsä kotonaan kotihoidon tarjoaman tuen turvin. Kotihoidon piirissä on myös paljon vanhuksia, joiden hyvän elämän tarpeita kotihoidon nykykei-noin ja nykyresurssein ei kovin hyvin voida tyydyttää. Monet kotihoidon asiakkaat kärsivät yksinäisyydestä ja keskustelukumppanin puutteesta, toimintakykynsä heikke-nemisestä tai elämän rajoittumisesta neljän seinän sisään. Näihin ongelmiin ja tarpei-siin kotihoidon on mahdotonta vastata yksin, mutta kotihoito on tärkeässä roolissa tar-peiden tunnistamisessa, niihin tarttumisessa ja tarvittavien tukiverkoston luomisessa.
- Kotihoidon tiimeissä työskentelevillä ei välttämättä ole koulutusta, osaamista tai aikaa mieltä, mitä kunkin asiakkaan kohdalla voisi tehdä esimerkiksi yksinäisyyden lievit-tämiseksi tai ylipäättään asiakkaan toimintamahdollisuuksien ja toimintakyvyn ylläpi-tämiseksi. Lupaava-hankkeella pyritään tarttumaan asiakkaiden yksinäisyyden ongel-miin ja siinä kehitettyjen toimintamallien levittäminen on tärkeää. Asiaan voi myös mieltä organisatorisia ratkaisuja. Yksi mahdollisuus olisi sijoittaa sosiaalityöntekijöitä ja sosiaaliohjaajia kotihoitoon. Kotihoidon toimintaan aukeasi uusi näkökulma, jos ko-tihoidon jo valmiiksi moniammatillisissa tiimeissä olisi myös sosiaalityöntekijät / so-siaaliohjaajat, jotka mieltisivät asiakkaiden toimintaan ja ennakoivaan kuntouttami-seen liittyviä mahdollisuuksia. Sosiaaliohjaajat ja sosiaalityöntekijät voisivat tukea myös nykyistä enemmän kotihoidon asiakkaiden keskinäistä verkostoitumista ja erilai-sen teknologian hyödyntämistä kotiin tuotavien palvelujen järjestämisessä.

4. Yhteistyö ja palvelu- ja hoitoketjutoiminta

- Sosiaali- ja terveystoimen välisten raja-aitojen madaltuminen kotihoitokokeilun aikana on mahdollistanut asiakkaita hyödyttävien hyvien yhteistyörakenteiden kehittämisen. Yhteistyötä on kuitenkin tarpeen kehittää edelleen käytännön työn tasolla ja uusien asiakasryhmien osalta. Kotihoitoa yhdistettäessä tavoitteena oli, että sosiaalityönteki-jöiden työpanos olisi paremmin tiimien käytössä. Sosiaalityöntekijöiden määrä ei ole kuitenkin riittävä asiakkaiden tarpeisiin nähden. Etsivälle sosiaalityölle on nykyistä enemmän tarvetta kotihoidossa. Toimintaterapeuttien ja kuntoutusohjaajien osaamista tarvitaan myös lisää kotihoidon toiminnassa.
- Palvelu- ja hoitoketjut toimivat aiempaa saumattomammin yhdistetyssä kotihoidossa. Tukipalvelujen osalta niissä on vielä kehitettävää. Arviointia varten haastatellut toivat esiin, että yhdistettyä kotihoitoa perusteltiin sillä, että kotona käyvien työntekijöiden määrä saadaan pienenemään. Ulkoistamisen seurauksena kodissa käyvien ihmisten

määrä on kuitenkin moninkertaistunut ja johtanut palvelujen pirstaloitumiseen. Palvelujen ulkoistaminen ei kuitenkaan ole seurausta kotihoidon yhdistämisestä, vaan ulkoistaminen käynnistyi jo ennen kotihoitokokeilua. Kyse on laajemmasta trendistä, jossa osa palveluntuotannosta muilta palveluntuottajilta. Monilla kotihoidon toimijoilla on huoli siitä, että vanhusten rahat eivät riitä kaikkiin niihin palveluihin, joita he tarvitsisivat.

5. Osaamisen kehittäminen

- Kotihoitotyön kohteen muuttuessa vaativammaksi ja monimutkaisemmaksi työntekijöiden osaamisen kehittäminen nousee avainasemaan. Kuvion 2 koilliskentän hallinta edellyttää työntekijöiltä arjen tilanteiden ja asiakkaiden vaikeidenkin ongelmien selvittelyä ja hallintaa, hoitosopimusten systemaattista käyttöä hoitoa ohjaavina välineinä sekä valmiuksia käsitellä hoitoon liittyviä asioita omaisten ja eri hoitotahojen kanssa. Kotihoidon ohjaajien keskeistä työtä tulevaisuudessa on työntekijöiden osaamisen johtaminen ja kehittäminen. Keskitettyä ja ylhäältä koordinoitua ammatillista täydennys- ja lisäkoulutusta tarvitaan jatkossakin, mutta sen rinnalla korostuu paikallinen, tiimi tai lähipalvelualuekohtainen osaamisen kehittäminen, joka lähtee alueen omien asiakkaiden palvelemisen erityispiirteistä ja –haasteista. Tällä hetkellä tiimit tuntuvat toimivan enimmäkseen työn koordinoinnin foorumeina. Jatkossa niitä on mahdollista kehittää myös työn kehittämisen foorumeiksi, joissa voidaan esimerkiksi käsitellä erilaisia asiakascaseja palvelujen kehittämiseksi tai tutkia tiimin arkityössä ilmeneviä häiriöitä prosessin kehittämiseksi. Tiimien osaamisen kehittämisessä myös kotihoidon lääkäreillä voisi olla tärkeä rooli.

6. Työhyvinvointi ja työssä jaksaminen

- Arviointipaneelissa ja digium-kyselyssä henkilöstö toi esiin monia työhyvinvointiaan verottavia tekijöitä. Henkilöstön jaksamisen ongelmista saattavat kertoa jossain määrin myös suhteellisen suuret sairauspoissaolot. Kotihoidon työntekijöitä kuluttaa erityisesti se, että monissa tiimeissä joudutaan työskentelemään usein vajaamiehityksellä. Henkilöstövaje ja pula ammattitaitoisesta työvoimasta vaikeuttavat merkittävästi tiimien mahdollisuuksia paneutua riittävästi yksittäisten asiakkaiden kokonaistilanteeseen, jolloin moni työntekijä kokee ehtivänsä tehdä kotikäynnillä vain sen välttämättömimmän. Yksi keskeinen haaste kaupungille onkin pohtia keinoja ja tehdä toimenpiteitä kotihoidon arvostuksen kasvattamiseksi ja sitä kautta työvoiman saatavuuden parantamiseksi.

Henkilöstön työssä jaksamisen ongelmat ilmentävät toisaalta myös kotihoidon työssä tapahtuvaa muutosta ja ovat siltä osin vakiinnuttamisvaiheelle tunnusomaisia ongelmia. Aiemmin työssä tyydytystä tuottaneet asiat – esimerkiksi asiakkaan kodin hoitaminen tai asiakkaan sairauden hoito – eivät enää uudessa toimintatavassa olekaan riittäviä, vaan työntekijöiltä vaaditaan nyt kokonaisvaltaisempaa, suunnitelmallisempaa ja koordinoitua edellyttävää hoitoa. Uusien toimintakäytäntöjen epäselvyys ja keskeneräisyys tuntuvat työntekijöiden työssä ristiriitaisina vaatimuksina ja tunteena, että työn joutuu tekemään huonosti, mikä puolestaan johtaa työhyvinvoinnin ongelmiin ja työn mielekkyyden katoamiseen.

Työhyvinvoinnin ongelmien ratkaisemisessa huomio on kiinnitettävä itse työhön ja työssä tapahtuviin muutoksiin. Tiimi- tai lähipalvelualuekohtaisella kehittämistyöllä työssä tapahtuvia muutoksia on mahdollista jäsentää ja tehdä näkyvämmiksi sitä, millaisia asiakkaita juuri tämän tiimin alueella on, millaisia erityistarpeita heillä on, millaista kotihoitopalvelua tiimissä tuotetaan ja miten. Sen pohjalta on mahdollista vähentää kitkaa aiheuttavia tilanteita, sopia tiimin yhteisistä toimintavoista sekä yhdenmu-kaistaa vaihtelevia käytäntöjä.

5 JOHTOPÄÄTÖKSET

5.1 Yleiset arviot

- Helsingin kaupungin kotisairaanhoito ja kotipalvelu yhdistettiin kotihoidoksi 1.1.2005. Kotihoidon yhdistäminen näyttää loppuarvioinnin perusteella onnistuneelta ratkaisulta. Erillään toimineiden sosiaaliviraston kotipalvelun ja terveyskeskuksen kotisairaanhoidon koteihin tuottamien palvelujen päällekkäisyyksistä on päästy eroon ja kotihoidosta on saatu rakennettua yksi ja yhdenmukainen palvelumuoto. Kotihoidon asiakkaiden ollessa yhä huonokuntoisempia, sairaampia ja haastavampia kodeissa annettava palvelu on ammatillisesti yhä vaativampaa ja edellyttää monenlaisen osaamisen ja monenlaisten toimenpiteiden ja palvelujen yhteensovittamista. Tämänhetkisiin ja tuleviin asiakkaiden tarpeisiin tuskin kyettäisiin vastaamaan vanhalla eriytettyllä toimintamallilla.
- Myös kotihoidon sijoittaminen hallinnollisesti terveyskeskuksen alaisuuteen on monelta osin perusteltua. Kotihoidon asiakkaista monet ovat varsin sairaita ja heidän hoidossaan korostuu sairaanhoidollisen osaamisen ja hoidon jatkuvuuden ja suunnitelmallisuuden tarve. Tällainen osaaminen ja osaamisen kehittäminen toteutuu hyvin terveyskeskuksen alaisuudessa. Samoin yhteistyö avohoidon ja laitoshoidon välillä on helpompaa ja potilaan hoitoketjut sujuvampia yhden organisaation sisällä. Ratkaisun käänköpuolena on, että kotihoidon yhteydet muuhun vanhustenhuoltoon ja asiakkaan toimijuutta tukevaan muuhun verkostoon edellyttävät organisaatorajan ylittämistä.
- Yhdistetyn kotihoidon keskeiseksi ansioksi on katsottava, että uudistus ei ole jäänyt vain hallinnolliseksi organisaatiouudistukseksi, jonka sisällä vanha toiminta jatkuu ennallaan. Monista muista kunnista poiketen Helsingissä onnistuttiin siinä, että lähdettiin luomaan yhtä ja yhteistä kotihoitotoimintaa. Kahden organisaation yhdistyminen on kulttuurisesti hyvin pitkällä. Suurimmassa osassa tiimejä vanhoja jaotteluja ei enää edes muisteta. Silti johtamisen ja esimiestyön haasteena säilyy edelleen erilaisen koulutustaustan ja ammattiorientaation omaavan henkilöstön johtaminen.
- Kotihoidon toiminta on tehostunut taloudellisesti yhdistetyn kotihoidon aikana. Työn tehokkuus on noussut seuranta-ajanjaksolla. Verrattaessa oman työn kustannuksia aikaansaantiin omiin käynteihin on kehitys ollut selkeän myönteistä. Samaan aikaan kun yksikkökustannus on saatu laskemaan, kotihoidon palvelutarjontaa on kyetty laajentamaan ja monipuolistamaan. Yhdistetyssä kotihoidossa on kolmentena toimintavuonna saavutettu tehokkuuden nousua, mitä voidaan pitää hyvänä taloudellisen ohjauksen saavutuksena.
- Kotihoidon omat lääkärit on osoittautunut erittäin onnistuneeksi ratkaisuksi. Toiminnalla on saatu jäsenettyä ja systematisoitua kotihoidon asiakkaiden lääkäripalveluja. Toiminnan käynnistyttyä saatiin hoidon piiriin asiakkaita, joiden hoito oli ollut puutteellista. Kotihoidossa työskentelee tällä hetkellä työhönsä motivoitunut, poikkeuksellisen korkeaa geriatrasta ja yleislääketieteellistä osaamista omaava lääkärikunta. Lääkärijärjestelmässä ja lääkärin ja tiimien yhteistyön tavoissa ja mahdollisuuksissa on vielä paljon kehittämisen mahdollisuuksia.

- Loppuarvioinnin hetkellä vuosien 2008 ja 2009 vaihteessa kotihoitotoiminnan voi arvioida olevan uuden toimintatavan vakiinnuttamisen vaiheessa.

Vuosi 2005 oli uuden toimintatavan käyttöönoton aikaa. Uusi organisaatio rakennettiin alusta alkaen ja uudet toimintakäytännöt luotiin. Kahden viimeisen vuoden aikana organisaation rakentamisen vaiheesta on siirrytty kehittämään kotihoitoa sisällöllisesti. Vaikuttaa myös siltä, että uuden ja vanhan toiminnan vastakkainasettelu ja ristiriidat on jo ohitettu. Kotihoidon toimijoiden puheessa ei enää ole päällimmäisenä uuden ja vanhan vertailu.

Kun kotihoidon toiminnan arvioidaan olevan vakiinnuttamisen vaiheessa, se vaikuttaa merkittävästi siihen, miten kotihoidon käytännön työssä näkyviä ongelmia ja häiriöitä tulkitaan. Arvioinnissa esiin tulleet toiminnan ongelmat ja kehittämistarpeet eivät kerro toiminnan joutumisesta umpikujaan, joka pitäisi ratkaista kokonaan uudella toimintamallilla. Pikemminkin ne kertovat tarpeesta viedä uudistusta loppuun sekä parannella ja jatkojalostaa mallia tarpeellisilta osin.

5.2 Kotihoidon yhdistämisellä saavutetut edut suhteessa organisaatiokomitean asettamiin tavoitteisiin

Helsingin kaupunginhallituksen vuonna 2003 asettama organisaatiokomitea kirjasi kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisellä saatavia etuja. Seuraavassa tarkastellaan yhteenvetomaisesti organisaatiokomitean kirjaamien etujen toteutumista.

1. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun välisen koordinoinnin oleellinen tehostuminen, mikä näkyisi erityisesti samaan asiakkaaseen kohdistuvien toimenpiteiden ja kotikäyntien parempana yhteensovittamisena.

→ Yhdistetyssä kotihoidossa moniammatillinen tiimi vastaa asiakkaaseen kohdistuvien toimenpiteiden ja käyntien yhteensovittamisesta asiakkaan hoitotyön suunnitelmaa seuraten. Arvioinnin mukaan yhteensovittaminen onnistuu järjestelmätasolla hyvin, sillä aiemman järjestelmän päällekkäisyyksistä on päästy käytännöllisesti katsoen kokonaan eroon. Asiakkaan hoidon järjestäminen on kuitenkin käytännössä vaativaa päivittäistä ja viikoittaista yhteensovittamista ja koordinointia, jotta asiakkaan tarkoituksenmukaisen hoidon kannalta juuri oikean ammattiryhmän edustajat käyvät hänen luonaan sopivalla rytmillä. Tiimien ja heidän esimiestensä osaaminen vaikuttaa pitkälti siihen miten hyvin käyntien ja toimenpiteiden yhteensovittaminen toteutuu.

2. Suuremmasta yksikkökoosta seuraava taloudellisuuden lisääntyminen; tämä näkyisi esimerkiksi työaikajärjestelyissä, sijaisuuksien hoidossa ja henkilöstön hankinnassa.

→ Vertailua kotihoitoa edeltävään ei ole mahdollista tehdä, mutta kotihoidon toiminta on tehostunut taloudellisesti yhdistetyn kotihoidon aikana. Työn tehokkuus on jatkuvasti noussut seuranta-ajanjaksolla.

3. Resurssien joustavampi käyttö; mahdollisuus siirtää resursseja tehokkaasti alueelta toiselle ja reagoida nopeasti muuttuviin tarpeisiin.

→ Resurssien siirto alueelta toiselle ei tullut esiin loppuarvioinnin aikana, mutta resurssien joustava käyttö on toteutunut pyrkimyksenä reagoida nopeasti toimintaympäristön muutoksiin ja asiakkaiden tarpeisiin. Henkilöstön saatavuusongelmia on ratkottu käyttämällä vuokratyövoimaa ja ostopalveluja tarvittavan käyntimäärän turvaamiseksi. Muistikoordinaattorit, mielenterveystiimit ja palvelusetelit ovat esimerkkejä uusista palvelumuodoista, joilla kotihoitoa on laajennettu asiakaskunnan tarpeiden mukaan. Kotihoidon toiminta on joustavaa myös siten, että kotihoidon asiakkaaksi pääsee jonottamatta.

4. Yhteisen johdon alaisuudessa kotihoitopalvelujen alueellista toimipisteverkkoa ja sisäistä työnjakoa voitaisiin kehittää toiminnan oman logiikan ja vaatimusten mukaisesti mahdollisimman tehokkaaksi.

→ Kotihoitoyksiköitä ja lähipalvelualueita koskevia muutoksia on mahdollista tehdä kotihoito-osaston sisällä; tällaisia tosin ei arvioinnissa tullut esille. Moniammatillisten tiimien sisäinen yhteistyö, vastuuhoidajan rooli sekä kotihoidon lääkärien ja tiimien välinen yhteistyö ovat esimerkkejä kotihoidon omasta toimintalogiikasta lähtevästä kehittämistyöstä. Tätä työtä on tehty kotihoidon yhdistämisestä alkaen ja tarvetta kehittämisen jatkamiseen on edelleen.

5. Kotihoitopalvelut muodostavat sosiaali- ja terveystoimen sisällä oman osaamisen alueensa; tämän ansiosta henkilöstön ja menetelmien kehittämistä voitaisiin tehostaa.

→ Kotihoito muodostaa oman osaamisalueensa, jolle on tunnusomaista avopalveluna annettava hoito, joka toimenpiteiltään vastaa monesti sairaalahoidon. Kotihoidossa korostuu sairaanhoidollisen osaamisen lisäksi asiakasta, hänen elämäntilannettaan, toimintakykyään ja toimintaympäristöään koskeva osaaminen. Kotihoidossa on koulutettu työntekijöitä, jotta heidän ammatillista osaamistaan saadaan laajennettua asiakkaiden moninaisten tarpeiden mukaisesti. Kotihoito-osastolla on myös tehty erittäin aktiivista kehittämistyötä yli 40 kehittämishankkeen muodossa. Nämä hankkeet ja kokeilut sisältävät useita kotihoidon laadun ja vaikuttavuuden kannalta tärkeitä kehittämiskohteita.

6. Kotihoitopalvelujen oma ja nykyistä itsenäisempi vastuualue olisi myös omiaan vahvistamaan henkilöstön palveluidentiteettiä ja työn arvostusta sekä parantamaan työvoiman saatavuutta.

→ Arviointi tuotti tietoa, jonka mukaan kotihoidon nykyiset työntekijät kokevat olevansa ennen muuta kotihoidon työntekijöitä, eivät kotipalvelun tai kotisairaanhoidon edustajia. Ylipääntään kotipalvelu ja kotisairaanhoito tuntuvat käsitteinäkin jo kadonneen. Kotihoito toimii varsin vaikeassa toimintaympäristössä tuottaessaan palvelut asiakkaan kodissa. Sekä asiakkailla että heidän omaisillaan voi olla ajoittain suuria vaatimuksia kotihoidolle. Toisaalta, kotihoito on erittäin merkittävässä asemassa mahdollistaessaan asiakkaan asumisen omassa kodissaan ja pyrkiessään ylläpitämään kotona elämisen toimintaedellytyksiä. Kotihoito toimii vaikeassa toimintaympäristössä myös työn arvostuksen ja työvoiman saatavuuden suhteen. Kotihoidossa tehtävää sairaanhoidollista työtä ei välttämättä arvosteta yhtä paljon kuin laitoksissa tehtävää. Toisaalta kotihoitoon voi liittyä myös kotityön aliarvostus. Kotihoitokokeilun aikaa on leimannut myös yleinen hoitohenkilökunnan vaikea saatavuus. Tässä tilanteessa organisaatiokomitean oletukset työn arvostuksesta ja työvoiman saatavuuden paranemisesta eivät ole toteutuneet.

Organisaatiokomitean mietinnön mukaan kotihoidon sijoittumisessa terveysvirastoon olisi seuraavat edut:

1. Kotihoidon kuuluminen samaan virastoon sairaalatoiminnan kanssa vahvistaisi toimintojen välistä koordinointia, mikä edistäisi potilaiden sijoittumista sairaalasta koteihinsa.

→Kotihoidon asiakkaiden hoitoketjua sairaalasta kotiin on pystytty kehittämään. Kotiutusten sujuvuus on parantunut jatkuvasti ja kotiutukset sujuvat tällä hetkellä varsin hyvin. Kotiutuksissa nähdään kuitenkin alueellisia eroja; samoin työntekijät raportoivat ajoittaisista yhteydenpidon ongelmista sairaaloiden ja kotihoidon välillä.

2. Vaihtoehto mahdollistaisi lääkärien yhteiskäytön terveyskeskussairaaloissa ja kotihoidossa, mikä myös edistäisi lääkäri työvoiman saantia.

→Arvioinnin kuluessa ei ole tullut esiin tietoja lääkärien yhteiskäytöstä terveyskeskussairaaloissa ja kotihoidossa. Kotihoitoon on kuitenkin saatu omia lääkäreitä ja virat pystytty pitämään täynnä. Kotihoitoon on saatu erittäin korkeaa geriatria ja yleislääketieteellistä osaamista omaava lääkärikunta.

3. Terveysvirastossa toiminta ei olisi osa vanhustenhoito-organisaatiota, jolloin työikäisten, nuorten ja lapsipotilaiden hoito ei aiheuttaisi erityisjärjestelyjä.

→Kotihoidon tehtävänä on vanhusten, yli 18-vuotiaiden vammaisten, toipilaiden ja pitkäaikaissairaiden hoito ja palvelut niin, että eläminen kotona on turvallisesti mahdollista myös toimintakyvyn heikentyessä. Organisaatiokomitean tavoite toteutunut.

4. Sairaus on entistä useammin kotihoidon tarpeen syynä.

→Suurimmalla osalla kotihoidon asiakkaista on yksi tai useampi hoitoa vaativa sairaus. Niiden hoito toteutuu hyvin terveyskeskuksen alaisuudessa. Samoin yhteistyö avohoidon ja laitoshoidon välillä on helpompaa ja potilaan hoitoketjut sujuvampia yhden organisaation sisällä.

Loppuarvioinnin perusteella kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistäminen terveyskeskuksen alaisuudessa toimivaksi kotihoidoksi on perusteltua.

LÄHTEET

- Atkinson, P. & Hammersley, M. (1994). Ethnography and participant observation. Teoksessa N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (toim.), *Handbook of Qualitative Research*. Thousands Oaks, CA: Sage Publication.
- Eskola, I. & Valvanne, J. (2000). *Kotihoidon kehittäminen Helsingissä*. Sosiaaliviraston julkaisusarja A7/2000.
- Edwards, C. Staniszweska, S. and Crichton, N. (2004) Investigation of the ways in which patients' reports of their satisfaction with healthcare are constructed. *Sociology of Health and Illness* 26 (2): 159-183.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (2007). *Ethnography : principles in practice*. London: Routledge.
- Holstein, J. A. & Gubrium, J. F. (1997). Active interviewing. Teoksessa D. Silverman (toim.), *Qualitative Research-Theory, Method and Practice*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Ikonen-Varila, M. Myyry, L. Salojärvi, S. & Tynjälä, P. (2009) Onko metodilla väliä? – Kokemuksia organisaation kehittämisen arvioinnista. *Aikuiskasvatus* 29, 1: 24-42.
- Itkonen, T. Kiviharju-Rissanen, U. Tolkki, P. & Valvanne, J. (2002). *Kodin hoitoa vai hoitoa kotona? Kotihoidon asiakaskysely 2001*. Helsingin kaupungin tietokeskus. tutkimuksia 2002:8. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus*. (2008). Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3.
- Kauppinen, S. ja Säkkinen, S. (2004). Väestön ikääntyminen tuo haasteita palvelujärjestelmälle – kunnat kohtaavat ikääntymishaasteen eri aikaan, s. 17-27. Helsingin kaupungin tietokeskus, *Kvartti 2*, Helsingin kaupungin tietokeskuksen neljännesvuosijulkaisu.
- Nuutinen, M. (2000). Hoitoketju. *Duodecim* 116: 1821-1828.
- Nylander, O. & Nenonen, M. (2000). Julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto verkottuu. Teoksessa H. Uusitalo, A. Parpo, A. Hakkarainen (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000*, 185-192. Stakes, Raportteja 250.
- Sosiaaliturvan suunta* (2004). Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:21.
- Tolkki, P., Kaisla, S., Peuhkuri, A., Rautio, M., Rusila, A. & Valvanne, J. (2002). *Omaishoidon tuen kehittämisohjelma 2002–2004*. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Selvityksiä 2002:14. Helsingin kaupungin terveysviraston monisteita 2002:8.
- Valvanne, J., Backlund, K., Finne-Soveri, H., Peiponen, A., Virtaniemi, S. & Muurinen, S. (2002). *Turvallista ja laadukasta elämää ammattitaitoisilla ja oikea-aikaisilla palveluilla*.

Laitoshoidon kehittämisohjelma vuosille 2002-2004. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Selvityksiä 2002:18. Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskus 2002:11.

Valvanne, J. & Rautio, M. (2002). Dementoituneiden hoidon kehittämisohjelma yhteistyössä Suomen dementiahoitoyhdistyksen kanssa: Oikeat palvelut oikealla tavalla oikeaan aikaan Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Selvityksiä 2002:15. Terveystieteiden tutkimuskeskus 2002:9.

Vanhuspalveluohjelma 2006–2009. Helsingin kaupungin hallintokeskuksen julkaisu 4/2006.

Liite 1

HELSINGIN KOTIHOITOKOKEILUN ARVIOINTI

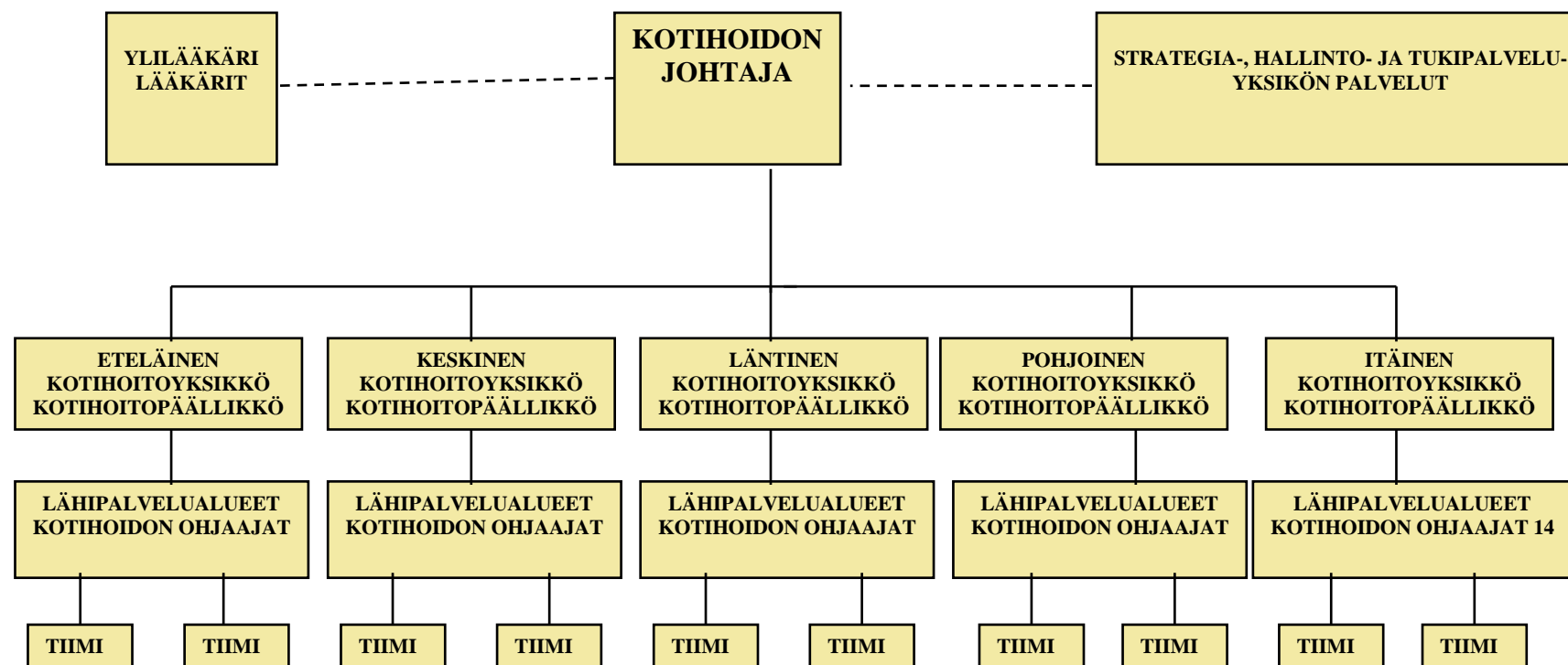
AINEISTO

Aineistotyyppi	Alue / henkilö	Toteutunut
Havainnoinnit	Itäinen (lähihoitaja) Eteläinen (kotiavustaja) Keskinen (perushoitaja) Läntinen (terveydenhoitaja) Pohjoinen (kodinhoitaja)	5.11. 7.11. 2.12. 24.11. 12.11.
Asiakashaastattelut	Itäinen as 1 + omainen as 2 as 3 as 4 as 5 + omainen Eteläinen as 1 + omainen as 2 as 3 + omainen as 4 as 5 Keskinen as 1 as 2 as 3 + omainen as 4 as 5 Läntinen as 1 + omainen as 2 as 3 as 4 as 5 + omainen Pohjoinen as 1 as 2 as 3 + omainen as 4 as 5 + omainen	19.11. 19.11. 20.11. 24.11. 25.11. 13.11. 18.11. 26.11. 4.12. (r.) 5.12. (r.) 25.11. 25.11. 26.11. 26.11. 3.12. 18.11. 19.11. 24.11. 24.11. 8.12. (r.) 18.11. 21.11. 26.11. 3.12. 21.1.09

Avainhenkilöiden haastattelut	Anna-Liisa Lyytinen Kotihoitopäälliköt ryhmähaast. Kristiina Backlund Riitta Simoila Riitta Aejmelaeus Arja Peiponen Anna-Liisa Niemelä Matti Toivola Merja Iso-aho Päivi Koivuranta-Vaara Paavo Voutilainen Tarja Kivekäs Upu Kiviharju-Rissanen	3.11. 10.11. 18.11. 27.11. 27.11. 2.12. 2.12. 4.12. 4.12. 5.12. 8.12. 8.12. 14.1.09
Arviointipaneelit	Itäinen Eteläinen Keskinen Läntinen Pohjoinen Kotihoitopäälliköt Kotihoidon lääkärit	11.12. 29.1.09 16.12. 15.1.09 16.12. 9.12. 22.1.09
Kartoitus		digium-kyselynä joulukuun alkuviikoilla 484 vastausta

Liite 2

KOTIHOITO-OSASTON ORGANISAATIO HELSINGISSÄ 1.1.2005



Liite 3

TIETOJA LOPPUARVIOINTIA VARTEN HAASTATELLUISTA ASIAKKAISTA

Ikä	Sukupuoli	RAVA-indeksi
69	mies	1,70
66	nainen	1,5517
77	mies	1,55
96	nainen	1,8416
84	nainen	1,4672
75	nainen	3,1671
82	nainen	2,9811
85	nainen	2,1094
90	nainen	1,8223
80	mies	1,5812
88 (ruotsinkielinen)	nainen	2,86
75 (ruots.)	nainen	1,5517
84	nainen	1,8824
78	nainen	1,88
91 (omainen mukana)	nainen	3,060
99 (omainen mukana)	nainen	3,653
90 (omainen mukana)	nainen	2,44
88 (omainen mukana)	nainen	3,3096
91 (omainen mukana)	nainen	2,8101
76 (vain omainen)	nainen	2,1224
88 (vain omainen)	mies	3,6533
97	nainen	2,57
72	mies	1,57
78	nainen	1,42
85 (ruots.) (omainen mukana)	nainen	3,33
Keskiarvo 83,4		Keskiarvo 2,315

Liite 4

Helsingin kotihoito
Asiakashaastattelurunko

Esittely

Oma esittely
Viittaus tiedotekirjeeseen, tiedotteen läpikäynti

Muutokset

Kauanko olette ollut kotihoidon asiakkaana?
Mitä muutoksia on tapahtunut?
Olitteko asiakkaana 2005, kun kotihoidon muutos tuli?
Näkyikö se jotenkin, muuttiko jotain?

Työntekijät

Mitä kotihoidon työntekijät tekevät, kun tulevat?
Ovatko nämä asioita, joista on sovittu?
Kuka käy?
Montako kertaa päivässä luonanne käydään? Koska hoitaja käy, mihin aikaan päivästä?
Onko teille nimetty oma vastuuhoitaja? Käyvätkö yleensä samat ihmiset vai onko paljon eri ihmisiä?

Mitä apua saatte kotihoidolta? Mitä tarvitsisitte? Miten se on järjestetty?

Hoitotoimenpiteet ja lääkitys - millaisia on?

Muut tukipalvelut (esim. ruokapalvelu, kauppapalvelu, siivouspalvelu, turvaranneke, apteekin annosjakelu, kuljetuspalvelu)

Miten lääkäri järjestyy, kun tarvitsette sellaista?

Tekevätkö kotihoidon työntekijät kaiken itse vai teettekö yhdessä?

Palvelusuunnitelma

Onko tehty palvelu- ja hoitosuunnitelma? Miten suunnitelma on laadittu?
Vastaako suunnitelma tarpeitanne? Mitä siinä pitäisi vielä olla?
Milloin on viimeksi päivitetty, mitä muutettiin?

Muuta

Miten omaiset ovat mukana, ovatko he yhteydessä kotihoitoon?
Mikä kotihoidossa on sellaista, joka ei suju? Mikä harmittaa?
Mihin olette tyytyväinen?

Liite 5

ESIMERKKEJÄ ASIAKKAIDEN ILMAISEMISTA TYYTYMÄTTÖMYYKSISTÄ

1. Työntekijöiden vaihtuvuus

”Haastattelija: Kuinka monta eri ihmistä täällä käy?

Asiakas: En minä tiedä. Voi olla että kolmisenkymmentä.”

”Omainen: Täällä oli kesäaikaan kyllä semmoinen rullanssi, että se ei saisi olla sellainen. Täällä oli niitä keikkalaisia niin hirveästi. Viime viikonloppuna oli sellainen lukiolaistyttö, jolla oli sitten keikkalainen kaverina. Että se vastuu oli sillä lukiolaisella, joka kyllä tietää piirin koska hän oli täällä jo viime kesänä. Mutta minkäänlaista koulutustahan hänellä ei ole.”

”Omainen: Se on aina vähän jännää, että kuka tulee. Ei ole hirveän kiva asia. Jos kävis aina samat ihmiset, vaikka niillä on niitä vuorovapaita, niin se olisi jollain lailla turvallisempaa. Sen sijaan että pöllähtää aina joku uusi ihminen, joka ei tiedä yhtä ainoaa tavarankäyttöä. Sä neuvot sille puuron keittämiseen astiat ja kaikki. Joka kertaa pitää opastaa se uusi työntekijä.

Asiakas: Kun on huonossa kunnossa, niin ei jaksais neuvoa, että ’ota jääkaapista’. ’Ei täällä ole, ei täällä ole’ ja lähteä sitten tästä kömpimään auttamaan ja katsomaan että löytyykö se vai ei.”

”Asiakas: Se ottaa aivoon kun joka kerran saa neuvoa samat jutut, että mitä tehdään ja millä lailla täällä voi tehdä.”

”Omainen: Aluksi oli outoa kun aina oli eri henkilö. Eikös olis parempi jos sama henkilö kävisi, mutta se on tietysti vaikeaa kun kesälomia pitää olla ja muuta. – Ne ei oikein löytäneet mitään tavaroita, vaatteitakaan. Mä olin lapunkin sitten laittanut että mistä löytyy. Väittivät etteivät löydä, niin mä sitten tarkensin ohjeita. Nyt se ei ole ongelma, mutta sitten kun on taas joku kesäharjoittelija, niin epäilen että sitten se voi olla taas.”

”Omainen: Jos anoppi sanoo, että teetkö voileivät, niin joku sanoo, että en mä nyt ehdi, mulla on kiire. Tulee seuraavan kerran ja taas kysytään niitä voileipiä eikä ehditä. Ja kuitenkin toiset työntekijät ehtii tekemään niitä.”

2. Tukipalveluihin liittyvät ongelmat

”Asiakas: Niin se siivous jäi silloin pois muutama vuosi sitten. En mä siitä muuta ajattele, mutta kun mun eläke ei riitä. -- Mä joudun nyt sitten ottamaan sen kotisiivouksen. Eiku mä vaan lasken, että riittääkö mun rahat. Kyllä se tiukkaa tekee, mutta kyllä mulle on hyötyä siitä.”

”Niin on tosi huono ruoka Palmiolla. Siin ei oo ravintoo. Ja epämiellyttävää syödä, kaikki on sotkettu sekasin. Ja suolasta. Ja mun täytyy suolaa välttää ja mausteita, astman takia.”

”Ruokatorilta en ruokaa ota. Tavarat on kalliimpia kuin kaupassa ja vielä päälle kuljetusmaksu. Ja ruokien päiväykset on pahimmillaan seuraavalle päivälle ja niitä pitäisi sitten viikko syödä.”

”Mä olin eilen niin vihanen, että mä oon meinannu kirjottaa sinne lapun. Astiat ei oo pesty kunnolla. Esimerkiksi siinä on semmonen kansi, pannaan lautasen päälle, että se on kiinni kun se tuodaan. Mä avasin sen ja se haisi niin, että emmä voinu enää syödä sitä ruokaa. Ei se mitään pilalla ehkä ollu, mutta kun mua rupes oksettamaan. Mä heitin sen tuonne biojätteeseen koko hökötyksen, kun emmä voinu syödä sitä.”

3. Palvelujen pinnallisuus ja kiireisyys

Asiakas: Heillä on niin kiire että se hermostuttaa mua. Että pitääkö nyt syödä vai ottaa lääke vai laittaa silmätipat vai mitä. Että tulee sellainen ruuhkaus.

Omainen: Niillä ei oo enää aikaa. Tullaan, annetaan ruoka ja ihminen jätetään siihen. Ei ne ehdi keskustella yhtään vanhuksen kanssa.

Asiakas: Sellainen harmittaa, kun hoitaja tulee ovesta, karvat nousee pystyyn.. Sanoo, että on kiire. Se on sellainen fraasi mitä mä en halua kuulla, mä tiedän että heillä on kiire.

Omainen: Kiire, ei ehditä keittää perunoita ja äiti inhoaa riisiä. Taas on jääkaapissa monta kippoa riisiä!

4. Palvelu- ja hoitosuunnitelmaan liittyvät epäselvyydet

”Omainen: Se olisi niin selvä jos niillä olisi ihan eritelty se mitä ne saa tehdä, mitä niiltä voi pyytää ilman että ne siitä riemastuu ja alkaa luetella omia oikeuksiaan.

Haastattelija: Semmoista paperiako ei sitten ole?

Omainen: No mä en ole ainakaan löytänyt.

Haastattelija: Onko tässä käyty joku neuvottelu?

Omainen: Alussa käytiin alkuneuvottelu, mutta ei siinä ole yksilöity eikä sitä ole päivitetty. Potilaallahan ikä karttuu ja hän menee huonompaan ja huonompaan, niin silloinhan ne tarpeetkin muuttuu. Mä tykkään että sen pitäisi olla kuin ajokortti, että sitä hoitosopimusta päivitetään.”

”Omainen: Vois tähän toimenkuvaan lisätä jotain. Ne tietää kyllä oikeutensa että ei tartte siivota ja ei tartte pestä pyykkiä, mut siihen vois lisätä että jotain pientä pölyjen pyyhkimistä ja roskan viemistä *saa* tehdä. Semmoista pientä siivomista, lattialta murut pois.

Haastattelija: Oletteko te koskaan pyytäneet että voiko pyyhkiä pölyt?

Asiakas: Olen ja sieltä tulee pitkä rimpsut, että ei käy.

Haastattelija: Onko se joku sopimus tai suunnitelma missä määritellään, mitä täällä äidin luona tehdään?

Omainen: Sellaista sopimusta mä en ole koskaan nähnyt. Et onko se niillä jossain tai...

Asiakas: Täytyyhän se jossain olla tuolla vihkossa se sopimus että mihin luokkaan kuuluu. Jotain viivoja siellä on, en mä ymmärrä sitä taas. Ei koskaan ole selitetty esimerkiksi sitä että... oliko se nyt kynsienleikkuu, se kuuluu hygieniaan, se kuuluu kodinhoitajien tehdä. Mutta mistä minä ymmärrän noita viivoja, että mitä ne tarkoittaa.”

”Asiakas: Viime kerralla se (seurakunnan diakoni) leikkas mun kynnet ja sanoi että johan nyt on kumma kun ei ne kotihoidossa saa kynsiä leikattua. Että kyllä se kuuluis kotihoidon tehdä.

Omainen: koska ne kuitenkin pesee ja kylvettää niin samalla ne leikkaisi kynnetkin. ”

”Asiakas: Yks poika oli kerran fiksu, se sano että onpa pitkät noi varpaankynnet ja se leikkas ne. Kun mä kerroin siitä toiselle hoitajalle, niin se sanoi että saattehan te jalkahoitajan kotiin. Mä sanoin että se maksaa, että ne on hirveen kallista. No kyllä sitä voi joskus itteensä uhrata se sano. Mutta kun musta tuntuu, että mun ei tartte uhrata, se kuuluu heille.”

”Haastattelija: Oletteko te tyytyväinen tähän kotihoitoon tai mitä tässä pitäisi parantaa?

Asiakas: No mä en tiedä mitä tähän sisältyy. Sitten voisi sanoa että parantaa tai ei kun mä tiedän mitä ne on. Jos mä kysyn siltä (vastuuhoitajalta) että mitä tähän kuuluu.

Haastattelija: Se voisi olla hyvä idea. Kertoisikohan se vastuuhoitaja?

Asiakas: Mä luulen kyllä että se pitäisi olla se kotihoidon ohjaaja. Siltä voisi kysyä. Se nimi on siellä vihreissä kansioissa, mutta en minä näe. Jos joku soittaisi, en minä voi soittaa kellekään mitään kun mä en näe. - - Se olisi hyvä että selostettaisiin, että mitä oikeuksia on. ”

5. Epäily palvelun laatua, asiakkaan kohtelua tai henkilökunnan osaamista kohtaan

”Haastattelija: Ehtivätkö nämä työntekijät jutella teidän kanssa?

Asiakas: Kyllä ne meidän tuttavina ovat, jos niin saa sanoa.

Omainen: Ne tietysti sais kyllä vähän enemmän kuunnella potilasta, että miltä tuntuu ja onko kipuja ollut ja onko hän nukkunut. Ja kysyä että haluatteko nyt juoda kun näkevät että muki on vielä täynnä. Tällaista saisi olla vielä vähän enemmän. Että näkisi että olisi vähän syvempää kiinnostusta siihen että miten täällä voidaan. Se menee siihen rutiiniin, että vois pikkusen ... mä ymmärrän, että ne toiset ovat niin stressattuja että ne ei jaksaa. Ja se aina vähän vaihtelee. Joskus ne jaksaa vähän enemmän ja joskus ne ovat ihan mykkinä. Ne tulee mykkänä sisään ja mykkänä menevät. Me kaksi nyt keskustellaan tässä niin paljon ettei ole sitä tarvetta, mutta kun ajattelee niitä yksinäisiä vanhuksia niin voi voi. Jok'ikinen kerta kun käy sisään, niin täytyisi sanoa jotain. Vaikka vain ilmasta. Jotain tuoda ulkoapäin sisään ja kysyä miten täällä nyt on. Se on hyvin tärkeä. Aijai kun se on tärkeä näille yksinäisille. Joskus mä olen niin hirveen hämmästyntynyt kun ei kuulu mitään.

”Asiakas: Mä sain eilen flunssapiikin ja tänään mulla on ihan kuin olisi kova flunssa. Mä en ois millään ottanut sitä rokotusta, mä luulin että se olisi jo ohi ja olin onnellinen kun kukaan ei kysynyt mitään. Mutta sitten tuli terveydenhoitaja kasseineen.

Omainen: Mutta se on just toi kun hänellä oli se keuhkokuume.

Asiakas: Mä olen sanonut että mä en ota sitä kun mä tulen siitä niin kipeäksi. Ei vanhalla ihmisellä oo mitään sanomista vastaan. Ne on viisaat.

Haastattelija: Ei kai se ihan niinkään ole (nauretaan kaikki yhdessä)

Asiakas: Mutta mä tykkään että pitäis vähän kuunnella asiakkaan mielipidettäkin. On paljon jotka ovat jättäneet sen ottamattakin. Mutta voihan se olla että siitä on hyötyäkin.

Haastattelija: Tuntuuko se sitten siltä että ne ei oikein kuuntele ne työntekijät?

Asiakas: Ne tekee niin kuin haluavat! Ei ne kuuntele, se on heidän linjansa, siitä ei sivuta.”

”Omainen: Aina on toivomuksia, mutta täytyy olla kiitollinen että käyvät ja hoidetaan. Minä voin aina vähän tarkistaa ja jos en ole tyytyväinen, niin teen sitten itse uudelleen. Varsinkin se puhtaus. Se on mulle hyvin tärkeä, koska hänellä on ollut niin hirveän usein virtsatieinfektioita, niin sen takia se on niin tärkeä tuo puhtaus.

Haastattelija: Tuossa hoitosuunnitelmassa korostettiin kovasti näköjään puhtautta, mutta eikö se sitten näy käytännössä?

Omainen: No hoitaja X on ollut sellainen joka pitää puhtautta tärkeänä. Mutta ne on niin erilaisia, että jos ne ei huuhtele noita kuikkia tarpeeksi, niin se on hirveän vaarallista kun on taipumus siihen virtsatieinfektioon. Ja kun sitä on ollut niin usein ja niin paljon. Ja sitten käytetään vahvoja lääkkeitä. Täytyisi saada pysymään ettei tarvitsisi käyttää niitä.”

6. Tiedonkulun ongelmat kotihoidon ja omaisten välillä tai kotihoidon sisällä

”Haastattelija: Mihinkä aikaa isänne luona nyt käydään? Omainen: No mä en ole nyt tällä hetkellä ajoista ihan varma, kun se lopetettiin tämä seuranta mitä ne kirjoitti aina käynnillä. Jostain syystä ne ei tykänneet, oliko se sitten tekijöistä kiinni. Luulisi ettei ole kauhean aikaa vievää laittaa ylös. Mutta nyt ne on sitä mieltä että ei tarvitse kirjata muuten kuin silloin jos on jotain erityistä. Sitä mä vähän mietin että onko se nyt... olis kyllä mielenkiintoista nähdä kuitenkin että ne on käyneet. Just nää ajat on nyt vähän epäselvät, tietysti ne käy kun ehtivät ja se vähän on liukuvaa. Ei isä edes muista, että on käyty, sehän se on se ongelma. Isän kautta ei tuu mitään palautetta. Eihän sitä tarvitsisi aina niin paljon kirjoittaa, kun näkee vaan että ne on käyneet. Päivämäärä ja aika.”

”Omainen: Kun siellä on se vihreä kirja, niin mä sitten tietysti hövelisti kirjotin sinne että me ollaan käyty, kuitattiin että näkee että siellä käydään. Kesällä laitoin sinne koska ollaan lomalla ja näin niin sitten tulikin nootti, että sinne mitään kirjojella, että se on työntekijöitä varten. He kirjaa sinne sitten jos on jotain lääkeasioita ja muita. Mä ajattelin että hemmetti, että sehän on hyvä että nekin tietää että me ollaan lomalla ja missä mennään, niin se loppu siihen! Että ei kirjojella mitään. Anoppi viestitti sitten tän mulle ja mä ajattelin että eipä kirjojella. Sitten hekin lopetti sen kirjan käytön, että vaan jos heillä on jotain erityistä, niin sitten he kirjaa. No mä en ole enää katsonut sinne vihreeseen kirjaan kesän jälkeen että onko siellä mitään vai ei.

Haastattelija: Seurasitko sä sitten ennen siihen asti sitä kansiota?

Omainen: Juu, seurasin. Kyllä mä kattelin mitä siellä oli tapahtunut ja mitä ne viestitti. Ne pyysi anoppia sanomaan minialleen että ottaa jonkun ruutuvihon ja kirjoittaa sinne. No okei, ettenkö mä voisi sinne jotain vihkoa viedä, mutta mun mielestä se oli niin selkeää laittaa siihen samaan. Mutta se loppu lyhyeen. Ei kirjojella enää. Okei, se kulkee sairaalaan mukaan, mutta mitä väliä sillä on onko siellä viisi sivua vai kymmenen niitä papereita, samantekevää.”

”Haastattelija: Miten paljon te olette yhteydessä sinne kotihoitoon?

Omainen: En mä ole oikeastaan millään lailla.

Haastattelija: He eivät hoida teidän kautta mitään asioita?

Omainen: Ei kyllä oikeastaan. He kyllä vois olla yhteydessä, koska mä nyt päivittäin kuitenkin käyn täällä äidin luona ja tiedän ja seuraan ja tulee puhuttua. Mutta ei ne ole missään yhteydessä, joskus ehkä sattumalta on tullut jotain sanomaan tai kysymään, mutta muutoin ei olla mitenkään yhteydessä.

Haastattelija: Toivoisitko te että olis enemmän sitä yhteydenpitoa vai mistä se on kiinni?

Omainen: Ei se ainakaan minusta ole kiinni. Kyllä mä oisin ihan mielelläni jonkun verran yhteydessä ja tietäsin kun hehän sitten täällä käyvät ja tekevät ja katsovat asiaa toiselta kantilta. Ei se mikään huono asia olisi. Just tää vastuuhoitaja, sen kanssa voisi hyvin keskustella. -- Toihan olisi ihan hyvä, jos ton vastuuhoitajan kanssa voisi vaikka kerran kuussa jutella että miltä kantilta hän näkee ja miltä kantilta minä näen, että me voitais sitten jutella. Että onhan mulla sinne päivystykseen puhelinnumero, mutta enhän mä lähde sinne soittamaan että mitä kuuluu. Jos se on niille velvoitettu että omaisen kanssa pitää vastuuhoitajan jutella niin silloin se asia olisi ihan toinen.”

”Omainen: Kyllä sai soittaa aika moneen paikkaan ennen kuin päästiin siihen oikeaan paikkaan. Tuohon omaan terveyskeskukseen kun olisi heti soittanut niin olisi päässyt heti. Tämä meni kyllä vähän mutkan kautta.

Haastattelija: Tiesitkö, että kotihoito on tätä nykyä terveyskeskuksen alaista toimintaa?

Omainen: En, en kyllä tiennyt, en osannut arvata.”

”Omainen: Tämä alzheimer-esite on esimerkiksi hyvä. Tommoista me ei saatu silloin kun terveydenhoitaja kävi sen ensimmäisen kerran. Se olisi hyvä jos siinä jaettaisiin heti aluksi kaikkea tietoa ja materiaalia siitä mitä kaikkea on tarjolla”

”Omainen: Se raportointi on hirveän tärkeä, mutta tuntuu, että ne työntekijät eivät aina lue niitä raportteja. Jos mä sanon iltavuorossa jollekin jonkin asian, niin aamuvuorolle se saattaa tulla uutena. Sen mä olen huomannut että kaikki kirjoittavat sinne vihreään kansioon, mutta moni voisi kirjoittaa sinne enemmän. Esimerkiksi jos iho on huono. Ne eivät kirjoita tähän mitään, mutta mä huomasin että ne olivat kyllä kirjoittaneet sinne omaan raporttiin. Ja sehän on hirveän hyvä. Jos ne vain katsoisivat että mitä muut ovat kirjoittaneet. Nyt siellä lukee vain että laitettu sänkyyn, kaikki okei. Kun ne tulee ne avaa ton kirjan niin hehän voisi lukea mitä muut on kirjoittaneet, jos siellä olisi vähän enemmän.

7. Vastuuhoitajan roolin epäselvyys

”Haastattelija: Onko teille nimetty joku vastuuhoitaja?

Asiakas: Joku sano kerran. Mutta minä kysyin mitä se tarkoittaa, niin eihän tuo tiennyt se tarkoittaa se vastuuhoitaja.”

”Haastattelija: Mitä tarkoittaa että on vastuuhoitaja?

Asiakas: Vastuuhoitaja tarkoittaa sitä että hänelle voi soittaa ja hän vie asioita eteenpäin.

Haastattelija: Käykö hän sen useammin kuin muut hoitajat?

Asiakas: Ei. Ennen vastuuhoitajia oli kaksi. Tällä minunkin hoitajalla on pitkiä lomia ja paljon sairaslomia.”

”Haastattelija: Mitä se käytännössä tarkoittaa, että on tämmöinen omahoitaja?

Omainen: Hyvä kysymys! Se on omahoitaja. Varmaan... nii-in mikä on omahoitaja? Että käykö hän siellä useammin, kun siellä lappaa sitä porukkaa, niin milloin käy omahoitaja? En minä vaan tiedä itse asiassa.

Haastattelija: Onko se kuitenkin henkilö, johon sinä otat yhteyttä kun jotain tulee?

Omainen: Niin no mun täytyy kyllä sanoa, että aina jos mä otan yhteyttä, niin mä otan siihen terveydenhoitajaan, koska hänet mä saan kiinni. Ja viime kesänä kun oli se härdelli sen lemmikin kanssa, niin sieltä vihreästä kirjasta mä blokkasin sosiaalityöntekijän nimen ja soitin hänelle.”

”Haastattelija: Onko isällesi nimetty vastuuhoitajaa?

Omainen: On niitä kaksinkin kappalein.

Haastattelija: Mitä tarkoittaa että on vastuuhoitaja?

Omainen: Tosta mä en ole ihan varma, mutta ainakin kesällä oli niitä harjoittelijoita paljon. Ehkä niitä valvotaan sitten.”

8. Käyntiaikoihin liittyvät ongelmat

”Asiakas: Ei muuta kuin se että tulisivat samaan aikaan. Se kiusas mua aina kun mä olin tässä valmiina puoli kahdeksalta ja sitten tulivat kymmenen jälkeen. Säännöllisyys siinä käynnissä, kellomääräisesti säännöllisyys. Voisivat sitten soittaa jos eivät pääse sovitusti.”

”Omainen: tuota iltakäyntiä yritin siirtää, että jos ne tulisi vähän myöhemmin, mutta se on kuulemma vaikeata. - - Kun mä olen aamuvuorossa niin mä lopetan puoli kolmen aikaan. Siitä mä soittelin, kun ne käy siinä neljän aikaan antamassa sitä ruokaa. Ja mä oisin siellä kolmen aikaan, niin se ois heille vähän niinku turha käynti. Mä oon yleensä vielä tehnyt sitten ruokaa, hän syö sitten kaksi ruoka-annosta peräkkäin. Sekin tuntuu sitten vähän huonolta. Mutta tämä ei heidän mielestään oikein onnistunut. Aamuvuoropäivinä mä joudun sitten odottamaan siihen viiteen asti ennen kuin mä voin mennä sinne iltaisin. Siinä menee minulta vähän aikaa hukkaan. Ehkä sen käynnin voisi peruakin niinä päivinä, mutta mä en tiedä meneekö sitten niiden systeemi sekaisin.”

”Haastattelija: Onko ne käynnit sovittu ihan kellonlyömille?

Omainen: Kyllä ne käsittääkseni on. Pientä liukumaahan siinä tietysti on.

Haastattelija: Soittavatko he sitten jos ovat myöhässä?

Omainen: Ei mun mielestä ainakaan. Juu ei.”

9. Lääkäripalvelujen saatavuuden ongelmat

”Omainen: Yksi ongelma tänä syksynä oli, kun hän oli lopulta keuhkokuumeen takia sairaalassa ja tunsu että on kipee ja on kuumetta ja ahdistaa niin kyllä se hirveän kauan kesti että tänne tuli sitten tää vanhushoidon lääkäri. Ja sitten kun hän tuli, hän sanoi että me lähdetään saman tien Mariaan.

Asiakas: Niin kun mulla oli kauhee ahdistus, niin hoitajat sanoi että se lääkäri tulee ensi viikolla. Ja kun ei ne lääkärit saa käydä kuin onko se yksi tai kaksi kertaa vuodessa. Ja se lääkäri tuli ja kuunteli ja sanoi että nyt me ei odoteta yhtään vaan lähdetään heti. Oli vettä keuhkoissa. Ja sitten myöhemmin sanoivat että on keuhkokuume.

Haastattelija: Kauanko sitä lääkäriä kaikkiaan odotettiin?

Asiakas: No kuukausi. Ja kun se ei tule kuin kerran vuodessa.

Omainen: Toi lääkärijuttu, se on vaikea homma.

Asiakas: Mä tykkään että liian kauan pitivät, sinne ois pitänyt päästä aikasemmin.

Omainen: Toi lääkärien saaminen on se kaikista vaikein juttu. Mä oon monta kertaa ajatellut että eikö tälle kotisairaanhoidon lääkärille voi varata soittoaikaa? Se on mulle epäselvä asia. Hänellähan voisi olla joku soittoaika. Jos hänelle pääsisi puhumaan niin kyllähän ammatti-ihminen tietää että onko nyt jo hätä vai vaan luuloa.”

10. Palvelun sisältöön liittyvät ongelmat

”Asiakas: Mua harmittaa kun kaikki menee rikki. Suihkun letku vuotaa ja on niin monta sellaista pientä asiaa jotka pitäisi hoitaa. En tiedä sitten että voisiko toi Mari (vastuuhoitaja), että kuuluuko ne hänelle. Hän lupasi ostaa mulle uuden yöasun. Mutta en tiedä kuuluuko se hänelle vai onko se hänen hyväntahtoisuuttaan. Se ei oo varsinaisesti niinku hoitamista, se on huolehtimista. - - Täällä on monta sellaista asiaa mitä ei tiedäkään mitä tarttee jokapäiväisessä elämässä. Nyt pitäis olla semmonen henkilö joka laskee ja laittaa pyykit pesulaan. Mulla on hirveän paljon vaatteita likasena tuolla yläkomerossa. Pitäs olla semmonen pitempi ihminen joka ottaa ne pois ja sitte luetteloi ne ja tekee sellasen listan mikä vieään pesulaan.”

”Asiakas: Ett niillä ois aikaa syventyä, kun se painaa niskaa tää (hälytysnapin kaulanauha). Siinä on semmonen kova kohta, se jää just tonne niskan alle. Ett se olis vaan tää nauha, eikä tota kovaa. Enkä mä tykkää käteenkään laittaa sitä. Kun pesee astioita se kastuu kädessä. Ett kaikkeen tommoseen tarvii aikaa.”

Haastattelija: ”Eikö niillä tämmösiin pikkuasioihin oo aikaa sitte?”

Asiakas: ”Ei, ei ole.”

Haastattelija: ”Ootteko te sanonu tuosta nauha-asiasta?”

Asiakas: ”Joo. Minä tänään siitä puhuin. Mut ei ne välittäny. Eikä se kerkeny. Sen piti mennä jo sitte, kun se oli tunnin ollu.”

”Omainen: Yksi probleema tulevaisuudessa on se siivous. Nämä lähihoitajat, ne ei oikein halua sitä siivoamista. Nämä kodinhoitajat, ne kyllä siivoavat, heillä ei ole mitään sitä vastaan. Päinvastoin, moni heistä on sanonut että se on hyvin tärkeä potilaalle, että otetaan lattiat, pölyt pois. Että ne näkee sen paremmin että se myöskin vaikuttaa siihen hoitoon ja potilaan viihtyvyyteen että on siistiä. Nyt tämä on mennyt oikein hyvin, mutta entä sitten vastaisuudessa kun nämä kodinhoitajat menee eläkkeelle? Tämä on yks probleema tässä kotihoitossa, kun tämä on yks hyvin tärkeä asia tämä puhtaus. Hirveän tärkeä.”

”Omainen: Verenpainetta kyllä voisi vähäsen kontrolloida. Hänellähan on ne verenpainelääkkeet. Täällä oli yks lähihoitaja joka otti usein verenpaineen, mutta hän lopetti. Se ei oikein kiinnosta ketään. Ja nyt jos näillä kodinhoitajilla ei ole sitä koulutusta niin ne ei tietenkään ota sitä verenpainetta. Mutta tietysti tämä terveydenhoitaja joka tulee kerran viikossa voisi sen ottaa. Ja me voitais tietysti pyytää sitä. ”

Liite 6

KOTIHOITOTYÖNTEKIJÄN PÄIVÄ

	paikka	mitä tehdään, mitä tapahtuu	häiriöt ja katkokset
	kotihoidon toimisto	päivän valmistelua, avaimien keräystä	Pegasos ei käynnisty → kaivettu papereista osoitteita
	Martta	Kävely asiakkaan luokse. Juttelua eilisestä pankkireissusta Martan ja Martan siskon kanssa Verenpaineen mittausta seisaaltaan Martta suihkutuu, t.t. kuivaa kylpyhuoneen Martta istuu sohvalle, katsotaan varpaita: turvoksissa ja hautumia. Laitetaan villat varpaiden väliin, t.t. lupaa puhua asiasta sairaanhoitajalle. Martta laittaa vaippaa itselleen ja pukee, pyytää apua: ”auttakaa nyt”. T.t. selittää että hänen on nähtävä, että Martta saa asian onnistumaan. T.t. laittaa lääkkeitä, tekee kirjauksia kansioon. Martta kysyy kukahan leikkaisi kynnet, t.t. vastaa että jalkahoitaja on ihan pian, hoituu siellä. T.t. laittaa sohvan alle korotuspalat. Martta ei meinaa päästä liikkeelle, T.t. laskee ääneen 1-2-3 ja taputtaa Marttaa polvitaiteista.	
	Heikki	Kävely asiakkaan luo. Keskustelua lääkkeitä, T.t. toteaa, että yhtä lääkettä lääkäri ei tule uusimaan. Heikin suihkutuu, kylpyhuoneen kuivaus (/siivous?). T.t. kertoo että kuntoutusohjaaja on tulossa arvioimaan kotona suoriutumista Heikki puusuttaa suihkun jälkeen sohvalle, T.t. kyselee lisähapen tarvetta ja lisää pullosta tulevan hapen määrää. Kystofixin putsaus, T.t. neuvoo Heikille mihin kohti lääke pitää laittaa. T.t. vetää tukisukat Heikin jalkoihin. Keskustelua ihon rasvaamisesta iltaisin. T.t. tekee kirjaukset kansioon.	
	kävely	Kävely seuraavan asiakkaan luo	Tulee puhelu, josta tieto että yksi T.t:n vastuusiakkaista on kaaduttuaan ollut yön sairaalassa ja päässyt nyt sieltä kotiin. T.t. lupaa tehdä ylimääräisen käynnin asiakkaan (Viki) luo ennen lounastaukoa.

Marjatta	<p>Kävely asiakkaan luo. Tt ja Marjatta istuvat sohvalle, juttelevat lääkkeistä, vapinasta ja siitä että ruoka ei maita.</p> <p>Tt tekee muistitestin.</p> <p>Verenpaine mitataan istualleen ja sen jälkeen seisten.</p> <p>Marjatta punnitaan, paino on tullut alas 1,6 kg. ”Pitäisikö tulla hoputtamaan syömisessä?”</p> <p>Tt kertoo, että sosiaalityöntekijä ja tytär ovat tulossa ensi viikolla. Marjatta on huolissaan siitä saako hän vielä olla kotona ja tt rauhoittelee.</p> <p>Keskustelua palveluista: tt kertoo, että he voivat keittää puuroa, vahtia syömistä, tilata ruokaa.</p> <p>Katsotaan kotiseutulehteä, jossa juttu Marjatan 90-vuotissyntymäpäivistä.</p> <p>Jutellaan Marjatan lukemista kirjoista.</p>	
Viki	<p>Kävely asiakkaan luo. Tt kyselee Vikiltä kaatumisesta, Viki oli ollut humalassa.</p> <p>Ateriapalvelu tuo ruoan Vikille ja Viki alkaa syödä.</p> <p>Sairaalasta saatu tieto, ettei ole saanut lääkkeitään. Tt alkaa etsiä Vikin lääkkeitä, mutta niitä ei löydy. Kyseisen aamun, illan ja seuraavan aamun lääkkeet ovat kadoksissa. Viki ei muista onko ottanut ne. Tt painottaa Vikille, että ”älä enää ota tänään lääkkeitä” ja pyytää Vikiä kertomaan naisystävälleen että soittaisi Tt:lle.</p> <p>Tt ottaa lääkepussin mukaansa ja kirjoittaa kansioon pitkään.</p>	Lääkkeitä ei löydy
Martta	<p>Kävely asiakkaan luokse. Toinen käynti Martan luokse. Verenpaineen mittaus uudelleen.</p> <p>Tt kysyy Martalta onko kävely sujunut jo paremmin sitten aamun. Tt tekee kirjaukset.</p> <p>Tt kertoo Martalle, että huomenna tehdään muistitesti: ”ei kannata jännittää”</p>	
Asukastupa	Kävely lounasta syömään asukastupaan. Lounastauko	
Raimo	<p>Kävely asiakkaan luo. Tt jakelee lääkkeitä dosettiin. Kolesterolilääkettä ei riittänyt koko dosettiin, Tt aikoo tarkistaa onko lääkettä tarkoitus jatkaa. Keskustelua lääkkeistä, Raimo pyytää Tt:ää hankkimaan lääkkeitä.</p> <p>Keskustelua syömisestä; Raimo moittii kauppapalvelun kalleutta, tavaroiden huonoa laatua ja vanhoja päiväyksiä. Tt imuroi; keittiölle Raimo ei halua tehtävän mitään.</p> <p>Tt kyselee Raimolta selviytymisestä, kaikki on ok. Tt tekee kirjaukset.</p>	Yksi lääke loppui kesken, ei riittänyt koko dosettiin
Toimisto	Kävely toimistolle. Tt vie päivän kirjaukset koneelle, hoitaa lääkepussin apteekin noutopisteeseen, neuvottelee kahteen otteeseen terveydenhoitajan kanssa. Selvitellään Martan jalkojen kunnon huononemista.	
Toimisto	Haastattelu	
	Työpäivä päättyy	

Liite 7

Kysely kotihoidon työntekijöille

Helsingin kaupungin sosiaaliviraston kotipalvelu ja terveyskeskuksen kotisairaanhoido yhdistettiin vuonna 2005 terveyskeskukseen kuuluvaksi kotihoito-osastoksi. Kokeilu alkoi 1.1.2005 ja se päättyy tämän vuoden lopussa. Tämä kysely on osa Helsingin kaupungin kotihoitokokeilun loppuarviointitutkimusta. Ulkopuolisena tutkimuksen ja arvioinnin tekijänä toimii Verve Consulting.

Kyselyn perusteella syntyneitä aineistoa käsitellään siten, että työntekijöiden henkilöllisyys ei tule missään tutkimuksen vaiheessa näkyviin. Tutkimuksen lopulliset tulokset esitetään siten, että työntekijöiden henkilöllisyys ei paljastu.

Kyselyyn vastaaminen kestää n. 20 minuuttia. Arviointitutkimuksen luotettavuuden varmistamiseksi jokaisen työntekijän vastaus on tärkeä.

Kysely on tarkoitettu niille kotihoidon työntekijöille, jotka ovat työskennelleet kotihoidossa vähintään **kuusi kuukautta**.

Tervetuloa vastaamaan kyselyyn!

Kysymyksiin liittyviä lisätietoja antaa tarvittaessa Hannele Kerosuo (puh.) ja Vaula Haavisto (puh.). Kyselyn tekniseen vastaamiseen liittyviä tietoja antaa Anna-Liisa Niemelä (puh.).

Kysely

1. Kotihoitoyksikköni on
 - a. eteläinen
 - b. pohjoinen
 - c. itäinen
 - d. läntinen
 - e. keskinen

2. Tämänhetkinen työsuhteeni on
 - a. vakituinen
 - b. määräaikainen

3. Työkokemukseni Helsingin kaupungin kotihoidossa (aikaisemmin kotipalvelussa tai kotisairaanhoidossa) on
 - a. 6-12 kk
 - b. 1v. – 4 v.
 - c. 5 v. – 10 v.
 - d. 10v. –

4. Ennen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämistä kotihoidoksi vuonna 2005
 - a. työskentelin kotipalvelussa
 - b. työskentelin kotisairaanhoidossa
 - c. en työskennellyt kummassakaan

5. Tehtävänimikkeeni on
- kodinhoitaja
 - kotiavustaja
 - lähihoitaja
 - perushoitaja
 - terveydenhoitaja
 - sairaanhoitaja
 - kotihoidon ohjaaja
 - lääkäri
 - muu, mikä?
6. Mitkä ovat mielestäsi kolme yhdistetyn kotihoidon
- hyvää puolta
-
-
-
 - asiaa, jotka vaativat vielä kehittämistä
-
-
-
7. Pohdi seuraavia väittämiä kotihoitokokeilun näkökulmasta ja valitse omaa käsitystäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

(Vaihtoehdot: täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä)

- Yhdistäminen on parantanut asiakkaiden kotihoitoa.
- Yhdistämisen kautta tullut työtehtävien laajeneminen on lisännyt työn kiinnostavuutta.
- Yhdistäminen on parantanut asiakkaan saamia palveluja.
- Yhdistäminen on tuonut enemmän aikaa asiakkaalle.
- Yhdistämisen myötä asiakkaan kotiuttaminen sairaalasta on sujuvampaa.
- Yhdistäminen on tehostanut yhteistyötä sosiaaliviraston työntekijöiden kanssa
- Kotihoidon tukipalvelujen hankkiminen muualta on vähentänyt kotihoidon työtaakkaa.
- Kotihoidon tukipalvelujen hankkiminen muualta on parantanut asiakkaan saamaa palvelua.
- Kotihoidon lääkäripalvelut kohdentuvat tällä hetkellä oikeille asiakkaille.
- Kotihoidon lääkäri tukee tiimin työtä.
- Tiimi tukee kotihoidon lääkärin työtä.
- Kotihoidossa asiakkaan sairauksien hoito ja seuranta toteutuu hyvin.
- Yhteistyö tiimissämme on toimivaa.
- Vastuuhoitajajärjestelmä parantaa asiakkaan saamaa palvelua.
- Vastuuhoitajajärjestelmä helpottaa tiimin työtä.
- Työntekijöiden erilaista ammatillista osaamista on pystytty yhdistämään asiakkaan hoidon kannalta tarkoituksenmukaisesti.
- Yhdistetyssä kotihoidossa esimiesten toiminta tukee työntekijöiden työtä.

- r. Hoitosuunnitelmat (hosu) tukevat kotihoidon eri työntekijäryhmien yhteistyötä asiakkaiden hoidossa.
- s. Palvelu- ja hoitosuunnitelmat (pahosu) tukevat kotihoidon eri työntekijäryhmien yhteistyötä asiakkaiden hoidossa.
- t. Kotihoidon perustehtävä on määritelty seuraavasti: ”Terveyskeskuksen kotihoito-osaston perustehtävänä on järjestää vanhusten, toipilaiden, pitkäaikaissairaiden ja yli 18-vuotiaiden vammaisten hoito ja palvelut niin, että eläminen kotona on turvallisesti mahdollista myös toimintakyvyn heikentyessä.” Perustehtävän toteuttaminen onnistuu kotihoidossa hyvin.
- u. Yhdistetty kotihoito on parempi ratkaisu kuin erillinen kotisairaanhoido ja kotipalvelu
- v. Kotihoidon sijoittaminen terveyskeskuksen alaisuuteen oli toimiva ratkaisu.

8. Mitä muuta haluaisit sanoa kotihoitokokeilusta?

Kiitokset vastauksistasi!